



ÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**

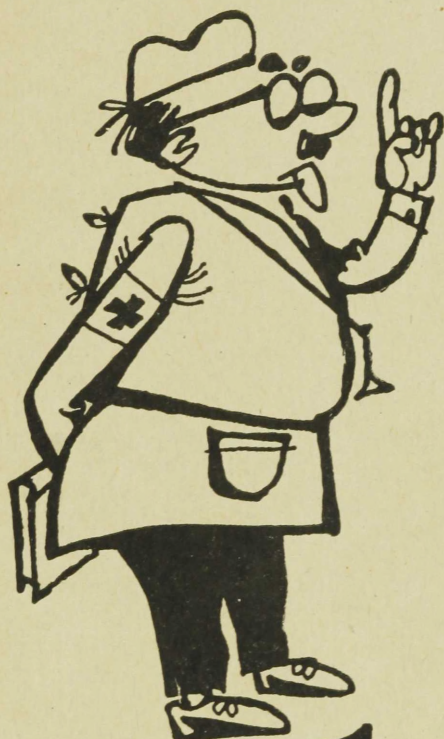


EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2 / 69

Apple

Kondiitritoodete vabrik «KALEV» soovitab



DRAŽEESID

Roheline herneke (merikapsaga)

Piimaherneke

«Kroket» C-vitamiiniga

Piparmündidražee

Aniisi-mentooli

Piparmündi ja

Šokolaadi karamelle

Dieetküpsiseid maisiõliga

ŠOKOLAADE

«Kalev» glükoosiga

«Ultra-Sy» glükoosiga,

C-, B₁-, B₂- ja PP-vitamiinidega

ning mesilasemapiimaga



NÕUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID

EESTI NSV TERVISHOIU
MINISTEERIUMI AJAKIRI

2/1969
12. AASTAKÄIK

TARTU ÜLIKOO LI RAAMATUKOGU

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KONG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

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

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

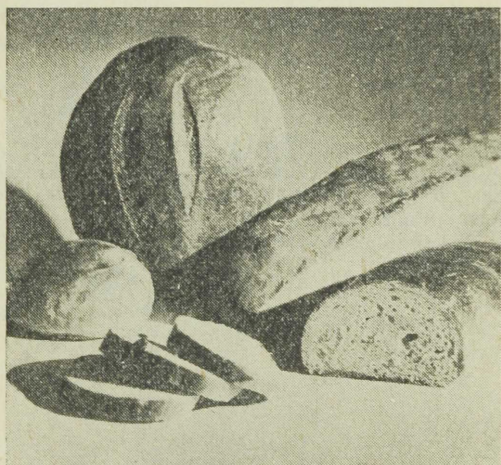
* Toimetuse address: Tallinn I, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Lõdumisele antud 6. II 1969. Trükkimisele antud 11. III 1969. Trükiarv 5540. Kohila Paberivabriku kalandreeeritud trükipaber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+3 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,87. Arvutuspoognaid 8,88. Tellimise nr. 1000. MB-03006. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

* Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервчсхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии) Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

Vabariigis valmistavad Eesti NSV Toiduainete Tööstuse Ministeeriumi leivakombinaadid 30 erisugust valgurikast saia

Neist tuntumad on: vada-
kusai, valga saiad, saare
sai, mulgi sai, külasai, sar-
vesai, soolabatoon, tartu
ja juubelisai ning mitme-
sugused kuklid



VALGURIKASTE SIADE toiteväärtus on kõrge, sest saiale on lisatud piimavadakut, petipiima, rasvata piimapulbrit ja muid piimasaadusi

VALGURIKASTES SIADES on suurendatud esmajoones kaltsiumi-, B₂-vitamiini- ja valgusisaldust ning on parandatud valkude aminohappelist koostist

VALGURIKASTEL SIADEL on meeldiv maitse ja aroom, nad säilivad kauem värsked

LÄKITUS

Kallid seltsimehed!

Hoolitsus inimese ja tema tervise eest on Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei ja Nõukogude valitsuse alalise tähelepanu keskpunktis.

Eesti NSV meditsiinitöötajate aktiiv, kokku tulnud vabariigi tervishoiu ülesandeid arutama, märgib rahuldustundega, et viimastel aastatel on elanikkonna tervise kaitsel saavutatud tunduvat edu.

Laialdaste sotsiaal-majanduslike abinõude elluviimise ja tervishoiu organisatsiooni edasise täiustamise ning teaduse edasiarenemise tulemusena on haigestumus märgatavalt vähenenud. Paljud nakkushaigused on likvideeritud, mille tõttu inimese keskmine eluiga on pikenenud.

Arstiteadlased ja arstid töötavad ennastsalgavalt aktuaalsete tervishoiuprobleemide lahendamisel. On välja töötatud ja ellu viidud mitmete haiguste uusi profülaktika, diagnoosimise ja ravi meetodeid ning väliskeskkonda tervendavaid abinõusid.

Tähelepanuväärsed sündmused meie maa tervishoiu arengus olid elanikele antava meditsiinilise abi analüüsimine NSV Liidu Ülemnõukogu seitsmenda koosseisu IV istungjärgul ning NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «Tervishoiu edasise parandamise ja arstiteaduse arendamise abinõudest» vastuvõtmine. Nimetatud määruse alusel andsid EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu 31. oktoobril 1968. a. välja määruse, milles on kindlaks määratud ülesanded tervishoiusüsteemi edasiseks täiustamiseks ja arstiteaduse arendamiseks.

Meie kohus on oma tööga vastata Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei ja Nõukogude valitsuse hoolitsusele rahva tervise eest.

