



ISSN 0134—2320

TOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV. TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1-1983



**FERAMIID
FERAMIDUM**

**Ferrokloriidi kompleksühend nikotiinamiidiga.
Näidustatud hemorraagiajärgse ja
rauavaegusaneemia korral.
Pakendis 100 tabletti á 0,1 g.**

**GLÜTSÜRAAM
GLYCYRAMUM**

**Lagritsa [*Glycyrrhiza glabra*] juurtest
eraldatud glütsürrisiinhappe derivaat.
Mõjus bronhiaalastma, neerupealiste
koore hüpofunktsiooni ja vaegussündroomi
korral, mis tekib glükokortikoidravi katkestamisel.
Pakendis 50 tabletti á 0,05 g.**

**FENIKABERAAN
FENICABERANUM**

**Glüütüütilise toimega ravim.
Kardiovaskulaarsete häirete puhul esinevate
arütmiasemite ja kroonilise pärgarterite
haiguste kaasnevate stenokardiahoogude**

á 0,02 g.

132549

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERJUMI AJAKIRI 1983 XXVI AASTAKÄIK

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

E. Väärt, A. Värnik — Surma põhjus — suitsiid 3

L. Auväär, V. Vahing — Psühhiaatri ja psühholoogi koostöö kriminaalprotsessis 5

M. Lövi-Kalnin — Sildlappidega uranoplastika meetod kaasasündinud suulaelõhede kirurgilises ravis 9

S. Laanes, E. Allik — Mikroobikandjait isoleeritud stafülokokkide tundlikkus faagide ja antibiootikumide suhtes 13

T. Kauba, A.-E. Kaasik, L. Piiraja, V. Tammist — Ajuinfarkti varajane ravi 14

M. Purde, M. Eemois, H. Kolle — Ovulatsioon ja rinnavähirisk noortel naistel 17

E. Vaqane, A. Tingas — Tallinna haiglate üldlauatoit 19

ÜLEVAATED

H. Väre — Depressioon — nosoloogilised vormid ja etiopatogenees 23

V. Salupere — Alkohol ja maks 28

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

S. Lindström, L. Sepp, L. Teemusk — Südamelihase infarkt ja luu aseptiline nekroos süsteemse erittematoosse luupuse korral 32

E. Raukas, E. Lillak, A. Küng — Kopsude alveolaarse mikrolitiaasi juht 36

MÖTTEVAHETUS

V. Salupere — Kas alkoholismi diagnoosimine meid rahuldab? 38

K. Valgma — Taas teemal «Quo vadis, medicina?» 40

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

G. Melamed — Tallinna Kiirabihaigla kiirabivelskrite kutsevoistlus 42

M. Kuusma — I vabariiklik ämmaemandate kutsevoistlus 43

ARSTITEADUSE AJALOOST

E. Käer-Kingisepp — Eksperimentaal-

ne seedefüsioloogia Tartu Ülikooli arsti-teaduskonnas moodunud sajandi keskpaiku 44

ARSTIDE SELTSIDES

L. Rebane — Pärnu arstide ja õdede seltside II konverents 51

R. Silla — Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi laiendatud pleenum 51

H. Kahn — Üleliidulise Toksikoloogide Teadusliku Seltsi I pleenum 52

H. Sillastu — Eesti NSV ja Läti NSV Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi koosolek 52

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Eesti NSV-s toimunud vabariiklikud, üleliidulised ja rahvusvahelised kongressid, konverentsid ja nõupidamised 53

Liiduvabariikide ja üleliidulised konverentsid ja nõupidamised 60

Rahvusvahelised konverentsid, sümposionid 62

MEIE JUUBILARE 65

Elmar Karu, August Goldberg, Magda Palts, Heino Gustavson, Johan Sarv, Vaike Aas

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Meditsiiniterminoloogia komisjonis 67

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Bensobamüül, sanasool, dipromoonium 68

KROONIKA 69

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 73

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi 74

Artiklite venekeelsed resümeed 75

Artiklite ingliskeelsed resümeed 78

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Toimetuse kolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elšteín, K. Gross, M. Kivilo, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, R. Silla, R. Zupping, O. Tamm (peatoimetaja), E. Tomberg.

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Periodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 18. 12. 1982. Trükkimisele antud 02. 02. 1983. Trükiarv 5750. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,02. Tell. nr. 4249. MB-02039. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Теврисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Tallinn. Тираж 5750. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист 9,02. Заказ № 4249. MB-02039. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Tallinn, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Periodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsitõõkirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Tõõ olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja tõõ eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitõõkirja peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel tõõs esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitagu kokkusurutult mitte üle viie ja ülevalt mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhõõgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõõnd, kas tõõ on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitõõkirjaga. Teadusliku tõõ käsitõõkirja viseerib teaduslik juhendaja. — Andmed kõõikide autorite kohta (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, tõõkoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitõõkirja lõppu koos kõõikide autorite allkirjadega. Kõõrgkoolide ja uurimisinstituutide tõõtajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — Resümeed esitatuõg vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — Kirjandus. Bibliograafias paigutatakse üldreeõgline ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, kõõide, anne või number, artikli lehekõõlgedele algus- ja lõõpunumbrid. — Fotod ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käsitõõkirja lõõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagakõõljele märkida ülemine serv. Lubamatu on toimetusele saata tõõid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

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

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

Teooria ja praktika

UDK 616.89-008.441.44-036.22-084

SURMA PÕHJUS — SUITSIID

EVALD VÄÄRT AIRI VÄRNIK · TALLINN

suitsiidide levik, ohustatud kontingent, seos alkoholiq, vältimine

Inimkonna ajaloo vältel on autoagressioon (*incl.* suitsiidid) eri maades aegade jooksul olnud väga erineva suhtumise objektiks. Enesetapp on olnud kas au ja väärikuse tähiseks (märterlikkus, harakiri) või häbiasjaks (ristisu kultusega maades enesetapja matmine pühitsemata mulda). Tänapäeval on ka suitsiidid saanud teadusliku käsitluse. Enesetapp on viimase paarikümne aasta jooksul muutunud aktuaalseks tervishoiuprobleemiks kogu maailmas. Aktuaalsuse põhjuseks on juhtude sagenemine eriti just noorukite ja töövõimelise keskealise elanikkonna hulgas (1, 3, 4, 9). ÜTO andmeil (5) on enesetapu juhte väga palju Ungaris: 36,9 juhtu 100 000 elaniku kohta. Ka Taanis, Soomes, Austrias, Saksa FV-s ja Tšehhoslovakkias on see näit üle 20.

NSV Liidus juhib ja koordineerib suitsidoloogiaalast tööd Vene NFSV Tervishoiuministeeriumi Psühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituut Moskvas. 1978. a. rõhutati instituudi korraldatud sümposiumil (10) vajadust süstemaatiliselt ja komplekselt uurida suitsiidide põhjusi nii kliinilise meditsiini, sotsioloogia, sotsiaalpsühholoogia kui ka individuaalpsühholoogia alal, et teha kõik suitsiidide ennetamiseks. Laialdase uurimise analüüsi tulemu-

senä käsitletakse instituudis suitsiide kui isiksuse sotsiaalpsühholoogilist kohanematust vastusena mikrokeskkonna konfliktidele (6). Ka NSV Liidu tervishoiuministri ja Eesti NSV tervishoiuministri käskkirjades kohustatakse suitsiidiprobleemile suuremat tähelepanu pöörama.

Töös on kasutatud Eesti NSV Statistika Keskvalitsuse, Eesti NSV Prokuratuuri ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Kohtumeditiini Peaekspertiisi Büroo andmeid enesetappude kohta eri aastail ajavahemikust 1970...1981.

Analüüsist selgub, et meestel esineb suitsiiditendentsi tunduvalt enam kui naistel (üks naine 3,4 mehe kohta). Enam-vähem samad andmed on saanud ka meie põhjanaabrid (3). Enesetappude arv noorematesse vanuserühmadesse kuuluvate meeste hulgas suureneb pidevalt ja saavutab absoluutarvude osas maksimumi vanuses 35...45 aastat (intensiivsuse näitajate järgi vanuses 45...55 aastat). Seega hukuvad enesetapu läbi mehed parimates töövõime ja loomeaastates. Kõige enam suitsiidijuhte on 40...55-aastaste naiste hulgas. Intensiivsuse näitajatele ümberarvestatuna on naistel kõige suitsiidiohtlikumad eluaastad 55...59. Seega langeb suitsiidiohtlikkus naiste puhul kokku reproduktsiooniea lõppemisega, kliimakteriumiga, s. o. eaga, mil psüühilisse seisundisse hakkab sügenema depressiivseid varjundeid.

Soomes korraldatud epidemioloogilised uurimised on näidanud (3), et suitsiidide esinemissagedus on piirkonniti erinev. Ilmneb paradoks, et suitsiide on rohkem neis paigus, kus elustandard on kõrgem ja arstiabi kättesaadavam, madalam aga seal, kus elanikkonna majanduslikud tingimused on halvemad ja haigestumus, sealhulgas psüühiliste kõrvalekaldumiste sagedus, suhteliselt suurem. Soomes on suitsiidioht suurem linnaelanikel, veel enamgi, linnade keskuste elanikel, võrreldes äärelinnades elavate inimestega.

Suitsiididel on tihe seos alkoholi pruukimisega. J. Lönnquist (3) märgib, et peaaegu pooled enesetapjatest olid

alkoholi kuritarvitajad. L. Popovi andmetel (8) oli seos alkoholiga 32% -l kõikidest juhtudest (psüühiliselt tervete hulgas 55,1% -l), V. Pelipase järgi (7) 22,9% -l juhtudest. Kõnealuse uurimismaterjali alusel oli 36,7% enesetapjatest alkoholi kuritarvitajad või kroonilised alkohoolikud. 12,3% enesetapjatest on toime pandud johtuvalt alkoholi kuritarvitamisest tekkinud perekonnatülidest. 33,8% enesetapjatest on oma kavatsusest eelnevalt rääkinud, 11,3% katseid varem teinud ja 14,2% on jätnud kirja enesetapu motiivide kohta.

Eeltoodust nähtub, et üks võimalusi meie vabariigi niigi pingeliste demograafiliste näitajate parandamisel, töövõimetuspäevade ja invaliidistumise vähendamisel on enesetappude ning enesetapmiskatsete ärahoidmine. Nende juhtude hulgas on noori ning keskealisi töövõimelisi inimesi. Selgitustöö ja profülaktikaabinõud aga on eaproportsionaalselt vähesed suitsiidide puhul. Et enesetapud on eeskätt meditsiiniprobleem, siis lasub võlg meie vabariigi arstkonnal. Suitsiididele eelneb alati kas lühema või pikema ajavahemiku vältel depressioon, ja nagu eeltoodust nähtub, sageli isegi vihjega enesetapu mõttele. Tänapäeva meditsiini hästi väljaarendatud psühhiaatrilise abi võrk, avarad ravivõimalused lubavad depressiooni all kannatavaid haigeid edukalt abistada. Siinjuures aga on kõikide erialade arstide ülesanne enam tähelepanu pöörata haige psüühikale, välja selgitada patsientide suitsiidohtlikkus, võtta arvesse, et kehaliste haiguste ja kaasasündinud või omandatud somaatiliste defektide korral esineb depressiooni sageli. Vegetodüstoonianähud võivad olla varjatud depressiooni ilminguks. Tõsiselt tuleks võtta ka hüpodondrilisi ja senestopaatilisi vaevusi patsientidel, kes oletavad endal parandamatuid, raskeid haigusi, hüsteerilisdemonstratiivse ja alkoholjoobes inimeste suitsiidiavaldust. Isiksust arvestav individuaalne lähenemine peaks aset leidma ka suguhaiguste avastamisel. Erilist tähelepanu nõuavad õpilased ja

teised noorukid, kelle käitumishälbed ei ole korrigeeritavad pedagoogilistel meetoditel. Depressiooni kahtluse puhul tuleb haiged õigel ajal saata psühhiaatrilisele konsultatsioonile või ravile. On vaja, et psühhiaatriaasutused oleksid informeeritud kõigist isikuist, kes on hospitaliseeritud või pöörduvad somaatiliste haiguste ravi asutusse enesetapmiskatse tõttu, tagada ka nende somaatilise ja psühhiaatrilise ravi järjepidevus. Lubada enesetappu katsetanuid somaatiliste haiguste statsionaarist välja kirjutada üksnes pärast psühhiaatri konsultatsiooni. Psühhiaatriahaiglates hospitaliseerida takistamatult suitsiidohtlikke haigeid ja tagada osakondades eriti range järelevalve nende üle.

KIRJANDUS: 1. Farberow, N. L. In: Suicide Research Proceedings of the Seminar by Yrjo Jahnsson Foundation 1974—1977. Helsinki, 1976, 11—12. — 2. Eesti NSV arvudes. Tallinn, 1980. — 3. Lönnquist, J. In: Suicide Research Proceedings of the Seminar by Yrjo Jahnsson Foundation 1974—1977. Helsinki, 1976, 75—78. — 4. Wells, N. Suicide and Deliberate Selfharm. London, 1980. — 5. WHO: World Health Statistics, 1976.

6. Амбрумьова А. Г., Тихоненко В. А. Тр. Московского н.-и. ин-та психиатрии. Т. 82. М. 1978, 6—28. — 7. Пелипас В. Е. В кн.: Актуальные вопросы социальной и клинической психиатрии. Том. 2. Душанбе, 1969, 146—149. — 8. Попов Л. М. В кн.: Проблемы алкоголизма. Вып. 2. М., 1971, 29—35. — 9. Хроника ВОЗ. Т. 29. 1975, 9, 477—489. — 10. Торба В. А., Кушнарев В. М., Тихоненко В. А. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1980, 4, 632—634.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK 343.9:616.89

PSÜHHIAATRI JA PSÜHHOLOOGI KOOSTÖÖ KRIMINAAL- PROTSESSIS

LEMBIT AUVÄÄRT VAINO VAHING . TARTU

kriminaalprotsess, eeluurimine, eksperdid, psühholoogid ja psühhiaatrid, ekspertiis

Eeluurimisel kogutud informatsioon protsessiosaliste ja kuriteoesemete kohta sõltub uurija töö meisterlikkusest, samuti sellest, millisel määral ta oskab kasutada mittejuriidilisi teadmisi. Need ei ole üldlevinud ja kriminaalprotsessi seisukohalt lähtudes ei tohi kuuluda õigusteaduse valdkonda (8, 9, 16, 27). Kriminaalprotsessis kasutatakse: 1) konsultandi abi, kes ei loo küll uusi tõendeid, kuid aitab avastada ja fikseerida olemasolevaid; 2) eksperdi abi; ekspert on põhjalike teadmistega mingil alal, kes avaldab arvamust temalt küsitud kohta. Pärast vormistamist saab eksperdi arvamus tõendiks, millel on teiste tõenditega võrdne tähtsus. Eksperti arvamusega mittenõustumise korral peab kohus oma seisukohta motiveerima (17).

Üks valdkondi, kus on vaja erialateadmisi, on kahtlemata inimpsüühika. Juba kaua ei ole enam vaieldud vastavate teadmistega inimeste abi kasutamise üle selles valdkonnas. Vaidlus aga käib selle üle, kas kasutada psühholoogi või psühhiaatri abi, kas kasutada seda eraldi või kompleksekspertiisi korras jne.

Õiguspsühholoogia arenes Nõukogude Liidu vormiliselt kahekümnendatel kolmekümnendatel aastatel. Sellele järgnes mõõn üle veerandsaja aasta (1, 15). Tolla' ilmunud monograafiates eitati alati psühholoogi osalemise vajalikkust kriminaalprotsessis (21).

Psühhiaatria kui igapäevase elu vahetuid vajadusi rahuldav teadus sellist mõõna läbi ei elanud. Pikka aega aitasid psühhiaatrid lahendada kõiki inimpsüühikat puudutavaid probleeme õigusemõistmises. Kuigi nõukogude psühholoogia saavutused on tänapäeval

üldtunnustatud, on psühhiaatrid õigusemõistmises nn. tavaõiguse alusel inimpsüühika alal paljudel juhtudel endiselt ainuvälitsejateks jäänud. Sellel seisukohal on isegi mõningad metoodilised juhendid. Üks selliseid dokumente on 29. juulil 1977. a. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Uute Ravimite ja Meditsiinitehnika Juurutamise Valitsuse juhataja poolt kinnitatud metoodiline juhend «Kohtupsühhiaatriline ekspertiis alaealistest kannatanate puhul.» (24). Et see on üks väheseid abistavaid juhendeid inimpsüühika ekspertiiside alal, siis on seda kindlasti vaja levitada Eesti NSV tervishoiu- ja justiitstöötajate hulgas, mida on ka tehtud. Teisest küljest on aga tekkinud pakiline vajadus psühholoogia- ja psühhiaatriaekspertiisi pädevuse ning tegevusvaldkondade kindlaksmääramise järele.

Psühhiaatriline ekspertiis on vajalik protsessiosaliste psüühika tuvastamiseks, kui on tekkinud kahtlus nende võimes õigesti tajuda kuriteosse puutuvaid asjaolusid, nendest aru saada või nende kohta õigeid seletusi anda. Kohtupraktikas on peamiseks psühhiaatriaekspertiisile esitatavaks küsimuseks süüdimatuse, resp. süüdivuse tuvastamine. Arvestades psühhiaatrite ja psühholoogide ettevalmistuse spetsiifikat, tuleb teha järeldus, et psühhiaatrite kompetentsi kuuluvad psüühika haiguslikud muutused, psühholoogi pädevusse aga normi piiridesse mahtuv inimpsüühika.

Inimpsüühika probleemide lahendamisel peavad psühholoog ja psühhiaater mõnikord küsimustele vastama koos, s. t. kompleksse psühholoogilispsühhiaatrilise ekspertiisi korras. Kuigi seadusandlus (veel praegu) komplekspertsitiisi otseselt ette ei näe, on kohtupraktikas see kasutusel juba kaunis laialdaselt. Nii näiteks märgitakse NSV Liidu Ülemkohtu pleenumi 16. märtsi 1971. a. määruses, et kui mingi asjaolu kindlakstegemine ei ole võimalik üksikute ekspertiiside teel või kui see ületab eksperdi või ekspertide pädevuse, võib selliseks uuringuks määrata mitme eriala eksperte. Kompleksekspertsitiiside korral lahendatakse ühtset

ekspertiisiülesannet ning uuritakse ühte ja sama objekti (3, 14, 20, 22). Psühhiaatri ja psühholoogi koos sooritatud ekspertiisi võib seega vaadelda kompleksekspertiisina. Sellise koostöö eelis on, et kompleksekspertiisi puhul on eksperdid suutelised vastama ka sellistele küsimustele, mis eraldi võetuna ei kuulu ei psühholoogi ega psühhiaatri kompetentsi (2, 6, 7, 10, 19, 25, 26).

Anname NSV Liidus sagedamini kasutatavate psühholoogiliste ekspertsiide iseloomustuse ja peatume lühidalt psühholoogi ning psühhiaatri koostöö võimalustel. Sagedamini kasutatakse psühholoogilist ekspertiisi peamiselt järgmistel juhtudel.

Protsessiosaliste tajumisvõime iseärasuste väljaselgitamiseks ja kindlaksmääramiseks. Õiget tajumist võivad takistada mitmesugused tervele psüühikale omased iseärasused, eelkõige lapseealisus. Alaealised alluvad kergemini sisendusele, kalduvad fantaseerima, mängima mitmeid osi. Oma puudulike kogemuste tõttu ei taju nad alati põhjuse ja tagajärje vahelisi seoseid õigesti, ei suuda end alati õigesti väljendada. Patoloogilisteks hälveteks ei saa pidada ka mitmesugustest kehalistest puuetest tulenevaid psüühikaiseärasusi, nagu näiteks haistmise puudumine, samuti afekti. Siit tuleneb, et tajumise iseärasuste kindlaksmääramisel on paljudel juhtudel vajalikud psühholoogiaalased teadmised. Kuid taju iseärasused ei lähe üle normaalsetest haiguslikeks mitte järsult, vaid esineb üleminekuperiood. See on valdkond, kus psühholoogi ja psühhiaatri pädevus lõikub. Sellistel juhtudel on tingimata vaja kompleksekspertiisi. Olgu meil tegemist kas normaalse või patoloogiliste hälvetega isikuga, on alati vaja täpsustada kahtlustatava, süüdistatava, kohualuse ja kannatanu ning tunnistaja psühhiaatrilisi või psühholoogilisi karakteristikuid. Siinjuures ei ole küllaldane teha seda oleviku suhtes, vaid ka mineviku suhtes, prognoosides tulevikku, nagu näiteks seisund kohtus ja hiljem pärast ümberkasvatamist.

Kannatanu ekspertiis vägistamise

asjus. Vägistamine on meil ainus pool-erasüüdistus. Asja alustatakse vaid kannatanu avalduse põhjal, kuid lõpetada seda kannatanu avalduse põhjal enam ei saa. Selline sugulise puutumatause kriminaalõigusliku kaitse kord paneb kannatanu eriseisundisse ja esitab asja psühholoogilise külje uurimisele suured nõuded. Seda kolmel põhjusel. 1. Paljudel juhtudel on vägistamise puhul üks ajendeid kannatanu varajasem käitumine. 2. Pärast intiimvahekorra (eriti pärast esmakordset) on kannatanu kõrvalistele mõjudele suhteliselt vastuvõtlik ja siit tuleneb, et väline tahteavaldus (avalduse esitamine) ei lange alati kokku sisemise tahtega. 3. Et asja alustamiseks piisab kannatanu avaldusest, siis ei ole välisatad ka võimalus, et üksikud naiskodanikud kasutavad avalduse esitamist kättemaksuks või muudel egoistlikel motiividel. Eriti tähtis on ekspertiis siis, kui kannatanu on lapse- või alaealine või on ta psüühiliste puuetega või kui psüühikahäired on tekkinud pärast vägistamist kas kohe või pärast mõne aja möödumist. Et vägistamise puhul tunnistajad sageli puuduvad, siis on kannatanu ütlustel eriline tähtsus. Paljudel juhtudel on siin kindlasti vajalik psühholoogi ja psühhiaatri koostöö. Kannatanu ütluste puhul ei tohi eksperdid muutuda omapärasteks valedetektoriteks, vaid nad peavad andma iseloomustuse kannatanu ütluste loogilisuse, järjekindluse ja samasuse kohta, iseloomustades selle psüühika tagamaad. Eriti on siin vaja tähelepanu pöörata sellele, kas kannatanu suutis toimunule anda ka õige sotsiaalse hinnangu.

Kronoloogilise ja psühhofüüsilise vanuse vastavuse kindlaksmääramine alaealistest süüdistatavate puhul. Teatavasti algab kriminaalvastutus 16-aastaseks saamisest, erandjuhtudel 14-aastaseks saamisest. Kui alaealine vanuse järgi juba kriminaalvastutusele kuulub, kuid tal on arengupeatatus või kergeastmeline nõrgamõistuslikkus, kuidas siis toimida? 1976. a. 3. detsembri määruses «Alaealiste kuritegude

ja nende kuritegelikule või muule ühiskonnavastasele tegevusele kaasa-tõmbamise asiade kohta käiva seadus-andluse kohaldamise praktikast kohtutes» on NSV Liidu Ülemkohtu pleenum andnud juhise kohtupsühholoogia ekspertiisi kasutuselevõtmiseks alaealiste kuriteo asjus. Kui on andmeid alaealise kohtualuse vaimse mahajäämuse kohta, peab selle astme määramiseks ekspertiisi läbi viima psühholoog, ta peab kindlaks tegema, kas alaealine võis täielikult aru saada oma tegude tähendusest (11, 12, 14). Puberteedieale ei ole iseloomulik mitte üksnes somaatilis-endokriinsed muutused, vaid kogu isiksuse muutus, mis mõjutab temperamenti, iseloomu, väärtusorientatsioone. Väga paljude alaealiste õiguserikkumised allusid otse situatsiooni mõjule. Psühholoog ja psühhiaater peavad välja selgitama, millisel määral väljendus selliste alaealiste tegevuses nende sisemine tahe. Kui on mittevastavus kronoloogilise ja psüühilise vanuse vahel, siis peaks see kajastuma ka karistuse laadis ja määras. Eriti keeruliseks muutub ekspertiisi olukord siis, kui vaimset alaarengut on juba varem diagnoositud, kuid alaealine on siiski süüdivaks tunnistatud. Sellisel juhul on tingimata vajalik psühholoogilis-psühhiaatriline kompleksekspertiis.

Ilmselt tuleb anda alaealise kvalitaatiivne üldiseloomustus. Piirdumisest vaid intellekti määramisega jääb väheks. Asi on nimelt sellest, et inimene on võimeline kompenseerima ühtesid puudusi teiste arvel. Suhteliselt madala intellektiga inimesed võivad küllalt adekvaatselt käituda olukordades, mis neile on tuttav. Siit tulenebki vajadus analüüsida isiksust tervikuna, tema huvisid ja vajadusi, tema emotsionaal-tahtelise sfääri iseärasusi.

Kuriteo toimepanemise ajal esinenud psüühilise seisundi, eriti afekti kindlakstegemine. Psühholoogide ja psühhiaatrite abi on eriti vajama hakatud just afektide õigeks hindamiseks. Ei aita ettekirjutusest koodeksis, et patoloogiline afekt kuulub kohtupsühhiaatria ekspertiisi pädevusse, füsioloogiline

aga psühholoogidele. Sellisel diferentsimisel ilmneb kummaline paradoks — selleks et psühhiaater saaks kindlalt väita, et tegemist oli patoloogilise afektiga (süüdimatusega), peab ta hästi tundma ka füsioloogilise afekti psühholoogilist iseloomustust, sest tihti on füsioloogilise afekti struktuuris (eriti afekt joores) ka mõned patoloogilisele afektile omased psüühikahäired. Sageli ei ole kergemas olukorras ka psühholoog, sest ta peab mõistma patoloogilise afekti kui lühiajalise psühhooosi kliinikut. Vastutus on kummalgi suur, sest patoloogiline afekt välistab süüdivuse, füsioloogilist afekti (loomulikult selle tugevust arvestades) võib kohus ümber kvalifitseerida hingelise erutuse seisundiks, mis, nagu teada, on kergendav asjaolu. Ühes ollakse siiski üksmeelel, et afekt joores jääb põhiliselt psühhiaatri otsustada (13, 23).

Ekspertiisi automaatsüsteemide avariide puhul. Automaatsüsteemide all mõistame eelkõige mitmesuguseid masinaid ja liiklusvahendeid. Avariid, mis on seotud nende juhtimisega, on siiani kuulunud peamiselt tehnilistele ekspertiisidele. Et aga kõiki automaatsüsteeme juhib inimene, siis sõltub nende töökindlus suuresti operaatori psüühika töökindlusest. Eriline tähtsus on siin operaatorite psüühiliste protsesside ja reageerimise kiirusel. Eri inimestel võib psüühiliste protsesside kiirus oluliselt erineda. Ja need, hälbbed eriti, võivad olla kas haiguslikud või tingitud mitmesugustest normi mahtuvatest iseärasustest. Kui on tegemist ilmse patoloogilise hälbega, siis kuulub see psühhiaatri pädevusse, kui aga normiga, siis psühholoogi pädevusse, piiripealsete küsimuste lahendamisel on jällegi vajalik psühhiaatri ja psühholoogi tihe koostöö.

Surmajärgne ekspertiis. Selle ülesandeks on aidata juristil selgusele jõuda, kas on tegemist enesetapu või selleni viimisega. Ollakse arvamusel, et enesetapuks on võimeline ka normaalse psüühikaga inimene, seda siis, kui ta ei leia olukorrast muud väljapääsu. Sel juhul on enesetapp meeleheitlik katse

leida lahendus. Ta on mingi arengu-
 protsessi lõpplahendus. Sel juhul kuu-
 lub küsimus psühholoogia valdkonda.
 Enesetapp võib olla toime pandud ka
 ajutise psüühikahäire seisundis, siis on
 ta juba psühhiaatria valdkonda kuuluv
 (18). Et sageli püütakse tapmist lavas-
 tada enesetapuna, siis on selliste asjade
 uurimisel psühholoogi ja psühhiaatri
 kompleksspetsiis tingimata vajalik.

Kirjalike dokumentide autorluse
 tuvastamine kuulub psühholingvistide
 kohustuste hulka. Inimese iseärasused
 leiavad kajastamist ka tema kirjades.
 Autorluse tuvastamine kerkib päeva-
 korrale siis, kui ei ole kahtlust selles,
 kes on kirjutanud ja seega käekirja
 ekspertiis mõttetu, kuid kirjutaja väi-
 dab, et ta kirjutab dikteerimise järgi.
 Stiili, sõnavara ja muude tunnuste põh-
 jal suudab psühholingvist kindlaks
 teha, kas kirjutaja ja kahtlustatav on
 üks ja sama isik või mitte. Et kirja-
 des võivad väljenduda mitmesugused
 patoloogilised hälbep, siis ka siin on
 võimalik psühhiaatrite ja psühholoo-
 gide koostöö.

Teiseks erialateadmistega inimeseks,
 kellega nii psühholoog kui ka psüh-
 hiaater (harvem) peab koos töötama, on
 pedagoog. «Eesti NSV kriminaalkoo-
 deksi» § 126 ja 133 näevad ette peda-
 googi kohustusliku osavõtu spetsialis-
 tina alla 16 aasta vanuse süüdistatava,
 kannatanu ja tunnistaja ülekuulamisest.
 See on tingitud alaealise psüühika oma-
 pärasest. Et erialateadmised psüühika
 valdkonnast on ka psühholoogil ja et
 tegemist on alaealise psüühikaga, siis
 oleks siin kõige kompetentsemaks
 spetsialistiks lastepsühholoog. Peda-
 googilt ei saa nõuda psühholoogiliste
 iseärasuste üksikasjalikku tundmist ega
 oskuslikku orienteerumist keerukates
 psühholoogilistes probleemides, mis
 tekivad kriminaalasjade läbivaatamisel
 ja uurimisel, kui alaealised on süüdis-
 tatavateks, kannatanuteks või tunnistajateks (5).

Oma lühikirjutises saime anda vaid
 visandi probleemi olemusest.

KIRJANDUS: 1. Auväärt, L. Sissejuhatus
 õiguspsühholoogiasse. Tallinn, 1982, 28—35. —

2. Cabanis, D. Möglichkeiten und Grenzen der
 forensischpsychiatrischen Begutachtung. Mün-
 chen, 1971. — 3. NSV Liidu Ülemkohtu Plee-
 numi 16. märtsi 1971. a. määrus nr. 1. «Komp-
 lekseksperitiisist kriminaalasjus». Nõukogude
 Õigus, 1971, 3, 206. — 4. NSV Liidu Ülem-
 kohtu Pleenumi ja Eesti NSV Ülemkohtu
 Pleenumi määruste valikkogu 1960—1976.
 Tallinn, 1977, 137—138.

5. Бороданов А. П. В кн.: Человек перед
 судом. Л., 1965, 137—143. — 6. Васильев В. Л.
 Правоведение, 1965, 2, 136—148. — 7. Ва-
 сильев В. Л. Юридическая психология.
 Л., 1974. — 8. Дулов А. В. Вопросы теори-
 и судебной экспертизы в советском уго-
 ловном процессе. Минск, 1959, 4. — 9. Ду-
 лов А. В. Введение в судебную психологию.
 М., 1970. — 10. Коченов М. М. Судбно-пси-
 хологическая экспертиза. М., 1977. — 11.
 Коченов М. М. Судбно-психологическая
 экспертиза несовершеннолетних. Информа-
 ционно-методическое письмо. М., 1971. — 12.
 Коченов М. М. В кн.: Вопросы борьбы с
 преступностью. М., 1978, 114—126. — 13. Куд-
 рявцев И. А. В кн.: Актуальные вопросы
 социальной и судебной психиатрии. М., 1980,
 125—130. — 14. Кудрявцев И. А., Гульд-
 ман В. В., Криворучко С. И. В кн.: Судбно-
 психиатрическая экспертиза (особенно-
 сти экспертизы несовершеннолетних). М.,
 1980, 33—39. — 15. Курилин С. К. История
 развития судебной психологии в СССР.
 Автореф. канд. дисс. психол. наук. М., 1972.
 — 16. Мельникова Э. Б. В сб.: Участие спе-
 циалиста в следственных действиях. М.,
 1964, 12. — 17. Мельникова Э. Б. В сб.: Участие
 специалиста в следственных действиях. М.,
 1964. — 18. Огронович В. Н. Вестник психо-
 логии, криминальной антропологии и педо-
 логии. 1912, 9, 2, 49—76. — 19. Печерни-
 кова Т. П., Станишевская Н. Н. В кн.: Вопросы
 организации судебно-психиатрической экс-
 пертизы. М., 1975, 94—105. — 20. Рати-
 нов А. Р. Судебная психология для следо-
 вателей. М., 1967. — 21. Рагунов Р. Д. Сви-
 детельские показания в советском уголов-
 ном процессе. М., 1955. — 22. Рогачев-
 ский Б. М. В кн.: Вопросы криминалистики.
 М., 1964, 10. — 23. Ситковская О. Д. Судбно-
 психологическая экспертиза аффекта.
 Дисс. канд. психол. наук. М., 1979. — 24.
 Судбно-психиатрическая экспертиза несо-
 совершеннолетних потерпевших (Методиче-
 ские рекомендации). М., 1977. — 25. Фелин-
 ская Н. И., Печерникова Т. П. Социалисти-
 ческая законность, 1973, 12, 44. — 26. Фелин-
 ская Н. И., Станишевская Н. Н. Советская
 юстиция, 1971, 7, 5—7. — 27. Эйсман А. А.
 Заключение эксперта, структура и обосно-
 вание. М., 1967.

TRÜ kriminoloogilaboratoorium
 Tartu Vabariiklik Psühho-
 neuroloogiahaigla

UDK 616-007-053.1-089

SILDLAPPIDEGA URANOPLASTIKA MEETOD KAASASÜNDINUD SUULAELOHEDE KIRURGILISES RAVIS

MAIE LÖVI-KALNIN . TARTU

kaasasündinud suulaelõhed, kirurgiline ravi, hambumushäirete profülaktika, säästev uranoplastikameetod

Enam kui 50 aastat on enamik nõukogude näo- ja lõualuude kirurge kaasasündinud suulaelõhede kirurgilises ravis kasutanud radikaalset uranoplastikat, mille 1927. a. võttis kasutusele prof. A. Limberg (7). Tartu Kliinilises Haiglas hakati meetodit rakendama 1948. a., enne seda oli suulaelõhesid opereeritud peasjalikult Langenbecki-Veau meetodil (13).

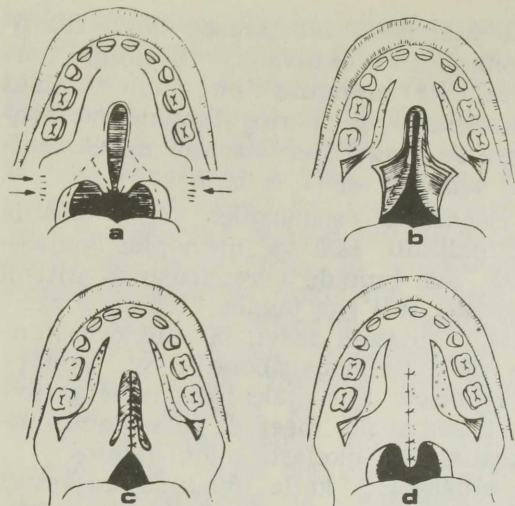
Radikaalse uranoplastika puuduseks on suhteliselt suur traumaatilisus, eriti väikelastel. See põhjustab neil hiljem ülalõua kasvu pidurdust ja deformatsioonide teket, millest tingituna häirub hambumus ning moodub näo kuju. Seepärast on operatsioon näidustatud alles 10...14-aastaselt, siis, kui lõualuud on enam-vähem oma lõpliku suurusega ning on vähem järeleandlikud armkoe toimele (6, 14). Ent kõne arenguks on efektiivsus seda suurem, mida varem on last opereeritud. Mõned kirurgid (3, 9, 10, 11, 12) tegid suulaeplastikat varajasemas eas lastel, kasutades mitmesuguseid radikaalse uranoplastika modifikatsioone, mis võimaldasid kudesid säästvamalt opereerida. Kuid ka nende meetodite puhul võetakse tavaliselt limaskesta- ja periostilapid kõvasuulae eesmisest osast täielikult lahti, mille tagajärjel halveneb verevarustus lappides, sest lõigatakse läbi *foramen incisivum*'ist väljuv närvi- ja veresoontekimp. On sellinegi suulaeplastika moodus, mis nõuab limaskestalapi tagumisse jalamisenisse suubuvate (*foramen palatinum majus*'est väljuvate) närvide ja veresoonte läbilõikamist, et lappe hõlpsamini tahapoole lükata (4). Pehmesuu-

lae pikkusega seostatakse tema funktsionaalset efektiivsust. Ülalõua normaalseks arenguks on suur tähtsus limaskesta- ja periostilappide verevarustuse ning innervatsiooni maksimaalsel säilitamisel (1, 2, 5, 7, 8).

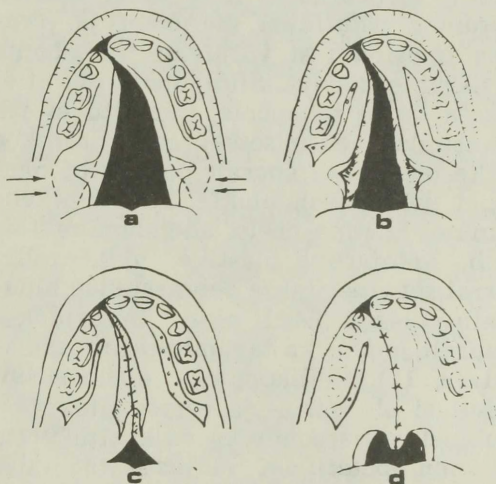
Seadsime eesmärgiks välja töötada võimalikult säästva uranoplastikameetodi, mis lappide verevarustust eriti ei häiriks, küll aga tagaks ülalõua edaspidise normaalse kasvu ja väldiks sekundaarseid deformatsioone ning hambumushäireid. See aitaks tõsta ravieffektiivsust, laiendaks meetodi rakendamisnäidustusi ka väikelaste puhul (alates 2...3. eluaastast), kelle lõualuud kasvavad kiiresti ning on veel nõrgalt lubjastunud.

Mainitud meetodi korral kasutatakse suulaeoperatsioonil sildlappe ja tehakse velofarüingoplastika. Sildlappid, erinevalt lappidest tagumisel jalamil, jäävad ümbritsevate kudede ühendusse nii pehmesuulae poolt kui ka kõvasuulae eesmisel osal alveolaarjätke limaskestaga. Nii säilivad lappides kahepoolne täielik verevarustus ning innervatsioon (*foramen palatinum majus*'est ja *foramen incisivum*'ist väljuvate veresoonte ja närvide kaudu). Sildlappide puhul ei lükata lappe tahapoole, mistõttu ei jää kõvasuulae eesmisel osal armkoe tekke teel teisespingsalt paranevat haava, ei jää ka jääkdefekte. Suulae pikendamise ja nina-neelu ahendamise toimub velofarüingoplastika abil, mille korral separeeritakse pehmesuulae nina-neelu-poolsed osad ning ömmeldakse osaliselt kokku ka tagumised kurgukaared (9, 12). Sildlappidega operatsiooni puhul ei ole närvi- ja veresoontekimbu mulgust väljatoomiseks vaja ette võtta *foramen palatinum majus*'e tagumise luuse serva resektsiooni ega ka interlaminaarset osteotoomiat (põhiluu tiibjätke mediaalse lestme lahtilöömist lateraalsest lestmest), mida peetakse radikaalse uranoplastika üheks traumaatiliseks momendiks (10, 11).

Sildlappidega uranoplastika on näidustatud peasjalikult osaliste ja kitsamate ühepoolsete, harvem mõlemapoolsete läbistavate suulaelõhede korral.



Skeem 1. Modifitseeritud operatsiooni (sildlappide ja velofarüingoplastika teel) skeem osaliste suulaelõhede puhul: a — lõiked suulael; b — pärast lõheservade värskendamist, limaskesta- ning periostilappide ja ninaõõnepoolse limaskesta separeerimist; c — ninaõõnepoolne limaskest on sutureeritud; d — pärast õmbluste asetamist suuõõnepoolsele limaskestale.



Skeem 2. Modifitseeritud operatsiooni skeem läbistavate suulaelõhede puhul: a — lõiked suulael; b — pärast lõheservade värskendamist, limaskesta- ning periostilappide ja ninaõõnepoolse limaskesta separeerimist; c — pärast ninaõõnepoolse limaskesta separeerimist; d — pärast suuõõnepoolsete haavaservade sutureerimist.

Ühepoolseid läbistavaid suulaelõhesid, mis on alveolaarjätke osas laiemad, võib opereerida ka sildlapi moodusta-

mise teel ainult ühel, tavaliselt lõhestatud suulaepoolel. Tervel poolel lõigatakse lapp eest lahti ja ta jääb ühendusse ainult tagumise jalami abil.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Tartu Kliinilise Haigla näo- ja lõualuude kirurgia osakonnas on modifitseeritud meetodil 1977. a. alates opereeritud 50 2...9 aasta vanust last, 27 poeg- ja 23 tütarlast (üht osalise suulaelõheda last opereeriti erandina kümnekuulselt). Opereerituist olid 27 last 2...4-aastaselt ja 20 5...7-aastaselt, üks 8- ja üks laps 9-aastane. Osaline suulaelõhe oli 16-1, täielik neljal, ühepoolne läbistav 26-1, mõlemapoolne läbistav suulaelõhe neljal lapsel. Sildlapp kasutati operatsioonil kõigil osalise suulaelõheda lastel, 13-1 ühepoolse ja kahel mõlemapoolse läbistava suulaelõheda lapsel; ülejäänuil, kellel olid ühepoolsed läbistavad lõhed, moodustati sildlapp ühel suulaepoolel, kahel mõlemapoolse läbistava ja neljal täieliku suulaelõheda lapsel, kellel defekt oli ulatuslik, piirduti velofarüingoplastikaga; suulael moodustati tavalised lapid, eest vabad ja toitva jalamiga pehmesuulae suunas.

Võrdluseks kasutati kliiniliste uuringute ja lõualuude diagnostiliste mudelite antropomeetriaalsete mõõtmiste tulemusi eri suulaelõhede korral 223 haigel 2...13 aasta vanuses enne ning 221 haigel pärast radikaalset uranoplastikat, mis oli tehtud Tartu Kliinilises Haiglas kuni 1977. a., põhiliselt viimase 20 aasta vältel. Kontrollrühm koosnes 180 niisama vanast õige hambumusega kliiniliselt tervest lapsest.

Pärast lõhe servade värskendamist kahe paralleelse lõikega, mis kulgesid 2...3 mm kaugusel igeme servast, moodustasime kõvasuulael sildlapid; külgmine lõige kulgeb viimasest purihambast kuni silmahamba ja teise lõikehamba vahetkoha (vt. skeemid 1, 2). Limaskesta- ja periostilapid separeeritakse luult, vigastamata suuri veresooni ja närve, ning lükatakse suulae keskele defekti kohale, kus nad omavahel kokku õmmeldakse. Velofarüingoplastikaks pehmesuulaepoolse osas tehakse lõheservade värskendamiseks limaskestalõige *uvula* jalamilt tagumise kurgukaare nina-neelu-poolsele pinnale ja sealt veidi (0,5...1,0 cm) alla ning lateraalsele, neelu külgmise seinas suunas; lõige lõpeb tagumise kurgukaare keskmises või alumises kolmandikus. Neelu kõrvalruumi (*spatium parapharyngei*) laialdane separeerimine haava kaudu kogu *plica pterygomandibularis* ulatuses, mida tehakse radikaalse uranoplastika korral, on nüüd modifitseeritud meetodil asendatud submukoosse separeerimisega. See seisneb väikestes (5...7 mm) lõigetes, mis kulgevad kõvasuulae külgmiste lõigete pikendusena alveolaarjätke taha ja alla. Osaliste suulaelõhede haaväkelastel (2...4-aastastel) suletakse haav pärast separeerimise õmblustega. Laiemate lõhede korral, et haava servades pinget alandada, eraldasime peitli

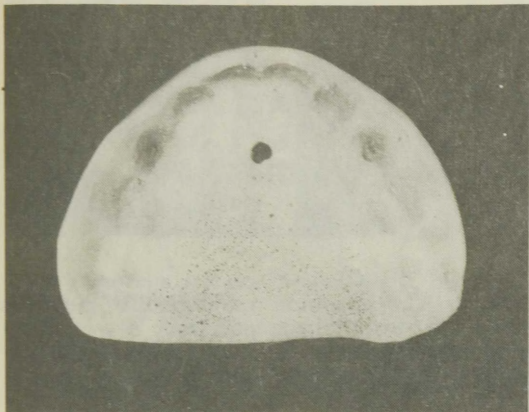


Foto 1. Lühendatud tüüpi plastmass-suulaeplaad.

abil põhiluu tiibjätkelt *hamulus*'e ning lükkasime selle mediaalses suunas. Peale suuõõnepoolse limaskesta separeerimise tingimata ka ninaõõnepoolse limaskesta koos perioostiga suulaeluult ja selle tagumise serva küljest; nina limaskesta kokkuõmblemine võimaldab haava epiteliseerumise mõlemapoolselt kogu suulaedefekti ulatuses. Ninaõõnepoolse limaskesta hõlpsamaks kokkuõmblemiseks teeme lõheservade värskendamiseks löike 2...4 mm suuõõne poole. Haav suletakse õmblustega tavaliselt kahekihiliselt nii suuõõne- (polümeerist niidi või siidiga) kui ka ninaõõnepoolsest küljest (kätgutiga); mõnikord oleme suulae lihastele täiendavalt asetanud ka 2...3 «madratsõmblust» kätgutiga. Jodoformitamponide fikseerimiseks haaval kasutasime plastmassist «pikenduseta» suulaeplaati, mille olime valmistanud enne operatsiooni (vt. foto 1). Selline plaat jätab pehmesuulae vabaks, soodustades haava kiiremat epiteliseerumist, ühtlasi vältides haavaservade matseraerumist ja jääkdefektide teket.

Ülalõua muutuste dünaamika ja hambumuse analüüsiks kasutati diagnostilisi kipsmudeleid, mis valmistati kõigil opereeritud lastel enne operatsiooni ja operatsioonist teatud aja (1...17 aasta) möödumisel, samuti kontrollrühma isikutel. Lõualuumudelitel tehti mõõtmisi Pont'i ja Korkhausi meie poolt täiendatud meetodil. Mõõtmised transversaalses suunas toimusid esimese ja teise piimapurihamba kohal või esimese eespurihamba ja esimese jäävpurihamba kohal ning hambakaare distaal- ja sagitaalosas (keskmistest lõikehammastest kuni neljandate hammasteni ning samast kuni viimaste hambareas olevate purihammasteni). Ühepoolsete läbitavate suulaelõhede puhul mõõdeti hambakaare pikkust haigel ja tervel poolel eraldi.

