

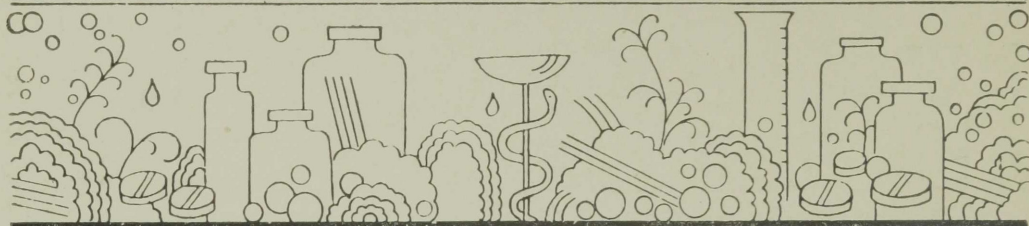


NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOUMINISTEERIUMI AJAKIRI

1 · 1987



CHLOTAZOLUM

Klotasool on mittesteroidne põletikuravim, mis ei kahjusta mao ega soolte limaskesta. Klotasool on näidustatud reuma aktiivses faasis, reumatoidse nimme-ristluu radikuliidi, peavalu ja palaviku korral. Pakendis 50 tabletti à 0,1 g toimeainet.

ACIDUM MEPHENAMINICUM

Mefenamiinhapet kasutatakse reuma ägenemise, infektsioos-allergiliste müokardiitide, nakkusliku mittespetsiifilise polüartriidi, liigese- ja lihasevalude, peavalu ning hambavalu korral. Mefenamiinhape on vastunäidustatud mao ja kaksteistsõrmiku haavandföve korral. Pakendis on 50 tabletti à 0,5 g toimeainet.

IBUPROFENUM

Ibuprofeen on mittesteroidne reumavastane preparaat. Ibuprofeen on näidustatud reumatoidartriidi, deformeeriva osteokondroosi, reumaatiliste ja mittereumaatiliste artralgiate ja müalgiate korral täiskasvanutel. Pakendis on 100 tabletti à 0,2 g toimeainet.

SISU

JUHTKIRI

V. Rätsep — Eesti NSV tervishoiuasutuste tegevuse intensiivistamine 3

TEORIA JA PRAKTIKA

M. Tekkel — Mammograafiline rinnavähi diagnoosimine eri vanuserühmadesse kuulujail 5

V. Saarma, E. Jents — Müeloomi õigeaegne diagnoosimine 7

A. Mesikepp, E. Jõeste, J. Gross — Koronaarne äkksurm (kliiniliste ja morfoloogiliste andmete analüüs Tallinna Kiirabihaiglas aastail 1981...1985) 9

L. Paavel — Lastel esineva hemorraagilise vaskuliidi renaalse vormi diagnoosimine ja ravi 13

A. Haavel, A. Taul, H. Haavel, A.-L. Birkenfeldt — Pseudoependikulaarne sündroom jõesooolevähil puhul 15

M. Lövi-Kalnin — Robini sündroom väikelastel 17

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA

KASUISTIKA

R. Männi — Sildproteeside valmistamise uued võimalused 29

ÜLEVAATED

R.-A. Kiivet — Kaltsiumikanali blokaatorid 20

J. Aru — Intraortaalne balloompulsatsioon. Tööprintsipiidid ja kasutamine 25

MÖTTEVAHETUS

I. Pilv, R. Riisalo — Kroonilist haigust põdeva lapse ravi ja rehabiliteerimise meditsiinisotsioloogilised aspektid 32

ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Gustavson, V. Tuppits — 200-aastane Tallinna Vabariiklik Haigla 35

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

J. Reinaru — Vabariiklik immunoloogia-konverents 38

E. Saar — Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents 39

M. Kuusma — Vabariiklik jaoskonnaterapeutide nõupidamine 39

M. Kuusma — Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee XVIII konverents 40

A. Lenzner — Esimene üleliiduline seminar «Kemoterapeutiliste mõjurite ja inimese ning loomade normaalse mikrofloora vastastikuse mõjutuse probleemid» 40

H. Poola — Üleliiduline reflüksösofagiidi sümposion 41

A. Haavel — I üleliiduline sümposion klappnastomoosimeetodite kasutamise alal gastroenteroloogias 42

A. Lenzner — VIII üleliiduline kosmobioloogia- ja aviokosmilise meditsiini konverents 42

A. Lenzner — NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi mikrobioloogiaalase õpemetoodilise keskpoleemikomisjoni istung 43

A. Sarap — Üleliiduline nõupidamine tervishoiusüsteemi teadusliku töökorralduse alal 43

K. Birk, L. Leesment — Üleliidulise tähtsusega probleemikomisjonile «Keskonnahügieeni teaduslikud alused» alluva sektsiooni «Keskonna bioloogiliste tegurite hügieeniline uurimine» väljasõiduistung 44

H. Sillastu — X üleliiduline ftisiaatrite kongress 44

A. Ellamaa — Rahvusvahelise organisatsiooni Rehabilitation International kongress 44

ARSTIDE SELTSIDES

P. Zobel — XXIII Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõiduistung 45

E. Lepp — 100 aastat August Rauberi tulekust Tartu Ülikooli 46

L. Rebane — VI Pärnu arstide seltside konverents 46

M. Laursoo — Viljandi Arstide Seltsi pidulik koosolek 46

A. Koldits, R. Heiman — Järjekordne Üleliidulise Gastroenteroloogide Seltsi juhatuse pleenum 47

MEIE JUUBILARE 48

Aleksei Vares, Aleksander Lepik, Aleksander Gavrilov, Elene Tulmin, Eugen Allik, Helgi Sikut, Serafima Lepnjova, Rudolf Markovitš, Asta Loderaud, Laine Liivak, Maimu Solom, Rando Truve, Peet-Henn Kingisepp

MITMESUGUST

E. Silvet — Karskusühing on asutatud ja tegutseb 54

I. Liiv — «Scripta...» 56

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

J. Riiv — Raamat arstimise psühholoogiast 58

VASTUKAJAD 61

UUSI RAVIMEID 62

IN MEMORIAM

Helga Mägi 4.I 1927... 30.X 1986 63

Ants Rulli 16.IX 1908... 31.X 1986 64

Evi-Maria Rattur 12.IV 1903... 6.XI 1986 65

Elmar Jõgar 12.IX 1911... 22.XI 1986 66

TOIMETUSE VEERG 67

KROONIKA 68

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekon-
torid. Tellimusi välismaale saab vormistada
aadressil
Москва Г. 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elštei, K. Gross,
A.-E. Kaasik, M. Kivilo, V. Laos (peatoimetaja
asetäitja), J. Saarma, U. Sibul, R. Silla,
R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tom-
berg.

Toimetusnõukogu

A. Aadamsoo (Tartu), A. Haavel (Kingissepa),
V. Ilmoja (Tallinn), T. Ilves (Hiiumaa), M. Johan-
son (Tartu rajoon), A. Juhasoo (Põlva), T. Kadas-
tik (Rapla), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru),
H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T.
Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), L. Re-
bane (Pärnu), A. Rodin (Kohtla-Järve), M. Silland
(Narva), M. Tarum (Jõgeva), T. Vilosius (Haap-
salu).

Korrektor T. Peep. Tehniline toimetaja L. Art.
Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kal-
laku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tal-
linn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud
19. 12. 1986. Trükkimisele antud 26. 01. 1987.
Trükiarv 6000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16.
Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arves-
tuspoognaid 9,48. Tell. nr. 4943. MB-00735. EKP
Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu
mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здра-
воохранение Советской Эстонии). Выходит 6
раз в год. На эстонском языке. Резюме на
русском и английском языках. Орган Минис-
терства здравоохранения Эстонской ССР. Из-
дательство «Периодика», Таллин. Тираж 6000.
Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист 6,5. Уч.-изд.
лист. 9,48. Заказ № 4943. MB-00735. Типография
Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну
маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid», 1987

Käsitõlked esitatakse toimetusele kahes eksemplar-
is masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli.
Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel.
Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sisse-
juhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -mee-
todid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldu-
sed. Käsitõlke peab olema keelelt korrektne,
terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed,
initsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisat-
ud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel
töös esitatakse see võimalikult mitmes keeles
(ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esita-
tagu kokkusuurutult mitte üle nelja ja ülevaated
mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas
kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse töend, kas
töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni
fragment, esitatakse koos käsitõlkjaga. Teadusliku
töö käsitõlke viseerib teaduslik juhendaja. —
Andmed kõikide autorite kohta (perekonnä-, ees-
ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töö-
koha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonna-
seis, laste arv) lisatakse käsitõlke lõpu koos
kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uuri-
misinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või
osakonna nimetus. — Resümeed esitatakse vene
keeles (15...20 rida masinakirjas) ja inglise keeles
(8...12 rida) või lisatakse tõlkimiseks sobiv eesti-
keelne kokkuvõte. — Kirjandus. Bibliograafias
paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga
ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõ-
lemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuli-
selt. Raamatutel märgitakse autori perekonna-
nimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja
ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide
autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli
pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta,
köide, anne või number, artikli lehekülgede algus-
ja lõpnumbrid. — Fotod ja joonised koos all-
kirjadega paigutatakse käsitõlke lõpu. On soo-
vitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele mär-
kida ülemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on
teistes väljaannetes või monograafia osana juba
trükitud.

Toimetus ei tagasta fotosid ja jooniseid ning
avaldamisele tulevate artiklite käsitõlke.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja
26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika»
kassas Pärnu mnt. 8. Väljaspool Tallinna elava-
tele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Eesti NSV tervishoiuasutuste tegevuse intensiivistamine

Väino Rätsep · Tallinn

Tervishoiuprobleeme peame käsitama laialdaselt sotsiaalselt positsioonidelt, sest ka tervishoiu arengu kiirendamise strateegia hõlmab ühiskonnasuhete täiustamist, samuti tervishoiuasutuste töö sisu, vormide ja meetodite täiustamist, sotsialistliku demokraatia süvendamist. On kolm põhitõde, mida praegusel etapil oleme kohustatud silmas pidama tervishoiusüsteemi talitlusvõimet reguleerides ning tema mõjujõudu suurendades. Need on igapäevase intensiivsem töö ja töö kvaliteet, tervishoiusüsteemi strateegia ja taktika tänapäeval ning kõik need probleemid, mis seostuvad meditsiinitöötajate materiaalse stimuleerimisega, tervishoiutöötajate palga tõstmisega etapiviisiliselt aastail 1986 ... 1991.

XI viisaastakul saavutasime tervishoiuasutuste rajamises küll murrangu, kuid rahuloluks ei ole kaugeltki veel põhjust. Kiirenduskursile üleminek nõuab meilt suutlikkuse tõstmist, samuti nõuab, et mõistaksime arstiabi kvaliteeti kui meditsiinitöötaja hea maine ainuvõimalust. Oma tööga peame rahuldama inimeste vajadused kvaliteetse ravi, profülaktika ja ravimite järele. See kõik on otseses sõltuvuses tervishoiu materiaal-tehnilisest baasist, paljude päevakohaste teaduslike, organisatsiooniliste ja kaadriprobleemide lahendamisest. Samal ajal on vaja, et palgapoliitika tagaks töötasu sõltuvuse töö hulgast ja kvaliteedist.

Meie tervishoiujuhid peavad olema algatuslikult mõtlevad ja tegutsevad inimesed, organiseerimistööd ei saa asendada üksnes juttude ja lõputu aruteluga istungitel ning nõupidamistel.

Meie strateegia on töö intensiivistamine ja töö kvaliteedi kardinaalne parandamine. Selles ei ole kaksipidi mõistmist. Mis tahes astme tervishoiujuhtidel on kindlasti väga selge, kuidas see kõik tegelikkuses peaks toimuma. Tänu nüüdisaegse meditsiiniaparatuuri ja -seadmete evitamisele, kaadri paremale väljaõpetamisele ja kvalifikatsiooni tõstmisele ning veel paljude muude meetmete rakendamisele on saanud võimalikuks paremini korraldada ravi ja profülaktikat. Rõhuasetus peab olema profülaktikal, mille elluviimisel on tähtis osa ülddispanseerimisel, veel suurem osa aga sanitaarharidustööl, mille mõju peab jõudma iga inimeseni — lapsest kuni vanurini. Üksnes sel juhul võime profülaktikale lootma ja ka selle tõelisi tulemusi näha.

Formaalne dispanseerimine ja mõjutu sanitaarharidustöö, märgatav ja äratuntav ükskõiksus ravitöös on juba ammused probleemid. Tõsi küll, kõige enam oleme suutnud dispanseerida lapsi ja rasedaid ning noori emasid, teiste dispanseerimisel aga on üldpilt vägagi tagasihoidlik. On ju meie põhieesmärk avastada varjatud ja kroonilisi haigusi ning neid põdevatele inimestele anda ravi ja soovitusi tervise hoidmiseks. Just sellest mõeldes peame endile tunnistama ning nentima dispanseerimisega tegelemise ebaasjalikkust. Profülaktilise läbivaatuse tulemusena peame iga läbivaadatu suhtes selgusele jõudma, kas ta on haige, terve või haiguskahtlane ning andma talle soovitusi edaspidiseks.

Dispanseerimisega alustati üleriigiliselt 1983. aastal. Siis veel vaieldi meetodite üle, vaeti ja selgitati võimalusi mitmeti. Täna aga peame mõistma üht: ülddispanseerimisel peame lähtuma kättesaadavatest ja vajalikul määral informatiivsetest uuringutest, nende ja medikute töö ökonoomsusest, samal ajal ka inimesi vähetraumeerivaist uurimismeetodeist. Ning veel edasi minnes nentigem: tervishoiutöö intensiivistamine tähendab kõrvaldada kohe kõik see, mis segab tööd, ja viia ellu üksnes see, mis aitab asja parandada.

Meie tervishoiusüsteemi tehnilist taset tuleb tõsta. Praegu tegeldakse laboratoorsete uuringute automaatsüsteemi koostamisega. Meil on vaja unifitseeritud, täpseid ja kiireid uuringuvastuseid. Mõistagi on uusim meditsiiniaparatuur parem kui varajasem. Kui tellimus on põhjendatud, kasutuse ökonoomika ja töö kvaliteedi tõus argumenteeritud, siis ei saa uudse aparatuuri ostmiseks takistust olla. Meie tervishoiuasutuste laboratoriumides tehtavate uuringute, ka röntgenoloogiliste ja muude uuringute kvaliteet peab paranema.

On mitmeid näitajaid, mis iseloomustavad teatava riigi ning rahva arengutaset — need on laste suremus ja abortide arv. Need ei ole üksnes meditsiinistatistika näitajad, vaid riigi ja rahva majandusliku ning sotsiaal-kultuurilise arengu näitajad üldse. Statistikaandmete põhjal paistab meie vabariigis laste ja emade tervise kaitsega enam-vähem korras olevat, täpsemat analüüsi tehes aga tulevad ilmsiks puudused sünnitusabis ning ka laste ravi- ja profülaktikaasutuste töös.

Vastsündinute ravi ja hoolduse nõuetekohaseks tagamiseks on linnade ning rajoonide tervishoiujuhtidel vaja hoolt kanda selle eest, et eelkõige sünnitus- ja lasteosakonnad oleksid komplekteeritud keskastme meditsiinikaadriga. On väga oluline avada suuremates sünnitusmajades vastsündinute intensiivravipalatiid. Laste haigestumuse ja suremuse vähendamine on kompleksne töö, milles iga lõik on tähtis, nagu on tähtis akušöörigünekoloogide ja pediatrite kvalifikatsiooni tõstminegi. Kooliarstid, noorukite arstid, eriti terapeudid peaksid terasemalt silmas pidama tütarlaste kui tulevaste emade tervist. Et parandada laste- ja sünnitusabiasutuste ainelist baasi, on XII viisaastakul plaanis ehitada ambulatoor-polikliinilisi asutusi ja osakondi (kokku 620 külastust vahetuses), naistenõuandlaid (209 külastust vahetuses). Samal viisaastakul saame uutes haiglates juurde 350 voodikohta laste ja 175 sünnitajate jaoks, s.o. viisaastaku tervishoiuehitistest 35,5 %.

Samal ajal on ka näitajaid, mis olenevad arstist ja öest: kutsemeisterlikkus, oskus laitmatult suhelda haigega, tema omastega, ka tööarmastus, suur kutsumus. Meditsiinitöötaja olgu nii kutsetöös kui ka elulaadis elavaks eeskujuks.

Ja jõuame taas selleni, et sotsialistlik, terve elulaad ja tõeliselt rahvalik tervishoiusüsteem on oma humanistliku olemuse tõttu vastastikku lahutamatus seoses. Tervete eluviiside soovitamine ei saa piirduda üksnes halbade harjumuste laitmise ja ärahoidmisega. Oma kutse ja kutsumuse kohaselt peavad tervishoiutöötajad olema tervete eluviiside propageerijate esirinnas. Nende selgitustöö olgu sisukas ja veenev.

Meditsiini ja tervishoiu areng peab olema järjekindel, arengusuunad hästi läbimõeldud, ainuüksi siis näeme tulemusi. Tervishoiustrateegia, mis on ka globaalne probleem, muutub üha ning põimub ikka enam muude tegevusaladega.

Mullu oktoobris avaldati NLKP Keskkomitee, NSV Liidu Ministrite Nõukogu ja ÜAÜKN-i määrus tervishoiu- ja sotsiaalhooldustöötajate palga tõstmise kohta. Osal meditsiinitöötajatel on palk juba tõusnud ning etapiviisiline uute tariifimäärade kehtestamine vältab 1991. aastani. Kahtlemata stimuleerib see meedikute tööd, suurendab nende huvi kvalifikatsiooni tõstmise vastu, mis kajastub ka arstiabi kvaliteedi paranemises. 1987. aasta algul meie vabariigis alanud majanduseksperimendis osaleb ka tervishoiusüsteem. See toob kaasa ümberkorraldusi, ametikohtade arvu vähenemise, ümberpaigutusi. Kaadripoliitika elavneb, muutub täpsemaks, nõudlikumaks. Mis tahes astme tervishoiujuhid peavad aktiivselt ning läbimõeldult tegutsema, parandamaks meditsiinitöötajate töötingimusi ja materiaalselt stimuleerimist, seda kõike arstiabi ja rahvatervishoiu kvaliteedi paranemise nimel.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Teooria ja praktika

UDK 618.19-006.6:616.073.7

Mammograafiline rinnavähi diagnoosimine eri vanuserühmadesse kuulujail

Mare Tekkel · Tallinn

mammograafia, rinnavähi diagnoosimine, vanuserühmad

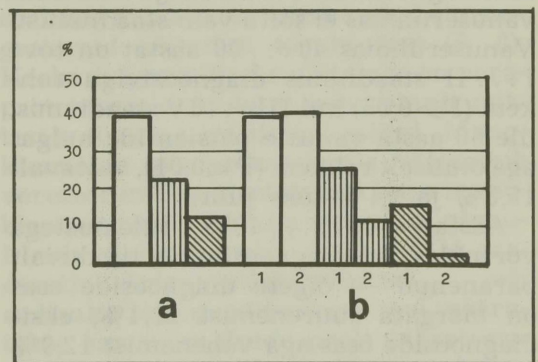
Mammograafia on mõnekümne aastaga läbi teinud kiire arengu. Eriti on paranenud rinnavähi diagnoosimine noorematel naistel. Kui 1960-ndatel aastatel tehtud esimesel mammograafiat kasutaval sõeluuringul USA-s avastati alla 50 aasta vanustel naistel röntgenoloogiliselt ainult 19% rinnavähijuhutest, siis 1970-ndatel aastatel küündis see näitaja 45%-ni (3). Käesoleva töö eesmärk oli uurida rinnavähi mammograafilise diagnoosimise efektiivsust eri vanuserühmades.

Uurimismaterjal ja -meetod. Töös on analüüsitud 358 haige andmeid, kellel on rinnavähi diagnoosimise eesmärgil tehtud mammograafiline uuring. Patsiente on röntgenoloogiliste uuringute tegemiseks suunatud Tallinna Vabariiklikku Onkoloogiadispanserisse. Suunajateks on olnud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi rinnavähiepidemioloogia töörühma arstid, kes aastail 1975...1985 tegelesid mammograafilise konsultatsiooniga.

Uurimistulemused ja arutelu. Lõplikus analüüsis on kasutatud 351 patsiendi andmeid, sest seitsmel juhul ei olnud mammogramme võimalik hinnata. Uuritavad olid 26...81 aasta vanu-

sed. 262 haigel (74,6%) diagnoositi kasvaja I...II, 89-l III...IV kliinilises staadiumis. Histoloogiliselt oli rinnavähi diagnoos tõestatud 331 juhul (94,3%). 84,0%-l esines duktaalne ja 7,9%-l lobulaarne vähk, 6,9%-l teised histoloogilised vähivormid. 1,2%-l ei olnud vähi histoloogilist tüüpi võimalik kindlaks määrata. Mammograafiliselt tõestus vähi diagnoos 182-l (51,9%), vähikahtlus esines 103-l (29,3%) ja diagnoos oli valenegatiivne 66 juhul (18,8%). Rinnavähi varajaseks avastamiseks on USA arstid tervetele naistele andnud järgmised mammograafia kasutamise teaduslikult põhjendatud soovitused: 1) 35...39-aastatel naistel teha üks põhimammogramm (*base-line mammogram*); 2) 40...50-aastastel mammograafiline uuring 1...2 aasta järel; 3) üle 50 aasta vanuseid uurida mammograafiliselt kord aastas (4). Selles töös on kasutatud analoogilist patsientide vanuselise jaotumust.

Kuni 39-aastaste naiste hulgas on mammograafiliselt tõestunud vähi esinemissagedus väiksem kui 40...50-aastaste hulgas ($P>0,05$) ja oluliselt väiksem kui üle 50 aasta vanuste rühmas ($P<0,01$). Diagnoos «vähikahtlus» oli ülekaalus 40...50-aastaste rühmas, eriti võrreldes sama diagnoosiga 51-aastastel või vanematel ($P<0,01$). Et vähi-



Joonis. Rinnavähihaigete jaotumus valenegatiivse mammograafilise diagnoosi korral vanuserühmiti (a) vastavalt haiguse staadiumile (b). Valged tulpad tähistavad kuni 39-aastasi naisi, püstjoontega viirutatud tulpad 40...50-aastasi, kaldjoontega viirutatud tulpad üle 50 aasta vanuseid naisi; 1 — I...II staadium, 2 — III...IV staadium.

Tabel 1. Rinnavähihaigete jaotumus mammograafilise diagnoosi järgi vanuserühmiti

Vanus aastates	Mammograafiline diagnoos							
	vähk		vähikahtlus		healoomuline protsess		kokku	
	arv	% ±m	arv	% ±m	arv	% ±m	arv	%
≤39	12	27,9±6,8	14	32,6±7,1	11	39,5±7,5	43	100,0
40...50	44	37,6±4,5	47	40,2±4,5	26	22,2±3,8	117	100,0
≥51	126	66,0±3,4	42	22,0±3,0	23	12,0±2,4	191	100,0

kahtlus mammogrammi järgi nõuab uuringute kohest jätkamist diagnoosi täpsustamiseks, siis võib selle haigete-rühma diagnoosi tinglikult õigeks pida-da. Esitatud analüüsitulemused ei sõltu-nud haiguse staadiumist. Arvestades uuritud vähijuhtude histoloogilist jaotumust (kõigis vanuserühmades suures ülekaalus duktaalne vähk), ei osutunud otstarbekaks analüüsida mammograafia tulemusi, lähtudes vähi histoloogilisest tüübist.

Kõige suuremad erinevused vanuse-rühmade vahel ilmnevad valenegatiivse diagnoosi osas. Healoomulist haigus-protsessi diagnoositi mammograafiliselt kuni 39-aastaste rinnavähihaigete hul-gas ekslikult üle kolme korra sageda-mini kui üle 50-aastaste hulgas ($P < 0,01$) ja ligikaudu kaks korda sageda-mini kui 40...50-aastaste vanuserüh-mas ($P < 0,05$). Jooniselt selgub, et eksidiagnoosi osatähtsus kõige nooremas vanuserühmas ei sõltu vähi staadiumist. Vanuserühmas 40...50 aastat on tõve I...II staadiumis diagnoosivigu roh-kem ($P > 0,05$) kui III...IV staadiumis, üle 50 aasta vanuste patsientide hulgas aga oluliselt rohkem ($P < 0,01$), vastavalt 15,3% ja 2,1% (üks juht).

Aastate 1975...1979 tulemustega võrreldes on diagnoosimine tunduvalt paranenud — õigete diagnooside osas on märgata suurenemist 21,4%, eksi-diagnooside osas aga vähenemist 12,9% (6). Tulemused on võrreldavad kirjan-duse andmetega, mille puhul valenegatiivsete diagnooside hulk alla 50 aasta vanustel naistel, kellel on rinnakaebus-ed, ulatub 28...37%-ni, üle 50 aasta vanustel 14...23%-ni (1, 2). Mõni au-tor on aga kasvaja mammograafiliselt

leidnud 90%-l alla 35 aasta vanustest rinnavähihaigetest (5).

Mammograafilise uurimise tulemusi püüdsime analüüsida ka lähtudes sünni-tuse ja menopausi mõjust. Kõigis vanu-serühmades esines rohkem õigeid diag-noose sünnitanud ja menopausis ole-vatel naistel. Kahtlased ja valenegatiivsed diagnoosid olid ülekaalus mitte-sünnitanutel ja neil, kes ei olnud meno-pausis. Erinevused ei olnud statistiliselt olulised.

Kokkuvõte. Viimasel ajal on kirjan-duses olnud viiteid liigsetele piirangu-tele mammograafia sõeluuringutes kasutamise kohta (4), lähtudes võimalikust kiirituse kantserogeensusest toimest rin-nanäärme koesse. Selle töö tulemuste põhjal võib järeldada, et olemasoleva tehnika korral on mammograafia kasu-tamine profülaktilisel eesmärgil näidus-tatud ainult üle 50 aasta vanustel naistel. Sellisel juhul on minimaalne ka röntgenkiirguse poolt indutseeritud rinnavähi tekke võimalus.

KIRJANDUS: 1. Del Turco, M. R., Giannardi, G., Villari, N. Tumori, 1980, 66, 85—92. — 2. Egeli, R. A., Urban, J. A. Cancer, 1979, 43, 3, 878—882. — 3. Feig, S. A. Am. J. Roentgenol., 1984, 143, 469—475. — 4. Fox, S., Baum, J. K., Klos, D. S. a. o. Radiology, 1985, 156, 607—611. — 5. Meyer, J. E., Kopans, D. B., Oot, R. Radiology, 1983, 147, 1, 93—94.

6. Теккел, М. Ю. В сб.: Сборник научных трудов. Таллин, 1982, 75—82.

Ekspimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

Müeloomi õigeaegne diagnoosimine

Valve Saarma Ene Jents · Tartu

müeloom, diagnoosimine, dispanseerimine

Müeloom ei kuulu haruldaste haiguste hulka. Kirjanduse andmeil (5, 6, 7, 12) moodustab tema esinemissagedus 10... 20 % kõikide hemoblastooside esinemissagedusest. Ometi diagnoositakse seda haigust õigel ajal harva.

Müeloom on plasmarakuline kasvaja. Teatavates tingimustes, nagu näiteks geneetilise dispositsiooni, T-lümfotsüütide (supressorite?) funktsiooni nõrgenemise korral, on võimalik kasvajaliste plasmotsüütide prolifererumine. Need rakud sünteesivad ainult ühte tüüpi (monoklonaalset) immunoglobuliini (Ig), mida leidub haige vereseerumis ja/või uriinis. Harva esinevate nn. mitte-sekreteerivate müeloomide immunoglobuliini leidub ainult kasvajarakkudes. Immunoglobuliini hulk oleneb kasvaja massist. Olenevalt sünteesitava Ig klassist eristatakse müeloomi vorme. Kõige sagedamini esineb G-müeloomi (55... 65%) või A-müeloomi (20... 25%). Küllalt sageli esineb ka nn. kergete ahelate (Bence'i-Jonesi) müeloomi (12... 20%). Viimasel juhul sünteesivad kasvajarakud Ig ühte osa, tema kerget ahelaid, mida leitakse haigete uriinis. Harvem esineb D- või E-müeloomi, üliharva aga M-müeloomi. On kirjeldatud ka biklonaalseid müelome.

Luuüdi on rikas müeloomirakkudest. Need luuüdis prolifereruvad rakud destruueerivad luid, eelkõige lameluid ja lüüsisammast, aga ka toruluude proksiimaalosi.

Kirjeldatud on ka osteodestruksioonita, ainult koldelise osteoporoosiga kulgevaid juhte (7, 12). Kasvajarakkude infiltratsiooni võib leiduda kõigis siseelundeis, sagedamini maksas ja põrnas. Paraproteineemiline nefrootiline sündroom väljendub proteinuu-

riana. Puuduvad teised neeruhaigustele omased sümptoomid: tursed, hüpoproteineemia, hüperkolesterineemia või siis arteriaalne hüpertensioon ja retinopaatia. Müeloomse nefropaatia tõttu arenev krooniline neerupuudulikkus on müeloomihaigete üks sagedamaid surma põhjusi. Ent teatud olukorras, näiteks kopsupõletiku ja luumurdude, ravimitalumatuse korral, võib tekkida äge nekronefroos (7). Paraproteiinide sünteesi tõttu häirub normaalsete Ig-de, s.o. antikehade süntees. Immuunpuudulikkuse tõttu ohustavad müeloomihaigete nakkused, eeskätt hingamis- ja kuseteedes. Kasvajalise protsessi tagajärjel areneb aneemia, harvem trombotsütopeenia. Ulatusliku osteolüüsi puhul suureneb vereseerumi kaltsiumisisaldus. Vere viskoossuse suurenemise tõttu võib tekkida vereringehäireid, mis krüoglobulineemia lisandumisel on eriti väljendunud jahedas keskkonnas.

Diagnoosimise seisukohalt on oluline luuüdi morfoloogiline uuring. Müelogramm polümorfsete plasmarakkude leidumine üle 10... 15% (3, 7), mõne autori järgi (4, 14) üle 6% kinnitab diagnoosi. Perifeerses veres leitakse neid rakke ainult terminaalses seisundis haigetel (7, 15). Iseloomulikud on luudes, eelkõige lameluudes sedastatavad destruktioonikolded või siis generaliseerunud osteoporoos. Kui lameluudes muutusi ei leidu, on vajalikud röntgenogrammidest kõikidest toruluudest (6, 8). Heaks diagnostiliseks näitajaks on paraproteineemia, mida ei esine ainult mittesekreteeriva müeloomi puhul. Monoklonaalne paraproteineemia väljendub vereseerumi elektroforeesil kitsa monoklonaalse valgu ribana γ -kuni α_2 -globuliinide migratsiooni tsoonis (M-gradient). Immuno elektroforeesi või radiaalse immunodifusiooni teel määratakse kasvajarakkude poolt sekreteeritavate immunoglobuliinide patoloogiline klass. Prognostilisest aspektist on oluline Bence'i-Jonesi valgu määramine immuno elektroforeesi teel. Väärtuslikku informatsiooni annavad ka vere viskoossuse näitajad, vere kaltsiumisisaldus jm. Enamikul juhtudel on ise-

loomulik erütrotsüütide settereaktsiooni kiirenemine, ent on kirjeldatud ka normaalseid väärtusi (10, 11).

Müeloomi kliiniliste staadiumide määramisel lähtutakse laboratoorsetest analüüsides (1, 12):

I staadium: hemoglobiini hulk > 100 g/l, vere kaltsiumisisaldus < 3 mmol/l, IgG hulk < 50 g/l (IgA > 30 g/l), Bence'i-Jonesi valku < 4 g/24 t., osteolüüs kas puudub või esineb solitaarne kolle, kasvaja mass kuni $0,6$ kg/m².

II staadium: hemoglobiini hulk < 100 g/l, vere kaltsiumisisaldus ~ 3 mmol/l, IgG hulk > 50 g/l, (IgA > 30 g/l), Bence'i-Jonesi valku > 4 g/24 t., mõõdukas osteolüüs, kasvaja mass $0,6 \dots 1,2$ kg/m².

III staadium: hemoglobiini hulk < 85 g/l, vere kaltsiumisisaldus > 3 mmol/l, IgG hulk > 70 g/l, (IgA > 50 g/l), Bence'i-Jonesi valku > 12 g/24 t., rikkalikult osteodestruktiivseid koldeid, kasvaja mass $> 1,2$ kg/m².

Müeloomil puuduvad spetsiifilised sümptoomid. Haigete esmased vaevused on ebamäärased: valud luudes, nõrkus, väsimus, subfebriilne kehatemperatuur, harvem valud liigestes, düsuurilised vaevused. Arsti poole pöördumise põhjusteks on kõige sagedamini valud lülisambas või roietes. Kuid osa haigusjuhte avastatakse juhuslikult, näiteks profülaktilisel läbivaatusel avastatud proteiinuuria või kiirenenud settereaktsiooni tõttu (6, 7, 10, 12, 14). Et müeloomil spetsiifilised sümptoomid puuduvad, on müeloomi diagnoosimisega raskusi olnud ka meie vabariigis. Analüüsinud Tartu Kliinilise Haigla hematoloogiakabineti kolme viimase aasta andmeid, selgus, et Lõuna-Eesti rajoonides on müeloomi diagnoositud ainult neljal 38 müeloomihaigest, kellest 16 suunati Tartusse alles siis, kui haigus oli juba III staadiumis. Esialgselt oli diagnoositud sageli radikuliiti, polüartriiti, mitmesuguseid neerukahjustusi, selgitamata paraproteineemiat, harvemini kopsupõletikku, kopsutuberkuloosi, seedetraktikasvajad. Analüüsitava materjali andmeil olid kõige sagedamateks kaebusteks valud nimmepiirkonnas,

roietes, jäsemete luudes või liigestes, harvem väsimus, kõhnumine, palavik. Osal kaebusi ei olnud, nende statsionaarsele uurimisele suunamise põhjus oli kiirenenud settereaktsioon, mis oli püsinud aastaid. Siit nähtub, et luu- ja liigesevalude või proteiinuuria all kannatavaid haigeid on tingimata vaja dispanseerida.

Mainitud ajavahemikul on Tartu Kliinilise Haigla hematoloogiakabinetis dispanseeritud nn. healoomulise monoklonaalse paraproteineemia diagnoosiga veel seitse haiget, kellel esialgselt ainsateks nähtudeks olid kiirenenud settereaktsioon ja monoklonaalne paraproteineemia. Kolmel neist arenes müeloom, ühel jämesoole- ja ühel pärasoolekasvaja. Kahel ei ole aastate pikku seisundi muutusi märgata olnud. Kirjanduse andmeil (2, 4) võib müeloomi prekliiniline staadium kesta $10 \dots 24$ aastat.

Haiguse õigeaegne diagnoosimine on oluline prognoosi seisukohalt. Ravimata müeloomihaigete eluea kestus on vaid $7 \dots 13$ kuud, kuid õigeaegne ravi pikendab seda $3 \dots 4$ -kordseks (7, 13). Müeloomi kasvu peatavad tsütostaatilised preparaadid, kasutatavamaks on sarkolüsiin ja tsüklofosfaan (7, 10, 12, 13, 14, 16). Neerupuudulikkuse korral tuleb sarkolüsiinile eelistada tsüklofosfaani. Samal ajal manustatakse kortikosteroide. Ravimi annused määratakse olenevalt haige seisundist. Remissiooni faasis kasutatakse seisundit säilitavaid annuseid. Raviskeemi kuuluvad veel infektsiooni-, hüperurikeemia-, hüperkaltseemia-, aneemiavastased, vere viskoossuse vastased sümptomaatilised vahendid. Ravi efektiivsuse kriteeriumeiks on (7, 12): Ig-de hulga vähenemine poole võrra, ka Bence'i-Jonesi valgu hulga ja tuumori massi vähenemine poole võrra, luude destruktiooni taandumine, hemoglobiini hulga taastumine > 90 g/l, seerumialbumiinide hulga suurenemine > 30 g/l, vereseerumi kaltsiumisisalduse vähenemine < 3 mmol/l. Tulemuste üle võib otsustada alles kolm kuud pärast ravi algust.

Tartu Kliinilise Haigla hematoloogia-

UDK 616.132.2-002:616.036.888

kabineti andmeil süstiti müeloomi remissioonifaasis kõige sagedamini tsüklofosfaani 200...400...600 mg nädalas lihasesse ning samal ajal anti iga kuu 12 päeva vältel prednisolooni, kusjuures annust vähendati järk-järgult, alates 60 mg kuni 10 mg-ni. Loiult kulgevate haigusvormide korral kasutati 400 mg tsüklofosfaani päevas neli päeva ning prednisolooni 12 päeva. Anaboolseid hormone retaboliili ja neroboliili manustati kõigile haigeile 10-päevaste intervallidega. Vajaduse korral määrati tüsistustevastane ravi. Häid tulemusi saadi 27 juhul. Tulemus kas puudus või oli ainult osaline 11 müeloomihaigel, kellel haigus oli III staadiumis. Vaatlusalustest olid töövõimelised 3...5 aastat 14, 6...8 aastat neli, üle 8 aasta viis haiget. Siit järeldub, et õigeaegne diagnoosimine ja ravi alustamine ning süsteemiline dispanseerimine pikendavad nende haigete eluiga ja soodustavad töövõimet.

KIRJANDUS: 1. Durie, B. G. M., Salmon, S. E. Cancer, 1975, 36, 824—854. — 2. Norgaard, O. Br. J. Cancer, 1971, 25, 417—421. — 3. Radl, J. Am. J. Pathol., 1981, 105, 1, 91—93. — 4. Waldenström, J. Schweiz. med. Wochenschr., 1970, 100, 7, 290—295. — 5. Williams, W. J., Beutler, E., Erslev, A. J. a.o. In: Hematology. New York — St. Louis — San Francisco, 1977, 807—822. — 6. Wintrobe, M. M., Lee, G. R., Boggs, D. R. a.o. In: Clinical Hematology. London, 1975, 305—327.

7. Андреева Н. Е. В кн.: Руководство по гематологии. М., 1979, 248—262. — 8. Андреева Н. Е. Тер. арх., 1983, 8, 55—59. — 9. Андреева Н. Е., Антипова Л. Г. Пробл. гематол., 1975, 3, 51—57. — 10. Андреева Н. Е., Антипова Л. Г. Тер. арх., 1977, 8, 76—85. — 11. Андреева Н. Е., Антипова Л. Г., Баталова Т. Н. и др. Тер. арх., 1978, 7, 33—38. — 12. Андреева Н. Е., Чернохвостова Е. В. В кн.: Иммуноглобулинопатии. М., 1985, 32—95. — 13. Антипова Л. Г. Тер. арх., 1983, 8, 59—63. — 14. Гринченко К. Г., Еремеев В. С., Островский К. Г. и др. Врач. дело, 1976, 7, 100—103. — 15. Мокеева Р. А., Веревкин И. Н., Пясок М. В. и др. Пробл. гематол., 1981, 8, 41—45. — 16. Яворковский Л. И., Соловей Д. Я., Удрис О. Ю. и др. Пробл. гематол., 1981, 8, 36—40.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateeder

Tartu Kliiniline Haigla

Koronaarne äkksurm (kliiniliste ja morfoloogiliste andmete analüüs Tallinna Kiirabihaiglas aastail 1981...1985)

Arvo Mesikepp Enn Jõeeste
Jüri Gross Tallinn

koronaarse äkksurma sagedus, kliinilised ja lahangu andmed

Koronaarne äkksurm, äkksurmast kõige sagedam, on nüüdisajal mitmekülgset uurimist vajav meditsiiniline ja sotsiaalne probleem. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil on arenenud industriaalmaades miljoni inimese kohta 30 koronaarse äkksurma juhtu nädalas (6).

Koronaarne äkksurm on sageli koronaarhaiguse esimene kliiniline manifestatsioon (2), kuid see võib olla ka kaua kestnud koronaarhaiguse finaalsiks (7). N. Mazuri (10) andmeil sureb haige ligikaudu 70 %-l juhtudest südame isheemiatõve tagajärjel äkki (9, 10), iga neljas (25 %) sureb esimese kuue tunni jooksul. Eriti suur (20 %) on suremus esimesel tunnil ägeda haiguse algusest arvates.

Kirjanduse andmeil saabub koronaarne äkksurm 30 sekundi (momentsurm) ja 15 minuti (äkksurm) (1) kuni ühe tunni (4, 10), kuue tunni (10), 24 tunni (2, 3) või pikema aja jooksul (6) eluohtlike sümptomide tekke algusest arvates, sest uurijad hindavad südameseiskusele eelnenud haigusprotsessi üksikasju erinevalt, surma tekkimise aega olenevalt esmase valu (või muude sümptomide) algusest. Erinevalt on hinnatud ka koronaarse äkksurma sõltuvust südame pärgarterite ateroskleroosi ulatusest (1, 3, 8, 12), vahetut koronaartromboosi on sedastatud 10...90 %-l koronaarse äkksurma juhtudest (1, 3, 11, 12).

Foonhaigustest peetakse (3, 4, 5, 8, 10, 12) kõige tähtsamaks arteriaalset hüpertensiooni ja sellest tingitud südames-

Tabel. Koronaarse äkksurma kliinilised ja morfoloogilised andmed Tallinna Kiirabihaiglas aastail 1981...1985

Uuritute rühm ja arv	Äge koronaarpuudulikkus	Korduv koronaarpuudulikkus	Esmane müokardiinfarkt	Korduv müokardiinfarkt	Kardiogeenne šokk	Vatsakeste virvendus	Totaalne atrioventrikulaarne blokaad	Südame rüptuur	Südame aneurüsm (äge ja krooniline)	Tromb koronaararteris	Stenoos üle 50 % valendikust (kolmes suuremas koronaararteris)			
											kolmes arteris	kahes arteris	ühes arteris	mitte üheski
I 44	6	9	15	14	14	14	8	3	9	11	20	15	9	—
(0...1 t.)	13,6%	20,5%	34,1%	31,8%	31,8%	31,8%	18,4%	6,8%	20,5%	25%	45,4%	34,1%	20,5%	—
II 127	9	22	58	38	28	47	11	41	18	45	72	30	25	—
(1...24 t.)	7,1%	17,3%	45,7%	29,9%	22,0%	37,0%	8,7%	32,3%	14,2%	35,4%	56,7%	23,6%	19,7%	—
III 166	2	—	107	57	27	63	16	44	37	82	95	36	34	1
(üle 24 t.)	1,2%	—	64,5%	34,3%	16,2%	37,9%	9,6%	26,5%	22,3%	49,3%	57,2%	21,7%	20,5%	0,6%
Kokku	17	31	180	109	69	124	35	88	64	138	187	81	68	1
337	5,0%	9,2%	53,4%	32,4%	20,5%	36,8%	10,4%	26,1%	19,0%	40,9%	55,5%	24,0%	20,2%	0,3%

si suurenemist. Koronaarse äkksurma tekkemehhanismis arvatakse suur osa olevat südame rütmihäiretel, põhiliselt küll vatsakeste virvendusel (8, 9), kuid oluliseks peetakse ka kaltsiumiainevahetuse muutust (6, 9).

Viie aasta jooksul hospitaliseeriti Tallinna Kiirabihaigla kardioloogilise reanimatsiooni osakonda müokardiinfarkti diagnoosiga 2638 haiget, neist suri 409 (15,5 %). Edukalt elustati 109 haiget (4,2 %), neist 99-l oli primaarne või sekundaarne vatsakeste virvendus, 10-l asüstoolia. Kliiniliste sümptomide alusel (ootamatu südameseiskus) oli koronaarset äkksurma diagnoositud 82,4 %-l surnutest. Kliinilis-morfoloogiliselt analüüsitud surmajuhte oli 337, naisi 169 ja mehi 168 (vanuses 28 kuni 97 aastat).

Koronaarse äkksurma tagajärjel surnuid lahati Tallinna Linna Prosektuuris, kus kasutati üldtunnustatud lanagangetoodikat (uuriti südame pärgarterite põhiharude valendiku läbitavust ristlõigete põhjal) koos hilisema histoloogilise uuringuga (värving hematoküliin-eosiiniga).

Kliiniliste tunnuste alusel diagnoositi esmane müokardiinfarkt 237 haigel ja korduv 86 haigel, äge koronaarpuudulikkus (müokardi isheemia ilma nekroosi väljakujunemiseta) 12 haigel.

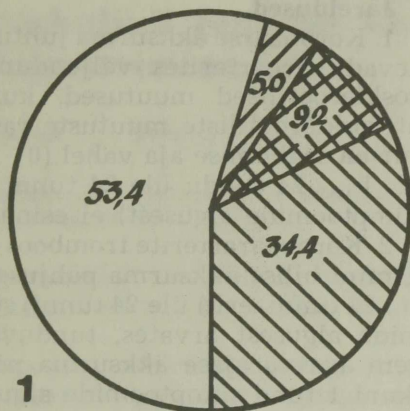
Lahangu andmeil (vt. joonis 1) oli esmane müokardiinfarkt olnud 180-l (53,4 %), korduv 109 juhul (32,4 %). 48

juhul (14,2 %) oli surma põhjuseks olnud äge koronaarpuudulikkus, neist 17-l (5 %) esmane, 31-l (9,2 %) korduv (eelnenud infarktide armide foonil).

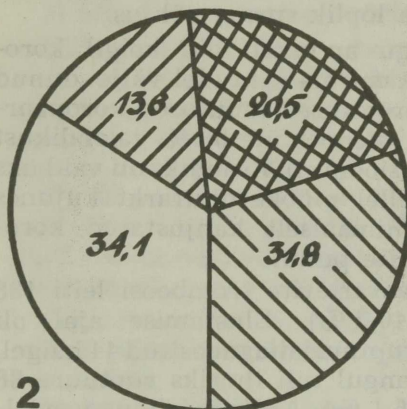
Uuritutest oli kuni 60 aasta vanuseid mehi 62 ja naisi 19; üle 60 aasta vanuseid mehi oli 106, naisi 150. Kuni 60 aasta ja üle 60 aasta vanuste suhe oli 1:3.

Kaasnevatest haigustest oli 29 haigel (7 mehel ja 22 naisel) elupuhuselt diagnoositud suhkurtõbi ja 13 haigel (5 mehel ja 8 naisel) hüpertooniatõbi. Arteriaalset hüpertensiooni on aga diagnoositust ilmselt sagedamini: lahangul leiti südame vasaku vatsakese hüpertroofia koos hüpertensioonile omaste neerumuutustega 148 juhul (44,2 %). Seda on märganud ka teised uurijad (6, 10, 12).