Pöördudes kõikide Eesti NSV tervishoiutöötajate poole, kutsub vabariigi meditsiinitöötajate aktiiv üles:

Taotlema arstiteaduse saavutuste efektiivsemat rakendamist tervishoiu praktikasse, tõstma profülaktika taset, parandama diagnoosimise ja ravi kvali-

teeti, samuti teaduslik-meditsiinilise informatsiooni korraldust.

Arendama spetsialiseeritud meditsiinilist abi, veelgi tõstma ravi- ja profülaktikaasutuste töökultuuri.

Parandama elanikkonnale antava ambulatoorse ja polikliinilise abi kvaliteeti mitmesuguste organisatsiooniliste vormide ning töömeetodite täiustamise, territoriaalse arstijaoskonna printsibi arendamise ja polikliinikute tänapäeva meditsiinitehnikaga varustamise teel.

Igapäevase töö käigus süstemaatiliselt tõstma meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni. Taotlema arstide ja kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate spetsialiseerimise ning kvalifikatsiooni taseme tõstmist kohalikes baasides.

Koos partei, nõukogude, ametiühingu ja majandusorganitega taotlema tervishoiuasutuste ehitusplaanide täitmist, ehitustööde kvaliteedi parandamist, kapitalmahutusteks eraldatud summade kasutamist.

Sihipärasemalt rakendama profülaktilisi, ravi ja tervendavaid abinõusid, mis tagaksid üld- ja nakkushaiguste ning traumatismi vähenemise.

Täiustama ja laiendama elanikkonna dispanseerimist, saavutama selle efektiivsuse tõusu.

Tarvitusele võtma abinõud tööstusettevõtete tööliste arstiabi korralduse edasiseks parandamiseks. Uurima ajutise töövõimekaotusega haigestumise põhjusi, saavutama selle süstemaatiline vähenemine.

Täiustama ja pidevalt laiendama maaelanike spetsialiseeritud arstiabi rajooni keskhaiglates. Taotlema maaelanike arstiabi taseme järkjärgulist lähendamist linnaelanike omale. Koos kohalike nõukogude organitega rakendama abinõusid meditsiinitöötajatele paremate elutingimuste loomiseks, mis soodustaksid kaadri püsimist maal.

Täiustama pediaatria-alast abi, vähendada laste suremust, kaitsma emade tervist.

Täiustama apteekide töövorme, saavutama elanike maksimaalset rahuldamist

kaasaja profülaktika- ja ravivahenditega.

Tugevdama kontrolli sanitaar- ja hügieeninõuete ning -normide järgimise üle tööstusettevõtete ehitamisel ja rekonstrueerimisel ning asulate heakor-rastamisel.

Hoogustama meditsiini- ja hügieeni-alaste teadmiste propageerimist elanike hulgas, rohkem kasutama ajakirjanduse, raadio, televisiooni ja kino abi. Punase Risti Seltsi aktiviste elanike tervise kaitse korraldamisele veelgi enam kaasa tõmbama.

Taotlema uusimate töö teadusliku oran-giseerimise ja juhtimise printsiipide tervishoiu praktikasse juurutamist.

Vastutus nende ülesannete täitmise eest langeb vabariigi meditsiinitöötajatele ja kohustab neid pidevalt täiendama poliitilisi ja erialaseid teadmisi, aktiivselt osa võtma ühiskondlikust elust ning esitab ranged nõudmised kommunistliku moraali ja arstieetika normide järgimiseks.

Eesti NSV vabariiklikust meditsiini-töötajate aktiivist osavõtjad väljendavad kindlat veendumust selles, et vabariigi tervishoiutöötajad annavad kogu jõu, teadmised ja kogemused elanikkonna tervise edasiseks tugevdamiseks ning võtavad V. I. Lenini 100. sünni-aasta-päeva vastu uute edusammudega kommunistliku ühiskonna ehitamisel.

EESTI NSV TERVISHOIUTÖÖTAJATE AKTIIVI NÕUPIDAMINE

3. detsembril 1968. a. toimus Tallin-nas Eesti NSV Ülemnõukogu istungite saalis Eesti NSV meditsiinitöötajate aktiivi vabariiklik kokkutulek.

Aktiivi istungist võtsid osa partei ja valitsuse esindajad: Eesti NSV Ülem-nõukogu Presiidiumi esimees A. Müri-sepp, EKP Keskkomitee sekretär L. Lentsman, Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green ja mitmed vabariigi ministrid. Külalisena võttis osa NSV Liidu tervishoiu ministri ase-täitja A. Burnazjan.

Tervitusi EKP Keskkomiteelt ja vaba-riigi valitsuselt tõi EKP Keskkomitee sekretär L. Lentsman, kes avas aktiivi koosoleku. Seejärel esitas pikema ettekande Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg.

Ettekande läbiarutamisel võtsid sõna TRÜ Arstiteaduskonna dekaan profes-sor H. Vahter, Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna peakirurg U. Sibul, Eksperimentaalse ja Kliini-lise Meditsiini Instituudi direktor profes-sor V. Küng, Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi õpetatud nõukogu esi-mees Š. Gulordava, Kohtla-Järve Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja V. Roos, Tallinna Epidemio-loogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Tea-dusliku Uurimise Instituudi direktor professor A. Jannus, TRÜ Arstitea-duskonna psühhiaatria ja kohtuarstitea-duse kateedri professor J. Saarma,

EKP Rapla Rajoonikomitee sekretär A. Luukas, Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peapediaater A. Vares, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sot-siaalkindlustuse osakonna juhataja ase-täitja R. Lessina, Tartu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja G. Arro, Vabariikliku Arstliku Keha-kultuuri Dispanseri paarast F. Marku-sas, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees B. Pšenitš-nikov, Vabariikliku Sanitaar-Epide-mioloogia Jaama paarast I. Štšerbakov, Kohtla-Järve Punase Risti Seltsi komitee aseesimees A. Toho, Vabariik-liku Meditsiiniõdede Seltsi esinaine H. Rütli, Tallinna Vabariikliku On-koloogia Dispanseri paarast A. Gavri-lov, NSV Liidu tervishoiu ministri ase-täitja A. Burnazjan, Tartu Medit-siinikooli direktor V. Parvet, Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja U. Meikas, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees I. Galanin, Viljandi rajooni Puiatu velskri-ämmaemanda-punkti juhataja J. Tätte, Narva Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlis ja NSV Liidu Tervishoiu-töötajate Ametiühingu Keskkomitee sekretär B. Denissov.