Tulemused ja arutelu. Radikaalse uranoplastika ja modifitseeritud suu-

laeplastika võrdlev analüüs näitas paremaid anatoomilisi ja funktsionaalseid tulemusi lastel, keda oli opereeritud säästval meetodil. Nii 50 säästvalt opereeritud lapsest paranesid enamikul ($96,0 \pm 2,8\%$) haavad esmaspingsalt. 5...7 mm läbimõõduga jääkdefektid tekkisid üksnes kahel lapsel ($4,0 \pm 2,8\%$); defektid suleti korduva operatsiooni teel. Samal ajal 221 haigest, kellel oli tehtud radikaalne uranoplastika, täheldati haava paranemist, ilma et tüsistusi oleks tekkinud, 79 haigel ($81,0 \pm 2,6\%$), 6 haigel ($2,7 \pm 1,1\%$) läks peaaegu kogu haav lahti ja 36 haigel ($16,3 \pm 2,5\%$) seoses haava osalise lahtiminekuiga täheldati jääkdefekte läbimõõduga 0,5...2,5 cm, mis nõudsid korduvaid operatsioone.

Kahel eri meetodil tehtud operatsioonide hilistulemuste võrdlemine, arvesse võttes armide laadi ja ulatust, näitas järgmist. Sildlappide ja velofarüngo-plastikaga operatsiooni korral enamikul lastest, 32-l 50-st ($64,0 \pm 6,8\%$), praktiliselt arme suulael ei sedastatud või olid need vähemärgatavad, 16 ($32,0 \pm 6,6\%$) läbitavate suulaelõhedega lapsest, kellel sildlapid moodustati peasjalikult ühel suulaepoolel, täheldati mõõdukaid arme ning ainult kahel ($4,0 \pm 2,8\%$) olid kõvasuulael tugevad või kootuvad armid. Parafarüngaalse vaheruumide piirkonna haavade paranemisel ei tekkinud pärast vaheruumide submukoosset avamist väikeste lõigete abil ühelgi juhul kootuvaid arme, mis oleksid suu avamist takistanud. Seevastu aga radikaalse uranoplastika korral 142 haigest, kellel operatsioon oli tehtud ninaõõnepoolset limaskesta epiteliseerimata, ainult 32 haigel ($22,5 \pm 3,5\%$) suulael arme ei tekkinud või tekkisid vähemärgatavad armid, 43 haigel ($30,3 \pm 3,8\%$) täheldati kõvasuulae piirkonnas mõõdukaid arme, 45 haigel ($31,7 \pm 3,9\%$) tugevaid ja 22 haigel ($15,5 \pm 3,0\%$) kootuvaid arme üle kogu suulae. 79 haigel, kellel radikaalne uranoplastika toimus koos ninaõõnepoolse limaskesta separeerimise ja kokkuõmblemisega, oli armistumine tagasihoidlikum, vastavalt $44,3 \pm 5,6\%$ -l (35 haiget),

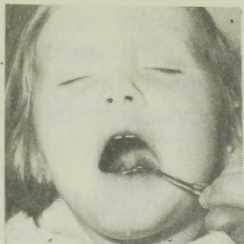


Foto 2. Kolmeaastane osalise suulaelõhega tütarlaps: a — suulagi enne operatsiooni; b — 10 päeva pärast operatsiooni sildlappide ja velofarüingoplastika teel.

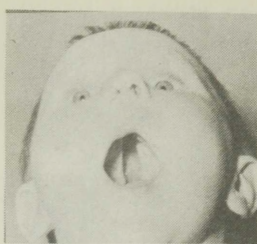


Foto 3. Kolmeaastane parempoolse läbistava huule- ja suulaelõhega poeglaps: a — suulagi enne operatsiooni; b — üks aasta pärast modifitseeritud meetodil opereerimist.

43±5,6% -l (34 haiget) ja 12,7±3,7% -l (10 haiget), kusjuures deformeerivate armide teket kogu suulael ei täheldatud ühelgi juhul.

Parafarüingeaalsete vaheruumide piirkonna haavad paranesid radikaalse uranoplastika korral esimesel juhul 24,0±3,6% -l haigetest (34 juhtu) märgatavaid arme jätmata, 61,3±4,1% -l (87 juhtu), jättes mõõdukaid arme, ja 14,7±2,9% -l (21 juhtu), iättes tugevaid arme, mis takistasid suu avamist. Kui radikaalse uranoplastikaga kaasnes ninaõõnepoolse limaskestast epiteliseerumine, oli see protsent vastavalt 30,4±5,2 (24 juhtu), 62±1,7 (49 juhtu) ja 7,6±3,0 (6 juhtu).

Enamikul lastel saime modifitseeritud operatsiooni tulemusena küllaldase pikkusega suulae (foto 2), mida näitas ka suulae parem funktsioon neil, võrreldes radikaalse uranoplastika meetodil opereeritute. Nii arenes normaalne kõne säästva meetodi korral 46 kontrollitud lapsest 37 -l (80,4±5,9%), teisel juhul saavutati 204-st 130 -l väga hea ning hea kõne (63,7±3,4%).

Suulaelõhe plastilise operatsiooni hea tulemus sildlappide ja velofarüingoplastika kasutamise korral ilmneb ka lõualuude arengus. Juba 0,5... 3 aastat pärast operatsiooni täheldasime nii ülakui ka alalõua ühtlast kasvu ning arengut. Ei esinenud ka olulisi hambumushäireid ega hambakaare deformatsioone. Võib oletada, et lõualuude areng kulgeb normaalselt ka järgmistel aastatel ning hambakaare mõõtude dünaamika modifitseeritud meetodil opereeritud lastel ei erine oluliselt kont-

rollrühma laste (opereeritutega samast vanuserühmast) näitajatest.

Kokku võttes võib öelda, et meie poolt kasutatud modifitseeritud (säastev) uranoplastika on teatud suulaelõhede (osaliste ja mittelaiade läbistavate) puhul vähetraumeeriv, tehniliselt lihtne, võimaldab kõrvaldada defekti täielikult.

КІРЈАНДУС: 1. Herfert, O. Dtsch. Zahn. Mund. Kieferheilk., 1956, 24, 3—4, 112—120. — 2. Lõvi, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 6, 497—501.

3. Бакулис И. П. Результаты операции при сквозных расщелинах лица. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Рига, 1966. — Бернадский Ю. И., Киселев В. А. Стоматология, 1958, 4, 43—48. — 5. Билыч А. Н., Семенов И. П. Стоматология, 1975, 6, 73—74. — 6. Ванкевич М. М. В сб.: Труды травматологического института им. Р. Р. Вредена, вып. 3. Л., 1951, 194—204. — 7. Лимберг А. А. Ж. сов. хир., 1927, т. 2, 5, 809—830. — 8. Лыви М. О. Стоматология, 1980, 1, 15—18. — 9. Махкамов Э. У. Раннее лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1981. — 10. Мессина В. М. Врожденные расщелины неба (этиология, клиника, лечение). Дисс. доктора мед. наук. М., 1971. — 11. Силаева А. С. В кн.: V Всесоюзный съезд стоматологов. Материалы докладов. М., 1968, 251—253. — 12. Фролова Л. Е. Стоматология, 1977, 5, 63—65. — 13. Хийе В. Я. В кн.: Здоровоохранение Советской Эстонии, сб. 2. Материалы 2-й научной конференции врачей-хирургов Эстонской ССР. Таллин, 1954, 97—99. — 14. Ярчук Н. И. В кн.: Труды Ленинградского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, вып. 7. Л., 1958, 273—279.

TRÜ arstiteaduskonna
stomatoloogia kateeder

UDK [576.851.252:615.33]:576.8.097.22

MIKROOBIKANDJAILT ISOLEERITUD STAFÜLOKOKKIDE TUNDLIKKUS FAAGIDE JA ANTIBIOOTIKUMIDE SUHTES

SELMA LAANES EUGEN ALLIK . TARTU

Staphylococcus aureus, haiglasisesed tüved, faagid, antibiootikumid

Haiglasisesed nakkused on tänapäeva arstiteaduse oluliseks probleemiks. Neid on registreeritud 5...10% -l haigetest kirurgilise profiiliga osakondades (1). Küllaltki tähtsaks teguriks nakatumisel haiglas ringlevate mikroobitüvedega peetakse operatsioonielset pikemaajalist haiglas viibimist (2). Kuigi haiglasisesest nakkuste etioloogias on esiplaanil gramnegatiivsed bakterid (7), ei ole ka stafülokokid oma osatähtsust minetanud (9). Laialt on levinud patogeensete stafülokokkide kandlus, 25...50% -l juhtudest leidub neid terve inimese organismis (6). Neid võib isoleerida nii nina limaskestalt (11) kui ka uriinist (3). See- ga haiglasisesest stafülokokitüvede ringluses on tähtis osa haiglatöötajatel — mikroobikandjatel.

Meie töö eesmärk oli uurida Tartu Kliinilise Haigla kirurgilise profiiliga osakondade töötajailt (mikroobikandjailt) isoleeritud stafülokokkide tundlikkust faagide ja antibiootikumide suhtes.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Haigla töötajailt võeti lima nina eesmisest osast, millest isoleeriti stafülokokid üldkasutatava metoodika järgi. Stafülokokid samastati plasmakoaagulaasi, hemolüsiini, letsitinaasi produktsiooni ja manniidi anaeroobse fermentatsiooni alusel.

Staphylococcus aureus'e tüvede faagitundlikkus määrati 22 rahvusvahelise tüüpfaagiga NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Gamaleja-nim. Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi instruksioonis esitatud metoodika järgi. Faagid kanti kultuurile kettataolise metallstambiga, millel on 25 varba (diameeter 4 mm). Stambil oli vastav Petri tassi kujuline alus pesakestega faagi lahjenduste jaoks.

S.aureus'e tüvedel määrati tundlikkus 10 antibiootikumile (penitsilliin, streptomütsiin, tetratsükliin, levomütsetiin, novobiotsiin, neomütsiin, ristomütsiin, monomütsiin, oleando-

mütsiin, erütromütsiin) suhtes. Kasutati testkettaid ning lihapeptonagarit.

Uurimistulemused ja arutelu. 261 haiglatöötajalt isoleeriti 374 *S.aureus*'e tüve. Osa töötajaid (mikroobikandjaid) uuriti ühel korral (52,6%), ülejäänuid (47,4%) aga korduvalt, kellelt 2...8-kordsel uurimisel isoleeriti *S.aureus* nina limaskestalt.

374 *S.aureus*'e tüvest õnnestus määrata tundlikkus faagide suhtes 276 tüvel. Tüviseerimata jäi 98 tüve (26,2%), mis on küllalt hea tulemus, kui seda võrrelda kirjanduse andmetega (33,2...62,3%) (8, 10) (vt. tabel).

Uuritud *S.aureus*'e tüvedest oli tundlike I ja III faagirühma faagide suhtes enam-vähem võrdselt (31,2% ja 34,4%). Suhteliselt vähem tundlike tüvesid oli II faagirühma kuuluvate faagide suhtes. Ka kirjanduse andmeil isoleeritakse mikroobikandjailt üldiselt I ja III faagirühma kuuluvaid *S.aureus*'e tüvesid (10). Harva on neilt isoleeritud II faagirühma tüvesid (11). Samuti tervetelt uriinist eraldatud patogeensetest stafülokokkidest olid 70% tundlikud I faagirühma kuuluvate faagide ja 30% III faagirühma faagide suhtes (3).

Haigla töötajailt isoleeritud 264 *S.aureus*'e tüve tundlikkuse määramisel 10 antibiootikumi suhtes selgus, et enamik olid resistentsed penitsilliini (78,0%) ja ristomütsiini (61,4%) suhtes. Erütromütsiiniresistentsid oli 37,9%, monomütsiini- ja neomütsiiniresistentsid alla 10% tüvedest. Uuritud tüvedest on üle 50% tundlike streptomütsiini, levomütsetiini, tetratsükliini ja oleandomütsiini suhtes, eriti aga monomütsiini (82,2%) suhtes. Tulemused ühtivad üldjoontes teiste autorite andmetega (5).

Haiglasisesest *S.aureus*'e tüvede üldiseks kriteeriumiks on resistentsus viie või enama antibiootikumi suhtes (4, 11). Selliseid tüvesid oli meie poolt isoleerituist 24,2%. Need antibiootikumide

Tabel. *S.aureus*'e tüvede kuuluvus faagirühmadesse

Tüvede arv	%	Kuuluvus faagirühmadesse (%)				
		I	II	III	V	Segarühm
276	100	31,2	22,8	34,4	4,0	7,6

UDK 616.831-005.8-08(474.2)«1981/1982»

AJUINFARKTI VARAJANE RAVITONU KAUBA AIN-ELMAR KAASIK
LEA PIIRAJA VIIVI TAMMIST · TARTU

ajuinfarkti riskitegurid, haiguse kulq, hospitaliseerimise kiirus, üldine hemodünaamika, südameglükosiidid, kiirabi

suhtes polüresistentsed tüved olid tundlikud enamasti kas I või III faagirühma faagide suhtes. Nimelt isoleeriti taolisi stafülokokitüvesid ühelt ja samalt inimeselt korduvalt ning üldiselt kolm korda sagedamini kui II faagirühma kuuluvaid tüvesid.

Huvitav on see, et *S.aureus*'e 45 II faagirühma tüvest olid 39 tundlikud peaaegu kõigi antibiootikumide suhtes, kuid kirjanduses võib leida viiteid II ja III faagirühma kuuluvate tüvede võrdse osalemise kohta haiglasistest nakkuste tekkes (11).

Järeldused.

1. Tartu Kliinilise Haigla kirurgilise profiiliga osakondade töötajailt isoleeritud *S.aureus*'e tüvedest ringleb peaaegu 25% haiglas, mis omakorda soodustab haiglasistest nakkuste teket.

2. Haigla personali mikroobikandluses on ülekaalus *S.aureus*'e I ja III faagirühma kuuluvate faagide suhtes tundlikud tüved, mida korduvalt uuringutel isoleeriti II faagirühma faagide suhtes tundlikest kolm korda sagedamini.

3. Haiglasistest tüvedena ei ole erilist tähtsust meie isoleeritud *S.aureus*'e II faagirühma faagide suhtes tundlikel tüvedel.

KIRJANDUS: 1. Brachman, P. S. Rev. Infect. Dis., 1981, 3, 4, 640-648. — 2. Cruse, P. Rev. Infect. Dis., 1981, 3, 4, 434-437. — 3. Emeruwa, A. C. Ann. Microbiol. (Inst. Past.), 1979, 130, 4, 443-456. — 4. Filippovitš, J. Martin, J., Umanski, S., Naaber, V., Piroja, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 5, 5, 532-535.

5. Басс Т. М. Антибиотики, 1977, 6, 522-525. — 6. Бочков И. А., Семина Н. А., Ларина Л. И. и др. Ж. микробиол., эпидемиол., иммунол., 1980, 8, 113-114. — 7. Воропаева С. Д., Анкирская А. С., Абрамова З. И. и др. Антибиотики, 1980, 8, 619-622. — 8. Герасименко Д. Д., Павлова В. А., Данилейко Л. В. и др. Микробиол. ж., 1981, 43, 6, 786-790. — 9. Григорян А. В., Гамалея Л. А., Толстых П. И. и др. Антибиотики, 1979, 4, 306-312. — 10. Световидова В. М., Ковалева С. М. Ж. микробиол., эпидемиол., иммунол., 1980, 4, 51-56. — 11. Шейна Э. П., Арутюева А. А. Ж. микробиол., эпидемиол., иммунол., 1979, 6, 110-111.

TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia
kateeder
Tartu Kliiniline Haigla

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Südame ja veresoonkonna haigused, sealhulgas kesknärvisüsteemi isheemiline kahjustus, on haiguste ja surma põhjuste seas kõige tähtsamal kohal (4, 6, 8, 14). Nii aju- kui ka müokardiinfarkt on alati organismi üldhaigestumise avaldused, mitte aga omaette, sõltumatud nähtused. Haigete tavapärane jaotamine isheemilise kahjustuse lokaliseerimise järgi tingib sama etioloogia ja patogeenesisga haigete sattumise tervishoiuvõrgu eri lülidesse.

Südame isheemiatõbe ravivad eeskätt terapeutid, aju isheemiatõbe neuroloogid ja perifeersetes veresoontes kahjustusi, s. o. jäsemete isheemilist kahjustust, peamiselt kirurgid. Ilmselt on see jaotus rahuldav küll haigla oludes, kuid kas on see alati õige ka enne haiglaravi. Ajuinfarkti haigestunud Eesti NSV elanike südame ja veresoonkonna seisundi kohta on varajasemaid andmeid (9), kuid nende haigete varajase ravi kohta teame veel vähe. Võtsimegi ülesandeks analüüsida ajuinfarkti põdejate varajast medikamentooset ravi. Lootus ravi organisatsiooni ja varajase ravi muutmise teel parandada ajuinfarkti kulgu, eeskätt vähendada suremust, põhineb kirjanduse andmetel ajuinfarktist tingitud suremuse vähenemise kohta (5).

Uurimismaterjal ja -meetodid. Vaatluse all olid ajuinfarktihaiged, keda oli ravitud Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas 1981. a. oktoobrist detsembrini ja 1982. a. veebruarist märtsini. Andmed pärinevad saatekirjadest (kiirabitalongidest) ning haiguslugudest, mille täitmisel ei ole arvestatud antud töö eesmärki. Võimaluse korral on anamneesi täpsustatud haigete sugulaste kaudu.

Esialgse kliinilise kulu järgi jaotati haiged nelja rühma: 1) taandarenev e. regresseeruv kulq, neuroloogiline sümptomaatika haigetel

kas kadus või vähenes oluliselt kahe nädala jooksul; 2) osaline paranemine, s. t. neuroloogilise sündroomi vähene taandarenemine, mis tingis antud ajavahemikul vajaduse põetamise järele; 3) muutuseta kulg — neuroloogiline sündroom ravile vaatamata püsis; 4) halvenev e. progresseeruv kulg, siia rühma kuulusid need, kes neuroloogilise seisundi halvenemise tagajärjel surid.

Tulemused. 70 ajuinfarkti põdejast oli 28 meest (vanus 52...81 a.) ja 42 naist (vanus 37...85. a.). Selgus, et 64 aastani oli haiguse kulg veidi soodsam: 27 haigest oli kaheksal taandarenen kulg (I rühm), 17-l osaline paranemine (II rühm). Kulg oli muutumatu (III rühm) kahel. Üle 64 aasta vanuseid oli 43, neist 8 arvati esimesse rühma, 20 teise ja 8 kolmandasse. Seitse haiget, kellel haiguse kulg halvenes, arvati IV rühma.

Esimese 24 tunni jooksul oli hospitaliseeritud 70 haigest 40 (57%), suhteliselt sageli esines neil taandarenen ja osalise paranemisega kulg. Tabelist nähtub, et haiguse kulu alusel arvati esimesel ööpäeval hospitaliseeritud 40 haigest 28 (70%) kahte esimesse haigete rühma. 7 samal ajavahemikul hospitaliseeritud siiski surid.

Kiirabi hospitaliseeris üldse 37 ajuinfarktihaiget, neist esimesel ööpäeval 31, teisel kaks ja 3...4. ööpäeval neli haiget. 33 ülejäänut 70-st oli ravile saanud jaoskonnaterapeut või neuroloog ning neil puhkudel oli kiirabi vaid transportija osas. Varajast ravi alustati vaid 19 juhul.

Kardiovaskulaarsüsteemi haigustele viitavaid tunnuseid oli üldse kokku 61 juhul (87%). Aju või südame varajase-

male isheemiale viitavaid stenokardiahoogusid või aju isheemilisi atakke oli esinenud anamneesi järgi 19-l, südame rütmihäireid 32-l, südametoonide olulist tuhmumist 55-l, paisunähte 15-l ja tsüanoosi 7 juhul. Peale selle oli 9 haigel esinenud pearinglust, mille päritolu oli ebaselge. Arteriaalne hüpertensioon oli 27 haigel. EKG-s leiti isheemia tunnuseid 40 juhul; üldse on EKG-d tehtud 60 juhul. Neil 19 juhul, kui ravi alustas kiirabi arst, kasutati kas koos või eraldi järgmisi ravimeid: eufüllüüni 11 korral, strofantiini 9, papaveriini 5, magneesiumsulfaati 4, dimedrooli 3 korral, prednisolooni, laasiksit, kaaliumipreparaate ja dibasooli, kõiki 2 korral, reopolüglüküüni, kordiamiini, pipolfeeni ja amidopüriini, samuti hapnikku inhalatsiooniks, kõiki ühel korral.

Arutelu ja järeldused. Haigete vanuseline ja sooline jaotumus ning riskitegurite esinemissagedus on lähedane kirjanduses toodule (4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14). Nii on noorematel haigestunutel haiguse kulg soodsam, vanemaalisi infarktihaigeid aga on rohkem (9). Naishaigete ülekaal seletub eeskätt naiste ülekaaluga üldpopulatsiooni vanemates eärühmades. Tartus on esimesel ööpäeval hospitaliseeritud veidi vähem (57%) kui mõnes suurlinnas (64...66%) (11). Haiguse kulg oli varem hospitaliseeritud hiljem hospitaliseeritud märgatavalt soodsam — 70%-l täheldati haiguse taandarenemist või osalist paranemist. 10% halveneva kuluga haigeist oli hospitaliseeritud samuti esimesel ööpäeval, mida tuleb rahuldavaks hinnata. Arvestades südamehaiguste suurt esinemissagedust infarktihaigetel, nimelt 68% Lavy (4), 66% Roose (9) ja 75% Pent-siku kirjeldatud haigusrühmade andmeil (13), tuleb meie 87% töepäraseks pidada, sest arvestatud on ka muid veresoonekonna haigustele viitavaid tunnuseid. Loetletuist olid kõige sagedamad üldist hemodünaamikat mõjutavad tegurid: südame rütmihäired, paisunähud suures või väikeses vereringes ning südame töö kaudse näitajana toonide tuhmumine.

Tabel. Haigete hospitaliseerimine ja haiguse kulg

Aeg haigestumisest hospitaliseerimiseni (ööpäevad)	Haigete rühmad				Kokku
	I	II	III	IV	
I	11	17	5	7	40
II	2	4	1	0	7
III...VII	1	14	2	0	17
VIII ja enam	2	2	2	0	6
Kokku	16	37	10	7	70

Ateroskleroosi varem avaldunud tüsistustest täheldati aju- või südameinfarkti, stenokardiahoogusid, aju transitoorse isheemia atakke. EKG-s esines isheemia tunnuseid 66% -l uurituist. Kõigil surmaga lõppenud juhtudel (kokku 7) olid olnud südametegevuse häired: viiel arütmia, kuuel auskultatoorselt sedastatavad kahinad ja isheemia tunnused EKG-s, kahel haigel paisunähud suures vereringes, kolmel tsüanoos. Varajast südameravi infarkti algul (kõigil strofantiin) olid neist saanud üksnes kolm.

Varajast ravi oli alustatud 51% -l (37-st 19-l), üldist hemodünaamikat, ka ajuverearustust toetavaid preparaate (südameglükosiide) oli kasutatud 9 juhul. See on umbes neljandikul kiirabi korras hospitaliseeritustest ehk igal kuuendal-seitsmendal kardiovaskulaarsüsteemi häirega haigel. Ajuinfarkti tekkes, eriti aga edasises arengus, peetakse organismi üldseisundi muutusi, eriti üldist hemodünaamikat, otsustavaks (1, 3, 7). Käesolev uurimistöö tehti selleks, et rõhutada haigete kardioloogilise seisundi kohese hindamise ja ravi vajalikkust. Vastavad meetodilised juhendid ja soovitusel on ka eesti keeles ilmunud (2, 12) ning neis on esikohal südamehäirete ravi. Siinkohal meenu-tame, et haige, kellel ajuinfarkt on kas diagnoositud või kahtlustatakse seda, tuleb nagu müokardiinfarktihaigegi kiiresti hospitaliseerida ning seejuures alustada ravi juba kodus, enne transportimist (6, 8). Hospitaliseerimise väheste vastunäidustuste üle saab otsustada kiirabi. Seetõttu tuleb tarbetuks pidada erialast konsulteerimist kodus, sest hilisem hospitaliseerimine vähendab võimalust haiguse kulgu soodsalt mõjutada. Lootus ravi toimele rajaneb tõsiasjal, et isheemiakolle ei ole alati lõplikult välja kujunenud, mistõttu verevoolu kiirendamise teel on võimalik vältida kõigi neuronite paratamatut hävimist (6).

Nendel haigetel, keda oli hospitaliseeritud esimesel ööpäeval ja kellel ka ravi oli alustatud kohe, oli haiguse kulgu meie andmeil mõnevõrra soodsam kui neil,

kellel ravi oli alustatud hiljem. Loomulikult mõjutavad haiguse kulgu peale varajase ravi veel paljud muud tegurid, eeskätt põhihaiguse raskus ja haige vanus.

Autorid arvavad, et peale klassikaliste kardiovaskulaarsüsteemi puudulikkuse nähtude tuleb südameglükosiide kasutada ka ajuvereringe puudulikkuse korral, ükskõik, kas see on lokaalne või üldine. Käesolev töö ei analüüsi teiste kasutusel olnud preparaatide otstarbekust. Küll aga on igal arstil, kes on diagnoosinud ajuinfarkti, võimalus glükosiidravi kiiresti alustada või seda jätkata, tagades ööpäevase vajaliku annuse. Et enamikul haigetel esinevad kardiovaskulaarsüsteemi häired ning nende häirete raskusaste on ilmselt otsustav nii ajuinfarkti tekkes kui ka haiguse kulus, siis on loogiline nõuda, et kohe kutsutaks välja kiirabi kardioloogide brigaad, kes on võimeline alustama haiglaeelset ravi ning kes toimetab haiged ravi jätkamiseks haiglasse.

KIRJANDUS: 1. *Emerson, T. E., Diguez, G. C., Harkema, J. M. a. o.* In: *Cerebral Microcirculation and Metabolism*. New-York, 1981, 379—385. — 2. *Kaasik, A.-E.* Ajuinsuldi ravi. Meetodiline juhend. Tallinn, 1975. — 3. *Kassell, N. F., Baumann, K. W., Hitchon, P. W. a. o.* Stroke, 1982, 13, 1, 59—61. — 4. *Lavy, S.* In: *Advances Neurology*. New York, 1981, 25, 127—133. — 5. *Morgan, P. P., Wigle, D. T. Can. Med. Assoc. J.*, 1981, 125, 953—954. — 6. *Parsons-Smith, B. G. Practitioner*, 1981, 225, 1135—1140. — 7. *Plum, F.* In: *Cerebrovascular Diseases*. New York, 1981, 195—204. — 8. *Raudam, E.* Ajuinsult — tähtis sotsiaalmeditsiiniline probleem. Avalik loeng TRÜ arstiteaduskonna päeval 13. okt. 1978. a. Tartu, 1978. — 9. *Roose, M.* In: *Acta Commentationes Universitatis Tartuensis (Cerebrovascular Diseases)*. Tartu, 1981, 589, 30—36. — 10. *Tanaka H., Ueda, Y., Hayashi, M. a. o.* Stroke, 1982, 13, 1, 62—73. — 11. *Weinfeld, F. D.* Stroke, 1981, suppl. 1, 12, 2. — 12. *Zupping, R., Kaasik, A.-E.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 6, 437—441. — 13. *Пенцик А. С.* В сб.: *Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга*. М., 1972, 70—77. — 14. *Шмидт Е. В.* Сосудистые заболевания нервной системы. М., 1975.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja
neurokirurgia kateeder
TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK [618.19-006:612.621.31/9]-616.053.81-055.2

OVULATSIOON JA RINNAVÄHIRISK NOORTEL NAISTEL*

MARET PURDE MARET EMOIS HÄIDI KOLLE
TALLINN

rinnavähirisk, anovulatoorsed menstruaaltsükliid, pregnandiool, noored naised

Nii klassikaliste östrogeenide (Ö1, Ö2, Ö3) kui ka pregnandiooli (progesterooni derivaat) kontsentratsioon on aluseks mitme populatsioonirühma hormonaalsete parameetrite võrdlusel seoses rinnavähiriskiga. Arvestades pregnandiooli kontsentratsiooni uriinis, on võimalik määrata, kas ovulatsioon toimus või mitte. Teame, et noortel naistel kulgeb menstruaaltsükkel reproduktiivse ea algul sageli anovulatoorselt. Taolised füsioloogiliselt anovulatoorsed tsükliid on naistel küllalt sagedad *menarche* ja menopausi perioodil. Eeldatakse, et rinnavähiriski suurendav östrogeenide toime on eriti tugev siis, kui ta ei ole vastandatud progesterooni toimele menstruaaltsükli luteiinfraasi ovulatsiooniga kulgemise korral. Selle nn. avatud akna hüpoteesiga selgitatakse Shermani-Korenmani järgi rinnavähi etioloogiat (7). S. G. Korenman eeldab, et östrogeenid toimivad kõige enam *menarche*'le järgnenud aastatel ning menopausieelsel ja -järgsel perioodil, mil puudulikud menstruaaltsükliid on kõige sagedamad (3). Patoloogiliste anovulatoorsete menstruaaltsükliite sage esinemine on paljude autorite arvates naiste suguelundite vähi geneesi oluliseks teguriks (8, 9).

Östrogeenide kontsentratsiooni seoses rinnavähiriskiga oleme käsitlenud varem (vt. NET, 1982, 5, 337). Lisaks östrogeenidele uuriti rahvusvahelises koostöös eesti rahvusest naistel ka ovulatsiooni seost rinnavähiriskiga.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Töös esitame andmeid 100 uriiniproovi kohta 29 mittesünnitanud ja 41 esmassünnitanud 19...21

aasta vanusel eesti rahvusest naisel. Pregnandiooli kontsentratsiooni määras J. Brown Coxi meetodil (2) üksnes menstruaaltsükli luteiinfraasis (21. päeval). Uurimismaterjali kogumise ja analüüsimise metoodikat on kirjeldanud B. MacMahon (1, 4) ja seda oleme käsitlenud ka varem (vt. NET, 1979, 4, 266; 1982, 5, 337).

Kui pregnandiooli kontsentratsioon oli väiksem kui 1 mg/l, siis peeti tõenäoliseks, et uuritav menstruaaltsükkel kulges anovulatoorselt.

Tulemused. Meie andmetel ei ole alust arvata, et varajase esmassünnituse rinnavähiriski vähendav toime eesti naistel oleks tingitud Ö3 kontsentratsiooni tõusust pärast sünnitust. Anovulatoorsete menstruaaltsükliite sagedust võrreldi noortel esmas- ja mittesünnitanutel pregnandiooli kontsentratsiooni alusel. Noortel esmassünnitajatel on rinnavähirisk kõikides populatsioonides väiksem kui mittesünnitanud ja hilja sünnitanud naistel. Tabelist 1 nähtub, et noortel esmassünnitanutel nii Eesti NSV-s, Kreekas kui ka USA-s oli pregnandiooli kontsentratsioon uriinis märgatavalt kõrgem kui mittesünnitanutel. Pregnandiooli kontsentratsioon kõrge rinnavähihaigestumusega populatsioonis (USA) ei erinenud oluliselt keskmiste näitajatega populatsioonide andmetest (Eesti NSV, Kreeka). Varajane esmassünnitus on ovulatsiooni stabiliseerivaks teguriks füsioloogilise luteiinfraasi puudikkuse korral, seda kinnitavad ka tabeli 2 andmed.

Kui eeldaksime, et esmassünnituse

Tabel 1. Pregnandiooli kontsentratsioon (mg/l)* erineva rinnavähihaigestumusega naistel

Mittesünnitanud			Esmassünnitanud		
Eesti NSV (29)	Kreeka (46)	USA (87)	Eesti NSV (41)	Kreeka (47)	USA (31)
19... 21 a.	20... 24 a.	19... 23 a.	19... 21 a.	20... 24 a.	19... 23 a.
1,4	1,6	1,5	2,6	2,8	1,8

Sulgudes uuritute arv
* geomeetriline keskmine

* Koostöös B. MacMahoni (USA) ja J. Browniga (Austraalia)

Tabel 2. Anovulatoorsete menstruaaltsükli te proportsioon (%) noortel eesti naistel

Vanus esimese menstruaaltsükli ajal	Mittesünnitanud			Esmasünnitanud		
	tsükli te arv	anovulatoorsete tsükli d		tsükli te arv	anovulatoorsete tsükli d	
		arv	%		arv	%
<12	2	1	3,4	1	—	—
12	9	3	10,2	12	12	4,8
13	6	2	6,8	16	3	7,2
14	12	7	23,8	12	5	12,0
Kokku	29	13	44,2	41	10	24,0

ovulatsiooni stabiliseeriv toime rinnavähiriski vähendab, peaks eri rinnavähiriskiga populatsioonides olema seos ovulatsiooni ärajäämise sagedusega noortel naistel. Sünnitanute ja mittesünnitanute pregnandiooli kontsentratsioon ei erinenud olulisel määral nii populatsioonides kui ka omavahel võrrelduna. Väikesed nihked hormoonide parameetrites ei saa ilmselt olla suurte erinevuste põhjuseks rinnavähiriskiga populatsioonides, näiteks USA ja Eesti NSV naistel.

Eesti rahvusest mittesünnitanutest esines anovulatoorseid menstruaaltsükli teid 44,2% -l, esmasünnitanutest vaid 24,0% -l (vt. tabel 2). Tabeli andmed iseloomustavad ka anovulatoorsete menstruaaltsükli te sagedust seoses naise vanusega *menarche* ajal. Ilmnes anovulatoorsete menstruaaltsükli te sageduse kasvamine seoses hilisema *menarche*'ga.

Mitme populatsiooni koondandmed näitavad analoogilist tendentsi ja lisaks statistiliselt olulist negatiivset seost anovulatoorsete menstruaaltsükli te sageduse ja menstruaaltsükli te algusest möödunud aastate vahel. Mida enam aastaid on *menarche*'st möödas, seda vähem on naistel anovulatoorsete menstruaaltsükli teid. Naised, kellel *menarche* algus oli varajane, ei ole eksponeeritud östrogeenide vastandamata toimele kauem kui naised, kellel menstruaaltsükli te algas hiljem (4).

B. MacMahon samas analüüsis, kas piirkondades, kus rinnavähirisk esineb sagedamini, on suurem, on noortel naistel

anovulatoorsete menstruaaltsükli te proportsioon suurem ja vastupidi. Esitati andmeid 17 populatsiooni 15...19 aasta vanuste naiste kohta. 18 eestlanna andmed sobisid vanuselisel võrdluseks. Kokku uuriti 431 menstruaaltsükli te. Alarühma A kuulusid naised, kellel haigestumus oli suur (USA, Kanada, Taani, Holland, Norra, Rootsi), rühma B naised, kellel haigestumus oli keskmine (Kreeka, Soome, Jugoslaavia, Eesti NSV). Rühma C kuulusid keskmise haigestumusega USA naised (hiinlased ja jaapanlased Havai saartel) ning rühma D madalama haigestumusega Aasia naised (Hongkong, Jaapan), kellel haigusjuhte oli kõige harvem.

Tabelist 3 nähtub, et rühmas D oli anovulatoorsete menstruaaltsükli te sagedus suurem kui rühmas A. Anovu-

Tabel 3. Anovulatoorsete menstruaaltsükli te proportsioon (%) neljas populatsioonirühmas vastavalt rinnavähiriskiga

Menstruaaltsükli te algusest möödunud aastad	A*	B	C	D**
0...1	75	29	—	100
2	44	36	50	67
3	43	20	57	75
4	44	21	50	0
5	27	19	42	50
6+	9	19	25	50
Kokku (standardiseeritud %)	35	23	43	50

* kõige kõrgema haigestumusega populatsioon

** kõige madalama haigestumusega populatsioon

latoorsete tsüklite protsentuaalne sagedus on kummaski vahepealses rühmas (B ja C) vastassuunaliselt erinev. Seetõttu ei ole alust arvata, et anovulatoorseid menstruaaltsükleid on naistel sagedamini neis piirkondades, kus rinnavähihaigestumus on suur. Vastupidi, madalama haigestumusega maade naistel oli anovulatoorseid menstruaaltsükleid kõige enam. Andmed ei toeta hüpoteesi, mille järgi suurem anovulatoorsete menstruaaltsüklite sagedus *menarche*-järgsel perioodil on seoses suurema rinnavähiriskiga.

Rinnavähi epidemioloogia rahvusvaheline koostöö andis võimaluse määrata eesti noortel naistel mitme olulise hormooni kontsentratsiooni uriinis. Pregnandiooli uurimine noortel naistel kinnitas küll fakti, et varajane esmasünnitus reguleerib ovulatsiooni. Noortel esmasünnitanutel on anovulatoorseid menstruaaltsükleid oluliselt vähem kui mittesünnitanutel. Progesterooni kui rinnavähi protektori toimet aga edasine uurimine ei kinnitanud. Puuduliku luteiinse menstruaaltsükli proportsioon ei seostunud rinnavähiriskiga populatsioonides. Sagedad anovulatoorsed menstruaaltsüklid noortel naistel ei ole ilmselt veel rinnavähirisk.

KIRJANDUS: 1. Cole, P., Brown, J., MacMahon, B. *Lancet*, 1976, 18, 596—598. — 2. Cox, R. I. *J. Chromatogr.*, 1963, 12, 242—245. — 3. Korenman, S. G. *Lancet*, 1980, 1, 700—701. — 4. MacMahon, B., Trichopoulos, D., Brown, J., Andersen, A. P. a. o. *Int. J. Cancer*, 1982, 29, 13—16. — 5. Sherman, B. M., Korenman, S. G. *Cancer*, 1974, 33, 1306—1309.

6. Божман Я. В. Онкологические аспекты ановуляции. Псков, 1980. — 7. Мезинова Н. Н., Богданова А. Г., Кожназарова Ю. С. Краевые и возрастные особенности эндокринной системы при раке матки и молочной железы. Алма-Ата, 1977.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

UDK 614.252.8:616-003.2(474.2)

TALLINNA HAIGLATE ÜLDLAUA-TOIT

EINAR VAGANE ANNE TINGAS · TALLINN

haiglatait, toidu tasakaalustamine

Tuntud nõukogude toitlustusteadlane M. Pevzner (6) mainib, et täisväärtuslik toit loob fooni, mis soodustab ravi- menetluste toimet. Ta kirjutab: «Seal, kus pole ravitoitlustust, pole ka ratsionaalset ravi».

Toitlustusküsimustes orienteerumine on tänapäeval raskem, ent ühtlasi vajalikum kui kunagi varem, sest sotsiaalmajanduslik progress on muutnud nii inimese toiduvajadust kui ka toidu kvaliteeti. Eesti NSV elanike toiduratsioon on räsva- ja süsivesikuterikas, kuid suhteliselt valguvaene. Sageli esineb liigset kehakaalu. Täiskasvanu organismi C-, B₁- ja B₂-vitamiini-vajadus, ka magneesiumivajadus ning lapse organismi D-vitamiini-vajadus ei ole tihti rahuldatud. Seetõttu esineb varjatud ehk osalist nälga, mis pidurdab tervistumist ja põhjustab degeneratiivsete protsesside arengut organismis (4).

Tallinna haiglataitu uurisid 1959. a. A. Rihma (2) ja 1973. a. T Muhk (1), haiglatait ja lasteasutuste varustamist toiduainetega selgitati 1968. a. (3). Käesoleva töö ülesanne oli anda ülevaade nelja Tallinna haigla ratsioonist. Võrreldes töö tulemusi 1958. ja 1973. a. andmetega, saame hinnata haiglatait toidu kvaliteedi parandamiseks tehtut.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti Tallinna Vabariikliku Haigla, Tallinna Psühhoneuroloogiahaigla, Tallinna Onkoloogiadispenseri ja Tallinna Linna Tuberkuloosidispenseri 1978. a. mai- ja oktoobrikuu üldlaualaitu (dieet 15) menüülehtede alusel. Ratsioonide valgu-, rasva-, vitamiini-, süsivesikute ja mineraalainete sisaldus ning kalorsus arvutati toiduainete keemilise koostise tabelite (9, 10) järgi elektronarvuti «Minsk 32» abil. Andmeid võrreldi normidega. Üldhaigla ratsiooni normiks võeti kehaliselt väheaktiivse terve inimese toiduvajadus (8). Onkoloogiahaigla normid on toodud F. Menšikovi (5) ja tuberkuloosahaigla normid K. Petrovski (7) ning F. Menšikovi järgi. Onkoloogilised hai-

Tabel 1. Tallinna haiglate 1978. a. üldlauatoidu koostis (haige kohta päevas)

Toitained	Tallinna Vabariiklik Haigla	Psühhoneu- roloogia- haigla	Haiglate norm	Onkoloogia- dispanser		Tuberkuloosi- dispanser	
	keskmine	keskmine		keskmine	norm	keskmine	norm
Valgud (g):	97,3	101,6	90	105,0	130 ... 140	142,8	100 ... 150
loomsed	48,5	48,6	45	57,8	65 ... 70	88,8	50 ... 75
taimsed	48,8	53,0	45	47,2	65 ... 70	53,8	50 ... 75
Rasvad (g):	100,6	97,7	90	100,6	70 ... 80	135,8	80 ... 120
loomsed	88,9	86,0	65	92,8	50 ... 56	120,0	60 ... 84
taimsed	11,7	11,7	25	7,8	20 ... 24	15,8	20 ... 36
Süsivesikud (g)	413	438	380	414	350 ... 390	528	450 ... 500
Kalorsus (kcal)	2853	2943	2750	2902	2700 ... 3000	3761	3000 ... 3800
Mineraalained (mg):							
kaltsium	1226	1147	800 ... 1000	1186	1800	1593	1100
magneesium	482	470	300 ... 500	444	500	580	500
fosfor	1790	1752	1000 ... 1500	1796	2100	2575	2000
kaalium	3779	3829	2500 ... 5000	3538	2500 ... 5000	5483	2500 ... 5000
raud	21	19	15	19	15	27	15
Vitamiinid (mg):							
A-vitamiin	1,0	0,8	1,5 ... 2,5	0,6	0,9 ... 1,2	1,4	3 ... 4
Karotiin	2,6	1,8	3 ... 5	1,6	3 ... 5	2,0	3 ... 5
B ₁ -vitamiin	1,9	1,8	1,5 ... 2,0	1,6	2,0 ... 2,9	2,2	4 ... 6
B ₂ -vitamiin	2,0	1,9	2,0 ... 2,5	2,3	4,0 ... 4,1	2,9	4 ... 6
PP-vitamiin	16,8	16,5	15 ... 25	17,0	15 ... 25	22,0	15 ... 25
C-vitamiin	98,1	98,3	70 ... 100	74,1	100	123	150

Tabel 2. Tallinna haiglate 1959., 1973. ja 1978. a. üldlauatoidu toitainete sisaldus ja kalorsus

Haiglad	Aasta	Valgud (g)			Rasvad (g)			Süsivesikud (g)	Kalorsus (kcal)
		loomsed	taimsed	kokku	loomsed	taimsed	kokku		
Tallinna	1959	36,9	39,8	76,7	69,4	4,9	74,3	418	2718
Vabariiklik	1973	40,0	49,7	90,0	76,0	11,5	87,5	458	3060
Haigla	1978	48,5	48,8	97,3	88,9	11,7	100,6	413	2853
Psühhoneuro- loogiahaigla	1959	38,6	45,6	84,2	66,6	5,8	72,4	435	2803
	1973	37,5	44,4	81,9	68,5	10,3	78,8	429	2829
	1978	48,6	53,0	101,6	86,0	11,7	97,7	438	2943
Onkoloogia- dispanser	1959	34,3	34,2	68,5	75,3	4,4	79,7	393	2636
	1973	30,8	40,2	71,0	81,0	7,7	88,7	406	2782
	1978	57,8	47,2	105,0	92,0	7,8	100,6	414	2902
Tuberkuloosi- dispanser	1959	48,4	43,8	92,8	82,3	4,9	87,2	485	3189
	1973	67,1	46,6	113,7	132,7	11,2	143,9	526	3963
	1978	88,8	53,8	142,6	120,0	15,8	135,8	528	3761

faani 1 mg PP-vitamiinile. Andmed viitavad (vt. tabel 1) A- ja B₂-vitamiinipuudusele kõigi haiglate toidus. Dispanserite ratsioonid olid ka B₁- ja C-vitamiini-vaesed. Üksnes PP-vitamiini-sisaldus rahuldab kõigis haiglates haigete minimaalse vajaduse. Meie arvates on

arvutusel saadud C-vitamiini-sisaldus toidus tegelikust sisaldusest mõnevõrra suurem, sest A. Pokrovski (9) tabelite järgi antakse kartuli C-vitamiini-sisalduseks 20 mg%. Meie vabariigis tehtud uurimistööd (4) aga kinnitavad, et selisel hulgal C-vitamiini sisaldab kartul

Tabel 3. Rafineeritud toiduainete osa 1959., 1973. ja 1978. a. Tallinna haiglate toidu kalorsusest (%)

Haiglad	1959. a.	1973. a.	1978. a.
Tallinna Vabariiklik Haigla	55,1	46,5	39,0
Psühhoneuroloogiahaigla	53,8	44,4	49,4
Onkoloogiadispenser	51,7	41,4	40,2
Tuberkuloosidispenser	49,4	45,8	43,8

ainult sügisel. Kevadel on kartuli vitamiinisaldus 6...8 mg%.

A-vitamiini-allikaiks olid peamiselt piima- ja lihasaadused. Kaks kolmandikku karotiinist andis köögivilj. B-rühma vitamiine saadi teravilja-, liha- ja piimasaadustest ning kartulist. Üle 90% toidu C-vitamiinist pärines kartulist ja aiasaadustest.

Haiglate toiduraha suurendamine suurendas ratsioonide valgu- ja rasvasisaldust. Suuremale toidurahale vaatamata ei erinenud dispanserite toidu kvaliteet oluliselt üldhaigla toidu kvaliteedist. Toidu ühekülsust suurendas rafineeritud toiduainete liigtarbimine. Nagu tabelist 3 nähtub, rafinaatide osa haiglate toidus küll vähenes, kuid oli 1978. a. ikkagi liiga kõrge, 40...50% kalorsusest. Menüüde ühekülsuse põhjuseks olid toiduainetega varustamise häired ja töötajate vähesus köökides, mistõttu ei saadud menüüsse võtta roogi, mille valmistamine nõuab rohkem tööd. Nii mõnigi kord pidi kalaroogadele ja toorsalatitele eelistama kalakonserve ja konservsalateid.

Kokkuvõte ja järeldused.

Tööst selgub, et haiglate toidu kvaliteet ja tasakaalustatus ajavahemikul 1959...1978 paranes. Suurenes ratsioonide valgu- ja rasvasisaldus, vähenes süsivesikute osa. Tunduvalt rohkem vajavad valku onkoloogilised haiged. Täisväärtsuliku valgu allikaina sobivad haigetele piima- ja kalavalgud, mis lihavalgust on ka mitu korda odavamad. Valgu ja rasva suhe haigete toidus oli sobiv, kuid odava taimeõli tarbimine

jäi tunduvalt maha vajadusest. Taimeõli sisaldab rohkesti E-vitamiini ja küllastamata rasvhappeid, mis pidurdavad ateroskleroosi arengut. Piim, köögivilj, kartul ja teised naturaalsed produktid on tähtsad vitamiini- ja mineraalainete allikad. Need toiduained aitavad normaliseerida happe-leelise tasakaalu, mis haigetel on sageli nihkunud atsidoosi suunas. Keemiliselt ühekülgsete ja bioloogiliselt väheväärtuslike rafinaatide tarbimist peab võimalikult piirama. Pole soovitatav liialdada keedusoolaga, on küllaldane, kui päevasele toidule lisada 6...8 g soola. Haiglate toidule peab järjekindlalt lisama vitamiinipreparaate.

