

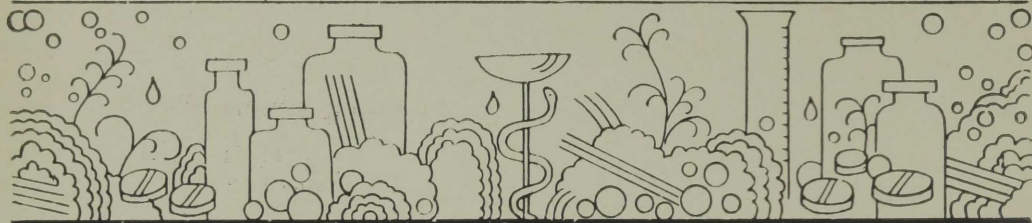


NÕUKOGUDE EESTI **TERVISI HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5 · 1986



UNGUENTUM VULNUSANI

Salv soodustab pindmiste mädaste haavade paranemist.

Tuubis 45 g salvi.

Toodetakse Bulgaaria RV-s.

UNGUENTUM PROPOCEUM

Propotseum sisaldab 10⁰% propolise ekstrakti. Propotseumi kasutatakse täiendava ravimina krooniliste ekseemide, neurodermiitide, sügelevate dermatooside ning halvasti paranevate haavade ja troofiliste haavandite korral.

Ravi kestab 2...3 nädalat.

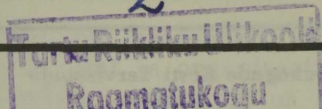
UNGUENTUM NITRO

Salv sisaldab 2% nitroglütseriini.

Ravim on näidustatud stenokardia korral ning seda määratakse ainult täiskasvanutele. Salvi võib kasutada 1...3 korda päevas.

Tuubis 45 g salvi.

Toodetakse Soomes.



SISU

TERVISHOIUJUHT TÄNAPÄEVAS

V. Roos — Tervishoiujuht — ametiühingu ja tervishoiuasutuse koostöö organisaator 323

JUHTKIRI

N. Elšteín — Dispanseerimine terapeudi töös: probleemid ja perspektiivid 325

TEORIA JA PRAKTIKA

L. Päi, A. Vapra — Reumaatilisi haigusi põdejate dispanseerimise kogemusi Tartus 327

Ü. Heinla, A. Kolde, H. Pärn, U. Mardna — Haavandõvehaigete dispanseerimine 330
K. Sarapuu, L. Jannus, P. Mardna — Kopsuhaiguste fluorograafilise väljaselgitamine ülddispanseerimise esimesel etapil 332

L.-I. Sepp, G. Haitov, A. Laane, L. Teemusk, H. Šlik, M. Varik — Hematoloogilisi haigusi põdejate dispanseerimine Tallinna Vabariiklikus Haiglas 334

M. Rahu, E. Pukkala, T. Aareleid — Rinnavähihaigestumus Eestis ja Soomes 337

T. Aareleid, S. Karjalainen, E. Pukkala, M. Rahu — Rinnavähihaigete elulemus Eestis ja Soomes 340

I. Gussak, E. Altraja, R. Teesalu — Müokardi vulneraabluse määramisest isheemia korral 344

ÜLEVAATED

R. Looga — Hemoreoloogia ja kliiniline meditsiin. II. Hemoreoloogia rakendamine 345

P.-H. Kingisepp — Kopsude funktsionaalse seisundi iseloomustamine forsseeritud hingamise abil 351

G. Gorelašvili, E. Kuus — Jämesoole topeltkontrasteerimine 356

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

A. Adoson — Dispanseerimise kogemusi Väike-Õismäe Polikliinikus 359

S. Etilin, L. Redko, L. Kartuzova — Elanike arsti poole pöördumise andmete kasutamine keskkonnakaitsemeetmete rakendamisel 361

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASU-ISTIKA

V. Salupere, H. Rimmel — Healoomuline retsidiveeruv kolestaas 363

MÖTTEVAHETUS

O. Volož, R. Kaup — Polikliinikutes töötavate terapeutide suhtumine profülaktikaküsimustesse 365

KAADRI ETTEVALMISTAMINE 367

ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kalnin, L. Schotter — Oftalmoloogia ajalooost Tartu Ülikoolis 370

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

M.-A. Riikjärv — Ülevabariigiline lastearstide ja akušöör-günekoloogide perinatoloogia seminar 374

U. Sibul — NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kõhuõonekirurgia probleemikomisjoni järjekordne pleenum 374

H. Vahter — XIV Eesti NSV dermatoverneroloogide teaduskonverents 375

M.-A. Riikjärv — Pediaatrite nõupidamine 376

L. Allikmets — Üleliiduline sümposion «Neuroleptikumide keemia, farmakoloogia ja kliinik» 377

A. Luts — VII vabariiklik otorinolarüno- loogide konverents 377

A. Liiv — Ülevabariigiline psühhiaatrite ja narkoloogide seminar 378

N. Loogna, S. Velbri — Leedu NSV allergoloogia ja immunoloogia konverents 378

A. Mesikepp — Üleliiduline nõupidamine ägeda müokardiinfarkti ulatuse hindamise ja ravi alal 379

ARSTIDE SELTSIDES

H.-I. Maaros — Eesti Gastroenteroloogide Seltsis 380

A. Liiv — L. Puusepa nimelise Neuroloogi- de, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhataste laiendatud pleenum 380

VÄLISMAALT

V. Rätsep, N. Elšteín — Tervishoiu aktuaalsed probleemid Ülemaailmse Tervishoiu-organisatsiooni andmeil 381

MEIE JUUBILARE 383

M.-E. Prostag, R. Sein, G. Arro, I. Seffer, M. Kaplijeva, A. Luts, V. Adamovski, E. Laas, H. Treufeldt, L. Böstrova, K. Leps, K. Tambur, J. Tedremaa, A. Volmer, N. Fajenkova

UUSI RAVIMEID 387

IN MEMORIAM

Silvi Giva 12. V 1946...9. V 1986 388

KROONIKA 389

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekonnad. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

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

Toimetusnõukogu

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

Korrektor T. Peep. Tehniline toimetaja L. Art. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 18. 08. 1986. Trükkimisele antud 23. 09. 1986. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 9,03. Tell. nr. 3197. MB-09031. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 9,03. Заказ № 3197. MB-09031. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

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

Käsitõõ esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Tõõ olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja tõõ esmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitõõ 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 esitatagu kokkusuurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõõnd, kas tõõ on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitõõjaga. Teadusliku tõõ käsitõõja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõõkõide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, tõõkoha ja kodune telefon, sünnaiaasta, perekonna- seis, laste arv) lisatakse käsitõõja lõppu koos kõõkõide autorite allkirjadega. Kõõgkoolide ja uurimisinstituutide tõõtõõjad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatagu vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõõkimiseks sobiv eesti-keelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina 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 kõõkõide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, kõõide, anne või number, artikli lehekõõlgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsitõõja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagakõõljele märkida ülemine serv.

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

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

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

Tervishoiujuht tänapäevas

Tervishoiujuht — ametiühingu ja tervishoiuasutuse koostöö organisator

Tänavu jaanuaris avaldati ajakirjanduses NLKP Keskkomitee otsus, mis kiidab heaks mitme suure tööstusettevõtte partei- ja ametiühinguorganisatsiooni töötajate ning majandusjuhtide kogemused töötajate haigestumishetked vähendamise ja profülaktika alal. Sellega kohustati parteiorganeid nõudlikumalt suhtuma juhtivkaadrisse, kelle kohustuste hulka kuulub tootmis- ja olmetingimuste, arstiabi ja haiguste profülaktika parandamine. Ühtlasi kohustati NSV Liidu Tervishoiuaineteeriumi ja tema organeid täiustama töötajate arstiabi korraldust kohtadel, suurendama tervishoiuasutuste juhtide vastutust arstliku ekspertiisi kvaliteedi ja haiguslehtede väljaandmise põhjendatuse ees.

Samad kohustused meie vabariigi oludele kohandatuna esitati tänavu märtsis toimunud ametiühingu-, majandus- ja meditsiinitöötajate aktiivi vabariiklikul nõupidamisel. Muu hulgas mainiti, et ühiste jõupingutuste tulemusena on meie vabariigis ajutisest töövõimetusest põhjustatud tööajakaod tunduvalt vähenenud, mitmekordselt on vähenenud ka kutsehaigustesse haigestumine. Ent haiguste tõttu läheb kaotsi ikka veel palju tööaega, märgatavalt rohkem kui naabervabariikides. Paljud ette-

võtted ja organisatsioonid ei täida töötajate tingimuste ja töökaitse parandamise ning sanitaartervistusabinõude kompleksplaanide. Töölise, teenistujate ja kolhoosnike arstiabi korraldus ei vasta veel nõuetele.

Tervishoiujuht on kõigepealt arst, samal ajal on ta juht ja organisator, olgugi et sellealane ettevalmistus on tal väga tagasihoidlik. Ta peab olema ka ökonomist, finantsist, ehitaja, varustaja ning mida kõike veel. Selleks aga ei saa oskusi kusagilt mujalt kui elu- ja töökogemustest. Tõsi, tervishoiu- ja ametiühingutöö kogemustega häid tervishoiujuhte on meil palju (V. Ilmoja, L. Maurer, T. Kaljuste, R. Malviste, V. Subi, E. Väärt, S. Aru, H. Lutsoja jpt.). Nende kõrval on palju ja vist isegi rohkem noori tervishoiujuhte, kellel neid kogemusi jääb veel vajaka.

Tervishoiujuht puutub kokku kõigepealt ametiühinguprobleemidega oma asutuse töötajate huve kaitstes, nende liitmisel heaks kollektiiviks. Nimetagem siinkohal vaid töökorralduse täiustamist, sotsialistliku võistluse korraldamist, tööõiguslike küsimuste õiglast lahendamist. Töötajate olmeprobleemid olid, on ja jäävad päevakorraale ning nende lahendamisest sõltuvad suuresti juhi ja kollektiivi suhted. Kõige tihedamini liidavad kollektiivi ühised kultuuri- ja spordiüritused ning turism. Vaieldamatult peavad initsiaatoriteks olema ametiühinguorganisatsioon ja tema aktiiv, kuid asutuse juhi kõrvale jäämine või isegi eitav suhtumine võib lüüa saatusliku kiilu tema ja kollektiivi vahele.

Veelgi olulisem on tervishoiujuhi töö riikliku sotsiaalhoolduse alal. Ametiühing ja riiklik sotsiaalhooldus? Eksitust siin siiski ei ole. Üle viiekümne aasta tagasi anti töötajate sotsiaalne kindlustamine ametiühingute pädevusse ja seega täidavad ametiühingud ka tähtsat riiklikku funktsiooni.

Tervishoiujuhi töö sotsiaalhoolduse alal hõlmab peale oma töötajate kogu antud asutuse teeninduspiirkonna kõigi tööstusettevõtete, majandite, koolide ja lasteasutustega.

Riikliku sotsiaalhoolduse mahule on kõige iseloomulikum tema eelarve, raha, mis selleks otstarbeks aastas eraldatakse. 1986. aastaks on meie vabariigile eraldatud 181 miljonit rubla ja selle kasutamine sõltub peale ametiühingute paljuski ka tervishoiuasutuste tööst, seega ka tervishoiujuhi õigetest arusamadest ja oma töötajate otstarbekast töökorraldusest.

Nendest miljonitest kulutatakse suurem osa töötavate pensionäride pensioonideks. Tervishoiujuhi osa selles piirdub siiski põhiliselt oma kollektiiviga, tagades igale pensionärist töötajale kõik selle, mis on seadusega ette nähtud, ja ära hoides alusetuid väljamakseid. On ju teada, et tervishoiuasutustes töötab väga palju pensionäre ja et pensionide väljamaksmisel tuleb ette väga palju eksimusi nii enam- kui ka vähemmaksetena. Nende eksituste eest kannab kõige suuremat vastutust tervishoiujuht.

Haigus-, rasedus- ja hooldtoetustele kulub sotsiaalhoolduse eelarvest üle 30 %. Siin jäävad tervishoiujuhi töös oma kollektiivi töötajate mured ja rõõmud sekundaarseks, esile kerkivad hoopis kogu teeninduspiirkonna töötajate vajadus arstiabi järele, haiguste ärahoidmine, õigeaegne ja ratsionaalne ravi, osaliselt töövõime kaotanute ratsionaalne töökorraldus.

Kahjuks on väheste kogemustega meedikute hulgas levinud väär arusaam, et ametiühingud püüavad igati säästa ja piirata haigustoetuste väljamakseid, seega ka töövõimetuslehtede väljaandmist. Ei, mingit piiramist ei ole ega tohigi olla, töövõimetu haige tuleb vabastada töölt ja anda talle toetust täpselt nii palju, kui palju ta vajab oma tervisliku seisundi tõttu. Haigete vajaduste piiramine on kuritegu ja sellel võivad olla väga kurvad tagajärjed, nagu haiguse muutumine krooniliseks, invaliidistumine. Need aga nõuavad lõppkokkuvõttes mitmekordselt suuremaid kulutusi, põhjustavad töökäte puudust ja toodangu langust.

Võidelda aga tuleks töövõimetuslehtede põhjendamatu väljastamise, liialduste vastu ja, mis siin salata, ka arsti-

etika rikkumise vastu. Sellest on olnud piisavalt juttu nii ministeeriumi kolleegiumi koosolekutel kui ka ametiühinguorganisatsioonides.

Siiski võib öelda, et töötajate haigestumine, mis toob kaasa ajutise töövõimetus, on aastate jooksul vähenenud. Sellest tulenevalt ei ole ka haigustoetusteks ettenähtud summadest kunagi väheks jäänud. Vaatamata toetuse saamise õiguse piiride pidevale laienemisele, on meie vabariigis kasutamata jäänud kuni kuus miljonit rubla.

Sanatooriumides ravil olijatest on paljud puhkajad. Miks? Sanatoorsele ravile pääseb ju üksnes meditsiinitöötaja soovitude alusel (!), vastupidine on välistatud. Enamikul arstidel, kelle hulgast võiks vast ainult pediatrid välja arvata, ei ole selget pilti sanatoorse ravi võimalustest ja näidustustest. Sellest ka arstide tagasihoidlik initsiatiiv. Võimalused kasutatakse siiski ära ja seda töötajate endi initsiatiivil. Töötaja, kellel avanes võimalus sanatoorne tuusik saada, taotleb sanatoorse kaardi väljakirjutamist, mida ka tehakse, sest ega sanatoorne ravi kahju tee ja eks mingi viga ikka küljes on. Nii ongi tekkinud surnud ring: sanatooriume on vähe, kõigile tuusikuid ei jätku, sanatoorset ravi väga vajavad haiged sinna ei pääse, sanatooriumides aga on hulgaliselt puhkajaid.

Juba käesoleval viisaastakul tuleb lõpule viia sihtkompleksprogrammide «Tervis» koostamine. Programmides on ette nähtud kõik võimalused, mis aitavad tugevdada tervist ja vähendada haigestumist (viisaastaku lõpuks 10... 15 %). Praeguseks on need programmid koostatud suuremates ettevõtetes, lõpukorral on harukondlikud, s.t. majandusharude programmid. On aeg edasi arendada need territoriaalselt linnade ja rajoonide ning kogu meie vabariigi kohta.

Vello Roos
Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu
sotsiaalkindlustuse osakonna
juhataja

UDK 362.147:614.254

Dispanseerimine terapeu- tide töös: probleemid ja perspektiivid

Natan Elštein · Tallinn

ülddispanseerimine, põhimõtted, terapeutide osa,
arstide koostöö, materiaalne baas

Dispanseerimine kui sisehaiguste profülaktika meetod on esmakordselt välja töötatud ja kasutusele võetud Nõukogude Liidus. Terapeutide sellealased kogemused ulatuvad juba aastakümnetesse, kuid elu dünaamilisus, tervishoiu areng ning meditsiini progress seavad meie ette uued probleemid.

NSV Liidu majandusliku ja sotsiaalse arengu põhisuundades aastaiks 1986... 1990 ja kuni 2000. aastani on püstitatud ülesanne minna üle rahvastiku ülddispanseerimisele. Jutt ei ole siinjuures tavalisest terapeuti läbivaatusest, vaid komplekssest uurimisest, mille eesmärk on nii väljakujunenud kui ka varjatult kulgevate haiguste väljaselgitamine ning nende ravi. Vaja on rõhutada, et profülaktika ei ole mitte üksnes haiguste ärahoidmine, vaid ka meetmete rakendamine inimese tervise tugevdamiseks, haiguste progresseerumise ärahoidmiseks, ajutise töövõimetuse esinemissageduse vähendamiseks.

Dispanseerimise edukuseks oleks vajalik sõeluuringute veelgi laialdasem kasutamine, ka automatiseeritud diagnostiliste ja laboratoorsete komplekside laialdane kasutamine, tulemuste töötlus raaliga, samuti arstide ja keskastme meditsiinitöötajate arvulise suhte paranemine (on vaja, et viimati nimetatuid oleks suhteliselt rohkem — mitte suhe 1 : 3, nagu on NSV Liidus praegu, sealhulgas ka Eesti NSV-s), ka tervistuskeskuste jms. väljaehitamine. Kui

arvesse võtta kohalikke tingimusi, võib rahvastiku ülddispanseerimise programmi elluviimine erineda nii tähtaja kui ka töö mahu poolest.

1986. aasta 1. jaanuaril oli meie vabariigi linnade ühes terapeutidijaoskonnas keskmiselt 1675 inimest. Terapeutide tunnikoormus vastuvõtul ja koduviisiide tegemisel, samuti ka ametikoha kogu aasta ülesanded üldse kõikides linnades ja rajoonides normi ei ületa, kohati on see isegi alla normi. Kõrvutades kõiki andmeid ja näitajaid, võib kinnitada, et juba praegu on terapeuti poolt võimalik läbi vaadata iga Eestimaa elanik. Kuid see ei ole veel dispanseerimine. Kahjuks ei ole võimalik teha kõiki täiendavaid uuringuid — laboratoorseid, funktsionaalseid, ka eriarstide uuringuid. Sellele vaatamata on uurimisel vaja kõik võimalused ära kasutada.

Arstide mõtlemislaad dispanseerimise suhtes, ka selle tähtsusest arusaamine jätab soovida. Selles on tulnud veenduda nii igapäevases töös kui ka terapeutide atesteerimisel. Mitme polikliiniku, nagu Rapla, Haapsalu, Viljandi jt. ambulatoorsete haiguslugude kontrollimine on näidanud, et alati ei uurita kopsuhaigete funktsionaalset seisundit; ei mõodeta vererõhku mõlemal käel, osal patsientidel ei ole seda mõõdetud aastaid; isegi haavandtõve ilmsete tunnuste olemasolul sageli ei kontrollita haiget endoskoopiliselt jne.

On teada, et ägedaid haigusi põdenute dispanseerimise meetodika krooniliste haiguste profülaktika eesmärgil on NSV Liidus esmakordselt välja töötatud ja tervishoiupraktikas kasutusele võetud just Eestis. Lisaks öeldule on valikulisel uurimisel välja selgitatud, et uurimise ja ravi puudusi tuleb ette igal neljandalviival haigel. Eriti muret tekitab on krooniliste nakkuskollete väljaselgitamine ja ravi.

Tõsiasi, et haige dispanseersele arvele võtmise ajal diagnoositakse juba keskmise raskusega või raskekujulist suhkurtõbe, II või III staadiumis kroonilist kopsupõletikku, annab tunnistust puudustest haiguste õigeaegsel väljaselgitamisel.

Toon selle kohta näite. Kui enamikus meie polikliinikutes on I staadiumi hüpertooniatõbe diagnoositud tavaliselt kuni 30 %-l haigetest (ülejäanutel aga juba II või III staadiumis), siis Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla Polikliinikus oli see näitaja 1985. aastal 52,4 %. Erinevuse põhjus pole niivõrd patsientide erinevas vanuses, kuivõrd Laevanduse Keskhaigla Polikliiniku töös.

J. Loginova ja kaasautorite (3) andmeil, mis tuginevad eksperthinnanguile, diagnoositakse siseelundite haigusi õigel ajal vaid 37 %-l juhtudest. Niisugust olukorda on võimalik parandada üksnes sel teel, kui meditsiinitöötajad pööravad suurt tähelepanu mitte üksnes haigetele, vaid ka tervetele, ühtlasi neile, kes endid terveks peavad.

Ei saa pidada normaalseks ilminguks, kui erialaarstid (neuroloogid, oftalmoloogid jt.) on unustanud suhkurtõve tunnused, kui gastroenteroloog ei mõõda patsiendil arteriaalset rõhku või saadab ta selleks terapeudi juurde.

Seega ei kuulu dispanseerimise üle otsustamine mitte üksnes ühe eriala arstide kompetentsi, vaid sellest peavad osa võtma kõigi erialade arstid. Veelgi rohkem kerkivad esile arstiabi järjepidevuse küsimused (5). Dispanseerimisega seoses võime eristada arstiabi järjepidevuse kolme aspekti.

1. Lastearstide, noorukite arstide ja terapeutide tegevuse vastastikune seos. Paljud haigused saavad alguse juba lapseas, eriti palju on arstide eksimusi töös noorukite saneerimisel. Lapsi toovad arsti juurde nende vanemad. Eriti noorukid, kes juba peavad endid iseseisvateks inimesteks, kalduvad ignoreerima oma tervislikku seisundit ning arsti soovitusi. Rääkigem avameelselt — seda tegutsemisviisi, kuidas arstid püüavad mõjutada noormeeste ja tütarlaste psüühikat, ei saa heaks kiita. Võib-olla on siin vaja eelkõige meditsiinipsühholoogi abi.

2. Mitme eriala arstide tegevuse vastastikused seosed. Teame, et endokrinoloog näeb üksnes suhkurtõbe, jättes arvesse võtmata teised haigused. Tera-

peudi vaateväljast jäävad välja kõik need haiged, keda jälgivad ja ravivad teised spetsialistid. Anestesioloogia ja reanimatoloogia edusammud peegelduvad kirurgide opereerimisaktiivsuse kasvus. See omakorda nõuab tihedaid sidemeid terapeutidega, sest isegi tehniliselt eeskujulike operatsioonide korral võivad tekkida tüsistused kõrvalise tähtsusega tunduvate kaasnevate haiguste tõttu. Ka operatsioonijärgne dispanseerimine tingib koos antud hinnanguid ja otsustusi.

3. Kolmas aspekt — haigla ja polikliiniku tagasiside. Liiga palju on räägitud polikliiniku ja haigla koostööst, samal ajal aga statsionaarsed raviastutused dispanseerimises tegelikult ei osalenud. Igal aastal saadetakse mingil põhjusel haiglasse iga viies inimene, 1985. aastal moodustas see 21 % rahvastikut. Seda asjaolu on vaja ära kasutada a) haige põhjalikuks uurimiseks, b) tema jaoks tervise strateegilise programmi koostamiseks, c) patsiendi meditsiiniliseks kasvatamiseks, silmas pidades tema psühholoogilisi iseärasusi. Soovitused, mida pärast haige väljakirjutamist polikliinikule tema edasiseks jälgimiseks antakse, on sageli vähesed (6).

Dispanseerimine on omalaadne näitaja, mille põhjal on võimalik hinnata diagnoosimise, ravi, profülaktika ja töökorralduse kvaliteeti tervishoiusüsteemis. Kuid oleks viga dispanseerimise efektiivsuse põhjal hinnata tervishoiuasutuste kogu tööd.

Suur on vahe, mida inimesed tervise hoidmise viisidest teavad ja kuidas nad ise käituvad. Need, kes söövad kord päevas rikkaliku õhtusöögi enne magaminekut, teavad sageli, et tervislik on süüa kolm korda päevas. Enamik suitsetajaid teab tubakasuitsetamise kahjulikkust, alkoholsete jookide kuritarvitajad ei lähe alkoholismiloengut kunagi kuulama. Palju on neid inimesi, kes arstlikke uuringuid ignoreerivad. Näiteks Tallinnas ei tulnud uurinutele 29,9 % kutsutuist isegi pärast neljandat kirjalikku kutset. Osale neist ei olnud vastuvõtu aeg sobiv, kuid 21,7 %

vastas, et uuringud neid ei huvita (1).

Iga arst peaks mingis mõttes olema ka pedagoog, kuid kahjuks see nii ei ole. Rahvastiku profülaktiliste läbivaatuste andmed sotsiaal-psühholoogilisest aspektist on selles osas väga näitlikud (2). 38,5 % nendest, kes profülaktilistel läbivaatustel ei olnud käinud, oli nende vajalikkuse suhtes negatiivselt häälestatud. Pärast läbivaatusel käimist vähenes selliste inimeste protsent 23-le. 17 % küsitletuist pidas läbivaatusi kasutuks. 33,5 % ei saanud arstidelt mingeid soovitusi; 77,8 % neist läbivaatusel käinuist, kellele arst oli andnud soovitusi elulaadi suhtes, neid nõuandeid ei järginud. Ammugi on aeg küps, kaasamaks ülddispanseerimisse ka psühholooge ja sotsiolooge.

O. Štšepin ja kaasautorid (4) tõstavad küsimuse selle kohta, et rahvast on vaja mitte üksnes veenda, vaid ka mõistlikult sundida. Nad arvavad, et haiguslehe põhjal väljamaksete korda tuleks muuta selliselt, et raha haiguspäevade eest saab inimese üksnes siis, kui ta on käinud obligatoorsel meditsiinilisel läbivaatusel — kindlasti muudaks see inimeste suhtumist tervishoiuorganite ja -asutuste tegevusse.

Asutuste, ettevõtete, ühiskondlike organisatsioonide juhid ei mõista kahjuks veel, et ülddispanseerimine ja haiguste profülaktika kujutavad endast eelkõige inimese enda, tema lähedaste ja töökaaslaste ning meditsiinitöötajate ühist tegevust. Üksnes niisugune lähenemine võib tagada edu meile kõigile nii tähtsas töös.

KIRJANDUS: 1. Волож О. И., Таггер Ю. X., Солодкая Э. С. Сов. здравоохран., 1984, 9, 12—14. — 2. Дмитриев В. И., Никольский А. В., Рубан В. П. Здравоохран. РСФСР, 1985, 12, 10—12. — 3. Логинова Е. А., Кириллов В. В., Сибурина Т. А. Тер. арх., 1979, 1, 3—6. — 4. Щепин О. П., Царгородцев Г. И., Ерохин В. Г. Вестн. АМН СССР, 1985, 5, 3—14. — 5. Эльштейн Н. В. Сов. здравоохран., 1985, 9, 3—7. — 6. Эльштейн Н. В., Дерябина В. Л. Здравоохранение (Бухарест), 1979, 3, 217—225.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Teooria ja praktika

UDK 616.72-002.77:362.147(474.2)

Reumaatilisi haigusi põdejate dispanseerimise kogemusi Tartus

Leo Päi Artemi Vapra · Tartu

reuma, reumatoidartriit, süsteemsed sidekoehaigused, Behterevi tõbi, podagra, deformeeriv osteoartritis, dispanseerimise kogemused

Reumaatilised haigused, nagu reuma, reumatoidartriit, süsteemsed sidekoehaigused, Behterevi tõbi, podagra ja deformeeriv osteoartritis, on oma laialdase leviku ning kroonilise kulu tõttu oluliseks meditsiinilis-sotsiaalseks probleemiks.

V. Nassonova ja kaasautorite (10) andmeil moodustavad nende haiguste tagajärjel invaliidistunud 18,1 % invaliidide üldarvust, seega iga kuues invaliid on oma töövõime kaotanud reumaatilise haiguse tõttu. Seejuures kaotab põhiline osa haigeist töövõime juba viie aasta jooksul haiguse algusest arvates.

Tartu Linna Polikliinikus on pidevalt süvendatud ja laiendatud reumaatilisi haigusi põdejate dispanseerimist. Nii alustati 1957. aastal reumaatiliste ja 1968. aastal reumatoidartriidihaigete ning 1980. aastal kõigi reumaatilisi haigusi põdejate dispanseerimist.

1972. aastast alates on Tartu Linna Polikliinikus reumaatilisi haigusi põdejatele pidevalt konsultatsiooni andnud TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsise-

haiguste kateedri õppejõud (A. Vapra, O. Maimets, R. Birkenfeldt). Samuti on kateedri õppejõud koostanud ja välja andnud metoodilisi soovitusi reumatoidartriidi, podagra ja deformeeriva osteoartroosiga haigete dispanseerimise kohta ning reumatoidartriidihaigete töövõimetuse arstliku ekspertiisi kohta (1, 2, 4, 5).

Viimase 15 aasta jooksul on täheldatud dispanseersel arvel olevate reumahaigete arvu vähenemist. Kui näiteks 1969. aastal oli arvel 564 reumahaiget ja 1970. aastal 535, siis 1980. aastal 422 reumahaiget. 1981. aastal oli arvel 427, 1982. aastal 424, 1983. aastal 418 ning 1985. aastal 378 reumahaiget. Dispanseersel arvel olevate reumahaigete arvu vähenemist on täheldanud ka teised autorid (6, 11). Südamerikkeid diagnoositi 1983. aastal 181 haigel, kusjuures 60 %-l neist olid kombineerunud mitraalklapirikked. Südameriketega haigetest suunati kirurgilisele ravile 45, südameklappide proteesimine aga võeti ette 14 korral.

1985. aastal oli südamerikkeid reumahaigetest 154-l, kusjuures ülekaalus olid neil kombineerunud mitraalklapirikked. Reumahaiged dispanseeriti reeglipäraselt, rakendati nii sesoonset kui ka aastaringset bitsilliinprofülaktikat. Töö efektiivsust näitab see, et reuma retsidiive tekkis neil neli korda vähem. Seejuures aga on esmane haigestumine alates 1970. aastast stabiilseks jäänud. Ajavahemikul 1974. . .1979 tehtud analüüsi põhjal kõigub see 0,22. . .0,33 vahel 1000 täiskasvanu kohta (9). Ehkki reumahaigete dispanseerimises on saavutatud rahuldav olukord, jääb probleem aktuaalseks.

Kui reuma puhul võime rääkida haigusjuhtude arvu vähenemisest ja haiguse kulu kergemaks muutumisest, ei saa me seda väita muude reumaatiliste haiguste kohta. Neid põdejaist on Tartus kõige rohkem dispanseeritud reumatoidartriidihaiget, nende põhjalikum uurimine ja dispanseerimine sai alguse 1968. aastal. Aastail 1968. . .1970 kahes Tartu arstijaoskonnas tehtud epidemioloogilise uurimise põhjal leiti,

et 5545 inimesest esines reumatoidartriiti 1,1 %-l (8).

Dispanseerimine, mis 1968. aastal alguse sai, kui arvele võeti 143 reumatoidartriidihaiget, on aasta-aastalt laienenud ja 1985. aastal oli dispanseersel arvel 892 reumatoidartriidi diagnoosiga haiget. Dispanseerimine võimaldab reumatoidartriidihaigetele tagada süstemaatilise ravi, sest üksnes kompleksne ja järjekindel ravi võib haigusprotsessi peatada ja remissiooni saavutamisele kaasa aidata. Head remissiooni täheldasime 133 varajaselt avastatud haigel, keda oli jälgitud 6 aastat (7). Nendest säilis töövõime 85 %-l. 14 haiget invaliidistus, neist kaheksale määrati II ning kuuele haigele III invaliidsusgrupp.

Ajavahemikul 1968. . .1985 on reumatoidartriidihaiget hospitaliseeritud 2452 korral, kusjuures esmakordsel hospitaliseerimisel oli voodipäevi keskmiselt 22, korduval aga 26.

Statsionaaris täpsustatakse diagnoos ja määratakse ravi. Süstemaatilise ambulatoorse ravi puhul, pärast ravi sissejuhatamist statsionaaris, vajab keskmise raskusega reumatoidartriiti põdev haige hospitaliseerimist tavaliselt kord aastas. Keskmine ajutine töövõimetuse ühe patsiendi kohta näitab vähenemistendentsi. Nii moodustas see 1984. aastal 37,3 päeva, 1985. aastal aga 35,5 päeva. Remissioon on olnud püsiv (üle viie aasta) 32,8 %-l haigetest.

Süstemaatilise etappravi tulemusena on esmase invaliidsuse indeks 10 000 tööliste ja teenistuja kohta ajavahemikul 1968. . .1985 vähenenud 53 %. Soovida jätab dispanseerimine varajaste haigusvormide korral, jätab soovida ka reumatoidartriidi eristamine reaktiivsetest artriitidest. Tartu Linna Polikliinikus on järjest suuremat tähelepanu hakatud pöörata dispanseerimise sellele lõigule. Esineb veel lünki põhiravikuuride järjepidevuses, milleks kasutatakse kullapreparaate, kuprenüüli, tsütostaatilisi vahendeid. Reumatoidartriidi kulg on muutlik, esineb tsüklilisust, mis väljendub spontaansete ägenemiste vaheldumises remissioonidega haiguse alg- ja hilisstaadiumis (3).

Nendest teguritest lähtudes on vaja kontrollida ordineeritud ravikuure, nii mõnigi kord on see tegemata jäänud.

Kaugeltki ei ole kõik korras sanatoorse ravile suunamisega. Eri aastatel on reumatoidartriidihageist sanatooriumi suunatud 17...22%. Arvesse võttes Eesti küllaldast sanatooriumide võrku, on vaja sellele tööloigule erilist tähelepanu pöörata, sest sanatoorse ravi sage saamata jäämine ei ole tingitud mitte niivõrd vabade kohtade puudumisest sanatooriumis, kuivõrd patsiendi enda ja arsti hoolimatust suhtumisest haigusesse. Soovida jätavad ka tugi- ja liikumiselundite reumaatilise kahjustusega haigete rehabilitaerimine ja kirurgiline ravi.

Tartu Linna Polikliinik on samme astunud kõikide reumaatilisi haigusi põdejate dispanseerimiseks. Neist paremini on dispanseeritud süsteemseid sidekoehaigusi põdevoid isikuid. Mainitud tõved on reumatoloogilistest haigustest kulult ühed raskemad ning neid diagnoosida on küllalt keerukas. Tingituna süsteemsete sidekoehaiguste varajast diagnoosimisest ja haigete dispanseerimisest on ravi tulemused paremad. Aasta-aastalt on dispanseeritud üha rohkem haigeid. 1968. aastal oli dispanseersel arvel 10, 1980. aastal 10, 1981. aastal 27, 1982. aastal 27, kuid 1985. aasta lõpuks oli neid haigeid juba tunduvalt enam, kokku oli arvel 70 süsteemset sidekoehaigust põdejat. Nendest olid esikohal süsteemset sklerodermiat põdejad — 35 haiget, teisel kohal süsteemset erütematoosset luupust — 26 ning kolmandal kohal dermatomüosiiti põdejad — kuus haiget. Diferentseerimata kollagenoosi diagnoos oli kolmel ning süsteemne vaskuliit ühel haigel. On alust arvata, et dispanseeritute arvu suurenemine ei ole tingitud mitte üksnes diagnoosimise paranemisest, vaid ka haigestumise tõelisest sa-genemisest, kuna viimase aastakümne jooksul on diagnoosimise kvaliteet Tartu raviasutustes püsinud ühtlane. Varajane kompleksravi on võimaldanud leevendada haiguse raskust. Ravi mõjul

on ägedad haigused suuremalt jaolt krooniliseks muutunud. Invaliidistumisjuhte oli 14, neist 7 juhul anti haigetele II ja 7 juhul III invaliidsusgrupp.

Dispanseersel arvel on ka Behterevi tõbe, podagrat ja deformeerivat osteoartroosi põdevoid haiget.

Behterevi tõve diagnoosiga oli 1980. aastal arvel 8, 1983. aastal 14 ning 1985. aastal 17 haiget. On alust arvata, et alates 1983. aastast on arvele võetud praktiliselt kõik seda tõbe põdejad. Kõik olid mehed, kellest kuuel oli II invaliidsusgrupp. Eriti tähtis on haiguse varajane avastamine, sest õige töökorraldus, ravikehakultuur ja sanatoorne ravi võivad suuresti parandada nende haigete tervist ja haiguse prognoosi.

Väga oluliseks tuleb pidada podagrahaigete dispanseerimist, sest õigesti määratud urikostaatiline või urikosuuriline või ka kombineeritud süstemaatiline ravi võimaldab häid tulemusi saada. 1982. aastal dispanseeriti 23, 1983. aastal 34 haiget ja 1985. aastal oli arvel 57 podagrahaiget, kellel kompleksravi andis häid tulemusi.

Olgugi et Tartu Linna Polikliinikus on suurt tähelepanu pööratud reumat, reumatoidartriiti, süsteemseid sidekoehaigusi ning podagrat põdejate dispanseerimisele, on seal deformeerivat osteoartroosi põdejate dispanseersele arvele võtmisega veel vähe tegeldud. Opereeritud koksartroosihaigete dispanseerimisega on tegelnud peamiselt ortopeed.

Seoses ülddispanseerimisega on 1985. aastal arvele võetud 293 deformeeriva osteoartroosi all kannatajat. Et eespool mainitud haigete rühm on liigesehaigete üldhulgas kõige suurem, siis on vaja nende väljaselgitamise ning dispanseersele arvele võtmisega rohkem tegelda, sest neil võivad ravikehakultuur, füsioteraapia ja rehabilitatsioon töövõimet suuresti parandada.

Eespool toodust selgub, et reumaatilisi haigusi põdejate dispanseerimise alal on Tartus mõningast edu saavutatud. Dispanseersele arvele on võetud

põhiliselt kõik reumaatilisi haigusi, väl- ja arvatud deformeerivat osteoartroosi põdejad.

Dispanseerimisest tulenev kasu on ilmne. Märkata võib ajutise töövõime- tuse juhtude vähenemist, suuresti on vähenenud ka invaliidsusjuhud. Täna- päeval on ainsaks mõjusaks ravivõtteks reumaatiliste haiguste puhune dispan- seerimine. Hea tahtmise juures on see igas raviasutuses täiesti teostatav. Praegu puutume kompleksravi korral- damisel kokku eeskätt organisatoorset laadi puudustega. Vaja on haiged sana- tooriumi suunata õigel ajal.

Töövõimetus- ja invaliidsusjuhtude vähendamine ei ole mõeldav ilma korraliku rehabilitatsioonita ajakohaselt sisustatud osakonnas.

KIRJANDUS: 1. Pää, L., Vapra, A. Metoodilised soovitusel. Tartu, 1983. — 2. Pää, L., Vapra, A. Metoodilised soovitusel. Tartu, 1984. — 3. Pää, L., Vihljajeva, S. In: European Congress of Rheumatology, Moscow, June 26 — July 2, 1983. Abstracts. M., 1983, 98, 279. — 4. Vapra, A., Loskit, V., Tihase, N. Metoodilised soovitusel. Tartu, 1984. — 5. Vapra, A., Pää, L. Metoodilised soovitusel. Tartu, 1982.

6. Брагинская Н. М., Кудряцева И. В., Петрова Е. М. В сб.: Тезисы докладов III Всесоюзного съезда ревматологов. Вильнюс, 1985, 18. — 7. Вapра А. Н., Ару С. Я. В кн.: Вопросы диагностики, лечения и профилактики ревматических заболеваний. Тезисы докладов конференции терапевтов Эстонской ССР. Таллин, 1982, 37—39. — 8. Вapра А. Н., Ээнма Л. Я., Лепасалу Л. А., Фельдман С. М., Пяй Л. Т., Майметс О. М. В кн.: Специализация и внутренние болезни. Материалы докладов V съезда терапевтов Эстонской ССР. Таллин, 1971, 129—131. — 9. Лупкина К. О., Киппинг Л. И., Отс С. А., Биркенфелдт Р. Р. В кн.: Актуальные проблемы терапии. Тезисы докладов VII съезда терапевтов Эстонской ССР. Таллин, 1981, 19—20. — 10. Насонова В. А., Болотина А. Ю., Яковлева Г. И. Тер. арх., 1986, I, 7—9. — 11. Стасюлените Г. П., Гирче- не П. В., Ерусланов Л. С. Тезисы докладов III Всесоюзного съезда ревматологов. Виль- нюс, 1985, 76.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaal-
sisehaiguste kateeder

Tartu Linna Kliiniline Haigla

Haavandtõvehaigete dispanseerimine

Ülle Heinla Asta Kolde Helga Pärn
Urve Mardna Tallinn

haavandtõbi, dispanseerimine

Kogu rahvastiku dispanseerimine eeldab haiguste ratsionaalselt korraldatud väljaselgitamist, ravi ja ägenemiste ärahoidmist.

Jaoskonnaterapeudi ja gastroenteroloogi töö üks olulisi löike on haavandtõvehaigete dispanseerimine. Seejuures on nõutavad iga-aastane maosekretsiooni määramine, mao röntgenoloogilised uuringud ja näidustuse korral endoskoopia.

Haavandtõvehaigete dispanseerimist Tallinna polikliinikutes 1980. aastal on analüüsinud A. Kolde ja kaasautorid (3). Maohaavandtõve diagnoos baseerus põhiliselt endoskoopialeiul (95,2%-l juhtudest). Kaksteistsõrmiku haavandtõve diagnoos oli pandud valdavalt kliinilis-röntgenoloogilise uuringu alusel. Maititud aastal esmaselt dispanseersele arvele võetutest oli 58,2%-l tehtud ka endoskoopia.

Ambulatoorsete kaartide korduval analüüsimisel 1985. aastal täheldasime, et dispanseersele arvele võtmise alal on paranemist märkata. Kaksteistsõr- miku haavandtõve diagnoos oli kinnitunud endoskoopiliselt 93,7%-l juhtudest. Haigeid oli uuritud põhiliselt gastroenterologiaosakondades. Ambulatoorsete kaartide andmed enne 1981. aastat arvelevõetute kohta kajastasid ainult viimast 5...6 aastat. Eelnenud haigused olid registreeritud täpsustatud diagnooside lehel, seega ei saanud välja selgitada arvelevõtmise alust. Kaartidelt selgus, et viie aasta jooksul oli haigus ägenenud pooltel arvelolijail. Gastroenteroloogilisi uuringuid ei olnud tehtud 14,3%-l patsientidest. Dispanseerse jälgimise ajal oli endoskoopia tehtud 40,0%-l haigetest, põhiliselt haiglaravi ajal.

Arvestades meie osakonnas aastate jooksul tehtud epidemioloogilisi ja kliinilisi uurimistöid, samuti kirjanduse andmeid (1, 2, 4, 6), vajab haavandtõvehaigete dispanseerimine erisuguste lähenemist. Maohaavandtõbi kuulub prekantserooside hulka ja neid haigeid dispanseerivad gastroenteroloogid, kellel on tihe side gastroenteroloogiaosakondade arstide ja ka onkoloogidega. Ilmselt on see põhjuseks, miks maohaavandtõbe põdejate dispanseerimist võib rahuldavaks pidada. Kaksteistsõrmiku haavandtõbe põdejaid jälgivad jaoskonnaarstid, kellele on kättesaadavad üldlaboratoorsed analüüsid, maosise pH-meetria ja mao ning kaksteistsõrmiku röntgenoloogilise uuringu andmed. Samal ajal ei ole polikliinikute endoskoopiakabinetid (kui need olemas on) ilmselt võimelised tagama kaksteistsõrmiku haavandtõbe põdejate pidevat jälgimist. Dispanseerimise kvaliteet sõltub uuringutekompleksi ratsionaalsusest (eesmärgiks on saada vähesete uuringutega maksimaalset informatsiooni), mis võimaldab kindlaks määrata edaspidise ravitaktika ja dispanseerimise kulu. Ei ole otstarbekas, et kõik võimalikke uuringuid tehtaks igal aastal ja korduvalt. Haavandtõve esmasel avastamisel, juba enne dispanseerimise arvele võtmist, tuleb haige suunata gastroenteroloogiaosakonda. See võimaldab peale põhihaiguse täpsustamise välja selgitada ka kaasnevad haigused. Dispanseeritud haigete jälgimisel polikliinikus tuleks senisest rohkem kasutada endoskoopiat, mis röntgenoloogilise uurimisega võrreldes lubab haiguse ägenemist täpsemalt diagnoosida.

Haavandtõvehaigete ravi vajab diferentseeritud lähenemist, kui arvesse võtta võimalikke spontaanseid remissioone ja kiiret vaevuste taandumist. Haiguse ägenemine peab olema endoskoopiliselt kinnitatud. Vaieldav on ka see, kas haavandtõvehaiged vajavad 6...8 nädalat haiglaravi. Meie osakonnas jälgiti 59 haavandtõvehaiget, kes said raviks tsimetiini. Endoskoopiliselt tõestatud remissioon saavutati neist $\frac{3}{4}$ -l 21 päevaga (7).

Erilist tähelepanu vajavad dispanseerimise efektiivsuse hindamine ja haige arvelt mahavõtmine. Haavandtõve tsüklikuline kulg, eriti geneetilise eelsoodumusega patsientidel, tekitab kahtlusi nende täieliku tervenemise võimalikkuses. See kehtib eriti nende kohta, kellel haiguse ajal on välja kujunenud mao ja kaksteistsõrmiku deformatsioon. Nende haigete puhul võib ilmselt rääkida vaid remissioonist, mitte tervistumisest. Selliseid haigeid dispanseeriv arst peaks silmas pidama tüsistuste võimalust (pülooruse ja kaksteistsõrmiku ahenemine jm.), mis vajavad õigeaegset kirurgilist ravi.

Haavandtõvehaigete dispanseerimisel jätab veel soovida jaoskonnaterapeudi, gastroenteroloogi ja kirurgi koostöö (5). Dispanseerimisest parema ülevaate saamiseks on soovitatav dispanseerisele kaardile lisada täiendav leht, millele on märgitud haigete aasta vältel tehtud uuringute tulemused, tehtud raviprotseduurid ja muu oluline.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonnas on käsil uurimistöö haavandtõvehaigete dispanseerimise kohta. Eesmärgiks on leida dispanseerimise meetodika parandamise võimalusi, täpsustada dispanseerimise efektiivsuse kriteeriume.

KIRJANDUS: 1. Heinla, Ü., Rätsep, I., Mardna, U. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 2, 108—110.

2. Григорьев П. Я. В кн.: Проблемы гастроэнтерологии. Выпуск 6. Душанбе, 1985, 206—224. — 3. Кольде А. Я., Калья М. Х., Мирза М. О., Аю М. Э., Суйдре Г. П. В кн.: Вопросы практической гастроэнтерологии. Выпуск 4. Таллин, 1985, 36—38. — 4. Пярн Х. М. Вопросы выявления и эпидемиологии хронических заболеваний желудка (по материалам города Таллина). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1974. — 5. Сибуль У. Ф. В кн.: Вопросы практической гастроэнтерологии. Выпуск 4, Таллин, 1985, 42—45. — 6. Эльштейн Н. В., Лонд Э. Р., Мадрна У. Б., Хейнла Ю. Я. Сов. здравоохран., 1984, 2, 19—21. — 7. Эльштейн Н. В., Лонд Э. Р., Мадрна У. Б., Хейнла Ю. Я., Хермли Э. Х. Клин. мед., 1984, 10, 44—47.

*Експерименталсе ja Клиинилсе
Медитсиини Институт*

Kopsuhaiguste fluorograafiline väljaselgitamine ülddispanseerimise esimesel etapil

Kaido Sarapuu Lii Jannus Peeter Mardna
Tallinn

ülddispanseerimine, fluorograafilised uuringud, organisatsioonilised abinõud, kopsuhaiguste väljaselgitamine

Kogu rahvastiku dispanseerimise eesmärgiks on eelkõige inimese töövõimet ja tervist enam kahjustavate levinud haiguste varajane kindlakstegemine.

Rindkere elundite haiguste väljaselgitamiseks on kasutusel fluorograafiline uurimine ja nende isikute järeluurimine, kellel on leitud haiguslikke muutusi (6). Erinevalt ÜTO ekspertide soovitustest (2, 3, 7) on NSV Liidus profülaktiline fluorograafiline uurimine siiani olnud kopsutuberkuloosi, kopsuvähi ja paljude muude kroonilise kuluga kopsuhaiguste varajase avastamise peamiseks teeks (4, 8, 9). On levinud arvamus, et ülddispanseerimise nõuded ületavad tänapäeval veel uurimisvõimalusi (1).

Tänu sellele, et Eesti NSV on 1973. aastast alates eksperimentaalbaas, mille eesmärk on tuberkuloosihaigestumuse vähendamine ja tuberkuloosi likvideerimine, on loodud materaal-tehniline baas, mis võimaldab kogu rahvastikku fluorograafiliselt uurida kord aastas. Amortiseerunud aparatuuri asendatakse nüüdisaegsega, avatakse uusi fluorograafiakabinette.

Meie vabariigis on kokku 62 fluorograafi. Fluorograafiakabinetid on kõigis rajoonides ja suuremates linnades.