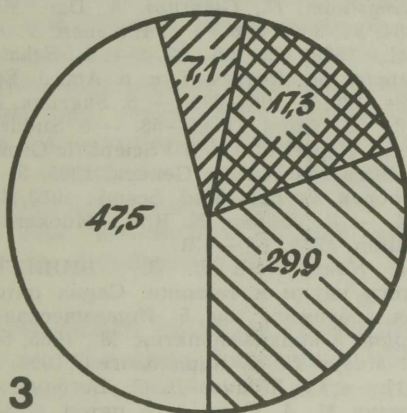
Koronaarse äkksurma saabumisel reanimeeriti kõiki, neist 38 haiget korduvalt. Aktiivsetest reanimatsioonivõtetest kasutati elektrilist defibrillatsiooni 124 haigel, sageli korduvalt, üksikujuhtudel üle 60 korra. 65 haigel kasutati elektrilist kardiostimulaatorit (24-l intravenoossele elektroodi ja 41-l söögitorusisese elektroodiga). Kõigil haigeil võeti reanimatsiooni ajal ette intubatsioon ja tehti kunstlikku hingamist Ambu koti või hingamisaparaadiga RO-6. Hapleelise tasakaalu korrigeeriti vastavate näitude alusel veregaaside automaatanalüsaatoriga (AVL). Medikamentoosne reanimatsioon toimus vastavalt näidustuste eripärale ja kardioloogilise reanimatsiooni põhialustele.



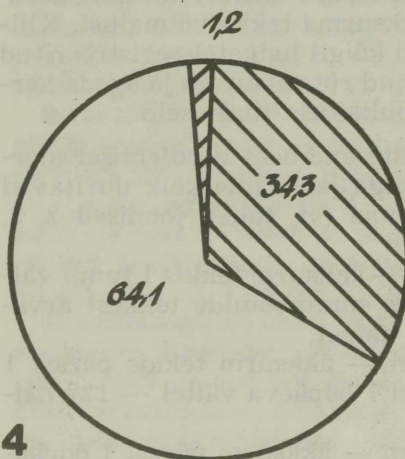
1



2



3



4

Joonistel ja sulgudes toodud arvud tähendavad protsenti.

Joonis 1. 337 juhust oli koronaarse äkksurma põhjuseks äge koronaarpuudulikkus 17 juhul (5,0), korduv koronaarpuudulikkus 31-l (9,2), esmane müokardiinfarkt 180-l (53,4) ja korduv müokardiinfarkt 109 juhul (32,4).

Joonis 2. I rühma 44 koronaarse äkksurma põhjuseks oli äge koronaarpuudulikkus 6 juhul (13,6), korduv koronaarpuudulikkus 9-l (20,5), esmane müokardiinfarkt 15-l (34,1) ja korduv müokardiinfarkt 14 juhul (31,8).

Joonis 3. II rühma koronaarse äkksurma põhjuseks oli äge koronaarpuudulikkus 9 juhul (7,1), korduv koronaarpuudulikkus 22-l (17,3), esmane müokardiinfarkt 58-l (45,7) ja korduv müokardiinfarkt 38 juhul (29,9).

Joonis 4. III rühma 166 koronaarse äkksurma põhjuseks oli äge koronaarpuudulikkus 2 juhul (1,2), esmane müokardiinfarkt 107-l (64,5) ja korduv müokardiinfarkt 57 juhul (34,3).

Kliiniliste andmete võrdlemisel lahangu andmetega selgus, et täielikku reanimatsiooni kompleksi rakendati neil haigeil, kelle puhul oli tegemist fataalse

rütmihäire, ägeda kardiaalpuudulikkuse või trombembooliliste tüsistustega, mis reanimatsiooni ajal ei olnud tihti üksteisest eristatavad ja EKG monitor-

jälgimisel fikseeriti kas vatsakeste virvenduse või asüstooliana. Üksnes neljal haigel oli korduv vatsakeste virvendus ainuke ja lõplik surma põhjus.

Lahangu andmeil olid kõigil koronaarse äkksurma juhtudel väljendunud aterosklerootilised muutused koronaarterites (stenoos üle 50 % valendikust kuni oklusioonini). Erandiks oli vaid üks haige, kellel müokardiinfarkt kujunes välja minimaalselt kahjustatud koronaarterite puhul.

Koronaarterite tromboosi leiti 138 haigel (40,2 %). Elustamise ajal oli südame ruptuuri diagnoositud 44 haigel, kuid lahangul tuli ilmsiks ruptuure 88 haigel (26,1 %). Arutelu käigus vaadeldakse müokardi ruptuuri kui ühte koronaarse äkksurma tekke võimalust. Kliiniliselt oli kõigil haigetel registreeritud väljendunud rütmihäireid ja ägeda kardiaalpuudulikkuse tunnuseid.

Kliiniliste andmete võrdlemisel morfoloogilistega jaotasime kõik uuritavad kolme rühma (vt. tabel, joonised 2, 3, 4):

I rühm — äkksurm tekkis 1 tunni vältel ägedate sümptomide tekkest arvates — 44 haiget;

II rühm — äkksurm tekkis pärast 1 tundi kuni 1 ööpäeva vältel — 127 haiget;

III rühm — äkksurm pärast 1 ööpäeva, suhteliselt hea seisundi perioodil — 166 haiget.

Analüüsitavate tunnuste võrdlemisel rühmade vahel selgus järgmist.

1. Koronaartromboosi esineb III rühmas rohkem kui I rühmas (olulisuse nivoo $\alpha=0,01$) ja II rühmas rohkem kui I rühmas ($\alpha=0,05$).

2. Müokardi ruptuuri on II ja III rühmas rohkem kui I rühmas ($\alpha=0,01$). II ja III rühmas müokardi ruptuuri esinemissagedus oluliselt ei erine.

3. Esmase müokardiinfarkti osatähtsus II ja III rühmas on suurem kui I rühmas ($\alpha=0,01$) ja III rühmas suurem kui II rühmas ($\alpha=0,01$).

4. Koronaarterite stenooside raskus, vatsakeste virvenduse sagedus, kardiogeense šoki osatähtsus ja teised tunnu-

sed I, II ja III uuritute rühmas oluliselt ei erine.

Järeldused.

1. Koronaarse äkksurma juhtudel ilmnevad pärgarterites väljendunud aterosklerootilised muutused, kuid seost aterosklerootiliste muutuste raskuse ja surma saabumise aja vahel (0...1 tundi; 1...24 tundi; üle 24 tunni ägedate sümptomide algusest) ei esine.

2. Koronaarterite tromboos on sagedamini hilise äkksurma põhjuseks (1...24 tunni, eriti üle 24 tunni) sümptomide algusest arvates, tunduvalt harvem aga varajase äkksurma põhjuseks (kuni 1 tund sümptomide algusest).

KIRJANDUS: 1. Cobbe, S. M. Br. Med. J., 1985, 290, 6462, 93—94. — 2. Madsen, J. K., Kringsholm, B., Glenthoj, A. Dan. Med. Bull., 1984, 31, 330—333. — 3. Rissanen, V. Adv. Cardiol., 1978, 25, 96—97. — 4. Schatzkin, A., Cupples, A., Heeren, T. a. o. Am. J. Epidemiol., 1984, 120, 6, 888—899. — 5. Sherwin, R. Drugs, 1984, 28, (suppl. 1), 46—53. — 6. Sudden cardiac death. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organization. Geneva, 1985, 3—25. — 7. Suhonen, O. Acta Med. Scand., 1983, 214, 207—214. — 8. Valgma, K. Rmt.: Müokardi infarkt. Tallinn, 1982, 120—121.

8. Кактурский Л. В. ВНИИТИ, 1985. Итоги науки и техники. Серия патологическая анатомия, том 5. Ишемическая болезнь сердца и кардиомиопатия. М., 1985, 50—99. — 10. Мазур Н. А. Кардиология, 1985, 4, 5, 5—11. — 11. Жданов В. С., Богданович Н. К., Брагин М. А. и др. Арх. патол., 1983, 12, 14, 37—44. — 12. Янушкевичус З. И., Сталиорайтите Е. И., Блужас Ю. Н. и др. Кардиология, 1979, 8, 23—27.

Tallinna Vabariiklik Haigla
Tallinna Kiirabihaigla

Imikute suremus USA-s on viimastel aastatel hakanud suurenema, mille kohta avaldas informatsiooni lastekaitseorganisatsioon *Children's Defence Fund* (Washington). Imikute suremuse suurenemistendents on ilmnunud 1979. aastate alates. Üksnes 1983. aasta kestel suurenes nimetatud näitaja 3 %, neegrilaste hulgas isegi 5 %. Lastekaitseorganisatsiooni president Marion Wright Edelman rõhutas selle põhjustena naiste lühiajalist sotsiaalabi, puudust kannatavate perekondade hulka, samuti mittepiisavat või puuduvat rasedate ja ka laste arstiabi.

Die Heilberufe, 1986, 10.

UDK [616.146+616.61]-07-08

Lastel esineva hemorraagilise vaskuliidi renaalse vormi diagnoosimine ja ravi

Laine Paavel · Tallinn

hemorraagilise vaskuliidi renaalne vorm, uriini muutused, patogeneetiline ravi

Hemorraagilist vaskuliiti peetakse süsteemsete vaskuliitide hulka kuuluvaks (7).

A. Papajani uurimuste järgi (8) on hemorraagilise vaskuliidi patogeneesi aluseks veresoonte immuunkompleksne kahjustus, peamiselt mikrotsirkulatsiooni süsteemis, ning sellele järgnev hemokoagulatsiooni aktiveerumine — hüperkoaguleemia. Antigeeni antikehadega ühinemise tagajärjel moodustuvad tsirkuleerivas veres immuunkompleksid, mis fikseeruvad kapillaaride endoteelis, kahjustades seda. Organismi autoimmuniseerumise tagajärjeks on spetsiifiliste antiendoteliaalsete autoantikehade olemasolu veres (4, 6, 7, 8, 9, 10).

Haigust esineb imikutel kasuistiliste juhtudena, väikelastel haruharva; kõige rohkem haigestuvad 5...12 aasta vanused lapsed (3, 8, 9).

Haigusvormid on: naha-, liigese-, abdominaalne ja renaalne vorm, mis sageli omavahel kombineeruvad (3, 8).

Neerukahjustus tekib 23,8...66%-l haigetest (5, 7, 8, 11). Renaalne vorm tekib kõige sagedamini (80%-l) 2. haigusnädala lõpul või 3...4. haigusnädalal ja 20%-l haigetest 5...8. haigusnädalal (5, 8, 11). T. Plahhuta on renaalse vormi teket täheldanud ka 1. haigusnädala lõpul (9).

Mida varem lisanduvad uriini muutused, seda raskem on hemorraagilise vaskuliidi kulgu.

Eristatakse järgmisi neerukahjustuse vorme:

1) transitoorne mikrohematuuria ja mikroproteinuuria, mis kestavad mõ-

nest päevast 2...3 nädalani; uriini muutused kaovad jäljetult;

- 2) äge glomerulonefriit;
- 3) krooniline glomerulonefriit.

Glomerulonefriidi hematuuriline vorm on kõige sagedam, kuid tekkida võib ka nefrootiline vorm ja 1...2%-l haigetest, kellel on renaalne vorm, ka segavorm (1, 2, 5, 8).

Sageli on renaalne vorm kombineerunud abdominaalse vormiga. Mida raskemad abdominaalsed nähud on, seda ulatuslikumad on neerukahjustused (9).

Hemorraagilise vaskuliidi renaalse vormi puhul soovitatakse patogeneetilise ravina:

1) hüposensibiliseerivat ravi dimedrooli, suprastiini, pipolfeeni, diasoliini, tavegüüli või muude antihistamiinsete preparaatidega, mida ordineeritakse elueale vastavas annuses (3, 5, 7, 8, 9);

2) ravi glükokortikoidhormoonidega, nende manustamine on näidustatud kõigi kliiniliste vormide puhul, algannus 1...2 mg/kg ööpäevas 3...6 nädalat, edasi järjest väiksemas annuses kuni ravimi ärajätamiseni, olenevalt haiguse kulust (3, 4, 5, 7, 8, 9);

3) antikoagulatiivset ravi, sel korral süstitakse lihasesse hepariini annuses 100...150 ühikut kehakaalu ühe kilogrammi kohta 2...3 nädalat, see toimu- gu hemokoagulatsiooni kliinilise ja laboratoorse kontrolli all (5, 7, 8, 9);

4) tsütostaatikumravi glomerulonefriidi protraheeritud või pidevalt retsi- diveeruva kulu korral alates 6. ravinä- dalast (2, 5, 7, 8, 9).

Järgnevalt võetakse vaatluse alla haiged, kellel oli hemorraagilise vaskuliidi renaalne vorm. Nad olid Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla nefroloogiaosakonnas viibinud aastail 1980...1984. Osakonnas raviti seitset sellist haiget, neist neli 4...6-aastased, kolm olid 7...12-aastased.

Kõigil diagnoositi difuusse glomerulonefriidi hematuuriline vorm.

Kolm last hospitaliseeriti 1...2. haiguspäeval, nelja kohta, kes olid üle toodud teistest haiglatest, täpselt haigestumise päeva märgitud ei ole.

Neljal lapsel oli naha-, liigese-, abdominaalne ja renaalne vorm, kahel naha-, abdominaalne ja renaalne vorm, ühel lapsel naha- ja renaalne vorm.

Apendektoomia tehti ühel lapsel, kellel kliiniliselt prevaleeris abdominaalne sündroom. Operatsioon raskendas haiguse kulgu tunduvalt.

Uriini muutused tekkisid viiel lapsel 3. haigusnädalal, kahel 2. nädala lõpul.

Nahahemorraagiad olid kõigil haigetel sümmeetrilised, hemorraagilisele vaskuliidile tüüpilist laadi ja tüüpilise lokalisatsiooniga. Ka liigese- ja abdominaalse vormi sümptoomid olid iseloomulikud hemorraagilise vaskuliidile.

Perifeerses veres esines settereaktsiooni kerge või mõõdukas kiirenemine. Erütrotsüütide sisaldus muutuseta, leukotsüütide sisaldus normaalne või veidi suurenenud. Neljal lapsel oli eosinofiilne granuloütsütoos. Trombotsüütide sisaldus oli kõigil normi piires. Normi piires olid ka veritsus- ja hüübimisaeg.

Uriini muutustest leiti viiel haigel makrohematuuria, teistel tugev mikroerütrotsütuuria, kerge proteinuuria; leiti ka üksikuid hüaliinsilindreid.

Proteinogrammis mõõdukas hüpoalbumineemia, α_2 - ja γ -globuliinide hulga mõõdukas suurenemine. Lipiidiainevahetuse näitajad (kolesteriini ja β -lipoproteiidide hulk) olid normi piires, neerutalitlus normaalne.

Hemokoagulogrammi põhjal ilmnes neljal haigel kalduvus hüperkoagulatsiooniks. Kahel lapsel oli koagulogramm normaalne, ühel aga hemokoagulatsioon süsteemi ei uuritud. 3. ravinädalal asendus hüperkoaguleemia kõigil uuri- tuil kerge hüpoaguleemiaga.

Kõiki haigeid raviti renaalse vormi korral glükokortikoidhormoonidega. Prednisolooni anti 1,5 mg/kg päevas 3...4 nädalat, seejärel aga järjest väiksemates annustes ning tsükliliselt: kolmele haigele 4 kuud, ühele 5 kuud, ühele 6 kuud ja kahele haigele 9 kuud. Anti-histamiinseid preparaate said kõik haiget 3...4 nädalat.

Hüperkoaguleemia korral määrati hepariini annuses 100 ühikut kehakaalu

ühel kilogrammi kohta 4 korda päevas 2...3 nädala jooksul, seda anti seni, kuni hüperkoaguleemia oli kadunud.

Kuus haiget vajas glomerulonefriidi protrahdeeritud kulu tõttu ravi tsütostaatikumidega, neist neli sai 6-merkaptopuriini 2 mg/kg päevas 6 nädalat, seejärel 1 mg/kg päevas 3...6 kuud ja edasi tsükliliselt järjest väiksemates annustes kuni ärajätamiseni, üldse kokku 7...9 kuud. Kaks haiget sai kloorbutiini 6 nädalat 0,2 mg/kg päevas, 2 kuud 0,1 mg/kg päevas, seejärel 6 kuud tsükliliselt järjest väiksemates annustes kuni ärajätamiseni.

Pikaajalise patogeneetilise ravi tulemusena tervistus kuus last. Ühel lapsel, keda oli ravitud 1980. aastast peale, kuid kes tsütostaatilist ravi ei olnud saanud, muutus glomerulonefriit krooniliseks.

Käesoleva kliinilis-laboratoorse uurimise ja analüüsi eesmärk on pediaatriatele tutvustada hemorraagilise vaskuliidi renaalse vormiga haigete adekvaatse patogeneetilise ravi põhimõtteid.

KIRJANDUS: 1. Aggozzino, A., Di Giorgio, M., Travia, A. a.o. *Minerva Pediatr.*, 1983, 9. MRЖ 1984. 1, XIX, 124. — 2. Byron, J. R., Fitzgerald, J. T., Northway, J. D. *Am. J. Dis. Child.*, 1976, 130, 12, 1335—1337.

3. Абезгауз А. М. В кн.: Геморрагические заболевания у детей. Л., 1970. 244—276. — 4. Веримеевич Л. И., Бреймаер Г. М. *Педиатрия*, 1977, 8, 26—27. — 5. Гнатюк А. И., Чеканов В. А., Пушкарь Н. С. В кн.: *Практическая нефрология детского возраста*. Киев, 1980, 266—268. — 6. Ильин, А. А. *Вопр. охр. мат.*, 1976, 4, 30—33. — 7. Лыскина Г. А. *Педиатрия*, 1983, II, 63—68. — 8. Папаян А. В., Шабалов Н. П. В кн.: *Геморрагические диатезы у детей*. Л., 1982, 250—268. — 9. Плахута Т. Г. *Педиатрия*, 1977, 8, 70—75. — 10. Плахута Т. Г., Филин В. А., Якунина Л. Н. *Вопр. охр. мат.*, 1976, II, 81. — 11. Тареев Е. М. *Клин. нефрол.* 1983, II, 184—185.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

UDK 616.345-006-071-035.7

Pseudoapendikulaarne sündroom jämesoolevähi puhul

Ants Haavel Aare Taul Hannes Haavel
Kingissepa
Anne-Ly Birkenfeldt Tartu

jämesoole algusosa vähk, pseudoapendikulaarne sündroom, diagnoosimisvead

Jämesoolevähk on Eesti NSV-s kõige kiiremas tempos sagenev vähivorm. Viimastel aastatel on haigestumine jämesoolevähi kirjanduse andmeil suurenenud üle kahe korra (3). Oma aeglase kasvu ja hilise metastaseerumise tõttu on ta hästi opereeritav. Sellele vaatamata ei ole ravi esma- ja hilistulemused alati veel rahuldavad, sest tihti ravi hilineb. 20...30% jämesoolevähi põdejatest hospitaliseeritakse hilinenult, mistõttu jämesoolevähk surma põhjusena on saagenud (3).

Jämesoolevähi varajased sümptomid vihjavad sageli seedetrakti teiste elundite haigustele. Sümptomidele avaldab mõju ka soole mikrofloora, mis tekitab põletiku soole seinas, soole ümbruses ja lümfisõlmedes. Põletikujuhtudel võib vähk tekitada valu, mille korral diagnoositakse appendikulaarseid koolikuid. Need haiged satuvadki operatsioonilauale ägeda ussripikupõletiku diagnoosiga.

Esitame kaks haigusjuhtu.

Haigusjuht 1. 61-aastane naisehaige R. V. (haiguslugu nr. 724/1982). 6. märtsil 1982 viis kiirabi ta Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse. Diagnoos: *appendicitis acuta*. Haigel olid tugevad valud paremal pool alakõhus, ta oksendas korduvalt, esines gaasipeetus.

Haigeks pidas end märtsi algusest, mil oli hakanud tundma kõhus valu. 5. märtsi õhtul olid valud ägenenud, haige oksendanud korduvalt, oksendamine aga kergendust ei toonud. 6. märtsil gaasid enam läbi ei käinud.

Haige püknilise kehaehitusega. Nahk normaalset värvi, nahaalune rasvkude väga hästi arenenud. Regionaarsed lümfisõlmed ei ole palpeeritavad. Kopsudes vesikulaarne hingamiskahin. Südametoonid puhtad. Puls regulaarne, rahul-

dava täitumusega, 72 korda minutis. Arteriaalne rõhk 150/90 mmHg. Köht sümmeetriline, puhitunud. Palpeerimisel alaköht paremal valulik. Peritoneumi ärrituse nähte ei esine. Maks ja põrn ei ole palpeeritavad. Soolte kohal normaalne auskultatoorne leid. Kõhuõõnest tehtud röntgeniülesvõtetel gaasikogumeid ega horisontaalseid vedelikupeegleid näha ei ole. Rindkere röntgenlõbivalgustusel: *fibrosis hilarum, myopathia cordis, elongatio et sclerosis aortae*. Günekoloogiline leid: tupp vaba, voolust ei esine. Emakas atroofiline, vaba, liikuv. Tupevõlvil elastsed. Douglase õõs vaba. *Per rectum:* parameetrium vaba. Vereanalüüs: hgb. 11,0 g %, leukots. 8500, SR 40 mm/t., keppt. 6%, segmentt. 66%, lümfots. 33%, monots. 3%, eosinof. 2%. Hematokriti näit 35%. Uriinanalüüs normis. Kehatemperatuur 37,4 °.

Haige jäeti jälgimisele. Sümptomaatilise ravi tulemusena hakkasid gaasid läbi käima, uuesti ilmnes defekatsioon. Valud vaibusid. Et järgmisel päeval valud ägenesid, otsustati haiget opereerida. Endiselt oletati ägedat ussripikupõletikku. Endotrahheaalses üldnarkoosis avati kõhuõõs McBurney vahelduvlõikega. Kõhuõõnes vähesel hulgal hägust vedelikku. Umsooles konglomeraat, mida kirurg pidas ussripiku infiltraadiks. Ussripik lähtus infiltraadist. Mesenteriaalsed lümfisõlmed suurenenud. Kõhuõõne teiste elundite muutusi ei leitud. Tehti apendektoomia. Lümfisõlmed ja infiltraadi koest tehti biopsia. Operatsioonijärgne diagnoos: *appendicitis infiltrativa*. Patohistoloogiline vastus Vabariikliku Tuberkuloosidispanseri patohistoloogialaborist: fibroosne rasvkude, kroonilise ussripikupõletiku ägenemine, lümfisõlmede follikulaarne hüperplaasia. Haiget raviti nagu ussripiku infiltraadiga haigetki. Operatsioonijärgne periood tüsistusteta. Haigel haiglast lahkumisel kaebusi ei olnud, üldseisund hea. Tuumor palpeerimisel tunda. Poolteist aastat hiljem viidi haige uuesti Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse (haiguslugu nr. 2820/1983). Diagnoos: südame isheemiatõbi, parema neeru kasvaja? Haige kaebas valu kõhus. Kehakaalu langus. Valu oli tekkinud kuu aega tagasi, patsient seostas seda söögiga. Jaoskonnaarst oli haige suunanud gastrooskoopilisele uuringule. Haigusnähte ei leitud. Et haige oli kehakaalus 5 kg alla võtnud, siis oli jäänud kasvajakahvlus ja ta suunati täiendavate uuringute tegemiseks sisehaiguste osakonda. Tehti urogramm, millel muutusi ei leitud. Haigel valud püsisid, püsis ka paremal pool kõhus palpeeritav kasvajaalne moodustus. Tehti irrigoskoopia. Jämesool täitis kontrastainega vabalt. Haustratsioon jälgitav kogu jämesoole ulatuses. Jämesoole täitumisel esines kontrastaine refluks peensoolde. Diagnoositi Bauchini klapi puudulikkus. Vereanalüüs: hgb. 100 g/l, leukots. $6,7 \times 10^9$, SR 27 mm/t., keppt. 4%, segmentt. 59%, lümfots. 32%, monots. 5%. Uriinanalüüs normis. Arvestades anamneesi ja lokaalset leidu (palpeeritav tuumor paremal alakõhus), diagnoositi jämesoolekasvaja. Haige toodi üle kirurgiaosakonda. Günekoloogilist haigust eitas. 18. oktoobril 1983 opereeriti haiget endotrahheaalnarkoosis. Operatsiooni ajal leiti jämesoole alguses paremal umbes naise rusika suurune kasvaja, mil-

le külge oli kasvanud peensoole lõpposast umbes 10 cm pikkune ling. Metastaase kõhuõone elundites ei olnud. Tehti *hemicolonectomy dex., resectio intestini ileii, ileotransversostomia*. Jämeja peensool olid omavahel fikseerunud lingudena, selles 9×8 cm suurune kasvaja. Soole sein ehitus ei ole eristatav. Sein paksenenud kuni 2 cm-ni. Patohistoloogiline vastus Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri patohistoloogialaborist nr. M 8430/3: *adenocarcinoma mucoides G3 P4*. Pärast operatsiooni tüsistusi ei tekkinud. Haige on dispansersel arvel Kingissepa Onkoloogiakabinetis. 1986. a. tehtud läbivaatusel haigel kaebusi ei olnud. Metastaase ega retsidiivi ei esinenud.

Haigusjuht 2. 71 aasta vanune naishaige H. K. (haiguslugu nr. 1930/1983) hospitaliseeriti Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse 28. juunil 1983. Diagnoos: *appendicitis acuta?* Hospitaliseerimisel diagnoositi endiselt infiltratiivset ussripikupõletikku. Haigele määrati sümptomaatiline ravi.

Oli haigestunud kaks päeva tagasi, mil oli tekkinud valu kõhus. Kehatemperatuur õhtuti 38°. 1982. a. oli aneemia tõttu ravil olnud sisehaiguste osakonnas. Haige korrapärase kehaehitusega. Regionaarsed lümfisõlmed ei ole suurenenud. Kopsudes vesikulaarne hingamiskahin. Südametoonid tuhmid. Pulsu täitumus rahuldav, 68 korda minutis, pulss arütmiline. Arteriaalne rõhk 170/90 mmHg. Köht sümmeetriline, ettevõlvuv. Palpeerimisel: valulikkus paremal kesk- ja alakõhus, samas on palpeeritav ka kasvaja moodustis. Peritoneumi ärrituse nähte ei esine. Vereanalüüs: hgb. 10,2 g %, leukots. 6700, SR 60 mm/t., kept. 3 %, segmentt. 74 %, lümfots. 20 %, monots. 3 %. Uriinialüüs normis. Rindkere röntgenoloogilisel läbivaatustel: diafragma liikuvus rahuldav, hiilused fibroosselt tihenened, kopsuväljadel koldeid ei leidu. Diagnoos: *fibrosis hilarum*.

Haiglas valu püsis, kehatemperatuur 38° piires. Et kolmandal päeval valu tugevnes, otsustati ette võtta operatsioon. Üldnarkoosis tehti McBurney vahelduvlõige. Vedelikku kõhuõones ei olnud. Jämesoole algusosas umbes hanemunasuurune põletikuline moodustis, mida kirurg pidas ussripikust lähtunud infiltraadiks. Uurimiseks võeti infiltraadi kude. Kõhuõõnde jäeti dren. Patohistoloogiline vastus: fibrinoid-nekrootilise pinnaga lipogranulomatoosne kude. Pärast operatsiooni tekkis bioptiadi võtu kohal jämesooleuuris, mis sulgus pärast konservatiivset ravi. Haige lubati koju, kuu aja pärast kutsuti ta kontrollile. 19. septembril 1983 pöördus haige polikliinikusse, kaevates jälle valu paremal pool alakõhus. Samas oli palpeerimisel tunda kasvaja. Haige hospitaliseeriti kirurgiaosakonda uuesti. 26. septembril 1983 võeti ette operatsioon. Jämesoole algusosas näha naise rusika suurune kasvaja, mis osaliselt suleb soolevalendiku. Üksikud suurenenud lümfisõlmed mesokoolonis. Tehti *hemicolonectomy dex., iliotransversostomia*. Patohistoloogiline vastus Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri patohistoloogialaborist: *adenocarcinoma tubulare P4G2 intestini grassi cum metastase in nodum lymphaticum regionale 1/6*. Operatsioonijärgne periood kulges tüsistusteta. Haige lahkus haiglast heas seisundis. 1986. a. dispansersel kontrollil

Kingissepa onkoloogiakabinetis haigel kaebusi ei olnud. Seedimine korras. Retsidiivi ei ole tekkinud.

J. P. Welch ja G. A. Donaldson (2), analüüsinud jämesoole algusosas paikneva vähiga haigete anamneese, tulid järeldusele, et esmaste sümptomide ilmnemisest kuni haige hospitaliseerimiseni kulub keskmiselt seitse kuud. E. J. Ottenheimer (1) selgitas, et hilise hospitaliseerimise põhjuseks on 21 %-l juhtudest hiline arsti poole pöördumine. 48 %-l juhtudest aga hospitaliseeritakse hilinenult arstide vigade tõttu, kes anamneesi kogumisel ei ole küllaldaselt tähelepanu pööranud vähi esmastele sümptomidele ega kasutanud diagnoosimisvõtteid õigel ajal. 12 %-l juhtudest oli diagnoosiga hilinetud, milles olid süüdi nii arst kui ka haige ise. E. J. Ottenheimeri (1) andmeil hospitaliseeriti õigel ajal ainult 17,9 % haigest.

Kokku võttes võib tõdeda, et erakorraliselt opereeritud haigetel on ägedat infiltratiivset ussripikupõletikku jämesoole algusosas paiknevatest kasvajatest diferentsida raske. Operatsioonil ussripikust lähtunud infiltraadiks peetav tuumor võib tegelikult olla jämesoole algusosa vähk. Koetüki histoloogiline uuring ei võimalda alati määrata õiget diagnoosi, sest kirurg ei taba koetükki võttes tuumorikude mitte alati. Seetõttu on vaja kõik haiged, kellel on leitud ussripikust lähtunud infiltraat, võtta dispansersel jälgimisele. Tuumori püsimise korral tuleb neil teha kolonoskoopia ja vajaduse korral radikaalne operatsioon. Pidepunktiks õige diagnoosi panemisel on anamnees.

Käesoleva kirjatüki avaldamise eesmärk oli tegevarstidele tutvustada pseudoependikulaarset sündroomi ning ära hoida jämesoole algusosas paikneva vähi diagnoosimisel tehtavaid vigu.

KIRJANDUS: 1. Ottenheimer, E. I. New. Engl. J. Med., 1947, 237, 1—6. — 2. Welch, I. P., Donaldson, G. A. Am. J. Surg., 1974, 127, 258—261.

3. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Будапешт, 1983, 386—390.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla
Tartu Kliiniline Haigla

UDK 616.315/.317-007-089.844-053.32/.37

Robini sündroom väikelastel

Maie Lõvi-Kalnin · Tartu

arenguhäire, asfüksia, retrogeenia, glossoptoos, suulaelõhe, linnunägu

Robini sündroom on näo- ja lõualuude üks kaasasündinud vääraarenguid, mille raskematel juhtudel võivad hingamispuudulikkus ja asfüksia saada vast-sündinu surma põhjuseks. Selle sündroomi põhitunnuseks, mida esmakordselt on kirjeldanud P. Robin 1934. aastal (5), on väike düsplastiline alalõug (retrogeenia e. mikrogeenia), kalduvus keele tahalangemiseks (glossoptoos) ja mediaalne suulaelõhe, mis toovad kaasa raske hingamis-, imemis- ja neelamis-häire, hiljem ka kõnehäire. Tahapoolse asetusega väike alalõug ei anna küllaldast tuge keelele, mille tahalangemine võib põhjustada neeluvalendiku osalist või täielikku sulgust (dislokatoorset asfüksiat). Peale selle annab alaarenenud alalõug lapse näole (eriti profiilis) tüüpilise linnunäo ilme. Selle lõualuuanomaalia puhul kujuneb alati distaalne hambumus.

Peale kolme põhitunnuse on Robini sündroomi korral vahel täheldatud ka vaimset alaarengut, silma kaasasündinud vääraarenguid või kuulmiselundi arenguhäireid, samuti I lõpusepilu anomaaliaid (makrostooma), jäsemete, roiete ning vereringeelundite vääraarendeid (2, 3, 6, 8). Robini sündroomi korral surevadki vastsündinud muude raskemate arenguhäirete, hingamispuudulikkuse või aspiratoorse bronhopneumoonia tagajärjel (8, 10, 12).

Arvatakse, et sündroom on päritav kui autosomaalne dominantne, fenotüübis püsivatu tunnus. See tähendab, et tegemist on erineva ekspressiivsuse ja penetrantsusega dominantse geeniga (6). Ühtede autorite arvates (4) kahjustab sündroom enam poeg- kui tütarlapsi, teiste arvates (10) aga esineb neil sündroomi võrdse sagedusega.

Vastavalt O. Klaškova-Burianova statistilisele uurimisele (1) moodustab Robini sündroom 0,7 % (10 juhtu 1346-st) kaasasündinud näolõhe juhtudest. Meie tähelepanekuil esines seda sündroomi 0,8 %-l 362 lapsest (12), kellel on kaasasündinud huule- ja suulaelõhe.

Robini sündroomi varajasel diagnoosimisel ning õigel ravitaktikal, mille tutvustamine ongi selle töö eesmärk, on suur tähtsus. Sellega tegelevad eeskätt akušöörid, väikelastearstid, anestesioloogid-reanimatoloogid ja stomatoloogid. Kliinilise kulu poolest võib haigus olla erineva raskusega. Ägeda düspnoe raskelt kulgeva vormi korral tuleb Robini sündroomiga vastsündinule anda viivitamatult eriarstiabi või paigutada ta reanimatsiooniosakonda. Nii lastekirurgias kui ka stomatoloogiapraktikas on hingamisteede vabana hoidmise ja glossoptoosi vältimise üldtuntud võtte keele ettepoole, suust välja tõmbamine ja fikseerimine füsioloogilises asendis (8, 9, 11, 13). Seda tehakse keele eesmisest või keskmisest kolmandikust läbiviidud (siid)ligatuuriga, mis kinnitatakse mähkmete külge või hoitakse seda käega. Keele võib ka ajutiselt alahuulega kokku õmmelda, B. Davõdov ja A. Lavrentjev (10) soovivad hingamise normaliseerimiseks alalõua venitust, mis on analoogiline luumurdude korral tehtavaga. Selleks kasutatakse traadist silmust, mis viiakse submentaalsetest ja supõhja kudetest läbi ning tõmmatakse üle ploki, millele kinnitatakse 100...150 g raskune koormus. Selline alalõua venitus kestab kuni 10 päeva. Fikseeritud keele või alalõua korral toidetakse imikut sondiga esimestel elupäevadel, harvem nädalaid. Eriti rasketel juhtudel on näidustatud trahheotomia. Kerge vormi korral, kui retrogeenia on väljendunud mõõdukalt, esinevad düspnoenähud lapsel põhiliselt selili lamamise, magamise ja toitmise ajal. Neid asfüksiahoogusid õnnestub ära hoida lapse asendi muutmisega: imikut peab hoidma kas kõhuli või külili, asfüksiahoopuhul aga sõrmede abil alalõuga ettepoole nihutama kuni hoo möödu-



Foto 1. Poeglaps G. K.: a) nägu otsevaates; b) nägu profiilis.

miseni. Apnoe ravis on edukalt kasutatud ka hapnikku. Imikut toidetakse külili või ülestõstetult ja kergelt ettepoole kallutatud asendis. Seejuures kasutatakse toitmiseks suurema auguga ja suuremat (väljavenitatud) kummilutti, millest laps saab piima kergemini kätte. Selline lutt ühtlasi obtureerib suulaedefekti. Plastmassist ujuvobturaatori kasutamine esimestel elukuudel on vastunäidustatud, sest suulaeprotees võib hingamise veelgi raskemaks muuta. Ent paari-kolme kuu vanuse lapse võib valmistada ortopeedilise aparadi, soodustamaks alalõua arengut (8). Ka alalõua harjutused, mida algul teeb lapsele ema, hiljem laps ise, on kasulikud mälumishaste tugevdamiseks ja alalõuale õige asendi andmiseks.

Selle haiguse all kannatavate vast-sündinute seisund hakkab tavaliselt kiiresti paranema, asfüksiahoogusid tekib üha harvem. Pikkamööda hakkab laps alalõuga ja keelt juba ise suhteliselt õiges asendis hoidma, eriti lamades kõhuli või küljeli. Keskmise raskusega haiguse puhul võib lapse sünnitusosakonnast välja kirjutada teise nädala lõpul, kuigi asfüksiahood võivad erisuguse sagedusega korduda kuni 4...6. elukuuni. Ka hiljem on aeg-ajalt täheldatud raskendatud hingamist ja norskamist selili magamisel. Selliste laste vaimne ja kehaline areng kulgevad keskpäraselt (10). Näo retrogeenia tunnused, mis on eriti märgatavad kahel esimesel eluaastal, edaspidi vähenevad, kuigi säilib distaalne hambumus.

Suulaelõhe plastiline operatsioon (uranoplastika) tehakse nendel lastel mõnevõrra hiljem kui lastel, kellel on ainult suulaelõhe. See oleb haiguse

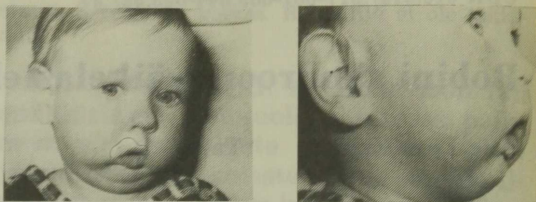


Foto 2. Tütarlaps V. T.: a) nägu otsevaates; b) nägu profiilis.

raskusest, lõhe suurusest ja alalõua edasisest arengust. Alalõua väljendunud retrogeenia korral on endotrahheaalne narkoos (intubatsioon) tehniliselt raskendatud (7, 9), kui mitte võimatu, imikueas lapsele igal juhul äärmiselt ohtlik. Seetõttu ei ole igasugused kirurgilised menetlused endotrahheaalses narkoosis Robini sündroomi korral näidustatud.

Aastail 1971...1986 ravisime Tartu Kliinilises Lastehaiglas ja Tartu Kliinilise Haigla stomatoloogiaosakonnas kuut paari nädala kuni kahe ja poole aasta vanust Robini sündroomiga väikelast, nelja poeg- ja kaht tütarlast. Neist kaks surid varajases elueas, põhjuseks rasked arenguhäired ja kopsupõletik, mis lisandus põhihaigusele.

Esitame meie poolt jälgitud juhtudest kaks. Esimesel juhul kulges haigus kergelt, teisel aga raskemalt, kuid mõlemal juhul oli eluprognosis ja lapse üldise arengu prognoos hea.

Haigusjuht 1. Kahe ja poole aasta vanune poeglaps G. K. (haiguslugu nr. 1139/1971. a.) toodi Tartu Kliinilise Haigla stomatoloogiaosakonda kaasasündinud suulaelõhe sulgemiseks ujuvobturaatoriga.

Sündinud ajalise lapsena kolmandast rasedusest, sünnikaal 4,5 kg. Kaks esimest rasedust olid emal lõppenud iseenesliku abordiga 2...3. raseduskuul. Ema, elukutselt insener, oli sünnitamise ajal 28-aastane. Esimesel ja teisel raseduskuul oli põdenud grippi ja kannatanud mõõduka rasedustoksikoosi all. Raseduse säilitamiseks oli kasutanud E-vitamiini. Emal oli roiete anomaalia. Isa oli lapse sündimise ajal 29-aastane, töötas tehases meistrina. Peab end terveks.

Lapse kehaline ja vaimne areng vastavad eale. Imikueas on täheldatud toidu aspireerimist, mis kaasnes asfüksiahoogudega, oli põdenud aspiratoorset pneumooniat. Selili magades tekivad ka praegu hingamishäired ning tugev norskamine.

Vaatlusel leiti isoleeritud, keskse asetsusega suulaelõhe, mis haaras pehme- ja osaliselt ka

kõvasuulae, 2/3 kogu suulaest; suulagi kõrge, nn. gooti tüüpi. Ülalõua hambakaar ahenedud, frondi osas ettepoole võlvunud. Alalõug väike, tahapoole asetsusega, mis on eriti märgatav profiilis (vt. fotod 1a, b). Koos alalõuga on taha nihkunud ka keel. Lõikunud on kõik piimahambad, mis osaliselt karioossed. Hambumus distaalne.

Diagnoos: *syndroma Robini*. Suulaedefekti sulgemiseks valmistati lapsele Tartu Linna Stomatoloogia Polikliiniku lasteosakonnas plastmassist protees — ujuvobturaator. Ent obturaatorit laps kasutada ei saanud, sest tekkisid hingamishäired, eriti söömisel, ning tugev okse-refleks. Suulaelõhe plastiline operatsioon võeti ette veeastastelt.

Haigusjuht 2. Tütarlaps V. T., sündinud 24. juunil 1985 Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas. Et lapsel oli tugev hingamistakistus ja asfüksiaht, viidi ta kohe üle Tartu Kliinilise Lastehaigla reanimatsiooniosakonda. Diagnoos: Robini sündroom. Lapse vaatas läbi stomatoloog. Keele tahalangemise ja asfüksia profülaktikaks viidi keelest läbi siidligatuur, mille abil tõmmati keel ettepoole ning fikseeriti. Imikut toideti sondiga. Kuu aja pärast, kui laps oli adapteerunud, hakati lutiga toitma, kusjuures toitmise ajal hoiti teda külili või poolpüsti. Toitmine toimus lühikeste pausidega, võimaldamaks lapsel hingata.

Sündinud neljandast rasedusest (teisest abielust) ajalise lapsena. Sünnikaal 3,860 kg. Esimesest abielust ja esimesest rasedusest oli sündinud kliiniliselt terve tütarlaps. Kaks järgmist rasedust olid katkenud iseenesliku abordi tagajärjel esimestel raseduskuudel. Ema oli lapse sündimise ajal 31-aastane, einelauamüüja. Kolmandal raseduskuul oli põdenud ülemiste hingamisteede viirushaigust. Akuüõrgünekoloogilise anamneesi põhjal tugev toksikoos esimesel rasedustrimestril. Neljanda raseduskuu algul oli tekkinud raseduse katkemise oht, mille ärahoidmiseks viibis haiglaravil.

Sellist väärarengut ei olevat perekonnas varem esinenud. Ent emal endal on kergelt tahapoole asetsusega väike alalõug ja tähte «r» ei häälda ta puhtalt (suulagi on intaktne). Isa 30-aastane, vedurijuht. Peab end terveks, alkoholi ei tarvita.

14. mail 1986. aastal toimetati laps Tartu Kliinilise Haigla stomatoloogiaosakonda (haiguslugu nr. 3872/1986. a.) armistunud ja lõhestunud keeleotsa plastiliseks operatsiooniks, et muuta keel liikuvamaks ja soodustada ühtlasi alalõua arengut.

Laps on kehaliselt arenenud normaalselt, hea toitumusega, istub, seisab tugevate najal, laliseb. Siseelundite haiguslikke muutusi ei leitud. Alalõug väike, hüpoplastiline, tugevalt tahapoole asetusega ülalõua suhtes, huuled pooleldi avatud (vt. 2a, b); lõikunud neli alumist ja ülemist lõikehammast. Keelt suust välja ei lükka, keel tahapoole asetsusega, keelekida lühike; keeleots umbes 1 cm ulatuses kahestunud ja armistumisest deformeerunud. Suulael 0,5...1 cm laiune lõhe, mis võtab enda alla kogu pehme-suulae ja ulatub kõvasuulae tagumise servani.

Anomaaliatest on märgatavad silmade laiem vahe ning mõlemapoolne *epicanthus*.

Last näidati anesthesioloogile, et otsustada, kas endotrahheaalset narkoosi võib kasutada. Ent intubatsioon osutus tehniliselt raskeks, mistõttu sellest, samuti operatsioonist tuli loobuda. Emale anti juhendeid keele ning alalõua harjutuste tegemiseks.

Uranoplastika ja ka keeleplastika endotrahheaalse narkoosi all tulevad kõne alla mitte enne 5...6. eluaastat, siis, kui alalõug on suuremaks kasvanud. See muudab intubeerimise kergemini tehtavaks ning lapsele ohutuks.

Kuigi kirjeldatud Robini sündroomi juhtudel anamneesis viited pärilikkusele perekonnas puudusid, ei saa pärilikkuse osa kindlalt siiski eitada. Esimesel juhul täheldati lapse emal roiete anomaaliat, mis võib Robini sündroomiga kaasas käia, teisel juhul aga esines lapse emal haiguse mikrotunnusena lapse alalõuga meenutav väike alalõug. Robini sündroomi profülaktika seisneb loote selliste arenguhäirete vältimises, mida põhjustavad nii geneetilised kui ka väliskeskkonna riskifaktorid.

KIRJANDUS: 1. *Klaskova-Burianová, O.* Acta chir. plast., 1973, 15, 4, 237—241. — 2. *Lõvi, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 3, 211—215. — 3. *Opitz, J. M., Faith, G. C.* Br. Defects. Orig. Article Ser., 1969, 5, 2, 104—105. — 4. *Poradowska, W., Jaworska, M.* Acta chir. plast., 1967, 9, 2, 77—95. — 5. *Robin, P.* Am. J. Dis. Child., 1934, 48, 541. — 6. *Schneider, G.* Klinische Syndrome der Kiefer-Gesichtsregion. Berlin, 1975. — 7. *Smith, R. M.* Anesthesia for Infants and Children. St. Louis, 1959, 1980. — 8. *Szczepanska, I., Kavriak, H., Majlert, T.* Acta chir. plast., 1967, 9, 1, 23—30.

9. *Баиров Г. А.* Хирургия пороков развития у детей. Л., 1968. — 10. *Давыдов Б. Н., Лаврентьев А. А.* Стоматология, 1978, 5, 72—74. — 11. *Долецкий С. Я., Исаков Ю. Ф.* Детская хирургия. М., 1970. — 12. *Лыви-Калнин М. О.* Основные вопросы этиологии и хирургического лечения у больных с врожденными расщелинами (губы) неба в Эстонской ССР. Дисс. доктора мед. наук. Tartu, 1982. — 13. *Рыбаков А. И., Иващенко Г. М., Лурье Т. Я.* Справочник по стоматологии. М., 1966.

TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia
kateeder

Ülevaated

UDK [616.12-008.318/331.1+616.12-009.72]-
-08(047)

Kaltsiumikanali blokaatorid

Raul-Allan Kiivet · Tartu

kaltsiumikanal, verapamiil, nifedipiin, arütmia, stenokardia, arteriaalne hüpertensioon

Kaltsiumikanali blokaatorid on rühm aineid, mis selektiivselt inhibeerivad kaltsiumioonide liikumist läbi rakumembraanide südamelihases, veresoontes ja muude elundkondade silelihaskudedes. Ained on tuntud juba üle kümne aasta (9), kuid alles hiljuti hakati neid kasutama nende hemodünaamilise toime tõttu. Kaltsiumikanali blokaatorid põhjustavad perifeerset ja koronaarveresoonte vasodilatatsiooni, millega kaasneb varieeruv depressiivne toime südame erutusjuhtesüsteemisse ja müokardi kontraktsioonivõimesse. Siia aineterühma kuuluvad meil kasutusel olevatest preparaadidest verapamiil (sünonüümid: *Isoptin* Jugoslaavias, *Finoptin* Soomes, *Falicard* Saksa DV-s) ja nifedipiin (*Korfinar* Saksa DV-s), samuti diltiaseem, nitrendipiin ja teised.

Kaltsiumi osa raku ainevahetuses. Kaltsiumioonid etendavad tähtsat osa paljudes bioloogilistes protsessides. Südameveresoontekonna süsteemis võtab kaltsium osa aktsioonipotentsiaalide genereerimisest, muutes erutusprotsessi lihaste kontraktsiooniks, ja kontrollib rakusisest energia säilitamist ning kasutamist (7).