Aktiiv võttis vastu läkituse kõigile Eesti NSV tervishoiutöötajatele. Lõpp-sõna ütles Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg.

ARSTIABIST JA TERVISHOIUKORRALDUSE PARANDAMISEST EESTI NSV-s

AUGUST GOLDBERG

Tallinn

UDK 614.2(474.2)

Hoolitsus inimese ja tema tervise eest on Nõukogude riigi üks tähtsaid ülesandeid, millele on keskendatud partei ja valitsuse tähelepanu.

On möödunud veidi üle 8 aasta NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» avaldamisest. Nende aastate jooksul on tervishoiu alal palju ära tehtud, ent elu seab uusi nõudeid. Taas arutati tervishoiuküsimusi NSV Liidu Ülemnõukogu seitsmenda koosseisu neljandal istungjärgul 1968. aasta juunis. Seejärel võtsid NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu vastu määruse «Abinõudest tervishoiu edasiseks parandamiseks ja arstiteaduse arendamiseks meie maal».

Need määrused peegeldavad lenniklike nõudeid elanike ravi ja profülaktilise abi põhisuundades, riikliku sanitaarjärelevalve paranemist, teadusliku uurimistöõ intensiivistumist ja laiendamist. Praegu peamegi arutama ja märkima arstiabi parandamise ja arstiteaduse edasiarendamise teid.

Tervishoiu jõudsast edasiminekest meie maal annavad tunnistust selleks kulutatavad summad. Näiteks kulutati arstiabile iga inimese kohta aastas kodanlikus Eestis 1939/40. aastal 45 senti (ligikaudu 45 kopikat), 1961. aastal oli see summa 26 rubla ja tänavu tõuseb üle 38 rubla. NSV Liidu tervishoiu minister B. Petrovski mainis Ülemnõukogu istungjärgul: kui kokku võtta kõik summad, mis riik on kulutanud nii arstiabi arendamiseks kui ka toetuste maksmiseks ajutise töövõimetuse, raseduse ja sünnituse juhtudel, töötajate ravimiseks sanatooriumides ja kuurortides, nende ravitoitlustamiseks, samuti laste teenindamiseks lasteasutustes, pio-

neerilaagrites jm., siis langeb tervishoiule ja sotsiaalkindlustusele 25% ühiskondlikust tarbimisfondist. Teiste sõnadega: neljaliikmelise perekonna tervise kaitseks tuleb ühiskondlikust tarbimisfondist lisa 185 rubla aastas.

Tervishoiu edusammudest vabariigis on korduvalt räägitud, need on üldtuntud. Langenud on üldine haigestumus, eriti haigestumine aktiivsesse tuberkuloosi. Vähenenud on laste suremus. Poliomieliidi vastu massilise vaktsineerimise tulemusena ei ole 1962. aastast alates vabariigis ette tulnud ühtegi poliomieliidijuhtu. Difteeriasse haigestumist ei ole registreeritud 1965. aastast alates.

Edukalt on võideldud nakkushaiguste vastu. Kuid edusammude kõrval ei saa märkimata jätta ka lünki. Et puuduvad efektiivsed spetsiifilised profülaktikaabinõud, et mitmes linnas ja asulas ei vasta veevarustus- ja kanalisatsiooniseadmed nõuetele, püsib ägedatesse soolehaigustesse haigestumine peaaegu endisel tasemel. Sanitaar-epidemioloogilise režiimi rikkumise tõttu tuleb mõnes lastekollektiivis ette ägedatesse soolehaigustesse haigestumisi.

Seepärast peab lasteasutuste personali suhtes nõudlikkust tõstma ja jälgima, et määrataks õiged diagnoosid ja lapsi õigesti ravitaks. Sanitaarorganid peavad nõudma sanitaar-hügieeninormide ja eeskirjade täitmist.

Võitlus linnade ja asulate hea sanitaar-hügieenilise olukorra eest on tähtis abinõu töötajate tervise kaitstes. Inimese eluea pikenedamine ja töövõime sõltuvad mitmeti looduse kaitsest, õhu ja vee kogude saastamise vältimisest. Eesti NSV Ministrite Nõukogu on vastu võtnud mitu määrust, milles nähakse ette õhu puhtuse kaitsmine, veevarustus- ja kanalisatsiooniseadmete ehitamine. Määruste täitmist on süstemaatiliselt kontrollinud sanitaar-epidemioloogia teenistuse ja rahvakontrolli organid. See on andnud mõningaid tulemusi.

* Eesti NSV tervishoiu ministri kõne tervishoiutöötajate aktiivi koosolekul 3. detsembril 1968. a. Avaldatud lühendatult.

Põlevkivibasseini linnade veevarustus on korrastatud. On lõpetatud heitvete suunamine Narva jõkke ja Viljandi järve. Veevarustus- ja kanalisatsiooni-seadmete ning puhastusseadiste ehitamiseks eraldatud summad ei kata veel tarvidusi, ent ka olemasolevad summad jäävad aastast aastasse osaliselt kasutamata. Selle otsene tagajärg on puhkepaigana kasutatava Soome lahe ranniku rannavete ja vabariigi mitmete veekogude intensiivne reostamine. On veel palju õhku saastavaid tegureid, nende hulgas ka autotransport.