Asutati vabariiklik fluorograafiakomisjon, mida juhatab vabariigi peäröntgenoloog. Kõiki fluorograafiakabinette kohustati igas kvartalis esitama andmed uuritute arvu ja aparatuuri

korrasoleku kohta. Nendele organisatsioonilistele abinõudele vaatamata on fluorograafiliselt uuritute arv viimastel aastatel suurenenud väga vähe (vt. tabel). 1985. aastal oli röntgenfluorograafiliselt eriti vähe uuritud Rakvere rajoonis, vaid 42,6%, Valga rajoonis 47,7% ja Põlva rajoonis 50,6% uurimisele kuuluvast elanikkonnast. Mõned fluorograafiakabinetid on juba aastaid töötanud alakoormusega, sest kohapeal ei ole uuringule suunamisega veel küllaldaselt tegeldud. Rajooni keskhaiglate ja linnade tervishoiuosakondade juhid ei ole huvitatud endile liikuvfluorograafide soetamisest. Aastaid on Vabariiklik Tuberkuloosidisperser ja Tartu Linna Tuberkuloosidisperser oma fluorograafautobusse saatnud rajoonidesse ja linnadesse. See aga ei võimalda alati uurida inimesi neile sobival ajal.

Põhjendamatult palju — 1985. aastal 29 559 uuringut — kasutatakse rindkere elundite profülaktiliseks uurimiseks röntgenlääbivalgustust. Nimetatud meetod on haiguste varajase avastamise eesmärgil vähe informatiivne ja ka kiirguskoormus on suurem, mistõttu seda ei ole sobiv profülaktiliseks uurimiseks kasutada.

Kõige rohkem suudeti röntgenfluorograafiliselt läbi vaadata 1985. aastal inimesi Narvas (79,5% uurimisele kuuluvast elanikkonnast), Tallinnas (76,1%), eelkõige kohustuslikult uurimisele kuulujate arvel. Tänu organisatsioonilisele tööle (rajooni RSN täitevkomitee korraldus, meditsiinitöötajate vestlused majandite töötajatega, korduvad nimelised kutsed) vaadati 1983. aas-

Tabel. Fluorograafiliselt uuritute arv aastatel 1981...1985

Aasta	Uurituid	
	absoluutarv	protsent uurimisele kuulunud elanikkonnast
1981	713 332	59,6
1982	711 270	58,9
1983	746 826	62,1
1984	758 978	64,3
1985	756 194	63,1

ta aprillist 1984. aasta juunini Rapla rajoonis röntgenfluorograafiliselt läbi 92,4 % elanikest.

Tulemused massuuringute osas on paremad seal, kus tervishoiutöötajatel on hea kontakt majandijuhtidega. Kui majandite juhid kasutavad kõiki mõjutusvahendeid ja tagavad inimeste kohtaletoomise, uuritakse selle piirkonna kogu elanikkond.

1985. aastal kutsuti kliinilis-röntgenoloogilisele järeluurimisele 6134 inimest (0,8% uuritustest), kohale tuli 5428 (89% kutsutuist).

On oluline, et fluorograafiliste töötlemine oleks pidevalt heal järjel ja et filme dešifreeriksid kõrge kvalifikatsiooniga röntgenoloogid. Tallinna polikliinikute fluorograafiliste teistkordsel läbivaatamisel Tallinna Linna Tuberkuloosidispenseris on sealsed röntgenoloogid aktiivset kopsutuberkuloosi leidnud 20% rohkem kui polikliiniku röntgenoloogid.

1985. aastal avastati profülaktilisel fluorograafilisel uurimisel aktiivset kopsutuberkuloosi 48,2%-l ja kopsuvähki 30,4%-l nende haigustega esmaselt arvele võetud haigetest.

Fluorograafia osatähtsus aktiivse kopsutuberkuloosi ja kopsuvähi väljaselgitamisel on aastaid olnud tagasihoidlik, sest igal aastal on uurimata jäänud kolmandik meie vabariigi rahvastikust. Jaoskonnaterapeutide ja -velskrite esmaseks ülesandeks jääb kontrollkartoteegi alusel välja selgitada ja uuringutele kutsuda just need, keda ei ole uuritud aastaid. Neil on rindkere elundite patoloogilisi muutusi röntgenoloogiliselt leitud tunduvalt sagedamini kui igal aastal kohustuslikult uurimisel käinud isikutel.

1985. aastal korraldatud kliinilis-röntgenoloogilisel järeluurimisel diagnoositi ägedat kopsupõletikku 1260, kroonilist 213 ja muid kroonilisi kopsuhaigusi 547 juhul. Soovitatav on, et kõik raviastutused mittespetsiifiliste kopsuhaiguste diagnoosimisel ning registreerimisel kopsuhaiguste ühtsetest diagnoosimise kriteeriumidest ja nomenklatuurist kinni peaksid (5).

KIRJANDUS: 1. Lõuk, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 5, 365—366. — 2. Racoveanu, N. T. Хроника ВОЗ, 1983, 37, 5, 32—35.

3. Бюллетень ВОЗ. Женева, 1982, 60, 6, 1—9. — 4. Лунденбретер Л. Д., Пинхосевич Е. Г., Шехтер А. И. В сб.: XI Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов. Тезисы докладов. Москва — Обнинск, 1984, 786—788. — 5. Руководство по пульмонологии. Л., 1984 — 6. Сафонов А. Г. Тер. арх., 1985, 1, 3—6. — 7. Томан К. В. кн.: ВОЗ. Женева, 1980, 93—102. — 8. Фирсова В. А., Григорьева З. П., Яцкова Т. В. и др. Пробл. туберк., 1985, 11, 4—7. — 9. Хоменко А. Г. Пробл. туберк., 1986, 2, 6—10.

Vabariiklik Tuberkuloosidispenser

Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Kas viirused võiksid ateroskleroosi põhjustada?
New Yorgis asuva Cornelli Ülikooli teadlased tegid loomkatsetes kindlaks, et teatavad viirused võivad arterite sisekesta rakke selliselt mõjutada, et need paljunevad ning rasva ja kolesterooli ladestavad. Neidsamu viirusi võib leida ateroskleroosiliste naastude läheduses. Herpesviirusega nakatunud katseloomadel tekkis sõltumatult toidu kolesteroolisisaldusest arterite lubjastus. Seda hüpoteesi, et viirused võivad ateroskleroosi esile kutsuda, toetab tõsiasi, et ka inimestel, kel puuduvad teadaolevad riskitegurid (suitsetamine, arteriaalne hüpertensioon, vereseerumi kõrge kolesteroolisisaldus, ülekaalulisus), võib areneda arterite lubjastus. Nakatumine toimub tõenäoliselt juba lapseas ja viirused paljunevad ja erituvad, vaatamata tsirkuleerivatele antikehadele. Kui viirusi aktiveeritakse, siis infitseeritud *intima*-rakud hakkavad paljunema ning ladestavad rasva ja kolesterooli. Senised teadmised räägivad selle poolt, et nimetatud hüpoteesi nõudeile vastab viis viiruseliiki: *Herpes simplex*'i viiruse I ja II tüüp, tsütomegaliaviirus, Epstein-Barri viirus ja *Herpes zoster*'i viirus. Baylorig Ülikooli teadlased leidsid šunteerimisoperatsioonidel eemaldatud arteriosade ateroskleroosilistes naastudes 17 %-l herpesviirusi. Kui hüpotees kinnitust leiab, et koronaarhaigus võib olla põhjustatud viirustest, siis võiks tulevikus juba kõik vastündinud immuniseerida. Uurimisteema on igal juhul väga huvitav ja uuringud jätkatakse.

Bild der Wissenschaft, 1985, 5.
Die Heilberufe, 1986, 6.

Hematoloogilisi haigusi põdejate dispanseerimine Tallinna Vabariiklikus Haiglas

Luule-Ingrid Sepp Gideon Haitov
Aili Laane Luule Teemusk Haim Šlik
Mirja Varik · Tallinn

dispanseerimine, vereloomehaigused

Hematoloogiliste haiguste varajane diagnoosimine, haigete dispanseerimine ja õigeaegne ravi soodustavad patsientide eluea pikendamist ning sotsiaalset adaptatsiooni, mis eelkõige avaldub pikaajalises töövõime säilimises. Vereloomehaigusi põdejate dispanseerimise meetodika aluseks on võetud NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 1979. aasta novembrikuu meetodiline kiri.

Dispanseerimise esimeses etapis on võimalik haigust varakult avastada. Siinjuures on oluline jaoskonnaterapeudi oskus kahtlustada hematoloogilist haigust ning kinnitada seejärel oletust kvaliteetse laboratoorse uuringu tulemuste põhjal. Erinevalt paljudest teistest haigustest ei kehti hematoloogiliste haiguste jälgimisel kindlaid ajaprameetreid. Seda tingivad hematoloogiliste haiguste kulu raskus, erinevate raviskeemide kasutamine, infektsioonide vältimise vajadus, aneemia korrektsioon, hemofiilia profülaktika krüopretsipitaadi perioodilise kasutamisega jne. Meil on orienteeriv külastusagedus väga kõikumine olnud — seitsmest päevast kuni kuue kuuni, mis on sõltunud haiguse laadist, staadiumist ja ravist.

Tallinna Vabariikliku Haigla Polikliinikus avati hematoloogiakabinet 1968. aastal. Selle kabineti tegevuspiirkond on suur ning hõlmab Tallinna ja Narva linna ning 9 Põhja- ja Lääne-Eesti rajooni (Kohtla-Järve, Harju, Haapsalu, Rakvere, Paide, Rapla, Pärnu, Kingissepa ja Hiiumaa rajooni). Kooskõlastatult Tallinna Vabariikliku Haigla hema-

toloogiakabinetiga dispanseeris ja ravis kuni 1983. aastani hematoloogilisi haigusi põdejaid haiged Kohtla-Järve hematoloog V. Leht.

Praegu dispanseeritakse haiged ägeda leukeemia, kroonilise müeloidse ja lümfoidse leukeemia, paraproteineemilise hemoblastoosi, müelofibroosi ja erütremia korral. Dispanseeritud on haiged ka mitmesuguste aneemiavormide korral, nendeks on eelkõige aplastiline ja B₁₂-vitamiini-vaegusest põhjustatud aneemia, hemolüütilise aneemia mitmesugused vormid, samuti raviga raskesti korrigeeritavad rauavaegusest põhjustatud aneemiad. Dispanseerimisele kuuluvad ka immuunset trombotsütopeeniat ja hemorraagilist vaskuliiti põdejad, hemofiilia all kannatavad isikud, agranulotsütoosi ja infektsiooset mononukleoosi põdenud, viimased kuni verepildi täieliku normaliseerumiseni. B₁₂-vitamiini-vaegusest põhjustatud aneemiat põdejaid oleme ravinud koostöös jaoskonnaarstiga.

Viimasel ajal on erilist tähelepanu pööratud müelodüsplastilise sündroomiga (preleukeemiaga) haigusjuhtudele. Sellesse rühma kuuluvad müeloblastsele leukeemiale eelnenud hematopoeesihäired, mis sageli avalduvad mitmesuguse refraktaarse aneemia vormina, perifeeres veres pantsütopeeniana või/ ja luuüdi hüpertsellulaarsusena. On leitud, et selline leukeemiaeelne faas võib kesta mõnest kuust 10 aastani või veelgi kauem. Ka neid haigusi põdevad isikud kuuluvad dispanseerisele jälgimisele.

Analüüsime mõningaid dispanseeriseid näitajaid üksikute haigusrühmade järgi.

Ägeda leukeemia rühmast analüüsime 83 haigusjuhtu, neist letaalse lõppega 75. Tsütokeemilise uuringu andmetel esines müeloblastne 24-l, lümfoblastne 21-l, müelomonoblastne 13-l, väheprotsentne leukeemia kahel, erütromüelooos kuuel, diferentseerumata rakuline äge leukeemia kuuel juhul. 11 haigel tsütokeemilist uuringut ei tehtud. Leidsime, et ravi varajane alustamine suurendas remissiooni saavutamise tõenäosust, sellest omakorda sõltus otseselt haigete

eluea pikkus. Esimeseks ravikuuriks hospitaliseeriti kõik haiged ja ravi-programm valiti enamasti vastavalt tsütokeemilisele variandile. Kui veremuutuste täieliku remissiooni saavutamisel oli haigete elulemus keskmiselt 18,5 kuud ja osalise hematoloogilise remissiooni korral 11,4 kuud, siis raviefekti puudumise korral oli see vaid 1,8 kuud. Elulemus on arvestatud diagnoosi määramise ajast, mis põhiliselt langeb ühte arvelevõtmise ajaga.

Nagu teada, saadakse parimad ravitulemused lapseas haigestunutel ja seda just leukeemia lümfoblastse variandi korral: elulemus 10...15-aastastel oli keskmiselt 58 kuud. Täiskasvanute rühma ületoodud lastest, praegu dispanseersel jälgimisel olijatelt, on ühel leukeemia diagnoosimisest möödunud 82 kuud (äge lümfoblastne leukeemia) ja teisel 78 kuud (äge diferentseerumata rakuline leukeemia).

Dispanseerse jälgimisega oleme saanud kogemusi ravikuuride tegemiseks ambulatoorsetes tingimustes, seda küll vaid Tallinnas elavate haigete puhul. Ambulatoorselt teeme nii diagnoosimisprotseduure (sternaalpunktsiooni, trepanobiopsiat) kui ka aneemia korrigeerimiseks erütrotsüütide massi ja värsket vere ülekandeid.

Müeloomtõve juhtudest analüüsiti 42, neist 27 juhul haige suri. Selle rühma haigete puhul torkas silma suhteliselt pikk eelperiood kuni diagnoosi määramiseni, see periood kestis ühest kuue aastani. Sagedamini diagnoositavateks haigusteks enne müeloomtõve lõplikku kindlakstegemist olid olnud krooniline püelonefriit ja lumbosakraalne radikuliit.

Meil arvelolijatest esines kahel solitaarne müeloom, mis kliiniliselt avaldas ühel reieluukaela patoloogilises murrus ning teisel alumises parapareesis. Bence-Jonesi müeloomiga kaasnes kahel kliiniliselt väga rohke proteiinuuria. Arvelevõtmise ajal skeleti muutusi röntgenoloogiliselt ei leitud 10 haigel.

Kõikidel rakendasime kemoterapiat, välja arvatud haiged, kellel oli soli-

taarne müeloom, nendele määrasime raviks lokaalse röntgenkiirituse. Mõlemal solitaarse müeloomi juhul saime sel teel hea raviefekti. Kemoterapiat kasutati nii ravikuuridena kui ka toetusravina, sõltuvalt vere kliinilise analüüsi andmetest ja neerude funktsionaalsest seisundist. Kahe viimase aasta jooksul oleme rakendanud lisaks ka plasmafereesi, mille ravitoime on märkimisväärne suure paraproteiinisisalduse korral, eriti siis, kui esineb neerupudulikkus.

Vastavalt haiguse staadiumile arvelevõtmise ajal kõikus haigete elulemus 5 kuust 19 aastani, olles keskmiselt 47 kuud.

Kroonilise müeloidse leukeemia rühmas analüüsisime 98 haigusjuhtu, neist praegu arvelolijaid 38, surmaga lõppenud juhte 60.

Selle rühma haigete dispanseerimise efektiivsus ja haigete elulemus olenevad paljudest teguritest, millest tähtsamad on haiguse staadiumi diagnoosimise ajal, haiguse kulu variant, kontrolli ning ravi regulaarsus, organismi ravimitundlikkus, kaasnevate haiguste ja tüsistuste olemasolu ning õigeaegne ravi. Umbes pooled haiged saavad hematoloogiakabinetis, kui neil haigusnäht on juba välja kujunenud (elundite metaplaasia ja/või suur leukotsüütide arv). Selle rühma haigete puhul kehtib nõue alustada ravi varakult.

Meie uurituist ei esinenud kellelgi primaarset müelosaaniresistentsust. Statsionaarne ravi oli vajalik vaid ravi sissejuhatamiseks, kaasnevate haiguste korral ja haiguse terminaalstaadiumis. Enamik haigeid säilitas töövõime, nad olid suutelised oma erialal töötama kuni haiguse progresseerumise nähtude ilmnemiseni.

Haigetel, kellel haigus tehti kindlaks varajases staadiumis, kõikus elulemus 17 kuust kuni 246 kuuni, olles keskmiselt 111,5 kuud; haiguse kaugelearenenud staadiumis (blastoos perifeerses veres) aga kuuest kuust 33 kuuni, keskmiselt 18 kuud.

Efektiivsete ravimite õigeaegne kasutamine on nende haigete elulemust tun-

duvalt pikendanud. Siiani arvelolijatest on viie aasta piiri ületanud 28 haiget, ühe haige maksimaalne jälgimisaeg on olnud 220 kuud.

Suurima haigeterühma moodustavad **lümfoidset leukeemiat põdejad**. Kroonilise lümfoidse leukeemia korral on kliinilis-laboratoorsete näitajate varieeruvus suur, alates asümptoomsest ja lõpetades progresseeruva tumoroosse vormiga ning sellise vormiga, mille puhul tekib tüsistusena sageli sekundaarsest immuunpuudulikkusest põhjustatud infektsioon.

Haigete elulemusest ülevaate saamiseks analüüsisime 282 haigusjuhtu, praegu on arvel 188, surnuid 94.

Arvelevõtmise ajal ei vajanud spetsiifilist ravi 155 haiget (55%). Spetsiifilise ravi vajadus tekkis eri juhtudel aasta kuni 23 aasta, sagedamini kahe kuni nelja aasta pärast.

Surmaga lõppenud juhtudel oli keskmine elulemus 121 kuud. 25 haigel (25,5%) aga kestis haigus üle 10 aasta, pikim elulemus 29 aastat.

Et selle rühma haigetest on enamik eakad inimesed, ei ole leukeemia tihti vahetuks surma põhjuseks. Nii olid meie 94 analüüsitud juhust 8-l vahetuks surma põhjuseks mitmesugused vaskulaarsed haigused, kolmel põhihaiguse maligniseerumine, seitsmel haigel aga esines mingi elundi kasvaja.

Kroonilist lümfoidset leukeemiat põdejate ambulatoorne jälgimine on näidanud, et haiguse algstaadiumis on otstarbekas piirduda üldtugevdavate vahenditega. Kui aga tekivad esimesed haiguse progresseerumise nähud, on vaja määrata tsütostaatiline ravi kas mono- või polükemoterapiakuuridena või kiiritusravina. Ravimi valikul on oluline arvesse võtta nii lümfisõlmede, maksa ja põrna suurenemise astet kui ka leukotsüütide hulka. Et selle rühma haigetel ilmneb mittespetsiifilise immuunsuse nõrgenemine, millest tuleneb kaldumus sageli haigestuda nakkushaigustesse, on vahel hädavajalik ka immuunstimuleeriv ravi.

Erütreemiat põdejate rühma kuulujast oli vaatluse all 72, neist arveloli-

jaid 51 ning surnuid 21 (viimaste elulemus oli keskmiselt 149 kuud).

Torkab silma vaskulaarsete tüsistuste sage (39% juhtudest) esinemine enne erütreemia diagnoosimist. Tihti põhjustasid just need tüsistused haigete raske seisundi ning hospitaliseerimise vajaduse, mille ajal avastati vereloomehäire.

Erütreemia kahtluse tõttu esmaselt hematoloogiakabinetti pöördunuist suunati 80,4% Tallinna Vabariikliku Haigla hematoloogiaosakonda diagnoosi kinnitamiseks. Sümptomaatilistest erütrotsütoosidest diferentseerimiseks tegime täiendavalt trepanobiopsia ja määrasime tsirkuleeriva vere hulga.

Haigete dispanserne jälgimine lubab veremuutuste ning elundite suuruse muutumise põhjal hinnata kemoterapia efektiivsust ning määrata edasise ravitaktika. Eriti oluline on vältida vaskulaarseid tüsistusi töövoime säilitamise, varajase invaliidistumise ärahoidmise ja eluea pikendamise eesmärgil.

Hematoloogilisi haigusi põdejate dispanserimine on tingimata vajalik, arvestades nende haiguste erinevaid vorme, kulu iseärasusi ja eelnevast tulevat ravi individualiseerimise vajadust. Oluline on, et haigus avastataks varakult. Siinjuures on abi oodata rahvastiku ülddispanserimiselt.

KASUTATUD KIRJANDUST: 1. Абдулкадыров К. М., Розанова Л. М., Абдулкадырова А. С. и др. Гематол. трансфузиол., 1985, 12, 9—11. — 2. Ковалева Л. Г., Сивуха Г. А., Невская Г. П. и др. Гематол. трансфузиол., 1985, 12, 3—7. — 3. Осечинский И. В., Хохлова М. П. Пробл. гематол., 1972, 10, 52—56. — 4. Романова А. Ф., Третьяк Н. Н., Онищенко М. Ф. и др. Гематол. трансфузиол., 1985, 12, 7—9. — 5. Сепп Л. О., Шлик Х. С В сб.: Диспансеризация и специализация медицины. Материалы симпозиума. Таллин, 1975, 37—39.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Rinnavähihaigestumus Eestis ja Soomes

Mati Rahu Eero Pukkala Tiiu Aareleid
Tallinn · Helsingi¹

rinnavähk, naised, vähiregister, haigestumus,
maa, linn, ajaline muutumine

Eesti NSV ja Soome rahvastiku vähihaigestumuse võrdlemisel leiti (6), et mõlemas piirkonnas esineb naistel kõige sagedamini rinnavähki. Aastail 1978 . . . 1980 moodustas rinnavähk Eestis 16% ja aastal 1979 Soomes 19% pahaloomuliste kasvajate esmajuhitud naistel; vanuse järgi standardiseeritud haigestumus oli Soomes 1,4 korda suurem kui Eestis. Ajavahemikul 1971 . . . 1980 suurenes rinnavähihaigestumus Eestis 2,3% ja Soomes 2,5% aastas (13). Rinnavähi sage esinemine ja haigusjuhtude arvu kiire suurenemine osutasid vajadusele analüüsida ning võrrelda selle haiguse levikut üksikasjalikumalt. Käesolevas artiklis vaadeldakse rinnavähihaigestumuse seaduspärasusi ning eraldi kirjutises (1) rinnavähihaigete elulemust Eestis ja Soomes.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Andmed haigusjuhtude kohta pärinevad Eesti ja Soome vähiregistrist. Rahvastiku vanuselise ning soolise koosseisu andmestik saadi asjaomastest statistikaasutustest.

Soome linnarahvastik on jaotatud kahte rühma — uus linn ja vana linn — sõltuvalt sellest, kas 1981. aastal linnana (*kaupunki*) tunnutud haldusüksus oli endise, 1950-ndail aastail kehtinud territooriumi administratiivjaotuse kohaselt alev (*kauppala*) või maapiirkond (*maalaiskunta*) või linn.

Vanuse järgi standardiseeritud haigestumuskordajate arvutamisel tugineti maailma standardrahvastikule (20). Standardiseeritud näitute leidmisel vanuserühmade 0 . . . 34, 35 . . . 64 ja ≥ 65 aastat kohta kasutati sama standardrahvastiku vastavate vanusevahemike arve.

Uurimistulemused ja arutelu. Rinnavähi esinemissageduse mõõtmine nii tavalise kui ka standardiseeritud haigestumusega (kõik vanused) näitab, et Soomes esineb seda haigust poolteist korda enam kui Eestis (vt. tabel). Kumulatiiv-

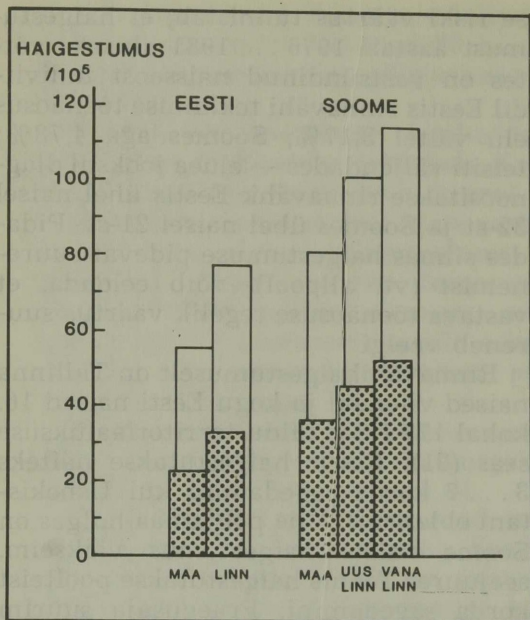
se riski väärtus tunnistab, et haigestumust aastail 1976 . . . 1981 aluseks võttes on vastündinud naissoost indiviidil Eestis rinnavähi tekkimise tõenäosus elu vältel 3,17%, Soomes aga 4,78%; teisiti väljendades — eluea jooksul diagnoositakse rinnavähk Eestis ühel naisel 32-st ja Soomes ühel naisel 21-st. Pidades silmas haigestumuse pidevat suurenemist (vt. allpool), võib eeldada, et vastava tõenäosuse tegelik väärtus suureneb veelgi.

Rinnavähihaigestumuselt on Tallinna naised viiendal ja kogu Eesti naised 16. kohal 173 NSV Liidu territoriaalüksuse seas (21); Eestis haigestutakse näiteks 3 . . . 7 korda sagedamini kui Usbekistani oblastites. Viie põhjamaa hulgas on Soome naiste haigestumus väikseim, seejuures Taanis haigestutakse poolteist korda sagedamini. Praegusaja suurim rinnavähihaigestumus maailmas on registreeritud mitmes USA piirkonnas (20), kus näidud on 2,8 . . . 3,0 ja 2,0 . . . 2,2 korda suuremad näitudest Eestis ja Soomes.

Eestis ja Soomes haigestuvad sagedamini linnainimesed (vt. joonis 1). Soome andmed tunnistavad, et linnastumise tõusuga (maa — uus linn — vana linn) haigestumus järk-järgult suureneb. Eesti linnades ja Soome maa-asulates haigestutakse rinnavähki peaaegu võrdselt. Tõik, et rinnavähki esineb linnas enam kui maal, on üldtuntud ning leidnud korduvalt kinnitust statistilistes ja epidemioloogilistes töodes. Soomes tehtud uuringud (4, 15, 23) näitavad selle hai-

Tabel. Rinnavähi esinemissagedus ja diagnoosi morfoloogiline kinnitumine Eesti ja Soome naistel aastail 1976 . . . 1981

Näitaja	Eesti	Soome
Haigusjuhtude arv	1981	9269
Haigestumus, 10 ⁵	42,0	62,7
Standardiseeritud haigestumus, 10 ⁵		
kõik vanused	29,6	44,5
vanus 35 . . . 64 aastat	71,0	98,5
Kumulatiivne risk 74 aasta vanuses, 10 ²	3,17	4,78
Morfoloogiline kinnitumine, 10 ²	82,1	98,3



Joonis 1. Eesti ja Soome naiste standardiseeritud rinnavähahaigestumus kõigis vanustes (täpitud tulbad) ja vanuses 35...64 aastat (valged tulbad) maal ning linnas aastail 1976...1981.

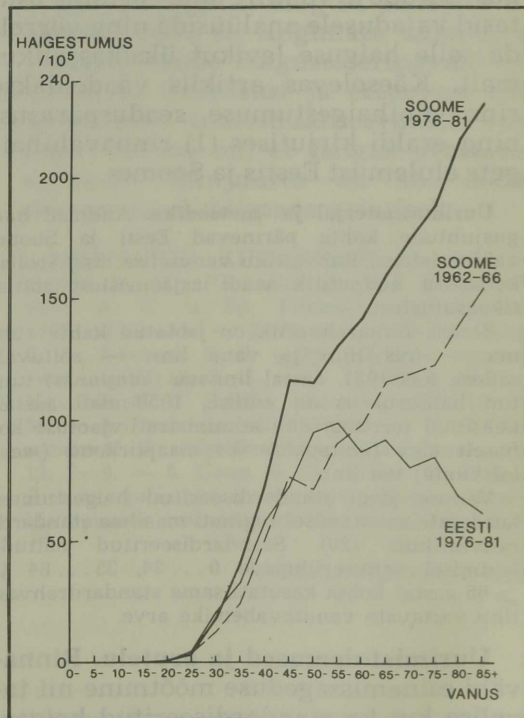
guse tekke seost ühelt poolt elatustaseme ning teiselt poolt reproduktiivsete ja hormonaalsete teguritega. Analoogiliselt Eestis korraldatud epidemioloogiliste uuringutega (7, 10) on riskitegurite nimistusse kantud: rinnavähk sugulastel, suguelu hiline algus, hiline esmassünnitus, hiline menopaus, rinna-trauma, rinna fibroadenomatoos ja sünnitusjärgne äge mastiit, mida on ravitud konservatiivselt. Vastukäivad on andmed varajase menarhe käsitlemisel riskitegurina. Loomulikult pakuks huvi edaspidi välja selgitada riskitegurite võrdlev jaotumine linnas ja maal, otsustamaks, miks linnastumise taseme tõusule kaasub suurem rinnavähahaigestumus.

Joonisel 2 on toodud aastate 1976...1981 haigestumuskõverad ja lisaks veel Soome naiste haigestumus ajavahemikul 1962...1966, nimelt ajal, mil seal diagnoositi rinnavähki umbes

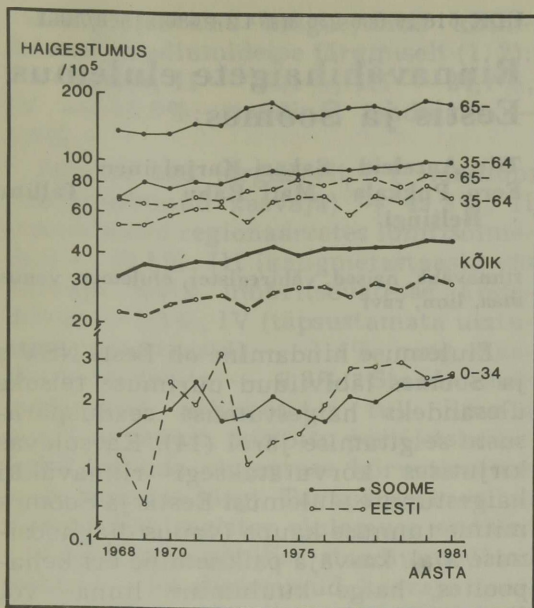
¹ Siinkohal käsitletakse põlvkonnana teataval ajavahemikul sündinud isikuid. Väheepidemioloogias piiritletakse see ajavahemik tavaliselt viie või kümne aastaga.

niisama tihti kui Eestis praegu. Näeme, et rinnavähahaigestumuse muutumises vanusega ilmneb erinevus: postmenopausieas naiste haigusjuhtude arv Eestis väheneb, Soomes aga suureneb. Traditsiooniliselt seostatakse (9) vanusekõvera kuju rinnavähahaigestumuse tasemega. Kui viimane on kõrge, suureneb haiguse esinemissagedus vanusega pidevalt; kui madal, suureneb haigestumus menopausieani ning seejärel väheneb; seal, kus haigestumus on keskmine, püsib juhtude arv vanemas eas enam-vähem ühesugune. Selle kontseptsiooni kohaselt kuuluks Soome suure, Eesti aga väikese haigestumusega alade hulka. Paraku tunnistab eelneva jaotuse tinglikkust asjaolu, et maakeral, nagu eespool ilmes, on piirkondi, kus rinnavähi esinemissagedus on märgatavalt väiksem kui Eestis.

Vanusekõvera kuju iseärasusi põhjendatakse tugeva kohortefektiga: eri põlvkondade¹ haigestumuse vanusekõverad on küll ühesuguse kujuga, kuid iga järg-



Joonis 2. Eesti (1976...1981) ning Soome naiste (1962...1966 ja 1976...1981) rinnavähahaigestumus vanuserühmiti.



Joonis 3. Eesti ja Soome naiste standardiseeritud rinnavähihaigestumuse muutumine vanuserühmiti aastail 1968...1981.

neva generatsiooni haigestumus vanuserühmiti suureneb ning mingi ajavahe miku kohta esitatavad näidud peegeldavad kokkuvõttes suuresti põlvkondade haigestumuse omapära (2, 12). Rinnavähihaigestumuse vanusekõverate tõlgendamises, kaasa arvatud Clemmeseni konksu (ingl. k. *Clemmesen's hook*; menopausieas täheldatav järsk muutus haigestumuses) ja de Waardi kahehaiguse-hüpoteesi (18) kehtivuse suhtes, on veel vastukäivaid arvamusi (3, 11, 12, 16, 19).

Aastail 1968...1981 rinnavähihaigestumus Eestis ja Soomes suurenes. Kui otsustada joonisele 3 kantud empiiriliste ajakõverate kaju järgi, on haigestumuse kasvutempo eri vanuserühmades ühesugune. Ka varajasem, 1958...1974. aasta andmeile tuginev analüüs (17) näitas, et Põhjamaade naiste rinnavähihaigestumus on suurenenud vanuserühmiti enam-vähem ühtlaselt. Nii Eesti (22) kui ka Soome (5) kohta esitatud prognoos annab tunnistust haiguse jätkuvast sagenemisest. Ennustuse kohaselt (8) hõivab rinnavähi Soomes 2000. aastal esikoha pahaloomuliste kasvujate haigestumuse üld-

struktuuris (meeste ja naiste kasvujate koguarvestuses), edestades ühtlasi kopsuvähki. On karta, et lähitulevikus kujuneb rinnavähi väga tõsiseks tervishoiuprobleemiks, sest koheseks ellurakendamiseks kõlblikud esmase profülaktika vahendid puuduvad. Epidemioloogiliste uuringute alusel on naistele antud kaks soovitusi (19): 1) sünnitada esimene laps võimalikult noores eas ning mitte piirduda ühe lapsega; 2) piirata kaloririkka, peamiselt rasvase toidu tarvitamist ja hoiduda rasvumisest. Nende soovitude järjekindel propageerimine koos järgimiseks vajalike sotsiaal-majanduslike eelduste loomisega oleks nüüdisaja teadmiste valguses vähemalt mingi katse rinnavähihaigestumuse vähendamise suunas. Paraku, liigse optimismi paikapidamatusele osutab võitlus kopsuvähiga, mille põhilist riskitegurit *resp.* põhjust on teatud juba kaua. Liiatigi on teadaolevate rinnavähi riskitegurite tähendus esmase profülaktika seisukohalt küsitav, sest inimrühmas, kus neid tegureid ei esine, on haigestumise tõenäosus ikkagi väga suur (14).

Artiklis käsitletud küsimused rinnavähi võrdlevast esinemissagedusest Eestis ja Soomes viitavad olulistele faktidele, mis on paljuski sarnased neil geograafiliselt lähedastel aladel. Haigusjuhtude arvu ähvardav suurenemine ja raskused esimeses profülaktikas suunavad pilgu rinnavähihaigete elulemuse problemaatikale, millel peatutakse eraldi kirjutises.

KIRJANDUS: 1. Aareleid, T., Karjalainen, S., Pukkala, E., Rahu, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986. 5. 340—344. — 2. Bjarnason, O., Day, N., Snaedal, G. a.o. Int. J. Cancer, 1974, 13, 689—696. — 3. Day, N. E. In: Carcinogenesis, 7. New York, 1982, 183—199. — 4. Hakama, M., Hakulinen, T., Pukkala, E. a.o. Am. J. Epidemiol., 1982, 116, 990—1000. — 5. Hakama, M., Soini J., Kuosma, E. a.o. Int. J. Epidemiol., 1979, 8, 33—40. — 6. Hakulinen, T., Rahu, M., Aareleid, T. *ym.* Duodecim, 1983. 99. 1741—1751. — 7. Hint, E. In: Experimental and Clinical Oncology, 6. Tallinn, 1984, 170—178. — 8. Läära, E. Syöpätautien yleisyyden kehitys Suomessa vuoteen 2002 mennessä. Helsinki, 1982. — 9. MacMahon, B., Cole, P., Brown, J. J. Natl. Cancer Inst., 1973, 50, 21—42. — 10. MacMahon, B., Purde, M., Cramer, D. a.o. J. Natl. Cancer Inst., 1982, 69,

1035—1038. — 11. Manton, K. G., Stallard, E. J. Natl. Cancer Inst., 1980, 64, 9—16. — 12. Moolgavkar, S. H., Stevens, R. G., Lee, J. A. H. J. Natl. Cancer Inst., 1979, 62, 493—501. — 13. Rahu, M., Hakulinen, T., Aareleid, T., Lehtonen, M., Teppo, L., Vanaselja, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 4, 247—250. — 14. Seidman, H., Stellman, S. D., Mushinski, M. H. Ca, 1982, 32, 301—313. — 15. Soini, I., Hakama, M. Scand. J. Soc. Med., 1979, 7, 79—85. — 16. Stevens, R. G., Moolgavkar, S. H., Lee, J. A. H. Am. J. Epidemiol., 1982, 115, 759—777. — 17. Tulinius, H., Sigvaldason, H. In: Trends in Cancer Incidence. Causes and Practical Implications. New York, 1982, 235—247. — 18. de Waard, F. J. Natl. Cancer Inst., 1979, 63, 549—552. — 19. de Waard, F. Eur. J. Cancer Clin. Oncol., 1983, 19, 1671—1676. — 20. Waterhouse, J., Muir, C., Shanmugaratnam, K. a.o. (Eds.) Cancer Incidence in Five Continents, 4. Lyon, 1982.

21. Напалков Н. П., Мерабишвили В. М., Церковный Г. Ф. В сб.: Злокачественные новообразования в СССР. Л., 1983, 17—56. — 22. Рату М. В сб.: Экспериментальная и клиническая онкология, 6. Таллин, 1984, 19, 179—185. — 23. Хакама, М. Вopr. онкол., 1983, 29, 41—45.

Eesti Vähiregister
Soome Vähiregister

Suitsetamine võib olla mitesuitsetaja surma põhjus. Rootsi kindlustusalane apellatsioonikohus tegi esmakordselt omalaadse otsuse maksta kompensatsiooni mitesuitsetajast naise perekonnale sel põhjusel, et naise kolleegide suitsetamine tööruumides oli tema surma võimalikuks põhjuseks. Gun Palm ei olnud kunagi suitsetanud, kuid oli 20 aastat töötanud halvasti ventileeritud ametiruumides koos kolleegidega, kellest mitmed suitsetasid samas ruumis. Ehkki G. Palm ei suitsetanud, avastati tal 53. eluaastal selline kopsuvähk, mis tekib üksnes suitsetajatel. Tsütostaatiliste preparaatidega ravi tulemusena kopsuvähi areng peetus, kuid peagi ilmnisid vähimetastaasid peaaegu ja pleural. Aasta hiljem haige suri. Enne seda oli ta esitanud avalduse kompensatsiooni väljamaksmiseks oma perekonnale vastavalt kindlustusseadusele, mis on kehtestatud tootmistraumade puhuks. Rootsi Ülemkohus tegi otsuse, milles öeldud, et seda kopsuvähijuhtu võib klassifitseerida kui tootmistraumat, mida on põhjustanud passiivne suitsetamine töökohal. Kohtuotsuse põhjal kuulus väljamaksmisele 1000 USA dollarit matusekuludeks ning igale lapsele kuni 19-aastaseks saamiseni iga-aastane toetus, mis moodustab 20 % ema aastapalgast. Niisugune otsus on toetus ja stiimul sellisteks tulevikuüritusteks, mis tunnistavad suitsetamise sotsiaalselt vastuvõetamatuks. Praegu see nii veel ei ole.

Здоровье мира, 1986, 5.

Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 5, 340—344

UDK 618.19-006-036.8(474.2+480)«1968/1981»

Rinnavähahaigete elulemus Eestis ja Soomes

Tii Aareleid Sakari Karjalainen
Eero Pukkala¹ Mati Rahu Tallinn
Helsingi¹

rinnavähk, naised, vähiregister, elulemus, vanus, maa, linn, ravi

Elulemuse hindamine oli Eesti NSV-s ja Soomes läbiviidud uurimuse teiseks ülesandeks haigestumuse seaduspärasuste selgitamise järel (14). Käesolevas kirjutises kõrvutatakse rinnavähki haigestunute elulemust Eestis ja Soomes mitme tunnuse kaupa (vanus diagnoosimise ajal, kasvaja paiknemine eri keha- pooltes, haige kuulumine linna- või maaelanike hulka, raviviis).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Andmed rinnavähahaigete elulemuse arvutamiseks aastail 1968...1981 pärinesid Eesti ja Soome vähiregistrist.

Tegelikku ja suhtelist elulemust hinnati elutabeli- e. aktuaariaalsel meetodil, mida on varem tutvustatud (1). Suhtelist elulemust eelistatakse haigete erinevate rühmade võrdlemisel, sest nii saab arvutustulemustes elimineerida suuremuse muudel põhjustel, s. o. mitte antud pahaloomulise kasvaja tõttu (7). Mõningaid tehnilisi erinevusi oli suhtelise elulemuse leidmisel. Soome Vähiregister kasutas selleks Hakulise meetodit (6), Eesti Vähiregistris tehti arvutused ligilähedasel meetodil (3).

Rinnavähki suremise riski püsimise aega hinnati iga-aastase suhtelise elulemuse varal (8, 11). Viimase väärtused alla 100% tunnistavad, et käsitletavas haigeterühmas on säilinud risk surra rinnavähki.

Uurimistulemused ja arutelu. Aastail 1968...1981 diagnoositi rinnavähk naistel Eestis 4090 ja Soomes 18729 juhul. Uurimismaterjali hulka ei ole arvatud sama aja vältel pärast surma diagnoositud juhud (vastavalt 19 ja 93 juhtu).

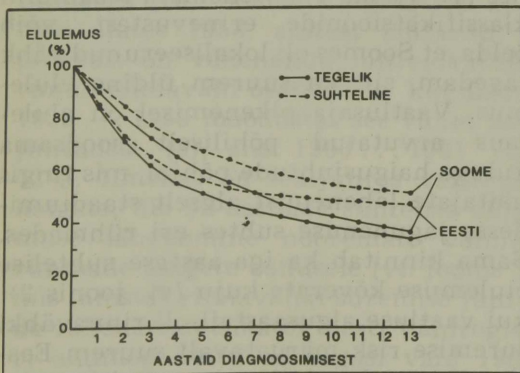
Ligemale pooled kõigist haigeist nii Eestis kui ka Soomes olid diagnoosimise ajal 45...64 aasta vanused. Haigestunute keskmine vanus oli Soomes kõrgem kui Eestis, vastavalt 59,8 ja 57,0 aastat. Vaadeldaval ajavahemikul ilmnes mõlemal pool haigete keskmine vanuse suurenemine.

Eestis jaotusid haigusjuhud kliinilistesse staadiumidesse järgmiselt (1, 2): I — 14,8%, II — 44,1%, III — 24,7%, IV — 15,8%; staadium teadmata — 0,6%.

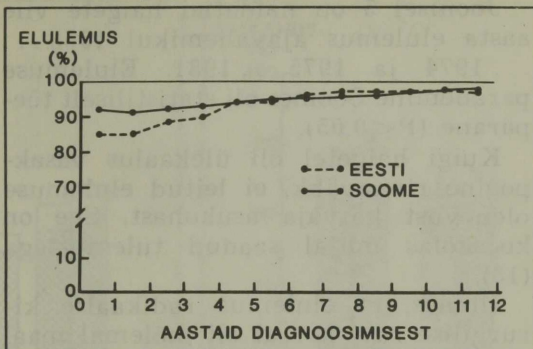
Soomes aga järgmiselt: I staadium (lokaliseerunud kasvaja) — 49,3%, II (metastaasid regionaarsestes lümfisõlmedes) — 32,1%, III (kaugmetastaasid või kasvaja levik ümbritsevasse kudedesse) — 8,3%, IV (täpsustamata ulatusega metastaasid) — 1,4% ning staadium teadmata — 8,9%. Staadiumide määramise põhimõtetes tuli ilmsiks suuri erinevusi, mistõttu peeti otstarbekaks loobuda elulemus kõrvutamise selle tunnuse järgi. Tavapäraselt esitab Soome Vähiregister elulemuse andmed (8) vaid kahe põhilise staadiumirühma kohta — lokaliseerunud kasvaja (eespool toodud I staadium) ja mittelokaliseerunud kasvaja (II, III ja IV staadium).

Haigete erinevates vanuserühmades täheldati staadiumidesse jaotumises erinevusi Eestis: üle 65-aastastel avastati rinnavähki tunduvalt sagedamini kauglearenenud staadiumis kui noorematel. Seevastu Soome andmed näitasid ühtlasemat staadiumidesse jaotumist vanuserühmiti, kusjuures lokaliseerunud vähki leiti sagedamini eakamatel.

Kui Eestis olid maal elavad rinnavähahaiged diagnoosimise ajal keskmiselt vanemad linnast pärit haigetest (vastavalt 59,4 ja 56,0 aastat), siis Soomes osutus erinevus minimaalseks. Mõ-



Joonis 1. Rinnavähk naistel Eestis ja Soomes aastail 1968...1981: tegelik ja suhteline elulemus.



Joonis 2. Rinnavähk naistel Eestis ja Soomes aastail 1968...1981: iga-aastane suhteline elulemus. nevõrra suurem, eriti Eestis, oli kauglearenenud kasvajatate suhteline sagedus maanaistel.

Mõlemas kõrvutatavas piirkonnas leiti 1,1 korda sagedamini vasakpoolset rinnavähki. Ülekaal oli statistiliselt tõepärane ($P < 0,001$) ning kooskõlas mujal täheldatuga (12).

Valdavaks raviviisiks rinnavähahaigetel oli radikaaloperatsioon kombineerituna kiirituse ning muude ravi- menetlustega (kemo-, immunoteraapia ja hormoonravi). Sellist ravi sai Eestis 57,6% ja Soomes 55,8% haigetest. Radikaalsele kirurgilisele ravile ilma kiirituse allutati vastavalt 18,4% ja 30,1% haigeist; viimati mainitud raviviisi osatähtsus suurenes nii Eestis kui ka Soomes. Sümptomaatilistelt ravitud ning ravita jäänud haigeid (sellesse rühma arvati ka puudulike raviandmetega juhud) oli Eestis 11,1% ja Soomes 6,7%.

Eesti ja Soome rinnavähahaigete elulemuskõverad aastail 1968...1981 on esitatud joonisel 1. Viie aasta suhteline elulemus, mida taolistes uurimustes kasutatakse kokkuleppeliselt kõige sagedamini, oli Eestis 55,9% ja Soomes 67,3%. Iga-aastane suhteline elulemus osutus väiksemaks kui 100% kogu vaatlusperioodil (vt. joonis 2).

Viie aasta elulemust vanuserühmiti illustreerib joonis 3. Elulemus oli seda suurem, mida nooremad olid haiged. Suhteline elulemus osutus vanuserühmiti Soomes tunduvalt stabiilsemaks kui Eestis.

Linnas oli elulemus mõnevõrra suurem kui maal (vt. joonis 4).

Joonisel 5 on näidatud haigete viie aasta elulemus ajavahemikul 1968... 1974 ja 1975...1981. Elulemuse paranemine Soomes oli statistiliselt tõepärane ($P < 0,05$).

Kuigi haigetel oli ülekaalus vasakpoolne rinnavähk, ei leitud elulemuse olenevust kasvaja asukohast. See on kooskõlas mujal saadud tulemustega (13).

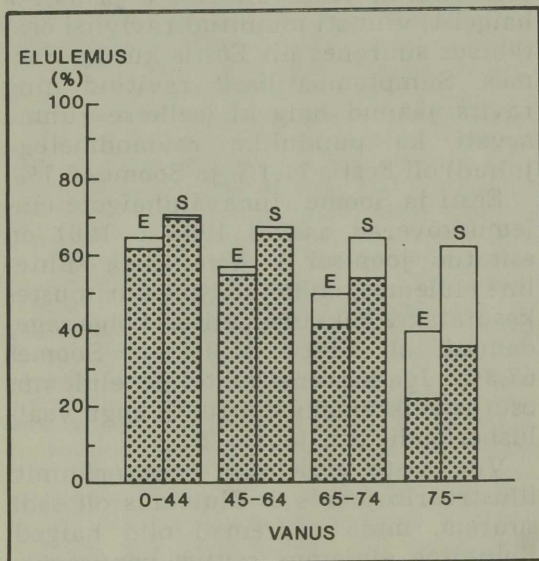
Ilmnes, et elulemus radikaalse kirurgilise ravi korral oli mõlemal maal parem kui kirurgilise ravi kombineerimisel kiiritusega (vt. joonis 6). Sealjuures aga oli nimetatud kahele ravigrühma kuulunud haigetele iseloomuliküllaltki erinev jaotumine staadiumide järgi, samuti olid ainult kirurgiliselt ravitud haiged keskmiselt vanemad. Vanuse ning staadiumi järgi standardiseeritud elulemus, mida hinnati Eestis, mainitud kahe ravimooduse korral oluliselt ei erinenud. Sedasama on kinnitanud ka Soome Vähiregistri varajased tulemused (5). Üldiselt ei peeta õigeks ravimeetodite efektiivsuse võrdlemist vähiregistrite andmestiku alusel, sest see eeldab hoopis teist laadi uuringu korraldamist (7, 8). Ravitulemuste ük-

sikasjaliku analüüsi aluseks on praegusajal kahtlemata kliinilised katsetused. Käesolevas töös täitis kahe erineva ravimooduse korral elulemuse kõrvutamise üksnes informatiivset ülesannet, sest, nagu eespool mainitud, erinevalt ravitud haigete vahel oli olulisi erinevusi mitmete muude elulemust mõjutavate tegurite suhtes.