Müokardi rakumembraani depolariseerivad kaks teineteisele järgnevat protsessi: kiire naatriumioonide ja aeglane kaltsiumioonide sissevool. Kaltsiumi suurenenud kontsentratsioon

müoplasmas põhjustab kaltsiumi seostumist troponiiniga, mis vabastab aktiini ja müosiini troponiini inhibeerivast toimest, kutsudes sel teel esile lihaste kontraktsioone. Ka veresoonte silelihaste kontraktsioon toimub aktiini ja müosiini abil. Suurenenud kaltsiumisisaldus aktiveerib ensüümi müosiini kinaasi, mis, toimides müosiinisse, põhjustab vasokonstriksiooni (1, 12).

Suurem osa südamelihase ja veresoonte silelihaste kontraktsiooniks vajaminevast kaltsiumist pärineb rakusisestest kaltsiumivarudest, kust ta vabaneb ekstratsellulaarse kaltsiumi toimel. Ekstratsellulaarne kaltsium tungib raku erutusprotsessi ajal avanenud aeglaste kaltsiumikanalite kaudu. Kanalite avanemist põhjustab aktsioonipotentsiaali levik või kanaliga seoses oleva retseptori aktiveerimine mediaatori poolt. Kaltsiumi rakusisese kontsentratsiooni teatud piirini (10^{-6} . . . 10^{-5} M) suurenemise korral seostub kaltsium oma spetsiifilise rakusisese retseptoriga — kaltsiummoduliini või troponiiniga (1, 15). Tekkinud kompleks kaltsium + kaltsiummoduliin on võimeline aktiveerima rakus mitmeid ensüüme ja käivitama rakule spetsiifilisi ainevahetusprotsesse, näiteks lihaste kontraktsioone.

Esitatust selgub, et kaltsiumi aktiveerivat toimet rakus võib vähendada kahel viisil: kas pidurdades ekstratsellulaarse kaltsiumi tungimist raku (kaltsiumikanali blokaatorite peamine toimemehhanism) või takistades rakusisese kaltsiumi seostumist kaltsiummoduliiniga. Et kaltsiummoduliin on kõigis loomorganismide rakkudes väga sarnaste omaduste ja funktsioonidega, ei ole teda inhibeerides võimalik mõjutada mingit kindlat protsessi (15). Selektiivsuse puudumise tõttu ei ole kaltsiummoduliini blokaatorid sel eesmärgil seni veel kliinilist rakendust leidnud. Teiste, enam kasutatud preparaatide seas on nõrkade kaltsiummoduliini blokeerivate omadustega neuroleptikum aminsasiin ja antidepressant amitriptüliin (10), samuti prenuülamiin (*Korontin* — Ungari, *Dipryl* — Saksa DV).

Kaltsiumikanali blokaatorite toime-mehhanism. Kaltsiumikanali blokaatorid on võimalik jaotada kahte alarühma, mis erinevad nii keemiliselt kui ka farmakoloogilise toime iseärasuste poolest. Ühte alarühma kuulub verapamiil oma analoogidega (gallopamiil jt.), teise alarühma moodustavad dihüdropüridiinid nifedipiin, nitrendipiin jt. Omades sarnaseid jooni mõlema alarühmaga, jääb nende vahepealseks aineks diltiasem (26). Kliinikus laialt levinud ravimiteest on peale oma põhitoe nõrgad kaltsiumikanalit blokeerivad omadused barbituraatidel, morfiinil, nitroglütseriinil jt. vasodilataatoritel (18, 34).

Kaltsiumikanali blokaatorite terapeutiliste annuste toimel väheneb kaltsiumi sissepääs aeglase kaltsiumikanalite kaudu südame ja veresoonte lihaskudesse. Seejuures kaltsiumi väljutamist rakust need ained ei mõjuta (12, 18). Kaltsiumikanali blokaad on selektiivne: aktiivsemalt inhibeeritakse aktioonipotentsiaalset tingitud kaltsiumisissevoolu, nõrgem toime on retseptori vahendatud (noradrenaliini tekitatud) kontraktsioonisse. Viimati mainitud silelihastekontraktsiooni liik sõltub vähem ekstratsellulaarsest kaltsiumist ja on iseloomulik aordile ning suurtele arteritele (11). Seetõttu piirdub kaltsiumikanalite blokaatorite vasodilateeriv toime peamiselt keskmiste ja väikeste arterioolidega.

Nüüdisajaks on kindlaks tehtud mitme neuromediatoorse süsteemi tihe seos aeglase kaltsiumikanalitega. Kaltsiumikanali blokaatorid inhibeerivad adrenergiliste, kolino- ja opiaadireseptorite aktiivsust (11). Lisaks inhibeerivale toimele eri neuromediatoorsete süsteemidega seoses olevatesse kaltsiumikanalitesse blokeerivad verapamiil ja gallopamiil osaliselt ka naatriumkanalit (25). Selle tõttu on need kaks kaltsiumikanali blokaatorit teistest tugevama membraani stabiliseeriva toimega.

Dihüdropüridiinide kaltsiumikanalit blokeeriv toime on selektiivsem kui verapamiilil — nad on potentsed vasodilataatorid ning südamelihase mõjutamiseks on vaja neid kasutada tunduvalt

suuremas kontsentratsioonis. Erinevalt verapamiilist mõjutavad dihüdropüridiinid lisaks ka adensiinireseptoreid (16). Selle mehhanismi abil püütakse seletada dihüdropüridiinide suurte annuste kasutamisel tekkivat venoosset dilatatsiooni (3), mis lisandub arterioole lõõgastavale toimele.

Verapamiili otsesest toimest kaltsiumikanalisse piisab selleks, et sulgeda kanal kaltsiumioonidele, kuid kaltsiumikanali blokaadis, mis on tekitatud dihüdropüridiinide poolt, osaleb lisaks otsesele kanali mõjutamisele veel mingi, seni teadmata komponent (11). Seetõttu ei osata seletada erinevusi kaltsiumikanali blokaatorite toimespektris ega regionaalses selektiivsuses.

Erinevalt teistest lihastest ei vaja skeletilihaste kontraktsioon ekstratsellulaarse kaltsiumi sissevoolu, sest praktiliselt kogu aktivatsiooniks vajalik kaltsium vabaneb sarkoplasmaatilisest retiikulumist, s.t. rakusisestest varudest (7). Seepärast ei mõjuta kaltsiumikanali blokaatorid terapeutilistes annustes skeletilihaste funktsiooni ega põhjusta paralüüside teket.

Farmakokineetika. Farmakokineetiliselt on kõige enam uuritud aineks verapamiil, sest teda on kõige kauem ja laialdasemalt kasutatud. Dihüdropüridiinide (nifedipiini jt.) farmakokineetika kohta on vähem teada, põhjuseks täpsete määramismeetodite puudumine kuni hilise ajani.

Suu kaudu manustamisel imendub verapamiil soolest kiiresti ja täielikult. Lahusena sissevõetud ravimi maksimaalne kontsentratsioon veres saabub 45...60 minuti jooksul, tabletina kasutamise korral kahe tunni jooksul. Veeni süstituna on verapamiili poolväärtusaeg 10...12 minutit. Verapamiil elimineerub neerude kaudu, pooleeliminatsiooniaeg on iga manustamisviisi korral 3...5 tundi. Muutmatul kujul eritub alla 4% ainet. Verapamiiliainevahetus toimub maksas, seni teada olevatest kaheteistkümnest metaboliidist on vaid ühel minimaalne hemodünaamiline aktiivsus (6). Maksas toimuv kiire ainevahetus põhjustab suu kaudu manus-

tamisel madala biosaadavuse (10... 20%), mistõttu sissevõetava ravimi annused on veeni manustata- vatest 10... 20 korda suuremad.

Madala biosaadavuse tõttu kõigub ka verapamiili toimiv annus suurtes piirides. Üks ja sama annus võib eri inimestel anda verapamiili kontsentratsiooni 6- kuni 25-kordse erinevuse plasmas. Seejuures on plasma verapamiili-kontsentratsioonist otseses sõltuvuses arütmiavastase ja stenokardiahoogu katkestava toime tugevus (4). Efekt ilmneb neil puhkudel kontsentratsioonide korral 75... 100 ng/ml (28), mille saavutamiseks tuleb tavaliselt sisse võtta 80... 160 mg verapamiili. Verapamiili kontsentratsiooni plasmas kuni 600 ng/ml taluvad haiged üldiselt hästi, kuigi üksikutel võib tekkida atrioventrikulaarseid ülejuhtehäireid juba alates kontsentratsioonidest 150... 200 ng/ml.

Nifedipiin imendub soolest ja ka keele alt kiiresti ning täielikult. Biosaadavus on tal verapamiili omast parem (60... 75%). Maksimaalne kontsentratsioon veres saabub 2... 4 tunni jooksul. Nifedipiiniainevahetus toimub maksas, kõik seni tuntud metaboliidid on inaktiivsed. Nifedipiinist 85% elimineerub neerude, ülejäänud seedetrakti kaudu, poolväärtusaeg on 2... 3 tundi (14). Nifedipiini kontsentratsioon vereplasmas on vastavuses veresoonte toonuse languse ja südame löögisageduse kompensatoorse suurenemisega (4).

Verapamiili kestval kasutamisel väheneb tema kliirens 2... 3 korda (33). Kliirensi vähenemise põhjused ei ole praegu teada ja aine kumuleerumisest põhjustatud kõrvaltoimet ei ole verapamiili pikaajalisel kasutamisel täheldatud.

Kliiniline kasutamine. Arütmiavastane toime on verapamiilil, gallopamiilil ja diltiaseemil. See puudub dihüdropüridiinidel (31, 32). Südame erutusjuhtesüsteemi rakkudes pidurdab verapamiil mõningal määral kiiret naatriumioonide sissevoolu ja blokeerib aeglast kaltsiumioonide sissevoolu, mistõttu aktsioonipotentsiaale, eriti ektoopilisi, tekib vähem (25). Purkinjõ

kiududes on erutustekkel domineerivaks naatriumioonide liikumine, kaltsiumikanalite töö on esikohal siin- ja atrioventrikulaarsõlmes (32). Nendel põhjustel on verapamiil efektiivne ja leiab rakendust just supraventrikulaarsete arütmiate ja tahhükardiade ravis (31), mitte aga ventrikulaarse geneesiga rütmihäirete ravis. Siinusrütmi taastamiseks süstitakse verapamiili veeni, tavaliselt piisab 10 mg ainest (25, 31, 33).

Stenokardilisi vaevusi leevendavad kaltsiumikanali blokaatorid järgmiselt. Likvideerides koronaarspasmi ja laiendades koronaarveresooni, parandavad kaltsiumikanali blokaatorid müokardi varustatust vere ja hapnikuga. Vähen- dades perifeerset vastupanu ja südame löögisagedust ning -mahtu, vähendavad nad ka müokardi hapnikuvajadust (18). Nende perifeerne vasodilatatsioon on eriti oluline arteriaalse hüpertensiooni all kannatavatel haigetel.

Südame löögisagedust ja -mahtu vähendab ainult verapamiil. Põhjuseks on siin tugevama membraani stabiliseeriva toime tõttu atrioventrikulaarse juhtivuse pidurdamine ja negatiivne inotroopne efekt (8, 11). Erinevalt verapamiilist põhjustavad dihüdropüridiinid mõõdukat reflekstahhükardiat (14, 26), mis on kõrvaldatav β -adrenoblokaatorite propranolooli jt. kasutamisega (4, 31). Seevastu verapamiili ja β -blokaatorite kombineerimine võib sarnase kardiodepressiivse toime tõttu viia atrioventrikulaarsete ülejuhtehäirete ja isegi blokaadini (1, 31).

Antihüpertensiivne toime on omane kõigile kaltsiumikanali blokaatoreile. Selle põhjuseks on perifeerne vasodilatatsioon, mis aine terapeutilistes annustes kasutamise korral haarab selektiivselt prekapillaarseid arterioole. Lisaks veresoonte silelihaste aeglaste kaltsiumikanalite blokaadile peetakse arteriaalset rõhku alandavas toimes oluliseks ka mõju veresoonte α_2 -adrenoretseptoritele ja tsükliilistele nukleotiididele (12, 13). Vasodilatatsioon ei haara oluliselt neeruartereid, mistõttu ei käi- vitu ka reniini-angiotensiini-aldosteroo-

ni mehhanism ja oluliselt ei häiru vee- ja mineraalsoolaainevahetus (31). Sissevõtmise korral ei normaliseeru kõrge-
nenud arteriaalne rõhk esimestel päevaldel, vaid hiljem, vahel alles 4...6. ravinädalal. Seejuures on kõige rohkem mõjutatud puhkeoleku arteriaalne rõhk. Kehalise koormusega kaasnevale arteriaalse rõhu tõusule avaldavad kaltsiumikanali blokaatorid nõrgemat toimet, patsiendid taluvad koormust hästi (13). Kaltsiumikanali blokaatorid on efektiivsed hüpertensiooni vastu toimivad vahendid, 85...90%-l hüpertoonia-
tõbe põdejaist tekitavad kestval kasutamisel tolerantsi minimaalselt. Näiteks verapamiil neli aastat pidevalt tarvitatuna kaotas oma arteriaalset rõhku alandava toime vaid üheksal patsiendil sajast (30).

Nii stenokardiahoogude profülaktikas kui ka antihüpertensiivse toime saamiseks kasutatakse 80...160 mg verapamiili kolm-neli korda päevas, 10...20 mg nifedipiini neli korda päevas (8, 23, 28). Ägeda stenokardiahoogu ja hüpertensiivse kriisi kupeerimiseks süstitakse neid aineid veeni: verapamiili 10...20 mg või nifedipiini 5...15 mg (25, 26, 33).

Perspektiivsed kasutusalaad. Mitmeid haigusi iseloomustab silelihaste tugevnenud kontraktsioon, mille sõltuvuse tõttu kaltsiumioonidest on oodata abi kaltsiumikanali blokaatoritelt. Lisaks essentsiaalsele hüpertensioonile toimivad dihüdropüridiinid hästi ka pulmonaalse hüpertensiooni korral (13, 23). See on tingitud nende ainete tugevamast vasodilateerivast toimest, millele on lisandunud südame löögisagedust (minutimahtu) suurendav toime. Suhteliselt selektiivseks ajuveresoonte dilataatoriks on kliinilistel katsetustel osutunud nimodipiin, mille suuremat mõju ajuveresoontele soodustab hea rasvlahutus (2).

Raynaud' sündroomiga haigetel on nifedipiini ja diltiaseemi abil saavutatud nahaveresoonte spasmi kestuse ja sageduse tunduv vähenemine, verapamiil on siin osutunud toimetuks (26). Seevastu verapamiili kasutamine pro-

fülaktikaks annustes 100...300 mg päevas vähendab oluliselt nii migreenihoogude sagedust kui ka kestust, vabastades üksikud haiged peavaludest täielikult (17). Migreeni puhul eelnevad peavalule ajuarterite spasmi tingitud koldenähud, mis tekivad trombotsüütide agregatsioonil vabanevate vasokonstriktorsete ainete toimet. Eksperimendis on verapamiil tugevalt pidurdanud trombotsüütide agregatsiooni (19), mis võibki olla migreenihoogude tekke ärahoidmise aluseks.

Müokardi isheemia korral võivad kaltsiumikanali blokaatorid kaitsta raku kaltsiumioonide hulga järsu suurenemise eest, mida peetakse nekroosi tekkes peamiseks faktoriks. Loomkatsetes on verapamiil vähendanud eksperimentaalse infarktiarmi ulatust (18), kuid kliinilises praktikas usaldusväärseid vaatlusi ei ole tehtud. On aga saadud üksikuid häid tulemusi (20), kui verapamiili on hakatud manustama südamelihase isheemia esimestel tundidel.

Eksperimendis on verapamiil osutunud mõjusaks ateroskleroosivastaseks aineks, mis pidurdab nii kaltsiumi ladestumist veresoonte seintesse kui ka trombotsüütide agregatsioonist põhjustatud esmaste veresoone seinahäirete teket (5). Häid tulemusi on loomkatsetes saadud ka teiste kaltsiumisõltuvate protsesside mõjutamisel: verapamiil pidurdas maos happe sekretsiooni (24) ja likvideeris bronhospasmi (29). Neil tulemustel aga puudub kliiniline tõestus. Küll aga on kaltsiumikanali blokaatoritest olnud abi selliste silelihaste spastiliste funktsioonihäirete ravis nagu müomeetriumi hüperaktiivsus (27), bronhiaalastma (18) ja söögitoru spasmiid (23).

Körvalnähud ja vastunäidustused. Kaltsiumikanali blokaatorite kasutamisel tekivad kõrvalnähud peamiselt hemodünaamilise toime süvenemisel. Võivad tekkida hüpotensioon, jalgade turse, nahaveresoonte laienemisest punetus ja kuumatunne. Dihüdropüridiinide kasutamisel võib häiruda reflektstahükardia. Need nähud taanduvad, kui annust vähendada.

Vastunäidustuseks on esialgu veel rasedus, kuna neid aineid on suhteliselt vähe kasutatud. Olulisemaks vastunäidustuseks on osa orgaaniliste muutustega südamehaigusi, nende ainete kardiodepressiivne toime võib neil juhtudel esile kutsuda südamepuudulikkuse. Kaltsiumikanali blokaatorid on ohtlikud hüpotensiooniga, vasaku vatsakese düsfunktsiooniga kulgevate südamehaiguste, siinussõlme häirete ja halvenenud atrioventrikulaarse ülekande korral. Seevastu just kardiodepressiivse toime tõttu on verapamiili edukalt kasutatud puudulikkuseta kulgevate hüpertroofiliste kardiomiopaatiate ravis (22). Kaltsiumikanali blokaatoreid tuleb ettevaatlikult doseerida maksahaiguste (kumulatsioonioht!) ja suhkurtõve korral, sest neil aineil on negatiivne toime süsivesikuainevahetusesse (21), ilmselt inhibeerides insuliini sekretsiooni. Neerupuudulikkuseni tingitud kumulatsiooni ei ole täheldatud.

Kõik kaltsiumikanali blokaatorid on potentsiaalsed vasodilataatorid ja on näidustatud hüpertensiooni ning perifeerset ja koronaarveresoonte spastiliste seisundite korral. Lisaks sellele on verapamiil ja diltiaseem kasutatavad arütmiaavastaste preparaatidena.

KIRJANDUS: 1. *Akerman, K. E. O. Med. Biol.*, 1982, 60, 168—182. — 2. *Aleen, G. S., Ahn, H. S., Preziosi, T. J. New Engl. J. Med.*, 1983, 308, 619—624. — 3. *Altura, B. M., Altura, B. T. Microcircul. Endothel. Lymphat.*, 1984, 13, 185—220. — 4. *Aohi, K., Kondo, S., Mochizuki, A. Am. Heart J.*, 1978, 96, 218—226. — 5. *DeFeudis, F. V. Life Sci.*, 1983, 32, 557—563. — 6. *Eichelbaum, M., Ende M., Remberg, R. a. o. Drug Metab. Dispos.*, 1982, 82, 217—226. — 7. *Fleckenstein, A. Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 1977, 17, 149—166. — 8. *Frishman, W. H., Charlap, S. Arch. Int. Med.*, 1983, 143, 1407—1415. — 9. *Haeusler, G. Pharmacol. Exp. Ther.*, 1972, 180, 672—679. — 10. *Inagaki, M., Hidaka, H. Pharmacology*, 1984, 29, 75—84. — 11. *Janis, R. A., Scribani, A. Biochem. Pharmacol.*, 1983, 32, 3499—3507. — 12. *Johnson, J. D., Wittenauer, L. A., Nathan, R. D. J. Neural Transm.*, 1983, 18, 97—111. — 13. *Klein, W., Brandt, D., Vrecko, K. a. o. Circ. Res.*, 1983, 52, 174—181. — 14. *Kleinbloesem C. H., van Brummelen, P., vande Linde, J. A. a. o. Clin. Pharmacol. Ther.*, 1984, 35, 742—749. — 15. *Lin, Y. M. Mol. Cell. Biochem.*, 1982, 45, 101—112. — 16. *Marangos, P. J., Finkel, M. S., Verma, A. Life Sci.*, 1984, 35, 1109—1116. —

17. *Markley, H. G., Cheronis, C. D., Piepho, R. W. Neurology (Cleveland)*, 1984, 34, 973—976. — 18. *Naylor, W. G. Eur. Heart J.*, 1980, 1, 225—237. — 19. *Onoda, J. M., Sloane, B. F., Honn, K. V. Thromb. Res.*, 1984, 343, 367—368. — 20. *Opie, L., Thandroyen, F. T., Hamm, C. W. a. o. Eur. Heart J.*, 1983, 32, 557—563. — 21. *Petralito, A., Liuzzo, A., Lunetta, M. a. o. Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.*, 1981, 3, 195—200. — 22. *Rosing, D. R., Kent, K. M., Borer, J. S. Circulation*, 1979, 60, 1202—1208. — 23. *Schwartz, M. L., Rotmensch, H. H., Vlasses, P. H. a. o. Arch. Int. Med.*, 1984, 144, 1425—1429. — 24. *Sewing, K. F., Haunemann, H. Pharmacology*, 1983, 27, 9—14. — 25. *Singh, B. N., Collett, J. T., Chew, C. Y. C. Prog. Cardiovasc. Dis.*, 1980, 22, 243—301. — 26. *Zwieten, P. A., Timmermans, P. B. M. W. M. Eur. Heart J.*, 1983, 4, 1—10. — 27. *Ulmsten, V., Andersson, K. E., Wingerup, L. Arc. Gynecol.*, 1980, 229, 1—5. — 28. *Weiner, D. A., McCabe, C. H., Cutler, S. S. a. o. Clin. Pharmacol. Ther.*, 1984, 36, 25—32. — 29. *Weiss, E. B., Markowicz, J., Barbero, L. Allergy*, 1982, 37, 513—519. — 30. *Wigler, J., Peer, G., Soferman, G. a. o. Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. Toxicol.*, 1984, 22, 162—166. — 31. *Winniford, M. D., Hillis, L. D. Herz*, 1982, 7, 243—249. — 32. *Wu, D. Int. J. Cardiol.*, 1984, 5, 543—547.

33. *Румянцев Д. О., Пиотровский В. К., Метелина В. И. Фармакол. и токсикол.*, 1985, I, 99—109. — 34. *Шишкин С. Б., Баранов А. Г. Фармакол. и токсикол.*, 1984, I, 50—53.

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder

Tubakasuitsetamise levimus maailmas on nüüd laialdane, et kasutusele on tulnud mõisted «suitsetamisepideemia», «suitsetamispandeemia», meditsiinikirjandusse on ilmunud termin «suitsetamisest põhjustatud haigused». On mõtlemapanev, et juba 1968. aastast alates on suitsetamine tütarlaste hulgas sagenenud, mis 1974. aastal jõudis noormeestega peaaegu ühele tasemele. Võitlus tubakasuitsetamise vastu on muutunud tänapäeva meditsiini ja tervishoiu üheks aktuaalseks probleemiks. Kuid suitsetamine ja sellest tulenevate haiguste kaasmõjud ja tagajärjed ei ole enam ainult meditsiiniprobleem. Tohtu ainealine kahju, mida laialdane suitsetamine riigile ja rahvale põhjustab (varajane invaliidistumine, töövõimetuspäevade suur arv, kulutused suitsetajate arstimisele jms.), annab kogu probleemile sotsiaal-majandusliku värvingu. Seetõttu peavad võtlusse suitsetamise vastu tingimata astuma ka seadusandlikud ja direktiivorganid.

Экспресс-информация (Социальная гигиена и организация здравоохранения), 1986, 11.

UDK 616-005.4-08(047)

Intraaortaalne balloompulsatsioon. Tööprintsiibid ja kasutamine

Jaak Aru · Tartu

abistav vereringe, kontrapulsatsioon, intraaortaalne balloompulsatsioon, vasaku vatsakese järelkoormuse mõjutamine, müokardi isheemia

Intraaortaalne balloompulsatsioon (*intra-aortic balloon pumping, intra-aortale Ballongegenpulsation, внутриортальная баллонная контрпульсация*; lühend IABP) kujutab endast abistava vereringe meetodit, mille korral viiakse alaneve aordi algusesse reiearteri kaudu balloonkateeter. Kateeter täitub 30...40 ml heeliumiga (süsihappegaasiga) vahetult pärast aordiklappide sulgumist ja tühjeneb taas enne vasaku vatsakese järgmist mehhaanilist süstolit (vt. joonis). Niisugune südame töösükliga sinkroniseeritud ballooni täitumise-tühjenemine põhjustab aordi ülenevas osas ja aordikaares kontrapulsatsiooni (lad. k. *contra* — vastu, *pulso* — lööma), mis väljendub diastoolse rõhu tõusus ja rõhu-voolu suhte e. impedantsi muutuses.

Peale intraaortalse balloompulsatsiooni on kontrapulsatsiooni võimalik tekitada ka 50...100 ml vere eemaldamisega aordist süstoli ajal ja selle tagasijuhtimisega aorti diastoli algul (arteriaalne kontrapulsatsioon). Komprimeerides spetsiaalsete bandaažidega rütmiliselt jäsemeid, saavutame samuti diastoolse rõhu tõusu, millega kaasneb ka tsentraalse venoosse rõhu rütmiline muutus (väline kontrapulsatsioon). Paigutades balloonkateetri *a. pulmonalis*'esse või sellega ühendatud reservuaari, on võimalik tekitada kontrapulsatsiooni kopsuarteris.

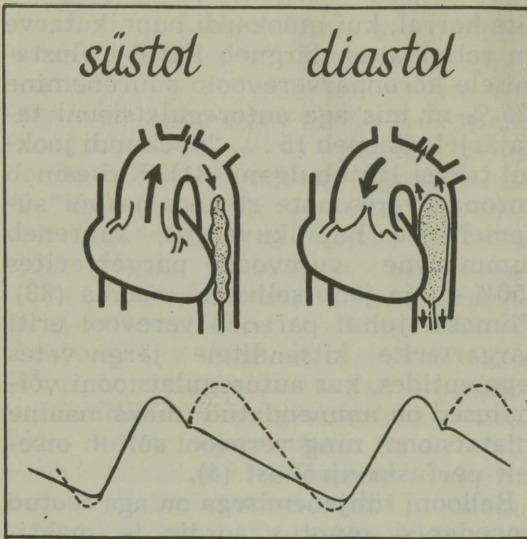
Ballooni täitumisega kaasnevad retrograadne verevool ja diastoolse rõhu tõus aordi algusosades*, mis loob eelduse verevoolu paranemiseks pärgarterites ja aordikaartest lähtuvates magistraalarterites. Toimub ju 2/3 koronaarverevoolust diastoli vältel. Verevoolu suurenemine koronaarvereringes sõltub aga lähteolukorrast. Normaalsest pärgarte-

rite korral, kui müokardi hapnikutarve on rahuldatud, järgneb IABP-i alustamisele koronaarverevoolu suurenemine 125 %-ni, mis aga autoregulatsiooni tagajärjel väheneb 15...20 sekundi jooksul tagasi lähtehulgani (31). Kui esineb koronaarveresoonte stenoos ja/või südamelihase hapnikuvaegus, suureneb summaarne verevool pärgarterites 150 %-ni ja jääb sellisena püsima (33). Viimasel juhul paraneb verevool eriti pärgarterite kitsenditele järgnevates segmentides, kus autoregulatsiooni võimalused on ammendatud (maksimaalne dilatatsioon) ning verevool sõltub otseselt perfusioonirõhust (4).

Ballooni tühjenemisega on aga seotud impedantsi muutus aordis ja maksimaalse süstoolse rõhu langus. Teatavasti sõltub rõhu-voolu suhe aordis rõhu-mahu suhtest ja perifeersest resistentsusest (2). Mahu järsk vähenemine (ballooni tühjenemine) vahetult enne vere väljapaiskumist vasakust vatsakesest loob tingimused vere kiiremaks edasipaigutumiseks aordis järgneva süstoli vältel. Mahu vähenemine aordis põhjustab ka maksimaalse süstoolse rõhu langust. Nii aortaalse impedantsi muutust kui ka maksimaalse süstoolse rõhu vähenemist võib aga vasaku vatsakese seisukohalt käsitada järelkoormuse vähenemisena.

Järelkoormuse muutus väljutusperioodi vältel toob kaasa eelkoormuse samasuunalise muutuse järgnevaks südamsükliks (18). Nii näiteks, vähendades kontrapulsatsiooniga järelkoormust, rohkeneb vatsakese poolt väljutatud vere hulk. See põhjustab lõppsüstoolse ja lõppdiastoolse mahu vähenemist. Viimane ongi eelkoormuse vähenemine. Kuidas seesugune järelkoormuse vähenemisest põhjustatud eelkoormuse vähenemine mõjutab löögimahtu järgmiseks tsükliks, see sõltub aga sellest, missugusel Franki-Starlingi kõvera osal enne eelkoormuse muutust vasak vatsake töötab. Kui see töötab kõvera tõusval osal, nagu see esineb intaktse südame korral, siis eelkoormuse vähenemisel väheneb ka löögimaht. See tähendab seda, et järgnevaks tsükliks

* Ühekambriliste balloonkateetrite kasutamisel tekib diastoolse rõhu tõus ka distaalsemates aordi osades. Kahekambriliste ühesuunaliste (*dual chamber unidirectional*) balloonkateetrite kasutamise korral distaalne balloon praktiliselt okluseerib aordi.



Joonis. Intraaortaalse balloonpulsatsiooni tööprintsipiidid skemaatilisel.

on löögimaht jõudnud algtasemeni (järelkoormuse vähenemine suurendas ja eelkoormuse vähenemine vähendas löögimahtu). Kui aga vatsake töötas Franki-Starlingi kõvera platool või langeval osal, nagu see esineb südamepuudulikkuse korral, ei põhjusta eelkoormuse vähenemine löögimahu vähenemist ja summaarselt on löögimaht järgneva südameotsükliks suurenenud (järelkoormuse vähenemine suurendas ja eelkoormuse vähenemine ei vähendanud löögimahtu).

Eespool toodust selgub, et järelkoormuse vähenemine toob endaga kaasa löögimahu pideva suurenemise eelneva südamepuudulikkuse korral. Peale selle seondub ballooni tühjenemine aordi lõppdiastoolse rõhu langusega, mis põhjustab aordiklappide varajasemat avanemist ja samamahulise kontraktsiooni aja lühenemist.

IABP-i poolt esilekutsutud hemodünaamika muutused avaldavad olulist mõju ka südamelihase ainevahetusele. Koronaarverevoolu suurenemise tagajärjel saab võimalikuks südamelihase hapnikuga varustatuse paranemine. Järelkoormuse vähendamine ja isovolumilise kontraktsiooni aja lühenemine loovad eeldused müokardi hapnikutarbimise vähendamiseks (22). Oluline on, et mõlemad nimetatud efektid on enam väljendunud vasaku vatsakese

funktsiooni puudulikkuse ja koronaararterite kahjustatuse korral. Niisugust kompleksset toimet isheemilisesse, langenud kontraktsioonivõimega müokardisse ei ole ühelgi seni tuntud ravimil.

Ka IABP-i kasutamise põhilised näidustused tulenevad tema universaalsest võimest toetada isheemilist müokardi. Et välja tuua tema eeliseid seni tuntud ja kasutatavate ravimite ees, analüüsiksime järgnevalt kahte kliinilist olukorda: müokardiinfarktist põhjustatud kardiogeenset šokki ja kardio-kirurgiliste operatsioonide ajal tekki- vat väikese minutimahu sündroomi (ingl. k. *low output syndrome*, vene k. синдром низкого выброса).

Ägedast müokardiinfarktist põhjustatud kardiogeense šoki korral on medikamentoosel ravil kaks põhiülesannet: kiiresti taastada vajalik südame minutimahu ja parandada isheemilise müokardi ainevahetust (takistada infarktkolde laienemist). Südame minutimahu suurenemise võib saavutada beetamimeetikumide abil: suurenevad kontraktiilsus ja frekvents. Samal ajal aga väheneb kontraktsiooni efektiivsus, mida võib väljendada tehtud töö ja hapniku tarbimise suhtena (28). Ka koronaarverevool paraneb sekundaarselt, s. o. alles pärast südame minutimahu suurenemist. Seega seatakse beetamimeetikumide ja teiste positiivse inotropse toimega vahendite korral ohtu kriitilises isheemias ala nekroosikolde ümber. Tagajärjeks võib olla infarktkolde ning akineetilise ala suurenemine. Arteriaalsete vasodilataatorite (nitroprussiidnaatriumi) lisamine või uute arterioole laiendavate positiivse inotropse toimega vahendite (amriinon, milriinon) kasutamine aitab kontraktsiooni efektiivsust küll parandada sel teel, et nad vähendavad järelkoormust, ent nad ei muuda pärgarterite verevoolu suurenemise sekundaarset iseloomu. Lisaks sellele võib arteriaalsete vasodilataatorite kasutamisel langeda keskmine arteriaalne ja seega ka koronaarveresoonte perfusioonirõhk. Negatiivse inotropse toimega kaltsiumiantagonistide ja beetablokaato-

ritega aga ei ole isheemilist tsooni kardiogeense šoki korral võimalik kaitsta. IABP-i korral suureneb koronaarverevool primaarselt «välise energia» arvel: ballooni täitumise põhjustab kontrapulsaator. Ka järelkoormus väheneb aortaalse impedantsi arvel, s. o. ilma vere tsentralisatsiooni vähenemiseta. See aga tähendab, et IABP-i korral ei suurenda liigselt organismi üldist hapnikutarvitamist, mis šoki korral oleks füsioloogilise kaitsemehhanismi rikkumine. Samal ajal ei ole välistatud IABP-i kasutamine koos positiivse inotroopse toimega vahenditega. Tulemuseks on kontraktsiooni efektiivsuse suurendamine.

Analoogiline on olukord kardiokiirurgiapraktikas pleegiajärgselt esineva väikese minutimahu sündroomi korral, mille patogeneesi oluliseks komponendiks on subendokardiaalne isheemia (9). Ka siin on lisaks inotroopsele toimele tarvis parandada südamelihase hapnikuga varustatust. IABP annab väikese minutimahu sündroomi korral kiire vastuse hemodünaamikas, see võimaldab kunstliku vereringe lõpetada.

Siinkohal oleks otstarbekas ära tuua IABP-i «võimekuse piirid». Üldiselt on IABP-i abil võimalik suurendada südame minutimahtu 25... 50%, s. t. IABP-i efektiivsuseks toimeks on vajalik südameindeks vähemalt 1,2 l/min./m² (3). Kui süda niisugust minutimahtu ei taga, on vajalik teiste, mahtu ümberpaigutavate abistava vereringe meetodite kasutuselevõtt (vasakut vatsakest toetav vahend, tehissüda jne.). Ka ei ole IABP efektiivne parema vatsakese ägeda puudulikkuse korral, pigem soodustab parema ja vasaku vatsakese poolt tehtava töö dispropertsiooni. Nendel puhkudel võib aidata kopsuarteri kontrapulsatsiooni kasutuselevõtt (14). Südame minutimaht intaktse südame korral ei suurene. Kui organismi hapnikuvajadus on rahuldatud, järgnevad IABP-i kasutuselevõtule löögimahu vähenemine (vt. eespool) ja südamefrekventsia aeglustumine. Samal ajal paraneb kontraktsiooni efektiivsus.

Eespool toodud kaks näidet olidki IABP-i esimesteks kliinilisteks kasutus-aladeks. Järgnevalt annaksime ülevaate IABP-i kasutamisest tänapäeval.

Maailmas seostub balloompulsatsiooni idee väljatöötamine S. D. Moulopouluse (21) ja A. Kantrowitzi töödega, kellest viimane kasutas IABP-i esmakordselt kardiogeense šoki ravis kolmel haigel,

see leidis aset 1967. aastal (16). NSV Liidu juurdus kontrapulsatsioon (arteriaalne ja balloompulsatsioon) 1970-ndatel aastatel põhiliselt kahes keskuses: NSV Liidu Teaduste Akadeemia A. Bakulevi nim. Südame- ja Veresoontekirurgia Instituudis (29) ning NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Transplantatsiooni ja Tehiselundite Instituudis (33). Eesti NSV-s kasutas esimesel kümne-konnal patsiendil IABP-i R. Teesalu kolleegidega 1979. aastal (27).

Meetodi arengu ja rakendamise seisukohalt on otstarbekas eristada kahte etappi: kuni 1980-ndate aastateni, mil balloonkateetri paigaldamiseks oli vajalik *a. femoralis*'e kirurgiline avastamine ja sellega seotud ajakadu, ja 1980-ndad aastad, mil võeti kasutusele Seldingeri punktsioonimeetodil paigaldatavad balloonid.

Esimesel perioodil kasutati IABP-i põhiliselt kardiokiurgiliste operatsioonide korral ja kardiogeense šoki raviks kirurgiakliinikutes. Nii tekitatakse IABP-i abil pulseerivat vereringet (23), teda kasutatakse kardiopleegiajärgse väikese minutimahu sündroomi raviks, aga ka kardioreanimatoloogiapraktikas, kus tehakse esimesed koronarograafia katsed n.-ö. IABP-i kaitse all (26). Viimasel puhul selgub peagi, et IABP-i abil ravitud šokihaigete prognoos paraneb vaid koos järgneva kirurgilise raviga (15). Luuakse teoreetiline baas IABP-i kasutamiseks müokardiinfarkti korral (20).

Pärast perkutaansel teel paigaldatavate balloonkateetrite kasutuselevõttu muutub IABP maailmas invasiivseid meetodeid rakendava kardioloogi tööriistaks: IABP-i toetusel tehakse koronarangioplastikat (1), tema katte all viiakse infarktihaigeid üle kõrgema etapi raviasutusse (19). Viimasele annab tõuke portatiivsete kontrapulsaatorite väljatöötamine (12). Müokardiinfarkti konservatiivses ravis kasutatakse teda kas iseseisvalt või koos medikamentidega isheemilise tsooni laienemise piiramiseks (7,32). On uuritud IABP-i toimeid ebastabiilse stenokardia ravis (8). Ägeda müokardi-

infarkti revaskulariseerimisoperatsioonide puhul on vaadeldud IABP-i kohta kardioprotektiivsete meetmete kompleksis nii eksperimendis (11) kui ka praktikas (25). Peale selle on IABP kasutamist leidnud septilise šoki ja mürgituste korral (3, 30), mil südame pumbafunktsiooni nõrgenemine on tingitud eksogeensetest faktoritest. Kui arvestada autorite andmeid, võiks IABP-i protseduuride arv aastas ulatuda 3000... 20 000-ni (3, 17).

Ei tohi aga unustada, et intraaortaalne balloonpulsatsioon on invasiivne ravimeetod, millega võib kaasneda mitmeid tüsistusi. Viimased johtuvad põhiliselt kuni 4 mm-se läbimõõduga balloonkateetri paigaldamisest reiearteri kaudu ja selle püsimisest seal päevi. Balloonkateetri paigaldamisega seoses on täheldatud aordi disektsiooni (17), ballooni sattumist neeruarterisse (3) ja isegi alumist parapleegiat (24). Balloonkateetri püsimisega reiearteris on seotud infektsioonioht ja isheemilised kahjustused, neid esineb kokku 5...10% vahel (10, 17). Pärast balloonkateetri eemaldamist võivad tekkida veritsus ja embolisatsioon, mis vajavad kirurgilist ravi. IABP on raskesti läbiviidav aterosklerootiliselt kahjustunud vääniliste reiearterite korral. IABP-i absoluutseks vastunäidustuseks on aordiklappide puudulikkus.

Lisaks tüsistustele piiravad IABP-i kasutamist küllalt kallis aparaat ja otsene arteriaalne rõhu jälgimise vajalikkus. Läänes on tekkinud küsimus, kas kulutused, mis on vajalikud IABP-i tegemiseks (aparaat, kvalifitseeritud personal), toovad küllaldast kasu väga tõsise prognoosiga haigete (kardiogeense šoki) letaalsuse vähendamise ja elukvaliteedi (töövõime) parandamise arvelt (3). Niisugune probleemi asetamine eetilisele muidugi väär, kuid sisaldab endas majanduslikku aspekti, mis piirab kallite ravimeetodite laialdast kasutuselevõttu ka meie oludes.

Püüdes anda kokkuvõtvat hinnangut intraaortaalsele balloonpulsatsioonile, tuleb silmas pidada, et IABP kujutab

endast sageli ravimenetlust, mille puhul saavutatud edu kinnistub järgneva kirurgilise raviga. Nii näiteks kinnistub IABP-i efekt infarktiravi kompleksis järgneva täieliku revaskularisatsiooniga (koronaarangioplastika, aortokoronaarne šunteerimine). Ka mitraalklapi ägeda puudulikkuse korral on vajalik järgneva kirurgilise korrektsioon. Meie vabariigi olusid arvestades tähendab see aga seda, et IABP-i on otstarbekas kasutada vaid Tartus ja Tallinnas või haigete viimisel seal olevatesse kardiokirurgiakeskustes.

KIRJANDUS: 1. *Alcan, K. E., Stertz, S. H., Wallsh, E. a. o.* Am. Heart J., 1983, 105, 3, 527—530. — 2. *Awan, N. A., Mason D. T.* Kardiologie in Klinik und Praxis. Stuttgart, 1981. — 3. *Bolooki, H.* Clinical application of intra-aortic balloon pump. New York, 1984, 144, 287—290, 338—342. — 4. *Braunwald, E. (ed).* Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, 1984, 1238. — 5. *Bregman, D., Nichols, A. B., Weiss, M. B.* Am. J. Cardiol., 1980, 46, 3, 261—264. — 6. *Bregman, D., Parodi, E. N., Haubert, S. M. a. o.* In: Mechanical support of the failing heart and lungs. New York, 1977, 17—47. — 7. *Flaherty, J. T., Becker, L. C., Weiss, J. L. J.* Am. Coll. Cardiol., 1985, 6, 2, 434—446. — 8. *Fuchs, R. M., Brin, K. P., Brinker, J. A.* Circulation, 1983, 68, 1, 117—123. — 9. *Glenn, W. W. L., Liebow, A. A., Lindskog, G. E.* Thoracic and Cardiovascular Surgery with Related Pathology. New York, 1975, 1188—1212. — 10. *Goldman, B. S., Hill, T. J.* Cardiac Assists, 1984, 1, 4, 1—4. — 11. *Goos, H., Krause, E.-G., Beyerdörfer, I. a. o.* Biomed. Biochim. Acta, 1984, 43, 8/9, 159—162. — 12. *Gottlieb, S. O., Chew, P. H., Chendra, N. a. o.* Cathet. Cardiovasc. Diagn., 1986, 12, 18—22. — 13. *Isner, J. M., Cohen, S. R., Virmani, R. a. o.* Am. J. Cardiol., 1980, 45, 260—268. — 14. *Kimble Jett G., Siwek, L. F., Picone, A. L. a. o.* J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1983, 86, 3, 364—372. — 15. *Johnson, S. A., Scanlon, P. J., Loeb, H. S. a. o.* Am. J. Med., 1977, 62, 5, 687—692. — 16. *Kantrowitz, A., Tjonnenland, S. Freed, P. S. a. o.* J. Am. Med. Assoc., 1968, 203, 2, 113—118. — 17. *Kantrowitz, A., Wasfie, T., Freed, P. S. a. o.* Am. J. Cardiol., 1986, 57, 4, 976—983. — 18. *Kenner, Th.* In: Kreislaufphysiologie. Stuttgart, 1982, 136—162. — 19. *LoCicero, J., Hartz, R. S., Sanders, J. H. a. o.* Am. J. Cardiol., 1985, 56, 1, 59—61. — 20. *Maroko, P. R., Bernstein, E., Libby, P. a. o.* Circulation, 1972, XLV, 6, 1150—1159. — 21. *Moulopoulos, S. D., Topaz, S., Eng, B. S. a. o.* Am. Heart J., 1962, 63, 5, 669—675. — 22. *Norman, J. C., Igo, S. R.* Thorac. Cardiovasc. Surg., 1985, 33, 3, 133—145. — 23. *Pappas, G., Steel, P. P.* In: Mechanical Support of the Failing Heart and Lungs. New York, 1977, 1—17. — 24. *Rose, D. M., Jacobowitz, I. J., Acinapura, A. J. a. o.* J. Thorac.

Cardiovasc. Surg., 1984, 87, 788—793. — 25. Rosenkrantz, E. R. Buckberg, G. D., Laks, H. a. o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1983, 86, 506—518. — 26. Sanders, C. A., Buckley, M., Leinbach, R., a. o. Circulation, 1972, XLV, 6, 1292—1313. — 27. Teesalu, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 3, 221—223. — 28. Weiner, N. In: The Pharmacological Basis of Therapeutics. New York, 1980, 147.

29. Бураковский В. И., Барвынь В. Г. (ред.) Кардиогенный шок и его лечение контрпульсацией. М., 1982. — 30. Маргулис М. С., Мордашев Б. К., Андрейман Л. А. и др. Анестезиол. реаниматол., 1983, 1, 44—47. — 31. Руда М. Я. Кардиология, 1970, 4, 26—32. — 32. Толпекин В. Е., Евдокимов В. В. Кардиология, 1981, 1, 27—31. — 33. Шумаков В. И., Толпекин В. Е. В кн.: Вспомогательное кровообращение. М., 1980, 177, 230.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Koronaarhaiguse esmase profülaktika eesmärk on mõjutada etioloogilisi ja patogeneetilisi mehhanisme. Sellealaste uurimistööde peamine puudus on see, et uuritavateks on enamasti juba keskeas inimesed, kellele on mõju avaldanud riskitegurid. Haigus on poliëtioloogiline, kuid sageli uuritakse vaid mõnda üksikut riskitegurit. On uuritud (USA) südame isheemiatõve ärahoidmise võimalusi, piirates toidus kolesterooli ja küllastatud rasvhapete sisaldust. Selle tulemusena vähenes kolesteroolisisaldus 20 % võrra, sellest tulenevalt vähenes ateroskleroosi tüsistuste esinemissagedus 31 %. Ühe teise uurimistöö andmeil (Soome) vähendati kuue aasta kestel toidu kalorsust ja küllastatud rasvhapete sisaldust, samal ajal suurendati aga küllastumata rasvhapete hulka. Selle tulemusena vähenes kolesteroolisisaldus olulisel määral, vähenes ka südame isheemiatõvest ja muudest südamehaigustest põhjustatud suremus. Suitsetamisest loobumise mõju südame isheemiatõve profülaktikas on uuritud harvem. Kümne aasta tähelepanekute põhjal vähenes isheemiatõvest põhjustatud suremus suitsetamisest loobunute hulgas 18 %, kopsuvähist põhjustatud suremus 23 %. Suitsetamise mahajätmine mõjus ühtmoodi nii naistele kui ka meestele, see mõju ei sõltunud vanusest. Euroopa riikides korraldatud uurimistööde põhjal ollakse arvamisel, et profülaktikameetmed on südame isheemiatõve riskitegureid silmas pidades efektiivsed ka siis, kui nendega alustatakse isegi 40... 59. aasta vanuses.

Экспресс-информация (Сердечно-сосудистые болезни), 1986, 7.

