



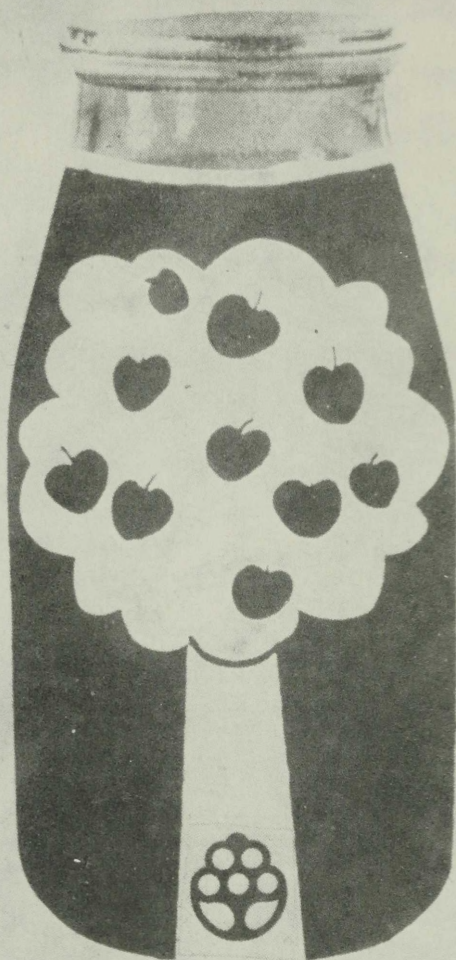
ISSN 0134-2320

ÜHIKOGUDE EESTI
**TERVIS-
HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6-1978



mehud

Oma omadustelt on mahladest
värsketele puuviljadele ja marjadele
kõige lähedasemad mehud. Neis on
kergesti omastatavaid suhkruid,
orgaanilisi happeid ja pektiini, vähesel
hulgal ka mineraalaineid, vitamiine
ja valku

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1978 · XXI AASTAKÄIK

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

Ü. Planken, K. Valgma, J. Riiv, R. Kaskmets, I. Liiv, M. Lind, M. Lintsi, M. Uusküla — Südame isheemiatõbi Tartu keskealistel naistel 483

K. Valgma, M. Kokk, M. Lintsi, S. Aru — Südame isheemiatõbe põdevate ambulatoorne abi Tartus 485

S. Maramaa, I. Liiv — Idiopaatiline kongestiivne kardiomüopaatia 487

R. Trink, E. Veinpalu — Reumatoidartriiti põdevate haigete kompleksse kuurordiravi hilistulemused 491

K. Subi, V. Tapupere, A. Lember, A. Vorobjova, K. Kutsar, L. Hannus, V. Lääne — Respiratoorsete viirusnakuste laboratoorse diagnoosimise tulemusi Eesti NSV-s 1977/78. aasta talvel 493

H. Lõiv, J. Teras — Tingimisi patogeensete gramnegatiivsete aeroobsete bakterite kindlakstegemise vajadus joogivee kvaliteedi hindamisel 494

M. Lõvi — Kõvasuulae kudede reparatiivne regeneratsioon 497

ÜLEVAATED

R. Teesalu — Haigete operatsiooni-aegne ja -järgne jälgimine aortokoronaarse šunteerimise korral 501

L. Priimägi — Uut interferoonist 505

TERVISHOIU TÖÖ KORRALDUS

A. Sarap, L. Metsis, H. Künamägi — Rajooni juhtivate tervishoiuspetsialistide töökorraldus 508

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

E. Kõo, A. Kliiman, L. Pokk, I. Liiv, M. Keis — Vasaku südamekoja müksiooni juht 511

B. Rodman — Eostevastase lahuse C-6 kasutamine jooksva ja lõppdesinfektsiooni korral 514

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

T. Liblik — Meditsiiniõe ja haige suhted 515

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

V. Tapupere — Tallinna tervise rahvaülikooli arstide kvalifikatsiooni tõstmise osakonna tööst 1976...1978. aastal 518

ARSTITEADUSE AJALOOST

U. Luts, V. Jänes, H. Gustavson — Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla 75-aastane 519

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

J. Kreek — Tallinna II Lastehaigla esimene teaduslik-praktiline konverents 522

E. Saar — Sanitaarteenistuse Keskkastme Meditsiinitöötajate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu XII konverents 522

I. Veldre — Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni sanitaarkaitse seksiooni väljasõidupoleemum 523

A. Lenzner — Üleliiduline immunoloogiakonverents 523

A. Luts — Vene NFSV otorinolarüno loogide IV kongress 524

I. Piiv — II üleliiduline teadusliku töökorralduse alane nõupidamine 525

J. Saarma — Rahvusvahelise Psühho-farmakoloogide Seltsi XI kongress 525

TÄHTPÄEVAD

Maria Valdes 90-aastane 527

Eesti NSV teenelisel arstil Evald Väärtil oli juubel 527

Harri Kruuse 50-aastane 528

JURIIDILIST NÕUANNET

E. Moik — Palgata lisapuhkusest 530

MEDITSIINITEHNIKA

L. Luts — Madalsageduslik magnet-ravi 531

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Anabasiinhüdrokloriidi-tabletid 535

KROONIKA 536

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 542

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused 543

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

N. Ajasta, L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elštein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja M. Mihhailova. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 6. X 1978. Trükimisele antud 5. XII 1978. Trükiarv 5900. Trükipaber nr. 1, 70×100/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Tingrükipoognaid 7,15. Arvestuspoognaid 8,78. Tell. nr. 3340. MB-08846. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тerviсхойд» (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.

© Kirjastus «Perioodika»
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsi kirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsi kiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initialsid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 **võtmesõna** oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusurult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus vastavalt kuni 10 ja 40 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment. esitatakse toimetusele koos käsi kirjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsi kirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initialsid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initialsid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsi kirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Toimetus ei tagasta käsi kirju ka siis, kui need avaldamata jäävad.

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

Teooria ja praktika

UDK 616-005.4:616-053.12

SÜDAME ISHEEMIATÕBI TARTU KESKEALISTEL NAISTEL

OLLE PLANKEN KALJO VALGMA JAAN RIIV
REGINA KASKMETS INGE LIIV MARE LIND
MART LINTSI MAIDO UUSKÜLA . TARTU

südame isheemiatõve epidemioloogia, profülaktika, ohutegurid, arteriaalne hüpertensioon, hüperkolesterineemia

Naiste hulgas on haigestumus ja suremus südame isheemiatõve tagajärjel tunduvalt väiksem kui meestel. Eri autorite andmeil kõigub suhe 1:4 kuni 1:24 piires (5, 9), olenedes haigete vanusest. Sooliste erinevuste põhjusi ei ole siiani ammendavalt selgitatud. Väikesest esinemissagedusest hoolimata põevad naised koronaartõbe siiski sagedamini kui ühtki teist südamehaigust (1). Enamik epidemioloogilisi uurimisi südame isheemiatõve ja seda soodustavate tegurite leviku kohta on tehtud meestel. Mõnedes Skandinaaviamaades ning USA-s aastatel 1965...1973 läbi viidud töodes on küll uuritud ka naisi, kuid eri diagnostiliste kriteeriumide tõttu ei ole tulemused võrreldavad.

Käesoleva töö eesmärk oli selgitada südame isheemiatõve ja seda soodustavate tegurite esinemissagedust 45...54 aasta vanustel Tartu naistel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuritavate rühm — 558 naist — moodustati juhusliku valiku printsiibil, vastavalt Tartu elanike arvulisele ja vanuselisele struktuurile: vanuses 45...49 aastat 307 ja vanuses 50...54 aastat 251 naist.

Uuringud toimusid Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni programmi kohaselt. Uuringute hulka kuulusid küsitlus ning objektiivne uurimine, nagu südame auskultatsioon, arteriaalse rõhu mõõtmine, pulsisageduse ja vitaalkapatsiteedi määramine, EKG registreerimine 12 lülituses enne ja pärast submaksimaalset koormust veloergomeetril, pulsisageduse määramine koormuse ajal ja taastumisperioodil. Laboratoorsetest näitajatest määrati kõikidel uurimisalustel kolesteriini-, β -lipoproteiidide, siaalhape-, fibrinogeeni- ja C-reaktiivse valgu sisaldus veres, määrati ka veregrupp, vere fibrinolüütiline aktiivsus, hepariini tolerantsus, rekaltsifikatsiooniaeg, verehüübe retaktsioon, hematokriti näit, vere suhkrusisaldus enne ja pärast glükoosikoormust (50 g kehapiinna ühe m² kohta). Elektrokardiogramme analüüsiti ja hinnati Minnesota koodi põhjal.

Südame isheemiatõve kindlaksmääramisel juhinduti Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni kriteeriumidest. Eristati südame isheemiatõve kindla diagnoosiga haigete rühm ja kahtlase diagnoosiga rühm.

Tulemused ja arutelu. Südame isheemiatõbe diagnoositi 51-l (9,14%), kahtlus südame isheemiatõve suhtes oli 59-l (10,57%). Vanuse järgi jaotusid haiged, kellel oli südame isheemiatõve diagnoos kindel, järgmiselt: 45...49-aasta vanuseid 5,21% ja 50...54 aasta vanuseid 13,94%; südame isheemiatõve kahtluse korral vastavalt 9,45% ja 11,55%.

Sagedamad südame isheemiatõve ohutegurid olid järgmised.

1. Rasvumine. M. Jegorovi ja L. Levitski normaalkaalulise kriteeriumi alusel oli liigne kehakaal 41,58%-l kõikidest uurimisalustest. Südame isheemiatõve korral oli ülekaalu 62,86%-l ja isheemiatõve kahtluse korral 43,11%-l naistest. Südame isheemiatõbe mittepõdejate rühmas oli ülekaalulisi 39,69% uuritutest.

2. Arteriaalne hüpertensioon ($\geq 160/95$ mmHg). Seda täheldati kogu rühmas 21,36%-l uuritutest, südame isheemia-

tõbe põdejate rühmas 42,38% -l, südame isheemiatõve kahtlaste rühmas 34,52% -l ja ülejäänutel 18,34% -l uuritud.

3. Hüperkolesterineemiat (kolesteriinisaldus vereseerumis 260 mg% Ilca meetodil) esines 29,40% -l kõigist uuritute, kindla diagnoosi korral 33,03% -l, kahtlase diagnoosi korral 35,09% -l ja isheemiatõbe mittepõdejatest 29,01% -l. Tervetest esines hüperkolesterineemiat 17,69% -l.

4. Tolerantsuse langust süsivesikute suhtes (ortotoluidiinimeetodil määratud veresuhkru väärtuste hinnang enne ja pärast glükoosikoormust V. Baranovi järgi) täheldati 7,55% -l kõigist uuritute, 15,80% -l südame isheemiatõbe põdejatest, 9,42% -l isheemiatõvekahtlastest ja 6,57% -l seda mittepõdejatest.

5. Menopaus. Kogu uuritute rühmas oli menopaus 46,94% -l naistest, südame isheemiatõbe põdejal 55,98%, isheemiakahtlase diagnoosiga naistest aga 56,90% -l ja ülejäänutest 47,19% -l. Tervetest naistest oli menopaus ainult 29,63% -l.

Põetud günekoloogilised haigused ja menstruaaltsioonihäired anamneesis ei olnud olulises korrelatiivses seoses südame isheemiatõve esinemisega.

6. Pärilikkus. Südame isheemiatõbe põdevate haigete lähematest sugulastest (isa, ema, õde, vend) olid müokardiinfarkti põdenud 17,65%, tervete rühmas aga 10,22%, seega ligikaudu 1,7 korda rohkem. Haigete rühmas, kellel isheemiatõve diagnoos oli kahtlane, esines perekonnas müokardiinfarkti 20,69% -l, isheemiatõbe mittepõdejate rühmas aga 13,49% -l uuritute.

Suitsetamise, kehalise alakoormuse, vaimse ülepinge, toitumuse ja südame isheemiatõve vahel olulisi seoseid ei leitud. Võimalik, et nende tegurite mõju hindamine küsitluse teel ei osutunud küllaldaseks.

Tulemustest ilmneb, et Tartus on naistel südame isheemiatõve peamiseks ohuteguriteks arteriaalne hüpertensioon, hüperlipideemia ja adipoosus. Viimase osa on suur hüpertensiooni ja hüperlipideemiaga kombineerumise korral (3, 4). Meie töö andmetel esines sü-

dame isheemiatõbe vaid väiksel osal rasvunudest, kellel ei ilmnud arteriaalse hüpertensiooni ega hüperlipideemia nähte. Tartu keskealistel naistel seostub südame isheemiatõbi meie uurimiste andmeil ka süsivesikute ainevahetuse häirete ja pärilikkusega. Taolist korrelatsiooni kinnitavad mitmete autorite (2, 6, 8) tööd.

Erinevalt kirjanduse andmetest ei saa me kinnitada suitsetamise koronaartõbe soodustavat tähendust naistel. Võimalik, et meil on suitsetamine naiste hulgas vähem levinud (kogu uuritute rühmas suitsetas 14,87% naistest) kui näiteks Rootsis või USA-s, kust andmed pärinevad (7).

Naistel suureneb südame isheemiatõve esinemissagedus menopausi perioodil järsult. Meie andmeil esines neil hüperlipideemiat ja süsivesikute ainevahetuse häireid märgatavalt sagedamini kui naistel, kellel menstruaaltsioon oli alles.

Käesoleva töö tulemused võivad olla kasutatavad südame isheemiatõve ravi, eriti aga profülaktika parandamisel Tartu linnas ja Eesti NSV-s üldse.

KIRJANDUS: 1. Bengtsson, C. Acta Med. Scand., Suppl., 1973, 549. — 2. Deutscher, S., Epstein, F. H., Kjelsberg, M. O. Am. J. Cardiol., 1969, 89, 510—520. — 3. Gordon, T., Kannel, W. B. Clin. Endocrinol. Metabol., 1976, 5, 367—375. — 4. Keys, A., Aravanis, C., Blackburn, H., Van Buchem, F. S. P., Buzina, R., Djordjerle, B. S., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Menotti, A., Pudder, V., Taylor, H. L. Ann. Int. Med., 1972, 77, 15—27. — 5. Manchester, J. H. Am. J. Cardiol., 1971, 28, 33—37. — 6. Slack, J. Evans, K. A. J. Med. Genet., 1966, 3, 239—257. — 7. Wilhelmsen, L., Bengtsson, C. Br. Heart J., 1977, 39, 1179—1185.

8. Вихерт А. М., Жданов В. С., Матова Е. Е. Кардиология, 1972, 6, 40—46. — 9. Никольцева Н. Г., Чурина С. К. Кардиология, 1974, 3, 19—23.

Tartu Kliiniline Haigla
TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste
propedeutika kateeder
TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium
TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder

SÜDAME ISHEEMIA TÕBE PÕDEJATE AMBULATOORNE ABI TARTUS

KALJO VALGMA MAIRE KOKK MART LINTSI
SIGRID ARU · TARTU

südame isheemiatõbi, dispanseerimine, epide-
mioloogiline uurimine, ambulatoorne abi

Tartu linnas on mitme aasta vältel uuritud sagedamini esinevate südame ja veresoonte haiguste levikut ning tekkepõhjusi eesmärgiga parandada nende diagnoosimist, ravi ja profülaktikat (1). Käesolevas töös on vaatluse alla võetud Tartu südame isheemiatõbe põdejatele antav ambulatoorne abi epidemioloogilistest uurimistest lähtudes.

Uurimisalused ja -metoodika. Tartu linna 45...54-aastastest meestest ja naistest moodustatud 1160-liikmelises representatiivses rühmas diagnoositi südame isheemiatõbe 146-l. Epidemioloogilisel uurimisel avastatud koronaarhaigusi põdejate arvu võrreldi polikliinikus registreeritud sama haigust põdejate arvuga, mida tehti selleks, et selgitada tegelikult ja haigete pöördumise alusel fikseeritud südame isheemiatõve sageduse vahetõbe. Ühtlasi püüti selgitada epidemioloogilise uurimise ja haigete pöördumise alusel saadud arvuliste erinevuste põhjusi ning anda hinnang südame isheemiatõbe põdejate dispanseerimise kvantiteedi ja kvaliteedi mõnele aspektile (3, 5, 6, 7, 8).

Tulemused. Epidemioloogilise uurimise ajal diagnoositud 146 südame isheemiatõbe põdevast haigest oli Tartu Linna Polikliinikut külastanud 124, 58 meest ja 66 naist. Nendest oli 41-l (33%-l), 19 naisel ja 22 mehel, südame isheemiatõbe varem diagnoositud. Nimetatud 41 haigest oli dispanseeritud 24, 7 naist ja 17 meest. Peale selle oli nimetatud 146 haigest 15 dispanseeritud polikliinikus muude haiguste tõttu ja 7 narkoloogi juures kroonilise alkoholismi tõttu. Seega 146 inimesest, kel-

lel epidemioloogilistel uurimistel diagnoositi südame isheemiatõbe, oli eri haiguste tõttu dispanseeritud 46 (31,5%), nendest koronaartõve tõttu 24 (16,4%). Pärast epidemioloogilist uurimist võeti dispanseerisele arvele veel 7 haiget.

146 südame isheemiatõve diagnoosi-
ga uurimisalusest (124-st polikliinikut külastanud) oli 75-l varem polikliinikus registreeritud elektrokardiogramm rahuolekus. Nendest olid 49-l südame isheemiatõvele omased muutused. Viimastest olid 19 dispanseersel arvel südame isheemiatõve tõttu, 20-l seostati elektrokardiograafilisi muutusi mõne muu haigusega. 10 juhul olid EKG muutused interpreteerimata jäänud. 41 polikliinikus diagnoositud südame isheemiatõbe põdevast haigest oli statsionaarsel uurimisel ja ravil viibinud 17.

Südame isheemiatõbe põdejate (kokku 41) ambulatoorsete kaartide sissekannete põhjal uuriti ravisoovitusi.

Dieetialaseid ja psühhoterapeutilisi nõuandeid oli antud 17 haigele, elu- ja töörežiimi soovitatud muuta samuti 17 isikul. Kehakaalu oli soovitatud vähendada 4-l, tervistavate kehaliste harjutustega tegelda 3-l, alkoholi tarvitamisest loobuda ühel haigel. Üheski ambulatoorses kaardis ei olnud soovitusist suitsetamisest loobumise kohta.

Ravimitest oli kõige sagedamini välja kirjutatud intenkordiini (26 juhul), nikoveriini (16 juhul), panangiini (14 juhul), trankvilisaatoreid (13 juhul), kokarboksülaasi, valokordiini, korvalooli ja südameglükosiide (10 juhul), erüniiti (7 juhul). Üksikjuhtudel oli soovitatud beeta-retseptorblokaatoreid, nitroühendeid, kurantüüli ja lipiidiainevahetust normaliseerivaid ravimeid. Puudusid märkused nitroglütseriini vajaduse ja kasutamise kohta.

Arutelu. Analooiliselt mõnede teiste uurijate töödega (2, 7) tuli Tartu kesk-aliste elanike uurimisel esile silmator-kav erinevus südame isheemiatõve esinemissageduses registreerituna ühelt poolt epidemioloogilise uurimise ja teiselt poolt ambulatoorse pöördumise alusel. Ainult 27,4%-l uuritutest oli

enne epidemioloogilist uurimist diagnoositud südame isheemiatõbe. Selle üks põhjusi on tõenäoliselt südame isheemiatõve latentne või väheste vaevustega kulg (2, 7, 8), mis ei sunni haiget arsti poole pöörduma või siis sunnib seda tegema mõne muu haiguse tõttu (ambulatoorne kaart leiti 146 südame isheemiatõbe põdejast 124-l). Kehalisel koormusel registreeritud elektrokardiogrammide osatähtsus polikliinilises praktikas on väike. 26 inimesel, kellel polikliinikus rahuolekus registreeritud EKG oli normaalne, leiti epidemioloogilisel uurimisel veloergomeeterkoormuse korral elektrokardiogrammis südame isheemiatõvele tüüpilised tunnused. Elektrokardiogrammide analüüsil tuli ilmsiks ka EKG muutuste erisugune tõlgendamine, mis oli tingitud sellest, et epidemioloogilisel uurimisel rakendati ülemaailmselt kasutatavat Minnesota koodi (3, 4). Et 146 isheemiatõbe põdejast olid 124 mingil põhjusel polikliinikut külastanud, on põhjust arvata, et kõnesoleva tõve sagedane avastamine on põhimõtteliselt võimalik. Selle realiseerimine eeldab, et polikliinikutes oleks küllaldaselt kardiolooge ja oleks koormus-EKG registreerimise võimalus.

Tingimata on vaja tõhustada elanike informeeritust südame isheemiatõve, eriti selle varajaste vormide ravi ja profülaktika võimaluste kohta. Suhtumise kriteeriumiks võiks olla kas või see, et vaid väike osa nendest, kellel epidemioloogilisel uurimisel oli kindlaks tehtud südame isheemiatõbi, pöördus polikliinikusse endid dispanseersele arvele võtma, kuigi kõigile oli seda soovitatud.

Väikeseks osutus dispanseeritute arv. Nendest 41-st, kellel polikliinikus oli diagnoositud südame isheemiatõbi, oli dispanseeritud 24 (16,4% kõigist 45... 54 aasta vanustest südame isheemiatõbe põdejatest).

Põhjendamatu vähe leidis ambulatoorsetes kaartides soovitusi südame isheemiatõve põhiliste ravimeetodite kohta, milleks oleksid kehaline koormus, suitsetamisest loobumine jt.

Ravi uurimisel torkab silma teatav disproportsioon ühelt poolt koronaardilataatorite, müokardi ainevahetust vahetult mõjutavate ja närvisüsteemise toimivate vahendite sagedase soovitamise ning teiselt poolt beeta-retseptorblokaatorite, lipiidiainevahetust mõjutavate ning nitropreparaatide vähesoovitamise vahel.

Käesoleva töö kogemustele tuginedes võib väita, et südame isheemiatõve väljaselgitamiseks ja nende haigete dispanseerimiseks on ulatuslikud reservid. Südame isheemiatõve ambulatoorse diagnoosimise parandamiseks ja ravi efektiivsuse tõstmiseks on reaalseid võimalusi. Kõik need võimalused on vaja ära kasutada, sest nii nagu enamiku haiguste puhul on ka südame isheemiatõve ravi ülekaalukalt ambulatoorne.

KIRJANDUS: 1. Kuller, L. H. Am. J. Epidemiol., 1976, 104, 4, 425—456. — 2. Rose, G., Hamilton, P. I. C., Keen, H., Reid, D. D., McCartney, P., Jarret, R. J. Lancet, 1977, 8003, 105—109.

3. Вайткявичус К. Г., Азаравичене А. П., Шаулите С. Ю. В кн.: Кардиология, 1976. Материалы первого съезда научного общества кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1976, 65. — 4. Глазунов И. С. В кн.: Эпидемиология артериальной гипертонии и коронарного атеросклероза. Под ред. Рывкина И. А. М., 1969, 33—46. — 5. Киндзюлис С. Н., Азаравичене А. П. В кн.: Кардиология 1976. Материалы первого съезда научного общества кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1976, 75—76. — 6. Сакальникас Р.-Г. Р., Шабанас В. С. В кн.: Кардиология, 1976. Материалы первого съезда научного общества кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1976, 55—56. — 7. Чулебуридзе М. Т., Мучиашвили Д. З., Григолия Ш. Л., Немсадзе К. М., Копадзе Н. М., Емазаров В. С., Шелегия Т. С., Месхия М. Ш., Хундадзе Л. Н., Торонджадзе М. Д. В кн.: Кардиология, 1976. Материалы первого съезда научного общества кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1976, 77—79. — 8. Шхвацабая И. К., Метелица В. И., Андерс Г., Бётч З. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний. М., 1977.

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateeder
Tartu Linna Polikliinik

IDIOPAATILINE KONGESTIIVNE KARDIOMÜOPAATIA

SULEV MARAMAA INGE LIIV . TARTU

primaarsed kardiomüopaatiad, diagnoosimine, ravi, krooniline südamepuudulikkus, kardiomegalia, mitraalinsufitsientsuse diferentsiaaldiagnoosimine

Primaarsetest kardiomüopaatiatest on olulised idiopaatiline hüpertroofiline kardiomüopaatia (idiopaatiline hüpertroofiline subaortaalne stenoos) ja idiopaatiline kongestiivne kardiomüopaatia.* Esimesena mainitud haigusel on küllalt spetsiifilised tunnused ja seda on diagnoositud ka meie vabariigi ravi-asutustes (5). Seevastu võib idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia kliinilise pildi alusel teha kergesti ka teistsuguseid diagnostilisi järeldusi, mis on arvatavasti põhjuseks, et seda haigust on meil diagnoositud vaid üksikjuhtudel. Ometi esineb idiopaatilist kongestiivset kardiomüopaatiat uema kirjanduse andmetel üpris sageli (6).

Käesolevas artiklis kirjeldatakse ja analüüsitakse Tartu Kardioloogiakeskuses diagnoositud kahte juhtu ning autoritele ilma sihipärase otsimiseta silmapuutunud juhte, mille puhul võiks tegemist olla sama haigusega.

Juht 1. 48-aastane meeshaige A. L., taksojuht (haiguslugu 12849/1977), toodi Tartu kardioloogiakeskusesse rajoonihaiglast. Tal oli diagnoositud müokardiinfarkti ja kopsupõletikku. Varem olid tal kaks aastat esinenud stenokardiat meenutav valu, mis oli tekkinud eriti pärast pingutust, ja südame rütmihäired. Sel ajal südametipul ja Botkini punktis küllalt vali süstoolne kahin. Rajoonihaiglasse viimise põhjus oli tugev valu rinnus ja õhupuudustunne. Järgmisel päeval tekkis verekehimine. Kopsudes oli kuulda krepitatsioone, SR kiirenes kuni 57 mm/t. Kardioloogiakeskuses saabumisel esines akrotsüanoos, rahuolekus hin-

geldust ei esinenud. Maks ulatus roidekaare alt välja kahe sõrme laiusele. Vererõhk 110/85 mmHg. Südametipul küllalt vali süstoolne kahin. EKG: absoluutne arütmia lühikeste siinusrütmide perioodidega, rohkesti polütoopseid ventrikulaarseid ekstrasüstoleid, madal voltaaz, difuusne repolarisatsioonivoltaazi langus; müokardiinfarkti tunnuseid ei ilmnenud. Rindkere röntgenifilmil oli paremal alaväljas ümar homogeneenne varjestus, süda mitraalse konfiguratsiooniga, ülisuur. Ehhokardiogrammi põhjal mitraalstenooosi tunnuseid ei ilmnenud. Neljandal kliinikus viibimise päeval tekkisid järsku hingeldus ja pigistustunne rinnus. Pulsisagedus langes 40 löögini minutis, elektrokardiogrammil totaalne atrioventrikulaarne blokaad. Järgmisel päeval tekkis verekehimine uuesti. Transvenoosselt paigaldati kardiostimulaator, mille järel südamepuudulikkus esialgu veidi vähenes. Diagnoos ja ravi on arutlusel olnud konsiiliumil, kus on kaalutud ka reuma ja mitraalrikke võimalust. Raviks määrati strofantini, prednisolooni ja antibiootikume. Haige suri 23. ravipäeval süveneva südamepuudulikkuse tõttu. Diagnoos: idiopaatiline kongestiivne kardiomüopaatia.

Lahanguleid kinnitas kliinilist diagnoosi. Südameklapid olid muutusteta. Väheene pärgarterite ateroskleroos, valendik ei olnud ahenenud. Vatsakeste vaheseinas kuni 1 cm läbimõõduga kollakashalle koldeid, vasaku vatsakese seinas kuni 5 cm läbimõõduga kollakas nekroosikolle. Histoloogiliselt leiti difuusse kardioskleroosi kõrval rohkesti värsked nekroosikoldeid. Müotsütolüüsi kolletes olid vahemik ja sarkolemmi karkass kohati säilinud ilma rakureaktsioonita.

Juht 2. 52-aastane meeshaige V. V. viibis Tartu Kliinilise Haigla kardioloogiaosakonnas ravil 30 päeva (haiguslugu nr. 11963/1977). Diagnoos: idiopaatiline kongestiivne kardiomüopaatia. Haigus oli alanud 1969. aasta algul küllalt järsku, haiguse tunnusteks olnud pingutusel tekkiv õhupuudustunne ja hingeldus. Arsti poole pöördumise põhjuseks oli valu südamepiirkonnas, mis kiirgus vasakusse õlga ja abaluuipiirkonda. Esines virvendusarütmia, mis tõenäoliselt oli tekkinud samal ajal vaevuste kujunemisega. Haige saadeti Tartu Kliinilise Haigla I sisehaiguste osakonda (Toomel), kus ta viibis ravil 1975. aastani kokku 10 korral, edaspidi Tartu Kardioloogiakeskuses veel neljal korral. Esimesel hospitaliseerimisel diagnoositi leukotsütoosi (13000) ja vereseerumi transaminaasi aktiivsuse vähese tõusu põhjal müokardi infarkti. Diagnoosi toetasid 1969...1971. aastal vältel stenokardilised vaevused, mis kadusid nitritite toimel. EKG dünaamika oli haiguse ajal vähenenud, välja arvatud voltaazi pidev langus põhilülitustes (vt. foto 1). Vererõhk 140/90...110/85 mmHg. Vere SR, siaalhappesisaldus ja proteinogramm püsisid haiguse ajal normi piires. Esimesed kaks aastat

* Primaarsete kardiomüopaatiade ülejäänud vormid on müokardi fibroelastosis — vastsiniduiul ja väikelastel harva esinev haigus, mis tõenäoliselt tekib looteas põetud müokardiidist — ja endomüokardi fibroos, sagedamini esinev südamehaigus Aafrikas. Perekondlik kardiomüopaatia on identne idiopaatilise hüpertroofilise kardiomüopaatiaga.

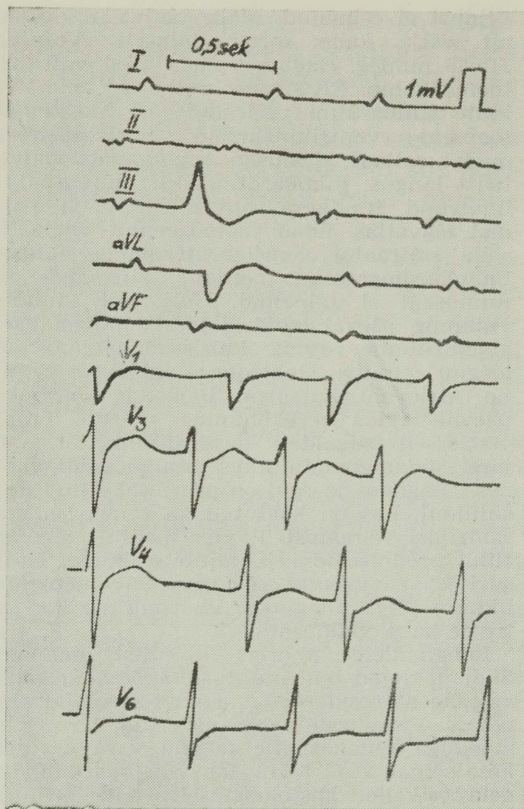


Foto 1. Elektrokardiogramm (juht 2). Tahhü-frekventne absoluutne arütmia, ventrikulaarne ekstrasüstoolia, Hisi kimbu vasaku sääre subtotaalne blokaad, madal voltaaž.

oli haige õhtuti täheldanud jalgade turset. Maks oli kahe sõrme laiuselt suurenenud. Haige võttis perioodiliselt digitaalset ja diureetikume. Sel ajal tegi ta veel kehaliselt kerget tööd, vahpeal ei kasutanud kuude vältel ravimeid ega pöördunud arsti poole. 1971. aastal oletati idiopaatilist müokardiiti, esmajoones südame tunduva laienemise tõttu. 1974. aastast alates esinesid alajäsemel tugevad tursed. Viimasel hospitaliseerimisel esines ortopnoe. Maks oli kõva konsistentsi, serv kämblalaiuselt palpeeritav allpool roidekaart. Südametipul tasasevõitu süstoolne kahin, süda tunduvalt suurenenud, ehhokardiogrammil mitraalstenoozi tunnuseid ei olnud (vt. röntgenogramm ja ehhokardiogramm, tahvel XI), vasak koda ja vasak vatsake laienenud (diameetrid vastavalt 6,2 ja 8,2 cm), vasaku vatsakese tagaseina liikumise amplituud ühtlaselt vähenenud. Puudusid akineetilised ja düskineetilised segmendid ning paradoksaalse liikumise tunnused, mis on iseloomulikud südame isheemiatõvele.

Haiget raviti strofantiini, digoksiini, diureetikumide ja vitamiinidega. Kahe nädala pärast tursed kadusid, haige ei vajanud enam

kõrgemat pealust. Südame löögisagedus vähenes 74-ni, ventrikulaarseid ekstrasüstoleid tekkis harva. Haige võttis viie kuu vältel digoksiini keskmiselt 0,75 mg päevas. Tursed olid minimaalsed ja seisund hoopis parem kui eelmisel aastal, mil digitaalset annust oli väiksem.

Juht 3. 46-aastane meespatsient, tööline, kellel hospitaliseerimisel oli krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus lõppstaadiumis, suri Tartu Kliinilise Haigla I sisehaiguste osakonnas kolm tundi pärast saabumist. Kliiniline diagnoos: *rheumatismus verus inactivus, insuff. valvulae mitralis et stenosis ostii venosi sin.* Haige oli viis aastat kannatanud kroonilise südamepuudulikkuse all, mille tõttu ta oli mitraalrikke diagnoosiga samas kliinikus viibinud neljal korral. Juba esimesel hospitaliseerimisel neli aastat tagasi olid jalad tugevasti tursunud. Maks kõva, serv palpeeritav kolme sõrme laiuselt allpool roidekaart. Vererõhk oli 200/135...150/100 mmHg. Absoluutne arütmia oli tekkinud kaks aastat tagasi. Siinusrütmi perioodil täheldati elektrokardiogrammil *P-mitrale't* ja vasaku südamevatsakese ülekoormust. Südametoonid olid tuhmid, süstoolne kahin kõige paremini kuuldav südametipu piirkonnas (vt. foto 2). Rindkere röntgenlähivaigustusel süda mõlemale poole tunduvalt laienenud, südame talje täitunud, vasak aatrium suurenenud, paremas põikiasendis oli näha kontrasteeritud söögitoru suuremõõduka kaarimpressioon.

Lahang (protokoll nr. 454/1972) reumaatilise mitraalrikke diagnoosi ei kinnitanud — sü-

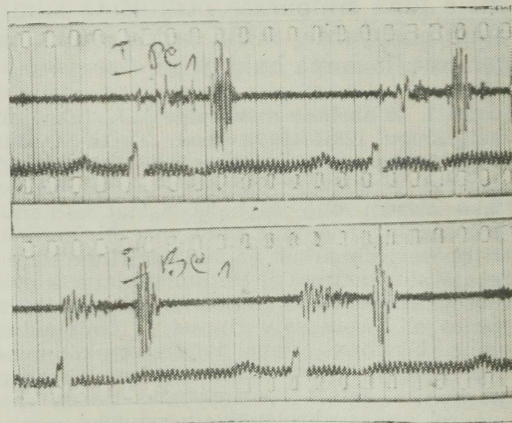


Foto 2. Fonokardiogramm 1 (juht 3) on registreeritud kopsuarteri projektsiooni kohalt (PC₁) ja Botkini punktist (BC₁) kesksageduskanalil. I toon on tipul väikese, II toon suure amplituudiga. Kopsuarteril registreeritud fonokardiogrammil on hästi nähtav IV toon, *decrescendo* tüüpi süstoolne kahin on selgem Botkin-Erbi punktis.

dameklapid olid puhtad, elastsed; suistik ei olnud ahenenud. Koronaarsklerosis oli vähe väljendunud. Südamelihases rohkesti hallikasvalgeid, osalt kuni ühe cm läbimõõduga koldeid. Histoloogiliselt: difuusne kardiosklerosis, müotsütolüüsi koldeid. Südamemass 900 g, parema vatsakese seinapaksus 0,7 cm, vasaku vatsakese 1,4 cm.

Haigusjuhu hilisemal arutlusel kliinilis-anatoomilisel konverentsil peeti kõige tõenäolisemaks kroonilise kuluga Fiedleri müokardiiti.

Juht 4. 49-aastane naispatsient H. S. (haiguslugu 10028/1978). Ta oli haigestunud 39-aastaselt, mil olid tekkinud jalgadel tursed ja hingeldus. Aasta varem oli ta sünnitanud, tervis oli siis korras olnud. Haiget raviti ambulatoorselt kolm aastat, perioodiliselt sai digitaalset ja hüpotiasiidid. Haige paranes sedavõrd, et suutis 1971. aasta suvel teha heina, remontida korteri, kuid seejärel tekkis tugev hingeldus. Ta pidi olema istuasendis. Kõht suurenes, jalad paistetasi ja neist eritus tursevedelikku. Haiget raviti Tartu Kliinilise Haigla I sisehaiguste osakonnas 52 päeva. Südamepuudulikkuse põhjus jäi ebaselgeks. Tõenäolisemaks peeti müokardiiti (reuma?). Klapiriket ei saadud diagnoosida (vt. foto 3). Vererõhk 170/110...150/80 mmHg. Röntgenläbivaatusel süda mõlemale poole laienu- nud, talje ei olnud täitunud. Edaspidi viibis haige Tartu haiglates kokku 13 korral, 1976. aastal diagnoositi tal mitraalrike ja saadeti Tartu kardioloogiakeskusesse. Et ehokardiogrammil mitraalstenosisi tunnuseid ei olnud, diagnoositi reumaatilist kardiosklerosisi ja mitraalpuudulikkust. Seejärel viibis haige ravil Kaunase kardioloogiakeskuses, kus diagnoosiks pandi hüpertensioonist põhjustatud krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus (vererõhk oli varem olnud kuni 240/135 mmHg). Viimasel hospitaliseerimisel Tartu kardioloogiakeskuses kalduti siiski arvama, et haige põeb reumokardiosklerosisi.

Juht 5. 51-aastane naisehaige I. V. (haiguslugu nr. 12433/1977), teenistuja, toodi rajoonihaiglast Tartu Kliinilise Haigla kardioloogiaosakonda. Diagnoosideks olid pleuropneumonia, idiopaatiline müokardiit ja reumaatiline kardiosklerosis. Ta oli haigestunud 9 aastat tagasi. Tal oli tekkinud jõuetus ja õhupuudustunne, rajoonihaiglas oli teda kuuel korral ravitud südamepuudulikkuse tõttu. Haiglas tehti kindlaks, et kõva servaga maks ulatus 12 cm roidekaare alt välja; südame- tipul võis kuulda süstoolset kahinat, EKG: siin-usrütm, madal voltaaž, repolarisatsioonivol- taaž madal kõikides lülitustes. Röntgenläbivaatusel 4. novembril 1977 leiti parema kopsu ülaväljas 3,5×5 cm suurune inhomogeenne infiltraat. Süda oli tunduvalt suurenenud, mitraalse konfiguratsiooniga. Haigel diagnoositi reumaatilist mitraalriket ja müokardiiti, teda raviti penitsilliini, prednisolooni ja digi-

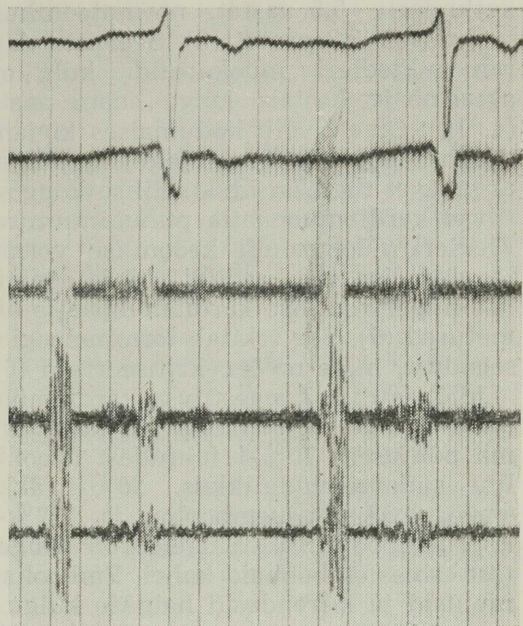


Foto 3. Fonokardiogramm 2: (juht 4) on registreeritud südame- tipult. I toon pole süstoolsest *decrecendo* tüüpi kahinast eristatav, on nähtavad III ja V toon (keskmine madalam, keskmine kõrgem ja kõrgem sagedusriba, all EKG I ja II põhilülitus).

taalisega. Kaaluti mitraalrikke kirurgilise ravi võimalust. Ehokardiogrammil mitraalstenosisi tunnuseid ei ilmnenud. 17. novembril 1977 tehtud röntgenifilmil oli infiltraat kopsus mõõtmel vähenenud, kuid süda veelgi laienu- nud, peamiselt vasakule. Haige üldsei- sund püsis haiglas stabiilne, rahuolekus haige ei hingeldanud, maksa turse veidi alan- es. SR aeglustus 34...14 mm/t. Haige suri äkki 34. ravipäeval. Diagnoositi reumaatilist müokardiiti ja mitraalpuudulikkust, infarktpneumooniat. Lahanguleid: mitraalsuistik ei olnud ahenenud ega klapihõlmad muutunud. Endokard oli paksenenud, sellele kinnitus vasaku vatsakese tipuosas organiseerunud tromb. Müokardi löikepinnal difuusselt peeni hallikaid koldeid, enamasti vatsakeste vaheseinas ja vasaku vatsakese seinas. Neeruinfarkt.

Kõigil kirjeldatud haigetel esinesid põhitunnused: 1) pidevalt süvenev krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus, mis oli alanud suhteliselt noores eas — 39...46 aasta vanuselt; 2) südame tundu- dud suurenemine.

Idiopaatilise kongestiivse kardiomiopaatia kulgu on krooniline, mis arteriaalse hüpertensiooni korral kestab

keskmiselt 5,5 aastat, normotoonikuil keskmiselt 3,3 aastat (3). Seevastu Abramov-Fiedleri müokardiidi kulg on akuutne ja kestab kõige enam aasta (4, 10). Ometi võib kodumaises kirjanduses toodud haiguskirjelduste põhjal arvata, et meil on idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia puhul kasutusel Fiedleri müokardiidi kroonilise vormi, idiopaatilise müokardiidi või idiopaatilise hüpertroofilise kardiomüopaatia nimetused (9). See tekitab terminoloogias segadust, mida on ka kritiseeritud (6).

Idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia kulgu iseloomustavad hästi surma põhjused: 70%-l juhtudest krooniline südamepuudulikkus, 20%-l äkksurm, 3,3%-l ajuemboolia ja 6,7%-l kopsuemboolia (6). Kirjeldatud haigetest esines embooliaid kahel. Embooliad muutsid ja kiirendasid haiguse kulgu.

Spetsiifiliste tunnuste puudumise tõttu tõestatakse idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia diagnoosi teiste südamehaiguste — koronaartõve, arteriaalse või pulmonaalse hüpertensiooni, klapi-rikete või muude kardiomüopaatiate eitamise kaudu (7). Haigetel oletati kõige sagedamini reumaatilist südamekahjustust ja klapi-riket, mille põhjuseks olid südamerikke tunnused — dekompensatsiooni tekkimine nooremas eas, virvendusarütmia, südamel kuuldavah kahinad ja *cor bovinum*. Idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia puhul esineb relatiivne mitraal- või trikuspidaalpuudulikkus, mille kirurgiline korrigeerimine (eeldusel, et diagnoositi reumaatilist «puhast» mitraalpuudulikkust) ei põhjustaks seisundi paranemist, kuna haiguse põhjuseks on ikkagi primaarselt müokardikahjustus.

Reumaatiline mitraalpuudulikkus iseloomustub *high output failure* tüüpi muutustega: küllalt ulatuslike pulsatsioonidega südamel ja juba aastaid varem tekkinud valju süstoolse kahinaga. Seevastu idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia korral meenutab südame konfiguratsioon eksudatiivset perikardiiti (vt. foto 1); pulsatsioonid on madalad. Südame kontraktsioonivõime languse tunnuseks kardiomüopaatiate

puhul on samuti kodadest või vatsakes-test lähtuv galopprütm (III või IV toon), mis auskultatsioonil võib vahel simuleerida diastoolset kahinat ja jätta esialgu mitraalstenoozi mulje (8). Vastupidi reumaatilisele klapi-rikkele avaldub müokardi difuusne kahjustus idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia puhul samuti elektrokardiogrammis madala voltaažina. Üldtuntud on mitraalpuudulikkuse korral kahina tugevnemine dekompensatsiooni vähenemisel, südamelihase kahjustusest tingitud relatiivse mitraalpuudulikkuse korral kahin seevastu aga nõrgeneb.

Reumaatilist klapi-riket võimaldasid kirjeldatud juhtudel eitada ehhokardiograafiline uuring, kus puudusid mitraalstenoozi tunnused, ja reuma ravi edutus. Südame laienemine prednisoloonravi vältel 5. haigusjuhul süvenes, mis iseenesest oleks pidanud tekitama kahtluse reuma diagnoosi õigsuses — äge reuma, eriti reumaatiline müokardiit, paraneb hästi. Ka ainuüksi reumaatilises müokardioskleroosist (ilma klapiaparaadi kahjustuseta) tingitud *bovinum*'i tüüpi südamelaienemist ei peeta tõenäoliseks (8).

Kahel haigel diagnoositi eksikombel koronaartõbe — stenokardiat, müokardi mikroinfarkti ja infarkti. Retrospektiivselt näib, et koronaartõve eitamiseks ei olnudki neid haigeid tingimata vaja koronarograafiliselt uurida. Pikka aega püsinud südamepuudulikkus, ilma et esineks müokardiinfarkti kliinikut või ilmneks EKG muutusi, sunnib diagnoosima kardiomüopaatiaid (2). Koronaartõve tekkimisel on suur tähtsus ohuteguritel — hüpertensioon, diabeet, hüperkolesterineemia, suitsetamine.

Kahel haigel esines arteriaalne hüpertensioon. Ometi peeti südamekahjustuse põhjuseks vaid ühel hüpertensiooni, sedagi ei peetud edaspidi tõepäraseks. Ilmselt oli põhjuseks südame dekompensatsiooni avaldumine paisuna peamiselt suures vereringes — parema südamevatsakese puudulikkusena —, kuid ka kogu haiguse kulg ei olnud hüpertooniatõvele iseloomulik. Arteriaal-

ne hüpertensioon võiks tekkida ka paistest suures vereringes. Niisugusel juhul langeb vererõhk dekompensatsiooni vähenemise korral. Seda täheldatigi kahel haigel.

Müokardiit erineb idiopaatilisest kongestiivsest kardiomüopaatiast täiesti eri prognoosi tõttu. Müokardiit paraneb, seevastu idiopaatiline kongestiivne kardiomüopaatia progresseerub, tõi, vahel üllatavalt hea remissiooni järel (juhud 2 ja 4). Südame laienemisega kulgeva raskekujulise müokardiidi puhul on kardiomüopaatia võimalust seepärast raske kohe eitada. Idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia sarnaselt kulgeb alkohoolne kardiomüopaatia, mis paraneb siiski pärast alkoholi pruukimise lõpetamist.

4. haigusjuhul võiks diagnoosida ka sünnitusjärgset (postpartaalset) kardiomüopaatiat, sest tursetega südamepuudulikkus arenes seni tervel isikul aasta pärast sünnitust. Muude kliiniliste tunnuste ja kulu järgi ei saa neid haigusi eristada.

Vaatamata idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia progresseeruvale kulule võib krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus ravi mõjul tunduvalt taanduda. Dekompensatsioon süveneb sageli ülepingutuse tagajärjel, mistõttu soovitatatakse vähese kehalise ja vaimse koormusega elurežiimi. Tähtis ravivõte on pikaajaline voodirežiim (1). Medikamentoose ravi aluseks on haigetele püsiv, küllalt suurtes annustes digitaalpreparaatide andmine, diureetikumide, kaaliumisoolade ja vitamiinide järjekindel manustamine. Ravi algul võib strofantiini annus näiteks olla kuni 1 mg ööpäevas. Idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia kulgu ei mõjuta põletiku (antireumaatiline) ravi. Mõningal määral on tulemusi saadud glukagooni ja dopamiiniga (6).

Kaugemaks eesmärgiks seatakse idiopaatilise kongestiivse kardiomüopaatia kliinilise sündroomi edasine uurimine selle seisundi põhjuste selgitamiseks. Arvatakse, et idiopaatiline kongestiivne kardiomüopaatia ei olegi ühtse etioloogiaga haigus (3, 6).