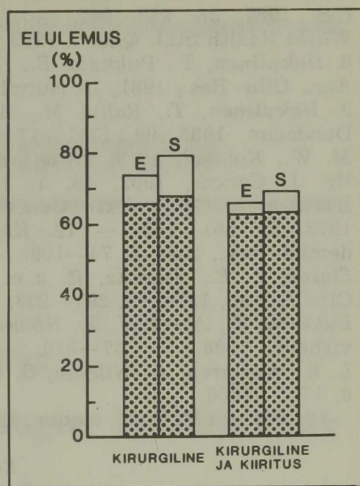
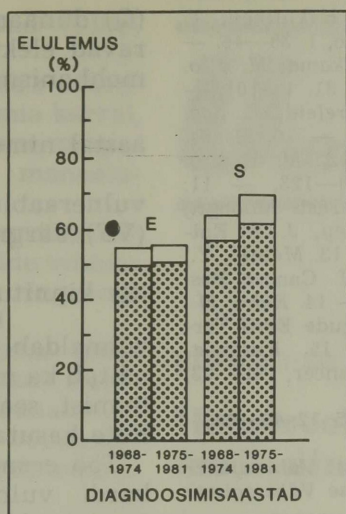
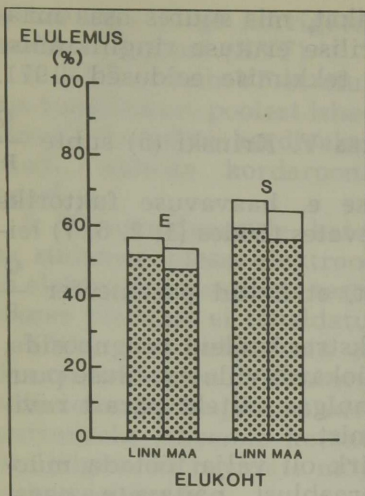
Metoodilised erinevused rinnavähihaigete elulemusnäitajate arvutamisel Eesti ja Soome vähiregistris ei olnud põhimõttelist laadi ning seetõttu võib tulemusi pidada kõrvutatavaiks. Samas aga näitavad analoogiliste uurimuste kogemused, et haigete elulemuse võrdlus eri maades on raskendatud mitmete asjaolude tõttu. Kuigi näitajate erinevust on püütud seletada tervishoiusüsteemi organisatsiooniliste iseärasustega, ka ravipõhimõtete lahknevusega, väidavad mitmed autorid (4, 7) põhjendatult, et tihtipeale evib hoopis suuremat tähendust analüüsiks kasutatud andmestik ise. Näiteks on elulemuse seisukohalt väga oluline uuritava haigete rühma vanuseline jaotumus. Erinevusi võib olla kasvaja histoloogiliste tüüpide esinemissageduses. Sageli raskendavad võrdlusi ka lahknevused klassifikatsioonides või kodeerimisjuhistes, nagu see käesolevas uurimuses ilmnes seoses kasvaja kliinilise staadiumi kirjeldamisega.

Kogu vaatlusperioodil oli Soomes rinnavähihaigete elulemus suurem kui Eestis, ent jälgimisaja lõpuks vahe vähenes (vt. joonis 1). Olenemata staadiumi klassifikatsioonide erinevustest, võib öelda, et Soomes oli lokaliseerunud vähk sagedam, siit ka suurem üldine elulemus. Vaatlusaja pikenedes on elulemus arvatavalt põhiliselt soodsama kuluga haigusjuhtude põhjal, mis tingis näitajate lähenemist algselt staadiumidesse jagunemise suhtes eri rühmades. Sama kinnitab ka iga-aastase suhtelise elulemuse kõverate kujud (vt. joonis 2): kui vaatluse algusaastail oli rinnavähki suremise risk märgatavalt suurem Eestis, siis vaatlusaja lõpuks see risk mõlemas piirkonnas võrdsustus.

Haigusjuhtude jaotumist kliiniliste staa-



Joonis 3. Rinnavähk naistel Eestis (E) ja Soomes (S) aastail 1968...1981: viie aasta suhteline elulemus vanuse järgi diagnoosimise ajal (täpiline ala tähistab tegelikku elulemust).



Joonis 4. Rinnavähk naistel Eestis (E) ja Soomes (S) aastail 1968 ... 1981: viie aasta suhteline elulemus haigete elukoha järgi diagnoosimise ajal (täpiline ala tähistab tegelikku elulemust). Joonis 5. Rinnavähk naistel Eestis (E) ja Soomes (S) aastail 1968 ... 1974 ning 1975 ... 1981: viie aasta suhteline elulemus (täpiline ala tähistab tegelikku elulemust). Joonis 6. Rinnavähk naistel Eestis (E) ja Soomes (S) aastail 1968 ... 1981: viie aasta suhteline elulemus radikaalravimeetodi järgi (täpiline ala tähistab tegelikku elulemust).

diumide järgi seostatakse nii kasvaja bioloogilise eripära (10) kui ka diagnoosimisel aset leidnud ajalise viivitusega (7, 10). Kasvajalise protsessi bioloogiliste karakteristikute seostamine elulemusega ei olnud käesoleva töö eesmärgiks. Võib arvata, et etniliselt lähedastes rahvastikurühmades (9) pole bioloogiliste erinevuste tõenäosus kuigi suur. Elulemuse erinevus Eestis ja Soomes seostub seega pigem diagnoosi õigeaegsusega. Rinnavähki haigestunute elulemuse paranemist Soomes on seletatud varajase diagnoosimise ning ravi tõhusumise (16). Soome Vähiregistri andmed alates 1953. aastast näitavad, et pidevalt on vähenenud mittelokaliseerunud rinnavähi osatähtsus: kui aastail 1953 ... 1959 moodustas see rühm 52% juhtudest (8), siis 1968 ... 1981 vaid 42%. Ilmekas on sealjuures vanemate haigete, üle 65-aastaste suhtelise elulemuse lähenemine nooremate vanuserühmade haigete vanusele (vt. joonis 3), mis tähistas rinnavähki suuremiste juhtude vähenemist eakatel. Eesti Vähiregistri andmed ulatuvad tagasi vaid 1968. aastani, seetõttu ei saa hinnata pikemaajalist tendentsi haigete jaotumises staadiumide järgi.

Paljude uurijate andmed kinnitavad, et rinnavähi puhul ei anna traditsioonilised, viie aasta elulemusnäitajad piisavat ettekujutust elulemuse dünaamikast (11). Pikemaajalise jälgimise andmete olemasolul saab iga-aastase suhtelise elulemuse kõvera põhjal hinnata, kui kaua püsib vaatlusaluses haigete rühmas tõenäosus surra sellesse pahaloomulisse kasvajas (2, 8). Käesoleva uurimuse tulemuste järgi säilis Eestis ja Soomes rinnavähki suuremise risk haigestunutel kogu 13-aastase vaatlusaja vältel arvates diagnoosimise ajast. Nii Soome Vähiregistri (8, 16) kui ka mõnede teiste maade vähiregistrite (15) andmeil püsib rinnavähki suuremise tõenäosus veel tunduvalt kauem. Seega on rinnavähi näol tegemist aeglaselt areneva kasvajalise protsessiga, mille omapäraks on retsidiivide ja metastaaside tekke ohu pikaajaline püsimine ka ravi järel.

KIRJANDUS: 1. Aareleid, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 173—175. — 2. Aareleid, T. Neoplasma, 1985, 32, 2, 257—263. — 3. Ederer, F., Axtell, L. M., Cutler, S. J. Natl. Cancer Inst. Monogr., 1961, 6, 101—121. — 4. Enstrom, J. E., Austin, D. F. Science, 1977, 195, 847—851. — 5. Hakama, M., Riihimäki, H. Ann. Clin. Res., 1974, 6, 115—121. — 6. Hakulinen, T. Biomet-

rics, 1982, 38, 933—942. — 7. *Hakulinen, T.* World Health Stat. Quart., 1983, 36, 1, 35—46. — 8. *Hakulinen, T., Pukkala, E., Hakama, M. a. o.* Ann. Clin. Res., 1981, 13 (suppl.) 31, 1—101. — 9. *Hakulinen, T., Rahu, M., Aareleid, T. a. o.* Duodecim, 1983, 99, 1741—1751. — 10. *Hinds, M. W., Kolonel, L. M., Nomura, A. M. Y. a. o.* Br. J. Cancer, 1982, 45, 1, 118—123. — 11. *Hutchinson, G. B.* Natl. Cancer Inst. Monogr., 1973, 36, 561—565. — 12. *Kelsey, J. I.* Epidemiol. Rev., 1979, 1, 74—109. — 13. *Melnik, Y., Slater, P. E., Steinitz, R. a. o.* J. Cancer Res. Clin. Oncol., 1979, 95, 291—293. — 14. *Rahu, M., Pukkala, E., Aareleid, T., Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 5, 337—340.* — 15. *Rutqvist, L. E., Wallgren, A., Nilsson, B.* Cancer, 1984, 53, 8, 1793—1800.

16. *Хакама М.* Вopr. онкол., 1985, 12, 40—44.

Eesti Vähiregister
Soome Vähiregister

UDK 616.127-005.4+616.12-008.318

Müokardi vulneraabluse määramisest isheemia korral

Igor Gussak Eini Altraja Rein Teesalu
• Tartu

südame rütmihäired, müokardi elektriline ebastabiilsus, müokardi vulneraablus, määramine, meetodika

Koronaarvereringe ägeda puudulikkuse korral on sagedaimaks surma põhjuseks südame rütmihäired, mis tekitab vatsakeste vulneraabluse perioodil (1, 10). Seetõttu on eluohtlike arütmiate arenemise mehhanismide väljaselgitamine vajalik nende prognoosimise, profülaktika ja ravi seisukohalt.

Müokardi elektrilise ebastabiilsuse, sealhulgas tema vulneraabluse määramise meetodite hulgas (3, 4, 8, 9), mida kasutatakse eksperimentaalses elektrofüsioloogias, on kliiniklaste erilist tähelepanu äratanud tööd, milles on jälgitud efektiivse refraktaarperioodi (R) ja maksimaalse ekstrasüstoolse latentsuse

(Q) dünaamikat, mis suures osas määravad elektrilise erutuse ringliikumise mehhanismi tekkimise eeldused. 1971.

aastal nimetas V. Krinski (5) suhte $\frac{Q}{R}$

vulneraabluse e. haavavuse faktoriks (VF). Järgnevates töodes (1, 2, 6, 7) lei-

dis kinnitust, et antud parameeter $\frac{Q}{R}$

võimaldab ekstrasüstoleid prognoosida, näitab ka müokardi vulneraabluse puudumist, sealhulgas näiteks pärast ravi-
mite kasutamist.

Töö eesmärk oli välja töötada müokardi vulneraablust näitavate parameetrite kliinilistes tingimustes määramise meetodika. Erilist tähelepanu pöörati seejuures ohutuse, informatiivsuse ja kiirelt mõõtmiste tagamisele.

Lähtudes eksperimentaaluuringutest töötati välja järgmine meetodika: a) R ja Q väärtused määrati testimpulsi peetuse järkjärgulisel suurendamisel, kusjuures volutugevus ei ületanud kahekordset diastoolse erutusläve väärtust: b) testuuringud tehti astmeliselt kiirendatavat atriaalset rütmi rakendades (endokardiaalne bipolaarne stimulatsioon).

Uuriti 42 haiget, kellel avastati järgmised seaduspärasused:

1. Q väärtused, mis mõõdeti nagu R väärtusedki paremast vatsakesest, ei muutunud atriaalse stimulatsiooni suurendamise korral usaldusväärselt ($P > 0,05$) ühelgi patsiendil.

2. R väärtused vähenesid usaldusväärselt ($P < 0,001$) vastavalt südame kontraktsioonide sageduse suurenemisele kõikidel haigetel.

3. Südame isheemiatõbe põdejatel ($n = 24$) — diagnoos objektiveeriti koronarograafia, veloergomeetria, samuti sagendatava atriaalse stimulatsiooni abil — vähenes R väärtuste dünaamika vastavalt rütmisagedusele oluliselt rohkem võrreldes dünaamikaga neil, kellel puudusid koronaarvereringe häirete tunnused. See fenomen võimaldas meil kasutusele võtta uue vulneraabluse kriteeriumi — refraktaarsuse

dünaamika järgi korrigeeritud vulne-
raabluse faktori (KVF).

4. KVF erineb VF-st oluliselt suure-
ma tundlikkuse poolest isheemia korral,
samuti ka mõne kardioaktiivse prepa-
raadi, näiteks kordarooni manusta-
misel.

5. Tsentraalveenide kateteriseerimi-
se, südameõõntesse elektrootide viimise
ja elektrofüsioloogiliste testuuringutega
seoses tüsistusi ei täheldatud.

Kõiki ohutabinõusid silmas pida-
des on see metoodika rakendatav elekt-
rofüsioloogiliste protsesside dünaamika
uurimiseks isheemia korral, võimalda-
des jälgida ka ravimite mõju müokardi
vulneraablusele.

KIRJANDUS: 1. Singh, B. N. In: Myocardial
Infarction. Its Presentation, Pathogenesis and
Treatment. Edinburgh, 1982, 268—279.

2. Бредикис Ю. Ю., Арманавичюс В. Ю., Бу-
каускас Ф. Ф. и др. Экстрасистолическая ла-
тентность как фактор прогнозирования сер-
дечных аритмий при электрической стимуля-
ции сердца. Вильнюс, 1976. — 3. Кобрин В. И.,
Косицкий Г. И., Безносова М. А. Кардиология,
1985, 110—112. — 4. Крицкий В. И. Биофизика,
1971, 1, 16, 87—92. — 5. Кукушкин Н. И., Са-
ксон М. Е., Букаускас Ф. Ф. В сб.: Биофизика
мембран. Каунас, 1971, 518—523. — 6. Мищенко
И. К., Гальцева Н. А. Кардиология, 1978, 4,
79—84. — 7. Саксон М. Е., Кукушкин Н. И., Бу-
каускас Ф. Ф. Биофизика, 1972, 5, 17, 856—861.
— 8. Смайлис А. И. Изучение методов профи-
лактики и лечения фибрилляции сердца и дру-
гих аритмий. Отчет о научно-исследователь-
ской работе лаборатории электрической сти-
муляции и дефибрилляции Каунасского Кар-
диологического института по теме, шифр
0.69.01.04.05;-НЗ. Каунас, 1985. — 9. Смай-
лис А. И., Гасюнас В. К., Гасюнене Г. В. и
др. В кн.: Теория и практика автоматизации
в кардиологии. Вильнюс, 1980. — 10. Сыркин
А. Л., Маркова А. И., Райнова Л. В. Рецидиви-
рующий инфаркт миокарда. М., 1981.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Ülevaated

UDK 612.1:532.135(047)

Hemoreoloogia ja kliiniline meditsiin

II. Hemoreoloogia rakendamine

Robert Looga · Tartu

kliiniline hemoreoloogia, patogeneesi hemoreo-
loogiline komponent, hemoreoloogilised uurimis-
meetodid, hemoreoloogilised ravimeetodid

Paljude haiguste ja patoloogiliste
seisundite puhul esinevad vere viskoos-
susfaktorite* muutused. Enam uuritud
on ses suhtes südame isheemiatõbi ja
müokardiinfarkt, kaasasündinud süda-
merikked, arteriaalne hüpertensioon,
perifeersetes veresoonte haigused (atero-
skleroos), primaarne ja sekundaarne
polütsüteemia, aneemiad ja hemoglo-
binopaatiad, pahaloomulised kasvavad,
suhkurtõbi, psüühiline ja füüsiline
stress, neuroosid, infektsioonhaigused,
allergia ja autoallergia, mürgitused,
traumad (ka kirurgilised), südameklap-
pide ning perifeersetes veresoonte pro-
teeside, kunstliku vereringe ja neeru-
aparatuuri toime (1, 3, 4, 17, 21, 28). He-
moreoloogilised muutused nende hai-
guste puhul kutsuvad esile kudede
hüpoperfusiooni, mille tagajärjeks on
omakorda elundite funktsionaalsed ja
morfoloogilised kahjustused. Seega ku-
jutavad hemoreoloogilised muutused

* Töös on kasutusel hemoreoloogiaalaseid mõis-
teid ja termineid, mida on lähemalt selgitatud
käesoleva ülevaate esimeses osas (8).

endast olulist komponenti paljude haiguste patogeneesis. Nende muutuste kõrvaldamine (hemoreoloogiline ravi) parandab haiguste kulgu märgatavalt.

Eespool toodu, eriti aga hemoreoloogilise ravi tunduva efektiivsuse tõttu on hemoreoloogia saanud nüüdisaja meditsiini üheks kesksamaks probleemiks (12, 16).

Hüperviskoossussündroom. Elundite funktsionaalsed ja morfoloogilised kahjustused kudede hüperperfusiooni tagajärjel on sageli, ehkki mitte alati, seotud vere suure viskoossusega nii suurtes kui ka väikestes veresoontes. See on tingitud vere eri viskoossusfaktorite aktiivsuse tõusust. Rohkesti on kliinilisi tähelepanekuid, mis osutavad vere viskoossuse ja viskoossusfaktorite kõrge taseme patoloogilisele mõjule (3, 5, 21).

Ent mikrotsirkulatsiooni tunded häired vere reoloogiliste omaduste muutuste tagajärjel võivad tekkida ka ilma vere süsteemse viskoossuse suurenemiseta või isegi selle vähenemise korral. Näiteks esineb selline olukord dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni (7, 22) ja *sludge*-fenomeni (4) puhul. Esimesel juhul on tegemist dissemineerunud trombogeneesiga, mille tagajärjel pisiveresooned ummistuvad. Suurtes veresoontes aga väheneb vere hüübimisfaktorite ja vormelemen-tide sisaldus (kulutuskoagulopaatia), mistõttu süsteemne vere viskoossus väheneb. Teisel juhul on analoogiline pisiveresoonte ummistumine tingitud erütrotsüütide patoloogiliste agregaatide (*sludge*) moodustumisest (4, 8). Ehkki vere süsteemne viskoossus mõlemal juhul väheneb, suureneb samal ajal lo-kaalne viskoossus.

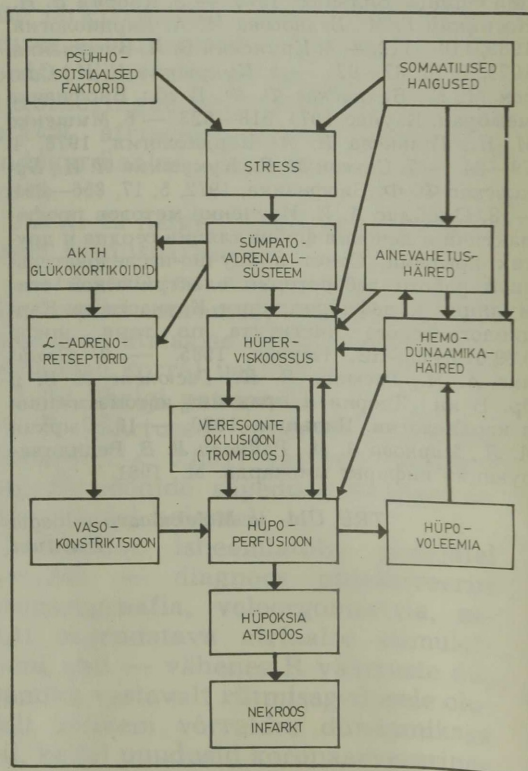
L. Dintenfass (2, 3) on käsitlenud neid seisundeid, mille puhul ühe või mitme viskoossusfaktori suurenemise tagajär-jel tekivad mikrotsirkulatsiooni häired (kudede hüperperfusioon), kui hüper-viskoossussündroomi, olenemata sel-lest, kas vere süsteemne viskoossus on samal ajal suurenenud või mitte. Seega on hüperviskoossussündroomile iseloomulikud kaks põhilist komponenti — vere viskoossusfaktorite suurenemine

(hüperviskoossus) ja selle põhjal tekkiv kudede hüperperfusioon kõigi oma taga-järgedega.

Vere hüperviskoossuse patofüsioloogia. Haigusest olenevalt on vere hüper-viskoossuse tekkemehhanism erinev. Teatud üldise ettekujutuse nendest an-nab joonisel 1 toodud skeem.

Vere viskoossusfaktorite tunduvalt suu-renemine võib esineda psühhogeensete stressiseisundite puhul seoses sümpato-adrenaalsüsteemi aktiveerumisega (3). Veres suureneb rakuliste elementide ja paljude keemiliste ühendite, nagu fib-rinogeeni, vabade rasvhapete, koleste-rooli, triglütseriidide, lipoproteiidide sisaldus. Areneb hüperkoagulatsiooni-seisund. Eeskätt adrenaliini toimel tek-ib trombotsüütide ja fibrinogeeni toi-mel erütrotsüütide intravaskulaarne agregatsioon. Muutuste tagajärjel vere ja vereplasma viskoossus suureneb.

Sellel mehhanismil on suur osa

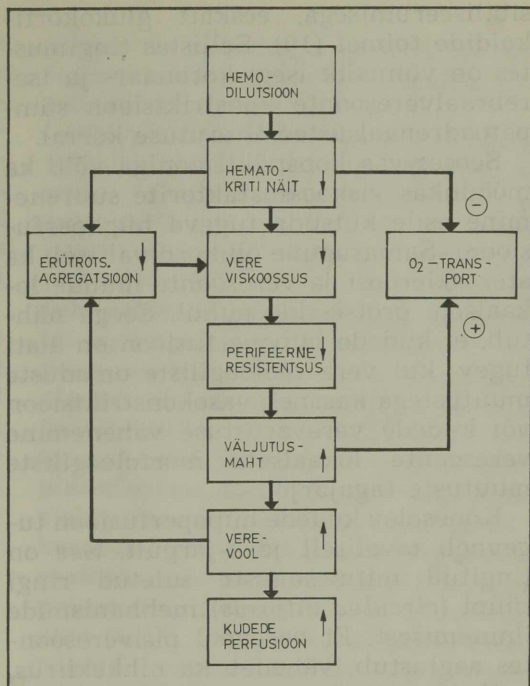


Joonis 1. Vere reoloogiliste omaduste muutuste ja nende tagajärgede peamised tekkemehhanismid haiguste ja patoloogiliste seisundite korral.

mitme neuroosivormi ja kortikovistse-
raalse haiguse, nagu südame isheemia-
tõve, tserebrovaskulaarse puudulikkuse
patogeneesis (2, 3).

Ka enamiku somaatiliste haiguste pu-
hul esineb analoogne stressireaktsioon
koos vere hüperviskoossuse väljakuju-
nemisega. Ent viimane võib tekkida
ka nende haiguste spetsiifiliste pato-
geensete mehhanismide toimel. Näiteks
polütsütemiate puhul on vere hüper-
viskoossus tingitud eeskätt hematokriti
näidu suurenemisest ja erütrotsüütide
agregatsiooni tugevnemisest, infekt-
sioonhaiguste ja immunopatoloogiliste
haiguste ning mehhaaniliste ning ter-
miliste traumade puhul — disseminee-
runud trombogeneesist, viirushaiguste
ja atsidoosi puhul trombotsüütide agre-
gatsioonist, neerupuudulikkuse puhul
erütrotsüütide elastsuse vähenemisest,
pahaloomuliste kasvajate puhul vere
fibrinogeenisisalduse suurenemisest ja
erütrotsüütide patoloogilisest agregat-
sioonist (1, 2, 3, 21). Kui happed, pes-
titsiide või muid mürke satub verre,
tekivad hemolüüs ja dissemineerunud
intravaskulaarne koagulatsioon, kus-
juures süsteemne hematokriti näit ja
vere viskoossus vähenevad. Ent samade
ainete enteraalse toime puhul tugevnevad
seedetrakti sekretoorsed protsessid,
mistõttu süsteemne hematokriti näit ja
vere viskoossus suurenevad (24). Alko-
holi toimel tekib tunduv hemokontsent-
ratsioon, mistõttu süsteemne hemato-
kriti näit ja vere viskoossus suurenevad,
tugevneb erütrotsüütide, ent nõr-
geneb trombotsüütide agregatsioon (23).

Paljude haiguste puhul esinevad aine-
vahetuse ja vereringe tunduvad häired,
mis omakorda mõjutavad vere reoloogi-
list staatust. Näiteks hüperlipemia,
atsidoos ja osmoitse rõhu tõus, mis on
iseloomulikud suhkurtõvele, kutsuvad
esile erütro- ja trombotsüütide agregat-
siooni, kusjuures vabad erütrotsüüdid
jäigastuvad. Analoogseid hemoreoloogi-
lisi muutusi esineb ka üldise hüpok-
sia ja atsidoosi puhul, mis tekivad eriti
seoses hingamise ja vereringe häiretega
(3). Südame väljutusmahu püsival vä-
henemisel hematokriti näit suureneb



Joonis 2. Normovolemilise hemodilutsiooni toi-
memehhanismid kudede perfusiooni ja hapniku
transpordi suhtes hüperviskoossussündroomi kor-
ral.

(5). Verevoolu aeglustumisel erütro-
tsüütide agregatsioon tugevneb, nende
sisemine viskoossus suureneb (3, 4, 8).

Kudede hüperperfusiooni patofüsioloogia. Kudede hüperperfusioon hüper-
viskoossussündroomi puhul on tingitud
vere viskoossusfaktorite suurenemisest,
mis mehhaanilisel teel takistavad vere-
voolu pisiveresoontes. Ent on teisigi
mehhanisme, mis olulisel määral mõju-
tavad kõnesoleva hüperperfusiooni in-
tensiivsust. Teatud ettekujutuse nen-
dest vahekordadest annab joonisel 1
toodud skeem. Viskoossusfaktorite mõõ-
duka suurenemise puhul on verevoolu
olukorda võimalik parandada pisivere-
soontes kompensatoorse vasodilatatsiooni
teel. Ent tunduvamate hemoreoloogi-
liste muutuste puhul jääb selline
kompensatsioon puudulikuks, seda
enam, et väljakujunenud stressiseisun-
dile kaasub üldine vasokonstriksioon.
Viimane muutub eriti tugevaks kordu-
vate ja püsivate stressireaktsioonide
puhul seoses α -adrenoretseptorite sen-

sibiliseerumisega, eeskätt glükokortikoidide toimetel (10). Sellistes tingimustes on võimalik isegi koronaar- ja tsebraalveresoonte konstriksioon sümptoadrenaalsüsteemi erutuse korral.

Seoses vasokonstriksiooniga võib ka mõõdukas viskoossusfaktorite suuremine esile kutsuda tugeva hüpoperfusiooni. Samasugune olukord valitseb ka ateroskleroosi ja veresoonte muude lokaalsete protsesside puhul. Seega nähtub, et kudede hüpoperfusioon on alati tugev, kui vere reoloogiliste omaduste muutustega kaasneb vasokonstriksioon või kudede verevarustuse vähenemine veresoonte lokaalsete morfoloogiliste muutuste tagajärjel.

Kõnesolev kudede hüpoperfusioon tugeneb tavaliselt järk-järgult. See on tingitud mitmesuguste suletud ringi tüüpi (*circulus vitiosus*) mehhanismide ilmnemisest. Et verevool pisiveresoontes aeglustub, väheneb ka nihkekiirus, mille tagajärjel erütrotsüütide agregatsioon tugevneb. See aga aeglustab verevoolu ja vähendab nihkekiirust veelgi enam. Lõpptagajärjeks võib kohati olla verevoolu täielik lakkamine — staas (11). Erütrotsüütide agregaadid liiguvad peamiselt veresoonte telgjoone piirkonnas (8), surudes vähemad ja kergemad trombotsüüdid veresoonte seinapidistesse kihtidesse. Et siin on nihkekiirus suhteliselt suurem, siis tekib ka trombotsüütide agregatsioon. Oluliselt soodustavad seda hüpoperfusiooni tagajärjel arenev lokaalne hüpoksia ja atsidoos (2, 3). Raskematel juhtudel võib trombotsüütide agregatsioonile järgneda ka verehüübimine. Lokaalne hüpoksia ja atsidoos kutsuvad esile ka erütrotsüütide sisemise viskoossuse suurenemise — nende elastsus väheneb suuresti, ilmnevad nn. rigiidsed erütrotsüüdid (2, 3). Seetõttu nõrgeneb Fahraeusi-Lindquisti efekt (8) ja hüpoperfusioon süveneb veelgi. Verevoolu tunduva aeglustumise puhul hakkavad leukotsüüdid massiliselt kleepuma pisiveresoonte sisepinnale, see omakorda raskendab vere liikumist (6). Sagedamini tekivad eespool kirjeldatud muutused müokardi, peaaegu ja neerude pisi-

veresoontes, sest nende läbimõõt on juuba normaalsetes tingimustes väiksem kui pisiveresoontel teistes elundites (5).

Kui pisiveresoonte oklusioon on massiline, nagu see esineb kriitiliste seisundite puhul, siis võib tekkida vere sekvestratsiooni fenomen — suurel hulgal vormelemente ja vereplasmata peetub mikrotsirkulatoorses piirkonnas, mistõttu väheneb tunduvalt tsirkuleeriva vere maht. Sellise hüpovolemia tagajärjeks on südame väljutusmahu vähenemine ja rasked hemodünaamihäired, mis omakorda süvendavad kudede üldist hüpoperfusiooni (17).

Kudede hüpoperfusiooni tagajärjed.

Otseseks tagajärjeks on lokaalse hüpoksia ja atsidoosi teke. Raskematel juhtudel, eriti aga veresoonte püsiva oklusiooni puhul, arenevad ka kudede morfoloogilised muutused — düstroofilised protsessid, mikro- ja makronekroosid, infarktid.

Pidades silmas hüpoperfusiooni eespool toodud tekkemehhanisme, on selge, et kudede nekroos ja infarkt ei teki ainuüksi lokaalse verehüübimise, tromboosi tagajärjel, vaid selle põhjuseks võib olla ka veresoonte ummistumine erütro- ja trombotsüütide agregaatidega, elastsuse kaotanud (rigiidsete) erütrotsüütidega ja hukkunud rakkude osistega. Kui infarktid tekiksid ainuüksi tromboosi tagajärjel, siis poleks arusaadav näiteks müokardiinfarkti esinemine hemofiiliat põdejal ega teistel verehüübimishäirete all kannataval inimestel (3).

Kudede hüpoperfusiooni tingimustes täheldatakse ka veresoonte seinte funktsionaalseid ja morfoloogilisi muutusi. Nende läbilaskvus suureneb, tekivad perivaskulaarsed tursed ja hemorraagiad. Esinevad endoteelirakkude turse ja deskvamatsioon. Veresoone muutuvad vääniliseks, nende läbimõõt ebaühtlaseks, tüüpilised on nende stenoosid ja aneurüsmid (4, 28). Võimalik on ka suuremate veresoonte seinu toitvate pisiveresoonte — *vasa vasorum*'i oklusioon, mida mõned autorid peavad ateroskleroosi peamiseks patogeneetiliseks mehhanismiks (2, 3).

Osa tekkinud agregaatide ja teisi võõr-moodustisi kantakse verevooluga ve-noossesse süsteemi ning südame parempoolsesse ossa. Tänu kopsude hästi arenenud filtratsioonifunktsioonile peetakse need osised siin kinni. Kui aga osiseid on massiliselt, pääseb osa neid arteriaalsesse süsteemi, põhjustades pisiveresoonte sekundaarset oklusiooni organismi eri osades (17).

Et kirjeldatud hüpoperfusiooni võib esineda paljude haiguste ja mürgituste korral, siis on tõenäoline, et iga kord kaasub neile kas suuremal või vähemal määral mitmesuguste rakkude hukkumine (mikronekroosid) (4, 28). Eriti ohtlik on see peaaegu, kuna närvirakudel puudub regeneratsioonivõime. Mõned autorid seletavad antud mehhanismiga degradatsiooninähte, mis on iseloomulikud kroonilisele alkoholismile (9).

Uurimismeetodid. Hemoreoloogiliste uurimismeetodite ülesandeks on vere viskoossusfaktorite määramine. Teatud määral võimaldavad seda juba mõningad hästi tuntud, rutiinsed vereanalüüsi meetodid, nagu hematokriti näidu, erütrotsüütide settimise reaktsiooni, trombotsüütide arvu, vere valgusisalduse ja verehübimise mõningate näitajate määramine. Ent peamised hemoreoloogilised uurimismeetodid on üldiselt vähe tuntud ja eeldavad tavaliselt eriparatuuri kasutamist.

Vere näilist viskoossust määratakse eeskätt **rotatsioonviskosimeetriga** (1, 2, 3, 13, 21), mis võimaldab nihkekiiruse väärtusi suurtes piirides varieerida ($\dot{\gamma} = 0,001 \dots 1000 \text{ s}^{-1}$ või rohkem). Eriti oluline on madalate nihkekiiruste kasutamise võimalus, sest siin ilmneb erütrotsüütide agregatsiooni toime vere viskoossusesse. Ehkki **kapillaarviskosimeeter** on lihtsama konstruktsiooniga, sobib see vere viskoossuse määramiseks vaid nihkekiiruste suurte väärtuste puhul ($\dot{\gamma} > 100 \text{ s}^{-1}$). Madalate väärtuste puhul saadud andmed pole usaldatavad seoses mitme segava faktori ilmnemisega (1, 13). Küll aga sobib kapillaarviskosimeeter **vereplasma viskoossuse** määramiseks, sest vere-

plasma on njuutonlik vedelik (8). Kasutatakse mitmesuguseid täiustatud konstruktsioone (1, 13, 21, 26).

Erütrotsüütide agregatsiooni uurimiseks kasutatakse **vere viskoossuse** andmeid, mis on saadud madalate ja kõrgete nihkekiiruste juures, või leitakse nende andmete alusel lävinihkepinge (τ_0) väärtus (1, 8, 21). Ka **erütrotsüütide settimise reaktsiooni** kiirus iseloomustab erütrotsüütide agregatsiooni tugevust, ent sealjuures tuleb arvestada ka plasma viskoossuse väärtusi ja hematokriti näitu (2, 3). Kaudselt iseloomustab seda näitajat ka **erütrotsüütide pinnalaengu** suurus, mis määratakse elektroforeesi teel (27). Laialdaselt on kasutusel erütrotsüütide agregatsiooni-reaktsioonide **otsene vaatlus** mikroskoopimise teel kas *in vitro* (2, 3, 21) või *in vivo* (4, 15, 28). On ka mitmeid ettepanekuid erütrotsüütide agregatsiooni määramiseks **fotoomeetriselt** (3, 21), ent praktikas pole need end täiel määral õigustanud.

Ka **erütrotsüütide elastsuse (sisemise viskoossuse)** määramiseks on mitmeid meetodeid (1, 2, 3, 21). **Otsese mikroskoopimise teel** uuritakse erütrotsüütide kuju ja arvu muutusi mitmesuguste koormuste rakendamisel neile (osmootne rõhk, mehhaanilised mõjutused) või nende surumisel läbi mikropoorsete filtrite või kapillaartorude. Nn. **pakitud erütrotsüütide viskosimeetriameetod** põhineb tõsiasjal, et tsentrifuugimisel saadava erütrotsüütide suspensiooni (pakitud erütrotsüüdid) relatiivne viskoossus on seda suurem, mida suurem on vastavate erütrotsüütide sisemine viskoossus.

Trombotsüütide loendamiseks on populaarsem **faaskontrastmikroskoopia** meetod (18). **Trombotsüütide agregatsiooni- ja adhesioonivõime** kindlakstegemiseks on välja töötatud mitmeid laboratoorseid meetodeid, kusjuures turbidimeetiline meetod võimaldab reaktsioone ka graafiliselt registreerida (14, 18).

Rohkearvulisi **vere hüübimissüsteemide seisundite** uurimise meetodeid on kirjeldatud paljudes erialakäsiraamatu-

tes ja monograafiates. Suurel määral kasutatakse neid meetodeid ka hemo-reoloogiliste muutuste uurimisel, eriti aga dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni puhul. Seejuures on graafilistest meetoditest enam populaarsed **elektrokoagulograafia, tromboelastograafia ja vere kunstliku trombi viskoossuse määramine** (2, 3, 14, 18).

Hemoreoloogiline ravi. See toimub ühel ja samal ajal haiguse spetsiifilise raviga. Eesmärgiks on haige organismi kudede perfusiooni parandamine vere viskoossusfaktorite korrigeerimise teel. See eeldab vere reoloogiliste omaduste ja mitme hemodünaamilise ning mikrotsirkulatsiooni seisundi näitajate pidevat kontrolli ravi ajal.

Hemoreoloogilise ravi põhiliseks vormiks on **normovoleemiline juhitud hemodilutsioonimeetod** (11, 17, 19). Korduvate aadrilaskmiste (umbes 500 ml verd korraga) ja sünteetiliste vereasendajate lahuste (näiteks reopolüglükiini) veeni manustamise teel viiakse patsiendi hematokriti näit alla kuni 30%-ni, kusjuures säilitatakse normaalne vere maht. Sellise hemodilutsiooni tagajärjed on skemaatiliselt kujutatud joonisel 2. Ehkki hematokriti näidu vähenemine nõrgendab mõnevõrra vere maksimaalse hapnikutranspordi võimet, korvatakse see südame väljutusmahu suurenemise teel. Ent ka ilma selleta on 30...35%-lise hematokritinäidu puhul võimalik kudede hapnikuvajadus katta täiel määral (11).

Vere viskoossusfaktorite korrigeerimiseks kasutatakse ka **farmakoloogilisi mõjutusi**, seda sõltuvalt haiguse laadist, kas koos hemodilutsiooniga või ilma selleta. Nii näiteks nõrgendavad erütroja trombotsüütide agregatsiooni sellised farmakonid nagu aspiriin, nikotiinhape, trentaal, dipiridamool, indometatsiin jt., erütrotsüütide sisemist viskoossust trentaal, vere fibrinogeenisisaldust komplamiin, nikotiinhape, *ankrod* (*arvin*) (17, 20). Paljud vasodilataatorid vähendavad ka vere viskoossust, põletikuvastased vahendid aga trombotsüütide agregatsiooni (12).

Psühhoogeensetest stressiseisundeist

tingitud hemoreoloogiliste häirete tunduvalt paranemist on täheldatud **psühhoterapeutiliste mõjutuste ja elektrune rakendamisel** (3). See tulemus valgustab uuest aspektist I. Pavlovi univ-ravi printsiipe.

Ehkki eespool toodud raviprintsiipidel võib olla suur tähtsus ka dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni puhul, kujutab selle seisundi spetsiifiline ravi endast isegi uemal ajal veel komplitseeritud küsimust (14, 17, 29).

Lõpuks väärrib märkimist, et hemo-reoloogiline ravi on osutunud väga efektiivseks primaarse ja sekundaarse polütsütemia, müokardiinfarkti, kaasasündinud tsüanootilise südamehaiguse, pulmonaalsüdame, perifeerse vaskulaarse haiguse, arteriaalse oklusiivse haiguse, tserebrovaskulaarse haiguse, veresoonte operatsioonijärgsete seisundite jt. puhul (3, 5, 11, 19, 21).

KIRJANDUS: 1. *Charm, E. S., Kurland, G. S.* Blood Flow and Microcirculation. New York, 1974. — 2. *Dintenfass, L.* Blood Microrheology. New York, 1971. — 3. *Dintenfass, L.* Rheology of Blood in Diagnostic and Preventive Medicine. London, 1976. — 4. *Knisely, M. H.* In: Handbook of Physiology. Washington, 1965. II, 3, 2249—2292. — 5. *Lingard, P. S.* In: The Rheology of Blood, Blood Vessels and Associated Tissues. Alphen aan den Rijn, 1981, 51—72. — 6. *Lipowsky, H. H.* In: The Rheology of Blood, Blood Vessels and Associated Tissues. Alphen aan den Rijn, 1981, 295—318. — 7. *Looga, R.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 6, 433—438. — 8. *Looga, R.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 4, 263—268. — 9. *Moskow, M., Pennington, R., Knisely, M.* Microvasc. Res., 1968, 1, 2, 174—185. — 10. *Müller-Berghaus, G., Lasch, H.-G.* In: Handbook of Experimental Pharmacologie. Berlin, 1975, XVI, 3, 429—514. — 11. *Rieger, H.* In: The Rheology of Blood, Blood Vessels and Associated Tissues. Alphen aan den Rijn, 1981, 73—92. — 12. *Schmid-Schönbein, H.* In: The Rheology of Blood, Blood Vessels and Associated Tissues. Alphen aan den Rijn, 1981, 1—21. — 13. *Van Wazer, J. R., Lyons J. W., Kim, K. Y. a.o.* Viscosity and Flow Measurement. New York, 1963.

14. *Баркаган З. С.* Геморрагические заболевания и синдромы. М., 1980. — 15. *Бунин А. Я., Кацнельсон Л. А., Яковлев А. А.* Микроциркуляция глаза. М., 1984. — 16. *Грицук А. И.* Кардиология, 1984, 24, 2, 5—9. — 17. *Зильбер А. П.* Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. М., 1984. — 18. *Иванов Е. П.* Диагностика нарушений гемостаза. Минск, 1983. — 19. *Коваленко В. И.* Вест. хир.,

1979, 122, 3, 82—87. — 20. *Лакин К. М., Балуда В. П.* В кн.: Актуальные проблемы гемостазиологии. М., 1981, 430—460. — 21. *Левтов В. А., Регирер С. А., Шадрин Н. Х.* Реология крови. М., 1982. — 22. *Лоога Р. Ю., Кулль М. М., Лоога Л. К.* В кн.: Медицинский факультет — здравоохранению. Тарту. 1980, 102—104. — 23. *Лоога Р. Ю., Паю К. Л.* Патол. физиол., 1982, 2, 72—74. — 24. *Лоога Р. Ю., Кулль М. М., Лоога Л. К., Паю К. Л.* В кн.: Медицинские исследования практике. Тарту, 1984, 298—299. — 25. *Трубецкой А. В.* В кн.: Руководство по кардиологии. М., 1982, 1, 443—453. — 26. *Удовиченко В. И.* Патол. физиол., 1984, 1, 73—75. — 27. *Харамоненко С. С., Ранитянская А. А.* Электрофорез клеток крови. Минск. 1974. — 28. *Чернух А. М., Александров П. Н., Алексеев О. В.* Микроциркуляция. М., 1975. — 29. *Шаш Г., Борощ М.* Венг. фармакотер., 1980, II, 4, 143—153.

TRÜ arstiteaduskonna patofüsioloogia
kateeder

Kopsude funktsionaalse seisundi iseloomustamine forsseeritud hingamise abil

Peet-Henn Kingisepp · Tartu

forsseeritud hingamine, mahu-aja graafik, voolu-
mahu ling, kopsude funktsionaalse seisundi
hindamine

Kopsude funktsionaalse seisundi hindamisel on enamkasutatavateks näitajateks kopsude totaalkapatsiteet (TK) ning selle alajaotused (staatilised näitajad) ja forsseeritud välja- või sissehingamisel leitavad õhu ruumalad ning õhu liikumise mahtkiirused (dünaamilised näitajad). Õhu liikumise mahtkiiruse (\dot{V}) all mõistetakse õhu ruumala, mis läbib hingamisteede ristlõiget mingis ajaühikus (mõõtühikuks on l/s, ml/s, l/min.), eestikeelseks terminiks sobib (õhu)vool (ingl. k. — *flow*, saksa k. — *Fluss*, vene k. — поток).

Välise hingamise funktsionaalset seisundit iseloomustavad staatilised näitajad on tuntumad kui dünaamilised, viimaste tutvustamine on seatudki käesoleva artikli eesmärgiks.

Hingamisteede läbitavuse hindamiseks kasutatav forsseeritud hingamise proov, mis on tuntud juba üle kolmekümne aasta, seisneb selles, et maksimaalsest sissehingamisest hingab vaatlusalune nii kiiresti kui suudab lõpuni välja; proovi korratakse 3..5 korda (5, 8, 11, 17, 21, 25). Väljahingatava õhu ruumala muutused, registreerituna ajafunktsioonina, annavad väljahingamise mahu-aja graafiku e. spirogrammi (vt. joonis 1a). Sellelt mõõdetakse 1, 2 ja 3 sekundi jooksul forsseeritud ekspiratsiooni mahud (FEM_1 , FEM_2 ja FEM_3) ning väljahingatud õhu maksimaalne ruumala — forsseeritud ekspiratoorne vitaalkapatsiteet ($FEVK$). Kui uuritav pärast maksimaalset väljahingamist nii kiiresti kui suudab sisse hingab ja mahu muutused ajafunktsioonina registreeritakse, saa-

Tubakasuitsetamise levimus. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmete võrdlemisel NSV Liidu kohta avaldatuga nähtub, et suitsetamislevimus NSV Liidu meeste hulgas (keskmiselt 64,7%) on ligilähedane maailma ulatuses toodud andmetega (50..80%). Kogu maailmas on suitsetamislevimus naiste hulgas 20..50%, NSV Liidus seevastu keskmiselt vaid 8,8%. Suitsetamislevimus NSV Liidu kooliõpilaste hulgas on aga hoopis erinev, olenevalt geograafilisest piirkonnast, soost, ka rahvuslikest ja kultuuritraditsioonidest. Näiteks Moskva, Habarovski, Lipetski ja Vilniuse koolipoistest suitsetab 43,9..63,4% ja X klassi tütarlastest 11,3..16,7%. Kiievi, Daugavpils ja Jessentuki koolipoistest suitsetab 26,3..32,2%, tütarlastest 8,3..9,2%, Taškendi ja Samarkandi kooliõpilaste kohta on need andmed vastavalt 16,7..17,0% ja 1,2..1,9%. NSV Liidu täiskasvanud igapäevasuutsetajaid mehi on 95,2% ning naisi 63,9%. Siit nähtub, et kahjuks on suitsetamisharjumus tugevasti juurdunud. Enamik naisi suitsetab iga päev kuni viis sigaretti, niasama palju ka 88,6% vanemas koolieas tütarlastest. Võitlus tubakasuitsetamise vastu on suure tähtsusega sotsiaal-mediitsiiniline probleem. Laialdane suitsetamislevimus dikteerib hädavajalikkuse leida uusi ja mõjusaid mooduseid sanitaarharidustöös.

Гигиена и санитария, 1985, 3.

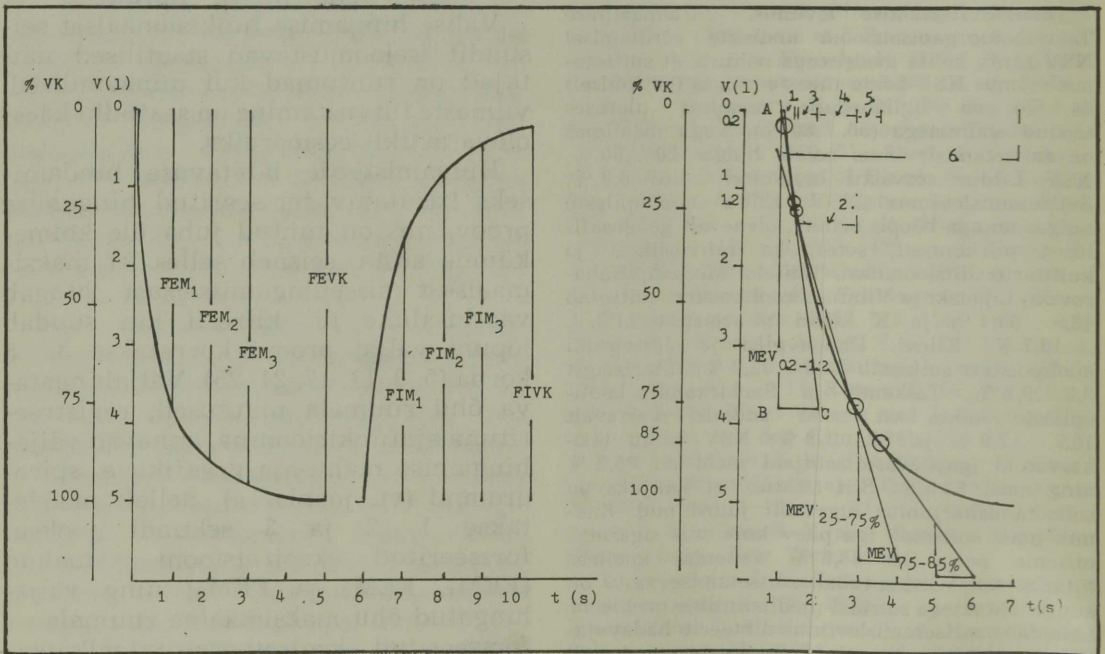
dakse sissehingamise mahu-aja graafik, millelt mõõdetakse 1, 2 ja 3 sekundi jooksul forsseeritud inspiratsiooni mahu (FIM₁, FIM₂ ja FIM₃) ning forsseeritud inspiratoorne vitaalkapatsiteet (FIVK) (vt. joonis 1a). Tuntuimad on FEM₁ ja selle suhe vitaalkapatsiteeti protsentides (FEM₁/VK % — Tiffeneau indeks).