Meditsiinitöötajate otseseks kohustuseks peab olema meditsiini- ja hügieenialaste teadmiste propageerimine elanikkonna hulgas. Praegu töötavad vabariigi igas linnas ja rajoonis tervise rahvaülikoolid, mitmes sovhoosis ja kolhoosis tervisekoolid. Tervendavate ürituste hulgas on kindel koht tervisekuudel, -dekaadidel, -päevadel. Elu seab uusi ülesandeid: meditsiinipropaganda teadusliku taseme tõstmisele, tema näitlikustamisele ja konkretiseerimisele peavad kaasa aitama meie arstiteadlased, praktiseerivad arstid ning Punase Risti Seltsi aktivistid.

Edaspidi on tarvis suurendada mitte ainult meditsiinilise abi ulatust, vaid muuta ta veelgi tõhusamaks. Seepärast tuleb spetsialiseerida teraapia, kirurgia ja muud abi liigid. Sel alal on mõndagi tehtud. Tallinna ja Tartu vabariiklikes haiglates on avatud kardioloogiaosakonnad, gastroenteroloogiaosakond ning endokrinoloogia dispanserne osakond Tallinnas, on avatud gastroenteroloogia- ja kardioreumatoloogiakabinetid; töötavad spetsialiseeritud kiirabibrigaadid jm. Tartus on vasoloogiakeskus, Tartus ja Tallinnas rindkerekirurgiaosakonnad jt. On arenenud anestesioloogia ja reanimatoloogia, on korraldatud traumatoloogiline abi elanikkonnale. Omaette on eraldunud lastekirurgia.

Laialdane on vereülekandeteenistus. Konservvere kogus on 1960. aastaga võrreldes suurenenud mitu korda.

Polikliinikud teevad tähelepanuväärset profülaktilist tööd. Dispanserse järelvalve alla võetakse üha rohkem elanikke. Nende hulgas on paljude kutsealade töölised, Suure Isamaasõja invaliidid, lapsed, noorukid ja rasedad. Dispansereis on arvel reumat, mao- ja kaks-

teistsõrmiksoolehaavandid põdevad isikud, suhkruhaiged, glaukoomi ja muid kroonilisi haigusi põdevad isikud. Et varakult avastada haiguseelseid seisundeid (näiteks vähktõve jt. haiguste korral) ning õigel ajal alustada ravi, on elanikkonna profülaktilised läbivaatused igal aastal üha ulatuslikumaks muutunud.

Tunduvalt on suurendatud territoriaalsete ja tsehhiarstijaoskondade arvu (terapeudi territoriaalseid jaoskondi on 262, tsehhijaoskondi 53, pediatrifaoskondi 227, akušöör-günekoologijaoskondi 120; 1960. aastal olid need vastavalt: 186, 18, 168, 89). Seejuures on töökultuur mõnes polikliinikus veel madal. Üksikud peaarstid ei pööra polikliinikute tööle küllaldaselt tähelepanu. Pahatihti on arsti tööaeg jaotatud ebaõigesti (töö ambulatooriumis, kodused visiidid).

Jõgeva ja Põlva rajooni peaarstid E. Tormet ning A. Juhasooga võtsid kasutusele mitmeid organisatsioonilisi abinõusid, mille tulemusena polikliinikute tegevus tunduvalt paranes ning kadusid järjekorrad. Alles hiljuti pääses Jõgeval stomatoloogi vastuvõtule ligi kuu aja pärast, nüüd nii kaua oodata ei tule. Ambulatooriumide ja polikliinikute töö parandamiseks on palju ära teinud tervishoiuorganisaatorid, nagu E. V ä ä r t (Kingissepa rajoon), S. A r u (Tartu Polikliiniku juhataja), H. K a l d a (Võru rajoon) ja mitmed teised.

Polikliinikutest peavad saama kõrge kvaliteediga diagnoosimis- ja ravikeskused. Tuleb hoolitseda selle eest, et avarduksid füsioteraapia- ja veeprotseduuride ning mudaravi saamise võimalused polikliinikutes. See vähendaks haiglate koormust ja lubaks suurendada nende haigete vastuvõttu, kes haiglaravi kindlasti vajavad. Polikliinikute töö edasine parandamine sõltub uute polikliinikute ehitamisest, eriti Tallinnas, Haapsalus, Valgas ja Paldiskis, samuti polikliinikute ruumide eraldamisest.

1960. aasta tasemega võrreldes on statsionaarse abi maht märgatavalt suurenenud. 1967. aastal raviti vabariigi statsionaarides 84 000 haiget rohkem kui 1960. aastal. Hospitaliseeritute arv tuhande elaniku kohta tõusis 187,9 kuni 190,5. Iga 10 000 elaniku kohta suurenes voodite arv 93,7-lt (1960. a.) 110,0-le

(1967. a.). On ehitatud uued haiglad Narvas (nakkushaigla), Ahtmes, Tapal, Kundas, Kallaveres, Tallinnas jm.

Voodikohtade arvu suurenemisest 64,5% saavutati kohandatud hoonetes haiglate avamise arvel ja ainult 35,5% uusehituste arvel. Kuigi voodikohtade arvuga võib rahule jääda, ei vasta paljude statsionaaride ühe voodi kohta ettenähtud põrandapind sanitaarnormile. Tänapäeva nõuetele ei vasta ka hooned, kus puuduvad keskküte, veevärk ja kanalisatsioon ning mis vajavad kapitaalremonti. Praegu ehitatakse Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi hooned ja sünnitusmaja Tallinnas, kliinilist haiglat Tartus jne. Kahjuks jätab soovida meditsiinasutuste ehitamise tempo. Tervishoiuasutuste ehituseks ettenähtud summadest kulutati 1967. aastal ligikaudu 75%, 1968. aastal umbes 50%. Lähema kahe aasta jooksul saab voodikohtade arvu suurendada piiratud ulatuses, seepärast on tähtis ülesanne olemasolevat voodifondi võimalikult otstarbekalt kasutada. On õige mõned jaoskonnahaiglad reorganiseerida rajoonihaiglate või lähemate linnahaiglate osakondadeks-filiaalideks. Tähelepanu ja järgimist vääriavad Tartu rajooni kogemused, kus üks maahaigla reorganiseeriti neuroloogiahaiglaks.