Täisväärtsulik toit aitab kiirendada tervistumist. Haiglapersonali juhtnõu-rid haigete koduse toidu tasakaalustamiseks on suure profülaktilise tähtsusega. Eriti vajavad dieetarsti ja -õe nõuannet liigse kehakaaluga haiged, sest ratsionaalne toit pidurdab degeneratiivseid protsesse organismis.

KIRJANDUS: 1. Muhk, T., Vagane, E. Haiglate toiduratsioonid ja nende tasakaalustamine. Tl. 1977. — 2. Rihma, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 44—48. — 3. Vagane, E., Kont, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 2, 112—115.

4. Вaгaнe Э. П. Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР. Таллин, 1976. — 5. Меньшиков Ф. К. Диетотерапия. М., 1972. — 6. Певзнер М. И. Основы лечебного питания. М., 1958. — 7. Петровский К. С. Гигиена питания. М., 1975. — 8. Рекомендуемые величины физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии. М., 1968. — 9. Химический состав пищевых продуктов. Под ред. А. А. Покровского. М., 1976. — 10. Химический состав пищевых продуктов. Под ред. М. А. Нестерина и И. М. Скурихина. М., 1979.

*Ekspimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut
Tallinna Vabariiklik Haigla*

Ülevaated

UDK 616.89-008.454-092-07-036.22(047)

DEPRESSIOON — NOSOLOOGILISED VORMID JA ETIOPATOGENEES

HANS VÄRE · JÄMEJALA

depressioon, epidemioloogia, patogenees, sümptoomid

Depressioon on üks enam levinud psüühilisi vaevusi, mida arvatakse olevat 3...4% -l elanikkonnast, s. o. 4 miljardist maakera elanikust kannatab 120...160 miljonit eri genesiga depressioonide all ja nad vajaksid ravi (8). Edukas afektiivsete häirete ravi eeldab depressiooni täpset diferentsiaaldiagnoosimist geneesi alusel. Sellele vastavalt toimub nii ravimeetodi kui ka antidepressandi valik. Kahjuks valmistab suuri raskusi eristada mõningaid somaatilisi haigusi varjatud ehk maskeeritud depressioonist. Sageli võib depressioon vallandada niivõrd ulatuslikke somaatilisi (kardiaalsed, pulmonaalsed, gastrointestinaalsed jne.) vaevusi, et psüühikahäire (depressioon) täielikult nende varju jääb. Selline maskeeritud depressioon on tänapäeva meditsiinis kujunemas distsipliinidevaheliseks probleemiks (15).

Depressiooni diagnoos baseerub neljal sümptomide rühmal (P. Kielholz, 1977): 1) kurbus, allasurutus, rõhutatus; 2) ootusärevus, ärev agitatsioon; 3) pidurduse süvenemine, tungide nõrkus, apaatia; 4) kehalised sümptoomid: vegetatiivne düstoonia ja kaebused elundite funktsionaalsete häirete üle (maskeeritud ehk larveeritud depressioon).

Nosoloogilisest aspektist jaotatakse

depressioon kolme põhirühma: psühho-geenne, endogeenne ja somatogeenne (orgaaniline ehk sümptomaatiline) ehk sekundaarne.

Somatogeenne depressioon. Vale diagnoosi ja sellega kaasneva mitteadekvaatse ravi vältimiseks on vaja esmalt välistada somatogeenne depressioon. Depressiooni all kannataja vajab hoolikat terapeutilist ja neuroloogilist uurimist, sest depressioon võib olla põhjustatud algavast somatogeensest haigusest. Somatogeensele depressioonile on iseloomulik ideatoorne ja motoorne pidurdus, kusjuures langenud meeleolu ööpäeva jooksul ei muutu. Öhtul ja öösel võib episooditi tekkida deliirioosseid hooge. Depressioon ja deliirium on kõige tüüpilisemad operatsioonijärgsed tüsistused. Paranoidse sündroomi lisandumine depressioonile on somaatilise haiguse progredientsuse väljendus. Somatogeenne depressioon jaotatakse: a) orgaaniliseks, kui esinevad peaaegu struktuursed muutused, näiteks aju ateroskleroos, ning b) sümptomaatiliseks, kui depressioon esineb kehalise haiguse ühe sümptoomina. Sümptomaatilised depressioonid, mis on tingitud vereringe või südame insufitsientsusest ehk tsentraalvereringe puudulikkusest, vajavad esmalt põhihaiguse ravi.

Sümptomaatilist depressiooni on sagedamini täheldatud järgmiste haiguste puhul: infektsioonid, tuumorid (näiteks pankrease kartsinoom, retroperitoneaallümfoom), endokriinsete häirete (suhkurtõbi, hüpotüreoidism, hüpoadrenaalism, hüperparatüreoidism, akromegalia) ja intoksikatsioonide puhul, samuti ka mõningate ravimite kasutamise korral (trankvillisaatorid, parkinsonismivastased preparaadid, barbituraadid, propranolool, reserpiin, ovulatsiooni pärssijad jt.).

Järelikult võivad sümptomaatilised depressioonid olla nii infektsioonijärgsed, endokriinsed, farmakogeensed, intoksikatsiooni tagajärjel tekkinud, nad võivad olla ka abstinentsisündroomi väljenduseks.

Depressiooni üksikud või mitmed vaevused eri elundisüsteemides võivad ars-

tile näida somaatilise haigusena: gastro-intestinaalsed — anoreksia, seedehäired, kõhukinnisus; kardiovaskulaarsed — rinnaangiin, südamepekslemine; urogenitaalsed — libiido langus, düsuuria; liigete ja lihaste süsteem — üldine valulikkus, väsimus; neuroloogilised — peavalu, tundetud, kohin kõrvus.

Eelnimetatud sarnasusest tingituna on vaja, et haiget põhjalikult ja igakülgelt uuritaks, ka psühhiaatriliselt.

Häire sügavuse alusel eristatakse depressioone neurootilisteks ja psühhootilisteks, tekkemehhanismi alusel reaktiivseteks ja endogeenseteks. Sekundaarne depressioon tekib kaasnevalt kas orgaanilise või somaatilise haigusga. Primaarseks depressiooniks peetakse maniakaal-depressiivse psühhooi depressiivset faasi, depressiivset involutsiooni, reaktiivset depressiivset psühhooi ja depressiivset neuroosi.

Primaarse depressiooni kriteeriumid.

1. Käitumine on düsfooriline, ilmnevad järgmised sümptoomid: pidurdus, tujutus, kurbus, meeleheitlikkus, ärevus, muretsemine.

2. Alljärgnevatest tunnustest on vajalik viis tunnust diagnoosiks või neli esialgseks diagnoosiks: a) isutus, kehakaalu vähenemine, b) unehäired (insomnia, hüpersomnia), c) energiavaegus, d) motoorika agiteeritus või pidurdatus, e) huvi kadumine tavalise tegevuse vastu või alanenud seksuaalhuvi, f) süütunne või enesesüüdistus, g) mõtlemise aeglustumine ja kontsentratsioonivõime langus, h) rekurrentsed suitsiidimõtted.

3. Depressioonile ei ole ühe kuu jooksul eelnenud raskekujulist haigust.

Endogeenne depressioon. Kuigi eri depressioonide puhul ei ole teravaid piirjooni, võib endogeenset depressiooni eristada täpse anamneesi, pärilikkuse ja tüüpiliste sümptomide alusel (7): pärilik autoktoon teke, premorbiidne isiksus, pükniline konstitutsioon, vitaal-depressiooni tunnused, meeleolulangus peamiselt hommikul, enda vastu suunatud ägreesioon koos enesesüüdistusega (alaväärsus-, vaesus-, enesesüüdistus-,

patuluul) ning unehäired varajase ärkamisega.

Endogeenset depressiooni esineb maniakaal-depressiivse ehk tsirkulaarse psühhooi ühe faasina, mille iseloomulikud tunnused on järgmised.

1. Depressiivse meeleolu ülekaalus. 2. Somaatilise düsfunktsiooni tunnused: a) seedehäired, b) isutus, kõhukinnisus, c) unetus, d) valud, e) suukuivus, f) alanenud libiido. 3. Mõtlemise sisu ja tüüp: a) haiguslikult sünged ideed, b) mõtete vahetumise puudumine, c) ideed jõu kaotusest, süütundest, lootusetusest või paranematust haigusest (25% mõtleb enesetapule, katset teeb 10...15%, sageli paranemisel), d) mõtlemise aeglus, e) võimetus kontsentreerumiseks, f) eba-kindlus, kõhklus.

Varjatud ehk maskeeritud depressiooni puhul varjutab somaatiliste häirete fassaad depressiivsed psühhikahäired täielikult. Tsüklotüümia puhul on seda vormi tabavalt nimetatud depressiivse hoo ekvivalendiks (9). Sümptomatika võib imiteerida ükskõik millist haigust. Arvatakse, et need haiged moodustavad 10...30% üldarstide poole pöördujaist (23).

Kliiniliselt iseloomustub väheväljendunud depressioon üldjuhul mitte-spetsiifiliste ning polümorfsete somaatiliste häiretega, mis võivad imiteerida ükskõik millist orgaanilist või funktsionaalset häiret. A. Anufrijevi klassifikatsioon põhineb nende häirete anatoomilis-füsioloogilisel projektsioonil (20), kuid ei arvesta patogeneetilisi mehhanisme (esinemissagedus protsentides): süda ja vereringe — 37%; kesknärvisüsteem — 32%; seedeelundkond — 23%; luude, liigete ja lihaste süsteem — 5%; nahk — 3%.

J. Lopez-Ibor (9) esitab sagedamate sümptomidena järgmised: 1) valu ja pareesid; 2) pearinglushood koos hirmuga; 3) psühhosomaatilised häired; 4) isutus.

B. Desjatnikov (22) eristab varjatud depressiooni alljärgnevaid vorme.

I. Algeesilis-senestopaatiline vorm (sealhulgas abdominaalsed, kardialgilsed, tsefalgilsed). Esineb umbes 45% -l

maskeeritud depressiooniga haigetest. Mitmete eriarstide uuringud ei too ilmsiks somaatilist haigust. Valud ei vasta somaatilise haiguse sümptomidele või ei ole kaebused vastavuses selle häire raskuse ja staadiumiga.

2. Agrüpniline vorm. Iseloomulik on periooditi arenev unehäire: varajane ärkamine, lühike uneaeg, mis ei ole mõjutatav uinutitega. Hommikul ärgetes väsimus, pearaskus, isutus. Keskpäevast need nähud nõrgenevad.

3. Dientsefaalne vorm. See on kõige keerukama ja mitmekesisema sümptomaatikaga, mis on sarnane hüpotalaaamilise kahjustuse sündroomiga, mida on kirjeldanud mitmed autorid (26).

Dientsefaalse variandi sümptomaatikas on vegetovistseraalsed, vasomotor-allergilised ja pseudoastmaatilised sündroomid, iseloomulik on paroksüsmaalne algus ning faasiline kulg, kusjuures tüüpilise dientsefaalse päritoluga haiguslikud nähud (neuroloogilised, vegetovaskulaarsed jt.) puuduvad.

Obsessiiv-fookilise variandi puhul on esiplaanil mitmesugused sündmõtted ja hirm, mille suhtes on patsiendil ratsionaalne kriitika, depressiivsed häired aga on minimaalsed. Selle tõttu osutuvad maskiks depressioonile psüühilised fenomenid, mitte aga somatovegetatiivsed häired. Et haigus algab dientsefaalse kriisi taoliste häiretega, siis pöörduvad haiged abi saamiseks enamasti neuroloogi, terapeudi või endokrinoloogi poole. Terapeudi poolne haige jälgimisperiood ulatub kuuest kuust 27 aastani (keskmiselt 1,8 aastat). Haigus kulgeb perioodiliste unehäiretega, valudega südames, peas ja kõhus. Objektiivset valude põhjust ei ole.

Narkomaanilisele variandile on iseloomulik alkoholi pruukimine sööstudena, mis on seotud periooditi tekkivate afektiivsete ja somatovegetatiivsete häiretega. Depressiooni ja alkoholismi psühhopatoloogilist sarnasust on rõhutanud mitmed autorid (2, 23). Anamneesis täheldatakse perioodilisi afektiivseid häireid (meeleolulangus, kurbus, suitsiidimõtted), millega kaasnevad somatovegetatiivsed häired,

nimelt valud südames, kõhus, vegetovistseraalsed kriisid, unehäired. Enamasti täheldatakse haigetel nn. pärliliku koormust: alkoholismi, suitsiidi, psühhopaatia juhud perekonnas või sugulastel. Depressioon võib väljenduda nõrgalt (pinge, rõõmutu olek) või ulatuda tugeva meeleolulanguseni (enesesüüdistus, suitsiidimõtted või -katsed). Meeleolu on ööpäeva jooksul muutlik ja enesetunne paraneb öhtul.

Psühhogeenne depressioon tekib alati psühhogeenselt ja oma sümptomide poolest peegeldab psühhotraumatiseerivat situatsiooni (24). Situatsioonist tingituna esinevad afektiivne pinge ning motiiv, millele on keskendunud depressiivne elamus. Põhimeeleolu on langenud — sügavast kurbusest veel rääkida ei saa —, väljendudes emotsionaalse labiilsusena, asteeniana, nukrusena, millele võib lisanduda isutus. Meeleolulangus jõuab haripunkti öhtul, siis tekivad ka uinumishäired. Mõned autorid väidavad, et klassikaline meeleolu kõikumine (paranemine öhtul) ei ole omane ainult endogeensele depressioonile ega ole diferentsiaaldiagnostiliseks kriteeriumiks (5). Agressioon ja süüdistus on pööratud ümbruskonna ning isikute vastu, kellest lähtub psühhotraumeeriv situatsioon.

Etiopatogenees. Pärlikkus. Patsientide vanematel, lastel ja õdedel-vendadel on endogeense depressiooni esinemissagedus suurem kui kogu populatsioonil. Kahemunakaksikul on esinemissagedus 20...25%, ühemunakaksikul aga 66...96%. Varajasema algusega tsüklotüümia korral on pärliliku depressiooni-, alkoholismi- või psühhopaatiajuhte rohkem (11). Arvatakse, et pärlilikult antakse edasi kas hormonaalse kontrollmehhanismi hälve või temperamendi iseärasused.

Konstitutsioon. Juba folkloor ja kirjandus seostavad temperamenti kehaehitusega: tüsedad on lõbusad (Fals-taff, Sancho Panza — vastandkuju Don Quijote on kõhn). Caesarit kirjeldab kaasaegne kõhnana ja näljasena. E. Kretschmeri arvates on püknikud tsükloidse temperamendiga ning tsüklo-

tüümia on ekstreemne nihe selle isiku karakterses käitumises.

Psühholoogilistel teguritel on patogeneetiline tähtsus peamiselt neurootiliste depressioonide puhul, kus biokeemilised muutused enamasti puuduvad. Üks psühholoogilise depressiooni motiive on kaotus, lein või südamevalu. Mõned võivad taga nutta lähedast inimest, teised ideaale või kaotatud seisundit, tervist, ilu. See on normaalne reaktsioon kaotusele. Sageli tekivad lehestunudil (umbes 5%–1) depressioonisümptoomid ning sellega võib kaasneda rohke ravimite kasutamine, mõnikord ka alkoholi pruukimine. Psühholoogilised tegurid võivad osutada ka endogeenset depressiooni vallandavaks.

Bioloogilised tegurid. 1. Endokriinne hüpotees lähtub glükokortikosteroidide häiritud sekretsioonist depressiooni all kannatajail. Teatavasti kutsub sünteetilise glükokortikoidi deksametasooni manustamine tagasisidemehhanismil esile AKTH ja kortisooli sekretsiooni vähenemise; seda nähtust endogeense depressiooni puhul ei ole (25). Eelnimetatud testi on kasutatud depressiooni kindlakstegemisel. Kortisooli basaalnivoo on tavaliselt kõrgem (1). Teatavasti muudab kortisool neuromediaatorite varusid, tõuseb intraneuronaalse Na^+ suhe ekstraneuronaalsesse, mille tagajärjel halveneb monoamiinide transport. Premenstruaalset depressiooni seostatakse kõrge prolaktiini ja madala östrogeenide ning progesterooni kontsentratsiooniga organismis. Väike östrogeenide ja progesteroonisisaldus on iseloomulik ka klimakteerilisele depressioonile (3), mis östrogeenide manustamisele enamasti hästi reageerib.

2. Tsüklilise cAMP metabolismi defekti hüpotees näeb depressiooni tekkes järgmisi seoseid: cAMP defekt põhjustab hormoonide toime ülekande häirimist, millest FSH ja LH ning östradioli aktiivsuse langus tingib libiido alanemise ning amenorröa. cAMP kui sekundaarne hormoon võtab osa nii hormoonide kui ka neuromediaatorite ülekandest (6). Hormonaalne ja neuromediatoorne aktiivsus sellest tulene-

valt muutub. PTH madal aktiivsus põhjustab Ca^{++} sisalduse vähenemist seerumis ja Ca^{++} hulga suurenemist uriinis. Redutseeritud hüpotalaamilise aktiivsusega seostatakse anoreksia kujunemist. Muutunud on pituitaarne reaktiivsus, pidurdatud on kasvuhormooni sekretsioon vastusena sellistele stimulaatoritele nagu insuliin, L-DOFA ja amfetamiin.

3. Katehhoolamiinide defitsiitsuse hüpotees on üks esimesi, mis seostab neutromediaatorite aktiivsuse muutusi psüühikahäiretega. I. Anohhina esitab oma ülevaates eksperimentaalandmed hüpoteesi toetuseks (9). Esiteks, raviks kasutatavatel antidepressantidel on adrenomimeetiline toime. Teiseks, katehhoolamiinide metaboliitide uurimine veres, uriinis, seljaajuvedelikus viitab noradrenaliinisalduse vähenemisele ajus. Kahjuks on aga andmeid, mis räägivad katehhoolamiinide defitsiitsuse hüpoteesile vastu: katehhoolamiinide sünteesi prekursoril L-DOFA-1 ja tsentraalse adrenomimeetilise toimega preparaadil amfetamiinil ei ole depressioonivastast toimet. L. Allikmets (18) järeldeb eksperimentaaluurimise põhjal, et antidepressantide toime põhineb nii tsentraalsel serotoninomimeetilisel kui ka M-kolinolüütilisel efektil (18). Meeleolu muutuste seost M-kolinergilise aktiivsusega kinnitavad katsed psühhotropsete ainetega (17, 21).

Viimaste aastate uurimistulemuste alusel arvatakse, et afektiivsete häirete puhul muutub endorfiinide sünteesi reaktiivsus (4). On leitud iseloomulikke muutusi depressiooni all kannatajate reoentsefalogrammis ning peaaju poolkerade verevarustuses (10). Ülevaates toodud andmed näitavad, et depressiooni bioloogilised mehhanismid on veel ebaselged.

Epidemioloogia. Epidemioloogilise uurimise andmeil kannatas depressiooni all 3,9%, neist naised 6,3% ja mehed 1,8%. Neist oli neurootilisi depressioone 77% (16). Esmakordselt depressiooni haigestumise sageduseks on hinnatud 3...4 inimest 1000 elaniku kohta. Meil on haigestumise sagenemist seostatud va-

nemaealiste absoluutarvu suurenemisega (14).

Eluea jooksul on tõenäosus haigestuda depressiooni 10%-l elanikkonnast, mis skisofreeniasse haigestumise riskist on 10 korda suurem (8). Hoolika epidemioloogilise uuringu andmeil oli risk 18%-l naistest ja 9%-l meestest, kusjuures 1%-l on tõenäosus haigestuda psühhootilisse depressiooni (6).

Depressioonide eluohtlikuks tüsistuseks on suitsiid. On arvatud, et suitsiide teostab üks 200 depressiooni all kannatajast (8). Suitsiidikatsete ja suitsiidide suhet on hinnatud 3:1 kuni 10:1. Arvatakse, et enesetapjatest oli 5...15% endogeenses depressioonis ja $\frac{1}{2}$... $\frac{3}{4}$ enesetapjatest või seda katsetanuist kannatas depressiooni all, mida oleks tulnud ravida (13). Kirjanduse andmeil (13) korreleerub suitsiid eaga, unehäirete ja nosoloogilise diagnoosiga.

Erilist tähelepanu nõuab somaatilistel haigetel täheldatav suur risk autoagressiooniks, mis on tingitud sümptomaatilistest depressioonist.

Liialt erinevad on kirjanduse andmed depressiooni ravi vajaduse ja selle tagamise kohta. Psühhootilisi depressioone ravitakse 50...92%-l juhtudest haiglas, kuid haiglaravile saabunuist on $\frac{1}{3}$ -l eelnenud depressiivne periood, mida arstid ei olnud varem diagnoosinud ega ravinud (12). Kui veel arvestada, et mõnel maskeeritud depressiooni juhul kulub psühhiaatri juurde suunamiseks keskmiselt 1,8 aastat (22), siis on erialasele ravile saabumise aeg liialt pikk. Sellest tingituna pikeneb ka ravi kestus, väheneb aga ravi mõjususe ning suureneb suitsiidiriski.

Ülevaatest selgub, et depressiooni all kannatajatel sõltub haiguse õigeaegne diagnoosimine ja nende ravile saatmine suuresti kõikide erialade arstidest.

Ravi mõjususe suurendamiseks ja suitsiidide ärahoidmiseks on vajalik: a) tihendada koostööd teiste erialade arstide ja psühhiaatrite vahel polikliinikutes ning haiglates; b) täiustada de-
tsentraliseeritud psühhiaatrilist abi: psühhiaatriapalatite või -osakondade loomine üld- ja rajoonihaiglate juures;

c) adekvaatselt hinnata depressiooni ja suitsiidiriski tegureid: kõrge iga, kroonilised haigused, ravimsõltuvus, alkoholism, isoleerunud ja üksikuks jäänud inimesed; d) parandada diagnoosimist kaadri erialase täiendamise teel.

KIRJANDUS: 1. *Asmis, J. M., Sachar, E., Halbre, Ch.* Am. J. Psychiatry, 1981, 138, 9, 1218—1221. — 2. *Bleuler, E.* Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. Berlin, 1920. — 3. *Carroll, B. J., Steiner, M.* Psychoneuroendocrinology, 1978, 3, 175—180. — 4. *Extein, I., Pottasch, A. L., Gold, M.* Am. J. Psychiatry, 1980, 137, 7, 845—846. — 5. *Graw, P., Hole, G., Gastpar, M.* Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1980, 228, 4, 329—339. — 6. *Greengard, P.* Science, 1978, 199, 4325, 147—152. — 7. *Kielholz, P.* In: Alival (Nomifenson). Symposium. Stuttgart—New York, 1977, 3—11. — 8. *Lehmann, H. E.* Excerpta Medica. Amsterdam, 1971, 21—30. — 9. *Lopez-Ibor, J. J.* In: Depressive illness. Bern—Stuttgart—Vienna, 1972, 38—44. — 10. *Lowelt Doust, J. W., Munro, A., Christie, H.* Biol. psychiatry, 1980, 15, 5, 741—748. — 11. *Mendelevicz, J., Baron, M.* Br. J. Psychiatry, 1981, 139, 463—466. — 12. *Odegard, O.* Acta psychiatr. Scand., 1961, Suppl., 162, 37, 33—36. — 13. *Pöldingen, W.* In: Depressive illness. Bern—Stuttgart—Vienna, 1972, 63—72. — 14. *Saarma, J.* Kliiniline psühhiaatria, Tallinn, 1980. — 15. *Saarma, J.* Nõukogude Eesti Teravhoid, 1981, 3, 202—203. — 16. *Sørensen, A., Strömberg, E.* Acta psychiatr. Scand., 1961, Suppl., 162, 37, 62—67. — 17. *Ungvari, G., Karczog, I., Gerevide, J.* Pharmakopsychiatrie, 1981, 14, 2, 71—73.

18. *Алликметс Л.* Нейрофизиологический анализ действия психотропных веществ на лимбические и сопряженные с ними структуры головного мозга. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Вильнюс, 1970. — 19. *Анохина И. П., Гамалея Н. Б. Ж.* невропатол. психиатр., 1980, 6, 921—930. — 20. *Ануфриев А. К. Ж.* невропатол. психиатр., 1978, 8, 1202—1206. — 21. *Вяре Х. Я.* В кн.: Материалы совещания по актуальным проблемам психофармакологии. Тарту, 1976, 19—21. — 22. *Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т.* Скрытая депрессия в практике врачей. Минск, 1981. — 23. *Каннабит Ю. В.* Циклотимия (cyclothymia), ее симптоматология и течение. М., 1914. — 24. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы. М., 1980. — 25. *Нуллер Ю. Л.* Депрессия и деперсонализация. Л., 1981. — 26. *Шеффер Д. Г.* Гипоталамические (диенцефальные) синдромы. М., 1971.

Jämejala Vabariiklik
Psühhoneuroloogiahaigla

UDK 616.36-002:613.81(047)

ALKOHOL JA MAKSA

VELLO SALUPERE · TARTU

alkohol, alkoholdehüdrogenaas, steatoos, alkohoolne hepatiit, alkohoolne maksatsirroos

Alkohol kahjustab maksa. See on endastmõistetav tõde, milles ei kahtle ükski maksa uurimisega tegelev või maksahaigeid raviv arst. Ent ometi on alkohoolse maksakahjustusega seotud mitmed küsimused, millele seniajani ei ole ühtset vastust leitud ja mille üle ikka veel diskuteeritakse. Nii näiteks ei ole võimalik täpselt ette öelda, kui kaua ja kui palju peab korraga jooma, et tekiks maksa alkohoolne püsikahjustus. Samuti ei saa ennustada, millisel alkohoolikul just maks haigestub või kunas ilmuvad esimesed sümptoomid.

Alkoholi hepatotoksiline toime saab mõistetavaks, kui heita põgus pilk alkoholi metabolismile. Umbes 80... 90% joodud etanoolist hapendub hepatotsüütides. Selleks eksisteerib mitu mehhanismi, kuid eelkõige toimub see alkoholdehüdrogenaasi (ADH) vahendusel. Selle ensüümi abil hapendub suurem osa alkoholist maksas atseetaldehüüdiks, edasi muutub see trikarboonhapete tsüklis kahjutuks ühendiks. Umbkaudu 20% organismi jõudnud alkoholist oksüdeerub nn. mikrosomaalse etanooli hapendava süsteemi abil, mis alkohoolikute maksas on eriti aktiivne.

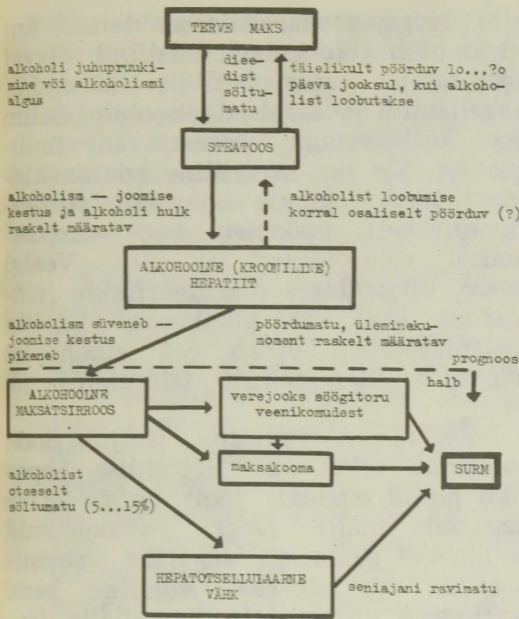
Joomaritel on täheldatud omapärast *circulus vitiosus*'t: etanooli oksüdeerumisel tekkiv atseetaldehüüd pidurdab maksaraku mitokondrite talitlust, see omakorda aga pärsib atseetaldehüüdi edasist metaboliseerumist. Niiviisi kuhjub organismi atseetaldehüüdi (3). Selle tööga valgusel ei ole sugugi imestamisväärne, et kirjanduses on seniajani vaieldud selle üle, kumb maksarakke otseselt kahjustab, kas vähe hapendunud etanool või hoopiski rohkelt tekkinud atseetaldehüüd. Enim kaldutakse maksarakkude kahjustumist seostama siiski alkoholi toksilise toimega. Arva-

takse, et just etanool kahjustab maksaraku oksüdatiivseid ensüüme ja suurendab mitokondrite membraani permeaablust (4).

Alkoholdehüdrogenaasi esineb maksas isoensüümidenä, millel on etnilised, soolised ja individuaalsed erinevused. Kahjuks aga puudub seniajani meetod, mis ohustatud indiviidile võimaldaks küllalt täpselt öelda, kui tugevalt aktiivne tal alkoholdehüdrogenaas on. Võimalik, et alkoholdehüdrogenaasi eri aktiivsusega saab seletada neid alkoholismi, eriti aga maksakahjustuse iseärasusi, mis esinevad mitmete rahvaste ja rasside vahel. Endastmõistetavalt ei tohi arvestamata jätta ka erisuguseid joomisharjumusi, mis eksisteerivad eri kultuurikeskkondades ja kliimavöötmetes.

Alkohol on suhteliselt nõrk maksamürk. Selleks, et maks püsivalt kahjustuks, s. o. tekiks alkohoolne hepatiit või tsirroos, kulub tavaliselt palju aega. Tsirroosiks olevat vaja näiteks 1500 liitrit etüülalkoholi, mis tähendab umbkaudu paarikümmend tugevat joomisaastat (2). C. S. Pitchumoni ja kaasautorite (5) arvates kulub maksa alkohoolseks püsikahjustuseks 10 aastat, kusjuures iga päev pruugitaks pint (0,472 liitrit) või enam viskit. Ent samal ajal kriipsutavad P. M. Hall ja kaasautorid (4) õigusega alla tööka, et vaid umbes 10% marujoodikutest (üle 80 g etanooli päevas pidevalt aastate vältel) saavad maksatsirroosihäiged. Alkohoolse joogi liigil ja, nagu varem sageli arvati, toitumisel ei ole siinjuures olulist tähtsust. Tsirroosi võib saada ka normaalselt toituv joodik. H. M. Spiro (6) arvates on perioodiline alkoholi-pruukimine seotud väiksema riskiga, sest ta annab maksale joomahogude vaheajal võimaluse «puhata». Nähtavasti seletub viimase asjaoluga tööka, miks tsirroosi on eriti sageli neis maa-des (Prantsusmaa jm.), kus joomisharjumus on igapäevane, miks see on sagedasem naiste hulgas jms.

Alkoholi juhu-pruukimisest ja alkoholismist sugenev maksakahjustus võib olla eri laadi ja eri raskusastmega, võib



Skeem. Maksa alkohoolse kahjustuse astmed.

anda erisugust morfoloogilist, funktsionaalset ja kliinilist leidu (vt. skeem).

Maksa alkohoolne kahjustus algab maksarakkude steatoosi ehk rasvväärastusega. Steatoos võib sugeneda juba ühekordsest joomisest ning tema teke ei sõltu alati sellest, kas ja kuidas samal ajal toitutakse. Niisugune maksarakkude rasvväärastus taandareneb enamasti 10...20 päeva jooksul, kuid tingimusel, et enam ei joodaks. Reeglipäraselt ainuüksi rasvväärastus spetsiifilisi maksakahjustuse sümptoome ei anna, välja arvatud joomisest sugenevad üldised enesetunde häired ning võib-olla mõningane ebamugavustunne parema roidekaare aluses piirkonnas, mida aga pärast joomahoogu tavaliselt tähele ei panda. Rõhutama peab aga seda, et alkohoolikul esineva ükskõik millise maksakahjustuse (hepatiit, tsirroos) puhul tekitab alkoholi järjekordne pruukimine säilinud maksakoes muu hulgas ka rasvväärastuse, kuid nüüd ilmsiks tulevad sümptoomid on enamasti seotud maksaparenhüümi olemasoleva kroonilise haiguse ägenemisega, mitte aga ainuüksi steatoosiga.

Alkoholist johtuva steatoosi korral võib rasva maksarakkudes ladestuda

kas suure- või väikesetilgalisena, kuid prevaleerib rasva kogunemine sagariku kesktsooni nn. tsentrilobulaarselt.

Seega on maksarakkude steatoos alkoholist johtuv kõige üldisem maksakahjustuse viis. Algul on ta taandarenev, hiljem aga, joomise jätkumise korral, maksa püsikahjustuse üks morfoloogilisi sümptoome. Sellel, et alkoholi pruukimise korral koguneb rasva maksarakkudes, on mitu põhjust. Alkoholi hapendumise tõttu väheneb lipiidide oksüdatsioon maksarakkudes. Pidurdub ka trikarboonhapete tsükkel. Samal ajal hoogustub rasva süntees, mille üheks põhjuseks peetakse häireid vesinikiooni vabanemises ja kasutamises, omapärasel vesiniku liias, mille otsene põhjus on alkoholi konkureeriv hapendumine maksarakus (2). Rohke joomine mobiliseerib palju rasva ka rasvkoest.

Järgmine alkohoolse maksakahjustuse vorm on alkohoolne hepatiit. Seda haigusvormi võib nimetada ka krooniliseks alkohoolseks hepatiidiks, sest ta sugeneb vaid alkoholismist, tal on kroonilisele haigusele omased morfoloogilised tunnused ning ta taandareneb vaid osaliselt (normaalne maksakude ei ennistu). Ent mitmel põhjusel, näiteks sage kliiniline latentsus, atüüpilised funktsioonihäired, mõnikord ka raskesti eristatav biopsialeid, kasutavad paljud autorid lihtsalt alkohoolse hepatiidi mõistet, püüdmata eristada, kas tegu on ägeda või juba kroonilise maksakahjustusega. Samal ajal ei ole õige lastuda ka teise äärmusse ja väita, et kui kroonilisel alkohoolikul maks kahjustub, siis on alati tegu kroonilise haiguse vormiga. Maks on erakordselt vastupidav elund ja paljudel alkohoolikutel hoopistükkis ta ei kahjustugi. Selle näiteks olgu H. M. Spiro (6) andmed, et 29 uuritust, kes olid vähemalt 10 aastat pidevalt alkoholi pruukinud, oli maks haiguse tunnusteta 13-l. Steatoos oli 5 alkohoolikul. Vaid 11 patsiendil oli maksabiopsia preparaadis muutusi, mis kvalifitseeriti steatonekroosiks. See mõiste on võrdsustatav alkohoolse hepatiidi mõistega.

Alkohoolne hepatiit on rohkem patomorfoloogiline kui kliiniline mõiste. See tähendab, et paljudel maksahaigetel alkohoolikutel kliinilised sümptoomid puuduvad ja maksatalitus on häirimata, kuigi biopsial leitakse maksakahjustus. Selle näiteks on eespool H. M. Spiro (6) tsiteeritu 29 alkohooliku kohta, kellel kõigil sümptoomid puudusid. Kui kroonilist alkohoolset hepatiiti põdejail tekivad haigusnähud, siis on nad enamalt jaolt mittespetsiifilised, nagu isutus, kaalulangus, väsimus või teised. Mõnikord esineb ka tagasihoidlikult väljakujunenud maksakahjustuse sümptoome: ikterust, palpeerimisel maksaserva hellust, kuid tavaliselt ei pööra alkohoolik neile tähelepanu, ka arsti poole ta ei pöördu. Maksatalitus püsib alkohoolse hepatiidi korral samuti kaua normis või on funktsiooni nihked vähesed, piirdudes mõningase hüperbilirubineemia ja maksarakkude nekroosist johtuva transaminaaside aktiivsuse tõusuga veres.

Kõrvuti tagasihoidlike kliiniliste sümptomidega on biopsialeid märksa selgem, kuigi ei saa öelda, et ta oleks sedavõrd spetsiifiline, et ilma täiendavate anamneesandmeteta võimaldaks just alkohoolset maksahaigust diagnoosida. Ent kui alkohoolikul, hoolimata puuduvast, mittespetsiifilisest või tagasihoidlikust maksahaiguse sümptomaaistikast, leitakse biopsiapreparaadis maksarakkude kahjustus (steatoos, nekroos, Mallory kehakesed ehk alkohoolne hüaliin), põletikuline rakuline infiltratsioon nii intra- kui ka ekstrasiinusooidselt (prevaleerivad neutrofiilid ja lümfoidrakud) ning peritsellulaarne võreetaoline fibroos enamasti tsentraalveeni ümbruses, siis sellest piisab, et alkohoolse kroonilise hepatiidi diagnoosis kindel olla.

Alkohoolne hüaliin — purpurpunased hepatotsüütide tsitoplasma inklusioonid — kujutab endast ebaselge päritoluga fibrillaarset valku, mis on alkohoolsele hepatiidile küll iseloomulik, kuid mitte patognostiline leid. Alkohoolse maksakahjustuse kliinilise diagnoosi võib määrata ka siis, kui alkohoolset hüa-

liini biopsiapreparaadis ei leita. Ent siiski näib alkohoolsel hüaliinil olevat arvestatav patogeneetiline tähendus. Sagedamini ladestub alkohoolne hüaliin koos kollageeniga tsentraalveeni ümbrusesse. See nn. krooniline hüaliiniskleroos võib tekitada portaalhüpertensiooni, sest raskeneb vere drenaaz maksa sinusoididest (9, 10). Veelgi enam, kirjanduses diskuteeritakse võimaluse üle, kas alkohoolne hüaliin neoantigeenina võtab osa alkohoolse hepatiidi üleminekust tsirroosiks (3, 7).

Põletikuline rakuline infiltratsioon rohkeneb alkohoolse kroonilise hepatiidi puhul enamalt jaolt persisteeriva hepatiidi malli järgi: rakukogumid paiknevad peamiselt sagarike vahemikes, ent ka siin-seal sagariku sees. Aktiivsele kroonilisele hepatiidile iseloomulikke aktiivseid septe koos piirdlaadi erosiooniga tavaliselt ei leidu.

Hepatotsüütide nekroos ergutab sidekoe vohamist, fibroosi. Sedasama teeb ka alkohol ise, hoogustades kollageeni sünteesi perisiinusooidaalkude poolt. H. Mansurovi ja G. Miradžovi (10) arvates tuleb kõne alla samuti atsetaldehyüdi või siis alkohoolse hüaliini kollagenogeneesi soodustav toime. Vaieldakse ka veel nn. fibrogeense teguri olemasolu üle, mille vabastab põletik lümfotsüütidest (4).

Ent ometi tekivad krooniline hepatiit ja maksatsirroos vaid vähesel osal alkohoolikuil. Seetõttu arvatakse, et nn. aktiivsed fibroblastid neil haigeil ja seega eeldus maksa püsikahjustuseks on teatud mõttes geneetiliselt determineeritud nähtus. T. O. Grahmi (3) järgi on näiteks leitud, et niisugust geneetilist markerit nagu inimese leukotsüütide antigeen HLA-B₈ on rohkem neil, kellel maksahaigus progresseerub tsirroosiks.

Oma põhiolemuselt on alkohoolne maksatsirroos pöördumatu protsess. Ka kliinilist ning funktsionaalset remissiooni on harva ning ta ei ole kuigi täielik. Tsiirroosi puhul on maksakoos põhimõtteliselt needsamad muutused mis kroonilise hepatiidi korral, üksnes

selle vahega, et morfoloogilised haigus-tähised on rohkem välja kujunenud ja prevaleerib fibroos, mis tüüpilisel kujul moodustab sagarikke fragmenteerivaid septe. Et alkohol pärsib maksa-koe regeneratsiooni, siis leitakse sõm-lisi regeneraate vähem kui muudel põh-justel tekkinud tsirroosi puhul (8).

Kliiniliselt sõlmub alkohoolse maksa-tsirroosi sümptomaatika nii nagu kõi-kidel teistelgi tsirroosijuhtudel hepato-tsellulaarse (parenhümatoosse) ja he-patovaskulaarse (portaalse) kahjustuse sümptoomidest. Teiste sõnadega, haigetel on parenhümatoosne ikterus, sageli maksa kestvale kahjustusele viitavad nn. maksavälised sümptoomid (Eppin-geri tähekesed, trummipulksõrmed, günekomiastia jne.), ilmtingimata düs-proteineemia (γ -globuliine tavaliselt 35...45%) ja portaalhüpertensioonile kõige iseloomulikumana astsiit, aga ka splenomegalia ja söögitoru veeniko-mud. *Caput Medusae* on haruharv. Eraldi märkimist väärib tõik, et astsiit alkohoolikuil ei ole päris paralleelne maksakahjustuse raskusega. Astsiit võib tekkida juba alkohoolse hepatiidi korral või tsirroosi algfaasis ning olla tih-tipeale ainukeseks portaalhüpertensiooni sümptoomiks. Selle põhjuseks on asjaolu, et vedeliku transudatsiooni kõhuõõnde põhjustab mitte ainult sõl-miliste regeneraatide ja sidekoeliste septide survest sugenev portaalpais, vaid ka maksafunktsiooni sügavad häi-red, eelkõige neerupealiste koore mine-raalkortikoidide mittepiisav inaktiveeri-mine kahjustatud maksa poolt. Ka alko-hoolne hüaliinne skleroos tsentraalveeni ümbruses tuleb arvesse, sest on tähele pandud, et alkohoolne maksatsirroos annab enim väljakujunenud portaal-hüpertensiooni sündroomi siis, kui mak-sarakkudes leidub alkohoolset hüaliini (8, 9, 10).

5...15%-l läheb alkohoolne tsirroos üle hepatotsellulaarseks vähiks, kus-juures ülemineku täpsem põhjus ei ole veel selge (1).

Nagu iga haige, nii vajab ka alko-hoolse maksahaigusega patsient ravi.

Ravi aga on mitmeid põhimõtteid, mida siinkohal lühidalt refereerime.

Esiteks, igas staadiumis alkohoolse maksahaiguse korral on ravi hädavaja-likuks eeltingimuseks alkoholist loobu-mine. Kui seda ei tehta, on ravil väga vähe mõtet. Alkoholist loobumine tähendab akuutse alkohoolse steatoosi või steatonekroosi faasis maksa sei-sundi enam-vähem täielikku normali-seerumist ning progresseerumisahela katkestamist, kroonilise alkohoolse hepatiidi faasis suhteliselt täielikumat remissiooni ja aeglasemat üleminekut tsirroosiks (küsitav on, kas alkoholist selles staadiumis loobumine väldib tsir-roosiks progresseerumist) ja tsirroosi korral eluaastate pikendamist.

Teiseks, kõikide alkohoolse maksa-haiguse vormide korral sõlmub ravi maksarakkude ainevahetust paranda-vate võtete (vitamiinid B₁, B₂, B₁₂, ami-nohapped ja nende segud: glutamiin-hape, sürepaar, lipoonhape jne.) kombi-neerimisest lipotroopse raviga (metio-niin, koliinkloriid, lipokaiin jne.). Sel-lise ravi aluseks on maksarakkude raske kahjustuse sage koosinemine steatoosiga.

Kolmandaks, et alkohoolse maksa-kahjustuse teine oluline muutus maksa-rakkude rasvväärastuse kõrval on intensiivistunud kollageenisüntees, siis tuleb juba vähemalt alkohoolse hepa-tiidi faasist alates rakendada ravivõt-teid, mis seda sünteesi pidurdavad. P. M. Halli ja kaasautorite (4) arvates toimivad nii kortikosteroidid kui ka d-penitsillamiin.

Neljandaks, maksatsirroosi korral tuleb lisada kõik need ravivõtted, mis aitavad vähendada haigeid koormavaid olulisi patoloogilisi muutusi (astsiit → diafragma kõrgseis → hingeldus) või neid, mis ta elu ohustavad (söögitoru veenikomud → verejooks → kooma → kollaps hüpovoleemiast → surm). Astsiidi raviks tuleb punktsioonile eelistada ravimeid, sest punktsiooni teel eemaldatud transudaat taastub kiiresti. Enim põhjendatud on diureetikumide kombinatsioonid, mille puhul blokeeri-takse sekundaarsest hüperaldosteronis-

mist johtuv keedusoola ja vee tagasimendumine. Selleks sobib kombinatsioon verospiroonist, hüpotiasiidist (või furasemiidist) ja neerupealiste glükokortikoidhormoonidest.

Söögitoru veenikomudes rõhu ja verejooksu võimaluse vähendamise eesmärgi teenib kõige paremini splenektoomia, mis vähendab vere hulka portaalsüsteemis umbes $\frac{1}{3}$ võrra, suurendamata portaalsüsteemset entsefalopaatiat. Viimane toime võib olla kõigil portakaavalsetel anastomoosidel, sest seni ei ole usaldusväärset meetodit, mille põhjal saaks öelda, kui palju verd võib värativeenist õonesveeni lasta, et ei tekiks prekooma või kooma, sest niikuinii on nendel haigetel ise tekkinud anastomoose mainitud vereringesüsteemide vahel. Splenektoomia on eriti näidustatud nendel puhkudel, kui tekib hüpersplenism, sest lisanduv leukopeenia, trombotsütopeenia ja süvenev aneemia võivad luua haige elule täien-davaid ohte.

KIRJANDUS: 1. Alcoholic liver disease: morphological manifestations. Review by an International Group. *Lancet*, 1981, 1, 8222, 707—711. — 2. *Diagnosis of Liver Diseases*. Stuttgart, 1977, 298. — 3. Graham, T. O. *Gastroenterology*, 1981, 81, 3, 594—615 (602—606). — 4. Hall, P. M., Mackinnon, A. M., Cooksley, W. G. E. a. o. *Pathology*, 1979, 11, 4, 677—687. — 5. Pitchumoni, C. S., Sonnen-shein, M. Candido, F. M. a. o. *Am. J. Clin. Nutr.*, 1980, 33, 3, 631—636. — 6. Spiro, H. M., *Clin. Gastroenterol.*, 1977, 1289. — 7. Zetterman, R. K., Sorrell, M. F. *Gastroenterology*, 1981, 81, 3, 616—624.

8. Мансуров Х. Х., Рудой Д. Г., Эйден Э. Ф. В кн.: Успехи гепатологии. Вып. IV. Рига, 1973, 319—326. — 9. Мансуров Х. Х., Мироджов Г. К. В кн.: Актуальные вопросы патологии печени. Душанбе, 1976, 76—84. — 10. Мансуров Х. Х., Мироджов Г. К. В кн.: Состояние органов пищеварения при экзогенных и эндогенных интоксикациях. Вопросы профилактики и диспансеризации. Смоленск, 1982, 3—6.

TRÜ arstiteaduskonna
teaduskonnasisehaiguste kateeder

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.5-002.524:[616.127-005.8+616.71-002.4]

SÜDAMELIHASE INFARKT JA LUU ASEPTILINE NEKROOS SÜSTEEMSE ERÜTEMATOOSSE LUUPUSE KORRAL

SVEN LINDSTRÖM LUULE SEPP LUULE TEEMUSK TALLINN

süsteemne erütematoosne luupus, luu aseptiline nekroos, südameelihase infarkt

Süsteemse erütematoosne luupuse (SLE) patomorfoloogiliseks aluseks on süsteemne vaskuliit. Kardiaalset sümptomatoloogiat täheldatakse 50... 80%⁰-l haigetest. Harva on see haiguse manifestatsiooninähuks.