Õhuvoolu keskmisi suurusi teatud õhuhulkade väljahingamise vahemikel hakkasid forsseeritud väljahingamise graafikult mõõtma E. C. Leuallen ja W. S. Fowler (14). Leitud suurused ise-loomustavad eeskätt hingamisteede obstruktiivseid muutusi.

Selleks et spirogrammilt leida õhuvoolu keskmisi väärtusi mingite välja- või sissehingatava õhu ruumalade vahemikus, tuleb teha lisaarvutusi (vt. joonis 1b), peale selle peab spirograafipaberi liikumise kiirus olema vähemalt 20 mm/s. Nende suuruste väärtust hingamisteede funktsionaalse seisundi ise-loomustamisel on nüüdisajaks uurinud paljud autorid (7, 10, 16, 21).

Kvalitatiivselt uue võttena hakati forsseeritud väljahingamisel esinevat õhuvoolu registreerima vastava ruumala funktsioonina (9, 10), saadi voolu-mahu graafik (ingl. k. — *flow-volume curve*). Kui samad suurused registreeriti ka sissehingamisel, siis saadi voolu-mahu ling (ingl. k. — *flow-volume loop*), nagu on näidatud joonisel 2. Sellelt on võimalik leida õhuvoolu hetkväärtused välja- või sissehingatud õhu mis tahes ruumala korral. Huvi nende uuringute vastu on tõstnud veel see, et väljahingamisel registreeritud voolu-mahu graafiku lõpuosaltsaadud näitajad on tundlikud väikese läbimõõduga hingamisteede (diameetriga alla 2 mm) läbitavuse hindamisel ja võimaldavad avastada kliiniliselt mitteavaldavaid muutusi hingamisteedes (1, 2, 4, 6, 8, 10, 21, 25). Viimati nimetatud asjaolu teeb voolu-mahu lingu registreerivad analüsaatorid eriti hinnatavaks sõeluuringutes kopsuhaiguste väljaselgitamisel.

Sisse- ja väljahingamisel liigub õhk



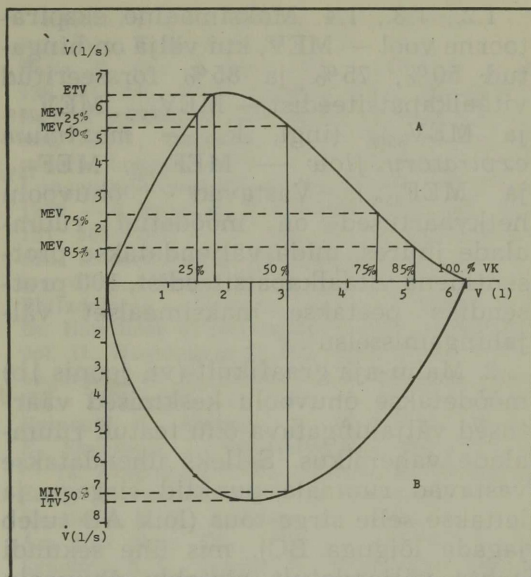
Joonis 1a. Mahu-aja graafik (spirogramm) forsseeritud välja- ja sissehingamisel. Ordinaadil maht liitrites (V) ja protsent vitaalkapatsiteedist (% VK), abstsissil aeg (t) sekundites; forsseeritud välja- ja sissehingamise mahtude mõõtmine (lühendite seletus tekstis). Joonis 1b. Forsseeritud väljahingamise spirogramm. Telgede tähistus sama mis joonisel 1a; õhuvoolu keskmiste ja õhu teatud koguste väljahingamiseks kulunud aegade mõõtmine (seletus tekstis).

kopsudesse ning sealt välja tänu suu- ja ninaõõnes ning alveoolides olevale rõhkude diferentsile. See omakorda oleneb transpulmonaalsest rõhust¹. Transpulmonaalse rõhu, õhuvoolu ja kopsude täitumisastme vahel valitsevad kindlad seaduspärasused. Forsseeritud väljahingamisel saavutatav maksimaalne õhuvool oleneb muude tingimuste samaksjäämise korral väljahingamise eel kopsudes olevast õhu hulgast. Seda sõltuvust väljendavad samamahu rõhu-voolu graafikud (ingl. k. — *isovolume pressure-flow*) joonisel 3. Graafikud A, B ja C näitavad õhuvoolu sõltuvust transpulmonaalsest rõhust kopsude erinevate (enne forsseeritud väljahingamise alustamist esinevad) täitumisastmete korral. Jooniselt 3 nähtub, et forsseeritud väljahingamise alustamisel kopsude totaalkapatsiteedist (graafik A) on vool seda tugevam, mida kõrgem on transpulmonaalne rõhk, platootaolist osa graafikul ei esine. See tähendab: mida tugevama jõuga toimub väljahingamine, seda kiirem on õhuvool hingamisteedes.

Antud sõltuvusele vastavaks voolu-mahu lingu osaks on ekspiratoorne tippvool (ETV) joonisel 2 A, mis iseloomustab ühelt poolt suurte hingamisteede läbitavust, teiselt poolt aga hingamislihaste rakendamise oskust ja motiivatsiooni testi tegemisel (3, 15, 19, 20). Seepärast nimetatakse ETV-d ka pingutusest sõltuvaks. Õhuvool suureneb seni, kuni on saavutatud hingamislihaste piirjõud. Funktsionaaldiagnoosimisel peab arvestama, et suurte hingamisteede läbitavuse hindamisel objektiivsete tulemuste saamiseks tuleb forsseeritud väljahingamist alustada maksimaalsest sissehingamisest.

Kui väljahingamist alustada totaalkapatsiteedist väiksematest ruumaladest (vt. joonis 3, graafikud B ja C), suureneb õhuvool väljahingamise pingutuse tugevnemisel, kuni saavutab maksimumi, millest alates transpulmonaalse rõhu tõstmine õhuvoolu enam

¹ Transpulmonaalne rõhk — diferents suu- ja ninaõõnerõhu ning pleuraõõnerõhu vahel.



Joonis 2. Voolu-mahu ling forsseeritud välja- ja sissehingamisel (A ja B). Ordinaadil õhuvool (\dot{V} l/s) ja abstsissil maht (V) liitrites ja protsentvitaalkapatsiteedist (% VK), 100% on maksimaalne väljahingamisest. Lingut moodetavate suuruste tähistuste seletus tekstis.

ei kiirenda. Sellest tulenevalt jääb õhuvool samamahu rõhu-voolu graafikutele platookujuliseks ning näitajaid voolu-mahu lingul (vt. joonis 2A: MEV_{50%}, MEV_{75%}, MEV_{85%}) nimetatakse pingutusest sõltumatuks. Need on suhteliselt hästi korratavad ja on iseloomulikud peamiselt väikese läbimõõduga hingamisteede läbitavusele (9, 13, 15, 18, 25).

Forsseeritud sissehingamisel oleneb õhuvool iga kopsude täitumisastme korral transpulmonaalsest rõhust, mis omakorda sõltub vaatlusaluse poolt sissehingamisel tehtavast pingutusest ja hingamisteede läbitavusest.

Järgnevalt esitatakse olulisemad forsseeritud välja- ja sissehingamist iseloomustavad näitajad.

1. Voolu-mahu lingult leitakse forsseeritud väljahingamise õhuvoolu hetkväärtused (vt. joonis 2 A).

1.1. Õhuvoolu maksimum forsseeritud väljahingamisel — ekspiratoorne tippvool — ETV (ingl. k. — *peak expiratory flow* — PEF).

1.2., 1.3., 1.4. Maksimaalne ekspiraatorne vool — MEV, kui välja on hingatud 50%, 75% ja 85% forsseeritud vitaalkapatsiteedist — MEV_{50%}, MEV_{75%} ja MEV_{85%} (ingl. k. — *maximum expiratory flow* — MEF_{50%}, MEF_{75%} ja MEF_{85%}). Vastavad õhuvoolu hetkväärtused on mõõdetud ruumalade juures, mida väljendatakse protsentidena vitaalkapatsiteedist, 100 protsendiks peetakse maksimaalset väljahingamisseisu².

2. Mahu-aja graafikult (vt. joonis 1b) mõõdetakse õhuvoolu keskmised väärtused väljahingatava õhu teatud ruumalade vahemikus. Selleks ühendatakse vastavad ruumala punktid sirgega ja leitakse selle sirge tõus (lõik AB tuleb jagada lõiguga BC), mis ühe sekundi kohta väljendatult näitabki õhuvoolu suurust (1/s).

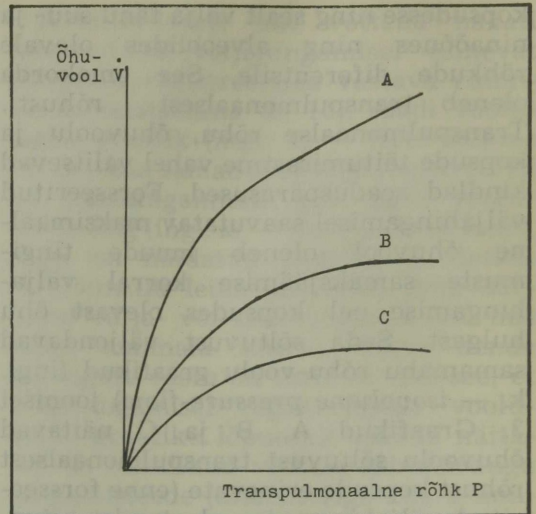
2.1. (Keskmine) maksimaalne ekspiraatorne õhuvool, kui välja hingatakse õhku 0,2 kuni 1,2 liitri — MEV_{0,2-1,2} (ingl. k. — *mean maximum expiratory flow* — MMEF_{0,2-1,2}).

2.2., 2.3. (Keskmine) maksimaalne ekspiraatorne õhuvool, kui vitaalkapatsiteedist hingatakse välja 25% kuni 75% ja 75% kuni 85% — MEV_{25-75%}, MEV_{75-85%} (ingl. k. — MMEF_{25-75%}, MMEF_{75-85%}). MEV_{25-75%} nimetatakse ka maksimaalseks keskekspiratoorseks vooluks (ingl. k. — *maximum midexpiratory flow*).

3. Lisaks õhu ruumaladele ja -voolu väärtustele mõõdetakse forsseeritud väljahingamise graafikult õhu ruumalade väljahingamiseks kulunud aegu (joonis 1b tähistatud järgarvudena, tekstis esitatud vastava aja järel sulgudes).

3.1. Forsseeritud ekspiraatorse tippvoolu saavutamiseks kulunud aeg e. forsseeritud ekspiraatsiooni aeg — FEA_{ETV} (ingl. k. — *forced expiratory time* — FET_{PEF}).

² Kui õhuvoolu hetkväärtused väljendatakse mingi teise kriteeriumi alusel leitud ruumalade korral (N: ruumalad arvutatakse protsentides totaalkapatsiteedist; 100 protsendiks peetakse maksimaalset sissehingamisseisu), siis tuleb see eraldi märkida.



Joonis 3. Samamahu rõhu-voolu graafikud erinevatel väljahingamiselsetel ruumaladel A, B ja C. Ordinaadil õhuvool, abstsissil transpulmonaalne rõhk (Bouhuysi järgi (3)). Forsseeritud väljahingamist on alustatud maksimaalsest sissehingamisseisust A ja sellest väiksematest ruumaladest B ja C (B>C).

3.2. Ühe liitri õhu (0,2 kuni 1,2 liitri) väljahingamiseks kulunud aeg — FEA_{0,2-1,2} (1).

3.3., 3.4., 3.5 ja 3.6. Ajad, mis on kulunud, kui vitaalkapatsiteedist hingati välja 25%—75%, 25%—50%, 50%—75% ning 75%—85% (FEA_{25-75%}, FEA_{25-50%}, FEA_{50-75%} ja FEA_{75-85%}) (vt. joonis 1b — 2., 3., 4., 5.).

3.7. Kogu forsseeritud vitaalkapatsiteedi väljahingamiseks kulunud aeg — FEA_{100%} (vt. joonis 1b — 6.).

Forsseeritud sissehingamise graafikult on kõige sagedamini mõõdetavateks inspiratoorne tippvool — ITV (ingl. k. — *peak inspiratory flow* — PIF) ning maksimaalne inspiratoorne vool (MIV), kui sisse on hingatud 50% vitaalkapatsiteedist, mida tähistatakse MIV_{50%} (ingl. k. — *maximum inspiratory flow* — MIF) (vt. joonis 2 B). Nimetatud suurused näitavad eeskätt suuremate hingamisteede läbitavust ja hingamislhaste rakendamise jõudu.³

Lõpuks esitatakse forsseeritud hingamise voolu-mahu lingu registreerimise üks võimalusi. Selleks kasutati spiro-

graafi CF-IM, mis elektrilise signaali saamiseks varustati täppispotentsio-meetriga ПЛ-2.2. Mahusignaali elektrilise diferentsimise teel saadi õhuvoolu-signaali. Voolu-mahu ling registreeriti ristkoordinaatkirjuti H-306 abil, mille x-teljele anti välja- või sissehingatava mahu ja y-teljele sellele vastava õhuvoolu signaal. Et spirograaf CF-IM on dünaamiliste spirograafiliste näitajate registreerimiseks suhteliselt suure takistusega, siis ei ole tulemused otse võrreldavad väiksema takistusega analüsaatorite kasutamisel saaduga. Selline süsteem sobib forsseeritud hingamisel saadavate näitajate registreerimiseks siis, kui on vaja hinnata ravi tulemusi või hingamiselundite funktsionaalse seisundi dünaamikat ühtedel ja samadel vaatlusalustel.

Hingamisfunktsiooni iseloomustavate näitajate mõõtmine spirogrammilt ja voolu-mahu lingult ning arvutuste tegemine on töömahukas ning aeganõudev. Nende analüüsil tuleb arvestada igapäevase osa hingamisteede obstruktsiooni või restriktiooni astme hindamisel, mis suurendab uuringu mahtu veelgi. Kümnetesse ulatuvate näitajate samaaegne töötlus ja analüüs ületavad inimese sellelaadsed võimed. Seepärast on välise hingamise funktsionaalse seisundi hindamisel hakatud kasutama elektronarvuteid. Sellega seoses lüheneb andmekogumise aeg, andmetöötlus ja -säilitus saavad uue kvaliteedi. TRÜ spordimeditsiini ja füsioloogia kateedrites on välise hingamise uuringute automatiseerimisega tegeldud üle kümne aasta (12, 22, 23, 24). Käesolevgi ülevaade on osa eel- tööst, mida tehakse forsseeritud hingamisel saadavate näitajate automatiseeritud analüsaatori loomisel meie vabariigis.

³ Maksimaalseid välja- ja sissehingamise õhuvoolusid on sageli nimetatud forsseeritud ekspiraatorseteks ja inspiraatorseteks vooludeks — FEV, FIV. Indeksina lisatakse ruumala või ruumalade vahemik, mille juures voolu hetkväärtust või keskmist väärtust väljendatakse. Kumb tähistus jääb üldkasutatavaks, seda näitab tulevik (ingl. k. — *forced expiratory, inspiratory flow* — FEF, FIF).

KIRJANDUS: 1. Abboud, R. T., Morton, J. W. Am. Rev. Resp. Dis., 1975, 111, 405—417. — 2. Bake, B. Eur. J. Resp. Dis., 1984, 65, suppl., 136, 55—58. — 3. Bouhuys, A. The physiology of breathing. New York, 1977. — 4. Cameron, J. R., Bateman, N. T. Respiratory disorders. London, 1983. — 5. Chermiack, R. M. Lungenfunktionsprüfung. Stuttgart — New York, 1979. — 6. Evers, H. Z. Erkrank. Atm. Org., 1981, 157, 202—207. — 7. Fry, D. L., Hyatt, R. E. Am. J. Med., 1960, 29, 672—689. — 8. Guenter, C. A., Welch, M. H. Pulmonary medicine. Philadelphia — Toronto, 1977. — 9. Hyatt, R. E. In: Handbook of physiology. Sec. 3. Respiration, vol. II. Washington D. C., 1965, 1381—1397. — 10. Hyatt, R. E., Black, L. F. Am. Rev. Resp. Dis., 1973, 107, 191—199. — 11. Jannus, L., Reinvald A., Karusoo, J., Maser, L., Raukas, E., Sauemägi, L. Pulmonoloogia. Tallinn, 1975. — 12. Kingisepp, P.-H., Noorma, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1975, 5, 386—388. — 13. Knudson, R. J., Burrows, B., Lebowitz, M. D. Am. Rev. Resp. Dis., 1976, 114, 871—879. — 14. Leuallen, E. C., Fowler, W. S. Am. Rev. Tuberc. Pulm. Dis., 1955, 72, 783—800. — 15. Mead, J., Turner, J. M., Macklem, P. T., Little, J. B. J. Appl. Physiol., 1967, 22, 95—108. — 16. Morris, J. F., Koski, A., Breese, J. D. Am. Rev. Resp. Dis., 1975, 111, 755—762. — 17. Ruppel, G. Manual of pulmonary function testing. St. Louis — Toronto — London, 1979. — 18. Virgulto, J., Bouhuys, A. J. Appl. Physiol., 1973, 35, 144—147. — 19. West, J. B. Respiratory physiology — the essentials. Baltimore, 1974. — 20. West, J. B. Pulmonary pathophysiology — the essentials. Baltimore — London, 1977.

21. Канаев Н. Н., Орлова А. Г. В. сб.: Функциональные исследования дыхания в пульмонологической практике. Л., 1976, 17—23. — 22. Кару Т. Э., Кингисепп П.-Х. Г., Хумаль Л.-Х. А., Мартин А. А. В сб.: Кардиореспираторная система. Таллин. 1986, 104—114. — 23. Кингисепп П.-Х. Г., Кару Т. Э., Ноорма Р. Ю. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. Труды по медицине XXXII. Тарту, 1976, 394, 23—39. — 24. Кингисепп П.-Х. Г., Хумаль Л.-Х. А., Мартин А. А., Руус Я. Э. В сб.: Применение математических методов обработки медико-биологических данных и ЭВМ в медицинской технике. Тезисы докладов Всесоюзной конференции. Часть I. М., 1984, 78—80. — 25. Шик Л. Л., Канаев Н. Н. Руководство по клинической физиологии дыхания. Л., 1980.

TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateeder

Jämesoole topeltkontrasteerimine

Gennadi Gorelašvili Erich Kuus · Tartu

jämesool, röntgenoloogiline uurimine

Õige pea pärast röntgenikiirte avastamist (1896. aastal) demonstreeris W. Becker (2) katseloomade seedetraktist röntgeniülesvõtteid. 1901. aastal viis H. Hildebrand (3) inimese ristikärsoolde vismutisoolasid, näidates, et nii viisi on võimalik kindlaks teha jämesoole ahenemist vähi tõttu. 1903. aastal kirjutas J. Williams (20), et jämesoole röntgenoloogiliseks uurimiseks on soovitav pärasoole viia nii vismutisoolasid kui ka õhku. 1904. aastal leidis J. Rieder (14), et jämesoole röntgenoloogiline uuring on edukam, kui kontrastainet manustada jämesoolde pärasoole, mitte suu kaudu. H. Schenki (17) tõestust mööda 1908. aastast on jämesoolevähi röntgenoloogilise uurimise teel võimalik avastada staadiumis, kui saab veel opereerida. 1914. aastal võeti jämesoole röntgenoloogiliseks uurimiseks kasutusele baariumsulfaadi suspensioon. W. Knothe (10) näitas, et irrigoskoopia puhul saab tunduvalt paremaid tulemusi siis, kui sool on eelnevalt korralikult puhastatud. Jämesoolehaiguste täpsema diagnoosimise alal on tähtsad ka H. Kalkbrenneri (9) ning R. Gilberti ja S. Kadřnka (8) tööd.

1936. aastal soovitasid L. G. Rigler ja L. G. Eriksen (15) polüüpide avastamiseks kasutada üleeksponeeritud ülesvõtteid, C. Gianturco (7) aga kõrget pinget, nn. kilovoltaaži.

Lisaks baariumsulfaadi suspensioonile võttis J. B. Hamilton (4) 1946. aastal irrigoskoopia puhul kasutusele ka parkaineid. Kui pärast kontrastaine sisseviimist jämesool tühjendada, jääb soole sisepinnale õhuke kontrastaine kiht. See võimaldab kindlaks teha, kas jämesoole sisepinna (limaskesta) reljeef on normaalne või mitte. Meetodi propa-

geerimisel meie vabariigis on teeneid N. Sachrisel (16), Nõukogude Liidu tervikuna aga L. Simbirtseval (21).

Jämesoole topeltkontrasteerimise meetodi (baariumsulfaadi suspensioon koos õhuga) autoriks on saksa kirurg A. W. Fischer (6). Sel teel on võimalik diagnoosida jämesoole väikesi kasvajaid. Fischeri meetodit arendasid edasi H. M. Weber (18) ja C. Gianturco (7). Olgugi et jämesoole topeltkontrasteerimine oli hulgaliselt poolehoidjaid võitnud, oli R. H. Marshak (11) ikka veel arvamusel, et vähemalt Crohni tõve puhul annab jämesoole sisepinna reljeefi uurimine rohkem informatsiooni kui topeltkontrasteerimine.

S. Welin ja G. Welin (19) tegid üle 50 000 jämesoole röntgenoloogilise uuringu, kusjuures röntgenogrammid tehti soole pingsa kontrasteerimise faasis, sisepinna reljeefist pärast soole tühjendamist ja lõpuks topeltkontrasteeritult. Nimetatud mahuka uurimismaterjali analüüs näitas, et reljeefiülesvõtted ei olnud hea kvaliteediga, sest osa jämesoolt tühjeneb sageli liiga palju, s.t. soole pinnale jääb liiga õhuke kontrastaine kiht, osa aga liiga vähe ja kontrastaine paks kiht varjab väikesed muutused ära. Kõige informatiivsemad olid topeltkontrasteerimisega saadud röntgenogrammid. Analüüsi tulemused veensidki S. Welinit ja G. Welinit (19) edaspidi kasutama ainult topeltkontrasteerimist, mis patsiendi uuringuks korraliku ettevalmistamise ja hea uurimistehnika puhul tagab suure täpsuse ning võimaldab jämesoole muutusi ilma eelneva uurimiseta edukalt kindlaks teha. Pealegi võtab uuring tunduvalt vähem aega kui eespool kirjeldatud kolmefaasiline. Neil kaalutlustel on jämesoole ühefaasiline topeltkontrasteerimine võitnud tänapäeval enamiku röntgenoloogide poolehoidu ja saanud valikmeetodiks (12, 13, 19).

Haige uurimiseks ettevalmistamine. Jämesoole röntgenoloogilise uurimisega tegelnud autorid (1,4,11,18,20) on leidnud, et uuringuks tuleb jämesool põhjalikult puhastada roojamassidest ja limast. Selleks muudetakse soolesisaldis

vedelaks ja kiirendatakse soole passaaži. Esitame ettevalmistuse peamised võtted.

Dieet. Uuringueelsel päeval, kroonilise kõhukinnisusega haigetel aga 2...3 päeva enne uuringut peab toit olema ballastainetevaene. Keelatud on süüa leiba, kartulit, riisitoite, aed- ja juurvilja. Tuleb loobuda ka rasvast, õlist, munadest ja piimast. Lubatud on manatoidud, keefir, puuviljamahl ja jäätis.

M. Maruyama (12) soovitab päev enne uuringut kell 13 kerget lõunat (supp või puder, puding, puuviljažele ja suhkruga tee), kell 14 võtta 30 ml riitsinusõli ja juua poolteist klaasi külma vett. Kell 16 juua jälle poolteist klaasi külma vett, kell 18 selget lihapuljongit, puuviljamahla (mitte värsket) ning suhkruga magustatud teed. Süüa võib puuviljaželeed. Kell 19 juua poolteist klaasi vett või mahla. Kell 20 võtta poole klaasi külma veega sisse soollahtistit ja teha klistiiri, kell 22 võtta kontaktlahtistit. Uuringute tegemise päeva hommikul kell 7 juua tass teed või kohvi, kell 8 teha klistiiri.

Lahtistid. Uuringueelsel päeval kella 14 paiku pärast lõunasööki soovitatakse võtta 30...40 ml riitsinusõli. Vajaduse korral võib riitsinusõli segada klaasi veega. Peale selle soovitatakse (11, 18) kella 20 ringis võtta ka magneesiumsulfaati või -tsitraati, kella 22 paiku aga kontaktlahtistit (kaks tabletti *Cascara sagrada*'t).

Hüdratatsioon. Uuringueelsel päeval peab patsient saama vähemalt kaks liitrit vett. See on vajalik selleks, et ära hoida soola ja vee ülemäärast kadu, mis tekib lahtistite kasutamisel, ning et uuringu ajal ära hoida ka vee imendumist baariumsulfaadi suspensioonist. Viimane põhjustab kontrastaine plaakumist soole seinal, see aga halvendab uuringu kvaliteeti tunduvalt või nurjab selle täielikult.

Puhastusklistiirid. Iga röntgenoloog — ükskõik kui hoolikalt ta haiget ka ei uuriks — teadku, et uuringu tulemused sõltuvad eelkõige sellest, kui hoolikalt puhastusklistiir on tehtud. Vastutus puhastusklistiiri tegemise kor-

reksuse eest lasub röntgenoloogil (12).

J. Altaras (1) soovitab uuringueelse päeva õhtul teha ühe ning vähemalt kaks ja pool tundi enne uuringut teise klistiiri. Klistiiriks võtta kaks liitrit leiget vett. Isotoonilise lahuse saamiseks tuleb liitrile veele lisada 9 g keedu-soola. S. Welin ja G. Welin soovitavad puhastusklistiiri 0,25%-lise tanniinilahusega, mis muudab sooleseina kontrastaine suhtes hästi taklevaks, pidurdab limaeritust ja vedeliku transudatsiooni soolevalendikku. Nendel põhjustel lubavad nad uuringut teha kohe pärast viimast puhastusklistiiri.

Klistiiri tegemise põhinõue on, et vett peab sisse viidama madala rõhu all. Vastasel korral täitub kiiresti *ampulla recti*, tekib pakitsustunne ja vesi väljub kiiresti. Esialgu lamagu patsient kõhuli või vasakul küljel, vee sisseviimise lõpul aga kindlasti paremal küljel, et vesi saaks minna umbsoolde.

Kui kogu puhastusvedelik on jämesoolde viidud, peab uuritav kehaga rullides end paar korda ümber pöörama, hingates sügavalt sisse ja välja, ning püüdma hoida vedelikku sees võimalikult kaua. Viimase klistiiri loputusvedelik peab olema puhas.

Nende nõuete täitmine tagab jämesoole hea ettevalmistuse ligikaudu 90%-l uuritavatest. Arusaadavalt tuleb ette raskusi kurnatud patsientide puhul, samuti *m. sphincter ani* lõtvuse ja jämesoole ahenemise juhtudel (1, 12, 19).

Uuringu tegemine. Pool tundi enne uurimise algust antakse patsiendile 1 mg atropiinsulfaati. See on vajalik jämesoole hüpotoonia saavutamiseks ja limaerituse vähendamiseks.

Kontrastainena kasutatakse 65...80-massiprotsendilist baariumsulfaadi suspensiooni (65...80 g baariumsulfaati 100 ml suspensioonis) ja õhku. S. Welin ja G. Welin (19) on soovitanud suspensioonile lisada 0,5 %-list tanniinilahust. Suspensioon peab olema peendisdispersne, küllalt suure viskoossusega ja homogeenne ega tohi kiiresti settida (13). Õhu sisseviimisel ei tohi tekkida mulle. Suspensiooni töödeldakse tund aega mikseris, õhumullide kõrval-

Tabel. Uuritava asendid, röntgeniülesvõtete projektsioonid ja jämesoole topeltkontrasteerunud piirkond M. Maruyama (12) järgi

Uuritava asend	Projektsioon	Jämesoole piirkond
Kõhuli	Eest-taha	Pärasool ja sigmakäärsool Alanev ja ristikäärsool Risti- ja ülenev käärsool, umbsool
Selili	Tagant-ette Parem eesmine põikprojektsioon Vasak eesmine põikprojektsioon Vasak külprojektsioon	Kogu jämesool Pärasool ja sigmakäärsool, jämesoole parem pool Jämesoole vasak pool Sigmakäärsool
Vertikaalne	Tagant-ette Parem eesmine põikprojektsioon Vasak eesmine põikprojektsioon Vasak külprojektsioon Parem külprojektsioon	Ristikäärsool Jämesoole parem pool Jämesoole vasak pool Pärasool Pärasool
Horisontaalne 1. Vasakul küljel 2. Paremal küljel	Tagant-ette	Jämesoole parem pool Jämesoole vasak pool

damiseks aga lisatakse liitrile suspensioonile 5 . . . 6 ml antifomsilaani.

Kontrastainete sisseviimiseks võib meil kasutada Bobrowi aparati ning plastmassist otsiktoru. Kui seda ei ole, võib kasutada jämedat maosondi.

Niipea kui otsik on viidud pärasoolde, pöörab uuritav end kõhuli. Ekraanilt jälgides viime kontrastaine põrnaturgani, milleks kulub tavaliselt 400 . . . 800 ml baariumsulfaadi suspensiooni. Pärast seda, kui patsient on end pööranud paremale küljele, alustame õhu sisseviimist, ühendanud sondi ballooniga. Õhk liigub jämesooles küllalt kõrge rõhu all ja viib kontrastaine enamikul juhtudel umbsooleni.

Uuritav peab end energiliselt pöörama selliselt, et soolepiirkond, kus ei ole küllaldaselt baariumsulfaadi suspensiooni, jääks seejuures allapoole, soolepiirkond, kus ei ole küllaldaselt õhku, aga ülespoole. Iga pööramiskorra järel pumbatakse õhku juurde, küsides patsiendilt, kas ta tunneb valu. Kui aga *ampulla recti*'sse jääb liiga palju kontrastainet, võime sama sondi kaudu selle eemaldada.

R. L. Eisenberg ja kaasautorid (5)

leiavad, et nii patsiendi selili- kui ka vertikaalasendi põikprojektsioonides tehtud ülesvõtted ei lisa uut informatsiooni, mistõttu neist võib loobuda.

Tavaliselt võimaldab kõhuliasend *ampulla recti*, sigmakäärsoole ja põrnaturga hea topeltkontrasteerimise. Ülejäänud sooleosad kontrasteeruvad seliliasendis. Kindlat ülesvõtete järjekorda siin ei pruugi olla. Röntgenogramm tuleb teha sooleosast, mis parajasti on hästi topeltkontrasteerunud, s.t. et soole seinal on õhuke kiht baariumsulfaadi suspensiooni, valendikus rohkesti gaasi. Et soolelingud saaksid üksteisest hästi eraldatud, tõstab haige end pöörates kas paremat või vasakut külge kõrgemale. Kui sel teel on saadud tehniliselt head ülesvõtted jämesoole kõigist piirkondadest, võib sellega esialgu piirduda. Head informatsioonilisa saame ka late-rooskoopia teel ja patsiendi uurimisel vertikaalasendis. Uuring ei tohiks kesta üle 20 . . . 25 minuti.

Nende nõuete täpne täitmine tagab jämesoole eduka röntgenoloogilise uurimise.

KIRJANDUS. 1. Altaras, J. Radiologischer Atlas. Kolon und Rektum. München — Wien —

Baltimore, 1982. — 2. *Becker, W.* Dtsch. med. Wochenschr., 1896, 22, 202—203. — 3. *Hildebrand, H.* Münch. med. Wochenschr., 1901, 48, 2008—2012. — 4. *Hamilton, J. B.* Am. J. Roentgenol., 1946, 56, 101—103. — 5. *Eisenberg, R. L., Meyers, P. L., May, S. T.* Am. J. Roentgenol., 1983, 140, 505—506. — 6. *Fischer, A. W.* Klin. Wochenschr., 1923, 2, 1595—1598. — 7. *Gianturco, C. Ill.* Med. J., 1937, 71, 67—74. — 8. *Gilbert, R., Kadřnka, S.* Bull. Soc. Radiol. Med. Fr., 1931, 19, 101—104. — 9. *Kalkbrenner, H.* Fortschr. Röntgenstr., 1928, 38, 325—332. — 10. *Knothe, W.* Fortschr. Röntgenstr., 1927, 36, 55—56. — 11. *Marshak, R. H., Linder, A. E.* Am. J. Gastroenterol., 1970, 53, 478—481. — 12. *Maruyama M.* Röntgendiagnostik der Polypen und Carcinome des Dickdarms. Stuttgart, 1981. — 13. *Miller, R. E., Skucas, J.* Radiographic Contrast Agents. Baltimore — London — Tokyo, 1977, 14. — *Rieder, J.* Radiol. Clin. (Basel), 1962, 31, 48—54. — 15. *Rigler, L. G., Eriksen, L. G.* Radiology, 1936, 26, 6—15. — 16. *Sachris, N.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 3, 45—46. — 17. *Sohenk, H.* Tsit. Welin, S., Welin G. järgi. — 18. *Weber, H. M.* Proc. Mayo Clin., 1940, 15, 103—105. — 19. *Welin, S., Welin, G.* Die Doppelkontrastuntersuchung des Dickdarms. Stuttgart — New York, 1980. — 20. *Williams, J.* Radiology, 1965, 84, 877—880.

21. *Симбирцева Л. П.* Рентгенодиагностика рака толстой кишки. Л., 1964.

TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateeder

Alkoholismi levimus maailmas on keskmiselt suur. M. Wieseri andmeil on iga inimese kohta tarbitud absoluutse alkoholi hulk aastas Prantsusmaal 17,0, Portugalis 16,9, Hispaanias 14,1, Itaalias 13,4, Saksamaa Liitvabariigis 12,5 liitrit. Lääne-Euroopa riikides tarvitab 15 % meestest ja 5 % naistest regulaarselt alkohoolseid jooke suurtes annustes, neist 3... 6 % -l areneb välja alkoholism. USA alkoholismi profülaktika riikliku keskuse andmeil on 10 % kogu rahvastikust sellised alkohoolsete jookidega liialdajad, kes niisuguse elulaadi tulemusena kahjustavad alatiselt iseennast, oma perekonda ning ühiskonda. Naiste hulgas näitab alkoholismi esinemissagedus suurenenemistendentsi. XX sajandi algul tuli majanduslikult arenenud maades alkoholismihaigest kümne mehe kohta vaid üks naine, enne 1970-ndaid aastaid oli nimetatud suhe juba 6:1. USA-s oli 1970-ndate aastate algul seesama suhe 4:1, kümne aastat hiljem aga 1:1.

Экспресс-информация
(Социальная гигиена и
организация здравоохранения), 1986, 7.

Tervishoiutöö korraldus

UDK 362.147+614.2(474.2)

Dispanseerimise kogemusi Väike-Õismäe Polikliinikus

Agnes Adoson · Tallinn

rahvastiku ülddispanseerimine, meditsiinitöötajate kvalifikatsioon, meetodika

NLKP 1983. a. juunipleenumil seati ülesandeks järk-järgult üle minna kogu rahvastiku dispanseerimisele. See on kvalitatiivselt uus etapp nõukogude tervishoius. Me peame avastama haigused sellises arengustaadiumis, mil haige ise ei ole oma haigusest veel teadlik. See eeldab meditsiinitöötajate head kvalifikatsiooni, nüüdisaegset materiaal-tehnilist baasi raviasutustes ning kogu rahvastiku aktiivset osavõttu dispanseerimisest. Dispanseerimisest võtavad osa kõigi erialade meditsiinitöötajad, kuid keskne isik, kelle kätte peavad koonduma kõik andmed elanike tervise kohta, on jaoskonnaterapeut. Dispanseerimise korraldus oleneb töö organiseerimisest ja kogu meditsiini personali heast koostööst, kuid dispanseerimise efektiivsus oleneb eelkõige arsti kvalifikatsioonist, tema nõudlikkusest ja suhtumisest oma töösse.

Väike-Õismäe Polikliinik asub uues elamurajoonis. Polikliinikus saavad arstiabi ligikaudu 31000 täiskasvanut. Elanike arvu vähendamine arstijaoskondades vähendas arstide koormust nii vastuvõtul kui ka koduvisiitide tegemisel. See lõi eeldused profülaktilise töö parandamiseks. Järk-järgult on arvele

võetud peale haigete ka muid elanikerühmi, nagu Suure Isamaasõja invaliidid ja veteranid, õpetajad. 1984. a. lõpuks olid jaoskonnaarstid dispanseerinud 16,4% elanikest ja eriarstid 12,3%, Tallinna teistes raviasutustes oli arvel umbes 30% elanikest. Seega oli Väike-Õismäe elamurajooni elanikest dispanseerimisega hõlmatud 58,7%.

Ettevalmistusi kogu rahvastiku dispanseerimisele üleminekuks alustasime 1984. a. vastavalt Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi meetoodilistele soovitusetele «Terapeutiliste haigete dispanseerimise efektiivsuse ja hõlmatuse suurendamisest». Koosolekul arutasime läbi meetoodilise juhendi, määrasime ülesanded ja koostasime tegevuskava. Suurem osa ettevalmistustöödest jäi jaoskonnaõdede hooleks. Elamuekspluatatsioonivalitsuste abiga kontrolliti ja osaliselt koostati uuesti elanike nimekirjad. Seejärel kontrolliti nimekirjade õigsust korterite kaupa ning selgitati välja elanike töökohad. Täpsustatud nimekirjade alusel koostati kartoteek kogu teeninduspiirkonna kohta. Dispanseerimise arvestuse aluseks sai ülddispanseerimise kaart vorm nr. 131/y. Et arvestust hõlbustada, töötasime välja arvestuskaardi märgistuse värviliste ratsuritega.

Loenduse andmeil elab meie polikliiniku teeninduspiirkonnas 31166 inimest, neist umbes 1800 on noorukid, kes on dispanseersel arvel Tallinna Noorukite Polikliinikus, ligikaudu 6100 inimest saavad arstiabi ametkondlikul ja tsehijaoskonna printsiibil linna teistes raviasutustes. Seega peavad jaoskonnaterapeudid läbi vaatama 23266 inimest, 75% piirkonna elanikest. Igal jaoskonnaterapeudil tuleks aastas kontrollida 1370 inimese tervist.

Meie polikliinikus ei avata profülaktikaosakonda, mis tundub hõlbustaks dispanseersete läbivaatuste tegemist ja andmete arvestuskaardile kandmist. Arvestuskaardid on (majade kaupa rühmitatuna) kastides jaoskonnaarsti kabinetis ning jaoskonnaõde märgib neile andmed haiguse kohta. Arsti vastuvõtule registreerimise talongi abil saame teada eriarstide juures dispanseeritu-

test. Stomatoloogiaosakond ja naisteenõuandla saavad spetsiaalsed teatised endi poolt dispanseeritute kohta. Laboratooriumist, fluorograafia- ja EKG-kabinettidest saabuvad andmed märgitakse haige ambulatoorsele kaardile.

Ülddispanseerimist alustades kasutatakse kõigepealt ära iga esmase visiidi jaoskonnaterapeudi juurde. Osa inimesi läheb otse eriarsti jutule, eriarst peaks nad suunama ka jaoskonnaarsti, samuti teiste eriarstide juurde ning tegema vajalikud uuringud. Koduviisi tehes vaatavad jaoskonnaarstid võimaluse korral läbi ka haige perekonnaliikmed ning suunavad neid uuringuid tegema. Suure Isamaasõja invaliidide ja veteranide dispanseerse läbivaatuse lõpetasime 1986. aasta 1. maiks.

Läbi on vaadatud teeninduspiirkonnas asuvate Õismäe koolide õpetajad. Dispanseerset läbivaatust tehti ka profülaktilise vaksineerimise ajal. Haiglates tehtud dispanseersete läbivaatuste kohta saame andmed haiguslugude väljavõtetest.

1985. a. üheksa kuu jooksul suutsid jaoskonnaterapeudid läbi vaadata 60% dispanseerimisele kuuluvatest elanikest. Vajalikud uuringud on tehtud 30%-l ning esmaselt on dispanseeritud 16% elanikkonnast. Viimane arv võib mõnevõrra suurem olla, sest andmete kogumise süsteem on alles väljatöötamisel ja täiustub töö käigus. Aktiivselt ei ole sellesse töösse lülitunud veel kõik eriarstid. Tunda annab mõne eriarsti puudumine (otorinolarüngoloog, oftalmoloog) ning laboratooriumi, EKG- ja funktsionaaldiagnostikakabineti ülekoormatus mõnel kellaajal.

Ülddispanseerimisel võtsid jaoskonnaarstid 1985. a. esimesel poolel täiendavalt arvele 404 kroonilisi haigusi põdejat ning selgitasid välja muid haigusi põdejad.

Rahvastiku ülddispanseerimisele ülemineku esimeste kogemuste põhjal võib teha järgmised järeldused ja ettepanekud.

1. Vaatamata sanitaarpropagandale, ei saa elanikud veel täiesti aru ülddispanseerimise vajalikkusest ja eesmärki-

dest. Tervishoiualaste teadmiste levitamisel tuleks laialdasemalt kasutada massiteabevahendeid.

2. On vaja, et kõik meditsiinitöötajad, vaatamata oma erialale, võtaksid aktiivselt osa elanike dispanseerimisest.

3. Profülaktiliste läbivaatuste regulaarseks läbiviimiseks on vaja polikliinikutes luua profülaktikaosakonnad, suurendada laboratooriumide, EKG- ja funktsionaaldiagnostikakabinettide koormust ning parandada analüüside kvaliteeti.

4. Dupleerimise vältimiseks ja aruandluse hõlbustamiseks tuleb ülddispanseerimise arvestuskaart vorm nr. 131/y kohandada ka haigete jälgimiseks.

5. Meditsiinipersonalil, kes külastab elanikke kodudes, olgu töötõendid.

Tallinna Väike-Õismäe
Polikliinik

Millal ja mil viisil lapsed tutvuvad esmakordselt alkoholsete jookidega? Seda on uurinud mitmed teadlased. 40 alaealisest alkoholismihaigest oli 16 saanud esmakordselt alkoholi ema, isa või vanaema käest (kui ravimit), 13 isegi koolieelikueas (L. Višnjevskaja andmed). Alkoholismi põdejate anamneesist selgub, et 96,2 % tegi esmast tutvust alkoholsete jookidega enne 15. eluaastat, 31,8 % enne 10. eluaastat (J. Liljini andmeil). J. Tedder ja P. Sidorov, kes uurisid 7372 III...X klassi õpilast, tegid kindlaks, et 9...10-aastasena sai juba alkoholi maitset tunda 49,8 % poistest ja 31,9 % tütarlastest, 14...15-aastasena 60,2 % poistest ja 42,5 % tütarlastest, 16...17-aastasena oli alkoholseid jooke kasutanud 84,1 % noormeestest ja 59,7 % neidudest. W. Feuerleini uurimuse järgi tarvitab New Yorgi osariigis episoodiliselt alkoholseid jooke enne 14-aastaseks saamist juba 92 % poistest ja 85 % tütarlastest, Kanadas aga VII...IX klassi õpilastest 90 %. Baieris (Saksamaa LV) on alkoholismilevimus noorukite hulgas 6 %. Sveitsis asuva alkoholismiprofülaktika instituudi andmeil olid peamised motiivid, mille ajendil 12...16-aastased alaealised alkoholsete jookidega tutvust tegid, järgmised: 1) on meeldiv jook (45,1...60,0 %); 2) teiste alaealiste mõjutusel (18,7...31,1 %); 3) lõõgastumise eesmärgil (12...15 %).

Экспресс-информация
(Социальная гигиена и
организация здравоохранения), 1986, 7.

Elanike arsti poole pöördumise andmete kasutamine keskkonnakaitsemeetmete rakendamisel

Semjon Etlin Ljudmila Redko
Ljubov Kartuzova · Tallinn

rahvastiku tervis, standardiseeritud haigestumuse näitajad, keskkonnakaitsemeetmed

Ümbritseva keskkonna toimel rahvastiku tervises tekkivate muutuste kindlakstegemine on keskkonnakaitsemeetmete rakendamise vajaduse põhjendamise tähtsaim element. Oluline on see ka keskkonna tervistamise vajaduse tõestamiseks partei-, nõukogude ja majandusorganite ees.

Ravi- ja profülaktikaasutustele on kõige kättesaadavamaks mooduseks rahvastiku tervisliku seisundi iseloomustamine haigestumuse näitajate põhjal ametliku aruandluse järgi. Me oleme korraldanud spetsiaalse uurimise nende andmete representatiivsuse kohta selleks, et teha järeldusi keskkonnakaitsemeetmete rakendamise hädavajalikkusest.

Tabel 1. Rahvastiku haigestumuse võrdlev iseloomustus Eesti NSV-s rajooniti

Linn, rajoon	Haigestumus*			
	südame- ja veresoone-konnahaigused	bronhiaal-astma	enne standardiseerimist	pärast standardiseerimist
Kohtla-Järve	0,6	0,7	0,6	0,7
Narva	0,5	0,4	0,5	0,4
Pärnu	0,9	0,8	0,8	0,7
Rakvere	0,7	0,6	0,6	0,5
Valga	0,5	0,6	0,5	0,6
Viljandi	0,7	0,8	0,6	0,7
Võru	0,8	0,5	0,7	0,6

*Märkus. Aluseks on võetud elanike raviasutusse pöördumise suhe Tallinnas (see on võetud võrdseks 1-ga) ning vastavas linnas või rajoonis.

Tabelis 1 on esitatud südame- ja veresoonkonnahaigustesse ning bronhiaalastmasse haigestumise võrdlev iseloomustus Eesti NSV rajoonides aastail 1976...1983. Standardiseeriti kaudsel meetodil. Standardiks on võetud kirjanduse andmed bronhiaalastmasse haigestumise (7) ning südame- ja veresoonkonnahaigustesse haigestumise (2, 5) ealiste ja sooliste näitajate kohta.

Andmete analüüsist selgub, et pärast standardiseerimist haigestumuse näitajad ja nendevaheline suhe ei olnud oluliselt muutunud. Järelikult ei ole Eesti NSV-s ealised ja soolised erinevused rajooni rahvastiku struktuuris nõnda olulised, et nad avaldaksid mõju haigestumuse näitajate erinevuse väljendatusele. Nende andmete erinevuse põhjuseks peavad olema mingid muud tegurid. Eriti sageli arvatakse nende tegurite hulka ümbritseva keskkonna saastatus (3).

Meie vabariigi linnade ja rajoonide keskkonna saastatuse kohta käivate andmete analüüs võimaldab teha järelduse, et tabelis 1 esitatud rajoonide jaotumine ümbritseva keskkonna saastatuse intensiivsuse järgi ei lange kokku nende jaotumisega haigestumuse taseme järgi. Näiteks Kohtla-Järvel ja Narvas, kus paiknevad suured tööstus-

ettevõtted, on keskkonna saastatusaste tunduvalt suurem kui teistes linnades (7). Haigestumus aga on Kohtla-Järve ja Narva linnas kas väiksem või siis samal tasemel haigestumusega teistes linnades ja rajoonides (vt. tabel 1).

Peale selle näitasid meie tehtud põhjalikud eriuuringud, et põlevkiviümbertöötlemise ettevõtetega külgnevas rajoonis erineb rahvastiku tervise seisund kontrollrajoonide rahvastiku omast tunduvalt. Tabelis 2 on üldistatud nimetatud uuringute tulemused, mis on varem mitmetes allikates avaldatud (4, 6, 8, 9).

Ametliku statistilise aruandluse materjalide põhjal avaldavad tõenäoliselt haigestumuse näitajate suurusele keskkonna saastatusega võrreldes tunduvalt tugevamat mõju teised tegurid (arstiabi eripära, etnograafilised, looduslikud, kliimaatilised või muud tegurid). See kõik ei luba eespool nimetatud näitajaid vaadelda piisavalt representatiivsetena selleks, et teha järeldusi keskkonnakaitseürituste korraldamise hädavajalikkusest.