Tähtis riiklik ülesanne on tööstustöölise tervise kaitsmine. Oleks tarvis suurendada tsehhijaoskondade arvu. Et mõnes ettevõttes on vähe töölisi, on otstarbekohane asutada koopereeritud tsehhijaoskonnad (2...3 ettevõtte jaoks üks jaoskond), nagu seda on tehtud Tartus. Sel teel oleks tsehhijaoskondi võimalik rajada ka väikestes linnades. Et ehitajad ja paljud tööstustöölised saavad arstiabi territoriaalsetes arstiijaoskondades, on tarvis avada polikliiniku filiaale tööstusettevõtetes, Tallinnas aga oleks vajalik ehitajatele oma filiaal. Nii-sugune süsteem võimaldab vabariigi tööstustöölisi tsehhijaoskonna printsiiбил paremini teenindada. Seepärast peab tervitama Tallinna Masinatehase initsiatiivi, kus valmis tehastevaheline polikliinik.

Viimaste aastate jooksul on noorte tervis tunduvalt paranenud. 1960. aastaga võrreldes on pediatrite arv suurenenud 48% võrra. Igal aastal suureneb lastehaiglates ja -sanatooriumides voo-

dikohtade arv. On rekonstrueeritud lastehaiglaid ja -polikliinikuid, on täiustatud nende tegevuse organisatsioonilisi vorme, on arendatud spetsialiseeritud arstiabi liike, nagu kirurgia, otorinolaringoloogia, oftalmoloogia, neuroloogia ja mitmed teised.

Lastepolikliinikute ja -nõuandlate peamiste ülesannete hulka kuuluvad haiguste profülaktika, õigeaegne ja kvaliteetne kaitseepookimine, massaaž, võimlemine ja muud karastusprotseduurid. Kõik lapsed on dispanseeritud ja pideva arstliku järelevalve all sündimisest kuni kooli lõpetamiseni. Viimaste aastate jooksul on paranenud laste meditsiiniline teenindamine maal. Linna ümbruse pediatrijaoskondade laialdane võrk võimaldab 30% maalapsi teenindada linna lastepolikliiniku printsiiбил. Juba praegu ravitakse maalapsi linna- või rajoonihaiglate lasteosakondades. Mitmed lastepolikliinikud ja -nõuandlad asuvad kitsastes ruumides. Igal pool ei ole pediatrijaoskond väiksemaks muudetud (kuni normini).

Koolides on rõhku pandud laste õigele füüsilisele kasvatusel ning sanitaar-hügieenilistele tingimustele. Ent mõnes linnas ja rajoonis ikka avastatakse õpilaste tervise seisundi häireid (näiteks ebaõige rüht, nägemisteravuse nõrgenemine, südame ja veresoonte ning närvisüsteemi funktsionaalsed haigused). See on eelkõige tingitud sellest, et nendes koolides tegeldakse kehakultuuriga veel vähe. Õpilaste koormus on suur, seda eriti vanemates klassides; rikutakse sanitaar-hügieenilist režiimi. Laste tervise kaitsel on arvukas pediatrite kollektiiv. Nende hulgas leidub suurepäraseid arste, näiteks Võru rajooni pediaater H. L a z a r e v a, Haapsalu lastenõuandla arst H. L a u r i m a a, Tartu lastepolikliiniku juhataja H. P r e e m, Kingissepa lastekodu arst S. K u l l a m a a ja paljud teised.

Sünnitusabi ja günekoloogia alal on samuti märgatavaid saavutusi. Käesoleval ajal sünnitavad kõik haiglas. Kesk-sel kohal naistenõuandla töös on rasedate varajane arvelevõtmine, nende alaline jälgimine, samuti profülaktika. Akušöörgünekoloogide pakiline ülesanne on võitluse tugevdamine abortide vastu. Peab visalt selgitama, et abort on ter-

viiele kahjulik, võib põhjustada raskeid haigusi ja sageli invaliidistumist.

Paljulapseliste perekondade materiaalne stimuleerimine, esmajärjekorras neile korteri andmine, hiljutine partei ja valitsuse otsus: rinnalastega emadele peale sünnituspuhkuse veel palgata puhkuse võimaldamine kuni lapse aastaseks saamiseni, samuti uus abieluseadus — see kõik soodustab perekonna tugevnemist ja suurendab sündimust.

Tähtsad ülesanded on lahendada tervishoiu arendamisel maal. 1960. aastaga võrreldes on voodikohtade arv maal suurenenud 9% võrra. Paranenud on ka arstide ja kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate ametikohtade komplekteerimine. 1960. aastal hospitaliseeriti iga 1000 linnaelaniku kohta keskmiselt 195,6, maaelanikke aga 177,7. 1967. aastal need arvud muutusid: linnaelanikke hospitaliseeriti 188,8 ja maaelanikke 193,3. 1967. aastal sai linna ja rajooni asutustes ambulatoorset abi 70,2% maaelanikest, statsionaarset abi aga 75,6%. Kahjuks ei pööra mõned rajoonide täitevkomiteed tähelepanu maale suunatud noorte spetsialistide elamistingimustele. Seal, kus korteri saamisega on raskusi, jäävad vabad kohad täitmata. Tunduval määral raskendavad meditsiinilist teenindamist maal väikesed rajooni- ja ka jaoskonnahaiglad. Seepärast on maal esmane ülesanne materiaalse baasi tugevdamine, millele tuleb kaasa tömmata kolhoose ja sovhoose. Eeskujuks võib seada kolme Põlva rajooni kolhoosi, kes ühiste summade arvel ehitasid Valgjärve ambulatooriumi, samuti Tartu rajooni kolhoose, kes hakkavad ehitama rajooni keskhaiglat, ning Rapla rajooni kolhoose, kes rajooni keskhaiglale rajavad juurdeehituse.