Et põletikulis-düstroofilised muutused tekivad eelkõige peentes veresoontes, areneb südamelihase infarkt süsteemse erütematoosne luupuse korral harva (5).

Viimastel aastatel on avaldatud töid koronaartromboosi tagajärjel tekkinud infarkti kohta süsteemset erütematoosset luupust põdejalatel (5). Veel siiani on vaieldud infarkti tekkepõhjuste üle, Põhjuseks arvatakse olevat eelkõige koronaarterite aterosklerootilised muutused. On arvamusi, et pikaajaline kortikosteroidravi soodustab ateroskleroosi arengut. Mitmed autorid (7) on ateroskleroosi arengut nooremaealistel seostanud autoimmuunsete reaktsioonidega.

Infarkti tekke teiseks võimalikuks põhjuseks arvatakse olevat koronaarar-

Tabel 1. Haige P. kliiniline vereanalüüs ja proteinoogramm ajavahemikul 1971...1981

Aasta	Vereanalüüs			Valem		Proteinoogramm								
	SR	hgb.	leukots.	trombots. tuhandetes	keppt.	segmentt.	lümfots.	monots.	üldvalk	albumiinid	globuliinid: α ₁	α ₂	β	γ
1971	43	9,0	1 400	200	1	1	69	18	7,3	44,4	4,1	10,4	14,8	26,0
	7	11,4	11 200		13	43	36	6						
1972	61	11,4	8 900	255	11	63	18,5	6	8,2	39,5	5,6	12,3	16,8	25,8
1973	45	11,0	8 400	320	4,5	63	23,5	7	7,5	33,7	10,4	14,0	16,3	25,6
1974	42	15,0	5 100	285	10,5	58,5	24,5	3	6,6	36,2	8,6	19,0	20,7	15,5
1975	60	14,0	6 000	185	6	60	25	8	7,0	43,7	5,6	16,9	18,3	15,5
1976	46	13,6	7 300	200	7	58	23	10	6,6	47,8	4,5	13,6	18,2	15,9
1977	40	12,0	4 200	200	5	50	25	10						
1978	24	13,0	8 000	170	7	49	25	15	5,9	45,5	7,3	17,7	19,2	10,3
1979	45	12,6	6 200	230	3	60	24	9	6,4	39,3	6,0	15,8	15,8	23,1
1980	47	11,2	7 300	220	3	58	28	10	7,2	57,4	4,5	11,4	12,6	14,1
1981	42	11,3	8 500		3,5	69	20,5	3,5	6,9	45,5	6,3	16,4	17,7	14,1

terite kahjustus põhihaigusest. Nii näiteks kirjeldasid E. C. Keat ja I. H. Shore koronaarterite selgelt väljendunud subintimaalset ja perivaskulaarset fibroosi 14 aasta vanusel süsteemset erütematooset luupust põdevatel haigel (6). Koronaarterite põletikulise kahjustuse poolt räägivad haigete noor iga, naishaigete ülekaal, koronaartõve ilmingud luupuse ägenemise korral ja raviefekt mitte üksnes koronarolüütiliste vahendite, vaid ka kortikosteroidhormoonide ja immuundepressantide kasutamise korral (7). Arteriiti ateroskleroosist eristada ei ole alati kerge, küll aga tähtis ja seda eelkõige eri ravitaktika tõttu.

Südamelihase infarkti kõrval on üheks harvaks süsteemse erütematoosse luupuse tüsistuseks luude aseptiline nekroos. See on reumaatiliste haiguste puhul köitnud paljude uurijate tähelepanu eriti viimastel aastakümnetel. 1960. aastal avaldati mitmeid töid aseptilise luunekroosi tekkest kortikosteroididega ravitavatel reumatoidset polüartriiti põdevatel haigetel. Arvati, et luu aseptilise nekroosi aluseks on eelkõige luude steroidne osteoporoos.

G. Edström ja I. C. Isdale (6) aga kirjeldasid luude aseptilist nekroosi reumatoidartriidi juhtudel, kui steroidravi veel kasutatud ei olnud.

Esimestena kirjeldasid luude aseptilist nekroosi E. L. Dubois ja L. Cozen (6) 400 endi poolt jälgitud haigest 11-1, neist kuue puhul kortikosteroidide ei kasutatud.

Eri autorite tööde põhjal on luude aseptilise nekroosi juhtude esinemisagedus süsteemse erütematoosse luupuse korral 5...40%. Kõigil süsteemset erütematooset luupust põdevatel haigetel, kellel arenes luude aseptiline nekroos, oli kliinilises pildis sümptomiderohkus. Sageli oli luude aseptiline nekroos paljukoldeline, ülekaalus oli reieluupähiku kahjustus.

Luu aseptilise nekroosi põhitunnus on valu, eriti siis, kui kahjustada on saanud suured luud. Röntgenuuring võimaldab kindlaks teha luude kõhrealuse struktuuri muutust, koldelist osteoporoosi, nekrootilise luusegmendi sekvestratsiooni ja fragmentatsiooni ning jälgida deformeeriva osteoartroosi arengut. Seejuures võivad röntgenoloogilised muutused ilmned vahel kuid või isegi mõni aasta pärast valu teket.

Haigete dünaamilise jälgimise varal jõuti selgusele, et aseptiline nekroos progresseerus nii haigusest tabandunud liigeste arvu kui ka haigusprotsessi raskuse poolest.

Diskussiooni põhjuseks on luu asepti-

Tabel 2. Haige P. uriinianalüüsid aastail 1971 ... 1981

Aasta	Uriinianalüüs				
	erikaal	valk	sade leukots.	erütrots.	silindrid
1971	1019	(—)	üksik		
1972	1024	(—)	0—1	0—2—4	
1973	1013	0,6 ⁰ / ₀	2—3 ja kuhj.	1—4—6	0—1—2
1974	1020	5,6	2—5		1—3
1975	1018	1,25	3—5—7		
1976	1020	2,25	0—2—3	0—1	1—4
1977	1015	0,95	0—1		
1978	1018	0,4	2—8	0—1	0—1
1979	1018	0,12	10—30 kuhjäd	0—2—4	
1980	1012	(—)	0—1—3	0—2—5	
1981	1016	2,1	0—2	5—10	0—1

lise nekroosi patogenees. Mitmed autorid (8) peavad oluliseks põhjuseks kortikosteroidravi, kuna viimase toimet

areneb osteoporoos, võivad tekkida mikrofraktuurid ja luude kompressioon.

Steroidhormoonid mõjutavad ka koagulatsioonisüsteemi, andes tõuke intravaskulaarseks hüperkoagulatsiooniks ja trombide tekkeks. Et süsteemse erütematoosse luupuse korral on tähtsate immuunkompleksne vaskuliit, siis peetakse tõenäoseks just selle geneesiga veresoonte-kahjustust: peria- ja intraartikulaarsete veresoonte oklusiooni ning isheemiat, mis põhjustab luu aseptilist nekroosi (6).

Täit selgust ei ole ka luu avaskulaarse nekroosi ravis.

Haiguse varajases staadiumis on oluline liigesele säästerežiimi määramine, reieluupähiku kahjustuse korral karkude kasutamine.

Soovitatakse kasutada anaboolseid hormone, mikrotsirkulatsiooni parandamiseks komplamiini, andekaliini, prodektiini, tugeva osteoporoosi korral türeokaltsitoniini, D-vitamiini nii sisse-

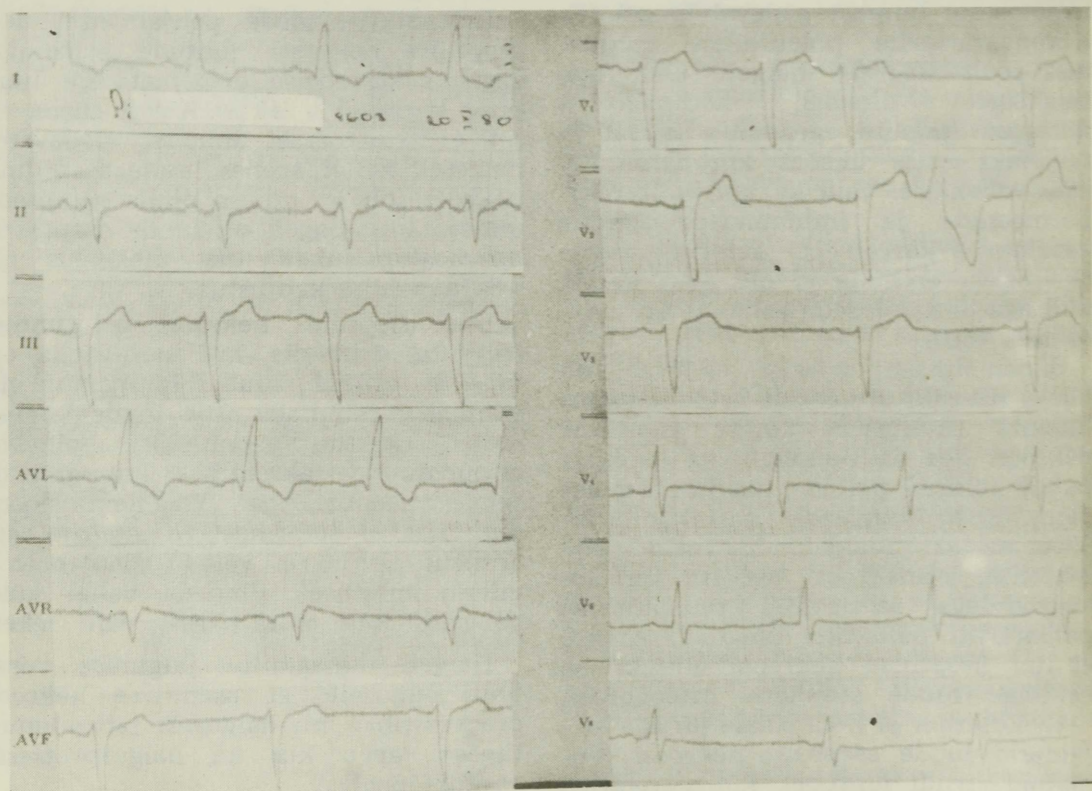


Foto 1. Elektrokardiograafiline uuring 20. oktoobrist 1980.

võtmiseks kui ka elektroforeesina. Ravikompleksi kuuluvad massaaž, ravi-kehakultuur, valude kupeerimiseks salitsülaadid ja pürasoloonirea preparaadid.

Tuleb vähendada kortikosteroidhormoonide annust, kuid mitmed autorid (6) on avaskulaarset osteonekroosi edukalt ravinud steroidhormoonidega.

Viimastel aastatel on laialdaselt progeeeritud kirurgilist ravi — puusaliigese endoproteesi. Selle üle otsustamisel tuleb arvestada haige üldseisundit.

Haigusjuht. Naishaige P., sündinud 1929. aastal, viibis esmakordselt ravil Tallinna Vabariikliku Haigla siseosakonnas 1959. aastal. Ta kaebas liigesevalu, mis oli tekkinud pärast angiini põdemist. Objektiivne leid iseärasusteta. Krooniline tonsilliit. Kliiniline diagnoos: toksikoinfektsioosne polüartriit. Tehti tonsillektoomia.

Vaevusi ei olnud kuni 1971. a., mil patsient hospitaliseeriti agranulotsütoosi diagnoosiga. Kehatemperatuur oli tõusnud 39...40 °C, esinesid furunkuloos ja aftoosne stomatiit. Siseelundid ja liigesed muutusteta. Vereanalüüsi andmed on esitatud tabelis.

Raviks sai kortikosteroidhormoone (algannus 100 mg prednisolooni päevas) ja antibiootikume. Vereanalüüsi andmed normaliseerusid ja patsient lahkus haiglast heas üldseisundis.

Uuesti hospitaliseeriti ta kolm kuud hiljem liigesevaevuste tõttu. Sõrmeliigesed olid turunud ja paksenenud ning nende liikuvus piiratud. Raviks ordineeriti 20 mg prednisolooni päevas, annust vähendati 10 mg päevas, määrati pürasoloonirea preparaate ja füsioteraapia. Diagnoositi reumatoidne polüartriit I...II aktiivsustastmes, liigete funktsiooni puudulikkus 0...1. Toetavaks raviks määrati prednisolooni, metindooli ja aspiriini.

Sellest ajast peale oli liigesevalu püsima jäänud, haige hospitaliseeriti uuesti 1972. aastal. Sõrmeliigesed vähe deformeerunud, esines luudevaheliste lihaste atrofia. Tekkisid põhjuseta näivad lühiajalised kehatemperatuuri tõusud 38...39 °C-ni. Manustati steroidhormoone, pürasoloonirea preparaate, määrati ravivõimlemine ja füsioteraapia, toetavaks raviks prednisolooni 10 mg päevas. Hospitaliseerimisel 1973. aastal olid sõrmeliigese deformatsioonid progresseerunud, randme- ja põlvliigete liikuvus piiratud. Tähteldati steroidsõltuvust. Esmakordselt sedastati proteinuuriat (vt. tabel 2). Oletati süsteemset erütematoosset luupust. Naha, nahaaluse koe ja lihase biopsial: vaskuliidi pilt, stroomas rohkesti plasmarakke. Tehti sternaalpunksioon. Müelogramm oli raku-rohke ja normaalse rakulise koostisega.

Haiguse kliinilist kulgu ja sümptomide-

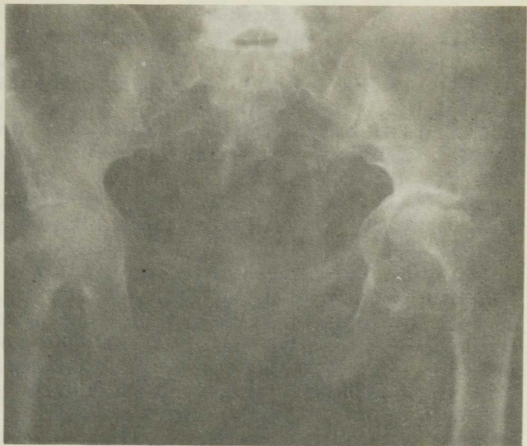


Foto 2. Haige P. puusaliigete röntgenogramm.

rohkust (liigete, vereloome, neerude kahjustus) ning naha, nahaaluse koe ja lihase histoloogilist leidu arvestades diagnoositi süsteemne erütematoosne luupus. Määrati immunosupressiivravi — tsüklofosfamidi 150 mg päevas.

Järgmisel hospitaliseerimisel 1974. a. oli eespool toodud kliinilisele leiule lisandunud veel jalgade turse. Uriinis rohkesti valku. Et kahtlustati amüloidoosi, tehti rektobiopsia: jämesoole näärmete vähene atrofia, strooma fibroos ja homogeense massi ladestus katteepiteeli all, mis andis positiivse reaktsiooni kongo punasega ning kinnitas amüloidoosi.

Selleks ajaks oli kasutatud tsüklofosfamidi kokku 20,0 g. Lisaks manustati anaboolseid hormoone ja verospirooni, tehti plasmavahetusi. Tursed alanesisid. Edasiseks raviks määrati 8 mg triamtsinolooni päevas, 100 mg 6-merkaptopuriini päevas ja 75 mg indotsiidi päevas.

Tugeva düsproteineemia tõttu tehti periooditi ambulatoorselt natiivplasma ülekandeid (vt. tabel 1).

1977. aastal tekkisid tugevad valud vasakus puusaliigeses. Vasakust puusaliigesest tehtud röntgeniülesvõttel sedastati puusaluupähikus korrapäratult paiknevaid skleroosikoldeid. Määrati ka lokaalne füsioteraapia, kuid vaevused jäid püsima, liikumine oli tugeva valu tõttu raskendatud.

1978. aastal tähteldati röntgeniülesvõttel vasakus puusaliigeses puusaluupähiku aseptilist nekroosi. Ortopeed määras liigest säästva režiimi, elektroforeesi kaltsiumfosfaadiga ja lüüliravi. Valud nõrgenesid.

Kasutatud 6-merkaptopuriini üldannus oli 22,5 g. Edasi määrati immunosupressiivravina tsüklofosfaani 0,2 kaks korda nädalas, mida haige sai 19 kuu vältel kokku 30,4 g.

1979. aastal tekkisid ägedad valud rinnaku taga, mis tingis hospitaliseerimise. Haige oli võtnud 6...7 tabletti nitroglütseriini päevas, mis valu ei kupeerinud. Haiglassee-

bumisel oli EKG-s eesseina subendokardiaalse infarkti pilt. Et haige hospitaliseeriti nädal pärast valude algust, ei täheldatud nihkeid vere ensüümides. Raviks määrati voodirežiim; antikoagulandid, südameglükosiidid, kaaliumipreparaat ja pikaajalise toimega nitriidid, suurendati triamtsinooloni annust. Stenokardilised vaevused püsisid kaua. EKG-s soodsad muutused. Ambulatoorselt soovitati pikaajalise toimega nitriide ja põhihaiguse ravi.

Järgmine kord hospitaliseeriti 1980. aastal tugevate valude tõttu ristлуу, vasaku puusa ja reie piirkonnas. Haiglas viibimise kolmandal päeval tekkis L₁—S₅ innervatsiooni alale laialdane herpes zoster'i lööve (paralumbaalselt, parasakraalselt ja reie ees-, külgpinnal põlveni). Põhiravimitele lisaks määrati B-rühma vitamiine. Haiglas stenokardilised vaevused süvenesid, lisandus ka vasakpoolne bronhopneumoonia. Paralleelselt antibiootikumidega kasutati suurtes annustes triamtsinooloni.

Patsient on Tallinna Vabariikliku Haigla Polikliinikus pideval jälgimisel. Võtab 2 mg triamtsinooloni päevas, pikaajalise toimega nitriide, indotsiidi, anaboolseid hormoone ja verošpirooni. Viimasel statsionaarsel kontrollil 1982. aastal ilmnas, et haigel tekib stenokardiahoogusid harva, on valu kummagi puusaliigese piirkonnas ja mõõdukas labajalgade turse. EKG leid: siinusrütm, üksikud supraventrikulaarsed ekstrasüstolid ning struktureeritud armistunud muutused vasaku vatsakese ees- ja vaheseina ümbruses (vt. foto 1).

Puusaliigestest tehtud röntgeniülesvõtte põhjal: väljakujunenud vasakpoolne koksartroos II... III staadiumis ja parema puusaliigese pilu tugev kitsenemus (vt. foto 2, röntgenogramm).

Haigusjuhtu peame huvitavaks süsteemse erütematoosse luupuse kahe harvatekkiva tüsistuse, südamelihase infarkti ja puusaliigese aseptilise nekroosi tõttu.

KIRJANDUS: 1. Bidani, A. K., Roberts, J. J., Schwartz, M. M. a. o. Am. J. Med., 1980, 11, 849—858. — 2. Meller, J., Carde, C. A., Pepsich, L. M. a. o. Am. J. Cardiol., 1975, 2, 309—313. — 3. Rosenthal, T., Neufeld, H., Kishon, Y. a. o. Am. J. Vascular Diseases, 1980, 8, 573—575. — 4. Zizic, T. M., Hungerford, D. S., Stevens, M. B. Medicine, 1980, 3, 134—142.

5. Ляхов Н. Т., Фонакова Г. Ф., Сулимина Л. Е. и др. Тер. арх., 1981, 3, 46—47. — 6. Насонова В. А., Фоломеева О. М., Неговова Л. И. и др. Тер. арх., 1980, 6, 87—92. — 7. Фоломеева О. М., Котельникова Г. П. Тер. арх., 1979, 8, 36—39. — 8. Шумада И. В., Сулова О. Я., Степула В. И. и др. Ортопедия, травматол., протезир., 1980, 7, 33—37.

Tallinna Vabariiklik Haigla

UDK 616.24-003.7-02-036-07

KOPSUDE ALVEOLAARSE MIKROLITIAASI JUHT

EVI RAUKAS ELVI LILLAK AINO KÜNG
TALLINN

alveolaarne mikrolitiaas, esinemissagedus, etioloogia, kulq, diagnostika

Microolithiasis alveolaris pulmonum on suhteliselt harva esinev kopsuhaiqus, mida esmakordselt kirjeldas F. Harbitz 1918. a., seejärel O. Schildknecht 1932. a. ja L. Puhr 1933. a., kes töi kirjandusse ka haiguse nimetuse, mis on püsinud tänini (4). Enamik haigusjuhte on kirjeldatud välismaises kirjanduses, kuid viimase paarikümne aasta kestel on üksikuid juhte märgitud ka nõukogude perioodikas (3, 4, 5, 6).

Haiguse etioloogia on tänapäevani ebaselgeks jäänud. Enamik autoreid seostab mikrolitide teket proteiidide ainevahetuse kaasasündinud anomaaliaga, mõned autorid aga üldise immunoloogilise seisundi või kopsude kapillaarvereringe kaasasündinud defektiga. Pärilikku eelsoodumust haigestumiseks on täheldatud 32...36%—1 haigetest (5). Mikroliidid moodustavad valgurikka basofiilse massi hüperproduktiooni tagajärjel, mida koguneb alveoolidesse, kuhu ladestuvad kaltsiumkarbonaadi ja -fosfaadi kristallid.

Kirjeldatud patoanatomilised andmed mikrolitiaasi korral näitavad mikrolitiderohkust alveoolides või interstiitsiaalkoes. Alveoolides paiknevad nad vabalt ja võivad täita kuni $\frac{4}{5}$ valendikust ilma et oleks põletikunähte alveooli seinas. Mikrolitiit on leitud ka peente bronhide valendikus (6).

Haigus on väga aeglase kuluga, on kestnud isegi kuni 25 aastat. Haige sureb kardiopulmonaalse puudulikkuse tagajärjel. Mikrolitiaasi kulus eristatakse E. Uehlingeri (2) järgi kolme staadiumi: 1) intraalveolaarsete mikrolitide moodustumine, millele ei kaasu kopsude funktsionaalseid häireid; 2) staadium, mil hingamisfunktsiooni häireid juba küll esineb, kuid need kompenseeritakse

hingamisreservide arvel; 3) terminaalstaadium, mille puhul areneb välja ravimiresistentne kardiopulmonaalne puudulikkus.

Haigusjuht. 54-aastane naishaige S. K. (haiguslugu nr. 639/1981) saabus Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonda 16. aprillil 1981. a.

1978. a. oli patsient hakanud kõhima, ühtlasi oli märganud, et kehalisel koormusel tekib hingeldus, mida ta varem täheldanud ei olnud. 1980. a. novembris avastati röntgenlõivaatusel bilateraalne difuusse dissemineerunud protsess kopsudes. Haige suunati Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonda konsultatsioonile, seejärel paigutati ta haiglasse täiendavateks uuringuteks. Et dissemineerunud haigusprotsessi etioloogiat ei õnnestunud kindlaks teha, saadeti haige Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri statsionaari proovitorakotomiaks. Samas tehti ka bronhoskoopia. Diagnoos: *endobronchitis chr. atrophicans*. Rõga tsütoloogiline uuring: Pap. II. Patohistoloogiline uuring: *endobronchitis fibrosa chronica*. 12. märtsil 1981. aastal: *thoracotomia dex. diagnostica*. Kogu kopsukude veidi tihkem, subpleuraalselt üle kogu kopsu millimeetrilise läbimõeduga valkjaid koldeid. Kopsukoe patohistoloogiline uuring — makroskoopiliselt: kergelt tihket konsistentsi kopsukoe tükk suurusega 2,2×2,2×1,0 cm, mis sisaldas vähesel hulgal õhku. Mikroskoopiliselt: alveoolide vaheseinte tunduv paksenemine, mis oli tingitud sidekoe rohkemiseat; perivaskulaarne, -bronhiaalne ja -bronhiolaarne fibroos. Sidekoes rohke koldeline lümfoidrakuline põletikuline infiltratsioon; alveoolide valendikes kohati eosiiniga roosakalt värvuvat homogeenset vedelikku, mis sisaldab proteiini, ning hõreda külvina mikrolüüte. Need on ümarad, mõnevõrra varieeruva suurusega, kohati täidavad kogu kopsualveooli, seda topistades. Diagnoos: *pneumonia interstitialis chronica; microlithiasis alveolaris pulmonum*.

Edasi saadeti haige Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonda. Saabumisel oli seisund keskmise raskusega. Haige kaebas kõha, rögaeritust peamiselt hommikuti ja hingeldust liikumisel. Nahk kahvatu, esines akrotsüanoos, huuled tsüanootilised. Oli täheldatav selgelt väljendunud «trummipulksõrmede» ja «uuriklaasküünte» sümptoom. Perifeersed lümfisõlmed ei olnud palpeeritavad. Luud ja liigesed isearasusteta. Perifeerseid turseid ei täheldatud. Rindkere sümmeetriline, normaalselt arenenud. Perkussioonil: veidi lühenenud kopsukõla. Auskultatoorselt: lisaks karedale hingamiskahinale kuulda väikese- ja keskmisemulbilisi räginaid, rohkem paremal kesk- ja alagaras. Südametoonid tasased, pulsisagedus 60 korda minutis, vererõhk 140/80 mm/Hg.

Vereanalüüs: SR 9 mm/t., hgb. 14,7 g%, leukots. 8900. Verevalem: eosinof. 1%, keppt. 4%, segmentt. 50%, lümfots. 32%, monots. 13%. Biokeemiline vereanalüüs: C-reaktiivne valk negatiivne, fibrinogeeni 0,4 g%, siaalhappet 0,220. Proteinogramm: üldvalku 8,35 g%. Albumiine 59,0%, globuliine α_1 —3,5%, α_2 —9,9%, β —9,1%, γ —18,5%, A/G—1,4. Leeliselise fosfaataas 0,5 ühikut, happeline fosfaataas 0,15 ühikut, laktaatdehüdrogenaas 480 ühikut, transaminaas 24 ühikut, tümoolproov 0,23. Elektrolüüdid: Na⁺ 158,5 mekv/l, K⁺ 5,0 mekv/l, Ca⁺⁺ 5,7 mekv/l. Veresuhkrut 96,9 mg%. Wassermanni reaktsioon negatiivne. Uriin patoloogiliste muutusteta. Rõgas gramnegatiivseid baktereid ja pärmseentega sarnaseid seeni. BK negatiivne. Spirogramm: VK 46%, MV 52%, FVK₁ 1,05 l, Tiffeneau indeks 73%. Pnevumotahomeetria sissehingamisel 3,5 l/sek., väljahingamisel 1,9 l/sek. EKG: siinusbradükardia. Vasaku südamevatsakese hüpertrofia. Röntgenogramm: kummaski kopsuväljas bronhovaskulaarne joonis rikkalik peamiselt väätja struktuuriga fibroosi tõttu. Fibroosete muutuste taustal näha rohkesti suuremaid või väiksemaid koldelisi tihkestusi. Hiilused laienenud ja fibrooselt tihkenenud. Süda laienenud.

Kliiniline diagnoos: *microlithiasis alveolaris pulmonum II st., bronchitis chronica ph. exacerbata; insufficientia pulmonis II st.* (restrikt. tüüpi); *insufficiencia cardiovascularis II*.

Käesoleval juhul pandi kliiniline diagnoos biopsia alusel, sest röntgenoloogiline leid ei olnud alveolaarsele mikrolitiaasile tüüpiline ja pakkus mitmeid diferentsiaaldiagnostilisi võimalusi.

Nagu toodust selgub, kulgeb haigus kliiniliselt väga sümptoomidevaese pildiga. Haiged kaebavad aeglaselt arenevast ja progresseeruvast hingeldust, väsimust, südameklõppimist, raskustunnet ja valu rinnus. Pulmokardiaalsele puudulikkusele lisaks ilmnevad kuiv kõha, näo pastoosus ning trummipulksõrmed. Röntgenoloogiliselt: kujuneb välja tüüpiline mikrolitiaasi pilt, millele on iseloomulik kahepoolselt sümmeetriliselt paiknevad tugeva intensiivsusega peenekoldelised varjud peenevõrgulise ja väätja struktuuriga muutuste taustal, varjud võivad paikneda ka rühmadena. Basaalsetes kopsuosades nad laatuivad, moodustades laialdase ja intensiivse tumestuse, millest halvasti on eristatavad roide varjud.

Esimeses staadiumis on haigust võimalik diagnoosida vaid biopsia abil, teises staadiumis juba ka väljakujunenud tüüpiliste röntgenoloogiliste muutuste järgi. Diagnostiliselt oluliseks tunnuseks võib osutuda ka mikroliitide leidumine rögas, kuigi mõned autorid seda võimalust eitavad (1). Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb arvesse miliaarne kopsutuberkuloos, sarkoidoos, Hammani-Richi krooniline difuusne interstitsiaalne fibroos, kopsude alveolaarne proteinoos, retikulohistiotsütoos, hemosideroos, pneumokonioos jt.

Kasuistiline haigusjuht tuletab röntgenoloogidele, pulmonoloogidele ja ftisiatritele veel kord meelde selle harva esineva haiguse võimalikkust.

KIRJANDUS: 1. Hirsch, W. Lungenkrankheiten im Röntgenbild. 1 Bd. Leipzig, 1959. — 2. Uehlinger, E. Beitr. Klin. Tuberk., 1965, 132, 138—143.

3. Михайлов В. Клини. мед., 1954, 3, 31—36.
— 4. Помельцов К. В., Тимашева Е. Д., Добычина А. И. Пробл. туберк., 1960, 7, 94—98.
— 5. Синопальников А. И., Цветкова О. А., Даниляк И. Г. Тер. арх., 1981, 3, 127—128.
— 6. Соловьева И. П., Лавникова Г. А., Луначев Ю. П. и др. Арх. патол., 1976, 4, 61—67.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Mõtte- vahetus

UDK 613.816-07(049.2)

KAS ALKOHOLISMI DIAGNOOSIMINE MEID RAHULDAB!

VELLO SALUPERE · TARTU

krooniline alkoholism, krooniline pankreatiit, maksatsirroos

Siseelundeid kahjustava ja asotsiaalse toime tõttu on alkoholism pälvinud mitte üksnes arstide, vaid kogu ühiskonna erilise tähelepanu. Kuigi alkoholipruukijaid on palju, tekib alkoholism kui haigus ometi vaid mürdosal neist. Nii näiteks oli USA-s 1975. a. kuni 10 miljonit alkohoolikut ja alkoholismiga seotud kulutused olid sel aastal 43 miljardit dollarit. Ent samal ajal väidab H. A. Edmondson (1), et USA-s vaid 10% alkoholipruukijatest said alkohoolikud.

Teisest küljest aga võib rohke ja sage joomine kahjustada aju, perifeerseid närve, maksa, kõhunääret või muid elundeid. Tavaliselt aga on alkoholi mõju ühele elundile tugevam kui teisele. Selles on kroonilise alkoholismi omapära, mis raskendab tema diagnoosimist, sest kaugeltki alati ei ole enim kahjustatud elundiks aju koos sellest sugenevate psüühikahäiretega.

Joomarlusest põhjustatud raske siseelundite kahjustus toob osa alkohoolikuid kas varem või hiljem sisehaiguste ja gastroenteroloogiaosakondadesse, eriti siis, kui on tekkinud alkohoolne maksatsirroos või pankreatiit. Pahatihti aga ei ole taolisel kaua ja rohkelt alkoholi pruukinud inimesel varem alkoholismi diagnoositud. Seetõttu tekib diagnostiline dilemma: haigel on maksatsirroos

või krooniline pankreatiit, ka joomarluse kindlakstegemine anamneesi varal ei valmista raskusi, et aga narkoloogid pole tal alkoholismi varem diagnoosinud, järelikult ei ole arst õigustatud diagnoosima just alkoholset maksatsirroosi või siis pankreatiiti. Selle põhjuseks on enamasti tõik, et haigel ei ole olnud ägedat alkoholset psühhoosi ja vast kehaliseks tööks mitte eriti takistusi tegev mõningane psüühika muutumine ei ole teda sundinud narkoloogi poole pöörduma.

Ent samal ajal peab näiteks maksa haiguse diagnoos maksimaalselt lähtuma etioloogilisest põhimõttest (4). See tähendaks alkoholi kui põhjusliku teguri arvestamist ka siis, kui alkoholismi diagnoosi narkoloog veel pannud pole.

Niiviisi on tekkinud taunitav olukord, et alkoholikuid on tegelikult märksa rohkem, kui seda tõbe diagnoositakse, sealhulgas ka maksa kroonilisi haigusi ja kroonilist pankreatiiti põdejate seas. Kahjuks aga ei ole nende haiguste puhul alkoholsetele kahjustusele viitavaid erisümptome, mis vastuvaidlematult võimaldaksid diagnoosida kõnesolevate elundite alkoholset kahjustust. Seepärast jääb ikkagi ainsaks diagnoosimisevõtteks maksa või pankrease kroonilise haiguse seostamine alkoholismile tüüpilise anamneesiga.

R. C. Froede ja J. D. Gordon (2) on näiteks seisukohal, et alati, kui klinitsist leiab siseelundi kahjustuse, mis on seostatav alkoholi toimega, peab ta samal ajal diagnoosima ka alkoholismi. Seda praktikat õigustab tõik, et episoodiline joomine maksatsirroosi või siis kroonilist pankreatiiti veel ei põhjusta, küll aga teeb seda alkoholism tingimusel, et joodud oleks päev päeva kõrval aastaid. C. S. Pitchumoni ja kaasautorid (3) väidavad alkoholismi keskmiseks kestuseks alkoholsete pankreatiidi puhul isegi 16 aastat ja alkoholsete maksatsirroosi puhul 25 aastat.

Taoline praktika näib igati õige olevat, kuigi on vastuolus meie praeguse organisatsiooniga, mille puhul alkoholismi diagnoos on narkoloogi, s. o. psühhiaatri privileeg. Näib, et juhtudel, kui

joodik ei märatse, ei maga rentsliis, kui tal ei teki psühhoosi jne., kuid kannatab peaaegjalikult mingi alkoholismist johtuva somaatilise haiguse all, on narkoloog suurtes raskustes. Ja seda kahel põhjusel. Esiteks, need haiged psühhiaatri juurde eelnimetatud põhjustel pahatihti üldse ei satu ja teiseks on narkoloogil väga raske, kui mitte võimatu, kindlaks teha, milline siseelundi haigus ja millises astmes kahjustus sel inimesel on. See on ka igati arusaadav, sest siseelundite haiguste nüüdisdiagnoos vajab enamasti küllalt komplitseeritud uuringuid, näiteks maksabiopsiat, laparoskoopiat või muud.

Kuidas siis ikkagi toimida, et taolist desinformatsiooni vältida, mille tõttu ühte haiguste rühma — alkoholsete siseelundite kahjustusi — diagnoositakse tunduvalt vähem kui neid tegelikult on.

Sellest puudusest ülesaamiseks on mitmeid võimalusi. Näiteks kroonilise alkoholismi diagnoosimiseks võiks moodustada komisjonid, millesse narkoloog kõrval kuuluksid veel gastroenteroloog ja neuroloog. Komisjoni tuleks kohustuslikus korras saata iga haiglas olnud somaatilisi haigusi põdeja meditsiinidokumentatsioon, näiteks väljavõte haigusloost, kellel haigus arvatakse olevat alguse saanud alkoholismist. Selles peab olema selgelt motiveeritud somaatilise haiguse diagnoos ja andmed, mille alusel alkoholismi oletatakse. Ideaalne oleks saata komisjoni, mis töötab näiteks üks kord kuus, haige ise, kuid karta võib, et sageli on see teostatamatu: haige jääb lihtsalt tulemata, seda kas joomarluse või raske somaatilise haiguse tõttu.

KIRJANDUS: 1. Edmondson, H. A. Am. J. Clin. Pathol., 1980, 74, 5, 725—742. — 2. Froede, R. C., Gordon, J. D. Am. J. Clin. Pathol., 1980, 74, 5, 719—720. — 3. Pitchumoni, C. S., Sonnenschein, M., Candido, F. M. a. o. Am. J. Clin. Nutr., 1980, 33, 3, 631—636.

4. Логинов А. С. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Т. I. М., 1977, 3—25.

TRÜ arstiteaduskonna
teaduskonnasisehaiguste kateeder

UDK 616-07(049.2)

TAAS TEEMAL «QUO VADIS, MEDICINA!»

KALJO VALGMA · TARTU

arstiteaduse areng, fundamentaalteaduste edusammud, diagnoosimine ja meditsiinitehnika

Mõttevahetuse algataja ja sellest osavõtjad on huvitavalt ning probleemirikkalt esitanud oma prognoosi arstiteaduse tõenäoste arengusuundade kohta, samuti seisukohad selle kohta, kuidas arstiteadus nende arvates ei tohiks areneda. Teisena nimetatud aspektist tahaksin seda oma arusaamade kohaselt põgusalt käsitleda.

Arstiteaduse arenemine on olnud lahutamatu seotud fundamentaalteaduste edusammude ja tehnika progressiga. Ka tulevikus määravad arstiteaduse edasiarenemise samad tegurid. Paraku on fundamentaalteaduste ja tehnika perioodiliselt eri kiirusega arenemine loonud eelised kord ühele, kord teisele arstiteaduse erialale. Oma saavutuste eest võlgneb rakendusmeditsiin tänapäeval tänu ilmselt ja eelkõige tehnilisele progressile. Viimaste aastakümnete tehnika on kõigile arstiteaduse erialadele andnud diagnoosimisaparatuuri, mille tipuks on radioaktiivsete isotoopidega töötavad seadmed, ehho-tehnika, kompuutertomograafia jt. Tugeva tehnilise aluse on saanud laboratoordiagnostika. Nüüdisaja praktilise meditsiini kõige silmapaistvamad saavutused, nagu südamerikete ja südame pärgarterite haiguste ravimine, vaatamata lahknevatele tulemustele, ka elundite siirdamine on toimunud kirurgia valdkonnas ning teoks saanud eelkõige tehnilise mõtte ning arsti individuaalse tehnika arengu tulemusena.

Tehnika osatähtsuse suurenemise tulemusena on haiguste diagnoosimisel ja ravimisel tugevnenud arstide mõtlemisviisi tehnifitseerumise tendents, see on ka täiesti seaduspärane ja õige. Kahjuks on nimetatud loogilisele arengule arstiteaduses ja arsti mõtlemises kaasnenu nähtus, mida võiks nimetada tehnika fetiseerimiseks, s. o. tehnikavahenditele

sellise osa ja usalduse omistamine, mis sageli välistab mittetehniliste uurimismeetodite rakendamise või paremal juhul annab neile sekundaarse tähenduse arsti mõtlemises ja sellest johtuvas tegevuses. Tehnika fetiseerimine kaasneb sageli ebakompetentsusega, olles kas selle eelduseks või järeluseks. Et kirjeldatud tendents on toonud või toob edaspidigi endaga kaasa eksimusi diagnoosimisel ning sellest lähtuvaid mõdalaskmisi haigete ravimisel, tahaksin probleemil mõttevahetuse käigus põhimõtteliselt peatuda ja avaldada arvamust, kuidas ning kuhu ei peaks arstiteadus nüüdisajal veel tõttama.

Arsti töö üks tähtsamaid komponente on haiguse diagnoosimine, lokaliseerimine ja elundi või elundsüsteemi kahjustuse raskusastme määramine. Enamikul juhtudel ei ole see võimalik diagnoosimisaparatuuride kaasabitaga ega laboratoorseid uuringuid tegemata. Iga arsti eesmärk on haigust võimalikult täpselt objekteerida. Pidevalt täiustuv tehnika võimaldab tõepoolest seda üha täpsemini teha. Seega tugineb haiguste diagnoosimine täiesti seaduspäraselt meie käsutuses olevale tehnikale ning diagnoosimise kvaliteet sõltub suuresti diagnoosimisseadeldiste täiuslikkusest. Haiguse objekteerimisel tehniliste vahendite ja tehnikal baseeruvate laboratoorsete uuringute abil ilmneb liiga sageli nimetatud uurimismeetodite võimaluste ülehindamist ja nende ülemäärast usaldamist. Paljude arstide jaoks on haigelt anamneesi üksikasjalik kogumine ja haiguse kliinilise pildi uurimine tehnikasajandil muutunud arsti asjatult koormavateks diagnoosimisvõteteks, mis oma tähtsuse on oluliselt kaotanud. Nende jaoks eksisteerivad haigused ja haiged vaid juhtudel, kui haigus on objekteeritud röntgenifilmil, elektrokardiogrammil või laboratoorsete uuringute abil saadud positiivsetel vastustel. Kui taolist leidu ei ole, on inimene terve või on tal närvid haiged, sest närvisüsteemi haigusi on mittespetsialistil tavaliselt raske objekteerida ja seetõttu on nimetatud süsteemi arvele kõige kergem «süüd» veeretada. Para-

fraasides J. Smuuli võiks nendel puhkudel öelda nõnda: on paber, s. o. midagi objektiivset paberil, oled haige, ei ole paberit, ei ole haige!

Kui sageli tegelikus elus siiski ainuüksi elektrokardiogrammi alusel otsustatakse selle üle, kas süda on haige või terve, vaevumata teadma, et puhkeolekus on muutused elektrokardiogrammil vaid 50...70%-l kõigist südamehaigest. Müokardiinfarkti diagnoosida ainult elektrokardiogrammi alusel ei ole millegagi õigustatud, sest 10%-l infarktijuhtudest on «EKG tumm» ja vähemalt 25%-l juhtudest põhjustab elektrokardiogrammil mittetüüpilisi kõrvalekaldumisi. Korrektnen anamneesi kogumine ja haiguse kliinilise pildi uurimine välistaks paljudel juhtudel haige haiglasse toimetamise, samuti koronarograafia, pulmograafia või muud uuringud ning võimaldaks sageli diagnoositava müokardiinfarkti või kopsu trombemboolia asemel nendel puhkudel juba kodus diagnoosida müokardiidi ägenemist.

Pole haruldane, et arstlikku komisjoni ruttav patsient tugeva hingelduse tõttu jõuab vaevu polikliiniku treppidest üles, on komisjoniruumis näost hall ja pearingluse tõttu otsib seinalt tuge. Pulsikontrollimisel lööb süda 120 korda minutis ja süstoolne rõhk on vaevalt 100 mmHg, aga ta tunnistatakse vaat et peaaegu terveks, sest elektrokardiogrammil on muutused tagasihoidlikud ja vereanalüüsid korras. Pole parata — midagi «objektiivset» ju ei ole! Või kuidas suhtuda sellisesse olukorda, et reumahaigel hakkavad kevadel liigesed valutama, tekivad hingeldus, valud südame piirkonda ja tugev väsimus, kuid vere settereaktsioon ja siaalhappesisaldus osutuvad normaalseks. Kas sellel patsiendil siis reuma ägenenud ei olegi ja kas ta ei vaja reumaravi, nagu taolistel puhkudel tihtipeale konstateeritakse.

Tehnikat ja objektiivsust fetišeerivate arstide juurde sattumisel on eriti raskes olukorras need, kelle haigus oma elemuselt on «must-valgel» raskesti kindlakstehtav — psüühiliselt haiged

inimesed, mao ja soolte funktsionaalsete häirete all kannatavad haiged, viirusmüokardiiti põdejad ning paljud teised. Et oma eriala tõttu on viirusmüokardiiti põdevate inimeste käekäik mulle kõige tuntum ja muret tekitavam, kommenteeriksin seda lühidalt näite varal.

Enamasti kulgevad viirusmüokardiidid olulise laboratoorse leiuta ja pooltel haigetel elektrokardiograafiliste muutusteta. Nimetatud põhjustel ei diagnoosita neil väga sageli põletikulist südamehaigust ja paljudel juhtudel südamekahjustust üldse. Viirusmüokardiiti põdevad haiged läbivad seetõttu tüüpilise ja tulemusteta teekonna, mille kestel nad on kohtunud terapeudi, neuroloogi, psühhiaatri ja uuesti terapeudiga. Paari-kolme aasta pärast, tihti ka märksa hiljem, jõuab osa müokardiiti põdejaid, kellest on saanud juba kroonilist haigust põdejad, lõpuks anamneesi ja kliinilist pilti hindava arsti juurde, kes nende haigust diagnoosib ja seda mõnevõrra ravida suudab. Kuid ainult mõnevõrra, sest aeg, nii mõnigi kord ka sobimatud ravikuurid — eriti siis, kui müokardiidi asemel on diagnoositud südame funktsionaalseid häireid —, on teinud oma töö. Osa haigeid aga lõpetab oma lühenenud elupäevad isheemiatõbe põdejatena või neurosihaigetena ja üksnes haiguse lõppetappi näinud arst saab kaasa elada seksiooni-leiule: südame pärgarterid intaktsed ja südamelihased lõtv, löikepind kollakas-hall. Keda siin süüdistada: kas haigust, mis ei anna üksnes meditsiiniaparatuuri võimeid hindavale arstile «objektiivset leidu»?

On halb, kui mittetehnilisi, kuid kahtlemata teatavat objektiivset informatsiooni andvaid tavalisi uurimismetodeid arstid alahindavad. Mitmekordselt võimendatakse öeldu, kui «objektiveerimise» probleemiga hakkavad tegelema need, kelle arusaamadest sõltub paljude arstide tegevus.

Arstiteadus liigub pidurdamatult mööda tehnilise progressi trajektoori. Ei tohi aga unustada, et igal tehnilisel vahendil on omad diagnostilised piirid ja veavõimalused ning et paljud haigu-

sed, ja järjest sagedamini, kulgevad küllalt pinnapealsetele kaasaegsetele tehnilistele ja laboratoorsetele uurimismeetoditele tabamatult. Kulub veel palju aega enne, kui luuakse sellised diagnoosimisaparaadid, mis eiravad haige anamneesi ja haiguse kliinilise pildi tundmaõppimise vajaduse, kuigi põhimõtteliselt tundub see võimalik olevat. Veelgi rohkem aega kulub selleks, kui universaalne diagnoosimistehnika on kõigi arstide, sealhulgas eesliiniarstide käsutuses. Senikaua tuleb au sees hoida ka need uurimismeetodid, mis pärinevad elmistest sajanditest.

Arstiteadus tõttab. Tõttamisel aga ei tohi üleliia kiirustada ega unustada kaasa võtta mõndagi vana, äraproovitud ja siiani veel asendamatu.

*TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste
propedeutika kateeder*

NSV Liidu Sideministeerium andis välja 4-kopikalise postmargi, mis on pühendatud vene terapeudi prof. S. Botkini (1832...1889) 150. sünniaastapäevale. Margil on S. Botkini portree. Välja anti ka esimese päeva ümbrik, mille joonisel näeme arstiteaduse sümbolit — karikat ja madu ning loorberioksa. Ümbrikul on tekst «150 aastat S. P. Botkini sünnist», «Первый день» ja «Premier Jour». Moskvas oli kasutusel ka eritempel.

Anti välja ka standardmargiga piltümbrikud, mis on pühendatud akadeemik N. Burdenko nim. Neurokirurgia Instituudi 50. aastapäevale.

Ümbrikul on N. Burdenko skulptuurportree instituudi hoone taustal ning karikas ja madu ning loorberioks.