Järeldused.

1. Eesti NSV-s võib südame- ja veresoonkonnahaigustesse haigestumist ning bronhiaalastmasse haigestumist võrrelda näitajate intensiivsuse alusel ilma

Tabel 2. Põlevkivikeemiarajooni elanike elutingimuste ja tervisliku seisundi näitajad võrrelduna kontrollrühmade vastavate näitajatega

Näitaja	Suhe kontrollrühmade näitajaisse
Ebameeldiva lõhna tundmine	2,7 korda sagedam ($P < 0,01$)
Unehäired	1,7 korda sagedam ($P < 0,01$)
Täiskasvanud elanikkonna haigestumine hingamisteede haigustesse, sealhulgas bronhiiti	1,2 korda sagedam ($P < 0,05$) 2,3 korda sagedam ($P < 0,05$)
Haigestumine südame- ja veresoonkonnahaigustesse, sealhulgas hüpertooniasse	1,5 korda sagedam ($P < 0,05$) 2,7 korda sagedam ($P < 0,05$)
Laste kehaline arenemine ja nende organismi funktsionaalse seisundi näitajad	erinevus töepärane 40 %-l 54 uuritud näitajast ($P < 0,05$)
Laste haigestumine hingamisteede haigustesse	2,2 korda suurem ($P < 0,05$)
Rasedusanemia	2,2 korda sagedam ($P < 0,05$)
Enneaegsed sünnitused	1,7 korda sagedamad ($P < 0,05$)
Kiirabi poole pöördumine:	
hingamisteede haiguste pärast	meestel 2,3 korda suurem ($P < 0,01$)
südame- ja veresoonkonnahaiguste pärast	meestel 1,3 korda suurem ($P < 0,05$)
Kombineerunud allergenide suhtes sensibiliseerumise sagedus	kuni 3,8 korda suurem ($P < 0,05$)

neid näitajaid standardiseerimata.

2. Ametliku aruandluse materjalide põhjal saadud andmeid haigestumise kohta kasutatagu keskkonnakaitsemeetmete rakendamise vajaduse põhjendamiseks ettevaatusega. Kõige representatiivsemateks on osutunud rahvastiku tervisliku seisundi eriuuringute tulemused.

KIRJANDUS: 1. Silla, R., Lutsoja, H., Teoste, M., Jaakmees, V., Vassiljeva, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 1, 11—13.

2. Алексеева Р. С. Болезни сердца и сосудов у металлургов. Южно-Уральск, 1970, 96—97. — 3. Буштуева К. А., Случанко И. С. Методы и критерии оценки состояния здоровья населения в связи с загрязнением окружающей среды. М., 1979. — 4. Картузова, Л. Т., Томачинский Г. В. В сб.: Окружающая среда и здоровье населения. Тезисы докладов республиканской конференции. Таллин, 1984, 146—147. — 5. Процек Е. Г. Социальные условия жизни и сердечно-сосудистая патология (методические подходы, статистика, эпидемиология и профилактика). Автореф. дисс. доктора мед. наук. Киев, 1974. — 6. Редько Л. А. В сб.: Окружающая среда и здоровье населения. Тезисы докладов республиканской конференции. Таллин, 1984, 167—168. — 7. Роменский А. А., Максимова Г. А., Марченко А. Г. и др. В кн.: Эпидемиология неспецифических заболеваний легких и организация пульмонологической помощи в СССР. Л., 1980, 48—50. — 8. Этлин С. Н., Мянник Л. Э. В сб.: Сборник тезисов докладов IV республиканского съезда эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов Эстонской ССР. Таллин, 192, 173—176. — 9. Этлин С. Н., Силла Р. В., Редько Л. А., Картузова Л. Т., Мутовкина Н. В., Томачинский Г. В., Родин А. Н. В сб.: Окружающая среда и здоровье населения. Тезисы докладов республиканской конференции. Таллин, 1984, 188—189.

Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.366 — 002:618.2

Healoomuline retsiveeruv kolestaas

Vello Salupere Hele Remmel · Tartu

intrahepaatilise kolestaasi sündroom, retsiveeruv kolestaas, rasedus

Kroonilise kolestaasiga on seotud tõsised kliinilise meditsiini probleemid. Nii näiteks kulgeb intrahepaatilise kolestaasi sündroomiga niisugune raske autoimmuunne maksahaigus nagu seda on primaarne biliaarne tsirroos (3, 4). Tihtipeale on suuri raskusi intrahepaatilise kolestaasi sündroomi eristamisel ekstrahepaatilisest. Viimast võivad põhjustada ühissapijuha kivid või siis duodenaalpapilli piirkonna kartsinoom. Kuid on ka kergeid kroonilise intrahepaatilise kolestaasiga kulgevaid haigusi, mis erilist ravi ei vaja. Need paranevad kergesti, ent teatud tingimustes kalduvad retsiveeruma. Üks selliseid on rasedate healoomulise kolestaasi sündroom (1, 2, 3), mille ühte juhtu järgnevalt kirjeldame.

Haigusjuht. 20-aastane R. R. (gastroenteroloogiaosakonna haiguslugu nr. 20049/1979) haigestus 1978. aasta detsembris, kuuendal raseduskuul. Ta oli märganud skleerade kollaseks muutumist ning kannatas nahasügeluse all. Nahk sügeles eriti öösiti ja sügelemine oli kõige tugevam haiglasse tuleku ajal (20. jaanuaril 1979). Kehatemperatuur oli normis, kõhuvalud puudusid, maks ja

põrn ei olnud suurenenud. Seevastu oli ikterus selgelt märgatav. Varem oli patsient olnud terve, igasuguseid kontakte hepatiidhaigetega eitas. Vereanalüüs: SR 46 mm/t., leukotsüüte 6850; bilirubiini vereseerumis 8,5 mg%, urobilinogeen ++++, alkaalset fosfataasi 19,3 Bodansky ühikut, kolesteriini 387 mg%; transaminaaside aktiivsus — GOT 15 ja GPT 13 ühikut. HBs-antigeen puudus ning maksabiopsia (25. jaanuaril 1979) leiti vaid paiguti sapitrombe.

1. veebruaril 1979 sünnitas patsient elusa enneaegse tütarlapse. Pärast sünnitust nahasügelus otsekohe lakkas. 2. veebruaril oli bilirubiini hulk veres juba 4,2 mg%, alkaalse fosfataasi aktiivsus 11,2 Bodansky ühikut, 10. veebruaril aga juba vastavalt 2,8 mg% ja 8,6 Bodansky ühikut.

1986. aasta veebruaris kutsuti patsient Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonda ambulatoorsetele uuringutele. Kogu selle aja, seitse aastat, oli ta (ja ka laps) olnud täiesti terve, sest oli hoidunud uuesti rasestumast; ta ei olnud sel eesmärgil kasutanud steroideid rasestumisvastaseid preparaate. Bilirubiini vereseerumis 0,5 mg%, alkaalset fosfataasi 1,5 Bodansky ühikut, kolesteriini hulk 160 mg%, GOT 7 ja GPT 2 ühikut.

Patsiendil oli tüüpiline rasedate healoomuline kolestaasisündroom, mis oli diagnoositud ka esmakordse hospitaliseerimise ajal enne sünnitust. See geneetiliseltsil predisponeeritud seisund ilmneb tavaliselt viimasel kolmel raseduskuul. Tekivad ikterus ja nahasügelus, millega kaasneb alkaalse fosfataasi aktiivsuse ning kolesteriini hulga mõõdukas suurenemine. Tsütolüüs puudub ja maks on histoloogiliselt normaalne, kui välja arvata kolestaasi tunnused maksasisestes sapijuhades (1, 2, 3). Sellised nähud olid ka vaatlusalusel patsiendil. Iseloomulik on kolestaasi iseneslik kadumine pärast sünnitamist ning kalduvus retsidiveeruda uuesti rasestumisel või siis kontratseptiivsete östrogeensete steroidide mõjul. Sageli on seda sündroomi esinenud Skandinaaviamaade ja Tšiili naistel (2).

Tõelähedaselt arvatakse, et taoline kolestaas ei tee üldjuhul halba ei emale ega lapsele. Sündroomi raskus aga seisneb selles, et alati tekib vajadus teda eristada viirus- ja ravimhepatiidist, mõnel juhul ka primaarsest biliaarsest maksatsirroosist, see aga ei ole raseduse korral kerge.

Teine healoomulise retsidiveeruva kolestaasi malli järgi kulgev haigus on

Summerskilli-Tygstrupi tõbi (1, 2). Õigustatult kutsutakse seda kolestaasi varianti idiopaatiliseks. Kuigi Summerskilli-Tygstrupi tõvele on iseloomulik rasedate kolestaasiga analoogiline kliiniline ja biopsia leid, ometi ei ole tema tekkepõhjus teada. Haigus on perekondlik, kusjuures haigestuvad peamiselt mehed. Sümptoomidevabad perioodid võivad vältida kuid ja isegi aastaid. Esmakordselt kirjeldati seda tõbe 1960. aastal ning 1979. aastaks oli maailmas kirjeldatud siiski vaid 70 haigusjuhtu. Meil ei ole seni olnud juhust ühtegi Summerskilli-Tygstrupi tõve juhtu diagnoosida.

Seega ei seisne kirjeldatud seisundite tähtsus nende raskuses ega raviprobleemides. Nad kaovad spontaanselt. Nagu paljude teistegi ülekaalukalt funktsionaalsete häirete puhul, on häda hoopis selles, et sarnaste sümptomide tõttu on neid alati vaja eristada rasketest haigustest, eelkõige viirusest tingitud ja autoimmuunse geneesiga hepatiitidest. See aga on töömahukas ja uurimismetoodika spetsiifilisuse tõttu (biopsia, immunoloogilised uuringud, viirusmarkerite otsimine) kaugeltki mitte igal pool võimalik.

KIRJANDUS: 1. *Desmet, V. J.* In: Pathology of the Liver. Churchill Livingstone — Edinburgh — London — New York, 1979, 272—305. — 2. *Levy, C. M., Tygstrup, N.* Standardization of Nomenclature. Diagnostic Criteria and Diagnostic Methodology for Diseases of the Liver and Biliary Tract. Basel — München — Paris — London — New York — Sydney, 1976. — 3. *Zimmermann, H. J.* Arch. Intern. Med., 1979, 139, 9, 1038—1045.

4. *Логинов А. С.* В кн.: Заболевания органов пищеварения. Сборник трудов ЦНИИ-та гастроэнтерологии, 10. М., 1977, 3—12.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder
Tartu Kliiniline Haigla

Mõtte- vahetus

UDK 616-08-039.57/.71:614.254(049.2)

Polikliinikutes töötavate terapeutide suhtumine profülaktikaküsimustesse

Olga Volož Reet Kaup · Tallinn

kroonilised mittenakkuslikud haigused, südame isheemiatõbi, profülaktika, riskifaktorid, arteriaalne hüpertensioon, hüperkolesterineemia, arstide suhtumine profülaktikalisse meditsiini

Profülaktikaürituste edukaks korraldamiseks vajalikus meetmetekompleksis, sealhulgas rahvastiku ülddispanseerimises, etendab tähtsat osa inimeste endi osavõtt.

Mitmete uurimistööde tulemuste põhjal, mis olid korraldatud Moskvas, Kaunases ja Leningradis (2, 4, 7), võib öelda, et inimeste vabatahtlik tulek läbivaatustele on väga tagasihoidlik, see aga vähendab kogu massiürituse efektiivsust. Ka probleemi uurimine Tallinnas näitas, et elanikkond on profülaktikaüritustest osavõtuks ebarahuldavalt häälestatud (1). Seepärast on inimeste kaasamine ülddispanseerimisse muutumas polikliinikus töötavate terapeutide, eriti jaoskonnaterapeutide üheks tähtsamaks ülesandeks. Arsti suhtumisest profülaktikameetmesse, tema valmisolekust nende rakendamiseks oleneb suuresti kogu lõpptulemus.

Käesoleva töö eesmärk oligi välja selgitada Tallinna polikliinikute terapeutide suhtumine mõningatesse profülaktikalis meditsiini küsimustesse ja arvamused nende kohta.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) modifitseeritud ankeedi vahendusel küsitleti anonüümselt Tallinna terapeute. Niisamasugust küsitlusmoodust on kasutatud Kaunase—Rotterdami uurimuses (3). Ankeedis oli küsimusi, kuidas terapeudid suhtuvad profülaktikalis meditsiini, teadusuuringuisse, profülaktikameetmete efektiivsusesse, samuti küsimusi arsti ja patsiendi vaheliste suhete kohta, ka mitmesuguste mittenakkuslike haiguste peamiste riskitegurite osatähtsuse hindamise kohta. Arstidele andis ankeedid kätte osakonnajuhataja, kellele need ka tagastati. Vastuseid küsimustele, mille formuleering vastas ÜTO ankeedi omale, võrreldi ankeetküsitluste vastustega, mis olid saadud Kaunases (3) ja Moskvas (6).

Uurimistulemused. Ankeedi täitis 127 arsti, neist 91,3 % olid naised. Ülekaalus olid jaoskonnaarstid (75,8 %), oli ka tsehhiarste (10,4 %), kardiolooge (5,7 %) ja polikliinikute teraapiaosakondade juhatajaid (8,1 %). Alla viieaastane tööstaaž oli 18,9 %-l, 5...10-aastane 17,2 %-l, 11...20-aastane 28,7 %-l ja üle 20-aastane tööstaaž 35,2 %-l küsitletuist.

Suur osa vastanuist (61,4 % Tallinnas, 80...90 % Moskvas ja 80 % Kaunases) on arvamusel, et enamik arste kulutab haiguste profülaktikaga tegelemiseks liiga vähe tööaega. Poolte Tallinna arstide ja üksnes 20 % Moskva ning 30,8 % Kaunase arstide arvates on ravi tähtsam kui profülaktika. 43,3 % Tallinna arstidest väidab, et rohkem peaks tegelema ravialaste teadusuuringutega, mitte aga profülaktikaga. Niisama palju arste on aga vastupidisel seisukohal. 64 % Tallinna arstidest ja 86 % Kaunase arstidest soovib sagedamini osa võtta teaduslikust uurimistööst.

Küsitletud pidasid profülaktikaürituste efektiivsust tagasihoidlikuks, tulevalt sellest, et enamik inimesi ei toimi arsti nõuannete järgi. Niimoodi vastas 66,1 % Tallinna, 60,0 % Moskva ja 76,9 % Kaunase arstidest. Napilt vaid pooled Tallinna arstid arvavad, et inimeste osavõtt profülaktikaalastest uuringutest kajastub inimeste elulaadi muutumises.

Väga lahkuminevad olid vastused, mis kajastasid arsti ja patsiendi vahelisi suhteid profülaktikaprogrammi rakendamisel. 32,2 % Tallinna arstidest mai-

nis, et suhted võivad halveneda, 46,5 % aga väitis vastupidist. Probleemi keerukust kinnitas Kaunase ja Moskva arstide vastuste lahkuminek: enamik Kaunase arste (69,3 %) arvab, et vastastikune suhtumine paraneb, seevastu enamik (96 %) Moskva arste nendib vastupidist.

Kolme nimetatud linna arstide vastused langesid ühte selles, kas kajastub inimese osavõtt profülaktikaalastest uuringutest sagedamas käimises jaoskonnaterapeudi, eriarstide vastuvõtul, muretsemises oma tervise pärast, püüdluses end täiendavalt uurida lasta; 2/3 arstidest vastas sellele jaatavalt.

Enamik nende linnade arste on arvamisel, et arteriaalse hüpertensiooni ja hüperkolesterineemia profülaktiline mõjutamine on müokardiinfarkti ning ajuinsuldi ärahoidmise tõhus moodus (Tallinna arstide vastused vastavalt 92 % ja 74 %). 85...90 % tallinlastest arste vastas jaatavalt vajadusele eriti arvestada mõningaid riskitegureid ka muude mittenakkuslike haiguste korral: äge kopsupõletik ja bronhiit, tubaka-suitsetamine, sagedad ülemiste hingamisteede haigused, kroonilised ninakõrvalurgete põletikud — krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste riskitegurid; korrapäratu elu- ja toitumisviis, alkoholi kuritarvitamine, tubaka-suitsetamine, ultserogeense toimega ravimite kasutamine — mao- ja kaksteistsõrmiku haavandtõve riskitegurid.

Arstide vastused läksid lahku, kui neilt küsiti medikamentoosse ravi alustamise aega pärast riskiteguri ilmne-mist. Vastata tuli südame isheemiatõve kahe riskiteguri, arteriaalse hüpertensiooni ja hüperkolesterineemia kohta. Tallinna arstid esitasid ankeedivastustes arteriaalse rõhu keskmiselt 170/102 mmHg, mille puhul peab tingimata ravi alustama; Kaunase arstide vastustes oli keskmine 170/105. Ka vastused vere-rõhu keskmise kohta, mille puhul medikamentooset ravi alustada vaja ei ole, langesid Tallinna ja Kaunase arstidel ühte, vastavalt 142/88 ja 140/85 mmHg. Need olid keskmised näitajad, ehkki

Tallinna arstid andsid väga erinevaid vastuseid. Neist 40 % arvas, et ravi tuleb alustada juba siis, kui süstoolne rõhk on alla 160 mmHg (s. o. ÜTO kriteeriumide järgi alla normi ülemise pii-ri), 18 % arstide arvates 161...170, 24 % — 171...180, 10,3 % — 180 mmHg või enam. 7,3 % arstidest jäi vastuse võlgu. Arvamused diastoolse rõhu kohta, mil tuleb raviga algust teha, olid ühtlasemad: 64,5 % nimetas selliseks rõhuks 96...100 mmHg, 10,2 % — 90...95, 18,9 % — 101...110, 3,9 % — 110 mmHg või enam. 2,5 % arstidest küsimusele ei vastanud.

Kõige enam erinesid vastused, mis puudutasid vere kolesteriinisaldust ravi alustamisel. 14,2 % arstidest arvas, et ravima tuleb hakata juba siis, kui vere kolesteriinisaldus on 6,72 mmol/l või alla selle, s. o. ÜTO kriteeriumide järgi alla normi. Võrdselt oli arvamusi, et ravi tuleb alustada kolesteriinisalduse puhul 6,73...7,24 mmol/l, 7,25...9,05 mmol/l ja 9,06...10,86 mmol/l; 6,5 % arstidest pidas õigeks alustada ravi siis, kui kolesteriini on veres 10,86 mmol/l.

Arutelu. Tallinna polikliinikutes töötavate terapeutide küsitlusest nähtub, et nad ei ole küllaldasel määral orienteerunud profülaktilisele meditsiinile. Selle põhjuseks võib pidada vähest teoreetilist ettevalmistatust, kuna meditsiiniinstituutides ning arstide täienduskursustel ja -teaduskondades ei pöörata esmasele profülaktikale piisavalt tähelepanu. Tallinna polikliinikute arstid peavad profülaktikaküsimusi vähem tähtsateks kui Moskva ja Kaunase arstid. Teatav umbusklikkus profülaktikaprogrammide tulemuste hindamisel on omane kõigi kolme linna arstidele. Nähtavasti vajab nende tulemuste tervishoiupraktikas kasutuselevõtt veel täiustamist. Ühtsete seisukohtade puudumine riskiteguritest tulenevate ravi-vajaduste osas näitab, et üldtunnustatud seisukohti selles valdkonnas veel ei ole.

Eeltooduga seoses viitame NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliidulise Teadusliku Kardioloogiakeskuse profülaktilise kardioloogia instituudi metoodili-

sele juhendile (5), mille koostamisel on kasutatud südame isheemiatõve profülaktika uurimise andmeid. Juhendi järgi tuleb arteriaalse hüpertensiooni ravi alustada siis, kui vererõhk on 160/95 mmHg, kusjuures esimesel ravi-etapil (diastoolne rõhk 95 . . . 104 mmHg piires) soovitatakse ordineerida sedatiivse toimega ravimeid (neurootiliste reaktsioonide korral) või papasooli ning alles teisel ravietapil anda hüpotensiivseid ravimeid (*rauwolfia*-preparaate, beetablokaatoreid, diureetikume). Diastoolse rõhu korral 105 mmHg või enam alustatakse kohe teistest ravietapist. Dieetravi on vajalik, kui kolesteriini on 6,72 mmol/l kahekordse uuringu põhjal. Kui dieetravi ei ole tulemusi andnud, ordineeritakse diferentseeritult hüperlipideemiavastaseid aineid, mida tehakse pärast lipiidide tüpiseerimist.

Järeldused.

Rahvastiku ülddispansseerimisele üleminekul ja massiliste profülaktiliste läbivaatuste ajal on vajalik jaoskonnaja tehhiarstide ümberorienteerumine profülaktilisele meditsiinile. Selleks tuleb meditsiiniinstituti, arstide täienduskursuste ja -teaduskondade õppeplaani võtta peamiste mittenakkuslike haiguste esmane profülaktika. Seda teemat peaks sageli arutatama ka arstide seltsides ning meditsiinialases trükisõnas.

KIRJANDUS: 1. Волож О. И., Таггер Ю. Х., Солодкая Э. С. Сов. здравоохран., 1984, 8. 12—14. — 2. Глазунов И. С., Чазова Л. В., Баубинене А. В. и др. Кардиология, 1980, 7, 31—35. — 3. Домаркене С. В., Глазунов И. С., Корсукovas В. Cor et Vasa, 1980, 22, 5, 357—364. — 4. Катрушенко А. Г., Шестов Д. В. Кардиология, 1981, 1, 72—77. — 5. Профилактика ишемической болезни сердца (методические указания) Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР. М., 1983. — 6. Чазова Л. В., Иванов В. М., Манукян Л. М. и др. Кардиология, 1984, II, 63—67. — 7. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. Под ред. Шхвацабая И. К., Метелица В. И., Андерс Г. и др. М., 1977.

Kardioloogia Teadusliku Uurimise
Instituut

Kaadri ettevalmis- tamine

Uusi meditsiinikandidaate

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegium andis Tartu Riikliku Ülikooli erialanõukogu ees väitekirju kaitsnutele meditsiinikandidaadikraadi tõendavad diplomid. Otsusega 2. oktoobrist 1985. a. kinnitati meditsiinikandidaadikraad füsioloogia erialal Vabariikliku Spordiühingu «Kalev» spordiarstile **Rein Jalakule**, kes kaitses 17. juunil 1985. a. väitekirja «Hüpfüsaar-adrenokortikaalne aktiivsus igapäevaste mitmekordsete füsioliste koormuste puhul sportlastel — korvpalluritel».

13. detsembril 1985. a. kaitsesid kirurgiaalaseid väitekirju TRÜ arstiteaduskonna operatiivkirurgia ja uroloogia kateedri aspirant **Indrek Miidla** ja TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonna aspirant **Tiit Meren**. I. Miidla väitekirja «Endokriinsed ja parakriinsed maosekretsiooni regulatsiooni mehhanismid pärast vagotomiat» juhendajaks oli meditsiinidoktor prof. U. Sibul. Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega 30. aprillist 1986. a. kinnitati I. Miidlale meditsiinikandidaadikraad. Sama päeva otsusega kinnitati meditsiinikandidaadikraad ka T. Mere-
nile, kelle väitekirja «Aortokoronaarne šunteerimine ägeda müokardiinfarkti ravis» oli valminud meditsiinidoktor T.-A. Sullingu juhendamisel.

Irene Maaroo

TRÜ arstiteaduskonna 1986. aasta lõpetajad

TRÜ arstiteaduskonna ravi-, pediaatria-, spordimeditsiini-, stomatoloogia- ja farmaatsiaosakonna lõpetasid 1986. aasta suvel järgmised noored spetsialistid:

Tiiu Adrijan, Jelena Agudina, Ülle Alanurm, Evi Alles, Merle Allik, Airje Alusalu, Anu Ambos, Ljudmila Amdur, Ly Andla, Ly Anton, Evelin Anvelt, Aet Arak (kiitusega), Andrus Arak, Pille Arak (kiitusega), Eda Arusoo, Valentina Azarkova, Asta Auerbach, Anu Aus, Vazgen Balasan-

jan, Eve Birk, Ruta Bliznikaite, Oksana Bosjuk, Natalia Budnikova, Jürate Buivydaite, Liga Cirule, Anne Daniel, Jelena Dobrođnjava (kiitusega), Igor Dobrođnjov, Meeli Dobrinova, Andra Du-naiskaja, Sirje Ese, Kaja Elstein, Ilona Garder, Jelena Gavrilkina, Adir Glükmann, Inga Gontšugova, Kulla Gross, Svetlana Guljajeva, Aleksander Gusjev, Jelena Gussakova, Pavel Guštšin, Marika Heinpalu, Kersti Hirsik, Piret Holts, Anu Ints, Tatjana Ivtšenko, Nele Jaanson, Anne Jakovleva, Ülle Jakovlev, Marina Jassinskaja, Jelena Jevdušenko, Lembe Johanson, Kersti Juhkami, Marika Juursoo, Mari Jänes, Rutt Järva, Birgit Järvan, Riina Järveots, Merike Järvsalu, Anu Kaasik, Tiia Kaha, Leelo Kaints, Merike Kala, Kärdi Kalda, Bruno Kaldre, Sirje Kaljo, Sirje Kalam, Ljudmila Kalnina, Kersti Kamarik, Svetlana Kanavtšenko (kiitusega), Heli Kaptein, Vjatšeslav Kardava, Sirje Kasak, Anne Kask, Ivar Kask, Natalia Kazina, Annela Kiil, Reet Kikas, Kaire Kiplok, Hille Kivi, Ülo Kivistik, Pilvi Klaassen (kiitusega), Jüri Kolesnikov, Ülle Koop, Katrin Koort, Mari-Ann Koort, Tatjana Košeleva, Aleksandr Kotšubei, Oksana Kovalenko, Valeri Kovaljov, Tarmo Krasmus, Tiina Krinpus, Sigita Kruminene, Katrin Kruustük, Sille Krüüger, Kaiti Kuiv, Epp Kukk (kiitusega), Ita Kukk, Tatjana Kundik (kiitusega), Liia Kustala, Reet Kuuse, Meelis Kuusemets, Tiina Kuusing, Merike Kuusmann, Tiia Kõiv, Kadri Kõpp, Marle Kõrgesaar, Ülle Kärk, Mai Käära (kiitusega), Margit Külm, Anne Laanemets, Kaja Laasik, Sirve Laineste, Marju Lani, Jelena Leibur, Mart Leibur, Rutt Leis, Tiit Leis, Ingrid Lembit, Marge Lenk, Daili Lepik, Ülle Lepik, Heli Lepp, Ariel Levin, Merike Liblik, Mailiis Liige, Ülla Linnamägi (kiitusega), Heiki Lints, Leelo Luksepp, Larissa Lužetskaja, Ragnar Lõivukene, Sinilga Läns, Marika Lätt, Küllike Lääne, Lea Lüll, Aili Madisson, Irina Makarevitš, Sirje Marra, Margus Maser, Regina Messežnik, Külli Metsmägi, Marje Metsur, Kati Miidla, Pavel Milerman, Ene Miller, Ene Missik, Anne Moon, Svetlana Murašova, Marika Möttus, Valentina Möttus, Tiina Mäeker, Aili Männiste, Luule Märtn, Kaia Mölder, Merle Mölder, Sigita Neironite, Juri Nikitin, Mall Normann, Galina Novitskaja, Annemari Ojamaa, Tiina Oviir, Laima Paartalu, Agnessa Pak, Ene Pallon, Katrin Palgi, Tiit Palu, Marit Paluteder, Heli Paluste, Tiina Pars, Indrek Parts, Dmitri Pavlov, Piret Pedak, Reet Pere, Tiina Pert, Valentina Peškova, Külvi Peterson, Urma Peterson, Liina Pilv, Aivar Pintsaar, Gerda Pintson, Ülo Pintson, Sergei Pitomets, Natalia Podkossova, Natalia Poljakova (kiitusega), Ivan Postolov, Ene Pragi, Katrin Proment, Mare Pruks, Liivia Pullerits, Ene Pulst, Edit Pung, Margarita Puusta, Külli Pöder, Pille Pärnakivi, Helle Pärna, Maie Pügi, Valdur Püks, Krista Raag, Imre Rammul, Piret Rammul, Anu Randaann, Heli Rasva, Terje Raud, Priit Reedik, Anu Reinsaar, Elve Rennit, Krista Reva, Ülle Ringmäe, Eve Rooks, Raul Rooks, Igor Rubiņštein, Marina Rubtsova, Külli Ruut, Marika Rääim, Feliks Rõivasepp, Galina Rõžkova, Marika Rähmi, Anu Saar, Jelena Saaremets, Marju Saks, Maarike Sallo, Lea Salmistu, Liivi Saluste, Viktoria

Samedova, Epp Sarapuu, Kaie Savisikk, Rita Šatalina, Lilja Šaternikova, Aleksandr Savrin, Anneli Sell, Eero Semjonov, Ingrid Sepp, Ines Siim, Tea Siimon, Nele Silagava, Teimuraz Silagava, Marina Simm, Harry Sirelmets, Larissa Zirkilova (kiitusega), Irina Slõnko, Kaspara Smilga, Olga Sokolova, Kai Soop, Aili Soopalu, Andrus Soopalu, Aleksandr Spivak, Pjotr Suhhanov, Tiina Suviorg (kiitusega), Maris Suurna, Inessa Svidler (kiitusega), Elle Talving, Ants Tammepuu, Kaie Tammik, Thea Tamra, Reet Tamse, Carmen Tamtik, Kaja Tarkus, Piret Taul, Katrin Tearu, Marco Teichmann, Jaak Teinberg, Sirje Teppo, Terje Tigane, Külliki Tikker, Imma Tiirmaa, Malle Timberg, Saima Tišler, Juri Tjuvajev, Rasa Tjuvajeva, Heli Tobre (kiitusega), Aaro Toomela, Ülle Toomiste, Helgi Toomsalu, Pille Toomingas, Hannes Tomusk, Helve Torim, Kaja Torm, Oleg Tsukurov, Svetlana Tšaikovskaja, Igor Tšaikovski, Kai Tšëmarin, Irina Tšurkina, Marika Tõnisson, Mirjam Türkson, Karin Uibo, Udo Uffert, Margus Ulst (kiitusega), Marju Undrits, Aita Urvaste, Katrin Uudne, Tiina Vaarik, Maire Vaarmann, Jaana Vahter, Thea Vahter, Helgi Vain, Karin Vanakesa, Monika Vask, Jaanus Veende, Mara Veinberga, Tiina Veldi, Katrin Ventsel, Nikolai Verbiaš, Lehte Vigel, Malle Vilgas, Terje Viidebaum, Reet Viigimaa, Kersti Viljas, Hiie Villako, Ülle Vilu, Reet Volkmann, Elo Volmer, Ena Volmer, Ellen Võsumaa (kiitusega), Anu Võsumägi, Jaanus Väljaots, Tiia Õismaa, Külli Õunpuu.

Tallinna Meditsiinikooli 1986. aasta lõpetajad

Maris Aarend, Jelena Abdrahmanova, Tiia Agurauja, Leili Alp (kiitusega), Inga Altvälja, Olga Antonova, Külli Arras, Kaja Artel, Triin Aru, Pilleriine Arula, Tiina Arumäe, Svetlana Bajusova, Svetlana Bazuleva, Anna Belova, Tiina Bogdanova, Margarita Bondina, Galina Brulevskaja, Ljudmila Bukina, Ljolja Dalke, Maikela Davidjan, Galina Dudok, Tiina Ermann, Viktoria Ernits, Jevgenia Federau, Galina Fitsak, Margarita Fjodorova, Žanna Galata, Natela Giorgelidze, Jelena Goljanskaja, Diana Gorislavskaja, Irmeli Grebenjuk, Irina Griškauskaite, Marina Griškauskaite, Natalia Gruk, Irina Gruzdeva, Tatjana Gruž, Eve Hall, Riina Hanikat, Jana Hanson, Ulvi Heinaste, Merle Heinmaa, Karin Heinmets, Katrin Holsting (kiitusega), Erika Huul, Annika Härmits, Svetlana Ivanova, Natalia Ivaškina, Eve Jakobson (kiitusega), Jelena Jakõmiv, Bella Jastremskaja, Olga Jefimova, Jelena Jehlakova, Anu Järv, Helle Järv, Žuljetta Kalda, Heino Kalm, Mailis Kalm, Jane Karu, Irina Kazanok, Oksana Kazartseva, Niela Katjuhha, Ludmilla Kattai, Mailis Keinast, Natalia Kirgintseva, Jelena Kiseljova, Svetlana Kitajeva, Raul Klesman, Inga Konsa, Svetlana Kopilets, Jelena Korž, Svetlana Kostrova, Eha Kotkas, Galina Gravtsiv, Merike Kuddu (kiitusega), Hettel Kuivkaev, Va-

lentina Kukuškina, Inna Kurdjumova (kiitusega), Jelena Kuzmenkova, Marina Kutšerovskaja (kiitusega), Olga Kutšura (kiitusega), Kadri Kõrge, Merike Kõrv, Ivi Kütt, Marje Küttis, Irine Labkova, Veronika Laine, Ülle Landberg, Svetlana Lavriv, Anu Leemet, Tiina Leima, Larissa Lentova, Taivi Lige (kiitusega), Marianne Liivak, Inna Lissovskaja (kiitusega), Julia Loginova, Viktoria Lugovskaja, Kaja Maasik, Jelena Maltseva, Jelena Martšenkova, Galina Mašaripova, Irina Matjuhina, Tamara Meinbek, Jana Merimaa, Margit Mets, Aleksei Mihhailišin, Irene Mikk, Margarita Mjasnikova, Jelena Moissienko, Viivi Mäe, Virve Mändla, Marina Natalitš, Žanna Naumova (kiitusega), Anne Neemre, Jelena Nikolajenko, Marina Nikolina, Jana Nõmmik, Luule Ojamets, Oleg Olovjankin, Karmen Omarova, Jelena Ontšan, Viivika Oss, Ülle Otsa, Anneli Paa-vel (kiitusega), Anu Pahapill, Oksana Paparina, Eve Pauklin, Anna Pere, Margarita Perelmann, Irina Persina, Riina Piirsalu (kiitusega), Lea Pipe-ral, Tatjana Pirtšukova (kiitusega), Irina Pokuta, Oksana Poljarun, Ljudmila Popova, Viiva Post, Aire Prits, Tiia Proode, Heli Pöder, Marina Päll, Merike Raag (kiitusega), Ester Raavik, Ly Raha, Kaja Rahu (kiitusega), Vera Raletskaja, Liia Reker, Maret Ranner (kiitusega), Kaia Relvik, Karin Roosior, Kaja Rungi, Jana Rõzova, Irina Sajenko, Jelena Semjonova, Violetta Sepp, Margit Sep-pik, Ele Simmo, Kristel Simson, Veiko Sildver (kiitusega), Natalia Smirnova, Tatjana Sokolova (kiitusega), Tatjana Sokolovskaja, Pille Sonn, Irina Sorokina (kiitusega), Jelena Sorokina, Ma-rina Spevak (kiitusega), Merike Spiegel, Valentina Stepanenko, Marge Stranberg, Svetlana Sumina, Marina Suslova, Merli Sutt, Erika Suur, Svet-lana Samkova, Žanna Šarapova, Olga Šermola-jeva, Nadežda Sinkartšuk, Jelena Zahharova, Tat-jana Zapadinskaja, Jelena Žuk, Anneli Taalimäe, Ülle Talviste (kiitusega), Signe Talusaar (kiituse-ga), Marika Tamm, Jana Tammekand (kiitusega), Katrin Tammekand, Ulvi Tammer (kiitusega), Ellen Tamminen, Eve Tammsaar (kiitusega), Alla Tanibajeva, Alja Tarre, Ljudmila Tatti, Rita Tau-ram, Eve Taurin, Natalia Tarõkina, Sirje Teder, Ruth Tedvig (kiitusega), Ene Tenno (kiitusega), Jevgenia Teor, Derry Tetto (kiitusega), Terje Themmas, Urmas Themmas, Žanna-Piret Traks, Jele-na Travkova, Ilona Tsatsenko (kiitusega), Irina Tsitvenko (kiitusega), Jelena Tšesnokova, Ela Tu-deberg, Öie Tuka, Inge Tõiste, Jekaterina Unrau, Marge Uusmann, Kristiina Vaasa, Ene Vahtras, Kaili Vakker, Marika Veideman (kiitusega), Ma-ret Veinstein, Maire Vilimaa (kiitusega), Irina Volkova, Olga Vinogradova (kiitusega), Ilona Vo-robjova.

Tartu Meditsiinikooli 1986. aasta lõpetajad

Maie Aasma, Hille Alamaa, Katrin Allik, Sille Anier, Aet Asper, Anne Godorak, Aigi Haljaku,

Aino Haljasoks, Marge Hirtentreu, Sofia Jaku-bovskaia, Karin Jelizarova, Liivi Jurak, Anneli Jürgenson, Pilvi Jürisaar, Elle Kaarna (kiitusega), Sirje Kaart, Riina Kaasik, Marge Kahur, Merle Kaja, Ilme Kambe, Tiuu Kasepuu, Elgi Kaso, Airi Kaur, Annika Kiisla, Heli Kivisepp (kiitusega), Aveli Koort, Karin Krasohina, Katri-Helena Kul-bin, Irma Kärkkanen, Margit Laurits, Maarika Lindenberger, Riina Lõhmus, Merle Maikalo, Anneli Messer, Mailis Miitel, Liia Mändla, Anneli Napp, Katri Otisalu, Eva Pellja, Anneli Pergonen, Tiina Pihtje, Tiina Piirimaa, Anu Piirmets (kiitusega), Anu Ploom, Sirje Priks, Tiia Priks (kiitusega), Heli Puu, Ly Pöder, Kaja Pärtel, Maia Rego, Pille Reinola, Riina Roosileht, Marika Röss, Ly Silla-ots, Evi Soone, Pille Sälk, Karin Taelma, Pille Tammpere, Maarika Tehvan, Reena Termatšova, Rita Truvert, Heli Tuula, Tiina Ukatova, Kadi Vahi, Maaja Vahtramäe, Mare Vill.

Kohtla-Järve Meditsiini- kooli 1986. aasta lõpetajad

Maria Aduškina, Svetlana Akkuzina, Olga Antsiferova, Valentina Artemtšuk, Miroslava Babii, Natalia Babii (kiitusega), Svetlana Babinets, Lidia Babuhhivskaja, Jelena Bahhilina, Regina Balanina (kiitusega), Alla Barajeva, Maria Barra, Galina Bartkiv, Irina Bassovitš, Olga Bek, Galina Boiko, Olga Bõstrova, Jelena Davõdenko, Sergei Dergunov, Lubomira Dzemba, Nadežda Džugan, Vera Džugan, Ljubov Farion, Liliana Filjuta, Jelena Fjodorova, Valentina Gerškovitš, Nadežda Gontšarova, Tatjana Grabovskaja, Olga Grigorjeva, Mahhimdžam Halmetova, Maria Harõšin, Ljudmila Hozjainova, Mziia Hugajeva, Svetlana Ivanova, Angelina Jzõkova, Larissa Kaplina, Tatjana Karpinen, Svetlana Kindrat, Lidia Klimtšuk, Oksana Klištš, Valentina Korbut, Oksana Kruptšin, Natalia Kulak, Jelena Kušnir, Polina Lapka, Svetlana Lapko, Antonina Laza-renko, Nadežda Ljaska, Tatjana Loginova (kiitu-sega), Tatjana Luška, Maria Martõntsiv, Galina Melnik, Natalia Melnikova, Vera Melnitšuk, Ok-sana Mikitjuk, Irina Minejeva, Žanna Mironova, Vera Mouhha, Ljubov Mõsko, Uljana Mõtnik, Ljubov Oprõško, Svetlana Paršina, Jelena Pazzo-renova, Anna Pemritškovitš, Sofia Petrik, Anželika Petrova, Julia Petuhhova, Svetlana Petuh-hova, Irina Popova, Valentina Primakovskaja, Anna Ptašnik, Anna Putskaja, Tšislava Riško, Galina Romanisko, Ljudmila Rõžko, Ruslana Ru-dinskaja, Anfissa Rupova, Anžela Rõbatšok, Ma-rina Rõbovatova, Anna Seliskaja, Nelli Skaza-bamova, Oksana Slobodjannik, Galina Stetsko, Larissa Stoiko, Anželika Stolova, Tatjana Strel-nikova, Svetlana Suhhopljujeva, Regina Šarina, Julia Sestova, Maria Širalijeva, Marina Smõrjeva, Tatjana Štšetkina, Anna Zazulka, Nina Tahhal-kova, Galina Tomajeva, Galina Tšalõhh, Tatjana Tšikota, Svetlana Tšudak, Oksana Vassenko, Tat-jana Vážigovskaja, Vera Višnevskaja.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 617.7(091)(474.2)

Oftalmoloogia ajaloost Tartu Ülikoolis

Viktor Kalnin Leo Schotter · Tartu

Tartu Ülikool, oftalmoloogia kateeder, ajalugu, teadustegevus

Tartu Ülikool oli üks oftalmoloogia arendamise tähtsamaid keskusi revolutsioonieelsel Venemaal. Siin on õppinud rohkesti arste, kes, valinud erialaks silmahaigused, andsid suure panuse oftalmoloogia arengusse nii kodu- kui ka välismaal. Neile kuulub mitmeid saavutusi, ülevenemaalisi ja -maailmseid prioriteete, oftalmoloogiatermineid.

Juba *Academia Gustaviana* ajal, 1643. a. avaldati F. A. Uraeliuse dispuut «Nägemisest». See toimus küll astronoomia- ja füüsikaproffessor J. Ericsoni juhendamisel, ent sisaldas ka lühiaandmeid silma anatoomia ja füsioloogia kohta (3). Esimesed oftalmoloogiaalased väitekirjad Venemaal kaitsti Tartus. Esimene Tartu Ülikoolis kaitstud väitekirja oli 1802. a. J. Hasenmülleri töö «Trihhiaasi uuest ravimeetodist» (2). Teine väitekirja «Tiivjast kilest silma sarvkestal» kaitsti seal 1805. a., autoriks oli L. Itzig (7).

XIX sajandi esimesel poolel õpetasid oftalmoloogiat kirurgid. Episoodiliselt tegid seda prof. M. E. Kauzmann (1810. a.) ja dotsent J. L. Jochmann (1812. ja 1814. a.). Regulaarsemalt hakkas oftalmoloogiat 1816. a. alates õpe-

tama prof. J. Chr. Moier (1814 . . . 1836), kes õppetöös ei piirdunud üksnes teooriaga, vaid võttis kasutusele ka silmaoperatsioonid laipadel (4). Tema ettepanekul valmisid 1823. aastal üliõpilaste oftalmoloogiaalased auhinnatööd, mis olid Venemaal esimesed. Teemal «Millistel seisunditel ja muutustel silmas on suhe lühi- ja kaugnägevusse» kirjutati korraka kaks tööd, autorid A. Hueck ja F. Dehn. Esimene sai kuld-, teine hõbemedali. A. Hueck oli aastail 1833 . . . 1841 anatoomiaproffessoriks Tartus. Ta on tuntud oma töödega silmaanatoomia ja -füsioloogia alalt (6). Üks J. Chr. Moieri õpilasi oli N. Pirogov, kes juhatas kirurgia kateedrit ja -kliinikut ajavahemikul 1836 . . . 1841. Ta hakkas silmahaiguste kursust lugema regulaarselt: iga aasta esimesel semestril kolme tunni kaupa nädalas. 1836. aastal avasid N. Pirogov ja 15 üliõpilast Tartus omal kulul silmahaiguste eraravila, esimese Baltikumis. Ühtlasi tegutses see kliinikuna 1840. a. lõpuni.

Silmahaigusi põdejaid raviti siis nagu varemgi haavakliinikus, aastail 1806 . . . 1842 moodustasid nad ligikaudu kolmandiku (12 264 haigest 4740 olid silmahaiged) ning aastail 1843 . . . 1867 isegi poole kõigist haiglaravil olnud haigestest (19 595 haigest 9510 olid silmahaigusi põejad). Seepärast nimetati haavakliinik 1843. aastal ümber haava- ja silmakliinikuks (2).

Pärast N. Pirogovi luges oftalmoloogiakursust omaaja tuntud kirurg G. F. B. Adelman (aastail 1841 . . . 1871). Ta tegi teaduslikku uurimistööd ka oftalmoloogia alal, pöörates erilist tähelepanu trahhoomile. Selle laia leviku peamiseks põhjuseks pidas ta halbu majanduslikke ja sanitaarseid elutingimusi. 1843. a. loodi teine kirurgiaproffessor, mille sai E. A. Carus. G. F. B. Adelman ja E. A. Carus (1855. aastal G. P. von Oettingen) juhatasid haava- ja silmakliinikut kordamööda. Vaheldumisi lugesid nad ka oftalmoloogiakursust (2). 1849. aastast alates oli üliõpilaste ametlikus õppekavas ka ambulatoorne haava- ja silmakliinika (4).

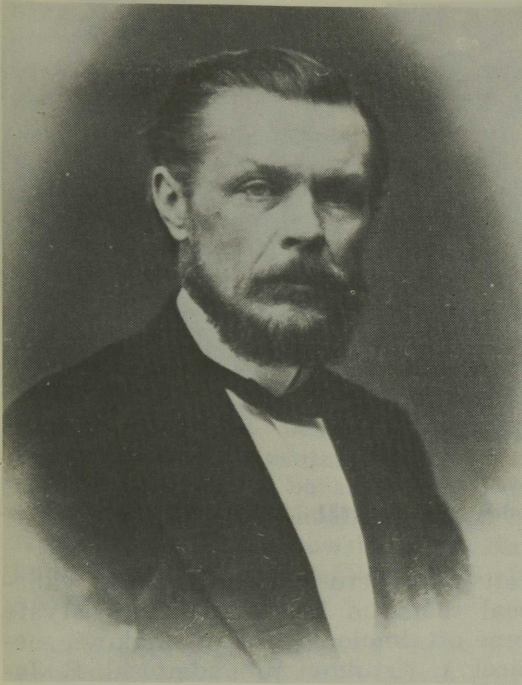


Foto 1. Georg Philipp von Oettingen (1824 ... 1916).

Aastail 1856 ... 1859 koguti riikliku meditsiini professori G. Samson von Himmelstierni ning haava- ja silmakliinika professori G. P. von Oettingeni (vt. foto 1) algatusel statistilisi andmeid silmahaigusi põdejate ja pimedate kohta Liivimaa kubermangu maaelanike hulgas. Esmakordselt Venemaal saadi mahukas materjal silmahaigustesse haigestunute kohta. Peale muu peegeldas see ka maarahva halbu sanitaarolusid (1).

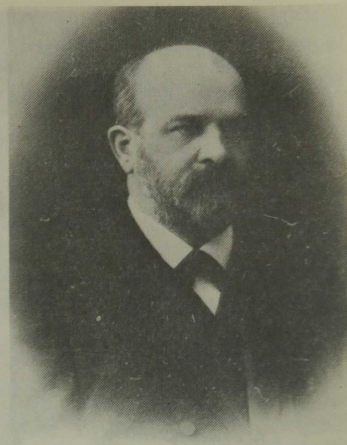
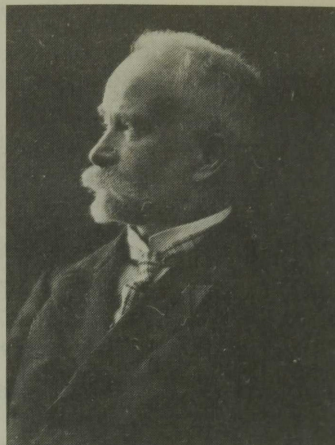
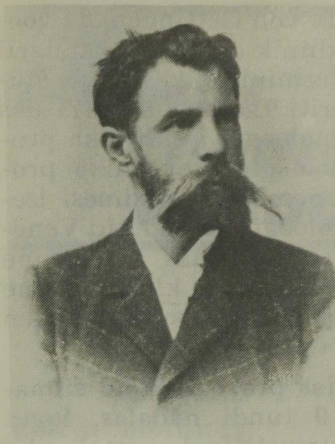
Oftalmoloogia kiire areng XIX sajandi keskel ning ravialuste arvu suuremine haava- ja silmakliinikus olid põhjused, miks Tartu Ülikooli arstiteaduskond juba 1857. a. taotles iseseisva silmakliiniku ja oftalmoloogiainstituudi asutamist. 1865. a. kinnitatud uue põhikirja järgi asutatigi Tartu Ülikoolis liitkateeder nimetusega «kirurgia, oftalmoloogia ja kliinika kateeder», mis annab tunnistust oftalmoloogia osatähtsuse suurenemisest õppetöös. 1867. a. osteti farmakoloogiaprofessor R. Buchheimile kuulunud ühekorruseline kivi-maja, mis asus silmakliiniku praeguse hoone kohal. Silmakliiniku direktoriks

valiti prof. G. P. von Oettingen. 24 voodikohaga uus kliinik avati 23. jaanuaril 1868. a.* Haridusministri käskkirja alusel reorganiseeriti 9. oktoobril 1871 üks kirurgia, oftalmoloogia ja kliinika professor oftalmoloogia ja kliinika professoruuriks (9). See oli üks esimesi iseseisvaid oftalmoloogia kateedreid Venemaal. Kateedri juhatajaks sai senine kirurgia, oftalmoloogia ja kliinika teine professor Georg Philipp von Oettingen (1824 ... 1916).