Kvaliteetse arstiabi andmisel on suur tähtsus ravi- ja profülaktikaasutuste varustatusel ravi- ja diagnostikaaparatuuri, instrumentide ja sisseseade ning ravimitega. Iga aastaga paraneb varustatus aparatuuriga. Vabariigis on sellised unikaalsed ja kallid aparaadid nagu «Рокс», «Луч-1», kunstlik neer, kunstlik süda-kops, fiibergastroskoobid, 9 kanaliga entsefalograaf, fluorograaf massilisteks mao läbivalgustusteks, hingamisaparatuur «Ängström» ja palju teisi. Meie edasine ülesanne on jälgida, et meditsiiniaparatuuri efektiivselt ja

otstarbekalt kasutataks. On vaja välja selgitada ülesseadmata ja mittetöötavad aparaadid ning Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse kaudu suunata aparaadid sinna, kus neid tegelikult kasutama hakatakse.

Iga aastaga suureneb ravivahendite hulk. Apteegivõrgus on suurenenud mitte ainult ravimite hulk, vaid ka nende valik. Sealjuures lasti 1961. aastal valmisravimeid välja ainult 50%, 1968. aastal aga 75,2%. Ent arstid peavad seda ravivahendite rikkalikku sortimenti ratsionaalselt kasutama. Apteegitöötajad aga peavad olemasolevatest medikamentidest ja nende asendamise võimalustest arste informeerima.

Tervishoiu praktika põhineb teaduse saavutustel. Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kahe teadusliku uurimise instituudi teadlased ning paljud praktiseerivad arstid töötavad viljakalt mitmesuguste aktuaalsete teemade kallal, millel on suur teoreetiline ja praktiline tähtsus.

Sooltehaiguste, südame ja veresoonte ning hingamiselundite haiguste diagnoosimine, kliinik ja ravi, mitmesuguste sanitaaria- ja hügieeni- ning epideemiatorje abinõude väljatöötamine — selline on küsimuste lühike loetelu, mis huvitab meie arste ja teaduslikke töötajaid.

Uurimised psühhofarmakoloogia valdkonnas, veresoonte kirurgia, sanitaarnormide väljatöötamine põlevkivitõustuse jaoks, poliümüeliidi teoreetiliste küsimuste läbitöötamine ja selle haiguse likvideerimine, angiini ja ägedat kopsupõletikku põdevate haigete (reuma ja kroonilise kopsupõletiku vältimiseks) dispanseerimine, Eesti NSV-s valmistatud aparaat keskmise arteriaalse rõhu mõõtmiseks, vibrokardiograaf jt. — see kõik on tunnustuse võitnud ka väljaspool vabariigi piire.

Tervishoiu ülesannete edukas lahendamine ja meditsiinilise teenindamise edasine täiustamine sõltuvad suuresti kaadrist. 1960. aastaga võrreldes on arstide arv Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis suurenenud 19,4 kuni 25,5 iga 10 000 elaniku kohta ja kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate arv 68,7-lt kuni 77,7-ni.

Meditsiinitöötajad täiendavad pidevalt oma teadmisi. Aastail 1960...1967 lõpetas spetsialiseerimis- ja täienduskursu-

sed (arvestamata rajooni keskhaiglates ja linnahaiglates kvalifitseeruvaid arste) ligi 2500 arsti, 135 proviisorit ja 1600 kesk-eriharidusega meditsiinitöötajat. Tuleb hinnata ka TRÜ Arstiteaduskonna osa meditsiinitöötajate, eriti proviisorite, maajaoskonnaarstide, kiirabi- ja teiste erialaarstide kvalifikatsiooni tõstmisel nii spetsialiseerimiskursuste kui ka kliinilise ordinatuuri kaudu. Seda tööd on tarvis jätkata, pöörates erilist tähelepanu ravi- ja profülaktikaasutuste juhtivate töötajate kvalifikatsiooni tõstmisele. Tunnustades mitmesuguste kursuste vajalikkust, peame siiski rõhutama kõikide arstide pideva ja süstemaatilise enesetäiendamise tarvilikkust igapäevase töö kõrval. Meditsiinitöötajatele on eriti vajalikud ideoloogiline ettevalmistus, ulatuslik teoreetiline pagas, täielik arusaamine partei otsustest, sest arst ja velsker pole ainult spetsialistid, mitte ainult haiguste ravijad ja ärahoidjad. Nad peavad eesrindlikke ideid ka massidesse viima, võitlema uue elukorra ja kõrge kultuuri eest. Nad on lektoriteks ja propagandistideks, võtavad aktiivselt osa ühiskondlikust elust. Niisugused arstid on A. Vares, T. Tootson, H. Kalda, O. Maideiskaja ja paljud teised.

Ravi- ja profülaktikaasutuste töötajate hulgas on palju aktiivseid ühiskondlikust tööst osavõtjaid, kes asjatundlikult, delikaatselt ja tähelepanelikult haigeid koheldes annavad neile tagasi tervise ja töövõime. Nende hulka kuuluvad H. Otsar (Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonna juhataja), M. Skorohodova (Tallinna Tõnismäe Haigla jaoskonnaarst), M. Golneva (Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna peakušöör-günekoloog), L. Tamra (Vändra haigla akušöör-günekoloog), B. Lepuu (Tallinna Vabariikliku Haigla anesthesioloog), E. Vannik (Kiviõli haigla sisehaiguste osakonna juhataja) ja paljud teised.