Elmar Ratassepp

A *biks* **velskritele** **ja õdedele**

Tallinna Kiirabihaigla kiirabivelskrite kutsevõistlus peeti 15. novembril 1982 kiirabi-jaama saalis pidulikult õhkkonnas. Võistlusega tähistati NSV Liidu moodustamise 60. aastapäeva. Konkursikomisjoni esimees, Tallinna Kiirabihaigla peaarsti asetäitja kiirabi alal H. Mägi, tutvustas võistlustingimusi, mille loetelus olid haige abistamise metoodika teooriaküsimused ja ka praktilised oskused ning meditsiiniaparatuuri käsitlemine. Niisuguste teoreetiliste ja praktiliste ülesannete keeruka kompleksiga, mis nõuab neilt iseseisvat töösutlikkust ja viivitamatut tegutsemisoskust, puutuvad kiirabivelskrid oma töös kokku iga päev.

Kutsevõistlustest tegi kokkuvõtte žürii, kuhu kuulusid haigla peaõde A. Tambur, liini- ja kardioloogiabrigaadide juhataja A. Poots, kardioloogiabrigaadi arst P. Mallene ning



Foto 1. Kiirabihaigla kiirabivelskrite kutsevõistluse parimat Svetlana Buzovskajat (vasakul) autasustab Tallinna Kiirabi-jaama lasteosakonna juhataja G. Melamed, kes oli ka võistlust korraldava komitee esimees.



Fotol 2 näeme võistleuse paremaid. Vasakult: Ljudmila Samofalova (III koht), Veronika Dronova (II koht) ja Olga Tšernjavskaja (IV koht).

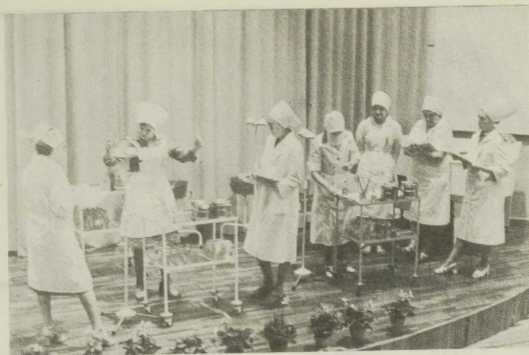
suure vilumusega kiirabivelskrid L. Skripnikova, L. Sössojeva ja N. Kirina. Võistlejate hindamisel võeti arvesse ka nende välimuse ja riietus. Pärast võistleuse lõppu rõhutas žürii esimees, et kõikide teadmised nii teoorias kui ka praktikas olid head, kutsemeisterlikkus laitmatu.

Esimese koha ja kutseala parima nimetuse pälvis Svetlana Buzovskaja, teise Veronika Dronova, kolmanda koha Ljudmila Samofalova. Kiirabihaigla ametiühingukomitee esimees andis üle diplomid, suveniirid, võitjalindid ja lilled.

Gilja Melamed

I vabariiklik ämmaemandate kutsevõistlus sai teoks 15. detsembril 1982. a. Tallinna Kiirabihaiglas. Avasõnad ütles tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Võistlejaid tervitasid veel tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja E. Tomberg, peaakušöörigünekoloog S. Kaldma, ELKNÜ Keskkomitee sektorijuhataja V. Šalašov ning ametiühingu vabariikliku komitee osakonnajuhataja E. Stefanovskaja.

Kutsevõistlusest võttis osa 28 meie vabariigi linnade ning rajoonide keskaiglate paremat ämmaemandat. Kõigepealt tuli vastata 20 küsimusega testile, seejärel demonstree-rida elustamisvõtete oskust, üles seada tilk-infusioonisüsteem ning tsiviilkaitse valdkonnast valmistada marlivatimask. Žürii võttis



Ämmaemandad võistlemas. G. Tsvetkovi foto.

hindamisel arvesse ka võistlejate välimuse korrektsust ning töökultuuri.

Meie vabariigi parimaks ämmaemandaks osutus Tallinna Vabariikliku Haigla observatsiooniosakonna ämmaemand Alvina Filippova. Teine koht kuulus Viljandi Rajooni Keskaigla vanemämmaemandale Ene Aru-soole ning kolmas Kingissepa Rajooni Keskaigla ämmaemandale Helgi Tammurile. Võitjad pälvisid aukirja, turismituusiku ning rahapreemia, rahapreemia väärised ka IV... X kohale tulnud. Võistlusmäärustikus oli ette nähtud, et esimesele kolmele omistatakse ämmaemanda I kategooria juhul, kui seda võitjal varem ei olnud. Seega on A. Filippova nüüd ka I kategooria ämmaemand.

Ämmaemandate kutsevõistlus õnnestus. Palju olid ürituse kordaminekuks teinud organiseerimiskomitee esimees S. Kaldma ning meditsiiniõdede seltsi liikmed M. Oja, H. Näri-riipa, T. Mägi ning T. Võormann.

Mall Kuusma

Arsti- teaduse ajaloost



UDK 612.313-08(474.2)(091)

EKSPERIMENTAALNE SEEDEFÜSIOLOOGIA TARTU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNAS MÖÖDUNUD SAJANDI KESKPAIKU

ELISE KÄER-KINGISEPP · TARTU

Tartu Ülikool, XIX sajand, eksperimentaalne seedefüsioloogia, professorid F. H. Bidder ja C. E. Schmidt

Tartu professorite füsioloog F. H. Bidderi ja keemik C. E. Schmidti koondtööna, milles osalesid ka noored arstid oma väitekirjadega, ilmus 1852. a. põhjanev eksperimentaaluurimus seedefüsioloogia alalt «Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel». Seedefüsioloogiaalased uurimistulemused ilmusid trükist artiklitena, väitekirjadena ja eelnimetatud koondteosena möödunud sajandi 40-ndatel ja 50-ndatel aastatel ning on füsioloogia ja füsioloogilise keemia põhivarana väärilisel kohal püsinud aastakümneid.

Friedrich Heinrich Bidder (1810... 1894) õppis arstiteadust Tartus 1828... 1834. a., mil sai doktorikraadi. Oma teadmisi täiendas ta silmapaistva füsioloogi Johannes Mülleri juures Berliinis, ka mujal. Oli anatoomiaprojektor ja erakorraline professor 1836. a. Tartus,

anatoomia korraline professor 1842. a. Füsioloog A. W. Volkmanni lahkumisel Tartust 1843. a. sai F. Bidder füsioloogia ja patoloogia õppetooli korraliseks professoriks ning jäi füsioloogia õppetoolile ja samanimelise instituudi juhatajaks pärast patoloogia eraldamist iseseisva õppetoolina 1860. a. Sellel kohal töötas 1869. a. lõpuni, mil emeriteeris. Tema järglaseks sai Alexander Schmidt. F. Bidder oli arstiteaduskonna dekaan (1846... 1850, 1854), rektor (1858... 1865), 1857. a. Teaduste Akadeemia korrespondentliige, 1884. a. Teaduste Akadeemia auliige. 1879. a. anti talle Baeri-nimeline kuldmedal. F. Bidderile kuulub väljapaistev osa eksperimentaalse teadustöö viljelemisel ja arendamisel Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Prof. Bidderi juures valmis ligikaudu 80 doktoriväitekirja, nende autorite hulgas hiljem mitmeid silmapaistvaid teadlasi (14, 15, 16, 34, 35, 36, 37, 42).

Carl Ernst Schmidt (1822... 1894) õppis arsti- ja loodusteadust Berliinis, Giessenis, Göttingenis silmapaistvate keemikute G. Rose, J. Liebigi, F. Wöhleri ja füsioloogiainstituudis R. Wagneri juures. Lõpetas õpingud filosoofia-doktori kraadiga 1844. a. ja arstiteaduse doktori kraadiga 1845. a. Arstieksamid sooritas Peterburis 1845. a. ja kaitses Tartus arstiteaduse doktori väitekirja 1846. a., taotledes selle tööga *pro venia legendi* — eradotsendi õigusi, mis talle anti füsioloogilise ja patoloogilise keemia alal 1846. a. Järgmisel aastal määrati ta korraliseks dotsendiks samal alal füsioloogia ja patoloogia õppetoolil prof. E. Bidderi juures. Oli alanud koostöö F. Bidderiga. 1850. a. kinnitati C. Schmidt farmaatsia erakorraliseks professoriks ja farmaatsiainstituudi juhatajaks. 1852. a. viidi ta üle füüsika-matemaatika teaduskonda seoses tema määramisega erakorraliseks ja varsti ka korraliseks professoriks keemia alal, ühtlasi keemialaboratooriumi juhatajaks. Sellel kohal arendas C. Schmidt väga elavat ja mitmekülgset teadustegevust, esmalt füsioloogilise keemia, seejärel keemiliste analüüsidega põllumajanduse, tervishoiu ja tehnika alal.

C. Schmidt oli analüüsimetoodikas ületamatu. Tema õpilastest sai hiljem silmapaistvaid keemikuid. Teaduste Akadeemia korrespondentliige 1873. a. C. Schmidt emeriteeris 1892. a. (37, 39, 40).

C. Schmidti dotsendiaastail Tartus arenes viljakas teaduslik koostöö F. Bidderiga füsioloogia ja patoloogia kateedris. Soojalt kirjeldas F. Bidder nende ühiseid tööaastaid (2). Alustades uurimist selgus, et neil seisab ees tundmatu maailm. Puudulikud andmed seedemahlade koostise ja ülesannete kohta, puudulik seedemahlade saamise meetodika, närvisüsteemi mõjutused seedemahlade eritusele olid peaaegu uurimata. F. Bidder ja C. Schmidt alustasid ulatuslikku ning süstemaatilist uurimist seedemahlade saamise, nende füüsikalise-keemilise analüüsi ning füsioloogiliste ülesannete kohta mitmesugustel katseloomadel ning seal, kus seda võimalik uurida oli, ka inimesel.

Seedefüsioloogiaalaste uurimistulemuste kohta saab täieliku ülevaate F. Bidderi ja C. Schmidti teosest «Seedemahlad ja ainevahetus» (I jagu, lk. 1—288). Seedeprotsessi mitmekülgne jälgimine nõudis autoritelt katsete meetodika kohandamist ja uusi seadmeid. F. Bidder, üks oma aja silmapaistvamaid füsiolooge, täiendas katsete meetodikat, eriti kirurgilises osas. Temale kuulub esimese maofistuli moodustamine lamba libedikku. Ta võttis kasutusele hõbetorru maofistulis ja peenikesed hõbetorukesed seedenäärmete juhadesse viimiseks jm. Teaduslikku huvi pakuvad permanentsed ehk püsikatsed, mida Tartus F. Bidderi juures tol ajal tehti.

Inimese sülje koostise keemilise analüüsi andmed leiduvad N. Jacubowitschi väitekirjas, F. Bidderi ja C. Schmidti suurteoses ja artiklites (1, 2, 11, 12, 23). N. Jacubowitsch uuris enesel päeva jooksul sülje reaktsiooni ja leidis, et hommikul oli sülj nõrgalt leeliseline, hommikusöögi järel aga tugevalt leeliseline, enne lõunasööki oli sülj peaaegu neutraalne, ent söögi järel jälle leeliseline. Söömisjärgseid süljereaktsiooni muutusi on sedastatud ka tänapäeval.

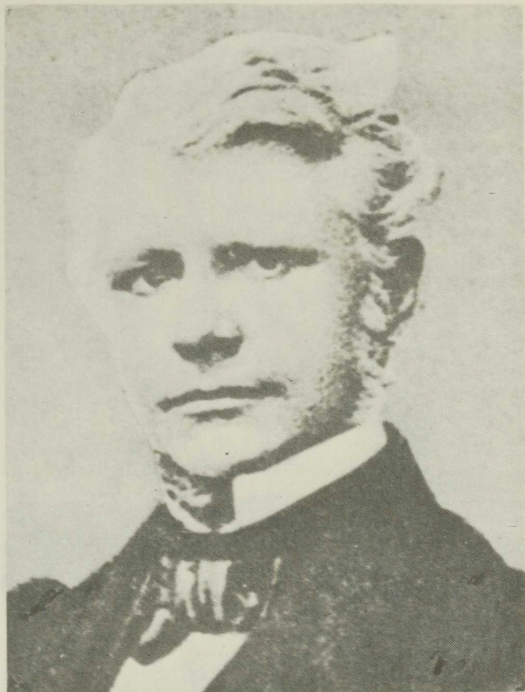


Foto 1. Prof. Friedrich Heinrich Bidder.

F. Bidderi ja C. Schmidti järgi on sülje kogus inimesel 1000...2000 ml ööpäevas, s. t. keskmiselt 1500 ml (erikaal 1,0026); enne seda arvati sülje hulgaks 200...300 ml.

Eksperimentaalselt uurisid F. Bidder ja C. Schmidt ning dissertant N. Jacubowitsch katsetes koeral nii kogu sülje kui ka eri süljenäärmete sülje (kõrvasüljenäärdest ja submaksillaarist*). Suulima koguti suurte süljenäärmete juha sidumisel. Sülje kogumiseks koeral suurtest näärmetest seoti näärmejuhasse peenike hõbetoruke, mille ots juhti läbi väikese põsehaava välja, nii et torust tilkuvat sülje sai koguda. Süljeanalüüsid pälvisid tähelepanu kui esmakordsed ja täpseimad (2, 11, 12, 23). Sülje füsioloogilise toime uurimisel tehti kindlaks, et tärglise lõhustamiseks oli vajalik koera kogu sülj. Kõrvasüljenäärme sülj koeral (ka hobusel) tärglist ei lõhustanud, seda ei teinud ka suulima. Keedetud tärglise manustamisel

* BNA

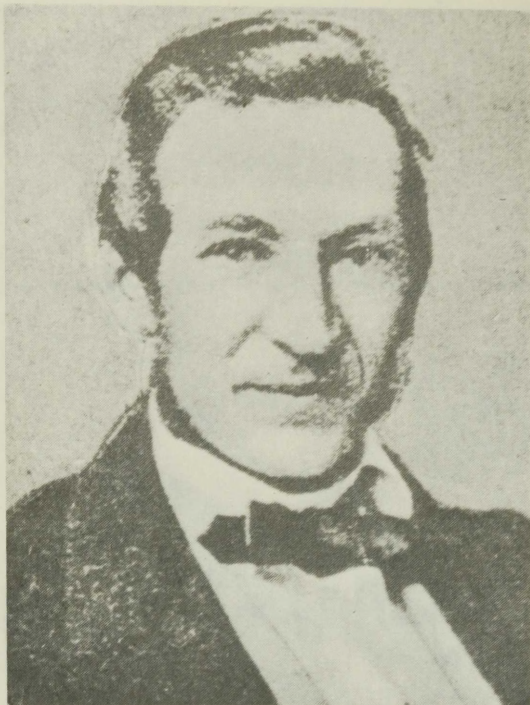


Foto 2. Prof. Carl Ernst Schmidt.

maofistuliga koerale leiti maos alati suhkrut, kõrvasüljenäärme ja submaksillaarse juhade ligeerimise korral aga oli leid negatiivne. Tol ajal toimus mõttevahetus sülje füsioloogilise toime üle, millel siin pole põhjust peatuda. Üldiselt on tuntud süljenõristus toidu näitamisel I. Pavlovi klassikaliste tööde järgi (38). Esmakordselt on seda nähtust koeral kirjeldanud Tartu füsioloogid (2, 12). Ka maomahla eritust maofistulist koeral (süljenäärmete juhad ligeeritud) toidu nägemisel kirjeldas F. Bidder oma klassikalises teoses esmakordselt teaduskirjanduses. Seda nähtust pidas ta erakordselt tähelepanu väärivaks (2).

F. Bidderilt, C. Schmidtilt ja N. Jakobowitschilt on pärit andmed koera sülje, koera kõrvasüljenäärme ja submaksillaarnäärme sülje kohta. Need andmed leiduvad Hoppe-Seyleri, Gurup-Besanezi, Dondersi jt. õppe- ja käsiraamatuis veel pikki aastaid pärast ilmumist (3, 5, 9, 20).

Maomahla uurimisel kasutati koera ja lammas, kellel oli operatsioonil tehtud kunstlik maofistul. Täiendades Blond-

lot' fistulimeetodit, aetas F. Bidder enda konstrueeritud hõbetoru, mida oli võimalik korgiga sulgeda, fistuliavasse. Koerad (arvult 10) talusid operatsiooni hästi, olid korduvalt katsetes aasta või poolteise jooksul. Taimesööjail, mäletsejail tehti fistul libedikku, katsed toimusid paari kuu vältel. Koertel tehti katseid (teatud aja jooksul) kas ainuüksi lihatoidul või periooditi ka taimetoidul (toideti üks kord ööpäevas). Maomahla koguti pärast söömist, mil magu oli tühi, olgugi et sel puhul nõristus maomahla vähem kui algul. Maomahla koguti ka mao limaskestast mehhaanilisel ärritamisel kummisondiga, mõnikord kõva liha tükikestega lühiajaliselt, kuni seedeprotsessi alguseni. Maomahla koguti ka tühja kõhu puhul (24 tundi pärast söömist). Süljeta saadi maomahla katseloomadel suurte süljenäärmete juhade ligeerimisel. Nagu eespool mainitakse, algas maomahla eritus ka toidu nägemisel või fistuliavasse kummitoru sisseviimisel (2, 10).

Maomahla koostise analüüsil lahendati üks kardinaalseid probleeme, nimelt vaba soolhappe sisaldus maomahlas. Prout oli esimene, kes 1824. a. esitas oma tähelepaneku soolhappesisaldusest maomahlas. Avastus tekitas rohkesti vaidlusi, kuid kindlate tõestuste puudumisel jäeti soolhappe kõrvale, sest piimhapet peeti maomahla happeks. F. Bidder ja C. Schmidt näitasid, et puhas maomahl sisaldas ka 18...20 tundi pärast söömist ainult vaba soolhappet ja mitte mingeid jälgi piimhappet. Ka lamba libedikust saadud nõre sisaldas vaba soolhappet ning väga vähesel määral ja ainult ajuti piimhapet (tärglist sisaldavast toidust). Soolhappe kogus aga oli kindel ja püsiv. C. Schmidt kontrollis soolhappeleidu kõigil tol ajal käibel olevatel meetoditel ja kindla tulemusega. Vaieldamatult kuulub C. Schmidtile soolhappesisalduse kindlaksmääramine maomahlas nii liha- kui ka taimesööjatel loomadel, hiljem ka inimesel.

Maomahla ensümaatilise toime valgusse sõltus soolhappesisaldusest. Sülje neutraliseeriv toime maomahla soolhap-

Tabel 1. Maomahla koostise andmed. Kvantitatiivne keemiline analüüs (C. Schmidt)

1000 osa kohta	Inimene	Koer	Koer	Lammas
	maomahl süljega kahe kesk.	maomahl süljeta ühiksa kesk.	maomahl süljega kolme kesk.	maomahl
Vett	994.40	973.0	971.2	986.15
Kuivainet	5.60	27.0	28.8	13.85
Orgaanilisi aineid	3.19	17.1	17.3	4.06
Naatriumkloriid	1.46	2.5	3.1	4.36
Kaltsiumkloriid	0,06	0,6	1,7	0,11
Kaaliumkloriid	0,55	1,1	1,1	1,52
Ammooniumkloriid	jäljed	0,5	0,5	0,47
Vaba soolhape	0,20	3,1	2,3	1,23
Kaltsiumfosfaat		1,7	2,3	1,18
Magneesiumfosfaat	0,12	0,2	0,3	0,57
Raudoksiidfosfaat		0,1	0,1	0,33

pesse mõjutas lõhustumise kulgu vaid vähe. Vaatluste põhjal tuli F. Bidder huvitavale järeldusele, et seedetraktis on veel elundeid, mille ensüümide toimel valgu lõhustumine jätkub ka pärast maomahla toimet. Valke lõhustavaid ensüüme, mis tekivad kõhunäärmes, tol ajal veel ei tuntud. F. Bidder näitas, et uitnärvi läbilõikamisel maofistuliga koeral eritatava maomahla kogus küll vähenes, ei lakanud aga maomahla ensümaatiline toime. Eri katsetingimustes kogutud maomahla keemilisel analüüsil saadud andmed moodustasid teadusliku

informatsiooniallika nii füsioloogia kui ka füsioloogilise keemia valdkonnas.

Olulisi täiendavaid andmeid maomahla kohta andsid dissertantide O. Grünwaldti ja E. Schroederi uurimused. 1853. a. tuli Tartu Ülikooli kliinikusse Noistverest (praegu Purdi) pärit haige Catharina Kütt, kellel oli maofistul. Haige sõnade järgi olevat ta midagi väga rasket tõstnud ja sellest peale oli tundnud mingit haiguslikku märki kohal, kus asus avaus. Arstide arvates oli mao perforatsioon tekkinud umbes kaks ja pool aastat tagasi. Avaus paiknes IX

Tabel 2. Kõhunäärmenõre keemiline koostis. Kvantitatiivne analüüs (C. Schmidt)

1000 osa kohta	Ajutine fistul koeral (Bidder ja Schmidt)	Püsifistul koeral (Kroeger)			Keskmine
	I	II	III		
Vett	900.76	976.78	979.93	984.63	980.45
Kuivainet	99.24	23.22	20.07	15.37	19.55
Orgaanilist ainet (albumiin)	90.38	16.39	12.55	9.21	12.72
Anorgaanilisi aineid (soolad)	8.86	6.83	7.52	6.16	6.84
Naatriumkloriid	7.36	1.917	3.484	2.110	2.50
Kaaliumkloriid	0.02	1.008	1.059	0.738	0.93
Natron (Na ₂ O)	0.32	3.818	2.858	3.249	3.31
Kaltsiumfosfaat	0.41	0.051	0.100	0.051	0.07
Magneesiumfosfaat	0.12	0.024	0.006	0.005	0.01
Naatriumfosfaat	0.45	0.015	—	—	0.01
Naatriumsulfaat	0.10				0.01
Kaaliumsulfaat	0.02				
Kaltsium albumiiniga	0.22				
Magneesium albumiiniga	0.05		0.015	0.006	0.01
Raudoksiid	0.02				

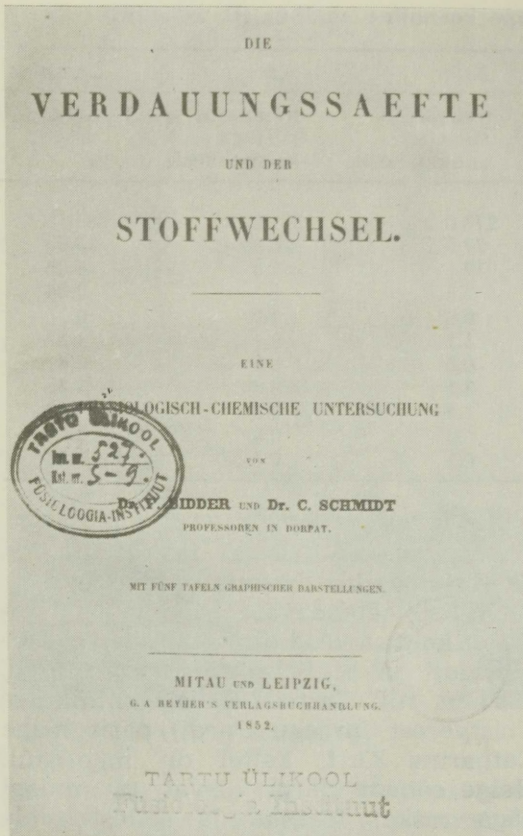


Foto 3. F. Bidderi ja C. Schmidti teose «Seedemahlad ja ainevahetus» tiitelileht.

ja X roide kõhre vahel ning sondi saadi avausse viia 2...3 pöidla ulatuses. Maomahla koguti nõusse avausse sisseviidud sondi kaudu. Puhast maomahla, milles söögiosakesi ei olnud, koguti kuivade herneterade neelamise järel. Jälgiti ka maomahla eritust mitmesuguste toitute puhul jne. Maomahla keemilise analüüsi andmed leiduvad maailmakirjanduses (nii füsioloogias kui ka füsioloogilises keemias). Sealjuures on mainitud, et inimese maomahla analüüs on eesti naiselt C. Kütilt.

Maomahla analüüsi andmed tabelis 1 on saadud F. Bidderi ja C. Schmidt, A. Hübbeneti, O. Grünwaldti ja E. Schroederi uurimuste põhjal (2, 6, 7, 10, 24, 26).

Maomahla koostisosadest väärib erilist tähelepanu ammoniaak (vt. tabel 1 ammoniumkloriid), mille esmakordselt tegid kindlaks F. Bidder ja C. Schmidt

1852. a. Aegade vältel on seda ainet «uuesti avastatud» ja avaldatud arvamusi tema ülesandeist. 1896. a. said ammoniaagi maomahlas M. Nencki, I. Pavlov ja I. Zaleski, nad avaldasid arvamust, et ammoniaagil on mingi seos sekretoorse epiteeli tegevusega (21). O. Hammarsten oli veendunud, et ammoniaak tekib ureemia kaasnähuna kusiaine lõhustumisel (8). Suur huvi ammoniaagi vastu tärkas 1924. a. ensüümi ureaasi avastamisel mao limaskestas J. M. Lucki ja T. N. Sethi poolt (18, 19). Nemad, hiljem ka teised autorid, on avaldanud arvamust, et ammoniaak reguleerib mao soolhappesisaldust.

F. Bidderi ja C. Schmidt 1852. a. ammoniaagileid on jõudnud kõrgesse ikka — saab tänavu 130-aastaseks. Seepärast mainitakse avastajaid kirjanduses haruharva. Ometi märgib 1961. a. J. Earl Thomson: «Palju aastaid tagasi avastasid F. Bidder ja C. Schmidt (1852) maomahlas ammoniaagi, mis aga vähe tähelepanu leidis seni, kuni Luck ja Seth näitasid ammoniaagi teket mao limaskestas ureaasi toimel ureasse (urea + ureaas → NH₃ + CO₂) ja tõstasid võimaliku ülesandena mao soolhappe neutraliseerimise» (31). Nii ajaloo kui ka praegusaja seisukohalt kriipsutab küsimuse tähtsust alla esmasavastajate märkimine veel tänapäeval.

Sappi uurisid F. Bidder ja C. Schmidt kassil, koeral, lambal, küülikul, hanel ja varesel. Kasutati nii lühiajalisi kui ka kestvaid katseid operatsioonil, katsealusteks olid sapipõie (ettevalmistatud) fistuliga loomad (2). Eritunud sapikoguse põhjal uuriti maksa talitlust, seedeprotsessi jälgimisega selgitati sapi ülesandeid seedimisel. Katsed näitasid, et sappi eritus söömisel, eritumine algas isegi juba toidu haaramisel ja suutäie neelamisel. Eriti kiiresti ja rohkesti eritus sappi rasva ja liha, vähe leiva ja kartuli söömisel. Selgus, et sapi puudumisel kannatas toidu omastamine, rasva imendumine oli minimaalne (17). Sapi puudumise korral leiti küüluses (*chylus*) ainult 0,2% rasva tavalise 3,2% asemel. Põrna ekstirpeerimine katseloomal sappi teket ei soodustanud,

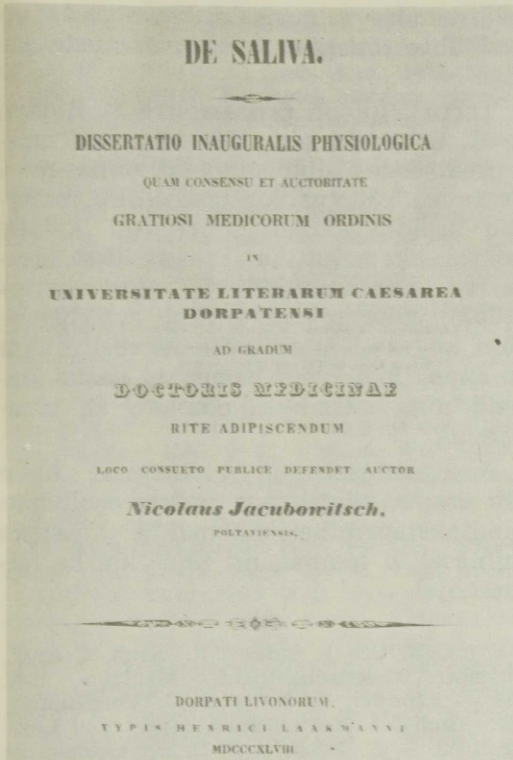


Foto 4. N. Jacobowitschi doktoriväitekirja tiitelleht.

sellega kummutati üks tolle aja arvamusi sapi tekke kohta. Toitmata katseloomal (mõnest tunnist 10 päevani) sapiiritus tunduvalt vähenes (22, 28). Uusi ja huvitavaid tähelepanekuid avaldas C. Wistinghausen oma väitekirjas, uurinud sapi füüsikalise-keemilise omadusi, mille põhjal võidi teha järeldus, et sapp soodustab sooleepiteeli läbilaskvust rasvade suhtes (33). Väitekirja valmis F. Bidderi juures 1851. a. ja on tolle aja kohaselt ilmunud trükist ladina keeles. Väitekirjas avaldatud tulemused said teadlaste hulgas suure tähelepanu osaliseks, töö tõlgiti ja avaldati trükis korduvalt, seda refereeriti.

Soolenõre oli lakmuse suhtes tugevalt leeliseline. Puhast nõret (küümuseta), mille hulk oleks analüüsiks piisav olnud, püüdlustele vaatamata koguda ei saadud (2, 32).

Kõhunäärmenõre uurimisel kasutasid F. Bidder ja C. Schmidt näärmejuha

ajutist fistulit. Saadud nõre oli läbipais-
tev, värvitu, kleepuv ja viskoosne vede-
lik, tugevalt leeliseline. Keemiline ana-
lüüs näitas, et kuivjääki oli uuritavates
proovides ligikaudu 10%, milles anor-
gaanilisi aineid leidis umbes $\frac{1}{12}$. Kõhu-
näärmenõre lõhustas tärklis (seda tol
ajal juba teati). F. Bidder arvas, et nõre
lõhustab ka muid aineid, nagu valku ja
rasva. Ta tõstis esile anatoomilisi erine-
vusi liha- ja taimesööja kõhunäärme
ehituses: esimesel tihke ja kompaktne
struktuur, teisel hõre ja õrn. Esialgu ei
õnnestunud arvamusi kinnitada, nõre
oli valgu suhtes inaktiivne, nõre koos
sapiga emulgeeris rasva. Ühes hilisemas
dissertatsioonis võidi juba valgu lõhus-
tumist sedastada (2, 27).

1853. a. oli C. Ludwigi juures (Wein-
mann) kasutusele võetud kõhunäärme-
juha püsifistul, mis lubas teha kestvaid
katseid mitme päeva või isegi nädala
vältel (32). Järgnevalt võttis F. Bidderi
juures vastava uurimise ette dissertant
S. Kroeger, kes kaitses oma uurimis-
tööd 1854. a. (13). Katsetes koguti kõhu-
näärmenõret ka seedeotsesest kestel.
Sagedamini katsetati nõre erituse kulgu
liha söömisel, nõre osutus diastaatilisel-
toimivaks. Nõre valgusisaldus oli kesk-
miselt 1,27%. Tabelis on esitatud kõhu-
näärmenõre koostis ajutise ja püsifistu-
liga koeral.

Tabelis 2 toodud andmeid leidub
möödunud sajandi käsiraamatuis ja õpi-
kuis (3, 5, 8, 9, 20). F. Hoppe-Seyler
märkis 1881. a.: «Ainus täiesti nor-
maalse ja ainetiheda kõhunäärmenõre
analüüs kirjanduses on see, mille andis
C. Schmidt koera kõhunäärmenõre
kohta» (9). Kõrget valgusisaldust kõhu-
näärmenõres (vt. tabel 2) peeti normaal-
seks, kuna madalat arvati tulenevat
näärme põletikulisest seisundist (8).

Valgusisalduse piirid E. G. Texteri
järgi (1968. a.) on koera kõhunäärme-
nõres 0,1...10%, inimesel 0,1...0,3%
(30). Füsioloogia käsiraamatus 1974. a.
tuuakse valgusisalduse kõikumise piiri-
deks 0,1...10% ja märgitakse valgu
koguse sõltuvust ensüümide sisaldusest
(41). Eriti väärib tähelepanu, et palju
aastaid tagasi saadud andmed kõhu-

De relatione stoichiometrica materiarum salivam constituentium.

62,400 gram. salivae reliquerunt in filtro 0,101 cellularum epithelii temp. 123° siccati; fluidum filtratum et evaporatum reliquit 0,201 gram. materiae albuminosae, haec vero candefacta 0,117 gram. salium. Ope ammonii oxalici combustione oxalatis eduli separabantur 0,003 gram. carbonatis calcis, admixto acido nitrico post candefactionem 0,001 gram. phosphatis magnesia, admixto chloreto calcis et ammonio ad cognoscendam copiam acidi phosphorici 0,063 gram. phosphatis calcis.

760 gram. salivae exsiccata cum alcohole extracta, residuo solutionis alcoholicae post alcoholis evaporationem cum acido phosphorico destillato, denique cum majore copia baryi oxydati mixto et cum baryta nitrica candefacto, dederunt 0,112 gram. sulphatis baryi = 0,0621 gram. in singulis millibus gram. kali sulphocyanati.

1000 partes continent:

Aquae	995,16	1,82 gram. salis continent:	
Residui	4,84	Acidi phosphorici	0,51
Epithelii	1,62	Natri cum acido phosphorico	} 0,94 natri phosphorici.
Materiae organicae	1,34	conjuncti	
Sulphocyanureti kali	0,06	Calcis	0,05
Salium	1,82	Magnesiae	0,01
		Chloreti kali	} 0,84
		natri	

— 36 —

Analysis I.

Densitas succi gastrici sub calore 18° C in vacuo = $\frac{25,2695}{25,2120} = 1,00925$

100 grm. adjectis 0,0381 grm. CaO satis superque neutralizata sub calore 100° C exhibent 0,397 residui sicci.

100 grm. reddant 0,549 AgCl = 0,1537 % Cl

200 grm. exsiccata, in carbonibus redacta, ope aquae exhausta, atque carbo residuus + phosphates terreni in cinerem redacti exhibent 0,454 substantiarum anorganicarum, unde efficiuntur

0,0507 NH³ sedimenti $\frac{1}{2}$ (CaO, PO₅)
 $\frac{1}{2}$ MgO, PO₅
 et vestigia Fe₂ O₃)
 0,0225 CaO SO₃ (ad statuendas calcariae reliquias)
 aeq $\frac{1}{100000}$ (0,0092 % CaCl
 0,0059 % Cl

0,335 NaCl + KCl, unde efficiuntur

0,395 KP₂Cl₇ = $\frac{1}{100000}$ (0,03693 % KCl = 0,0271 % Cl
 0,15432 % NaCl = 0,0216 % Cl

Summa chlori basibus adstricti = 0,1146 % Cl
 Exstant = 0,1557 % Cl

Ergo summa chlori liberi = 0,0211 % Cl
 aeq = 0,0217 HCl.

Proinde 1000 partes succi gastrici continent:

aque	994,610
substantiarum aquae expertium	5,390
Fermenti, vestigiorum NH ³ eg.	5,016
acidi muriatici	0,217
calcariae muriaticae	0,092
natri muriatici	1,345
kali muriatici	0,570
calcariae phosphoricae, magnesia phosphoricae, ferri phosphorici,	} 0,150

Foto 5. N. Jacobowitschi doktoriväitekirja 15. leheküljel on toodud inimese sülje keemilise analüüsi andmed.

Foto 6. E. Schroederi dissertatsiooni 36. leheküljel on esitatud inimese maomahla keemilise analüüsi andmed.

näärmenõre valgusisalduse kohta langevad ühte tänapäeva normväärtuste pii-riga.

Tartu Ülikooli professorite F. Bidderi ja C. Schmidt'i ning dissertantide uuri-mused seedefüsioloogia valdkonnas moodustavad väärtusliku teadusliku mater-jali usaldusväärset sooritatud katsete põhjal, koondatuna klassikalisse teo-ssesse «Seedemahlad ja ainevahetus» (1852), väitekirjadesse ning artiklitesse. Siin kogutud andmestik oli teaduslikus ja õppekirjanduses kasutusel aastaküm-neid ning väärrib tähelepanu ka täna-päeval.

Arstiteadusele ja bioloogiale üldse oli suure tähtsusega vaba soolhappe kindlakstegemine maomahla koostises inimesel ja loomal, nii liha- kui ka tai-mesööjal.

KIRJANDUS: 1. Bidder, F. Arch. f. Anat., Physiol., wissenschaftliche Medizin. 1848, 353. — 2. Bidder, F., Schmidt, C. Verdauungs-säfte und der Stoffwechsel. Mitau und Leip-zig, 1852. — 3. Donders, F. C. Physiologie des Menschen. Leipzig, 1856. — 4. Eesti alade mõisate nimestik. Tallinn, 1981. — 5. Gorup-Besanez, F. F. Lehrbuch der physiologische Chemie. 3. Aufl., Braunschweig, 1874. — 6. Gruenewaldt, O. Succus gastrici humani indoles physica et chemica ope fistulae stomac-halis indagata. Diss. inaug., Dorpati, 1853. — 7. Grünwaldt, O. Vierordt's Arch. physiol. Heilkunde, 1854, 13, 459—495. — 8. Hammar-sten, O. Lehrbuch der physiologischen Chemie, 3. Aufl. Wiesbaden, 1895. — 9. Hoppe-Seyler, F. Physiologische Chemie in 4 Teilen, Berlin, 1881. — 10. Hübner, A. De succo gastrico. Diss. inaug. Dorpati, 1850. — 11. Jacobo-witsch, N. De saliva. Diss. inaug. Dorpati, 1848. — 12. Jacobowitsch, N. Ann. Chem. Pharm. 1851, 79, 156. — 13. Kroeger, S. De succo pan-creatico. Diss. inaug. Dorpati, 1854. — 14. Käer-Kingisepp, E. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi III. Tartu, 1975, 90—98. — 15. Käer-Kingisepp, E. TRÜ Arstiteaduskond (1802—1975). Tartu, 1976, 36—47. — 16. Käer-Kingisepp, E. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi, V. Tartu, 1977, 146—150. — 17. Lenz, E. De adipis concoctione et absorptione. Diss. inaug. Dorpati, 1850. — 18. Luck, J. M., Seth, T. N. Biochem. J., 1924, 16, 227. — 19. Luck, J. M., Seth, T. N. Biochem. J., 1925, 19, 357. — 20. Ludwig, C. (in Zürich). Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Hei-delberg, Bd. 1, 1852, Bd. 2, 1856. — 21. Nen-cki, M., Pawlow, I. P., Zaleski, I. Arch. exp. Pathol. Pharmakol., 1896, 37, 26. — 22. Schnell-bach, R. De bilis functione ope fistulae vesicae felleae indagata. Diss. inaug., Dorpati, 1850. —

23. Schmidt, C. Ann. Chem. Pharm., 1851, 79, 155—156. — 24. Schmidt, C. Lieb. Ann., 1854, 92, 33. — 25. Schmidt, C. Lieb. Ann., 1854, 92, 42. — 26. Schroeder, E. Succi gastrici humanis vis digestiva, ope fistulae stomachalis indagata. Diss. Physiol., Dorpati, 1853. — 27. Skrebitski, A. De succi pancreatici ad adipea et albuminates viatique effectu. Diss. inaug., Dorpati, 1859. — 28. Stackmann, Fr. Quaestiones de bilis copia accuratius definienda. Diss. inaug., Dorpati, 1849. — 29. Zander, R. De succo enterico. Diss. inaug., Dorpati, 1850. — 30. Texter, E. Clinton. Physiology of the gastrointestinal tract. Saint Louis, 1968. — 31. Thomson, J. E. The Physiological Basis of Medical Practise. Baltimore, 1961. — 32. Weinmann, A. Über die Absonderung des Bauchspeichels. Zt. für rationelle Medicin von Henle und Pfeiffer. 1853, 3, 2. — 33. de Wistinghausen, C. A. Experimenta quaedam endosmotica de bilis absorptione adipum neutralium partibus. Diss. inaug., Dorpati, 1851.

34. Кяэр-Кингисепн Э. Г. Уч. Зап. Тартуского гос. ун-та. Вып. XVIII. 1968, 45—51. — 35. Кяэр-Кингисепн Э. Г. Материалы VIII конференции по истории науки в Прибалтике. Тарту, 1970, 135—138. — 36. Кяэр-Кингисепн Э. Г. Вопросы истории Тартуского университета. 1977, 3—14. — 37. Левицкий Г. В. Биографический словарь Юрьевского университета, 1902, том. I, 246, том. II, 13, 1903. — 38. Павлов И. П. Лекций о работе главных пищеварительных желез. СПб, 1897. — 39. Пальм У. В. Из истории естествознания и техники Прибалтики, 11. Рига, 1970, 169—178. — 40. Пальм У. В. Материалы VIII конференции по истории наук в Прибалтике. Тарту. 1970, 57—58. — 41. Физиология пищеварения. Ферменты. Руководство по физиологии. Л., 1974. — 42. Хазанов А. Н. Из истории естествознания и техники Прибалтики. Рига, 1976, 68—91.

TRÜ arstiteaduskonna
füsioloogia kateeder

Arstide seltsides

Pärnu arstide ja õdede seltside II konverents toimus 2. novembril 1982. a. Pärnu meditsiiniseltside nõukogu korraldusel. Konverentsist võtsid osa nii linna kui rajooni ja sanatooriumide meditsiinitöötajad.

Valu patofüsioloogiast ja selle mõjutamise teedest rääkis külalisesineja prof. A.-E. Kaasik. Suurepärase ettekanne äratas huvitava poleemika. M. Pikner ja L. Rebane käsitlesid oma töös rindkere- ja kõhuvalude diferentsiaaldiagnoosimist ning funktsionaalset laadi kõhuvalude probleeme lapseas (K. Andresson). Biofarmaatsia küsimusi vaatles proff. E. Paugus.

Lehte Rebane

Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi laienevad väljasõidupleenum, mis toimus 19...20. augustini Golitsõnos, oli pühendatud Vene NFSV Rahvakomissaride Nõukogu dekreediga «Vabariigi sanitaarorganitist» ilmumise 60. aastapäevale, mis tähistab Nõukogude Liidu sanitaarjärelevalve süsteemi algust.

Kuulati NSV Liidu riikliku peasanitaararsti prof. P. Burgassovi ettekannet «60 aastat riiklikku sanitaarjärelevalvet NSV Liidus». I. Metšnikovi nimelise Mikrobioloogide, Epidemioloogide ja Parasitoloogide Üleliidulise Teadusliku Seltsi juhatase esimehe prof. V. Ždanovi ettekanne käsitles nakkushaiguste tõrjet, samuti profülaktikat. Toitlustusinstituudi direktor prof. V. Šaternikov rääkis toitlusprogrammist ning hügienistide ülesannetest sel alal ning Üleliidulise Hügienistide Teadusliku Seltsi juhatase esimees prof. F. Krotkov seltsi juhatase presiidiumi tööst. Võeti sõna ning kiideti heaks pleenumi resolutsioon. Kohal oli arvukalt sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse organisatsioonide, sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarste, juhtivaid mikrobiologe ning epidemiologe.

Meie vabariigi seitsmeliikmelist delegatsiooni, millesse kuulusid H. Kreek, J. Märtin, H. Lutsoja, I. Kovaljova, K. Kiili ja allakirjutanu, juhtis tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. XVIII üleliiduline hügienistide kongress toimub 1984. aastal, vabariiklikud kongressid korraldatakse tänavu Moldaavia, Armeenia ja Eesti NSV-s.

Raiot Silla

Üleliidulise Toksikoloogide Teadusliku Seltsi I pleenum toimus 20...22. oktoobrini 1982 Repinos. Arutluse all olid homöostaas keemilistest ainetest põhjustatud haiguslike muutuste korral ja intoksikatsioonide eksperimenditaalne ravi. Eesti NSV-st viibis pleenumil allakirjutanu.

B. Štabski käsitles mürgituseelsete seisundite kindlakstegemist katsete varal. Ta on seisukohal, et eksperimentaaluurimise tulemuste statistilise töötlemise tagajärjel resultaadid nivelleeruvad. Ta tegi ettepaneku eristada järgmisi seisundeid: norm, piirseisund, haiguslike muutuste eelne seisund, kerge mürgitus, keskmise raskusega mürgitus, raske mürgitus ja surmav mürgitus. Keemiliste ainet toksilisuse määramisel tuleb edaspidi välja selgitada ka annused, mis eespool nimetatud seisundeid esile kutsuvad.

G. Stepanski selgitas oma ettekandes, et keemilise aine bioloogiline toime ei sõltu ainuüksi selle toksilisusest, vaid ka organismi reaktiivsusest kehavõõra aine suhtes. Organismi reaktiivsuse erinevus võib olulisel määral sõltuda geneetilistest ja eluolustikulistest iseärasustest, seepärast ühe ja sama aine mõju inimesele võib meie planeedi eri piirkondades olla erinev.

Huvitavaid andmeid organismi ravimitaluvuse ja selle mehhanismide kohta tõi S. Krölov. On ilmnenud, et neil katseloomadel, kellele enne eksperimentaalse ravi algust viidi veeni 20 ml juba ravikuuri läbiteinud katseloomade verd, oli taluvus antud ravimi suhtes tunduvalt kõrgem kui kontrollrühma loomadel.

Ägedate mürgituste põhjustest ja tänapäeva ravimeetoditest rääkis E. Lužnikov. Kõige mõjusamaks pidas ta hemosorptsiooni.

L. Tiunovi huvitavas ettekandes olid vaatluse all organismi homöostaasi tagavad molekulaarmehhanismid. Ka illustratiivse mater-

jali varal näitas ta, kui palju võimalusi on kehavõõraste ainete transformeerumiseks organismis.

Seltsi esimehe akadeemik S. Golikovi organisatsioonilist laadi ettekandest ilmses, et Üleliidulisse Toksikoloogide Teaduslikku Seltsi kuulub 633 liiget (seisuga 1. oktoober 1982. a.). Seltsi esimees leidis, et organiseerimistöö kulgeb liiga aeglaselt. Teatavasti toimus seltsi asutamiskonverents 1979. a. lõpul, kuid enamikus liiduvabariikides ja paljudes suurtes linnades on seltsid seniajani veel rajamata. Tunnustussõnu öeldi Läti ja Eesti NSV kohta, kus vabariiklikud seltsid juba tegutsevad. Soovitati seltsi tegevuses kliinilise toksikoloogia osatähtsust suurendada. Kõne all oli ka üleliidulise toksikoloogia-probleemikomisjoni asutamine.

Hubert Kahn

Eesti NSV ja Läti NSV Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ühine koosolek toimus 27. oktoobril 1982 Tartus, vaatluse all olid sarkoidoosiprobleemid. Ettekandeid oli kolm.

R. Bondere (Läti NSV) käsitles sarkoidoosi lastel. Tööst nähtus, et sarkoidoosi võib esineda ka alla 14 aasta vanustel, kusjuures diagnostilised ja ravikriteeriumid on analoogilised täiskasvanute omadega.