Tema juhendas praktilisi töid silmakliinikus 6 ... 9 tundi nädalas, luges oftalmoloogiakursust igal aastal ühe semestri (neli tundi nädalas) ning käsitles regulaarselt silma refraktsiooni ja akommodatsiooni ning silmaoperatsioonide erikursusi. 1879. a. avaldas G. P. von Oettingen kliiniku tegevuse 11 aasta aruande, millest nähtub, et selle aja jooksul oli silmakliinikus ambulatoorsel ravil 15 465, statsioonarsel ravil 1616 haiget, opereeriti 2170 haiget, kusjuures tehti 1193 silmalauoperatsiooni. Esimesena kirjeldas ta silma sidekesta amüloidoosi (1871). G. P. von Oettingeni suurematest töödest väärib mainimist monograafia 1879. a., milles esmakordselt maailmas käsitletakse silmakooptas laskehaavade puhul esinevaid muutusi silmas. G. P. von Oettingeni juhendamisel valmis 13 oftalmoloogiaalast vätekirja. Tema tuntuimateks õpilasteks olid H. Dohnberg (professor Peterburis), Th. Schröder (silmaravila direktor samas), H. Schöler (professor Berliinis) ja esimene läti õpetatud silmaarst J. Tahlbergs (11).

Silmakliiniku kuulsus aja jooksul kasvas, haigeid saabus kaugematest kubermangudest, ka Leedust ja Poolast. Samuti suurenes praktiseerivate üliõpilaste arv. Tekkis vajadus kliinikut laiendada, mis sai teoks järgmise professori, Eduard Raehlmanni (1848 ... 1917) algatusel, kes juhatas kliinikut aastail 1879 ... 1900 (vt. foto 2). Endisele hoonele ehitati ajavahemikul 1882 ... 1883 juurde kahekorruseline puust ehitist (2).

* Daatumid on toodud vkj.



Fotod 2, 3, 4. Eduard Raehlmann (1848 ... 1917), Fjodor Jevetski (1851 ... 1909), Aleksandr Ljutkevits (1867 ... 1928).

E. Raehlmann uuris silmakudede patohistoloogilisi muutusi trahhoomi ja teiste haiguste puhul, mitmesuguste ravimite toimet silmadesse, silmapõhja muutusi organismi üldhaiguste korral, tegeles ka füsioloogilise optika ning muude probleemidega. Seejuures oskas ta igas uuritavas valdkonnas leida uusi, seni tundmata fakte. Nii tõestas ta, et välised silmalihased on pideva toonuse seisundis ka siis, kui silmad on täielikus rahuolekus. Esimesena kirjeldas ta silmapõhja klassikalist pilti vereringehäirete, hüpertoonია (1885. a.) ja üldise ateroskleroosi puhul ning tegi kindlaks ristumisfenomeni (1889. a.). Esimesena hakkas ta oftalmoloogias kasutama skopolamiini (1893. a.). E. Raehlmanni juhendamisel kaitses 1884. aastal väitekirja B. Ziemiński. Samaaegselt Viini arsti C. Kolleri ja vene arsti I. Katsauroviga kasutas ta Tartus silmaoperatsioonidel tuimastamiseks kokaiini ja seda esimesena maailmas. Tol ajal, mil kõiki silmaoperatsioone tehti anesteesiata, oli kokaiini kasutuselevõtt suur samm edasi oftalmokirurgia arengus (5,8).

XX sajandi algus iseloomustub kateedri ajaloos Moskva oftalmoloogiakoolkonna otsese mõjuga õppe- ja teaduslikule tegevusele Tartus. Aastail 1900 ... 1909 oli kateedri ja kliiniku juhatajaks Fjodor Jevetski (1851 ... 1909) (vt. foto 3), kes 1886. a. oli

kaitsnud Tartus väitekirja ning vahepeal töötanud Moskvas silmapaistvate vene oftalmoloogide A. Maklakovi, seejärel A. Krjukovi juhendamisel. F. Jevetski initsiatiivil pandi Moskvas alus silmaarstide seltsile. Tema tööd käsitlevad peamiselt silma embrüoloogiat, onkoloogiat ja patoanatoomiat. Ta on tähelepanu pööranud ka kliinilisele laboratooriumile. Tema assistendi J. Ottase juhtimisel tegi silmaarstide lend-salk 1907. a. ja 1908. a. suvel ära suure töö trahhoomi väljaselgitamisel ja meditsiiniteadmiste levitamisel Saare- ja Pärnumaal (10). F. Jevetski õpilaseks oli ka J. Ruberts, hiljem esimene oftalmoloogiaprofessor Riias (12).

Aastail 1911 ... 1917 oli oftalmoloogiaprofessoriks Aleksandr Ljutkevits (1867 ... 1928) Moskvast (vt. foto 4). Tartus pööras ta erilist tähelepanu kliinilisele laboratooriumile, toimetas ja täiendas A. Krjukovi silmahaiguste õpikut. Ajanõuetele mittevastavate kitsaste kliinikuruumide tõttu tegeles A. Ljutkevits aastail 1913 ... 1914 arstiteaduskonna komisjoni koosseisus silmakliiniku uue hoone plaani koostamisega, hoone kavatseti ehitada Maarjamõisa väljale. Tema juhendamisel valmisid väitekirjad P. Avižonisel, kellest sai Kaunase Ülikooli arstiteaduskonna ning silmakliiniku ja kateedri organiseerija, silmapaistev leedu oftalmoloog,

ning E. Jansonil, hilisemal oftalmoloogiaprofessoril Riias. A. Ljutkevits tegutses hiljem Voronežis, kuhu Tartu Ülikooli arstiteaduskond evakueerus.

Tartu Ülikoolis on hariduse saanud teisigi oma aja tuntud silmaarste. Nii töötasid Peterburis silmaravila direktorina W. Lerche, K. Strauch, R. Blessig ja J. Magawly. Esimeste seas hankis seal silmapeegli W. Froebelius. Kiievis tegi sedasama Chr. Hübbenet. Samas ülikoolis õpetasid oftalmoloogiat ka Tartu Ülikooli kasvandikud V. Karavajev, G. Becker, O. Zilchert ja M. Mandelstamm. Moskvast asutas silmaravila P. Brosse. Odessas asutas esimese silmaravila H. Schmidt, Saraatovis E. Bonwetsch. Varssavi Ülikoolis õpetasid oftalmoloogiat I. Baranowski ja W. Narkewicz-Iodko, Krakovi Ülikoolis S. Janikowski (12).

1918. a. sügisel kutsusid Saksa okupatsioonivõimud silmakliiniku direktoriks Saksamaalt prof. W. Löhleini. Seejärel toimusid õppetöö ja silmakliiniku tegevus katkendlikult. 1920. a. detsembris kutsuti silmakliiniku direktori ja oftalmoloogiaprofessori kohale Tartu Ülikooli kasvandik Ernst Blessig (1859 . . . 1940), kes enne seda oli töötanud silmaravila direktorina Peterburis ja avaldanud töid silmavigastuste, ajuhaiguste toopilise diagnoosimise kohta silmahäirete alusel, uurinud glaukoomi ning muid silmahaigusi. Tartus avaldas E. Blessig 1922. a. esimese vene oftalmoloogiaalase bibliograafia (hõlmas aastaid 1870 . . . 1920), 1925. a. lisa sellele ning 1933. a. «*Index ophthalmologiae Balticus*». Tema juhendamisel kirjutasid O. Kuriks (1923) ja J. Uudelt (1929) väitekirjad trahhoomi kohta, mida kodanlikus Eestis suhteliselt palju esines. 1922. a. rahvaloenduse ajal toimus E. Blessigi juhendusel ka pimedate loendus Eestis (2).

Pärast E. Blessigi erruminekut juhatas silmakliinikut tema assistent Jaan Uudelt, kes 1930. a. sai eradotsendikutse ja 1931. a. koosseisulise dotsendikoha. Esmakordselt hakkas ta oftalmoloogiat õpetama eesti keeles. 1934. a. sai J. Uudelt professorikutse. Koos otorino-

larüingoloogiaprofessor E. Saarestega osales ta uue kliiniku hoone plaani koostamises. 1938. a. kerkiski endise silmakliiniku kohale uus, ajakohane nelja-korruseline hoone, kuhu mahutati 45 voodikohaga silmakliinik koos kõrva-, nina- ja kurgukliinikuga. J. Uudelt juhatas silmakliinikut 1941. a. veebruarini, seejärel 1942. a. septembrist kuni 1944. a. märtsini.

Pärast Tartu vabastamist taastas silmakliiniku töö Nõukogude armeest demobiliseerunud Valentin Savi, kes 1. jaanuaril 1946 määrati oftalmoloogia kateedri juhataja kohusetäitjaks ja silmakliiniku juhatajaks. 1949. a. kaitses ta kandidaadiväitekirja «Trahhoom ja selle vastu võitlus Eesti NSV-s»; 1950. a. anti talle dotsendikutse. Samal aastal ühendati oftalmoloogia kateeder otorinolarüingoloogia kateedriga. V. Savi õpetas oftalmoloogiat kuni surmani.

Tänapäeval on Tartu Kliinilise Haigla silmaosakonna teadurid oftalmoloogiaalase õppe- ja teadustöö väärikad jätkajad.

KIRJANDUS: 1. *Kalnin, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 2, 150—153. — 2. *Schotter, L., Kalnin, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 2, 134—138. — 3. *Uraelius, F. A.* Disputatio physica de visu. Dorpati, 1643. — 4. Verzeichniss der haltenden Vorlesungen auf die Kaiserlichen Universität zu Dorpat. Dorpat, 1802—1892.

5. *Кропман И. Л.* В сб.: Материалы конференции, посвященной 100-летию глазной клиники и кафедры офтальмологии Тартуского университета. Тарту, 1968, 3—13. — 6. *Леввицкий, Г. В.* Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета (1802—1902), т. II. Юрьев, 1903. — 7. *Магильницкий С. Г.* В кн.: Руководство по глазным болезням. Т. I. М., 1962, 13—129. — 8. *Пономарев Г.* БМЭ, т. 13, 2-е изд. М., 1959, 360—364. — 9. Сборник постановлений МНП, т. V, 325. — 10. *Шоттер Л., Калнин В.* В сб.: Материалы к конференции по истории естествознания в Прибалтике. Вильнюс, 1969, 197—200. — 11. *Шоттер Л. X., Калнин В. В. и др.* В сб.: Материалы конференции, посвященной 100-летию глазной клиники и кафедры офтальмологии Тартуского университета. Тарту, 1968, 3—13. — 12. *Шоттер Л. X., Калнин В. В.* В кн.: Вопросы медицины и биологии Прибалтики. Тарту, 1977, 143—147.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder
TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüingoloogia ja oftalmoloogia kateeder

Konverentsid ja nõupidamised

Ülevabariigiline lastearstide ja akuöõrgüneko-
loogide perinatoloogiaseminar toimus 24. aprillil
1986 Tallinnas. Seminari juhatas NSV Liidu
Meditsiiniakadeemia Siberi osakonna Eksperi-
mentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi
laboratooriumijuhataja meditsiinidoktor N.-I. Tsi-
relnikov, kes inimese reproduktiooni küsimustes
võtab peaeksperdina osa ka Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni tööst. Siinkohal mõnina-
gaid mõtteid väga huvipakkuval seminaril kuul-
dust.

Perinatoloogia kui meditsiiniharu arengu põh-
justas sünnitusabi kliinik, kus perinataalse surma
põhjusteks on ema somaatilised patoloogilised
muutused 30%-l, günekoloogilised patoloogilised
muutused 40%-l ja lapse haiguslikud muutused
40%-l juhtudest. Perinatoloogia ülesandeks on
loote patoloogiliste protsesside etioloogia, patoge-
neesi selgitamine, diagnoosimine ja prognoosimi-
ne. Perinatoloogia uurimiskeskuste loomine
mitmel maal, USA-s igas osariigis, viis suremuse
alla 10%.

Perinatoloogia lähtub seisukohast, et rasedus
ei tohi emal põhjustada ebameeldivaid sümptoo-
me. Kõik ema organismis raseduse ajal esinevad
häired viitavad loote arengu muutusele. Ema
organism ei kaitse kõikidel juhtudel loodet ekso-
geensete kahjustavate tegurite eest, ka ema orga-
nism ise võib olla loote arengu häirete tekke põh-
juseks. Klassikaline raseduspatoloogia on naise
somaatiliste patoloogiliste muutuste tagajärg,
mis avaldab erakordselt negatiivset mõju loo-
tele. Intrauteriinselt reageerib loode ema orga-
nismi haiguselsetele muutustele, säilitamaks
oma sisekeskkonna stabiilsust. Ligi 60% ema hai-
gustest kandub üle lootele.

Perinataalperioodi keskne elund on platsenta,
mis funktsioneerib sõltuvalt ema ja lapse seisun-
dist. Platsenta täidab väga paljusid lootele vaja-
likke funktsioone, kuid kõiki ema organismis
esinevaid kõrvalekaldumisi kompenseerida ta
ei suuda. Oma elutegevuse säilitamiseks peab
loode koondama kõik oma jõud, näiteks kujuneb
ema vererõhu tõusu korral loote parema südame-
poole hüpertroopia. Juba diastoolse rõhu tõus
3 mmHg tingib lootel tsirkulatsioonimuutusi.
Ema aneemia reageerib loode luuüdi hüper-

troofiaga, mis edaspidi põhjustab aneemilisi
kriise kuni esimese eluaastani. Need lapsed võivad
jääda sageli põdema. Loote ja lapse organismi
regeneratsioonivõime on tohtu ning kompen-
seerib paljusid intrauteriinses elutegevuses
tekinud häireid. Juba 6...30 tunni jooksul
pärast sündi kaovad paljud looteperioodi pato-
loogilised ilmingud, kuid pärast 30. eluaastat hak-
kavad need uuesti avalduma.

Perinatoloogia praegune areng võimaldab liht-
sate vahenditega diagnoosida mõningaid perina-
taalseid patoloogilisi muutusi; eriaparatuuri abil
saab lootel teha ka raviprotseduure. Nüüdisaegsele
perinatoloogiale vajaminevad summad lähenevad
kardiokirurgia arengu vajalikule. Sünnitusosa-
kondade ja naistenõuandlate sisustuse hulka
peaksid kuuluma ultraheliaparaat, EKG-aparaat
(loote ja ema uurimiseks), loote vererõhu mõõt-
mise aparaat. Samuti peaksid olema biokeemia-
ja radioimmunoloogialaboratoorium.

Aktuaalne perinatoloogias on praegu enneaeg-
suse ning suure riskiteguriga rasedate arvu vä-
hendamine. Selleks on kavandatud tervishoiu-
alaseid ja sotsiaalseid ning meditsiinilisi
üritusi. Olulisemad nende hulgas on meditsiinilise
jälgimise kvaliteedi parandamine viljastumise-
eelsesel perioodil, varajase prenataalse meditsiini-
lise jälgimise tähtsuse selgitamine noortele nii
enne abiellumist kui ka raseduse kindlaksmää-
ramisel, riskitegurite toime viimise miinimumini,
samuti parima hoolduse tagamine raseduse ajal,
mille eelduseks on laiendada diagnoosimis- ja
ravivõimalusi, vältimaks loote surma, haigusi ja
halbu hilistagajärgi. Et tagada rasedatele, eriti
riskiteguritega rasedatele, ja vastündinutele eri-
arstiabi täielikult, on vaja rajada perinatoloogia-
keskusi.

Mall-Anne Rükjärv

NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kõhuõõne-
kirurgia probleemikomisjoni järjekordne pleenum
toimus 22. mail Tallinnas Vene NFSV teenelise



Foto 1. Probleemikomisjoni pleenumi presii-
diumis. Vasakult: tervishoiuministri esimene ase-
täitja O. Tamm, Vene NFSV teeneline teadlane
prof. V. Majat, prof. U. Sibul, tervishoiuministee-
riumi peakirurg prof. Š. Gulordava.

Foto 2. Pleenumi vaheajal. Vasakult: prof. D. Pikovski Gorkist, prof. O. Škrob Moskvast, dotsent P. Hoholja Kiievist.

Foto 3. Pleenumist osavõtjaid. Esireas keskel prof. I. Nestrenko, teises reas prof. D. Pikovski, kolmandas reas prof. E. Sepp, meditsiinidoktor J. Männiste, Vabariikliku Laevanduse Keskaigla peaarsti asetäitjad H. Kapral ja E. Väärt. M. Mällo fotod.



teadlase prof. V. Majati eesistumisel. Pleenumi põhitööd olid kirurgia arenguperspektiivid ja üleliidulise probleemikomisjoni ülesanded seoses NLKP XXVII kongressi suunistega tervishoiutöö edendamisel.

Põhietekande esitas prof. O. Škrob Moskvast. Ta rääkis kordaminekutest kõhuõõneelundite haiguste kirurgilises ravis ja diagnoosimises ning märkis, et tänu elundit säilitavate operatsioonide kasutuselevõttele paljude liiduvabariikide suuremates raviasutustes on vähenenud operatsioonijärgsete komplikatsioonide arv ning invaliidsus. Oluline on ka majanduslik kokkuvõtte, keskmiselt 1000 rubla haige kohta nende haigete vastava näitajaga võrreldes, kellel on tehtud maoresektioon. O. Škrob toonitas vajadust senisest enam tähelepanu pöörata kodumaise päritoluga ultrahelidiagnoosimisvahendite kasutuselevõttele polikliinikutes, parandamaks eeskätt sapikivitõbe põdejate varajasemat väljaselgitamist. Piirkondlike probleemikomisjonide tööde kohta andis ülevaate Vene NFSV osas prof. I. Nestrenko ja meie vabariigist allakirjutanu.

Arutati ka sapikivitõbe ja kroonilise koletsütiidi diagnoosimist ja ravi. Diskussiooni juhatas tuntud maksa- ja sapiteede haiguste eriteadlane prof. E. Galperin Moskvast. Meditsiinidoktor M. Danilov Moskvast rõhutas sissejuhatavas ettekandes, et ligi $\frac{2}{3}$ -l sapikivitõbe põdejatest jäävad sapikivid röntgenoloogiliselt diagnoosimata, nende diagnoosimiseks on vaja täiendavaid uuringuid. Suhteliselt lihtne ja ligi 15 korda odavam kui röntgenoloogiline uurimine on ultraheli abil diagnoosimine. Sõna võtsid prof. A. Netšai Leningradist, prof. D. Pikovski Gorkist, meditsiinkandidaat H. Kokk Tartust, meditsiinidoktor J. Männiste ja meditsiinkandidaat H. Poola Tallinnast, kes esitasid oma seisukohti sapiteede haiguste kirurgilise ravi ja diagnoosimise kohta. Ehkki sonograafiat kasutatakse üha laialdasemalt, ei saa operatsiooniaegsetest röntgenuuringutest veel loobuda. Mitmed sõnavõtjad märkisid, et polikliinikutes ja haiglates on veel puudus meditsiini-seadmetest, vähe on T-kujulisi dreene ja aeg-ajalt ka kontrastaineid. Puuduvad ka nüüdisajal mujal laialt kasutatavad nõelte komplektid maksa ja sapiteede transkutaanseks punkteerimiseks, drenimiseks ja kontrasteerimiseks.

Prof. E. Galperin märkis arutelu kokku võttes,

et arstid peavad elanikele senisest enam selgitama õige ja ratsionaalse toimumise tähtsust sapiteede haiguste ennetamisel.

Pleenumi otsuse projektis rõhutati vajadust juhtida kohalike tervishoiuorganite tähelepanu puudustele seadmetega varustamises. Probleemikomisjoni liikmele prof. D. Pikovskile tehti ülesandeks ette valmistada probleemikomisjoni järgmine plenaaristung, mis toimub 1987. aasta kevadel Gorkis. Arutlusele tuleb pankreatiidi diagnoosimine ja ravi.

Uno Sibul

XIV Eesti NSV dermatoveneroloogide teaduskonverents toimus 19. ja 20. juunil 1986 Tartus. Konverentsil käsitleti sageli esinevate ja raskelt paranevate dermatoloogiliste haiguste diagnoosimist, ravi ja profülaktikat. Fundamentaalteaduste, samuti immunoloogia, elektronmikroskoopia ja molekulaarbioloogia arenemine on võimaldanud mitmete nahahaiguste patogeneesi lähemalt selgitada, mille tulemusena on paranenud nende haiguste ravi. Nii on immunomodulaatorite (timaliin jt.) kasutamine kergendanud autoimmuunseid nahahaigusi, eriti erütematooosi põdejate ravimist (O. Sa-pošnikov, V. Gorbunov, T. Karatšunova). Allergi-



Foto 1. Konverentsi presiidiumis. Vasakult: prof. D. Branta, meditsiinidoktorid V. Kogan ja N. Loogna, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi valitsusjuhataja V. Jänes konverentsi avamas, prof. H. Vahter, M. Majass ja V. Martisevičiene.



Foto 2. Konverentsist osavõtjad ettekandeid kuulamas. V. Kutsari fotod.

liste nahahaiguste ravimisel on tõhusaks preparaadiks osutunud peritool (N. Loogna), naha porfüüriniainevahetuse häirete korral aga adenüül (M. Leisi, A. Bilkis).

Häid tulemusi on saadud krooniliste dermatooside psoriaasi ja ekseemi puhul laserraviga (R. Markovič, M. Majass), psoriaasi retsidiive aitavad vältida levamisool, desensibiliseerivad vahendid ja adaptogeenid (N. Raskazov, J. Vinokurov). Haige raviplani koostamisel peeti tähtsaks tema immuunseisundi määramist ning haigestumist soodustavate tegurite selgitamist (H. Silm). Senisest suuremat tähelepanu on vaja pöörata kroonilisi dermatoose, sealhulgas psoriaasi põdejate psühhomotsionaalsele seisundile ning neid haigusi soodustavate sotsiaalsete tegurite kindlaksmääramisele. See on tähtis nii ravi kui ka rehabilitatsiooni seisukohalt (E. Elberg). Uusi andmeid on saadud viiruslikke nahahaigusi põdejate RNA-ga ravimise kohta (D. Branta, G. Feldmane).

Arutusel olid nakkuslike nahahaiguste ja suguhaiguste epidemioloogia, kliinik ja ravi. Nendesse haigestesse haigestumine on viimastel aastatel vähenenud. Arvestades aga mikrospooria nakkavust, peeti vajalikuks parandada sanitaarselgitustööd ning tugevdada koostööd veterinaaridega, sest enamasti saadakse see nakkushaigus loomadelt (H. Silm, E. Noortauts). Leepira pikka peiteaega silmas pidades räägiti leepira varajastest tunnustest, et selle sporaadilise esinemise korral ei hiline taksa diagnoosiga (A. Juštšenko, V. Kogan).

Süüfilise leviku vältimiseks on vaja polikliinikutes laialdasemalt rakendada kiirdiagnoosimist kardioliipiinantigeeniga, samuti on vaja parandada koostööd jaoskonnaarstide ning narkoloogide ja psühhiaatritega (M. Bogdanova). Süüfilishaige ravi tõhususe ning tervistumise üle otsustamisel on seroloogiliste ja immunoloogiliste uuringute kõrval vaja arvestada ka seljaajuvedeliku valguspektri uurimise tulemusi (S. Kaur). Urogenitaaltrakti põletikulisi haigusi (gonorröad ja trihho-

monoosi) põdejate ravimisel, eriti ravimiresistentsuse korral, on saadud häid tulemusi, kui samal ajal etioloogilise raviga on kasutatud proteolüütilisi ensüüme (A. Militš). Urogenitaaltrakti põletikke põdejal esineb sageli seganakusi, nii diagnoosimisel kui ka tervistumise üle otsustamisel on vajalikud tsütoloogilised uuringud (H. Rajangu, H. Saar).

Suguhaiguste epidemioloogilise uurimise andmete töötlus elektronarvutiga võimaldas kindlaks teha riskirühmad. Peamised haigestumist soodustavad tegurid on alkoholi kuritarvitamine ning mitteküllaldane seksuaalkasvatus, mida tuleb arvestada eriti noorukite hulgas selgitustöö tegemisel (allakirjutanu). Dermatoveneroogiapraktikas on rakendatud mikroelektronarvuteid (A. Militš). Anti ülevaade dermatoveneroloogilistesse haigestesse haigestumisest Võru rajoonis, uurimist vajab dermatofüütia levik (L. Luiksaar).

Konverentsist võttis peale meie vabariigi arstide osa teadlasi ja praktiseerivaid dermatoveneroologe Leningradist, Riiaist, Kaunasest, Vilniusest ja Astrahanist. Konverentsi materjalid avaldati kogumikuna.

Eesti Dermatoveneroloogide Seltsi töö tunnistati rahuldavaks. Valiti seltsi uus juhatus.

Herman Vahter

Pediaatrite nõupidamine toimus 21. mail 1986 Tartus. Nõupidamise avas EKP Tartu Linnakomitee esimene sekretär E. Sillari, kes andis ülevaate Tartu arenguperspektiividest XII viisaastakul. Tartu arstiabist XI viisaastakul ja XII viisaastakul kavandatud rääkisid Tartu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja M. Sikk ja peapediaater M. Maser.

Allakirjutanu tegi kokkuvõtte XI viisaastaku tulemustest pediaatrias. Lõppenud viisaastaku peaprobleemiks oli profülaktilise meditsiini täiustamine, milleks anti suunad NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi käskkirjades ja metoodilistes juhendites.

XI viisaastakul suurenes pediaatrite arv 9,5%, suurenes aga ka pediaatrijaoskondade arv, mistõttu mitmes rajoonis on veel puudus lastearstidest. Kvalifikatsiooni tõstmise plaani täideti vaid 50% ulatuses, ent kvalifikatsiooni-kategooriaga pediaatrite arv on suurenenud 131% uute atesteerimisnõuete põhjal. Vähe kontrolliti teadmisi töökohas. Ordinatuuris täiendas oma teadmisi XI viisaastakul seitse pediaatrit, lõpetanud on neist neli, aspirantuuris õppis kaheksa, lõpetanud on üks.

Pediaatrijaoskondade arvu suurenemine (52 võrra) ja laste arvu vähenemine jaoskonnas (779 last) ei ole kaasa toonud olulisi muutusi statistiliste näitajate osas. Igal pool ei ole pediaatrite koormust reguleeritud. Mitmes rajoonis ei külasta õed küllalt tihti kodusid, sellega kaasnevad puudujäägid ka töö kvaliteedis. Ei ole selgunud, miks Narvas ja Kohtla-Järve rajoonis haigestuvad lapsed sagedamini nakkushaigestesse kui mujal. Vähem kui mujal vabariigis on tehtud ka

kaitsesüstimis. Ei ole küllaldaselt mõeldud komplekssele rehabilitatsioonile nii ägedate kui ka krooniliste haiguste puhul lastesõimes ja lasteaeades. Lapsi tuleb paremini ette valmistada lastekollektiivi astumiseks.

Kitsa eriala spetsialiste meil on, kuid eriarstiabi ei ole alati kättesaadav. Selle eest on otseselt vastutavad jaoskonnapediaatrid, kes peavad lapse õigel ajal eriarsti juurde suunama.

XI viisaastakul paranes mõnes osas profülaktiline töö, võeti kasutusele uusi ravi- ja diagnoosimeetodeid, laste suremus vähenes 17%. Pediatrite põhiülesandeks XII viisaastakul on vähendada laste suremust veelgi, intensivistada perinataalset profülaktikat ning parandada profülaktilist tööd üldse.

Ettekandega «Perspektiivsetest suundadest immunodiagnostikas» esines Eesti NSV Teaduste Akadeemia Bioloogilise ja Keemilise Füüsika Instituudi tsütogeneetikasektori juhataja bioloogiakandidaat M. Saarma. Ta rääkis uusimast immunodiagnostikas: diagnoosimisest monoklonaalsete antikehade, spetsiifilise radioimmuoloogilise meetodi ja ensüümse immunosorbenttesti abil, erinevate rakutüüpide kasvuteguritest, lähemalt aga interferoonist, selle sünteesist ja toimemehhanismidest. M. Saarma andis ülevaate ka biotehnoloogiast ja selle kasutusvõimalustest meditsiinis.

Mall-Anne Riikjärvi

Üleliiduline sümposioon «Neuroleptikumide keemia, farmakoloogia ja kliinik» toimus TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogide ja psühhiaatrite korraldamisel 2...4. juunini 1986 Tallinnas.

Sümposioonist võttis osa 110 eriteadlast — keemikut, farmakoloogi ja psühhiaatrit — Moskvas, Leningradist, Tartust, Riias, Odessast, Dnepropetrovskist, Donetskist ja teistest linnadest, samuti paljud Eesti NSV haiglates ja polikliinikutes töötavad psühhiaatrid.

Sümposiooni avasid Eesti NSV tervishoiu-ministri esimene asetäitja O. Tamm ja NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Farmakoloogiainstituudi direktor, farmakoloogia ja farmaatsia teadusnõukogu esimees akadeemik A. Valdman. Tehti kokkuvõtte NSV Liidus XI viisaastakul neuroleptikumide uurimisel tehtust. Vastava programmi «Neuroleptikumide molekulaarne toimemehhanism ja kliiniline kasutamine» täitmist juhendavad XII viisaastakul nagu XI viisaastakulgi TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia ja psühhiaatria kateeder.

Sümposioonil olid arutusel järgmised küsimused: 1) antipsühhootiliste ravimite struktuuri ja toime seosed, tüüpiliste ja atüüpiliste neuroleptikumide sarnasus ja erinevus, uute keemiliste ühendite rühmade süntees; 2) uute keemiliste ühendite neuroleptilise aktiivsuse selgitamise standardiseerimine ja optimeerimine; 3) neuroleptikumide farmakoloogiline toimespekter ja molekulaarne toimemehhanism; 4) uute neuroleptikumide kliiniline kasutamine, antipsühhootilise toime ja kõrvaltoime; 5) resistentsus neuroleptikumravi suhtes; 6) neuroleptikumid ja immuunsüsteem.

Tartu teadlastelt (J. Saarma, allakirjutanu, M. Saarma, A. Žarkovski, E. Vasar, L. Toomaspoeg, O. Toomla, H. Väre, T. Žarkovskaja, L. Mehilane, A. Nurk, J. Liivamägi, M.-H. Otter, L. Rago jt.) oli kokku 12 ettekannet, kõigil eespool mainitud teemadel.

Korraldati ka kaks kolmetunnist diskussiooni. Ühel diskuteeriti neuroleptikumide toimemehhanismide ja teisel resistentsuse üle antipsühhootilises neuroleptikumravis. NSV Liidu Farmakoloogiakomitee ülesandel on koostatud uute neuroleptikumide prekliinilise uurimise programmi projekt (põhikoostaja dots. A. Žarkovski TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedrist) ning neuroleptikumide farmakoloogilise ja kliinilise uurimise programm XII viisaastakuks NSV Liidus (põhikoostaja allakirjutanu). Täpsustati ka meditsiiniinstituutide farmakoloogia kateedrite ja teaduslike uurimisasutuste vahelist koostööd psühhofarmakoloogia valdkonnas.

Lembit Allikmets

VII vabariiklik otorinolarüngoloogide konverents toimus 29. ja 30. juunil 1986 Tallinnas. Osavõtjaid oli Moskvast, Leningradist, Kiievist, Riias, Kišinjovist, Donetskist, Kaunasest, Kuibõševist, Minskist, Harkovist, Lvovist, Užgorodist, Dušanbest ja Vilniusest.

Esimesel plenaaristungil kuulati ettekandeid otorinolarüngoloogia ajaloo, kõrva-, nina- ja kurguhaigusi põdejate dispansseerimise ning uute meetodite kasutuselevõtmise alalt otorinolarüngoloogias. Prof. E. Siirde, dotsendid S. Sibul ja A. Jents andsid ülevaate kõrva-, nina- ja kurguhaiguste süstemaatilisest õpetamisest Tartu Ülikoolis juba alates 1905. aastast. 1804. aastal kaitsti Tartus kõrvahaiguste alal maailmas teine doktoridissertatsioon. Kõrvahaigused on Tartu Ülikoolis õppeprogrammis juba 1843. aastast, kõrvahaigustealaseid loenguid pidas kirurg prof. T. Adelman. Dotsent A. Jents rääkis prof. Hendrik Koppelist kui meditsiiniteaduste populariseerijast, tutvustas tema tööd populaarteaduslikus ajakirjas «Tervis» aastail 1903... 1909. A. Jents rääkis ka Peeter Hellatist, kes oli üks otorinolarüngoloogia arendajaid mitte ainult Eestis, vaid ka kogu Venemaal. 1903. a. asutati P. Hellati algatusel Peterburis kõrva-, nina- ja kurguarstide selts, ta oli seltsi esimeseks esimehiks. Koos V. Okunevi ja S. Šteiniga asutas P. Hellat 1906. aastal esimese kõrva-, nina- ja kurguhaiguste alase ajakirja Venemaal. Ta oli samuti esimese ülevenemaalise otorinolarüngoloogia konverentsi kokkukutsujaks 1908. aastal Peterburis. K. Kotsari ettekandes märgiti, et 1990. aastal möödub 300 aastat kurtide kooli rajamisest Pärnus, mis oli esimene kogu Euroopas. NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kirjavahetajaliige prof. J. Ishaki käsitles Avicenna osa otorinolarüngoloogias.

Väga huvitavad olid Leningradi I Meditsiiniinstituudi otorinolarüngoloogia kateedri liikmete (juhataja prof. M. Plužnikov), nende hulgas TRÜ aspirandi M. Kulli ettekanne laserravi kasutami-



Fotol konverentsi presiidium. Vasakult: Üleliidulise Otorinolarüingoloogide Seltsi esimehe asetäitja, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige, Tadžiki Meditsiiniinstituudi rektor prof. I. Ishaki (Dušanbe); akadeemik I. Soldatov (Kuibõšov); prof. M. Plužnikov (Leningrad); A. Lipand, Eesti NSV Tervishoiuministeri esindaja; meditsiinidoktor A. Luts. M. Mällo foto.

sest otorinolarüingoloogias. Kõri funktsionaalsete häirete ravi käsitlevad ettekanded olid S. Sibulalt ja A. Jentsilt. Kõrivähi kirurgilise ravi kohta esitasid ettekandeid prof. S. Lapsenko Moskvast, M. Akers Riiast ja R. Kermes Tartust. Elavat huvi äratas B. Loogna uurimus söövitavatest ainetest põhjustatud ägedate mürgituste kohta. Ettekanne põhines Tallinna Kiirabihaigla andmetel.

Tasakaaluhäirete diagnoosimist ja ravi käsitlevas seksioonis, mida juhatas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia akadeemik prof. I. Soldatov, olid enam huvi pakkuvad I. Soldatovi uurimistöö, mis käsitles laserravi CO₂-ga Ménière'i tõve puhul, ja J. Mürsepa uurimus ENG andmete töötlusest personaalarvutiga.

Kuulmiselundihaigusi käsitlevas seksioonis, mille tööd juhatas prof. E. Gaudin Riiast, kuulati ettekandeid nüüdisaja objektiivse audiomeetria (impedans, elektrilise reaktsiooni audiomeetria — ERA) ja kuulmise korrigeerimise alalt kuuldeaparaadi abil (H. Mitrofanova, T. Siirde; A. Tsisarenko, T. Kulakova Kiievist; S. Kosjakova Moskvast). K. Veremejenko ja V. Gukovitsi ning J. Suško ettekanded olid biokeemiliste muutuste kohta perilümfis otoskleroosi puhul ja tümpaanoplastika põhilistest printsiipidest. A. Lopatko käsitles oma ettekandes endoauraalset baroterapiat mittemädaste keskkõrvapõletike mõnede vormide puhul ning M. Tamm, K. Lüüs ja V. Täll keskkõrvapõletike kirurgilise ravi tulemusi lastel.

Nina- ja neeluhaiguste seksioonis, mida juhatas prof. A. Brofman Kišinjovist, olid huvitavamad meie vabariigi arstide ettekanded (R. Aero, M. Tamme, L. Ahu, S. Sibul, M. Tikk, A. Pöld). Ettekannetes juhtis tähelepanu ninakõrvalurgete põletike õigeaegse diagnoosimise vajadusele ja nende põletike ravile, et ära hoida kroonilisi kopsuhaigusi. Käsitleti ka kroonilise tonsilliidi osa organismi immunopatoloogias.

Viimasel plenaaristungil, mida juhatas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia probleemikomisjoni

«Kutsehaigused otorinolarüingoloogias» esimees prof. V. Ostapkovitš, olid arutlusel kutsehaigused meie vabariigi põlevkivitööstuses (N. Loogna, allakirjutanu, A. Sillam, T. Tatar, E. Altrov, L. Rodman, J. Mürsepp), merelaevanduses (V. Gugel, L. Latševa), kergetööstuses (E. Lillak, H. Loit, E. Raukas, J. Karusoo), sealhulgas ka tootmis-koondises «Mistra» (N. Loogna, allakirjutanu, J. Mürsepp, L. Rodman). Aktuaalsest kutsehaiguste alal otorinolarüingoloogias rääkis prof. V. Ostapkovitš, kutsehaigustest nn. müarikaste elukutsete korral L. Butenko Kiievist, vibratsiooni-ohhtlikel töodel töötajate kutsehaigustest M. Levašov ja T. Nalimova, kivisöetööstuse tööliste kutsehaigustest I. Karatajeva ja V. Rodin ning kutsehaiguste ravist prof. T. Šidlovskaja Kiievist, V. Petretski Užgorodist, O. Morozova Jurmalaist ja N. Misantsuk Kiievist. Prof. V. Bazarov Kiievist tõi oma ettekandes näiteid valede diagnooside kohta, mis olid tingitud audiomeetristi ebakompetentsusest. Näitena tõi ta ka NSV Liidu erialaajakirjades ilmunud audiogramme.

Konverentsil oli võimalus vaadata kolme lühifilmi: laser ja laserravi (Leningrad), kõrivähi kirurgiline ravi (Moskva) ning kuulmise korrigeerimine kuuldeaparaadi abil (Tallinn).

VIII vabariiklik otorinolarüingoloogide konverents otsustati korraldada 1993. aastal Tartus. 1993. a. möödub 100 aastat kõrva-, nina- ja kurguhaigusi põdejate erialase vastuvõtu alustamisest prof. H. Koppeli poolt Tartu Ülikooli polikliinikus.

Ettekannete teesid ilmusid trükist kahekõitelise kogumikuna.

Arvid Luts

Ülevabariigiline psühhiaatrite ja narkoloogide seminar toimus 13. juunil 1986 Valga rajoonis Taagepera Haiglas. Seekordsel seminaril oli arutlusel dispansseerimine. Eesti NSV Tervishoiuministeriumi peapsühhiaater H. Väre analüüsis dispansseeritute kontingendi muutusi viimastel aastatel. Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla dispansseerse osakonna juhataja V. Kangur rääkis psühhikahaigete dispansseerimise ajaloost Tartus, samuti analüüsis dispansseeritute struktuurilist koosseisu.

12. juunil 1986 oli NSV Liidu Tervishoiuministeriumi kolleegiumi koosolekul arutlusel narkoloogiline abi Eesti NSV-s. Lühiülevaate koosolekul arutatust esitas seminaril allakirjutanu. Koos oli ka atestatsioonikomisjon, kelle otsuse põhjal tõsteti mitme psühhiaatri kvalifikatsioonikategooriat.

Anti Liiv

Leedu NSV allergoloogide ja immunoloogide konverents toimus 29. . . 30. maini 1986 Kaunas. Konverentsist võttis osa Moskva ja Leningradi teadlasi, samuti teadlasi teistest liiduvabariikidest ning viis esinejat välisriikidest.

Plenaaristungil andis prof. B. Padegimas ülevaate allergoloogia ajaloost ja saavutuste kohta Leedus. Allergoloogia arenemisele Leedus pani 60 aastat tagasi aluse prof. V. Lašas. Tänapäeval uuritakse mitmeid eksperimentaalse allergo-

loogia küsimusi, allergiliste haiguste levikut, diagnoosimist ja ravi. Bronhiaalastma spetsiifiline immuunravi vaktsiinidega oli A. Ado ja T. Tšervinskaja ettekande teema. Immunosortatsioonimeetodi rakendamisest atoopilise bronhiaalastma ja pollinooside ravis rääkis A. Tšutsalın. B. Romanski (Poola RV) käsitles mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi allergilist geneesi, allergia kindlakstegemiseks kasutatavaid provokatsiooniteste ja immunoloogilisi uuringuid. G. Peteri (Saksamaa LV) ettekanne oli krüoglobulineemia diagnoosimise, klassifikatsiooni ja ravi kohta. Krüoglobulineemia diagnoosimine on tavaliselt puudulik, sest seerumi eraldamisel toatemperatuuril sadenevad krüoglobuliinid koos erütrotsüütidega. Krüoglobulineemia rasketel juhtudel, kui haiged põevad ka vaskuliiti ja artriiti, soovitab G. Peter raviks plasmafereesi ja immunosupressoritest alküülivaid preparaate. G. Kosturkov (Bulgaaria RV) rääkis rakulisest immuunsusest atoopilise allergia korral ning selgitas T-pärsisjarakkude arvu vähenemise olulisust veres.

Konverentsi ettekandeid kuulati mitme sektiooni istungitel. Paljudes ettekannetes olid vaatluse all eksperimentaalne allergoloogia ja immunoloogia. Selles valdkonnas on Leedus tehtud intensiivset uurimistööd. Uurimustes, milles käsitleti kliinilist allergoloogiat ja immunoloogiat, analüüsiti ka diagnoosimist ja ravi. E. Eringene Vilniuse Onkoloogiainstituudist propageeris immuunseisundi hindamise kiirmeetodit kolme parameetri alusel: vanuse, normaalsete antikehade ja leukotsüütide hulga järgi perifeerses veres. Nende näitajate põhjal eristab ta mitut reaktsioonitüüpi. On võimalik, et selline meetod on rakendatav riskirühmade kindlaksmääramisel, aga kliiniliste uuringute tegemisel tuleb siiski lähtuda üldkasutatavatest immunoloogilistest meetoditest. A. Poljak Rostovist Doni ääres analüüsis IgE-sisalduse osatähtsust vereseerumis allergiliste haiguste puhul. Tema uurimuse järgi on suure IgE-sisalduse puhul vereseerumis allergiliste haiguste kulg raskem ja päriplik eelsoodumus suurem. D. Speičene Vilniusest ja S. Velbri käsitlesid immuunkomplekside osa erinevate haiguste puhul. Ravi üle otsustamisel arutati nii spetsiifilist immuunravi allergenidega kui ka immunomodulaatorite kasutamist.

N. Loogna ja T. Tatari ettekanne oli fotosensibiliseerimise kohta. Kaunase teadlased olid uurinud umbes 500 üliõpilast ja leidnud peaaegu 25%-l üliõpilastest suurenenud tuberkuliinivõime. Ilmselt ei olnud tegemist mitte ainult spetsiifilise, vaid ka mittespetsiifilise suurenenud tundlikkusega.

A. Bogova Moskvast rõhutas, et sageli on vaja kindlaks teha haige immuunseisund. Immunoloogid kasutavad selleks erinevaid meetodeid või meetodite kompleksi. Oleks vaja välja töötada standardmeetodid.

Mitu esinejat pööras oma ettekandes tähelepanu speleoteraapiale. Haiged viiakse iga päev viieks tunniks maa alla endisesse soolakaevandusse, kokku 24...25 korda. Speleoteraapiat soovitatakse I või II staadiumi bronhiaalastmat

põdejatele, vajaduse korral kombineeritakse see kemoteraapiaga. Speleoteraapia tulemused on tunduvalt halvemad, kui patsient on pikemat aega kasutanud kortikosteroide. Mõnel haigel võtab kohanemine palju aega, maa alla laskumisel võib tekkida stress. Soolakaevanduse asemel võib kasutada ka kunstliku mikrokliimaga kambrit.

Lõppistungil andis Leedu NSV peaterapeut E. Razkauskas ülevaate Leedu Allergoloogide ja Immunoloogide Seltsi 15-aastase tegevuse kohta. Immunoloogia- ja allergoloogialastest uuringutest võtavad peamiselt osa Vilniuse Eksperimentaalse Meditsiini Instituut, Vilniuse Onkoloogiainstituut ja Kaunase Meditsiiniinstituut. A. Bogova analüüsis allergilisi haigusi põdejate dispanseerimist, ta rõhutas epidemioloogiliste uuringute tähtsust allergiliste haiguste avastamisel. Ametliku statistika kaudu saab andmeid vaid bronhiaalastma kohta, teiste allergiliste haiguste kohta andmeid ei ole.

Naomi Loogna Sirje Velbri

Üleliiduline nõupidamine ägeda müokardiinfarkti ulatuse hindamise ja ravi alal peeti 13. ja 14. mail 1986. aastal NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Üleliidulise Teadusliku Kardioloogiakeskuse Siberi filiaalis Tomskis. Ettekanded käsitlesid müokardiinfarkti diagnoosimist ja ravi.

Erilist huvi äratasid Tomski kardioloogide R. Karpovi, J. Vassiltsevi, N. Larionovi ettekanded infarkticolde ulatuse nüüdisaegsete määramismeetodite ja sel puhul kasutatava arvutustehnika kohta. V. Pomerantsev Moskvast rääkis EKG funktsionaalse dünaamika hindamisest ja M. Ruda ning N. Afonskaja infarkticollet piirava ravi taktikast. T. Rustamov, J. Gelfgat Bakuust andsid hinnangu intravenoosse streptodekaasravi kohta ehokardiograafia. J. Bluzas, E. Vaicekivičius Kaunasest analüüsisid vatsakesesise reograafia andmete põhjal funktsionaalseid nihkeid müokardis intrakoronaarse trombolüüsi ajal. V. Terštšenko Vorošilovgradist rääkis infarkticolde komplekssest piiravast ja parandavast ravist. Tunnustust jagati rühmale noorte teadlaste Irkutskist (T. Kurilskaja, S. Lomonossova jt.), kes olid mitmest seisukohast vaatluse alla võtnud intrakoronaarse trombolüütilise ravi tulemused.

Ettekanded ja nende arutelud toimusid asjalikus ning loomingulises õhkkonnas, üksikuid üldsonalisi ja väheusutavaid andmeid sisaldavaid sõnavõtte kritiseeriti. Tutvumine Tomski kardioloogiakeskusega jättis väga hea mulje.

Üleliidulisel nõupidamisel oleksid võinud sisukaid ettekandeid esitada ka meie vabariigi kardioloogid. Uut kardioloogias on õppida nii suurte keskuste kui ka väiksemate liiduvabariikide kolleegidelt, sest kardioloogiaprobleeme uuritakse intensiivselt ja eri aspektidest kogu meie maal.

Arvo Mesikepp

Arstide seltsides

Eesti Gastroenteroloogide Seltsis. 19. detsembril 1985 peeti Tartus seltsi koosolek koos I. I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsi Tartu osakonnaga. Käsitleti seedekulgla mikroflooraga seotud probleeme. Ülevaate seedekulgla mikrofloorast, düsbioosist, selle põhjustest ja ravist eubiootikumidega andis TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri juhataja prof. A. Lenzner. Ta rõhutas, et düsbioos on teisenen haigus, seepärast on iga haigusjuhu korral vaja kindlaks teha selle tekkepõhjused. Düsbioosi raviks sobivaid eubiootikume on veel vähe toodetud, see on nende kasutamist piiranud. A. Tamm käsitles oma ettekandes «Soole mikrofloora kliiniline tähendus ja diagnoosimine» eri seedetraktihaiguste ja operatsioonide tagajärjel tekkinud düsbioosi kliinilisi iseärasusi. Töö on koostatud Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi enteroloogialaboratooriumi uurimistulemuste põhjal. Ta tutvustas düsbioosi diagnoosimise kaudseid meetodeid, mis on enteroloogialaboratooriumi ettevõtmisel kasutusele võetud Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogia- ja kirurgiaosakondades. I. Kull rääkis maksa-tsirroosihäigetest, kellel põhihaiguse tüsistusena oli tekkinud düsbioos, ja K. Suija Crohni tõbe põdejast, kellel oli mitme striktuuriga ulatuslik peensoolekahjustus ning kellel selle tagajärjel oli tekkinud düsbioos.