KIRJANDUS: 1. Burch, G. E., Walsh, J. J. JAMA, 1960, 172, 207—208. — 2. Fowler, N. O. Progr. Cardiovasc. Dis., 1971, 14, 113—128. — 3. Goodwin, J. F. Lancet, 1970, I, 731—739. — 4. Hegglin, R. Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Stuttgart, 1969. — 5. Laane, P., Kundla, M., Graf, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1975, 6, 481—484. — 6. Loogen, F., Kuhn, H. Internist, 1975, 16, 540—547. — 7. Maramaa, S. Südamelihase haigused. TRÜ rotaprint, Tartu, 1978. — 8. Segal, J. P., Harvey, W. P., Stapleton, J. F. In: Myocardial Diseases. Ed. by N. O. Fowler. New York and London, 1973, 37—57.

9. Мухарлямов Н. М., Перчикова Г. Е., Ефимова Л. Г. Тер. арх., 1975, 10, 44—50. — 10. Рапопорт Я. Л. В кн.: Патологическая анатомия инфекционных болезней. Под ред. А. И. Абрикосова. М., 1951, 99—129.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium

UDK 616.72-002-031.13:615.838(474.2)

REUMATOIDARTRIITI PÕDEVATE HAIGETE KOMPLEKSSE KUURORDIRAVI HILISTULEMUSED

ROBERT TRINK ENDEL VEINPALU . PÄRNU

reumatoidartriit, kuurordiravi, hilistulemused, Pärnu kuurordi sanatooriumid

Teatavasti seetõttu, et praegu kasutusel olevatel meetoditel ravimisel paljud reumatoidartriiti põdevad haiged polikliinikus ja statsionaaris lõplikult ei parane, jätkub nende ravi kuurordis. Reumatoidartriiti põdevate haigete kuurordiravi tulemusi on mitmekülgsest uuritud (1, 2, 3, 4). Vähem on andmeid selle ravi hilistulemuste kohta (2, 5).

Käesolevas töös uurisime kuurordiravi hilistulemusi 187 reumatoidartriidihaiigel, keda olime ravinud Pärnu kuurordi sanatooriumides.

Uuritute iseloomustus ja uurimise meetodika. Uuritute oli naisi 131 ja mehi 56, haigete vanus oli 18...66 aastat. Haigus oli enne kuurordiravi inaktiivses faasis 104-l, esimeses aktiivsuses

astmes 65-1, teises 18 haigel. Haigetest töötasid 175, pensionäre oli 12.

Ravikuur kestis 24 . . . 26 päeva, mille vältel tehti keskmiselt 10 mudaprotse-duuri ja üldkasutatava meetodika järgi niisama palju kas radooni-, männiekst-rakti-, süsihappe- või mereveevanne. Enamik haigeid tegeles ravikehakultuu-riga ja neile tehti käsimassaaži. Haigus-protssessi ägenemise vältimiseks anti kuurordiravi ajal 57-le väikestes an-nustes mõningaid põletikuvastaseid pre-paraate, peamiselt amidopüriini ja bu-tadiooni.

Kuurordiravi hilistulemusi uuriti an-keedimeetodil. Püüti välja selgitada ravi vahetute tulemuste püsivus ning haigete töövõime pärast kuurordiravi ning põhihaiguse progresseerumine ja külmetushaiguste (ülemiste hingamis-teede katarr, angiin, gripp) teke. Ravi tulemusi võrreldi ravielse perioodi andmetega. Ankeetküsimuste vastused võimaldasid saada ülevaate kuurordi-ravi efektiivsusest.

Kõiki uurimisandmeid töödeldi ma-temaatilis-statistiliselt, misjuures kasu-tati ka elektronarvutit.

Uurimistulemused. 184 reumatoidart-riidihaikest¹ 32-1 (17,4%) kuurordiravi efekt aasta vältel kas säilis täielikult või küsitletava tervislik seisund para-nes veelgi. 89 haigel (48,4%) säilis efekt osaliselt, 43-1 (23,4%) see kadus, 20-1 (10,8%) haigus ravielse seisundiga võrreldes progresseerus.

23,0% haigetest täheldas aasta kestel pärast kuurordiravi töövõime tõusu, 62,0%-l jäi töövõime endiseks, 15,0%-l see langes. Kui aasta enne kuurordiravi oli 22 haiget sunnitud elukutset vahe-tama või üle minema kergemale tööle, siis pärast ravi läksid kaks haiget oma endisele kutsetööle tagasi, 15 töötasid samal töökohal, kuhu nad enne ravi olid viidud, neli paigutati veelgi ker-gemale tööle ja üks haige lahkus töölt invaliidsuse tõttu.

175 haigest, kes töötasid, oli aasta enne kuurordiravi põhihaiguse ägene-mise tõttu töövõimetuselhel 91 haiget (52,0%). Pärast kuurordiravi oli haigus-lehel 32 haiget (18,3%). Neid haigeid,

kellel oli töövõimetusleht enne ja pä-rast kuurordiravi, oli 21. Töövõimetus-päevi oli neil keskmiselt 41,4 ja 34. See-ga väljastati reumatoidartriiti põdejaile töövõimetuslehti pärast kuurordiravi ligikaudu kolm korda harvem ja kesk-miselt 7,4 päeva võrra lühemaks ajaks, mis näitab haiguse ägenemissageduse ja intensiivsuse märgatavat vähenemist ravi tulemusena.

Aasta enne kuurordiravi oli 72 hai-gele (41,1%) töövõimetusleht väljasta-tud külmetushaiguste tõttu. Pärast kuurordiravi oli töövõimetusleht 45 neid haigusi põdejal (25,7%). Haigeid, kel-lele oli töövõimetusleht külmetushai-guste tõttu välja antud nii enne kui ka pärast kuurordiravi, oli 18; haiguspäevi oli keskmiselt 13,7 ja 9,1. Seega põhjus-tas kuurordiravi reumatoidartriiti põ-dejal külmetushaiguste esinemissage-duse vähenemist ja nende kestuse lühe-nemist.

Kuurordiravi hilistulemused sõltusid eelkõige haiguse ravielsest aktiivsu-sest, liigeste kahjustuse ulatusest, bal-neoreaktsioonist (r =vastavalt $-0,230$, $-0,243$ ning $-0,197$; $P < 0,05$) ja kuurordiravi vahetutest tulemustest (r = $+0,183$; $P < 0,05$).

Põhihaiguse ägenemine pärast kuurordiravi oli samuti oluliselt sõltuv haiguse ravielsest aktiivsusest ja lii-geste kahjustusastmest (r =vastavalt $+0,303$ ja $+0,235$; $P < 0,01$). Külmetus-haiguste esinemissagedus olenes vahe-tutest kuurordiravi tulemustest (r = $-0,173$; $P < 0,05$).

Töövõime sõltus oluliselt kuurordi-ravi hilistulemustest (r = $+0,476$; $P < 0,001$), külmetushaigustest ja põhi-haiguse ägenemisest ravijärgsel perioo-dil (r =vastavalt $-0,198$ ja $-0,264$; $P < 0,05$).

Kokkuvõte. Pärnu kuurordi sanatooriumides ravitud reumatoidartriidihai-gete kuurordiravi hilistulemused olid üldiselt head, ravi vahetud tulemused püsisid aasta kas täielikult või osaliselt umbes kahel kolmandikul haigetest. Kuurordiravi tulemusena vähenesid

¹ Kolm haiget sellele küsimusele ei vastanud.

reumatoidartriidi ägenemissagedus ja intensiivsus märgatavalt, samuti vähenes haigestumine külmetushaigustesse ning lühenes viimaste kestus, mille tagajärjel suurenesid haigete töövõime. Need andmed kõnelevad reumatoidartriiti põdejate kompleksse kuurordiravi nii meditsiinilisest kui ka majanduslikust efektiivsusest.

KIRJANDUS: 1. Астапенко М. Г. Тер. архив, 1969, 41, 9, 24—29. — 2. Вейнпалу Э. Ю. Применение эстонской (хаапсалуской) морской грязи в комплексном лечении больных ревматизмом, инфекционным неспецифическим и дистрофическим доброкачественным полиартритами. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1972. — 3. Коппель Х. О. В сб.: Материалы VIII Эстонской республиканской научной конференции по курортологии и физиотерапии. Таллин, 1971, 79—81. — 4. Тринк Р. Ф. Изменения активности патологического процесса и функции коры надпочечников у больных ревматизмом и ревматоидным артритом под влиянием комплексного курортного лечения при применении хаапсалуской морской грязи. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1967. — 5. Тринк Р. Ф., Тринк Л. Т. В сб.: Материалы VIII Эстонской республиканской научной конференции по курортологии и физиотерапии. Таллин, 1971, 208—209.

*Ekspimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

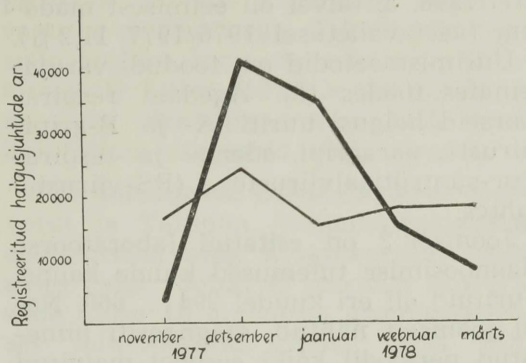
UDK 616.921.5:615.371

RESPIRATOORSETE VIIRUS- NAKKUSTE LABORATOORSE DIAGNOOSIMISE TULEMUSI EESTI NSV-s 1977/1978. AASTA TALVEL

KIIRA SUBI VAIKE TAPUPERE AINO LEMBER
ALEKSANDRA VOROBJEVA KUULO KUTSAR
LEILI HANNUS · TALLINN
VIRVE LÄXNE · TARTU

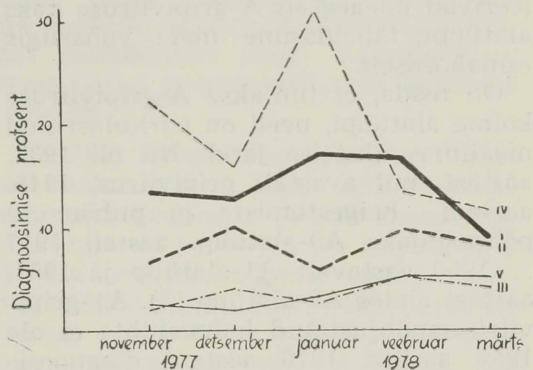
respiiratoorsed viirusnakkused, laboratoorne
diagnoosimine, gripahaigestumus, gripipuhangute
laad ja iseärasused

Uurimisperioodil, 1977. a. novembrist
1978. a. märtsini, sagesnes akuutsetesse
respiiratoorsetesse haigustesse haigestu-



Joonis 1. Eesti NSV-s registreeritud akuutsete respiiratoorsete haigusjuhtude arv 1977. aasta novembrist 1978. aasta märtsini: jämejoonega on tähistatud gripijuhud, peenjoonega akuutse respiiratoorse haiguse juhud.

mine järsult detsembris (vt. joonis 1), mil haigus hakkas võtma puhangulist iseloomu, peamiselt gripijuhtude sagemise arvel. Detsembril lõpul täheleandavalt haigestumise mõningat vähenemist, mis jätkus jaanuaris. Jaanuarikuu haigestumus aga ületas epideemiavahelise perioodi näitajad veel tunduvalt. Puhanguperioodil, detsembris ja jaanuaris, haigestus meie vabariigis akuutsetesse respiiratoorsetesse haigustesse 8,1% elanikkonnast. Kui mainitud gripipuhangut võrrelda 1976/1977. a. talvel vallandunuga (1), siis selgub, et Eesti NSV elanikkonna haigestumine



Joonis 2. Akuutsete respiiratoorsete haiguste laboratoorse diagnoosimise tulemused kuude kaupa 1977. aasta novembrist 1978. aasta märtsini: I — A-gripiviirus, II — B-gripiviirus, III — paragripiviirus, IV — adenoviirus, V — RS-viirus.

1977/1978. a. talvel oli eelmisest madalam (aastavahetusel 1976/1977 11,2%).

Uurimismeetodid on toodud varajasemates töodes (2). Ägedaid respiratoorseid haigusi uuriti A- ja B-gripiviiruste, paragripi, adeno- ja respiratoor-süntsütiaalviiruste (RS-viiruste) suhtes.

Joonisel 2 on esitatud laboratoorse diagnoosimise tulemused kuude kaupa. Uurituid oli eri kuudel 294...660. Nagu jooniselt nähtub, diagnoositi nimetatud perioodil kõiki eespool mainitud viirushaigusi, ainult erisuguse sagedusega. Üldiselt sagedamini diagnoositi adenoviirusnakkusi. Erinevalt eelmistest puhangutest (1, 2) ei täheldatud haigestumise tõusu perioodil ühe või teise viirusnakkuse ülekaalukat ja tõepärast sagenemist. Mõnevõrra sagenesid detsembris B-gripiviiruse ja jaanuaris A-gripiviiruse põhjustatud haigusjuhud (võrreldes eelmise kuu haigestumisega). Seega puhangu perioodil põhjustasid haigestumist mitu viirust, neist olid tähtsad nii A- kui ka B-gripiviirus. Selles mõttes on 1977/1978. aasta gripipuhang sarnane 1976/1977. aasta gripipuhanguga (1).

Huvipakkuv on see, et gripiviiruse A2-alatüübi kõrval diagnoositi uurimisperioodil ka gripiviiruse A1-alatüübi põhjustatud haigusjuhte. Sellist olukorda, et ühe puhangu ajal tsirkuleerivad üheaegselt A-gripiviiruse kaks alatüüpi, täheldasime meie vabariigis esmakordselt.

On teada, et tuntakse A-gripiviiruse kolme alatüüpi, need on tsirkuleerinud maailmas üksteise järel. Nii oli 1933. aastast, mil avastati gripiviirus, 1946. aastani haigestumiste ja puhangute põhjustajaks A0-alatüüp, aastail 1947...1956 vastavalt A1-alatüüp ja 1957. aastast alates A2-alatüüp (3). A1-gripiviiruse põhjustatud haigusjuhte ei ole 1957. aastast 1976. aastani diagnoositud. 1977. a. detsembris sai Üleliiduline Gripikeskus andmeid (4), et sama aasta maikuus Hiinas alanud gripipuhangu põhjustas A1-gripiviirus. Nõukogude Liidus diagnoositi A1-gripiviiruse põhjustatud haigusjuhte

esmal 1977. a. novembris Habarovskis, detsembris aga meie vabariigis. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni juures asuva gripikeskuse juhendite järgi tuleks Habarovskis isoleeritud viirusetüve A1-alatüüpi pidada antud viiruse prototüübiks nimetuse all A/USSR/90/77 (H1N1) (5).

Eeltoodut kokku võttes ilmnevad gripipuhangute laad ja etioloogia aastakümnete vältel.

KIRJANDUS: 1. Subi, K., Lember, A., Tapupere, V., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V., Vodja, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 1, 24—26. — 2. Subi, K., Lember, A., Tapupere, V., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 2, 112—114. — 3. Weekly Epidemiological Record. WHO, Geneva, 1977, 52, 51, 411-412.

4. Злыдинов Д. М., Смородицев Ал. А. Острые респираторные заболевания. Л. 1974. — 5. Карпунин Г. И., Иванников Ю. Г., Маринич И. Г., Лукьянов Ю. В. Распространение гриппа в мире и СССР в IV квартале 1977 года. Обзор Всесоюзного центра по гриппу и острым респираторным заболеваниям за IV квартал 1977 г. Л., 1978, 1—8.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut
Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam
Tartu Kliiniline Haigla

UDK 576.8.095.25:614.777

TINGIMISI PATOGEENSETE GRAMNEGATIIVSETE AEROOBSETE BAKTERITE KINDLAKSTEGEMISE VAJADUS JOOGIVEE KVALITEEDI HINDAMISEL

HARRI LÕIV JÜRI TERAS · TALLINN

patogeensed aeroobsed bakterid, seedetrakti nakused, parenteraalsed infektsioonid, etioloogia, Ülemiste järve vesi, joogivee kvaliteet

Joogivee kvaliteedi hindamisel juhindutakse riiklikest standarditest, mis käsitavad nii bakterioloogilisi, viro-

loogilisi, bioloogilisi kui ka radioloogilisi, füüsikalisi ja keemilisi näitajaid (GOST 18963-73, *European Standards for Drinking Water*, 1973; *International Standards for Drinking Water*, 1963). Seejuures on bakterioloogiliste näitajate peamine kriteerium kolitiiter, mille alusel hinnatakse veekogu fekaalset reostatust ning mao ja sooletrakti nakkushaiguste võimaliku leviku ohtu. Joogivesi, mille kolitiiter vastab standardile, ei tohi sisaldada patogeenseid enterobaktereid, kuid see ei välista mitmete tingimisi patogeensete mikroobiliikide esinemise võimalust. Kahjuks niisuguseid tingimisi patogeenseid mikroobiliike tavaliselt ei identifitseerita. Tinktoriaalsete, morfoloogiliste ja sahharolüütiliste omaduste sarnasuse tõttu *E. coli*'ga käsitatakse neid kolindeksi määramisel «kolirühma» bakteritena.

Arvestades tingimisi patogeensete gramnegatiivsete bakterite sagedast etioloogilist osa mao ja sooletrakti ning parenteraalsete infektsioonide tekkimisel (7, 13), pidasime vajalikuks selgitada, kas ja millised nendest leitudvad ka Tallinna joogiveega varustavas Ülemiste järve vees.

Materjal ja meetodika. Uurimisel määrasime Ülemiste järve toorvee ja Tallinna Veepuhastusjaamas eelklooritud ning koaguleeritud vee kolitiitri. Mõlemal juhul lähtusime vee võtmisel, heterotroofsete mesofiilsete bakterite ja kolitiitri määramisel GOST-i 5216-50 nõudeist. Peale selle tegime Eijkmani söötmes kasvanud mikroobide edasi-külvi Levine'i söötmele. Nii Levine'i söötmelt kui ka membraanfiltritelt isoleeritud mikroobide identifitseerimiseks kasutasime PTS-agarsöödet (15) ja vajaduse korral täiendavaid reaktsioone oksüdaasi, ureolüüsi, indooli ja β -galaktosidaasi määramiseks (16). Juba PTS-agarsöötmes toimunud reaktsioonide ja uuritavate mikroobide tinktoriaalsete ja morfoloogiliste omaduste, samuti oksüdaasi ja β -galaktosidaasi määramise tulemuste põhjal võisime kõik veest isoleeritud gramnegatiivsed mikroobid juba 18 tundi pärast vee-

proovide võtmist samastada vähemalt vastava perekonnaga. Taksonoomiliselt iseloomulike tunnuste edasise määramisega H. Lõivu (1973) koostatud skeemi järgi identifitseerisime kõik veest isoleeritud mikroobid liigi tasemel.

Töö tulemused. Ülemiste järve toorveest ja Tallinna Veepuhastusjaamas eelklooritud ning koaguleeritud veest aasta ringi võetud 40 proovist isoleerisime üldse 10 aeroobset gramnegatiivset mikroobiliiki. Neist kuus liiki (*E. coli*, *Citrobacter freundii*, *Klebsiella aerogenes*, *Enterobacter sp.*, *Proteus hauseri* ja *Serratia marcescens*) kuulusid *Enterobacteriaceae* sugukonda, kuna neli liiki (*Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Flavobacterium sp.* ja *Erwinia sp.*) osutusid AGNNE*-rühma bakteriteks.

Nagu tabelist nähtub, oli toorveest eri aastaegadel isoleeritud mikroobide liigiline koosseis küllalt sarnane, kuid esinemissageduselt oluliselt erinev. Nii leidsime kogu töö ajal toorveest isoleeritud ja identifitseeritud gramnegatiivsete bakterite tüvedest $39 \pm 9,8\%$ talvel, $17 \pm 7,5\%$ kevadel, $20 \pm 8,0\%$ suvel ja $24 \pm 8,5\%$ sügisel. Aastaajast olenes suurel määral ka eelklooritud ning koaguleeritud vette jäänud gramnegatiivsete mikroobide sisaldus. Nagu toorvee korral, leidsime mikroobe kõige enam talvel, mil isoleerisime peaaegu poole (12 tüve 26-st) kõigist eelklooritud ning koaguleeritud veest leitud gramnegatiivsete bakterite tüvedest.

Täieliku vabanemise gramnegatiivsetest mikroobidest tagas eelkloorimine ning koaguleerimine üksnes kevadkuudel, kuna nii suve- kui ka sügiskuudel jäi osa toorvees leidunud uuritud mikroobiliikidest paljunemisvõimeliseks ka pärast vee põhilist puhastamist. Paljunemisvõime aga võib seejuures säilida peaaegu kõigil toorveest leitud gramnegatiivsetel mikroobiliikidel, sest meie poolt aasta ringi tehtud uurimiste

* AGNNE — aeroobne gramnegatiivne *non Enterobacteriaceae*

tulemuste põhjal selgus, et vee eelkloorimise ning koaguleerimise tulemusena hävisid alati täielikult ainult *Klebsiella aerogenes*'e ja *Erwinia* perekonna bakterid.

Arutelu. Seda, et me peale *E. coli* leidsime Ülemiste järve vees ka palju muid gramnegatiivseid mikroobiliike, ei ole põhjust pidada mingiks erakordseks nähtuseks, sest kirjanduse andmeil on see iseloomulik enamikule lahustitele veekogudele (14). Samade mikroobiliikide isoleerimisse ka pärast vee puhastamist tuleb aga suhtuda juba märksa tähelepanelikumalt, sest viimase kahe aastakümne jooksul on saadud rohkesti veenvaid andmeid nii *E. coli*'ga sarnanevate enterobakterite kui ka AGNNE-rühma bakterite etioloogilise osa kohta ägedate soolenakkuste geneesis. Eelklooritud ning koaguleeritud veest meie isoleeritud gramnegatiivsetest bakteritest tuleb selles suhtes ohtlikemaks pidada *tribus Proteeae* mikroobe, mis peale soolenakkuste võivad olla ka parenteraalsete nakkuste tekitajateks (3, 6, 12). Sama kehtib ka *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*-rühma mikroobide kohta, milliseid samuti

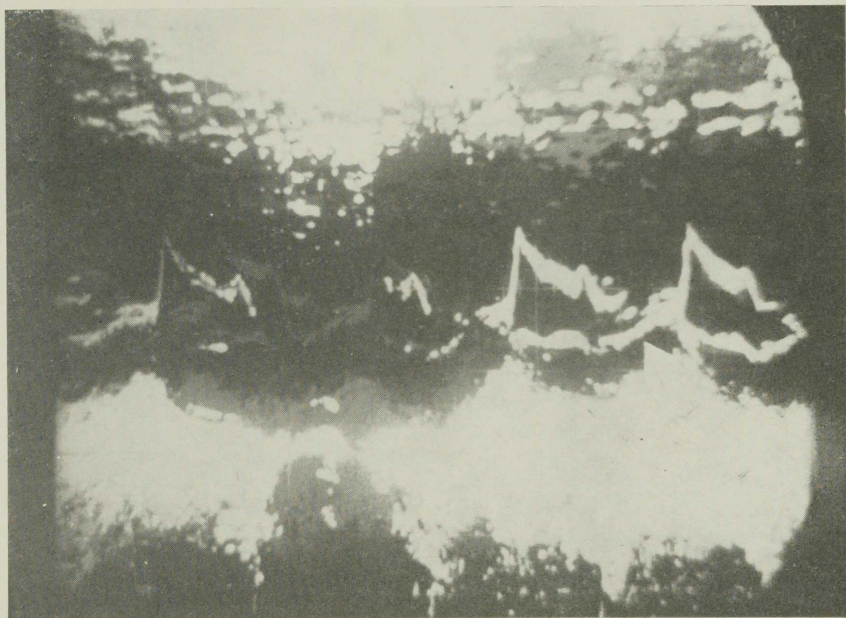
nagu *tribus Proteeae* mikroobe tuntakse nii enteraalsete kui ka parenteraalsete nakkuste sagedaste põhjustajatena (4, 8). Kõhulahtisust eelkõige imikutel võivad põhjustada ka *Citrobacter*'i perekonda kuuluvad mikroobid (1, 2, 9), kuid samuti AGNNE-rühma bakterid. Viimastest on eriti *Pseudomonas aeruginosa* ja *Aeromonas hydrophila* tuntud kui ägedate mao ja sooletrakti haiguste (5, 10) ja mitmesuguste mädanakkuste põhjustajad (11, 13).

Arvestades asjaolu, et kõiki eelnimetatud gramnegatiivseid mikroobiliike on korduvalt olnud põhjust pidada ägedate kõhulahtisuste tekitajateks ka Tallinnas (16), võib käesoleva töö tulemuste põhjal teha meie poolt uuritud Ülemiste järve vee kui selliste tingimisi patogeensete bakterite alalise reservuaari kohta küllaltki tõenäolise epidemioloogilise järelduse. Seetõttu ei saa me kuidagi õigustada joogivee kvaliteedi hindamist üksnes kolitiitri määramisega, vaid peame vajalikuks identifitseerida kõik gramnegatiivsed mikroobid vähemalt perekonna tasemel. Eriti tuleb seda teha aastaagadel, mil gramnegatiivseid baktereid leidub toor-

Tabel. Ülemiste järve veest isoleeritud aeroobsed gramnegatiivsed mikroobiliigid

Mikroobi liik	Isoleerimise aeg								Kokku	
	1972. a.				1973. a.					
	III kv.		I kv.		II. kv.		III		t. v.	p. v.
t. v.	p. v.	t. v.	p. v.	t. v.	p. v.	t. v.	p. v.			
<i>E. coli</i>	10	2	16	3	7	—	6	—	39	5
<i>Citrobacter freundii</i>	—	—	2	4	1	—	1	—	4	4
<i>Klebsiella aerogenes</i>	1	—	3	—	2	—	2	—	8	—
<i>Enterobacter sp.</i>	4	2	7	3	2	—	4	2	17	7
<i>Proteus hauseri</i>	—	—	1	—	—	—	2	2	3	2
<i>Serratia marcescens</i>	1	1	—	1	2	—	1	—	4	2
<i>Aeromonas hydrophila</i>	4	—	2	1	1	—	4	3	11	4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3	—	—	—	—	—	—	1	3	1
<i>Erwinia sp.</i>	1	—	8	—	2	—	—	—	11	—
<i>Flavobacterium sp.</i>	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Kokku	24	5	39	12	17	—	20	9	100	26

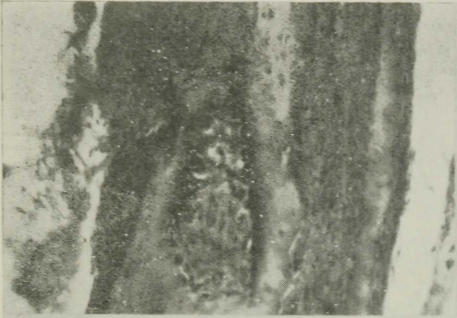
Tähistused: t. v. — toorvesi, p. v. — eelklooritud ja koaguleeritud vesi



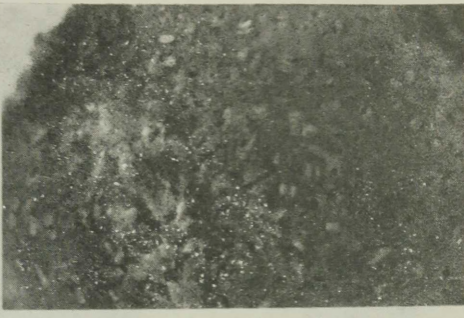
Röntgenogramm (juht 2). Südame lõdvaimeline dilatatsioon idiopaatilise kongestiivse kardiomiopaatia puhul.

Ehhokardiogramm (juht 2). Mitraalklapi eesmine ja tagumine hõlm on hästi jälgitavad, mitraalstenooosile iseloomulikke klapihõlmade liikumist ei esine. Mitraalklapi sulgumine ei ole normaalne, mis on tingitud vasaku vatsakese nõrgenenud kontraktsioonist (noolega tähistatud tõusev joon).

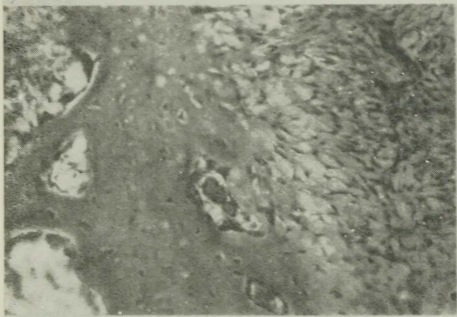
1



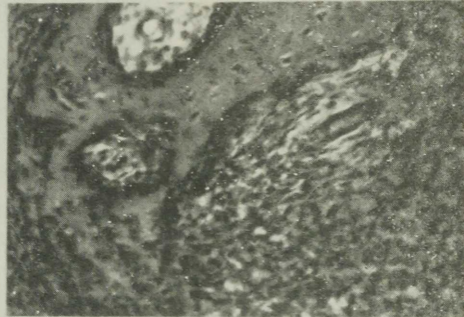
2



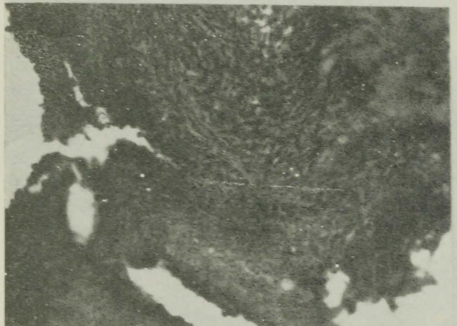
3



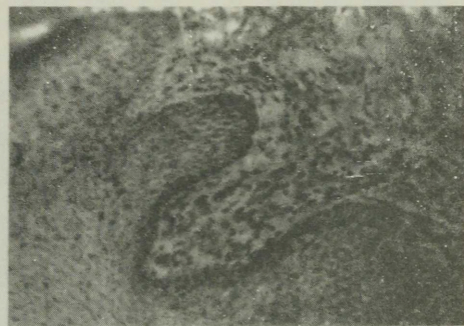
4



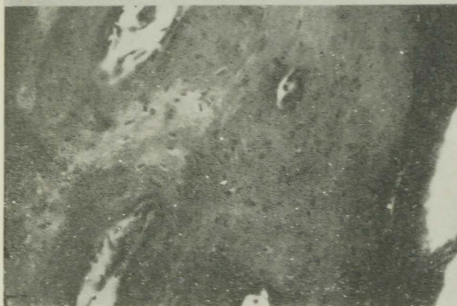
5



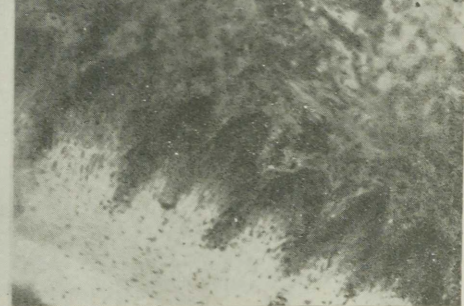
6



7



8



vees kõige enam, sest sellest olenevalt on siis ka vee põhiliste puhastusprotsesside efektiivsus suhteliselt madalam. Vastupidi üldiselt levinud arvamusele on Ülemiste järve toorvesi meie andmeil epidemioloogiliselt kõige ohtlikum mitte suvel, vaid talvel, sest siis on bakteritest toituva protofauna arvukus järves kõige väiksem.

KIRJANDUS: 1. Du Pont, H. L., Hornick, R. B. *DM*, 1969, 7, 3—40. — 2. Edwards, P. R., West, M. G., Bruner, G. V. *J. Bact.*, 1948, 55, 5, 711—719. 3. Edwards, L. D., Cross, A., Levin, S., Landau, W. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1974, 61, 1, 41—46. — 4. Ellis, E. F., Walker, B. *J. Nat. Med. Assoc.*, 1971, 63, 5, 323—329. — 5. von Graevenitz, A., Mensch, A. H. *New Engl. J. Med.*, 1968, 279, 286—289. — 6. Horansky, V. *Lék, Obzor.*, 1964, 13, 3, 129—135. — 7. Klainer, A. S., Beisel, W. R. *Am. J. Med. Sci.*, 1969, 258, 431—456. — 8. Morbid. Mortal, 1974, 23, 20, 183—184. — 9. Popovici, M., Szégli, L., Ralovitz, C., Bădulescu, E., Florescu, D., Meguet, A., Thomas, E., Masek, S. *Zbl. Bakt. (Orig.)*, 1967, 204, 1, 112—121. — 10. Rosner, E. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1964, 42, 402—404. — 11. Tilton, R. C., Murphy, J. R., van

Soestbergen, A. *Am. J. Clin. Pathol.*, 1971, 56, 187—192. — 12. Tomašoffová, A. *Acta Univ. Carol. Med. (Praha)*, 1959, 7, 477—504. — 13. Yow, E. M. *Postgrad. Med.*, 1955, 17, 413—419. 14. Кузнецов С. И. В кн.: Микрофлора озер и ее геохимическая деятельность. Л., 1970. — 15. Лыйв Х. Д. В сб.: Докл. II съезда эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов. Таллин, 1972, 47—49. — 16. Лыйв Х. Д. О лабораторной диагностике инфекционной диареи у грудных детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1973.

Eesti NSV TA Eksperimentaalbioloogia
Instituudi protozoologia sektor

UDK 616.31-089

KÕVASUULAE KUDEDE REPARATIIVNE REGENERATSIOON

MAIE LOVI · TARTU

suulae denervatsioon ja vasoligatuur (vasotomia), troofikahäired, osteoporoos, luu destruktsioon

Tahvlil XII.

Mikrofoto 1. Värving hemalaun-eosiiniga. Kontroll-loom. Suulae pehmed koed. Mitmekihiline lameepiteel. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 2. Värving hemalaun-eosiiniga. Kontroll-loom. Suulaeluu üksikute luukanalitega. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 3. Värving hemalaun-eosiiniga. Teise seeria katseloom. Katse kestus kaks nädalat. Epiteel haava naabruses paksenenud; epiteelirakkude tsütoplasma basaalses kihitides basofiilne. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 4. Värving hemalaun-eosiiniga. Teine seeria, katse kestus kaks nädalat. Sidekude haava põhjas rakurohke. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 5. Värving hemalaun-eosiiniga. Esimene seeria, katse kestus kaks nädalat. Luu pind ebatasane, kaetud rakurohke sidekoega. Rakud värvuvad tugevasti basofiilselt. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 6. Värving hemalaun-eosiiniga. Teine seeria, katse kestus 10 päeva. Luus kanalid laiinenud, sisaldavad sidekude. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 7. Värving hemalaun-eosiiniga. Teine seeria, katse kestus kaks nädalat. Suulaeluu difuusselt kõhrkude. Obj. 20 x, Homal IV.
Mikrofoto 8. Värving hemalaun-eosiiniga. Teine seeria, katse kestus 14 päeva. Suulaeluu defekt. Obj. 20 x, Homal IV.

Kõvasuulae kudede regeneratsiooni uurimisel pärast kirurgilisi menetlusi on suur tähtsus suulae- (suulaelõhe-) operatsiooni meetodi ja aja valikul. Suulae regeneratsiooni iseärasustega on morfoloogilise meetodika rakendamisel tutvutud veel vähe (11), või kui on, siis on piiratud üksnes iseärasustega kas luu või pehmete kudede osas (1, 3, 10).

Varajasematest eksperimentaaltöödest on selgunud, et uranoplastikaga analoogilised kirurgilised menetlused noorte kasvuaaliste loomade suulael põhjustavad hiljem, täisealiseks saamisel, ülalõua kasvu pidurdumise ja ülalõua deformatsiooni (4, 12). Sellega kaasnevad ka kõvasuulae kudede mikrostruktuuri muutused (2, 5). Seesama kehtib ka alalõualuu kohta (6). Hilismuutused sõltuvad kahjustuse laadist. Pärast vastavat piirkonda varustavate närvide ja veresoonte ulatuslikumat kahjustust tulid nähtavale tugevad kõrvalekaldumised suulaeluu ja teda katvates pehmetes kudedes. Muutuste tek-

kepõhjuste selgitamiseks tehti täiendavaid uurimisi suulaes pärast operatsiooni.

Käesolevas katseteseerias vaadeldi kõvasuulae defekti paranemist eri ulatuse ning eri raskusega kahjustuse korral. Põhiline erinevus rühmade vahel oli see, kas veresooneid ja närvid ei olnud üldse kahjustada saanud või olid kahjustatud ühepoolset või kahepoolset.* Mehaaniliselt või funktsionaalselt innerveeriva närvi läbilõikamise tulemusena tekkinud vereringekahjustus mõjutab regeneratsiooni kõikides kudedes ja põhjustab troofikahäireid, mis võivad välja jõuda kuni haavandite tekkeni (7, 14). Närvide ja veresoonte osalise kahjustuse korral võiksid normist kõrvalekaldumised suulae hea verivarustuse tõttu (8, 9) olla vähem väljendunud, võrreldes veresoontevaesemate kudede kahjustustega. Suulae epiteelkude, selle all asetsev sidekude ja suulaeluu on omavahel väga tihedas seoses, mistõttu isoleeritud kahjustus ühe mainitud koekomponendi osas on tavaliste kirurgiliste menetluste rakedamisel vaevalt võimalik.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Katsete tehti TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi vivaariumis. Need toimusid kahes seerias, katsealusteks oli 12 ühe kuni kahe ja poole kuu vanust kutsikat, lisaks veel neli kontroll-looma. Katsete esimeses seerias, mille puhul oli katsealusteks neli koera, moodustati morfiineeternarkoosis mõlemal pool kogu kõvasuulael ühtne limaskestalapp, eest vaba ja jalamiga pehmesuulae suunas. Limaskestalapp koos luuümbrisega separeeriti luult. Kahel selle seeria katseloomal lõigati pärast eelnevat ligeerimist läbi parempoolsed suulaarterid (*a. palatina major et minor*) ja koos nendega kulgevad veenid ja närvid. Tagasi asetatud lapp fikseeriti õmblustega.

Katsete teise seeria 8 loomal uurisime peamiselt suulae verivarustuse häire mõju haava regeneratsioonile. Ana-

loogiliselt eelmise seeriaga moodustati ka selle seeria puhul limaskestalapp, mis haaras suulae mõlemalt poolt. Pärast pehmete kudede separeerimist vigastati eespool nimetatud veresooni ja närve mõlemalt poolt. Pärast seda kinnitati limaskest õmblustega uuesti.

Esimese seeria katsed kestsid üks (2 koera), kaks (1 koer) ja kolm (1 koer) nädalat. Teises seerias jälgiti katseloomi 3...5 päeva (2 koera), 1 nädal (3 koera), 10 päeva kuni 2 nädalat (3 koera).

Histoloogiliseks ja histokeemiliseks uurimiseks fikseeriti materjal formaliinis ja Carnoy vedelikus. Dekaltsineerimiseks kasutati sipelghapet. Materjal sisestati parafiini. Lõigud värviti alljärgnevatel meetoditel: hemalaun-eosiin, van Gieson, tioniin, altsiaansinine, PAS-reaktsioon, Brachet' reaktsioon (vt. mikrofotod, tahvel XII).

Tulemused ja arutelu. 1. Kontrollrühm. Suulage kattis mitmekihiline lameepiteel. Epiteeli basaalkihis, samuti ogakihi basaalsemates rakkudes oli tsütoplasma basofiilne, sisaldas mõõdukalt hulgal RNA-d, vähe PAS-reaktsiooni suhtes positiivseid aineid ning värvus nõrgalt metakromaatilisel tioniiniga. Viimase intensiivsus pinna suunas vähenes sujuvalt. Basaalkihi rakkudest oli 1,1...1,7% mitoosistaadiumis. Allasuvast sidekoest tungisid epiteeli korrapärase tihedusega sidekoepapillid (mikrofoto 1). Sidekude epiteeli all oli rakurohke (fibroblastid, makrofaagid, lümfotsüüdid, üksikud granulotsüüdid) ning sisaldas peeni kollageenkiude. Seal oli hulgaliselt väikesekaliibrilisi veresooni. Sidekoerakkudes tsütoplasma basofiilne, sisaldas PAS-reaktsiooni suhtes positiivseid aineid mõõdukalt hulgal, põhiaine värvus nõrgalt metakromaatilisel tioniiniga. Sügavamal oli sidekude rakuvaesem, kuid seevastu kollageenkiud paiknesid tihedalt üksteisega läbipõimunud jämedate kimpudena. Vahetult luukoe naabruses kollageenkiud tihti suunatud periostile.

Suulaeluu periost on ühtlaselt paksu kambiaalkihiga selgelt jälgitav. Osteoblastide tsütoplasma on basofiilne, vär-

* On mõeldud *foramen palatinum majus*'e ja *foramina palatina minora* kaudu suulae väljuvaid närve ja veresooni.

vus intensiivselt PAS-reaktsiooni tagajärjel ja Brachet' reaktsioonil. Osteoidne ääris luu pinnal oli õhuke, tioniiniga metakromaatilisel ja altsiaansinisega intensiivselt värvuv. PAS-reaktsioon oli luu põhiaines positiivne. Kanalid kitsad, sisaldasid veresooni, sidekude ja vastu seina paiknevaid osteoblaste meenutavaid rakke. Viimaste histokeemilised reaktsioonid vastasid periosti kambiaalkihi puhul kirjeldatuile (mikrofoto 2). Hüperemia veresoontes puudub.

2. Katserühmad. Esimese katseseeria loomadel paranes operatsioonihaav esmaspingsalt. Kahel loomal, kellel veresooni ja närve oli vigastatud ühepoolsest, täheldati haava parempoolses eesmises servas piiratud alal nekroosi.

Teise seeria katseloomadel, kellel oli kahjustatud veresooni ja närve, leiti makroskoopiliselt limaskestalapi eesmise 1/3...2/3 osa nekroosi mõlemal pool. Kahel katseloomal ilmnisid 10...14-päevastes katsetes sekvestreeruva osteomüeliidi nähud.

Materjali histoloogilisel uurimisel selgus, et veresooni kahjustamata ja nende ühepoolse kahjustuse korral oli leid epiteeli osas küllalt varieeruv. Katsete puhul, mis kestsid 2...3 nädalat, oli haav epiteeliga kaetud, kuid vahetult haava pinnal oli see õhuke. Haava servas oli tugevaid epiteelkoe paksendeid, kus PAS-reaktsioon rakkude tsütoplasmas oli kontrollrühma andmetega võrreldes selgemini väljendunud ja värvumine altsiaansinisega intensiivsem. Rakkude tsütoplasma värvus positiivselt Brachet' reaktsioonil. Epiteelirakkude vahel leiti leukotsüüte. Epiteelirakkudes oli 1,9...4,1% rakke mitosisaadiumis. Nekrotiseerunud limaskesta osas preparaate ei olnud.

Juhul, kui veresooned ja närvid olid läbi lõigatud mõlemalt poolt, siis moodustusid kolmandal päeval epiteelis haava servas paksendid, mis värvusid mõõdukalt metakromaatilisel tioniini ja intensiivselt altsiaansinisega. Ka Brachet' ja PAS-reaktsioon olid positiivsed. Haavale ulatus 2...5 rakukihi paksune epiteeliväät. Seitsmendal päeval epiteliseerumine jätkus, kuid see ei

olnud veel täielik. Ka pikemat aega kestvates katsetes kattis haava pinda õhuke epiteelikiht või nekroosi korral see koguni puudus. Nekrotiseerunud ala servades olid alati epiteelkoelised paksendid, mis histokeemilistel reaktsioonidel tugevasti positiivselt värvusid (mikrofoto 3). Pärast üht nädalat ei vastanud epiteeli ehitus kogu suulael enam normile. Epiteelkude värvus (kontrollrühma andmetega võrreldes) intensiivsemalt histokeemilistel reaktsioonidel, papillid muutusid lamedaks või puudusid või paiknesid ebaühtlase tihedusega.

Katsed, mis minimaalselt kestavad kolm päeva, ei võimalda põletiku esimese faasi üle täpsemalt otsustada. Pärast separeerimist on suulae sidekoe rakkelementide arvukus kontrollrühma arvukusega võrreldes alati tunduvalt suurenenud. Sõltuvalt katse kestusest esines vastavalt ka rakuvorme — kas makrofaage või fibroblaste. Kõikide rakkude tsütoplasma oli tugevasti basofiilne ja PAS-reaktsioon positiivne. Põhiaine värvub tugevasti metakromaatilisel ja värvub altsiaansinisega. Katserühmast sõltumata püsis selline rakurohkus kõikides meie katsetes, seega säilis aktiivne põletik ja jätkusid kudede ümberehituslikud protsessid. Eri leid esines piirkondades, kus pehmetes kudedes tekkis nekroos. Selliste defektide põhjas täheldati alati eriti intensiivselt metakromaatilisel värvunud sidekude, rakkudest rohkesti lümfotsüüte ja granulotsüüte lisaks eespool nimetatutele (mikrofoto 4).

Kõikidele katsetele oli iseloomulik periosti rakkelementide arvu rohkenemine luukoes, eriti just puhtsidekoe rakkelementide arvel. Alates 5...7 päeva kestvatest katsetest ei olnud luu pind sile, vaid esines sidekoega täitunud sissesopistusi (mikrofoto 5). Periosti kambiaalkihi, samuti selle piirkonna sidekoerakkude tsütoplasma oli alati tugevasti basofiilne ja PAS-reaktsioon positiivne. Esimeses katseseerias luu enda ehitus sügavuses ei erinenud ehitusest kontrollkatsete korral, PAS-reaktsioon põhiaines jäi tugevalt posi-

tiivseks. Nagu kontrollrühmas, olid kanalid täitunud sidekoega. Teise seeria pikemates katsetes allus luukude paiguti tugevatele destruktiivsetele protsessidele. Lisaks sellele, et pind muutus ebatasaseks, olid kogu luu osas kanalid laienenud ja neis leitud hiidrakke, osteoklaste (vt. mikrofoto 6). Tähelepanu ka kõrkrakude kas kolletena või difuuselt (vt. mikrofoto 7), mõnel juhul luu üldse puudus (vt. mikrofoto 8). Kõik luu tekkinud tühimikud olid alati täidetud rakurikka veresooni sisaldava noore sidekoega. Sidekude värvus alati intensiivselt altsiaansinise ja metakromaatilisel tioniiniga.

Katsetest selgub, et suulaeoperatsioon põhjustab alati muutusi kõikides seal paiknevates kudedes, ka luus, kuna need on üksteisega tihedalt seotud. Meie varajasemate andmetega võrreldes (5) sedastati noorloomadel suulaes alljärgnevat ealisi iseärasusi: sidekude rakurohke, periost, eriti kambiaalkihi osas, aktiivne, luu struktuurilt küllalt hõre (rohkesti kanaleid), kanalites rakurikas sidekude.

Suulae pehmete kudede vigastamine kajastub alati ka luukoes, sõltumata sellest, kas närve ja veresoone on kahjustatud või mitte.

Operatsioonihaav paraneb ühelt poolt sidekoe aseptilise põletiku tagajärjel, millega luuakse alus epiteliseerumiseks, ring, teiselt poolt, epiteeli enese regeneratsioonivõime arvel. Esimese seeria katseloomadel haav epiteliseerus alati. Teises katseseerias aga oli epiteliseerumise puudulikkus kindlasti tingitud vereringe ja närvisüsteemi kahjustusest, kuna troofikahäireid oli kogu vaadeldavas epiteelipiirkonnas. Samasuguseid muutusi epiteelis ja selle all sidekoes on pärast närvide kahjustamist kirjeldanud A. Golikov (7), J. Pletškova (13), I. Hlopina (14) jt. Ühtlasi märgivad nad ka aeglustunud regeneratsiooni sellistes tingimustes. Seega pikemates katsetes nähtud muutused suulae pinnal (õhuke sile epiteel) on tingitud närvide ja vereringe häireist põhjustatud atroofiast ja regeneratsiooni piiratud.

Luukoe osas oli leid mõnevõrra

komplitseeritum. Pinna hõrenemine, periostirakkude proliferatsiooni intensiivsus on ilmselt tingitud operatsioonitraumast, kuna teda esineb ka siis, kui närve ja veresoone üldse ei ole kahjustatud. Teistes katsetes aga kaasneb neurogeenne mehhanism. I. Hlopina (14) väidab, et peale denervatsiooni luus esinevad alati kiiresti progresseeruvad destruktiivsed protsessid.

See kõik oli iseloomulik ka meie teise seeria katsetele. Otse nekroosikollete põhjas tingib luu täieliku lagunemise lisaks tekkiv luupõletik, milles on teatav osa ka kaasneval nakkusel. Maksimaalse kestusega katsetes sellised düstroofilised protsessid luukoes kestavad edasi ja on lühemate katsetega võrreldes isegi süvenenud.