Viimase seitsme aasta jooksul on 29 arstile meditsiinalaste teenete eest antud Eesti NSV teenelise arsti aunimetus, üle 300 meditsiinitöötaja on autastatud märgiga «Tervishoiu eesrindlane», üle 150 inimese ordenite ja medalitega.

Kahiuks leidub veel arste ja meditsiiniõdesid, kelle töö ei vasta meedikukut-

sele esitatud nõuetele. On ette tulnud juhtumeid, kus käitatakse taktitult. Iseloomulik on, et kui elanikud ei ole arstiga rahul, siis pole selle põhjuseks mitte kutsealase meisterlikkuse puudumine, vaid kiirustav, hooletu, mittetähelepanelik ja ebakorrektnen haige kohtlemine. Sääraseid arste on meil vähe, kuid neid ei peaks üldse olema.

Meditsiinasutuste majanduslikku efekti ei ole kerge välja arvutada. Kuid laste suremuse vähenemine, inimese eluea, tema töö- ja loominguperioodi pikenedamine ning paljud nõukogude tervishoiu saavutused säästavad tohutuid materiaalseid ressursse. Et olemasolevaid reserve maksimaalselt ära kasutada, on teravalt päevakorral töö teaduslik organiseerimine tervishoius. Sel alal on mõndagi tehtud. Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Võru haiglas ja mujal kasutatakse haiguslugude kirjutamiseks diktofoni. Tallinna Pelgulinna Haiglas on tehtud kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate töö ratsionaliseerimise ettepanekuid. Perfokaardid on poolehoiu võitnud tervishoiuasutustes (ftisiaatria, onkoloogia ja kirurgia alal) ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis.

Tervise kaitse meie maal ei ole ainuüksi meditsiinitöötajate kohus. Tööraha saadikute nõukogud ja alalised tervishoiukomisjonid abistavad tervishoiuorganeid aktiivselt.

On tarvis, et edaspidi kõigiti arendataks üldrahvalikku liikumist töö- ja elutingimuste parandamiseks, looduse kaitsmiseks. Ulatuslikumalt kaasa tõmmata elanikkonda kehakultuuri ja spordiga tegelemisele, laialdasemalt levitada hügieenialaseid teadmisi elanike hulgas. Selles on suur osatähtsus ametiühinguorganisatsioonidel, kommunistlikel noortel, spordiseltsidel, Punase Risti Seltsil ja teistel ühiskondlikel organisatsioonidel.

Lenini ideed on avaldanud ja avaldavad tohutut mõju nõukogude tervishoiu edasisele arenemisele. NLKP programmis, partei XXIII kongressi otsustes ja teistes direktiivides on fikseeritud kommunistliku ülesehitustöö plaanid. Ja meedikutele pole midagi austavamamat kui tähistada V. I. Lenini 100. sünni-aastapäeva uute võitudega nende plaanide täitmisel.

РЕЗЮМЕ. О состоянии медицинской помощи и мерах по улучшению здравоохранения в Эстонской ССР. А. О. Гольдберг. Забота о человеке, о его здоровье является одной из важнейших сторон деятельности Советского государства и постоянно находится в центре внимания Партии и Правительства.

ЦК КПСС и Совет Министров СССР и ЦК КПЭ и Совет Министров ЭССР приняли постановления «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки.»

В этих документах нашли отражение важнейшие ленинские требования об основных направлениях лечебно-профилактической помощи населению, повышении уровня государственного санитарного надзора, усилении и расширении научных исследований. По достоинству оценивая достигнутое, необходимо наметить пути для дальнейшего улучшения медицинской помощи и развития медицинской науки в нашей республике.

О развитии здравоохранения в нашей стране свидетельствуют и государственные ассигнования. Если в 1939—1940 годах в буржуазной Эстонии расходовалось на здравоохранение 45 центов (примерно 45 копеек) в расчете на одного человека в год, то в Советской Эстонии в 1961 г. — 26 рублей и в 1968 году свыше 38 рублей.

Успехи здравоохранения общеизвестны. Значительно снизилась заболеваемость, укрепилось здоровье людей, увеличилась средняя продолжительность жизни, ликвидированы многие инфекционные заболевания. Но, говоря об успехах, нельзя не отметить и целый ряд недостатков: отсутствие эффективных мер специфической профилактики, неудовлетворительное состояние в ряде городов и населенных пунктах водоснабжения и канализации, лишь незначительное снижение острых кишечных заболеваний. В результате нарушения санитарно-эпидемиологического режима, в некоторых детских организованных коллективах отмечается еще высокая заболеваемость острыми желудочно-кишечными болезнями.

Среди важнейших мероприятий, направленных на охрану здоровья трудящихся, значительный удельный вес занимает борьба за хорошее санитарно-гигиеническое состояние наших городов и других населенных мест, улучшение условий труда и быта. Советом Министров Эстонской ССР принят ряд постановлений по вопросам охраны атмосферного воздуха, строительства объектов водоснабжения и канализации. Систематический контроль выполнения этих решений, осуществляемый санитарно-эпидемиологической службой республики, а также органами народного контроля привел к известным положительным сдвигам.