R. Drensone ja N. Magalif (Läti NSV) analüüsisid oma ühises ettekandes eeskätt kopsuväliseid kahjustusi. Sarkoidoosi korral võivad kahjustuda ka maks, silmad ja muud elundid. Samuti võib sarkoidoos kopsuvälise kahjustusena surma põhjuseks olla. Diagnostimise seisukohalt on oluline eri elunditest proovitükkide võtmine.

Meie vabariigi esindajad H. Leesik, L. Praks ja M.-A. Reintam olid vaatluse alla võtnud bronhiaspiraadi tsütogrammi ning mõningate immunoloogiliste näitajate muutused sarkoidoosihaiheil. Autorid on uurinud nahareaktsiooni dinitrokloorbensooli suhtes, lümfotsüütide arvu ja lüsoosüümisisaldust sarkoidoosihaigete veres, kõrvutades nimetatud näitajaid haiguse kliinilise kuluga. Ilmses, et 10%-l sarkoidoosihaigeist leiti bronhiaspiraadist epitelioidseid rakke.

Koosolekust võttis osa üle 130 ftisiaatri ja pulmonoloogi.

Heinart Sillastu

Konverentsid ja nõupidamised

TRÜ arstiteaduskonna ja Soome gastroenteroloogide koostöö. 25...29. augustini 1982 viibis meie vabariigis Soome gastroenteroloogide kümneliikmeline töörühm, kes on TRÜ arstiteaduskonna gastroenteroloogide teadusliku koostöö partner. Koostöö on kestnud juba 11 aastat ja mõlemad töörühmad on igal aastal regulaarselt kohtunud. Käesolevast, XI nõupidamisest võtsid Soome poolelt osa professorid M. Siurala, M. Isokoski, K. Krohn, M. Kekki, dotsendid J. Lehtola, P. Sipponen, T. Sahi ja arstid T. Ihamäki, F. Laxen ja H. Arola. Tartu Riiklikku Ülikooli esindasid professorid K. Villako, V. Salupere, vanemteadurid A. Tamm ja R. Uibo, dotsent H.-I. Maaroo, bioloogiakandidaat L. Villako, arstid R. Tammur, R. Labotkin, H. Saar ja T. Väli.

Nõupidamisel esitas kumbki töörühm kaheksa teadusettekanne, mis käsitlesid möödunud tegevusaastal saadud uurimistulemusi, nagu see ka eelmistel aastatel on tavaks olnud. Kolm ettekannet olid maovähi ja maohaavandi vahelistest seostest (M. Siurala, V. Salupere, H.-I. Maaroo). Leidis kinnitust arvamus, et kui vähk üldse areneb maohaav-

vandist, siis on selline nähtus äärmiselt haruldane. Mitme ettekande teema oli mao limaskesta funktsiooni ja gastriidi ning gastriidi ja maovähi seoste uurimise tulemused (M. Kekki, K. Villako, H. Saar, A. Tamm, P. Sipponen). Mao limaskesta elementide antikehadest kõnelesid K. Krohn ja R. Uibo. Neli ettekannet käsitlesid hüpolaktaasia levikut elanikkonna hulgas (T. Sahi, R. Tammur, T. Väli) ning selle diagnoosimise uut ja lihtsat meetodit (H. Arola, M. Isokoski).

TRÜ rektor prof. A. Koop ja Oulu Ülikooli Keskhagla esindaja dotsent J. Lehtola kirjutasid alla järgmise viie aasta koostööplaanile. Otsustati jätkata ühiseid uurimisi kahel teemal: 1) krooniline antraal- ja fundus'e gastriit, maohaavand, mao polüpoosid muutused ja nende seos maovähiga; 2) hüpolaktaasia kliiniline tähtsus ja epidemioloogia. Koostöö koordineerijateks on prof. K. Villako ja dotsent J. Lehtola. Soome töörühmal on esimese teema teaduslikuks juhendajaks prof. M. Siurala ja teise teema juhendajaks prof. M. Isokoski. Ametlikeks koostööpartneriteks on Tartu ja Oulu ülikool, tegelikult aga võtavad sellest osa ka Helsingi ja Tampere ülikooli teadlased ning teravishoiusüsteemi tegevarstid. Ka Tartu Riikliku Ülikooli töörühmas töötab tegevarste (R. Tammur, H. Saar).

Nõupidamine oli eelnenutega võrreldes üks paremaid. Külaliste rühma vanima liikme prof. M. Siurala arvates oleksid kõik ettekanded sobinud esitada rahvusvahelistel konverentsidel.

Lisaks teaduslikele koosolekuile arutati ühiste artiklite koostamist ja kooskõlastati ettekanded eesiseisvaks suuremaks aruandlukses.

6...11. septembrini 1982 toimuski Helsingis Nõukogude Liidu ja Soome tervishoiu, arstiteaduse ja sotsiaalhoolduse segakomisjoni VII istung. Nõukogude Liidu delegatsiooni eesotsas oli NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja prof. J. Novikova, Soome esinduse juhiks sotsiaalhooldus- ja tervishoiuministri alaline asetäitja K. Puro. Nõukogude Liidu delegatsiooniga koos võtsid istungist spetsialistidena osa TRÜ esindajad professorid K. Villako, V. Salupere ja vanemteadur A. Tamm.

Mõlema maa delegatsioonid andsid ülevaate tervishoiu ja sotsiaalhoolduse arengust ning koostööst kahe istungi vahel. Tulemuste alusel koostati protokoll ja kirjutati alla uuele koostöölepingule aastaiks 1983...1984. Nende kõrval oli üks tähtsaid päevakorrapunkte gastroenteroloogide koostöö aruande arutamise.

Koostöö tulemustest esitasid Soome teadlased neli ja TRÜ esindajad kolm ettekannet. Anti ülevaade gastriidist ja vähieelsetest seisunditest elanike hulgas, nende arenemisest ja seosest maovähi tekkega (M. Siurala, K. Villako, P. Sipponen, V. Salupere, M. Kekki). Uurimistööst on näidanud, et atrofiline



Foto 1. Rahvusvahelises koostöös osalevad TRÜ teadlased. Vasakult: vanemteadur R. Uibo, vanemõpetaja L. Villako, vanemteadur A. Tamm, dotsent H.-I. Maaroo, professorid K. Villako ja V. Salupere.



Foto 2. Gastroenteroloogide ühisest nõupidamisest osavõtjad Tartu Riikliku Ülikooli peahoone ees 1982. aasta augustis.

gastriit ei ole vähieelne seisund ja neid haiged ei ole mõtet dispanseerida. Suurt riskirühma ei moodusta ka maohaavandi all kannatavad haiged. On teada, et maovähi aremine, vähemalt varajases järgus, on aeglane. Seepärast on otstarbekas, et suure riski rühma kuuluvaid inimesi uuritaks põhjalikult tänapäeva kõigi võimaluste piires. Korduv uurimine võib toimuda sel juhul alles kolme kuni viie aasta pärast.

Teiseks teemaks oli hüpolaktaasia kohta käiv kultuurilooline teooria, hüpolaktaasia leviku uurimise tulemused Eesti NSV-s ja Soomes (A. Tamm, M. Isokoski). Ettekanne test selgus tungiv vajadus laiemale uurida hüpolaktaasia esinemist Nõukogude Liidu elanikel, eriti soome-ugri hõimudel.

Ettekanded andsid segakomisjoni liikmetele täieliku ülevaate 11 aasta vältel tehtust ja edaspidiseks kavandatud. Koostöö 10. aastapäeva puhul ilmus 1981. a. ajakirja «*Annals of Clinical Research*» erinumber, mis sisaldas mõlema tööühma liikmete poolt koostatud kokkuvõtlikke artikleid.

Ettekanded said kiitva hinnangu ja segakomisjon otsustas, et uurimistööd tuleb jätkata. Ühtlasi pidas prof. J. Novikova vajalikuks alustada koostöös saadud tulemuste juurutamist Eesti NSV-s.

Kaljo Villako

III üleliiduline neurokirurgide kongress, mille avas NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja prof. J. Novikova, toimus 4...7. oktoobrini 1982 Tallinnas. Kongressist võtsid osa ka Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green ja tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Kongressi presidendiks valiti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik A. Konovalov.

Ülevaate neurokirurgia saavutustest ja arengu perspektiividest esitas prof. J. Novi-

kova. Kuue aasta vältel, mis on II üleliidulisest neurokirurgide kongressist möödunud, on neurokirurgia jõudsasti arenenud. Praegu on meil üle 300 neurokirurgiastatsionaari, kus töötab arvukalt neurokirurge, igal neljandal on teaduskraad, mis muude kliiniliste erialade hulgas on neurokirurgia tõstnud teaduslikult kvalifitseeritumate hulka. Kongressidevahelisel perioodil on kaitstud 27 doktori- ja kandidaadiväitekirja. Rajatud on üleliidulisi ja vabariiklikke neurotraumatoloogia-, laste neurokirurgia, aju vaskulaarse kirurgia, epilepsia- ja funktsionaalse neurokirurgia keskusi. 1982. a. avati Arstide Täiendamise Keskinstituudis Moskvas esimene laste neurokirurgia kateeder maailmas. 1976. a. alates on kõigis meditsiiniinstituutide ja meditsiinifakultetide ravi- ja pediatriaerialade õppeplaanides ka neurokirurgia. Rajatud on kas iseseisvad neurokirurgia kateedrid või neuroloogia ja neurokirurgia liitkateedrid. Neurokirurgiaalane uurimistöö kätkeb põhiliselt neli probleemi: närvisüsteemi trauma, ajukasvajad, aju vaskulaarsed haigused, epilepsia ja hüperkineesiate kirurgiline ravi. Spetsialiseeritud neurokirurgilise abi arendamiseks on vaja likvideerida väikesed neurokirurgiastatsionaarid, kus ei ole võimalik ega ka otstarbekas nüüdisaegset aparatuuri kogu ulatuses rakendada. Rohkem tuleb tähelepanu pöörata konsultatiivsele abile, eriti neurotraumadega haigetele ning neurokirurgiliste haigete rehabiliteerimisele.

Kahel istungil käsitleti traumaatilisi intrakraniaalseid hematoome. Põhiettekande esitas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik A. Romanov. Uudse poolest pälvitud eriti tähelepanu N. Burdenko nimelise Neurokirurgia Instituudi ja Moskva Neuroloogia Instituudi ettekanded, mis selgitasid kompuutertomograafia diagnostilist tähtsust ajusiseste ja ajukestadealuste hematoomide diagnoosimisel. Näidati, et sel meetodil on võimalik kindlaks teha traumaatilisi koldeid ajus, mis varem tuntud meetoditel diagnoositavad ei olnud.

A. Tikk, U. Noormaa ning kaasautorid näitasid oma uurimuses, et hüübimishäiretel on oluline osa intrakraniaalsete hematoomide patogeneesis, A. Pürge, T. Randvere ja A. Perli elupuhuselt diagnoosimata jäänud intrakraniaalsete hematoomide juhte ja selle põhjusi. M. Mägi ja V. Sinisalu rääkisid krooniliste subduraalsete hematoomide diagnoosimise raskustest.

Kongressi istungitel arutati veel lülisamba kaelaosa traumaatilisi ja mittetraumaatilisi patoloogilisi muutusi. Põhiettekanne oli prof. E. Babitšenkolt (Saraatov), kes rõhutas, et kiiresti on vaja likvideerida lülisambakanali deformatsioon, sest viimane põhjustab seljaaju kompressiooni, vere- ja liigvoriringe häireid. Kirurgilistest meetoditest eelistab ta esmalt dekompressiooni koos interkorporaalse spondülodeesiga. A. Tikk, S. Seeman, A. Liivat andsid ülevaate Tartus rakendatud inten-



Foto 1. Vasakult: Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, tervishoiu-minister prof. V. Rätsep, NSV Liidu tervishoiu-ministri asetäitja prof. J. Novikova avasõnu ütlemas, akadeemik A. Konovalov.

siivravist seljaaju kaelaosa vigastuste puhul. Autorid rõhutasid, et niisuguste haigete puhul sõltub prognoos eelkõige abistava hingamise rakendamisest.

Kongressil oli esmakordselt iseseisva probleemina vaatluse all mikroneurokirurgia. Põhiettekanne oli A. Konovalovilt, kes rõhutas mikrokirurgilise tehnika ulatusliku kasutuselevõtu vajalikkust neurokirurgias. Selle meetodi rakendamisel on neurokirurgilised operatsioonid vähem ohtlikud ja operatsiooni tulemused paremad, sest on võimalik opereerida selliselt, et ajuveresoonte vigastused ja normaalse ajukoe kahjustused on minimaalsed. Töödest nähtub, et mikrokirurgiat on edukalt rakendatud koljupõhimiku meningioomide (S. Feodorov, J. Zozulja), hüpofüüsi adenoomide ja kraniofariingioomide (A. Konovalov, S. Feodorov), kuulmishäirete (E. Zlotnik, V. Hilko), ajuaneurüsmide (E. Zlotnik) ja lülisamba diskuse prolapside puhul (E. Raudam, R. Paimre, R. Anton). J. Kuptš (Riia) esitas andmed 160 ajuinfarktihaige kohta, kellele ta oli rajanud ekstrakraniaalse mikroanastomoosi. 54 haigest, keda uuriti pärast operatsiooni, ei olnud üksnes kolmel anastomoos läbitav.

Programmis olid ka ajugloomide, funktsionaalse neurokirurgia ja endovaskulaarse neurokirurgia sümposioonid. Neist huvipakkuvaim oli viimane, kus prof. F. Serbinenko (Moskva), uue meetodi väljaarendaja ja riikliku preemia laureaat, esitas põhiettekanne. Aju endovaskulaarse neurokirurgia puhul viiakse peensond kaela- või reiearteri kaudu ajuveresoontesse. Sondist on võimalik eraldada ballooneid, et ajuaneurüsmide puhul verevool nendesse sulgeda. Endovaskulaarset neurokirurgiat on edukalt rakendatud Moskva, Leningradi ja Kiievi neurokirurgiainstituutides.



Foto 2. Kongressist võttis osa enam kui 500 neurokirurgi: G. Tsvetkovi fotod.

Kongressist võtsid osa ja esitasid ettekanDED paljud välismaa neurokirurgid: prof. Pasztor Ungarist, prof. Nadvornik Tšehhoslovakkias, prof. Unger Saksa DV-st, Ülemaailmse Neurokirurgide Seltsi sekretär prof. Walder Hollandist, prof. Troupp Soomest, prof. Pir Saksa FV-st, prof. White USA-st jt, kokku 22 neurokirurgi.

Valiti uus juhatus. Esimees on akadeemik A. Konovalov. Meie vabariigist kuuluvad juhatuse uurimistööga aasesimehena allkirjutanu ja juhatuse liikmena T. Randvere. Revisjonikomisjoni liikmeks valiti A.-E. Kaasik.

Ernst Raudam

Kohtusid Eesti NSV ja Soome lastearstid. 1982. aasta mais viibisid Tartu Riiklikust Ülikoolist ÜMPI asedirektor teaduse alal bioloogiadoktor A.-V. Mikelsaar, dotsent T. Talvik ja allkirjutanu nädal aega Soomes, et tutvuda uurimistööga meditsiinilise geneetika, lasteneuroloogia ja pediaatria alal. Külastati Helsingi Ülikooli lastehaiglat, paljusid laboratooriume, geneetikainstituuti, Tampere Ülikooli lastehaiglat ning instituute, vereülekandekeskust jt. asutusi. Peeti läbirääkimisi võimalikust koostööst meditsiinilise geneetika, lasteneuroloogia ja pediaatria probleemide uurimisel. Koostöö aitaks selgitada vaimsete häirete tõelisi põhjusi, esinemissagedust ja taastusravi optimaalseid võimalusi. Peamine on, et geneetilisi ja ainevahetushäiretest tingitud haigusi varakult (ülasiseselt) diagnoositaks. Meil on veel puudusi loote ja laste süstemaatilises uurimises geneetiliste haiguste osas. Et neist üle saada, vajame epidemioloogilisi, kliinilisi instrumentaal-laboratoorseid ja geneetilisi kompleksuurimisi koostöös Soome kolleegidega. Suur tähtsus on sellel ka laste suremuse ja invaliidisuse vähendamiseks Eesti NSV-s.

1. oktoobril 1982 saabusid vastukülaskäigule



Kohtumine Tartus Soome lastearstidega Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla juures. Parem-poolsel pildil vasakult: Tartu Lastearstide Seltsi esimees A. Ormisson, Eesti NSV Lastearstide Seltsi esimees L. Tamm, Soome Lastearstide Assotsiatsiooni esimees prof. J.-K. Visakorpi ja tema abikaasa, äärmine paremal Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst K. Mitt. Autori fotod.

37 Soome lastearsti. Külastati Kirovi-nim. Kalurikolhoosi Ravikeskust, kus rohkele küsimustele vastas ravikeskuse peaarst N. Ajasta. Samal päeval korraldatud tutvumisõhtul esines sõnavõtuga Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Järgmisel päeval sõideti Tartusse. Eriti pidulik oli vastuvõtt Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas.

Allakirjutanu rääkis lastehaiguste õpetamisest Tartu Ülikoolis läbi aegade. Lastehaigla peaarst K. Mitt tutvustas haigla tööd, käidi enneaegsete ja vastündinute ning reanimatsiooniosakonnas. Tutvuti TRÜ peahoonena, käidi vastuvõtul rektoraadis, ülikooli raamatukogus jm.

3. oktoobril toimus Soome ja Eesti lastearstide ühine konverents Tallinnas. T. Vesikari (Tampere) rääkis laste ägeda kõhulahtisuse põhjustest ja kliinikust. Põhjalikud uuringud on näidanud, et kõhulahtisuse põhjustajateks on 54%-l juhtudes rotaviirused ja 11%-l adenoviirused. Bakterite osatähtsus on väike, ainult 10%. On leitud koli-, kompülo-, jersiinia-, salmonella- ja šigellabaktereid.

Rotaviiruste suur tähtsus seedetraktihaiguste etioloogias nõuab virooloogiliste uuringute kiiret alustamist Tallinnas ja Tartus, kõhulahtisuse ravi meetodite ümberhindamist. Senisest rohkem tuleb tähelepanu pöörata laste seedetraktihaiguste uurimisele. Tampere Ülikooli kolleegid pakuvad selleks omapoolset abi.

O. Simell (Helsingi) rääkis lüsinuurilise proteiini talumatusest ja sellest tingitud amoniaakmürgitusest. See on üks 22 Soomes avastatud pärilikust ainevahetushäirest lastel. Kahjuks ei võimaldanud konverentsi halb ettevalmistus demonstreerida slaidide.

E. Tomberg tutvustas nõukogude tervishoiukorraldust ja pediatraia organisatoorseid saavutusi Eesti NSV-s.

Külalised tutvusid Tallinna Kliinilise Lastehaigla tööga, ka meie saime teada mõndagi huvitavat Soome lastearstide tegevuse kohta.

Leo Tamm

IV vabariiklik epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügienistide kongress, mis toimus 12. ja 13. oktoobril, oli pühendatud NSV Liidu moodustamise 60. ning NSV Liidu sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse 60. aastapäevale, ka Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi 30. aastapäevale.

Kongressi avas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Kahepäevase foorumi kahel plenaar- ja kuuel sektsiooniistungil kuulati ning arutati ligi 80 ettekannet nakkushaiguste tõrje ja hügieeni teemadel. Kohal oli umbes 200 teadlast ja tegevartsti, neist 33 väljastpoolt meie vabariiki.

Avaettekannet oli tervishoiuministri asetäitjalt O. Tammelt. Ta vaagis meie profülaktilise meditsiini päevaprobleeme. Meeldiv oli kuulda ka edusammudest epidemioloogia alal, need võttis kokku ministeeriumi peaepidemioloog J. Märtn. 30-aastase instituudi ajaloost tegi kokkuvõtte direktor bioloogiadoktor L. Priimägi.

Suurepärase ülevaade seedetrakti viirushaigustest, eriti rotaviirustest põhjustatud gastroenteriitidest, oli NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmelt prof. S. Drozdovilt. Ta rõhutas teadlaste hulgas viimastel aastatel kinnitust leidnud seisukohta, et ägedate soolenakkuste puhul on enam kui pooled haigusjuhud põhjustatud rotaviirustest.

Palju uut uurimistööde alal saadi teada Poliomieliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudi, Epidemioloogia Keskinstituudi, Laste ja Noo-

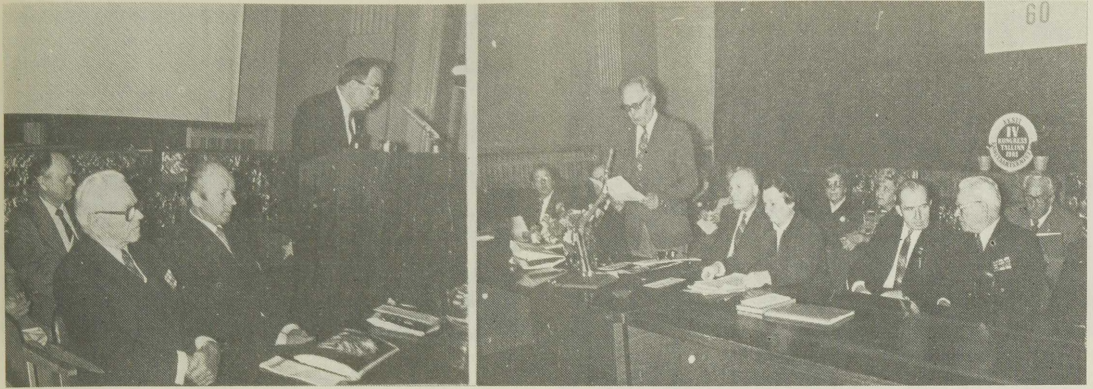


Foto 1. Kongressi presiidiumis. Vasakult: L. Rätsep, A. Goldberg, R. Silla. Kõnetoolis on NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige prof. S. Drozdov. Fotol 2 vasakult: J. Märtn, E. Väärt (sõna võtmas), O. Tamm, L. Priimägi, S. Drozdov, A. Goldberg, A. Vares. J. Ney fotod.

rukite Hügieeni Instituudi, Vilniuse Riikliku Ülikooli, Leedu NSV Hügienistide Seltsi teadureilt, kes juba aastaid on töötanud koos meie vabariigi teadurite ning tegevastidega, ka seekord pakkusid nad rohkesti ideid ja tegid ettepanekuid. Kõrvuti teadlastega oli hulgaliselt ettekandeid ka meie vabariigi tegevastidelt. Kongressi materjalid avaldati trükis.

Suurfoorumi lõpul toimusid I. Metsnikovi nimelise Eesti NSV Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Teadusliku Seltsi ning Eesti NSV Hügienistide ning Tervishoiu-organisatsioonide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskoosolekud. Kummagi seltsi viie aasta tegevus tunnistati rahuldavaks. Esimeesteks valiti tagasi J. Märtn ja allakirjutanu.

Raiot Silla

Vabariiklik teaduslik-praktiline konverents «Töömeditsiini osa ja perspektiivid tööväljakuse ning töökultuuri tõstmisel» toimus 26...27. oktoobrini 1982. a. Tallinnas. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt.

Esitati 45 ettekannet, neist 15 olid Moskva, Gorki, Ivanovo, Donetski ja muude linnade teadlastelt.

Avaettekandes andis allakirjutanu ülevaate seni tehtust ja ees seisvatest ülesannetest. Peeti vajalikuks parandada tervist kahjustavate tegurite (näiteks toksiliste ainete sisaldust töötsooni õhus) mõõtmise kvaliteeti. Seda tähtsat tööd tehakse tihti veel formaalselt või kasutatakse aegunud meetodikat. Seega ei ole andmed usaldusväärsed ega peegelda tegelikku olukorda. Esineja pidas oluliseks moodustada ametkondadevaheline töötervishoiu nõukogu, koondamaks tootmisjuhid, inseneerid, arstid ja majandusteadlased, koordineerida ametkondade sellealane töö, koostada kompleksed sihtprogrammid. Viimaste vaja-

likkusest rääkis ka Eesti NSV Riikliku Töökomitee töötaja V. Poljakov. Ühiste pingutuste tulemusena vähenes X viisaastakul tootmistraumade arv 33% ja traumadega seotud töövõimetuspäevade arv 24%. Esineja pidas väga tähtsaks programmi, milles nähakse ette käsitsitöö ja raske kehalse töö vähendamist tootmises ning töötajate arvu piiramist tervist kahjustavates tööttingimustes.

Tööttingimuste parandamiseks tehtust ja kavas olevast rääkisid Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu osakonnajuhatajad U. Annus ja K. Tambur. Eesti NSV peakutsepatoloog N. Loogna vaatles kutsehaiguste profülaktika mõningaid aspekte. Muu hulgas märkis ta, et kutsevaliku alusel tööle asunute hulgas on kutsetööst tingitud allergilisi haigusi kaheksa korda vähem kutsevalikuta tööle tulnutega võrreldes. Ta tegi ettepaneku rajada meie vabariigi tööstuskeskustes kutsehaiguste kabinetid. Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti H. Lutsoja ja A. Povarovi ettekandes oli vaatluse all ametkondlike sanitaar-hügieeni laboratooriumide töö. Neid on meil 37, neist ministeeriumide juures 16. Tööttingimuste objektiivse hindamise võimalustest rääkis V. Jaakmees (Tallinn). Et tööttingimuste igakülgne uurimine aja nõuetest maha jääb, tuleks olukorra parandamiseks asendada vanad aparaadid ja meetodid uutega ning vastavate asutuste töö koordineerida. L. Margna ja kaasautorid (Tartu) käsitlesid mõningaid olulisi meetodilisi probleeme tööstussanitaarkeemias ning M. Jänes ja allakirjutanu (Tallinn) töid võrdlevaid andmeid toksiliste ainete sisalduse määramise kohta, mida oli tehtud ühelt poolt tavakohastel meetoditel ja teiselt poolt universaalse gaasianalüsaatori «Miran IA» abil.

Väga vajalikud olid ettekanded, mis käsitlesid tööttingimuste mõju üldhaigestumisele (V. Deinega ja kaasautorid Donetskist; M. Uibo, L. Tanning Tartust; L. Jermolajeva, N. Schmidt Tallinnast jt.) ning meetodeid selle seose



Foto 1. Vasakult: arstiteaduse kandidaat B. Karpunin, konverentsi organiseerimiskomitee esimees arstiteaduse doktor H. Kahn, prof. P. Bogovski, Eesti NSV Riikliku Töökomitee esimehe asetäitja O. Dobrohhotov, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu osakonnajuhataja U. Annus. Foto 2. Vaade konverentsisaali. M. Mällo fotod.

objektiveerimiseks ja majanduslikuks hindamiseks (N. Izmerov Moskvast; G. Kiivet, H. Tasso Tallinnast; A. Fetissova ja kaasautorid Ivanovost; B. Kaznelson Sverdlovskist). B. Kaznelsoni andmeil maksab iga silikoosjuht vasekaevanduses riigile keskmiselt 24 660 rubla. Iga inimese väljalangemine tootmises toob meie rahvamajandusele järjest suuremat kahju. Kui 1950. a. üks fluormürgitusjuht alumiiniumitööstuses tekitas kahju 4770 rubla, siis 1973. a. juba 10 740 rubla.

Tervist kahjustavate kutseteguritega kokupuutuvate tööliste perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste kvaliteedi tõstmise vajadust rääkis Kutsehaiguste Kliiniku peaarst E.-R. Soonets. Oluline on jaoskonnaterapeutide, eriti aga tsehharstide teadmiste süvendamine kutsehaiguste alal ja alaliste eribrigaadide olemasolu töötajate perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste jaoks. M. Moks (Tallinn) käsitles põhjalikult selliste laboratooriumide töö efektiivsuse tõstmise võimalusi.

Mitmes ettekandes oli vaatluse all tööfüsioloogia, sealhulgas töö korraldamine hüpokineesia nähtude vähendamiseks (V. Thorevski ja kaasautorid Moskvast) ning väsimuse mõju töövoimele (V. Tuulik, J. Kristuhan Tallinnast).

Naiste töö spetsiifilistest probleemidest rääkisid V. Pušina (Ivanovo), E. Šardakova (Moskva) ja L. Baroševa (Tallinn). Huvipakkuvaid andmeid põllumajanduses töötavate naise mehhanisaatorite tervisliku seisundi kohta oli A. Sillami ja kaasautorite töös. Selgus, et keskmiselt 9,5 aastase tööstaažiga naistraktoristidel ei leitud mingeid erilisi või mees-tractoristidega võrreldes tugevamaid tervisehäireid.

Mitmed ettekanded käsitlesid töömeditsiini-probleeme konkreetses tootmisharus. Nii rääkis A. Vaisman Gorki autotransporditöötajate arstiabi tõhustamisest ning G. Plisjugina ja kaasautorid Narva Mööblikombinaadis rakendatud sanitaar-hügieeniliste abinõude mõjususest. Mõra tervist kahjustava toime pro-

fülaktika Eesti NSV tööstusettevõtetes oli A. Lutsu (Tallinn) ettekande teema. Ta leidis, et mõra vähendamiseks tootmises on veel palju kasutamata võimalusi. Käsitleti ka vaimse töö hügieeni (E. Podoba Moskvast, S. Tamm ja kaasautorid Tallinnast) ja teravishoiutöötajate tööhügieeni (I. Volkova Moskvast, I. Pilv Tallinnast).

Konverentsil võeti vastu põhjalikult välja-töötatud soovitused meie vabariigi keskasutustele, ministeeriumidele ja tervishoiuasutustele.

Hubert Kahn

Vabariiklik pediaatrite seminar toimus 17. novembril 1982 Tallinnas. Arutati ratsionaalse farmakoteraapia probleeme.

Prof. L. Allikmets juhtis seminarist osavõtjate tähelepanu vitamiinide ebaõigele kasutamisele ja hüpervitamiinosisse sümptoomidele. Nii mõneski vitamiini komplekspreparaadis on annustega liialdatud, mida tuleb eriti arvestada pediaatrias. Õige toitumise korral saab organism toiduga küllaldaselt vitamiine ja neid ei ole vaja juurde anda.

Ravimite kasutamisel tehtavatest vigadest ja ravimite kõrvaltoimetest rääkis allakirjutanu. Vigu on võimalik vältida, kui peale ravimi toime mehhanismi teatakse ka seda, kuidas organism ravimi omastab, milline on tema ainevahetus ning kuidas ravim organismist eritub. Ravimite kombineerimisel tuleb arvestada ka nende omavahelist sobivust ning ravimi organotroopset kõrvaltoimet.

Ravi tulemusteta jäämine võib tingitud olla ravimi lahustamisel ja säilitamisel tehtud tehnilistest vigadest, valest annusest või eksimisest ravimi manustamise rütmis vastu. Väiksemgi ravimist põhjustatud kõrvalnäht, eriti ravimtüsisus, peab kindlasti kajastuma meditsiinidokumentatsioonis.

Glükokortikoidide toime positiivsetest ja negatiivsetest omadustest rääkis L. Suurorg. Kui üliiraskete haigusseisundite korral on glü-

kokortikosteroidid näidustatud, siis keskmise raskusega või kergete haigusjuhtude korral tuleks nende kasutamist hoolega kaaluda või, veelgi parem, neist hoopis loobuda. Eriti keh- tib see bronhiaalastma, reumatoidartriidi jt. krooniliste haiguste puhul.

Et südame rütmihäiretega laste arv on meie vabariigis suurenenud, kuulati huviga E. Lui- ga ettekannet südame arütmiaavastaste pre- paraatide klassifikatsioonist ja toimemehha- nismist.

Seminarist võttis osa üle 100 pediaatri.

Ingrid Laan

NSV Liidu ja Soome psühhiaatrite V süm- poosion toimus 17...18. novembrini Tallin- nas. Kõne all olid skisofreenia diagnoosimine ja diferentsiaaldiagnoosimine, samuti muud tänapäeva psühhiaatria probleemid.

Sümposiooni avas V. Serbski nim. Ülelii- dulise Üld- ja Kohtupsühhiaatria Instituudi direktor akadeemik G. Morozov, kes rõhutas kahe maa aastaid kestnud psühhiaatriaalse koostöö viljakust ning avaraid perspektiive. Kolmel istungil kuulati ja arutati 22 ette- kannet, neist seitse Soome ja 15 Nõukogude uurijatelt.

Skisofreenia kontseptsiooni Skandinaavia- maades käsitles oma ettekandes Helsingi Üli- kooli psühhiaatrikliniku juhataja prof. K. Achte. TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedris väljakujunenud skisofreeniakäsituse põhiseisukohad esitas prof. J. Saarma. Meie vabariigis peetakse skisofreeniale kõige ise- loomulikumateks häireteks psühhomotoorsete automatismide esinemist, mõtlema ataksiat, tundeul inadekvaatsust ja tahteaktiivsuse ahenemist, kusjuures diagnoosi panemisel on obligatoorne vähemalt kahe nimetatud põhi- tunnuse samaaegne avaldamine. Esineja põh- jendas skisofreenia klassifitseerimist kliinilise sümptomaatika ja kulu iseärasuste alusel viide põhilisse alavormi: lihtne, hebefreenne, paranoidne, katatoonne ja tsirkulaarne.

Enamik Nõukogude teadlaste ettekandeid käsitles diferentsiaaldiagnostika olulisemaid aspekte. Eraldi analüüsiiti skisofreenia eris- tamist reaktiivsetest seisunditest (G. Moro- zov), afektiivsetest psühhosidest (R. Nadža- rov) ja piirseisunditest (A. Smulevitš, B. Šos- takovitš). Huvipakkuvad olid ettekanded dife- rentsiaaldiagnostilistest probleemidest lapse- ja noorukiea skisofreenia puhul (V. Kovaljov, V. Matvejev), samuti hilisskisofreenia korral (B. Lebedev). Väga huvitavad olid tööd, mis käsitlesid endogeensete psühhosidest eris- tamist sümptomaatilistest (A. Tiganov), atüüpil- lise algusega skisofreenia kliinilis-diagnostilisi probleeme (M. Korkina) ning alkoholismiga tüsistunud skisofreenia diagnoosimise raskusi kohtupsühhiaatrias (I. Bobrova). Prof. J. Lönn- qvisti (Helsingi Ülikool) ettekanne tutvustas piirseisundite mõistet Soome psühhiaatrias, A. Pakaslahti analüüsis diagnoosimisprint-



Foto 1. Sümposiooni presiidiumis vasakult: akadeemik G. Morozov Moskvast, prof. K. Achte Helsingist, prof. J. Saarma Tartust.

siipe, mida rakendatakse Helsingi psüh- hiaatriklinikus. Tähelepanu äratas dotsent A. Aadamsoo (TRÜ) töö, mis käsitles ravi mõjusust ja remissiooni stabiilsust skisofree- nia korral. Autor näitas katamnestilise mater-jali põhjal veenvalt, et aktiivsed ravimeetodid ja psühhofarmakoteraapia oma patogeneetilise toimega pidurdavad ja mõnikord isegi peata- vad skisofreenia kulu. See efekt peegeldub muu hulgas haigete sotsiaalse adaptatsioonivõime kestvas säilimises tänapäeval. Remis- siooni stabiilsuse eelduseks on haigete aktiivne ja süstemaatiline dispanseerimine ning adekvaatne toetus- ja säilitusravi. Psühho- farmakoteraapia mõningaid aspekte vaatles ka E. Väisänen (Oulu Ülikool).

Käsitleti ka neurootiliste seisundite ja pa- ranoidsete häirete piiritlemist (N. Lakos- sina, T. Petšernikova), isiksuse karakteroloogi- lisi kõrvalekaldeid (T. Tamminen) ja ambu- latoorsete haigete tootumistavasid (T. Pihka- nen). Allakirjutanu iseloomustas epidemioloogi- lise materjali põhjal skisofreeniahaigete kliinilis-sotsiaalse rehabilitatsiooni taseme muutumist sõltuvalt haiguse kestusest. Näi- dati, et skisofreense protsessi kulus hakka- vad järjest enam domineerima tunnetushäi- rete ja düsbuuliliste registreite sündroomid, mis põhjustavad haigete sotsiaalse adaptat- sioonivõime pidevat alanemist. Seejuures on kliinilis-sotsiaalse staatuse dünaamika küllalt variaabel ka haiguse pika kestuse korral ning peidab endas olulisi rehabilitatsiooni võima- lusi.

Sümposioonist osavõtjad külastasid ka Tal- linna Vabariiklikku Psühhoneuroloogiahaig- lat. Ümmarguse laua vestlustes arutati psüh- hiaatria juriidilisi ja eetilisi aspekte. Järg- mine sümposioon otsustati pidada aasta pä- rast.

Valdur Jänes

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi probleemikomisjoni tööstussanitaarkeemia alasektsiooni istung toimus 23...25. juunini 1982 Tartus. See oli arvult kahekümne kaheksas, ent Eestis toimus esmakordselt. Osavõtjaid oli kümnest liiduvabariigist ja Vene NFSV paljudest linnadest. Istungi avas linna parteikomitee teine sekretär I. Paršev, teravitussõnad lausua TRÜ arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets. Seejärel kõneles TRÜ arstiteaduskonna ajalooaastase 350. aastapäevaga V. Kalnin. Alasektsiooni esimees, mainitud instituudi laborijuhataja S. Muravjova (Moskva) esitas alasektsiooni töö aruande. Arutati tööstussanitaarkeemia arengu suundi, samuti õhus leiduvate uute kahjulike ainete määramise meetodikaid. Kuulati ära Balti liiduvabariikide esindajate aruanded uurimise kohta mainitud valdkonnas. Meie vabariigi tulemusi selgitasid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi laborijuhataja V. Jaakmees, TRÜ analüütilise keemia kateedri dotsent H. Kokk ning Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiaaama keemialabori juhataja K. Ilmoja. Resolutsioonis tõsteti esile Balti liiduvabariikide ülitäpsete füüsikalise-keemiliste meetodite rakendamist, eriti toonitati Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiaaama keemialabori uurimiste kompleksust teiste asutustega (TRÜ jt.). Otsustati välja anda meetodiliste juhendite kogumik; seni on neid ilmunud 20.

Viktor Kalnin

Üleliidulise probleeminõukogu «Keskonnakaitse meditsiinilised aspektid» nõupidamine toimus 11...12. novembrini 1982. a. Tallinas. Teatavasti koordineerib nõukogu teaduslikku uurimistööd NSV Liidu kõikides meditsiiniprofiiliga kõrgõppeasutustes. Senisest tööst rääkis allakirjutanu. Ühtlasi rõhutati, et ÜTO globaalprogrammis on kaks põhilist tegevusalat: a) tehnilise koostöö tugevdamine sanitaaria alal vastavalt joojiveega varustamise ja sanitaaria rahvusvahelise kümmeaastaku ülesannetele (1980...1990. a.) ja b) keskkonna uutele riskiteguritele, mis on tekkinud sotsiaal-majandusliku arengu tagajärjel, hinnangu andmine ja profülaktikaabinõude väljatöötamine. Neid uurimissuundi tuleb arendada ka meie kõrgkoolides.

Nõukogu liikmetena võtsid osa NSV Liidu viieteistkümne kõrgkooli õppejõud. Anti ülevaade keskkonnakaitsealastest teadustööst NSV Liidu eri rajoonides. Tehti mitmeid ettepanekuid töö täiustamiseks, mis fikseeriti otsuses esitamiseks kompleksprogrammi «Inimene ja keskkond. Keskkonnakaitse probleemid» peanõukogule.

Arnold Jannus

Ukraina NSV endokrinoloogide III kongress toimus 28...30. septembrini 1982. a. Vinnitsas. Meie vabariiki esindasid S. Velbri, I. Piirits ja allakirjutanu. 15 tegevusaasta jooksul

on Kiievi endokrinoloogiainstituut saanud juhtivaks endokrinoloogiaalase teadustöö keskuseks, eriti teadussaavutuste rakendamisel haigete ravis.

Ukraina Tervishoiu- ja Tervisehoiu-ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja V. Kozljuk märkis, et edasimeetude vaatamata on ka endokrinoloogilises abis puudujääke. Nii näiteks on voodikohti ainult 0,73 100 000 elaniku kohta. Plenaaristungil esines Kiievi Endokrinoloogia Instituudi direktor akadeemik V. Komissarenko, kes tutvustas oma instituudis eelmisel viisaastakul saavutatut. Tähtsamate saavutuste hulka kuuluvad Itsenko-Cushingi tõve ravi uute meetodite väljatöötamine ja nende kasutuselevõtt (kloditaan, peritool jt. preparaadid); immunogeneesi regulatsiooni hormonaalsed mehhanismid, mida on teoreetiliselt uuritud, mitmesuguste harknäärme bioloogilistelt aktiivsete ainete saamine (spleniin jt.) ning nende kasutamine kasvajaalaste, allergiliste või muude haiguste korral; polüstatiini kasutamine suhkruhaigete mikroangiopaatiate korral, mitmesuguste androgeenide ja antiandrogeenide preparaate ning polükomponentsete steroidide (näiteks testobroomöstrooli) kasutuselevõtt. XI viisaastakul viiakse ka Ukrainas ellu suhkurtõve epidemioloogia alane uurimisprogramm, sealhulgas uuritakse 150 000 inimest mitmest Ukrainas rajoonist. Loodetakse tootmisse anda instituudi poolt väljatöötatud aparaat pankrease uurimiseks, samuti glükoosi kiiranalüsaatorid, valmistada mitmeid ravimpreparaate. On rakendatud beetarakkude transplanteerimist suhkruhaigetele ning esmakordselt Nõukogude Liidus on siin kasutatud enneaegsete vastündinud põrsaste beetarakke, mis võimaldab nende operatsioonide arvu suurendada.

Viisaastakul on suurt tähelepanu pööratud ka uute preparaate aprobeerimisele, nagu niifoliidilise hirsutismi korral, selle tabletid meeshüpogonadismi diagnoosimisel, trüptasool, pregnadien jt. On sünteesitud ka uusi, steroidseid ja mittesteroidseid struktuuriga ravimpreparaate. Üha enam on endokrinoloogia tunginud ka põllumajandusse, aidates tõsta põllumajandus- ja karusloomade produktiivsust. Plenaaristungil esines ka Kiievi endokrinoloogiainstituudi professor A. Jefimov, kes peatus kliinilise diabetoloogia arengu uutel suundadel, milles tähelepanu keskmes on kontrainsulaarsete hormoonide toimemehhanismi (somatostatiin, glükagoon jt.) ja insuliinireseptorite uurimine haiguse patogeneesis. Koostöös Saksa DV samanimelise instituudiga on palju tähelepanu pööratud uute informatiivtestide aprobeerimisele suhkurtõve eelkliiniliste staadiumide kindlakstegemiseks, nimetagem neist selliseid nagu püroviinamarihappe määramine uriinis ja veres. On saadud glükoosi määramise kiiranalüsaatorite katsenaidised ja on kasutusele võetud nüüdisaegne suhkurtõve klassifikatsioon, mis on kooskõlas Ülemaailmse Tervishoiuorgani-

satsiooni ettepanekutega. Põhjalikult on uuritud diabeetiliste angiopaatiate ja neuropaatiate patogeneetilisi mehhanisme, diagnoosimist ja ravi. Põhiliselt suhkurtõve I tüübi kolmest uuest ravisuunast — geenikirurgia, beetarakkude implantatsioon ning tehiskõhunnäre — on tähtsus kahel viimasel. Suurt tähelepanu pöörati ka diabeetilise kardiopaatia patogeneesile ja kliinilistele aspektidele. Professorid B. Zelinski ja A. Homazjuk märkisid, et paljude tuntud südamevahendite toimemehhanism suhkruhaigetel on erisugune ja vajab täpsustamist. Nii näiteks ei ole siiani ühtset seisukohta, milline on suhkruhaige südame tundlikkus katehoolamiinide toime suhtes. Samuti tuleks täpsustada terminoloogiat. Ka müokardi hüpoksia põhjus on vaieldav.

Tõu toimus ka seksioonides. I seksioonis kuulati ettekandeid hormoonide toimemehhanismide kohta, II seksioonis suhkurtõve epidemioloogiast, kliinikust ja ravist ning III seksioonis endokrinoloogilise patoloogia ning endokrinoloogilise spetsialiseeritud abi organisatsioonist. Nähtus, et endokrinopaatiate teaduslikku uurimissuunda on tunginud geneetika ja immunoloogia.

Irina Kalits

Vilniuse Riikliku Ülikooli neuroloogia ja psühhiaatria kateedri asutamise 60. aastapäeva tähistati vabariikliku neuroloogide konverentsiga. TRÜ-d esindas 8-liikmeline delegatsioon. Konverentsil käsitleti ajuvereringe häirete esinemist ja ravi. Tutvuti ka Vilniuse uues meditsiinikeskuses vabariikliku haigla neuroloogia- ja füsioterapiaosakondadega.

Töodes oli esiplaanil ajuinsuldi riskitegurite ja kliiniliste sündroomide analüüs, vähem olid vaatluse all raviküsimused. Rõhutati korduvalt, et ajuinsult nagu südame isheemiatõbi ja arteriaalne hüpertensioon on veresoonekonna üldhaigestumisele viitav haigus, mille tõttu ka ravi- ja profülaktikametlused peavad olema ühtsed. N. Misjuk Minskist soovitab profülaktilist ravi alustada võimalikult varakult, ootamata ära ajuinsuldi teket. Ta näitas, et potentsiaalset insuldihaiget on võimalik varakult välja selgitada, kasutades vastavaid prognostilisi tabeleid. Ka teised sõnavõtjad (P. Visockas, V. Mitrovskaja) märkisid, et osa riskitegureid on profülaktilise raviga mõjutatavad ning neile tuleb tähelepanu pöörata eelisläbikõrjas. Peeti vajalikuks astuda samme ühtse veresoontehaiguste tõrje teenistuse loomiseks esmajoonel kooskõs kardioloogidega, tõmmates kaasa ka üldterapeute ja veresoontekirurgi. Ainuüksi neuroloogiateenistuse vahenditega ei ole ajuinsultide profülaktika realiseeritav.

Konverentsi teeside kogumikus olevast 95 ettekandest oli 47 arvatud põhiettekannete hulka, neist esitati koosolekutel vaid 21. Tartu autoritel oli neli ettekannet.

Ajuveresoonekonna haiguste puhul esine-

vate liikvori hüübimisomaduste muutusi selgitasid U. Noormaa ja allakirjutanu. Kortikaalse regionaarse verevoolu seisundit pärast ajutüveinfarkti käsitles T. Tombergi, M. Mägi ja V. Sinisalu ettekanne. Ajuinfarktihaigetel angiograafia tulemusi arutleva töö autorid olid S. Haldre, T. Pikk, A.-E. Kaasik ja V. Sinisalu. T. Kauba ja A.-E. Kaasik analüüsisid südame kontraktiilsuse langust ajuinfarkti haigestunud, mille võimaliku põhjusena nimetati ka vähest ravikehakultuuri.

Üldise puudusena tuleb esile tuua terminoloogilist ebahütlust ajuinsultide käsitlemisel. Samuti torkas silma insuldihaigete ikkagi veel aeglane hospitaliseerimine mõningates kliinikutes ning meie arvates liiga vähesed hospitaliseerimise näidustused, mistõttu haiglara vile jõuavad sageli vaid soodsa prognoosiga haiged. Ühtlasi märgiti, et rehabilitatsioonikeskuste puudumine või nende vähesus on kõikjal muret tekitav ning on vaja, et organisaatorid näitaksid üles rohkem entusiasmi olukorra parandamiseks.