Tulemused lubavad väita, et varem kirjeldatud andmed porootilistest luudest samasuguse meetodikaga operatsioonide puhul aastastes katsetes (5) on tingitud neurovasotroofika häiretest suulael. Kirurgilised manipulatsioonid ka sellistes regeneratsioonijõulistes kudedes nagu suuõõnt ümbritsevad peavad olema võimalikult säästlikud.

KIRJANDUS: 1. Atherton, J. D., Lovius, B. B. J., Maisels, D. O. Cleft Palate J., 1974, 11, 10, 429—438. — 2. Herfert, O. Dtsch. Zahn. Mund. Kieferheilk., 1956, 24, 3—4, 112—120. — 3. Latham, R. A., Winslow, R. B., Bevin, A. G. Brit. J. Plast. Surg., 1974, 27, 3, 264—273. — 4. Lõvi, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 6, 497—501. — 5. Lõvi, M., Roosaar, P. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 4, 311—313. — 6. Włodarkiewicz, A. Czas. Stomatol., 1977, 30, 3, 245—250.

7. Голиков А. Н. О роли нервной системы в заживлении ран. М., 1965. — 8. Дудко Д. В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Киев, 1970. — 9. Золотко В. С. Стоматология, 1966, 2, 64—68. — 10. Киселева А. Ф., Чеховский Р. Н., Рахний Ж. И. Пробл. хир. стоматол., 1970, 5, 67—73. — 11. Колесников Е. А. Пробл. хир. стоматол., 1968, 133—136. — 12. Льви М. О., Паю К. В. Стоматология, 1978, 1, 14—18. — 13. Плечкова Е. К. Реакция нервной системы организма на хроническое повреждение периферического нерва. М., 1961. — 14. Хлопина И. Д. Морфологические изменения денервированных тканей и развитие трофической язвы нейrogenного происхождения. Л., 1957.

TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateeder

UDK 612.332.84(047)

HAIGETE OPERATSIOONIAEGNE JA -JÄRGNE JÄLGIMINE AORTO- KORONAARSE ŠUNTEERIMISE KORRAL

REIN TEESALU · TARTU

haigete intensiivjälgimine, meetodid, aortokoronaarne šunteerimine, südamegevuse hindamine, Swan-Ganzi kateeter, operatsioonijärgse infarkti diagnoosimine

Haigete intensiivjälgimise probleem tuleb kogu oma kompleksuses ilmekalt esile südame isheemiatõbe põdevatel haigetel, kellel on ette võetud aortokoronaarne šunteerimine kunstliku vereringe tingimustes.

Intensiivjälgimise vajalikkust koronaarhaigusi põdejail seoses aortokoronaarse šunteerimisega illustreerivad kaks asjaolu.

1. Operatsioon kunstliku vereringe korral viiakse läbi tingimustes, mida õigustatult nimetatakse kontrollitavaks šoki-taoliseks seisundiks (1) või kontrollitud füsioloogiliseks vigastuseks (5). Sellises olukorras tuleb edasise ravi üle otsustada kiiresti, lähtudes füsioloogiliste näitajate täpsest mõõtmisest.

2. Kuigi haigete intensiivjälgimine on laialdaselt kasutusel mitmesugustes intensiivravipalates, on koronaarhaigusi põdejate intensiivravipalat üks vähe-seid kohti, kus tänu intensiivjälgimisele on müokardiinfarkti põdejail saavutatud ravitulemuste statistiliselt oluline paranemine (10).

Intensiivjälgimise all mõeldakse füsioloogiliste näitajate pidevat või perioodilist mõõtmist või füsioloogiliste näitajate tüübi vaatlemist selleks, et

organismi talitlust hinnata ja vahele segada, kui ähvardab kriis (14).

Eristatakse invasiivseid ja mitteinvasiivseid jälgimismeetodeid. Mitteinvasiivse jälgimise korral mõõdetakse füsioloogilisi näitajaid keha piiridest läbi tungimata. Mitteinvasiivsete meetodite näitena võib tuua EKG või EEG. Meetodid, mille puhul andur asetseb küll väljaspool keha piire, kuid kasutatakse keha piire läbivat kas radioaktiivset, elektrilist või muud energiat, kuuluvad invasiivsete hulka, nagu näiteks ultraheli- ja röntgendiagnostika. Et invasiioon tõepoolest aset leiab, seda näitab liiga pika ekspositsioonaja või liiga tugeva energia kasutamise korral tekkinud organismi kahjustus. Seda laadi meetodite eristamiseks «veristest» invasiivsetest meetoditest, näiteks südame kateteriseerimine, kasutatakse mõistet «mittedestruktiivne» (14). Mitteinvasiivsed meetodid on kirjanduses sageli mittedestruktiivsete sünonüümiks.

Operatsioonitubades, samuti moodsas intensiivravivis on füsioloogiliste näitajate mõõtmine ja protokollimise funktsioon üle antud jälgimisaparaatidele ehk monitoridele, mis sageli on ühendatud raalidega (3, 5, 13, 19). Ühelgi nüüdisaja monitoril ei ole «tüübi äratundmise», s. t. mittemõõdetavate bioloogiliste ilmingute hindamise võimet. Seetõttu ei asenda monitor arsti, küll aga annab arstile kiiresti täpset, mitmekesist ja ülevaatlikku informatsiooni, mis võimaldab raviplaani õigesti koostada ja ravi efektiivsust hinnata (6, 19).

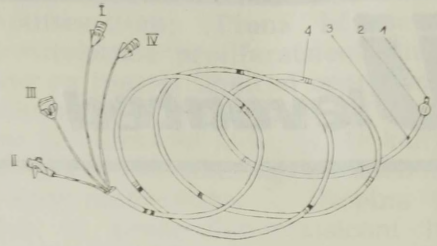
Puudutanud põgusalt mõningaid jälgimisega seoses olevaid üldisi probleeme, vaatleme lähemalt operatsiooniaegse ja -järgse jälgimise küsimusi aortokoronaarse šunteerimise korral. Kõige olulisem on kardiovaskulaarse süsteemi seisundi hindamine. EKG pideva jälgimise osatähtsust koronaarhaigusi põdejail on raske ülehinnata. Nagu juba öeldud, saavutati ainuüksi EKG pideva jälgimise teel intensiivravipalates letaalsuse statistiliselt oluline vähenemine, kuna raskeid rütmihäireid õnnestus õigel ajal ravida. Aortokoronaarse šunteerimise korral

jälgime EKG-d haige operatsioonituppa saabumisest neljanda operatsioonijärgse päevani, rütmihäirete korral aga vastavalt vajadusele kauem. Ka meie kogemused kinnitavad rütmihäirete ravi edukust, kui nad on EKG jälgimise teel varakult välja selgitatud. Nii näiteks vatsakeste fibrillatsiooni korral tänu jälgimisele kohe pärast edukat defibrillatsiooni ei tekkinud haigetel olulisi nihkeid ainevahetuses ega ilmnenu kõrvalkaldumisi hilisemas operatsioonijärgses kulus.

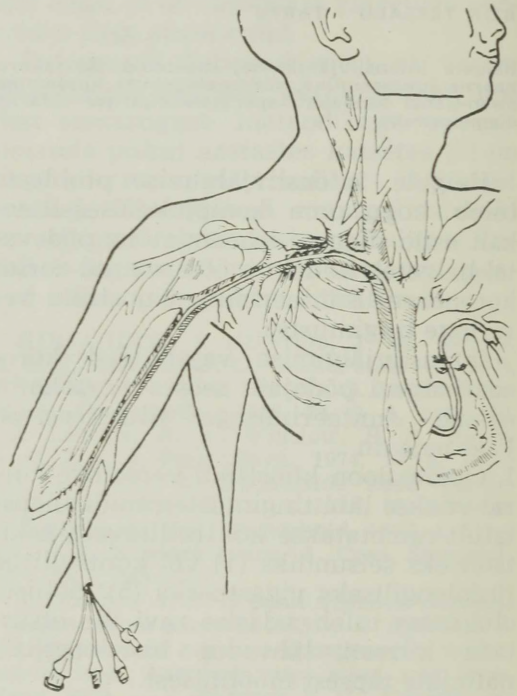
Südametegevuse hindamises on tähtis koht südame minutimahu määramisel. Operatsiooni ajal ja pärast operatsiooni, mil ravi üks eesmärke on südametegevuse tugevdamine, on korduv südame minutimahu määramine oluline toetuspunkt ratsionaalse medikamentoose ravi ja infusioonravi skeemi koostamisel (18). Südame minutimahtu hakati järjekindlalt määrada alles pärast termodilutsioonitehnika kasutuselevõttu. Varajasemad südame minutimahu määramise viisid olid igapäevases töös liiga keerukad ja aeganõudvad (13). Südame minutimahu määramine termodilutsiooni teel on indikaatoridilutsiooni meetodil südame minutimahu määramise erijuht (15, 18). Indikaatoridilutsiooni korral süstitakse kindel hulk indikaatorit (M) paremasse südamekotta. Ajas muutuv indikaatori kontsentratsioon $C(t)$ registreeritakse kopsuarteris teatavate intervallide tagant või pidevalt indikaatori kogu ilmumisaja (dt) jooksul. Südame minutimaht (Q) leitakse järgmise valemi järgi (15):

$$Q = \frac{M}{\int C(t) dt}$$

Ideaalne indikaator peab olema stabiilne, mittetoksiline ja ta peab veres ühtlaselt segunema. Tema kontsentratsioon peab olema kergesti mõõdetav. Indikaator ei tohi väljuda süsteemist süstimiskoha ja registreerimiskoha vahel. Samal ajal on soovitatav, et ta retsirkulatsiooni vältimiseks pärast mõõtmist kiiresti hajuks (15, 20). Kui indikaatorina kasutatakse värvaineid, on korduv määramine takistatud, kuna



Joonis 1. Swan-Ganzi kateeter. 1 — kateetri tipuava, 2 — täispuhutav mansett, 3 — termistor, 4 — külgava, I ja IV — kateetri külge ja tipuavaga ühenduses olevate valendike algusosad, II — õhuvalendiku ava kraaniga, III — termistori väljund.



Joonis 2. Swan-Ganzi kateeter kopsukapillaari rõhu mõõtmise asendis.

värvainete elimineerimine vereringest on suhteliselt aeglane. Mõõtmise teeb keerukaks vajadus võtta värvainete kontsentratsiooni määramiseks kopsuarterist korduvalt vereproove. Termodilutsioonimeetodi puhul on indikaatoriks «külm»: lahuse temperatuuri

(0-kraadine või ka toatemperatuuril olev 5%-line glükoosilahus, tavaliselt 10,0 ml) ja patsiendi kehatemperatuuri vahe. Paremasse südamekotta lahuse mõne sekundi jooksul viimisest tingitud temperatuurimuutus registreeritakse kopsuarterisse viidud termistori kaudu, mistõttu jääb ära vereproovide võtmise vajadus indikaatori kontsentratsiooni määramiseks. Südame minuti-mahu ja muude tsentraalse hemodünaamika parameetrite määramine lihtsustub pärast Swan-Ganzi kateetrite kasutuselevõtmist (12).

Swan-Ganzi kateeter on nelja valendikuga kateeter (vt. joonis 1), mille väline diameeter ei ületa tavalise südamekateetri välist diameetrit. Selle üks valendik lõpeb avaga kateetri tipus, teine aga külgevaga 30 cm kateetri tipust proksimaalsemal. Kolmandas valendikus asetsevad kaks traati, mis ühendavad kateetri tipus paikneva termistori mõõteploki. Neljanda valendiku kaudu on võimalik täis puhuda kateetri tipu lähedal olev mansett. Kateetri tipu asetamise korral kopsuarterisse jääb proksimaalne ava paremasse südamekotta. Kui ühendada valendikud rõhuanuritega, on samal ajal võimalik mõõta parema südamekoja ja kopsuarteri rõhku. Tavaliselt viiakse kateeter nii kaugele, et tema tipp asetuks kopsuarteri mõnes harus. Kateetri tipu lähedal oleva manseti täispuhumise teel sulletakse kopsuarteri haru valendik (vt. joonis 2). Kateetri tipu ava kaudu mõdetav rõhk ei ole sel juhul enam kopsuarteri rõhk, vaid kopsukapillaari rõhk. Viimane peegeldab väga täpselt vasaku südamekoja rõhku (7). Seega on Swan-Ganzi kateetriga võimalik hinnata venoosse vere juurdevoolu eraldi südame paremale (rõhk paremas kojas) ja vasakule (kopsukapillaari rõhk) poolele. Võimalus hinnata venoosse vere juurdevoolu otseselt vasakule südamepoolele on väga oluline infusioonravi määramisel koronaarhaigusi põdejaile, sest südamelihase koldelise kahjustuse tõttu ei tarvitse neil tsentraalne venoosne rõhk peegeldada vasaku vatsakese täitumise rõhku (8). Et lisaks Swan-Ganzi

kateetritele on haigetel paigaldatud ka arteriaalne kanüül, on võimalik leida järgmised näitajad:

1) arteriaalne rõhk (süstoolne, diastoolne, keskmine); 2) rõhk kopsuarteris; 3) rõhk paremas südamekojas; 4) rõhk kopsukapillaarides; 5) südame minuti-maht (SMM); 6) pO_2 ja oksühemoglobiiniprotsent ($HbO_2\%$) arteriaalses veres ning kopsuarterist võetud venoosses veres; kõigi muude analüüside jaoks on võimalik verd võtta nii arterist kui ka kopsuarterist; 7) hapnikusisaldus arteriaalses (C_a) ja venoosses (C_v) veres (ml-tes 100 ml-s).

Vere hapnikusisaldus (C) leitakse järgmise valemi järgi:

$$C = 1,34 \cdot \frac{HbO_2\%}{100} \cdot Hb + 0,0031 pO_2,$$

kus vere hemoglobiinisisaldus (Hb) on antud grammprotsentides (4); 8) O_2 tarbimine = $(C_a - C_v) \cdot SMM \cdot 10$ (ml/min.); 9) perifeerne vastupanu (PV), mis avaldatakse kas mmHg/l/min. või düün sek.cm⁻⁵ (2).

Esimesel juhul

Perifeerne vastupanu =

$$\frac{\text{keskmine arteriaalne rõhk (mmHg)} - \text{keskmine rõhk paremas kojas (mm Hg)}}{SMM \text{ (l/min.)}}$$

Teisel juhul

Perifeerne vastupanu =

$$\frac{\text{keskmine arteriaalne rõhk (mmHg)} - \text{keskmine rõhk paremas kojas (mm Hg)}}{SMM \text{ (ml/min.)}}$$

×1332×60.

10) Vasaku vatsakese töö =

$$\frac{13,6 \times \text{keskmine süstoolne rõhk} \times SMM}{1000}$$

(kGm/min.) (11).

Kirjeldatud uuringutekompleks on Tartu Kliinilises Haiglas kasutusel, kasutuselevõtja oli TRÜ arstiteaduskonna veresoontekirurgia laboratoorium. Kasutame Swan-Ganzi kateetreid (Edwards Laboratories, USA) koos TRÜ elektroonikute (L. Humal, P. Vaino) valmistatud mõõteploki. See annab südame minutimahu väärtuse (liitrit minutis) kümme sekundit pärast indikaatori manustamist.

Kui kodarluuarteri, kopsuarteri,

rangluualuse veeni kateteriseerimise korral on kateetrid tehniliselt korrektselt paigaldatud ja hiljem nõuetekohaselt hooldatud, siis haigeil tüsistusi ei teki.

Kui operatsiooni ajal ja kohe pärast operatsiooni on peamised informatsiooniallikad invasiivsed kui vaieldamatult täpsemad meetodid, tuleb hiljem tahestatmata üle minna mitteinvasiivsetele meetoditele. Ka hilisemal operatsioonijärgsel perioodil on kõige olulisem kardiovaskulaarse süsteemi seisundi, eeskätt südame funktsioonivõime hindamine. Funktsioonivõime hindamine mitteinvasiivselt on edukas olnud, kui on kasutatud EKG-d, fonokardiogrammi, unearteril registreeritud sfügmokardiogrammi ja apekskardiogrammi alusel tehtud südame faasanalüüsi (16). Et faasanalüüsi tulemuste tõlgendamisel suuremat kindlustunnet saavutada, rakendame seda paralleelselt invasiivsete meetoditega koronarograafia ajal ja 1...2. operatsioonijärgsel päeval. Faasanalüüsi andmeid läheb meil tarvis ka opereeritud haigete südame funktsioonivõime hiliskontrollil (J. Maaroo).

Hingamissüsteem on hapniku atmosfäärast mitokondriteni transportimise keerulise füsioloogilise ahela esimene lüli. Enne operatsiooni uurime hingamissüsteemi talitlust põhjalikult (P.-H. Kingissepp). Operatsiooni ajal ja pärast operatsiooni piirdume hingamissüsteemi seisundi ning juhitava või omahingamise adekvaatsuse jälgimisel veregaaside regulaarse (arteriaalse vere pO_2 ja pCO_2) määramisega, kopsude perkussiooni ja auskultatsiooniga ning röntgenülesvõtetega rindkerest. Operatsioonijärgsel perioodil kasutame kopsude kunstlikku ventilatsiooni mitte üksnes adekvaatseks gaasivahetuseks, vaid ka südame koormuse vähendamiseks. Nimelt on väidetud, et kui tervel inimesel kulub hingamislihaste vajaduste rahuldamiseks 2% südame minutimahust, siis operatsioonijärgselt võib see ulatuda 20% -ni (17).

Operatsiooni ajal mõõdame kehatemperatuuri pidevalt, mõõtmiseks kasutame söögitorru viidud andurit. Ope-

ratsiooni järel mõõdame seda kaenla alla pandud elektritermomeetriga pidevalt või tavalise termomeetriga regulaarselt. Et südame seiskamiseks kasutame külmkardiopleegiat, mõõdame kunstliku vereringe ajal lisaks kehatemperatuurile ka müokardi temperatuuri. Operatsiooni ajal tuleb tingimata jälgida vee- ja elektrolüütide ainevahetust, eriti seetõttu, et kunstliku vereringe ajal kasutatakse hemodilutsiooni. Määrame diureesi tunnis ja uriiniga eritunud K^+ ning Na^+ hulka. Regulaarselt määrame K^+ ja Na^+ kontsentratsiooni veres, samuti vere hemoglobiinisalduse ja hematokriti näidu. Arütmiate vältimise seisukohalt peame eriti oluliseks vere K^+ kontsentratsiooni säilitamist normi piires, soovitatavalt normi ülemise piiri lähedal. Operatsiooni ajal määrame regulaarselt happelise tasakaalu ja pO_2 arteriaalses ja venoosses veres. Eriti tähtis on, et neid näitajaid määrataks kunstliku vereringe ajal viimase adekvaatsuse kontrollimiseks. Et happelise tasakaalu nihked mõjutavad südame kontraktsioonivõimet, korrigeerime neid. EEG jälgimisest operatsiooni ajal oleme loobunud, sest ajuarterite õhkemboolia ohtu aortokoronaarse šunteerimise ajal ei ole ja anesteesia läbiviimisel me EEG-st ei juhindu.

Kunstliku vereringe järgsel perioodil tuleb vere normaalne hüübivus kindlasti taastada. Protamiinsulfaadi hulga leidmiseks võtame ette hepariniseeritud vere protamiinsulfaadi (erisugustes lahjendustes) tagasitiitrimise *in vitro*. Protamiinsulfaadi manustamise efekti kontrollime sel teel, et hüübimisaaja määrame Lee-White'i järgi. Pärast kunstliku vereringe lõppu määrame alati vereseerumi vaba hemoglobiini sisalduse, mis võimaldab hinnata kunstliku vereringe ajal verele tekitatud kahjustust.

Operatsioonijärgsel perioodil püüame haige küsitlemise ja uurimise teel tüsistuste esimesi tundemärke välja selgitada. Lisaks varem mainitud uuringutele määrame esimestel päevadel pärast operatsiooni regulaarselt vere-

suhkru, vere leukotsüütide hulga ja valgeverevalemi, üldvalgu, bilirubiini, jääklämmastiku ja diastaasi veres ning uriinis.

Omaette probleem on infarkti diagnoosimine kohe pärast operatsiooni. Valule kui infarkti tunnusele analgeetikumide kasutamise tõttu toetuda ei saa. Pealegi väidetakse, et operatsiooni ajal ja kohe pärast operatsiooni tekkinud infarkti puhul on valusümptoom suhteliselt tagaplaanil. Müokardiinfarkti elektrokardiograafiliselt nähtavate tunnuste avaldumist segavad EKG muutused, mis on operatsioonist tingitud (9). Sellepärast loodetakse abi ensüümdiagnostikalt. Peab aga ütleva, et pärast kunstliku vereringe tingimustes toimunud operatsiooni on tõusnud nii KFK, GOT, GPT kui ka laktaatdehüdrogenaas (21). Väljapääsuks on rangelt kardiospetsiifiliste ensüümide, näiteks kardiospetsiifilise KFK määramine, samuti ka juba mainitud ensüümide korduv määramine ja nende kontsentratsiooni dünaamika jälgimine. Müokardiinfarkti ensüümdiagnostikas loodame abi Rootsi firma ensüümidemäärajalt (*Reaction Rate Analyzer*).

Kokku võttes peab ütleva, et isiklik kogemus 120 opereerituga kinnitab jälgimise äärmiselt olulist osa haige seisundi operatsiooniaegsel korrigeerimisel ning operatsioonijärgsel ravil ja põetusel.

KIRJANDUS: 1. *Baust, G.* Die Hämodynamik während des extrakorporalen Kreislaufs. Leipzig, 1971. — 2. *Brutsaert, D. L., Sonnenblick, E. D.* Prog. Cardiovasc. Dis., 1973, 16, 3, 337—361. — 3. *Buchbrinder, N., Ganz, W.* Anaesthesiology, 1976, 45, 2, 146—154. — 4. *Cavanilles, J. M.* In: Recent progress in anaesthesiology and resuscitation. Amsterdam, 1975, 619—621. — 5. *Del Guercio, L. R. M.* In: Principles of surgery. New York, 1974, 491—511. — 6. *Ferrari, H. A., Robicsek, F.* In: Recent progress in anesthesiology and resuscitation. Amsterdam, 1975, 432—436. — 7. *Gilbertson, A. A.* Brit. J. Anaesth., 1974, 46, 2, 97—103. — 8. *Gunnar, R. M., Loeb, H. S., Rahimtoola, S. H.* In: Shock in myocardial infarction. New York, 1974, 113—130. — 9. *Klein, M. S., Ludbrook, P. A., Mimbs, J. W., Gatford, F. H., T. A. Gillespie, Weldon, C. S., Sobel, B. E., Roberts, R. J.* Thorac. Cardiovasc. Surg., 1977, 73, 2, 253—257. — 10. *Lown, B.* Arch.

Klin. Med., 1969, 216, 2, 201—241. — 11. *Shaver, J. C., Lombardo, A. A., Verne, V. C.*, Amer. Heart J., 1974, 87, 1, 97—104. — 12. *Swan, H. J. C., Ganz, W., Forrester, J. Marens H., Diamond, G., Chonetti, D.* New Engl. J. Med., 1970, 283, 4, 447—450. — 13. *Towne, W. D.* In: Shock in myocardial infarction. New York, 1974, 85—111. — 14. *Weinman, J.* In: Recent progress in anaesthesiology and resuscitation. Amsterdam, 1975, 613—618. — 15. *Weisel, R. D., Berger, R. L., Hechtman, H. B.* New England J. Med., 1975, 292, 3, 682—684. — 16. *Weissler, A. M., Harris, W. S., Scoenfeld, C. D.* Amer. J. Cardiol., 1969, 23, 4, 577—583. — 17. *Wilson, R. S., Sullivan, S. F., Malm, J. R., Bowman, F. O.* Anesthesiology, 1973, 39, 4, 387—393.

18. *Булятян А. А., Березин А. В., Селезнев М. Н., Юловский М. С., Рузайкина Т. И.* Экспер. хир. и анестезиол., 1975, 5, 68—70. — 19. *Булятян А. А., Косенко Р. П., Флеров Е. В., Саблин И. Н.* Анестезиол. и реаниматол., 1977, 1, 41—44. — 20. *Дарбинян Т. М., Вольнский Ю. Д., Пастушенко В. П.* Экспер. хир. анестезиол., 1975, 5, 58—67. — 21. *Лебедева Р. Н., Аббакумов В. В., Заикина Л. В., Зубадалашвили Т. З., Свирицевский Е. Б.* Кардиология, 1975, 4, 31—35.

TRÜ veresoontekirurgia laboratoorium

UDK 576.8.097.3(047)

UUT INTERFEROONIST

LUDMILLA PRIIMAGI · TALLINN

interferoon, toime, kasutamismoodused, interferooni induktorid, interferooni seos mediaatoritega, interferonogeenid

Viimastel aastatel on meie teadmised interferoonist tunduvalt laienenud: kitsalt viirustevastaselt toimeainelt, klassikaliselt ehk I tüübi interferoonilt, mida *in vitro* produtseerivad mitmesugused rakuliigid, on huvi üha enam siirdunud immuuninterferoonile ehk II tüübi interferoonile, mida töötavad välja vaid immunokompetentsed rakud, esmajärjekorras T-lümfotsüüdid. Viimati mainitud interferooni nimetatakse isegi immuunvastuse regulaatoriks (20, 24, 29).

Tänu laiale viirustevastasele spektrile, mittetoksilisusele ja antigeensuse puudumisele ühe liigi piires võib in-

terferoon leida ulatuslikku kasutamist tervishoiupraktikas. Hästi on tuntud nõukogude viroloogide ja klinitsistide edusammud interferoonipreparaatide ning mõnede interferonogeenide kasutamisel respiratoorsete viirusnakkuste, herpeetiliste naha- ja herpeetiliste ja adenoviiruslike silmakahjustuste ravis ja profülaktikas (15, 36, 38, 40, 41, 43, 44). Välismaa autorid on saanud lootustäratavaid tulemusi HBAG-kandjate (Au-antigeeni-kandjate) ravimisel kontsentreeritud, kõrge puhtusastmega interferooniga (9, 35). Selline interferoon on tõhusaks osutunud ka marutõve profülaktikas primaatidel, kui preparaati manustati intralumbaarselt 1...3 päeva pärast katselooma nakatamist marutõveviirusega (21).

Paljud uurijad on täheldanud, et interferoonil on sageli ka bakteritevastane toime (11, 34). Selle nähtuse mehhanism, mis seisneb makrofaagide fagotsütaarse aktiivsuse suurendamises interferooni poolt *in vivo*, avastati hiljuti (22). Nende tähelepanekute kõrval on korjunud üha enam andmeid interferooni mitmesuguste teiste toimeefektide kohta, näiteks toimest rakupooldumisesse, antikehade tekkesse, rakuimmuniteedi reaktsioonide väljakujunemisesse, sensibiliseeritud lümfotsüütide tsütotoksilisusesse, uudismoodustiste kasvusse katseloomadel.

Mõõtmatu on avardunud agensite ja ainete ring, mis võivad toimida interferooni induktoritena. Sõja kuuluvad nüüd praktiliselt kõik viirused, nende nukleiinhapped, sünteetilised polünukleotiidid, looduslikud polü- ning lipopolüsahhariidid, bakterid, riketsiad, algloomad, mükoplasmad, suur hulk mitmesuguseid keemilisi ühendeid, mitmed valgupreparaadid, sealhulgas liigivõoras gammaglobuliin jm. Seejuures osutus enamik neid induktoreid aktiivseks ainult *in vivo*, kuna peamisteks interferonogeenideks koekultuurides olid ning on praegugi viirused ja sünteetilised polünukleotiidid. Oletatakse, et interferooni produktsioon on raku loomulik reaktsioon mis tahes võõra informatsiooni, esmajoones antigeenide

sissetungile. Enamikul interferonogeenidel on antigeensed omadused, teised aga võivad toimida haptteenidena. Hiljuti ilmus teade, et faktor, mis on võimeline üle kandma spetsiifilise sensibilisatsiooni seisundit sensibiliseeritud lümfotsüütidelt normaalsetele ja mis oma keemiliselt struktuurilt on kahe-spiraalne RNA (39), on ka aktiivne interferooni induktor. Tema manustamine kroonilisi viirusnakkusi põdevatele haigetele toob kaasa nende seisundi tunduva paranemise (25).

Interferooni uurimise edasine areng on näidanud, et on mitmete ühendite komplekse, mida seob nimetus «interferoon». Neil on erisugune molekulmass — 20 000...140 000 daltonit — ning nad erinevad üksteisest mõningal määral füüsikalise-keemiliste ja bioloogiliste omaduste poolest. Seejuures klassikaline interferoon, mida koekultuuri rakud produtseerivad vastuseks viirusnakkusele, on püsiv pH 2 korral ja temperatuuril 56°. Kõrge puhtusastme puhul on ta liigispetsiifiline, aktiivne ainult homoloogilises koes (3). Samal ajal immuuninterferoon, mida töötavad välja lümfoidsed rakud. lõhustub suures osas pH 2 korral ja 56° temperatuuril ning ta on aktiivne ka heteroloogilistes rakkudes (2, 33).

Immuunsete loomade lümfotsüüdid produtseerivad interferooni spetsiifilise antigeeni toimel tunduvalt suuremas koguses kui mitteimmuunsete loomade lümfotsüüdid (17, 26). Seda on demonstreeritud paljudel katsemudelitel, samuti leetrite (45) ja punetiste (6) vastu vaksineeritud inimestel.

Viimaste aastate tööd on kinnitanud, et immuuninterferooni produtseerivad T-lümfotsüüdid makrofaagide osavõtul (10, 23, 33). Ta on üks rakuimmuniteedi mediaatoreid (39) ning töötatakse välja lümfotsüütide stimuleerimisel mitogeenide, bakteriaalsete ja viiruslike antigeenide, antilümfotsütaarse seerumi ja allogeensete lümfotsüütidega (tsit. 10 j.).

Meie instituudis on alustatud uurimisi interferooni seostest kahe teise mediaatoriga — lümfotoksiini ja migratsiooni pidurdava faktoriga — im-

muunvastuse formeerumisel viiruslike antigeenidele.

Klassikaline interferoon aktiveerib makrofaage, stimuleerib või pärsib rakkude proliferatsiooni (31), reguleerib antikehade produktsiooni B-lümfotsüütide poolt. Tema toime sõltub kontsentratsioonist — B-lümfotsüütide töötlemine väikeste interferooni doosidega põhjustab antikehade produktsiooni märgatavat suurenemist, kuna interferooni suured kontsentratsioonid pärsivad seda protsessi tunduvalt (5, 16). Enamik autoreid, kes on täheldanud interferooni immunodepressiivset toimet, kasutas töötamisel interferooni selliseid kontsentratsioone, mis viirusnakkuste profülaktikaks tarvisminevast kontsentratsioonist olid sadu kordi suuremad või olid mitu korda suuremad neist interferooni hulkadest, mis tekkivad organismis interferonogeenide toimel. Interferooni induktorite manustamine osutas ka antikehade tekkele mitmesugust efekti. Sõltuvalt interferonogeeni liigist ja manustamise vaheajadest, samuti antigeeni liigist võis induktor toimida immunodepressorina või adiuvandina (4, 37).

Interferoon, mis tekib sünteetiliste induktorite toimel või viirusnakkuse ajal või mis on manustatud valmispreparaadina, mõjub rakuimmunitedi reaktsioonide väljakujunemisele suuresti: 1) pärsib hiirtel aeglast tüüpi ülitundlikkust (27); 2) pikendab hiirtel allotransplantaadi kinnitumist (28); 3) pärsib transplanteeritud allogeensete põrna ja luuüdi rakkude paljunemist (7).

Paljud tööd käsitlevad sama liigi homoloogiliste rakkude paljunemise pärsimist interferooni poolt *in vitro* (19, 30 jt.). Alles viimastel aastatel on kindlaks tehtud, et selle nähtuse kutsub esile hoopis interferooniga kaasas olev aine, mis aga ise ei ole interferoon. Tal on teistsugused füüsikalised-keemilised ja bioloogilised omadused ning ta on interferooni molekulidega seotud elektrostaatiliste sidemete abil (8).

Nüüdisajal on rikkalikult kirjandust, mis kirjeldab interferooni ja interfero-

nogeenide toimet onkogeensetesse viirustesse ning viimaste indutseeritud rakkude transformatsioonisse, samuti uudismoodustiste kasvusse katseloomadel. Kõigepealt selgus, et onkogeensed viirused osutuvad ise interferooni induktoriteks ja on tundlikud interferooni ja interferonogeenide *in vitro* ja *in vivo* toime suhtes (1, 12, 13, 14). Loomkatsetes võivad nad nii otseselt kui ka kaudselt mõjuda kasvajakrakkude paljunemisele, kas viimaste kasvu pärssides või interferooniga töödeldud märklaudrakkude tundlikkust lümfotsüütide toksilise toime suhtes tõstes (18, 32, 42).

Esitatud materjalid räägivad interferooni poolt esilekutsutud bioloogiliste nähtuste mitmekesisusest.

KIRJANDUS: 1. Adams, A., Strander, H., Gantell, K. J. Gen. Virol., 1975, 28, 207—218. — 2. Babluk, L. A., Rouse, B. T. Intervirology, 1977, 8, 250—256. — 3. Baron, S., Levy, H. B. Ann. Rev. Microbiol., 1966, 20, 291—318. — 4. Berencsi, K., Beladi, I., Juhasz, A. Z. Immunitätsforsch., 1974, 147, 5, 441—448. — 5. Broudeur, B. R., Merigan, T. C., G. Immunol., 1974, 113, 4, 1319—1325. — 6. Buimovici-Klein, E., Weiss, K. E., Cooper, L. Z. J. Infect. Dis., 1977, 135, 3, 380—385. — 7. Cerottini, J. C., Brunner, K. T., Lindahl, P., Gresser, I. Nature, 1973, 242, 118, 152—153. — 8. Dahl, H., Acta Pathol. Microbiol. Scand., 1977, Sect. B, 85, 54—60. — 9. Editorial. Lancet, 1976, 7995, 1122—1124. — 10. Epstein, L. B. In: Effects of Interferon on Cells, Viruses and the Immune System. Ed. by G. G. Galanos. London, Acad. Press, 1975, 394—408. — 11. Eyckmans, L., Billaud, A., De Somer, P. Biomed. Express, 1973, 19, 5, 187—192. — 12. Friedman, R. M., Rabson, A. S. J. Exp. Med., 1964, 119, 1, 71—81. — 13. Friedman, R. M., Ramseur, J. M. Proc. Nat. Acad. Sci., USA, 1974, 71, 9, 3542—3544. — 14. Force, E. E., Stewart, R., J. Immunol., 1966, 97, 1, 126—130. — 15. Furer, N., Nemirovskaja, N., Scherbakova, E., Zlatkovskaja, N., Ermoljeva, Z. Proc. 6th. Int. Congr. Chemother., Tokyo, 1970, vol. 2, 90—92. — 16. Gisler, R. H., Lindahl, P., Gresser, I. J. Immunol., 1974, 113, 2, 438—444. — 17. Glasgow, L. A., J. Bacteriol., 1966, 91, 2185—2191. — 18. Gresser, I., Maur Ch., Brouty-Boye D. Nature, 1972, 239, 5368, 167—168. — 19. Gresser, I., Thomas, M. F., Brouty-Boye D., Macieira-Goelho, A. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1971, 137, 4, 1258—1261. — 20. Heron, I., Bero, K., Cantell, K. J. Immunol., 1976, 117, 4, 1370—1373. — 21. Hiltenehaus, J., Weinmann, E., Majer, M., Barth, R., Jaeger, O. J. Infect. Dis., 1977, 135, 5, 846—849. — 22. Huang, K. Y., Donahoe, R. M. In:

Effects of Interferon on Cells, Viruses and the Immune System. Ed. by Gerald, A., London, Acad. Press, 1975, 381—387. — 23. Iwasaki, T., Nozima, T. J. Immunol., 1977, 118, 1, 256—263. — 24. Johanson, H. M., Baron, S. CRC. Crit. Rev. in Biochem., 1976, 4, 2, 203—227. — 25. Khan, A. Lancet, 1978, 8059, 328—329. — 26. Lodmell, D. L., Notkins, A. L. J. Exp. Med., 1974, 140, 3, 764—778. — 27. De Maeyer, E., De Maeyer-Guignard, J., Vandeputte, M. Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 1975, 72, 5, 1753—1757. — 28. De Maeyer, E., Mobraaten, L., De Maeyer-Guignard, J. C. R. Acad. Sci., 1973, D277, 19, 2101—2103. — 29. Merigan, T. C., Chester, T. J., Paucker, K. In: Effects of Interferon on Cells, Viruses and the Immune System. Ed. by Gerald, A. London, Acad. Press., 1975, 347—354. — 30. Ohwaki, M., Kawade, Y. Acta Virol., 1972, 16, 6, 477—486. — 31. Thorbecke, G. J., Friedman-Kien, A. E., Vilcek, J. Cell. Immunol., 1974, 12, 2, 290—295. — 32. Todaro, G. J., Green, H. Virology, 1967, 33, 4, 752—754. — 33. Valle, M. J., Jordan, G. W., Haahr, S., Merigan, T. C. J. Immunol., 1975, 115, 1, 230—233. — 34. Vilcek, J., Jahiel, R. Arch. Intern. Med., 1970, 126, 1, 69—77. — 35. Weimar, W., Heijtkink, R. A. Schalm, S. W., van Blankenstein, M., Schellekens, H., Masurel, N., Edy V. G., Biliau, A., De Somer, P. Lancet, 1977, 8051, 1282.

36. Бусуек Г. П., Гайлонская И. Н., Лозинская Т. М., Банина В. П., Журникова Н. И., Циприна М. А. Вopr. вирусол., 1971, 2, 226—229. — 37. Вильнер Л. М. Тр. ин-та полиомиелита и вирусн. энцефалитов АМН СССР, 1974, 22, 2, 129—137. — 38. Воротищева Н. В., Барамыкова Г. П., Кузнецов В. П., Лозовская Л. С., Нефедова Л. А., Афонина Л. П. Педиатрия, 1975, 1, 37—42. — 39. Петров Р. В. В кн.: Иммунология и иммуногенетика, 1976, 160—173. — 40. Приймаги Л. С., Гриншпун Л. Е., Фадеева Л. Л., Воротишлова М. К., Таупере В. О., Урман И. С., Суби К. X., Куслап Т. Р., Вахер Ю. И., Йыкс С. Р. Здравоохранение Советской Эстонии, 1971, 1, 20—25. — 41. Приймаги Л. С., Гриншпун Л. Е., Воробьева А. И., Урман И. С., Михайлова В. А., Якобшвили Л. В. Здравоохранение Советской Эстонии, 1972, 3, 204—210. — 42. Славина Е. Г., Свет-Молдавский Г. Я. Вopr. вирусол., 1973, 3, 366—368. — 43. Смородицвев А. А. В кн.: Эпидемиология и профилактика гриппа в социалистических странах. Л., 1975, 159—165, 179. — 44. Соловьев В. Д. Бюллетень ВОЗ. Грипп Гонконг. Международная конференция. Женева, 1969, 697—703. — 45. Трубина Л. М., Яковенко З. Ф., Иткис С. Н., Захарченко Е. М. Acta virol., 1972, 16, 5, 446.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Tervishoiutöö korraldus

UDK 614.254

RAJOOINI JUHTIVATE TERVIS- HOIUSPETSIALISTIDE TÖÖ- KORRALDUS

ANDREI SARAP LEMBIT METSIS HELJU
KUNAMAGI · TALLINN

rajooni tervishoiuspetsialistid, töökorraldus, ankeetandmete analüüsi tulemused

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXV kongressi otsustes on määratud meie maa rahvamajanduse arengu põhisuunad. Tervishoiu arengus on tähtsamaid ülesandeid töö ja juhtimise meetodite täiustamine. Tuleb lõpetada asjatud kulutused ja ära hoida materiaalsed kaod ning säästa tööjõudu. Materiaalseid ja rahalisi vahendeid tuleb optimaalselt kasutada. Nende probleemide lahendamine eeldab tervishoiuasutuste teaduslikku töökorraldust (1).

Meie vabariigi raviasutuste töökorralduse uurimisel selgus, et asutuse sisest ametikoha põhimäärust on töötajate tööülesannete täpselt fikseerimiseks veel vähe kasutatud. Rajooni keskskhaiglates ei õnnestunud neid määrusi aga üldse leida.

Kirjanduses (2, 3, 4) on ära toodud üksikute ametikohtade tööeeskirjad, kuid kahjuks esineb ka neis puudusi. Paljud tähtsad punktid, mis puudutavad rajooni keskskhaiglate juhtivate töötajate ja rajooni peaspetsialistide tööd, on välja jäetud. Samas aga esineb peaarsti ja tema asetäitjate vahel tööülesannete dubleerimist.

Eeltodust lähtudes koostas Eksperi-

mentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku töökorralduse ja metoodika osakond Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi soovitusel tüüpeeskirja «Rajooni keskhaigla juhtivate töötajate ja rajooni peaspetsialistide funktsionaalsed kohustused».

Et saada andmeid rajooni keskhaiglate juhtivate spetsialistide töökorralduse ja koormuse kohta, kasutati töös ühe meetodina ankeetküsitlust. Juhtivate töötajate ajabilansi täpsustamiseks ja ülevaate saamiseks päeva jooksul tehtavast tööst pildistati tööpäeva auto-kronometraažimeetodil. Lisaks eespool mainitule analüüsiti sellesisulisi dokumente ja rajooni keskhaiglates koostatud kohustuste jaotuse skeeme.

Analüüsist ilmselt, et rajoonide juhtivate spetsialistide seas on mehi ja naisi enam-vähem võrdselt. Suurema osa spetsialistide (95%) tööstaaž arstina oli üle viie aasta. Oma ametikohal oli üle viie aasta töötanud 70% spetsialistidest. Sellest järeldub, et paljudel maal töötavatel spetsialistidel on küllaldaselt kogemusi tööks arstina või tervishoiujuhina.

Kahjuks ei ole spetsialistide ettevalmistus tööks juhtival ametikohal alati piisav. Nii ei olnud 40% juhtivatest töötajatest saanud eriettevalmistust praegusel ametikohal töötamiseks. Paljud juhtivad spetsialistid on seni vähe

tegelnud oma teadmiste täiendamise, mida kinnitavad ka atestatsioonikomisjoni hinnangud. Nii oli uuritavaist vähem kui pooltel (43%) esimene või kõrgem kategooria.

Ankeetküsitlusest selgus, et 61% spetsialistide motiiviks oma kohale tööle asumisel oli soov parandada arstiabi või leida paremaid võimalusi oma teadmiste rakendamiseks. Ent vaatamata aastatepikkusele töötamisele oma ametikohal ei ole tööülesanded veel paljudel (48,3%) selged. Halb on olukord rajoonikirurgide ja -terapeutide seas: oma kohustusi arvas täpselt teadvat ainult 30% töötajatest. Selle lünga kõrvaldamiseks tuleks rajooni keskhaiglate osakonnajuhatajatele (rajooni peaspetsialistidele) korraldada täienduskursusi, kus nad erialateadmiste kõrval saaksid teadmisi ka sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kohta. Ei ole halb, kui rajooni peaspetsialistid lisaks erialatäiendusele teeksid läbi ka organisaatorite täiendamise kursused. Kõrgemalseisvatel organitel tuleb edaspidi rohkem kontrollida juhtivate spetsialistide enesetäiendamist ning edutamisel tuleks arvestada soovi oma teadmisi täiendada.

Pidurdavalt mõjutab enesetäiendamist ülekoormatus tööga ja ühiskondlike kohustustega. Enamikul paaristel on kolm ja enam ühiskondlikku

Tabel. Rajooni keskhaigla juhtivate spetsialistide ajakulu tööülesannete täitmisel %-des (ankeetküsitluse andmed)

Spetsialist	Tööülesanne			
	rajooni tervishoiuvõrgu juhtimine	koosolekud haiglas	koosolekud ja nõupidamised väljaspool haiglat	muu töö
Peaarst	42,2	10,8	21,4	25,6
Peaarsti asetäitjad	26,3	12,8	7,8	53,1
ravi alal	13,0	8,3	5,0	73,7
maa-arstijaoskondade alal	39,0	14,0	10,5	36,5
polikliinilisel alal	10,0	20,0	5,0	65,0
Osakonnajuhatajad (rajooni peaspetsialistid)	30,2	9,8	4,7	55,3
rajooni peakirurg	7,5	12,0	7,0	73,5
rajooni peaterapeut	23,3	5,0	5,0	66,7
rajooni peagünekoloog	30,6	11,9	2,5	55,0
rajooni peapediaater	45,7	7,5	4,2	42,6

ülesannet, rajooni peaspetsialistidel on ühiskondlikke ülesandeid vähem. Tuleb aga silmas pidada, et eeskirjadekohaselt täidab enamik rajooni peaspetsialiste poole koormusega ka raviarsti kohustusi, nii on nendegi tööpäev pingeline ja enesetäiendamiseks jääb aega väheks.

Rajooni juhtivate tervishoiuspetsialistide arvamustest tööaja kulu kohta annab ülevaate tabel.

Peaarstidel kulub suur osa tööajast (üle 30%) koosolekuteks. Peaarsti asetäitjatel kulub selleks tööajast üks viiendik, veidi vähem rajooni peaspetsialistidel. Rajooni tervishoiuvõrgu juhtimine võtab peaarstidel 42,2% tööajast, asetäitjatel 26,3 ja osakonnajuhatajatel 30,2%. Ka tööpäeva pildistamise (autokronometraaži) andmed olid eespool toodutele lähedased. Tundub, et enne koosoleku või nõupidamise kokkukutsumist peaks senisest enam kaaluma selle vajalikkust ja kutsuma sinna üksnes need töötajad, kes arutluse all oleva probleemiga otseselt tegelevad. Tervishoiuvõrgu juhtimisel aitab ajakulu kahtlemata vähendada ülesannete täpne jaotamine üksikute spetsialistide vahel. Tööülesannete täpseks fikseerimiseks ja tööde dubleerimise vältimiseks on rajooni peaarstide, nende asetäitjate ja rajooni peaspetsialistide tarvis koostatud tüüpeeskiri «Rajooni tervishoiu juhtivate spetsialistide funktsionaalsed kohustused». Selle on kinnitanud tervishoiuminister ning see on kooskõlastatud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komiteega.

Tüüpeeskiri koosneb neljast osast.

Esimeses osas — üldsätted — loetletakse need, kes antud ametikohal võivad töötada, alluvus, samuti töö korraldamiseks tarvisminevad juhendmaterjalid.

Teises osas — põhilised ülesanded — esitatakse üldküsimuste ring ja probleemistik, millega spetsialist peab tegelema.

Kolmandas osas — õigused — määratakse kindlaks spetsialisti õiguslikud piirid tööülesannete lahendamisel.

Neljandas osas — kohustused — esitatakse küsimused ja ülesanded, mida spetsialistil tuleb lahendada.

Lahendamist vajab ka probleem, kuidas spetsialiste pidevalt varustada uusimate andmetega elanike tervisliku seisundi ja rajooni sanitaarse olukorra kohta. Andmete saamiseks tuleks ravi-asutuste või organisatsioonide ja metoodikakabinetide juurde kirjanduse näidete eeskujul (5) luua asjaomased teenistused ning välja töötada spetsialistide andmetega varustamise süsteem.

KIRJANDUS: 1. Гаджиев Р. С. Типовые должностные инструкции для врачей центральной районной больницы. Тула, 1973. — 2. Типовые должностные инструкции для медицинского персонала хирургических стационарных отделений. М., 1973. — 3. Никитин В. Т. Сов. здравоохран., 1976, 7, 38—41. — 4. Голяченко А. М., Обухов А. Т. Сов. здравоохран., 1977, 7, 20—23.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616-006.325.03:616.12

VASAKU SÜDAMEKOJA MÜKSOOMI JUHT

ERNST KOO ALBERT KLIIMAN LEO POKK
INGE LIIV MALLE KEIS TARTU

südame vasaku koja müksoom, sümptoomid, ehokardiogramm, kirurgiline ravi, histoloogia

Sissejuhatus. Südame primaarseid tuumoreid esineb suhteliselt harva, lahangute andmetel 0,05...0,1% (10, 16). Meie haiglas leiti üks selline juht 500 südameoperatsiooni kohta. Kolm neljandikku südame esmastest kasvajatest on healoomulised, mille hulgas kuulub esikoht (üle 50%) müksoomidele (8, 10). Sagedamini on neid täheldatud 30...60 aasta vanustel, enamasti naistel (19, 21). Müksoomid paiknevad tihti südamekodades, eriti vasakus kijas (75%). Tänu kardiokirurgia arengule on võimalikuks saanud sagedam südamekasvajate diagnoosimine ja kirurgiline ravi. Tihti simuleerib vasaku südamekoja müksoom mitraalriket, mistõttu õige diagnoos selgub alles operatsiooni ajal (10, 15, 17, 23). Ilmekalt illustreerib seda järgnev haigusjuht (vt. ka fotod 1, 2, 3, 4 tahvlil XIII, fotod 5, 6 ja mikrofoto 1, 2 tahvlil XIX).