Kogemuste vahetamine ja kasuis- tika

UDK 616.31-089.23

Sildproteeside valmistamise uued võimalused

Rein Männi · Tallinn

ortopeediline stomatoloogia, sildproteesid, pat-
siendid, immunoloogiline uurimine

Ortopeedilise stomatoloogia üks päevaprobleeme on elanikkonna maksimaalne varustamine sildproteeside ja hambakroonidega.

Vastavalt inimese eluea pikenemisele suureneb ka sildproteeside ja hambakroonide vajadus. Kui 16... 19 aasta vanustest inimestest vajab mitte-eemaldatavaid proteese keskmiselt 15 %, siis 60 aasta vanustest juba üle 60 % (5).

Seni on kõige rohkem valmistatud stantsitud kroone ja joodetud sildproteesid. Üldkoguses moodustavad nad kuni 96 % kõikidest valmistatavatest mitte-eemaldatavatest proteesidest (6).

Joodetud sildproteesidel on suuri puudusi. Nad ei ole täpsed ja nende funktsionaalne väärtus on väike, sest nad koosnevad kolmest elemendist. Igaühel neist on erinev kristalliline struktuur sõltuvalt sellest, et nende valmistamisel rakendatakse erinevaid tehnoloogiad: kroon stantsitakse, vaheosa valatakse ja joodetakse kroonidega kokku sildproteesiks. Joodise koostis on igal sildproteesil erinev, sest osa joodise

Tabel. Sildproteeside võrdlemine.

Haigete rühmad	Uuritute arv	Töö tulemused (protsentides)				
		väga hea	hea	rahuldav	mitte-rahuldav	töö tuli ümber teha
Täisvalu-sildproteesid	121	84,3	7,4	8,3	—	—
Joodetud sildproteesid	130	51,6	32,3	16,1	—	—
Täisvalu-sildproteesid pärast kolme aastat	80	82,5	10	7,5	—	—
Joodetud sildproteesid pärast kolme aastat	130	10	24,6	16,2	36,9	12,3

komponente põleb jootmise ajal ära. Sealjuures oleneb põlenud komponentide hulk jootmise ajast ja temperatuurist. Kroonide ja sillakeha põlemine on kõige tugevam jootmise piirkonnas, metall muutub rabadaks (tema kristalliline struktuur muutub) ja hiljem on see mõjutatav interkristallilise korrosiooni poolt. See ongi üks sildproteeside murdumise põhjusi. Joodis sisaldab ka rohkesti bioloogiliselt aktiivseid metalle, mis võivad suuõones esile kutsuda elektrolüütilist dissotsiatsiooni, galvanoosi ning põhjustada mao- ja sooltehaigusi (8). Joodetud sildproteeside puuduseks on ka veel see, et nad ei ole küllalt esteetilised, sest elektrolüütilise dissotsiatsiooni tagajärjel suundub osa joodises sisalduvaid bioaktiivseid metalle juba polümeerumisel plastmassi, andes sellele sinaka varjundi (10).

Vastukaaluks joodetud sildproteesidele on täisvalu-sildproteesid ja -kroonid (nende kasutuselevõtt on raskendatud valmistamise tehnoloogia keerukuse tõttu) esteetilisemad, täpsemad ja nende kandmise aeg on tunduvalt pikem (7). Täisvalu-sildproteesid on homogeense kristallilise struktuuriga ning sisaldavad bioloogiliselt aktiivseid metalle vähem.

Täisvalu-sildproteeside valmistamisel on takistuseks nende raske valatavus ja mõõtmete vähenemine valamisel, mis nõuab lisaks keerukaid ja aeganõudvaid tööoperatsioone (12).

Käesoleva töö eesmärk on võrrelda täisvalu- ja joodetud sildproteeside kõrvaltoimet organismi immuunsüsteemis ning tutvustada meie poolt kasutuselevõetud täisvalu-sildproteeside ja -kroonide valmistamise uut, lihtsamat

meetodit, mida on võimalik rakendada kõikides ortopeedilise stomatoloogia osakondades.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Võrdlevalt on uuritud immuunseisundi muutumist joodetud sildproteeside ja täisvalu-sildproteeside korral. Analüüsid tehti enne proteesimist, kolmandal päeval pärast proteesimist ja kuue kuu möödumisel. 26 praktiliselt tervele 19...23 aasta vanusele meespatsiendile valmistati joodetud sildproteesid, 12 samast soost niisama vanale patsiendile täisvalu-sildproteesid.

Immuunseisundi hindamiseks uuriti kõigil rasette moodustavaid T-rakke (3) ja B-rakke (14), määrati immunoglobuliinide kontsentratsioon (4) ja tsirkuleerivad immuunkompleksid vere-seerumis (2). Kõigil uuriti ka leukotsüütide migratsiooni pidurdust aktiveerimisel tüümuseantigeeniga (1), tsirkuleerivate autoantikehade tiitrit (9) ja leukotsüütide fagotsütaarset aktiivsust (11).

121 patsiendile valmistati täisvalu-sildproteesid lihtsustatud meetodil, 130-le traditsioonilised, joodetud sildproteesid, neid hinnati omavahel.

Täisvalu-sildproteeside valmistamise lihtsam meetod seisneb järgmises: kombineeritud või keeramilise mudeli asemel, mis ei kompenseeri metallide valamisel tekkivat kontraktsiooni täielikult ja mis muudab valmistamise keeruliseks, kasutatakse originaalse konstruktsiooniga sillakeha-laiendusplaati ning kogu töö tehakse algusest lõpuni ühel töömudelil.

Kui traditsiooniliselt kasutatakse adaptana* plastmassi ja toorikkroon modelleeritakse vahast, siis meie meetodi puhul toimitakse vastupidi: adaptana kasutatakse vaha või tööstuslikku dekstriini ($C_6H_{10}O_5$) ning toorikkroon modelleeritakse plastmassist. See lihtsustab täisvalu-sildproteeside valmistamist suuresti ja muudab töö täpsemaks.

Töö tehniline teostus on järgmine.

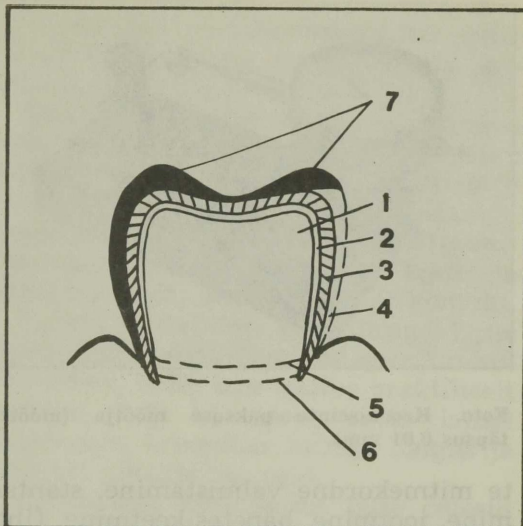
1. Kombineeritud jäljendite võtmine.
2. Töömudelite väljavalamine ja fikseerimine okludaatorisse tsentraalses oklusioonis.
3. Tugihammastele (mudelil) kliiniliste ja tehnoloogiliste kroonipikkuste märkimine (vt. joonis).
4. Mudeli katmine dikloroetaanlakiga ja tugihammastele 0,1 mm paksuse vahakihi kandmine adaptaks.
5. Polümeeruvast materjalist toorikkroonide valmistamine.

6. Pärast plastmassist toorikkroonide 30-minutist polümeerumist töömudeli kuumutamine adapta väljasulatamiseks.

7. Plastmassist toorikkroonide mudelilt eemaldamine, pesemine bensiinis, mõõtmine, viimistlus ja tagasiasetamine töömudelile.

8. Sillakeha ja kroonide lõplik vahast modelleerimine täpse anatoomilise kuju saamiseks (krooni serva paksus ei tohi olla üle 0,20 mm, astmelise preparatsiooni korral aga peab olema vähemalt 0,30 mm). Mõõtmisteks kasutatakse krooniseina paksuse mõõtjat (vt. foto). Kõik täisvalu-kompositsioonid tuleb modelleerida täpse paksusega ilma töötlemisvaruta, et hilisemal töötlemisel mitte rikkuda valamisel tekkinud kõige kvaliteetsema struktuuriga välist koorikkihti.

9. Sillakeha pikendamine laiendusplaadil 1 % võrra ja seejärel töö valada andmine.



Joonis. 1 — prepareeritud hammas, 2 — loož valamisel tekkiva 1 %-lise metalli kontraktsiooni kompenseerimiseks, nn. adapta kiht, 3 — plastmassist modelleeritud toorikkroon («Redont» või «Protakrüül»), 4 — loož portselanist või plastmassist fasseti kinnitamiseks, 5 — kliiniline hambakrooni pikkus, 6 — tehnoloogiline hambakrooni pikkus, 7 — vahakiht krooni anatoomilise kuju lõplikuks taastamiseks (kontrapunktid, kõbrud, ekvaator, kaitseplaat jne.).

Tulemused. Immunoloogiline uuring näitas, et joodetud proteesid muudavad organismi immuunseisundit, kutsudes esile hüperergilisi nähte: autoantikehade tiitri tõusu, immuunkomplekside hulga suurenemist ja fagotsütaarse aktiivsuse langust. See oli eriti märgatav kolmandal päeval pärast proteesimist ja muutused säilisid isegi pärast kuut kuud. Mõnevõrra väiksema ulatusega nihkeid esines ka teiste immuunkomplekside osas.

Patsiendil, kellel oli fikseeritud täisvalu-sildproteesid, proteesimise tagajärjel immuunseisundis statistiliselt olulisi nihkeid ei olnud.

Uue meetodi puhul said 121 patsiendi proteesid valmis pärast kaht visiiti. Esimesel visiidil prepareeriti hambad, võeti jäljendid, määrati tsentraalne oklusioon ja tehti värvivalik, teisel fikseeriti sildproteesid suhu.

Uuel meetodil valmistatud täisvalu-sildproteeside ja joodetud sildproteeside võrdlevast hindamisest annab ülevaate tabel. Sildproteeside hinnati nende funktsionaalse väärtuse, esteetilisuse, täpsuse ja valmistamiseks kulutatud aja järgi. Hinnang anti suhu fikseerimise ajal ja kolme aasta pärast.

Arutelu. Töö tulemused on näidanud, et joodetud sildproteesid mõjutavad organismi immuunseisundit suuresti, kutsudes esile hüperergilisi muutusi, mis

jäävad püsima pikemaks ajaks. Proteesi võib vaadelda kui transplantaati, mille suhtes organismi immuunsüsteem reageerib transplantatsiooni immuunsusreeglite alusel (13). Et paljud kannavad joodetud sildproteeze, võib järeldada, et küllalt sageli on see paljude organismi allergiseerumisuhtude põhjuseks ja see omakorda võib olla paljude levinud krooniliste hüperergiliste seisundite üks tekkepõhjusti.

Joodetud ja täisvalu-sildproteeze kandvate inimeste võrdlev immunoloogiline uurimine näitas, et täisvalu-sildproteesid ei kutsu organismis esile objektiivseid immunoloogilisi nihkeid.

Tänu uue meetodi suurele täpsusele ja lihtsusele väheneb krooni proovi ärajäämisest johtuvalt visiitide arv ja kokkuhoitud aja arvel saab arst vastu võtta rohkem patsiente. Aastaruannete analüüs näitas, et tootlikkus suureneb kuni 40 % võrreldes vabariigi keskmiste näitajatega.

Lihtsustub ka hambatehnikute töö: jäävad ära töömudelite ja nn. stampiku-

* Adapta on aine, mida kasutatakse metallide valamisel tekkiva kontraktsiooni kompenseerimiseks.

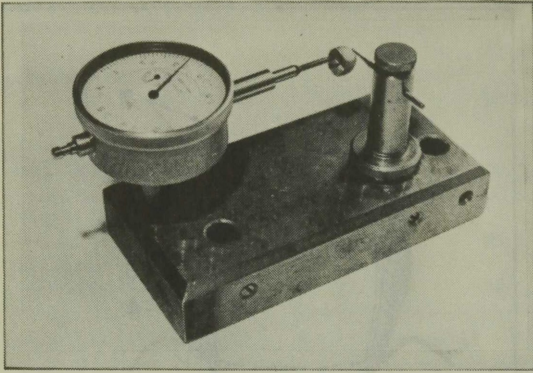


Foto. Krooniseinte paksuse mõõtja (mõõte täpsus 0,01 mm).

te mitmekordne valmistamine, stantsimine, jootmine, hapetes keetmine. Ühtlasi paranevad laboratooriumis töötamise tingimused, sest hambatehnik puutub vähem kokku raskmetallide ja kahjulike hapetega.

Töö tulemused näitavad veenvalt, et uued perspektiivsed meetodid väärivad stomatoloogias viivitamatult laialdast rakendamist.

KIRJANDUS: 1. David, J. R., Al-Askari, S., Lawrence, H. a. o. J. Immunol., 1964, 93, 264—273. — 2. Haškova, V., Kašlik, J. u. a. Z. Immunitätsforsch., 1978, 154, 399—406. — 3. Jondal, M., Holm, G., Wigzell, H. J. Exp. Med., 1972, 136, 207—215. — 4. Mancini, G., Carbonara, A., Heremans, J. Immunochemistry, 1965, 2, 235—251.

5. Базиян Г. В., Новгородцев Г. А. Основы научного планирования стоматологической помощи. М., 1968. — 6. Варс Э. Я. Стоматология, 1983, 2, 79—80. — 7. Гаврилов, Е. И. Альшиц И. М. Ортопедическая стоматология. М., 1970. — 8. Калинина Н. В. Протезирование при помощи потере зубов. М., 1979. — 9. Клемпарская Н. Н., Раева Н. В. Бюлл. эксперт. биолог., 1961, 5 77—81. — 10. Курляндский В. Ю., Гожая Л. Д. В сб.: Тезисы докладов IV республиканского съезда стоматологов УССР. Киев, 1970, 261—262. — 11. Лебедева М. А. Фагоцитарная способность лейкоцитов крови у детей в период новорожденности. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1955. — 12. Мозберг Р. К. Материаловедение. Таллин, 1976. — 13. Петров Р. В. Ведение в неинфекционную иммунологию. Новосибирск, 1968. — 14. Петров Р. В., Лопузин Ю. М., и др. Оценка иммунного статуса человека. М., 1984.

Harju Rajooni
Keskpolikliinik

Mõtte- vahetus

UDK 616-002.2-07-082.8:301(049.2)

Kroonilist haigust põdeva lapse ravi ja rehabiliteerimise meditsiinisotsioloogilised aspektid

Ilme Pilv Riina Riisalo · Tallinn

meditsiinisotsioloogia, kroonilised haigused, lapsed, rehabiliteerimine

Kroonilist haigust põdeva lapse ambulatoorse ravi tõhusus sõltub suurel määral vanemate suhtumisest lapse haigusesse ja sellega arvestamisest (2, 6, 7), arsti nõuannete järgimisest ja ravi täpsusest (9). Viimast mõjutavad arsti autoriteet ning patsiendi rahulolu (1, 8), samuti saadud abi vastavus ootustele (3, 4, 5).

Töö eesmärk oli selgitada kroonilise haiguse all kannatavate laste meditsiinilist ja psühhosotsiaalset rehabiliteerimist mõjutavaid tegureid, tõhustamaks ravi efektiivsust.

Uurimismaterjal ja -meetod. Korraldasime Tallinna ambulatoor-polikliinilistes asutustes meditsiinisotsioloogilise uuringu eriarstide vastuvõttude ajal. Intervjueerisime kokku 200 kardioreumatoloogilisi ja pulmonoloogilisi haigusi põdeva lapse ema, kellest 100 külastas selle eriala arste esmakordselt ja 100 korduvalt, vähemalt kolmandat korda. Emasid küsitlesime enne ja pärast vastuvõttu.

Esmane küsitlus toimus enne arstikabinetti sisenemist. Esmakülastajalt püüdsime välja selgitada, mil määral ta mõistab lapse haigust, kuidas suhtub sellesse ja mida ta eriarstilt ootab. Korduvcülastajaid küsitlesime põhjalikumalt, näiteks esitasime küsimusi lapse ravi ja režiimi kohta, kontrollisime ka ema tervishoiu-

alaseid teadmisi. Teisesel küsitlusel küsiti emalt, kas ta jäi vastuvõtuga rahule, uuriti arsti nõuannetest arusaamist ning informatsiooni teadustamist.

Tulemused. Ilmnes, et laste suunamisel eriarsti konsultatsioonile oli mitmeid puudusi.

Esmaskülastajatest emadest 17% ei teadnud konsultatsioonile suunamise põhjust, 26% teadis küll lapsel kahtlustatavat tervisehäiret, kuid ei pidanud konsultatsiooni vajalikuks. Ainult 57% intervjuerituist mõistis eriarstiabi vajadust.

Emade suhtumist eriarsti konsultatsiooni mõjutasid mitmed tegurid: vaevuste raskus (varjatult kulgeva haiguse korral kaheldakse lapse haiguse raskuses), ema haridustase (kõrgharidusega emad suhtuvad arstide soovitusesse kohusetundlikumalt), lapse vanus (mida noorem laps, seda hoolikam ema). Kõige tugevamini sõltus ema suhtumine konsultatsioonile suunavast arstist. Meie andmeil oli eriarsti konsultatsiooni suhtes negatiivselt häälestatud enamik lasteasutuste arstide ja kooliarstide poolt suunatud laste emasid. Põhjus võib peituda puudulikus informeerimises — tihti ei vestelnud arst ema ega lapsega üldse, suunamine seisnes üksnes saatekirja üleandmises.

Suhtumist eriarsti konsultatsiooni mõjutasid suunamisele eelnenud uurinud: kõiki hingamiseliinide mittespetsiifilisi haigusi põdevaid lapsi oli eelnevalt põhjalikult uuritud, mistõttu 94% küsitlenuist pidas konsultatsiooni pulmonoloogi või allergoloogiga vajalikuks. Kardireumatoloogi juurde suunatuist 32% oli eelnevalt uurimata. Pooled emad ei mõistnud konsultatsiooni vajalikkust või ei teadnud isegi seda, millise elundi haigust oli lapsel kahtlustatud.

Ravi oli enne eriarsti juurde suunamist määratud küsitlenuist lastest 435-le. Psühholoogiliselt seisukohalt ei olnud sellel erilist tähtsust: puudus oluline erinevus eelnevalt ravitud ja ravimata laste emade suhtumise vahel. Ravist kinnipidamine ei olnud samuti seotud spetsialisti konsultatsiooni vajaduse tunnetamisega — neist emadest, kes olid

ignoreerinud jaoskonnapediaatri määratud ravi, soovis konsulteerida eriarstiga 40%.

Enamikul juhtudel suutis eriarst ema negatiivset hoiakut muuta, ainult kolm küsitlenuist suhtus ka pärast vastuvõttu konsultatsiooni vajalikkusse eitavalt. Emade hoiaku muutumise tingisid ilmselt informatsiooni põhjalikkus, arsti ja patsiendi psühhoemotsionaalne kontakt.

Rahulolu visiidiga ei sõltunud lapse tervislikust seisundist: ühtmoodi rahul olid emad, kelle laps osutus praktiliselt terveks, kui ka need, kelle lapsel diagnoositi kroonilise kuluga haigus ja määrati pikaajaline ravi.

Põhjalikult küsitlesime laste emasid arsti nõuannete järgimise suhtes, püüdes välja selgitada seda mõjutavad tegurid.

Mitme otsese ja varjatud küsimuse varal tegime kindlaks, et korduvkülastajatest emadest järgib eriarsti soovitusi täpselt 60,7% ja osaliselt 33,0%; 6,3% küsitlenuist ignoreerib arsti nõuandeid. Arsti soovitude järgimine on kõige tugevamini seotud lapse vanusega: mida noorem laps, seda hoolikamalt järgitakse arsti soovitusi (imikute emadest ei ignoreerinud arsti nõuandeid üksi). Mõju avaldavad ka ema vanus, haridus ja elukutse (tegevusala) — hoolikamad on kõrgharidusega ning nooremad emad. Arsti nõuannete järgimata jätmise üks takistusi on nende unustamine. Arstikabinetist väljumisel mäletasid seekordsel visiidil antud soovitusi peaaegu kõik meie poolt küsitlenuist, kui aga külastusest oli mõni nädal möödunud, meenusid soovitusel ainult pooltele emadele. Soovitude mäletamine sõltus teataval määral ema haridustasemest. Arsti soovitude järgimises ilmnes meie küsitluse andmetel tugev seos ema suhtumisega arstisse — unustati peamiselt nende arstide nõuanded, kelle kompetentsuses kaheldi.

Nõuanded jäävad paremini meelde siis, kui arst on emale arusaadavalt seletanud lapse haigust, prognoosi ja oodatavat raviefekti, eriti oluline on režiimi- ja dieedikitsenduste korral

keeldusid põhjendada. Meie andmeil takistas ema arusaamist arstist paljudel juhtudel erikeelsus (42% uurituist külastas mitte oma rahvusest arsti). Palju sõltub ka nõuannete laadist: kui neist osa on täitmatud või põhjendamatud, siis kaldutakse ignoreerima selle arsti kõiki nõuandeid.

Soovida jätsid ka intervjuueeritute teadmised oma lapse haigusest. Peaaegu pooled küsitlud ei suutnud intervjuueerijaga vestelda oma lapse haiguse kulust, režiimi põhimõtetest, ravi tulemustest, prognoosist ega elukutse valikust.

Arutelu. Uuringu tulemustest ilmnes, et vanemate ning eriarstide koostöö lapse ravi ja rehabiliteerimises ei ole veel küllaldane. Eeskätt on siin puuduseks see, et emad ei teadvusta vajalikul määral oma osa lapse tervise eest hoolitsemisel.

Lapsi eriarsti konsultatsioonile suunavad arstid peakisid rohkem tähelepanu pöörama lapse ja tema vanemate konsultatsiooniks ettevalmistamisele. Korrektnete suunamine koos lapse eelneva uurimisega on oluline ema psühholoogilise häälestatuse seisukohalt.

Arstide erialase kompetentsuse kõrval on suur tähtsus suhtlemisoskusel. Iga arst peaks vastuvõtul leidma aega ja kannatlikkust küllastaja rahulikuks ära kuulamiseks. Meie uuringu ajal ilmnes, et kiirustamine ja küllastaja jutu katkestamine ei ole tingitud niivõrd ajapõhusest, kuivõrd suhtlemismaneerist ja iseloomu omadustest. Patsiente tuleks informeerida neile arusaadavalt lapse haigusest ja haiguse prognoosist, veenda järgima ravi- ja režiiminõudeid. Arsti nõuannetel on suur tähtsus kroonilise haiguse all kannatava lapse elukorralduses.

Kokkuvõte. Intervjuueerimise teel uuriti 200 kroonilise kardioreumatoloogilise ja bronhopulmonaalse haiguse all kannatava lapse ema suhtumist lapse tervisesse ja eriarsti konsultatsiooni, kontrolliti ema tervishoiualaseid teadmisi ja arsti nõuannete järgimist.

43% küsitlenuist alahindas lapse

kroonilise haiguse raskust. Ühelt poolt oli see tingitud ema vähesest informeeritusest arsti poolt, teiselt poolt ema tervishoiualaste teadmiste nappusest.

Eriarsti nõuandeid järgis täielikult 60,7% küsitlenuist. Järgimata jätmise korral oli takistuseks nõuannete mittemõistmine (arsti ning küllastaja vaheline keelebarjäär ja intelligentsi erinevused) või nende unustamine, arsti vähene suhtlemisoskus, ebapiisav informeerimine, autoriteetsuse puudumine.

Puuduste kõrvaldamine võimaldab tõhustada eriarstide ja lastevanemate koostööd, suurendada perekonna osa kroonilist haigust põdeva lapse meditsiinilises ja psühhosotsiaalses adaptatsioonis.

KIRJANDUS: 1. *Comstock, L., Hooper, E., Doodwin, J. a.o. J. Med. Educ.*, 1982, 57, 2, 105—112., — 2. *Dunovsky, J. Pädiatr. Grenzgeb.*, 1982, 21, 1, 69—75. — 3. *Feldes, D., Feldes, U., Hahn, S. Z. Ärtzl. Fortbild.*, 1982, 76, 7, 308—311. — 4. *Kopske, Ch. Dtsch. Gesundh.*, 1980, 35, 24, 922—925. — 5. *Reichman, S. Bull. N. Y. Acad. Med.*, 1981, 57, 1, 6—12. — 6. *Roghamann, K. J. Die Familie als Patient: Zum Wandel des Krankheitsbegriffs der Pädiatrie in der Betreuung chronisch Kranker Kinder. Im: Angermeyer M., Döhner O.: Chronisch Kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart, 1981, 125 S., 1—8* — 7. *Sperling, M. In: E. Gellert (red.): Psychosocial aspects of pediatric care. New York — San Francisco — London, 1978, 256, 51—63.*

8. *Бедный М. С. (ред.) Социологические исследования в здравоохранении. Обзорная информация. Выпуск 2. М., 1984.* — 9. *Лисицын Ю. П., Палушкина Н. В. Образ жизни и состояние здоровья детей. Научный обзор. М., 1982.*

Ekspereimendaaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2 «1786/1986» (091)

200-aastane Tallinna Vabariiklik Haigla

Heino Gustavson Väino Tuppits
Tallinn

Tallinna Vabariiklik Haigla, ajalugu, rekonstrueerimine

Oli meeldiv tõdeda, et Tallinna Vabariikliku Haigla juubeli tähistamine oli pidulik ja meditsiiniüldsust kaasav. Ütlesime nimme «juubeli», sest 1985. aastal möödus kaks sajandit selle raviasutuse eelkäija avamisest ning 1986. aastal täitus 200 aastat ümberkolimisest nüüdsele kohale Ravi tänavas.

XVIII sajandil astus Vene meditsiinkorraldus mitu progressiivset sammu, mis otseselt puudutasid haiglaravi põhimõtteid. Edenemiseks soodsa pinna lõi Põhjasõjale mõne aja pärast järgnev majanduslik tõus, ühes sellega kultuuri ja teaduse areng. Nimetamist väärib 1735. aastal kehtestatud haiglate põhimäärus (Генеральный регламент о госпиталях), oma aja kohta igati eesrindlik juhised, mida ei tule vaadelda soovitusena, vaid otsese käsuna. Juba varem oli Tallinnas asutatud kaks sõjaväehospidali: Admiraliteedihospital 1715. aastal ja Mereväehospital 1730. aasta paiku. Nii oli siin eraisikuile mõeldud haigla rajamiseks juba eeskujugi olemas. Paraku raviti neid ikka veel keskaegset tüüpi seekhospidalides.

Tervishoiuministeeriumi ülesandeid täitva riikliku meditsiinikantselei asemele moodustati 1763. aastal Riiklik Meditsiinikollegium, mille hõive osutus peagi mõjukamaks eelmisest. Ja kubermanguvalitsuste koosseisus alustasid tegevust arstivalitsused (врачебная управа). Ühiskondliku hoolekande kollegiumidele kubermangudes pandi alus 1775. aastal, Balti kubermangudes asutati need 1783. aastal. Nendel kolleegiumidel lasus rahvakoolide, vaestemajade, invaliidide ja orbude varjupaikade, vangimajade ning eraisikuile ettenähtud vaestehaiglate hooldamine, kaasa arvatud finantseerimine ja kogu tegevuse juhtimine.

1784. aastal palkas ka Eestimaa kubermangu ühiskondliku hoolekande kollegium esimesed meedikud Tallinna vaestele koduvisiitide tegemiseks. Kummatigi ei saadud läbi haiglaravita. Nii üüritigi 1785. aasta oktoobris üks väike elamu Karjavärava ees agulis, kuhu paigutati 10...12 haiglavoodit. Palgati personal: komissar (direktor), virtin (majandusjuhataja), alamkirurg ja nais-

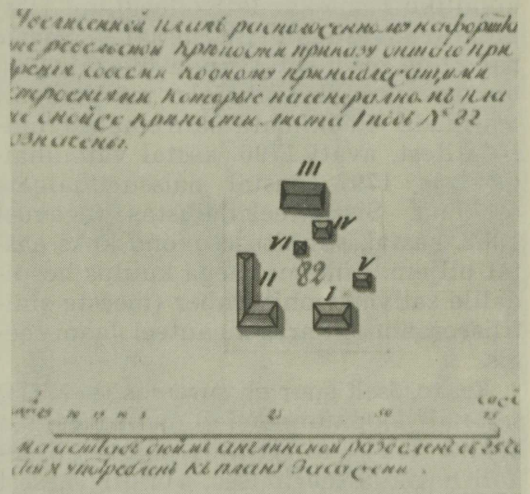


Foto 1. Priihospitali hoonete paiknemise vanim plaan 1798. aastast. I — peaarsti eluruum ja palatid; II — kirurgi eluruum ja palatid; III — saun ja pesumaja; IV — ait; V — hobusetall; heinaküün. Köök omaette hoonena puudub, süüa tehti barakkides mantelkorstna all. Praegune Ravi tänav asub ligikaudu pildi allserval viimase kirjarea kohal. H. Gustavsoni fotokoopia.



Foto 2. Tallinna Vabariiklik Haigla 1986. aasta sügisel. Vasakul silmakliinik, keskel peahoone, paremal sünnitus- ja günekoloogiaosakond. E. Normani foto.

talitajad (sanitarid). Ruumi jäi ikkagi napiks. Õnneks oli Admiraliteedihospidal oma algsest asupaigast uude kohta kolinud ja majad tühjalt maha jätnud. Need ostis kolleegium endale, tehti remont ja 1786. aasta algul võidi Ühis-kondliku Hoolekande Kolleegiumi Hospidal (rahvasuus Priihospital — vaeste ravimine oli tasuta) sinna üle viia. Nii osutus võimalikuks haiglat märgatavalt avardada. Rääkimata suurematest üld-palatitest, avati 1796. aastal vaimuhaigete ja 1797. aastal naissuguhaigete osakond. Siseapteek alustas tegevust 1802. aastal, sünnitusosakond kaks aastat hiljem. Lühemat aega kuulus hospitalile salivatsioonikamber (meeste süüfiliseosakond) Tartu maanteel Jaani seegis.

Erakordselt suur oli suremus — XVIII sajandi lõppkümnendil suurenes see kohati 252 %-ni. Põhjus peitus hiline-nud hospitaliseerimises, samuti vaesest rahvakihist patsientide alatoitluses ja kurnatuses.

Ajapikku hospitali sisekorraldus muutus. 1847. aastal võeti ametisse teine arst, suurenes voodikohtade arv, laiendati osakondi, ehitati majandushooneid. Ruumikitsikusest siiski üle saada ei suu-

detud, sest peagi hakati haigeid ka kogu kubermangust vastu võtma. Raske oli hoolduspersonalil, kes sageli elas haigete-ga ühes palatis. Seetõttu taheti 1849. aastal alustada uute hoonete ehitamist, mis aga kõrgemate instantside ükskõik-suse taha takerdus. Nimetatud aastal oli haigla krunt suurenenud kõrvalpaik-neva kasarmute maa-ala arvel (veelgi varem oli seal asunud Maaväehospital). Nurjus ka XIX sajandi keskel esitatud kavatsus asutada haigla juurde ämma-emandate kool koos suure sünnitusosa-konnaga.

1869. aastal algasid taas püüdlused ruumikitsikusest jagusaamiseks, mis sedakorda tulemusrikkad olid. Uus, kahe-korruseline peahoone anti ekspluatat-siooni 1872. aastal. Nüüd mahutas ravi-asutus kokku 220 haiget ja hoolealust (ka vaestemaja kuulus haigla juurde). Kõigele vaatamata jäi ruumi napiks, ka suremus oli veel 85...112 % piires. Ruumikitsikus leevendus pärast haigete vangide üleviimist Toompea vanglalaat-saretti 1882. aastal.

Priihospitali esimene spetsiaalne ope-ratsioonituba seati sisse 1887. aastal. Seni olid lõikused toimunud nii vastu-

võtutoas kui ka palateis. Järelikult on 1987. a. veel üks väike juubel tulemas.

Jätkusid ponnistused haigla laiendamiseks, väljapääsu nähti esialgu lähedal asuvate elamute üürimises. 1896 a. eraldati Priihsospitalis teatavatele tööstustevõtetele nende endi kulul peetavad voodikohad. 1897. aastal valmis kaks ajakohast psühhiaatriamaja, mis sel otstarbel olid kasutusel 1909. aastani. Siis teatavasti koondati vaimuhaiged Seevaldi ravilasse. Hiljemgi, veel Esimese maailmasõja aastail, tehti uus- ja juurdeehitisi. Sõda halvendas haigla majanduslikku olukorda, kosumine nõudis mitu aastat. Kuid varsti, 1922. aastal, avati, nüüd juba Tallinna Keskhaiglas, röntgenikabinet; raadiumravini jõuti 1934. aastal. 1940. aasta suvel algas töö viiekorruselises uues peahoones (arhitekt H. Johanson) ning varsti kerkisid kõrvalhoonetena ka sünnitus- ja günekoloogiaosakond. Paraku katkestas ehitustöö Suure Isamaasõja algus. Raviasutusele lõi sõda raskeid haavu, taastamine nõudis aega omajagu.

1946. aasta 1. juulil läks tollane Tallinna Linna I Haigla otseselt tervis-

hoiuministeeriumi alluvusse ja nimetati ümber Tallinna Kliiniliseks Keskhaiglaks. Konsultatiivpolikliinik maarajoonide tarvis avati 1951. aasta algul. Vahepeal, 1949. aastal, oli lõpuks ometigi valmis saanud kõrge moodne kivihoone günekoloogiliste haigete jaoks. Ja 1952. aastal võeti kasutusele nimega Tallinna Vabariiklik Haigla, mis on jäänud tänini. Järjest paremaks muutus selle sisestruktuur. Peame ka alla kriiputama, et vabariiklik haigla on mõneleki meditsiinasutusele olnud ajutiseks asupaigaks — ruume on nendele asutustele ikka leidunud. Kuid just see on põhjustanud muret tekitavat ruumikitsikust. 1961. aastani oli voodikohti 780, alates järgmisest aastast 800.

Nii koostatigi ulatuslik rekonstrueerimisprogramm ja kavatsusi asuti innukalt ellu viima. Söökla 1100 patsiendile ja sajakohaline personalisöökla valmisid 1980. aastal. Ühtlasi jõudis kätte aeg, mil haigla loovutas osakondi teistele raviasutustele nende tegevuse hõlbustamiseks. Voodikohtade arv kahanes 670-ni. Tekkis soodne võimalus alustada remonti ning ulatuslikke ümberehitusi.



Foto 3. Tallinna Vabariikliku Haigla juhtkond 1986. aasta septembris. Esireas vasakult: peaarsti asetäitja kaadri alal E. Treffner, peaarsti asetäitja sünnitusabi ja günekoloogia alal M. Sergo, peaarst V. Tuppits, ülemõde M. Pöder, ametiühingukomitee esinaine M. Laaniste, pearaamatupidaja A. Epper. Teises reas vasakult: peaarsti asetäitja meditsiini eritööde alal J. Kuraksa, peaarsti asetäitja töövõimetuse ekspertiisi alal L. Maurer, peaarsti asetäitja organisatsioonimetoodika alal A. Roosileht, komsomoli algorganisatsiooni sekretär R. Vill, peaarsti asetäitja polikliinilisel alal A. Rooks, peaarsti asetäitja ravi alal T. Lainevee. E. Normani foto.

Peahoone sai juurde kaks korrust, sisse seati õhu konditsioneerimiseadmed. Põhiliselt 1981. aastal lammutati mitu vana haiglahoonet, andmaks ruumi uuele silmakliinikule, millele pandi nurgakivi 1983. aastal ja mis avati 1985. aasta lõpul. Suure osa ehitus- ja sisustus-kulusid kandis Eesti Pimedate Ühing.

Oli teisigi häid ettevõtmisi. Silmasakond sai 1983. aastal laserraviaparaadi, laboratooriumid välismaise automaatanalüsaatori biokeemiliste analüüside tegemiseks ning kasutusele võeti radioimmunoloogilised laboratoorsed meetodid. 1984. aastal alustas haigla kardioloogiaosakonnas tegevust vastmoodustatud Eesti NSV Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut ning haigla üldkirurgiaosakond kujunes TRÜ arstide täiendusteadusosakonna praktikabaasiks. Nii kasvas Tallinna Vabariikliku Haigla teadlaste pere üsnagi märgatavalt. 1984. aasta veebruaris lõpetati peahoone kapitaalremont ja asuti remontima sünnitus- ja günekoloogiaosakonda. Haigla voodikohtade arv suurenes 740-ni. Eespool nimetatud silmakliiniku avamisega saadi juurde veel 150 voodikohta.

Præguseks on Tallinna Vabariiklik Haigla kujunenud Põhja-Eesti tähtsaimaks ravi- ja konsultatiivkeskuseks ligikaudu poole miljoni inimese jaoks. Antakse konsultatsiooni selle regiooni tervishoiuasutustele.

1985. aasta algul oli haiglas komplekteeritud 217,5 arstikohta. Raviosakondi oli 17, abiosakondi (laboratooriume, kabinette jms.) 16. Konsultatiivpolikliinik annab abi 38 erialal. Haiglas tegutseval Tallinna II Naistenõuandlal on 9 jaoskonda.

Rekonstrueerimine ei ole kaugelki veel lõppenud. Projekteerimine jätkub.

Võttes arvesse Tallinna Vabariikliku Haigla pikka iga ning silmapaistvaid saavutusi tervishoiu alal, autasustati raviasutust ordeniga «Austuse märk». Haigla õuel avati mälestustahvel.

*Eesti NSV Riikliku Agrotööstuskomitee KTB
Tallinna Vabariiklik Haigla*

Konverentsid ja nõupidamised

Vabariiklik immunoloogiakonverents toimus 1. .2. oktoobrini 1986 Tallinnas. Selle korraldisid Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut ning Eesti Immunoloogide Selts. Konverentsist võttis osa immunoloogide ka Moskvast, Leningradist, Riiasst ja mujalt.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja E. Palo. Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor L. Priimägi andis ülevaate immunoloogiaalastest uurimistöödest meie vabariigis. Ta märkis, et Tartu ja Tallinna teadlased on juba aastakümneid uurinud nii rakulist kui ka humoraalset immuunsust. Erilist huvi pakkusid tööd, mis käsitlesid rakulist ja humoraalset immuunsust lastel, kes sageli põevad ägedaid respiratoorseid haigusi. Prof. J. Svartsman kaasautoritega on välja töötanud laste ja täiskasvanute immunoloogilise jälgimise meetodi gripi vastu vaktsineerimise korral. Hinnati ka nüüdisaegseid spetsiifilisi immunoloogilisi laboratoorseid meetodeid ägedate ja krooniliste viirushepatiitide erinevate etioloogiliste vormide diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt.

Prof. L. Hasenson soovitas soolenakkushaiguste täpsemaks diagnoosimiseks teha seroloogilisi uurimisi — kaudset hemaglutinatsiooni reaktsiooni, immunofluoretsents- ja immunoensüümtesti. Prof. S. Anatoli oli uurinud mittespetsiifilist resistentsust ja organismi immuunseisundit düsenteeriahaigetel. R. Peetso, R. Sudakova, J. Belaja ettekandest selgus, et ägedate soolenakkushaiguste etioloogia selgitamiseks on evitamisel mitu kiirmeetodit.

Tsirkuleerivate immuunkomplekside osa reuma diagnoosimisel lastel selgitas prof. B. Safronov. Ta rõhutas, et immuunkomplekside olemasolu korral reumatoidartriiti põdejatel on 81%-l juhtudest võimalik tüsistuste teke. A. Totaljan kaasautoritega soovitas haigete immuunseisundi jälgimiseks kasutada uurimismeetodite kompleksi, kuhu kuuluvad lümfotsüütide rosettide moodustumise test ja fagotsütoosi määramise meetodid, T-lümfotsüütide arvu määramine veres, eosinofiilide suhtelise ja absoluutse arvu määramine ning E-rosettide moodustumise, vere neutrofiilide ja monotsüütide fagotsütaarse aktiivsuse hindamine. S. Makarova märkis, et immuunseisundi uurimisel on vaja eristada esmast ja teisest immuunpuudulikkust. Paljudes ettekannetes oli

uusi andmeid ja ettepanekuid immuunseisundi korrigeerimise kohta.

S. Velbri, O. Kurtenkov jt. olid uurinud onkoloogiliste haigete lümfotsüütide proliferatiivset aktiivsust ja immuunmoduleerimise efektiivsust ning R. Bruvere, A. Lilleorg jt. nende üldist immunoloogilist reaktiivsust. Paljud ettekanded käsitlesid spetsiifilist diagnoosimist ja immuunseisundit korrigeerivat ravi allergiliste haiguste puhul (J. Karusoo, M. Orn, H. Loit, J. Ksenofonov, A. Sotšnev, M. Hakberdõjev, I. Balabalkin jt.). Saastatud õhu seast allergiaga olid uurinud N. Loogna, L. Rodman, S. Etlin, V. Redko.

Konverentsi ettekanded käsitlesid peamiselt immunoloogilisi aspekte ägedate respiratoorsete ja arboviirusnakkuste, viirushepatiitide ja bakteriaalsete soolenakkushaiguste korral. Arutlusel oli ka immunopatoloogiline reaktiivsus reuma-, südame- ja kopsuhaigetel. Samuti käsitleti organismi ja kasvaja immunoloogilist vahekorda. Viimasel plenaaristungil olid vaatluse all immunoloogilised meetodid allergia diagnoosimises ja ravis.

Meie vabariigi immunoloogidelt oli 30 ettekannet, konverentside teeside kogumikus ilmus Tallinna ja Tartu teadlastelt 58 tööd.

Eesti Immunoloogide Seltsi I kongress otsustati korraldada 1989. aastal Tartus.

Joosep Reinaru

Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents toimus 29. ja 30. augustil 1986 Põlva rajoonis Valgemetsa pioneerilaagris. Kohale oli tulnud 188 keskastme meditsiinitöötajat ja 20 arsti meie vabariigi kõigist sanitaar- ja epidemioloogiaamast.

Konverentsi põhiteema oli riikliku sanitaarteenistuse ülesanded tsiviilkaitstes. Seda teemat käsitleti konverentsil esimest korda, sellest ka suur tähelepanu ettekannete kuulamisel. Seitse ettekannet oli desinfektsiooni korraldusest meie vabariigis. Üldse esitati 15 metoodilis-praktilist tööd.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja H. Kreek hindas konverentsi kordalainuks ning tõstis esile mitu head ja sisukat ettekannet. Seltsi traditsioonilise suveniiri paremate ettekannete eest said N. Puussaar ja A. Saar Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiaamast. Nende töö käsitles karantiini organiseerimist siberi katku koldes tsiviilkaitse näitliku õppuse tingimustes. Suveniiri said ka J. Välling ettekande «Töö korraldusest Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama profülaktilise desinfektsiooni osakonnas» eest ning V. Kallaste Põlva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiaamast, kes oli uurinud profülaktilise desinfektsiooni organiseerimist maa-asulates.

Konverentsi teisel päeval toimusid seltsi nõukogude ja Eesti Sanitaartöötajate Seltsi juhatuse aruande- ja valimiskonverentsid. Lõuna-Eesti nõukogu esimeheks valiti A. Lepik, Põhja-Eesti nõukogu esimeheks A. Avioja ja Eesti Sanitaartöötajate Seltsi juhatuse esimeheks allakirjutanu.

Pidulikult tähistati konverentsil seltsi asutamise idee algataja, auliikme ja Lõuna-Eesti nõukogu auesimehe J. Matsalu 75. sünnipäeva.

Edgar Saar

Vabariiklik jaoskonnaterapeutide nõupidamine, millest võttis osa arvukalt terapeute, tervishoiujuhte ning ka arstiteadlasi, oli 17. novembril 1986 Tallinnas. Nõupidamist avades rääkis tervishoiuminister prof. V. Rätsep polikliinilise arstiabi tähtsusest praegusel arenguetapil. Ta rõhutas jaoskonnaterapeutide tegevuse intensiivistamise vajadust, mis seisneb eelkõige olemasoleva ratsionaalses ning optimaalses kasutamises ning terapeutide kvalifikatsiooni tõstmises.

Meie vabariigi peaterapeutidelt prof. N. Elšteinit oli kaks ettekannet. Põhiettekandes analüüsis ta jaoskonnaarsti vigu ning nende põhjusi. Vaatamata teaduse ja tehnika saavutustele, etendavad diagnoosimisel tähtsat osa ikkagi hästi kogutud anamnees ning õigesti tehtud objektiivsed uuringud. Objektiivsel uurimisel tehtud vead on tihti tingitud mitteküllaladastest teadmistest sisehaiguste propedeutikas. Arstivigade põhjuseks hulgas tõi prof. N. Elštein esile spetsialiseerumise teatava negatiivse mõju, sest need haigused, mille puhul on eksidiagnoos pandud, ei ole tavaliselt harva esinevad. Alahinnata ei tohi ka patsiendi psühholoogilist, sotsiaalset ja meditsiinilist staatust. Teises ettekandes vaagis prof. N. Elštein dispanseerimist organisatsioonilisest, kliinilisest ning sotsiaalpsühholoogilisest aspektist.

Peapediaater M.-A. Riikjärv esitas koostöös M. Parvega valminud ettekande, milles käsitleti akuüörgünekoloogide, pediatrite ning terapeutide koostööd, et sünniks terve laps ning et lapsest kasvaks terve inimene. Ent muret tekitab järjest suurenev ekstrapüüalaste haiguside põdevate rasedate arv. Praegu on perinatoloogias aktuaalne enneaegsus ning suure riski rühma kuuluvate rasedate arvu vähendamine. Selleks on rakendatud tervishoiualaseid, sotsiaalseid ning meditsiin-



Foto. Vabariiklikul jaoskonnaterapeutide nõupidamisel Tallinnas. G. Tsvetkovi foto.

nilisi meetmeid. Tallinna linna peaterapeut L. Piel rääkis neeruhaiguste diagnoosimise, ravi ning neid haigusi põdejate dispanseerimise tõhustamisest. Eriti põhjalikult käsitles ta neeruhaiguste erilist kulgu rasedail.

Mall Kuusma

Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee XVIII konverents oli 22. novembril 1986. aastal Tallinnas. Päevakorras olid vabariikliku komitee ning revisjonikomisjoni aruanne, uue vabariikliku komitee ja revisjonikomisjoni valimine ning NSV Liidu tervishoiutöötajate ametiühingu XIV ja Eesti NSV ametiühingute XIX kongressi delegaatide valimine.

Vabariikliku komitee aruande esitas selle esimees T. Hendrikson. Ettekande kesksed probleemid olid ambulatoorse ja polikliinilise arstiabi edendamine, spetsialiseeritud arstiabi ning selle kättesaadavus, maaelanike, eriti põllumajandustöötajate arstiabi, voodifondi kasutamine, ebakohad elanike ja raviasutuste ravimitega varustamises, tervishoiuasutuste materiaaltehniline baas, töödistsipliin, tervishoiuehitiste valimine ning kontroll selle üle. Esineja rõhutas, et arstiabi paremale korraldusele, samuti tervishoiutöötajate töökultuuri ja arstiabi kvaliteedi paranemisele on suuresti kaasa aidanud sotsialistlik võistlus. Mitmed meie tervishoiuasutused on eesrindlike kogemuste koolideks.