20. märtsi 1986. a. koosolekul Tallinnas olid arutlusel sapipõiehaigused. T. Litvinenko analüüsis sapikivitõbe põdejate kaksteistsõrmiku limaskestast seisundit ning kaksteistsõrmikuhaigusi enne ja pärast sapikivioperatsiooni. Sapikivitõbe põdejatel esines kaksteistsõrmikuhaigusi ja kaksteistsõrmiku limaskestast muutusi sageli ning need püsisid ka pärast operatsiooni. H. Kokk andis ülevaate sapipõiehaiguste kirurgilise ravi tulemuste kohta aastail 1980...1985. Operatsiooni edukus sõltub diagnoosi täpsusest ja sellest, kui kiiresti haige pärast sapikivide diagnoosimist operatsioonile suunatakse. Polikliinikutes oleks vaja kasutusele võtta ultraheliaparaadid sapikivitõbe diagnoosimise parandamiseks.

21. mail 1986 oli Tartus ühine koosolek Tartu Kirurgide Seltsiga. Meditsiinidoktor M. Danilov Moskva A. V. Višnevski nim. Kirurgia Instituudi kõhuõonekirurgiaosakonnast rääkis kõhunäärmehaiguste diagnoosimisest ja kirurgilisest ravist. Tänu sellistele uutele uurimismeetoditele nagu endoskoopiline pankreatograafia, ultraheliuurin-

gud, kompuutertomograafia, pankreasebiopsia on kõhunäärmehaiguste diagnoosimine tunduvalt paranenud. Kirurgiliselt eemaldatakse ja avatakse tsüste, vähendatakse rõhku kõhunäärmejuhas, laiendatakse kaksteistsõrmikunäsa.

6. ja 7. juunil 1986 peeti koosolek koos Narva Arstide Seltsiga Narva-Jõesuus. Arutati maovähi diagnoosimist ja ravi ning mao vähieelseid seisundeid. Põhiettekanne esitas Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispenseri peaarst A. Viirmaa. Maovähi ravi tulemused on head vaid siis, kui maovähi diagnoositakse algstaadiumis. Tuleb uurida riskirühmasid. Prof. K. Villako rõhutas, et praegu leitakse mao vähieelseid seisunditega haigete hulgast vaid 15% igal aastal diagnoositud maovähijuhudest. Allakirjutanu analüüsis maovähi ja maohaavandi seost ning jõudis järeldusele, et healoomulise maohaavandi korral on maovähi tekke võimalus 1% piirides. Leiti, et mao vähieelseid seisunditega haigete (krooniline gastriit, maohaavand ja mao polüübid) senine dispanseerimise taktika ja tõhusus ei ole rahuldav. Aeg on piiritleda mao vähieelseid haigusi täpsemalt.

Heidi-Ingrid Maaros

L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse laienda-
tud pleenum toimus 30. mail Raplas. Arutlusel olid alkoholismi sotsiaalsed, psühhiaatrilised ja neuroloogilised probleemid.

EKP Rapla Rajoonikomitee teine sekretär S. Mets andis ülevaate rajooni eluolu kohta. Rapla Rajooni Keskaigla peaarst T. Kadastik rääkis tervishoiukorraldusest ning selle edusammudest Raplas. Allakirjutanu vaagis alkoholismi meditsiinilisi ja sotsiaalseid probleeme. Narkoloogilise abi ees on kvantitatiivselt uued ülesanded.

Eesti NSV Vabatahtliku Karskusiühingu esimehe asetäitja prof. J. Saarma rääkis arsti osast meie vabariigis 1985. a. lõpul loodud karskusiühingus, mis on kiiresti kasvanud 37000-liikmeliseks massiorganisatsiooniks. TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri dotsent J. Liivamägi esitas oma ettekandes huvitavaid statistilisi andmeid noorukite alkoholismi kohta.

Prof. R. Zuppingu ettekanne oli alkoholismi neuroloogilistest komplikatsioonidest ning raskustest neid seostada eelneva süstemaatilise alkoholi-tarvitamisega.

Elava diskussiooni kutsus esile NSV Liidu Tervishoiuministeriumi poolt kehtestatud nõue, mille järgi kõik üldravivõrgu arstid (vaatamata erialale) peavad kaasa aitama alkoholismihaigete võimalikult varajasele avastamisele ning nad õigel ajal narkoloogi konsultatsioonile suunama. Paljud arstid peavad ebaeetiliseks ning kompromiteerivaks, kui nad teatavad oletatavast alkoholismihaigest narkoloogile. Arvati ka, et arst oma puuduliku sellealase ettevalmistuse ning lühikesest vastuvõtutaja tõttu ei ole võimeline alkoholismihaiget avastama. Ilmselt tuleb nii kõrgkoolis kui ka täienduskursustel pöörata sellele küsimusele suuremat tähelepanu.

Anti Liiv

Välismaalt

UDK 614.2

Tervishoiu aktuaalsed probleemid Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil

Väino Rätsep Natan Elšteín · Tallinn

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) kutsel viibisime tänava 25...31. maini Euroopa Regionaalbüroos Kopenhaagenis ja ÜTO peakorteris Genfis. Sõidu eesmärk oli tutvuda tervishoiu sõlmprobleemidega ning luua nimetatud organisatsiooni ja Eesti NSV tervishoiusüsteemi vahelise koostöö sidemed. Meile pakkus eriti huvi peamiste krooniliste mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programmi realiseerimine eri maades. Tallinnas alustati tööd selle programmi järgi 1983. aastal. Meil oli võimalus kohtuda 19 ÜTO vastutava töötajaga, kellelt saime huvipakkuvat informatsiooni.

Mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programm on ÜTO tegevuse strateegias omandamas üha suuremat tähtsust, kuna arenenud maades põhjustavad need haigused kuni 70 % suremusest täiskasvanute hulgas (eelkõige südame- ja veresoonte haiguste ning pahaloomuliste kasvajate tõttu).

Ülemaailmse Tervishoiu Assamblee 38. istungjärgu resolutsiooni kohaselt on ÜTO seostanud oma tegevuse globaalse strateegia tagada 2000. aastaks kõikidele hea tervis just eespool nimetatud programmi täitmise intensiivistamisega. Kuid mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika ühtne prog-

ramm esialgu veel puudub. Programmis on peamine uute teadusuuringute viljelemine ja teadaolevate riskitegurite kõrvaldamisega tegelemine. Vaja on ka uuringuid profülaktilise töö objektiivseks hindamiseks, sest seni on puudunud ka programmi efektiivsuse ühtsed kriteeriumid. Eri maades uurimisele kuuluvate haiguste loetelu on erisugune. Peamist tähelepanu on seni pööratud südame isheemiatõvele ja arteriaalsele hüpertensioonile. Nende haiguste uurimisega on kõige enam tegeldud Moskvas ja Kaunases, ka Soomes. Soomes on alustatud uurimistööd ka südame- ja veresoonte haiguste profülaktika alal lapseas. Analoogilised teadusuuringud toimuvad ka meil Eestis. Nähtavasti on siin võimalik saada prioriteetset informatsiooni. Samuti ei ole veel andmeid, mis kajastaksid maohaavandtõve ja maovähi uurimist integreeritud profülaktika programmis. Ka nimetatud haigustega tegelemine on Eestis ette nähtud. Huvipakkuvad on püüdlused ülekaalususe ja rasvumise vähendamise kaudu saavutada suhkurtõve ning osteoartroosi esinemissageduse vähenemine.

ÜTO käsutuses ei ole uusi andmeid sõeluuringuste ökonoomsuse ja informatiivsuse kohta.



Foto 1. Ühel Kopenhaageni väljakul. Paremtalt: V. Rätsep, J. Leparski, N. Elšteín.

Riskiteguritest seatakse esikohale tubakasuitsetamine ning võitlus selle vastu. Onkoloogid on arvamusel, et 1/3 kõikidest vähijuhtudest on kas otseselt või kaudselt põhjustatud tubakasuitsetamisest. Paljudes arenenud riikides uuritakse suitsetamise sotsioloogiat mitmest aspektist. Saksamaa LV-s on uuritud suitsetamise leviku põhjusi naiste hulgas. Šveitsi autorite 1985. aastal publitseeritud andmeil ei kuuletu naissoo esindajad vanuses 15 . . . 24 aastat veenmisele suitsetamise kahjulikkusest. Arvatakse, et suitsetamine ja laialdane ravimise kontrollimatult tarbimine on põhjus, miks suureneb ante- ja perinataalne suremus. See probleem nõuab ka meie vabariigis kõikide arstide, eriti sünnitusabi- ja naistearstide suurt tähelepanu.

ÜTO spetsialistid jälgivad tähelepanelikult NSV Liidus toimuvat alkoholivastast võitlust ning nad on huvitatud spetsialistide saatmisest NSV Liitu täpsema informatsiooni saamiseks tulemuste kohta. ÜTO tegevus on kandunud ka ratsionaalse toitumise valdkonda. Inglismaal on rasva hulka toidus kolme aasta jooksul kavandatud vähendada 30 %. Ka toidu soolasisalduse vähendamine on päevakorral. Seega ratsionaalse toitumise propaganda ja juhtimine on tõusnud riiklikule tasandile.

Profülaktilises meditsiinis on elanike hammaste seisund üks profülaktilise töö näitajaid. Itaalias, Prantsusmaal, Hispaanias ja ka mujal on stomatoloogide

töökoormus juba vähenemas, sest hambakaariese esinemissagedus on järsult vähenenud. Selleni on jõutud joogivee fluoreerimise, väikelastel ja õpilastel hammaste pesemise harjumuse kujundamise, maiustuste tarbimise vähendamisega.

Enamik ÜTO töötajaid, kellega kohtusime, rõhutas mittenakkuslike haiguste profülaktika tähtsust juba lapseeas alates ning kooli, perekonna ja üldsuse osa sellest juhendumisel. Asendamatud on profülaktikas riiklikud meetmed. Mõistagi ei saa profülaktikaprogrammide elluviimise tulemusi kohe näha, vaid alles 5 . . . 10 aasta pärast, kusjuures selles töös peavad abiks olema raalid, ilma nendeta ei ole edu saavutatav. Raalikasutuses sammuvad esirinnas Soome ja Jaapan.

Käesoleva kirjutise autoreist V. Rätsep esitas Genfis ettekande tervishoiu arenguperspektiividest meie vabariigis, N. Elšteini andis informatsiooni meie medikute töö kohta mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programmist lähtudes. Kopenhaagenis olime ÜTO Euroopa Regionaalbüroo asedirektori I.-P. Jardeli ja mittenakkuslike haiguste profülaktika ning haigestumuse kontrolli osakonna juhataja J. Leparski vastuvõtul, Genfis ÜTO peadirektori abi S. Litvinovi, mittenakkuslike haiguste osakonna juhataja V. Grabauskase ja ÜTO peadirektori konsultandi prof. L. Kaprio vastuvõtul. Nad kõik toetasid ettepanekut rajada Tallinnas peamiste krooniliste mittenakkuslike haiguste profülaktika keskus, mis tegutseks koostöös Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooniga. Seda ettepanekut toetab ka NSV Liidu Tervishoiuministeerium.

Niisuguse keskuse rajamine Tallinnasse on austav ülesanne, kuid seab meie ette ka uued vastutusrikkad ülesanded kogu profülaktilises töös, sealhulgas ka dispansseerimises.



Foto 2. Genfis Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni peakorteris. Paremalt: S. Litvinov, V. Grabauskas.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Meie juubilare



Meta-Elise Prostag, Kingissepa Rajooni Keskhaigla kauaaegne meditsiiniõde, sai 8. augustil 1986 75-aastaseks. Juubilar on Kingissepa Rajooni Keskhaiglas töötanud 1948. a. alates. 1955. a. edutati ta ülemõeks, sel ametikohal töötas M.-E. Prostag 18 aastat. Haigla ülemõena tegi M.-E. Prostag palju meditsiiniõdede kvalifikatsiooni tõstmiseks. Juubilar on 12 aastat olnud Kingissepa Rajooni Keskhaigla meditsiiniõdede nõukogu esinaine ja seitse aastat Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatuse liige. Ta on täitnud kohusetruult ka paljusid teisi ühiskondlikke ülesandeid ametiühingukomitees ja Punase Risti Seltsis. Juubilar on tagasihoidlik, sallimatu kutse-eeetika rikkumiste vastu, intelligentne, laia silmaringiga. M.-E. Prostag võtab aktiivselt osa üritustest, mis on korraldatud erialaste teadmiste täiendamiseks. Juubilari on hea töö eest autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ning paljude aukirjadega.



Renate Sein, kauaaegne Nõmme Haigla Mustamäe Polikliiniku teraapiaosakonna juhataja, sai 20. juunil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas käsitöölise perekonnas. 1945. a. lõpetas ta Tallinna 8. Keskkooli, aastail 1945 . . . 1952 õppis Tartu Riiklikus Ülikoolis. Pärast ülikooli lõpetamist asus R. Sein tööle Hiiumaa rajoonis, kus ajavahemikul 1952 . . . 1959 oli Vinnametsa Maahaigla juhatajaks, Malvaste Lastesanaatoriumi peaarstiks, Viiterna Maahaigla juhatajaks, hiljem Kärüla Linna Haigla peaarstiks. 1959. aastast alates on juubilar töötanud Nõmme Haiglas, esialgu jaoskonnaarstina, 1969. aastast teraapiaosakonna juhatajana. R. Sein on korduvalt viibinud täienduskursustel Moskva ja Leningradi arstide täiendamise instituutides. Ta on esimese kategooria terapeut. Juubilar on olnud aktiivne ka ühiskondlikus töös. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ja aukirjadega.



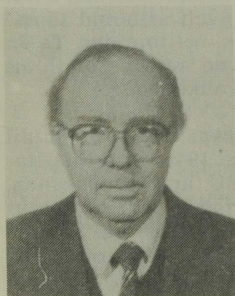
Guido Arro, kauaaegne Tartu Tuberkuloosidisperseri peaarst, sai 11. juulil 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1945. aastal lõpetas G. Arro Tallinna 7. Keskkooli ning 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist teenis arstina Nõukogude armees, demobiliseerus 1956. aastal. Seejärel oli G. Arro lühikest aega Tartu Kliinilise Lastehaigla röntgenoloog ning Tartu TSN TK Tervishoiuosakonna inspektorarst. 1957. aastal asus tööle Tartu Linna Laste Luu- ja Liigesetuberkuloosi Sanatooriumi peaarstina. Aastail 1963 . . . 1986 oli G. Arro Tartu Tuberkuloosidisperseri peaarst. Erandiks olid vaid aastad 1965 . . . 1970, mil ta oli Tartu Linna RSN Tervishoiuosakonna juhataja. Juubilar on esimese kategooria ftisiaater ja kõrgema kategooria tervishoiuorganisator. Põhitöö kõrval on G. Arro olnud ka TRÜ arstiteaduskonna tuberkuloosikursuse ja täienduskursuse assistendiks. Juubilar on oma erialateadmisi korduvalt täiendanud kvalifikatsiooni tõstmise kursustel ning on esitanud arvukalt ettekandeid konverentsidel ja seminaridel. G. Arro on alati olnud tegev ühiskonnatöös. Nii on ta olnud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee liige ja revisjonikomisjoni esimees ning aastaid Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee esimees. Juubilar on pikemat aega kuulunud Vabariikliku Ftisiaatrite Seltsi juhatusse ning olnud Tartu Ftisiaatrite Seltsi esimees. Rahvasaadikuna on teda valitud linnanõukogusse kaheks koosseisuks. G. Arro on palju teinud selleks, et Tartu Tuberkuloosidisperser on kujunenud Lõuna-Eesti ftisiopulmonoloogiakeskuseks. NLKP ridadesse on ta kuulunud 1961. aastast alates. Kohusetruu kutse- ja aktiivse ühiskonnatöö eest on juubilari autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning paljude aukirjadega. Juubeli puhul pälvis Guido Arro Tartu linna partei- ja täitevkomitee aukirja.



Ilse Šeffler, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri kauaaegne dotsent, sai 4. juulil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Viljandis teenistuja perekonnas. 1945. aastal astus ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille raviosakonna lõpetas 1950. aastal. Üliõpilaspõlves tundis huvi sisehaiguste vastu, ta võttis osa ka Üliõpilaste Teadusliku Ühingu teraapiaringi tööst ning juba üliõpilasena oli ta Tartu Linna Polikliinikus jaoskonnaarsti kohusetäitjaks. Pärast ülikooli lõpetamist suunati I. Šeffler tööle Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalsisehaiguste kateedrisse, kus ta on töötanud tänaseni. Aastail 1951...1954 õppis ta aspirantuuris ning 1955. aastal kaitses kandidaadiväitekirja «Seerum-koliinesteraasi aktiivsuse dünaamika haavandtõvehaigeil uniravi vältel». 1977. aastal anti I. Šefflerile dotsendikutse. Juubilar on võimekas terapeut, kelle tähelepanu keskmes on pikemat aega olnud reumatoloogiaprobleemid. Sel alal on temalt ilmunud üle neljakümne publikatsiooni ning oma rikkalikke erialateadmisi on ta jaganud üliõpilastele ka kursuse- ja rühmajuhendajana. Alati on ta osa võtnud nii Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna kui ka Tartu Kliinilise Haigla ühiskondlikust tööst. I. Šeffler on erakordselt distsiplineeritud, heatahtlik ning tagasihoidlik arst. Väga pingelise eriala- ning ühiskondliku töö kõrval on ta alati aega leidnud ka oma perekonnale. Juubilari töö ja ühiskondlik tegevus on olnud eeskujuks kolleegidele.



Milla Kaplijeva, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo laborant, sai 12. juulil 60-aastaseks. Sündinud talupoja perekonnas. 1942. aastal lõpetas Tartu Meditsiinikooli. Tema üldtööstaaž on juba 44 aastat, sellest 37 aastat on töötanud meie vabariigi tervishoiuasutustes, 25 aastat on olnud praegusel ametikohal. Juubilar on kõrge kvalifikatsiooni laborant, oma töös kohusetruu, täpne ja eeskujulik. Ta on tervishoiu eesrindlane. On pidevalt osalenud ühiskondlikus töös, teda on korduvalt valitud ametiühingu linnakomitee ja kohaliku komitee liikmeks. Juubilar on NLKP liige 1956. aastast. Ta on üles kasvatanud kolm last, kellest kaks on valinud arstikutse. Hea töö eest on M. Kaplijevast autasustatud medalite, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.



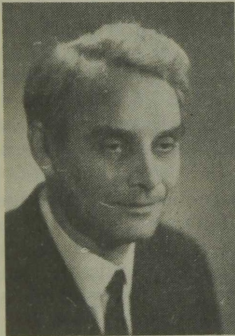
Arvid Luts, meditsiinidoktor, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonna vanemteadur, esimese kategooria otorinolarüngoloog, sai 15. augustil 60-aastaseks. Ta on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Tallinna 10. Keskkooli lõpetas 1945. aastal hõbemedaliga, TRÜ arstiteaduskonna 1951. aastal. Juba üliõpilasena tundis elavat huvi teadustöö vastu, ta kirjutas auhinnatöö mukoosse otiidi kohta, oli ÜTÜ kõrva-, nina- ja kurguhaiguste ringi asutajaliige. Aastail 1951...1953 töötas Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas, seejärel jätkas aastail 1953...1956 õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli juures aspirantuuris. A. Luts kaitses kandidaadiväitekirja ennetähtaegselt, ta esitas selles tulemused kuulmisanalüsaatori uurimisest elektroentsefalograafia ja naha galvaanilise refleksi abil. 1955. aastast on juubilar töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonnas, aastail 1958...1960 osakonnajuhatajana, 1962. aastast vanemteadurina instituudi kliinilises baasis, Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas 1970. aastani. Aastail 1971...1973 oli juubilar instituudi Kutsehaiguste Kliiniku peaarst, seejärel on töötanud praegusel ametikohal. 1984. aasta detsembris kaitses ta doktoriväitekirja «Kõrva-ninakurguelundite kutsepatoloogia põlevkivitõostuse töölistel ja profülaktikameetmed», meditsiinidoktori kraad kõrva-, nina- ja kurguhaiguste ning hügieeni erialal kinnitati 1985. aastal. A. Luts on avaldanud üle 120 teadusartikli, oma uurimistulemusi on esitanud rahvusvahelistel teaduskongressidel Budapestis ja Helsingis, on külastanud kuulmisuurimise keskusi Los Angeleses, Eskilstunas, Varnas ja mujal. Oma doktoritöö originaalseid andmeid on ta avaldanud 15 metoodilise juhendina, mis on kasutusel kogu NSV Liidus. Ta on üleliidulise ajakirja «Вопросы оториноларингологии» toimetusnõukogu liige, Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi juhatuses liige, TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri mittekoosseisuline õppejõud. A. Luts on tervishoiu eesrindlane, keda on autasustatud ka paljude aukirjadega.



Valentin Adamovski, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo laborant, sai 4. augustil 60-aastaseks. Sündinud Bakuus teenistuja perekonnas. 1943. aastal lõpetas meditsiinkooli, saades velskrikutse. Samast aastast alates, üle nelja aastakümne, on pidevalt töötanud tervishoiuüsteemis, sellest ajast 30 aastat on olnud praegusel ametikohal. Ta on eeskujulik meditsiinitöötaja, oma töö suur armastaja, tagasihoidlik ja heatahtlik, oma kutsealal äärmiselt kohusetundlik töötaja. Juubilar on kommunistliku töö eesrindlane. Suurest Isamaasõjast võttis osa sõjaväeveldskrina, meditsiiniteenistuse vanemleitnandina, pälvides lahinguliste teenete eest Punatähe ordeni, Isamaasõja II järgu ordeni ja mitmeid medaleid. V. Adamovski on tööveteran, kes oma eeskujuliku töö eest on korduvalt pälvinud paljusid aukirju ning tervishoiuorganite ja kaastöötajate tänu.



Eugenie Laas, endine Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja, Tallinna Tõnismäe apteegi tehnoloogiproviisor informatsioonitöö alal, sai 1. septembril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas töölis perekonnas, ka keskhariduse omandas Tallinnas. Aastail 1944...1948 õppis E. Laas TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, seejärel töötas ta kaks aastat Tallinnas Karja tänava apteegis. Pärast täienduskursuste lõpetamist Leningradis asus E. Laas 1951. aastal tööle Apteekide Peavalitsuses, algul oli ta kaubandus-tootmisosakonna vaneminspektor, aastail 1958...1964 sama osakonna juhataja, 1964...1981 Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja. 1981. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. 1966. a. lõpetas E. Laas TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonnas proviisorite täiendamise kursused. Juubilar on kõrgema kategooria organisaatorproviisor. Kahel korral on ta lõpetanud marksismi-leninismi õhtuülikooli. NLKP ridadesse on kuulunud 1966. aastast. E. Laas on olnud Apteekide Peavalitsuse parteialgorganisatsiooni sekretär, praegu on ta sekretäri asetäitja ideoloogiatöö alal. Ta on Eesti Farmatseutide Seltsi liige. Juubilari on autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.



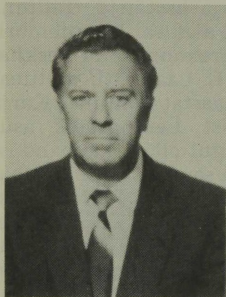
Henn Treufeldt, Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja, Pärnu Rajooni Keskapteegi juhataja, sai 24. septembril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud ja keskhariduse omandanud Viljandis. Aastail 1945...1946 õppis ta TRÜ kehakultuuriteaduskonnas, 1946. aastal hakkas õppima TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, mille lõpetas 1950. aastal kiitusega. Ajavahemikul 1950...1951 oli H. Treufeldt apteegijuhataja asetäitja Pärnus, 1951...1953 apteegijuhataja. 1953. aastal edutati ta Apteekide Peavalitsuse Pärnu osakonna juhataja asetäitjaks. 1958. aastast alates on H. Treufeldt töötanud Pärnu Rajooni Keskapteegis, algul juhataja asetäitjana, 1969. aastast juhatajana. Juubilari on suuri teeneid Pärnu rajooni apteegivõrgu väljarendamisel ja selle töö korraldamisel. Korduvalt on ta viibinud täienduskursustel. H. Treufeldt on kõrgema kategooria organisaatorproviisor. Juubilar võtab aktiivselt osa ka ühiskondlikust tööst. Ta on Eesti Farmatseutide Seltsi ja Pärnu Farmatseutide Seltsi juhatuse liige. Ligi 30 aastat oli H. Treufeldt Pärnu kehakultuurinõukogu esimees, ta on Vabariikliku Tennisföderatsiooni presiidiumi liige ja vabariikliku kategooria tennisekohtunik. Tubli töö eest on juubilari autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu aukirja ja teiste aukirjadega.



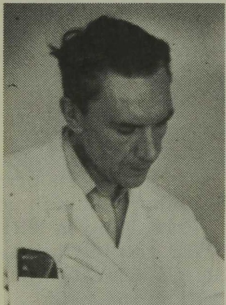
Lilia Böstrova, Eesti NSV teeneline arst, Kohtla-Järve 2. Linnahaigla silmahaiguste osakonna kauaaegne juhataja, sai 14. oktoobril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Leningradis sõjaväelase perekonnas. 1951. aastal lõpetas ta I. Pavlovi nimelise Leningradi Meditsiiniinstituudi. Aastail 1951...1954 oli kliinilises ordinatuuris silmahaiguste erialal samas instituudis. Pärast seda töötas L. Böstrova Jõhvi Rajoonihaiglas 1963. aastani. 1963. aastast praeguse seni on ta töötanud Kohtla-Järve 2. Linnahaigla silmahaiguste osakonna juhatajana. L. Böstrova on teinud palju oftalmoloogilise abi parandamisel. Kauaaegse kohusetundliku töö ning aktiivse ühiskondliku tegevuse eest on juubilari autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning paljude aukirjadega.



Kaie Leps, Nõmme Haigla Mustamäe Polikliiniku stomatoloogiaosakonna juhataja, sai 9. juulil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Rakveres teenistuja perekonnas. 1955. aastal lõpetas ta Rakvere 1. Keskkooli, seejärel töötas Rakvere Linna Lasteraamatukogus. Aastail 1956 ... 1959 õppis K. Leps Tartu Meditsiinikoolis stomatoloogiaosakonnas. Pärast lõpetamist oli ta hambaarstiks Rakvere rajoonis. Ajavahemikul 1961 ... 1968 õppis Tartu Riiklikus Ülikoolis. 1968. a. asus K. Leps stomatoloogina tööle Pelgulinna Haigla Kopli Polikliinikus, 1979. aastal määrati stomatoloogiaosakonna juhatajaks. 1983. aastast alates on juubilar töötanud praegusel ametikohal. K. Leps on võimekas organisaator, erksa ja otsiva vaimuga spetsialist. Ta on korduvalt viibinud täienduskursustel. Juubilar on esimese kategooria stomatoloog. Aastaid on K. Leps olnud haigla ametiühingukomitee liige ja Tallinna Stomatoloogide Seltsi juhatuse liige. Ta on võitnud kolleegide ning patsientide lugupidamise ja austuse.



Kalju Tambur, Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu esimese, sai 15. juulil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. Pärast keskkooli lõpetamist astus ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1963. aastal. Aastail 1963 ... 1966 töötas K. Tambur Sõmera sanatooriumis arstina, 1966 ... 1971 peaarsti asetäitjana. Ajavahemikul 1971 ... 1972 oli ta Nõmme polikliiniku juhataja, 1972 ... 1974 Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu usaldusarst, 1974 ... 1979 sotsiaalhooldusosakonna juhataja asetäitja, 1979 ... 1984 sotsiaalhooldusosakonna juhataja. 1984. aastast alates on ta töötanud praegusel ametikohal. K. Tambur on töökas ja organiseerimisvõimeline, südamlük ja abivalmis kolleeg. Juubilar on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga. NLKP liige alates 1966. aastast.



Jüri Tedremaa, Tallinna Kiirabihaigla neuroloog-anestesioloog, sai 6. augustil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartumaal. 1955. aastal lõpetas ta Tartu 1. Keskkooli ning 1961. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel oli ta neuroloogiks praeguses Kallavere Haiglas. J. Tedremaa on lõpetanud kliinilise ordinatuuri neurokirurgia erialal ning on olnud Tallinna Vabariikliku Haigla ja Vabariikliku Laevanduse Keskhaiigla anestesioloog. 1980. aastast alates on ta töötanud Tallinna Kiirabihaiglas, kus on neuroloogi ja anestesioloogi tegevuse ühitanud. J. Tedremaa on esimese kategooria anestesioloog. Aastaid on juubilar kuulunud Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi juhatusse. Aktiivse tervisesportlasena on ta spordiseltsi «Meedik» liige ning innukas tervislike eluviiside propageerija. Erudeeritud, paljulugenu ja erakordse süvenemisvõimega arstina on ta võitnud kolleegide austuse ning pälvinud patsientide tänu. Kolleegid, õpilased ja sõbrad soovivad Jüri Tedremaale õnne ning tervist arstitööks, millele ta on pühendanud oma elu.



Aili Volmer, Metsa-, Paberi- ja Puidutöötlemistööstuse Tööliste Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee usaldusarst, sai 26. augustil 50-aastaseks. 1959. a. lõpetas ta Tartu Meditsiinilise Keskkooli. Aastail 1959 ... 1964 töötas Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas sanitaararstina. Ajavahemikul 1962 ... 1968 õppis A. Volmer TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas, 1968 ... 1977 töötas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiaavalitsuses inspektorarstina. 1977. aastast alates on A. Volmer praegusel ametikohal. Juubilar on olnud täienduskursustel Moskvas. Ta on trükkis avaldanud nii teaduslikke kui ka populaarteaduslikke artikleid töötervishoiu ja kutsehaiguste alalt, on koostanud meetoodilisi juhendeid. Võimeka spetsialistina, abivalmis kolleegina on A. Volmer võitnud kõigi lugupidamise. Juubilar on autasustatud paljude aukirjadega.



Niina Fajenkova, Jõhvi Polikliiniku juhataja, sai 24. septembril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Vologda oblastis. 1960. a. lõpetas N. Fajenkova Arhangel'ski Meditsiiniinstituudi, seejärel töötas Tšerepovetsi Metallurgia-kombinaadi meditsiinikeskuses tehniarstina. 1965. a. alates on ta töötanud Kohtla-Järvel, algul «Tammiku» kaevanduse tehniarstina, 1980. aastast Jõhvi Polikliiniku juhatajana. Tänu N. Fajenkova organiseerimisvõimele on polikliinikus ravi ja profülaktiline töö heal järjel. Ta on loonud polikliinikus üksmeelse teotahelise kollektiivi. Juubilar võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tegevusest. Teda on valitud Uus-Ahtme Haigla ametiühingukomitee esimeheks, viimastel aastatel on ta olnud Kohtla-Järve Rahvakontrolli Komitee inspektor. N. Fajenkova on kohusetundlik ja tarmukas. Teda on autasustatud paljude aukirjadega.

Uusi ravimeid

ETADEEN

(*Etadenum*, *этаден*)

Etadeen on keemiliselt 8-(2-oksietüül)amino-adeniin-hüdrosoliumi monohüdraat. Meditsiinis on etadeen kasutusel selge läbipaistva vesilahuse-
na süstimiseks.

Etadeen osaleb nukleiinhapete metabolismis ja stimuleerib reparatiivseid protsesse epiteliaalsetes ja vereloome kudedes. Ravimi toimed kiireneb mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandite paranemine, kaovad düspeptilised nähud ja valusündroom. Preparaat kiirendab ka naha termiliste ja kiirituskahjustuste paranemist. Etadeen suurendab diureesi. Manustamisel veeni põhjustab lühiajalist hüpotensiivset toimeefekti.

Ravim on näidustatud reparatiivsete protsesside stimuleerimiseks mao- ja kaksteistsõrmiku haavandtõve, naha, samuti pärasoole ja kusepõie limaskesta termiliste ja kiirituskahjustuste, kiiritusravi ja ravimteraapia tagajärjel tekkinud leukopeenia puhul ning halvasti paranevate granuleeruvate haavade korral.

Etadeeni süstitakse lihasesse 0,1 g korraga 1...2 korda päevas. Ravimiannus ja ravi kestus sõltuvad näidustustest. Haavandtõve ja naha termiliste kahjustuste raviks süstitakse 0,1 g päevas 4...10 päeva vältel, katarraalsete kiiritusreaktiivide ja tsüstiitide korral 0,1 g kaks korda päevas ülepäeviti 12 päeva, leukopeenia korral 0,1 g kaks korda päevas ülepäeviti 12...14 päeva jooksul. Vajaduse korral viia ravimit kusepõie tühjendamiseks ampulli sisu eelnevalt lahustada 100 ml-s 0,5 %-lises novokaiinilahuses. Ravikuuri võib kuu aja möödumisel korrata.

Etadeeni kasutamise vastunäidustuseks on äge ja krooniline leukoos, südame juhtehäired, allergia, individuaalne ravimitalumatus.

Etadeen võib kõrvaltoimena põhjustada nõrkustunnet, iiveldust, bradükardiat, hingeldust.

Uus kodumaine preparaat.

Etadeeni toodetakse 1 %-lise vesilahusena ampullides, à 5 ml (=50 mg etadeeni). Karp, milles on 10 ampulli, maksab 3 rubla 52 kopikat.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse kuivas kohas. Ravim ei tohi külmuda.

ORTOFEEN

(*Ortophenum*, *Diclofenac-Sodium*, *Voltaren*, *Voltarol*, *ортофен*)

Ortofeen on keemiliselt o-[(2,6-dikloorfenüül)amino] fenüüläädikhappe naatriumi sool. Meditsiinis on kasutusel sooltes lahustuva kattekihiga tablettidena.

Ortofeen on mõjus mittesteroidne ravim, millel on põletikuvastane, antipüreetiline ja analgeetiline toime. Ortofeen on toimelet tugevam kui asetüülalatsüülhape, ibuprofeen ja naprosiin; ta mõjus on ligilähedane indometatsiinile. Erinevalt muudest analoogilise toimega ravimitest, on tal mao ja soolte limaskestast kahjustav kõrvaltoime nõrgem. Ortofeen võib tugevdada antikoagulantide toimet, pärssida trombotsüütide agregatsiooni.

Ortofeen on näidustatud reumatoidartriidi, reumatismi, osteoartriidi ning teiste põletikuliste ja degeneratiivsete liigesehaiguste korral.

Ortofeeni võetakse söögi ajal või pärast sööki 25...50 mg korraga 1...6 korda päevas. Tablett neelatakse alla tervelt. Ravimiannus sõltub haiguse iseloomust ja ravimi talutavusest. Ravitoime saavutamisel vähendatakse annust. Ortofeeni võib kasutada pikemat aega, seejuures tuleb aeg-ajalt verehüübivust kontrollida.

Ravi algul võib ortofeen tekitada valusid ülakõhus, röhitis, iiveldust, kõhulahtisust, nõrka peapööritust, peavalu, harvem allergilist nahalöövet ja arteriaalset rõhu tõusu. Krooniline gastriit võib ortofeeni mõjul ägeneda. Ortofeeni ei tohi kasutada mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve, maksa- ja neerutalitluse puudulikkuse korral, samuti kolmel esimesel raseduskuul ning ravimi individuaalse talumatuse korral.

Uus kodumaine preparaat.

Pakend, milles 30 kattekihiga tabletti à 25 mg ortofeeni, maksab 3 rubla 52 kopikat. Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse valguse eest kaitstult kuivas kohas.

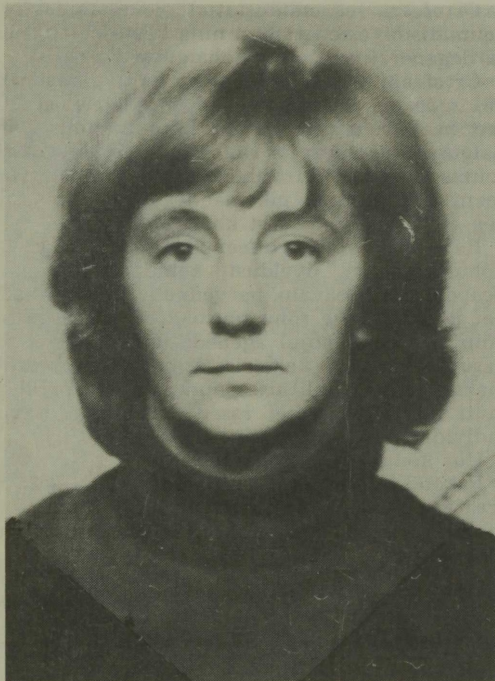
Aino Jürison

Ravimite kuritarvitamise probleemid on arustel ülemaailmsel konverentsil, mis toimus Viinis 17...26. juunini 1987. Niisuguse arutelu algataja on ÜRO peasekretär J. Perez de Cuellar. Selline otsus kinnitab veel kord narkootikumide, narkootiliste ja psühhotropsete ainete tarbimise leviku piiramise vajadust. Sama seisukoht käib ka sünteetiliste stimuleeriva toimega preparaatide, nagu amfetamiinide, barbituraatide ja hallutsinogeenide kasutamise kohta. Põhjus on ka selles, et viimastel aastatel on maailma suurlinnades üha sagedamini müügile ilmunud sellised uued ravimpreparaadid, mis kujutavad endast uut samade, juba kasutusel olevate ravimite modifikatsiooni, mis on saadud nende keemilise struktuuri mõningase muutmise teel, seetõttu nende tootmist seadusega ei reguleerita.

Здоровье мира, 1986, 5.

In memoriam

Silvi Giva
12. V 1946 ... 9. V 1986



Eesti NSV mikrobioloog on tabanud valus kaotus. Meie hulgast lahkus bakterioloog Silvi Giva. Raske on temast kirjutada minevikus, sest ta oli parimates aastates ja hea tervise juures ning tema elutee oleks võinud olla veel väga pikk.

7. mail tekkis laboris ootamatult ohtlik olukord. Et viivitamiselt oleksid olnud halvad tagajärjed paljude jaoks, tegutses S. Giva kiiresti, vaatamata isiklikule ohule. Ta suri raskete põletushaiguste tagajärjel 9. mail.

S. Giva sündis 12. mail 1946. aastal Tallinnas, kus ta sai ka keskkooliõppe.

Arstiks õppis ta Leningradi Sanitaar- ja Hügieeniinstituudis, mille lõpetas 1970. aastal. Pärast instituudi lõpetamist töötas S. Giva Rakvere Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas, seejärel Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. 1980. aastast alates töötas ta Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Suhteliselt lühikese aja jooksul jõudis ta oma erialal parimate spetsialistide hulka. 1983. aastal omistati talle esimene kvalifikatsioonikategooria bakterioloogia erialal. S. Gival oli suuri teeneid uute meetodite juurutamisel tervishoiuasutuste bakterioloogilaborites. Esimesena hakkas ta uurima eoseid mittemoodustavaid anaeroobseid mikroorganisme. S. Gival olid oma erialal laialdased teadmised, ta tegi kõiki sanitaarbakterioloogilisi uuringuid. Tema juhendada olid noored bakterioloogid. S. Giva oli ka suurepärase lektor. Tema loengud olid arutlevad, tuntud hea ainetundmise poolest. Nendest olid huvitatud nii bakterioloogid kui ka teiste erialade arstid. S. Giva tegi hästi ka metoodilist tööd.

S. Giva tegeles aktiivselt ametiühingutööga Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ja selle allorganisatsiooni Tallinna Linna- komitee juures. Ta oli Oktoobri Rajooni Ametiühingukomitee liige. Energiliselt võttis S. Giva ametiühingutööst osa ka oma asutuses.

Vabal ajal meeldis talle sportida. Keskkoolipäevil oli ta Eesti noortemeister sõudmises. Lemmikharrastuseks oli ka reisimine.

S. Giva oli kõikjale kutsutud ja oodatud, kaastöötajate poolt väga hinnatud. Kolleegide südamesse jääb S. Givast helge mälestus kui suurepärasest inimesest, heast ja erudeeritud kolleegist, kes oli äärmiselt kohusetundlik ja abivalmis.

*Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam
Tervishoiutöötajate
Ametiühingu Eesti Vabariiklik
Komitee*

Tervishoiuministeriumis

Meie vabariigis on seitse väikelastekodu, milles kokku 420 kohta. Haapsalu ja Kingissepa väikelastekodusse on koondatud vaimsete arenguhäiretega lapsed. Peale Tallinna Väikelastekodu jätab kõikide teiste materiaal-tehniline baas paljuski soovida. Laste tervise kaitse väikelastekodudes, mis on sealviibijatele nende ainsaks koduks, peaks olema tervishoiusüsteemi ja nii mõnegi muu ametkonna alatise tähelepanu keskmes. Seal elavate laste tervise kaitse oligi 15. mai tervishoiuministeriumi kolleegiumi koosoleku päevakorras. Valitsusjuhataja E. Tombergi aruandes oli kokku võetud nii saavutused kui ka see, mis on veel tegemata või halvasti tehtud. Väikelastekodude hooneid on remonditud, on tehtud sanitaarremont, kuid mitte kõikjal. Et ELKNÜ Keskkomitee poolt on igal aastal rahalist toetust saadud, on laste jaoks muretsetud televiisoreid, radioolasid, vaipu, spordiinventari. Toetust on saadud ka linnade ja rajoonide täitevkomiteedelt. Väikelastekodude varustatus pehme mööbli ja riitusesemetega on rahuldav. Meditsiinilised läbivaatused on toimunud regulaarselt, nendes on osalenud ka eriarstid. Soovida jätab meditsiinidokumentatsiooni sissekannete tegemine. Paranenud on pedagoogiline töö, ka laste toitlustamine, ehkki tuntakse puudust kvaliteetsest köögi- ja puuviljast. Arutelu käigus selgus nii mõnegi puuduse põhjus, ka tööde ja kohustuste koordineerimatus. Sotsiaalhooldusministri esimene asetäitja E. Saia kiitis väikelastekodude arstide tööd, kuid nemad üksi on võimetud kogu asutuse vajaduste üle otsustama. Tervishoiuminister prof. V. Rätsep rõhutas arutelu lõpetades täitevkomiteede ja tervishoiuorganite tihedama koostöö hädavajalikkust.

Samal päeval arutati ka neuroloogilise abi täiustamist Eesti NSV-s. Viimastel aastatel on see kogu meie vabariigis mitmeti paranenud ning kattesaadavaks muutunud, kuid on veel poliiklinikuid, kus ei ole neuroloogiakabinetti, Põlvas ja Rakveres ei ole lasteneuroloogi. Tallinn on ainuke pealinn, kus haigete jaoks ei ole neuroloogiaosakonda. Kolleegiumi otsuses on fikseeritud juhised ja suunad, täiustamiseks neuroloogilist abi veelgi, kusjuures haigete ravi peaks rajoonides toimuma rajooni keskhaiglate eriosakondades. Neuroloogiaosakondi on vaja suurendada, on vaja rajada taastusravikabinetid ja -osakonnad poliiklinikutes. Vaja on tõsta ka terapeutide ja pediatrite kvalifikatsiooni kesknärvisüsteemi haiguste tundmises.

Koosolekul kuulati veel valitsusjuhataja asetäitja A. Lipandi informatsiooni tervishoiu arengu kohta Ukraina NSV Ivano-Frankivski oblastis. See oblast on juba mõnda aastat üleliiduline eesrindlike kogemuste kool maaelanike arstiabi korralduse alal. Informatsioon oli väga huvitav ja mõtlemapanev, õpetlik kõigile. Kolleegiumi otsus näeb ette mitmeid põhimõttelisi muudatusi meie vabariigi maaelanike meditsiiniabi korralduse alal.

Päevakorras oli ära kuulata ka tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi lepinguliste kohustuste täitmine tervishoiuasutustes 1985. ja 1986. aastal.

22. mai koosolekul, mida juhatas tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, arutati sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratoorse kontrolli alast tööd. Aruande selle kohta esitas valitsusjuhataja H. Kreek. Arutelust selgus, et laboratooriumide ruumikitsikus on üldine, mis igasuguseid analüüse ja kontrolluuringuid ei võimaldagi teha. Diagnostikumide kvaliteet ja ka nendega varustatus jätab soovida. Laboratooriumiarstidel on vaja kvalifikatsiooni tõsta ning nii mõndagi uuesti õppida. Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam vajab laboratooriumikorpust, mis tuleb ehitada. Laboratooriumide kasutuses ei ole diagnostilisi preparaate viirushaiguste, seenhaiguste ja riketsiooside diagnoosimiseks.

Juhtivkaadri reservi väljaõpetamisest esitas aruande valitsusjuhataja A. Sivenkov. Kolleegium kinnitas reservjuhtide nimekirja, kusjuures on vaja leida sobivaid spetsialiste ning tegelda sellega elavamalt. Tuleb lahti saada formaalsusest, otsida noori ning tervishoiujuhtideks ette valmistada.

Ekspertiimide ja Kliinilise Meditsiini Instituudi meditsiiniinformatsiooni vabariiklik osakond on niisugune üksus, kelle tegevuse tähtsus ja vastutus suureneb iga päevaga, eriti seoses mitmete, alles värske valitsusmäärustega teaduse ja tehnika progressi kiirendamiseks. Kolleegiumil kuulati ka nimetatud osakonna töö aruandest ajavahemiku 1984...1986 kohta. Muu hulgas selgus, et osakond varustab valikteadistuse korras teadusinformatsiooniga kokku 13 abonenti, kellest kollektiivseid abonente on seitse, seega jooksvat informatsiooni saab kokku 72 tervishoiuorganisatorit ja teadustöötajat. See arv ei ole suur. Prof. P. Bogovski rõhutas oma sõnavõttus, et enam oleks vaja referaate väliskirjandusest.

Kuni tänaseni ei ole meie vabariigis funktsioneerima pandud harukondlikku automatiseeritud meditsiiniinformatsiooni süsteemi, mis aga funktsioneerib teistes liiduvabariikides; mitte kõigis meie teadusasutustes ei ole informatsiooni-osakondi ega ka koosseisulisi informiste või on need ametikohad komplekteerimata. Kolleegiumi otsuses on antud juhtnöörid nende puuduste kõrvaldamiseks ning meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna töö täiustamiseks.

Kuulati veel Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu ettekannet ravimite säilitamise tingimustest apteegiladudes, kus ruumikitsikus on suur, eriti Tartu apteegilao ja Tallinna Keskapteegilao. Arutati ka optikakaupluste tööd ja elanike nägemist korrigeerivate prillidega varustamist, mis on tunduvalt paranenud.

Üksnes bifokaalseid prilliklaase ei ole veel piisavalt. Uusi optikakauplusi on vaja Tartusse, Jõgevale ja Raplasse.

28. mail toimunud ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel koosolekul arutati tervishoiuasutuste 1985. aasta ülevabariigilise ühiskondliku ülevaatuse tulemusi. Nende tulemuste põhjal tunnistati parimateks, rahapremia ja diplomi pälvinuks järgmised tervishoiuasutused.

Vabariiklike tervishoiuasutuste rühmas Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut (preemiaks 1500 rbl.); **linnahaiglastest** Tallinna Pelgulinna Haigla (4000 rbl.), Tallinna Nõmme Haigla (3000 rbl.) ja Tallinna Kliiniline Lastehaigla (2500 rbl.); **sanitaar- ja epidemioloogiaasutustest** Narva Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam (1000 rbl.); **maa-ambulaatoriumidest ja -jaoskonnahaiglastest** Harju rajooni Kuusalu maa-ambulaatorium (500 rbl.), Viljandi rajooni Võhma ambulaatorium (500 rbl.) ja Harju rajooni Kose jaoskonnahaigla (700 rbl.);

tervishoiupunktidest ning velskri- ja ämmaemandapunktidest tootmiskoondiste «Baltika» Valga õmblusvabrik, «Marat», «Norma» ja «Polümeer» tervishoiupunkt (à 150 rbl.), tootmiskoondise «Estoplast» ja V. Klementi nimelise Õmblustootmiskoondise tervishoiupunkt (à 100 rbl.), Haapsalu rajooni Linnamäe, Harju rajooni Kurtna, Viljandi rajooni Ramsi, Sürgavere velskri- ja ämmaemandapunkt ning Võhma velskripunkt (à 100 rbl.).