37-aastane meeshaige P. T. (haiguslood nr. 10282/1978 ja 10896/1978) saadeti Tartu Kliinilise Haigla kardiokirurgiaosakonda operatsioonile. Tal oli diagnoositud reumaatiline

mitraalriike stenoosi ülekaaluga, II staadium Bakulev-Damiri järgi. Patsient oli elukutselt geodeet, grupijuht. Ta oli tegelnud spordiga. 10 kuud enne haiglas saabumist olid kehalise pingutuse tagajärjel tekkinud tugev nõrkus, virvendus silmade ees. Seejärel oli ta hakanud tundma, et väsib tavalisest kiiremini, ja märkama ekstrasüstoleid südames, sagedamini lamades, ning südameklappimist kehaliste pingutuste korral. Et vaevused süvenesid, pöördus ta arsti poole, kes leidis südamerikke ning saatis haige haiglasse. Reumat ega angiini varem põdenud ei olnud. Haigestumiseni oli olnud terve.

Kehalise pingutuse korral huulte tsüanoos. Südame auskultatsioonil: periooditi ekstrasüstoleid, I toon südametipul paukuv, tipul ja Botkini punktis kuuldav presüstoolne ja nõrk süstoolne kahin. Kopsuarteri projektsioonis II toon rõhutatud. Eri kehaasendites kahinad muutusid. Seistes presüstoolne kahin tugevenes, lamades poolpöördes vasakul küljel muutus süstoolne kahin südametipul paremini kuuldavaks. Vererõhk 130/85 mmHg. Turseid jalgadel ei olnud. Maks alumine serv roidekaare kõrgusel. EKG: siinusrütm, vertikaalne elektriline positsioon, vasaku südamekoja kerge ülekoormus. Kaks minutit pärast koormust (75 W): sinustahhükardia (130) vahelduvalt ventrikulaarse tahhükardia paroksüsmidega. FKG: I südametoon suure amplituudiga, intervall Q — I toon 0,09 s. Presüstoolne kahin 3...4. roietevahemikus, 0,10 sekundit pärast II tooni lisatsoon. 4...5. roietevahemikus I toonile liituv protodiastoolne kahin. Röntgenileid: kopsujoonis tihenenud, hiilused laiad, looklevad, pulseerivad; südame konfiguratsioon mitraalne, vasaku südamekoja I astme suurenemine, *truncus pulmonalis* laienenud, parema vatsakese hüpertroofia, vasaku koja süstoolne dislokatsioon taha. Ehokardiogrammi tõlgendati mitraalstenosile iseloomulikuna (vt. fotod 1). Radiokardiogramm ¹³¹J-albumiiniga. Kopsuvereringe mahu suurenemine (1197 ml) ja perifeerse resistentsuse vähenemine (933 düün/s/cm⁻⁵) viitasid mitraalstenosile. Tsirkuleeriva vere mahu kompensatoorne suurenemine (9557 ml=126 ml/kg) ja sellest tingitud südame minutimahu (14,4 l), minutiindeksi (7,4 l/min/m²), süstoolse mahu (152 ml) ning süstoolse indeksi (78 ml/m²) suurenemine.

Vereanalüüs: SR 12 mm/t., hgb. 92%, leukots. 8500. Valem: eosinof. 2%, keppt. 5%, segmentt. 55%, lümfots. 30%, monots. 9%. III (B) veregrupp, reesusfaktor positiivne. Siaalhape seerumis 0,243 ühikut, C-reaktiivne valk negatiivne. Proteinogramm: koguvalku 8,16 g%, albumiini 45,3%, globuliini 54,7%, sellest α_1 17,2, α_2 14,5, β 13,2, γ 19,8%.

Uurimistulemusena diagnoositi kombineeritud mitraalriket stenoosi ülekaaluga II staadiumis Bakulev-Damiri järgi. Operatsioon toimus 06. 02. 1978. a. Intubatsioonnarkoosis tehti vasakpoolne eesmine-külgmine torakotoomia viiendas roietevahemikus. Vasak pleu-

raõs oli vaba, vasak kops vähe pastoosne. Perikardil palja silmaga nähtavaid muutusi ei olnud. Südamepaun avati pikilõikega eespool *n. phrenicus sin.* Täheledati möödukat parema südamevatsakese hüpertroofiat ja südame pöördumist parema vatsakesega ette. Kopsuarter oli normaalsest ligikaudu kaks korda laiem. Vasakul südamevatsakesel nõrk diastoolne vibratsioon; vasakul südamekojal vibratsioone ei sedastatud. Seega diagnoositi mitraalstenooosi ka pärast perikardi avamist, kuna esines sellele tüüpiline lokaalne leid. Vasak südamekõrv oli vaba, sõrmele hästi läbitav. Vasakus südamekojas palpeeriti viiesentimeetrise läbimõõduga siledapinnalist tuumorit, mida võis liigutada ainult koos kodade vaheseinaga. Elastne tuumor oli lähunud kodade vaheseinast. Ta kattis 3/4 mitraalsuistikust, mille palpeerimisel tekkisid elektrokardioskooibi II liituses negatiivne P-sakk ja üksikud ekstrasüstolid. Mitraalklapis, mis oli palpeeritav tuumori all, patoloogilisi muutusi ei leitud. Et töötaval südamel ei olnud tuumorit võimalik kinnisel meetodil eemaldada, piirduiti üksnes intrakardiaalse digitaalse uurimisega. Operatsiooni ajal ja järel tüsistusi ei tekkinud. Kaks kuud pärast esimest operatsiooni (12. 04. 1978. a.) võeti ette teine operatsioon (A. Kliiman), mis toimus pikisuunalise sternotoomia ja perikardiotoomia kaudu, kehavälise vereringe (70 min.), hüpotermia (27°) ja kardiopleegia tingimustes, suletud aordiga (35 min.). Parempoolse atriotoomia ja atrioseptotoomia teel avati vasak südamekoda. Tuumor kinnitus madala kitsa ja väärtja (0,5×3,5 cm) kinnistiga südamekodade vaheseinale mitraalsuistiku ja fossa ovalis'e vahel. Madal ja kitsas kinnisti fikseeris kasvaja tihedalt vastu kodade vaheseina, mistõttu ta oli kergesti eemaldatav. Südametegevus taastus kolmandal defibrillat-

siooni katsel. 10 minutit esinesid südame rütmihäired, vasaku vatsakese tagaseina ilmusid hüpoksaanähud, mis pärast õnesveenide dekanüülimist möödusid. Operatsioonijärgsel perioodil südame rütmihäireid ei olnud. Ilmes ülitundlikkus monomütsiini ja levomütsiini suhtes, tekkis parempoolne pleuriit. Operatsioonihaav paranes esmaspingsalt. Haige paranes ja lahkus haiglast 24. operatsioonijärgsel päeval, talle määrati ambulatoorne järelravi.

Siledapinnaline elastne müksoom (5,5×4,5×3,5 cm, 39,5 g) (vt. foto). Mikroskoopilisel uurimisel osutus kasvaja müksoomiks. See koosnes tähekujulistest rakkudest, mille vahel oli basofiilne limane põhiollus. Paiguti asetsevad rakud üksikult (mikrofoto 1), paiguti müksoomile iseloomulikult rühmadena, moodustades väate või laatrakustikke (mikrofoto 2). Selliste rakkude rühmiti paiknemist peetakse müksoomile iseloomulikuks (22, 24). Stroomas on vähesel hulgal kollageenkiude ja verevalumeid, kasvajakoes rohkesti õhukeseseinalisi veresoone.

Arutelu. Meile teadaolevail andmeil oli see esimene Eestis elupuhuselt diagnoositud ja kirurgiliselt ravitud südamesisese tuumori juht. Kuigi õige diagnoosimine enne operatsiooni ei ole tänapäeval enam haruldane (8, 18), jääb südametuumor siiski suhteliselt sageli operatsiooni- või lahanguleiuks (9, 14, 15, 16, 21, 23). Vasakus südamekojas olev müksoom võib mitraalsuistiku sulgumisest tingitud äkksurmani kulgeda vaevusteta (19). Võimalik, et kirjeldatud haigel soodustas vaevuste esiletulekut kehaline koormus (töö, sport). Müksoomi suurenemise tagajärjel vasakus südamekojas vähenes vasaku atrioventrikulaarse suistiku läbimõõt, 3/4 mitraalavast oli kaetud tuumoriga. See oligi mitraalstenooosile iseloomulike vaevuste ja sümptomatoloogia tekki-



Fotol vasakust südamekojast eemaldatud müksoom. V. Kutsari foto.

Tahvlil XIII.

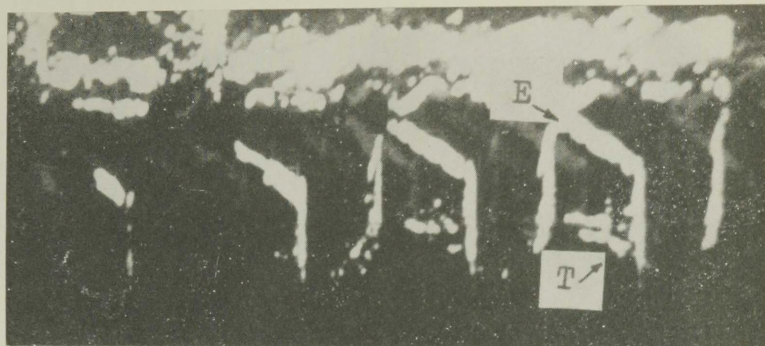
Foto 1. Ehhokardiogramm 1: mitraalstenooos, fibroos, E — mitraalklapi eesmine hõlm, T — mitraalklapi tagumine hõlm.

Foto 2. Ehhokardiogramm 2: ühtlane tuumori kaja (viidatud nooltega) ei täida diastolit kogu ulatuses.

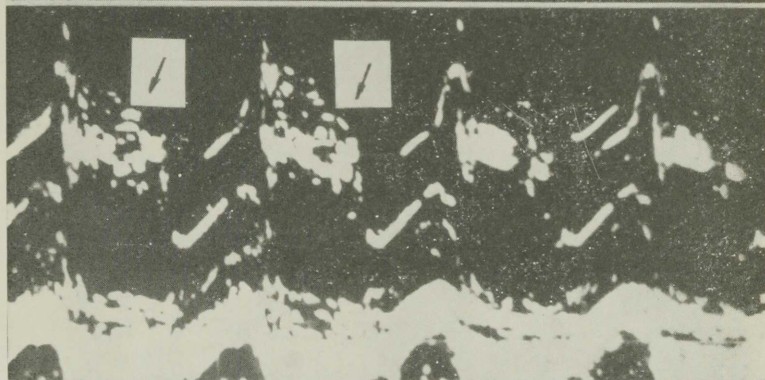
Foto 3. Ehhokardiogramm 3: anduri suuna muutmise korral saadi diastolis lindikujuline kaja.

Foto 4. Ehhokardiogramm 4: tuumori kaja ulatub septumini ja on sellest halvasti eristatav (nool).

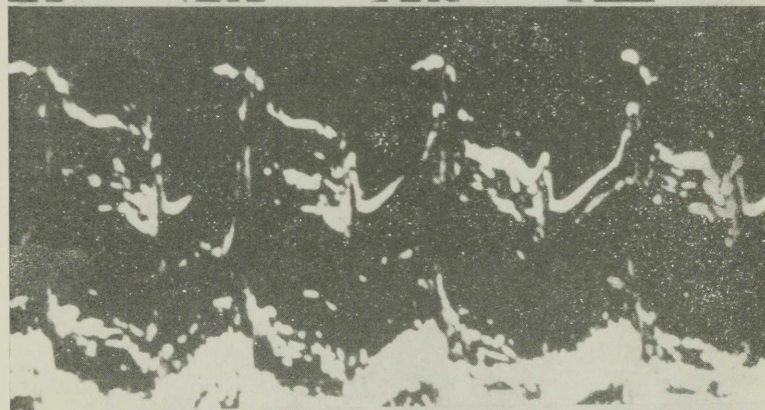
1



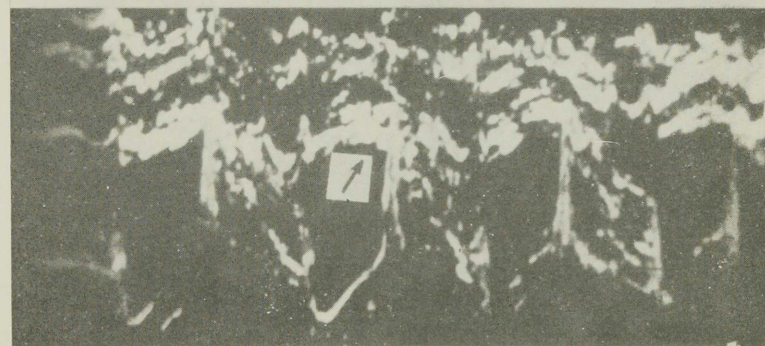
2

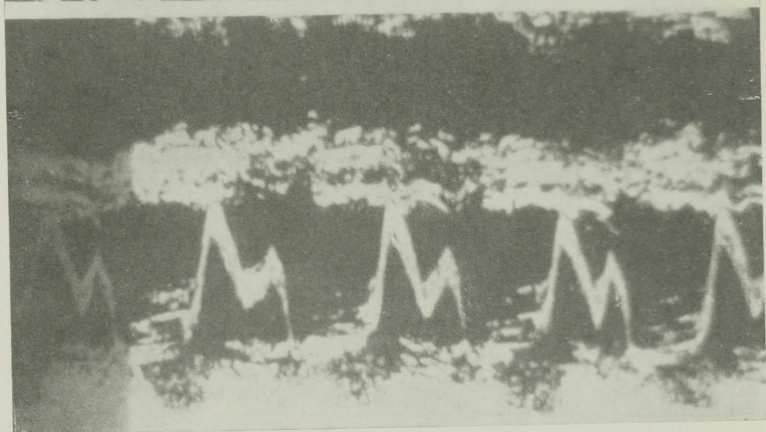
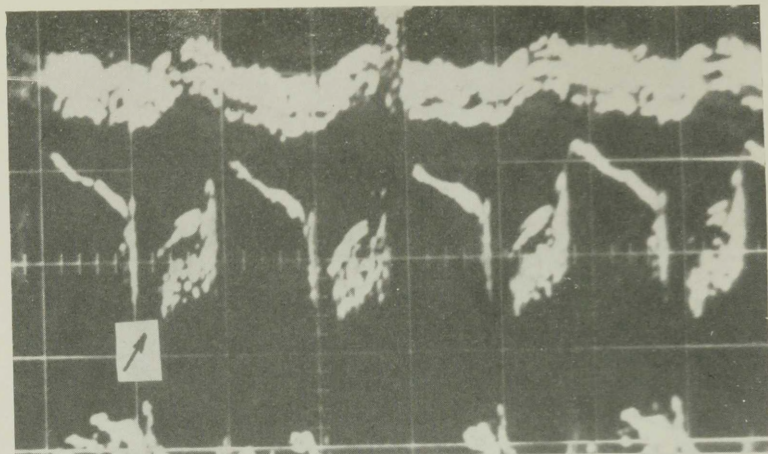


3

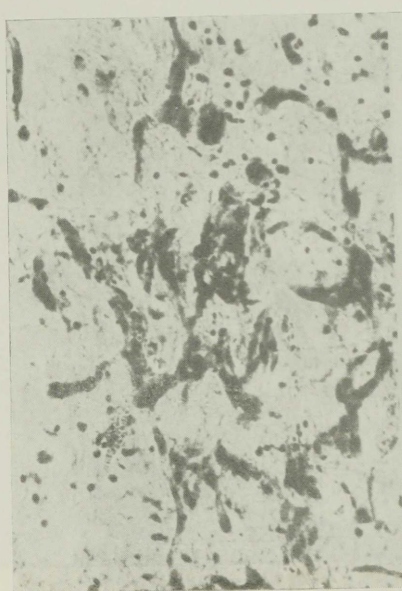


4

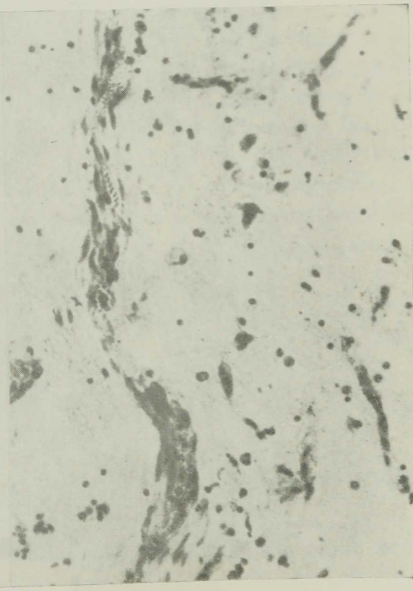




1



2



mise põhjus. Arenes venoosne pais kop-suvereringes, suurenes vasak südamekoda, tekkis pulmonaalhüpertensioon, parema vatsakese hüpertroofia ja ettepöördumine, diastoolne vibratsioon vasakul vatsakesel, auskultatoorne presüstoolne kahin ja paukuv I toon, II tooni aktsent kopsuarteril ja muud nähud. Meie kirjeldatud haigusjuhtu analüüsid selgub, et esinesid mitmed südame vasaku koja tuumorile iseloomulikud sümptoomid. Anamneesis reumat ei olnud. Vaevused muutusid kehaasendi muutmise korral (19). Ka südame kuulatlusleiu muutumine on iseloomulik südamesisestele tuumori-tele (8, 10, 19, 25). Tuumorile on tüüpiline ka südame rütmihäirete varajane tekkimine (19, 25). Mõnel juhul on esimeseks tunnuseks olnud tuumorembolia ootamatu tekkimine (10). Mitraalstenoosi korral peaks haigeid, kellel on muutlik auskultatsioonileid ja kellel reumat anamneesis pole, vasaku koja tuumori suhtes kindlasti uurima ehokardiograafiliselt ja angiokardiograafiliselt. Need uuringud võimaldavad haigust diagnoosida paljudel juhtudel juba enne operatsiooni (1...13, 15, 18). Mitte kõik vasaku koja tuumorid ei ole ehokardiogrammi põhjal kergesti diagnoositavad (4, 5, 6). On võimalik, et haigel jäi müksoom ehokardiograafiliselt välja selgitamata seetõttu, et mitraalklapi vaatlemisel ei varieeritud vajalikul määral aparaadi võimendust ja tundlikkust ning tuumori kaja ei tulnud esile (vt. foto 1). Pärast esimest ja enne teist operatsiooni tehtud ehokar-

diogrammidel on tuumori kaja küllalt erinev ning tuumor diagnoositav (vt. fotod 2, 3, 4, 5). Pärast müksoomi eemaldamist oli mitraalklapi ehokardiogramm täiesti normaalne (vt. foto 6). Ka radiokardiogrammi näitajad normaalseerused juba 20. päeval pärast teist operatsiooni: kopsuvereringe maht 736 ml, perifeerne resistentsus 1 049 düün /s/cm⁻⁵, tsirkuleeriva vere maht 6 470 ml (85 ml/kg), minutimaht 8,8 l, minutiindeks 4,5 l/min/m², süstoolne maht 122 ml, süstoolne indeks 63 ml/m². Seega radiograafiliselt olid haigel tuumorist tingitud ilmsed muutused, mis pärast selle eemaldamist kadusid. Südame healoomuliste kasvajate ainus ravimeetod on nende õigeaegne kirurgiline eemaldamine (1, 8, 10...13, 15...19, 21). Selleks on kasutatud hüpotermiat (1), kuid operatsioon kehavälise vereringe korral tagab radikaalsuse, võimaldab vältida tuumorembooliat ja retsidiivi. Retsidiiv võib olla tingitud kas mitteadekvaatselt tuumori eemaldamisest või multitsentrilisest müksoomi lokaliseerimisest (11). Müksoomi eemaldamisel rakendasime me kehavälise vereringet. Et tuumor kinnitus väikesepinnalise kinnisti abil, siis kinnituskoha ei resetteeritud.

Kokkuvõte. Et healoomuliste südamekasvajate kirurgiline ravi on igati võimalik, tuleb rohkem tähelepanu pöörata nende diagnoosimisele. Vasaku südamekoja müksoomi korral esinevad järgmised sümptoomid: 1) stenoosi ülekaaluga mitraalriike, 2) reuma diagnoosi puudumine anamneesis, 3) südame rütmihäired esmase vaevusena, vaevuste ja südame kuulatlusleiu muutumine kehaasendi muutmise korral. Müksoomi diagnoosimiseks on vajalik ehokardiograafiline ja angiokardiograafiline uurimine.

KIRJANDUS: 1. *Bailey, C. P.* Surgery of the Heart. London, 1955. — 2. *Bodem, R.* Dtsch. med. Wochenschr., 1977, 102, 45, 1647—1647. — 3. *Farooki, Z. Q., Green, E. W., Areiniegas, E.* Br. Heart J., 1976, 38, 6, 580—583. — 4. *Feigenbaum, H.* Echocardiography. Philadelphia, 1973. — 5. *Feigenbaum, H.* Echocardiography. Philadelphia, 1976, 447—459. — 6. *Felner, J. M., Schlant, R. C.* Echocardi-

Tahvilil XIV.

Foto 5. Ehokardiogramm 5: omapärane kaja (nool), anduri suunda on veidi muudetud, kuid režiim on sama nagu ehokardiogrammidel 2, 3 ja 4.

Foto 6. Ehokardiogramm 6: pärast müksoomi eemaldamist on mitraalklapi ehokardiogramm normaalne. M-kujuline eesmine hõlm on hästi nähtav.

Mikrofoto 1 südamekasvajast. Värving hematoxüliin-eosiiniga, suurendus 160 korda.

Mikrofoto 2 südamekasvajast. Värving hematoxüliin-eosiiniga, suurendus 160 korda.

graphy. New York, 1975. — 7. Ibrahim, Z., Heni, F., Sadowsky, P. Dtsch. med. Wochensh., 1977, 102, 27, 997—998. — 8. Knoth, E., Stanulla, H. Zentralbl. Chir., 1977, 102, 11, 675—683. — 9. McWhirter, W. R., Tattch-Lartey, E. V. Br. Heart J., 1974, 36, 839—840. — 10. Neuman, U., Huth, J. H. Zentralbl. Chir., 1977, 102, 1, 37—40. — 11. Read, R. C., White, H. J., Murphy, M. R., Williams, D., Sun, Ch. N., Flanagan, W. H. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1974, 68, 6, 857—867. — 12. Rose, M. R., Fox, A. C., Classman, E., Reed, C. E. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1974, 68, 5, 797—801. — 13. Zajtchuk, R., Fitterer, J. D., Strevey, T. E., Nelson, W. P. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1975, 69, 2, 291—294.

14. Александрова Е. А. Клини. мед., 1969, 6, 97—100. — 15. Антипович А. С., Михеев В. П., Гомолякова И. В., Слинъко А. Г. В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца. Киев, 1978, 174—175. — 16. Бухарин В. А., Петросян Ю. С., Подзолков В. П., Ивануцкий А. В., Голосовская М. А. Грудная хир., 1974, 4, 31—35. — 17. Волколаков Я. В., Лацис Р. Я. Грудная хир., 1976, 5, 95—96. — 18. Зубарев Р. П., Шилов А. М., Караматов А. Ш., Ищенко В. В. Грудная хирургия, 1962, 5, 94—95. — 19. Йонаш В. Частная кардиология II. Прага, 1963. — 20. Кайгородова Р. Е., Коган Р. П. Грудная хир., 1962, 3, 85—87. — 21. Курашова М. В. Клини. мед., 1977, 1, 55—59. — 22. Массон П. Опухоли человека. М., 1965. — 23. Мешалкин Е. Н., Келин Е. П., Девятьяров Л. А. Грудная хир., 1972, 3, 6—9. — 24. Смолянников А. В. Морфологическая диагностика опухолей мягких тканей. М., 1963. — 25. Черникова Н. Д., Ларцева Ф. А. В кн.: Совершенствование хирургического лечения пороков сердца. Киев, 1978, 202—203.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateeder

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtumediitsiini kateeder

TRÜ Meditsiini Kesklaboratoorium

Tartu Kliiniline Haigla

UDK 614.484

EOSTEVASTASE LAHUSE C-6 KASUTAMINE JOOKSYA JA LÖPPDESINFEKTSIOONI KORRAL

BORISS RODMAN · TALLINN

eostevastane lahuse C-6, jooksev ja lõppdesinfektsiooni, C-6 lahuse eelised

Viimastel aastatel on täheldatud jooksva desinfektsiooni kvaliteedi halvenemist. Silmas pidades kasutusel olevate, peamiselt kloori sisaldavate lahuste vähest mõjusust, jätkuvad otsingud niisuguste lahuste leidmiseks, mis tagaksid objekti täieliku desinfitseerimise. Sel eesmärgil aprobeerisime me Tallinna Desinfektsiooni Jaamas M. Zorkini, O. Šatilovi ja G. Pavlova* meetodil lahuse C-6. Seda desinfektsioonivahendit ei ole Eesti NSV-s varem kasutatud.

Lahuse C-6, mis on saadud vesinikperoksiidi, sipelg- ja äädikhappe segamisel molaarses vahekorras 1:0, 5:1, on tugev bakteritsiidne ja sporotsiidne toime. Soolekepike ja kuldne stafülokokk batist-testobjektidel valgu kaitse korral hävivad 0,5%-lises lahuses varem kui minuti jooksul. Siberi katku batsilli (tüvi СТИ) eosed ja *B. anthracoides*'e eosed hävivad 1%-lises lahuses vastavalt viie ja kümne minuti ning 5%-lises lahuses ühe minuti jooksul.

Ühe liitri lahuse C-6 põhilahuse valmistamiseks võetakse 111 ml 30... 33%-list vesinikperoksiidi, 20 ml 100%-list sipelghapet ja 42 ml 50%-list äädikhapet. Segule lisatakse vett ühe liitri. Ühes nõus võib lahust C-6 valmistada 10... 20 liitrit, põhilahuse säilitamise aeg on 15 ööpäeva. Lahust tohib valmistada üksnes eriettevalmistuse saanud personal (laborandid). Peetagu silmas kõiki ohutustehnikaabinõusid.

Lahust C-6 kasutasime kümnes koo-

* Зоркин М. Т., Шатилов О. Д., Павлова Г. И. Проблемы дезинфекции и стерилизации. Материалы симпозиума, М., 1977.

lieelses lasteasutuses, kus oli olnud soolenakkushaiguse juhte. Lõppdesinfektsiooni efektiivsuse kindlaksmääramiseks tegime igas lasteasutuses bakterioloogilise kontrolli enne ning viis ja kakskümmend minutit pärast lõppdesinfektsiooni. Enne lõppdesinfektsiooni võetud uhteproovidest oli leid soolekpekikese suhtes positiivne 38% -l. Viis ja kümme minutit pärast lõppdesinfektsiooni, milleks oli kasutatud lahuse C-6 0,5% -list vesilahust, võetud proovidest oli positiivne vaid üks. See oli võetud põrandavaibalt, mis muidugi viitab sellele, et vaipa ei oldud hoolikalt lahusega töödeldud.

Lahuse C-6 kasutamise eelised on järgmised: 1) seda võib kasutada ruumide desinfitseerimiseks, kus on par-kettpõrand ning mis on sisustatud poleeritud mööbliga; lahuse kiire toime, vähem kui viis minutit; 2) vahendiga on hõlpus töötada, sest põhilahust läheb tarvis vähe, lahus ei ummista hüdro-pulti, ühtlasi puudub ebaseeldiv kloori lõhn; 3) pärast desinfektsiooni ei ole vaja ette võtta ruumide suurpuhastust — pesta põrandaid, puhastada niiskelt mööblit, inventari ja instrumente; 4) lahus ei riku ei mööbli värvi, riidet, kardinaid ega vaipu; 5) lahus ei tekita metallide korrosiooni.

Lähtudes eeltoodust on soovitatav kasutada lahust C-6 jooksvaks ja lõppdesinfektsiooniks haiglates, sünnitusmajades, nakkushaiguste osakondades ja lasteasutustes, soolenakkushaiguste kolletes aga just lõppdesinfektsiooniks. Ehkki lahuse C-6 omahind on mõnevõrra kallim kui praegu kasutusel olevatel kloori sisaldavatel vahenditel, tuleks ikkagi arvestada soovitatud vahendi häid omadusi, eriti suurpuhastuse mittevajalikkust pärast desinfektsiooni. Kui kõike seda arvesse võtta, on majanduslik efekt vaieldamatu, ka hind ei tohiks olla selle kasutamise takistuseks.

Vabariiklik Sanitaar- ja
Epidemioloogiajaam

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

UDK 614.253:614.253.52.8

MEDITSIINIÕE JA HAIGE SUHTED

TIINA LIBLIK · TALLINN

meditsiiniline deontoloogia, meditsiiniõe käitumine, haige isiksus, personali ja haige suhted

Tänapäeva arstiteadusele on omane väga kitsas spetsialiseerumine. Sellest tingituna koondub meditsiinitöötaja tähelepanu ainult patsiendi haigusele. Tekib oht, et haigust käsitletakse sõltumatuna inimesest kui tervikust. Püüdes ületada niisugust lähenemise piiratud ja ühekülgset, on viimasel ajal hakatud üha rohkem tähelepanu pöörama haigele kui isiksusele, temaga seonduvatele praktilise meditsiini küsimustele.

Tähelepanu keskmes on haigete kohtlemise psühholoogilised probleemid. Meditsiinitöötaja läbimõeldud käitumise soodne mõju aitab suuresti kaasa ravi mõjususele ja haiguse neurootilise komplitseerumise vältimisele. Meditsiinitöötaja teadmised haiguse mõjust inimesele tervikuna aitavad tal leida sobiva tööstiili haigetega suhtlemisel. Suurenenud on meditsiiniõdede osa haigetega tegelemisel.

Haigete vastuvõtmine raviasutusse, haigla kodukorra tutvustamine, teadete andmine, arsti korralduste täitmine — see kõik toimub õe kaudu. Saades üha rohkem arsti töökoormust vähendavaid vastutusrikkaid ülesandeid, puutub õde haigetega kokku pikemat aega kui arst.

Seetõttu peab õde teadma, kuidas haigeid õigesti kohelda.

Inimest tabavad haigused võivad olla kerged või rasked, lühiaegsed või kestvad. Kergete, kiiresti mööduvate haigustega ei kaasne tavaliselt erilisi tagajärgi. Raskeid haigusi põdejail võivad tekkida muutused perekonnaelus, tööalal ja sotsiaalsetes suhetes, eriti siis, kui haige paigutatakse haiglasse. Inimene jääb eemale igapäevasest tegevusest ja harjumuspärasest keskkonnast. Perekondlike suhetest, töökohustuste täitmisest tulenev seesmine kindlus, rahu ja hingeline tasakaal on häiritud. Tekivad ärevus, hirm ja rahutus, loomulikult ka küsimus: mis saab edasi? Haigus kui uus ja tundmatu oht tekitab omakorda hirmu teadmatuse ees. Hirmu ja kahtlust suurendab kõik see, mida inimene näeb ja kuuleb, endale ette kujutab, mida ta on kunagi õppinud või haiguste kohta lugenud. Eriti halba mõju avaldab kurb kogemus, kas või kurvalt lõppenud haigusjuht, mis juhtus sama haigust põdeva perekonnaliikmaga. Tugev hirm mõjub inimesele tervikuna, ka tema vaimsele tegevusele, pidurdab kriitilist ja loogilist mõtlemist. Võivad sugeneda primitiivsed ilmingud käitumises — alatised kaebused, pisarad, mida varem ei esinenud. Hirmust tabatud haiged näevad ohtu ka seal, kus seda üldse ei ole.

Sageli võivad kartus ja ärevus võtta nii laia ulatuse, et haige muutub raske-meelseks. Ilma igasuguse loogilise põhjusteta oletavad sellised haiged endil mitmesuguseid haigusi. Kahjuks võib täheldada meditsiinipersonali ebaõiget käitumist niisuguste patsientide suhtes. Ebamõistlike ja rumalate kaebuste pärast neid sageli lihtsalt põlatakse. Hirmul haige aga lausa klammerdub arsti ja õe külge, püüdes leida tuge ja kindlust. Seepärast on vaja patsienti eelkõige psüühiliselt, hea sõna ja tähelepanuga toetada.

Ravis on väga tähtis hirmu vähendada. Kui õe mõistva suhtumise korral tekib patsiendiga vajalik emotsionaalne ja sisuline kontakt, saavad selgemaks ka hirmu põhjused.

Pärast haiguse ägedate sümptomide taandumist kohaneb patsient tavaliselt haigla keskkonnaga. Kui aga tervislik seisund ei parane, võib haige psüühiliselt dekompanseeruda. Tervenemise lootuses pettumine tugevdab haiguse algul tekkinud negatiivseid emotsioone, süvendab hirmu ja ebakindlust veelgi. Haige on impulsiivne ning tekib konfliktivalmidus. Meditsiinitöötaja peab oskama konflikte ennetada.

Haiguse krooniliseks muutumise korral tekivad psüühilised muutused haige isiksuses. Kroonilisi haigusi põdejail on vajadus olla ümbruskonna tähelepanu keskmes. Haiguse pika kestuse korral on võimalik ka passiivne kohanemine. Oma sisimas haige lepib olukorraga, lakkab võitlemast, muutub kõige vastu ükskõikseks ja tundetuks. Meditsiini-personal peaks omalt poolt tegema kõik, et aidata haigel niisugusest seisundist üle saada, püüda teda psüühiliselt mõjutada. Sellise suhtumise puhul haige paljudel juhtudel paraneb märgatavalt (nn. traumajärgne rehabiliteerimine).

Noor, alles tööle asunud arst või õde on haigele emotsionaalselt lähemal. Meditsiinitöötajail, kes kutsetöö alguspäevadel haigete kannatustele väga kaasa elavad, areneb pikemaajalisel töötamisel järk-järgult välja emotsionaalne vastupidavus, professionaalne kohanemine. Kuigi emotsionaalne vastupidavus on teataval määral vajalik ja ka vältimatu, peaks meditsiinitöötajal kaastunne haige vastu sellest hoolimata säilima. Arstil ja õel on oht muutuda töötamise vältel tundetuks, vaadata inimese kannatustele üksnes professionaalsest vaatekohast. Halb on, kui kõrvaltvaatajale jääb meditsiinitöötajast käitumise järgi mulje kui südametust ja tundetust inimesest.

Valus probleem õe töös on oma kohustuste mehaaniline täitmine. Ehkki haigele tehakse kõik nõutavad protseduurid, jäävad õe ja haige vahelised suhted formaalseks. Samas aga ei tohi unustada, et põhiline õe töös on eelkõige kutsealased oskused. Kutsetöö eeskujulik valdamine eeldab head kontakti õe ja haige vahel, sest keheline

hoolitsemine on põhiline side, mis seob õde haigega. Raske on tõmmata teravat piiri haige kehalise hooldamise ja tema psühholoogilise kohtlemise vahele, ent õepoolne hool ja tähelepanu on haigele tähtsad nii kehaliselt kui ka psüühiliselt.

Abi ja hoolitsus haige eest väljenduvad nii sõnades kui ka tegudes. Oluline on kõnetoon, rõhuasetus, samuti žestid ja miimika. Sageli peab haige silmas õe miimikat ja hääletooni ning otsustab selle põhjal, kas ja kui palju võib ta loota õe tähelepanule ja hoolitsusele. Seetõttu peaksid lahkus, kannatlikkus ja viisakus olema iga õe tööstiielis lahutamatud.

Vähem tähtis ei ole õe ja haige suhetes usaldus. Uskudes arstisse ja õesse tunneb haige end väljaspool hädaohtu. Kui tal aga on kahtlusi personali suhtes, võivad need väljenduda haige mitmesugustes nõudmistes. Patsient hakkab paluma eriuuringuid, konsiiliumi kokkukutsumist, kalleid importravimeid. Sellises usaldamatuse õhkkonnas kaldub haige iga talle öeldud sõna tõlgendama kui vaenulikkuse avaldust. Palvete rahuldamata jätmine süvendab haiges abitus- ja sõltuvustunnet veelgi. Kindlus õe käitumises, oskus olla alati seal, kus teda vajatakse, soodustavad haigel usu tekkimist arstiabisse. Usaldust õe vastu suurendab oskus hoida haigete saladusi. Võib juhtuda, et õel see oskus puudub — jutustatakse kõrvalpalatites toimunud sündmustest, levitatakse teateid raskelt haigete kohta, tekitades sellega teiste haigete seas ärevust ja hirmu, pillatakse märkusi patsientide eraelu kohta. Keelepeks ja familiarne käitumine segavad normaalsete suhete arenemist haige ja õe vahel.

Haigega kontakti loomisel ei tohiks õde unustada inimest, kelle poole ta pöörduv, austust tema vastu. Haiged, keda nimetatakse vaid palati, voodikoha numbri ning haiguse järgi, näiteks vibratsioonitõbi kolmandast palatist, tunnevad end õigustatult solvatutena.

Haigega kontakti loomisel on oluline soov ja oskus patsiendi jutt lõpuni kuulata. Õe töös ei ole see vähem tähtis kui

arsti töös. Vähe sellest, et lasta haigel lihtsalt rääkida, õde peab õppima kuulama huviga, reageerima kuuldule, et sel moel aidata haigel jutustada oma murest. Niisugune südamepvistamine toob kergendust.

Kui õel ei ole täielikku ettekujutust haigest ega ole ka informatsiooni raviarstilt, siis on õigem kuulata haiget vaikides. On mitmeid võtteid, mida võib kasutada haigega tegelemisel. Võib vestelda lastekasvatuse ja perekondlikel teemadel. Oldagu aga ettevaatlik oma poolsete kitsalt isiklike nõuannetega. Tehakse karuteene, kui soovitakse üksikule inimesele abielluda ja perekond luua, teadmata, kas tal on sääraseks ettevõtmiseks üldse reaalseid võimalusi ja soovi. Soovitused peavad olema kooskõlas arsti nõuannetega.

Vestlus sõltub kahtlemata nii õe intelligentsist ja peenetundelisusest kui ka haigla tavadest ning võimalustest. Igal juhul on tähtis kas või haige vaikiv ärakuulamine, sest nii õpitakse paremini tundma tema sisemaailma ja leitakse sobivaim kohtlemisviis.

Meil on palju eeskujulikke ning head praktiliste oskustega õdesid. Lisaks sellele peab iga õde teadma, milline on tema tööstiiel, kuidas tema käitumine mõjub haigele. Oma tegevuse tunnetaamine kasvab läbi pideva enesekontrolli ja enesekasvatuse tee. Iga töö, sealhulgas ka õe töö, arendab mitte ainult erialateadmisi, vaid isiksust tervikuna. Kuigi õel ei tule otseselt tegelda psühhoteraapiaga, peab ta käitumine olema hästi läbi mõeldud ja sel peab olema kindel eesmärk.

Arenenud isiksus, õige tööstiiel, oskus haigeid kohelda teeb meditsiiniõest oma kutseala meistri.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Харди И. Врач, сестра, больной (Психология работы с больным). Будапешт, 1972. — 2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1974. — 3. Локосина Н. Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. М., 1976.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Kaadri **ettevalmis-** **tamine**

TALLINNA TERVISE RAHVA- ÜLIKOOI ARSTIDE KVALIFIKATSIOONI TÕSTMISE OSAKONNA TÖÖST 1976 ... 1978. AASTAL

Tallinna tervise rahvaülikooli arstide kvalifikatsiooni tõstmise osakonna töö toimus Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi baasil ning oli vahetuks jätkuks 1976. a. kevadel lõppenud arstide viroloogiaosakonna tööle. Arvesse võttes kogemusi ja osavõtjate soove koostati 1976 ... 1978. õppeaastate plaanid selliselt, et nad hõlmaksid ka teisi instituudi osakondi. Õppused korraldati kokkuleppel Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonnaga. Õppenõukogus olid kuulajate ja instituudi esindajad — lastearst L. Lembit, nooremteadur I. Sarv, vanemteadur V. Jaakmees ja allakirjutanu.

Tööplaan hõlmas keskkonnakaitse, toksikoloogia, laste- ja noorukite hügieeni, viroloogia ja epidemioloogia aktuaalseid probleeme. Peale instituudi teadurite oli lektoriteks ka külalisi. Huvitava loengu kasvajate immunoloogiast esitas vanemteadur J. Raudsepp Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, epidemioloogia põhimõistetest rääkis arstiteaduse doktor A. Jõgiste Vabariiklikust Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast, puberteedieast kooliarsti pilguga vestles arstiteaduse kandidaat L. Haas Pärnu Linna Kutse-nõuandlast.

Töö toimus üks kord kuus 2 tundi. Kuulajaid oli üle 30, süstemaatiliselt võttis õppetööst osa 26 mitme eriala arsti. Ligi 50% neist olid pediaatrid. Kokku kuulati 14 loengut, teoreetiliste loengute kõrval tutvustati kuulajaile ka laboratoorseid töövõtteid.

10. mail 1978. a. toimus tervise rahvaülikooli arstide kvalifikatsiooni tõstmise osakonna pidulik lõpetamine. Kohal olid ka Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, ühingu «Teadus» esindaja Õ. Torv, instituudi direktor bioloogiadoktor L. Priimägi ja teadusala asedirektor arstiteaduse doktor R. Silla.

Loengu viroloogiateaduse minevikust, olevikust ja tulevikust kandis ette instituudi viroloogiaosakonna juhataja bioloogiakandidaat S. Jõks.

Seejärel anti 26 lõpetanule tunnistused. Nendest 12, kes kahe õppeaasta jooksul olid viibinud peaaegu kõigil õppustel, said tunnistuse kiitusega. Ära märgiti veel 6 lõpetajat, kes ka eelmise tsükli olid edukalt lõpetanud: A. Ilmoja ja V. Kaselaid Tallinna Pelgulinna Sünnitusmajast, E. King, L. Lembit ja V. Mölder Tallinna I Lastehaigla Kesklinna Polikliinikust ja L. Raidve Tallinna I Sünnitusmajast.

Ootame huvitavaid ettepanekuid õppetöö organiseerimiseks uuel õppeaastal.

Vaike Tapupere

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2«1903/1978»(091)

TALLINNA VABARIIKLIK PSÜHHONEUROLOOGIA- HAIGLA 75-AASTANE

UDO LUTS VALDUR JÄNES HEINO GUSTAVSON
TALLINN

Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla,
ajalugu, dispansseerimine, tööravi

Psühhiaatria kui meditsiiniharu areng sai Eestis alguse 19. sajandi teisel poolel. 1877. a. avati Tartus professor E. Wahli ettevõtmisel väike eravaimuhaigla (2). 1880. a. rajati Tartu ülikoolis psühhiaatria kateeder, mille esimene korraline professor oli E. Emminghaus. Talle allutati ka E. Wahli vaimuhaigla baasil 1881. a. asutatud ülikooli närvi- ja vaimuhaiguste kliinik. Nii kateeder kui ka kliinik arendasid silmapaistvat teadustegevust. Aastail 1886...1891 oli kateedri ja kliiniku juhataja üks praeguse kliinilise psühhiaatria rajajaid E. Kraepelin, kelle psühhofarmakoloogia ning eksperimentaalpsühholoogia uurimustes peetakse Tartu perioodi kõige viljakamaks (3). Ülikooli 50 voodikohaga psühhiaatriakliinik oli tegelikult õppebaas ning selle osa Eesti ala vaimuhaigete olukorra parandamisel ei saanud olla kuigi suur. Ometigi oli mainitud raviasutus esimene psühhiaatriahaigla Eestis, kus vaimuhaigeid ravisid arstid.

1897. a. avati Jämejalas vaimuhaige-

te varjupaik «Marienhof», praegune Jämejala Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla. Kahe eespool nimetatud ravi- ja hooldusasutusega piirduski tolleaegne Põhja-Liivimaa statsionaarsete psühhiaatriaasutuste võrk.

Eestimaa kubermangus kujunes pilt mõnevõrra teiseks, sest siin puudus meditsiiniline hariduskeskus. Tallinna Priihospitalis avati 1796. a. vaimuhaigete osakond, mis kujutas endast rohkem vanglataolist hoonet oma nelja (hiljem rohkema) ahtakese kongiga (8). Diakonisside haigla ületoomise järel Pärnu maanteele 1867. a. rajati ka seal vaimuhaigete osakond, kuhu aga võeti siis ja edaspidi vastu üksnes rahulikke vaimuhaigeid, keda raviti «ainult jumalasalasõnaga».¹ Kuigi mainitud osakondi sajandi lõpupoole laiendati, jäi haigete olukord, nagu aruandlusest nähtub, endiselt ebarahuldavaks.

1897. a. pandi alus Eestimaa Vaimuhaigete Hooldamise Seltsile, järgmisel aastal alustati seltsile annetatud krun-dile (nn. Seevaldi metsa) esimeste hoonete püstitamist (7). Raviasutuse peaarstiks valiti 1900. a. Ernst Kügelgen, kes pärast Tartu ülikooli lõpetamist oli töötanud Riia ja Peterburi psühhiaatriahaiglates ning kes aastateks 1901...1902 suunati seltsi kulul Heidelbergi, kus ta professor E. Kraepelini assistendina oma teadmisi täiendas (1). Kahtlemata omandas E. Kügelgen seal progressiivseid psühhiaatrilise ravi ideesid, mis hiljem avaldusid Seevaldi vaimuhaigla ravikorralduses.

1903. a. sügiseks valmisid esimesed kaks ravihoonet kokku 120 haigele, samuti anti ekspluatatsiooni energiablokk, pesumaja, köök (4). Juba samal suvel oli ametisse palgatud teinegi psühhiaater, samuti Tartu ülikooli lõpetanud ning professor E. Kraepelini juures Heidelbergis töötanud Walter Holst (1). 31. oktoobril toimus avatseremoonia (6) ning 1. novembril (5) hospitaliseeriti esimesed 6 haiget.

¹Diakonisside asutuse aastaaruanded alates 1867. a. ENSV TA Teadusliku Raamatukogu «Baltika» ja käsikirjade osakonnas.

Lisaks kahele esimesele ravihoonele valmisid 1909. a. veel neli, mis olid planeeritud arhitektide ning E. Kügelgeni ühistööna. Oma aja kohta olid need üsna silmapaistvad: igas majas oli 60 voodikohta, aknatrellid olid maskeeritud ruuduraamideks, hooned moodustasid põlispargiga meeldiva ansambli.²

Samal ajal likvideeriti Priihospitali psühhiaatriaosakond, mis tollal paiknes juba kahes korralikus hoones, ja sealt toodi Seevaldi ravilasse üle 102 meest ning 56 naist.³ Järelikult muutus praegune Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla juba siis Põhja-Eesti juhtivaks psühhiaatriakeskuseks, mis oli Eesti ala mahukaim ja ajakohaseim.

Esimese maailmasõja eel kujunes Seevaldi vaimuhaigla üheks progressiivsemaks Venemaal. 350-kohalisel raviasutusel oli avar territoorium. Juba siis rakendati tööravi: haigeid pandi tegema haigla majapidamistöid, saadeti tööle aeda, põllule ja töökodadesse. Raviasutus kutsuti osa võtma 1913. aastal korraldatud ülevenemaalisest teravishoiunäitusest, kus ta pälvis autasu.⁴

Sõda ning Saksa okupatsioon viisid haigla laose äärele.⁵ Kodanliku aja alguses selgus, et eraseltsil puudub jõud veel midagi ette võtta. 1924. aastal haigla riigistati, mis tuli asjale kasuks: paranes finantsolukord ning aastail 1925... 1926 võeti ette koguni rekonstrueerimistöid.⁶ Kodanliku perioodi lõpuaastail oli haiglaravil keskmiselt 680 haiget aastas, teenindav personal koosnes 141 isikust, neist oli 5 arsti ja 7 õde.⁷

Esimesena Eestis võeti siin 1937. aasta märtsis kasutusele skisofreeniahaigete insuliinravi, mille tulemusena ravi efektiivsus paranes märgatavalt. See

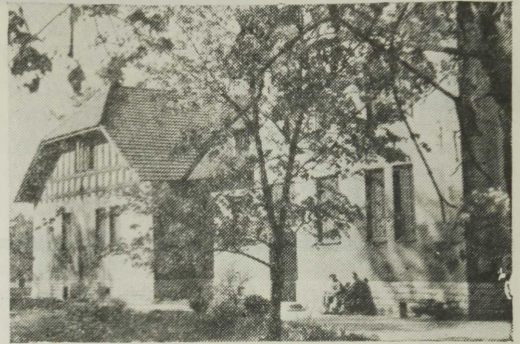


Foto 1. Üks 1909. aastal ehitatud neljast ravi-korpusest.

omakorda võimaldas suurendada voodikäivet. Aktiivse bioloogilise ravi laialdane rakendamine aitas suuresti kaasa haigla kujunemisele vaimuhaigete kinnipidamise asutusest tõeliseks ravilaks.