Pikemalt rääkis T. Hendrikson tervishoiutöötajate töökaitsest ja töötingimustest ning analüüsis meedikute suhteliselt kõrgeid ajutise töövõimetuse näitajaid. Ta juhtis tähelepanu ajutise töövõimetuse ekspertiisi korralduse ja kvaliteedi parandamise vajadusele. Ajutine töövõimetus ei ole mitte üksnes meditsiiniprobleem, vaid ka sotsiaalne, mis kätkeb meedikute töö- ja olmetingimusi, toitlustamist ning dieettoitlustamist, puhkust, vaba aja veetmist, tervislike eluviisi. Alkoholimivastasel võitlusel peaks meedikute töös olema kindel koht. Ametiühinguorganisatsiooni üks tähtsamaid ülesandeid koos asutuse administratsiooni ja parteiorganisatsiooniga on töötajate kommunistlik kasvatamine ning ideoloogiline mõjutamine.

Ettekande arutelus osales 16 sõnavõtjat. Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst V. Ilmoja vahetas mõtteid meditsiinitöötajate töötingimuste ning töökaitse teemal. Sanitaar- ja eririetus on väga vajalik tervishoiuasutuse töökultuuri, sanitaar- ja hügieeninõuete täitmisel ning töötajate tervise kaitsel. Tunduvalt rohkem on tarvis erijalitseid ja sooje rõivaid. Tartu Kliinilise Lastehaigla ülemõde M. Laul rääkis noorte õdede tollist ja nende juhendamisel kollektiivis ning Tallinna Vabariikliku Haigla arst M. Laaniste tervishoiutöötajate vaba aja sisustamisest. Probleemiks on olnud ning on praegugi perekonnapuhkuse korraldamine. Nappus on nii turismi- kui ka puhkekodutusikuist. Teatavasti ei ole tervishoiutöötajate lastel oma pioneerilaagrit ning laagri korraldamine juhuslikes koolimajades ei rahulda kedagi.

Kaadriprobleem, noorte spetsialistide korterimured, arstieetika, haiglate materiaal-tehniline baas, brigaaditöö tõhusus ning selle perspektiivsus olid teemad, millest rääkis Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla peaarst V. Subi. Haapsalu Rajooni Keskapteegi juhataja asetäitja T. Talving rääkis Haapsalu rajooni apteekide muredest. Rajooni kaheksast apteegist on viieteist tuhande elanikuga Haapsalus kolm. Neist suurim koormus on Haapsalu Rajooni Keskapteegil, mis asub amortiseerunud hoones ning milles on vaid 1/5 ettenähtud tööpinnast. 1977. aastast alates on antud lubadusi uue apteegihooone ehitamiseks. Tervishoiutöötajate haigestumisest ja laste põetamisest põhjustatud ajutist töövõimetus vaates väga põhjalikus sõnavõtus Narva Linna Haigla arst E. Danilenko. Tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm mainis muu hulgas, et läbi mõeldud sotsialistlik võistlus aitab paljuki kaasa töökultuuri, arstiabi korralduse ning kvaliteedi paremaks muutmisele. Leida tuleb uusi koostöö võimalusi tervishoiuehitiste rajamiseks ning nende õigeaegseks valmimiseks. Muret teeb ka meedikute eraldatav korterite vähesus. On palve ametiühinguorganitele, et nad leiaksid võimaluse eraldada raha korterite ehitamiseks tervishoiutöötajatele.

Konverentsil valiti viis delegaati NSV Liidu tervishoiutöötajate ametiühingu XIV kongressile ning 22 delegaati Eesti NSV ametiühingute XIX kongressile.

Mall Kuusma

Esimene üleliiduline seminar «Kemoterapeutiliste mõjurite ja inimese ning loomade normaalse mikroflora vastastikuse mõjutuse probleemid» leidis Moskvas aset 24. .25. märtsini 1986. Seminari korraldasid NSV Liidu Riiklik Teaduse ja Tehnika Komitee ning NSV Liidu TA Presiidiumi juures asuv probleemirühm «Antibiootikumid». Osa võttis üle 250 teadlast ja spetsialisti NSV Liidu 16 linna teaduskeskusest, kuulati ning arutati 49 ettekannet.

Esitati uusi andmeid, mis tõestasid organismi normaalse mikroflora füsioloogilise tähtsuse paljutahulisust. Rõhutati, et mikroobidevastased kemoterapeutikumid, aga ka mitmesugused väliskeskonna keemilised, füüsikalised ja bioloogilised tegurid põhjustavad muutusi organismi mikroflora koostises, selle omadustes, see tähendab põhjustavad düsbiooside kujunemist. Mõistagi avalduvad need ka mikroflora funktsioonides. Muu hulgas väheneb mikroflora kaitsevõime, mille tagajärjel isegi potentsiaalselt patogeensed mikroorganismid võivad esile kutsuda raskekujulisi endo- ja eksoinfektsioone. Eriti ohtlikud on sellised infektsioonid väikelastele, immunosupressoreid, tsütostaatikume või kiiritusravi saavaile haigeile, samuti haigeile trauma- ja operatsioonijärgsel perioodil. Düsbiooside profülaktika ja ravi aspektist on omandanud üha suurema tähtsuse eubiootikumid, preparaadid, mis sisaldavad organismide mikroflorasse kuuluvate mõnede mikroorganismide, esmajoonese

laktobatsillide, bifido- ja kolibakterite eluskultuure. On võimalik kasutada ka nn. autotüvesid, ravitava haige enda mikrofloorast pärinevate mikroobitüvede eluskultuure.

Meie vabariigist oli seminaril viis TRÜ teadlast: ÜMPI enteroloogilabori juhataja A. Tamm ning nooremteadur U. Siigur ja mikroobide ökoloogia labori vanemteadur M. Mikelsaar, samuti mikrobioloogia kateedri assistent V. Brilise ning allakirjutanu.

A. Tamme ning kaasautorite M. Vija, M. Mikelsaare, U. Siiguri ettekanne «Soole mikrofloora metaboliidid soole düsbioosi diagnoosimisel» näitas veenvalt, et soole mikrofloora mõne ainevahetusprodukti määramine inimese uriinis on väärtuslik soole düsbioosi kaudse diagnoosimise kiirmeetod. M. Mikelsaare ning allakirjutanu uurimus käsitles sooleseina ja -sisaldise aeroobse ning anaeroobse mikrofloora selektiivset moduleerimist eksperimentid. Selgus, et kanamütsiini suurtes annustes suu kaudu manustatuna kahjustab soole indigeenset mikrofloorat, seega just seda mikrofloora osa, mis organismi resistentsuse seisukohalt on eriti oluline. Sellest seisukorrast lähtudes on metronidasooli kasutamine ohutum.

V. Brilise ning kaasautorite T. Briliene, H. ja A. Lenzneri töös oli vaatluse all antibiootikumide mõju mikroorganismide adhesiivsusele. Antibiootikumid, eriti penitsilliinid, võivad oluliselt pärsida mikroorganismide adhesiivsust ja seda juba subminimaalses bakteriostaatilises kontsentratsioonis. Allakirjutanu ja kaasautorite H. Lenzneri, M. Mikelsaare, M. Türi, T. Briliene, V. Brilise, L. Levkovi ettekanne andis ülevaate laktofloorast ja selle tähtsusest kolonisatsiooniresistentsuse tagamisel. Laktobatsillide kaitsefunktsioon sõltub nende asustamisvõimest, mikroobidevastasest aktiivsusest, mõjust organismi kaitsemehhanismidele, muu hulgas immuunsüsteemile ja eriti makrofaagidele ning T-lümfotsüütidele. Laktofloora osatähtsus üksikute mikrobiotopide kolonisatsiooniresistentsuses ei ole ühesugune ja sellele on omane individuaalne eripära.

Seminaris otsuses rõhutati vajadust igati laiendada mikroökoloogiaalast uurimistööd selle kõikevõlvaldavas valdkonnas.

Akivo Lenzner

Üleliiduline reflüksosofagiidi sümposioon toimus 25. ja 26. juunini 1986 Moskvas. Selle korraldas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Teaduslik Kirurgiakeskus. Sümposioonist võttis osa ka välismaa teadlasi.

Avaettekande esitas akadeemik B. Petrovski, kes rõhutas reflüksosofagiidi etiopatogeneesi keerukust, millest tulenevad erinevad ravivõtted ja tulemused. Üleliidulises kirurgiakeskuses on reflüksosofagiiti uuritud juba 1947. aastast alates. B. Petrovski märkis, et reflüksosofagiit on kirurgia ja teraapia piirimaile olev haigus, mistõttu ravi peab olema kompleksne, alustada tuleb igal juhul konservatiivse raviga. Kirurgilise ravi näidustusi tuleb vähendada, sest palju tehakse veel mittevajalikke ja põhjendamata operatsioone. See avaldab mõju ka ravi tulemustele.

Akadeemik A. Šalimovi andmetel opereeriti 1306 reflüksosofagiiti põdejadest 296, hilistulemused olid head 41,2%-l ning rahuldavad 55,1%-l. Akadeemik V. Kolessov käsitles vagotoomiajärgset reflüksosofagiiti ja reflüksogastriiti. Need sündroomid esinevad sagedamini pärast selektiivset proksimaalset vagotoomiat, mis on tehtud koos püloroplastikaga, võrreldes nende haigete rühmaga, kellel on tehtud ainult selektiivne proksimaalne vagotoomia. Seepärast peab V. Kolessov õigeks võimaluse korral säilitada pülooruse terviklikkust.

Sümposioonil kuulati üle 30 ettekande. Arutelul märgiti, et käsitletud sündroom esineb sageli söögitorulahiernia puhul, seejärel kardiospasmid ja maolävis puudulikkuse korral, samuti pärast vagotoomiat, ka pärast teisi mao- ja söögitoruoperatsioone. Käsitleti ka nn. klassikalisi triaade: söögitorulahiernia, sapikivitõbi ja jämesoole divertikul (Sainti triaad) ning söögitorulahiernia, krooniline kalkuloosne koletsüstiit ja kaksteistsõrmiku haavandtõbi (Casteni triaad). Sümptomidest on iseloomulikud valud epigastriumis, kõrvetised, düsfaagianähud, raskematel juhtudel toidu regurgitatsioon ja oksendamine ning söögitoru verejooksud.

Diagnoosimisel on olulised röntgenoloogilised, endoskoopilised, manomeetrilised ja endotermomeetrilised uuringud ning pH-meetria. Peeti vajalikuks manomeetriliste uurimismeetodite ühtlustamist. Ostarbekaks on osutunud ka sapipõie ja sapiteede uuringud — ultrahelitomograafia ja koletsüstokolangiograafia. Eristati reflüksosofagiidi nelja raskusastet: kerge, keskmine ja raske aste ning söögitoru peptiline striktuur.

Sümposioonil toonitati, et konservatiivse ravi puhul on mõjus hüperbaariline oksügenatsioon, on vaja kasutada ka antatsiide ja spasmolüütikume. Hea ravitoime on tsimetidiinil, gastrotsepiinil ja tserukaalil. Häid tulemusi on saadud füsio- ja balneoteraapiaga, maolävisele elekterstimulatsiooniga. Prof. V. Utkini andmetel oli haiglas konservatiivselt ravitudest ravi mõjus $\frac{2}{3}$ -l.

Kirurgiline ravi on näidustatud järgmistel juhtudel: 1) konservatiivselt ravimatu reflüksosofagiidi puhul; 2) söögitoru peptilise striktuuri ja haavandi korral, mis ei ole konservatiivselt ravitav, sealhulgas bužeeritav; 3) reflüksosofagiidist põhjustatud söögitoru verejooksude puhul; 4) haiguse pahaloostumisel; 5) kirurgiline ravi kui reflüksosofagiidiga kaasneva sapikivitõve ja kaksteistsõrmiku haavandtõve ühine operatsioon.

Kirurgilise ravi taktika sõltub reflüksosofagiidi põhjuslikust tegurist, raskusastmest ja kaasnevatest haiguslikest muutustest. Nii enne kui ka pärast operatsiooni tuleb alati rakendada konservatiivse ravi võtteid. Põhiline kirurgilise ravi meetod on seni fundoplikatsioon, kuid näidustusi arvestades tuleb kasutada selle meetodi erinevaid modifikatsioone.

Kui haigel on nii reflüksosofagiit kui ka kaksteistsõrmiku haavandtõbi, tuleb teha selektiivne proksimaalne vagotoomia ja fundoplikatsioon. Reflüksosofagiidiga tüsistunud paraösofageaalsete

ja söögitorulahi kardiofundaalsete songade puhul on otstarbekas teha kruroraafia koos fundoplikatsiooniga. Ösofagofundoraafiad on vaja rakendada neil juhtudel, kui maoläivise sulgurifunktsioon on säilinud.

Sapikivitõve ja refluksösofagiidi koosesinemise korral on vajalikud sapipõie ja sapiteede radikaalsed samaaegsed operatsioonid. Operatsiooni ajal on vaja diagnoosi täpsustada. Söögitoru peptiliste striktuuride puhul tuleb alustada bužeerimisest, rakendada tuleb ka konservatiivse ravi muid võtteid. Kui see ei anna tulemusi, on näidustatud selektiivne proksimaalne vagotomia koos fundoplikatsiooniga. Reflüksösofagiidist põhjustatud kaugelearenenud armkoelise striktuuri puhul on vaja söögitoru reseksioon ja klapitaolise ösofagogastronaastomoosi rajamine. Sümpoosionil peeti tähtsaks maoläivise terviklikkuse säilitamise vajadust kõhuõõne elundite operatsioonide puhul, vastasel korral tuleb taastada maoläivise klapi funktsioon.

Hubert Poola

I üleliiduline sümpoosion klappanaastomoosi-meetodite kasutamise alal gastroenteroloogias toimus 26. . 27. juunini 1986 Kurganis.

Sümpoosionil kuulati 57 ettekannet, mis käsitlesid klappanaastomoosi-meetodite kasutamist kirurgilises gastroenteroloogias. Põhiettekanne oli prof. J. Vitebskilt, kes on selle meetodi arendaja Nõukogude Liidus.

Sümpoosioni resolutsioonis on rõhutatud järgmist. Klappanaastomooside rajamisel kirurgilises gastroenteroloogias on eeliseid seni rakendatud anastomoosimeetodite ees. Sellel meetodil tehtud maoreseksioonide vahetud ja hilis-tulemused on tunduvalt paremad. Märgatavalt vähem on invaliidistumist ja ka letaalsus on väiksem. Kurganis asuv kirurgilise gastroenteroloogia teadusliku uurimise laboratoorium teeb klappanaastomoosimeetodi propageerimisel ja praktikasse rakendamisel suurt tööd. Meetodite teoreetiline põhjendus ja nende kliiniline rakendus on silmapaistev saavutus nõukogude arstiteaduses.

Sümpoosionil tehti ettepanek võtta klappanaastomoosimeetodite õpetamine kõrgkoolides kirurgi-

lise gastroenteroloogia programmi. Tegevarstid ja teadlased saavad meetoditega tutvuda Kurganis toimuvatel täienduskursustel. Prof. J. Vitebski klappanaastomoosi käsitlev monograafia otsustati välja anda suures tiraažis.

Meie vabariigist võtsid sümpoosionist osa T. Vardja TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedrist ja allakirjutanu. Viimane esitas ka ettekande. Ettekanded on avaldatud trükkis.

Sümpoosionil tehti teatavaks ka NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Teaduse ja Tehnika Komitee otsus, mille põhjal Kurgani asutatakse Sverdlovski Meditsiiniinstituudi kirurgilise gastroenteroloogia probleemilaboratoorium.

II üleliiduline sümpoosion klappanaastomoosi-meetodite alal toimub 1988. aastal taas Kurganis.

Ants Haavel

VIII üleliiduline kosmosebioloogia- ja avio-kosmilise meditsiini konverents toimus 25. . 27. juunini 1986 Kalugas. Konverentsiga tähistati J. Gagarini kosmoselennu 25. aastapäeva.

Osa võttis ligikaudu 250 teadlast ja spetsialisti NSV Liidu 52 teaduskeskusest ning teadlasi 13 välisriigist. Korraldati kaks plenaaristungit; töötasid ökoloogia, asustatavuse ning hügieeni, kliinilis-füsioloogiliste uuringute, inimtegevuse psühhofüsioloogiliste aspektide, bioloogia, radiobioloogia ja ainevahetuse ning selle regulatsiooni sektioonid; toimus kolm ümmarguse laua diskussiooni: tehnika progress ning aviokosmiline meditsiin, asustuskeskkonna hügieenilised parameetrid ning inimese psühhofüsioloogiline seisund ja liikumisvaeguse vältimise tänapäeva taktika ning perspektiivid.

Konverentsil kuulati umbes 150 ettekannet. Kõlama jäi tees, et mitmesuguste kosmiliste tegurite mõju inimese ja looma homöostaasile ei ole üks olulisemaid probleeme mitte ainult kosmobioloogia ja -meditsiinis, vaid ökoloogias üldse. Meditsiinis on välja kujunenud uus suund — väliskeskkonna meditsiin, mis uurib väliskeskkonna faktorite toimet inimorganismisse, püüab leida vahendeid, mis väldiksid nende ebasoodsat mõju inimese tervisele ja töövõimele. Järelikult on kosmobioloogia ja -meditsiini ees seisvad pakilised küsimused vahetult seotud bioloogia ja meditsiini kõige aktuaalsemate probleemidega, ja vastupidi. Ilmekas näide selle kohta on infektsioonide vältimine pikaajalise bioloogilise isolatsiooni tingimuses ja haiglasestest nakkuste probleem. Mõlemad on vahetult seotud muutustega organismi mikroflooras ja suurel määral ootavad lahendust mikroökoloogia valdkonda kuulvatelt uuringuilt.

Meie vabariigi teadlastest oli konverentsil allakirjutanu, kes esitas ettekande «Orbitaaljaama «Saljut 7» meeskonna liikmete seedekulgla laktoflora lennueelne kvantitatiivne iseloomustus». Uurimus valmis koostöös TRÜ mikrobioloogide (H. Lenzner, M. Mikelsaar, M. Türi, M. Toom) ja Meditsiinis-Bioloogiliste Probleemide Instituudi töötajatega (N. Lizko, V. Legen-



Foto. Vasakult: A. Haavel ja prof. J. Vitebski sümpoosioni vaheajal.

kov). Korduvalt uuriti 22 kosmonaudi laktofloorat, kusjuures kasutati TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedris väljatöötatud metoodikat. Selgus, et kosmonautide seedekulgla laktofloora kvantitatiivses koostises esinevad lennuajalised nihted ja seda nii enne lühiajalisi kui ka pikaajalisi lende. Muutuste iseloom on individuaalne. Töötulemused lubasid järeldada, et kosmonautide mikrofloora korrigeerimiseks ja stabiliseerimiseks ettenähtud preparaatide ja toiduainete koostisse on otstarbekas lülitada laktoformatsille.

Konverentsi ettekannete teeside kogumikus on avaldatud ka uurimus «Ahvide rooja laktofloora liigiline koostis» (autoriteks A. Lenzner, H. Lenzner, M. Mikelsaar, M. Türi, A. Trošin ning E. Tark TRÜ-st ja V. Knjazev, V. Korolkov ning L. Petrova Meditsiinilis-Bioloogiliste Probleemide Instituudist). Töös on kirjeldatud reesusmakaakide ja inimese rooja laktofloora liigilise koostise erinevust.

Akivo Lenzner

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi mikrobioloogiaalase õppe-metoodilise keskkõrvalduskomisjoni istung toimus 8. .11. septembrini 1986 Harkovis. Arutlusel olid kõrgkoolides meditsiinilise mikrobioloogia õpetamisega seonduvad küsimused, mis on sünenud NLKP XXVII kongressi otsustest. Põhjalikult vaeti õppetöö maailmavaatelse suunitluse tagamise võimalusi, meditsiinilise mikrobioloogia osa hea erialase ettevalmistusega ning loovalt mõtleva arsti, stomatoloogi ja farmatseudi kujundamisel.

Üksmeelselt peeti vajalikuks rakendada kliinilise mikrobioloogia printsiipi mikrobioloogia õpetamisel ravi-, pediaatria- ja stomatoloogia-teaduskondades (osakondades). Sisuliselt tähendab see põhirõhu viimist üksikute haigusetehtajate käsitlelul ühes või teises elundisüsteemis erinevate infektsioonide etioloogia tundmaõppimisele. Kõigepealt peab tulevane raviarst olema võimeline uuritavat materjali õigesti valima, seda võtma ning uurimiseks saatma, teadma ja tundma tänapäeva mikrobioloogialabori võimalusi ning oskama haige huvides neid kasutada. Niisuguste teadmiste omandamine eeldab muu hulgas üliõpilaste intensiivset iseseisvat tööd.

TRÜ-st oli Harkovis allkirjutanu, kes esitas ettekande «Individaalsed metoodilised juhendid praktikalisteks töödeks — abinõu üliõpilaste iseseisva töö stimuleerimiseks». TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri ning ÜMPI mikroobide ökoloogia labori töötajad S. Laanes, E. Tallmeister, E. Türi, V. Brilis, H. Lenzner, M. Mikelsaar ja M. Türi on 1973. aastast alates koostanud üle 40 sellise juhendi eesti ja vene keeles. Juhendid on toodud käsitletava teema teoreetilised põhitõed ning vajalikud määrangud, loetletud iseseisvad praktilised tööd ning ära toodud vajalikud metoodikad, formuleeritud ülesanded iseseisvaks teoreetiliseks tööks. Neis on jäetud ruumi mikroskoopilistes preparaatides nähtu joonistamiseks, neis on lõplikult täitmata tabelleid ja skeeme katsetulemuste protokollimi-

seks, ruumi vastusteks. Juhendid antakse igale üliõpilasele kätte üks nädal enne vastavasisulist praktikumi. Metoodilised juhendid on selliste teemade tarvis nagu mikroorganismide morfoloogia, inimese mikrofloora, mikroorganismide geneetika, immuunsusreaktsioonid; kokknakkuste, soolenakkuste, anaeroobsete infektsioonide ja läkakõha, difteeria, tuberkuloosi ning leepira mikrobioloogiline diagnoosimine, virooside viroloogiline diagnoosimine.

Individaalsete metoodiliste juhendite rakendamise praktikalisteks töödeks kiideti istungil heaks.

Akivo Lenzner

Üleliiduline nõupidamine tervishoiusüsteemi teadusliku töökorralduse alal toimus 23. .25. septembrini 1986 Vilniuses. Nõupidamise korraldas N. Semaško nimeline Üleliiduline Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituut. Liiduvabariikide teadusliku töökorralduse osakonnad andsid aru viimase kahe aasta tegevuse kohta. Ettekannetest selgus, et teaduslik töökorraldus on hoogsalt arenenud Leedu, Eesti, Ukraina, Valgevene NSV ja Moskva tervishoiuasutustes. Teadusliku töökorralduse kompleksne rakendamine Leedu NSV linnade ravi- ja profülaktikaasutustes ning rajooni keskhaiglates, samuti statsionaarne rehabilitatsioon on märkimisväärne. Suurt abi materiaal-tehnilise baasi väljaarendamisel on osutanud tööstusettevõtted, kolhoosid ja sovhoosid. Dispanseerimisel, profülaktikalistel läbivaatustel, haiglavoodite kasutamise efektiivsuse hindamisel on rakendatud elektronarvutustehnikat.

Südamehaigete rehabiliteerimise korraldus Kaunase Kardioloogia Instituudis on tunnustatud üheks paremini väljaarendatuks NSV Liidus. Panevėžyse Vabariikliku Lastehaigla Polikliinik on kinnitatud üleliiduliseks eesrindlike kogemuste kooliks terve lapse kasvatamisel (karastamine, tervishoiuteadmiste propaganda lastevanemate hulgas, terve lapse toa töökogemused jne.).

Väga hea mulje jäi Vilniuse, Kaunase, Panevėžyse, Šiauliai linnahaiglatest ja polikliinikutest, mis vastavad igati tänapäeva nõuetele. 26. ja 27. septembril võeti osa Leedu NSV sotsiaalhügieenikute, tervishoiuorganisatsioonide ja meditsiiniajaloolaste konverentsist. Huvitavad olid Moskva, Leningradi, Leedu ja Läti teadlaste ettekanded elanikkonna ülddispanseerimisest. Uuritud oli mitmeid aspekte: teoreetilisi ja organisatsioonilisi, elektronarvutite kasutamist dispanseerimisel, elanikkonna ülddispanseerimise täiustamise võimalusi ja Läti NSV dispanseerimise kogemusi.

Üleminek elanikkonna ülddispanseerimisele on Leedu ja Läti NSV-s organisatsiooniliselt hästi lahendatud. Meie vabariigi selle ala spetsialistidel oleks kasulik tutvuda nende kahe liiduvabariigi tervishoiualaste kogemustega.

Andrei Sarap

Üleliidulise tähtsusega probleemikomisjonile «Keskonnahügieeni teaduslikud alused» alluva sektsiooni «Keskonna bioloogiliste tegurite hügieeniline uurimine» väljasõiduistung toimus 30. septembrist 2. oktoobrini 1986 Palangas.

1985. aastal tehti teadustööd 35 uurimisteemal. Sektsiooni esimees prof. J. Talajeva (Moskva) esitas aruande tehtud uurimuste kohta. Ta rõhutas vee mikrobioloogilise saastatuse ja elanikkonna haigestumise vaheliste seoste selgitamise tähtsust. Paljudes uurimistöödes on praegu vaatluse all joogivee kvaliteet. Et patogeensete enterobakterite vees sedastamise klassikalised meetodid on aeganõudvad ja keerukad, pööras prof. L. Grigorjeva (Kiiev) tähelepanu enterofaagide määramisele. Kuigi soolestiku mikrofloorale omane bakterite ja nende faagide arvuline vaherkord väliskeskonda sattumisel kiiresti muutub, võimaldaks enterofaagide määramine siiski juba 24 tunni jooksul selekteerida bakteriaalse reostuse suhtes kahtlased veeproovid. Neid veeobjekte saaks siis juba põhjalikumalt bakterioloogiliselt uurida. Senised andmed on näidanud, et enterofaagi suhtes positiivseid proove on saadud nii reoveest, suplusveest, juurviljade pesemise veest võetud proovides, esemete uhteproovides kui ka mullaproovides alati tunduvalt rohkem kui neid proove, milles tegelikult sedastati patogeenseid enterobaktereid.

L. Leesment ja R. Raud (Tallinn) käsitlesid oma ettekandes veest viiruste isoleerimise meetodite tõhusust. Viimastel aastatel on selgunud, et viiruste leidmisel veeproovidest on osutunud tõhusaks sadestusmeetodid, mille puhul kasutatakse alumosilikaatrühma looduslikke sorbente — kaoliniiti, bentoniiti. Selleks on sobivad aga ka meie vabariigi punane ja hall savi.

Prof. P. Popova (Karaganda) oli uurinud hüdrotehnilistel ehitustel inimtegevuse tagajärjel väliskeskonna ökoloogilistes niššides tekkivaid muutusi ja neist tulenevaid epidemioloogilisi nihkeid.

G. Kortšaki (Kiiev) ettekanne oli merevee sanitaar-bakterioloogilisel uurimisel soolasusest ja keemilisest saastatusest tingitud meetodilistest raskustest, mida tuleb riimvee sanitaar-hügieenilisel reglementeerimisel arvestada.

K. Birk ja E. Lokk (Tallinn) käsitlesid oma ettekandes sanitaar-bakterioloogilisi uurimisi Eesti NSV-s ägedate soolenakkushaiguste vee kaudu leviku ennetamiseks. Vaatamata sellele, et meie vabariigi elanikkonna joogiveega varustus on tunduvalt paranenud, jääb soolenakkushaigustesse haigestumisel määravaks väliskeskonnas ringlevate haigusetkitajate patogeensuse aste.

Leedu NSV elanike veevarustuse sanitaar-hügieenilisest olukorrast andis ülevaate S. Gurčinas kaasautoritega. Leedu NSV-s esinevat sporadilist haigestumist A-hepatiiti vee kaudu analüüsis M. Zak. Ka ülejäänud ettekannetes käsitleti peamiselt A-hepatiidi võimalikku vee kaudu levikut ja vee sanitaar-virooloogilise uurimise meetodeid.

Küllike Birk
Liidia Leesment

X üleliiduline ftisiaatrite kongress toimus 1. . . 3. oktoobrini 1986 Harkovis. Sellest võttis osa 674 delegaati ja palju külalisi. Eesti NSV-st oli viis delegaati. Kohal oli ka NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja prof. J. Issakov.

Arutlusel olid tuberkuloosi epidemioloogia, ravi ja profülaktika, samuti mittespetsiifilised kopsuhaigused. Põhiettekande tuberkuloosivastast võitlusest ning kogu elanikkonna dispanseerimisest esitas prof. J. Issakov. IX üleliiduline ftisiaatrite kongress toimus 1979. aastal Kišinjovis. Võrreldes selle ajaga on tuberkuloosi haigestumine veelgi vähenenud, kuid haigestumise vähenemise kiirus on aeglustunud. Nii on viimase viie aasta jooksul tuberkuloosi haigestumine vähenenud vaid 8,8%, moodustades aastas umbes 1,8%. See on tunduvalt väiksem kui varasematel perioodidel.

Tuberkuloosi haigestumine on veel suhteliselt suur, eriti Kesk-Aasia liiduvabariikides. Märkimisväärse osa esmaselt avastatud haigetest moodustavad alkohoolikud. Paremini tuleb korraldada profülaktilist tööd, kogu rahvastikku on vaja uurida fluorograafiliselt. Oluline on ka tuberkuliidiagnostika. Sel alal on ees meie vabariik. Suurt tähelepanu tuleb edaspidigi pöörata tuberkuloosivastasele vaktsineerimisele ja revaktsineerimisele. Seda hõlbustab uue vaktsiinitüüpi BCG-M kasutuselevõtt. Ka vastsündinuid on vaja vaktsineerida senisest enam, näidustatud on vaktsiineerida samuti kõrvalekaldumiste korral postnatsaalsel perioodil (alakaal jm.).

XI viisaastakul tehti palju tuberkuloosialaseid fundamentaaluurimusi. 1982. aastal pälvis rühm teadlasi NSV Liidu riikliku preemia mükobakterite L-transformatsiooni alaste uurimuste eest. Senisest enam on hakatud uurima immuunmehhanisme nii tuberkuloosi kui ka mittespetsiifiliste kopsuhaiguste puhul, näiteks sarkoidoosi, allergiliste alveoliitide ja muude haiguste korral. See suund jätkub ka tulevikus.

Tuleb parandada arstide ettevalmistust tuberkuloosi ja mittespetsiifiliste kopsuhaiguste alal, ükskõik millises vormis ja millise nimetuse all. Põhiülesanded on: ülddispanseerimisel suurendada tuberkuloosi profülaktika osatähtsust, võitlus alkoholi kuritarvitamise, alkoholismi ja teiste kahjulike harjumustega. Teadussaavutused on vaja kiiresti praktikas kasutusele võtta, samuti on vaja tugevdada materiaal-tehnilist baasi.

Valiti ka Üleliidulise Ftisiaatrite Seltsi uus juhatus. Meie vabariigist kuuluvad juhatusse L. Janus, V. Vaasa ja allakirjutanu.

Heinart Sillastu

Rahvusvahelise organisatsiooni Rehabilitation International kongress toimus 1986. aasta oktoobris Londonis. Sellele eelnes nimetatud organisatsiooni tehniliste abivahendite komisjoni (International Commission on Technical Aids — ICTA) istung Newcastle'is, millest Nõukogude Liidu esindajatena võtsid osa Eesti NSV Teaduste Akadee-

mia Keemilise ja Bioloogilise Füüsika Instituudi asedirektor T. Karu ning allakirjutanu.

Tehniliste abivahendite komisjoni kuulub 50 meedikut, tehnilist eksperti ja sotsiaalhooldustöötajat. Komisjoni üks olulisi ülesandeid on anda teavet invaliidide elu hõlbustavate abivahendite, nende tehniliste lahenduste ning uute ideede kohta. Kõik uus peab kiiresti jõudma nii meedikute kui ka abivajajateni.

ICTA istungid toimusid uues hubases rehabilitatsioonikeskuses, kus oli ka kõikvõimalike põetus- ja abivahendite püsinäitus ning suurepärane teave kogu maailmas toodetava kohta. Istungeil esinenud olid ühisel arvamusel, et rehabilitatsioonipõhiesmärk peab olema invaliidide maksaalse sõltumatuse saavutamise, olgu selleks vaja siis kas keerulisi elektroonikaseadmeid või esimesel hetkel lausa primitiivseina näivaid täiustusi igapäevastes asjades. Tehniliste abivahendite hinnad on pidevalt tõusnud. Arutati seda, kuidas hinnata invaliidide nõudmiste mõistlikkust ja millises ulatuses võiks abivahendite soetamise kulud jätta tarbija kanda.

Ekskursioon Newcastle'i metroosse näitas, mida võib hea tahtmise juures invaliidide jaoks teha. Newcastle'i metros on igati arvestatud invaliidide, eriti pimedate ning liikumishäiretega inimeste vajadusi.

ICTA istungeist osavõtjail oli võimalus külastada ka Northumberlandi tervisekeskust, seal on püütud taastusravi ning invaliidide perekondade puhkus ühendada.

Newcastle'is viibimise viimasel päeval tutvuti linna suurima haiglaga, selle biomehhaanikaosakonna ning ultrahelidiagnoosimise laboratooriumiga. Paberlik asjaajamine on seal viidud miinimumini, häid tulemusi on saadud nii keerulise aparatuuri kui ka lihtsamate abivahendite loomisel. See näitas veel kord, et töö tulemused olenevad eelkõige töötajate andekusest ning töötahtest, mitte aga uurimisasutuse suuruselt.

Inglismaa ühes juhtivas invaliidide abivahendite tootvas firmas *Nottingham Medical Aids* pidasime eelläbirääkimisi vastastikku kasulike sidemete loomise üle nimetatud firmaga. ICTA istungeist osavõtjad külastasid veel Londoni lääneosas asuva Bruneli Ülikooli biofüüsika- ja tehnikaosakonda, kus saadi teavet teadusasetuse ning tootja vaheliste sidemete kohta ning lepiti kokku edaspidise infovahetuse suhtes.

Väga palju on veel teha, et kõik meie maal elavad kehaliste puuetega inimesed tunneksid end täisväärtuslike ühiskonnaliikmetena. Selleks ei piisa mitte ainult pensionist, vaid on vaja ka meedikute ja sotsiaalhooldustöötajate senisest paremat koostööd, olulisi muutatusi ka organisatsioonilistes alustes, eelkõige meie tavamõtlemise muutmist.

Andres Ellamaa

Arstide seltsides

XXIII Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõidust toimus 15. . .17. augustini 1986 Vana-Võidu Näidissovhoostehnikumis. Osa võttis 195 seltsiliiget kogu meie vabariigist.

Avasõnad olid seltsi juhatuse esimehe asetäitjalt, TRÜ arstiteaduskonna farmaatsia kateedri õppejõult E. Arakult. Osavõtjaid tervitasid tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm ja Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu. Huvitava ettekande ravimite imendumisest rinnapiimaga esitas K. Kukk Viljandi 112. apteegist. Kõlama jäi mõte, et last rinnaga toitev ema võib ravimeid kasutada vaid suure ettevaatusega. Et tõsta huvi ajakirja «Фармация» vastu, mis on ainuke üleliiduline sellealane erialajakiri, ja saada ettekandmiseks ning arutamiseks referaate aktuaalsetel teemadel, korraldati lugejate konverents. Oma arvamuse ütlesid välja ja refereerisid pakutatavat oma vaatenurgast Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi juhataja R. Kalamees, TRÜ farmaatsia kateedri õppejõud A. Raal, Pärnu 90. apteegi juhataja E. Paugus ja allakirjutanu kui apteegiala organisaator. Vaatluse all olid ka uued suunad apteegivõrgu väljaarendamises, uued apteegitöötaja töö tasustamise ja hindamise süsteemid, süstelahuste kvaliteedi parandamine, uute kontrollimeetodite rakendamine. Sõna võtsid V. Nisu, E. Arak, H. Treufeldt, T. Heiberg, T. Soosaar, I. Tudre jt. Jõuti järeldusele, et ajakiri aitab kursis hoida kõige uuema farmaatsias ja annab võimaluse võrrelda oma tööd teistes liiduvabariikides tehtavaga. Vähem leiab ajakirjast enda jaoks huvitavat vabamüügiapteegi töötaja. Ajakirja ilmumissagedus võiks olla suurem — artiklid seisavad kaua ilmumise ootel, mistõttu materjal vananeb. Vähe on ajakirjale saadetud kaastööd meie vabariigist. Rahul ei olnud ka ajakirja kunstilise kujundusega.

Teine päev algas rännakuga Viljandi Lossimägedesse, tutvuti ka linna teiste vaatamisväärsustega ja käidi koduloomuuseumis, mis asub endises apteegihoones. Päeva teise poole sisustas tervisesport, aega veedeti Sammuli spordi- ja puhkebaasis.

17. augustil sõideti uudistama Karksi-Nuia apteeki. See on meie vabariigi üks esimesi koopereeritult ehitatud apteekambulatooriume, mis avati 1984. aasta 7. septembril. Siinkohal olgu lisatud, et esimesena sai valmis EKE sama

projekti järgi ehitatud Jüri apteekambulatoorium, mille avatseremoonia oli 1984. aasta 30. augustil. Karksi-Nuia apteek on õnnestunud plaanilahenduse ja tänapäevase sisseadega. Seletusi andis apteegi juhataja H. Lambing.

Piia Zobel

100 aastat August Rauberi tulekust Tartu Ülikooli. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ajalugu on rikas mitme märkimisväärse sündmuse poolest. Üheks selliseks võib pidada ülemaailmse kuulsusega anatoomi August Rauberi tööleasumist Tartu Ülikoolis. A. Rauber tuli Tartusse 1886. aastal ning töötas anatoomia kateedri juhatajana 25 aastat. Arstiteaduskond, Üleliidulise Anatoomide, Histoloogide ja Embrüoloogide Seltsi Eesti osakond ning Tartu arstid tähistasid seda sündmust piduliku koosolekuga Vanas Anatoomikumis, samas, kus 100 aasta eest oli tööle asunud A. Rauber.

Koosoleku avas Üleliidulise Anatoomide, Histoloogide ja Embrüoloogide Seltsi Eesti osakonna esimees prof. Ü. Hussar. Ülevaate nimeka teadlase elust ja tegevusest esitas allakirjutanu. Ta rääkis A. Rauberi teadustegevusest, kes mitmel alal oli olnud teerajajaks. Paljud suurepärase teadlase seisukohad on tunnustatud tänapäevalgi. A. Rauber oli ka erakordselt hea pedagoog, tema loengud olid väga selged ja hästi illustreeritud. A. Rauber asutas anatoomia kateedris õppemuseumi ja koostas üle kogu maailma tuntud käsiraamatu-atlase.

ÜTÜ anatoomiaringi liikmete E. Põldoja ja A. Kõöbi ettekanne oli A. Rauberi asutatud õppemuseumis säilinud preparaatidest, mida ta oli kasutanud oma käsiraamatu illustreerimiseks. K. Botšarišvili ja Z. Kahniašvili rääkisid A. Rauberi närvisüsteemialastest uurimustest. Nad jaotasid need nelja rühma: närvilõpmete, perifeersetes närvides, peapiirkonna ganglionide ja kesk-närvisüsteemi alased uurimused. Esimesse rühma kuulub ka A. Rauberi dissertatsioon «Sidemete ja periosti Vateri kehakestest». Tähtsamad on need tööd, milles ta on uurinud kraniaalnärvide ganglionide morfoloogiat. Esimesena maailmas klassifitseeris ta peapiirkonna ganglionid. See klassifikatsioon kehtib tänapäevani.

August Rauberi kalmule Jaani kalmistul pandi tema lemmiklilli — roose.

Ela Lepp

VI Pärnu arstide seltside konverents toimus 29. oktoobril 1986. Sellel käsitleti alkoholi kahjulikku mõju inimele. Räägiti alkoholi toimest inimorganismi elunditesse, psüühikasse, alkoholi mõjust järeltulevale põlvkonnale.

Meditsiinikandidaat A. Värnik andis ülevaate alkoholi tarvitamise ulatusest, psüühilisest sõltuvusest, isiksuse muutustest jm. Dotsent A. Ormisson rääkis alkoholembriüopaatias, laste väärja alaarengust ning psüühikahäiretest, mis võivad

lastel tekkida vanemate alkoholi kuritarvitamise tagajärjel.

Meditsiinikandidaat H.-M. Loidi ettekanne oli kopsuhaiguste ja alkoholismi seostest. Alkoholil on immunosupressiivne toime, mistõttu organismi vastupanu nakkushaiguste suhtes väheneb. Alkohoolikud haigestuvad sageli kroonilistesse kopsuhaigustesse, sealhulgas tuberkuloosi. Alkohol teeb inimese hoolimatuks nii enese kui ka ümbruskonna suhtes.

Alkoholi kahjustav toime siseelundesse ilmneb esmajoones maksa- ja kõhunäärme kahjustusena ja alkoholikardiomiopaatiana. See oli A. Tiigi ettekanne teema.

A. Toming rääkis alkoholi kahjustavast toimest psüühikasse, see avaldub peamiselt ägedate psüühosidena ja alkoholentsefalopaatiana. S. Alliksoo oli vaatluse alla võtnud alkoholist tingitud surmajuhud kohtumeditiiniliste lahangu alusel.

Konverentsist osavõtjad tutvusid Pärnu Linna Haigla meditsiiniraamatukogu korraldatud alkoholitoomalase näitusega.

Omandatud teadmisi on edaspidi võimalik kasutada nii ravis kui ka profülaktikas. Konverents oli ühtlasi karskuspropagandaüritus meedikute eneste hulgas.

Lehte Rebane

Viljandi Arstide Seltsi pidulik koosolek, millega tähistati Viljandi Rajooni Keskaigla meditsiiniraamatukogu avamist, toimus 12. novembril 1986.

Koosoleku avas seltsi esimees, keskaigla peaarst R. Kariis, kes esitas lühiülevaate Viljandi Arstide Seltsi ajaloost. Selts asutati 21. novembril 1920. aastal arstide A. Zastrovi, M. Nõgese, J. Varese jt., kokku 15 arsti algatusel. Aastail 1920... 1940 oli seltsi tegevus väga aktiivne, mitmed arstid tegelesid ka teadustööga. Tihe oli koostöö teiste arstide seltsidega.



Foto raamatukogu lugemissaalist. E. Veliste foto.

1940. aastal seltside tegevus Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi määruse põhjal katkes, kuid juba 1945. aastal alustasid need uuesti tööd. Alates 16. septembrist 1945 oli Viljandi Arstide Seltsi esimees N. Born, 1946. aastal asus seltsi juhtima taas M. Nõges. Aastail 1946. . . 1963 peeti 200 koosolekut, kuulati 306 ettekannet, 65 korral demonstreeriti huvitavaid ja harukordseid haigusjuhte. Seltsis arutati paljusid teaduslik-metoodilisi ja meditsiinipraktika küsimusi. Sagedamateks esinejateks olid M. Nõges, L. Märss, M. Brin, K. Vipper, J. Lääts, A. Põllumaa jt. 1960-ndate aastate algul jagunes Viljandi Arstide Selts Viljandi Pediaatrite Seltsiks ja Viljandi Stomatoloogide Seltsiks. 1978. aastal alustasid tööd seltsi seksioonid (üldseksioon, terapeutide, stomatoloogide, pediatrite, kirurgide, akušöörigünekoloogide seksioon).

Prof. L. Allikmets rääkis ravimite kasutamise skeemidest ja ravipõhimõtetest, M. Tedremaa meditsiiniraamatukogude ülesannetest. Raamatukogu avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm. Seejärel oli kõikidel võimalus uue raamatukoguga tutvuda. Kohal olid vabariiklike ja rajoonihaiglate meditsiiniraamatukogude ning kohalike raviasutuste esindajad jt. Raamatukogu juhatajaks on bibliograaf A. Upan. Pidev teadmiste täiendamine on arstidele hädavajalik, palju saab selles aidata raamatukogu.

Malle Laursoo

Järjekordne Üleliiduline Gastroenteroloogide Seltsi juhatase pleenum toimus 30. . 31. oktoobri 1986 Jurmalas. Käsitleti alkoholi kahjulikku toimet seedetraktisse, haigete dispanseerimist, visuaalseid ja laboratoorseid diagnoosimeetodeid, seedekulgla mootorikat, haiguste ravi ja profülaktikat.

Dispanseerimise kohta oli 45 tööd. Erilist tähelepanu pälvisid Läti kolleegide ettekanne ja lühifilm komplekssest automatiseeritud meditsiinilise uurimise süsteemist (KACMOH). Anamnestilise ankeedi ja mõne lihtsa laboratoorse ning vastuvõtueelse uuringu abil valitakse elanike hulgest välja isikud, kes vajaksid sihipärasemaid uurinuid mingil kitsamal meditsiinialal. Saadud info töödeldakse arvatiga ja säilitatakse raali mälus.

Üha laiemalt on kasutama hakatud ultrasonograafiat. Tõdeti meetodi lihtsust, mitteinvasiivsust ja head informatiivsust hepatobiliaarsüsteemi ja pankrease uurimisel. Ultrasonograafia sobib hästi sõeluuringuteks polikliinikusse, eriti sapikivitõve varajaseks avastamiseks. Kahjuks puudub ultrahelidiagnoosimise adekvaatne kodumaine aparatuur. Vastupidi ultrasonograafia jääb kompuutertomograafia suuremate keskuste prioriteediks. Et sel meetodil uurimine on kallid ja töömahukas, tuleb seda rakendada vaid siis, kui teiste uuringutega vajalikkus informatsiooni ei ole saadud.

Laboratoorseid uurimismeetodeid käsitlevate tööde spekter osutus väga mitmekesiseks. Esinejad rääkisid sapphapete ja lipiidide ainevahetusest mitmest aspektist, mao ja pankrease haiguste funktsionaalsest diagnostikast, hepatotsüütide ensüümsüsteemide seisundist maksahaiguste kor-

ral. Uuritud on ka seedepeptiidide ja immuunsüsteemi muutusi seedetrakti patoloogiliste seisundite korral.

Seedeelundite haiguste profülaktikat ja ravi puudutavatest uurimustest käsitlesid ligikaudu pooled haavandtõbe. Kolm ettekannet tutvustasid uut kodumaist haavandtõvevastast preparaati «Dalargiin». Mainimist väärib see, et tegemist on Nõukogude Liidu sünteetisid opioidse peptiidiga. Preparaadil on tsütoprotektiivne toime. Mitmes töös oli uurimise all seedetraktihaigusi põdeja psüühiline staatus, kusjuures on tulemuslikult kasutatud psühhoterapeudi ja psühhiaatri abi. Arvestades patsientide rohkust, kellel funktsionaalsed häired on tekkinud psühhogeensel alusel, võib sellist koostööd otstarbekaks ja perspektiiviks pidada. Üha rohkem on poolehoidu võitnud nisukliide kasutamine ravi ja profülaktika eesmärgil. Lisaks soole mootorika normaliseerimisele kõhukinnisuse korral reguleerivad kliid sapphapete koostist sapis, vähendades viimase litoogensust.