Arvo Tikk Tõnu Kauba Mai Roose

Üleliiduline laste sanatoorse kuurordiravi konverents peeti 26...27. oktoobrini 1982 Železnovodskis.

Esimesel istungil vaeti organisatsioonilisi probleeme ja märgiti, et paljudes liiduvabariikides, sealhulgas ka Eesti NSV-s, ei rahulda sanatooriumikohtade arv veel tänapäeva vajadusi. Eriti tuntakse nende järele puudust neeru-, ainevahetus-, närvi-, naha- või muid haigusi põdevate laste tarvis. Rohkem tuleks tähelepanu pöörata kohaliku sanatoorse võrgu, sealhulgas ka aasta ringi töötavate sanatoorsete pioneerilaagrite väljaehitamisele. Abi võiksid osutada ametiühingud jt. organisatsioonid. Probleemiks on ka raviasutusse hilinemine või sealt enneaegne lahkumine, mistõttu sanatooriumikohtade kasutamine ei ole maksimaalne. Täpsustamist vajavad sanatoorse ravi mõjususe kriteeriumid.

Kohalike sanatooriumide tähtsust rõhutati ka ettekannetes, mis olid kohanemisprobleemide kohta. Jalta kolleegide andmeil esineb kohanemisest tingitud tervisehäireid Moskvast saabunud lastest 40,6% -l, Kiievist 30,2% -l ja Leningradist ravile saabunud lastest 64% -l. Ka readaptatsioon ei toimu raskusteta, eriti sügisel ja talvel, millal ilmastiku muutused on suured. Halvasti taluvad kliimavahetust hingamisteede allergoose põdevad lapsed.

Konverentsi teisel päeval käsitleti kliima- ja balneoravi osatähtsust hingamisteede, südame ja vereringe-, neeru-, liigeste- ja nahahaiguste puhul. Et see ravi annab häid tulemusi, selles ei kahtle keegi. Küll aga peaksid lapsed enne sanatooriumi tulekut olema paremini uuritud ja neil kõrvalhaigused välja ravitud või vähemalt saatekirjale märgitud, siis oleks ravi tulemusrikkam.

Kui reumatoidartriidi liigesevormide korral

on mudaravi näidustatud iga 6...12 kuu järel, siis sama haiguse liigese- ja vistseraalse vormi puhul täheldatakse pärast sanatoorset kuurordiravi haiguse ägenemist 64%-l juhtudest. Ka neeruhaigusi põdevaid lapsi võib sanatoorsete ravile saata ainult haiguse remisioonifaasis.

Allakirjutanu rääkis Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi laste reumaosakonnas tehtava paljuaastase uurimistöö põhjal reumahaigete laste ambulatoorse mudaravi tulemustest. Üksmeelselt soovitati laiendada muda kasutamist laste ambulatoorsetel ravimisel lokaalsete aplikatsioonidena kroonilise tonsilliidi, gastriidi, koletsüstopaatia jt. haiguste korral, samuti muda tsentrifuugimisel saadud vedeliku kasutamist elektroforeesiks kroonilise infektsioonijärgse koliidi puhul.

Tähelepanu juhiti sellele, et muda optimaalseks temperatuuriks peaks olema 38 °C, kuna temperatuuril 42 °C juures tekivad juba molekulide ja ionide ebasobivad nihked.

Hingamisteede haiguste korral soovitati rohkem rõhku panna hüdrokineesiale, füto-aerosoolravile ja spetsiifilisele desensibiliseerimisele.

Konverentsi materjalides oli soovitusi ka elekterne rakendamiseks nii haiglates kui ka sanatooriumides enureesi, neurotsirkulatoorse düstoonia ja arteriaalse hüpertensiooni ning muude funktsionaalsete häirete all kannatavate laste ravimisel. Neurodermiidi, samuti bronhiaalastma hoogudeta perioodil soovitati laste ravimisel elektroforeesi histamiiniga.

Ingrid Laan

Keskkonnahügieeni teaduslike aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektiooni väljasõidupleenum toimus 2...5. novembrini 1982 Taškendis. Eesti NSV-st olid pleenumil prof. A. Saava, bioloogiakandidaat A. Itra ja allakirjutanu.

Prof. G. Krassovski (Moskva) aruanne käsitles probleemikomisjoni sektiooni tööd pleenumitevahelisel perioodil ning edaspidiseid töösuundi.

Usbeki NSV hügienistide kollektiivse töö tulemused esitas prof. I. Iljinski. Ta rääkis oma vabariigi aktuaalsetest probleemidest, samuti veekogude sanitaarkaitsest suurte tööstuskomplekside läheduses ja pestitsiidide laialdasest kasutamisest Usbeki NSV-s. V. Tšinenkov käsitles Usbeki NSV puuvillakasvatuses kasutatavate pestitsiidide mutageenset toimet.

Usbeki NSV Sanitaaria, Hügieeni ja Kutsehaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi direktor prof. T. Iskandarov tutvustas pleenumist osavõtjaile instituuti, tema struktuuri ja teadustööde temaatikat.

Arstiteaduse kandidaat E. Trofimovitš (Novosibirsk) esitas meetodilised materjalid vee-

kogude saastumise ja elanike tervisliku seisundi seoste uurimiseks. Prof. A. Saava (Tallinn) vaatles veekogude sanitaarseisundi hindamise näitajate valiku matemaatilisi aspekte.

Pleenumi üks põhiprobleeme oli põhjasete osatähtsuse selgitamine veekogude saastumisel. Mitmesuguste keemiliste ainete kogunemisest põhjasetesse rääkisid A. Špakov (Karaganda), V. Šumajev (Kasahhi Meditsiiniinstituut), D. Krassilštšikov (Vilnius). Polütsükliliste aromaatsete süsivesinikuühendite kogunemine põhjasetesse ja nende lagunemine oli allakirjutanu ettekande teema.

Teine sõlmküsimus oli elanike veevarustuses kasutatavate niisutuskanalite sanitaarkontroll, selle meetodikast rääkisid prof. J. Kostovetski (Kiiev), dotsent N. Kisseljova (Saraatov), arstiteaduse kandidaat N. Ššerban (Harkov), dotsent N. Ananjev (Tselinograd) ja mitmed teised.

Kuulati A. Kokina (Minsk) ja K. Borodini (Omsk) aruannet oma doktoritööde valmimise kohta. Neile esitati rohkesti küsimusi ja toimus elav diskussioon. Kummalgi doktorandil soovitati töid täiendada.

Mitmes ettekandes olid vaatluse all ainete sanitaarnormide väljatöötamise metodoloogilised ja organisatsioonilised aspektid (prof. B. Štabski (Lvov), arstiteaduse kandidaat N. Zaitseva (Perm) ja prof. G. Krassovski (Moskva)).

Sanitaarnormide kiirmeetodil väljatöötamise programmi realiseerimisest rääkis arstiteaduse kandidaat Z. Zoldakova (Moskva). Pleenumil vaadati läbi ja kiideti heaks mitme keemilise aine sanitaarnormid.

Pleenumist osavõtjad tutvusid Taškendi ning Samarkandi vaatamisväärsuste ja veevarustuse probleemidega.

Ingeborg Veldre

NSV Liidu ja Tšehhoslovakkia psühhiaatriaalaane sümposiumi toimus 10...12. novembrini 1982. a. Moskvas. Põhiprobleem oli depressioonide diagnoosimine ja ravi. NSV Liidu psühhiaatriate delegatsiooni juhtis akadeemik G. Morozov, Tšehhoslovakkia delegatsiooni prof. E. Ventsovsky.

Viiel istungil esitati 33 teadustööd. Üks olulisemaid probleeme oli üldkasutatavate ravimeetodite suhtes resistentsete seisundite kliiniliste ja bioloogiliste iseärasuste väljaselgitamine ning mitme uue ravimeetodi soovitamine niisuguste haigete raviks. Uudne oli seisukoht rakendada resistentse ületamiseks senisest rohkem eri ravimeetodeid ja ravimite kombinatsioone. Antidepressante soovitati kasutada ka alkoholismi ravis, nii abstinentsündroomi kupeerimiseks kui ka alkoholismiravi kompleksis. J. Aleksandrovski ja E. Kostandovi töös oli vaatluse all trunkvillisaatorite toime. Eksperimentaaluuringute alusel näidati, et preparaatide kasutamisel tuleb arvestada ka nende teatavat negatiivset mõju tajumiskiirusele ja omandamisvõimele.

Eesti NSV psühhiaatritest kuulusid NSV Liidu delegatsiooni prof. J. Saarma, M. Taal ja allkirjutanu. Prof. J. Saarma ja allkirjutanu ühine ettekanne käsitles pürasidooli ja butriptüliini antidepressiivse toime iseärasusi ja nende kasutamise diferentsitud näidustusi.

Sümposiooni materjalid avaldatakse kogumikuna. Järgmine koostöösümposioon korraldatakse 1984. a. Tšehhoslovakkias.

Märt Saarma

Eesti NSV ja Soome ftisiaatrite ning pulmonoloogide kohtumine. Soome Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni kutsel viibis 30. septembrist 5. oktoobrini 1982 rühm meie vabariigi ftisiaatriteid ja pulmonolooge vastukülaskäigul Soomes. Rühma kuulusid TRÜ arsti-teaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri professor H. Sillastu, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna juhataja L. Jannus, sama osakonna vanemteadur E. Lillak, meie vabariigi peaftisiaater A. Rumm ja Tallinna Linna Tuberkuloosidisperseri peaarst I. Krainjaja.

Soome Tuberkuloositõrje Assotsiatsiooni president prof. J. Pätiälä ja peasekretär dotsent P. Tani andsid vastuvõtul ülevaate assotsiatsiooni tegevusest 75 aasta jooksul, eriti rahvusvahelisest koostööst, praegu näiteks tehakse suurt tööd tuberkuloosi haigestumise vähendamiseks Somaalias.

3. oktoobril toimunud sümposioonil käsitles prof. H. Sillastu tuberkuloosi ja pulmonoloogia integratsiooni Eesti NSV-s, L. Jannus bronhiaalastma levikut ja ravi Eestis, E. Lillak alunendi, beroteki, salbutamooli ja atroveni toimet krooniliste obstruktiivsete kopsuhaiguste korral.

Külastati ka Meilahti haigla kliinilise füsioloogia laboratooriumi, Helsingi Linna Tuberkuloosidisperseri ja Laakso haigla kopsuhaiguste osakonda, kus ravitakse ka tuberkuloosihaikeid. Hea mulje jätsid sealne tööorganisaatsioon ja moodne meditsiiniaparatuur.

Mõlema maa kopsuarstide arvamus oli, et sellised koostöö kontaktid on vajalikud ja kasulikud kummalegi poolele.

Andrus Rumm

Samal ajal pulmonoloogide ja ftisiaatritega olid põhjanaabrite juures ka meie reumatoloogid Tartust, Tallinnast ja Pärnust. 1. oktoobril oli meeldiv võimalus külastada Kiljavalas asuvat reumahaiglat ja 130 kilomeetri kaugusel Helsingist väga ajakohast reumahaiglate rehabilitatsioonikeskust Heinolas. Seda keskust peetakse üheks Euroopa parimaks taastusravikeskuseks. Paar päeva hiljem viibiti veel Helsingi diakonissihaiklas ja Kylvälge vesiravilats. Reumaravilaste külastamine andis meie reumatoloogidele hea ülevaate sellest, kuidas Soomes reumahaiged tervendatakse.

Artemi Vapra

VII Ülemaailmne Gastroenteroloogiaorganisatsiooni (OMGE) kongress peeti 1982. a. juunis Stokholmis. Koos sellega peeti ka V seedetrakti endoskoopia alane ning II koloproktoloogiaalane kongress. Osavõtjaid oli 4700 kokku 70 riigist, ettekandeid üle 2100.

Üleliiduline Gastroenteroloogide Teaduslik Selts ei ole OMGE liige, kuid meie delegatsioon on ülemaailmsetest kongressidest korduvalt osa võtnud. Selgi korral käis Stokholmis NSV Liidu 20 teadlast koosnev rühm, kellelt oli 11 ettekannet. Meie vabariigi autorite ettekanded käsitlesid hüpolaktaasia esinemissagedust eestlastel (K. Villako kaasautoritega), gastriiniantikehi antraalgastritriid puhul (R. Uibo kaasautoritega), maksahaiguste immunoloogiat alkohoolikul (V. Saarma, N. Asfandijarova), ägedat koletsüstiiti (A. Haavel), kroonilise gastriidi immunoloogiat (V. Salupere) ja sooledüsbioosi (A. Tamm kaasautoritega). Meie vabariigist olid kongressil prof. K. Villako, vanemteadur R. Uibo ja allkirjutanu.

Kahe kongressi vahel on märgatavalt edenenud rahvusvaheline koostöö. OMGE uurimiskomitee algatusel on seitsme aasta vältel toimunud kolm ulatuslikku rahvusvahelist uurimust: soolepõletikkude, seedetrakti verejooksude ja ägedate kõhuvalude alal, millega on hõlmatud ühtekokku üle 14 000 patsiendi. Heaks nn. multitsentrilise uurimistöö näiteks toodi soolepõletike (haavandilise koliidi ja Crohni tõve) diferentsiaaldiagnostilise süsteemi koostamist, milles osales üle 100 arsti 16 maalt. Niisugust ühist uurimismaterjali kogumist ja andmete läbitöötamist soovitati kõikide keerukate teaduslike ja praktiliste ülesannete lahendamiseks kui kõige kiiremat ja ökonoomsemat. Eriti soovitatav on ta suhteliselt harva esinevate haiguste, näiteks primaarse biliaarse maksatsirroosi korral. Oli ka kümneid ettekandeid, milles kahe maa kolleegid teatasid oma ühistest tulemustest mingi probleemi alal. Nõukogude Liidu delegatsioon esitas kaks sellist ettekannet, üks neist oli R. Uibo uurimus, mis oli valminud koostöös K. Krohniga Tampere Ülikoolist.

Enamikus tööstuslikult arenenud maades võib täheldada püüdu vähendada röntgenuuringute arvu, tehes rohkem endoskoopilisi protseduure. Müügile on ilmunud suurendusega gastro- ja koloskoobid, mis võimaldavad limaskestast täpsemini uurida ja haiguslikke muutusi varem välja selgitada. Koloskoopide uued mudelid on varajasematest lühemad (110...138 cm), kuid ratsionaalse endoskoopiapeerimistehnika korral võimaldavad saada ülevaate kogu jämesoolest. Müügile on ilmunud fiiberrektoromanoskoobid, mis koloskoopidest on võrratult odavamad, jäikade rektooskoopidega võrreldes annavad nad elundist parema ülevaate, haiguslikke muutusi, eriti kasvajaid, avastatakse nende abil mitu korda sagedamini.

Oli ka ettekandeid, milles vastukaaluks kallitele diagnostilistele ja laboratoorsele



Foto 1. Kongressihoone vestibüülis. Foto 2. Kõnelemas on kuulus USA mikrobioloog prof. S. Gorbach.

menetlustele näidati anamneesileiu ja nn. subjektiivsete haigustunnuste skaleerimise lihtsaid viise. Tõestati, et need koos füüsikaliste uurimismeetoditega võimaldavad mitmeid haigusi üsna usaldusväärselt diagnoosida. Rõhutatakse, et tänapäeva maailmas suureneb vajadus arvestada eetilisi aspekte gastroenteroloogia õpetamisel, diagnoosi- ja ravimeetodite valikul ning uurimistöös, asutati OMGE eetikakomitee.

Ulatuslikud epidemioloogilised uurimised, mis lubasid üldistada eri eluviisiga maade ja rahvaste haigestumist vähki, võimaldavad järeldada, et põhiosa kartsinoomidest kuulub nn. elulaadi vähkide hulka. Suur on ebafüsioloogilise toitumise ning mõne toiduvalmistusviisi osa seedetrakti kartsinogeneesis. Üldise arvamuse kohaselt on toit arenenud tööstusriikides liiga rasvane ja liiga kiudainetevaene. Arvatakse, et neis oludes võib soole mikrofloora üksikutel inimestel produtsida (ko)kartsinogeenseid ühendeid. Nagu teada, peetakse ebasoovitavaks ka tugevasti soolatud või suitsutatud toitade kestvat tarbimist.

Tunduvalt on täpsustatud mao vähieelsete seisundite määratlust. Nende eristamiseks on enamasti vajalikud histokeemilised meetodid, sest vähieelsete seisundiks peetakse vaid ühte tüüpi intestinaalsest metaplaasiast, samuti vaid ühte liiki adenoomidest. Maovähkide iseloomustamisel on eelistatavaim Laureni klassifikatsioon.

Mittentakuslike soolepõletike puhul täiskasvanuil on käibelt kõrvale jäänud selline diagnoos nagu enterokoliit. Uurimine peab võimaldama täpsemalt kindlaks määrata põletikulolde lokalisatsiooni, haavandite või granuloomide olemasolu. Kui neid ei leita, võivad vaevused olla tingitud hoopis funktsionaalsetest häiretest.

Edu on saavutatud mitme viirusnakkuse diagnoosimisel ja uurimisel. Maksahaiguste osas näib peatähelepanu olevat kroonilisel

aktiivsel hepatiidil ja alkoholist tingitud maksakahjustustel. Alkoholose hüaliini ja kollageeni immunokeemilise analüüsi tulemused peaksid andma objektiivse kriteeriumi alkoholsete maksahaiguste diagnoosimiseks.

Ilmne edasimineku on toiminud raalide kasutamises. Et ketasmäluga väikearvutid on suurtest raalidest tuhandeid kordi odavamad, on nende levikul suuri võimalusi. Koos andmetöötluse arenguga paranevad mitmete mitteinvasiivsete uurimismenetluste, nagu ultraheli, rakendamise tulemused. Tänapäeval loodetakse ultrahelilt vahetust endoskoopilistele pankrease uurimise meetoditele.

Omapärane tendents ilmneb abdominaalkirurgias — püütakse vähendada operatsioonide mahtu: vagotomia maoreseksiooni asemel, endoskoopiline papillotomia sapiteede operatsiooni asemel, polüpektomia soolereksiooni asemel.

Peptilise haavandi ravis ei ole viimastel aastatel suurt progressi märgata. Palju reklaamitud tsimetidiin ning teised H_2 -retseptorite antagonistid ei ole vabad kõrvaltoimetest ja rangelt kontrollitud katsete põhjal ületab tsimetidiin selliste ravimite nagu koloidse vismuti või trimipramiini raviefekti õige vähesel määral. Arvatakse, et ainsaks alternatiiviks pikaajalistele ravikuuridele antatsiidide ja H_2 -blokaatoritega on püüda stimuleerida limaskestast kaitsemehhanisme. Siinkohal pannakse suuri lootusi prostaglandiinidele. Nende uurimisel on suuri teeneid rootsi ja inglise teadlastel, kellele selle eest anti 1982. a. ka Nobeli preemia.

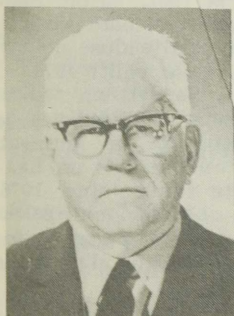
NSV Liidu gastroenteroloogide sidemed peaksid edaspidi laienema ja süvenema, sest kõnealusel kongressil tehti Nõukogude delegatsiooni juhtidele ettepanek, et üleliiduline selts astuks OMGE liikmeks.

Agu Tamm

Meie juubilare



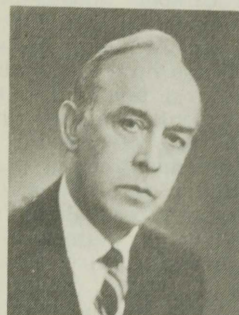
Elmar Karu, TRÜ psühhiaatria kateedri professor-konsultant, Eesti NSV teeneline arst, saab 5. märtsil 80-aastaseks. Sündinud 1903. a. Helmes aedniku perekonnas. Keskkooli omandas Tõrvas ja Tallinnas, kõrghariduse aastail 1925...1932 Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas kiitusega. Huvi tõttu psühhiaatria vastu töötas pärast ülikooli lõpetamist psühhiaatrikliniku assistendina, aastail 1934...1938 kohtumeditsiiniinstituudi eksperdina, kus huvi keskendus jooebeseisundi ekspertiisile. Sel alal on oma teadmisi täiendanud ka välismaal. 1939. aastal kaitses doktoriväitekirja kroonilise alkoholismi alal. Ta on avaldanud üle 100 teadustöö alkoholisismi, oligofreenia ja skisofreenia patofüsioloogia valdkonnast, samuti ka insuliini, uinutite ja psühhofarmakonide toime kohta. Auväärt juubilar on olnud arstiteaduskonna dekaan ja prodekaan, kateedrijuhataja ajavahemikul 1941...1975. 1946. aastal määrati ta Eesti NSV Tervishoiuainimesteeri peapsühhiaatriks, samal aastal anti talle professorikutse. Pedagoogilise töö ja psühhiaatripraktika kõrval on tal aega jätkunud noorte psühhiaatrite ettevalmistamiseks. Prof. E. Karu on juhendanud 10 kandidaativäitekirja, oponentinud enam kui 40 väitekirja kaitsmisel. Teenekas õppejõud, teadlane, tervishoiu eesrindlane on pälvinud medaleid ja aukirju, tänu ja austust. Lahke, heatahtliku ja abivalmis suurte teadmistega arstina on ta oma õpilaste ning kolleegide meeles unustamatu. Juubilar on alati olnud suur arstieskuj. Juubelipäevaks soovime prof. E. Karule jätkuvat rõõmu arstitööst, tugevat tervist ja palju aastaid!



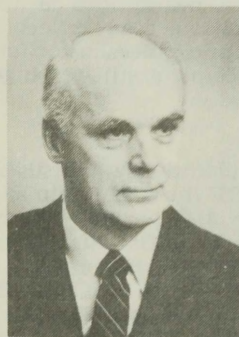
August Goldberg, Eesti NSV teeneline arst, üleliidulise tähtsusega personaalpensionär, endine kauaaegne Eesti NSV tervishoiuminister, sai 3. veebruaril 1983 75-aastaseks. Sündinud 1908. aastal Siberis Novosibirski oblastis. Keskkooli ja kõrghariduse sai Tomskis, kus lõpetas keskkooli ja Tomski Meditsiiniinstituudi 1937. aastal kiitusega. Aastail 1937...1941 oli Igarka linna tervishoiuosakonna, 1942...1951 Hakassi autonoomse oblasti tervishoiuosakonna juhataja. 1951. aasta juulist töötas Eesti NSV tervishoiuministri esimese asetäitjana, järgmise aasta märtsist 1975. aasta juulini tervishoiuministrina. 68. eluaastal jäi tööle Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimehe ametikohal. Ministritöö kõrvalt oli ta Punase Risti Seltsi tegevust selle esimehena edukalt juhtinud juba 1952. aastast peale. Punase Risti töö oli A. Goldberg kuni 1981. aasta märtsini. Juubilar on korduval valitud Eesti NSV Ülemnõukogusse, Tallinna Linna Rahvasaadikute Nõukogusse. A. Goldberg kuulub NLKP ridadesse 1941. aastast. Mitmel korral on ta olnud EKP Keskkomitee liikmekandidaat, EKP Tallinna Linnakomitee liige. Juubilar on Lenini ja Tööpunalipu ordeni kandja, teda on autasustatud ka ordeniga «Austuse märk» ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega. Ta on tervishoiu eesrindlane, tal on Punase Risti Seltsi kõrgeim autasu. Need kõik on ta pälvinud tervishoiu alal aastakümnete jooksul tehtud vastutusrikka töö eest. Tema tööaastail loodi eeldused ning kujunes välja Eesti NSV tervishoiuasutuste võrk, kasvas meditsiinkaader. Aastail 1959...1961 kandis ta kogu vastutust poliomieliidi likvideerimisel uude meetodika järgi meie vabariigis. Juubilar aitas palju kaasa ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» asutamisele. Selle tööd on ta igati soodustanud. Tugevat tervist ja suur aitäh!



Magda Palts, Kingissepa Rajooni Keskaigla stomatoloog, sai 21. novembril 1982 60-aastaseks. Sündinud Tartu rajoonis talupoja perekonnas. TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna lõpetas 1950. a. Pärast ülikooli lõpetamist töötas lühikest aega kiirabiarsstina Saaremaal. Aastail 1950...1959 oli ta Orissaare Rajooni Tervishoiuosakonna juhataja ning põhitöö kõrval töötas ta stomatoloogina. 1959. aastast alates on M. Palts olnud Kingissepa Rajooni Keskaigla stomatoloog. Ajavahemikul 1963...1975 oli ta stomatoloogiaosakonna juhataja. M. Palts on väga palju teinud stomatoloogilise abi korraldamisel Kingissepa rajoonis. Kingissepa rajoonis töötavad stomatoloogid on kõik tema õpilased. Agaralt võtab juubilar osa Kingissepa Stomatoloogide Teadusliku Seltsi ja Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi tööst. Aastail 1963...1979 oli ta Kingissepa Stomatoloogide Teadusliku Seltsi esimees. Ta on ühingu «Teadus» lektor. Juubilar on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane», Eesti NSV Ülemnõukogu aukirjaga.



Heino Gustavson, meditsiiniajaloolane ja kodu-uuriija, sai 23. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas pedagoogi perekonnas. Õppinud TRÜ-s arstiteadust ning lõpetanud TRÜ germaani-romaani filoloogina. Ametilt tööstusajaloolane, on leidnud aega olla Eesti Meditsiiniajaloolaste Teadusliku Seltsi ning Eesti NSV Teaduste Akadeemia kodu-uurimise komisjoni aseesimees. H. Gustavson on Eesti Apteegimuseumi üks rajajaid ja selle nõukogu aseesimees. Viljakas kirjamees: on avaldanud kolm monograafiat ja kaks brošüüri Tallinna meditsiiniajaloo kohta, 70 teadus- ja 220 populaarteaduslikku artiklit, kolm populaarteaduslikku raamatut ning üheksa brošüüri, on koostanud artikleid entsüklopeediasse. Käsikirjadena säilitatakse Eesti NSV Teaduste Akadeemia Teaduslikus Raamatukogus tema uurimusi mõnede meditsiiniasutuste ja tööstusettevõtete mineviku kohta, samuti tema koostatud fotokogu Tallinna meditsiinialoost. Peale emakeele on juubilaril töid ilmunud veel kümnes keeles.



Johan Sarv, TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedri juhataja, arstiteaduse doktor, professor, sai 2. veebruaril 60-aastaseks. Sündinud 1923. aastal Otepää lähedal põllupidaja perekonnas. 1942. aastal lõpetas Otepää gümnaasiumi kiitusega ja 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel töötas sõjaväearstina, 1956. aastal asus tööle hospitaalkirurgia kateedrisse, järgmisel aastal valiti ta üldkirurgia kateedri assistendiks. Juubilar kaitses kandidaadiväitekirja 1961. aastal, doktoriväitekirja «Maoresektsoonijärgse seededekompensatsiooni kirurgiline ravi» 1971. a. Dotsendikutse anti talle 1969. a., arstiteaduse doktori kraad 1973. a., üldkirurgia kateedri professori kohale valiti 1974. a., sellest aastast alates on juhatanud kateedrit. J. Sarvelt on trükitist ilmunud ligikaudu 100 teadusartiklit, mitmed neist üleliidulistes ja välismaa väljaannetes. Ta on Nõukogude Eesti preemia laureaat, autasustatud ka mitmete aukirjadega. Peamine uurimistöö on haavandtõve diagnoosimise ja kirurgilise ravi võtete täiustamine. 1976. aastal võttis Tartus kasutusele elundit säästvad operatsioonid, selektiivse vagotoomia. Prof. J. Sarv on korrektne ja väsimatu arst, autoriteet ja juhtiv eriteadlane gastroenteroloogilise kirurgia alal, mille edasimineku toetub Tartus just tema tööle.



Vaike Aas, Eesti NSV Ametiühingu Nõukogu usaldusarst, saab 25. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud 1933. a. Tartus tõllisperekonnas. V. Aas lõpetas 1952. a. Tallinna 7 Keskkooli ning 1959. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1959...1962 oli ta ordinaator ja peaarst Kingissepa lastesõimes, 1962...1963 ordinaator Tallinna Lastehaiglas, 1963...1964 Tallinna Väikelastekodu peaarst, 1964...1965 Balti Raudtee Eesti Raudteekonna ametiühingu rajoonikomitee usaldusarst. 1965. aastast alates on juubilar töötanud Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu usaldusarstina. Ta on palju teinud meie vabariigi töötajate sanatoorse ja kuurordiravi, dieettoitlustamise organiseerimisel ja täiustamisel ning laste tervistamisel sanatoorsetes pioneerilaagrites. Samuti ravi- ja profülaktikaasutuste töö parandamisel ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal. V. Aas on võitnud lugupidamise ja tunnustuse kolleegide ning ametiühingu aktiivi hulgas.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

MEDITSIIINTERMINOLOOGIA KOMISJONIS

Meditsiinterminoloogia komisjoni kahekümne viiendal koosolekul 21. mail 1982 tutvustati algul komisjonile laekunud terminoloogiabrošüüri:

Кахн Х. А. Термины, классификации, нормы по медицине труда. Методическое пособие для студентов медицинского факультета. Тарту, 1982. 32 с. (ТГУ).

Vaadati läbi uue vene-eesti sõnaraamatu tarvis haava ja haavamisega seotud vene meditsiinterminid ning soovitati neile järgmised eestikeelsed vased:

рана	— haav
касательная рана	— riivamishaav
кожная рана	— nahahaav
колотая рана	— tõrkehaav
непроникающая рана	— umbhaav, mitte- läbiv haav
огнестрельная рана	— laskahaav
осколочная рана	— killulaav
открытая рана	— lahtine haav
поверхностная рана	— pindmine haav
проникающая рана	— läbiv haav
пулевая рана	— kuulahaav
разможенная рана	— lömastushaav
рваная рана	— rebimise haav
резаная рана	— lõikehaav
рубленая рана	— raiehaav
сквозная рана	— läbiulatav e. mulgustav haav
слепая рана	— umbhaav
смертельная рана	— surmav laav

ранение	— haavatasaamine; haavamine; haav
легкое ранение	— kergelt haavata- saamine e. haav- amine; kerge[d] haav[ad]
огнестрельное ранение	— tulirelvast haavata- saamine e. haava- amine; laskehaav, laskevigastus
тяжелое ранение	— raskelt haavatasaa- mine e. haavamine; raske[d] haava[d]
раненый	— haavatu
легкораненый	— kergelthaavatu
тяжелораненый	— raskelthaavatu

Allakirjutanu tutvustas 1982. aastal alustatud meditsiinisõnavara kartoteeki, kus on juba üle 600 sedeli. Kartoteegis on trükisõnast võetud erialasõnad, mis «Õigekeelsussõnaraamatus» ja «Võõrsõnade leksikonis» puuduvad. Sedelid on varustatud tekstinäidete ja allika viidetega.

See kartoteek annab küllalt hea ülevaate autorite sõnakasutusest ja selle muutumisest, võimaldab aga osutada ka mitmetele vigadele ja küsitavustele.

Arutati ka saabunud päringuid:

1. Kuidas nimetada mikroobide sattumist kõhuõõnde läbi intaktse sooleseina, kas: *eksvasioon* (analoogiliselt *invasiooniga*), *transmigratsioon* või *diapedees*?

Eksvasiooni pole sõnaraamatud seni registreerinud (vähemalt ei ole teda õnnestunud meile kättesaadavaist leksikonidest leida). Transmigratsioon eeldaks väga aktiivset liikumist; samal põhjusel poleks mikroobidega seoses kõige parem rääkida ka diapedeesist. Et tegemist on (aktiivse või passiivse) läbimisega, siis oleks ehk kõige sobivam öelda, et mikroobid **penetreerivad** sooleseina.

2. Senini laialdaselt käibiva «kahjulikult mõjuvate ainete lubatud piirkontsentratsiooni» asemel on soovitatav kasutada lühemat terminit **piirnormatiiv**, nagu seda juba on tehtud NSV Liidu seaduse «Atmosfääriõhu kaitsest» eestikeelses tekstis (vt. «Rahva Hääl» 27. 07. 80) jm.

Seejärel esitas allakirjutanu ülevaate seni tehtud tööst.

Ilmar Laan

Uusi ravimeid

BENSOBAMÜÜL

(Benzobamylit, Benzamyl, бензобамил)

Bensobamüül on keemiliselt etüülisoamüül-bensoüül-barbituurhape. Meditsiinis on kasutusel valge värvusega tabletid, millel on nõrk mõru maitse.

Krambivastase ja sedatiivse toime kõrval on tal ka hüpnootilisi ja hüpotensiivseid omadusi. Bensonaali ja luminaaliga võrreldes on bensobamüül vähem toksiline.

Bensobamüüli võib kasutada epilepsia kõike vormide korral. Tulemusrikkam on ta koorealuse lokalisatsiooniga tekkekolde, dientsefaalse haigusvormi, samuti laste epileptilise sündroomi puhul, küll aga kasutamine ajukoorest tulenevate epilepsiaavormide korral on vähem tulemusi andnud.

Ravimit võetakse pärast sööki. Annus valitakse vastavalt haige vanusele ja haigushoogude sagedusele.

Alla aasta vanustele lastele, kes kannatavad sagedate haigushoogude all, antakse 0,025 g bensobamüüli kolm korda päevas, kusjuures muid epilepsiaravimeid samal ajal ei määrata. Ravimiannust võib vajaduse korral 0,05 grammini suurendada.

Koolieelikutele ja koolilastele antakse 0,05...0,1 g kolm korda päevas, noorukitele ja täiskasvanuile 0,05...0,2 g kaks kuni kolm korda päevas. Kui on vajalik, võib täiskasvanu annus ulatuda 0,3 grammini. Silmas tuleb pidada seda, et ravimi kasutamisel suurtes annustes peab regulaarselt jälgima haige üldseisundit ja kontrollima arteriaalset rõhku, eriti siis, kui on kalduvus hüpotooniaks.

Nagu muidki epilepsiaravimeid, võib ka bensobamüüli kasutada samaaegselt põletikuvastaste, desensibiliseerivate ja organismist vett eemaldavate ravimitega.

Kui haige organism ravimiga pikaajalise kasutamise tulemusena harjub, võib bensobamüüli asemel mõni aeg anda ekvivalentsetes annustes luminaali koos bensonaaliga ja neid edaspidi bensobamüüli vastu uuesti välja vahetada. Et üleminekul mõnelt teiselt epilepsiaravimilt bensobamüülile vältida haigushoogude sagenemist, tuleb ühe ravimi kasutamiselt teisele üle minna järk-järgult.

Bensobamüülravi peab olema korrapärane katkematu ning pika kestusega.

Haigushoogude kadumisel hakatakse päevaseid annuseid pideva kontrolli all vähendada. Annuse vähendamist ei alustata enne, kui viimasest haigushoost on möödas vähemalt kaks aastat.

Kõrvaltoime ilmnemisel antakse kofeiini (päevasel ajal) või vähendatakse bensobamüüli annust ja asendatakse see mõne teise vastava toimega ravimi ekvivalentse kogusega. Näiteks on bensobamüüli ja fenobarbitaali ekvivalentne vastavus 2 : 1.

Bensobamüüli pakend, milles on 100 tabletti á 0,1 g, maksab 2 rubla 2 kopikat. Kuulub B-nimekirja.

SANASOOL

(Sanasolum, Санасол)

Sanasool on peenekristalliline lõhnata valge pulber, mille maitse on ligilähedane keedusoola maitsele. Kasutatakse seda keedusoola vaba dieedi korral.

Sanasooli koostisse kuulub ligikaudu 70% kaaliumisoolasid: 60% kaaliumkloriidi, 10% kaaliumtsitraati, 10% kaltsiumglükonaati, 5% magneesiumasparaginaati, 10% ammoniumkloriidi ja 5% glutamiinhapet.

Kaaliumisoolad aitavad parandada salureetiliste ravimite talutavust ja vähendavad kaaliumivaegust südamepuudulikkuse ning arteriaalse hüpertensiooni juhtudel. Soolavaba dieedi korral aitab sanasool parandada toidu maitset, asendades puuduvat naatriumkloriidi.

Sanasool on näidustatud ägedate ja krooniliste nefriitide ravis, kui esineb neerupuudulikkus, kuid puudub hüperkaleemia, samuti südametegevuse puudulikkuse ning südameglükosiidide halva talutavuse korral.

Sanasooli soovitatakse kasutada ka liigse kehakaalu ja rasvumise korral ning siis, kui organismil on kalduvus vedelikupeetuseks.

Toidule lisatakse seda enne söömist. Lisada tuleks seda teisele roale. Esimestest toitudest on selleks sobivad puljongid. Ööpäevane annus on 1,5...2,5 g.

Hüperkaleemia raviks võib manustada kuni 5 g sanasooli.

Sanasooli tuleb toidu hulka segada ühtlaselt. Mahaavandtõve või anatsiidse gastriidi korral tuleb seda nõuet kindlasti silmas pidades, et vältida võimalikke düspeptilisi ilminguid.

Vasturäidustusteks sanasooli kasutamisel on hüperkaleemia ja raske neerupuudulikkus. Ettevaatlik peab olema haavandtõve ja gastriitide korral.

Pakendis on 100 g sanasooli. Hind 1 rubla 4 kopikat. Säilitatakse kuivas kohas hästi suletuna.

DIPROMOONIUM

(Dipromonium, Dichloracetat diisopropylammonium, динпромоииум)

Dipromonium on nõrga toimega ganglioblokaator, millel on hüpotensiivsed omadused. Osaleb organismi oksüdatsiooniprotsessides, ühtlasi on tal lipotroopseid omadusi. Soodustab maksa antitoksilisi funktsioone. Tugevdab vastupanuvõimet hüpoksia ja eri etioloogiaga intoksikatsioonide suhtes.

Dipromoniumi kasutatakse mikrotsirkulatsioonihäiretega kulgevate perifeersetes jäsemearterite endarteriit, arterite ateroskleroos kompensatsiooni ja subkompensatsiooni staadiumis); veenide ateroskleroosi I...III staadiumis, mil esineb vereringe ja südame rütmihäireid; ajuveresoonte ateroskleroosi korral ajuvereringehäirete ning neuroloogiliste ja psühhopatoloogiliste sümptomide esinemisel; krooniliste kopsuhaiguste korral, mille puhul on häiritud gaaside vahetus; maksa rasvväärtuse ja krooniliste hepatiidide, samuti tuberkuloosiravimite kasutamisest tekkiva kõrvaltoime korral.

Dipromoniumi võetakse sisse pärast sööki või süstitakse lihasesse.

Tablette, milles on 0,02 g dipromoniumi, võetakse 3...5 korda päevas. Ööpäevane annus on 0,06...0,1 g. Ravikuur kestab 20...45 päeva. Kuuajalise vaheaja järel võib ravi korrata.

Ampulli sisu (0,05 g lüofiliseeritud preparaati) lahustatakse vahetult enne süstimist 2 ml vees (*aqua pro injectionibus*).

Oblitereeriva endarteriidi, jäsemearterite ateroskleroosi ja muude vereringehäiretega jäsemeveresoonte haiguste puhul süstitakse 0,05 g dipromoniumi üks kord päevas 10...20 päeva. Ravi võib ühe kuu pärast korrata.

Kroonilise hepatiidi ja maksa rasvväärtuse korral süstitakse 0,05...0,1 g päevas 15...25 päeva.

Tuberkuloosiravimite (streptomütsiini, tsükloseriini, protioonamiidi jt.) kasutamisest põhjustatud põhiliselt neurotoksilise kõrvaltoime puhul süstitakse dipromoniumi 0,05 g päevas ühe kuu jooksul.

Dipromoniumi sissevõtmine võib kõrvaltoimena mõnikord esile kutsuda iivelduse ja oksendamise, mis nõuab ravimiannuse vähendamist või dipromoniumravi katkestamist. Parenteraalsel manustamisel kõrvaltoimet ei ole täheldatud.

Pakend, milles on 100 tabletti á 0,02 g dipromoniumi, maksab 42 kopikat. Karp, milles on 5 ampulli á 0,05 g lüofiliseeritud dipromoniumi ja 5 ampulli á 2 ml vett, maksab 1 rubla 52 kopikat.

Dipromonium on uus kodumaine ravim. Säilitatakse kuivas, jahedas ja valguse eest kaitstud kohas.

Aino Jürison

Kroonika

TERVISHOIUMINISTERIUMIS

11. novembril 1982 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi laiendatud istung, mille peateema oli arutada, kuidas suurendada kehakultuuri ja spordi massilisust (NLKP KK ja NSVL MN 1981. aasta määruse täitmine). Tervishoiutöötajate sportimist ja rahvaspordiühitustele kaasalöömist tuleb igati ergutada, ka VTK-alast tegevust hoogustada, tegusalt toetada spordiklubi «Meedik» tegevust. Samuti on vaja ruume spordiga tegelemiseks, soetada spordiinventari, propageerida tervishoiutöötajate sporditegevust trükisõnas. See kõik oleneb meist endast.

Arutati ka Tallinna Kliinilise Lastehaigla ja Tartu Kliinilise Lastehaigla teaduslikku töökorraldust. Seni on nii ühes kui ka teises sellega veel vähe tegeldud. Tööaega peab kasutama ratsionaalselt — teist teed ei ole, töö jääb muidu lihtsalt tegemata. On vaja parendada büroo- ja sidetehnikat, täiustada ravimiteavet jms. olulist argitööd.

Koosoleku päevakorras oli veel raamatu-pidamise arvestus ja aruandluse andmete õigsuse kontroll Eesti NSV tervishoiuasutustes. Silma torkab suur ebamajanduslikkus, dokumentide hilinemine ja nende lohakas vormistamine. Teha on veel palju. Otsuses on fikseeritud meetmed töö parendamiseks.

18. novembril 1982 peeti Jõgeva Rajooni RSN Täitevkomitee saalis kolleegiumi väljastõidustung. Kohal olid ka põllumajandus- ja tervishoiutöötajate ametiühingu presiidiumi liikmed. Istung oli ühine. Jõgeval tuleb tõhustada polikliinilist ja ambulatoorset tööd, tagada arstiabi õhtusel ajal ja laupäeviti, laiendada ka dispansseerimist, profülaktilisi läbivaatusi. Haigusi on vaja varakult avastada, siis on sellest kasu. Parem olgu peaspetsialistide töö ajutise töövõimetuse analüüsimisel, vajalik on süstemaatiline kontroll. Suuresti on vaja parandada eeskätt põllumajandustöötajate arstiabi, silmas pidada ka nende töötingimusi ning ajutist töövõimetust, selle vormistamise õigsust ja põhjendatust.

Vello Laos

1. novembril 1982. a. toimus Eesti NSV Tervishoiuministeriumis ministri esimese ase-
täitja E. Väärti eesistumisel alkoholismiko-
misjoni laiendatud istung, kuhu olid kutsutud
ka meie vabariigi kõikide rajoonide narkoloogi-
gid.

Prof. H. Väre esitas ülevaate narkoloogili-
sest abist viimasel aastakümnel. Kümnekond
aastat tagasi tekkis vajadus eraldada psüh-
hiaatriast narkoloogia. 1977. a. loodi Tallinnas
dispanseerne narkoloogiaosakond, mis oli
organisatoorselt õige samm. Eriti kiiresti on
narkoloogiline abi edenenud viimasel kahel
aastal, mil meie vabariigis on avatud viis
uut statsioonarset narkoloogiaosakonda mees-
alkohoolikute tarvis.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee
esimees U. Vagur rääkis Punase Risti Seltsi
ühiskondlikest narkoloogiapostidest, nende
rajamise põhimõttest ning nende töö sõlmkü-
simustest. Ettekandele järgnenud mõttevahetu-
sés tutvustasid rajoonide narkoloogid ühis-
kondlike narkoloogiapostide tööd oma rajoo-
nis. Leiti, et nende abi peaks alkoholismitõr-
jes senisest märksa tõhusam olema. Just ühis-
kondlikud narkoloogiapostid on see organisa-
toorne vorm, kus Punase Risti Selts saab
anda oma panuse alkoholismitõrjesse.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia-
haigla narkoloogia organisatsioonilis-metoodi-
lise kabineti juhataja E. Striz käsitles oma
töös velskri-narkoloogiapunktide tegevust
Tallinnas. Viimasel kahel aastal on Tallinnas
loodud esimesed velskri-narkoloogiapunktid
meie vabariigis ning praegu on neid Tallinna
ettevõtete juures kümme. Võrreldes arsti-
narkoloogiakabinetidega tööstusettevõtete
juures, on velskri-narkoloogiapunktide töö
tõhusam.

Prof. J. Saarma oma pikemas sõnavõtus
rõhutas, et viimasel kahel aastal on narkoloogi-
lise abi süsteem edenenud jõudsate sammude-
ga. Viie uue narkoloogiaosakonna avamine
kahel viimasel aastal võimaldab vajaduse
korral alkoholismiravile stacionaari suunata
otsekohe. Niisugune olukord tingib ka ambu-
latoorse narkoloogilise ravi taktika mõningast
muutmist. Eelkõige tuleb parandada dispan-
seerimist, stacionaarse ravi osas on loodud
organisatoorsed eeldused, seega on olemas
kvantiteet, edasi tuleb enam rõhku panna
ravikvaliteedile.

Anti Liiv

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi sead-
lusega 13. septembrist 1982 anti suurte tee-
nete eest teaduse arendamisel ja kvalifitseerit-
ud kaadri ettevalmistamisel ning seoses
Tartu Riikliku Ülikooli 350. aastapäevaga üli-
kooli rektorile, NSV Liidu Pedagoogika Aka-
deemia korrespondentliikmele **Arnold Koobile**
sotsialistliku töö kangelase aunimetus koos
Lenini ordeni ja **kuldmedaliga** «Sirp ja vas-
sar».

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi sead-
lusega 13. septembrist 1982 autasustati Tartu
Riikliku Ülikooli kõige enam silmapaistnud
töötajaid edusammude eest teaduslik-peda-
googilises tegevuses ja Tartu Riikliku Ülikooli
350. aastapäeva puhul, sealhulgas

Rahvaste Sõpruse ordeniga

kateedrijuhatajat professor **Albert Kliima-
nit**, kateedrijuhatajat dotsent **Johannes Tam-
meorgu**,

ordeniga «Austuse märk»

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korres-
pondentliiget, kateedrijuhatajat professor
Jüri Saarmat,

kateedrijuhatajat professor **Leo Schotterit**,

medaliga «Töövapruse eest»

arstiteaduskonna dekaani professor **Lembit
Allikmetsa**,

kehakultuuriteaduskonna dekaani professor
Atko Viru,

medaliga «Eeskujuliku töö eest»

Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi
direktorit dotsent **Laur Karu**.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sead-
lusega 13. septembrist 1982 teenete eest rah-
vamajandusele kvalifitseeritud spetsialistide
ettevalmistamisel ja teaduslike uurimistööde
edendamisel anti **Eesti NSV teenelise arsti
aunimetus**

sünnitusabi ja günekoloogia kateedri juha-
tajale professor **Kadri Grossile**,
neuroloogia ja neurokirurgia kateedri profes-
sorile **Arvo Tikule**.