Fašistliku okupatsiooni ajal eksisteeris haigla vaevaliselt, patsientide toiduportsjonid olid minimaalsed, puudus oli ravimitest, suurenes letaalsus.⁸

31. detsembril 1946 avati haigla territooriumil iseseisva raviasutusena Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiline Dispanser, millega pandi alus haiglavälisele psühhiaatrilisele abile. 16. juunil 1948 see küll ühendati haiglagaga, kuid eraldati taas 1950. aasta 1. jaanuaril. Samal ajal liideti haiglagaga Tallinna Linna II Närvahaiguste Haigla ning moodustati sellest neuroloogiaosakond. 1957. aasta mai algul ühendati dispanser haiglagaga lõplikult. See samm on end tänase päevani õigustanud. 1946. aastal oli kuues osakonnas 480 plaanilist voodikohta, 1963. aastal 700.⁹ Praegu on Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla oma 805 voodiga üks Eesti NSV suurimaid statsionaarseid ravi-asutusi. Statsionaarse ja ambulatoorse abi maht aga moodustab ligikaudu 50% spetsialiseeritud psühhiaatrilisest abist Eestis.

Fenotiasiinipreparaatide ja teiste efektiivsete psühhofarmakonide kasu-

²ENSV ORKA, f. 1270, nim. 1, s.-ü. 13, l. 33–35.

³ENSV ORKA, f. 1270, nim. 1, s.-ü. 24, l. 23.

⁴samas, f. 1270, nim. 1, s.-ü. 43, l. 2, 5, 7, 10, 24, 35.

⁵samas, f. 1270, nim. 1, s.-ü. 64-A, l. 19.

⁶samas, f. 1270, nim. 1, s.-ü. 14, l. 56, 57; s.-ü. 64-A, l. 31; s.-ü. 111, terve toimik; s.-ü. 112, l. 1, 2.

⁷TVPH arhiiv, signeerimata ja dateerimata käsikirjaline kroonika.

⁸ENSV ORKA, f. 1270, nim. 1, s.-ü. 180, l. 10, 11, 52, 132.

⁹TVPH arhiiv, mitmesugused käsikirjalised õiendid.

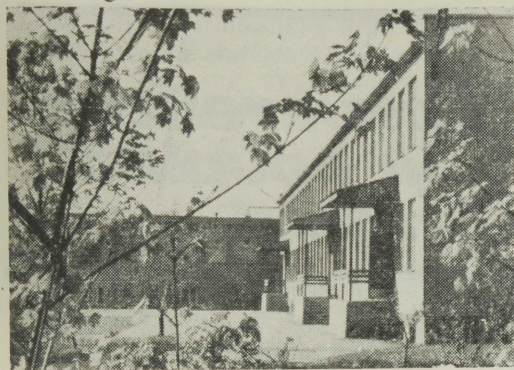


Foto 2. Tööravi ja tootmistöökodade peahoone.

tuselevõtt 1950-ndate aastate keskelt alates on suuresti muutnud haigla ravimiljööd. Harvem esineb haigeil psühhomotoorset rahutust ja see kupeeritakse kiiremini. Ravi intensiivsus ja resultatiivsus võimaldavad haigeid keskmiselt kahekuulise statsionaaris viibimise järel kirjutada ambulatoorsele ravile. Üha kaalukama osa moodustab psühhiaatriline ekstramuraalne ravi. Muutunud on haigete koosseis. Ravitulemuste paranemine ja kroonilisi haigusi põdejate üleviimine sotsiaalkindlustussüsteemi hooldusasutustesse on avardanud hospitaliseerimise võimalusi. Praegu on psühhiaatriaosakondadesse vastuvõetuist üle 30% haigeid, kes kannatavad mittepsühhootiliste häirete all. Statsionaarse abi maht on järjest suurenenud.

Aastate jooksul on muutunud ka osakondade struktuur. Haiglas on 8 üldpsühhiaatrilist territoriaalset põhimõttel tegutsevat osakonda ja 4 kitsamalt spetsialiseeritud osakonda. Viimased on lastepsühhiaatria-, kohtupsühhiaatria- (Eesti NSV Siseministeeriumi eeluurimisisolaatori ruumes), narkoloogia- ja neuroloogiaosakond. Haiglal on röntgenikabinet, EKG-kabinet, funktsionaalse diagnostika ja EEG-kabinet, kliinilis-diagnostiline ja biokeemialaboratoorium, füsioteraapiaosakond, apteek (alustas tegevust 1948. a.).

Haiglavälisest ambulatoorset abi antakse üldpsühhiaatrilises dispansseeres

osakonnas ja dispansseeres narkoloogiaosakonnas. Seal on 25 psühhiaatri ja narkoloogi ametikohta. Asutatud on laste- ja noorukite kabinet, kohtupsühhiaatriakabinet, psühhoterapia-seksuoloogiakabinet. Dispansseerne töö on korraldatud jaoskonnaprinsiibil, teindatakse Tallinna linna, Harju ja Haapsalu rajooni elanikke. Konsultatiivselt juhendatakse Narva, Kohtla-Järve, Rakvere, Kingissepa ja Hiiumaa psühhoneuroloogiakabinette. Dispansseeritud täiskasvanute seas on ülekaalus neurootikud, alkohoolikud ning skisofreeniahaiged, samuti isikud, kes kannatavad somaatiliste mittepsühhootiliste häirete all.

Haigla juures töötavad organisatsiooni- ja meetodikaosakond ning dispansseerse narkoloogiaosakonna organisatsiooni- ja meetodikakabinet. Narkoloogiadispenserile on pandud Eesti NSV kõigi psühhiaatriaasutuste narkoloogiaalase tegevuse meetodiline juhendamine ja kontroll.

Aktiivne dispansseerimine, õigeaegne, kompleksne ja intensiivne statsionaarne ravi võimaldavad tööravi varakult alustada. 1970. a. rajatud haigla isemajandavates ravi ja tootmistöökodades töötab iga päev keskmiselt 400 haiget. Statsionaarsel ravil viibijatest töötab ligikaudu 1/3. Tööravi on asendamatu haigete resotsialiseerimisel, professionaalsel ümberkvalifitseerimisel ja sotsiaalsel rehabiliteerimisel tervikuna. Tööravi ja tootmistöökodade töötingimused on head, tööliikide valik küllaldane. Organiseeritud on viis tootmisjaoskonda: kartonaaži-, õmblus-, puidutöö-, ehitus-remondi- ja remondi-ekspluatatsioonijaoskond. Töö eest saadav rahaline hüvitus tugevdab haigete materiaalsel olukorda. Üle 50% tööravi lõpetanud haigetest hakkab rahvamajanduses uuesti tööle tavalises korras. Oskusliku majandamisega on Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla tööravi ja tootmistöökodade majanduslikud näitajad suurenenud. Kasum töökodade asutamisaastate kasumiga võrreldes on kümnekordistunud. Süsteem dispanser → statsionaar

→ravitöökojad→dispanser funktsioneerib Tallinnas ühtse rehabilitatsioonikompleksina.

Rohkem kui 660-liikmelisest haigla töötajaskonnast võtab 67% osa kommunistliku töö liikumisest. Haigla arsteegile, laboratooriumile ja füsioteraapiaosakonnale on antud kommunistliku töö kollektiivi nimetus. Enamikul arstidel on kvalifikatsioonikategooria. Haiglas töötavad 2 arstiteaduse kandidaati, neli arsti õpivad mittestatsionaarses aspirantuuris psühhiaatria alal. 1978. aastal sõlmiti sotsialistliku võistluse leping Riia Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaiglaga.

Haigla arengus on eristatavad kolm etappi: 1) aastad 1903...1946, mil lahendati peamiselt vaimuhaigete statsionaarse ravi küsimusi; 2) aastad 1947...1970, millele on iseloomulik haiglavälise psühhiaatrilise abi formeerumine Tallinnas; 3) käesolev periood, mille tunnusjooneks on haigete professionaalse ja sotsiaalse rehabiliteerimise intensiivne arendamine. Viimane sai uue aluse haigla tööravi ja tootmistöökodade avamisega aastal 1970.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarstina töötab 1959. a. alates U. Luts. Peaarsti asetäitjad on E. Päll, I. Tergem ja V. Jänes. Tööravi ja tootmistöökodade direktor on 1973. a. alates T. Tiits.

KIRJANDUS: 1. *Brennsohn, I.* Die Aerzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zur Gegenwart. Riga, 1922, 552 S. — 2. *Saarma, J.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 4, 349—351. — 3. *Saarma, J., Vahing, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 5, 436—440.

4. Дом для душевнобольных. «Ревельские Известия», 1903, 17 сентября. — 5. К описанию освящения больницы для умалишенных «Зеевальд». «Ревельские Известия», 1903, 8 ноября. — 6. К освящению больницы для душевнобольных в «Зеевальде». «Ревельские Известия», 1903, 5 ноября. — 7. *Луйга И.* Призрение душевнобольных в прибалтийском крае. Ч. 1. Юрьев, 1904, 188+57 стр. — 8. *Шпиндлер А.* История больниц города Ревеля. Ревель, 1917, 51 стр.

Tallinna Vabariiklik
Psühhoneuroloogiahaigla
Eesti NSV Toiduainete Tööstuse
Ministeeriumi KTB

Konverentsid ja nõupidamised

Tallinna II Lastehaigla esimene teaduslik-praktiline konverents toimus 2. märtsil 1978. aastal.

Konverentsi juhatasid sisse Tallinna II Lastehaigla peaarst J. Kreek ja meie vabariigi peapediaater E. Tomberg. Arutati pediatraia aktuaalseid probleeme. M. Orn käsitles respiratoorseid allergoosid, A. Levin ja T. Lehola juhtisid tähelepanu ägedate pneumooniate kulu iseärasustele vanematel lastel. Huvi äratas E. Kubjase ettekanne enkopreeside etiopatogeneetilistest ravist lastel. M. Šapovalova oli vaatluse alla võtnud laste kergete halvatusete ravi.

Ettekandeile järgnenud elavas arutelus avaldasid kuuldu kohta oma mõtteid pediatrid V. Rubinstein, V. Pajutee, N. Markova jt. Konverentsist tegi kokkuvõtte Tallinna linna peapediaater H. Lazareva, kes muu hulgas toonitas, et mõned probleemid vajaksid oma aktuaalsuse tõttu veel edasist uurimist.

Konverentsist osavõtjate hulgas oli hulgaliselt lastearste ka Tallinna teistest lastehaiglastest ja lastepoliklinikutest.

Jadviga Kreek

Sanitaarteenistuse Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu XII konverents oli 28...29. juulini Viljandis. Osavõtjaid oli 186, vaatluse all elanike tervislik toimumine. Konverentsi avas tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, kes tutvustas sanitaarteenistuse põhiülesandeid kümnendal viisaastakul. Bioloogiadoktor E. Vagane rääkis toitumise peamistest puudustest.

Keskastme meditsiinitöötajatelt oli 11 ettekannet. Parimaks hinnati Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaarsti

abi M. Laane uurimuslikku laadi töö toorpiima patogeensete stafülokokkidega saastumise kohta. Sisukad olid Viljandi Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi A. Priimetsa ettekanne «Lihasaaduste osa elanike tervislikul toitumisel», Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborandi L. Viidiku ettekanne «Paide rajoonis toodetava piima kvaliteedinäitajad ja elanikkonna kindlustatus piimasaadustega», ametkondliku sanitaararsti kt. T. Rajandu ettekanne «Kalatöötlemise sanitaar-hügieeniline hinnang «Pärnu Kaluri» kalatööstuses». Tööde koostamisel oli rohkesti kasutatud statistiliselt töödeldud laboratoorseid andmeid ning kogemusi sanitaarkontrolli organiseerimise alalt.

Konverentsi teisel päeval käsitleti ühiskondlikku toitlustamist. Esiletõstmist väärivad Kohtla-Järve Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi E. Šurkina ettekanne toitlustusala töötajate meditsiiniliste läbivaatuste korraldusest ja pealinna restorani «Tallinn» sanitaararsti kt. H. Sillandi ettekanne, milles vaadeldi riikliku ja ametkondliku sanitaarteenistuse vahelist koostööd ning mitmeid lahendamist vajavaid probleeme.

Esmakordselt arutati konverentsi kavas olud töid.

Kokkuvõtet tehes märkis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogia Valitsuse juhataja H. Kreek, et ettekannete sisuline külg oli tunduvalt avardunud, temaatika aktuaalne.

Konverents täitis oma ülesande, selle eeskujuliku ettevalmistamise eest väärivad kiitust organiseerimiskomitee (esimees T. Öispuu) ning kogu Viljandi Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama kollektiiv.

Edgar Saar

Pleenumil anti hügieeniline hinnang teravistavatele abinõudele, mis on kasutusele võetud uutes territoriaalsetes tootmiskompleksides. Vaatluse all oli Dzeržinski orgaanilise sünteesi tootmiskompleks. Pleenumil vaadati läbi uus riiklik standard «Üldised nõuded keemiliste ainete hügieeniliste piirväärtuste määramiseks veekogude vees». Ettekanne, mille esitas G. Krassovski (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Üld- ja Kommunaaalhügieeni Instituut), oli valminud rühma teadurite koostöö tulemusena. Pleenumil arutati ka määrust «Tsentraalse majapidamis- ja joogivee veevarustusallikate sanitaarkaitse tsoonid». Eriti pakkus huvi meetodilise juhendi «Veekogude vees kahjulike ainete sanitaarsete piirväärtuste määramise kiirmeetodid» arutelu. Juhendi on koostanud autorite kollektiiv G. Krassovskiga eesotsas. Selles toodu rakendamine võimaldab kiires korras välja töötada hügieenilised normatiivid paljude keemiliste ainete kohta. Meetodilisest küljest oli väga huvitav Permi Polütehnilise Instituudi teaduri N. Zaitseva ettekanne vee kvaliteedi prognoosimisest, mis kätkes paljude hügienistide kollektiivse töö tulemusi.

Viimase päeva ettekannetes oli vaatluse all keemiliste ainete normeerimine veekogude vees ja vanade normide taastähtsustamine. Pleenum kinnitas uued normid mõnede metallide, nagu näiteks volframi, molübdeeni ja koobalti ning mitme alkoholi (butüül- ja heksüülpiirituse) kohta. Esmakordselt kuulusid normeerimisele muude ainete seas ka nitritid, normiks kinnitati 1 mg/l. Seoses kantserogeense ohuga, mida nitritid ja nitraadid väliskeskkonnas endast kujutavad, on nende ainete normeerimine igati tervitatav.

Ingeborg Veldre

Keskkonahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektiooni väljasõidupleenum toimus 11...13. maini 1978. a. Lvovis. Sellest võttis osa ka allakirjutanu. Pleenumil arutati Lvovi linna ja piirkonna veevarustust ning kanalisatsiooni. Sel teemal esitasid ettekandeid Lvovi oblasti peasanitaararst ning Lvovi Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadurid.

Üleliiduline immunoloogiakonverents toimus 21...22. juunini 1978. aastal Tšeljabinskis. Konverentsi teema «Loomuliku immuunsuse faktorid mõningate füsioloogiliste ja patoloogiliste seisundite puhul» arutamisest võttis osa teadlasi 16 meie maa teaduskeskusest — Moskvast, Leningradist, Novosibirskist, Tomskist, Saraatovist ja mujalt. Klinitistid (kirurgid, terapeudid, infektsionistid, pediaatrid jt.) ning mikrobioloogid ja immu-

noloogid vaagisid koos mitmekülgset organismi resistentsuse teoreetilisi ja praktilisi aspekte infektsioonpatoloogia, allergia, paha-loomuliste kasvajate ja immunopatoloogia puhul ning organismi resistentsuse (loomuliku immuunsuse) ja immuunsuse (omandatud immuunsuse) vastastikuseid suhteid.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor E. Šuvalova (Leningrad) andis ammendava ülevaate mittespetsiifilise toimega preparaate kasutamises düsenteeria kompleksravis. Pürimidiini derivaadid, verepreparaadid, poviloor-2, polüfepaan ja teised tõstavad organismi resistentsuse rakuliste ja humoraalsete faktorite aktiivsust. Muu hulgas leiab aset mikro- ja makrofaagide fagotsütaarse, antitoksilise ja ensümaatilise aktiivsuse suurenemine. Tagajärjeks on, et kiirenevad regeneratsiooniprotsessid soole limaskestas ning toimub ka proteino- ja leukogrammide kiirem normaliseerumine. Pikaldase kuluga ja krooniliste düsenteeriavormide puhul väärivad tähelepanu sellised bioloogiliselt aktiivsed preparaadid nagu mitmesuguse päritoluga pürogeenid.

Suurt huvi äratas arstiteaduse doktor I. Freidlini ja tema kaastöötajate (Leningrad) eksperimentaaluurimus peritoneaalsete makrofaagide barjäärifunktsioonist. Esineja tõestas veenvalt mononukleaarse fagotsütaarsüsteemi rakkude kui mittespetsiifilise kaitse tegurite otsustavat osa organismi puhastumisel haigusetekitajaist kohe pärast nakatumist. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor N. Vassiljev (Tomsk) analüüsis loomuliku ja omandatud immuunsuse vastastikuseid suhteid. Sõnavõtja astus resoluutselt välja püüdluste vastu absolutiseerida omandatud immuunsust organismi kaitsevõime tagamisel. Ta rõhutas, et organismi sisekeskkonna homöostaasi tagavad nii loomulik kui ka omandatud immuunsus, mille mõjurid moodustavad ühtse terviku.

Konverentsi programmis oli ka üks töö meie vabariigist, allakirjutanu ning vanemteadur H. Lenzneri ühine uurimus «Inimese mikrofloora laktobatsillide lüsosüümi aktiivsus ja lüsosüümitundlikkus». Esmakordselt näidati, et inimese mikroflooras tihti esinevad laktobatsillid on lüsosüümiresistentsed, seevastu aga harva esinevad laktobatsillid lüsosüümitundlikud. Need andmed lubavad

käsitleda laktobatsillide lüsosüümitundlikkust kui üht võimalikku asjaolu, mis määrab resistentsuse laktofloora kujunemise. Just viimasest sõltub oluliselt organismi mikrofloora — selle nii tähtsa resistentsuse faktori — kaitsefunktsioon.

Konverentsi teesides avaldati 180 uurimuse tulemused. Otsuses on fikseeritud, et organismi resistentsuse faktorite igakülgset uurimist tuleb senisest veelgi ulatuslikumalt jätkata.

Akivo Lenzner

Vene NFSV otorinolarüngoloogide IV kongress toimus 20...22. juunini 1978. aastal Gorkis. Osavõtjaid oli ligi 500 NSV Liidu suurematest teaduskeskustest ning liiduvabariikidest. Päevakorras oli kolm probleemi: 1) Vene NFSV elanike otorinolarüngoloogilise abi efektiivsuse tõstmise ja organisatsiooni täiustamise teed; 2) nürikuulmise probleemi lahendamise perspektiivid ja nüüdisaja võimalused ning 3) sinusiidid ning nende tüsistused täiskasvanuil ja lastel. Iga probleemi kohta kuulati hommikupooliti 4...5 ülevaatlikku ettekannet meie maa juhtivatelt teadlastelt, millele päeva teisel poolel järgnes elav diskussioon.

Esimeses päevakorrapunktis arutati põhiliselt NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrust «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõudest» ning sellest tulenevaid kohustusi. Peeti vajalikuks, et elanike massilisi profülaktilisi läbivaatusi ja dispanserimist tuleb suurendada ning neist peab osa võtma ka otorinolarüngoloog. Eritähelepanu tuleb pöörata ülemiste hingamisteede ja kuulmiselundi kutsekahjustuse vähendamisele.

Professor D. Tarassov oli vaatluse alla võtnud Vene NFSV-s otorinolarüngoloogia alal tehtava teadusliku uurimistöö ja selle perspektiivid. Ilmnes, et kasutusele on võetud mikrolaine ja ultraheli kroonilise tonsilliidi raviks ning krüoterapia vasomotoorse riniidi raviks. Rakendamist on leidnud ultrahelikirurgia ja hapniku manustamine ülerõhu abil ning ninakõrvalurgete sondeerimise uued meetodid, samuti uued audioloogilised uurimismeetodid, sealhulgas laia diapsooniga audiomeetria. Käsil on kuulmisdüskomfordi uurimine ja vertikaalsel tasapinnal otootopika uurimine mitmesuguste nürikuulmise vor-

mide väljaselgitamiseks. On loodud audiomeetri luutelefoni kalibreerimise aparaat, nn. kunstlik mastoid. Esineja juhtis tähelepanu ka puudustele väitekirjade temaatikas ning sellele, et need koostatakse ainult kliinilise materjali alusel, samuti kompleksse puudumisele naabererialadega jne.

Kõneldi ka raskusest arstiabi andmisel kõrva-, nina- ja kurguhaigusi põdejatele, eriti lastele. Olukorra parandamiseks tehti mitmeid ettepanekuid. Nii arvati, et kui ravi ja profülaktika osas oleks võimalik planeerida 815 külastust 1000 lapse kohta ja 615 külastust nooruki kohta, sellest juba piisaks. Hospitaliseerimise vajadus oleks rahuldatud järgmiste näitajate korral: 11,8 voodikohta 1000 lapse kohta ja 17,5 1000 nooruki kohta, kui keskmine ravi kestus oleks vastavalt 12,1 ja 13,2 päeva 350-päevase voodikäibe korral aastas.

Teise probleemi arutamisel juhtis professor B. Sagalovitš tähelepanu kuulmise uurimise meetodite edasise täiustamise vajadusele, samuti kuulmisproteesimise ning laste kuulmise uurimisega seotud probleemidele. Kesksisekõrva kuulmiskahjustuste diferentseerimiseks on kasutusele võetud impedantsaudiomeetria. Kuid selle aparatuuri muretsemine on jõukohane üksnes suurematele uurimiskeskustele, mitte aga tavalistele raviasutustele.

Akadeemik N. Preobraženski vaagis kroonilise otiidi diagnoosimist ja ravi. Ent vaatamata mõjusate ravivõtete kasutuselevõtmisele suureneb kroonilisi keskkõrvapõletikke põdejate arv, mis on 30...40 juhtu 1000 elaniku kohta. Selle põhjus on ühelt poolt liigne iatrogenia, antibiootikumide ja sulfoonamiidide tarvitamine, teiselt poolt see, et paratsenteesi ei tehta kohe või jäetakse hoopis tegemata. Kroonilist keskkõrvapõletikku põdejate rühkus on tingitud ka sellest, et boorpiirituse kauaaegne tarvitamine põhjustab trummiõõnes tugevaid liiteid, armistumisi, mistõttu kuulmist parandavaid operatsioone on hiljem raske teha.

Konverentsi viimase probleemina esitas professor D. Tarassov ninakõrvalurgete põletike uue klassifikatsiooni ning tutvustas uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid. D. Tarassov toonitas diafanoskoopia tähtsust, eeskätt ravi mõjususe kontrollimiseks nii ägedate kui ka krooniliste sinusiitide puhul, eriti aga lastel.

Õigustanud on end hapnikravi; füsioterapiaprotseduuridest on kõige vähem mõjus lühilaineravi.

Dotsent B. Krõlov käsitles ninakõrvalurgete kirurgilise ravi ning selle täiustamise võimalusi. Pideva drenaaži tagamiseks soovitas esineja operatsioonimikroskoobi kasutuselevõtmist ning põsekoopa punktsioonijärgset drenimist polüetüleentoruga.

Huvi pakkusid ettekanded magnetravi kasutuselevõtmisest allergilise rinosinusopaatia korral.

Kongressi ettekannete teesid avaldati trükitis.

Arvid Luts

II üleliiduline teadusliku töökorralduse alane nõupidamine toimus 27...29. juunini 1978 Rostovis Doni ääres. Teaduslik-metoodilisest nõupidamisest võtsid osa vabariiklike teadusliku töökorralduse osakondade juhatajad, selle probleemiga tegelevad teadurid ning Rostovi oblasti tervishoiuorganisaatorid. Teemaks oli teadusliku töökorralduse kompleksne siseseviimine ravi- ja profülaktikaasutustes. Kuulati ligi 20 ettekannet.

Mitmes ettekandes käsitleti polikliinilist abi, rõhutati registratuuri töö tähtsust. Psühholoogiliste kriteeriumide arvestamise vajadusest meditsiinitöötajate töö ja puhkuse planeerimisel rääkis J. Zotov (Moskva). Ta peatus ka psühholoogilise kliima mõjul töö efektiivsusele ja sotsioloogiliste uurimismeetodite rakendamisel meditsiinis.

A. Sarap (Tallinn) käsitles rajooni keskaiglate juhtiva kaadri töö uurimist, mis oli aluseks ka nende ametikohustuste kindlaksmääramisel meie vabariigis.

Paljudes ettekannetes tutvustati arvutus- ja tehnikat kasutamise kogemusi diagnostikas, epidemioloogilistes uurimistes ning raviasutuste tegevuse operatiivsel analüüsil ja juhtimisel.

Nõupidamise viimasel päeval toimus teadusliku töökorralduse vabariiklike osakondade juhatajate metoodiline nõupidamine, kus kuulati osakondade tegevuse aruandeid ja kavandati edaspidised ülesanded.

Ilme Pilv

Rahvusvahelise Psühhofarmakoloogide Selti XI kongress peeti 9...14. juulini 1978. aastal Viinis. Kongressist võttis osa üle 2000 teadlast rohkem kui 30 maalt. Nõukogude

Liitu esindas neljaliikmeline delegatsioon NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemiku G. Morozovi juhtimisel. Rohkem kui 80 istungil esitatud ligi tuhat ettekannet käsitlesid tänapäeva psühhofarmakoloogia kõiki aktuaalseid teoreetilisi, eksperimentaalseid ning kliinilisi probleeme.

Üks kesksemaid probleeme oli depressiivsete seisundite neurobiokeemiline substraat ning depressiivses seisundis haigete diferentseeritud ravi. Viimaste aastate uurimustest on üha enam selgunud, et depressiivsete seisundite patogeneesis etendab juhtivat osa mitmete neuromediaatorite aktiivsuse vahetõrgete häirumine, mis võib realiseeruda mitmes variandis ning põhjustada sellega depressiooni erivorme. Nendel variantidel on oluline osa ka ravi aspektist lähtudes. Nii näiteks on (eriti Rootsi uurijate poolt) selgitatud, et serotoniini tasemest sõltub suur erinevus haigete reageerimises tritsükliilsetele antidepressantidele. Mõningate uute antidepressantide (protiadeen, trasodoon jt.) kõrval olid vaatluse all ka põhilised standardsed ravimid, eriti nende diferentseeritud näidustuste osa. Allakirjutanu esitas koos kaasautoritega valminud uurimuse, mis käsitles trasodooni diferentseeritud efektiivsust kasutamisel intravenoosselt tilkinfusiooni teel ning peroraalselt. Suurt tähelepanu pöörati maskeeritud depressioonide ravile, mis somatovegetatiivsete sümptomide mitmekesisuse tõttu on neil haigeil eriti komplitseeritud. Eriistungil arutati klassikalist elekterkonvulsioonravi, mis ikka on säilitanud oma juhtiva koha raskete, eriti endogeensete depressioonide korral. Viimastel aastatel kogutud andmed on selgust toonud elekterkonvulsioonravi toimemehhanismi. On kindlaks tehtud, et selle ravi toimel paraneb hüpotalaamilise neuroendokriinse süsteemi reaktiivsus, suureneb monoamiinide produktsioon ning tõuseb kesknärvisüsteemi monoamiinretseptorite tundlikkus.

Neuroleptikumide rakendamisel psühhoois ravis, eriti skisofreeniahaigetel pikema aja jooksul, on uurijate tähelepanu köitnud komplikatsioonide rohkus. Seetõttu on otsingud suunatud uute neuroleptikumide, eriti depoopreparaatide sünteesimisele ning nende diferentseeritud rakendamisele farmakokineetika hoolika jälgimise alusel. Üha rohkem on ka neuroleptikumide rakendamise võimalusi. Kaasautorluses dotsent L. Mehilasega

esitas allakirjutanu ülevaate Tartu psühhiaatriakliiniku kogemustest neuroleptikumide väikestes annustes kasutamise kohta mõnede neuroosituüpide ravis.

Klinitsistide huvi keskmes on pidevalt püsivad psühhofarmakonide toimeefekti objektiivsete hindamismeetodite täiustamine. Eriistungitel analüüsiti kliinilis-psühholoogilisi testimismeetodeid ning kliinilisi skaalasisid, mis psühhopatoloogilisi nihkeid võimaldavad standardiseeritult registreerida. Järjest populaarsemaks on saanud Šveitsi, Austria ja Saksa FV teadlaste poolt väljatöötatud kompleksne kliiniline skaala — AMP-skaala, mis on viimastel aastatel tõlgitud paljudesse keeltesse, sealhulgas ka vene, eesti ja leedu keelde. Allakirjutanu esitas kaasautorluses akadeemik G. Morozovi ja nooremteadur A. Michelsoniga ülevaate AMP-skaala kasutamise kogemuste kohta eri psüühiliste haiguste struktuuri iseloomustamiseks.

Paljude neurofüsioloogide (eriti M. Fink, B. Saletu jt.) tööd käsitlesid EEG kvantitatiivse analüüsi andmete kasutamist psühhofarmakonide toime detailseks hindamiseks. Võib arvata, et lähematel aastatel leiab see meetod käsikäes tehnika täiustamisega järjest laiemat rakendamist psüühiliselt haigete farmakoterapia tõhustamiseks.

Kongressil arutati ka neurobiokeemia ja psühhofarmakoloogia üht kõige uudsemat valdkonda — neuropeptiidide ja endorfiinide osa ajutegevuses. Seni saadud orienteerivad andmed kinnitavad, et neuropeptiidid osalevad nii aju normaalses tegevuses kui ka farmakonide toimemehhanismis. Psühhootilistele haigetele neuropeptiidide manustamisel on saadud ka mõningaid paljulubavaid terapeutilisi tulemusi — esialgu küll väga lühiajalise kestusega. Ei ole kahtlust, et see tõrniliselt arenev valdkond pakub rohkeid võimalusi psüühika substraadi edasiseks tundmaõppimiseks ning suunitletud terapeutiliseks mõjutamiseks.

Kongressil olid arutusobjektiks veel paljud eri probleemid, nagu näiteks lastepsühhofarmakoloogia, immunoloogia, geneetika ja endokrinoloogia seosed psühhofarmakoloogiaga ning mitmed teised.

Kongressil valiti Rahvusvahelise Psühhofarmakoloogide Seltsi uus juhatus, presidendiks sai Rootsi teadlane A. Carlsson.

Jüri Saarma

Tähtpäevad

MARIA VALDES 90-AASTANE

Meie vabariigi meditsiiniüldsus tähistas silmapaistvat juubelit — Maria Valdese 90. sünnipäeva. Maria Andrese t. Valdes (Vals) on sündinud 30. septembril 1888. aastal Omskis. Ta pärineb Eestist väljarännanute perekonnast. Algning keskhariduse omandas ta Omskis. 1908. aastal astus ta Tartu Eraülikooli (nn. Rostovtsevi eraülikooli) arstiteaduskonda, mille lõpetas 1914. aastal. Arstieksamid sooritas 1917. aastal. M. Valdes on üks esimesi eesti naisarste.

Edasist elu- ja töökäiku mõjutas suuresti abiellumine 1912. aastal Albert Valdeseaga (1884 ... 1971), kes hiljem oli

Tartus kauaaegne arstiteaduskonna patoanatoomia kateedri juhataja, professor, ajakirja «Eesti Arst» toimetaja, Eesti NSV teeneline teadlane. Kui M. Valdes esialgu tundis huvi peamiselt sünnitusabi ja günekoloogia vastu, siis hiljem toimus järkjärguline lähenevine abikaasa tegevusaladele ning neisse süvenemine. 1929. aastast alates töötas M. Valdes «Eesti Arsti» tehnilise korrektorina.

Pärast viimast sõda, mil kaadripuudus oli eriti suur, asus M. Valdes 1944. aastal tööle patoanatoomia. Ta töötas TRÜ arstiteaduskonnas assistendina kuni 1953. aastani ning Tartu Kliinilise Haigla prosektoarina 1955. aastani. Töölt lahkus ta pärast seda, kui oli väga palju kaasa aidanud arvukate noorte ettevalmistamisele.

M. Valdese elu ja tegevus on olnud mitmekülgne — arst, ema, osaleja oma abikaasa meditsiinilis-kultuurilistes ettevõtmistes, õpetaja. Ta on elanud rikkast elu, mille head viljad alles küpsemas. Temale kui õpetajale võlgnevad tänu paljud meie nüüd juba keskmise põlvkonna arstid, eriti morfoloogid.

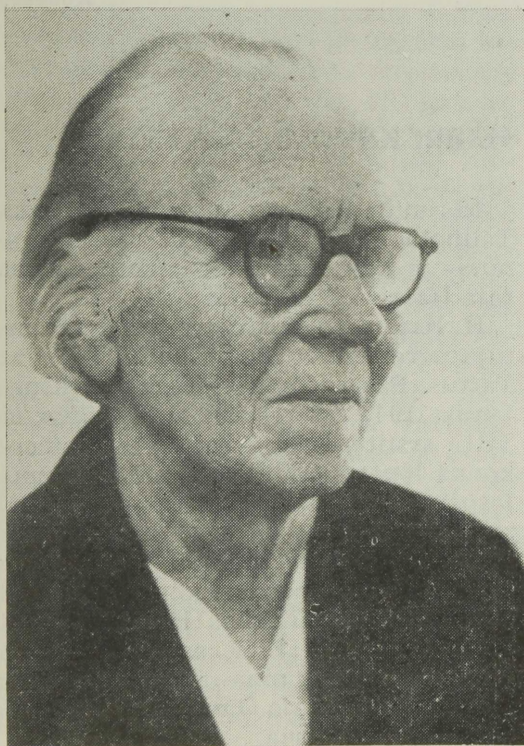
Endised kaastöötajad ja õpilased soovivad juubilarile parimat järgmisteks aastateks, esmajoones head tervist!

Uno Podar

EESTI NSV TEENELISEL ARSTIL EVALD VÄÄRTIL OLI JUUBEL

9. juulil 1978. a. tähistati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja Evald Aleksandri p. Väarti 50. sünnipäeva.

E. Väart on sündinud 9. juulil 1928. aastal Saaremaal Vantri külas. Alg- ja keskhariduse omandas ta Saaremaal. 1947. aastal alustas E. Väart õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1953. aastal. Õppetöö kõrval leidis ta aega ja tahtmist aastail 1951 ... 1953 töötada Tartu Vabariiklikus Struuma-





tõrje Dispanseris subordinaatorina. E. Väärt oli ka TRÜ Üliõpilaste Teadusliku Ühingu arstiteaduskonna esimees.

1956. aastast alates kuulub E. Väärt NLKP ridadesse.

Hea spetsialisti ja võimeka tervishoiu-organisaatorina tegi E. Väärt suure töö arstiabi korraldamisel Saaremaal. Tema organiseerimisel loodi spetsialiseeritud arstiabi põhilistel erialadel ja korraldati ümber polikliiniku töö. Keskaigla muutus kogu rajooni arstide teadusliku uurimistöo baasiks ning on seda tänaseni. Töö kõrval täitis ta mitmeid ühiskondlikke kohustusi, aastaid oli EKP Kingissepa Rajoonikomitee liige, Punase Risti Seltsi Kingissepa Rajoonikomitee esimees, ühingu «Teadus» rajooniosakonna presiidiumi liige. Vaatamata suurele töökoormusele õppis ta aastail 1965...1969 Moskvas mittestatsionaarses aspirantuuris tervishoiu-organisatsiooni alal.

1975. aastal määrati E. Väärt Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhatajaks ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi liikmeks, ta on valitud par-

teibüroo koosseisu ning täidab rahva-kontrolligrupi esimehe kohustusi.

Põhitöö kõrval pole juubilar loobunud oma kitsamast erialast — 1954. aastast alates on ta töötanud kohtumeditsiini eksperdina. Ta on mitmete teaduslike artiklite autor ning on korduvalt osa võtnud kongressidest ja sümposiumidest nii meil kui ka välismaal.

Hea töö eest on juubilari autasustatud Tööpunalipu ordeni ning medallitega «Töövapruse eest» ja V. I. Lenini juubelmadaliga. 1970. aastal anti E. Väärtile Eesti NSV teenelise arsti au-
nõuetus.

Meie vabariigi meditsiinifilatelistid tunnevad juubilarit kui suure margikogu omanikku ja laiade rahvusvaheliste sidemetega filatelisti. Meie aga tunneme teda kui väga inimlikku, vastutulelikku, sõbralikku ning mõnusa huumorimeele ja ehtsaarlase töökuse ning visadusega kolleegi.

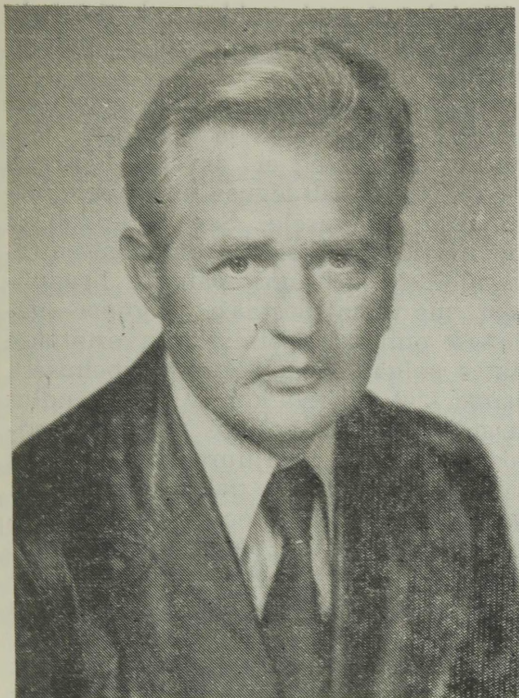
Soovime juubilarile palju õnne, jätkuvat energiat, tugevat tervist ja head taht meie vabariigi tervishoiu edendamisel.

Kolleegid

HARRI KRUISE 50-AASTANE

15. juulil 1978. aastal sai 50-aastaseks Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja Harri Arkadi p. Kruise.

H. Kruise on sündinud Tartus teenistuja perekonnas. Tema koolitee kulges Tartus. Pärast Tartu V Keskkooli lõpetamist 1947. aastal jätkas ta õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas, mille raviosakonna lõpetas 1953. aastal. Juba üliõpilaspõlves hakkas H. Kruise huvi tundma kõrva-, nina- ja kurguhaiguste vastu. Kohe pärast ülikooli lõpetamist asus ta otorinolarüngoloogina tööle Tallinna Vabariiklikus Haiglas, kus ta töötab tänaseni. 1976. aastast alates on juubilar kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja. Oma erialal on tal kõrgem kategooria.



H. Kruuset tuntakse abivalmis ja võimeka arstina ning hea organisatorina. Ta on tundnud suurt huvi kirurgilise ravi meetodite omandamise ja täiustamise vastu oma erialal. Nii on H. Kruuse oma teadmisi omal algatusel täiendanud Moskva, Leningradi ja Kiievi juhtivate meditsiiniinstituutide kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliinikutes. Erilist huvi on ta tundnud otoskleroosi kirurgilise ravi vastu. Juubilari osavõtul organiseeriti juba 1960-ndate aastate algul Tallinna Vabariiklikus Haiglas audiomeetriakabinet, mis lõi hea aluse kuulmiskahjustuste kirurgilise ravi näidustuste määramiseks ja ravitulemuste hindamiseks. H. Kruuse on kuulmist parandavate operatsioonide pioneer meie vabariigis. Ta on edukalt opereerinud sadu haigeid ja neile kuulmise tagasi andnud. Sellel teemal on H. Kruuse esitanud ettekandeid nii vabariiklikel kui ka Balti liiduvabariikide vahelistel konverentsidel, samuti arvukatel seminaridel. Need ettekanded on ka trükis avaldatud. Peale kuulmist parandavate operatsioonide on juubilari

huvitanud onkoloogia, endoskoopia ja anesthesioloogia probleemid.

H. Kruuse on alati aega leidnud noorte kolleegide juhendamiseks ja nende teadmiste täiendamiseks. Aastaid on ta olnud Põhja-Eesti ning Tallinna kõrva-, nina- ja kurguarstide koosolekute ning seminaride kokkukutsumise algataja ja korraldaja ning esitanud seal huvitavaid ettekandeid, kirjeldanud haigusjuhte ning näidanud praktiliselt ravivõtteid.

Kunagi ei ole ta ära ütelnud ühiskondlikust tööst. Mitmeid aastaid on ta olnud Tallinna Vabariikliku Haigla seltsimeheliku kohtu esimees, samuti on ta energiliselt osa võtnud Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi tööst. Juubilari teeneid on ära märgitud V. I. Lenini juubelimedali ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi ja muude aukirjadega.

Õnnitleme juubilari ning soovime paljudeks aastateks tugevat tervist, töörohmu ja väsimatust arstitöös!

Kolleegid

Juriidilist nõuannet

PALGATA LISAPUHKUSEST

«Eesti NSV töökoodeksi» § 172 kohaselt antakse sünnitusjärgset palgata puhkust naistele, kellel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi. Seda puhkust on naisel õigus saada kas kohe pärast sünnitusjärgse puhkuse lõppemist või mis tahes ajal hiljem, kuni laps pole veel aastaseks saanud.

Palgata lisapuhkust kuni lapse aastaseks saamiseni on õigus saada ka nendel naistel, kes on lapsendanud vastündinu sünnitusmajast. Seda puhkust tuleb naise soovil anda kas kohe pärast lapsendamist või mis tahes ajal kuni lapse aastaseks saamiseni.

Mida seadus mõistab palgata puhkuse all? Palgata puhkust antakse alati mitte puhkamiseks, vaid teatavate erakorraliste asjaolude, perekondlike või muude mõjuvate põhjuste korral. Töötaja vabastatakse palgata puhkuse ajaks tööülesannete täitmisest, kusjuures säilitatakse töö- või ametikoht. Palgata puhkus ei asenda iga-aastast puhkust, teda võidakse anda iga-aastasele puhkusele lisaks, olenemata viimase kestusest. Palgata puhkused on kahesugused: ühed, mis on seaduses ette nähtud ja mille võimaldamine on töötaja soovil administratsioonile kohustuslik, ning teised, mille võimaldamine sõltub administratsiooni äranägemisest. Palgata puhkuse andmine naistele, kellel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi, on ema avalduse alusel administratsioonile kohustuslik.

Palgata puhkust võib naine kasutada korraga või osade kaupa kuni lapse aastaseks saamiseni. See tähendab, et ta

võib juba alanud puhkuse katkestada, tulla tööle ning hiljem võtta palgata puhkust uuesti.

Palgata lisapuhkuse aeg arvatakse nende üldise, pideva ja erialase tööstaaži hulka, kuid ei arvata tööstaaži hulka, mis annab õiguse järgmisele iga-aastasele puhkusele. See tähendab, et kui naistöötaja kasutas oma iga-aastase puhkuse ära enne palgata lisapuhkust, siis tema tööstaaži järgmise iga-aastase puhkuse saamiseks arvestatakse alates palgata lisapuhkuse lõppemisest. Samal ajal ei keela kehtiv seadusandlus naistöötajale iga-aastase puhkuse andmist avansina. Sealjuures tuleb silmas pidades, et keskmise palga arvutamisel iga-aastase puhkuse eest tasu maksmiseks ülalnimetatud palgata lisapuhkust ei arvata kuude hulka, millega jagatakse aasta töötasu (NSV Liidu Töö ja Töötasu Komitee ja ÜAÜKN-i 30. märtsi 1970. a. seletuse p. 3). Järelikult naistöötaja keskmise töötasu suurus palgata puhkusel viibimise tõttu ei vähene.

Juhul, kui naine soovib seoses lapse sünniga töölt lahkuda, siis talle lisapuhkust ei anta. Küll aga säilitatakse pidev tööstaaž tingimusel, et ta asub tööle enne lapse aastaseks saamist (NSV Liidu Ministrite Nõukogu 13. aprilli 1973. aasta määrus nr. 252). Samuti arvatakse pärast kõrg- või keskeriõppeasutuse lõpetamist tööle suunatud noorele spetsialistile antav palgata lisapuhkus lapse hooldamiseks kuni selle aastaseks saamiseni kolmeaastase kohustusliku töötaja hulka.

Palgata lisapuhkust on naistöötajal õigus saada seoses iga lapse sünniga ning iga niisugune puhkus arvatakse talle kõikide tööstaaži liikide hulka. Tööraamatusse palgata lisapuhkust ei märgita, kuid selle kohta tehakse sissekanne isiklikule kaardile.

Naistöötaja asemele, kes on palgata lisapuhkusel, võib tema äraoleku ajaks tööle võtta teise töötaja tähtajalise töölepingu alusel («Eesti NSV töökoodeksi» § 19 p. 2.). Asendaja hilisem vabastamine töölt toimub «Eesti NSV töökoodeksi» § 33 p. 2 alusel (töölepingu

tähtaja möödumine) ilma ametiühingu-
komitee nõusolekuta ja vallandustoe-
tuse maksimiseta.

Nõukogude tööseadusandlus («Eesti
NSV töökoodeks» § 176) ei luba raseda
naise, rinnaga toitva ema ja naise, kel-
lel on kuni ühe aasta vanuseid lapsi,
vallandamist administratsiooni algatu-
sel, välja arvatud asutuse, ettevõtte või
organisatsiooni täieliku likvideerimise
korral, mil vallandamine on lubatud
kohustusliku töölepaigutamise. Eri-
olukord on tähtajalise töölepingu pu-
hul. Siin on administratsioon õigustatud
tähtaja möödumisel vallandama ka ra-
seda naise, rinnaga toitva ema ning
naise, kellel on kuni ühe aasta vanuseid
lapsi. Sel juhul ei ole tegemist vallan-
damisega administratsiooni algatusel,
vaid töösuhte katkemisega lepingu-
tähtaja möödumisel.

Enn Moik

Meditsiini- tehnika

MADALSAGEDUSLIK MAGNET- RAVI

LIIVIA LUTS · TARTU

madalsageduslik magnetravi, biofüüsikaline alus,
bioloogiline toime, raviprotseduurid, näidustused,
vastunäidustused

Tänavu sai Eesti NSV ravivõrk esi-
mise kodumaise füsioteraapia madal-
sagedusliku magnetraviaparaadi «По-
люс-1» (vt. joonis). Suhtelise uudsuse
tõttu piirduvad kirjanduse andmed
magnetravi rakendamise kohta füsiote-
raapias peaaegu eranditult ilmunuga
perioodikas ja artiklitega teaduslikes
kogumikes. Ülevaate saamist magnet-
ravi mõjususest mitmesuguste haigus-
seisundite korral takistab mõnevõrra
see, et enamik uuringuid on tehtud
mittestandardse aparatuuri üksikute
patenteeritud eksemplaridega ning
seega põhinevad tulemused väga mit-
mesuguste parameetritega magnetvälja
kasutamisel. Alles madalsagedusliku
magnetravi aparatuuri seeriatootmine,
mis sai alguse 60-ndatel aastatel Ru-
meenia SV-s ja Jaapanis ning 1970-
ndate aastate algul Nõukogude Liidus,
võimaldas saada üheselt tõlgendatavaid
andmeid magnetravi kohta ning välja
töötada konkreetse füsioteraapiamee-
todid. Esitame lühikokkuvõtte madal-
sagedusliku magnetravi tähtsamatest
aspektidest.

**Biofüüsikalised alused ja bioloogili-
ne toime.** Kuigi kudede magnetilised
omadused on nõrgalt väljendunud, tões-
tavad arvukad eksperimentaalsed ja
kliinilised uurimised magnetvälja toi-
met nii kogu organismisse kui ka üksi-
kutesse elunditesse ja kudedesse.