Pleenumi viimasel istungil olid vaatluse all teaduslik-tehniline progress ja seedeelundite tegevuse regulatsioon. Meeldejääv oli akadeemik A. Ugolevi ettekanne nn. funktsionaalsete blokkide teooriast. Tegemist on seedeelundite regulatsiooni mehhanismide nüüdisaegse kontseptsiooniga. A. Grebenev analüüsis Nõukogudemaa gastroenteroloogide viimaste aastate töid-tegemisi ning näitas kätte arenguperspektiivid. Pleenumi lõppsonas rääkis akadeemik A. Ugolev neist raskustest, mis kohati segavad gastroenteroloogia arengut (nüüdisaegse aparatuuri ja reaktiivide puudus, värskete ja originaalsete ideede nappus, kaadri puudulik väljaõpe).

Meie vabariigi arstidelt oli viis ettekannet, teeside kogumikus avaldati seitse tööd, neist kolm puudutasid haavandtõvehaigete dispanseerimist. N. Elšteini kõneles haavandtõvehaigete dispanseerise jälgimise sõlmküsimustest, Ü. Heinla, A. Kolde, H. Pärn, U. Mardna, E. Lond ja M. Mirme töö käsitles kasteistsõrmiku haavandtõve korral dispanseerimise meetodite täiustamist. R. Tammur ja A. Haavel rääkisid sellest, mil määral hoiab dispanseerimine ära maohaavandi retsidiivide tekke. I. Kuusk ja K. Villako esitasid atroofilist gastriiti põdejate ja soole tüüpi metaplaasiaga haigete dispanseerimisel saadud tulemusi. H.-I. Maaros, R. Uibo ja K. Zilmer on uurinud gastriini produtseerivaid rakke ja seerumigastriini hulka kroonilise gastriidi ning haavandtõve korral, M. Keis, T. Prück, M. Viija ja K. Villako on rasvade malabsorptsiooni uurimisel kasutanud ¹⁴CO₂ inhaleerimise testi. T. Väli, A. Tamm ja A. Peetsalu käsitlesid piimatalumatust elunditsäilitava operatsiooni ja vagotoomia läbiteinud haigetel.

*Aivi Koldits
Roman Heiman*

Juubilar on sotsialistliku töö kangeline, lastearst Aleksei Vares

Eesti NSV teeneline arst, Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonna konsultant Aleksei Vares sai 9. jaanuaril 80-aastaseks. Pärast Suurt Isamaasõda töötas ta Tallinna Lastehaigla peaarstina. Ajavahemikul 1948...1950 oli Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi osakonnajuhataja, 1950...1959 Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja, lasteosakonna juhataja, 1959...1972 meie vabariigi peapediaater. 1972. aastast tänaseni on töötanud Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Ta on Üleliidulise Lastearstide Seltsi ja Eesti Lastearstide Seltsi auliige, Tallinna Lastearstide Seltsi esimees, ajakirja «Педиатрия» toimetuspõukogu liige.

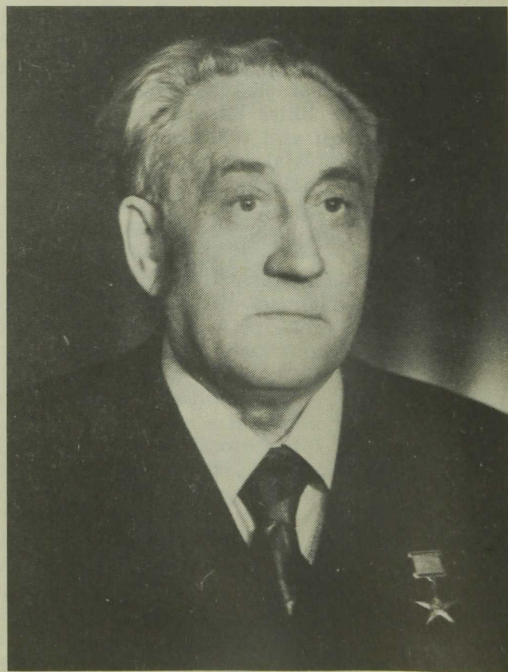
Juubilar nõustus vastama mõnele küsimusele.

Mida pead pediaatria kõige suuremaks saavutuseks Eestis?

Nõukogude võimu taaskehtestamisel 1940. aastal oli Eestis ainult 30 lastele määratud haiglavoodikohta Tartus ja mõnikümend lastearsti ambulatoorse arstiabi tarvis üldse. 1940. aastal avati Tallinnas 75 voodikohaga lastehaigla, arenes ambulatoorne arstiabi. Pärast Suurt Isamaasõda tuli kõike uuesti alustada. Loodi materiaalne baas, tuli koolitada lastearstide kaader. 1960-ndatel aastatel õpetati paljusid üldarste lastearstideks. Palju arste õppis kliinilises ordinaatuuris. Suur töö tehti polikliinilise abi arendamisel ja täiustamisel. Kõik see võimaldas 1960-ndatel aastatel likvideerida sellised rasked laste nakkushaigused nagu poliümüeliidi ja difteeria, vähenes haigestumine tuberkuloosi, läkakõhase. 1970-ndate aastate alguseks oli laste haigestumus ja suremus meie vabariigis teiste liiduvabariikide omaga võrreldes üks väiksemaid. See oligi kõige suurem saavutus.

Mida soovitaksid lastearstide ettevalmistuses ja igapäevases töös muuta?

TRÜ arstiteaduskonna pediaatriaosakonna lõpetanud lastearstide teoreetilised teadmised on täiesti rahuldavad. Kahjuks ei hinnata küllaldaselt traditsioonilisi uurimismeetodeid — perkussiooni, palpatsiooni, auskultatsiooni —, samuti arsti tähelepanelikkust ja kliinilist mõtlemist. Õppeasutus annab tulevasele arstile teadmisi diagnoosimises ja ravis. Haigete ravimise kunst aga saadakse selgeks arstitegevuse vältel. Selleks on algul ette nähtud internatuur. Internatuuri korraldamisel on ilmselt mindud vale teed. Internidel on spetsialiseeritud osakondades kaks kuni kolm nädalat kestvad õppetsüklid, mis kordavad primitiivses vormis subordinatuuri. Lühiajalised tsüklid ei võimalda interne iseseisvalt tööle



rakendada. Nad ei võta osa ka lastearstide seltsi koosolekutest, kus võib kuulda uut ja olulist. Ei loeta küllalt palju erialakirjandust.

Noorte arstide väljaõppe parandamiseks internatuuris tuleb õppused korraldada ühe osakonna baasil ning osakonnajuhataja juhendamisel.

Vestlusel täienduskursustelt tulnud arstiga, sageli selgub, et midagi uut ei kuulnud ega praktilisi oskusi juurde ei saadud.

Lõputu spetsialiseerumine on viinud selleni, et ülikooli ei lõpeta enam laia kliinilise silmaringiga kõrge kvalifikatsiooniga arstid. Omal ajal valmistati selliseid arste edukalt ette kliinilises ordinatuuris. Meie osakonnajuhatajate enamik on õppinud kliinilises ordinatuuris. Kahjuks on see kvalifikatsiooni tõstmise vorm unustusse jäämas. Tahtmatult tekib mure, kes on suutelised juhatama lasteosakondi haiglates ja polikliinikutes 15... 20 aasta pärast? See probleem tuleb kiiresti lahendada. Kliinilisse ordinatuuri tuleks kandidaadid valida konkursi korras. Valikuga võiks alustada juba ülikoolis.

Mida pead laste arstiabis peamiseks?

NLKP XXVII kongressil kutsuti üles kriitiliselt hindama kogu meie tegevust, et parandada töö kvaliteeti kõigil elualadel. Tervishoiu pealesanne on elanike ülddispanseerimine.

Juba praegu on märgata sellist suunda, et uuringuid tehakse võimalikult paljude eriarstide juures, dispanseerset läbivaatust nõutakse isegi sellistel juhtudel nagu näiteks lastekollektiivi mineku tõendi vormistamisel. Polikliinikutes on tekkinud järjekorrad kitsa eriala spetsialistide juurde saamiseks. Lapsevanemad kaotavad nädalaid, et laps saaks minna lastekollektiivi. See on ilmselt vale suhtumine ülitähtsasse üritusse. Minu arvates peab esmane dispanseerimine toimuma jaoskonnaarsti juures. Eriarstid kinnitavad või täpsustavad diagnoosi ja ravivad. Selliselt tagatakse dispanseerimise tõhusus.

Teine oluline ülesanne on haiglale töö planeerimine ja töö kvaliteedi hindamine.

Praegu planeeritakse haigla tööd voodipäevades kuu või aasta kohta. See on vajalik haiglale materiaalsete vahendite eraldamisel. Kuid haigestumine on eri aastaagadel erinev, eriti laste hulgas. Seepärast on suvekuudel voodikohti üle, talvel seevastu neid aga ei jätku. Suvekuudel on alati voodipäevade plaani mittetäitmise oht ja sellest tulenevad hinnangud ka osakonna töö kohta. See põhjustab ebaõige suuna —

püütakse saata haiglasse lapsi, kes tegelikult haiglaravi ei vaja. Pikendatakse haiglasviibimise aega jne. Tagajärg on riiklike vahendite raiskamine. Paljudes riikides on suvel umbes 40% haiglavoodikohtadest kasutamata. Sellele ajale planeeritakse personali puhkus ja osakondade remont. Miks ei kasutata sellist head kogemust meil?

Mis on Sind elus kõige rohkem rõõmistanud, mis kurvastanud?

Koos kogu nõukogude rahvaga elasin raskesti üle meie linnade kaotused Suure Isamaasõja esimesel perioodil, kuid uskusin kindlalt võidusse. Kui lõpuks kauaoodatud võit saabus, rõõmustasin ja tundsin uhkust oma kodumaa kangelasliku rahva üle.

Kuidas säilitada tahtejõudu, optimismi ja ületada eluraskusi?

Tahe ja optimism ei teki tühjale kohale. Tahtenimine areneb töös. Tahtejõuga inimene usub alati endasse ja sellepärast on ta ka optimist. Kõige paremini on selle kohta öeldud filmis «Kapten Granti lapsed»: «... kes tahab, see saavutab kõik, kes otsib, see alati leiab kõik».

Mida pead inimeses, kolleegis, lastearstis kõige tähtsamaks?

Ausust, printsiipaalsust, tähelepanelikkust, peenetundelisust. Kõrget üldist ja kutsealast kultuuri. Armastust oma töö vastu ja andumust oma tööle.

Mida soovitaksid noortele kolleegidele?

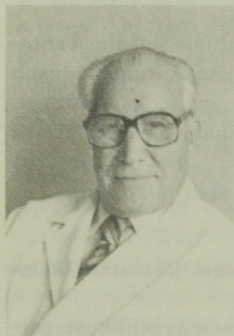
Armastada oma tööd, järjepidevalt täiendada oma erialast meisterlikkust. Rohkem südamekikkust ja armastust väikeste patsientide vastu, rohkem tähelepanelikkust ja taktitunnet haige lapse lapsevanematega suhtlemisel.

Küsimused on esitanud Leo Tamm

Teenete eest pediaatria arendamisel autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 7. jaanuaril oma aukirjaga Tallinna Vabariikliku Haigla lastearsti, Eesti NSV teenelist arsti, sotsialistliku töö kangelas **Aleksei Varest** tema 80. sünnipäeva puhul.



Aleksander Lepik, Eesti NSV teeneline arst, Eesti vanim oftalmoloog, Pärnu endine silmaarst, sai 30. novembril 1986 90-aastaseks. Ta on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. A. Lepik õppis Tartu Aleksandri Gümnaasiumis ja aastail 1917...1923 Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Üliõpilasena oli ta Tartu Ülikooli Silmakliiniku juhataja prof. E. Blessigi assistent. Pärast lõpetamist töötas silmaarstina aastail 1923...1926 Valgas, 1926...1960 Pärnus. Ka pensionärina on A. Lepik jätkanud arstitegevust: ajavahemikul 1960...1962 Pärnus, 1964...1977 Tõstamaal ja 1977. aastast alates Audrus. A. Lepiku põhimõte on haigeid ravida võimalikult lihtsate vahenditega, ta on rahvameditsiini austaja. Juba noore arstina tegi ta selgeks seose silmahaiguste ja toitumise vahel. A. Lepik suhtub eitavalt rafineeritud toiduainete kasutamisse, eriti taunitavad on need silmahaigusi põdejate ja väikelaste menüüs. Saleduskuuriks soovitab ta piima ja rukkileiba. Kooritud kartulite keeduvett soovitab ta tarvitada toiduks, selle kasutamine on aidanud ravida kollatähni kärburst. Suurt tähelepanu on A. Lepik pööranud sellele, et igapäevases toidus oleks küllaldaselt mikroelemente, fütontsiide, eriti aga kiudaineid. Tähtsaks peab ta ka protopektiini, mida leidub kartulites ja toorestes õuntes. Karskust ja mittesuitsetamist, samuti mõõdukat kehakultuuri peab A. Lepik inimese ja tema silmade tervishoius endastmõistetavaks. Ta on pööranud palju tähelepanu noorsoo nägemistervishoiule. Nõrga nägemisega lastel on ta soovitanud õppida Tartu 2. Eriinternaatkoolis. Juubilar on 60 aastat olnud Pärnu ja selle ümbruse elanike väsimatu, kohusetruu ja otsitud silmaarst.



Aleksander Gavrilov, Eesti NSV teeneline arst, Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispenseri konsultant, sai 1. jaanuaril 75-aastaseks. Ta on sündinud 1912. a. Tallinnas töölisperekonnas. Lõpetanud Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna 1940. aastal, seejärel töötas ta Põlva rajoonis, hiljem Petseris. Lühikest aega oli ta tegev ka Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna kirurgia kateedris. 1946. aasta algul määrati A. Gavrilov Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispenseri peaarstiks, sel ametikohal töötas ta 1980. aastani. Juubilar on samuti olnud Eesti Onkoloogide Seltsi asutajaliige ning seltsi juhatuse kauaaegne esimees ja tervishoiuministeriumi peonkoloog. Tema juhtimisel sai dispanserist onkoloogilise abi juhtiv keskus meie vabariigis, samuti paik, kus oma teadmisi täiendamas ja kogemusi saamas on käinud arvukalt meedikuid kõigist tervishoiuasutustest. A. Gavrilovi initsiatiivil sai võimalikuks ehitada ja 1966. aastal eksploatatsiooni anda uus dispanserihoonete kompleks, kuhu kuuluvad avar konsultatiivpolikliinik, 220-voodikalised statsionaarsed osakonnad paljude diagnostiliste abikabinettide ja laboratooriumidega. Ajavahemikul 1968...1971 täitis A. Gavrilov Tallinna Linna TSN Täitevkomitee rahvasaadiku ja ajavahemikul 1971...1974 Eesti NSV Ülemnõukogu saadiku kohustusi, olles ka meie vabariigi ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimehe ase-täitja. Ühtlasi oli ta NSV Liidu Onkoloogide Seltsi juhatuse presiidiumi liige. 1986. aastast alates on ta selle seltsi auliige. Eduka ning kauaaegse arstitöö ja innuka osavõtu eest ühiskondlikust tööst on juubilar autasustatud valitsuse mitme kõrge autasuga. Ta on pälvinud Lenini ja Tööpunalipu ordeni, ka V. I. Lenini juubelimedali, medali «Eeskujuliku töö eest» ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirju. Soovime juubilarile paljudeks aastateks tugevat tervist, reipust ja õnne!



Elene Tulmin, Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonna neurooloog, sai 23. oktoobril 1986 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas, 1944. aastal lõpetanud Tallinna V Gümnaasiumi. Ajavahemikul 1944...1950 õppis TRÜ arstiteaduskonnas, töötades assistendina aastail 1946...1948 anatoomia kateedris ja 1948. aastast neuroloogia ja neurokirurgia kateedris. Ülikooli lõpetamise järel jätkas tööd samas kateedris. 1975. aastast käesoleva ajani on töötanud neuroloogiaosakonnas. On esimese kategooria neuroloog. E. Tulmin on trükkis avaldanud teadusartikleid. Juubilaril tööd on hinnatud Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ja Tartu Kliinilise Haigla aukirjadega. E. Tulmin on lugupeetud spetsialist ning pedagoog, tunnustatud on ta subordinaatorite ja internide juhendajana ning nooremate kolleegide konsultandina. Oma erudeerituse, vaimukuse, abivalmiduse ning tähelepanelikkusega on ta pälvinud kolleegide lugupidamise.



Eugen Allik, Tartu Kliinilise Haigla mikrobioloogilaboratooriumi juhataja, sai 28. novembril 1986 70-aastaseks. Juubilar on sündinud 1916. aastal Tallinnas kaubandustöötajate perekonnas. 1935. a. lõpetas ta J. Westholmi Gümnaasiumi, 1949. a. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna. Juba üliõpilasena töötas aastail 1944...1945 laborandina Tartu Sanitaaria ja Epidemioloogiajaamas, 1946...1948 vanemlaborandina ja assistendi kohusetäitjana TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedris. Ajavahemikul 1948...1979 oli Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla laboriarst, 1954. aastast ka laboratooriumijuhataja. 1950. aastal asutas E. Allik seal bakterioloogilaboratooriumi ja 1961. aastal viroloogilaboratooriumi. Aastail 1948...1975 töötas ta kohakaasluse alusel ka Tartu Meditsiiniülikoolis mikrobioloogia ja kliiniliste uuringute õpetajana. 1979. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. E. Allik on tunnustatud mikrobioloog, ta on esimese kategooria laboriarst. Ta on viibinud paljudel täienduskursustel ja välja õpetanud terve põlvkonna laborante. Temalt on ilmunud 30 teadusartiklit, kuus sanitaarhariduslikku artiklit ja brošüüri ning kolm õpikut. E. Allik on esinenud teadusettekannetega paljudel konverentsidel. Aktiivselt on ta osalenud ühiskondlikus töös. Aastail 1967...1975 oli Tartu Linna RSN saadik, on olnud haigla ametiühingukomitee esimees, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee presiidiumi liige, I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsi Tartu osakonna juhatuse liige, osa võtnud ühingu «Teadus» tegevusest. Juubilaril on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.



Helgi Sikut, kauaaegne Viljandi Rajooni Keskapteegi juhataja asetäitja, praegune tehnoloogproviisor, sai 1986. aasta 28. oktoobril 60-aastaseks. Sündinud Tartus töölisperekonnas ja omandanud seal ka keskkhariduse. Aastail 1945...1949 õppis TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas. Pärast lõpetamist suunati ta TRÜ põllumajandusteaduskonna taimekasvatuse kateedrisse vanemlaborandiks. 1951. aastal läks tööle Viljandi Rajooni Keskapteeki, kus töötas kaks kuud retseptaarina, siis juhataja asetäitjana, proviisorina kuni 1984. aasta detsembrini. Praegu on samas tehnoloogproviisor. Kahel korral on H. Sikut lõpetanud TRÜ proviisorite täiendamise kursused. Ta on esimese kategooria organisaator-proviisor. Oma rikkalikke erialateadmisi on peale oma apteegi rakendanud ka kogu Viljandi rajooni apteekide töö korraldamisel. Juubilar on silma paistnud Eesti Farmatseutide Seltsi töös. Vabariikliku seltsi juhatusse on kuulunud 1965. aastast, Viljandi Farmatseutide Seltsi esinaine alates selle asutamisest 1975. aastal. Ta on kolmel korral olnud Viljandi rajoonis peetud suurürituste — väljasõidustingute üks peakorraldajaid. Tubli töö eest on ta pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ning mitmeid au- ja tänukirju. Oma kutsetööd armastava proviisorina ja heade organisaatorivõimetega abivalmis inimesena on ta lugupeetud ning austatud nii kolleegide kui ka abivajajate poolt.



Serafima Lepnjova, Tallinna Pelgulinna Haigla Kopli Polikliiniku juhataja, sai 14. novembril 1986 60-aastaseks. S. Lepnjova on sündinud Kirovi oblastis talupidaja perekonnas, 1944. aastal lõpetas Korljanovi Keskkooli ja 1949. aastal Kaasani Riikliku Meditsiiniinstituudi sanitaar-hügieeniteaduskonna. Ajavahemikul 1949...1954 töötas Kirovi oblasti Korljanovi rajooni sanitaar- ja epidemioloogiajaama peaarstina. 1954. aastast alates oli Tallinna Pelgulinna Haigla Kopli Polikliiniku nakkushaiguste kabineti arst. 1967. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. S. Lepnjova on suurte kogemustega tervishoiuorganisaator ja kõrge kvalifikatsiooniga infektsionist. Ta on väga kohusetundlik, täpne töötaja, kellel on suur autoriteet kaastöötajate ja abivajajate hulgas. Aastail 1950...1954 oli S. Lepnjova valitud Korljanovi rajooninõukogu ja aastail 1957...1965 Tallinna Linna Kalinini Rajooninõukogu saadikuks ning aastail 1968...1969 Punase Risti Seltsi Kalinini Rajoonikomitee esimeheks. Aktiivselt on ta osalenud ametiühingutöös. S. Lepnjovat on autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.



Rudolf Markovits sai 17. novembril 1986 60-aastaseks. Ta on sündinud 1926. aastal Tartus arsti perekonnas. 1942. aastal alustas ta velskriiõpinguid Samarkandis. Aastail 1943...1949 oli ta velsker Nõukogude armees. 1951. a. lõpetas Tallinna Meditsiinilise Keskkooli ning 1959. a. TRÜ arstiteaduskonna. ÜTÜ päevilt pärinevad esimesed uurimistööd farmakoloogia ja dermatoloogia alalt. Töötades dermatoveneroloogina on tegelnud lokaalanesteetikumide ja laserkiirguse toime uurimisega, tegelnud naha elektromeetriaga ja konstrueerinud eriaparate ning süüvinud vegetatiivse närvisüsteemi häirete funktsionaalsesse diagnoosimisse. Innuka meditsiinialoolasena on uurinud Paide ja Jõgeva rajooni raviasutuste minevikku, dermatoveneroloogia arengut ja J. Vares-Barbaruse arstitegevust. R. Markovitsit tunnatakse kui saunakultuuri ja balneoterapia spetsialisti. Ta on olnud Mustvee Haigla ja Harju rajooni peaarst. Praegu töötab dermatoloogina ja füsioloogina. Kuulub ühingu «Teadus» metoodikanõukogusse, temalt on ilmunud üle poolesaja kirjutise. Juubilar on pälvinud Isamaasõja II järgu ordeni ja mitu medalit.



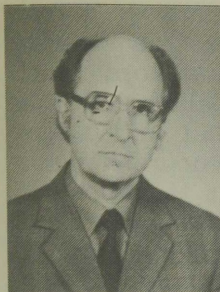
Asta Loderaud, Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispenseri apteegi kauaaegne juhataja, sai 30. detsembril 1986 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1945. aastal lõpetas Tartu Majandustehnikumi ja 1949. a. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna proviisorina. Pärast ülikooli lõpetamist suunati ta Tallinna 11. apteeki retseptiari ametikohale. Aastail 1950...1953 töötas A. Loderaud Kehtna põllumajanduskoolis keemiaõpetajana. Seejärel siirdus uuesti Tallinna, kus 1964. aastani töötas Tõnismäe Haigla apteegi retseptarina, seejärel kuni 1966. aastani Tallinna 3. apteegi retseptarina. 1966. aasta augustist tänaseni on ta olnud Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispenseris apteegijuhataja. A. Loderaud on ära teinud suure töö asutuse raskematel tegevusaastatel Hiiul, ravimite, meditsiiniaparatuuri, töö- ja põetusvahendite muretsemisel. Ta on üles näidanud suurt algatusvõimet onkoloogiliste haigete ravimabi korraldamisel. A. Loderaud on rahulik, alati abivalmis, lahke ja lugupeetud kolleeg. Ta on esimese kategooria proviisor. Korduvalt on ta osa võtnud proviisorite täiendustüklitest Tartu Riikliku Ülikooli juures. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ja tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.



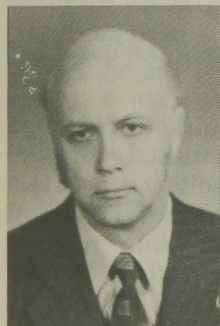
Laine Liivak, Nõmme Haigla Mustamäe Polikliiniku kauaaegne teraapiaosakonna juhataja, sai 22. augustil 1986 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Jõgeva rajoonis põllupidajate perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli, 1961. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Aastail 1961...1964 oli L. Liivak Võsu Jaoskonnahaigla juhataja. 1964. aastast alates on ta töötanud Nõmme Haiglas, algul terapeudina, 1971. aastast on olnud praegusel ametikohal. Juubilar on esimese kategooria terapeut. Korduvalt on ta viibinud täienduskursustel. L. Liivak on tegev ühiskondlikus töös. Ta on olnud oma asutuse ametiühingukomitee liige, praegu on ta Tallinna Sisearstide Seltsi sekretär. L. Liivak on olnud paljude internide ja noorte arstide juhendaja. Ta on esinenud loengutega keskastme meditsiinitöötajate täienduskursustel ning juhendanud praktilisi töid. Kohusetundliku töö ja aktiivse ühiskondliku tegevuse eest on juubilari autasustatud paljude aukirjadega.



Maimu Solom, Tartu Kliinilise Haigla füsioterapiaosakonna juhataja, sai 19. novembril 1986 50-aastaseks. Ta on sündinud 1936. a. Tartumaal Ahja vallas talupoja perekonnas. 1956. a. lõpetas M. Solom Suure-Jaani Keskkooli ja 1962. a. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Aastail 1962...1963 oli pediatr Otepää Linnahaiglas, 1963...1978 õpetaja Tartu Meditsinikoolis. Ajavahemikul 1971...1978 töötas ta kohakaasluse alusel ka füsioterapeudina Tartu Kliinilises Haiglas. Alates 1978. aastast on töötanud seal põhikohaga, algul füsioterapeudina, 1980. aastast füsioterapiaosakonna juhatajana. M. Solom on esimese kategooria füsioterapeut. Ta on korduvalt viibinud täienduskursustel. Eriti on teda huvitanud liigesehaiguste füsioterapia, sellealaseid ettekandeid on esitanud paljudel kongressidel ja konverentsidel. M. Solom on meditsiinikoolide õpiku «Füsioterapia praktikum» autor. Ta on aktiivselt osalenud ühiskondlikus töös, on Lõuna-Eesti rajoonide peafüsioterapeut, ühingu «Teadus» lektor ja Eesti Kurortoloogide ja Füsioterapeutide Seltsi juhatuse liige. Juubilari on autasustatud paljude aukirjadega.



Rando Truve, Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonna juhataja, Eesti NSV teeneline arst, meditsiinidoktor, sai 20. novembril 1986 50-aastaseks. R. Truve on sündinud Tallinnas töölispererkonnas. Tallinna 22. Keskkooli lõpetas 1954. aastal ja TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna 1961. aastal. Seejärel töötas aastail 1961... 1964 kirurgina Kingissepa Rajooni Keskhaiglas, aastail 1964... 1971 kirurgina ja kirurgiaosakonna juhatajana Tallinna Tõnismäe Haiglas. 1971. aastast alates on ta olnud Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonna juhataja. Paralleelselt igapäevase tööga on R. Truve teinud teadustööd, ta on trükkis avaldanud 72 erialaartiklit ja ühe monograafia. 1969. aastal kaitses R. Truve kandidaadiväitekirja «Resetseeritava mao-osa ulatuse ja *corpus'e-antrum*'i piiri määramine operatsiooni ajal» ning 1980. aastal Tartu Riiklikus Ülikoolis doktoriväitekirja «Mao resektsiooni ja selektiivse ning proksimaalse selektiivse vagotoomia võrdlev hinnang gastrooduodenaalhaavandite kirurgias». Juubilar on kõrgema kategooria kirurg. Tema juhtimisel on Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonnas kasutusele võetud mitmeid uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid, millest viis on kinnitatud ratsionaliseerimisetepanekuna ja kolm leiutisena. R. Truve on agaralt osa võtnud ühiskondlikust tööst. Ta on Tallinna Kirurgide Seltsi juhatuses esimees ja Eesti Gastroenteroloogide Seltsi juhatuses liige, ühingu «Teadus» tunnustatud lektor. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubeli-medali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega. Juubilarit tuntakse kui heasoovlikku ja abivalmis kolleegi, kellel on suur autoriteet nii kolleegide kui ka haigete hulgas. Soovime Rando Truvele tervist, energiat ja loomingulisi saavutusi.



Peet-Henn Kingisepp, TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri dotsent, sai 10. detsembril 1986 50-aastaseks. Sündinud Tartus arstiteadlaste, ülikooli õppejõudude perekonnas. 1954. aastal lõpetas Tartu 5. Keskkooli. Järgnesid õpingud TRÜ arstiteaduskonnas, mille raviosakonna lõpetas 1961. aastal kiitusega. Edasi suunati individuaalplaani alusel õppima biofüüsikat TRÜ füüsika-matemaatikateaduskonda. Ajavahemikul 1963... 1970 töötas TRÜ biofüüsika ja elektrofüsioloogia laboratooriumi nooremteadurina. Aastail 1970... 1973 oli TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri aspirant. 1973. aasta detsembris kaitses kandidaadiväitekirja. Pedagoogitöö ülikoolis algas füsioloogiapraktikumide juhendajana 1962. a kevadsemestril. 1973... 1975. aastani töötas assistendina TRÜ spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedris. Neil aastail alustas välise hingamise uuringuid Tartu Kliinilise Haigla funktsionaalse diagnostika osakonnas. See töö on jätkunud seniajani. 1975. aasta sügisest on töötnud TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedris, 1980. aastast dotsendina. Loeb füsioloogiakursust farmaatsiaosakonna üliõpilastele. On osa võtnud füsioloogiapraktikumi juhendi koostamisest, tema poolt farmaatsiaüliõpilastele 1984. aastal koostatud sisutihe «Füsioloogia lühikursus» on populaarne teistegi füsioloogiat õppijate hulgas. Üliõpilaspäevil valmis kaks auhinnalist võistlustööd, ajavahemikul 1961... 1986 ilmunud trükiste arv on üle 50. Põhisuunaks on olnud kardiovaskulaarsüsteemi ja hingamissüsteemi talitlusparameetrite pidev jälgimine. Viimastel aastatel on tegelnud välise hingamise automatiseeritud uurimisega, selle valdkonna tunnustatud spetsialistina on pidanud loenguid täienduskursuslastele ja ka kuulajatele väljaspool ülikooli. Kümmeaastane aastat on juhtinud TRÜ füsioloogiaringi ja viinud selle arstiteaduskonna parimate hulka. On TRÜ füsioloogiaalase erialanõukogu ja hingamisalase probleemikomisjonliige, ühingu «Teadus» organisaator kateedris, Eesti NSV Tervishoiuministeriumi meditsiiniterminoloogia komisjoni liige, kursusejuhendaja spordimeditsiinosakonnas. Juubilar on tegutsenud taidluskollektiivides, ta on innukas matkamees.

Mitme- sugust

Karskusühing on asutatud ja tegutseb

1985. aasta suvest alates toimub alkoholivastane võitlus uutel alustel loosungi all «Karskus on elu normiks». Lähtudes sellest pidas NLKP Keskkomitee eriti tähtsaks massilise karskusliikumise arendamist, ühtlasi pidas otstarbekaks asutada üleliiduline vabatahtlik karskusühing. 25. septembril 1985 toimuski Moskvas ühingu asutamiskonverents. Eesti NSV Vabatahtlik Karskusühing alustas tegevust sama aasta oktoobris, asutajaiks Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu, ELKNÜ Keskkomitee, Eesti NSV Teaduste Akadeemia ja Eesti NSV Tervishoiuministerium.

Praegu on uuel, üleliidulisel ühingul juba üle 13 miljoni liikme. Meie vabariigis on üle kahe tuhande kaheksa algorganisatsiooni neljakümne ühe tuhande liikmega. Möödunud aasta oktoobris tegi meie vabariigi karskusühingu nõukogu kokkuvõtteid esimesel tegevusaastal saavutatust ning kavandas tegevussuunad. Ühingu juhatuse esimees, Eesti NSV Teaduste Akadeemia kirjavahetajaliige Anto Raukas tõi ettekandes esile, et organiseerimistööl alal on nüüd põhiline ühingut sisemiselt tugevdada ja liikmeid koondada, tõsta liikmete aktiivsust ja võitlusvõimet, süvendada teadmisi ning samm-sammult laiendada algorganisatsioonide võrku ja suurendada liikmeskonda. Töös on esikohal huvitavate karskusürituste korraldamine, karskusidee viimine iga-

üheni, ühingu populaarsuse ja autoriteedi tõstmine. Selles osas on karskusühing nii mõndagi suutnud korda saata.

Meie vabariigis on alkoholivastane selgitustöö võtnud küllalt laia ulatuse ning selles on teeneid ka noorel karskusühingul. Raske on leida töökollektiivi, kus ei oleks toimunud alkoholiteemalisi loenguid, vestlusi või profülaktika-päeva. Loenguid on pidanud arstid, juristid, pedagoogid, parteitöötajad ja nõukogude vastutavad töötajad, karskusühingu aktivistid. Selgitustöös on kindel koht ka mõttevahetustel, küsimustele vastamisel. On näidatud populaarteaduslikke ja dokumentaalfilme, mida on filmilaenutusest saadaval üle poolteisesaja. Nende demonstreerimine möödunud aastal eelmise aasta näitajatega võrreldes kahekordistus. Karske eluviisi vajalikkust selgitavaid kirjutisi on rohkesti ilmunud ajakirjanduses, sel teemal on tihti esinetud ka televisioonis ja raadios.

Eesti NSV Justiitsministerium ja karskusühing on koostanud «Noorpaari meespea». See selgitab noortele abiellujatele neid ohte, mida alkoholi tarvitamine võib kaasa tuua noorele perekonnale ning tulevastele lastele. Meespea saavad perekonnaseisubüroos kõik abiellujad. Ometi on alkoholivastase selgitustöö tõhustamiseks ja selle mõjujõu tugevdamiseks teha veel palju. Pooldab ju avalik arvamus küllalt tihti veel alkoholi mõõdukat pruukimist ning karske eluviisi on seetõttu visa levima. Paljud, kes on pandud ja seatud teisi suunama, juhtima ja õpetama, on veel ise parajuslaste leeris või kõhklevad ja äraootaval seisukohal. Seepärast on oluline järjekindla, tasakaaluka ja argumentiderikka selgitustööga tõestada, et joomarlusest ja alkoholismist ning neist tulenevatest hädadest võimaldavad jagu saada ainult üldise alkoholipruukimise resoluutne vähendamine ning karske eluviis. On väga vaja, et inimese ise kannaks hoolt oma tervise hoidmise ja tervisliku eluviisi kujundamise eest ning et tal oleks vastutustunne oma perekonna ja laste saatuse ees. Igale inimesele peab sel-



Fotol Eesti NSV Vabatahtliku Karskusühingu vabariikliku nõukogu juhatus. Esireas vasakult: vastutav sekretär E. Tüür, esimehe esimene asetäitja U. Elmi, esimees akadeemik A. Raukas, esimehe asetäitja E. Silvet, esimehe asetäitja A. Popov; teises reas: juhatuse liikmed P. Jakovlev, T. Sikk, A. Haug, R. Kaik, A. Pitk ja V. Lindström. Fotolt puuduvad juhatuse liikmed J. Kaarma, R. Virkus ja A. Viru.

geks saama, et ühiskonda edasi viia ning ajaloo poolt antud tohutu suuri ja tähtsaid ülesandeid edukalt lahendada pole võimalik sellise alkoholipruukimise ja harjumuste korral, nagu need meil praeguseks välja on kujunenud.

Karskusühing rajab oma tegevuse arusaamisele, et ainuüksi sõnalise selgitustööga ei tohi piirduda, vaid selleks, et karske eluviis jõuaks igapäevani, on vaja eeskujude ning sellise suhtlemise korraldamist ja juurdumist, mis on vaba alkoholist. See on ajendanud ühingu kultuuri- ja sporditööd tegema ning loonud vajaduse tiheda koostöö järele riiklike ja ühiskondlike organisatsioonidega. Karskusühingu eestvedamisel ja algatusel on korraldatud palju puhkeõhtuid, alkoholita pidusid ja balle, rahvaspordiüritusi, mälumänge, klubiõhtuid või muid üritusi. Need kõik on kinnitanud, et ilma alkoholita on võimalik täisväärtuslik puhkus ning meelelahutus.

Karskusideede levik rahva hulgas oleneb suuresti sellest, kuidas me alko-

holivastast hoiakut just noorte hulgas kinnistada suudame. Seepärast otsib karskusühing sobivaid ja huvitavaid töövorme noorte kaasatõmbamiseks, taotledes koostööd haridusorganite, kultuuriasutuste ja spordiorganisatsioonide ning komsomolikomiteedega. Esimesed sammud sel teel on astunud, kuid samas on selgunud, kui palju on veel teha.

Suurürituseks sai möödunud aasta oktoobris toimunud ülevabariigiline karskuspropagandakuu. Meile näib, et propagandakuu üldiselt õnnestus, aitas üldsuse tähelepanu tõmmata karske eluviisi vajadusele ning hõlbustas paljude organisatsioonide koostööd karskusürituste korraldamisel. Propagandakuusid hakatakse meie vabariigis korraldama igal aastal.

Karskusühingu peamised jõupingutused on suunatud karskusideede levikule ning joomarluse ja alkoholismi ennetamisele. Siia alla kuulub igas töökollektiivis sallimatu suhtumine alkoholi kuritarvitajatesse. Ühingu algorganisatsioonid püüavad narkoloogiatee-

nistust jõudumööda abistada. Selleks et kontrollida, kas alkoholivastasest seadusandlusest kinni peetakse, korraldab ühing ka reide. Karskusühingus on üle kolme tuhande kolmesaja tervishoiutöötaja. Ühingu nõukogusse on valitud mitmeid tervishoiujuhte, nagu tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst M. Kivilo, haiglate peaarstid A. Haug (kuulub ka nõukogu juhatusse), J. Ausmees, H. Väre, R. Mihkelson. Karskusühingu mitmete rajooni- ja linnaorganisatsioonide juhatuste esimeesteks või nende asetäitjateks on meedikud J. Ausmees, H. Kadastik, T. Kadastik, T. Vilosius, J. Beltšikov, V. Ivanov, A. Haavel, H. Rosenstein, P. Puik ja teised. See kõik on suuresti kaasa aidanud karskusühingu tegevusele ja tõstnud ühingu autoriteeti. Kuid paljud tervishoiutöötajad on karskusühingu suhtes veel kõhklevad seisukohal ega pea tarvilikuks selle tegevusega ühineda. On ka neid, kes suhtuvad karskusliikumisse eitavalt. Loodame, et aeg toob siin arutust. Karskusühing püüab igati tihendada sidemeid tervishoiuorganitega ning loodab abi ja toetust eelkõige asutajaorganisatsioonidelt, Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumilt.

Erki Silvet

*Eesti NSV Vabatahtliku Karskusühingu
juhatuse esimehe asetäitja*

«Scripta . . .»

Kirjastuse «Valgus» meditsiinikirjanduse toimetusest läks trükikotta sarja «*Scripta medicorum*» kohta tavatult mahukas käsikiri. Autoreid on 10, kõik TRÜ arstiteaduskonna õppejõud, kes on pidanud loenguid kliinilisest farmakoloogiast ja farmakoterapiast nii üliõpilastele kui ka täienduskursustel õppivatele arstidele.

Käsiraamatu on koostanud L. Allikmets. Taolise arvuka autoritekollektiivi kirjatöö plaanimine, suunamine ja ühtlustamine eesmärgiga välja anda peatükiki võrdsest tugev käsiraamat — see ei olnud kerge ülesanne.

Anname siin lühiülevaate raamatusse mahtuvatest põhiteemadest.

Veel küllaltki suurel osal meie vabariigi arstkonnast (keskealisel ja vanemal) ei olnud kõrgkooli õppeprogrammis kliinilise farmakoloogia kursust ette nähtud. L. Allikmetsa kirjutatud eessõnast ja sissejuhatuses saame teada, et kuigi eksperimentaalsele teaduslikule farmakoloogiale pandi alus möödunud sajandi keskpaigas (nimelt Tartus), algas kliinilise farmakoloogia kui teadusharu tõeline arenemine alles ligikaudu 30 aastat tagasi. 1982. a. alates loetakse kliinilise farmakoloogia kursust ja korraldatakse seminare kohustusliku programmi järgse distsipliinina kõigis NSV Liidu kõrgemates meditsiinõppeasutustes.

Teises peatükis annab L. Allikmets ülevaate farmakodünaamikast, ravimite toime alustest, uute ravimite kasutuselevõtust kliinilises praktikas — jutt on uute ühendite bioloogilise aktiivsuse määramisest, nende ohutuse kontrollimisest.

Farmakokineetikat käsitlev peatükk on L. Nurmandilt. Kõne all on ravimivormid, ravimite biosaadavus, ekvivalentsus, nende saatus organismis, farmakokineetilised parameetrid, farmakokineetilisi protsesse mõjutavad tegurid, ravimite vastastikune ja koostoime. L. Nurmand on kirjutanud ka peatüki ravimtisistustest, mis tootab klinitsistile samuti suurt huvi pakkuda.

Põhiliste farmakoteraapiaalaste peatükide autorid on suurte erialakogemustega klinitsistid. Seetõttu võib olla kindel, et tegevarst leiab käsiraamatust asjalikku abi vajaliku ravimi õiges dooseringus määramiseks oma patsiendile.

Südame- ja veresoonehaigusi põdejaile määratud ravimitest on kirjutatud «*Scripta . . .*»-sarja lugeja ammused tuttavad — kardioloogid K. Valgma ja J. Riiv.

Kolmes peatükis on K. Valgma käsitletud kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse, ägeda kardiovaskulaarse puudulikkuse ning südame isheemiatõve medikamentooset ravi.

Arteriaalse hüpertensiooni farmakoteraapiat käsitlev peatükk on J. Riivilt. Siit leiab lugeja hüpertensioonivastase ravi üldpõhimõtted, vastavate ravimite täpse iseloomustuse, arteriaalse hüpertensiooni etappravi printsiibid, hüpertensiivsete, aga ka hüpotensiivsete seisundite diferentseeritud medikamentoose ravi kirjelduse.

Südame rütmihäirete medikamentoose ravi on samuti J. Riivi kirjutatud. Siin on antud arütmiaavastaselt toimivate ravimite üldiseloomustus, on käsitletud tahhükardiliste ja bradükardiliste rütmihäirete diferentsitud medikamentooset ravi.

V. Saarma on iseloomustanud veresüsteemihaiguste (aneemiate, leukopeeniate, hemorraagiliste diateeside, hemoblastooside ja DIK-sündroomi) ravis kasutatavaid medikamente.

Seedeelundite haiguste (mao, soolestiku, maksa ja sapiteede, pankrease) ravi peatüki on kirjutanud V. Salupere, seedeelundkonna tüüpilistest ravimkahjustustest H.-I. Maaros.

Neeruhaiguste korral tarvitataivate ravimite kohta loeme K. Kõrge koostatud peatükist, käsitlemist on leidnud ägeda neerupuudulikkuse, ägeda ja kroonilise glomerulonefriidi, nefrootilise sündroomi ja neerukivitõve farmakoteraapia, peritoneaal- ja hemodialüüsiks kasutatavad ravimid ning ravimitest põhjustatud neerukahjustused.

L. Mehilane tutvustab lugejale psühofarmakoteraapia üldisi seaduspära-

susi, neuroleptikumide, trankvillisaatorite, antidepressantide jt. psühhotroopsete ainete toimet ja kliinilist rakendamist. Omaette alajaotuses on kõne all alkoholismi ravimine psühhotroopsete ainetega.

A.-E. Kaasik on kirjutanud närvisüsteemi haiguste farmakoteraapiast. Pikemalt on ta peatunud epilepsia ja muude krambiseisundite, ekstrapüramidaalsüsteemi haiguste ja teiste motoorse süsteemi häirete medikamentoosel ravil. Peaaju ainevahetuse ja ajuveresoonte haiguste, kesknärvisüsteemi põletiku, samuti demüeliniseerivate haiguste korral kasutatavate ravimite kohta leiab lugeja siit hulgaliselt teavet. Iseenesest mõistetav on iga klinitsisti huvi valu-sündroomi korral rakendatava farmakoteraapia vastu (omaette alajaotus). Ei vaja rõhutamist ka raamatu viimase alapeatüki praktiline tähtsus — seal leiavad käsitlemist ravimite poolt närvisüsteemis esilekutsutud talitlushäired. L. Allikmets on andnud ülevaate ravimite toime liiklusohtlikkusest konkreetsete ravimirühmade järgi.

Kogu raamatus on lisaks ravimite terapeutilisele toimele toodud suure põhjalikkusega ära ka nende kõrvaltoimed, erinevate elundsüsteemide ravimkahjustused ja ravimhaigused.

Kõik käsitlemist leidnud ravimid on raamatus antud põhiliselt kas nende rahvusvahelise või siis NSV Liidus ametlikult kasutusel oleva nimetuse all, sünonüümide nimetusi on pakutud tagasihoidlikult. Käsiraamatu kasutamist hõlbustavad aineregistrid.

Iris Liiv
Kirjastuse «Valgus»
meditsiinikirjanduse toimetis

Kriitika ja biblio- graafia

UDK 616:615.851(049.3)

Raamat arstimise psühholoogiast*

Annotatsioonist võib lugeda, et tegemist on käsiraamatuga, mis on mõeldud kõikide erialade arstidele ja TRÜ arstiteaduskonna vanemate kursuste üliõpilastele. Julgesti aga võib seda raamatut soovitada ka keskastme meditsiinipersonalile, sest ravitöö on kollektiivne tegevus ja ühe lüli nõrkus selles on lubamatu. Üldse on käesolevat käsiraamatut huvitav ja otstarbekas lugeda kõikidel, kellel tegemist inimestega, nii pedagogidel, juristidel, sotsioloogidel, kultuuritöötajatel, aga ka paljudel teistel. «Meditsiinipsühholoogia» näol on tegemist esimese sellise eestikeelse raamatuga, milles on põhjalikult käsitletud meditsiinipsühholoogia, sealhulgas arsti ja haige suhtlemise probleeme. Kuigi allakirjutanu peab ennast juba kogemustega klinitsistik, kes palju näinud ja palju teinud, kuid kes meditsiinipsühholoogia põhiteesid on pidanud omandama kobamisi, sageli erinevatest kontseptsioonidest sünenenud eksimuste ja mõodalaskmiste hinnaga, on ka temal selle käsiraamatuga põhjalikum tutvumine osutunud ülimalt kasulikuks. Mida siis veel ütelda nooremate kolleegide kohta! Oma oskuste ja teadmiste ülehindamine haigetega suhtlemisel on ohtlik, eriti, kui neid oskusi ja teadmisi on na-

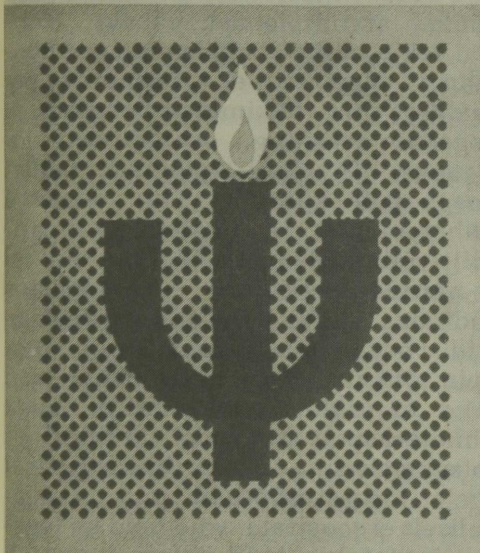
pivõitu. Jääb üle vaid kahetseda, et sellist süsteemikindlat, praktikas äraproovitud positsioonidel baseeruvat ja autoriteetset raamatut ei ole publitseeritud juba varem.