Kauaaegse viljaka töö eest rahvamajandu-
sele kvalifitseeritud spetsialistide ettevalmis-
tamisel ja teaduslike uurimistööde edendamisel
ning seoses ülikooli asutamise 350. aasta-
päevaga autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu
Presiidium 13. septembril oma aukirjaga
Tartu Riikliku Ülikooli silmapaistvaid töötajaid,
sealhulgas

neuroloogia ja neurokirurgia kateedri profes-
sorit **Ain-Elmar Kaasikut**,
teadusala prorektorit **Ants Kallikormi**,
teadussekretäri **Irene Maarosi**.

Rahvusvaheline Tuberkuloositõrje Unioon
(*International Union Against Tuberculosis*) on
organisatsioon, mis juhib tuberkuloosialast,
samuti hingamiselundite haiguste alast tööd
maailmas tihedas koostöös teiste organisat-
sioonidega, ennekõike ÜTO-ga. Rahvusvahe-
lise Tuberkuloositõrje Uniooni geograafilisi
piirkondi nimetatakse regioonideks. Neid on
kuus: Euroopa, Põhja-Ameerika, Aafrika jt.
regioonid. Töö toimub nendes regiooninõuko-
gude kaudu, kuhu kuuluvad vastava regiooni
nõunikud. Nõukogu allub uniooni teistele
juhtorganitele.

Nõukogude Liit kuulub Euroopa regiooni. 1982. a. juunis kinnitati Rahvusvahelise Tuberkuloositorje Uniooni Euroopa regiooni nõukogu uus koosseis neljaks aastaks. Selle esimeheks on inglase prof. N. W. Horn. Kui eelmises koosseisus Nõukogude Liidu esindaja puudus, siis praeguses on selleks tartlane, TRÜ arstiteaduskonna tuberkuloosikursuse juhataja prof. H. Sillastu. Prof. H. Sillastu on 1982. a. alates ka Rahvusvahelise Tuberkuloositorje Uniooni ravialase komitee korrespondentliige.

PUNASE RISTI SELTIS

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee korraldas 29...30. oktoobrini 1982 Pärnus IV ülevabariigilise doonorluse propagandistide seminari, millest võttis osa ligikaudu sada aktivisti. Avasõnad lausis Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur.

Vereülekande ajaloost ja transfusioloogia arengust rääkis Vabariikliku Vereülekandajaama peaarst R. Kolle. Konservvere ja tema komponentide ning preparaate valmistamisest, vereülekannetest ning vere kogumisest väljasõidutingimustes rääkis Pärnu Vereülekandajaama arst M. Laretei ning Pärnu meedikute kogemustest doonorluse arendamisel sama asutuse peaarst M. Kõgel. Seejärel tutvuti Pärnu Vereülekandajaama tööga.

Seminari teisel päeval vaadati doonorlusala-seid filme. Kuulati ka Vabariikliku Vereülekandajaama arsti E. Allikase loengut doonorluse propogandistid ning propogandistide osatähtsusest tasuta doonorluse organiseerimisel. Doonorite õigustest, nende soodustustest ning autasustamise korrast rääkis Punase Risti Seltsi Keskkomitee sanitaarkaitseosakonna ülem S. Tarmas.

Pärnu Linna Haigla arsti I. Truija ettekanne käsitles doonorivere osatähtsust tänapäeva meditsiinis.

Malle Laursoo

Punase Risti Seltsi Keskkomitee korraldas 15...16. novembrini 1982 Viljandis kooliaktiivi vabariikliku seminari, mille avas vaneminstruktor T. Buschmann. Osavõtjaid tervitas Viljandi Rajooni Keskhaiгла peaarst R. Kariis.

Punase Risti ülesannetest koolides, koolitõõnõukogu tegevuse organiseerimisest, kooli Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni töö arvestusest ja aruandlusest rääkis vabariikliku koolitõõnõukogu liige H. Kurvet. Jõgeva rajooni haridusosakonna inspektor A. Ehala rääkis Punase Risti Seltsi osatähtsusest oma rajooni koolides ning Pärnu linna peapediaater A. Toomiste Pärnu noorte meedikute klubi tööst, noorte sanitaarinstruktorite töõdest ja tegemistest ning sellest, kuidas Punase

Risti Seltsi algorganisatsioon kooli meditsiini-tõõtajaid abistab.

Punase Risti Seltsi Pärnu linnakomitee ase-esimees E. Kuura jagas koolitõõnõukogude juhendamise kogemusi.

Tutvuti Puiatu 8-kl. Kooli Punase Risti tõõga, mille eestvedajaks on palju aastaid olnud õpetaja H. Saare.

Seminaril võtsid sõna veel T. Buschmann, Viljandi koolitõõnõukogu esimees M. Mäe-palu ja R. Kariis. Eesti NSV Kutseharidus-komitee inspektorarst I. Vatsel rääkis hügiee-niharjumuste kujunemisest ning meditsiinilis-sanitaarse ettevalmistuse tõõhustamisest kut-sehariduskoolide õpilaste hulgas.

Malle Laursoo

* * *

11. mail 1982. aastal toimus Tervishoiutõõ-tajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee III pleenum. Kuulati I. Galanini ettekan-net NSV Liidu Ametiühingute XVII kongressi tulemustest ja meie vabariigi tervishoiutõõta-jate ametiühinguorganisatsioonide ülesanne-dest kongressi otsustest tulenevalt. Pleenu-mist võtsid osa Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sekretär A. Volostnõhh, EKP Kes-komitee esindaja V. Speranski, tervishoiumi-nistri esimene asetäitja E. Väär.

Pleenumil kinnitati komitee ürituste plaan. Kuulati veel informatsiooni presiidiumi tõõst pleenumitevahelisel ajal, arutati ka organi-satsioonilisi küsimusi.

A. Volostnõhh tegi ettepaneku vabastada I. Galanin komitee esimehe kohustustest sees-tõõle asumisega Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariiklikus Nõukogus ning esitas sellele ametikohale J. Enneti kan-didatuuri. Pleenum kinnitas J. Enneti esimehe ametikohale ning valis ta presiidiumi liik-meks.

29. juunil arutati presiidiumi koosolekul Rakvere rajooni tervishoiujuhtide ja ameti-ühinguorganisatsioonide osa ambulatoorse ja polikliinilise arstiabi ning tõõvõimetuseksper-tiisi parandamisel. Nenditi, et rajooni tervis-hoiuasutuste materaal-tehnilise baasi maha-jäämusele vaatamata on ambulatoorne ja polikliiniline arstiabi tõõ ümberkorralduse tulemusena paremaks muutunud. Puudusj on tõõvõimetuseksperitiis, eriti tõõvõimetusle-hede väljaandmise korras.

Koosolekul oli vaatluse all ka tõõseadus-andlusest kinnipidamine, kaadritõõ ja tarifit-seerimine Narva ning Kohtla-Järve rajooni tervishoiuasutustes. Tõõsteti esile Narva Linna Haigla head kaadritõõd tõõtasu tarifitseeri-mise alal ning tauniti puudusi sellealases tõõs Kohtla-Järve linna tervishoiuasutustes. Kuu-lati sotsiaalhooldusmaksude arvutamise õig-suse kontrolli tulemusi. Kinnitati vabariikliku komitee III kvartali tõõplaan ning arutati organisatsioonilisi küsimusi.

Komitee presiidiumi juulikuu koosolekul olid vaatluse all mitmesugused küsimused. Arutati Paide rajooni tervishoiuasutuste juha-

tajate ja ametiühinguorganisatsioonide osa noortöötajate juhendamisel. Juhendajate tööd tuleks enam stimuleerida ning ametiühingu rajoonikomiteed sellest tööst informeerida.

Kinnitati 1982. a. I poolaasta finantsaruanne ja sotsiaalhoolduseelarve täitmise aruanne. Mitu ametiühingu rajooni- ja linnakomiteed täidavad liikmemaksude plaani halvasti. Tunti muret ka selle üle, miks Tallinna Stomatoloogia Polikliinikus, Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas ning Tallinna Pelgulinna Haiglas on töötajate haigestumus kõrge.

17. augustil 1982 toimus presiidiumi laendatud koosolek, millest võtsid osa ka rajooni- ja linnakomiteede esimehed ning sekretärid. Ettekanne oli J. Ennetilt. Arutati NLKP Keskkomitee maipleenumi otsuseid ning ametiühinguorganisatsioonide ülesandeid tootlusprogrammi elluviimisel, samuti ka NSV Liidu Ametiühingute XVII kongressi otsustest tulevvalt ametiühinguorganisatsioonide ühiskondliku kontrolli tugevdamist arstiabi üle.

Koosolekul kavandati aruande- ja valimiskoosolekute plaan. Tehti kokkuvõtted sanatooriumide ja puhkekodude 1982. a. I poolaasta sotsialistlike kohustuste täitmisest. Muu hulgas on kasutusele võetud ka üheksa uut diagnoosi- ja ravimeetodit. Suurem aga peaks olema rajooni- ja linnakomiteede osa sotsialistliku võistluse korraldamisel.

30. septembril 1982. a. toimunud presiidiumi koosolekul arutati Kohtla-Järve, Narva ning Kingissepa rajooni tervishoiutöötajate tervise kaitset ning nende ajutise töövõimetusega haigestumuse vähendamist. Ettekanded esitasid A. Rodin, M. Silland, M. Allik ning kaasetkande R. Malviste. Haigestumus on märgatavalt vähenenud Kingissepa Rajooni Keskaiglas ja Narva Linna Haiglas. Kahjuks ei ole Kingissepa Rajooni Keskaiglas töötajale arstiabi andmiseks eraldatud arsti ametikohta ning Narva Linna Haiglas on nimetatud ametikoht täitmata. Sellest ka vajakajäämised töötajate dispanseerimisel.

Vabariikliku Komitee ühiskondlik kehakultuuri- ja spordinõukogu esimees S. Laiksoo tegi kokkuvõtte tervishoiutöötajate ametiühingu XXIII spartakiaadist. Arutati ka ametiühingurühmade tegevust Tallinna Kiirabihaiglas ja Tallinna Kliinilises Lastehaiglas ning kuulati komitee sekretäri informatsiooni aruande- ja valimiskoosolekute ettevalmistamise kohta.

19. oktoobril 1982. a. kuulati presiidiumi koosolekul E. Stefanovskaja ettekannet pioneerilaagrite tööst 1982. a. suvel. Edaspidi on vaja tuusikuid otstarbekamalt jaotada. Esineja andis ülevaate ka laste joonistuste ja käsitööde vabariiklikust näitusest.

Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalhooldusosakond kontrollis sanatooriumi- ja puhkekodutuusikute jaotamist tervishoiuasutustes. Ilmnes, et enamik komiteesid on tuusikud jaotanud ning väljastanud õigesti.

Lia Vahar

14. detsembril 1982 külastas Tallinna Kiirabihaiglat Bulgaaria RV endine tervishoiu- minister arstiteaduse doktor A. Todorov, kes praegu esindab Bulgaaria RV-d Leningradis peakonsulina. Külalist saatis tervishoiu- ministri asetäitja O. Tamm. Peakonsulile tutvustasid haiglaruume ja töökorraldust peaarst U. Meikas ja peaarsti asetäitja kirurgia alal A. Talihärm. Käidi kardioreanimatsiooni-, röntgenoloogia-, südameinfarktiosakonnas ja kirurgiaosakonnas. Külaline vestles ka osakonnajuhatajate J. Grossi, S. Hansteini ja teistega. Peakonsulile jäi Tallinna Kiirabihaiglast ja tema töödest hea mulje, millest ta ka siiralt rääkis.

Koit Leet

NSV Liidu moodustamise 60. aastapäevale pühendatud ühiskondlik-poliitiliste rahvaülikoolide vabariikliku ülevaatuses esimese etapi läbiviimiseks hindas Tervise Rahvaülikoolide Vabariiklik Nõukogu oma süsteemi tööd järgmistele näitajatele alusel: 1) elanikkonna hõlmatus tervise rahvaülikoolide õppustega (protsent); 2) kuulajate arvu muutumine õppeaasta kevadsemestril; 3) 1982/1983. õppeaastaks planeeritud kuulajaskonna arvuline dünaamika (1982. a. 1. jaanuari seisuga võrreldes); 4) loengute arv ühe õpperühma kohta; 5) NSV Liidu moodustamise 60. aastapäeva käsitlevate loengute arv ühe õpperühma kohta; 6) seminaride arv ühe õpperühma kohta; 7) NSV Liidu moodustamise 60. aastapäevale pühendatud seminaride arv ühe õpperühma kohta; 8) praktikumide arv ühe õpperühma kohta; 9) referaatide ja kursusetööde arv ühe kuulaja kohta.

Rahvaülikoolide paremusjärjestus iga näitaja arvvestades andis miinuspunktide (mp) arvu. Nende summeerimisel saadi iga rahvaülikooli hindamise alus.

Paremusjärjestus kujunes järgmiseks: 1... 2. Tallinna linn ja Pärnu rajoon (59,5 mp), 3. Tartu rajoon (65,0 mp), 4. Jõgeva rajoon (65,5 mp), 5... 6. Paide ja Võru rajoon (70,5 mp), 7. Kohtla-Järve rajoon (71,0 mp), 8. Põlva rajoon (74,5 mp), 9. Haapsalu rajoon (75,5 mp), 10. Kohtla-Järve linn (78,5 mp), 11. Narva linn (88,5 mp), 12. Rakvere rajoon (90,0 mp), 13. Harju rajoon (91,5 mp), 14. Pärnu linn (98,5 mp), 15. Valga rajoon (103,0 mp), 16. Kingissepa rajoon (105,0 mp), 17. Viljandi rajoon (105,5 mp), 18. Hiiumaa rajoon (106,5 mp), 19. Rapla rajoon (128,5 mp), 20. Tartu linn (141,5 mp).

Kuigi paremusjärjestuse aluseks on olulised sanitaarharidustöö objektiivsed näitajad, tunduvalt mõned tulemused esimesel pilgul mõneti ootamatud, eriti just alati eesrindliku mainega Rapla rajooni eelviimane ja Tartu linna (!) viimane (!) koht. Tõsi, 9 näitaja alusel antud hinnang ei kajasta kogu tehtud tööd, kui aga Rapla Tervise Rahvaülikoolis tuleb iga õpperühma kohta ainult 6,8 ja Tartus 6,0 loengut õppeaastas (Rakveres on neid 23,4, Jõgeval 17,8, Võrus 16,3, Pärnu rajoonis

15,0), kui seminare pole ei Rapla alevi ega Tartu linna rahvaülikoolides üldse korraldatud (samam näitab Kohtla-Järve rajoon iga õpperühma kohta 1,8 seminari, Haapsalu ja Paide rajoon 1,6 seminari), kui praktikume tuleb ühe õpperühma kohta Raplas 0,3 ja Tartus 0,8 (Haapsalus 10,6, Viljandis 8,1, Põlvas 6,2) ning kui referaate ei ole ei Tartu ega Rapla rahvaülikooli kuulajate üldse koostanud, siis kaob ka kõhklus hinnangu objektiivsuse suhtes. Eriti ebameeldiv aga on see, et Tartus vähenes kuulajate arv kevadsemestril 26% ja 1982/1983. õppeaastaks planeeriti 21% võrra väiksem kuulajaskond, kui oli õppetöös osalejaid 1982. a. 1. jaanuari seisuga.

Kuigi käesolev tervise rahvaülikoolide töö võrdlev hindamine on esmakordne ning ikkagi suhteline, loodame, et see annab pidepunkte ladusa õppetöö korraldamiseks 1982/1983. õppeaastal ning et ülevaatuse tulemuste lõplik kokkuvõte 1983. a. kevadel osutub meeldivamaks kui käesolev. Kevadist hindamisjuhendit korrigeeritakse ja täiendatakse, et saada objektiivsem pilt tehtud tööst.

Maano Kivilo

30. novembril 1982 arutas Vabariiklik Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu Viljandi rajoonis tehtud tööd. Töõaruande esitas V. Andrejeva, kaasettekande nõukogu liige V. Tapupere.

Aasta-aastalt on suurenenud kuulajaskond, 1982. a. sügisel oli 1210 kuulajat, seega on elanikkonna hõlmatus 1,8%. Mitmekesisemaks on muutunud õppetöö vormid, õppeprogramme on quendatud regulaarselt. Viljandi Tervise Rahvaülikooli praegune 8-liikmeline nõukogu tegutseb agaralt. Tööplaani koostatud viieks aastaks. Meditsiiniteemade kõrval on õppeplaanides ka poliithariduslikud teemad. Õppetöö kvaliteedi tõstmiseks on kutsutud esinema lektoreid ka teistest linnadest.

Koosolekust osa võtnud Eesti NSV Rahvaülikoolide Nõukogu esimehe asetäitja O. Torv soovitas senisest enam tähelepanu pöörata õpperühmade organiseerimisele Viljandi töökollektiivides. Viljandi Tervise Rahvaülikooli töö tunnustati rahuldavaks ning vabariikliku nõukogu esimees O. Tamm soovis viljandlastele edu tervishoiuteadmiste levitamisel.

Koosolekul kinnitati nõukogu 1983. a. tööplaani, mille kohaselt kahel väljasõiduistungil analüüsitakse Tartu linna ja rajooni ning Võru rajooni tervise rahvaülikoolide tööd. Kahel istungil arutati kogu meie vabariigi tervise rahvaülikoolide aruannete ja passide põhjal nende tööd. O. Tamme ettepanekul võeti plaani ka tervise rahvaülikoolide töökojemusi vahendava kogumiku koostamine (ilumumistähtaeg 1985. a.), kuna viimastel aastatel on nõukogule aru andnud tervise rahvaülikoolidel kogunenud väärtuslikke tähelepanekuid ja kogemusi heaks töökorralduseks.

Maano Kivilo

Ühingu «Teadus» Tallinna linnaorganisatsioon ja Lasnamäe Polikliiniku geriaatriakabineti otsustasid ühiselt korraldada loengusarja «Pikaealisuse kool». See koosneb kuuest loengust, mis käsitlevad vananemise põhjust, inimese eluea pikendamise võimalusi, vanemate inimeste toitumist, töö- ja puhkerežiimi ning sotsiaalseid ning psühholoogilisi probleeme. Loengusarja põhiülesanne on anda praktilisi nõuandeid enneaegse vananemise vältimiseks.

Loenguid peetakse nii eesti kui ka vene keeles. Toimuvad need ühingu «Teadus» kesk- lektoriumis iga kuu teisel ja kolmandal reedel. Iga õppus koosneb loengust ja 3...4 vastavateemalist dokumentaalfilmist, vastatakse ka kuulajate küsimustele. Nagu esimesed õppetunnid on näidanud, on elanike huvi loengusarja vastu suur ning osavõtt rohke.

Viktor Vassiljev

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Elshstein, N., Pärn, H., Mardna, U. Epidemiology of chronic diseases of the stomach and of the gall bladder. — In: Al IV-lea Congres national de gastroenterologie. Bucuresti, 1981, p. 23. Rezumate.

**Villako, K., Kekki, M., Tamm, A., Tammar, R., Savisaar, E., Viirsalu, V., Sippo-
nen, P.** Epidemiology and dynamics of gastritis in a representative sample of an Estonian urban population. — Scand. J. Gastroenterol., 1982, 17, p. 601—607.

Trükivea õiendus

1982. aasta 5. numbri esikaane siseküljel trükitud ravimikuulutuste viimast rida palume lugeda järgmiselt.

Pakendis on 20 dikloksatsilliinikapslit à 0,25 g.

Toimetus

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Продолжаем публиковать на русском языке авторефераты некоторых законченных научно-исследовательских работ (НИР) ученых медицинских институтов Эстонской ССР и медицинского факультета Тартуского государственного университета. С самими работами читатели могут познакомиться в научном учреждении, где проводилось данное исследование.

Копии отчетов или микрофильмы учреждения могут заказать во ВНИИ Центре. За справками обращаться в Республиканское отделение научной медицинской информации (РОНМИ), 200 015 Таллин, ул. Хийу, 42, тел. 514-307.

Клинико-функциональные, иммунологические, биохимические и цитологические исследования действия простагландинов у больных с хронической обструкцией дыхательных путей (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Яннус Л. Э., Лилдак Э. И., Карусоо Я. Я. и др. Таллин, 1981. 61 с.

Хроническая обструкция дыхательных путей, хронический бронхит, бронхиальная астма, простагландины, ультразвуковая аэрозольная терапия, функция внешнего дыхания, газовый состав крови, иммунологическая реактивность, углеводный обмен, фосфорный обмен, система протеаз-ингибитор, метод алгоритмического исследования мокроты.

В результате комплексного исследования действия аэрозолей простагландинов (ПГ) E_2 и $F_{2\alpha}$ у 83 больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких установлены основные закономерности в изменениях клинико-функциональных, иммунологических, биохимических и цитологических показателей. Выявлено действие ПГ E_2 на обструкцию дыхательных путей, выражающееся в бронхолитическом, а в отдельных случаях и в бронхоспастическом эффекте. Найдены сдвиги в иммунологической реактивности организма (изменения в относительном и абсолютном числе Т- и В-лимфоцитов), которые не коррелируются с клиническим эффектом ПГ E_2 . Установлено бронхоспастическое действие ПГ $F_{2\alpha}$, которое особенно выражено у больных с обструктивным бронхитом и бронхиальной астмой. Прослежена зависимость между активностью ферментов обмена углеводов и щелочной фосфатазы, с одной, и клиническим эффектом ингалируемых ПГ E_2 и ПГ $F_{2\alpha}$, с другой стороны. Выявлено действие ПГ E_2 на систему протеаз — ингибитор. Оп-

ределены возможности применения ПГ E_2 в качестве лечебного и ПГ $F_{2\alpha}$ в качестве диагностического средства у больных ХНЗЛ.

Провести контроль возможного канцерогенного действия продуктов химической промышленности (Изучение коканцерогенного действия фенолов сланцевой генераторной смолы) (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. А. И. Кюнг, Ф. Ю. Винкманн. Таллин, 1981. 18 с.

Канцерогенез, коканцерогенез, сланцевая смола, сланцевые фенолы, хризотиласбест, бенз(а)пирен, респираторные органы, крысы вистар.

В хронических опытах на 560 крысах Вистар обоего пола изучали влияние фенолов сланцевой генераторной смолы на канцерогенез, индуцируемый в легких и верхних дыхательных путях бенз(а)пиреном (БП) и пылью хризотиласбеста, а также раздельное и комбинированное действие этих трех веществ на респираторные органы крыс.

Животным один раз в две недели (всего 5 раз) интратрахеально вводили одно из следующих веществ: 5 мг БП, 1 мг пыли хризотиласбеста или 5 мг фенолов — либо смесь двух или всех трех веществ, суспензированных в полилуксине.

Фенолы потенцировали канцерогенное действие БП, но не оказывали существенного влияния на действие пыли асбеста. Пыль асбеста также потенцировала канцерогенное действие БП. Смесь всех трех веществ обладала сильным канцерогенным действием на легкие крыс, но, как и при одно- и двухкомпонентном воздействии испытуемых веществ, не индуцировала опухолей верхних дыхательных путей.

Изучение эффективности диспансеризации больных бронхиальной астмой (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Мазер Л. Ю., Рейнвальд А. А., Сауэмяги Л. Р. Таллин, 1981. 32 с.

Бронхиальная астма, диспансерное наблюдение, лечение инталом, гормонотерапия, иммунодепрессия, частота обострений бронхиальной астмы, госпитализация, функция внешнего дыхания, трудоспособность, эффективность диспансеризации.

В результате диспансерного обследования и лечения 120 больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным (астматическим) бронхитом, которым было показано продолжительное или постоянное применение профилактических средств, за два года было достигнуто улучшение течения заболевания, более выраженное, чем у 120 больных контрольной (поликлинической) группы.

Nõukogude Eesti Tervishoid

Вследствие дифференцированного лечения, в комплексе которого основными препаратами являлись интал, кортикостероидные гормоны и иммунодепрессивные средства, число обострений бронхиальной астмы уменьшилось от 2,09 до 1,45 на одного больного в год. Сократилось количество дней временной нетрудоспособности, уменьшилась, по сравнению с контрольной группой, потребность в госпитализации больных. Понизилась латентная обструкция дыхательных путей либо нормализовалась проходимость бронхов.

Применяемые методы обследования и лечения повышают эффективность диспансеризации — позволяют более продолжительное время стабилизировать удовлетворительное состояние больных, сохранять их трудоспособность и предупреждать инвалидизацию.

Исследование частоты, причин и возможностей медицинской реабилитации лиц с тугоухостью в некоторых промышленных районах ЭССР (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Лутс А. Э., Силлам А. Т., Ильвест М. А. и др. Таллин, 1981. 57 с. (На эст. яз.)

Аудиометрия, глухота, медицинская реабилитация, психология, слуховые аппараты, сурдология, тугоухость.

Обработано статистически 500 перфокарт с данными о лицах, страдающих тугоухостью и глухотой. Перфокарты были заполнены социологами при опросе населения Раквереского района ЭССР. Учитывались также данные амбулаторных карт и при необходимости — данные клинического обследования (аудиометрия, осмотр оториноларингологом, невропатологом, терапевтом, психологом и сурдологом). На каждую 1000 жителей района (всего 78 тыс.) выявлено лиц с тугоухостью I—III степени (по классификации Л. В. Неймана) 5,3 (от 1,0 до 12,5) и глухих 1,1 (от 0,5 до 4,1). Все они нуждались в специальной слухоулучшающей помощи. Среди причин, обуславливающих тугоухость, ведущее место занимает нейросенсорная тугоухость артериосклеротического происхождения — 51,5%, затем следуют кондуктивная тугоухость (хроническое гнойное воспаление среднего уха или его последствия) — 22,9%, травмы черепа — 4,6% и промышленный шум — 3,6%.

Разработаны методические рекомендации для врачей по комплексной диагностике профессиональной тугоухости. Намечено составить список лиц, которым будет предложено протезирование слуха, опубликовано 2 журнальные статьи и представлено 2 доклада на республиканских конференциях.

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 1, январь, февраль 1983 г.

Э. А. Вяэрт, А. А. Вярник — **Причина смерти — суицид**

При анализе суицидов в ЭССР (1970—1981) было выявлено, что опасным контингентом являются мужчины (в 3,4 раза больше, чем женщин) в возрасте 35—55 лет. Среди женщин наиболее опасен возраст 40—59 лет. Суицидальные действия тесно связаны с употреблением алкоголя: 36,7% были хроническими алкоголиками или злоупотребляли алкоголем, 12,3% суицидов совершены при семейных конфликтах на фоне алкогольного опьянения. 33,8% суицидентов предварительно сообщили о намерении покончить с собой, 11,3% совершали до этого суицидальные попытки и 14,2% оставили письма о мотивах самоубийства. Иногда к соматическим заболеваниям присоединяются психосиндромы, которые ведут к самоубийству. Требуется более внимательное выявление опасных контингентов и их направление на психиатрическое лечение.

Л. И. Аувяэрт, В. А. Вахинг — **О сотрудничестве психиатра и психолога в уголовном процессе**

В уголовном процессе часто оказывается необходимым участие психиатра и психолога, которым приходится решать вопросы, пограничные между нормой и патологией человеческой психики. В таких случаях целесообразно проводить комплексную психолого-психиатрическую экспертизу, на

основании которой можно установить психическое состояние преступника во время совершения преступления (аффект, вменяемость и т. п.), соответствие хронологического и физиологического возраста, а также решить некоторые другие проблемы.

М. О. Лыви-Калнин — Методика уранопластики мостовидными лоскутами в хирургическом лечении врожденных расщелин неба

В данной работе описывается модифицированная (щадящая) методика уранопластики, позволяющая оперировать детей с врожденными расщелинами неба в более раннем возрасте (2—3 года) без нарушения дальнейшего развития верхней челюсти. Суть предложенного способа заключается в образовании т. н. мостовидных лоскутов, перемещении рото-носоглоточных тканей (велофарингопластика), подслизистой расщелке около глоточного пространства, без травматических костных разъединений, но с обязательной отслойкой и ушиванием новой слизистой оболочкой.

В мостовидных лоскутах, в отличие от лоскутов на одной задней ножке, имеется и передняя «питающая» ножка, что обеспечивает максимальное кровообращение и иннервацию лоскутов (за счет сосудов и нервов, выходящих через большое небное отверстие и резцовое отверстие). В связи с этим раны заживают обычно первичным натяжением без образования грубых рубцов, остаточных дефектов и деформации верхней челюсти.

Сравнительное изучение результатов радикальной уранопластики (у 221 больного с различными формами расщелин неба в возрасте 2—13 лет) и модифицированной операции расщелины неба (у 50 детей) показало, что в последнем случае достигаются лучшие анатомические и функциональные результаты. В условиях радикальной уранопластики неосложненное заживление операционной раны наблюдалось в $81,0 \pm 2,6\%$ случаев, при щадящей методике уранопластики — в $96,0 \pm 2,8\%$ случаев. Сравнительная оценка функциональных результатов свидетельствует о том, что в первом случае отличную и хорошую речь приобрело $63,7 \pm 3,4\%$ больных, при модифицированной операции — $80,4 \pm 5,9\%$ детей. У детей, оперированных по новому способу, отклонений в развитии верхней челюсти и формировании постоянного прикуса не наблюдалось.

С. Х. Лаанес, Э. А. Аллик — Чувствительность к фагам и антибиотикам стафилококков, выделенных от микробноосителей

Исследовали чувствительность к фагам 374 штаммов патогенных стафилококков, выделенных у медицинского персонала отделений хирургического профиля Тартуской клинической больницы (всего 261 человек).

У 264 штаммов определяли чувствительность к антибиотикам.

У микробноосителей преобладали штаммы стафилококков I фагогруппы (31,36%) и III фагогруппы (34,42%), которые при повторных исследованиях изолировались в 3 раза чаще, чем штаммы II фагогруппы.

25% изученных штаммов соответствовали критериям внутрибольничных штаммов.

Т. Ф. Кауба, А.-Э. А. Каасик, Л. Э. Пийр-оя, В. П. Таммист — Неотложная терапия больных с инфарктом головного мозга — где и когда начинать?

Ведущая роль в патогенезе инфаркта головного мозга принадлежит состоянию общей гемодинамики. Авторами настоящей работы установлено, что у 87% всех больных, госпитализированных в острой стадии инфаркта головного мозга, отмечаются признаки нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы. Установлено, что ранняя госпитализация больных (в течение первых суток болезни) улучшает исход болезни. Однако неотложная терапия этих больных, особенно в первые часы после проявления клинической картины болезни, все же является недостаточной и часто запаздывает. Всем этим больным показано применение сердечных гликозидов немедленно после начала болезни, ибо назначение полного терапевтического комплекса только в условиях стационара может привести лишь к потере драгоценного времени.

М. К. Пурде, М. А. Эомойс, Х. А. Колле — Овуляция и риск заболеть раком молочной железы у молодых женщин

Изучались концентрации прегнандиола (100 анализов мочи) в лютеиновой фазе менструального цикла у 29 нерожавших и 41 первородившей эстонской женщины. Если прегнандиоловая концентрация в моче была ниже, чем 1 мг в литре, менструальный цикл женщины считали ановуляторным. Ановуляторные менструальные циклы у нерожавших встречаются чаще (44%), чем у первородивших (24%). Средние концентрации прегнандиола у эстонских женщин не отличались существенно от таковых у женщин Греции или США. На нашем материале не выявлено влияния частоты овуляции на риск заболеваемости раком молочной железы. На большом материале среди 17 популяционных групп Б. Макман и др. (Int. J. Cancer, 29, 13—161, 1982) не подтвердилась гипотеза о влиянии более частых ановуляторных менструальных циклов у молодых женщин на повышение риска заболеть раком молочной железы.

Э. П. Вагане, А. Ю. Тингас — О питании в больницах гор. Таллина

Весной и осенью 1978 г. проведено исследование питания (общий стол № 15) в четы-

рех таллинских больниц по меню-раскладкам. Полученные данные были сопоставлены с соответствующими нормами для больных и аналогичными исследованиями 1959 и 1973 гг.

Исследование показало, что рационы больных достаточно калорийны. За период 1959—1978 гг. содержание белков и жиров в рационах значительно повысилось, а углеводов — понизилось. Только пищеда онкологических больных была бедна белками, и все рационы содержали мало растительного масла. Содержание минеральных веществ в пище больных, кроме онкологических больных, было достаточным. Установлен недостаток витаминов А, В₁, В₂ и С в некоторых рационах. Больные получают мало картофеля, овощей и рыбы и потребляют слишком много (40—50% калорийности) рафинированных продуктов. Медицинский персонал в больницах должен разъяснять больным принципы рационального питания.

Х. Я. Вяре — Депрессии (нозологические формы и этиопатогенез)

С увеличением распространенности депрессий, особенно их симптоматических и маскированных форм, возросла потребность в информировании врачей кругов о депрессивных состояниях. В обзоре приводится нозологическая классификация, симптоматология, эпидемиология и основные факторы патогенеза депрессий. Для своевременного выявления депрессивных больных и для предупреждения суицидов считается целесообразным укреплять взаимосвязи врачей общего профиля с психиатрами, организовывать психиатрические палаты в центральных районных больницах и адекватно оценивать у больных факторы риска к самоубийству: пожилой возраст, одиночество, хронические заболевания, зависимость от лекарств и алкоголизм.

В. П. Салупере — Алкоголь и печень

В статье рассматриваются различные аспекты воздействия алкоголя на печеночную паренхиму. Описывается механизм действия алкоголя на печень, в частности процесс возникновения жировой дистрофии печеночных клеток. Автор подробно останавливается на клинических симптомах, функциональных нарушениях печени, а также описывает морфологические признаки различных форм алкогольного поражения печени, в том числе стеатоза, алкогольного гепатита и цирроза печени. Приводятся рекомендации по лечению алкогольного поражения печени.

С. Л. Линдстрём, Л. О. Сепп, Л. Х. Теэ-муск — Инфаркт миокарда и асептический некроз кости при красной системной волчанке

Для красной системной волчанки характерна полисиндромная клиническая карти-

на. Приводится описание одного случая заболевания, при котором имели место два редко встречающихся при красной системной волчанке осложнения — инфаркт миокарда и асептический некроз кости у одного и того же больного.

Э. А. Раукас, Э. И. Лиллак, А. И. Кюнг — Случай альвеолярного микролитиаза легких

В. П. Салупере — Удовлетворяет ли нас диагностирование алкоголизма?

К. А. Валгма — Еще раз на тему «*Quo vadis, medicina?*»

В помощь фельдшерам и сестрам

Э. Кяэр-Кингисепп — Экспериментальная физиология пищеварения на медицинском факультете Тартуского университета в середине минувшего столетия

Профессор физиологии Тартуского университета Ф. Биддер (с 1843 г. по 1869 г.) и доцент физиологической химии Карл Шмидт (доцент с 1847 г., проф. химии физико-мат. фак-та с 1852 г.) проводили совместно большую исследовательскую работу по изучению деятельности пищеварительных желез (слюнных, желудочных, панкреатических, желчных, кишечных) в экспериментах на собаках, овцах и других животных. Биддер, опытный мастер хирургических операций на животных, в целях физиологического эксперимента, разработал методику исследований; точные химические анализы пищеварительных соков произвел Шмидт. Полученные результаты были объединены в монографию «Пищеварительные соки и обмен веществ» (1852), опубликованы в научных статьях и диссертациях и стали достоянием мировой медицинской науки. Исключительное значение для медицины и биологии вообще имело установление наличия соляной кислоты в желудочном соке животных (как плотоядных и травоядных) и человека (исследования на пациентке Катарине Кютт с фистулой желудка). Биддеру и Шмидту принадлежит также приоритет в установлении наличия аммиака в желудочном соке. В трудах тартуских ученых впервые описаны наблюдения за выделением слюны у собаки на показ пищи, а также «весьма примечательное явление» (Биддер) — сокоотделение из желудочной фистулы у собаки при показе пищи. Полвека спустя И. П. Павлов объяснил сущность приведенных явлений.

Л. Т. Ребане — II конференция обществ пярнских врачей и медицинских сестер
Р. В. Силла — Расширенный выездной пленум Всесоюзного научного общества гигиенистов

Х. А. Кахн — I пленум Всесоюзного научного общества токсикологов

Х. А. Силласту — Общее собрание Научного общества фтизиатров Эстонской ССР и Литовской ССР

К. П. Виллако — Сотрудничество гастроэнтерологов медицинского факультета ТГУ и Финляндии

Э. Ю. Раудам — III Всесоюзный съезд нейрохирургов

Л. Я. Тамм — Встретились детские врачи Эстонской ССР и Финляндии

Р. В. Силла — IV Республиканский съезд эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов

Х. А. Кахн — Республиканская научно-практическая конференция «Роль и перспективы медицины труда в повышении производительности и культуры труда»

И. Ю. Лаан — Республиканский семинар педиатров

В. Х. Янес — V симпозиум психиатров СССР и Финляндии

В. В. Калнин — Заседание секции промышленно-санитарной химии проблемной комиссии Института гигиены труда и профессиональных заболеваний Академии медицинских наук СССР

А. Э. Яннус — Совещание Всесоюзного проблемного совета «Медицинские аспекты охраны окружающей среды»

И. А. Калитс — III съезд эндокринологов Украинской ССР

А. А. Тикк, Т. Ф. Кауба, М. С. Поосе — Конференция неврологов Литовской ССР

И. Ю. Лаан — Всесоюзная конференция по санаторно-курортному лечению детей

И. А. Вельдре — Выездной пленум секции санитарной охраны водоемов и гигиены Всесоюзной проблемной комиссии по разработке научных основ гигиены окружающей среды

М. Ю. Саарма — Симпозиум по психиатрии ученых СССР и Чехословакии

А. А. Румм — Встреча фтизиатров и пульмонологов Эстонской ССР и Финляндии

А. Н. Вапра — Тартуские, Таллинские и Пярнуские ревматологи в Финляндии

А. О. Тамм — На форуме гастроэнтерологов

Юбилейные даты

Вопросы эстонского языка в медицине

Новые лекарственные препараты

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 1, January, February 1983

E. Väärt, A. Värnik — Suicide as a cause of death

All deaths due to suicide were studied during the years 1970—81 in the Estonian SSR. As a result, it was found that males aged between 35 and 55 constituted a major suicide risk group (male/female ratio 3.4:1). Females were at the risk of suicide predominantly at the age between 40 and 59 years. The incidence of suicide fluctuated in different areas of the Republic. It was also found that alcohol was an important factor in deaths from suicide. 37 per cent of people who had committed suicide were known to have drinking problems or were heavy drinkers, 12 per cent of those committed suicide in a family skirmish under the influence of alcohol, 34 per cent threatened suicide and 11 per cent had tried it. 14 per cent had left a letter giving reasons for committing suicide. Psychosomatic disorders often led to suicide.

The authors point out that mentally disturbed people with suicidal tendencies should be referred for specialist psychiatric treatment.

L. Auväärt, V. Vahing — Collaboration between psychiatrists and psychologists in criminal cases

The expert knowledge of a psychiatrist and a psychologist are quite often used in criminal cases. These specialists have to decide on problems of human mental qualities marginal between norm and pathology. In many cases it is advisable and expedient to obtain an expert opinion through a complex psychologo-psychiatric examination. Such an examination serves as a basis for determining the psychic state of an accused person after committing a criminal offence (affect, respon-

sibility, etc.) the connection between psychological and chronological age of the accused person and for solving some other problems.

M. Lõvi-Kalnin — Uranoplasty with bridge-like flaps used in the surgical treatment of congenital cleft palate

In this article a modified (sparing) method of uranoplasty is described. This method makes it possible to operate on children with congenital cleft palate at an earlier age (from two to 3 years) without the development of further deformities of the upper jaw bone. The essence of this method lies in the development of so-called bridge-like flaps, in the translocation of stomatonasopharyngeal separation of the peripharyngeal space, without painful detachment of the bone tissue, but with an oblicatory separation and suturing of the nasal mucous coat.

In these bridge-like flaps, there is an anterior "feeding" crus which supplies blood and innervation to the flaps (through the blood vessels and nerves emerging from the major palatal opening and passing through the incisor opening). That is why the operative wounds heal by the first intention with no scarring, residual defects and deformities in the upper jaw bone.

A comparative evaluation of the results of radical uranoplasty (in 221 patients with several forms of cleft palate, between the ages of 2 and 13 years) and of the results of the modified operation for cleft palate (in 50 children) has suggested that the latter operation guarantees better postoperative results. After radical uranoplasty the healing of operative wounds was observed in 81.0 ± 2.6 per cent, and after the modified procedure — in 96.0 ± 2.8 per cent of the patients operated on.

This comparative evaluation of postoperative functional results suggests that in the first group of patients, operated on by the radical method, the speech quality was good and excellent in 63.7 ± 3.4 per cent, and in the patients operated on by the modified method the speech quality improved in 80.4 ± 5.9 per cent.

After the modified operation there were no deviations from the normal development of the upper jaw bone. Neither did the children develop a habit of continual biting after the latter operation.

S. Laanes, E. Allik — The sensitivity to phages and antibiotics of *Staphylococcus aureus* strains isolated from carriers

A total of 374 strains of *S. aureus* were isolated from carriers among medical staff. All the 374 *S. aureus* strains were tested for sensitivity to phages, and 264 of those strains — for sensitivity to various antibiotics. As a result of the phage-typing, it was found that staphylococcal strains belonging

to the phage group I. (31.36 per cent) and to the phage group III. (34.42 per cent) were prevalent. They were isolated thrice as often as the strains belonging to the phage group II.

It is concluded that 25 per cent of the antibiotic-resistant staphylococci may be responsible for nosocomial infections.

T. Kauba, A.-E. Kaasik, L. Piiraja, V. Tammist — Early treatment of ischemic stroke

General hemodynamic disorders play an important role in the development of brain infarction. A study of stroke victims revealed that cardiovascular disturbances were present in 87 per cent of all cases admitted to hospital at the acute stage of the ischemic stroke. It is concluded that the outcome of the stroke depends largely upon the hospitalization time. Such patients should be hospitalized with the utmost promptitude. However, the study revealed that even the earliest treatment at home is often insufficient. The authors advocate an immediate administration of cardiac glycosides as an emergency measure.

M. Purde, M. Eomois, H. Kolle — Probability of ovulation and breast cancer risk in young females

100 urine samples were collected from 29 nulliparous and 41 primiparous Estonian females during the luteal phase of menstrual cycle. A pregnanediol concentration less than 1 mg per litre suggested that the cycle was anovular. As regards the urinary pregnanediol concentration (UPC), the Estonian females' UPC-s differed insignificantly from those measured in Greece and in the USA. Nulliparous women had a higher proportion (44 per cent) of anovular menstrual cycles than primiparous women (24 per cent). Nevertheless, we have no evidence that breast cancer risk can be modified by the frequency of anovular menstrual cycles in young women. B. MacMahon and others (Int. J. Cancer: 29, 13—16, 1982) have obtained data on 17 population groups which did not support the hypothesis that a high percentage of anovular menstrual cycles could be associated with an increased breast cancer risk.

E. Vagane, A. Tingas — Nutrition in some hospitals in Tallinn

Customary diet (No 15) in four hospitals in Tallinn was investigated in the spring and summer 1973. The results of the studies were compared with those obtained in 1959 and 1973. The studies carried out in four hospitals revealed that the patients' mean intake of calories was adequate. Although between 1959 and 1972 there was a significant increase in protein and fat content in the hospital diet, the diet investigated was

lacking in carbohydrates. The diet in oncological wards was low in proteins and minerals. All the hospital diets studied were relatively low in vegetable fats, and A₁, B₁, B₂ and C vitamin contents were inadequate. The quantities in the diets of potatoes, vegetables and fish were inadequate, but the intake by patients of refined foods was very large — providing 40—50 per cent of total calories.

H. Väre — Depression: its nosological forms and pathogenesis

V. Salupere — Alcohol and the liver

In this article different aspects of the effects of alcohol on liver parenchyma are dealt with. The intimate mechanism of liver damage due to heavy consumption of ethanol and the pathogenesis of liver cell steatosis are discussed. A detailed description of clinical symptoms, functional disorders and morphological signs of alcoholic steatosis, alcoholic hepatitis and liver cirrhosis is presented. The author offers some recommendations for the treatment of alcoholic liver disease.

S. Lindström, L. Sepp, L. Teemusk — Myocardial infarction and aseptic bone necrosis in systemic lupus erythematosus

Clinically, systemic lupus erythematosus is a polysyndromic disease. The authors of this article present a case of systemic lupus erythematosus followed by two rare complications — myocardial infarction and aseptic bone necrosis.

E. Raukas, E. Lillak, A. Küng — A case of alveolar microlithiasis of the lungs

V. Salupere — Is screening for alcoholism adequate?

K. Valgma — Once more: "Quo vadis, medicina?"

Nurses' column

E. Käer-Kingisepp — Experimental physiology of digestive glands at the Medical Faculty of Tartu University in the middle of last century

Professor of physiology at Tartu University F. Bidder (from 1843 to 1869) and assistant professor of physiological chemistry Carl Schmidt (from 1847, later professor of chemistry at the Faculty of Natural Sciences and Mathematics) performed an important research into the activity of digestive glands (salivary, gastric, pancreatic, intestine glands) using experiments on dogs and lambs and other animals. Experimental methods for

obtaining pure digestive juices were elaborated by Bidder and precise chemical analyses were performed by Schmidt. As a result of their fundamental research in the field of digestion physiology a number of publications (theses, articles) were produced, among them was the extensive monograph from F. Bidder and C. Schmidt «Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel» (1852). The presence of hydrochloric acid in the gastric juice (taken from Catharina Kütt through a gastric fistula) was established. Also Bidder and Schmidt were the first to describe dogs' salivary and gastric secretion at the sight of food. That discovery was made several years before the discovery by Pavlov of conditioned reflexes.

Societies of physicians

Conferences and medical meetings

Our heroes of the day

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

New drugs

Chronicle

Research work carried out by scientists of the Estonian SSR

English text edited and translated by E. Saarnok

HAIGE HOOLDUS ON AEGADE KESTEL OLNUD IKKA TÄHTIS

Arstiteaduse nestor Avicenna
on oma raamatus
«Poeem meditsiinist»
kõnelnud sellest värssides:

Ta ümber olgu sinu helde hool,
head sõnad aga viisiks sellel lool.
Ja naeratus su huulil mahedaim,
et sellest rõõmustuks nii hing kui vaim.
Su naljast naerma puhkegu ta siis,
ka ravib muusika ja lauluviis.

. . .

See arst, kes võtab kuulda minu nõu,
teeb haige terveks, taastab elujõu.

(Rudolf Rimmeli eestindus)

Lugege kutse-eesitika ja meditsiinipsühholoogia
alast kirjandust

RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINIRAAMATUKOGUS



NAJAKSIIN
NAJAXINUM

Kesk-Aasia kobra (*Naja-naia oxiana E.*)
mürki sisaldav ravim.

Mõjus valusündroomi korral, mis on põhjustatud perifeerse närvisüsteemi haigustest (radikuliit, kolmiknärvi neuralgia, mitmesuguse etioloogiaga neuriidid).

Süstitakse naha alla või lihasesse
1 . . . 3 päeva tagant.

Pakendis 10 ampulli á 1 ml.