Magnetvälja toimetehhanismi bioloogilistesse objektidesse ei ole seni veel lõplikult selgitatud. Arvesse tulevad madalsagedusliku magnetvälja poolt kudedes indutseeritud väikese võimsusega elektrilise pöörivälja toime, samuti magnetvälja toime kudede dia- ja paramagnetilistesse molekulidesse (18). Erinevalt kõrgsageduslikust magnetravist (induktotermiast) koed ei soojene. Paljude teooriate hulgast on tänapäeval üks levinumaid seisukohti, mille järgi magnetvälja toime realiseerub elusorganismidesse, eeskätt üle kudedes sisalduva vee (7, 13, 14, 15). See seisukoht tugineb uurimustele, mille kohaselt magnetväljas hoitud vee omadused muutuvad. Suspendeeritud osiste sadestumine aeglustub, muutub vedelike ionide koostis, suureneb ainete lahustuvus ning muutub vedelike viskoossus (2, 15, 16, 17). Bioloogiliste membraanide läbilaskevõime magnetvälja toimel suureneb, kiirenevad energeetilised protsessid kudedes ning muutuvad kudede elektrilised omadused (1, 6, 9, 14, 16). Konstantse magnetväljaga võrreldes on madalsagedusliku magnetvälja toime bioloogilistesse objektidesse märksa tugevam (1, 2, 16, 17).

Magnetväli toimib elusorganismisse mittespetsiifilise ärritina ning sõltuvalt organismi funktsionaalsest lähtefoonist ja doseeringust kutsub esile vägagi mitmelaadilisi vastusreaktsioone (1, 2, 16, 18, 29). Et bioloogilised objektid asetsevad kogu nende eksisteerimise vältel geomagnetilises väljas, peetakse ka madalsageduslikku magnetvälja organismiga adekvaatseks, teataval määral «omaseks» ärritiks. Uurimine on näidanud, et kõik organismid — üherakulistest inimeseni — reageerivad märksa nõrgematele magnetväljadele, kui teoreetilised arvestused füüsikas võimalikuks peavad. Seda püütakse seletada organiseerunud elusmateriale evolutsioonis kujunenud ning ainult elusolenditele omase erilaadse tundlikkusega magnetväljade suhtes (7, 18).

Eksperimentaalsete ja kliiniliste uurimiste põhjal võib esile tuua järgmisi magnetvälja toime iseärasusi, mis on füsioteraapias magnetravi rakendamise aluseks. Madalsageduslik magnetväli toimib valuvaigistavalt, alandab turset ja pärsib kudede põletikku (11, 12, 13, 16, 21, 22). Perifeersed veresooneid laienevad, paranevad mikrotsirkulatsioon ja kudede troofika (8, 16, 17, 23). Haavade epiteliseerumine kiireneb, naha sügelemine väheneb (5, 12, 16, 23). Kahjustatud perifeerses närvis parabiisiinähud taandarenevad ja närviimpulsi leviku kiirus suureneb (9). Toime kohta vegetatiivsesse närvisüsteemisse ei leidnud me üheselt tõlgendatavaid andmeid. Soodsat mõju täheldatakse lipoidide ainevahetusele, algava ateromatoosse protsessi korral pärsitakse ateroomide tekke progresseerumist veresoonte seintes (8, 15). Toime koensüümidesse ja hormonaalsesse sfäärisse sõltub suurel määral magnetvälja parameetritest (2, 28, 29). Loomkatsete andmed lubavad järeldada, et magnetväljal on pärssiv mõju kasvaja kasvule (4). Katseloomade eelnev hoidmine magnetväljas leevendab eksperimentaalse kiiritustõve kliinilisi avaldusi ja katseloomade surmajuhtude arv väheneb (3). Kogu maailmas jätkuvad pingsalt uurimised, selleks et välja selgitada magnetvälja toime mitmesuguste patoloogiliste protsesside korral.

Suure tugevusega magnetväli tekitab eksperimendis vastupidiselt väikestele doosidele rakkude mitootilise aktiivsuse langust ja pärsib ensüümisüsteeme (25, 31). Katseloomade pikaajalisel hoidmisel magnetväljas leitakse düstroofilisi muutusi, tugevat hüpereemiat ja verevalumeid parenhümatossetes elundites ja ajus (24).

Raviprotseduurid. Madalsagedusliku magnetravi protseduuride tegemisel aparaadiga «Полюс-1» tuleb praktilises töös arvestada järgmist. Aparaat «Полюс-1» on ette nähtud üksnes lokaalseks protseduurideks ning erinevalt aparaatidest «Magnetodiaflux» ja «Magnetizer» ei ole sellega tehniliselt võimalik teha üldmagnetravi protse-

duure. Elektroodide komplekt koosneb kahest paarist ümara ja pikliku tööpinna induktorist (U-kujuline ja sirge südamikuga elektromagnetid) ning ühest vaginaalsest induktorist. Tavaliselt kasutatakse protseduuriks kahte, harvem ühte statiivide külge kinnitatud induktorit, mis asetatakse haiguskolde kohale selliselt, et need asetuksid kas risti või piki kontaktsest või kuni 5... 10 mm kaugusel. Magnetvälja tugevus on maksimaalne induktori pinna vahe- tus läheduses ning keha pinnast kaugenemisel väheneb kiirelt. Seetõttu ei tohi kaugus olla üle 10 mm, vastasel korral on protseduur toimetu. Protse- duuri võib teha ka läbi riiete, kips- mähise ja -sideme nii kuivale kui ka märjale kehapiinale. Induktorite plastmassist korpused on magnetpool- sed märgistatud tähtedega N ja S ning nool nende vahel näitab magnetvälja tungjoonte suunda.

Induktorite-elektromagnetite toite- vool on kas siinuseline vahelduvvool või poolperioodalaldatud vool, mille sagedus on 50 Hz. Aparaaadi paneelil asetseva lülitiga saab reguleerida toite- voolu liiki ning seega on võimalik toi- mida haigesse ka siinuselise vahelduv- magnetvälja (vene k. «синусоидальное или переменное магнитное поле») või pulseeriva alalismagnetvälja (vene k. «пульсирующее или постоянное маг- нитное поле») abil. Vahelduvmagnet- välja korral ei ole protseduuri tegemi- sel vaja arvestada induktoritele märgi- tud noolte suunda, küll aga on see olu- line alalismagnetvälja rakendamise korral. Alalismagnetvälja kontsentree- rimisega induktorite vahel olevale ke- haosale asetatakse induktorid erinime- liste poolustega vastamisi selliselt, et nooled asetuksid paralleelselt ja vastas- suunaliselt. Hajuva alalivälja saami- seks on mõlema induktori nooled paral- leelselt ja samasuunaliselt. Viimast kasutatakse harva, üksnes erinäidus- tuste korral, nagu näiteks seljaaju piir- konda. Induktorite töörežiim on regu- leeritav pidev- ja impulssrežiimiks (im- pulsli ja pausi kestus on kumbki 2 sek.). Impulssrežiimil prevaleerib ergutav

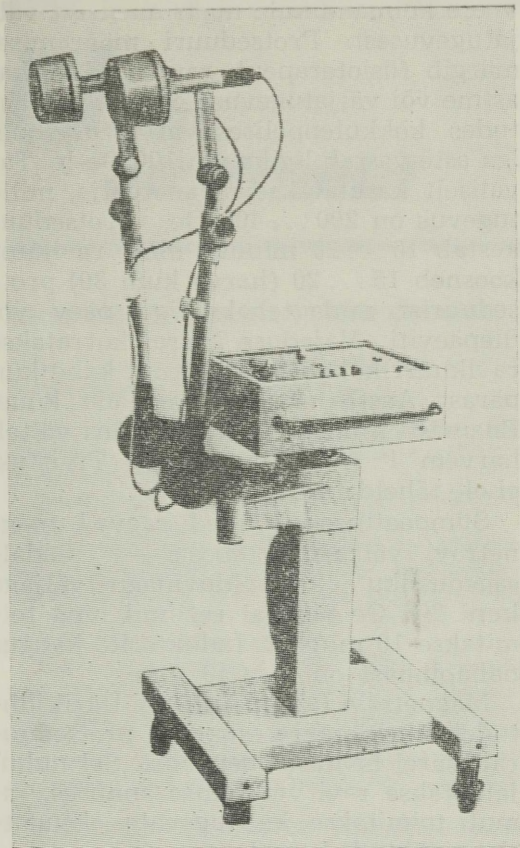


Foto. Madalsagedusliku magnetravi aparaat «Полюс-1».

toime ning see on eriti näidustatud krooniliste põletike raviks, mao sekre- toorse funktsiooni ja soolte peristaltika stimuleerimiseks või muudel juhtudel. Tavaliselt rakendatakse magnetravi protseduurideks vahelduvmagnetvälja pideval režiimil. Alalismagnetvälja bio- loogiline toime on tagasihoidlikum ning tema kasutamine õigustab end juhtu- del, kui taotletakse leebemat toimet, näiteks üliägedate põletike ja muu sel- lise korral.

Doseerimisel lähtutakse magnetvälja tugevusest ja protseduuri kestusest. Aparaadil «Полюс-1» doseeritakse väl- jatugevust astmeliselt. Maksimaalsele väljatugevusele 300... 500 Oe* (400 Oe $\pm 25\%$) vastab lüliti seis neljandal ast- mel, esimene aste vastab ligikaudu

* 1 Oe (örsted) = 79,5775 A/m.

ühele kolmandikule maksimaalsest väljatugevusest. Protseduuri määramisel märgib füsioterapeut ravikaardile kas astme või väljatugevuse örsteditest, lähitudes kokkuleppelisest arvestusest, et iga aste vastab ligikaudu 100 Oe-le. Tavaliselt kasutatakse magnetvälja, mille tugevus on 200...400 Oe. Protseduur kestab 10...20 minutit ning ravikuur koosneb 15...20 (harva kuni 30) protseduurist, mida tehakse iga päev või ülepäeviti. Vajaduse korral korratakse ravikuuri kolme nädala kuni kahe kuu pärast. Aastas ei tehta neid üle kuue. Enamasti ilmneb efekt ravikuuri vältel, harvem 1...1,5 kuu pärast. Tüsistusi ei ole täheldatud.

Sümpaatilised sõlmed saavad magnetravi väiksemas doosis — madalsagedusliku vahelduvmagnetväljaga kuni 200 Oe pideval režiimil ning toimitakse 10 minutit. Induktorite kaugus nahapinnast on 5...10 mm.

Magnetravi talutakse hästi. Üksikjuhtudel täheldatakse esimeste protseduuride järel haiguse ägenemist. Sel puhul jätkatakse ravi väiksemas annuses, samuti toimitakse ka tugevate eksudatsiooninähtude korral.

Meil ei õnnestunud kirjaanduses leida andmeid madalsagedusliku magnetravi sobimatuse kohta muude füsioteraapiaprotseduuridega. Küll aga nõrgeneb aspiriini ja kortikosteroidipreparaatide toime magnetravi foonil.

Näidustused ja vastunäidustused. Madalsagedusliku magnetravi näidustused tuginevad uurimustele tema bioloogilise toime kohta ning empiirilistele kliinilistele tähelepanekutele. Selgituseks tuleb öelda, et osa kirjaanduses esitatud näidustusi on välja töötatud mittestandardse aparatuuri ning Jaapani ja Rumeenia magnetraviaparatuuridega tehtud ravikuuride tulemuste alusel. Madalsagedusliku magnetravi näidustusi on rohkesti.

Kirurgias: haavad, haavandid, infiltraadid, tromboflebiidi kõik staadiumid, endarteriit. Ravnaud' tõbi, traumajärgsed tursed, luumurrud, Dupuytreni kontraktuur algstaadiumis, liigeste kontraktuurid, keloidid, epikondüliidid,

artroosid, spondüloos (2, 11, 12, 13, 17, 19, 21, 32).

Teraapias: hüpertooniatõve kõik staadiumid, ateroskleroos, infektsioonid, reumaatilised ja psoriaatilised artriidid, hüpatiidne ja hüperatsiidne gastriit, spastilised koliidid, haavandtõbi, sapipõie düskineesia, bronhiaalastma (2, 20, 21, 27).

Neuroloogias: radikuliit, neuriidid, vegetatiivne ja toksiline polüneuriit, ajuinfarkti jääknähud (toimitakse kaela sümpaatilistesse sõlmedesse mitte varem kui üks kuu pärast ajuinfarkti teket), kaela tagumine sümpaatiline sündroom (1, 2, 9, 10, 16, 22).

Günekoloogias: kroonilise adneksiidi ägenemine, emakaõõsosa erosioonid, krooniline retsidiveeruv kolpiit, algaja düsmenorröa (2, 26, 30). Menstruatsiooni ajal võib ravi jätkata.

Dermatoloogias: psoriaas, ekseem, neurodermiit, sklerodermia, dermatosid, *pruritus* (2, 5, 16, 22).

Näidustuste loetelu ei ole kaugeltki lõplik, kuna sellesuunalised uurimised jätkuvad kõigil arstiteaduse erialadel. Esialgsel andmetel peetakse magnetravi perspektiivseks ka onkoloogilistel haigetel (12, 21).

Peale üldiste vastunäidustuste füsioteraapia rakendamisel esitatakse veel järgmisi: arteriaalse rõhu suur kõikumine, perifeersete veresoonte atoonia nähud, verejooksu oht, ajuinsult ja südameinfarkt akuutses staadiumis, hüpotalaamiline sündroom. Magnetravi on keelatud rasedatel suguelundite piirkonnas.

KIRJANDUS: 1. Bittman-Coros L., Mäcelariu A. Arch. phys. Ther. 1969. 21. 2. 126—134. — 2. Dinulescu T., Mäcelariu A. Z. Ges. inn. Med., 1963, 18. 986—994.

3. Абдуллаев М. Д., Жданова С. М. В кн.: Материалы всесоюзного симпозиума по влиянию искусственных магнитных полей на живые организмы. Баку, 1972. 7—9. — 4. Абдуллаева В. М., Абдуллаев М. Д., Жданова С. М. Там же, 9—11. — 5. Антонова А. А., Башлыкова Т. М., Марзеева Г. И. В кн.: Ультразвук и магнитные поля в медицине. М., 1976. 48—50. — 6. Беккер Д. Б., Могендович М. Р. В кн.: Биологическое и лечебное действие магнитного поля и строго периодической вибрации. Пермь, 1948, 93—97. — 7. Бильдюквич А. Л., Хамитов

Х. С., Улумбеков Э. Г., Куликова Н. В., Ситкин М. И., Капустин В. Л. В кн.: Материалы всесоюзного симпозиума по влиянию искусственных магнитных полей на живые организмы. Баку, 1972, 14—18. — 8. Гасанов Г. Г., Иванов-Муромский К. А., Лихачев А. И. Там же, 3—5. — 9. Гилинская Н. Ю. В кн.: Практическая невропатология. М., 1971, 181—185. — 10. Гилинская Н. Ю., Рыжова Е. А. Новости медицинского приборостроения, 1971, 3, 90—92. — 11. Деген И. Л. Там же, 81—83. — 12. Деген И. Л. Клин. хир., 1971, 3, 75—79. — 13. Деген И. Л. Лечебное действие магнитных полей при некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1973. — 14. Десницкая М. М., Мамонтов А. Н. В кн.: Материалы всесоюзного симпозиума по влиянию искусственных магнитных полей на живые организмы. Баку, 1972, 115—117. — 15. Загурская Г. Б., Лусин В. В., Подшивалов Б. В. Там же, 151—153. — 16. Кармилов В. И. В кн.: Биологическое и лечебное действие магнитного поля и строго периодической вибрации. Пермь, 1948, 5—23. — 17. Кордюков Э. В. В кн.: XXIV научная сессия, посвященная 95-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина. Тезисы докладов. Куйбышев, 1965, 124—125. — 18. Пресман А. С. Электромагнитные поля и живая природа. М., 1968. — 19. Савченко Ю. А., Эдлинский И. Б. В кн.: Материалы всесоюзного симпозиума по влиянию искусственных магнитных полей на живые организмы. Баку, 1972, 46—48. — 20. Селезнев А. В., Боброва Г. В. В кн.: Биологическое и лечебное действие магнитного поля и строго периодической вибрации. Пермь, 1948, 115—133. — 21. Соловьева Г. Р. Мед. техника, 1970, 3, 35—43. — 22. Соловьева Г. Р. Мед. техника, 1974, 3, 41—46. — 23. Соловьева Г. Р., Еремин В. А., Горзон Р. Р. Мед. техника, 1973, 5, 29—33. — 24. Спаская М. Г., Музалевская Н. И. В кн.: Материалы всесоюзного симпозиума по влиянию искусственных магнитных полей на живые организмы. Баку, 1972, 90—92. — 25. Стрелкова В. Ю. Там же, 28—30. — 26. Стругацкий В. М. В кн.: Ультразвук и магнитные поля в медицине. М., 1976, 50—52. — 27. Табанькова Л. И., Гилинская Н. Ю. В кн.: Материалы всесоюзного симпозиума по влиянию искусственных магнитных полей на живые организмы. Баку, 1972, 111—113. — 28. Тюньков И. В., Буравихин В. А., Виниченко Э. В. Там же, 108—110. — 29. Уколова М. А., Каакина Е. Б., Гаркави Л. Х. Там же, 78—80. — 30. Шинкарева Л. Ф., Муравьев М. Ф., Городсков В. И. Там же, 52—55. — 31. Шуст И. В., Костиник И. М. Там же, 18—21. — 32. Эдлинский И. Б., Муравьев М. Ф., Савченко Ю. Я. Там же, 48—50.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia
ja neurokirurgia kateeder

Uusi ravimeid

ANABASIINHÜDROKLORIIDITABLETID

(*Tabulettae Anabasinii hydrochloridi*, Таблетки анабазина гидрохлорида).

Anabasiin on alkaloid, mida sisaldab taim *Anabasis aphylla* L. maltsaliste (*Chenopodiaceae*) sugukonnast.

Keemiliselt on anabasiin alfa-piperidiüül-beetapiperidiin.

Anabasiinhüdrokloriiditabeltid on näidustatud ravikuurina suitsetamise mahajätmise kergendamiseks. Analoogiliste preparaatidena on neil kasutusel tsütisiini sisaldav tabeks ja lobeliini sisaldav lobessiil.

Nikotiini jälgendava toime tõttu vähendavad need preparaadid suitsetamise mahajätmise ajal harjumuslikku vajadust nikotiini järele. Kui sel ajal suitsetatakse, süvenevad vaevused veelgi ning juba esimestel päevadel kujuneb negatiivne reaktsioon nikotiini suhtes.

Kliinilistel andmetel on anabasiinitabletti-de kasutajaist 80% -l saadud hea tulemus.

Ravikuur kestab 25 päeva, mille vältel võetakse 120 tabletti anabasiinhüdrokloriidi. Raviskeem on järgmine.

Esimese viie päeva jooksul võetakse sisse või pannakse keele alla 1 tablett (0,003 g) 8 korda päevas.

6...12. päeval 1 tablett (0,003 g) iga 2,5 tunni järel, kokku 6 tabletti (0,018 g) päevas.

13...16. päeval 1 tablett (0,003 g) iga 3 tunni järel, kokku 5 tabletti (0,015 g) päevas.

17...20. päeval 1 tablett (0,003 g) iga 5 tunni järel, kokku 3 tabletti (0,009 g) päevas.

21...25. päeval 1...2 tabletti (0,003...0,006 g) päevas.

Alates esimesest ravipäevast peab patsient suitsetamisest kas täielikult loobuma või seda tugevasti vähendama. Täielikult tuleb suitsetamine maha jätta hiljemalt 8...10. päeval alates ravi algusest. Kui suitsetamisega ei ole vähenenud, tuleb ravi katkestada ja 2...3 kuu pärast teha uus katse.

Vastunäidustusteks ravimi kasutamisel on ateroskleroos, kõrge arteriaalne rõhk, verejooksud.

Ravimit toodetakse tablettidena à 3 mg. Pakendis on 120 tabletti, hind 1 rubla.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse valguse eest kaitstult.

Uus kodumaine suitsetamisvastane vahend.
Aino Jürison

TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

13. aprillil 1978. aastal toimus kolleegiumi koosolek tervishoiuminister V. Rätsepa eesistumisel. Arutati ravi- ja profülaktikaasutuste 1977. aasta tööd, tervishoiuministeriumisse 1977. aastal saabunud kaebuste ja avalduste analüüsi tulemusi, samuti EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse rahva tervishoiu edendamisel meie vabariigis täitmist. Üldsuremus 1000 elaniku kohta on vähenenud 12,0-lt 1976. aastal 11,7-le 1977. aastal, laste suremuse osas vastavalt 17,8 ja 17,2, mis on madalaim NSV Liidus. Arstide arv on suurenenud ning see on 10 000 elaniku kohta Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi süsteemis 32,9. Tunduvalt on vähenenud haigestumine leetritesse, samuti infektsioosesse hepatiiti, sarlakitesse.

Tervishoiuasutuste töös ei saa veel kõigea rahule jääda. 1977. aastal jäi kasutusele võtmata 600 voodikohta. Voodikoha koormus linnas vähenes (ilma remondipäevadeta) 323,7-lt 319,7-le, maal aga suurenes. Alakoormatud olid laste nakkushaiguste osakondade (223,0), samuti sünnitusosakondade voodikohad (278,4), ülekoormatud aga hematoloogilisi (430,0), endokrinoloogilisi (418,6), psühhiaatrilisi (372,0) või muid haigusi põdejate voodikohad. Remondipäevade arv suurenes 1976. aasta arvuga võrreldes 27,6%. 114 maa-arstijaoskonnast oli viieteistkümnes (13,2%) jaoskonnaarsti ametikoht vakantne. Polikliinikutes on järjekorrad pikad stomatoloogi, laste kõrva-, nina- ja kurguarsti ning neuroloogi vastuvõtule. Ravileasaamise järjekorrad on pikad ka füsioteraapia-, ravikehakultuurikabinettidesse. Dispanseerimine on kohati formaalne: haiged võetakse küll arvele, kuid edaspidi nendega ei tegelda.

Kaebuste ja avalduste üldarv on 18% väiksem kui 1976. aastal, kusjuures korduvaid kaebusi ja avaldusi on 38% vähem. Kodanike kirjade üldarvust oli 47% kaebusi, neist põhjendatud 15%. Kõige enam oli selliseid kaebusi Tallinna elanikelt (56%), hoopis vähem Rakverest, Raplast, Narvast ja Kohtla-Järvelt.

Kolleegium kohustas tervishoiujuhte võtma meetmeid tervishoiuasutuste voodifondi ja kaadri sihipärasemaks kasutamiseks ning eriti silmas pidama polikliinilise abi arendamist. Veelgi hoolikamalt ja asjalikumalt tuleb edas-

pidi tegelda tervishoiuministeriumisse saabunud ettepanekute, avalduste ja kaebuste lahendamiseks.

27. aprillil 1978 arutati kolleegiumi koosolekul muude tervishoiuküsimuste kõrval ka vereteenistust meie vabariigis. Vereteenistuses ja doonorluses on edu saavutatud: tasuta doonorlus on laienenud, suurenenud on konserveeritud doonorivere kogus, on valmis Vabariikliku Vereülekandejaama verepreparaatide tootmise laboratooriumi projektdokumentatsioon. Meie vabariigi vereteenistuses aga on mitmeid raskusi ja puudusi, mis on kaasa toonud mahajäämuse: materaal-tehniline baas täiustub lubamatult aeglaselt, seda just vereülekandejaamade osas, vereülekandeosakondi ei ole avatud mitmes Tallinna ja Tartu raviasutuses, liiga väike osa doonoriverest töötatakse ümber verepreparaatideks jms. Vereteenistuse mahajäämuse kõrvaldamiseks on vaja avada suured vereülekandeosakonnad Tallinnas, Raplas jm., kõigis praegustes ja avatavates vereülekandeosakondades komplekteerida ametikohad NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi poolt esitatud nõudeist lähtudes.

Päevakorras oli veel tervishoiuministeriumi töö tervishoiujuhtide kaadri ja reservi ettevalmistamise alal. Üksteist täiendusinstituuti tegelevad ettevalmistusega 28 erialal. Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi poolt kehtestatud korrale 1978. aastast kuulub meie vabariigis ettevalmistamisele juhtimis-, sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni küsimustes 286 juhtivat tervishoiuasutuste töötajat, neist on väljaõppe saanud vaid 47%. Igal aastal eraldatakse meie vabariigile selles valdkonnas täiendamiseks 15...17 tuusikut, neist jäi 1976. aastal kasutamata 10. Kindlasti on olukorda edaspidi vaja parandada.

Peale elmainitu arutati koos Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeriumi esindajatega arstlikku tööekspertiisi 1977. aastal.

25. mail oli kolleegiumi koosolekul kõne all onkoloogilise abi edendamine meie vabariigis. Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser ning Tartu Linna Onkoloogia Dispanser on palju ära teinud nii ravi kui ka profülaktikas ning kaadri väljaõppe alases organisatsioonilis-metoodilises töös. Rajatud on tsüto- loogiatalitus. Vähihaigestumuses on märgata langust 1976. aasta näitajatega võrreldes. Kuid laialdased profülaktilised läbivaatused ei ole alati kvaliteetsed ning günekoloogilised vaatluskabinetid töötavad sageli alakoormusega. Hea töö eeskujuks sel alal on Tallinna Pelgulinna Haigla. Rinnanäärme ja emaka- kaela vähktõve varajane diagnoosimine jätab palju soovida, seda eriti Tallinnas. Üldarstide teadmised vähktõve diagnoosimises on kesised.

Arutelust kokkuvõtet tehes rõhutas tervishoiuminister V. Rätsep onkoloogilise abi ja varajase diagnoosimise, samuti arstide diagnoosimiskuste täiustamise erakordset täht-

sust, sest suhteliselt liiga palju avastatakse vähktõbe hilisstaadiumis, alles siis, kui haiget aidata on juba peaaegu et võimatu.

Samal koosolekul arutati ka Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ning TRÜ arstiteaduskonna teadlaste tööd. Ettekanded tehti kohta olid professor P. Bogovskilt, bioloogiadoktor L. Priimäelt ja professor E. Vasaralt.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis toimub 13% teadustööst koostöös teiste asutustega, sealhulgas ka NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teadusliku Onkoloogiakeskusega. Rahvusvahelises koostöös on kujunenud asjalikud ja teadustööd rikastavad sidemed Ameerika Ühendriikide, Soome Vabariigi ja Lyonis asuva ÜTO Rahvusvahelise Vähiuurimise Keskuse teadlastega peamiselt põlvkivitõestuse toodete kantserogeense toime, väliskeskkonna kantserogeensete ainete ja N-nitrosoühendite uurimise alal, ka vähktõve epidemioloogia ja immunoloogia alal. Instituudi teadurite tööplaanide täitmine on hea. Väga kasulikuks on osutunud regulaarselt peetavad diskussioonikoosolekud, kus toimuv arutelu ja kriitika korras öeldud mõtted soodustavad teadlaste loometööd.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis tegeletakse soolenakkushaiguste (ka stafülokokknakkuste), viirushaiguste ja mitmete keskkonnakaitse ja rahvastiku tervise probleemidega. Edu on saavutatud teadustöö tulemuste juurutamises tervishoiupraktikasse, kaadri komplekteerimises, kaadri kvalifikatsiooni tõstmises. On suurendatud uurimistööde kompleksust, on laiendatud koostöö teiste teadus- ja õppeasutustega. Mullu alustati ka loomungulisi diskussioone.

TRÜ arstiteaduskonnas on teadusliku uurimistöö probleemide ja teemade arvu tublisti vähendatud, kuid ikkagi on neid küllalt palju (vastavalt 20 ja 59). Märkimisväärsed on TRÜ teadlaste tööd südamekirurgias, isheemiatõve kirurgilises ravis, neuroloogias ja neurokirurgias, gastroenteroloogias, geneetikas, psühhiaatrias, psühhofarmakoloogias, ka mikrobioloogias. Koostöövorme on ülikoolis mitut laadi: kateedri- ja laboratooriumisisesed, ka-teedritevahelised, teadusasutustevahelised, rahvusvahelised. TRÜ arstiteaduskonna teadlaste kvalifikatsioon on kõrge.

Kolleegiumi koosolekul toimunud arutelu põhjal peeti vajalikuks edaspidi vältida uurimisteemade killustatust ning arendada kompleksset uurimistööd nii arstiteaduse eri harude vahel kui ka koostöös muude teadusharudega.

23. augustil 1978. aastal toimunud kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel koosolekul oli päevakorras kolm küsimust.

Esimesena arutati tervishoiuasutuste kapi-

taalremondi ja kapitaalehituste plaani täitmist. 1977. aasta kapitaalehituste plaan jäi täitmata (69,7%), täitmata jäi ka eksploatatsiooni antavate ehituste plaan. Elamuehituses täideti 1977. aasta plaanist vaid 29,6%.

Tervishoiuasutuste kapitaalehitus oli tervishoiuministeeriumi tähelepanu keskmes kogu aasta. Koos ehitusministeeriumiga kavandati aastaplaani täitmise abinõud. Eesti NSV Ehitusministeeriumi aga ei ole küllaldaselt tähelepanu pööranud tervishoiuobjektidele ja tööjõudu on tihti suunatud teistesse rahvajandusharudesse. Seetõttu on 1978. aasta 7 kuu jooksul kapitaalehituses väga vähe ära tehtud. Põhjus on tööjõu puudus ja halb varustamine.

Niisugust ebarahuldavat olukorda on mitmel korral arutatud Eesti NSV Ministrite Nõukogus, olukorrast on regulaarselt informeeritud EKP Keskkomiteed, Eesti NSV Plaanikomiteed, Eesti NSV Rahvakontrolli Komiteed jt.

Kolleegiumi otsuses nähakse ette konkreetseid abinõusid ehitustöö kiirendamiseks, sest 1978. aastal on ette nähtud eksploatatsiooni anda Tallinna Kiirabihaigla (800 voodikohta), Tallinna Lastehaigla (300 voodikohta), Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla (275 voodikohta), Haapsalu Rajooni Keskhaigla juurdeehitis (110 voodikohta) ja Rapla Rajooni Keskhaigla ning polikliiniku juurdeehitis (50 voodikohta, 250 külastust vahetuses).

Teise küsimusena oli arutlusel suguhaiguste väljaselgitamine Tallinnas. Olemasolev voodifond ei taga kõigi suguhaigete hospitaliseerimist. Tallinn vajab suguhaiguste dispanserit. Meditsiinilises kainestumas viibivad inimesi peaks uurima suguhaiguste suhtes. Meie vabariigi tervishoiuasutustes kasutatakse somaatilisi haigusi põdejate uurimisel Wassermann'i reaktsiooni liiga harva. Rohkem tuleks gonorröa diagnoosimisel rakendada bakterioloogilist meetodit. Töö tõhustamiseks suguhaiguste vastu ja haigestumuse vähendamiseks Tallinnas näeb kolleegium oma otsuses ette mitmeid abinõusid.

Kolmanda küsimusena arutati tuberkuloositorjet meie vabariigis. Tõhustunud on Vabariikliku Tuberkuloositorje Dispanseri tegevus, mistõttu on meie vabariigis epidemioloogiline olukord paranenud. Puuduseks peeti seda, et elanikkonda ei ole tuberkuloosi suhtes 100% - liselt fluorograafiliselt uuritud. Soovida jätab ka kohustusliku kontingendi fluorograafiline läbivaatus. Ebarahuldavalt on kasutatud tuberkuloosiasutuste voodifondi ning maksimaalselt ei ole veel ära kasutatud kõiki ravi nüüdisaegseid meetodeid.

Kolleegiumi märkis tunnustavalt tuberkuloositorjealast head tööd.

Itta Levin

Eesti NSV-s oli külas Bulgaaria Rahvavabariigi Tervishoiu Ministeeriumi Tööorganisatsiooni ja Töötasustamise peaspetsialist Miltšo

Bogdanov, keda saatis N. Semaško nimelise Tervishoiuorganisatsiooni ja Sotsiaalhügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi osakonnajuhataja M. Roitman.

25. septembril olid külalised Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumis, kus tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja E. Väärt ning Plaani- ja Rahandusvalitsuse juhataja M. Palginõmm tutvustasid meie tervishoiuorganisatsiooni põhimõtteid, tervishoiu planeerimist ning külalist eriti huvitanud tervishoiuasutuste tööjõu kasutamise, töötasustamis- ning premeerimissüsteemi.

Tartus tutvuti Tartu Kliinilise Haiglaga, üksikasjalikult reanimatsiooniosakonnaga ning räägiti sellest, milline osa Tartu Kliinilise Haigla on täita kogu Eesti NSV elanikele arstiabi andmisel. TRÜ arstiteaduskonnas oli tähelepanu keskmes arstide ettevalmistamine.

Vastavalt Nõukogude Liidu ja Ameerika Ühendriikide vahel sõlmitud arstiteaduse ja tervishoiu alasele koostöölepingule viibis 26. ja 27. septembril Tallinnas Washingtoni Ülikooli meditsiiniosakonna tervishoiu õppebaasi direktor arstiteaduse doktor Robert S. Hillman.

R. S. Hillmani sõidu eesmärk oli tutvuda Nõukogude Liidu tervishoiusüsteemiga ning samuti meie maa peamiste turismikeskuste — Moskva, Leningradi, Kiievi ning Tallinna arstiabikorraldusega, mis tagab välituristide haigestumise korral arstiabi. Külaline tundis huvi selle vastu, kuidas nimetatud linnades korraldatakse arstiabi olümpiamängude ajal.

Peale selle tutvus R. S. Hillman Tallinna tervishoiuasutustega. Ta käis Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis ning Sadama- haigla Polikliinikus.

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS

NSV Liidu Teaduse ja Tehnika Komitee otsuse põhjal asutati tänavaugustis Tartu Riiklikus Ülikoolis Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut, mille koosseisus on ette nähtud 120 inimest. Praegu tegeldakse põhimääruse kavandi ja struktuuri selgitamisega. Esialgu alustatakse tööd arstiteaduskonna vanades ruumides, praegustes laboratooriumides.

Tänavaugustis lõpupäevil oli TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juhataja, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor J. Saarma Nõukogudema 8-liikmelise delegatsiooni koosseisus Helsingis toimunud III NSV Liidu ja Soome psühhiaatrite sümposiumil, mille põ-

hiteemad olid alkoholism ja skisofreenia. Nõukogude teadlaste delegatsiooni juhtis akadeemik G. Morozov. Sümposium oli järjekordne teadlaste kohtumine NSV Liidu ja Soome vahelises koostöös.

1978. a. oktoobrist alates on TRÜ arstiteaduskonna dekaan professor L. Allikmets koos kuud teaduslikul lähetusel Ameerika Ühendriikides. Koostöös New Yorgi ja Wisconsin ülikooli teaduritega teeb ta uurimisi psühhofarmakoloogia alal. Nii mainitud kahes kui ka USA teistes ülikoolides peab professor L. Allikmets ka loenguid.

NSV Liidu kuueliikmelisse delegatsiooni, kes oktoobrikuus võttis osa Brüsselis toimunud XXIV ülemaailmsest kopsuhaiguste ja tuberkuloosikonverentsist, kuulus ka TRÜ arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste kateedri professor H. Sillastu. Konverentsil esitatud töös analüüsis H. Sillastu tuberkuloosi ja mittetuberkuloosete kopsuhaiguste integratsiooni Eesti NSV-s.

Konkursi korras valis Tartu Riikliku Ülikooli nõukogu 1978. aasta 6. oktoobri koosolekul arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri professori 0,25 ametikohale Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peakirurgi arstiteaduse doktor Š. Gulordava ning arstiteaduskonna operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateedri professori 0,25 ametikohale Tallinna RSN TK Tervishoiuosakonna peakirurgi arstiteaduse doktor U. Sibula.

* * *

Kauaaegse viljaka teadusliku ja pedagoogilise töö ja aktiivse ühiskondliku tegevuse eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 15. septembril oma aukirjaga Tartu Riikliku Ülikooli üldkirurgia, anestezioloogia ja reanimatoloogia kateedri professorit, Eesti NSV teenelist arsti Ants Rullit tema 70. sünnipäeva puhul.

Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi tervishoiutöötajaid:

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

Haldja Kääri, Laine Pärnits, Hilda Voitk.

Tartu Linna Kiirabijaam

Leida Solovjova.

Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla

Jevgenia Buhtjar, Anna Ganina, Elfriede Meelismaa, Linda Mändre, Olvi Paalo, Luise Riispere, Ella Siim.

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogia- jaam

Silvia Arend, Elviine Porošna, Erna Tõiste.

Tartu Kliiniline Haigla

Lembit Ahu, Meeta Haldre, Sinaida Jefremova, Meeta Jõearu, Selma Kivilo, Maimu Kull, Endel Laamann, Vilma Ladva, Anna Lang, Olev Lausing, Anita Lendre, Anna Leštšova, Elsa Lust, Bernhard Maarits, Valve Pillesaar, Agathe Pärn, Endla Rahtla, Rudolf Sibold, Linda Tammelaas, Mikolas Želvis, Aino Veenpere.

Tartu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond

Meeli Kiipsaar, Leida-Elfrieda Koorits, Andrei Libbe.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Apteekide Peavalitsus

Susanna Felicius, Aime Kiisler, Vaike Randla, Salme Sillamäe, Eha Säga, Isolde Tint.

Tallinna Nõmme Haigla

Jüri Aare, Ljudmila Babitševa, Johannes Braun, Asta Hanschmidt, Leida Jürgenson, Luule Kallas, Ella Kolju, Aino Kuk, Leida Kümml, Tatjana Laane, Elise Laiakask, Linda Lauri, Beata Lumi, Liidia Mälk, Meeri Neeme, Johanna Org, Sinaida Osol, Julie Portnov, Veera Puusepp, Illaria Rosental, Ella Saksma, Ilda Sendre, Liidia Süld, Marta Tahlfeldt, Loreida Tšornaja, Sofia Reznik, Armilda Äniline.

Balti Raudtee Valga Sõlme Haigla

Julia Lihhina, Paulina Soova, Varvara Štšerbak, Jefrosina Tarassova.

Kiviõli Linna Haigla

Aino Aamer, Selma Aamer, Merike Aunap, Saima Jouts, Meeri Juurmaa, Aleksander Kapponen, Elmar Kivilaid, Ilse Mehide, Maria Mihhejeva, Irina Ombler, Niina Petrova, Glafira Väinmets, Hilda Välja.

Narva Linna Haigla

Zoja Lazareva, Maria Merežina, Zinaida Metljajeva, Jevdokia Zvonareva, Grigori Zamiro, Jevgenia Vedrintseva, Aleksei Vorobjov.

Narva Linna Tuberkuloositorje Dispanser

Anna Vituškina.

Kingissepa Rajooni Keskapteek

Irina Köster, Ellen Maripuu.

Põlva Rajooni Keskapteek

Allide Salumäe, Harri Valge, Linda Valge.

28. septembril lõppes Tallinnas esimene ülevabariigiline apteekrite kutsevõistlus.

Farmatseutidel oli see esimene jõukatsumine kogu Nõukogude Liidus. Võistlesid kõigi rajoonide ja linnade farmatseudid, kõrvale jäid vaid Hiiumaa rajoon ning Narva linn.

Lõppvoor, mis kestis Tallinnas 2 päeva, pääses 30 apteekriassistenti. Teadmisi ja oskusi võrreldi nii praktilises töös kui ka teoreetilistele küsimustele vastamises.

1978. aasta parimaks farmatseudiks tunnistati Ülle Pihlak apteegist nr. 215, kes kogus 100 võimalikust punktist 92. Teisele kohale tuli Helga Tamm Tapa apteegist. Noortest oli kõige tublim Mari-Liis Nagel Raasiku apteegist. Võistkondadest oli parim Tallinna 2. võistkond koosseisus Ülle Pihlak ja Maire Nuiamäe, kes töötab Tõnismäe apteegis.

26. septembril korraldasid Vabariikliku Põhjneuroloogiahaigla Tööravi ja Tootmistöökojad näitusnõupidamise.

1978. aasta õmblustoodete lepingute täitmisest ja uutest ülesannetest andsid aru ravi ja tootmistöökojade direktor T. Tiits ning J. Allik «Eesti Meditsiinitehnikast».

Näitusel eksponeeriti mitmesuguseid uusi riideproove ja mudeleid 1979. ja 1980. aastaks. Uutest, Tallinna Moemaja poolt väljatöötatud rõivamudeleist oli moedemonstratsioon. Meeldivaimad neist kitlitest, kostüümidest, kleitidest on planeeritud ka olümpiaregatti teenindava meditsiinipersonali rõivastuseks.

Tööravi ja tootmistöökojad valmistavad õmblustooteid meie tervishoiuasutustele, eri mudelite arv on üle saja ja maht realiseerimishindades umbes 1,5 milj. rubla. Toodetakse sanitaar-hügieenilist varustust, rõivaid haigetele, lastele jm. 1978. aastal mitmekesistati toodangut mitmete uute puuvillaste kangastega. Voodivarustust hakati tootma erimustrilisest riidest, operatsioonirätikud, -linad, -mütsid, -kitlid on nüüd tumerohelisest bjassist. Senisest enam pööratakse tähelepanu lastele. Rahvusvaheliseks lastekaitsepäevaks valmisid väikelastekodude tarbeks pidulike riiete komplektid. Eritellimuste põhjal jätkatakse ka väikesearvuliste eriotstarbeliste toodete valmistamist. Õmblustoodete tellimised 1979. aastaks esitatakse oktoobrikuu jooksul ja 1980. aastaks hiljemalt veebruaris «Eesti Meditsiinitehnikale».

Punase Risti Seltsi Rakvere rajooni organisatsiooni kuuluvad viis linna- ja üheksa jaoskonnakomiteed, mis hõlmavad 207 algorganisatsiooni enam kui 30 000 liikmega (hõlmavus 39,5%). Rajoonikomiteel on mitmeid organisatsioonilisi ülesandeid. Nad valmistavad ette Punase Risti Seltsi aktiviste. Seitsmeliikmeline presiidium, kes juhib kogu tegevust pleenumite vaheaegadel, on töö oma liikmete vahel jaotanud selliselt, et allkomiteedel on nõu ja abi saamiseks võimalus pöörduda ühe kindla isiku poole, kes teatava tööloiguga tegeleb.

Mullu töötas paremini Roela jaoskonnakomitee, kes teist aastat järjest on tunnistanud meie vabariigi parimaks jaoskonnakomiteeks, neile kuulub ka vabariiklik rändpunalipp. Liikmeks hõlmavus on nendel 54,6%. Heal järjel on doonorlus ja sanitaaraktiivide ettevalmistus. Oma ülesannetega on paremini hakkama saanud Kadrina ja Tamsalu jaoskonnakomitee ning Rakvere II linnakomitee. Hästi on töötanud ka rajoonikomitee koolisektsioon, kelle töö hinnati vabariiklikul konkursil teise koha vääriliseks. Samuti on ära märgitud revisjonikomisjoni head tööd.

Rajoon reviskuna on täitnud kõik plaaniülesanded ja on küllalt hästi toime tulnud massiürituste korraldamisega, nagu ülerajoonilised sanitaarsalkade ning sanitaarpostide võistlused, vabariiklik koolide sanitaarpostide võistlus jne.

Algorganisatsioonidest on teistest paremini töötanud Tamsalu Teraviljasaaduste Kombinaadi, Põdrangu sovhoosi, Tudu metsapunkti, tsemenditehase «Punane Kunda» ja Ed. Vilde nimelise kolhoosi algorganisatsioon.

Agitatsiooni ja propagandat on süvendatud sel teel, et loengute kõrval on rohkesti kasutama hakatud näitagitatsiooni ja massiinfovahendeid. Möödunud aastal kasutati propagandavahendina kino 10 korral, ajalehes «Punane Täht» avaldati artikleid 17 korral, kohalikus raadiosõlmes esineti korduvalt loengute ja vestlustega, samuti esineti kooli raadiosõlmedes, koguni 171 korral. Rajooni koolides on korraldatud tervisepäevi ja tervisenädalaid. Tapa I Keskkoolis, mis Punase Risti töö alal on ka üks meie vabariigi paremaid, toimusid mitmed kultuurihommikud, Punase Risti karneval, tervishoiualane raamatunäitus, tervisematkad ja veel muudki üritused. Noored punaristlased on käinud haiglas tutvumas haigete ravi ning põetamisega.

Rajoonikomiteel on tihe koostöö ka ühingu «Teadus» lektoritega ning tervise rahvaülikooli meditsiinisektsiooniga. 1977. aastal töötas tervise rahvaülikoolis 12 osakonda, koolilajaid oli ligi 700.

Sanitaartervistavat tööd teevad rajoonis Punase Risti Seltsi aktivistid, kes on saanud ettevalmistuse kas haigete koduse põetamise ringides või kes kuuluvad ühiskondlike sanitaarinspektorite ridadesse. Ühiskondlikke sanitaarinspektoreid on rajoonis praegu 340. Vaja on välja õpetada uusi rahvakontrolligruppide liikmeid, kes farmides, ühiskondliku toitlustamise ettevõtetes ja mujal oskaksid ka sanitaarnõuete täitmist kontrollida ning kellele oleks õigus puuduste kõrvaldamiseks ettepanekuid teha.

Punase Risti Seltsi aktivistide töös on uudne see, et vastavalt direktiividele seisab ees narkoloogiapostide võrgu moodustamine ning sel alal aktivistide väljaõpetamine kogu rajoonis. Plaanipäraselt on aktiviste ette valmistatud tuberkuloosiprofülaktika (65 aktivisti), samuti ka ägedate soolenakkushaiguste

profülaktika alal (241). Vajaduse korral abistavad nad meditsiinitöötajaid asulates või lasteasutustes korraldatavas sanitaarjärelevalves.

Möödunud periood oli edukas ka sanitaarformeringute ettevalmistamise osas. Nii said väljaõppe ja võtsid ülerajoonilistest võistlustest osa 33 sanitaarsalka ja 132 sanitaarposti. Viimasel vabariiklikul võistlusel saavutas Ed. Vilde nimelise kolhoosi sanitaarsalk, kes oli rajooni parim, neljanda koha, sanitaarpostidest aga EPT Rakvere rajoonikoondise sanitaarpost teise ja eespool nimetatud kolhoosi sanitaarpost neljanda koha. Paljud aktivistid ja meditsiinitöötajad, kes seda tänuväärset ühiskondlikku tööd on teinud juba aastaid, on nüüd Nõukogude Liidu sanitaarkaitse eesrindlase rinnamärgi omanikud.

Tapa Linna Haigla töötajatest moodustatud meditsiinilise esmaabi salk on saanud hea ettevalmistuse ning õppused toimuvad koos asutuse juurde kinnistatud sanitaarsalkadega.

Doonorluse edendamisel on töö muutunud plaanipäraseks. Aasta algul saadetakse kõikidele linna- ja jaoskonnakomiteedele tasuta doonorluse kalenderplaanid ning rajooni asutustele, ettevõtetele ja majanditele graafikud, millal nende doonoreid oodatakse Rakvere Rajooni Keskaigla juures olevasse vereülekandekabinetti. Juba aastaks ette on planeeritud doonorite päevad rajooni mitmes keskses (Tapa, Kunda, Väike-Maarja, Kadrina, Roela, Vinni). Selleks puhuks sõidab kohale Tallinna Vabariikliku Vereülekandejaama väljasõidubrigaad.

Doonoreid, keda on autasustatud medalitega, on rajoonis üle tuhande, märgi «NSV Liidu audoonor» kandjaid aga 141.

Teist aastat järjest on Rakvere Rajooni Punase Risti Seltsi aktivistide töö tulemusi hinnatud meie vabariigis teise koha vääriliseks ning see innustab edaspidi enamaks.

Kalju Väin

1978. aasta 1. juuli keskpäeva paiku kogunes Tartu Raadi kalmistule ligikaudu 90 inimest, kellest paljud polnud üksteist aastaid näinud. Manalasse varisenud õppejõudude ja kursusekaaslaste haudadele lilledepanekuga algas TRÜ arstiteaduskonna 1953. a. lõpetanute kokkutulek, mis jätkus TRÜ aulas aktusega.

Aktuse avas kunagine kursusevanem, anatoomia kateedri dotsent A. Lepp, kes meenutas meie viimaseid tegemisi ülikoolis «täna 25 aastat tagasi» ja veidi varem. Pärast leinaseisakut lahkunud kursusekaaslaste mälestuseks anti sõna professor E. Käer-Kingispale, kelle ilmekat ettekannet füsioloogia ajaloost Tartu Riiklikus Ülikoolis kuulasid kohalolijad suure huviga.