Et käsiraamatu autor prof. Jüri Saarma on kerge sule ja hea keelevalituga publitsist, siis pakub lugemine rahuldust. Järgides traditsioonilist retsensioonimaneeri, tuleks tööle anda hinnang aktuaalsuse, uudsuse ja praktilise tähtsuse seisukohalt. Nagu juba mainitud, on sellise mahuga käsiraamat eesti keeles esimene, milles on esitatud käsitletavate probleemide uusimad aspektid, seejuures autori isikupärasest tõlgendusest. Autor mainib õigustatult, et seoses oluliste saavutustega farmakoteraapia ja kirurgia alal on haige psüühiline sfäär, selle osatähtsuse hindamine haiguse kulus ja mõjutamise võimalused tagaplaanile jäänud. Muidugi on selline üleolekutunne psüühika suhtes väär ja põhjendamatu. Tänapäeval tuleb psüühikategurit isegi rohkem arvestada kui varajasematel aegadel. Põhjus seisneb tsivilisatsiooniga kaasnenud psühhosotsiaalse konfliktsituatsiooni teravnemises. Kui mõned psühhogeenia aspektid võib-olla jäävad tavapraktikale kaugeks, kuulub psühhoterapia obligatoorselt üldisesse ravikompleksi, mida iga haigete inimestega tegelev arst peab valdama. Siin ei saa toetuda vildakale arvamusele, et psühhoterapiaga tegelgu vaid psühhoterapeut. Loomulikult tuleb teatud juhtudel kasutada ka eriväljaõppe saanud spetsialisti, psühhoterapeudi nõuannet ja abi. Meditsiinipsühholoogia on vältimatu aine kliinilise meditsiini kõikidel erialadel. Sellest kõigest tulenevad ka käesoleva käsiraamatu aktuaalsus ja vajalikkus. Ei ole midagi loogilisemat kui see, et raamatu on kirjutanud psühhiaater, nimelt erudeeritud ja suurte kogemustega psühhiaater. Kes võiks veel paremini lahti mõtestada psüühika ja sooma keerukaid vastastikuseid seoseid. Siinkohal tuleb tunnustavalt ära märkida autori häid teadmisi ka somatopatoloogia valdkonnas, mis tänapäeva spetsialiseerunud meditsiinis on haruldane nähtus, eriti,

* Jüri Saarma. Meditsiinipsühholoogia. Tallinn. Valgus, 1985. 220 lk., sarjast «Scripta medicorum». Trükiarv 15 000.

Jüri Saarma

MEDITSIINI- PSÜHHOLOOGIA



ärgu pandagu pahaks, psühhiaatrias. Samas ei ole autor psüühikat, kaasa arvatud psühhiaatriat, teistest eluavaldustest ja erialadest kõrgemale seadnud. Rõhutatakse ainult psüühika erilist tähtsust inimese eksisteerimise keerukas bioloogilises ja sotsiaalses süsteemis ning seda igal üksikjuhul eraldi, indiviidi.

Raamatu 32 stiilset joonist aitavad niigi selgesõnalist teksti veelgi paremini omandada.

Probleemidest johtuvalt on käsiraamat liigendatud kaheksaks peatükiks.

Esimeses peatükis käsitletakse meditsiinipsühholoogia ainet ja ülesandeid. Märgitakse, et kõikide kliiniliste erialade arstid peavad haiget inimest käsutama kui tervikut, järelikult arvestama ka tema psüühikat. Põhiliseks lüliks selles haige kompleksse ravimise ahelas on jaoskonnaarst, esimese liini arst, kes peab muutuma ja paljudel juhtudel ongi muutunud tõeliseks perekonnaarstiks,

kes oma hoolealuse olemisest ja elamisest, rõõmudest ja muredest kõike teab. Peatada tuleb tehnika progressiga seostunud meditsiini dehumaniseerumise tendents. Kõik see tingib jätkuvat rõhu asetamist psüühiliste protsesside uurimisele, nende interpreteerimisele ja adekvaatsele mõjutamisele.

Teise peatüki põhiprobleemiks on sooma ja psüühika vastastikused seosed. Kuigi psüühika võib teatud haigusprotsesse genereerida ja nende kulgu suuresti mõjutada, ei ole olemas nn. psühhosomaatilisi haigusi. Tegelikult eksisteerivad vaid psühhosomaatiliselt haiged. Tõepoolest ei ole selliseid somaatilisi haigusi, mis alati ja ainuüksi tekiksid psühhogeensel teel. Küll aga on indiviide, kellel konkreetse somaatilise haiguse teke on puhtalt psüühikast sõltuv. Õigustatud ei ole psühhogeneenia ja somatogeneenia vastandamine, kaugeltki mitte nende teineteisest lahutamine. Konkreetse haiguse etioloogias ja patogeneesis võivad osaleda mõlemad mehhanismid, kuid indiviiditi võib neil olla erinev osa. Nii on lugu kaksteistsõrmiku haavanditõve, bronhiaalastma, essentsiaalse hüpertensiooni, südame isheemiatõve ja mitmete muude haigusatega, mida oleme harjunud psühhosomaatilisteks haigusteks pidama. Näiteks on ka aterogeneenis psüühilistel faktoritel küll oluline, kuid kaugeltki mitte otsustav osa. Enamasti dikteerivad selle haiguse formeerumise geneetilised ja olmetegurid, nagu suitsetamine, toitumistava, liikumisrežiim.

Inimese konstitutsioon ja temperament ei ole haiguse tekkimise aspektist eriti olulised. Kaalukam on isiku individuaalsuse kõrgemate etaažide — iseloomu ja isiksuse osa. Aktsentueeritud isiksuse puhul võivad sugeneda adaptatsiooniraskused. Puudulikku adaptatsioonivõimet tuleb aga haiguse tekkimise seisukohalt arvestada. Üks ilmekaid näiteid on A-tüüpi isiksuse diferentsimise vajadus südame isheemiatõve disponeerituse suhtes. Kahjuks on isiksuse detailsema hindamise meetodid liialt töömahukad ja subjektiivselt interpreteeritavad, mistõttu nende raken-

damine kliinilises praktikas tuleb arvesse vaid piiratud ulatuses ja sedagi vastava koosseisulise spetsialisti, meditsiinipsühholoogi olemasolu korral. Tavapraktikas tuleb piirduda lihtsamate hindamisvõtetega. Üks käepärasemaid, kahjuks küll ainult orienteeriv test A-tüüpi isiksuse selgitamiseks on S. G. Haynesi jt. (1982) koostatud küsimustik.

Neljanda peatüki teema on isiksuse reaktsioonid somaatiliste haiguste suhtes. Suuremal või vähemal määral käivituvad erinevat laadi adaptatsioonimehhanismid. Arsti ülesanne on siin kaasa aidata soodsate adaptatsioonireaktsioonide väljaarendamisele, eriti haige rehabiliteerimisel.

Viies peatükk. Psüühilised seisundid ja haigused. Tuleb soostuda autori arvamusel, et hüpnodrilise ja düsfoorilise meeoluga patsient põhjustab eelkõige iseendale täiendavaid vaevusi. Kannatust ja head taktikalist vaistu nõuavad arstilt eriti pahunudüsoorilise meeoluga haiged. Nende käitumisjoo- neks on permanentne rahulolematuse kõige ja kõige suhtes, nad on juba oma psüühilise sättumise poolest raviresistentsed, sealjuures eriti pretensioonikad. Loomulikult ei ole arstil selliseid haigeid abistada kerge.

Kuuendas peatükis käsitletakse psüühiliste protsesside ja haiguste vastastikust seost. Analüüsitakse valu, mõtlemise ja tundmuste mõju somaatilisele haigusele. Arstil peab olema täielik ülevaade sellest, kuidas haige oma haigust interpreteerib. Siit tuleneb ülesanne anda haiguse olemuse ja prognoosi kohta soodus psühhoterapeutiline hinnang. Tuleb arvestada ja vältida haigel sundmõtete tekkimise võimalust. Haige vabastamine juba formeerunud sundmõttest nõuab sihipärast psühhoterapeutilist töötlust. Autor oleks võinud tuua mõned drastilised näited psüühika, see tähendab mõtlemise osast elutegevusele üldse, nagu seda esineb primitiivsetel inimestel mingi fataalse tabu vastu eksimisel ja nagu seda on ka fantoomrasedus.

Seitsmes peatükk on käsiraamatu üks kesksemaid. Tutvustatakse psühhote-

teraapiameetodeid somaatilistelt haigete ravis ja rehabiliteerimisel. Põhiteesiks on, et iga raviarst peab ühtlasi olema ka psühhoterapeut. Arst ilma psühhoteeraapia põhimeetodeid valdamata ja neid kasutamata on halb arst. Tema tegevus võib haigele kasu asemel üksnes kahju tuua. Raviarstina töötamisel jääb ainuüksi arstidiplomist väheks. Siinkohal tekib väike ebakõla, sest psühhoteeraapia, olgu see siis veenmis- või sisendusravina, rääkimata hüpnosist ja autogeense treeningu õpetamisest, võtab aega. Tavalisel raviarstil sellist lisa-aega pole kusagilt võtta, mistõttu psühhoteeraapia oma mahult ja kvaliteedilt võib jääda kesiseks. Puudulik on ka arstide sellealane ettevalmistus studiumi vältel. Suure tööstaaziga arstid vaevalt alahindavad psühhoteeraapia tähtsust. Kogemuste põhjal nad teavad, et psühhofarmakonid ei suuda psühhoteeraapiat asendada. On tähtis, et emotsionaalsel desensibiliseerimisel haigele lõõgastusvõtteid mitte paljasõnaliselt ei soovitata, vaid neid ka tegelikult õpetatakse, kuid jällegi kimbutab ajafaktor! Rohkem tuleks kasutada emotsionaalse psühhoteeraapia võimalusi: loodus, muusika, sotsiaalne keskkond, miljö. Kuid arst, kui kiire tal ka ei oleks, peab haigele jätma mulje, et tal on aega küllalt, nimelt tema, konkreetse haige jaoks. See tõdemus on psühhoteeraapia üks alussambaid.

Kaheksandas peatükis annab autor ülevaate meditsiinideontoloogia põhi- joontest.

Oleks soovinud, et autor lisanuks käsiraamatule veel ühe peatüki, nimelt selle, kus leidnuks käsitlust psüühilise faktori osa arsti tegevuses. Eelnevat lugedes jääb mulje, et arst ainult peab, on kohustatud. Muidugi, kõik see kuulub obligatoorselt meditsiiniprofessiooni juurde, kuid pideva põlemise tagajärjeks on ka enneaegne kustumine. Nagu iga teise kutseala esindaja, nii ka arst vajab töökaitset ja seda ka psüühika sfääris. On tõsiasi, et osa eriarstide elu kestus on keskmisest lühem, et arstide hulgas on suhteliselt palju alkoholismi- haigeid, narkomaane, suitsiidimõtte all

kannatavaid või suitsiidikatset teinud inimesi. Sellest kõigest tulenevalt tõstatub kutsevaliku küsimus: kes üldse sobib arstiks? Etendavad ju arsti psüühilised omadused, nagu optimism, pessimism, kartlikkus ja ebakindlus, haige ravimisel oma osa ning mõjutavad arsti ennastki. Üpris koomiliselt mõjub näiteks arstist bakteriofoob. Kuid ta ju ise kannatab, elab pideva hirmu kammitsais. Põhjalikum peab olema arstide ettevalmistus raskesti haigete ravimiseks ja põetamiseks, samuti nn. probleemhaigetega tegelemiseks. Eraldi käsitlemist vajab suremise ja surma probleem. Siin ristuvad keerukates kombinatsioonides arsti, haige ning tema omaste mõtted ja tunded. Ühesõnaga, meditsiinipsühholoogia valdkonda kuuluvad mitte ainult need probleemid, kuidas arst haiget soodsalt mõjutada saab, vaid ka need, kuidas haige arsti mõjutab ja mis sellest tuleneb.

Jüri Saarma käsiraamat «Meditsiinipsühholoogia» on huvitavalt kirjutatud ja selle lugemine on kasulik ning tekitab positiivseid emotsioone. Oleks tore, kui kõik meedikud käsiraamatu läbi loeksid ja selles leiduvaid põhitõdesid oma igapäevases kutsetöös ka rakendaksid.

Jaani Riiv

Laste ja noorukite tubakasuitsetamise levimust NSV Liidus on uurinud A. Likov, uurimus on avaldatud kandidaadiväitekirjana. 11 aasta vanuses suitsetab 3,0... 3,6 % poeglastest, 12 aasta vanuses 13,0... 14,3 % poeglastest ja kuni 2,3 % tütarlastest, 13. eluaastal suitsetab 6,3... 7,0 % poeglastest, 14. eluaastal 29,2... 31,0 % poeglastest ja 4,1... 4,3 % tütarlastest, 15. eluaastal 24,4... 27,2 % poeglastest ja 8,2... 9,5 % tütarlastest, 16 aasta vanuses on suitsetajaid poeglastest 43,2... 46,6 % ja tütarlastest 13,0... 14,9 % ning 17 aasta vanuses suitsetab 45,5 % noormeestest ja 18,8 % neidudest. NSV Liidus on tehtud palju epidemioloogilisi uurimisi laste ja noorukite tubakasuitsetamise kohta, uurimistulemused erinevad suuresti.

Экспресс-информация (Социальная гигиена и организация здравоохранения), 1986, 11.

Vastukajad

Kas on ikka nii õige?

Fotograafina, ka velskrina olen mõnel suvel käinud Eesti Meditsiiniõdede Seltsi puhkelaagris. Peale kiituse ei oska esialgu tõesti midagi öelda. Õed on tublid oma raskes, tihtipeale tänamatus töös, sama vahvateks on nad osutunud laagrite korraldamisel. Organiseerida neid üle tuhande osaleja jaoks ei ole kaugeltki lapsemäng. Pealegi ei seisa seltsi eesotsas mitte pikaajaliste kogemustega kultuuritöötajad, vaid lihtsalt toredad ja mõistlikud naised.

Ometi on minule (ja ehk veel kellelegi) laagrite korraldamisest midagi segaseks jäänud. Õed võistlevad innukalt sõna-, mõtlemis- ja muskikunstmis. Taidlus, viktoriin ja spordivõistlused on kujunenud heaks tavaks. Kui aga laagri lõpetamisel kokkuvõtte ette loetakse, siis tekib imelik küsimus. Esitame sellise näite: võrkpallivõistlusel tulid esikohale N rajooni õed (fakt), parimaks osutusid siiski hoopis M rajooni omad (protokolli järgi), N rajooni naiskond ei tulnud üldse ühelegi kohale. Kuidas siis nii? «Nagu seltsi puhkelaagritel tavaks, ei läinud arvesse korraldava rajooni võistlejate esikohad, samuti ei mõjutanud punktide arvu lastele korraldatud võistlused», seletati mulle.

Et laste võistlused moodustavad omaette klassi, on mõistetav ja õige (nende puhul tulid arvesse ka korraldava rajooni laste tulemused). Kummalise tava kohta aga väideti, et nii seisvat ju põhikirjas. Aga eks ole ju varemgi põhikirjasid, isegi põhiseadusi muudetud. Just siis, kui see aeguma kipub. Vaadelgem asja näidete varal. Mis toimuks sellise seaduse puhul Balti regatil? Et vastust saada, kustutagem viimase regati tulemustest Nõukogude Liidu purjesportlaste nimed. Helsingi olümpiamängudel jäänuksid soomlaste saavutused nulliks. Miks karistatakse laagri korraldajaid, suure vaeva nägijaid, kuhu jääb traditsiooniline spordiaue? Küllaliskusena või tagasihoidlikkusena seda tõlgendada ei tohi!

Anneli Margi

Uusi ravimeid

DEFEDRIIN

(*Dephadrinum*, дэфедрин)

Preparaati saadakse *Ephedra equisetina* Bge. (*Ephedraceae*) võsudest. Keemiliselt fenüül-metüül-amino-propanoolhüdrokloriid. Meditsiinis kasutusel valgete tablettidena. Defedriin on adrenomimeetiline ravim, avaldab stimuleerivat toimet kesknärvisüsteemisse, laiendab bronhe, evib kardiostimuleerivat toimet, tõstab arteriaalset rõhku, kutsub esile perifeersetes veresoontes ahenemise. Defedriini kasutatakse täiskasvanutel kerge ja keskmise raskusega bronhiaalastma ja ägeda või kroonilise astmaatilise bronhiidi raviks.

Ravimit võetakse 0,03...0,06 g 2...3 korda päevas. Ravi kestus on 10...20 päeva. Vajaduse korral võib ravi jätkata, sel juhul võetakse 0,03 g defedriini ööseks. Kõrvaltoimena võivad esineda nõrk treemor, südamepekslemine, erutus, unetus, vereringehäired, kusepeetus, isukaotus, oksendamine, suurenenud higieritus, allergiline lööve. Kõrvalnähtude ilmnemisel defedriini kasutamine katkestatakse.

Ravimi vastunäidustusteks on arteriaalne hüpertensioon, südame- ja ajuveresoonte tugev ateroskleroos, vereringepuudulikkus, hüpertüreoos, unetus. Ravimit ei kasutata raseduse korral.

Pakend, milles on 30 tabletti á 0,03 g, maksab 20 kopikat.

Säilitatakse kuivas, valguse eest kaitstud kohas. Ravim kuulub B-nimekirja.

Uus kodumaine preparaat.

LEDIIN

(*Ledinum*, ледин)

Lediin on taimne ravim, mida toodetakse sookailu (*Ledum palustre* L., *Ericaceae*) seskviterpeene sisaldavast eeterlikust õlist. Meditsiinis on kõharavimina kasutusel kollase kattekihiga tabletid.

Lediini toime ilmneb 15...20 minutit pärast tableti sissevõtmist ja kestab kuni 3 tundi. Ravim avaldab kõha pärssivat tsentraalset toimet, lõõgastab bronhide spasme ja laiendab bronhe. Le-

diin ei mõjuta arteriaalset rõhku, soolte silelihaseid ega pärsi hingamist.

Lediini kasutatakse kopsude ja ülemiste hingamisteede ägedate ja krooniliste haiguste puhul, kui esineb kuiv kõha. Vajaduse korral võib ravimit kombineerida röga lahtistavate ravimitega. Lediini võetakse 0,05...0,1 g 3...5 korda päevas 3...10 päeva. Ravim võib põhjustada allergiat, sel juhul tuleb ravi katkestada.

Pakend, milles on 10 tabletti á 0,05 g, maksab 2 rubla ja 2 kopikat. Säilitatakse valguse eest kaitstult.

Uus kodumaine ravim.

LEVOMEKOOL

(*Unguentum laevomecolum*, мазь левомеколь)

Levomekool on salv, mille koostisse kuuluvad toimeainetena levomütsetiin ja metüüluratsiil, salvialuseks on polüetüleenglükoolide (400 ja 1500) segu.

Levomekool on valge, lõhnata, ühtlase paksu konsistentsiga salv, mis seguneb hästi veega. Segamisel, samuti soojendamisel 26 °C-ni muutub salv geelitaoliseks massiks.

Levomekoolil on põletikuvastane (dehüdratiseeriv) ja mikroobivastane toime. Toimib grampositiivsetesse ja gramnegatiivsetesse mikroobidesse, nende hulgas stafülokokkidesse, sinimädabakterisse ja soolekepikeesse. Salv imendub kergesti ja säilitab oma antibakteriaalsed omadused ka siis, kui haav on mädane ja esineb nekrootilist kude. Levomekooli koostisse kuuluvate polüetüleenglükoolide dehüdratiseerivad omadused on tugevamad kui naatriumkloriidi hüpertoonilisel lahusel. Levomekooli kasutatakse mädaste haavade ravis. Salviga immutatud steriilne marlitampoon pannakse kohevalt haava sisse.

Vajaduse korral võib 35...36 °C-ni soojendatud levomekooli süstlaga viia sügavamale mädakoldesse läbi kateetri või dreeni. Salvi kasutatakse iga päev, kuni haav on mädast ja kärbus koest puhas.

Levomekool võib levomütsetiini suhtes ülitundlikel patsientidel põhjustada allergilist nahalöövet, mis on ravimi kasutamise vastunäidustuseks.

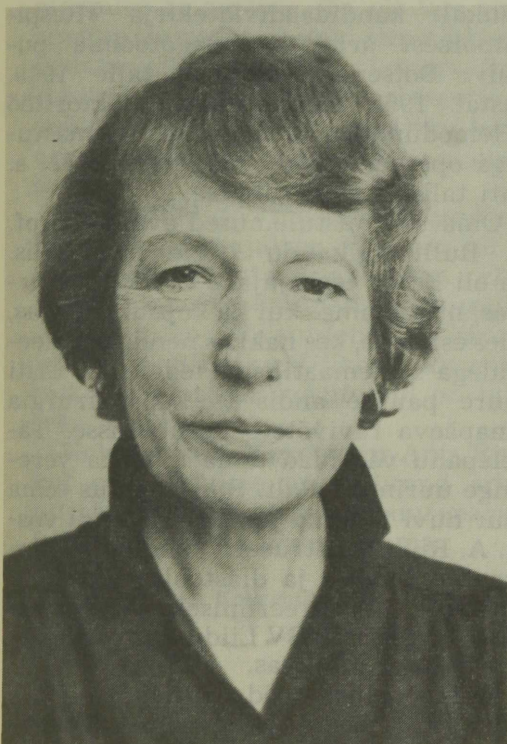
Säilitatakse kuivas, jahedas, valguse eest kaitstud kohas. Uus kodumaine ravim.

Purk, milles on 100 g levomekooli, maksab 88 kopikat.

Aino Jürison

In memoriam

Helga Mägi
4. I 1927 . . . 30. X 1986



30. oktoobril 1986. aastal lahkus pärast rasket haigust meie hulgast jäädavalt Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonna arst Helga Mägi.

H. Mägi sündis 4. jaanuaril 1927. aastal Tartus töölisperekonnas. 1945. aastal lõpetas ta Tartu II Tütarlaste Gümnaasiumi. TRÜ arstiteaduskonnas õppis aastail 1945 . . . 1951. Üliõpilasena oli H. Mägi Üliõpilaste Teadusliku Ühingu neuroloogiringi üks aktiivse-

maid liikmeid. Ta esitas kirjandusülevaateid ja refereeringuid neuroloogia eriteemadel.

Kogu tema töörohke elu oli seotud Tartu Närvikliinikuga. Seal alustas ta töötamist neurokirurgiaosakonnas sidumistoa õena, olles V kursuse üliõpilane, ning jätkas pärast diplomi saamist tööd neurokirurgia- ja neuroloogiaosakonnas neuroloogina.

H. Mägi armastas oma arstitööd, oli tähelepanelik ja südamluk suhtlemisel haigetega, pälvides nende lugupidamist. Oma erialateadmisi täiendas ta pidevalt. Ta oli esimese kategooria neuroloog. Tema teadustöö, mille kohta on tänaseni trükitud avaldatud tsiteeritavaid artikleid, käsitleb *sclerosis multiplex*'i probleeme. Oma kõrge erialase kvalifikatsiooni, pedagoogioskuste ja nõudlikkuse poolest oli H. Mägi hinnatud üliõpilaste ja internide õpetajana ning täiendusel olevate arstide juhendajana. Tal oli palju õpilasi, kes hiljemgi, ise arstidena töötades, temalt sageli nõu küsisid. Kolleegidele oli ta alati abivalmis konsultant. H. Mäele olid pühad deontoloogia põhimõtted.

H. Mägi oli kutsumusega arst. Ta oli väga elurõõmus, suure elutahtega. Ta oli äärmiselt peenetundeline nii oma arstitöös patsientidega suhtlemisel kui ka kolleegide suhtes. H. Mägi oli kohusetruu inimene, enese suhtes väga nõudlik. Ta luges palju, oli kunsti- ja muusikalebene.

H. Mäge armastasid nii kolleegid kui ka üliõpilased. Eriti suureks eeskujuks oli ta noortele arstidele, aga ta oli ideaaliks ka paljudele vanematele kolleegidele. Tal oli palju sõpru.

Meie vabariigi neuroloogide perele oli Helga Mägi surm suureks kaotuseks. Helge mälestus temast jääb alatiseks nende südamesse, kes teda tundsid ja teadsid.

Kolleegid

Ants Rulli

16. IX 1908 . . . 31. X 1986



31. oktoobril lakkas tuksumast Eesti NSV teenelise arsti, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üldkirurgia kateedri endise juhataja meditsiinidoktor professor Ants Rulli süda.

A. Rulli sündis 16. septembril 1908. a. Raudna vallas Viljandimaal põllupidaja perekonnas. Õppis Viljandi algkoolis ja gümnaasiumis, mille lõpetas 1928. aastal. Ajavahemikul 1930 . . . 1936 õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist töötas 1940. aastani ülikooli haavakliiniku assistendina. 1939. aastal õppis Eesti Arstidekoja stipendiaadina Heidelbergi ja Berliini ülikooli kliinikutes. Aastail 1940. . . 1945 töötas kirurgiaosakonna juhatajana Võrus ja Viljandis. Alates 1945. aastast töötas A. Rulli TRÜ arstiteadus-

konnas kateedrijuhatajana. Ajavahemikul 1945 . . . 1952 ja 1956 . . . 1974 üldkirurgia kateedris ning 1952 . . . 1956 teaduskonnakirurgia kateedris. Aastail 1974 . . . 1979 oli A. Rulli üldkirurgia, anestesioloogia ja reanimatoloogia kateedri professor ning edasi kuni 1983. aastani sama kateedri konsultantprofessor.

A. Rulli tundis suurt huvi teadustöö vastu. Esimeseks uurimuseks oli 1934. aastal kirjutatud töö «Eesti šokolaad tervislikust seisukohast», mis sai esimese auhinna. 1947. a. kaitses A. Rulli edukalt kandidaadiväitekirja «Respiatoorsest arütmias vagotoomia puhul». Dotsendikutse anti talle 1949. aastal. 1968. aastal valmis doktoritöö «Hemodünaamika lokaalse tuimastusega opereeritavatel haigetel». 1971. a. anti talle professorikutse.

Oma uurimistulemused avaldas prof. A. Rulli ligikaudu 70 teadusartiklis. Ta oli Eestis teerajajaks rindkerekirurgias, nii südame- kui ka kopsukirurgias, olles esimene, kes hakkas nende probleemidega süstemaatiliselt tegelema. Eriti suure panuse andis ta kopsukirurgia tänapäeva ravivõtete kasutamisse. Tähelepanu väärivad tema tööd ka vereeringe uurimise alalt. Siin avaldus tema suur huvi tehnika ja eksperimendi vastu. A. Rulli konstrueeris tonointervallograafi süstoolse ja diastoolse vererõhu pidevaks registreerimiseks. Aparaat demonstreeriti NSV Liidu Rahvamajandusnäitusel Moskvas.

Pedagoogilist tööd alustas A. Rulli juba 1936. aastal, kohe pärast ülikooli lõpetamist. 1945. aastast alates pidas ta arstiteaduskonna üliõpilastele loenguid üldkirurgiast ja erikirurgiast. A. Rulli õpetas tuhandeid tulevase arste, jagades neile oma kogemusi. Ta oli mitme õppevahendi autor ning õpiku «Üldkirurgia» üks autoreid. A. Rulli oli paljude kandidaadi- ja doktoriväitekirjade juhendaja ning oponent.

Teadusliku, pedagoogilise ja kliinilise töö kõrval võttis prof. A. Rulli agalt osa ka ühiskondlikust ja administratiivsest tööst. Kohe pärast üldkirurgia kateedri juhataja kohale kinnitamist

1945. aastal reorganiseeris ta kiiresti sõjakeerises likvideerunud kirurgiahaigla ja oli selle peaarstiks. Pikka aega täitis ta Tartu peakirurgi kohustusi. Korduvalt valiti teda Tartu Arstide Seltsi, hiljem Tartu Kirurgide Seltsi esimeheks. Ta oli Eesti Kirurgide Seltsi juhatuse liige, «Eesti nõukogude entsüklopeedia» ühiskondliku toimetuse liige ja kuni viimaste elupäevadeni TRÜ kirurgia erialanõukogu liige.

Täpsuse, töökuse ja nõudlikkusega nii enese kui ka kolleegide ning üliõpilaste suhtes oli A. Rulli võitnud üldsuse lugupidamise ja austuse. Ta oli laia silmaringiga inimene, tema lemmikharrastusteks olid lugemine, fotograafia ja reisimine. Viimastel aastatel tervise halvenedes säilitas ta optimistliku hoiaku ega kaotanud talle omast huumorimeelt.

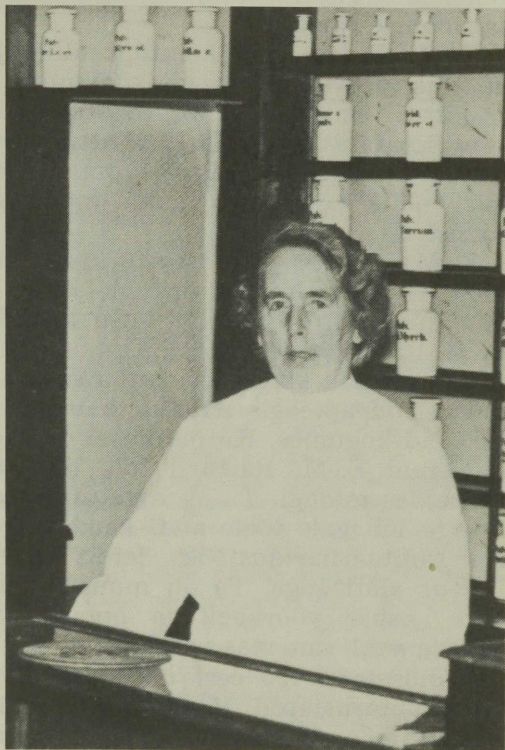
A. Rulli elutöö moodustab kindla osa Eesti kirurgia ajaloos. Kahjuks jäi memuaaride kirjutamine sellest elupeeriოდist tema töökabineti lauale pooleli.

Taas tuleb pöörata lehekülj kirurgia ja Tartu Riikliku Ülikooli kroonikas, sest üks oma ala korüfeesid on igaveseks lahkunud.

Helge mälestus professor Ants Rullist kui oma erialale pühendunud arstist, viljakast teadlasest ja suurepärasest inimesest jääb kauaks püsima.

Kolleegide nimel Ants Peetsalu

Evi-Maria Rattur **12. IV 1903 . . . 6. XI 1986**



6. novembril 1986. aastal suri 83. eluaastal Saaremaa farmatseutide nesor Evi-Maria Rattur.

E.-M. Rattur sündis 12. aprillil 1903. aastal Saaremaal talupidaja perekonnas. Pärast Kuressaare gümnaasiumi lõpetamist asus ta tööle apteekriõpilaseks magister Alliku apteegis. E.-M. Rattur oli apteegis õpilaseks viis aastat. 1933. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli proviisorikutsega. Pärast ülikooli lõpetamist töötas E.-M. Rattur Võru apteegis. 1944. aastal läks ta tagasi oma kodusaaarele, kus ta oli kolmkümmend aastat apteegijuhataja Kingisepas.

1944. aastal hakkas E.-M. Rattur kodusaaarel energiliselt rajama uut apteegivõrku, otsima ja õpetama apteegi-

töötajaid. Saaremaa pinnal käisid veel lahingud, elanikkond ja haigla vajasisid ravimeid.

Suurele töökoormusele vaatamata võttis E.-M. Rattur aktiivselt osa ka ühiskondlikust tööst. Aastaid oli ta Saaremaa meedikute ametiühinguorganisatsiooni esimees.

E.-M. Rattur oli kohusetundlik ja nõudlik proviisor. Ta oli südamluk ja hoolitsev haigete vastu, vastutulelik kaastöötajate suhtes. E.-M. Rattur õpetas oma kolleege ja andis oma teadmisi neile edasi. Ka tema mõlemad tütreid on meedikud.

E.-M. Rattur armastas väga oma tööd. Ta oskas inimesi õpetada ja neile nõu anda. Tihti mindigi otse apteeki E.-M. Ratturilt abi saama. Ta korraldas ravimtaimede kogumist. Kui ravimtaimedest oli apteegis puudus, käis ta ka ise neid kogumas. Ka puhkusel olles ei lõppenud E.-M. Ratturil töö, ikka ta korraldas midagi. Ta oli algatusvõimeline ja lõi igale tööle alati käed külge. Ka sanitaarharidustööks leidis E.-M. Rattur alati aega. Ta oli muusikalembene, oskas võõrkeeli ja õppis neid juurde veel vanemas eas.

Kohusetruu töö eest oli E.-M. Ratturit autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, meie vabariigi kõrgeima autasu — Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja — ja paljude teiste aukirjadega.

Helge mälestus Evi-Maria Ratturist, suurepärasest inimesest ja farmatseudist, jääb kaastöötajate, Saaremaa meedikute ning saarlaste südameisse.

*Kolleegeide nimel
Ants Haavel*

Elmar Jõgar

12. IX 1911 . . . 22. XI 1986



Eesti NSV arstkonda on tabanud raske kaotus. Meie hulgast lahkus jäädavalt teenekas kõrgema kategooria onkoloog Elmar Jõgar.

E. Jõgar sündis 12. septembril 1911. aastal Tartumaal töölis perekonnas. 1932. aastal lõpetas ta Tartu Õpetajate Seminari, seejärel töötas õpetajana Nõo ja Hiiekõnnu algkoolis. 1938. aastal astus E. Jõgar Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1946. aastal. Viimastel kursustel õppides töötas ta arsti kohusetäitjana Ahja ja Meeksi arstijaoskonnas ning Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Pärast ülikooli lõpetamist oli E. Jõgar Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama bakterioloogialaboratooriumi juhataja. Aastail 1947 . . . 1949 töö-

tas ta Tartu Naistekliinikus ordinaatorina, 1949... 1951 Tartu Vabariiklikus Radioloogia Instituudis ja Kliinikus onkoloogiaosakonna juhatajana. Ajavahemikul 1951... 1981 oli E. Jõgar Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispanseris I kirurgiaosakonna juhataja ja tegevkirurg, aastail 1981... 1986 osakonna konsultant. Ta oli saanud mitmekülgse ettevalmistuse kliinilises meditsiinis. Algul tegeles ta nii kopsuhaigete kui ka gastroenteroloogilisi haigusi põdejate ravimisega, hiljem põhiliselt pea- ja kaelapiirkonna kasvajate all kannatajate ravimisega.

E. Jõgar oli oma teadmisi täiendanud Leningradi ja Moskva arstide täiendamise instituudis. Paljude võõrkeelte valdamine võimaldas tal erialal ilmunuga kursis olla. Tema raamatukogust said erialakirjandust ka kolleegid. Oma raamatud parandas ta Tallinna Vabariiklikule Onkoloogiadispanserile, asutusele, kus oli töötanud 35 aastat.

E. Jõgar võttis kasutusele näo- ja kaelapiirkonna pahaloomuliste kasvajate radikaalse operatsiooni meetodid meie vabariigis. Oma teadmisi ja oskusi andis ta edasi noorematele kolleegidele, kes jätkavad tema elutööd.

Ta oli aktiivne Eesti Onkoloogide Seltsi liige, korduvalt esines ta ettekanetega konverentsidel ja nõupidamistel.

E. Jõgarit oli autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.

Kolleegid

Toimetuse veerg

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuskolleegiumi järjekordne koosolek toimus 14. jaanuaril 1987. Päevakorras olid toimetuse nõukogu koosseisu muutmine, toimetuse retsensentide nimekirja läbivaatamine ja kinnitamine. 1987. aasta ajakirjanumbrite temaatika ja toimetuse portfelli sisu arutelu, samuti tutvumine üleliidulise tüüpohimäärusega ajakirja toimetusele laekunud käsikirjade retsenseerimise ja toimetamise kohta. Otsustati kitsastel meditsiinerialadel temaatilisi numbreid edaspidi mitte komplekteerida. Teistkordselt arutati veel V. Jõepera pretensiooni «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 1985. aasta 3. numbris (lk. 224—225) avaldatud Eesti NSV teenelise teadlase bioloogiadoktor E. Vagase artikli «Raamat leivast ja inimese toitumisest» kohta ning V. Jõepera poolt toimetusele samas küsimuses korduvalt saadetud kirju. Selles päevakorrapunktis võtsid sõna ja avaldasid oma arvamust kohal olnud kolleegiumiliikmed: Eesti NSV Tervishoiu ministeeriumi peaterapeut prof. N. Elšteini, Eesti NSV Tervishoiu ministeeriumi Arstiteadusseltside Nõukogu esimees, Tallinna peakirurg prof. U. Sibul, Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori asetäitja teadusosal prof. R. Silla, Eesti NSV Tervishoiu ministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja prof. R. Zupping, Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst meditsiinkandidaat M. Kivilo. Oma seisukohad olid esitanud ka NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige, TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri konsultantprofessor J. Saarma, Eesti NSV teeneline teadlane, TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri juhataja prof. L. Allikmets ning sünnitusabi ja günekoloogia kateedri juhataja, Eesti NSV teeneline arst prof. K. Gross. Kolleegiumi liikmed tutvusid ka kolme arstiteadlase eksperthinnanguga V. Jõepera 1983. aastal ilmunud brošüüris käsitletud meditsiini valdkonda kuuluvate probleemide kohta. Toimetuskolleegiumi üksmeelse otsuse põhjal ei peeta otstarbekaks avaldada «Nõukogude Eesti Tervishoiu» V. Jõepera kirjutist E. Vagase argumenteeritud publikatsiooni kohta, sest V. Jõepera brošüüris «Leib meie laual» ja ka toimetusele saadetud kirjutises on käsitletud põhimõttelisi bioloogia- ja meditsiiniprobleeme asjatundmatult, mida kinnitavad ka eksperthinnangud. Seetõttu nimetatud teema edasine arutelu ajakirja veergudel ei ole vajalik.

Tervishoiuministeriumis

25. septembril 1986 kuulati kolleegiumi koosolekul peaakušöörgünekoloog M. Parve informatsiooni emade surmajuhtude kohta, mis leidsid aset 1986. aasta esimesel poolel. Nende ärahoidmiseks on vaja tihedat koostööd terapeutide ja akušöörgünekoloogide vahel. Hea koostöö tulemusena on võimalik ära hoida diagnoosimisvigu, sünnitaja seisundi ebaõiget hindamist, on võimalik dispansseeritud raseda seisundit põhjalikult analüüsida, eriti siis, kui jälgimisandmed on korrektselt vormistatud. Suure riski rühma kuuluvad rasedad peab õigel ajal hospitaliseerima kõrgema etapi raviasutusse. Samuti on nõutav, et kiirabitöötajad oleksid kompetentsed esmaabi andmises raskekujuliste rasedustoksikooside korral.

Samal koosolekul kuulati ka informatsiooni ja analüüsi imikute suremuse kohta 1986. aasta esimesel poolel.

Järgmisena arutati, kuidas 1986. aasta esimesel poolel on täidetud röntgeni- ja fluorograafiafilmist hõbeda riiklikku fondi tagastamise plaan. Mitte kõikides tervishoiuasutustes ei täideta seda plaani.

Kuulati Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarsti M. Kivilo aruannet alkoholismivastastest kasvatustööst haridus- ja kutseharidussüsteemi õppeasutustes. Ehkki sanitaarharidustöö on muutunud laialdasemaks ja sisukamaks, vajab tõustamist alkoholismi profülaktika, vajavad täiustamist selle meetodid ja suurendamist mõjujõud. Kolleegiumi otsuses on antud juhtnöörid selle kui esmatähtsa töö mõjusamaks muutmiseks. Sellest tulenevalt nõutakse ka meedikutelt, et nad alkoholismi profülaktikasse elavamalt sekkuksid ning koolides õpetajaid metoodiliselt abistaksid. Vabariiklikul Sanitaarharidusmajal ja Vabariiklikul Narkoloogiadispanseril on vaja organisatoorseid tööd ning kontrolli veelgi tõhustada, sealjuures diferentsida alkoholivastase propaganda meetodikat. Parem peaks olema lastearstide ja noorukite terapeutide ning kooliõpetajate vaheline koostöö. Alkoholivastase propaganda põhitõed peaksid koolides õppe- ja kasvatustöös jõudma iga õpilase teadvusse.

Arutati ka Tallinna Vabariikliku Haigla ja Tartu Kliinilise Haigla organisatsiooni- ja metoodikatööd rajoonides ning linnades. Kuulati ära A. Roosilehe ja V. Noore aruanded. Kogu meie vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste arste on juhendatud meditsiini põhialadel. Spetsialis-

tide brigaadide väljasõidud on toimunud regulaarselt, metoodikaarstid on kontrollinud ettepanekute ellurakendamist. Mõlemad nimetatud haiglad on ka kliinilise ordinatuuri, täienduskursuste ja ka töökohal erialase täiendamise baasiks. Sellesse töösse on vaja kaasata ka Tartu Kliinilise Lastehaigla, Tartu Kliinilise Sünnitusmaja arste, kateedrite õppejõude. Ka Tallinna Kiirabihaigla, A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku, Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla neuroloogiaosakonna arstide osalemine väljasõitudes rajoonidesse ning konsultatiivses töös on olnud ebaõnnis.

2. oktoobri koosolekul arutati tervishoiuministeriumi süsteemi asutuste materiaal-tehnoloogilist baasi aastail 1986...1990. Koosolekut juhatas minister prof. V. Rätsep. Kuulati ministri asetäitja J. Markovi, tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektori asetäitja V. Allika ja ministeriumi osakonnajuhataja R. Tombu aruandeid. Arutelust võtsid osa ka EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko ning Eesti NSV Riikliku Plaanikomitee osakonnajuhataja R. Loik.

XII viisaastakul on kapitaal mahutusi Eesti NSV tervishoiuasutuste ja muude ehitiste jaoks planeeritud 58 miljoni rubla eest, sealhulgas 39,2 miljonit rubla on eraldatud ehitus-montaažitöödeks. Ette on nähtud viisaastakul juurde saada 1480 haigla kohta ning suurendada ambulatooriume ja polikliinikuid sel määral, et külastuste üldarv suureneks 5950 võrra vahetuses. Jätkub ka apteekambulatooriumide rajamine, samuti tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» Apteekide Peavalitsuse allasutuste väljaehitamine. Vajame vähemalt 150 kohaga väikelastekodu. Raskusi on tervishoiuasutuste projekteerimisega, sest projektid ei ole lihtsad ega standardised. Hoopis otstarbekam oleks projekteerimistööd algusest lõpuni teha koduvabariigis, sest siin on kompetentseid meditsiinasutuste projekteerijaid. On aeg mõelda selliste laorumide rajamisele, kus oleks võimalik hoida nii ehitusmaterjali kui ka meditsiiniaparatuuri ja -tehnikat. Koos uue tervishoiuasutusega tuleks alati ehitada ka meditsiinitöötajatele kortereid, haiglate juurde ka mitmeid abihooneid. On väga tähtis, et tervishoiuasutuste materiaal-tehniline varustamine kulgeks vaheaegadeta, samuti et jooksev remont toimuks pidevalt. Kolleegiumi otsus on üksikasjalik ja suunav.

17. oktoobril toimus kolleegiumi istung Raplas, millest võtsid osa ka kohaliku täitevkomitee töötajad. Arutelu teema oli Rapla rajooni elanike arstiabi ja selle parandamine. Aruande esitas Rapla Rajooni Keskaigla peaarst T. Kadastik, kaasaruande Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja organisatsiooni-metoodikatöö alal A. Roosileht. Istungit juhatas täitevkomitee esimees P. Tarro.

Rajoonis on viis haiglat (kokku 360 voodikohta), kolm ambulatooriumi ning 12 velskri- ja ämmaemandapunkti. Haigestumus ajutise töövõimetusega oli 1985. aastal vähenenud 11,8 %,

seega on keskmisest madalam. On toimunud eriarstibrigaadide vastuvõetud rajoonikeskusest kaugemates asulates. On peetud kutsevõistlusi. Laste suremus on vähenenud. Ka alkoholitarbimine on rajoonis vähenenud, karskuspropaganda tõhustunud. Kuudal tegutseb keskhaigla narkoloogiaosakond. Kuid rahva tervise kaitseks on veel palju teha. Rapla vajab uut rajooni keskhaiglat. Tuleb moodustada kiirabi-brigaadid, mille koosseisu kuuluksid arstid. Peaspetsialistid juhendagu ja jälgigu tööd omal erialal paremini. Vaja on laiendada laboratoorset diagnoosimist, parandada veelgi ajutise töövõime-tuse ekspertiisi, elavdada sanitaarharidustööd ja karskuspropagandat. Rajooni keskhaigla poli-kliinikud vajavad kitsa eriala spetsialiste, maa-ambulaatoriumid pediaatreid. Kortereid va-javad eelkõige noored spetsialistid, arstid telefone, eriti kirurgid, günekoloogid, anestesio-oloogid. Rapla vajab optikakauplust. Rapla linnas ja ka rajoonis tuleb juhtidel mõelda sellest, kuidas parandada joogivee kvaliteeti majandites, koolides ja mujal.