12. juunil arutati ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel istungil rasket õnnetusjuhtumit, mis leidis aset 7. mail 1986 Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Samal koosolekul analüüsiti suguhaigetesse haigestumist ja profülaktikameetmete tõhustamist ning nakatanute väljaselgitamist, samuti sanitaarharidustöö mõjususe suurendamist eriti noorsoo hulgas. Koosoleku päevakorras oli ka tervishoiutöötajate ajutine töövoimetus 1985. aastal, selle analüüs ning meetmed, mis on rakendatud meedikute tervise kaitsmiseks ja haigestumuse vähendamiseks. Meedikute haigestumuse põhjuste hulgas on sageli kõrge eluiga, suur töökoormus ja kohati ikkagi halvad töötingimused. Koosolekut juhatas sel korral tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm.

XI viisaastakul oli laste tervise kaitse meie vabariigi koolieelsetes lasteasutustes tervishoiu- ja haridusministeeriumi tähelepaneliku jälgimise ning juhendamise sihiks. Kokkuvõtteid sellest tööst arutati 20. juunil mõlema ministereeriumi ühisel koosolekul. Meie väikelaste ja koolieelikute tervise heaks on väga palju ära tehtud ning, mõistagi, see on olnud alatine töö kummagi ametkonna põhitegevuses. Kolleegiu-

mide ühisotsuses, millele on alla kirjutanud tervishoiuminister prof. V. Rätsep ja haridusministri esimene asetäitja F. Oper, on kokku 17 punkti, milles on näidatud töösuund ja koostöövormid mitmete ametkondadega edaspidises tegevuses.

Vello Laos

Tartu Riiklikus Ülikoolis

15. aprillil 1986. a. kuulati TRÜ arstiteaduskonna nõukogus stomatoloogia kateedri dotsendi kohusetäitja T. Seedre *venia legendi* loengut «Hambapulpüleetike ravi nüüdisaegsed meetodid». Loeng oli sisutihe, hästi illustreeritud ja sai kiitva hinnangu. T. Seedrele otsustati taotleda dotsendikutse.

Prof. E. Tünder esitas aruande teaduskonnakirurgia kateedri viimase viie aasta tegevuse kohta. On valminud mitu kandidaadiväitekirja, välja on antud õppevahendeid, ühtlustunud on õppetöö. Nõukogu soovitas prof. E. Tünderi valida teaduskonnakirurgia kateedri juhataja ametikohale ka järgmiseks viieks aastaks. TRÜ nõukogu kinnitas selle soovitus 27. juunil 1986.

Samal nõukogu koosolekul kinnitati 1986. aasta arstiteaduskonna päeva lektoriks hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja, Eesti NSV teeneline arst prof. L. Päi. Arstiteaduskonna päeval toimub ka järjekordne teaduskonverents.

25. aprillil oli TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi nõukogus vaatluse all teadlaskaadri koosseis ja perspektiivid, eriti seoses molekulaarbioloogiaosakonna üleviimisega instituudist TRÜ teadusosakonna alluvusse. Praegu on instituudis neli teadusdoktorit ja 42 -kandidaati. Lähemal ajal on oodata 15...20 kandidaadiväitekirja kaitsmist. Arutati ka vanemteadurite A. Tamme, V. Möldri, U. Noormaa, R. Uibo, R. Mikelsaare ja J. Eha doktoridissertatsioonide valmimist.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 20. mail 1986 oli päevakorras õppe- ja metoodiline töö. Sisehaiguste õpetamise metoodika nõukogu esimees prof. K. Valgma märkis, et õppeaasta jooksul on nõukogu analüüsinud õppeudrust kõigis sisehaiguste kateedrites, koordineerinud narkoloogia õpetamist kateedrite vahel, läbi vaadanud riieksamite piletid ja teinud ettepanekuid nende täiendamiseks, analüüsinud õppekirjanduse väljaandmist nii üliõpilaste kui ka täiendusel viibivate arstide jaoks. Nõukogu täiendas jaoskonnaarstide täiendamise plaani, uusi nõudeid esitatakse ka üliõpilaste õpetamisele, lähtudes jaoskonnaarstidele esitatavatest uutest nõuetest. Vaatluse all oli samuti arstiteaduskonna üliõpilaste nõrk esinemine üleliidulisel meditsiinikõrgkoolide sisehaigustealasel olümpiaadil.

Samal nõukogu koosolekul kuulati arstiteaduskonna metoodikakomisjoni esimehe prof. L. Nur-

mandi aruannet õppeaasta jooksul tehtu kohta. Õppevahendite koostamise ja väljaandmise plaan on täidetud, kuigi selles osas on ka passiivseid kateedreid. Enamik kateedreid on välja töötanud täieliku õppe-metoodilise komplekti, samuti õppeplaani aastani 1990. Regulaarselt on analüüsitud tunniplaan, õppeedukust, tehniliste vahendite kasutamist, õppekirjandusega varustatust. Nõukogu märkis, et enam on vaja välja anda õppevahendeid täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonnas õppijatele.

Teadusprodekaan prof. E. Sepp analüüsis aspirantide (kokku 9) tööd ning väitekirjade valimist. Õppeprodekaan dots. H. Silm andis ülevaate eksamisessiooniks ettevalmistamisest.

Arstiteaduskonna nõukogu erakorralisel koosolekul 10. juunil 1986 oli arutusel NLKP Keskkomitee otsuse projekt «Meie maa kõrg- ja keskerihariduse uutmise põhisuunad». Ettekande projektist ja otsuse täiendamiseks õppejõududelt laekunud ettepanekutest esitas dekaan prof. A.-E. Kaasik. Nõukogu tegi otsuse projektile täiendusi ning esitas need rektoraadile. Ettepanekute hulgas oli ühtse subordinatuuri taotlus kõigile VI kursuse üliõpilastele, õppetöö stabiliseerimine 1983. a. õppeplaani alusel, taotlus stažööride laialdasemaks rakendamiseks arstiteaduskonnas, samuti ettepanekud materiaalse baasi väljaarendamise ning teaduskonna ja kliiniliste praktikabaaside vahekorra kohta (ühtse juhtimisüsteemi kujundamine). Mitmed arstiteaduskonna ettepanekud saadeti NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumile läbivaatamiseks.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 17. juunil 1986. a. rääkis prof. H. Tikko teaduskonna õppejõudude kvalifikatsiooni tõstmisest ja erialasest täiendamisest. Ta nentis, et arstiteaduskonna õppejõudude kvalifikatsiooni tõstmise plaan, mis näeb ette kohustusliku erialase täiendamise vähemalt kord viie aasta jooksul, on viimastel aastatel täitmata. Nii oli 1984. a. oma teadmisi täiendamas 31 õppejõudu (15,5% koosseisust) ja 1985. a. 32 õppejõudu (15,8%). TRÜ arstiteaduskonna kateedritele NSV Liidu üheksast keskinstituudist 1986/1987. õppeaastaks esitatud täienduskursuste plaanile reageerisid ainult neli kateedrit, kust kokku soovis end täiendada minna neli õppejõudu. Viimase viie aasta jooksul ei ole täienduskursustel käinud 39 õppejõudu (enamik küll eakaid töötajaid), mis moodustab 19% arstiteaduskonna pedagoogilisest koosseisust. Halvasti täidetakse TRÜ rektori käskkirja, mille kohaselt iga õppejõu aruanne kvalifikatsiooni tõstmise tulemuste kohta peab säilima tema isiklikus toimikus ja seda tuleb tingimata arvestada ametikohale ümbervalimisel. Rahuldavalt on kulgenud õppejõudude arvutustehnika-alane täiendamine TRÜ matemaatikateaduskonna baasil. Nõukogu kohustas kateedrite juhatajaid likvideerima kvalifikatsioonialase võlgnevuse kateedrites 1986. a. jooksul.

Teadusprodekaan prof. E. Sepp analüüsis lepingulist tööde täitmist. 1986. a. on arstiteadus-

konnas täitmisel 21 lepingulist tööd, kokku 340 000 rubla eest, mis moodustab ainult 8,4% ülikooli lepingute üldmahust. Lepingulisi töid teevad arstiteaduskonnas kokku 17 kateedrit, neist suuremahuliselt spordimeditsiini ja ravikehakuultuuri, hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni, farmakoloogia, mikrobioloogia kateeder. Seni on lepingulised tööd täidetud tähtajaliselt.

TRÜ nõukogu koosolekul 27. juunil 1986 tehti muu hulgas kokkuvõtteid ka ülikoolisisesest sportliku tegevuse kohta. Ülikooli spartakiaadil saavutas arstiteaduskond II koha, eraldi võistelnud spordimeditsiinosakond III koha. Üldarvestuses tunnistati möödunud õppeaastal arstiteaduskond III koha vääriliseks.

Arstiteaduskonna lõpuaktusel 28. juunil 1986 andis õppeprodektor prof. U. Palm arsti- ja proviisoridiplomid kokku 317 lõpetajale. Aktusest võttis osa ka Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep.

Lembit Allikmets

Punase Risti Seltsis

13...14. juunini 1986 toimusid Viljandi rajoonis Paistu kolhoosis XXXIV vabariiklikud sanitaarsalkade võistlused, millest võttis osa 23 meie vabariigi linnade ja rajoonide paremat sanitaarsalka.

Võistlused avas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees G. Sukles. Osavõtjaid tervitasid Eesti NSV Tsiiviilkaitse Staabi ülema asetäitja polkovnik R. Luks ja Viljandi Rajooni Keskaigla peaarst R. Kariis.

Võistlused õnnestusid hästi, korraldus ja kulg oli ladus. Esikoha saavutas Rakvere rajooni õmblustootmiskondise «Baltika» õmblusvabrik «Virulane» sanitaarsalk 38 karistuspunktiga (komandör L. Kalda, ettevalmistaja J. Pruler). Teisele kohale tuli Harju rajooni J. Lauristini nim. kolhoosi sanitaarsalk 42 karistuspunktiga (komandör E. Talioja, ettevalmistaja H. Kukki). Kolmandaks jäi Valga Liha- ja Konservikombinaadi sanitaarsalk 45 karistuspunktiga (komandör J. Lillemägi, ettevalmistaja V. Roos).

Tuumakahjustuskoldes oli parim Paide rajooni Kirna kolhoosi sanitaarsalk (komandör V. Kerse, ettevalmistaja R. Kelder), keemiakahjustuskoldes Tartu rajooni Rõngu Aiandusseadmete Katsetehase sanitaarsalk (komandör M. Lamp, ettevalmistaja E. Saaroja).

Sanitaarsalklaste teadmiste ja oskustega võis rahule jääda. Võistlused näitasid ka, et üksikute linnade ja rajoonide sanitaarsalkade ettevalmistus on väga erinev. Nii said sanitaarsalgad esmaabi andmisel karistuspunkte tuumakahjustuskoldes 13-st 107-ni, keemiakahjustuskoldes 1-st 139-ni. Halvemini olid ette valmistatud Hiiumaa, Võru, Põlva ja Kohtla-Järve rajooni sanitaarsalgad. Väike on sanitaarsalkade ettevalmistamisel olnud

tsiviilkaitse staapide abi, kõik vabariiklikest võistlustest osa võtnud sanitaarsalgad tegid vigu gaasimaski kasutamisel.

Esikohale tulnud sanitaarsalka autasustati Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee rändlipu, karika ning Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee ja Eesti NSV Tsiiviilkaitse Staabi aukirjaga. Sanitaarsalga liikmed said mälestus-eesemed ja tsiiviilkaitse eesrindlase rinnamärgi. Aukirjad said ka teisele ja kolmandale kohale tulnud sanitaarsalgad, samuti need sanitaarsalgad, kes olid parimad tuuma- ja keemiakahjustuskoldes.

Kõigil Punase Risti Seltsi linna- ja rajoonikomiteedel ning tsiiviilkaitse staapidel tuleb arutada sanitaarsalkade ettevalmistust.

Gunnar Sukles

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 12. juunist 1986 anti kauaaegse eduka töö ja teenete eest tervishoiu edendamisel ning elanikele meditsiinilise abi andmisel Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele arstidele:

Koljak, Julius Juliuise p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri peaarst

Liiv, Ene Pauli t. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Maran, Svetlana Mihhaili t. — Põlva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

Stolova, Alefina Vassili t. — Kohtla-Järve Linna Kiirabihaigla terapeut

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sama seadlusega anti Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetus järgmistele tervishoiutöötajatele:

Gustavson, Maie Johannese t. — Tallinna Kiirabihaigla ülemõde

Moistus, Aleksander Rudolfi p. — Eesti NSV Tsiiviilkaitse Staabi osakonnajuhataja

Mäekivi, Eve-Milvi Karli t. — Paide Rajooni Keskaigla vanemämmaemand

Pogodina, Lidia Ivani t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla õde

Tülp, Riina Richardi t. — Hiiumaa Rajooni Keskaigla õde

Vedel, Alvetina Aleksei t. — Harju Rajoonihaigla Keilas vanemõde

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autastustas NSV Liidu Tervishoiu-ministeerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Alujõe, Linda Johannese t. — Tartu Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri registraator

Ahi, Eili-Mall Ferdinandi t. — Tallinna Lenini Rajooni Keskapteegi juhataja asetäitja

Bukrejeva, Valentina Fjodori t. — Vabariikliku Laevanduse Keskaigla proviisor

Grant, Arkadi Jossifi p. — Tallinna Linna Tuberkuloosidispanseri osakonnajuhataja

Grossberg, Helju Voldemari t. — Tallinna Linna Kiirabihaigla vanemõde

Ilumäe, Anu Arturi t. — Haapsalu Rajooni Keskaigla stomatoloogiakabineti juhataja

Jauk, Heljo Jaani t. — Tallinna Pelgulinna Haigla vanemõde

Jefimova, Maie Karli t. — Jämejala Vabariikliku Põhjhõneuroloogiahaigla registraator

Joab, Helle Naami t. — Taheva Vabariikliku Lastetuberkuloosi Sanatooriumi vanemõde

Jõgi, Silvia Juhani t. — Rapla rajooni Vinala Jaoskonnahaigla õde

Kavet, Una Jaani t. — Tallinna Väike-Õismäe Polikliiniku peaõde

Karpunin, Boriss Ivani p. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Krass, Liia Haraldi t. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse proviisor

Kuklina, Rimma Nikolai t. — Narva Linna Keskaigla silmaarst

Künnapuu, Alli Vladimiri t. — Tallinna I Lastehaigla õde

Küün, Ellen Aleksandri t. — Valga Rajooni Keskaigla vanemõde

Lahe, Luule Adolfi t. — Tallinna Lastekodu peadiaater

Lazareva, Ljubov Dmitri t. — Narva Linna Keskaigla ordinaator

Levin, Adik Naumi p. — Tallinna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja

Liblik, Lidia Peetri t. — Kohtla-Järve RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peaterapeut

Margus, Malle Teodori t. — Tallinna Nakkushaigla osakonnajuhataja

Massalova, Galina Mihhaili t. — Kohtla-Järve Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararst-abi

Mihelson, Arkadi Osvaldi p. — Tallinna Meditsiinikooli direktor

Mikk, Ilme Viktori t. — Viljandi rajooni Ramsi Velskri- ja Ämmaemandapunkti juhataja

Nemvalts, Juhan Karli p. — Kingissepa Rajooni Keskaigla laborant

Nõmm, Saima Johannese t. — Rapla Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborant

Org, Ivi Oskari t. — Võru Rajooni Keskaigla õde

Pikkmaa, Maimu Jüri t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla vanemõde

Pilv, Elle Heiko t. — Tallinna Vabariikliku Põhjhõneuroloogiahaigla laborant

Puusepp, Ester Peetri t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri peaõde

Pöder, Mall Eduardi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla vanemõde

Rahhimova, Rustama Niazbeki t. — Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi laboratooriumijuhataja

Reppo, Hilja Alfredi t. — Tallinna Nõmme Haigla osakonnajuhataja

Rooks, Ines-Malle Adolfi t. — Haapsalu Rajooni Keskaigla Polikliiniku arst

Saretok, Silvi Alfredi t. — Tartu Kliinilise Haigla arst

Siht, Linda Johannese t. — Paide Rajooni Keskaigla ämmaemand

Siirde, Endla Heinrichi t. — Tartu Rajoonihaigla Elvas pearst

Suurväli, Helin Voldemari t. — Tallinna Lasnamäe Polikliiniku jaoskonnaarst

Sapalova, Pelageja Denisi t. — Eesti NSV Tervishoiuministeriumi masinakirjabüroo juhataja

Zupping, Eva-Kaisa Egoni t. — Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja

Tamm, Erika Niguli t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla arst

Tammleht, Ants Aleksandri p. — Kingissepa Rajooni RSN Täitevkomitee esimees

Teeming, Leili Voldemari t. — Jõgeva Rajooni Keskaigla õde

Toomlaid, Saima Eduardi t. — Pärnu Linna Haigla Lastepoliikliiniku vanemõde

Toss, Enno Voldemari p. — Põlva Rajooni Keskaigla arst

Tuisk, Tõnis Alo p. — Kohtla-Järve 2. Linna-
haigla paarast

Töldsepp, Anneliis Borisi t. — Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Kohtumeditiini Peaekspertiisi Büroo ekspert

Tõlp, Aino Imanti t. — Jõgeva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama paarast

Tühis, Kelli Benno t. — Rakvere Rajooni Keskaigla paarasti asetäitja

Unt, Erika Arvid-Gothardi t. — Pärnu rajooni Türi Jaoskonnahaigla juhataja

Hoolsa ja kohusetruu töö ning ühiskondlikust elust aktiivse osavõtu eest autasustati Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ja Tervishoiutõetajate Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 24 ning Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukirjaga 75 töötajat. Eesti NSV tervishoiuminister avaldas oma käskkirjas tänu 104 tervishoiutõetajale.

22. juulil 1986. aastal oli Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas lahtine parteikoosolek, millel arutati NLKP Keskkomitee 1986. aasta juunipleenumi materjalidest ja NLKP Keskkomitee üleskutsesid nõukogude rahvale tulevaid haigla kollektiivi ülesandeid aastail 1986...1990. Koosolekul sõna võtnud paarasti asetäitja administratiiv-majandusalal E. Kolga, kohtupsühhiaatria ekspert H. Kadastik, narkoloog E. Tamm, allakirjutanu ja teised rääkisid neist põhjustest, mis takistavad paremini töötamast. Pikema sõnavõtuga tervishoiuvõrgu väljarendamisest, tervishoiu materiaalse baasi tugevdamisest, kaadriprobleemidest ja organisatsioonilistest abinõudest XII viisaastakul esines Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm. Tartus peab plaani kohaselt 1987. aasta lõpul valmima uue psühhoneuroloogiahaigla esimene järk (150 voodikohta) ja dispanser, ehkki poolaasta plaanist on täidetud ligikaudu 85 % ning aastaplaanist pisut üle 1/3. Koosolekul räägiti ka alkoholismihaigete varajase väljaselgitamise ja õigeaegse ravi vajalikkusest. Seni on üldvõrgu arstide ja töökollektiivide osa selles töös vähene olnud. Tartu linna arengust praegusel viisaastakul rääkis Tartu Linna RSN Täitevkomitee esimehe esimene asetäitja A. Paabut.

Koosolekul leiti, et parandada tuleb psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi kvaliteeti ning et juba

käesolev aasta, viisaastaku esimene aasta, oleks saavutusterohke.

Rein Suija

10. juunil 1986 kuulas Vabariiklik Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu H. Trõlli ettekannet Pärnu Tervise Rahvaülikooli tööst lõppenud õppeaastal. Elanike hõlmatus poolest on Pärnu viimastel aastatel püsinud esimese kümne seas, enamik lektoreid on atesteeritud. On korraldatud huvitavaid üritusi, eriti pälvis tähelepanu arstide ja õdede sanitaarhariduslike plakatite võistlus.

Kordaläinuks tunnistati ka konverents «Karskus, sport ja elurõõm», samuti paljud teised originaalsed üritused. On tulnud kokku puutada ka tõrjuva hoiakuga tervise rahvaülikooli töö korraldamisel.

Vabariikliku Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu esimees, Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm tunnistas Pärnu Tervise Rahvaülikooli töö rahuldavaks, teiste rajoonide tervise rahvaülikoolidel on neilt mõndagi õppida.

Sama päeva pärastlõunal kogunesid tervise rahvaülikoolide rektorid nõupidamisele, arutati lõppenud õppeaasta tööd ning tehti plaane järgmiseks õppeaastaks. Ka eeloleval tööaastal on põhitähelepanu pööratud tervisliku eluviisi propageerimisele, eriti alkoholi- ja suitsetamisvastasele selgitustööle.

Maano Kivilo

Vabariiklikus Sanitaarhariduse Nõukogus vaeti terviseõpetust meie koolides ja analüüsiti selle tulemusi. Eesti NSV Haridusministeriumi süsteemi koolides tehtava sellealase töö kohta andis ülevaate A. Kikas, Eesti NSV Riikliku Kutsehariduse Komitee poolt esitas ettekande M. Aadna. Mõlemas haridussüsteemis tehakse tervishoiupropagandat, peatähelepanu on pööratud alkoholivastase hoiaku kujundamisele noorte hulgas. Enamik õpetajaid ja meistreid on saanud metoodilise ettevalmistuse alkoholivastase propaganda alal. Kõigis koolides on koostatud tööplaanid, mitmes koolis on tervishoiuõpetuse tõhustamiseks rakendatud klubilisi töövorme (Tallinna 3. Keskkool), töötavad tervisingid (Tallinna 2. ja 21. keskkool) ja tervisetoad (Tallinna 3. Keskkool), korraldatakse ülekoollilisi terviseviktoreid (Tallinna 8. ja 20. keskkool), peetakse loenguid. Tallinna 21. Keskkoolis on aktiivset tervisepropagandat teinud kooli raamatukogu, on korraldatud näitusi ja pakutud tervishoiualast kirjandust.

Ent on ka vajakajäämisi, mille kõrvaldamiseks nõukogu soovitas näitematerjalide kirjastamist, filmide demonstreerimist, õpilaste kirjanduslik-kunstilise omaloomingu ülevaatusi. Vabariikliku Sanitaarhariduse Nõukogu esimees, Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm oli istungit lõpetades veendunud, et pedagoogid ja meedikud leiavad ühiselt võimalused õppiva noorsoo tervisekasvatuse parandamiseks.

Maano Kivilo

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Состояние здоровья рабочих Таллинского научно-производственного объединения «Мистра» (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения ЭССР. Лоогна Н. А., Роднан Л. С., Лутс А. Э., Силлам А. Т., Алтров Э. Ф., Пуусаар И.-Л. П., Ильвест М. А., Татар Т. О., Мююрсепп Я. Р. Таллин, 1984. 104 с.

Нетканые материалы, синтетические волокна, латексы, профессиональные поражения, аллергия.

Цель работы — изучение влияния на здоровье рабочих производства нетканых материалов неблагоприятных промышленных факторов: токсико-сенсibilизирующих веществ, шума и т. д. Объектом исследования были 258 рабочих ТНПО «Мистра». В результате исследования, проводившегося с применением клинических и функциональных методов, выявлены особенности сочетанного влияния токсико-сенсibilизирующих и физических производственных факторов на состояние здоровья рабочих; получены данные о проявлениях профессиональной патологии верхних и нижних дыхательных путей, кожи и нервной системы, наблюдающихся на данном производстве в основном в фазе предболезни, на функциональном уровне. Аудиометрически у 26,1% обследованных отмечено понижение слуха, которое чаще всего возникает в результате действия производственного шума на орган слуха. Установлено наличие гиперчувствительности к производственным аллергенам у 23,0% контактирующих с ними рабочих, в т. ч. у 15,7% в фазе латентной сенсibilизации. Выявлены нарушения перфиринового обмена с повышением экскреции АЛК с мочой в 75% исследованных случаев. У 28,1% обследованных выявлены легкие функциональные нарушения нервной системы. Экспериментально-психологическое исследование выявило отсутствие существенных сдвигов психических функций.

На основе полученных результатов разработаны методические рекомендации для врачей по ранней диагностике и профилактике заболеваний на производстве нетканых материалов; администрации предложены оздоровительные мероприятия; подготовлены к печати научные статьи.

Nõukogude Eesti Tervishoid

**[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]**

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь 1986 г.

В. А. Роос — Руководитель в системе здравоохранения как организатор сотрудничества между профсоюзом и учреждением здравоохранения

Н. В. Эльштейн — Диспансеризация в работе терапевтов: проблемы и перспективы

Дается анализ проблем и перспективы диспансеризации с учетом задач, поставленных XXVII съездом КПСС. Рассматривается опыт врачей Эстонской ССР. Особое внимание уделяется качеству диспансеризации, выявлению болезней на их ранних стадиях, преемственности медицинской помощи, роли в диспансеризации самого населения и общественных организаций.

Л. Т. Пяй, А. Н. Вапра — Опыт диспансеризации больных ревматическими заболеваниями в городе Тарту

Проведен анализ длительного диспансерного лечения 1707 больных ревматическими заболеваниями по материалам Тартуской городской поликлиники. Больные распределились по нозологическим группам следующим образом: ревматизм — 378 человек, ревматоидный артрит — 892, системные заболевания соединительной ткани — 70, болезнь Бехтерева — 17, большие подагры — 57 и деформирующим остеоартрозом — 293 человека. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности диспансеризации больных ревматизмом, успешности комплексного лечения ревматоидного артрита и системных заболеваний соединительной ткани, залогом чего является ранняя диагностика болезней.

Установлено, что с годами структура заболеваемости ревматическими болезнями в некоторой степени изменяется: снижается заболеваемость ревматизмом при одновременном незначительном увеличении числа больных ревматоидным артритом и системными заболеваниями соединительной ткани. В целях дальнейшего повышения трудоспособности больных необходимо обратить особое внимание на проблему их реабилитации.

Ю. Я. Хейнла, А. Я. Кольде, Х. М. Пярн, У. Б. Мардна — **Вопросы диспансеризации больных язвенной болезнью**

В статье рассматривается необходимость дифференцированного проведения обследования больных язвенной болезнью при взятии на диспансерный учет и динамическом наблюдении. Считается целесообразным более широкое применение эндоскопических исследований у больных язвенной болезнью. Обсуждаются вопросы продолжительности стационарного лечения, улучшения учета эффективности диспансеризации.

К. И. Саралуу, Л. Э. Яннус, П. Л. Мардна — **Флюорографическое выявление заболеваний легких на первом этапе всеобщей диспансеризации**

Начиная с 1973 г. Эстонская ССР является одной из экспериментальных баз по резкому снижению заболеваемости туберкулезом. С тех пор в республике созданы все условия для ежегодного флюорографического обследования населения. В настоящее время имеется 62 флюорографа, из них 13 подвижных и 43 стационарных, которые осуществляют профилактические осмотры. Флюорографические кабинеты организованы во всех районах и крупных городах. Для регистрации данных о рентгенофлюорографических обследованиях всех лиц старше 15 лет в поликлиниках созданы контрольные картотеки. Охват населения профилактическими флюорографическими обследованиями в 1981...1985 гг. колебался в пределах 59,6...64,3%. Охват населения Раплаского района ЭССР рентгенофлюорографическими обследованиями в 1983...1984 гг. составил 92,4%. В 1985 г. в республике методом профилактической флюорографии было выявлено 48,2% всех взятых на учет больных активным туберкулезом легких и 30,4% всех больных раком легких.

Л.-И. О. Сепп, Г. Ш. Хаитов, А. З. Лаане, Л. Х. Теэмуск, Х. С. Шлик, М. Я. Варик — **О диспансеризации больных гематологическими заболеваниями в Таллинской республиканской больнице**

В статье рассматриваются вопросы, связанные с диспансеризацией больных с болезнями кроветворения в гематологическом кабинете

Таллинской республиканской больницы. Анализируются отдельные диспансерные показатели основных групп заболеваний. Наиболее существенным является раннее обнаружение гематологических заболеваний и индивидуализация лечения в целях повышения социальной адаптации и увеличения продолжительности жизни больных.

М. А. Раху, Э. Пуккала, Т. П. Аарелейд — **Заболеваемость раком молочной железы у женщин в Эстонии и Финляндии**

Сопоставлены показатели заболеваемости раком молочной железы у женщин Эстонии и Финляндии в 1968...1981 гг. Стандартизованные по возрасту (мировой стандарт населения) показатели заболеваемости составляли в 1976...1981 гг. в Эстонии 29,6 и в Финляндии 44,5 на 100 тыс. женщин. Процент морфологически подтвержденных диагнозов равнялся 82,1 в Эстонии и 98,3 в Финляндии. Заболеваемость в городе была выше, чем на селе. Показатели заболеваемости среди городских женщин Эстонии и сельских женщин Финляндии были равны. В Финляндии показатели заболеваемости с возрастом увеличивались, а в Эстонии заболеваемость снижалась в период постменопаузы. На обеих территориях в рассматриваемый период отмечался рост заболеваемости. Постоянное повышение заболеваемости и отсутствие средств для быстреего осуществления первичной профилактики свидетельствуют о том, что рак молочной железы станет в недалеком будущем очень серьезной проблемой здравоохранения.

Т. П. Аарелейд, С. Карьялайнен, Э. Пуккала, М. А. Раху — **Выживаемость больных раком молочной железы в Эстонии и Финляндии**

Сравнение выживаемости женщин, больных раком молочной железы, в ЭССР и Финляндии в 1968...1981 гг. было проведено на основе данных соответствующих регистров рака. Пятилетняя относительная выживаемость составляла 55,9 % в Эстонии и 67,3 % в Финляндии. Наблюдалось увеличение выживаемости в Финляндии. Отмечалась зависимость выживаемости от возраста: чем моложе были больные во время установления диагноза, тем лучше оказывались результаты. При этом относительная выживаемость меньше различалась между возрастными группами в Финляндии, чем в Эстонии. Ряд результатов данного совместного исследования (например, длительное сохранение у больных риска умереть от рака молочной железы, независимость выживаемости от латеральности локализации опухоли) подтверждают результаты других авторов.

И. В. Гуссак, Э. М. Алтрая, Р. В. Теэсалу — **О диагностировании ранимости миокарда при ишемии**

В случае острой недостаточности коронарного кровообращения летальный исход в большинстве случаев бывает обусловлен нарушением сердечного ритма. Поэтому выяснение механизмов развития жизнеопасных аритмий необходимо с точки зрения. В статье описывается методика определения в клинических условиях параметров, свидетельствующих о наличии ритмичности миокарда. Методика разработана авторами статьи. Особое внимание уделяется при этом безопасности, информативности и скорости проведения измерений.

Р. Ю. Лоога — Гемореология и клиническая медицина. II. Прикладная гемореология

В статье описываются гемореологические расстройства, механизмы их возникновения и последствия при различных распространенных болезнях и патологических состояниях. Рассматривается понятие синдрома гипервискозности и механизмы его возникновения. Дается краткий обзор по главным методам исследований реологических свойств крови. Рассматриваются основные методы лечения, которые применяются для улучшения перфузии тканей организма при синдроме гипервискозности.

Г. П. Горелашвили, Э. М. Куус — Двойное контрастирование толстой кишки (обзор литературы)

В статье кратко излагается история рентгенологического исследования толстой кишки, разясняются современные требования к подготовке больных к исследованию. Авторы подробно останавливаются на методике проведения двойного контрастирования толстой кишки.

П.-Х. Г. Кингисепп — Характеристика функционального состояния легких при помощи форсированного дыхания

В статье приводится обзор форсированных дыхательных маневров с полной амплитудой объема и полученных при этом динамических показателей легочной функции. Анализируются основные параметры, полученные при регистрации изменений объема легких во времени (спирограммы), в том числе $FOV_{ы1}$, $FOV_{ы2}$, $FOV_{ы3}$ и $FЖЕЛ$ и средние максимальные объемные скорости (МОС) движения воздуха при изменении объема легких на определенные величины ($МОС_{0,2-1,2}$, $МОС_{25-75}$ и $МОС_{75-85}$). Особое внимание обращено на кривую объем-поток форсированной жизненной емкости легких на выдохе (при этом измеряются одновременно изменения объема V и объемной скорости движения воздуха \dot{V} , регистрирующиеся на двухкоординатном самописце, на одну ось которого подается V , а на другую — \dot{V}). Анализируются мгновенные максимальные объемные скорости движения воздуха \dot{V}_{max} ,

\dot{V}_{E50} , \dot{V}_{E75} , \dot{V}_{E85} полученные с начальной, не зависящей от сделанного при выдохе напряжения, и конечной, не зависящей от сделанного при выдохе напряжения, ее части. Приводятся эстонские термины полученных показателей.

А. Н. Адосон — Опыт диспансеризации в Вайке-Ыйсмязской поликлинике

На основании первого опыта перехода на всеобщую диспансеризацию населения можно сделать следующие выводы.

Несмотря на санитарную пропаганду, проводимую работниками здравоохранения, население не имеет еще должного представления о целях и необходимости всеобщей диспансеризации и не проявляет интереса к ней. Нужно шире использовать возможности печати, радио и телевидения для проведения санитарной пропаганды среди населения.

Необходимо, чтобы все работники здравоохранения, независимо от их специальности, активно включились в проведение всеобщей диспансеризации населения.

Для регулярного проведения массовых профилактических осмотров населения следует создать в поликлиниках профилактические отделения, увеличить пропускную способность лабораторий, кабинетов ЭКГ и функциональной диагностики, а также улучшить качество проводимых исследований.

Во избежание дублирования различных карт диспансерного учета желательно карту учета диспансеризации ф. 131/у унифицировать.

Медицинским работникам, посещающим население на дому, необходимо иметь удостоверение с места работы.

С. Н. Этлин, Л. А. Редько, Л. Т. Картузова — Об использовании данных обращаемости населения за медицинской помощью для обоснования природоохранных мероприятий

Осуществлено исследование репрезентативности материалов официальной отчетности о заболеваемости населения для выводов относительно необходимости проведения природоохранных мероприятий. Показано, что загрязнение окружающей среды и возрастно-половые различия в структуре населения различных районов Эстонской ССР оказывают, по материалам официальной отчетности, менее выраженное влияние на величину показателей заболеваемости, чем другие, еще недостаточно изученные факторы.

Результаты исследования указывают на возможность в Эстонской ССР проводить сравнение уровней заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы и бронхиальной астмой по интенсивным показателям без стандартизации. Для обоснования природоохранных мероприятий необходимо проведение специальных исследований состояния здоровья населения. Приводятся результаты таких исследований, выполненных в сланцевом бассейне Эстонской ССР.

В. П. Салупере, Х. А. Реммель — Доброкачественный рецидивирующий холестаза

Хронический внутривенечный рецидивирующий холестаза представляет собой существенную диагностическую проблему. При диагностике доброкачественных форм этой патологии (рецидивирующий холестаза беременных, болезнь Саммерскилла-Тюгструпа) всегда необходимо исключать более серьезные болезни со сходной симптоматологией, в частности первичный билиарный цирроз печени или хронический холестатический гепатит вирусной природы. Описывается случай доброкачественного рецидивирующего холестаза беременных.

О. И. Волож, Р. Й. Кауп — Об отношении врачей-терапевтов поликлиник к вопросам профилактики

Проведено анонимное анкетирование по модифицированной анкете ВОЗ 127 терапевтов поликлиник Таллина с целью изучения их мнений и отношения к некоторым вопросам профилактики. Результаты исследования показали, что врачи недостаточно ориентированы в названных вопросах: только 61,4% опрошенных считают, что большинство врачей уделяет профилактике заболеваний слишком мало времени. 50% утверждают, что лечебные мероприятия важнее профилактических, 43,3% полагают, что необходимо проводить больше научных исследований в области лечения, а не профилактики. Большинство опрошенных скептически относится к результатам проведения профилактических программ. Отсутствует единое мнение по поводу оценки уровней факторов риска ишемической болезни сердца — артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии, безусловно требующих медикаментозного лечения.

В период перехода к всеобщей диспансеризации и проведению массовых осмотров населения необходима переориентация участковых и цеховых врачей на профилактическую медицину. Для этого в курс медицинских вузов и курсов усовершенствования врачей должны быть введены программы первичной профилактики основных неинфекционных заболеваний.

Подготовка кадров

В. В. Калнин, Л. Х. Шоттер — История офтальмологии в Тартуском университете

Тартуский университет является важным центром развития офтальмологии. Первая работа в этой области была опубликована уже в 1643 г.

Преподавание офтальмологии хирургам началось в 1810 г., самостоятельная кафедра была основана в 1871 г. (Г. Эттинген). Многие известные в международном масштабе ученые-офтальмологи работали или учились в Тарту.

Основным направлением научной работы кафедры в настоящее время являются детская офтальмология и травматизм органа зрения.

М.-А. Ф. Рийкьярв — Республиканский семинар по перинатологии педиатров и акушеров-гинекологов

У. Ф. Сибуль — Очередной пленум проблемной комиссии хирургии брюшной полости Академии медицинских наук СССР

Х. Т. Вахтер — XIV научная конференция дерматовенерологов Эстонской ССР

М.-А. Ф. Рийкьярв — Совещание педиатров

Л. Х. Алликметс — Всесоюзный симпозиум «Химия, фармакология и клиника нейролептиков»

А. Э. Лутс — VII Республиканская конференция оториноларингологов

А. А. Лийв — Общереспубликанский семинар психиатров и наркологов

Н. А. Лоогна, С. К. Велбри — Конференция аллергологов и иммунологов Литовской ССР

А. Х. Мезикепп — Общесоюзное совещание по вопросам оценки обширности инфаркта миокарда и его лечения

Х.-Й. Г. Маароос — В Эстонском обществе гастроэнтерологов

А. А. Лийв — Расширенный пленум правления Общества неврологов, нейрохирургов и психиатров имени Л. Пуусеппа

В. И. Рятсеп, Н. В. Эльштейн — Актуальные проблемы здравоохранения (по данным Всемирной организации здравоохранения)

В статье дается обзор актуальных проблем здравоохранения на основе материалов ВОЗ, полученных авторами при посещении Европейского бюро (Копенгаген) и штаб-квартиры ВОЗ (Женева) в мае 1986 г. Особое внимание уделено программе интегральной профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). Соответствующая работа начала проводиться в республике с 1983 г. Достигнута договоренность о создании в Таллине сотрудничающего с ВОЗ центра по профилактике основных ХНЗ.

Юбилейные даты

Новые лекарственные препараты

Некролог

Хроника

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 5 September, October 1986

V. Roos — Health administrator as a promoter of cooperation between the trade union and medical establishments

N. Elshtein — Dispensarization as the therapist's duty: problems and prospectives

The author presents an analysis of so-called "dispensarization", a regular follow-up of patients, in the light of the decisions approved by the 27th CPSU Congress. This article also deals with physicians' experience, in the Estonian SSR.

The author points out that the quality of dispensarization, an early detection of diseases and primary medical care are of paramount importance today.

L. Päi, A. Vapra — Experience in follow-up care for patients with rheumatic diseases

This article presents an analysis of a long-term follow-up and treatment of patients with rheumatic diseases at the Tartu city polyclinic. The patients were suffering from the following diseases: rheumatism in 378 cases, rheumatoid arthritis in 892 cases, systemic diseases of the connective tissue in 10 cases, Bechterew's disease in 17 cases, gout in 51 cases and deforming osteoarthritis in 293 cases. The authors point out that a long-term follow-up care and treatment is highly effective and an early diagnosis and a complex therapy is of vital importance in the outcome of rheumatoid arthritis and of systemic diseases of the connective tissue. It has been shown that the structure of the incidence of rheumatic diseases is changing from year to year. The incidence of rheumatism is declining with a simultaneous rise in the incidence of

rheumatoid arthritis and in systemic diseases of the connective tissue. Rehabilitation of the patients plays an important role in the restoration of lost working capacity which is due to rheumatic diseases.

Ü. Heinla, A. Kolde, H. Pärn, U. Mardna — Problems connected with a long-term follow-up care for patients with peptic ulcers

This article deals with a differentiated approach to the admission, registration and follow-up of patients with peptic ulcers. The authors emphasize a necessity for a wider use of endoscopy in the diagnosis of peptic ulcers. The diagnosis of peptic ulcers became more accurate between 1980 and 1985 because of the use of endoscopy. The authors also point out that more precise criteria should be elaborated for assessing dispensarization effectiveness. Work is going on in this direction.

K. Sarapuu, L. Jannus, P. Mardna — Fluorographic detection of lung diseases in the first stage of all-embracing dispensarization

Since 1973, in the Estonian SSR, a tentative annual fluorographic screening of population has been carried out. At present, there are 62 fluorographic units in the Republic, including 13 mobile and 43 stationary fluorographs to carry out mass chest x-ray examinations.

Fluorograph rooms have been set up in all districts and cities. People over 15 years of age undergo regular fluorographic check-ups. The involvement rate for preventive fluorographic examinations, in 1981—85, fluctuated between 59.6 and 64.3%, whereas in the Rapla district, in 1983—84, the involvement rate reached 92.4%. In Estonia, in 1985, among all cases of the lung diseases detected by fluorography, active lung tuberculosis made up 48.2% and lung cancer — 30.4%.

L.-I. Sepp, G. Haitov, A. Laane, L. Teemusk, H. Slik, M. Varik — Regular medical check-ups given to patients with blood diseases at Tallinn Republican Hospital

A haematological centre has been set up at the Tallinn Republican Hospital to offer regular and frequent check-ups and treatment to patients with disorders of the haemopoietic system ("dispensarization"). The authors present statistic data on groups of blood diseases and on patients subjected to the dispensarization.

It is concluded that an early detection and treatment of blood diseases and patients' social adaptation are of vital importance.

M. Rahu, E. Pukkala, T. Aareleid — Breast cancer incidence in Estonia and Finland

Incidence data on breast cancer among females in Estonia and Finland were compared for the

period 1968 to 1981. The age-standardized incidence rate (world standard) in 1976—1981 was 29.6 in Estonia and 44.5 in Finland per 100,000. The percentage of microscopically confirmed cases was 82.1 in Estonia and 98.3 in Finland. The incidence was higher in urban than in rural females. The rates among urban females in Estonia and among rural females in Finland were similar. In Finland age-specific rates increased with age, but in Estonia a fall in the rates after menopause was observed. In both areas a rising time trend in the incidence was revealed. A continuous increase in the incidence and an absence of primary preventive measures of immediate use show that breast cancer will be a very serious public health problem in the near future.

T. Aareleid, S. Karjalainen, E. Pukkala, M. Rahu — **Breast cancer survival in Estonian and Finland**

Female breast cancer patients' survival statistic data on the period between 1968 and 1981 have been compared with those obtained from the Estonian and Finnish Cancer Registries. The estimated five-year relative survival rates were 55.9% and 67.3%, respectively. Survival figures were on the increase in Finland. Younger patients lived longer than older ones. In Finland, the relative survival depended less on the age than that in Estonia. The findings of the cooperative study — persistence of a high risk of death from breast cancer over a long follow-up period and absence of correlation between tumour laterality and survival — are in accordance with the results presented by other authors.

I. Gussak, E. Altraja, R. Teesalu — **Determination of myocardial vulnerability**

In acute coronary failure, the most frequent causes of death are heart rhythm disturbances which appear during the period of increased ventricular vulnerability.

The authors point out that an assessment of the mechanisms of life-threatening cardiac arrhythmias is important in view of the prognosis, prevention and treatment of heart disease. The article gives details of the clinical evaluation of the parameters of heart function indicating the degree of myocardial vulnerability. Special mention is made of safety, information and rapid monitoring.

R. Looga — **Haemorheology and clinical medicine. II. Applied haemorheology**

A review of haemorheological disturbances, their etiology and consequences in common diseases and several pathological conditions is presented in this article. The essence and causes of hyperviscosity syndrome is dealt with. A brief review of major research methods in haemorheology is given. Some important methods of treatment used in the rectification of disturbed tissue perfusion in hyperviscosity syndrome are described.

G. Gorelashvili, E. Kuus — **Double-contrast- ing of the large intestine (a literature review)**

This article elucidates the history of the use of x-rays in diagnosing large intestine diseases. The article also gives details of a number of requirements for the preparation of patients for X-ray examinations with special emphasis on the double-contrast- ing of the large intestine.

P.-H. Kingisepp — **Characterizing the functional state of the lungs by forced breathing**

This article gives a review of forced maximum expiratory and inspiratory manoeuvres and dynamic parameters of lung function. Essential parameters of forced volume-time tracing (forced spirogram), forced expiratory volumes (FEV₁, FEV₂, FEV₃ and FEVC) and mean maximum expired flows during specified segments of forced expiration volumes (MEF_{0.2-1.2}, MEF_{25-75%}, MEF_{75-85%}) are given. A great deal of attention is concentrated on expiratory flow-volume curve and on its effort-dependent and effort-independent portion and parameters derived from it, such as instantaneous flow rates (PEF, MEF_{50%}, MEF_{75%} and MEF_{85%}). Maximum expiratory flow is plotted against volume during forced expiratory manoeuvres.

The usage of Estonian terminology for the most important parameters of lung function is discussed.

A. Adoson — **Experience in all-embracing dispensarization at the Väike Oismäe Polyclinic**

On the basis of the experience gained by a tentative dispensarization, i. e. a regular medical care of the population, the following conclusions and proposals are made in this article.

Despite a widespread health education, common people have no idea of and no interest in the purposes of all-embracing dispensarization. Health education should be carried out through the following media of communication: press, television and radio. All doctors of any speciality should carry out health education more actively in order to expand the scope of dispensarization. For successful mass preventive examinations among the population, special disease prevention establishments should be set up and laboratory, ECG and diagnostic facilities should be improved. Also the quality of clinical investigations should be improved. It is necessary to unify the personal dispensarization card, form no. 131/u, in order to avoid duplication of medical recording.

Visiting district doctors and nurses should carry a work certificate when doing their home- rounds.

S. Etlin, L. Redko, L. Kartuzova — **The use of the data on medical attendances for the justification of environmental protection**

According to official statistics, it has been found that environmental pollution in the Estonian SSR

has a milder effect on the differences in sexual development than some other unknown factors, which have not been studied to our satisfaction. An analysis of morbidity data, carried out by the authors, suggests that it may be possible to compare the rates of cardiovascular diseases and bronchial asthma on the basis of intensive rates without standardization.

The authors also present the results of special studies on the healthy population living in the oil-shale industry area of the Estonian SSR.

V. Salupere, H. Remmel — Benign relapsing cholestasis

Chronic relapsing intrahepatic cholestasis represents a major diagnostic problem. In diagnosing the benign forms of this entity (relapsing cholestasis of pregnancy, Summerskill-Tugstrup disease), more serious liver diseases, e. g., primary biliary cirrhosis and chronic cholestatic hepatitis of virus origin should be excluded as alternatives. A case of benign relapsing cholestasis of pregnancy is described.

O. Volozh, R. Kaup — Survey of therapists' attitudes to prevention problems at out-patient clinics

An anonymous questionnaire survey has been done among 127 therapists at several out-patient clinics, in Tallinn, to study their attitudes to various preventive measures. The investigation has shown that physicians are ill-disposed towards such measures. Most of them are sceptical about the results of preventive programmes. There has been no consensus of opinion about the gravity of several risk factors for ischaemic heart disease, such as a high arterial blood pressure and an elevated serum cholesterol level which require immediate treatment.

Courses of primary disease prevention should be included into the curriculum at medical institutes and into advanced training courses for physicians.

Training of personnel

V. Kalnin, L. Schotter — The Development of ophthalmology at Tartu University

Tartu University was one of the most important centres of the development of ophthalmology. The first work in this field was published as far back as 1643. In 1810 surgeons began teaching ophthalmology at Tartu, and an independent department of ophthalmology was set up in 1871 by G. Oettingen. A number of world-famous ophthalmologists studied and worked at Tartu University.

At present the chief preoccupation of the department is scientific research into eye injuries and disorders of the eye in children.

Conferences and meetings

Physicians' societies

V. Rätsep, N. Elshstein — Urgent health care problems

The authors of this article present a world-wide view of present-day health care problems on the basis of the data obtained from the European bureau and the headquarters of the World Health Organisation during their business trip to Copenhagen and Geneva in May, 1986. Special attention is given to WHO's programme for an all-embracing prevention of common chronic non-infectious diseases.

Since 1983 several measures have been worked out to combat such afflictions as common chronic non-infectious diseases. An agreement was reached to set up a disease-prevention centre in Tallinn, which will promote cooperation with the WHO.

Our heroes of the day

New drugs

Necrologue

Chronicle

*English text edited and translated
by E. Saarnok*

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus
on koostamisel kirjandusnimestik

«EESTI NSV MEDITSIINIKIRJANDUS 1981—1985»

Nimestiku täielikkuse tagamiseks palume autoreid
võrrelda raamatukogu koostatud kartoteeki
oma isiklike tööde kartoteegiga 1986. aasta
IV kvartali jooksul



PHERESOLUM

Feresool on papilloomide, teravate kondüloomide, keratoomide, soolastüügaste ja konnasilmade eemaldamise vahend.

Tuleb vältida ravimi sattumist tervele nahale ja limaskestale. Feresooliga määrítav nahapind ei tohi olla üle 20 cm².