Järgmisena kõneles kursuse esimene professor K. Pöldvere, kes tõi esile mõningaid olulisemaid tahke meditsiini fundamentaalteaduste arengus viimase 25 aasta jooksul.

Hõbejuubilare tervitasid professorid E. Karu ja K. Kõrge ning kursusekaaslasest tervishoiuminister V. Rätsep, kes tänas õppejõude meiega nähtud vaeva eest. Kirja teel olid oma parimad soovid saatnud arstiteaduskonna dekaan professor L. Allikmets, dotsent L. Nurmand, 1952. a. lõpetanud kursuses ja mitmed kursusekaaslasel, kes ei saanud kokkutulekust osa võtta.

Püsti seistes aplodeerisid halliseguste juustega õpilased oma õppejõududele E. Käerkingisepale, I. Veermaale, E. Karule, K. Kõrgele, A. Kliimanile ja H. Eritsale, kui biokeemia kateedri juhataja professor L. Tähepõld andis neile mälestuseks kursuse nimekirja.

Kokkutulek jätkus Pangodi järve ääres EPA suvilas, kus peolauas istudes vaadati slaide eelmistest kokkutulekutest ja tutvuti ankeetküsitluse materjalidega.

121 lõpetanust on surma läbi lahkunud kuus, 55 töötab Tallinnas, 32 Tartus, 27 teistes Eesti NSV linnades ja rajoonides ning üks Moskvas.

Kursuselt on võrsunud tervishoiuminister arstiteaduse doktor V. Rätsep, kolm professorit (K. Pöldvere, L. Nurmand ja L. Tähepõld, kes on ka Eesti NSV teeneline teadlane), neile lisaks on arstiteaduse doktori kraadiga L. Jannus (esimesena kursuselt ja esimese naisarstiteadlasena pärast Suurt Isamaasõda) ning kadunud B. Schamardin, doktorikraadi kinnitamist aga ootab L. Boston. Teaduste kandidaatide ja doktoriteste kolm korda rohkem. Eesti NSV teenelisi arste on kursusel kaheksa: S. Ellervee, U. Kesküla, P. Laasik, E. Mikhelsoo, U. Noorväli, G. Sukles, E. Väärt ja M. Miidla, kes on NSV Liidu Ülemnõukogu saadik.

Õnnestunud kokkutuleku eest siiras tänu suure vaeva nägijatele tartlastele.

Ilmar Laan

RAHVAKONTROLI KOMITEES

Eesti NSV Tervishoiu Ministerium on välja töötanud nakkushaiguste vähendamise kompleksplaani aastaks 1976...1980. Kõik ministeriumid ja ametkonnad on koostanud tervistavate ürituste kompleksplaaniid ja linnade ning rajoonide täitevkomiteed kompleksplaaniid sanitaarolukorra parandamiseks ja nakkushaiguste vähendamiseks aastail 1976...1980.

Samal ajal esineb Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi, Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse Ministeriumi, Eesti NSV Haridusministeriumi, Eesti NSV Kommunaalmajanduse Ministeriumi, Eesti NSV Kaubandus-

ministeriumi ja ETKVL-i ning kohalike organite töös puudusi tervistavate ürituste kompleksplaaniid täitmisel.

Igal aastal tuleb ette grupiviisilist haigestumist nakkushaigustesse, eriti lastekollektiivides.

Nakkushaigustesse haigestumise oht sõltub üldisest sanitaarheakorrast, lasteasutuste, koolide, kaubandus- ja toitlustusettevõtete sanitaarseisundist.

Pärnus on olmejäätmete väljavedu üldiselt rahuldavalt organiseeritud.

Puudusi esineb lasteasutuste ja koolide sanitaarseisundis. Kuigi tehas «Pioneer» toodab joogifontäane piisavalt, ei ole neid veel paljudes koolides. Kõigis koolides ei ole nõutaval hulgal kraanikausse.

Kehtestatud korra kohaselt tuleb maa-rajoonide lasteasutusi ja koole toiduproduktidega varustada kolm korda nädalas. Kõik kaubandusorganisatsioonid ei ole seda veel teinud. Sellest tingituna ei peeta kinni kiirelt riknevate toiduainete säilitamise aegadest, sel teel luuakse nakkusohtlik olukord.

Sanitaarnõuetest kõrvalekaldumisi esineb Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse Ministeriumi ettevõtetes. Ametkondlik sanitaarteenistus ei ole olukorra parandamiseks samme astunud.

Eesti NSV Kaubandusministerium, ETKVL ja kohalike täitevkomiteede kaubandusosakonnad ei ole veel midagi ette võtnud toitlustus- ja kaubandusettevõtete sanitaarolukorra parandamiseks, ei olda järjekindlad ka oma nõudmiste realiseerimisel.

Kõigi tervishoiuasutuste olukord ei ole vastavuses sanitaareeskirjadega. Narva Linna Haiglal on hea materiaalne baas, kuid tervishoiuosakond ei ole küllaldaselt tähelepanu pööranud nakkushaiglale. Nakkushaigla sanitaartechniline olukord on ebarahuldav.

Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee kohustas asjaosalisi ministeriume ja ametkondi tegema kõik kehtestatud nõuete kõrvalekaldumatuks täitmiseks.

Vello Roos

ASKLEPIOSE KLUBI JÄLGEDES

Asklepiose klubi vestlusringi (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 5, 455—461) teemaks oli meditsiin ja keskkonnakaitse. Probleemi aktuaalsus on kaheldamatu, sest loodus kahjustub üha enam inimtegevuse tagajärjel, mis omakorda kahjustab inimkonna tervislikku seisundit. Seega, kaitstes loodust, kaitseme ka iseendid. Probleemi tähtsusest kõneles ka 1974. a. Helsingis allakirjutatud rahvusvaheline Läänemere kaitsmise alane konventsioon. Nõukogude Liidu ja meie vabariigi valitsus on astunud samme, tagamaks merre sattuvate

heitvete täieliku puhastamise ja õhu saastamise maksimaalse vähendamise. Eesti NSV ulatuslik merepiir ja väike üldpindala tingivad vajaduse rakendada Läänemere kaitseks kogu meie vabariigi keskkonnakaitse kompleksi. Siit nähtub ka probleemi üldrahvalik olemus.

Palju on ära tehtud veepuhastusseadmete ehitamisel ja otstarbekal kasutamisel, samuti atmosfääri kaitsmisel. Siiski on teha veel väga palju. Määratlemata on veel reostusallikaid, tuleb ette looduse reostamist mitmesuguste avariide tagajärjel. Meie vabariigi valitsus kohustas rahvakontrolliorganeid kaasa aitama keskkonnakaitseürituste elluviimisele.

1977. a. algul võttis Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee Läänemere kaitse ürituste õigeaegse elluviimise oma kontrolli alla. Komitee juures moodustati kontrolli juhendamise ja koordineerimise komisjon. 1978. a. jaanuaris kohustas komisjon kõiki linnade ja rajoonide rahvakontrollikomiteesid asutama komiteede juures ühiskondlikud keskkonnakaitse sektoreid ja kõikide majandite ning ettevõtete rahvakontrolligruppide juures keskkonnakaitse kontrollpostid. Seega on keskkonnakaitseks kaasa tõmmatud palju energilisi töönimesi ja ettevõtete ning majandites ei jää märkamata ka juhuslikud loodust kahjustavad olukorrad.

Esimesena meie vabariigis korraldas Rakvere Rajooni Rahvakontrolli Komitee seminarõppuse keskkonnakaitse sektori liikmetele ja ettevõtete ning majandite kontrollpostide juhatajatele. Õppusel esitasid ettekandeid kontrollpostide tööst keskkonna kaitsmisel majandites ja ettevõtetes allakirjutanu, vee saastamise vältimise abinõudest ja tehnoloogilise vee kasutamisest Eesti NSV Riikliku Maaparanduse ja Veemajanduse Komitee esimehe asetäitja J. Heinpalu, reovete kahjulikkusest kalamajandusele Ida-Balti Basseini Kalavarude Kaitse ja Taastamise ning Kalapüügi Reguleerimise Valitsuse Rakvere rajooni inspektor V. Kaasik, kontrolli organiseerimisest reovete puhastamise, sõnniku, mineraalväetiste ja mürgkemikaalide hoidmise ning kasutamise üle Rakvere Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst E. Tamm. Seminarõppus andis kontrollpostidele õiged suunad tegevuse aktiveerimiseks kohtadel.

Vello Roos

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Grinshpun, L., Priimägi, L., Subi, K., Reinet, J., Visnapuu, L. An Electroaerosol Device for Group Vaccination against Influenza. Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1978, 150, 237—238.

Priimägi, L., Reinet, J. Vaccination by the Aerosol Method. Zeitschrift für Erkrankungen der Atmungsorgane, 1978, 150, 239—242.

Priimägi, L., Ioks, S., Kulberg, A. Production of Interferon and Virusneutralizing Antibodies in Adult Mice Infected with Enteroviruses in the Neonatal Period. — In: Abstracts of the Fourth International Congress for Virology. Hague, August 30 — September 6, 1978, P2, 109.

Reisenbuk, V., Vassilenko, V., Ioks, S. Antibodies to Epstein-Barr Virus in Patients with Acute Viral Hepatitis. — In: Abstracts of the Fourth International Congress for Virology. Hague, August 30 — September 6, 1978, W 38, 519.

Vassilenko, V., Ioks, S., Tamm, O., Gaidamovitch, S. Antibodies to Uukuniemi and Tick-Borne Encephalitis Viruses among Human Population in Estonia. — In: Abstracts of the Fourth International Congress for Virology. Hague. August 30 — September 6, 1978, P 30, 421.

Эльштейн Н. В. Комплексное изучение заболевания населения болезнями органов пищеварения. В кн.: Сборник материалов четвертой научной сессии Московских международных курсов организаторов здравоохранения. Прага, 1977, с. 117—122.

EESTI NSV TEADLASTE LÕPETATUD UURIMUSED

Jätkame Eesti NSV meditsiiniinstitiutide ja TRÜ arstiteaduskonna teadlaste lõpetatud teaduslike tööde venekeelsete autoreferaatide avaldamist. Lugejat huvitavate töödega on võimalik tutvuda teadusasutustes, kus töö on valminud. Lõpetatud teaduslike tööde koopiaid või mikrofilme saavad asutused tellida Üleliidulisest Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Keskusest. Teadete saamiseks pööruda meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna (MIVO) poole, 200 015 Tallinn, Hiiu 42, tel. 514-307.

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

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

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

Изучение выделения эстрогенов, 17-кетостероидов, креатинина при беременности. Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Гросс К. Я., Нурмисте Э. Б. Тарту, 1977, 5 стр.

Представляются результаты определения суммарных эстрогенов (Э), креатинина (К), 17-кетостероидов (17-КС) в суточной моче во второй половине беременности. Установлены коэффициенты Э/К, 17-КС/К.

При неосложненной беременности с нарастанием ее срока отмечается повышение средних показателей эстрогенов, креатинина, коэффициента Э/К. При осложненной беременности, при повышенном риске для плода, такое определенное повышение этих показателей отсутствовало. Отмечались более низкие средние количества их. При перинатальной диагностике необходи-

мо учитывать, что с нарастанием срока беременности эти показатели увеличиваются незначительно, увеличения вообще не отмечается или отмечается их понижение.

Корреляции между количеством 17-КС, коэффициентом 17-КС/К и сроком беременности, а также состоянием беременной, внутриутробного плода не установлено.

Сравнение эффективности введения тиамин и кокарбоксилазы на обеспеченность организма тиамином во время лечения больных острой пневмонией (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Бостон Л. Я. Тарту, 1977.

Гиповитаминоз В₁, определение ТДФ-эффекта, тиамин, кокарбоксилаза, острая пневмония.

Изучались возможности устранения гиповитаминоза В₁ в зависимости от препарата, дозы и способа введения витамина В₁ на основании определения ТДФ-эффекта. При витаминизации 42 детей по 4 мг витамина В₁ в день перорально в течение 14 дней не обеспеченными тиамином оказались 5 детей. Лишь назначение тиамин в суточной дозе 9 мг в течение 14 дней привело к устранению гиповитаминоза В₁ и предотвратило его появление у 18 больных локализованной формой острой пневмонии. При витаминизации 46 больных пневмонией или бронхитом детей кокарбоксилазой внутримышечно по 25 мг в течение 14 дней не обеспеченными витамином В₁ оказались 2 ребенка с субтоксической пневмонией. Оба ребенка болели повторно перед данным заболеванием, имели место нарушение аппетита и осложнения. Итак, при остром бронхите и локализованной форме острой пневмонии в период госпитализации достаточно перорального введения 9 мг тиамин в день, а при субтоксической форме — 10—14 инъекции в суточной дозе 25 мг кокарбоксилазы внутримышечно.

О некоторых гормональных сдвигах у женщин при миоме матки. Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Кыйв И. К., Гросс К. Я., Калликорм А. П., Цильмер К. Я., Лааспере М. С. Тарту, 1977, 4 с.

Представляются данные о гипофизарной гонадотропной активности у больных с миомой матки с учетом фазности менструального цикла. Анализы подвергнуты 48 женщин, у которых гипофизарные гонадотропины — ФСГ и ЛГ определяли в крови радиоиммунологическим методом. Фазность менструального цикла была установлена гистологическим изучением соскоба эндометрии. В группе больных (9 наблюдений)

при наличии двухфазного менструального цикла во второй фазе, т. е. в фазе секреции эндометрии, наблюдались количества ФСГ и ЛГ, которые соответствуют количествам, отмечаемым у здоровых женщин при овуляторном цикле — $ФСГ=3,9\pm 0,57$ нг/мл, $ЛГ=3,4\pm 0,58$ нг/мл.

При наличии однофазного менструального цикла у 39 больных во второй половине его, где продолжалась пролиферация эндометрии, четкая закономерность экскреции ФСГ, а также ЛГ отсутствовала. Базальная продукция ФСГ была без изменений у 18 больных, повышена у 17 и понижена у 4. В то же время базальная продукция ЛГ оказалась без изменений у 20, повышенной у 14 и пониженной у 5 больных.

Однако средние показатели ФСГ ($8,5\pm 1,87$ нг/мл) и ЛГ ($13\pm 3,92$ нг/мл) оказались более высокими при монофазном цикле по сравнению с соответствующими данными при овуляторном менструальном цикле ($ФСГ=3,9\pm 0,57$ нг/мл, $ЛГ=3,4\pm 0,58$ нг/мл, $p<0,05$).

Исследование спектра белковых фракций слюны с помощью электрофореза в полиакриламидном геле у лиц с эндокринными нарушениями (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. *Руссак С. А.* Тарту, 1977.

Тиреотоксикоз, содержание белка в слюне.

Целью данной работы явилось исследование содержания белка в слюне, количественное и качественное исследование слюны при ее электрофоретическом разделении на отдельные компоненты. На первом этапе проводилось изучение содержания белка и белковых фракций в смешанной слюне у 18 практически здоровых лиц (контрольная группа) и у 54 больных тиреотоксикозом. Определение содержания белка проводилось по *Lowry* и разделение белков — по *B. J. Davis* и *L. Orstein*. При электрофорезе в полиакриламидном геле белки слюны в обеих группах разделились на 14—15 различных фракций и сгруппировались в 6 отдельных групп. Наиболее выраженной фракцией составляют альбумины слюны. Макроглобулины дали 2 характерные фракции. По расположению фракций на геле в группе больных тиреотоксикозом и контрольной группе закономерных различий не было. На втором этапе изучалось количественное содержание различных фракций белков слюны. Электрофорограммы денситометрировали с помощью специального денситометра ИТ-6905. Количественный анализ белков показал их относительную стабильность в исследуемых группах и в течение дня.

Полиморфизм хромосом при олигофрении неясной этиологии (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. *Микельсаар А.-В. Н., Илус Т. А., Киви С. Ю., Кяосаар М. Э.* ЦМНИЛ Тартуского госуниверситета и кабинет медико-генетической консультации Тартуской клинической больницы. Тарту, 1978, 12 с.

Варианты хромосом, олигофрения.

Флуоресцентным (с пропиллакрихинипри-том) и рутинным методами исследован хромосомный полиморфизм у 45 детей с олигофренией неизвестной этиологии. Рутинный анализ показал, что $9gh+$ встречается у олигофренов несколько чаще, чем в норме ($P<0,05$).

Флуоресцентным исследованием показано, что частота $inv3$ при олигофрении достоверно не увеличена по сравнению с нормой. Введением балловой системы учета флуоресцентного полиморфизма обнаружены однонаправленные различия между олигофренами и нормой (здоровые взрослые и новорожденные) по 4 дискам из 10 исследованных ($4p11q11$, $13p13$, $22p13$ и $22p11$), которые не могут быть объяснены лишь различиями в возрасте исследованных групп людей.

Иммунологические показатели и уровень инсулина при начальных стадиях сахарного диабета (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. *Вельбри С. К.* Тарту, 1978, 16 с.

Сахарный диабет, ожирение, иммунореактивный инсулин, бласттрансформация лимфоцитов.

С целью выяснения роли иммунологических реакций как антагонистов инсулина иммунологические показатели были сопоставлены с уровнем инсулина в крови в динамике пробы толерантности к глюкозе.

У 60 взрослых лиц с нормальным весом и ожирением был исследован уровень иммунореактивного инсулина в динамике теста глюкозотолерантности и сенсибилизация лимфоцитов в отношении инсулина и ткани поджелудочной железы с помощью реакции бласттрансформации лимфоцитов.

У лиц с ожирением отмечался повышенный уровень инсулина как натощак, так и после нагрузки глюкозой. Часто наблюдался замедленный подъем инсулина, особенно при сочетании ожирения с нарушенной глюкозотолерантностью. Иммунологические реакции к инсулину и ткани под-

желудочной железы отмечались чаще всего у больных с умеренным ожирением и в начальной стадии нарушения углеводного обмена. Сенсибилизация лимфоцитов к инсулину характерна для случаев, когда кривая глюкозы была плоской, секреция инсулина — умеренно повышенной и индекс ИРИ/глюкоза — повышенным.

Гиперчувствительность замедленного типа к субцеллюлярным фракциям ткани у больных хроническим заболеванием печени (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Саарма В. А., Явоиш А. Ю. Тарту, 1978, 15 с.

Заболевания печени, тканевые антигены, гиперчувствительность замедленного типа.

Цель работы — изучение значения целлюлярных иммунологических показателей (реакция бласттрансформации) в отношении следующих тканевых антигенов: митохондриального, микросомального, нуклеарного и цитоплазматического.

Исследован 251 больной хроническими заболеваниями печени: 31 больной с хроническим активным гепатитом (после вирусного гепатита), 73 — с хроническим токсическим гепатитом или циррозом печени, 62 — с хроническим гепатитом или вторичным билиарным циррозом печени.

Выяснилось, что лимфоциты больных активным хроническим гепатитом и с токсическими повреждениями чувствительны к митохондриальному антигену, последний указывает на более тяжелое повреждение печени. Лимфоциты больных хроническим гепатитом оказались более чувствительными к нуклеарному антигену. Предполагается, что антигенное действие этой фракции обусловлено содержанием в ней дуктулярных компонентов.

Сравнительные иммунологические исследования при панкреатитах и некоторых других заболеваниях желудочно-кишечного тракта (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Нутт Х. Р. Тарту, 1978, 20 с.

Панкреатит, специфичность иммунологических реакций, сенсибилизация лимфоцитов, антитела, тканевые антигены.

Цель работы — изучение специфичности иммунологических реакций. Было исследовано 187 больных панкреатитом (68 — в острой стадии или в фазе обострения и 119 — в фазе ремиссии или, при хроническом процессе, без явного обострения), 108

больных с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта и 99 здоровых лиц с антигенами поджелудочной железы, слизистой желудка, тонкой и толстой кишки и с тканью почки на сенсибилизированные лимфоциты при помощи реакции бласттрансформации лимфоцитов и на антитела с реакцией консумпции комплемента, пассивной гемагглютинации и преципитации. У 46 из больных панкреатитом выявили наличие сенсибилизированных лимфоцитов и антител с субцеллюлярными фракциями поджелудочной железы. Кроме того, еще у 46 больных в разных стадиях панкреатита, у 12 больных раком поджелудочной железы, у 12 больных с язвенной болезнью и 36 здоровых лиц обнаружили наличие антигенов поджелудочной железы и установили количество антител против ткани поджелудочной железы (в мг/мл). Иммунологические реакции были в основном специфичны для поражения поджелудочной железы. Сенсибилизация лимфоцитов к антигенам поджелудочной железы была характерна для панкреатита, сенсибилизация антигенов поджелудочной железы и антитела против них нашли также у больных раком поджелудочной железы.

Разработка метода определения тироксин-связывающей способности белков сыворотки крови с помощью определения адсорбции радиоактивного трийодтиронина сефадексом (отчет). Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР. Калликорм А. П., Цильмер К. Я., Эстер К. М., Лааспере М. С. Тарту, 1978, 14 с.

Щитовидная железа, тиреоидные гормоны, гормон-связывающая способность белков сыворотки, свободный тироксин, тиреоидный гомеостаз.

Целью данной работы явилась разработка теста связывания тиреоидных гормонов (ТСТГ) белками сыворотки крови и внедрение данного метода в клиническую практику.

В настоящее время из различных тестов на функцию щитовидной железы самое широкое применение нашел ТСТГ. Он не только дает представление о степени насыщения тироксин-связывающих мест белков сыворотки, но также (после определения общего количества тиреоидных гормонов в крови) позволяет вычислить т. н. индекс свободного тироксина (ИСТ). ИСТ коррелирует с количеством свободного тироксина (CT_4) в крови, определенным прямым методом.

Наша система для ТСТГ, которую мы назвали «Адсорбтест-3», была составлена из следующих компонентов: 4,1 мл фосфатного буфера (0,05 М, рН 7,4), 300 мг се-

фадекса Г-10, 100 мкл ^{125}I —Т₃ (5 нг Т₃/100 мкл). Для определения брали 100 мкл исследуемой сыворотки. Наши опыты показали, что значения ТСТГ и ИСТ у больных с высокой степенью достоверности отличаются от соответствующих значений у здоровых лиц. Разработанная смесь и набор «Адсорбтест-3» не уступают по простоте и скорости определения зарубежным, в точности же данный набор превышает импортные. Данная смесь, представленная в Госкомитет Совета Министров СССР на получение авторского свидетельства, признана изобретением.

Результаты ТСТГ, определенные с помощью набора «Адсорбтест-3», являются ценным показателем для характеристики тироксин-связывающей способности белков сыворотки крови и уровня СТ₄ в крови, т. е. их необходимо учитывать при оценке тиреоидного гомеостаза. ТСТГ можно пользоваться в диагностических целях и для наблюдения за эффективностью лечения как гипер-, так и гипопункции щитовидной железы.

Дальнейшее изучение состояния гуморального иммунитета против полиомиелита у населения Эстонской ССР после очередной массовой ревакцинации живой вакциной Сэбина (отчет). Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Яннус А. Э. Таллин, 1977, 41 с.

Полиомиелит, ревакцинация, гуморальный иммунитет, титры полиовирусных антител.

Изучено состояние гуморального иммунитета к вирусу полиомиелита у населения ЭССР и среди студентов некоторых вузов после проведенной в 1974 г. ревакцинации. В течение 2 лет поэтапно было обследовано 388 студентов и 479 человек прочего населения. Всего было взято 1554 пробы крови. Результаты исследований показали, что ревакцинация была весьма эффективной, так как титры полиовирусных антител перед ревакцинацией были невысокими, а после нее, за год, повысились в среднем в 2—3 раза. При этом скорость нарастания и длительность сохранения высоких титров различались в зависимости от серотипа вируса. Обследованные нами студенты физического факультета ТГУ реагировали на ревакцинацию еще более высокими титрами антител полиовируса, что указывает на более интенсивную продукцию антител у спортсменов. Также было отмечено, что у студенток она выше, чем у студентов. Из полученных результатов следует, что состояние противоплиомиелитного иммунитета надо систематически контролировать и при необхо-

димости проводить очередную массовую ревакцинацию.

Вариация прямого УФ-компонента солнечного излучения на Пярнуском взморье (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Ундла И. Ю. Таллин, 1977, 11 с.

Солнечное прямое ультрафиолетовое излучение, фокальный полевой монохроматор УФ-излучения, относительная доля прямого УФ-компонента, береговое усиление УФ-облучения.

Исполнителем работы разработан современный общедоступный метод спектральных полевых измерений прямого солнечного ультрафиолетового излучения, основанный на применении фокального фотоэлектронного монохроматора. Относительная доля ультрафиолетового компонента в прямом интегральном притоке солнечного излучения, определенная методом фокального монохроматора в условиях Пярнуского взморья, систематически не отличается от величины, которая дается эмпирической функцией, выведенной автором по достоверным литературным данным. Названная доля варьируется в пределах 0÷0.04. Береговое усиление ультрафиолетового облучения загорающего человека вызывается в основном комплексом трех факторов — чистого воздуха, сухого песка и влажной кожи.

Комбинированное действие основных загрязнителей атмосферного воздуха при несбалансированном питании. Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Лутсоя Х. И., Яакмеэс В. А. Таллин, 1977.

Атмосферный воздух, рациональное питание, угарный газ, сернистый газ, двуокись азота, фосфолипиды, холестерин, гемоглобин, ацетилхолинэстераза.

В опытах на взрослых белых беспородных крысах-самцах (по 10 животных в группе) изучали комбинированное токсическое действие угарного газа и двуокиси азота при несбалансированном питании. В I группе животные получали в течение 30 дней рацион, в котором белки составляли по калорийности 18%, жиры — 24% и углеводы — 58% (контроль). Во II группе их содержание было соответственно 9,50 и 41%, в III группе — 9,10 и 81%. В первой серии опытов крыс однократно в течение 4 часов затравливали смесью вышеуказанных газов в концентрациях, превышающих их ПДК до 7 раз. Во второй серии

опытов в течение 4 дней по 4 часа крысы вдыхали смесь газов в концентрациях, превышающих их ПДК в 10—150 раз. Активность ацетилхолинэстеразы крови после затравки при сбалансированном питании повысилась. Содержание фосфолипидов и холестерина, повышенное во второй и третьей группах, после затравки еще более увеличилось, причем более интенсивно в опытных группах. Увеличение содержания мет- и карбоксигемоглобина в крови также было более интенсивным при несбалансированном питании. У крыс опытных группах нарушалась корреляция между содержанием холестерина и щелочным резервом сыворотки, содержанием холестерина и активностью ацетилхолинэстеразы. Таким образом, несбалансированное питание усиливает комбинированное токсическое действие основных загрязнителей атмосферного воздуха.

Экспертиза трудоспособности и трудоустройства при вибрационной болезни бурильщиков и проходчиков сланцевых шахт (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. *Алтров Э. Ф., Лутс А. Э., Силлам А. Т., Шамардин Б. М.* Таллин, 1977, 116 с. (На эст. яз.).

Вибрационная и шумовая болезнь, нервные болезни, полиневриты, профессиональная тугоухость, вестибулярный анализатор, аудиометрия, электронистагмография, сланцевая промышленность, бурильщики, напильники, экспертиза трудоспособности, трудоустройство, микроциркуляция, сотрясение головного мозга.

С целью выяснения вопросов трудоспособности и трудоустройства 80 бурильщиков сланцевых шахт, страдающих вибрационной болезнью (из них 40 проходчиков), было проведено изучение динамики заболевания в течение нескольких лет (в среднем 3,5 года). Проведены специальные исследования кровообращения, нервной системы, органа слуха и равновесия среди бурильщиков, продолжающих или прекративших контакт с вибрацией.

При продолжении контакта с вибрацией у большинства больных заболевание прогрессировало, в частности, тугоухость и нарушения в работе органа равновесия. При рациональном трудоустройстве отмечалось улучшение здоровья, которого не наблюдалось при продолжении работы в контакте с вибрацией. В последнем случае рекомендуются следующие профессии: врубмашинарист, машинист погрузочной машины, слесарь и взрывник (с обязательным применением мер личной профилактики при работе в шуме).

При определении трудоспособности следует обратить внимание на выраженность

заболевания, в частности на тугоухость и дисфункции вестибулярного аппарата, в том числе и травматические, а также на возраст и стаж работы.

Результаты работы будут внедрены в сланцевых шахтах при помощи методических рекомендаций.

О возможности применения лечебной грязи курорта Хаапсалу при лечении больных хроническими дерматозами. Тартуский государственный университет Министерства высшего и среднего специального образования Эстонской ССР, Центральная больница Хаапсалуского района. *Мартинсон М. О.* Тарту, Хаапсалу, 1976, 150 с.

Хаапсалуский залив — одно из важнейших месторождений морских грязей в Эстонской ССР. Для оценки некоторых аспектов грязелечения, реактивности организма и функционального состояния кожи применялись следующие исследования и клинические анализы: измерение электрической сопротивляемости кожи, измерение температуры кожи, определение гистаминовой пробы, определение общего белка и фракции белков сыворотки крови и общеклинические анализы. Исследовали 105 больных с хроническими дерматозами. Всего у исследуемых проведено 4222 электрометрических измерения, 1441 общеклинический анализ, 915 грязевых процедур. Применение грязелечения при лечении больных хроническими дерматозами — вполне эффективный метод терапии больных хроническими дерматозами. Грязелечение является более эффективным при лечении больных невродермитом и экземой, а также больных псориазом в стационарной и регрессивной стадиях. Всего положительный результат лечения отмечался у 77% леченых больных.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 6 ноябрь, декабрь 1978 г.

Ю. Я. Планкен, К. А. Валгма, Я. Я. Рийв,
Р. В. Каскметс, И. О. Лийв, М. М. Линд,
М. Э. Линтс, М. М. Уускюла — **О рас-
пространении ишемической болезни
сердца среди женщин среднего возраста
в г. Тарту**

Приводятся данные эпидемиологического исследования 558 женщин г. Тарту в возрасте 45—54 лет для выявления частоты распространения ишемической болезни сердца. Ишемическая болезнь сердца диагностировалась у 51 женщины, т. е. у 9,14% всех обследованных. Главными факторами риска являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ожирение, нарушения в обмене углеводов и наследственная отягощенность. Результаты данной работы можно использовать для улучшения лечебных и профилактических мероприятий в г. Тарту и в ЭССР.

К. А. Валгма, М. А. Кокк, М. Э. Линтси,
С. Я. Ару — **Об амбулаторной помощи
больным ишемической болезнью сердца
в г. Тарту**

При эпидемиологическом обследовании 1160 лиц мужского и женского пола в возрасте 45—54 лет ишемическая болезнь сердца (ИБС) была обнаружена у 146 лиц. В статье анализируется амбулаторная медицинская помощь этим больным по материалам поликлиники г. Тарту. У 41 из 146 лиц с ИБС диагноз был поставлен в поликлинике, на диспансерном учете состояли лишь 24 больных с ИБС. При лечении уделяется недостаточно внимания диетическим и другим методам немедикаментозного лечения. В лечебных схемах мало ис-

пользуются адреноблолирующие вещества и вещества гипохолестеринемического действия. Анализируются возможности улучшения амбулаторной медицинской помощи больным ИБС.

С. Я. Марамма, И. О. Лийв — **Идиопати-
ческая застойная кардиомиопатия**

Описывается и дается анализ пяти случаев идиопатической застойной кардиомиопатии. В нашей стране это заболевание известно также под названиями: хроническая форма миокардита Фиедлера, идиопатический миокардит или идиопатическая гипертрофия миокарда. Поскольку при идиопатической застойной кардиомиопатии отсутствуют специфические признаки, диагноз этого заболевания основывается главным образом на исключении других заболеваний сердца — коронарной болезни, пороков сердца, гипертензии большого или малого круга, а также других кардиомиопатий. Рассматриваются вопросы дифференциального диагноза, прежде всего в связи с ревматическими поражениями сердца.

Р. Ф. Тринк, Э. Ю. Вейнпалу — **Отда-
ленные результаты комплексного кур-
ортного лечения больных ревматоид-
ным артритом**

В статье представлены отдаленные результаты комплексного курортного лечения 187 больных ревматоидным артритом с применением хаапсалуской морской грязи.

Было установлено, что в течение одного года результаты курортотерапии сохранялись полностью или улучшались у 17,4% больных, сохранялись частично у 48,4%, исчезли полностью у 23,4% больных, а у 10,8% больных отмечалось прогрессирование болезни. Вследствие указанного лечения уменьшились частота и выраженность обострений ревматоидного артрита, а также заболеваемость т. н. простудными болезнями (катаром верхних дыхательных путей, ангиной, гриппом). Ввиду этого заметно снизилось число дней временной нетрудоспособности и повысилась производительность труда больных.

К. Х. Суби, В. О. Тапупере, А. Э. Лембер, А. И. Воробьева, К. К. Кутсар, Л. Х. Ханнус, В. Я. Ляяне — **О результатах
лабораторной диагностики острых респи-
раторных вирусных заболеваний в Эс-
тонской ССР зимой 1977/78 гг.**

В статье представлены данные о вспышке гриппа и ОРЗ в ЭССР в 1977/78 гг. Заболеваемость гриппом и ОРЗ была ниже, чем в предыдущем году. Относительно чаще диагностировали аденовирусные инфекции. Ин-

интересным является факт, что, наряду с гриппом А2 и гриппом В, наблюдались также случаи заболевания, вызванные подтипом вируса гриппа А1. Приведены также краткие данные об информации Всесоюзного центра по гриппу и ОРЗ.

Х. Д. Лыйв, Ю. Х. Тераас — Необходимость определения условно-патогенных грамотрицательных бактерий при оценке качества питьевой воды

Учитывая частую этиологическую роль условно-патогенных грамотрицательных микробов в возникновении нарушений желудочно-кишечного тракта и парэнтеральных инфекций, исследовали их нахождение в воде озера Юлемисте, снабжающего питьевой водой г. Таллин. Из 40 проб, которые брались круглогодично, изолировали всего 10 видов микробов, шесть из которых (*E. coli*, *Citrobacter freundii*, *Klebsiella aerogenes*, *Enterobacter* sp., *Proteus hauseri* и *Serratia marcescens*) относились к семейству *Enterobacteriaceae*, а четыре вида (*Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Flavobacterium* sp., *Erwinia* sp.) оказались бактериями группы АГННЭ (аэробные грамотрицательные бактерии, не принадлежащие к семейству энтеробактерий). Учитывая, что неоднократно было основание считать все эти виды возбудителями острых поносов у населения г. Таллина, по мнению авторов, при оценке питьевой воды нельзя ограничиваться лишь определением колититра, а следует идентифицировать все грамотрицательные микробы не менее чем на уровне рода. Исследования надо проводить в такое время года, когда в сырой питьевой воде содержится особенно много подобных микробов, ибо в противном случае эффективность основных процессов очистки воды становится сравнительно малой.

М. О. Лыви — О регенерации тканей твердого неба

В данной экспериментальной работе изучалась регенерация тканей твердого неба после хирургических вмешательств, аналогичных отдельным этапам уранопластики. опыты были проведены в двух сериях на 12 щенках в возрасте от 1 до 2,5 месяцев; контрольных животных было 4. Сроки наблюдения над животными составляли от 3 дней до 3 недель. Материал обрабатывался по гистологической и гистохимической методике.

Регенерация тканей твердого неба происходила в зависимости от объема и тяжести операции. В 1-й серии опытов при одной отслойке слизисто-надкостничного лоскута без пересечения сосудисто-нервных пучков неба или при их односторон-

нем лигировании рана в основном эпителизировалась полностью. Во 2-й серии опытов, где сосуды и нервы в лоскуте пересекались двусторонне, процессы регенерации были замедлены и в эпителии обнаруживались нарушения трофики.

Во всех опытах наблюдалось разрежение кости в ее поверхностных частях и пролиферация клеток периоста, независимо от того, были ли повреждены небные сосуды и нервы. У животных 2-й серии с двусторонней денервацией и лигированием небных артерий отмечались быстро прогрессирующие деструктивные процессы в кости, которые в опытах со сроком наблюдения 10—14 дней проявлялись в виде секвеструющего остеомиелита.

Из работы следует, что оперативные вмешательства на тканях полости рта должны быть крайне щадящими, несмотря на то, что эти ткани обладают высокой регенеративной способностью.

Р. В. Тээсалу — Слежение за больными во время и после аортокоронарного шунтирования

В статье рассматриваются вопросы слежения за больными во время и после аортокоронарного шунтирования на основе литературных данных и собственного опыта проведения 120 операций указанного типа. Основное внимание сосредоточено на наблюдении за состоянием сердечно-сосудистой системы как прямыми, так и косвенными методами. Рассматриваются также вопросы слежения за другими органами и функциональными системами организма. В заключение подчеркивается существенное значение слежения в проведении направленных корригирующих воздействий на организм во время операции и послеоперационного лечения.

Л. С. Приймаги — Новое об интерфероне

В работе представлены литературные и некоторые собственные данные автора о новых направлениях в изучении проблемы интерферона. В частности, сообщаются новые данные о т. н. «иммунном» интерфероне — продукте, вырабатываемом в организме Т-лимфоцитами в присутствии макрофагов. Кроме того, излагаются сведения о различных аспектах непротивовирусного эффекта интерферона.

А. А. Сарап, Л. И. Метсис, Х. Э. Кюнамяги — Об организации труда руководящих специалистов здравоохранения района

С целью разработки типовых должностных инструкций для руководящих работников (главврач, зам. главврача) и главных

внештатных специалистов района (терапевт, хирург, акушер-гинеколог, педиатр) авторы, наряду с изучением соответствующих законодательных положений, условий и организации труда, провели хронометрирование рабочего дня и анкетный опрос вышеназванных работников. Анкета была составлена с учетом возможности обработки ее данных на ЭВМ. Было установлено, что у 95% изучаемого контингента врачебный стаж, а у 70% — стаж по занимаемой должности составлял более 5 лет. 40% из числа руководящих работников не кончали специальных курсов по занимаемой должности. 48,3% опрошенных ответили, что недостаточно знают свои права и обязанности. Много рабочего времени (от 20 до 30%) они тратят на различные совещания, заполнение документов и выполнение различных общественных поручений. На непосредственное руководство здравоохранением района у главных врачей остается 42,2% общего бюджета рабочего времени, у заместителей главного врача — 26,3%, у главных специалистов — 30,2% рабочего времени.

Э. П. Кью, А. Г. Клийман, Л. Р. Покк, И. О. Лийв, М. А. Кейс — Первый случай прижизненной диагностики миксомы левого предсердия сердца в Эстонской ССР

Описывается случай прижизненной диагностики и успешного хирургического лечения миксомы левого предсердия у мужчины 37 лет.

Б. А. Родман — Использование спороцидной рецептуры С-6 для проведения заключительной и текущей дезинфекции

В статье представлены результаты апробации спороцидной рецептуры С-6 для проведения текущих и заключительных дезинфекций, даны рекомендации по способу ее приготовления и применения.

Т. Х. Либлик — О взаимоотношениях медсестры и больного

При узкой профилизации медицинских специальностей затруднена возможность увидеть личность человека во всей ее полноте, со всеми присущими ей проблемами. Именно поэтому проблемы деонтологии в наши дни становятся особенно актуальными. В ходе лечения большинство назначений врача реализуется сестрой. Поэтому, в повседневной работе, среднему медперсоналу необходимы знания о том влиянии, которое оказывают болезнь и пребывание в больнице на психику больного. Эти знания оказывают помощь в выборе правильного стиля подхода к больному. Забота, умение выслушать, понять больного и хра-

нить его тайны — основные элементы хорошего стиля работы.

В. О. Таупере — О работе Таллинского народного университета здоровья в области повышения квалификации врачей

У. Я. Лутс, В. Х. Янес, Х. А. Густавсон — 75 лет Таллинской республиканской психоневрологической больнице

Таллинская республиканская психоневрологическая больница была открыта 1 ноября 1903 года. До конца 1946 года больница в основном решала вопросы стационарного лечения психических больных. 31 декабря 1946 года в Таллине был открыт психоневрологический диспансер, который с 1957 года работает как отделение больницы. В 1970 году при больнице были открыты работающие на хозрасчете лечебно-производственные мастерские. В настоящее время Таллинская республиканская психоневрологическая больница — одно из крупнейших в Эстонской ССР психиатрических учреждений, где применяются все современные методы лечения и реабилитации психических больных.

Конференция и совещания

Юбилейные даты

Юридическая консультация

Л. Л. Лутс — Низкочастотная магнитотерапия

Рассматриваются вопросы биологического действия низкочастотного магнитного поля с учетом возможностей его лечебного применения при различных патологических состояниях. Приводятся данные о практическом проведении физиотерапевтических процедур при помощи отечественного аппарата низкочастотной магнитотерапии «Полус-1», показаниях и противопоказаниях к магнитотерапии.

Новые лекарственные препараты

Хроника

На заседаниях коллегии Министерства здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR**

No. 6 November, December 1978

Ü. Planken, K. Valgma, J. Riiv, M. Lind,
M. Lintsi, I. Liiv, R. Kaskmets, M. Uus-
küla — **The Incidence of Ischemic Heart
Disease in a Female Middle-Age Group**

A total of 558 females, aged between 45 and 54 years, were screened for the presence of ischemic heart disease (IHD). As a result, IHD was detected in 51 cases, i. e. in 9.14 per cent of the subjects, and suspected IHD was diagnosed in 59 cases, i. e. in 10.57 per cent of the subjects studied. The most common risk factors of IHD were obesity, arterial hypertension, hypercholesterolaemia, decreased tolerance to carbohydrates and heredity.

It is concluded that the results of this survey may prove valuable in the treatment and prevention of IHD in Tartu and in the Estonian SSR as well.

K. Valgma, M. Kokk, M. Lintsi, S. Aru —
**The Outpatient Treatment of Ischemic
Heart Disease in Tartu**

The results of this study suggest that there exist ample opportunities for detecting cases of ischemic heart disease and providing better facilities for outpatient follow-up care. There are real possibilities of improved outpatient investigation.

The authors suggest that patients with ischemic heart disease should make fuller use of the available facilities and derive a maximum benefit from outpatient care, because an increased proportion of patients suffering from ischemic heart disease are kept under surveillance and given various treatments in polyclinics.

S. Maramaa, I. Liiv — **Idiopathic Conges-
tive Cardiomyopathy**

Five cases of idiopathic cardiomyopathy of dilated type have been described and analy-

sed. The disease is characterized by chronic heart failure and considerable dilatation of the heart. As idiopathic congestive cardiomyopathy has no specific symptoms, the diagnosis of the disease is largely based on the exclusion of other cardiac diseases — coronary disease, valvular defects, hypertension of systemic and pulmonary circulation and other cardiomyopathies. The diagnosis of idiopathic congestive cardiomyopathy has been differentiated from that of rheumatic cardiac disease and coronary disease.

R. Trink, E. Veinpalu — **The Late Results
of Complex Health Resort Therapy in Pa-
tients with Rheumatoid Arthritis**

In this paper data on late results of a complex therapy in a health resort in 187 patients with rheumatoid arthritis is presented. It was ascertained that a good recovery could be achieved and maintained or even improved within a year after health resort treatment in 17.7 per cent of the patients, but in 48.4 per cent of the patients the state of recovery was only partly maintained and in 23.4 per cent it disappeared completely, but, on the contrary, in 10.8 per cent of the patients there was an aggravation of symptoms. As a result of the health resort treatment the frequency and intensity of the exacerbation of rheumatoid arthritis and the incidence of common cold (catarrh of the respiratory tract, angina, influenza) decreased. Thanks to such treatment, the duration of sick-leave considerably decreased and the working capacity of the patients increased.

K. Subi, V. Tapupere, A. Lember, A. Vorohova, K. Kutsar, L. Hannus, V. Lääne —
**Results of the Laboratory Diagnosis of Viral
Infections in the Estonian SSR in the Win-
ter of 1977—78**

The article deals with an outbreak of influenza and acute respiratory disease (ARD) which occurred in the Estonian SSR in 1977—78. The authors point out that the incidence of influenza and acute respiratory disease was lower than that in the previous year. But there was a higher incidence of adenovirus infection in 1977—78. It is of interest to note that, together with influenza A2 and B, there were a number of influenza cases caused by immune subtype A. The article furnishes us with new data on the spread of influenza and ARD obtained by the All-Union Centre for Influenza and Acute Respiratory Disease.

H. Lõiv, J. Teras — **The Necessity of Iden-
tification of Conditionally Pathogenic
Gram-Negative Aerobic Bacteria in Asses-
sing Drinking Water Quality**

Taking into consideration a frequent etiological role of Gram-negative microbes in

gastroenteric disorders and parenteral infections, tests for the presence of above-mentioned microbes were conducted on water samples taken from Lake Ülemiste from which Tallinn, the capital of Estonia, receives its drinking water. From 40 samples taken from Lake Ülemiste, the whole year round, a total of 10 microbial species were isolated which included the following six species: *E. coli*, *Citrobacter freundii*, *Klebsiella aerogenes*, *Enterobacter sp.*, *Proteus hauseri* and *Serratia marcescens* belonging to *Enterobacteriaceae* family, but the remainder turned out to be the representatives of the following species: *Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Flavobacterium sp.* and *Erwinia sp.* belonging to the AGNNE group of bacteria. These species are frequently held responsible for cases of acute diarrhea in Tallinn. Therefore, the authors suggest that, for a more complete and profound study of drinking water quality, the laboratory tests should not be limited to mere determination of coli-titre, but attempts should be made to isolate Gram-negative microbes and identify them at least at the generic level. For this purpose the right season should be chosen during which the number of such microbes in raw water reaches its maximum, and in this connection, the efficiency level of main purification processes is relatively low.

M. Loevi — Tissue Regeneration in the Hard Palate

This experimental work deals with tissue regeneration in the hard palate after surgical treatment similar to uranoplasty. The experiment was carried out in two groups — 12 puppy dogs from 1 to 2.5 months of age; 4 puppies constituted a control group. Histological and histochemical examinations have shown that tissue regeneration in the hard palate depends on the character of the surgical treatment. In the first group treated by isolated muco-periosteal flap method without dissection of the palatal arteries or with their unilateral ligation complete wound epithelization took place. But in the second group, after bilateral ligation of palatal blood vessels and nerves, the process of regeneration slowed down and trophical changes in the epithelial tissue were observed. In all these animals osteoporosis on the bone surface and proliferation of periosteal cells took place, even in cases when blood-nerve bundle was not damaged. In the second group with bilateral denervation and ligation of the palatal arterial-nerve bundle a progressive destruction of bone was observed which led to sequestration osteomyelitis over the period from 10 to 14 days.

R. Teesalu — Intra- and Postoperative Monitoring during Aorto-Coronary Bypass Grafting Procedures

The author discusses problems concerning intra- and postoperative monitoring on the basis of literature data and his own experience with 120 patients during and after aorto-coronary bypass grafting procedures.

L. Priimägi — Modern Views on Interferon

After a review of the relevant literature the author presents her own data on the recent trends in the field of interferon studies. This article also gives details of so-called "immune" interferon which is produced in the body by T-lymphocytes in the presence of macrophages. In addition to it, an account of various aspects of non-virucide effect of interferon is given.

A. Sarap, L. Metsis, H. Künamägi — The Responsibilities of Chief District Medical Specialists

E. Kõo, A. Kliiman, L. Pokk, I. Liiv, M. Keis — The First Clinically Diagnosed Left Atrial Myxoma in the Estonian SSR

The article describes a clinically diagnosed and successfully removed left atrial myxoma in a 37-year-old man.

B. Rodman — The Use of Sporocide C—6 for Current and Final Desinfection

The author presents the approbation results of sporocide C—6 for current and final desinfection. Directions for its use are also given.