Vello Laos

Edu eest tervishoiu ja arstiteaduse arenda-misel üheteistkümnendal viisaastakul autasustas NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium oma sead-lusega 26. augustist 1986 järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Lenini ordeniga

Ilmoja, Vello Aleksandri p. — Tallinna Pelgu-linna Haigla peaarst

Oktoobrirevolutsiooni ordeniga

Kiili, Kalju Aleksandri p. — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

Tööpunalipu ordeniga

Allik, Madis Otto p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst

Poklonskaja, Niina Zahhari t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Priimägi, Ludmilla Semjoni t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor

Subi, Vello Oskari p. — Laevanduse Vaba-riikliku Keskhaigla peaarst

Tael, Alvi Aleksandri t. — Tartu Linna Poli-kliiniku vanemõde

Viirmaa, Agu Aleksandri p. — Tallinna Vaba-riikliku Onkoloogiadispenseri peaarst

Elšteini, Natan Vladimiri p. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaterapeut

Rahvaste Sõpruse ordeniga

Gladštein, Ljudmila Nikolai t. — Vabariikliku Struumadispenseri osakonnajuhataja

Rätsep, Väino Johannese p. — Eesti NSV tervishoiuminister

Tammai, Lea Villemi t. — Tallinna Merimetsa Haigla arst

Vagur, Ursel Johannese p. — Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees

Valdas, Reet, Roberti t. — Tallinna Kalinini rajooni Keskapteegi juhataja

Veldre, Ingeborg Arturi t. — Eksperimen-taalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi labora-tooriumijuhataja

Ordeniga «Austuse märk»

Aamer, Ülle Evaldi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla arst

Agijevitš, Galina Juri t. — Narva Linna Kesk-haigla vanemämmaemand

Allmägi, Tiiu Karli t. — Harju rajooni Kuu-salu Ambulatooriumi peaarst

Arnus, Laine Aleksandri t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaõde

Kiisküla, Palmi Oskari t. — Rapla Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Klink, Ain Bernhardi p. — Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Kuzmenkova, Klavdia Timofei t. — Narva Linna Keskhaigla osakonnajuhataja

Kögel, Maire Kaarli t. — Pärnu Verejaama peaarst

Lazareva, Helga Roberti t. — Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peapediaater

Laurand, Vilma Mihkli t. — Tartu Stomato-loogiapolikliiniku peaarsti asetäitja

Lieberg, Milvi Juliuse t. — Paide Rajooni Keskhaigla arst

Majass, Mati Pauli p. — Vabariikliku Naha-ja Suguhaiguste Dispanseri peaarst

Mättas, Malle Augusti t. — Tartu linna Narva-mäe apteegi farmatseut

Parmas, Aita Jakobi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Randvere, Toomas Oskari p. — Tallinna Kiir-abihaigla osakonnajuhataja

Rodin, Aleksei Nikolai p. — Kohtla-Järve RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja

Siim, Kadri Aleksise t. — Tartu Kliinilise Haigla arst

Zahharova, Galina Ivani t. — Tartu rajooni Kasepää Ambulatooriumi juhataja

Zapevalova, Luiza Andrei t. — Rakvere rajooni Kunda Haigla peaarst

Talak, Virge Karli t. — Valga Rajooni Kesk-haigla osakonnajuhataja

Tallermo, Susann Jaani t. — Tallinna Nakkus-haigla peaarsti asetäitja

Talving, Heli Aleksandri t. — Haapsalu Ra-jooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Tuppits, Väino Eduard-Juliuse p. — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst

Valm, Malle Jaani t. — Põlva rajooni Kanepi Ambulatooriumi arst

Töökuulsuse III järgu ordeniga

Leigri, Matti Arturi p. — Vabariikliku koon-dise «Eesti Meditsiinitehnika» remondiettevõtte vanemmeister

Montvil, Mart Vitautase p. — Vabariikliku koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi autojuht

Orav, Elvi Johannese t. — Tallinna Pelgulinna Haigla Polikliiniku õde



Raidmaa, Jaan Augusti p. — Vabariikliku koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi puusepp

Sillamägi, Luule Aleksandri t. — Vabariikliku koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi maaler

Medaliga «Töövapruse eest»

Barsukova, Margarita Vassili t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla vanemõde

Dorofeiskaja, Ljudmila Andrei t. — Tallinna Nakkushaigla vanemõde

Igolnikova, Nellja Ivani t. — V. I. Lenini nimelise kombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» polikliiniku arst

Kaal, Aita Eduardi t. — Tallinna Stomato- loogiapolikliiniku registraator

Kaaret, Rein Valtri p. — Kiviõli Haigla peaarst

Kalkun, Aili Hugo t. — Tartu Kliinilise Haigla röntgenilaborant

Kivimäe, Milvi Voldemari t. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Krause, Elvi Alberti t. — koondise «Eesti Fosforiit» meditsiini- ja sanitaarosakonna vanemõde

Kuusik, Rein Harri p. — Tallinna Tõnismäe Haigla elektrik

Litkovskaja, Nadežda Glebi t. — Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla õde

Mikiver, Elle Pauli t. — Tallinna Lasnamäe Polikliiniku peaõde

Mosin, Õie Joanni t. — Tartu Onkoloogiadispanserõde

Nurk, Eha Olevi t. — Võru Rajooni Keskhaigla peaõde

Ovsjannikova, Tamara Ivani t. — Kohtla-Järve Kiirabihaigla õde

Oja, Vera Mihhaili t. — Kohtla-Järve Psühhoneuroloogiahaigla sanitar

Piljugaitseva, Lidia Filipi t. — Tallinna Pelgulinna Haigla arst

Skorodumova, Aleksandra Pjotri t. — Tallinna Harjumäe Haigla laborant

Tilk, Mari-Ellis Hugo t. — Valga Õmblusvabriku tervishoiupunkti juhataja

Timm, Külli Alfonsi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla õde

Vijar, Laine Alfredi t. — Põlva Rajooni Keskhaigla peaõde

Medaliga «Eeskujuliku töö eest»

Goldmann, Rein Martini p. — Vabariikliku koondise «Eesti Meditsiinitehnika» remondiettevõtte meditsiiniseadmete remondi elektrik

Joll, Helve, Vambola t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla vanemõde

Kalder, Anne Heino t. — Tallinna 1. Lastehaigla peaõde

Kangur, Ruth Eduardi t. — Viljandi rajooni 109. apteegi farmatseut



Kösel, Vaike Aleksandri t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla öde

Kond, Karin Olevi t. — Tallinna Kiirabihaigla öde

Lember, Ülo Oresti p. — Hiiumaa rajooni Selja Jaoskonnahaigla paarast

Luts, Arvid Emili p. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Makarova, Tamara Vladimiri t. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Mäeots, Malle Rudolfi t. — Rapla rajooni Kaiu velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Nirgi, Evi Heinrichi t. — Tallinna Tuberkuloosidisperseri öde

Parksepp, Maimu Karli t. — Tartu Linna Lastehaigla nooremöde

Partala, Ninel Aleksei t. — Tallinna Noorukite Polikliiniku vanemöde

Paštšenko, Ljudmila Mihhaili t. — Tallinna 1. Lastehaigla öde

Pologlaskova, Zinaida Roberti t. — Tallinna Tõnismäe Haigla öde

Saaroja, Ene Arturi t. — Tartu rajooni Rõngu Jaoskonnahaigla vanemöde

Solovjova, Tamara Konstantini t. — Narva Linna Keskhaigla nooremöde

Subbotkina, Vera Borissi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla öde

Zinkova, Sofia Pjotri t. — Haapsalu rajooni Vormsi Jaoskonnahaigla velsker

Taimla, Reet Meinhardi t. — Tallinna Kiirabihaigla sanitar

Teoste, Maimu Edgari t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi laboratooriumijuhataja

Tjustina, Natalia Stepani t. — Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla vanemöde

Tolga, Aime Leopoldi t. — Kohtla-Järve rajooni Keskapteegi juhataja

Trofimova, Larissa Vjatšeslavi t. — Pärnu Linna Haigla arst

TRÜ arstiteaduskonnas

TRÜ arstiteaduskonna poliitpäeval, mis toimus 29. oktoobril 1986, rääkis poliitilise ökonomia kateedri professor V. Türk NSV Liidu majanduse arengu kiirendamisest.

27. novembril esines arstiteaduskonnas EKP Pärnu Rajoonikomitee I sekretär V. Udam, kes andis ülevaate põllumajanduse arengu suundadest.

25. novembril toimunud arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul rääkis dekaan prof. A.-E. Kaasik teaduskonna materiaalse baasi arendamise perspektiividest. XII viisaastakul ehitatakse psühhoneuroloogia-

haigla dispanser ning palatikorpus ja polikliinik. Meditsiinilis-bioloogiliste kateedrite õppe- ja teaduskompleksi ning prosektoori ehitus lükkub XIII viisaastakusse.

Koosolek kiitis tervishoiuasutuste ehitamise programmi käesoleva sajandi 90-ndateks aastateks heaks.

Farmaatsia kateedri juhatajalt dotsent I. Tamm-arlut oli ettekanne farmaatsiasakonnas tehtavast õppe- ja kasvatustööst. Töö tunnistati rahuldavaks. Esineja peatus pikemalt kateedri ruumikitsikusel. Aastate jooksul on farmaatsiasakonnalt keemiataaduskonna ja laboratooriumide tarvis ära võetud umbes 480 m² põrandapinda (68% praegusest kateedri kasutada olevast põrandapinnast). Kateeder ei saa enam nõutaval tasemel teha õppe- ja teadustööd. 1980. aastast alates on vastuvõtt teaduskonda suurenenud. Uue õppeplani järgi on ka õppetöö maht 30% suurenenud, juurde on tulnud uusi õppeaineid. Järgest rohkem on hakatud korraldama provisorite täienduskursusi, aga loenguruume, kuhu mahuks 40... 50 üliõpilast või kursanti, kateedril ei ole. Omaaegse farmaatsiaauditooriumi keemikutele üleandmisega, mis leidis aset 12 aastat tagasi, tehti viga.

Koosolek tegi ettepaneku, et edaspidi vabanevad TRÜ keemiahoone farmaatsiatiivas paiknevad ruumid antaks farmaatsia kateedrile tagasi, ja esitas rektoraadile taotluse, et ehitatavas Lätte tänava õppehoones antaks farmaatsiasakonnale vähemalt kaks 50-kohalist auditooriumi.

Prof. E. Sepp rääkis 9. ja 10. oktoobril 1986 toimunud arstiteaduskonna päeva üritustest. Nõukogu hindas teaduskonverentsi ja teised üritused kordalainuks. Vahetati mõtteid selle üle, kuidas teaduskonna päeva sisukamaks muuta.

Lembit Allikmets

Tervishoiutöötajate ametiühingus

19. septembril 1986 toimus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee XIII pleenum, kus vaatluse all olid Tartu linna tervishoiuasutuste ametiühinguorganisatsioonide aruande- ja valimiskoosolekute ettevalmistamine ning kulg. Et aruande- ja valimiskoosolekud nõuetekohaselt kulgeksid, on Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee eeltööd üldiselt korralikult teinud. 15. septembriks 1986 olid aruande- ja valimiskoosolekud toimunud 130 ametiühingurühmas, 11 -büroos ja viies väikesearvulises ametiühinguorganisatsioonis ning kahes ametiühingukomitees. Esimeeste aruannete tähelepanu keskmes olid arstiabi kvaliteet, töödistsipliin, sotsialistlik võistlus, alkoholismivastane võitlus ning töö- ja olmetingimuste paremaks muutmine.

Pleenumi otsuses on muu hulgas ametiühingu Tartu linnakomiteed kohustatud senisest enam kontrollima aruande- ja valimiskoosolekute kor-

raldamist ning tõhustama tööd ametiühinguaktiivi ja -reserviga. Samuti tuleb arutada koosolekutel ning konverentsidel tehtud kriitilisi märkusi ja ettepanekuid ning nende lahendamise võimalustest töötajaid informeerida kohe. Esmakordselt valitud ametiühinguaktiivile tuleb väljaõpe korraldada kahe kuu jooksul.

Pleenumil otsustati Eesti NSV tervishoiutöötajate ametiühingu XVIII vabariiklik konverents kokku kutsuda 22. novembril 1986. aastal Tallinnas. Kinnitati konverentsi päevakord ning delegaate arv.

XIV pleenumil 21. novembril 1986 kuulati ning arutati komitee esimehe T. Hendriksoni aruannet «Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee töö aastail 1982—1986» tervishoiutöötajate ametiühingu vabariiklikule XVIII konverentsile. Ettekanne kinnitati.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee I pleenum toimus vahetult pärast vabariiklikku konverentsi. Pleenumist võtsid osa Tervishoiutöötajate Ametiühingu Keskkomitee töökaitseosakonna juhataja O. Morozova, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sekretär J. Tiigi ning ajalehe «Медицинская газета» korrespondent L. Zolotova. Päevakorras oli komitee esimehe, sekretäri, presiidiumi liikmete ning komisjonide esimeeste valimine.

Komitee esimeheks ning presiidiumi liikmeks valiti T. Hendrikson, sekretäriks ning presiidiumi liikmeks L. Vahar ning sekretäriks ühiskondlikel alustel O. Prigoda. Presiidium valiti üheteistkümneliikmeline. Sellesse kuuluvad lisaks eespool nimetatutele Pärnu Linna Haigla Polikliiniku tsehhiarst, Ametiühingu Pärnu Linnakomitee esimees A. Tiik, Vabariikliku Laevanduse Keskaigla peaõde T. Rimmel, Vabariikliku IV Valitsuse Haigla peaarst R. Malviste, Tallinna Kiirabihaigla peaõde M. Gustavson, Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja L. Maurer, Ametiühingu Tallinna Linnakomitee esimees V. Hiire, Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst V. Ilmoja, Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm ning Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja R. Kotkas.

Organisatsioonilis-massilise töö komisjoni hakkab juhtima T. Rimmel, tootmiskomisjoni A. Tikk, sotsiaalhoolduskomisjoni T. Hendrikson, naiste töö ja olme ning emade ja laste komisjoni L. Vahar, kultuurikomisjoni E. Kristjan, töötasukomisjoni M. Orilaid, elamu- ja olmekomisjoni V. Hiire, töökaitsekomisjoni V. Ilmoja, laste ja noorukite töö komisjoni M. Gustavson. Kehakultuuri- ja spordibüroo esimees on I. Hunt, seltsimeheliku kohtu nõukogu esimees H. Vendelin, tööõiguliku inspeksiooni mittekoosseisuline esimees T. Kall ning E. Rink on tervishoiuehitiste kontrollgrupi esimees.

* * *

IV üleliiduline kardioloogide kongress toimus 22... 24. oktoobril 1986 Moskvas. Korraldatud oli ka noorteadlaste uurimistöde konkurs. Zü-

rii, mille tööd juhatas A. Mjasnikovi nimelise Kliinilise Kardioloogia Instituudi direktori akadeemik I. Šhvatsabaja, valis konkursi lõppvoorus esitamiseks välja kuus tööd. Nende seas oli ka meie vabariigi teadlaste J. Kaigi, M. Vainu, V. Mahhotina ja Y. Kalde «Südamevatsakeste programmeeritava elekterstimulatsiooni, selektiivse koronarograafia ja Holteri monitorjälgitamise andmete võrdlev analüüs südame isheemiatõbe põdejatel».

Zürri hindas andmete uudsust, töö praktilist tähtsust isheemiatõbe põdejate ravimisel ning pidas uurimistöö II koha vääriliseks.

Ülo Nõlvak

20. ja 21. novembril 1986 toimus Tallinnas desinfektorite kutsevõistlus, millest võttis osa 20 keskkastme meditsiinitöötajat. Võistlesid meie vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiajaamade ning Tallinna Desinfektsiooni jaama koldedesinfektsiooni ja profülaktilise desinfektsiooni osakondade juhatajad ning desinfektsiooniinstruktorid.

Võistlustel tuli vastata teoreetilistele küsimustele desinfektsiooni, desinsekttsiooni ja deratisatsiooni alalt; läbi viia profülaktiline desinfitseerimine ja nakkuskolde desinfitseerimine; instruerida desinfitseerijaid töökaitse ja ohutustehnika alal ning anda esmaabi desinfitseerimiseainetest põhjustatud mürgituste korral.

Kutsevõistlustel tuli esikohale Viljandi Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama koldedesinfektsiooni osakonna juhataja A. Arjak. II koha sai Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama koldedesinfektsiooni osakonna juhataja L. Teder, III koha Põlva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama desinfektsiooni osakonna juhataja V. Kallaste. IV ja V kohta jagasid Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama koldedesinfektsiooni osakonna juhataja R. Tedrekull ja Kingissepa Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama desinfektsiooniinstruktor U. Raag. VI koha sai S. Ubina, Tallinna Desinfektsiooni jaama desinfektsiooniinstruktor.

Kõik kutsevõistlusest osavõtjad said mälestus-eesemed. Võitjaid autasustati Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Sanitaartöötajate Seltsi aukirjadega. Nad said ka rahapremia ning turismituusiku. Kutsevõistlusest osavõttu arvestatakse ka keskkastme meditsiinitöötajate atesteerimisel. Need aitavad süvendada ning täiendada erialateadmisi.

Kalju Nestrik

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Allikmets, L., Toomla, O., Toomaspoeg, L., Koemets, I. The effect of neuroleptics upon blast transformation of lymphocytes. — In: Second

International workshop on neuroimmunomodulation, 1—6 June, 1986, Dubrowik, Jugoslavia, 1986.

Karu, E. Über das Alkoholdefizit des Blutes. (Einige Gedanken zu diesbezüglichen Arbeiten von V. Schmidt und M. Oehmichen. Blutalkohol 21, 403—421, 1984, und 22, 224—232, 1985). — Blutalkohol, 1986, Vol. 23, S. 337—340.

Rägo, L., Kiivet, R., Harro, J. Variation in behavioral response to baclofen: correlation with benzodiazepine binding sites in mouse forebrain. — Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol., 1986, 333, 303—306.

Rägo, L., Kiivet, R., Harro, J., Allikmets, L. Benzodiazepine binding sites in mice forebrain and kidneys: evidence for similar regulation by GABA agonists. — Pharmacol. Biochem. Behav., 1986, 24, 1—3.

Vasar, E., Allikmets, L., Soosaar, A. Involvement of serotonin₂-receptors in the action of apomorphine and N-propylnorapomorphine (NPA). — In: Annual Meeting of the Society of Biological Psychiatry. Abstracts. Washington, D. C., 1986, 122.

Vasar, E., Allikmets, L., Soosaar, A. Antiaggressive effect of caerulein on mouse and rat. — In: Abstracts 7th Biennial ISRA Meeting. Chicago, 1986, 165.

Vasar, E., Maimets, M., Nurk, A., Soosaar, A., Allikmets, L. Comparison of motor depressant effect of caerulein and N-propylnorapomorphine in mice. — Pharmacol. Biochem. Behav., 1986, 24, 3, 469—478.

Zharkovsky, A. The inhibitory effect of endogenous convulsants quinoline acid and kynurenine on the pentobarbital stimulation of (³H) flunitrazepam binding. — Pharmacol. Biochem. Behav., 1986, 24, 1215—1217.

Zharkovsky, A., Allikmets, L. Analysis of dopamine receptor supersensitivity after chronic neuroleptics treatment in rats. — In: Drug Dependence and Emotional Behavior. Neurophysiological and Neurochemical Approaches (Ed. A. V. Valzman). New York — London, 1986, 289—302.

Õiendus

Ajakirja 1986. aasta 6. numbris leheküljel 418 toodud joonise allkirja teksti on sattunud viga. Palume lugeda joonise allkirja järgmiselt.

Pärnu laste suremus promillides aastail 1966... 1985. Jämejoonega on märgitud laste üldine suremus, katkendjoonega vastsündinute suremus.

Toimetus

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Механизмы заражения при вирусных гепатитах А и В и иммунологическая структура населения к вирусам гепатитов (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены Министерства здравоохранения ЭССР. Рейнару И. К., Павловский Г. В., Белокоп В. Н. Таллин, 1985. 86 с.

Вирусный гепатит (ВГ), инфекционный гепатит (ВГА), сывороточный гепатит (ВГВ), австралийский антиген (НВsAg), антитела к НВsAg, антитела к НВсAg, антитела к НАV, радиоиммунологический анализ (РИА), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА).

Цель работы — изучение закономерностей и особенностей эпидемических процессов ВГА и ВГВ в Эстонской ССР; выяснение иммунологической структуры здорового населения; совершенствование диагностики ВГА, ВГВ и ВГ-ниА ниВ на основе данных метода РИА в комплексе с эпидемиологическими и клинико-биохимическими исследованиями; установление ведущих факторов передачи ВГА и ВГВ.

В Эстонской ССР с 1980 г. за счет сельских районов сохраняется относительно высокий для республики уровень заболеваемости ВГА (200,6...215,5), хотя он по-прежнему намного ниже, чем в других союзных республиках. В Кингисепском районе уровень заболеваемости в течение последних пяти лет в 2...3 раза превышает среднереспубликанский. Эпидпроцесс в г. Таллине и в Равереском и Кингисепском районах характеризуется выраженной сезонностью (август...октябрь) и преимущественной заболеваемостью школьников и взрослых в возрасте до 30 лет. Заболеваемость ВГА в школах, семьях, трудовых коллективах и по различным улицам города носит спорадический характер. Распространение инфекции как в городе, так и в сельской местности происходит в основном по контактно-бытовому пути при фекально-оральном механизме передачи, где важную роль играют безжелтушные вирусносители. В ряде случаев спорадическая заболеваемость ВГА поддерживается за счет водного пути передачи вируса. Заболеваемость ВГВ в целом сохраняется на стабильно низком уровне и преобладает среди взрослых в г. Таллине и Тарту. Посттрансфузионные ВГВ возникают реже, чем постинъекционные.

Иммунологическая структура населения существенно зависит от возраста. Минимальная инфицированность ВГА и ВГВ отмечена у детей, максимальная — у взрослых. Маркеры ВГВ не были обнаружены ни у одного ребенка в возрасте от 0 до 6 лет. В возрастной группе 7...14 лет также не обна-

руживались НВsAg и анти-НВs, а анти-НВс присутствовали у 2,9 % детей. Частота выявления анти-НАV среди дошкольников составила 3,2 % и среди школьников — 17,1 %, что достоверно ниже, чем у взрослых доноров. Обследование взрослых доноров в возрасте от 20 до 59 лет показало, что НВsAg не был выявлен методами ВАОЭФ, РПГА и РИА ни у одного обследованного, а частота выявления анти-НВs методом РИА составляла 27,8 %, анти-НВс — 22,2 % и анти-НАV — 67,8 %.

Установлено, что среди больных ВГА НВsAg обнаруживается в 4,6 % случаев, анти-НВs — в 12 %, анти-НВс — в 16 %, анти-НАV — в 97,8 % и анти-НАV-IgM — в 94,4 % случаев. Среди больных острым ВГВ НВsAg обнаружен у 88,2 % обследованных, анти-НВs — у 7,8 %, анти-НВс — у 98,0 %, анти-НАV — у 74,5 % и анти-НАV-IgM — у 2,6 % обследованных. У 4 больных с диагнозом ВГА не были обнаружены маркеры ВГА и ВГВ, в связи с чем у этих больных можно предположить заболевание ВГ-ниА ниВ. В единичных случаях у больных ВГ обнаружены в сыворотке крови одновременно НВsAg и анти-НАV-IgM.

В будущем целесообразно организовать в республике межрайонные лабораторные центры по серологической диагностике, в том числе методом РИА, для уточнения диагноза при дискуссионных формах ВГ.

Разработка двигательных режимов и усовершенствование системы закаливания детей (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены Министерства здравоохранения ЭССР. Силла Р. В., Теосте М. Э., Салиева К. И., Острат А. Ю., Раху Ю. Я. Таллин, 1985. 86 с.

Дети и подростки, двигательная активность (ДА), закаливание, двигательный дефицит, лесная школа, излишняя масса тела, ревматизм, двигательные режимы.

Цель работы — экспериментальная разработка двигательных режимов и системы закаливания детей и подростков.

Были установлены средние величины суточной привычной ДА (локомоции) девочек и мальчиков 3...18-летнего возраста и выработаны возрастно-половые гигиенические нормы суточной ДА для детей и подростков этого же возраста Эстонской ССР.

Совместно с другими институтами была разработана всеобщая гигиеническая форма ДА для детей и подростков 5...18-летнего возраста, которая утверждена и издана Минздравом СССР.

В разных вариантах экспериментов с повышенной ДА у детей и подростков выяснены особенности развития тренированности в течение 1...4...8 месяцев; после отмены тренировок соответствующие признаки постепенно утрачивались. На этом основании предложен вариант организации двигатель-

ного режима детей и подростков в виде циклов повышенной ДА продолжительностью в несколько месяцев и с перерывами между циклами 1...3 месяца.

В исследовании влияния режима лесной школы-интерната на детей-ревматиков во внеприступном периоде было установлено, что гигиеническая норма ДА для них должна быть несколько ниже, чем для здоровых детей. Уровень закаленности этих детей к холоду оказался заметно ниже предусмотренного.

Усовершенствована методика определения уровня закаленности организма ребенка к холоду. Установлены принципы индивидуального подхода при закаливании детей. Подтверждено, что наилучший эффект среди разных закалывающих факторов в наших условиях имеет долгое и регулярное пребывание детей на открытом воздухе; другие процедуры могут только содействовать повышению эффективности этой основной меры. Эффективность закаливания выше при удовлетворительном первоначальном уровне закаленности по сравнению с недостаточным или плохим ее уровнем. Состояние закаленности у детей с некоторыми нарушениями здоровья резко ухудшено, особенно у часто болеющих дошкольников и у школьников, страдающих ревматизмом. Установлена связь между уровнем закаленности и иммунологическим статусом организма, а также выделением адреналина.

Усовершенствована методика определения уровня двигательного дефицита у детей и подростков на основе изучения привычной ДА и состояния их здоровья.

Гигиенические особенности проектирования и строительства сельских школ в зависимости от их вместимости (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены Министерства здравоохранения ЭССР. Силла Р. В., Теосте М. Э., Острат А. Ю., Раху Ю. Я., Салиева К. И., Сосулина Н. И., Суйтс Х. В. Таллин, 1985. 16 с.

(Школьное) строительство, работоспособность школьников, заболеваемость ОРЗ, режим дня.

В Эстонской ССР обследовали 4 школы — одну среднюю на 468 мест, 2 восьмилетних на 320 мест и одну начальную школу на 120 мест.

Цель работы — выявление соответствия школьных зданий и их эксплуатации санитарно-гигиеническим нормам, определение работоспособности и здоровья школьников в зависимости от вместимости школ и от радиуса обслуживания.

Архитектурно-планировочное решение исследуемых школ соответствовало требованиям учебно-воспитательной работы, а также санитарии и гигиены.

Радиус обслуживания не влиял на работоспособность, здоровье и режим дня школьников. До одного часа тратили время на дорогу в школу и обратно 87 % младших школьников, 75 %

школьников средних классов и 62 % школьников старших классов. У учащихся младших классов дорога в школу и обратно занимала не более двух часов, в средних классах это время не превышало двух часов у 5 % детей и в старших классах — у 15 %. Выяснено, что при хорошем снабжении транспортом радиус обслуживания может составлять 10...12 км (для школьников среднего возраста) и 16...20 км (для старшекласников).

В связи со школьной реформой необходимо внести дополнения и изменения в СНиП по проектированию и строительству общеобразовательных школ. Необходимы помещения для шестилеток, должна быть расширена площадь столовых с учетом посадки 100 % учащихся в две очереди, в национальных республиках следует увеличить количество кабинетов русского языка.

Данная работа является составной частью всесоюзной темы по изучению школьного строительства, разрабатываемой Институтом гигиены детей и подростков Минздрава СССР.

Сравнительное изучение содержания токсических металлов в биосферах человека в различных районах Эстонской ССР (отчет).

Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения ЭССР. Виитак А. А. Таллин, 1984. 83 с.

Тяжелые металлы, микроэлементы, методы определения, полярография, атомно-абсорбционная спектрофотометрия, окружающая среда.

В работе исследовалось содержание тяжелых металлов (свинца, кадмия и ртути) в крови и волосах у населения в 7 разных районах Эстонской ССР:

- 1) г. Таллин — служащие и портовики,
- 2) г. Кохтла-Ярве — рабочие сланцехимического предприятия,
- 3) Хаапсалуский район — рыбаки и рабочие рыболовецкого колхоза,
- 4) остров Сааремаа — рыбаки и рабочие рыболовецкого колхоза,
- 5) остров Хийумаа — рыбаки и рабочие рыболовецкого колхоза,
- 6) Матсалуский государственный заповедник — местные жители,
- 7) г. Выру — сельскохозяйственные работники.

В некоторых группах изучено также содержание микроэлементов в сыворотке крови.

У части обследованных предприняты детальные медицинские исследования как общего состояния здоровья, так и функционального состояния (ФС) нервной системы.

Проведен сравнительный анализ результатов исследования функционального состояния нервной системы и данных содержания тяжелых металлов и микроэлементов.

Разработаны методы определения содержания тяжелых металлов в крови и волосах человека при их низких концентрациях.

Проведено сравнение данных о содержании тяжелых металлов в биосредах человека и в окружающей среде по разным районам Эстонской ССР.

Уровень вирусного загрязнения воды бассейнов и некоторых мест купания и заболеваемость вирусными инфекциями среди купающихся детей (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены Министерства здравоохранения ЭССР. Леэмент Л. К., Рауд Р. А., Сарап В. Р., Кремерман И. Б., Короткова Г. Б. Таллин, 1985. 45 с.

Вода бассейнов и некоторых мест купания, дети, вирусное загрязнение, вирусные инфекции, заболеваемость, энтеро- и аденовирусы.

Объектами исследования являются вода и дети. Цель работы — определение загрязненности воды бассейнов и воды в местах купания детей энтеро- и аденовирусами, анализ заболеваемости детей вирусными инфекциями в коллективах, которые пользуются исследуемой водой для купания, изучение возможностей использования количественного метода для определения наличия вирусов в воде.

Вода реки Пирита и морского пляжа в местах купания детей пионерского лагеря микробно загрязнена, уровень загрязненности превышал нормативные величины примерно на 80 % случаев. Энтеро- и аденовирусы были выделены в 38 % случаев. Были типированы вирусы Коксаки В 1, 2, 6 и ЕСНО 7, 12, 18, 19. Из 52 проб испражнений, взятых от купающихся детей, были выделены вирусы Коксаки В 6, из 49 носоглоточных смывов — аденовирусы. Нами был расшифрован случай диареи у ребенка, из носоглоточных смывов которого был выделен аденовирус. В воде малых плавательных бассейнов детских дошкольных учреждений после их использования были обнаружены аденовирусы и энтеровирусы — Коксаки В 5, ЕСНО 12. В носоглоточных смывах детей, которые занимались в бассейне, были выделены аденовирусы и вирусы парагриппа.

Новизна исследования заключается в изучении связи между уровнем микробного, и в частности вирусного, загрязнения рекреационной воды и заболеваемостью детей. Полученные результаты позволяют совершенствовать гигиенические подходы к профилактике инфекций, распространяемых водным путем. Сфера применения их — профилактика, диагностика, прогнозирование.

Результаты внедряются на республиканском уровне в виде методических рекомендаций.

Nõukogude Eesti Tervishoid

**[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]**

**Медицинский журнал
Министерства здравоохранения
Эстонской ССР**

№ 1, январь, февраль 1987 г.

В. Й. Рятсеп — Интенсификация деятельности учреждений здравоохранения Эстонской ССР

М. Ю. Теккель — Эффективность маммографии в диагностике рака молочной железы в разных возрастных группах

Изучалась диагностическая эффективность маммографии у 351 больной раком молочной железы. Выяснилось, что маммографический диагноз рака у женщин в возрасте 39 лет и моложе подтвердился в меньшей степени (27,9%), чем у 40...50-летних женщин (37,6%), и существенно меньше, чем в возрастной группе от 51 года и старше (66,0%; $P < 0,01$). В то же время количество ложноотрицательных диагнозов в этой возрастной группе было чем в три раза превышало данный показатель у женщин старше 50 лет (12,0%; $P < 0,01$). Описанные результаты не зависели от стадии рака. В более старших возрастных группах доля ложноотрицательных диагнозов была больше в I...II стадии болезни. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что маммографию при массовых профилактических осмотрах целесообразно применять только у женщин старше 50 лет.

В. А. Саарма, Э. Р. Йентс — Своевременное диагностирование миеломной болезни

В статье рассматриваются основные методы клинического диагностирования миеломной болезни. Приводится анализ диагностических

ошибок и лечения больных миеломной болезнью на основе опыта гематологического кабинета больницы.

А. Х. Мезикепп, Э. В. Йыэсте, Ю. Р. Гросс — Внезапная коронарная смерть (анализ клинических и морфологических данных за 1981 . . . 1985 гг., Таллинская больница скорой помощи)

Внезапная коронарная смерть является важной медицинской и социальной проблемой в развитых странах. Проведено клиническое и морфологическое исследование 337 случаев внезапной смерти в Таллинской больнице скорой помощи в течение 5 лет. У всех исследованных имело место резкое атеросклеротическое поражение венечных сосудов сердца, однако связь между степенью атеросклеротических поражений и временем наступления смерти не установлена.

Коронарный тромбоз отмечен в 138 случаях (у умерших в течение первого часа после начала острого проявления заболевания в 25% случаев, у умерших в течение от 1 часа до 24 часов — в 34,4% и у умерших через 24 и более часов — в 49,3% случаев).

Л. А. Паавель — Диагностика и лечение почечной формы геморрагического васкулита у детей

В 1980 . . . 1984 гг. на лечении в нефрологическом отделении Таллинской городской клинической детской больницы находилось 7 детей с ретинальной формой геморрагического васкулита в возрасте 4 . . . 12 лет. В статье описываются формы заболевания и их патогенетическое лечение. В результате лечения 6 детей выздоровели, у 1 ребенка развился как осложнение хронический гломерулонефрит.

А. А. Хаавель, А. М. Таул, Х. А. Хаавель, А.-Л. А. Биркенфельдт — О псевдоаппендикулярном синдроме при раковой опухоли толстой кишки

Авторы описывают два случая обнаружения раковых опухолей толстой кишки у больных, госпитализированных в экстренном порядке с диагнозом инфильтративного аппендицита. По поводу данного заболевания больным была произведена операция. Взятие же биопсии показало воспаление. Позднее оба больных были неоднократно оперированы по поводу раковой опухоли.

Авторы приходят к выводу, что у больных, госпитализированных в экстренном порядке, трудно отличить острый аппендицит от раковых опухолей в начале толстой кишки. Единственной точкой опоры при постановке правильного диагноза является хорошо собранный анамнез и выявленная при анализе крови анемия.

М. О. Лыви-Калнин — Синдром Робена у детей раннего возраста

В статье описываются основные симптомы синдрома Робена, а также способы оказания неотложной помощи (при асфиксии) и кормления новорожденных и детей раннего возраста с этим синдромом. Приводится также описание двух случаев заболевания, в первом из которых оно протекало в легкой, а во втором — в более тяжелой форме. Детям раннего возраста с синдромом Робена хирургические вмешательства (операция расщелины нёба и др.), проводимые под эндотрахеальным наркозом, противопоказаны ввиду применения технически затрудненной и опасной для ребенка интубации.

Р.-А. К.-Г. Кийвет — Блокаторы кальциевых каналов

В обзорной статье обсуждается роль кальция в механизме сокращения гладких мышц и механизм действия блокаторов кальциевых каналов. Описывается фармакокинетика, основные показания и противопоказания к терапевтическому применению этой новой группы сердечно-сосудистых препаратов. Блокаторы кальциевых каналов успешно применяются для лечения стенокардии, суправентрикулярных тахикардий, гипертонии и болезней периферических сосудов.

Я. К. Ару — Внутриаортальная баллонная контрпульсация. Механизм действия и клиническое применение

На основе литературы дается обзор клинического применения внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБП). Рассматриваются гемодинамические эффекты, связанные с ВАБП. Более подробно разбирается вопрос о разгрузке левого желудочка и влияние ВАБП на ишемический миокард. Различается эффект ВАБП у больных с сердечной недостаточностью и нормальной сократительной функцией левого желудочка. На примере кардиогенного шока сравнивается эффективность позитивных инотропных средств, медикаментов, вызывающих дилатацию артериол и ВАБП. Кратко описаны осложнения, связанные с применением метода.

Р. Ю. Мянни — Новые возможности в ортопедической стоматологии при изготовлении зубных мостовидных протезов

В статье рассматривается изготовление метых коронок и зубных мостовидных протезов новым упрощенным методом. Зубные протезы, изготовленные этим методом, отличаются лучшим качеством, более прочны и красивы. В работе сопоставляются результаты работы Центральной поликлиники Харьковского района со средними показателями по Эстонской ССР. Было установлено, что при

наименьшем количестве визитов (14,3 дня) мы дали на 40% больше продукции. Сопоставлялись также клеточные и гуморальные иммунологические реакции при сплошных и паяных мостах. Литые коронки и мосты являются более точными, их легче изготавливать и они не вызывают иммунологических сдвигов в организме.

И. И. Пильв, Р. Х. Рийсало — Медико-социологические аспекты лечения и реабилитации детей, больных хроническими заболеваниями

В статье приводятся результаты интервьюирования 200 матерей детей, больных хроническими заболеваниями, до и после посещения детского кардиоревматолога, фтизиатра или пульмонолога. Из них 100 матерей были впервые направлены на консультацию участковым педиатром, врачом детского коллектива или школы. 17% первичных посетителей не знали причину направления, 32% посетителей кардиоревматолога были лишь частично обследованы в детской поликлинике. После посещения специалиста все матери помнили советы врача, но ко времени повторного посещения многие из опрошенных значительную часть врачебных рекомендаций уже забыли. Советы специалистов относительно режима и лечения детей выполняли полностью только 60,7% матерей.

Устранение выявленных недочетов в работе участковых педиатров и специалистов, а также усиление медицинской активности семьи в части медицинской и психосоциальной реабилитации детей, больных хроническими заболеваниями, будут содействовать повышению эффективности лечения.

Х. А. Густавсон, В. Э-Ю. Туппитс — Таллинской республиканской больнице — 200 лет

В 1785 г. в одном из частных домов пригорода г. Таллина был открыт госпиталь Приказа общественного призрения. Годом позже больница была переведена в бывшие бараки Адмиралтейского госпиталя — на нынешнее место. В 1919 г. госпиталь перешел к городу под названием Таллинской центральной больницы. В 1940 г. был сдан в эксплуатацию 5-этажный главный корпус. Начиная с 1946 г. Таллинская I больница, переименованная в Таллинскую республиканскую больницу, стала подчиняться Министерству здравоохранения ЭССР. Строительство родильно-гинекологического корпуса завершилось в 1949 г. В настоящее время намечается дальнейшее развитие больницы (переоборудование, крупные пере- и достройки, расширение деятельности). В 1985 г. вступил в строй большой корпус глазной клиники. Ныне в Таллинской республиканской больнице 740 больничных коек, около 190 врачей, 17 клинических и 16 вспомога-

тельных отделений, консультативная поликлиника, женская консультация. Больница удостоена ордена «Знак Почета».

Й. К. Рейнару — Республиканская конференция по вопросам иммунологии

Э. В. Саар — Конференция Эстонского общества санитарных работников

М. К. Куусма — Республиканское совещание участковых врачей

А. А. Лензнер — Первый всесоюзный семинар «Проблемы взаимовлияния нормальной микрофлоры человека и животных и химико-терапевтических факторов»

Х. С. Поола — Всесоюзный симпозиум по вопросам рефлюксэзофагитов

А. А. Хаавель — I Всесоюзный симпозиум по применению методов клапанного анастомоза

А. А. Лензнер — VIII Всесоюзная конференция по вопросам космобиологической и авиакосмической медицины

А. А. Лензнер — Заседание учебно-методической центральной проблемной комиссии по микробиологии Министерства здравоохранения СССР

А. А. Сарап — Всесоюзное совещание по научной организации труда в системе здравоохранения

К. Ф. Бирк, Л. К. Лезсмент — Выездное заседание секции гигиенического исследования биологических факторов окружающей среды Всесоюзной проблемной комиссии

Х. А. Силласту — X Всесоюзный съезд фтизиатров

А. Н. Элламаа — Конгресс международной организации «Rehabilitation International»

Э. П. Лепп — Сто лет со времени начала работы Аугуста Раубера в Тартуском университете

Л. Т. Ребане — VI конференция врачебных обществ г. Пярну

М. Э. Лаурсоо — Торжественное заседание Вильяндиского врачебного общества

А. Ю. Колдита, Р. В. Хейман — Пленум правления Всесоюзного общества гастроэнтерологов

**Я. Я. Рийв — Книга о психологии лечения
Новые лекарственные препараты**

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the
Estonian SSR

No 1, January, February 1987

V. Rätsep — **Intensification of the activities of health centres in the Estonian SSR**

M. Tekkel — **The diagnostic accuracy of mammography in the detection of breast cancer in various age groups**

The diagnostic value of mammography was assessed in 351 breast cancer cases. In using mammography, the rate of accurate diagnoses of breast carcinoma was lower in the age-group of 39 years and younger (27.9%) as compared with the age-group from 40 to 50 years (37.6%) and with the age-group of 51 years and older (66.0%; $P < 0.01$). At the same time, false negative diagnoses occurred in 39.5% in women under 40 years, as compared with 12.0% in women over 50 years ($P < 0.001$). The diagnostic accuracy of mammography in younger women was found to be independent of the stage of cancer. The percentage of false negative diagnoses in women over 39 was higher in the 1st and 2nd stages of carcinoma as compared with that in more advanced stages (the third and 4th stages).

V. Saarma, E. Jents — **A timely diagnosis of myeloma**

Basic methods of the clinical diagnosis of myeloma are described in this paper. Diagnostic errors and the treatment of multiple myeloma at the haematological department of the Tartu Clinical Hospital are analysed.

A. Mesikepp, E. Jõeste, J. Gross — **Sudden coronary death. Clinico-pathological correlation at the Tallinn Emergency Hospital in 1981—1985**

Nowadays, sudden coronary death is a very important medical and social problem in the industrial countries. 337 cases of sudden death were investigated at the Tallinn Emergency Hospital. All the cases had developed severe coronary atherosclerosis, whereas no correlation between the onset of the symptoms of advanced coronary atherosclerosis and the time of sudden death was found. Coronary thrombosis was found in 138 cases (25% of patients died within 1 hour of the onset of symptoms, 35.4% — within 1 to 24 hours and 49.3% patients died more than 24 hours after the onset of acute coronary disease symptoms).

L. Paavel — **Diagnosis and treatment of the renal form of haemorrhagic vasculitis in children**

This article deals with 7 cases of haemorrhagic vasculitis complicated with the haematuric form of glomerulonephritis. Some useful hints are given for the treatment of the renal form of haemorrhagic vasculitis.

A. Haavel, A. Taul, H. Haavel, A. L. Birkenfeldt — **Pseudoappendicular syndrome in cases of colon cancer**

The authors describe two patients who had cancers in the terminal portion of the colon. Both of them were taken to hospital for emergency treatment. Infiltrative appendicitis was diagnosed in both cases and the patients were operated on. Biopsy showed inflammation. Later both patients were repeatedly operated on for cancer.

The authors have come to the conclusion that it is difficult to differentiate between acute appendicitis and a cancer in the terminal portion of the colon. In such cases important clinical clues are anaemia and some other data obtained on a careful history taking and medical examination.

M. Lõvi-Kalnin — **Robin's syndrome in infants**

In this article the basic clinical signs and emergency treatment (of asphyxia) and feeding of newborns and infants with Robin's syndrome are presented; of those one had a mild form, the other had a severe form of the disease. The author points out that in infants suffering from Robin's syndrome, surgery (for palatoschisis) is contraindicated because of a need for endotracheal anaesthesia which requires intubation. The latter is much too dangerous to infants.

R.-A. Kiiwet — **Calcium channel blockers**

This paper discusses the role of calcium in excitation-contraction coupling in the smooth muscle and the mechanism of action of calcium channel blockers. The pharmacokinetics, main therapeutic uses, adverse effects and contraindications of this new group of drugs is briefly

reviewed. The therapeutic effect of calcium channel blockers in the treatment of angina pectoris, supraventricular tachyarrhythmias, hypertension and peripheral vascular diseases is based on the selective inhibition of Ca^{2+} entry into smooth muscle cells.

J. Aru — Intra-aortic balloon counter-pulsation. Physiology and clinical application

This survey deals with the physiological background and clinical application of intra-aortic balloon counter-pulsation (IABCP). A reduction in after-load is linked to a shift in aortic impedance. Different response patterns elicited by after-load reduction in patients with and without congestive heart failure are discussed. There is a difference between the action of inotropic drugs (amrinone) and IABCP in cardiogenic shock. A brief historical survey of the clinical application of IABCP is presented in this article. Future prospects for the use of IABP in the Estonian SSR are elucidated in detail.

R. Männi — New possibilities for making bridge-prostheses in dentistry

This article deals with a simplified method of making full-alloy and bridge-prostheses in dentistry. Such prostheses are of higher quality, nicer and more durable. A comparison is drawn between the advances in dentistry at the Harju District Central Polyclinic and those in the Estonian SSR as a whole. The authors point out that in the case of minimum attendances (14.3 dental patients a day) the new method has given 44 % more production. A comparison is also drawn between the cell-mediated and humoral immune responses in cases of full-alloy and soldered bridge-prostheses.

It is concluded that full-alloy dental crowns and bridge-prostheses are more accurate, they are much easier to make and no immune responses to them have been observed.

J. Pilv, R. Riisalo — Medical and social aspects of the treatment and rehabilitation of children suffering from chronic diseases

Interviews by doctors with 200 mothers of children suffering from chronic diseases were carried out before and after the children being seen by a cardio-rheumatologist, phthisiologist and pulmonologist. Of those, 100 mothers interviewed stated that their children had no disease or disorder, 32% of sick children did not undergo a complete cardio-rheumatological examination at children's polyclinics. After the office visit a number of mothers had forgotten how to take care of their sick children. Instruction for home care as well as advice on children's regimen were observed only by 60.7% of the mothers of children with chronic diseases.

It is concluded that an improvement in district pediatricians' and specialists' work and an

active participation of the family in children's medical and psychological rehabilitation will give the most effective treatment results.

H. Gustavson, V. Tuppits — The bicentenary of the Tallinn Republican Hospital

This hospital was set up in 1785 and has been situated at the same site since 1786. This hospital has become an outstanding scientific medical centre in the Estonian SSR.

Conferences and meetings

Physicians' societies

Our heroes of the day

New drugs

Necrologies

Chronicle

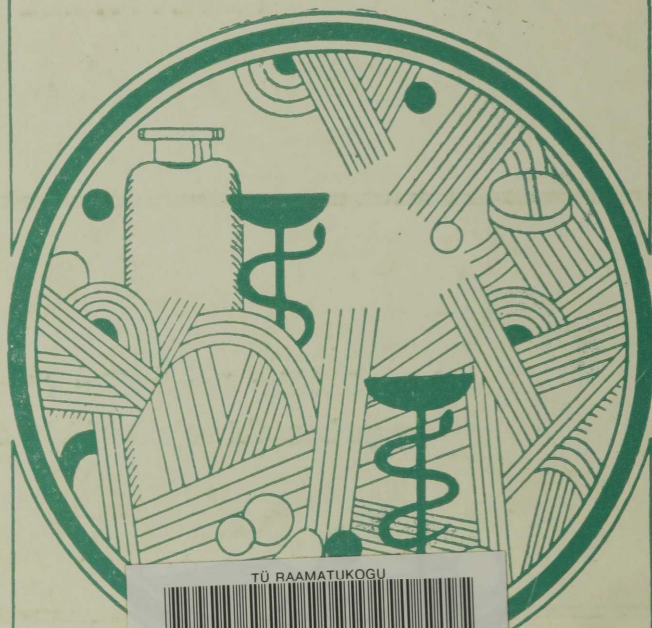
*English text edited and translated
by E. Saarnok*

**TEADMISEKS TEADUSLIKKU TÖÖD
TEGEVATELE ARSTIDELE!**

**Kasutage Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatu-
kogu kaasabi vajaliku kirjanduse leidmiseks**

**Esitage raamatukogule teema nimetus
või märksõnad**

Informatsioon telefonil 60 12 70



TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00281860 9

GRANULAE FURAZOLIDONI

Furasolidooni graanuleid kasutatakse seedetrakti nakkushaiguste korral väikelastel.

Ravimil on antibakteriaalne toime grampositiivsetesse (stafülokokid ja streptokokid) ja gramnegatiivsetesse mikroobidesse ning algloomadesse. Ravimit kasutatakse suspensioonina. Selleks valatakse värskelt keedetud sooja vett purgil oleva määrgini.

Preparaati ei manustata alla ühe aasta vanustele lastele. Ravikuur kestab 5...7 päeva.

Pakendis on 50 g furasolidooni graanuleid.