T. Liblik — Relations between the Nurse and the Patient

U. Luts, V. Jänes, H. Gustavson — The 75th Anniversary of the Tallinn Republican Psycho-Neurological Hospital

Conferences and Medical Meetings

Dates

Juridical consultation

L. Luts — Low-Frequency Magnetotherapy

New Drugs

Chronicle

Research Work Carried out by Scientists of the Estonian SSR Comments

SISUKORD

Eesti NSV meditsiinitöötajate aktiivi üles- kutse	305
Eesti NSV tervishoiutöötajatele	387
NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja A. Burnazjani kõne ENSV meditsiinitöötajate aktiivi koosolekul	303
Rätsep, V. — Eesti NSV meditsiinitöötajate ülesanded määruse «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõudest» täitmisel	291
Rätsep, V. — Eesti NSV tervishoiusüsteemi planeerimise probleemid	3
Rätsep, V. — Onkoloogia arengusuundi Eesti NSV-s	195
Rätsep, V. — Sotsialistliku tervishoiusüs- teemi kuuekümnnes aastapäev	388
Sõnavõttudest	296

TEOORIA JA PRAKTIKA

Arak, E. — Teekummeli kasutamise võimalusi	30
Arro, M., Juhanson, K. — Düsenteriinproov düsenteeria ja enterokoliidi diferentsiaal- diagnoosimisel	126
Birkenfeldt, R. — Mõnede endogeensete makrorütmide mõju reumasse haigestumi- sele	322
Birkenfeldt, R. — Reumasse haigestumise sõltuvus päikese aktiivsusest	22
Boston, L. — Agedat pneumooniat ja bron- hiiti põhivate varaealiste laste B ₁ -hüper- vitamiinosis esinemissagedus ja ravi	115
Etlin, S. — Põlevikivõõrtlemise ettevõtete tööliste vähihaigestumus	317
Hint, E. — Perekondlik rinnavähi eelsoo- dumus fibroadenomatoosi korral	208
Jaek, A., Kirch, L., Kruse, I., Roost, A. — Sobimatud ravimkombinatsioonid III	324
Kalev, M., Liberman, B. — Mõningate südamehaiguste ehk kardioograafilise diag- noosimine	213
Kalla, P. — Söögitoru limaskestast muutused kroonilise atroofilise gastriidi ja haavand- tove korral ning pärast maoresektiooni	395
Kapral, H. — Algoritmiline rögaanalüüs	398
Karusoo, J. — Mittespetsiifilise hüposensi- biliseeriva ravi toime histamiinivahetu- suse bronhiaalastma ja kroonilise bron- hiidi korral	117
Kivik, A., Abram, M. — Tubariini toime kombineeritud eeternarkoosis ja fluorotaan- narkoosis	121
Koha, R., Luštšikov, J. — Rasvemböõlia diagnoosimine Kohtla-Järve I Linnahaiglas	311
Laane, E. — Gaasivahetus reumaatiliste südamekahjustuste korral	17
Laane, P., Kundla, M., Liberman, B., Stern, A., Graf, A., Tatarinova, T. — Selektiivse koronarograafia osa südame isheemiatõve diagnoosimises	390

СОДЕРЖАНИЕ

Обращение актива медицинских работников Эстонской ССР.	305
Труженникам здравоохранения Эстонской ССР. Выступление заместителя министра здравоохранения Союза ССР А. И. Бурназяна.	387
Рятсеп В. И. — Задачи медицинских работни- ков Эстонской ССР в выполнении постановле- ния «О мерах по дальнейшему улучшению на- родного здравоохранения».	303
Рятсеп В. И. — Проблемы планирования систе- мы здравоохранения Эстонской ССР.	291
Рятсеп В. И. — Пути развития онкологической помощи в Эстонской ССР.	3
Рятсеп В. И. — 60-летие социалистической систе- мы здравоохранения.	195
Выступления	388
	296

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Арак Э. X. — О возможностях использования ромашки аптечной.	30
Арро М. А., Юхансоо К. П. — Проба с дизенте- рином при дифференциальной диагностике ди- зентерии и энтероколита.	126
Биркенфельдт Р. Р. — Влияние некоторых эн- догенных макrorитмов на заболеваемость рев- матизмом.	322
Биркенфельдт Р. Р. — Зависимость заболева- емости ревматизмом от солнечной активности.	22
Бостон Л. Я. — Частота гиповитаминоза В ₁ и его лечение у детей раннего возраста, больных острой пневмонией или бронхитом.	115
Этлин С. Н. — Заболеваемость злокачественны- ми опухолями рабочих сланцекерамобавляю- щих предприятий.	317
Хинт Э. К. — Предрасположенность к заболе- ванию раком молочной железы у женщин, больных фиброаденоматозом.	208
Яек А. В., Кириш Л. А., Крузе И. Э., Роост А. Э. — Несовместимые комбинации лекарств III.	324
Калез М. А., Либерман Б. М. — Эхокардиогра- фическая диагностика некоторых заболеваний сердца.	213
Калла П. П. — Изменения слизистой пищевода при хроническом атрофическом гастрите и яз- венной болезни, а также после резекции же- лудка.	395
Капрал Х. А. — Алгоритмический анализ мок- роты.	398
Карусоо Я. Я. — О действии неспецифической гипосенсибилизации на обмен гистамина при бронхиальной астме и хроническом бронхите.	117
Кивик А. А., Абрам М. А. — Действие тубарина в комбинированном эфирном наркозе и фто- ротановом наркозе.	121
Коха Р. А., Лушчиков Е. П. — О диагностике жировой эмболии в городской больнице № 1 города Кохтла-Ярве.	311
Лаане Э. Я. — О газовом обмене при ревмати- ческих поражениях сердца.	17
Лаане П. Г., Кундла М. И., Либерман Б. М., Штерн А. К., Граф А. Я., Татаринова Г. В. — Роль селективной коронарографии в диагно- стике ишемической болезни сердца.	390

- Laane, P., Stern, A., Liberman, B., Mardna, P. — Stenokardiasündroomi kõrvutamise selektiivse koronarograafia andmetega 101
- Laurand, V. — Hambakaarise algstaadiumi remineraliseeriv ravi fosforilahusega 411
- Leissoo, A., Sulling, T., Mölder, V., Tamm, K., Tiivel, M., Maaros, J., Eha, J. — Operatsioonijärgne koronarograafia ja ventrikulograafia 108
- Levina, R. — Autoantikehi moodustavate rakkude uurimine perifeerses veres mõnede haiguste korral (autoreferaat) 219
- Liiv, I. — Ehhokardiograafiline uurimismeetod 113
- Loogna, N., Leisi, M. — Kutsesobivus 124
- Luts, A. — Kurtuse esinemissagedus ja põhjused tänapäeval 28
- Lõiv, H. — *Lambliia intestinalis* ja *Enterobius vermicularis* e invasioon infektsiooset diarröad põdevatel väikelastel 26
- Lõiv, H., Teras, J. — Tingimisi patogeensete gramnegatiivsete aeroobsete bakterite kindlakstegemise vajadus joogivee kvaliteedi hindamisel 494
- Lõvi, M. — Kõvasuulae kudede reparatiivne regeneratsioon 497
- Maramaa, S., Liiv, I. — Idiopaatilise kongestiivne kardiomiopaatia 487
- Nazarov, V. — Andmeid ägedasse ussriipiküpetikk haigestumise kohta Kohtla-Järvel 314
- Nuiamäe, P. — Säärellu distaalse otsa metaepifüsaarosa murrud 403
- Nuiamäe, P. — Tibiofibulaarsündesmoosi vigastused 307
- Planken, Ü., Valgma, K., Riiv, J., Kaskmets, R., Liiv, I., Lind, M., Lintsi, M., Uusküla, M. — Südame isheemiatõbi Tartu keskealistel naistel 483
- Pokk, L. — Seedetrakti pahaloomuliste kasvujate eksidiagnoosimine 14
- Pokk, T., Pokk, L. — Pahaloomuliste kasvujate hüperdiagnoosimine 210
- Purde, M. — Koostöö tulemusi rinnavähi epidemioloogias 202
- Rannamäe, R. — Saastumata veekogu sanitaarseisundi hindamine 408
- Raudam, E. — Soome ja Eesti NSV neuroloogide ja neurokirurgide teaduslik koostöö aastail 1973—1977 334
- Rätsep, V., Viirmaa, A., Loit, P., Mäniko, M. — Maovähi kirurgilise ravi tulemusi 199
- Seeder, J., Reino, S. — Meniskivigastuste kirurgiline ravi ja tulemused 309
- Soomere, I. — Puberteedi isärasused seksuaalhäiretega meestel 412
- Subi, K., Lember, A., Tapupere, V., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V., Vodja, R. — Respiratoorse viirusnakkuse laboratoorse diagnoosimise tulemusi Eesti NSV-s 1976/1977. aasta talvel ja kevadel 24
- Subi, K., Tapupere, V., Lember, A., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V. — Respiratoorsete viirusnakkuste laboratoorse diagnoosimise tulemusi Eesti NSV-s 1977/1978. aasta talvel 493
- Sui, V. — Esmast deformeerivat osteoartriooni põdevate haigete humisoolravi 20
- Talvik, R., Enno, D. — Hüperkoagulatsioonisündroom (operatsiooni mõju hüübimissüsteemile) 11
- Tamm, K., Sulling, T., Mölder, V., Tiivel, M., Linn, U., Leissoo, A., Eha, J. — Südamelihase osaline ja täielik revaskulariseerimine 104
- Tamm, S., Kutsar, K., Freiberg, I., Paulson, J. — Üliõpilaste kehalise arengu dünaamika ja tervisliku seisundi muutused õppeaja vältel 327
- Лаане П. Г., Штерн А. К., Либерман Б. М., Мардна П. Л. — Сопоставление синдрома стенокардии с данными селективной коронарографии. 101
- Лауранд В. М. — Результаты реминерализации начального кариеса зубов раствором фосфора. 411
- Лейсоо А. Р., Суллинг Т. А., Мельдер В. Ю., Тамм К. К., Тийвель М. Я., Маарос Я. А., Эха Я. Э. — Послеоперационная коронарография и вентрикулография. 108
- Левина Р. Х. — Исследование динамики аутоантителообразующих клеток у некоторых категорий больных. 219
- Лийв И. О. — Эхокардиографический метод обследования. 113
- Лоогна Н. А., Лейси М. М. — О профгодности. 124
- Лутс А. Э. — О частоте и причинах глухоты и тугоухости на современном этапе. 28
- Лыйв Х. Д. — Об инвазии *Lambliia intestinalis* *Enterobius vermicularis* у детей с инфекционной диареей. 26
- Лыйв Х. Д., Тeras Ю. Х. — Необходимость определения условно-патогенных грамотрицательных бактерий при оценке качества питьевой воды. 494
- Льви М. О. — О регенерации тканей твердого неба. 497
- Марамаа С. Я., Лийз И. О. — Идиопатическая застойная кардиомиопатия. 487
- Назаров В. А. — Некоторые данные по заболеваемости острым аппендицитом и результатах лечения по городу Кохтла-Ярве и Кохтла-Ярвскому району в 1972—1974 гг. 314
- Нуйамяэ П. К. — Переломы и лечение задней метаэпифизарной части дистального конца большеберцовой кости. 403
- Нуйамяэ П. К. — Повреждения синдесмоза берцовых костей. 307
- Планкен Ю. Я., Валгма К. А., Рийв Я. Я., Каскметс Р. В., Лийв И. О., Линд М. М., Линтси М. Э., Уускюла М. М. — О распространении ишемической болезни сердца среди женщин среднего возраста в г. Tartu. 483
- Покк Л. Р. — Ошибки в диагностике злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. 14
- Покк Т. А., Покк Л. Р. — Гипердиагностика злокачественных опухолей. 210
- Пурде М. К. — Результаты сотрудничества в области эпидемиологии рака молочной железы. 202
- Раннамяэ Р. Р., Лаане М. М. — О загрязнении сырого молока патогенными стафилококками. 408
- Раудам Э. М. — Научное сотрудничество между финскими и эстонскими неврологами и нейрохирургами за 1973—1977 гг. 334
- Рятеп В. И., Виirmaа А. А., Лойт П.-Х. О., Мяникко М. Х. — Результаты хирургического лечения рака желудка. 199
- Сездер Я.-Х. О., Рейно С. Г. — Некоторые аспекты хирургического лечения. 309
- Соомере И. Р. — Особенности периода полового созревания у мужчин с сексуальными нарушениями. 412
- Суби К. Х., Лембер А. Э., Тапупере В. О., Воробьева А. И., Кутсар К. К., Ханнус Л. Х., Ляэне В. Я., Водья Р. А. — О результатах лабораторной диагностики респираторных вирусных инфекций в ЭССР в зимний и весенний период 1976—1977 гг. 24
- Суби К. Х., Тапупере В. О., Лембер А. Э., Воробьева А. И., Кутсар К. К., Ханнус Л. Х., Ляэне В. Я. — О результатах лабораторной диагностики острых респираторных вирусных заболеваний в Эстонской ССР зимой 1977/78 гг. 493
- Суй В. М. — Лечение гумизолом больных первичным деформирующим остеоартрозом. 20
- Тальвик Р. М., Энно Д. А. — Синдром гиперкоагуляции. 11
- Тамм К. К., Суллинг Т. А., Мельдер В. Ю., Тийвель М. Я., Линн У. Э., Лейсоо А. Р., Эха Я. Э. — Полная и неполная реваскуляризация миокарда. 104
- Тамм С. И., Кутсар К. К., Фрейберг И. А., Паульсон Ю. Н. — Динамика физического развития и изменения в состоянии здоровья студентов во время обучения в вузе. 327

Teesalu, R., Saks, M., Keis, U., Maaros, J., Planken, A., Narbekov, J. — Premedikatsioon südame isheemiatõbe põdevatel haigetel aortokoronaarse šunteerimise korral 109

Tekkel, M. — Rinnavähi ohutegurid mastodüünia korral 205

Tiivel, M., Sulling, T., Mölder, V., Tamm, K., Linn, U., Riiv, J., Maaros, J., Eha, J., Leissoo, A. — Aortokoronaarse šunteerimise võimalusi müokardiinfarkti põdenutel 99

Tikk, A. — Perifeersetete närvide kahjustuste kirurgiline ravi 9

Trink, R., Veinpalu, E. — Reumatoidartriiti põdevate haigete kompleksse kuurordiravi hilistulemused 491

Vaagane, E., Pauts, V. — Organismi süsivesikute ainevahetus ning toit kehalise ja vaimse töö tegijatel 404

Vahula, I., Jõks, U. — Salmonella harva esinevate serotüüpide Salmonella tshiongwe ja Salmonella budapest isoleerimine Pärnus 331

Vahula, I. — Patogeensete enterobakterite eraldamine Pärnu jõe ja lahe veest 220

Valgma, K., Kukk, M., Lintsi, M., Aru, S. — Südame isheemiatõbe põdevate ambulatoorne abi Tartus 485

Vapra, A., Maimets, O. — Reumatoidartriidi ravi küsimusi 319

Vapra, T. — Eufüllini mõju kopsarteri rõhule 217

ÜLEVAATED

Bogovski, P. — Keemilist kantserogeneesi modifitseerivad tegurid vähktõve profülaktikas 223

Kirsch, L. — Biofarmaatsia 37

Kutsar, K. — Primaarne immuunpuudulikkus 336

Kõrge, P. — Steroidhormoonide toime molekulaarsed mehhanismid — eksperimentaalse endokrinoloogia üks põhisuundi 32

Loogna, G. — Kutsetegurite osa pahaloomuliste kasvajatete tekkes 227

Mikelsaar, M. — Anaeroobsetest infektsioonidest tänapäeval 340

Priimägi, L. — Uut interferoonist 505

Silland, M. — Prostaglandiinid 130

Teesalu, R. — Haigete operatsiooniaegne ja operatsioonijärgne jälgimine aortokoronaarse šunteerimise korral 501

Teesalu, S., Hinrikus, T. — Sekretin 415

Valsiner, J., Kaarma, H. — Mõningaid psühholoogilisi probleeme sünnitusabis 418

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

Barõseva, L., Levin, M. — Stomatoloogi töö iseärasusi 422

Jänes, V., Vassiljev, R. — Narkoloogia organisatsioonilisi probleeme 135

Kapral, H. — Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla sai uued ruumid 426

Keres, L., Tälli, H., Ormisson, A., Aru, S., Preem, H. — Pediaatria ja terapeudi töö järgivus noorukite arstiasbis 41

Keres, L., Tälli, H., Ormisson, A., Preem, H., Loolaid, V. — Vastsündinute järelevalve üleandmine sünnitusasutuselt jaoskonnarstile 344

Klink, A. — Võru rajooni keskaigla poolstatsioonarne narkoloogiaosakond 233

Kuusma, M. — Tallinna Meditsiinikooli uus hoone 44

Kuusma, M. — Tallinnas avati uus haigla 425

Teesalu, R., Saks, M., Keis, U., Maaros, J., Planken, A., Narbekov, J. — Premedikatsioon südame isheemiatõbe põdevatel haigetel aortokoronaarse šunteerimise korral 109

Tekkel, M. — Rinnavähi ohutegurid mastodüünia korral 205

Tiivel, M., Sulling, T., Mölder, V., Tamm, K., Linn, U., Riiv, J., Maaros, J., Eha, J., Leissoo, A. — Aortokoronaarse šunteerimise võimalusi müokardiinfarkti põdenutel 99

Tikk, A. — Perifeersetete närvide kahjustuste kirurgiline ravi 9

Trink, R., Veinpalu, E. — Reumatoidartriiti põdevate haigete kompleksse kuurordiravi hilistulemused 491

Vaagane, E., Pauts, V. — Organismi süsivesikute ainevahetus ning toit kehalise ja vaimse töö tegijatel 404

Vahula, I., Jõks, U. — Salmonella harva esinevate serotüüpide Salmonella tshiongwe ja Salmonella budapest isoleerimine Pärnus 331

Vahula, I. — Patogeensete enterobakterite eraldamine Pärnu jõe ja lahe veest 220

Valgma, K., Kukk, M., Lintsi, M., Aru, S. — Südame isheemiatõbe põdevate ambulatoorne abi Tartus 485

Vapra, A., Maimets, O. — Reumatoidartriidi ravi küsimusi 319

Vapra, T. — Eufüllini mõju kopsarteri rõhule 217

ОБЗОРЫ

Боговский П. А. — Модифицирующие факторы химического канцерогенеза в профилактике рака 223

Кирш Л. А. — Биофармация 37

Кутсар К. К. — Первичная иммунологическая недостаточность 336

Кырге П. Х. — Молекулярные механизмы действия стероидных гормонов — одно из главных направлений в экспериментальной эндокринологии 32

Лоогна Г. О. — Значение профессиональных факторов в развитии злокачественных опухолей 227

Микельсаар М. Э. — Об анаэробных инфекциях настоящего времени 340

Приймаги Л. С. — Новое об интерфероне 505

Силланд М. В. — Простагландины 130

Тээсалу Р. В. — Служение за больными во время и после аортокоронарного шунтирования 501

Тээсалу С. А., Хинрикус Т. Х. — Секретин 415

Вальсинер Я. А., Каарма Х. Т. — О некоторых психологических проблемах в акушерстве 418

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Барышева Л. М., Левин М. Я. — К изучению особенностей труда стоматологов (хронометражные данные) 422

Янес В. Х., Васильев Р. П. — Организационные проблемы наркологии 135

Капрал Х. А. — Таллинская республиканская портовая больница в новом здании 426

Керес Л. М., Тялли Х. Э., Ормиссон А. А., Ару С. Я., Прээм Х. К. — Соотношение педиатра и терапевта в медицинском обслуживании подростков 41

Керес Л. М., Тялли Х. Э., Ормиссон А. А., Прээм Х. К., Лоолайд В. Э. — Передача медицинского обслуживания новорожденных от родильного дома участковому педиатру 344

Клинк А. Б. — Подустанционарное нарколоогическое отделение Вырусской районной центральной больницы 233

Куусма М. К. — Новое здание Таллинской медицинской школы 44

Куусма М. К. — В Таллине открыта новая больница 425

Kuusma, M. — Tartus avati pulmonoloogiakorpus	137
Mehilane, L. — Narkoloogiaalane täienduskursus	232
Paljainõmm, M. — Miinimumpalga tõstmine 70 rublani kuus	234
Sarap, A., Metsis, L., Künamägi, H. — Rajooni juhtivate tervishoiuspetsialistide töökorraldus	508
Silland, M. — Narva Sünnitusmaja	348
Sisask, H. — Tervishoiuasutuse rahvakontrolligrupi töö	139
Vahing, V. — Kümme aastat psühhiaatriaseminare	347
Veskis, E. — Kingissepa lastepolikliinik	234
Väin, K. — Kvalifikatsiooni tõstmine Rakvere rajoonis	138

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

Astmäe-Suubi, H. — Konstriktiivse perikardiidi juht	237
Gross, J., Adams, A., Gross, R. — Siinus-sõlme nõrkuse sündroomi juht	350
Haavel, A., Birkenfeldt, A., Hunt, A., Haavel, M.-L. — Düsgerminoom	239
Koo, E., Kliiman, A., Pokk, L., Liiv, I., Keis, M. — Vasaku südamekoja müksoomi juht	511
Luts, A. — Pikenenud tikkeljätke	427
Pokk, L., Vaopere, A. — Primaarne südamesarkoom	235
Riiv, J., Kaskmets, R., Kõiv, E., Lind, M., Lintsi, M., Karu, A., Kuusk, A., Korrovits, V., Planken, Ü., Rahumaa, I., Noor, V. — Kroonilise koronaarpuudulikkuse difrüülravi	241
Rodman, B. — Eostevastase lahuse C-6 kasutamine jooksva ja lõppdesinfektsiooni korral	514
Sepp, L., Valdes, V. — Erütroblastoftiis	46
Sildver, L., Kohandi, E. — Viirushepatiitid põhjustatud medullaarse aplaasia juht	141

ABIKS VELSKRITELE JA ÕEDELE

Liblik, T. — Meditsiiniõe ja haige suhted	515
Lõvi, M. — Meditsiiniõe tööst stomatoloogilises raviasutuses	143
Vestrik, K. — Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi 10. aastapäeva konverents	51
Veldre, I. — Veekogude sanitaarseisundi hindamine	48

SANITAARHARIDUSTÖÖ

Aitsam, T. — Tervishoiupropaganda Tallinnas	147
--	-----

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Elstein, N. — Arstiteaduse doktor Endel Kama Kõhtla-Järve Meditsiiniikooli lõpetajad 1978. a.	149
Laos, V. — Uusi arstiteaduse kandidaate	433
Maaroos, I. — Teaduslikke kutseid	243
Maaroos, I. — Väitekirjade kaitsmise võimalused TRÜ-s	431
Sauemägi, L. — Uusi arstiteaduse kandidaate	430
Tallinna Meditsiiniikooli lõpetajad 1978. a.	150
	432

Kuusma M. K. — В Тарту открыли пульмонологический корпус Тартуского туберкулезного диспансера	137
Мехилане Л. С. — Курсы усовершенствования по вопросам наркологии	232
Пальгинымм М. М. — К вопросу повышения минимального оклада	234
Сарап А. А., Метсис Л. И., Кюнамяги Х. Э. — Об организации труда руководящих специалистов здравоохранения района	508
Силланд М. В. — Родильный дом гор. Нарва	348
Сисаск Х. Ю. — Деятельность групп народного контроля в учреждениях здравоохранения	139
Вахинг В. А. — Десять лет семинаров по вопросам психиатрии	347
Вескис Э. А. — Детская поликлиника гор. Кингисепа	234
Вяйн К. Э. — Повышение квалификации в Равереском районе	138

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

Астмье-Сууби Х. И. — Констриктивный (слипчивый) перикардит	237
Гросс Ю. Р., Адамс А. А., Гросс Р. Я. — Синдром слабости синусового узла	350
Хаавель А. А., Биркенфельдт А.-Л. Л., Хунт А. М., Хаавель М.-Л. Т. — Дисгерминома	239
Кью Э. П., Климан А. Г., Покк Л. П., Лийв И. О., Кейс М. А. — Первый случай прижизненной диагностики миксома левого предсердия сердца в Эстонской ССР	511
Лутс А. Э. — Синдром удлинённого шилловидного отростка	427
Покк Л. Р., Ваопере А. Э. — Первичная саркома сердца	235
Рийв Я. Я., Каскметс Р. В., Кыйз Э., Линд М. М., Линтси М. Э., Кару А., Кууск А., Корровитс В., Планкен Ю. Я., Рахумаа М. Э., Ноор В. — О лечении хронической коронарной недостаточности диффузом	241
Родман Б. А. — Использование спороцидной рецептуры С-6 для проведения заключительной и текущей дезинфекции	514
Сепп Л. О., Валдес В. А. — Эритробластофтиз	46
Сильдвер Л. М., Коханди Э. К. — Случай медулярной аплазии обусловленной от вирусного гепатита	141

В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ

Либлик Т. Х. — О взаимоотношениях медсестры и больного	515
Льви М. О. — О работе медицинской сестры в стоматологическом лечебном учреждении	143
Нестрик К. Х. — Конференция 10-й годовщины Республиканского общества средних медицинских работников санитарной службы	51
Велдре И. А. — Об оценке санитарного состояния водоемов	48

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Айтсам Т. А. — Санитарно-просветительная работа в гор. Таллин	147
--	-----

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Доктор медицинских наук Эндел Кама.	149
Окончившие Кõхтла-Ярвескую медицинскую школу в 1978 г.	433
Лаос В. А. — Новые кандидаты медицинских наук	243
Маaroos И. Ю. — Ученые звания	431
Маaroos И. Ю. — Возможности защиты диссертации в Тартуском государственном университете	430
Сауэмäги Л. — Новые кандидаты медицинских наук	150
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1978 г.	432

Tapupere, V., — Tallinna terviseülikooli arstide kvalifikatsiooni tõstmise osakonna tööst 1976... 1978. aastal. 518
Tartu Meditsiiniülikooli lõpetajad 1978. a. 432
TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1978. a. 431

ARSTITEADUSE AJALOOST

Gustavson, H. — Haruldane leid 55
Gustavson, H. — Uut Eesti apteekide ajaloo- 244
loost
Kingisepp, P.-H. — 400 aastat William Harvey sünnist 552
Luts, U., Jänes, V., Gustavson, H. — Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla 75-aastane 519
Veinpalu, E., Veinpalu, L. — Eesti mudaravilad 52

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Eesti NSV meditsiinitöötajate aktiivi ülevabariigiline nõupidamine
Ellamaa, M. — Rahvusvaheline trihhomonoosialane kongress
Elstein, N. — Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine
Kahn, H. — Tööhügieeni ja kutsehaigustealane nõupidamine
Kalits, I. — Soome Endokrinoloogia Seltsi juubelisümposium ja täiendustükkel 66
Kalmn, V. — XI Baltimaade teadusajaloo konverents
Karuso, J. — Sümpoosion bronhiaalastma ravi küsimustes 59
Kreek, J. — Tallinna II Lastehaigla esimene teaduslik-praktiline konverents.
Kuusma, M. — VI vabariiklik ühiskondlike sanitaarinspektorite konverents 153
Laan, I. — Üleliiduline teaduslik konverents teemal «Arstiteadusliku informatsiooni efektiivsuse tõstmise teed» 159
Laos, V. — Nõukogude—Soome tervishoiu, arstiteaduse ja sotsiaalhoolduse alase koostöö segakomisjoni istung 57
Leesment, L. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia väliskeskonna hügieeni probleemikomisjoni sanitaarmikrobioloogiasektsiooni pleenum 157
Lenzner, A. — Kliinilise immunodiagnostika alane IV teaduslik konverents 359
Lenzner, A. — Üleliiduline immunoloogiakonverents 523
Loogna, G. — III üleliiduline sümpoosion 360
Loogna, G. — Nõukogude Liidu ja Ameerika Ühendriikide teadlaste nitrosüühendite uurimise alase koostöö nõupidamine 436
Luts, A. — Vene NFSV otorinolarüngoloogide IV kongress 524
Mitt, L. — Leitajate ja ratsionaliseerijate ülevabariigiline nõupidamine 153
Pilt, I. — II üleliiduline teadusliku töökorralduse alane nõupidamine 525
Plakso, I. — Nõukogude—Jugoslaavia sümpoosion 246
Pullisaar, H. — Üleliiduline füsiatrite seminarnõupidamine tuberkuloositorje eriküsimustes 246
Purde, M. — Vähiepidemioloogiaalased nõupidamised Moskvas ja Tbilisis 63
Pärk, A. — Sapiteedekirurgia aktuaalseid probleeme käsitlev kirurgide seminar 435
Reinaru, J. — Eesti NSV epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügienistide III vabariiklik kongress 152
Reinaru, J. — Üleliiduline mikrobioloogide ja epidemioloogide XVI kongress 156
Riiv, J. — Eesti Vabariikliku Kardioloogide Seltsi III konverents 358

Tapupere V. O. — О работе Таллинского народного университета здоровья в области повышения квалификации врачей.
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1978 г.
Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1978 г.

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Густавсон Х. А. — Интересная находка.
Густавсон Х. А. — Новое в истории эстонских аптек.
Кингисепп П.-Х. — 400 лет со дня рождения Вильяма Гарвея.
Лутс У. Я., Янес В. Х. — 75 лет Таллинской республиканской психоневрологической больницы.
Вейнпалу Э. Ю., Вейнпалу Л. Э. — Грязелечебницы Эстонии.

КОНФЕРЕНЦИЯ И СОВЕЩАНИЯ

Республиканское совещание актива медицинских работников Эстонской ССР.
Элламаа М. Х. — Международный съезд по вопросам трихомоноза.
Эльштейн Н. В. — Республиканское совещание терапевтов.
Кахн Х. А. — Совещание по вопросам гигиены труда и профессиональных заболеваний.
Калитс И. А. — Юбилейный симпозиум Общества эндокринологов Финляндии и цикл усовершенствования по вопросам эндокринологии.
Калнин В. В. — XI конференция по вопросам истории науки республик Прибалтики.
Карусоо Я. Я. — Симпозиум по теме «Вопросы лечения бронхиальной астмы».
Креэз Я. А. — Первая научно-практическая конференция Таллинской 2-й детской больницы.
Куусма М. К. — VI республиканская конференция общественных санитарных инспекторов.
Лаан И. А. — Всесоюзная научная конференция по теме «Пути повышения эффективности медицинской информации».
Лаос В. А. — Заседание смешанной советско-финляндской комиссии по сотрудничеству в области здравоохранения, медицинской науки и социального обеспечения.
Леэмент Л. Х. — Пленум секции санитарной микробиологии проблемной комиссии гигиены внешней среды АМН СССР.
Ленцнер А. А. — IV научная конференция по вопросам клинической иммунодиагностики.
Ленцнер А. А. — Всесоюзная конференция по вопросам иммунологии.
Лоогна Г. О. — III всесоюзный симпозиум.
Лоогна Г. О. — Совещание ученых СССР и США по вопросам развития совместной исследовательской работы в области канцерогенных нитрозосоединений.
Лутс А. Э. — IV съезд оториноларингологов РСФСР.
Митт Л. К. — Общереспубликанское совещание изобретателей и рационализаторов.
Пильв И. И. — II всесоюзное совещание по вопросам НОТ-а.
Плаксо И. И. — Советско-югославский симпозиум.
Пуллisaar X. П. — Всесоюзное совещание фтизиатров по специальному вопросу по борьбе с туберкулезом.
Пурде М. К. — Совещания в Москве и Тбилиси по вопросам эпидемиологии рака.
Пярк А. О. — Актуальные вопросы хирургии желчных путей.
Рейнару И. К. — III Республиканский съезд эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов Эстонской ССР.
Рейнару И. К. — XVI Всесоюзный съезд микробиологов и эпидемиологов.
Рийв Я. Я. — III конференция Эстонского республиканского общества кардиологов.

Roostar, L. — Mongoolia Rahvavabariigi arstide III kongressist 66

Roos, V. — Ühiskondlike sanitaarinspektorite VII vabariiklik konverents 438

Saar, E. — Sanitaarteenistuse Keskastme Meditsiini töötajate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu XII konverents 522

Saarma, J. — VI ülemaailmne psühhiaatriakongress 160

Saarma, J. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia psühhiaatria probleemide nõukogu istung ja esimene bioloogilise psühhiaatria nõupidamine 158

Saarma, J. — Rahvusvahelise Psühhofarmakoloogide Seltsi XI kongress 525

Saarma, J. — Suitsidoloogiasümposium ja kongress Helsingis 64

Sarap, A. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi teadusliku meditsiin nõukogu pleenum koos TRÜ arstiteaduskonna nõukoga 58

Sikk, M. — Tartu Kliinilise Sünnitusmaja juubelikonverents 59

Sikk, M. — Tervishoiuorganisaatorite üheksas vabariiklik nõupidamine 151

Silla, R. — III vabariiklik rahvaspordialane seminar-nõupidamine 438

Silm, P. — II üleliiduline konverents teemal «Automatiseeritud juhtimissüsteemid ja nende areng ning arvutustehnika kasutamine tervishoius» 159

Vagane, E. — Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV toitumisalane konverents 61

Vagane, E., Toomsalu, L. — Üleliiduline vitamiinoloogikonverents 439

Vahter, H. — Üleliiduline dermatoveneroloogide teaduslik-praktiline konverents 154

Valdes, V., Jõeeste, E. — VI üleliiduline patoanatomide kongress 248

Veinpalu, E. — Rahvusvaheline füsioteraapiakongress 249

Veinpalu, E. — VII üleliiduline füsioteraapeutide ja kurortoloogide kongress 247

Veldre, I. — Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektsiooni väljasõidupleenum 523

Veldre, I. — Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitlev üleliidulise probleemikomisjoni pleenum 362

Võsamäe, A. — USA ja NSV Liidu teadlaste nõupidamine põlevkivitööstusega seotud keskkonna- ja tervisekaitse küsimustes 434

ARSTIDE SELTSIDES.

Birkenfeldt, R. — Saaremaa ja Hiiumaa arstide seltside ühine koosolek 363

Haavel, A. — Eesti NSV Gastroenteroloogide Teadusliku Seltsi ja Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi ühine koosolek 363

Haavel, A. — Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskoosolek 250

Haavel, A. — Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi koosolek 363

Kalnin, V. — Üleliidulise Meditsiinialoolaste Teadusliku Seltsi juhatusel IV pleenum 364

Klink, A. — Võru, Valga ning Põlva Rajooni Arstide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskoosolek 250

Kööp, A. — Eesti NSV ja Läti NSV Traumatoloogide ja Ortopeedide Teadusliku Seltsi koosolek 67

Laan, I. — Traditsiooniline pediaatrite seminar 363

Paimre, R. — L. Puuspea nimelise Eesti NSV Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatusel laiendatud pleenum 163

Roostar L. A. — III съезд врачей Монгольской Народной Республики.

Roos B. A. — VIII Республиканская конференция общественных санитарных инспекторов.

Saar Э. В. — XII конференция совета Южной Эстонии республиканского общества средних медицинских работников санитарной службы.

Сaarma Ю. М. — VI Всемирный съезд психиатров.

Сaarma Ю. М. — Заседание проблемного совета АМН СССР по вопросам психиатрии и первое совещание по вопросам биологической психиатрии.

Сaarma Ю. М. — XI съезд Международного общества психиатров.

Сaarma Ю. М. — Международный симпозиум и съезд по вопросам суицидологии.

Сарap A. A. — Пленум научно-медицинского совета Министерства здравоохранения Эстонской ССР совместно с научным советом медицинского факультета ТГУ.

Сикк М. К. — Юбилейная конференция.

Сикк М. К. — IX республиканское совещание организаторов здравоохранения.

Силла Р. В. — III Республиканское совещание по вопросам народного спорта.

Сильм П. А. А. — II Всесоюзная конференция по теме «Состояние и развитие АСУ и использование вычислительной техники в здравоохранении».

Вагане Э. П. — Конференция республик Прибалтики и Белорусской ССР по вопросам питания.

Вагане Э. П., Тоомсалу Л. А. — Всесоюзная конференция по вопросам витаминологии.

Вахтер Х. Т. — Всесоюзная научно-практическая конференция дерматовенерологов.

Валдес В. А., Иыесте Э. В. — VI Всесоюзный съезд патологоанатомов.

Вейнпалу Э. Ю. — Международный съезд по вопросам физиотерапии.

Вейнпалу Э. Ю. — VII Всесоюзный съезд физиотерапевтов и курортологов.

Велдре И. А. — Выездной пленум секции гигиены воды и санитарной охраны водоемов Всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены внешней среды».

Велдре И. А. — Пленум всесоюзной проблемной комиссии по вопросам научных основ гигиены среды.

Вызамяэ А. И. — Совещание ученых США и СССР по вопросам совместной работы в области защиты биосферы и здоровья людей в сланцевой промышленности.

В ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

Бирненфельдт Р. Р. — Совместное совещание врачебных обществ о. Сааремаа и Хийумаа.

Хаавель А. А. — Совместное совещание Научного общества гастроэнтерологов Эстонской ССР и Научного общества врачей г. Кингисеппа.

Хаавель А. А. — Совещание Научного общества врачей г. Кингисеппа.

Хаавель А. А. — В научном обществе врачей г. Кингисеппа.

Кальнин В. В. — IV пленум правления Всесоюзного научного общества историков медицины.

Клинк А. Б. — В научном обществе врачей Вырусского, Валгаского и Пылваского района.

Кзэп А. Х. — Совместное совещание научных обществ травматологов и ортопедов Эстонской ССР и Латвийской ССР.

Лаан И. Ю. — Традиционный семинар педиатров.

Паймре Р. И. — Расширенный пленум правления общества неврологов, нейрохирургов и психиатров Эстонской ССР им. Л. Пуусепа.

Reinaru, J. — Eesti NSV I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Teadusliku Seltsi aruande ja valimiskoosolek	163
Sarap, A. — Vabariikliku Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Teadusliku Seltsi aruandekoosolek	68
Särgava, V. — Eesti NSV Otorinolarüingoloogide Teadusliku Seltsi plenaaristung ja seminar	162
Vihm, N., Kõdar, A. — Eesti NSV ja Läti NSV stomatoloogide seltside koosolek	164
Vihm, N. — Üleliidulise Stomatoloogide Teadusliku Seltsi juhatusel XIV laiendatud plenum	165
Viira, E. — Viljandi Arstide ja Farmatseutide Seltsi ühine koosolek	68

JURIIDILIST NÕUANNET

Gassman, B. — Testamentide tõestamise juhendist raviasutustes	69
Moik, E. — Palgata lisapuhkusest	530

INTERVJUU

Viis aastat Nõukogude—Ameerika teadlaste koostööd vähktõve uurimise alal	166
--	-----

TÄHTSÄEVAD

Arnold Vaino 50-aastane	364
Arstiteaduse doktor Elmurt Laanel oli juubel	443
Dotsent Veinart Põkk oli juubilar	442
Eesti NSV teeneline arst Irina Kalits on juubilar	441
Eesti NSV tervishoiuminister Väino Rätsep 50-aastane	440
Einart Petermann 50-aastane	256
Elli Veskis oli juubilar	171
Eesti NSV teenelisel arstil Evald Väärtil oli juubel	527
Harri Kruuse 50-aastane	528
Herbert Prossil oli juubel	170
Ilo Sibul 70-aastane	70
Leo Sauemägi 50-aastane	72
Maria Valdes 90-aastane	527
Mehilane, L. — Professor Elmar Karu 75-aastane	253
NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski 70-aastane	251
Raiot Silla 50-aastane	255
Siirde, E. — Professor Viktor Särgava 60-aastane	254
Vanemteadur Jaan Karusoo 50-aastane	172
Viira, E. — Eesti NSV teeneline arst Arnold Põllumaa 70-a.	71

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Elštein, N. — E. Vagase brošüür «Eesti NSV elanike toitumise ja ainevahetuse iseärasusi»	259
Gustavson, H. — Põhjalik uurimus Baltikumi paleopatoloogiast	448
Kalnin, V. — «Suure meditsiinientsüklopeedia» 50. aastapäevaks	365
Kook, E. — ENE I—IV ja farmaatsia	73
Salupere, V. — Mao prekantserooside sümptoomi järgedes	444
Tiiel, H. — Teatmeteos «Onkoloogiabibliograafia — informatsioon»	257
Vasar, E. — Raamat spordist ja tervisest	447
Veldre, I. — Populaarteaduslik raamat «Hommikust hommikuni»	367
Veldre, I. — Raamat alkoholismist	258

Рейнару И. К. — Отчетно-выборное собрание Научного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов им. И. И. Мечникова.

Sarap A. A. — Отчетно-выборное собрание Республиканского научного общества гигиенистов и организаторов здравоохранения.
Сяргав В. А. — Пленарное заседание Научного общества оториноларингологов Эстонской ССР.
Вихм Н. А., Кыдар А. М. — Совместное совещание стоматологов Эстонской ССР и Латвийской ССР.
Вихм Н. А. — XIV пленум правления Всесоюзного научного общества стоматологов.
Виира Э. Х. — Совместное заседание Вильяндийских обществ врачей и фармацевтов.

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Гассман Б. Ш. — Порядок удостоверения завещаний в лечебных учреждениях.
Мойк Э. — Дополнительный отпуск без сохранения заработной платы.

ИНТЕРВЬЮ

Пять лет Советско-Американского сотрудничества в области научного исследования раковой болезни.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

50-летие Арнольда Вайно.
Юбиляр доктор медицинских наук Элмурт Лаане.
Юбиляр доцент Вейнарт Пыкк.
Юбиляр заслуженный врач Ирина Калитс.
50-летие министра здравоохранения Эстонской ССР Вайно Рятсепа.
50-летие Эйнарта Петерманна.
Юбиляр Элли Вескис.
Юбиляр Эвальд Вяэрт.
50-летие Харри Круусе.
Юбиляр Херберт Просс.
70-летие Ило Сибул.
50-летие Лео Сауэмэги.
60-летие Мариа Валдеса.
75-летие профессора Элмара Кару.
70-летие министра здравоохранения СССР академика Б. В. Петровского.
50-летие Райота Силла.
60-летие профессора Виктора Сяргав.
50-летие старшего научного сотрудника Яана Карусоо.
70-летие заслуженного врача Арнольда Пыллумаа.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Эльштейн Н. В. — Брошюра Э. Вагане «Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР».
Густавсон Х. А. — Фундаментальное исследование в области палеопатологии Прибалтийского края.
Кальнин В. В. — К 50-летию Большой медицинской энциклопедии.
Коок Э. Э. — Эстонская Советская Энциклопедия (тома I—IV) и фармация.
Салупере В. П. — По следам симпозиума по вопросам преанцерозов желудка.
Тийвель Х. А. — Справочник «Онкология — библиография — информация».
Васар Э. Ф. — Книга о спорте и здоровье.
Вельдре И. А. — Научно-популярная книга «С утра до утра».
Вельдре И. А. — Книга об алкоголизме.

MĚDITSIIINITEHNIKA

- Luts, L. — Madalsageduslik magnetravi 531
 Luts, L. — Portatiivne traktsooniseade diskogeenset lumbosakraalset radikuliiti põdevate haigete venitusraviks 76
 Mitt, L. — Meditsiinialaste ratsionaliseerimisetpanekute konkursi tulemused 262
 Mitt, L. — Uusi ratsionaliseerimisetpanekuid 262

IN MEMORIAM

- Gunnar Silland 24. VII 1921 . . . 11. XII 1977 261
 Silvia Tomingas 06. VI 1913 . . . 08. V 1978 450

MITMESUGUST

- Laos, V. — Nobeli füsioloogia- ja meditsiinipreemia laureaadid 1977. a. 451
 Laos, V. — Nõukogude Eesti preemia silmapaistvate uurimistööde ja tulemuste eest tuberkuloositorje alal Eesti NSV-s 173

ASKLEPIOSE KLUBIS

- Meditsiin ja keskkonnakaitse 455

VÄLISMAALT

- Treffeldt, H. — Muljeid Rootsist ja ühest sealsest apteegist 78

UUSI RAVIMEID

- Jürison, A. — Aminaloon, degmiin 79
 Jürison, A. — Anabasiinhüdrokloriiditabletid 535
 Jürison, A. — Glautsiinhüdrokloriid 264
 Jürison, A. — Glibutiid, tegralesool 368
 Jürison, A. — Kinoksüidiin, klofeliin, legrasool 462
 Jürison, A. — Tselnovokaain 178

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

- Kindlam, E. — Mõtisklusi terminite teemal 265, 369
 Kindlam, E. — Selgitusi lühendsõnade asjus 80, 177
 Laan, I. — Meditsiiniterminoloogia komisjonis 82, 266
 Vereloome- ja lümfoidkoe kasvajaaliste haiguste rahvusvaheline klassifikatsioon 463

KROONIKA 83, 179, 268, 371, 466, 536

- Eesti NSV teadlaste publikatsioonede välismaal 183, 277, 542
 Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused 185, 278, 377, 543

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

- Лутс Л. Л. — Низкочастотная магнитотерапия. Лутс Л. Л. — Портативная тракционная установка для лечения вытяжением больных дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом. Митт Л. А. — Результаты конкурса медицинских рационализаторских предложений. Митт Л. К. — Новые рационализаторские предложения.

НЕКРОЛОГИ

- Гуннар Силлард 24.XII.1921 . . . 11.XII.1977.
 Сильвия Томингас 06.VI.1913 . . . 08.V.1978.

РАЗНОЕ

- Лаос В. А. — Лауреаты Нобелевской премии 1977 г. в области физиологии и медицины. Лаос В. А. — Премия Советской Эстонии за исследование и результаты по борьбе с туберкулезом в Эстонской ССР.

В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА

- Медицина и охрана биосферы.

ЗА РУБЕЖОМ.

- Трейфельдт Х. Х. — Впечатления о Швеции и об одной аптеке.

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Юрисон А. Я. — Аминалон, дегмин.
 Юрисон А. Я. — Таблетки анабазина гидрохлорида.
 Юрисон А. Я. — Глауцина гидрохлорид, полиспонин.
 Юрисон А. Я. — Глибутид, тегралезоль.
 Юрисон А. Я. — Хиноксидин, клофелин, легразоль.
 Юрисон А. Я. — Целновокаин.

ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

- Киндлам Э. К. — Размышление о терминах.
 Киндлам Э. К. — Разъяснение по вопросам сокращенных слов.
 Лаан И. А. — В комиссии медицинской терминологии. Гистологические и цитологические варианты опухолевых заболеваний кроветворной и лимфоидной тканей.

ХРОНИКА

- Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати.
 Завершенные исследования ученых Эстонской ССР.

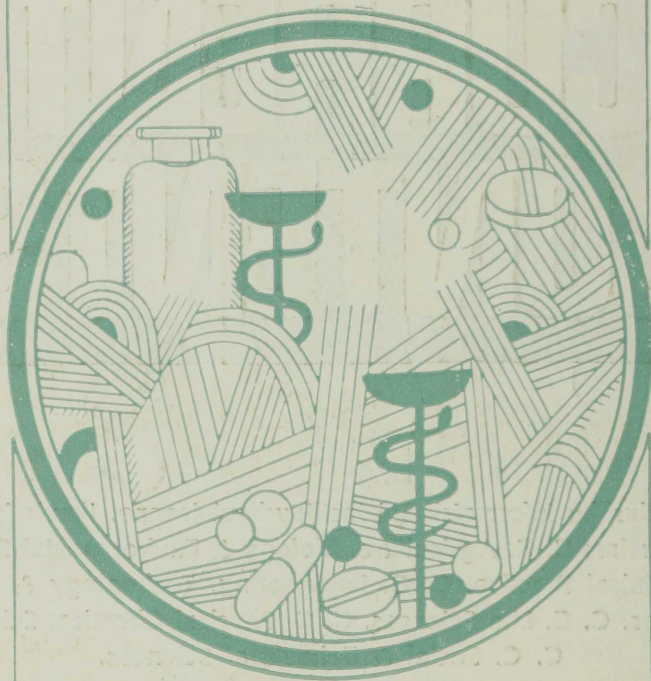
KIIREIM TEE LEIDA UUT!

CURRENT CONTENTS®

USA Teadusliku Informatsiooni Instituudi väljaanne. Ilmub iga nädal
kuues seerias: C. C. Agriculture, Biology & Environmental Sciences.
C. C. Clinical Practice. C. C. Engineering, Technology & Applied
Sciences. C. C. Life Sciences. C. C. Physical Chemical Sciences.
C. C. Social & Behavioral Sciences.

Iga seeria toob operatiivselt enam kui 700 erialaajakirja sisukorra ja on
varustatud märksõna- ja autoriregistriga. Viimase juures on ka autori
aadress. Nii saab autorilt endalt tellida soovitud artikli separaadi või
koopia.

Meedikutele pakuvad huvi eelkõige kaks seeriat — «Life Sciences»
(on olemas Eesti NSV TA Teaduslikus Raamatukogus) ja «Clinical
Practice» (on Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus).
Tutvuge nimetatud väljaannetega meie raamatukogudes!



CUPRENIL (D-PENICILLAMIN)

Keemiline koostis: 3,3 dimetüülsüsteiin.
Moodustab komplekse. Kiirendab
metalli ionide (vase, plii, elavhõbeda,
arseeni, rauda, talliumi) eemaldamist orga-
nismist.

Näidustatud ägeda ja kroonilise elav-
hõbeda-, plii- ja arseenimürgituse, Wilsoni
tõve (hepatotserebraalne düstroofia),
mittespetsiifilise nakkusliku polüartriidi,
nefrolitiaasi, sklerodermia ja hemoside-
roosi korral.

Pakendis 100 kapslit á 0,15 g

Toodetakse Poola RV-s