В дальнейшем надо увеличить не только объем медицинской помощи, но еще более повысить ее эффективность. Поэтому необходимо и дальнейшая специализация терапевтической, хирургической и других видов медицинской помощи. Некоторая работа в этом направлении ведется. Открыты кардиологические отделения в Таллиннской и Тартуской республиканских больницах, гастроэнтерологические и эндокрино-диспансерное отделение в Таллине, созданы гастроэнтерологические и кардиологические ка-

бинеты, функционируют специализированные бригады скорой помощи и др.; в Тарту работает вазологический центр, в Тарту и Таллине — отделения торакальной хирургии и т. д. Развивается анестезиология и реаниматология. Организована травматологическая помощь населению. В самостоятельный раздел выделилась детская хирургия.

В поликлинике проводится значительная профилактическая работа. Все больший контингент населения охватывается диспансерным наблюдением — рабочие многих профессий, инвалиды Великой Отечественной войны, дети, подростки и беременные женщины. На диспансерном учете состоят страдающие ревматизмом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, больные сахарным диабетом, глаукомой и другими хроническими заболеваниями. С каждым годом расширяются профилактические осмотры с целью выявления и своевременного лечения предболезненных состояний в самых ранних стадиях, как, например, злокачественных опухолей и других заболеваний. Дальнейшее улучшение амбулаторно-поликлинической помощи зависит от строительства новых поликлиник, особенно в гг. Таллине, Хаапсалу, Валга, Пайде, а также за счет выделения соответствующих помещений для поликлиник.

К сожалению, строительство медицинских учреждений осуществляется неудовлетворительно. В ближайшие 2 года возможности расширения коечной сети ограничены. Поэтому в настоящее время важной задачей является борьба за повышение эффективности использования имеющегося коечного фонда.

По сравнению с 1960 г. количество педиатров возросло на 48%. Широкая сеть приписных педиатрических участков позволяет около 30% детей сельских местностей обслуживать по принципу городских детских поликлиник. Уже сейчас дети из сельской местности, как правило, получают стационарную помощь в детских отделениях городских и центральных районных больниц. В значительной мере затрудняет организацию медицинского обслуживания на селе и маломощность сети районных и участковых больниц. Укрепление материальной базы сельского здравоохранения остается важнейшей задачей. К решению этой задачи следует шире привлекать силы и средства колхозов и совхозов. Мы всемерно одобряем и приветствуем инициативу трех колхозов Пыльваского района, объединивших свои ресурсы и построивших амбулаторию в Валгъярве, инициативу колхозов Тартуского района, намечающих строительство центральной районной больницы.

Практика здравоохранения жидется на достижениях науки. И поэтому науке отводится особая роль. Ученые Тартуского госуниверситета и 2-х научно-исследовательских институтов Министерства здравоохранения, а также большое число практических врачей плодотворно трудятся над разработкой актуальных тем, имеющих большое теоретическое и практическое значение.

Обеспеченность врачами против 1960 г. возросла только по линии Минздрава Эстонской ССР с 19,4 до 25,5 на 10 000 населения и средними медицинскими работниками с 68,7 до 77,7. Наши медики настойчиво совершенствуют свои

знания. В период 1960—1967 гг. закончили курсы специализации и усовершенствования (без учета подготовки при центральных районных и городских больницах) около 2500 врачей, 135 провизоров и 1600 средних медицинских работников.

Надо всемерно развивать народное движение за оздоровление условий труда и быта, охрану природы, широко привлекать население к занятиям физкультурой и спортом, расширять пропаганду санитарно-гигиенических знаний среди населения. Во всем этом большая роль принадлежит профсоюзным организациям, комсомолу, спортивным обществам, обществу Красного Креста и другим общественным организациям.

Ленинские идеи оказывали огромное воздействие на дальнейшее развитие и совершенствование советской службы здоровья. И нет ничего почетнее для медиков, чем встретить день рождения Ильича новыми победами в борьбе за претворение планов коммунистического строительства, намеченных программой КПСС, решениями XXIII съезда Партии, директивами, принятыми в связи с празднованием 50-летия Великого Октября, 100-летия со дня рождения В. И. Ленина и последним партийно-правительственным постановлением.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Teooria ja praktika

REIELUU PROKSIMAALSE OSA TUGEVUSTOPOGRAAFIA JA METALNE OSTEOSÜNTEES

ARNOLD SEPPO
Tallinn

UDK 616.71-001.5-089.84

Metalse osteosünteesi tegemiseks on tarvis liita teadmised tugevusõpetusest ja luu taastavast kirurgiast. Nagu näitavad varem avaldatud tööd (4, 5, 11, 12), õigustab tugevusõpetuse kliiniline rakendamine end sellega, et ta võimaldab luu taastava kirurgia küsimusi lahendada täppisteaduste tasemel. Käesolev töö on eelmiste jätk. Siinkohal esitame reieluu proksimaalse epi- ja metafüüsi tugevustopograafia skeemid (vt. tahvel V, skeem 1) ja seletused tabelis 1. Et 70% selle piirkonna murdudega patsientidest on üle 60 aasta vanad (A. Kaplan, V. Lirtsman), siis kasutatakse uurimismaterjalina koolnute luid (mees- ja naissoost, vanus 60...75 aastat). Luud võeti 24...48 tundi pärast surma. Uurimised leidsid aset Tallinna Polütehnilise Instituudi tugevusõpetuse laboratooriumis. Luude lõiked tegime peenehambuliste (1 mm) freesidega spetsiaalses fikseerivas seadeldises. Et katse oleks lähedane loomulikudele tingimustele, uurisime *substantia spon-*

giosa vastupidavust muljumisele (surve 1 cm² löikepinnale), eraldamata uuritavat kohta ümbritsevast koest. *Substantia compacta* vastupidavust uurisime nii killu väljarebimise teel kui ka väljalõigatud tükkide surumisel apaadi all.

Umbes 10...100 korda suuremat vastupidavust konstateerime samade luupreparaatide kompaktkihis. Subtrochanteraalses piirkonnas, reieluu lateraalses seinas 5 cm ulatuses *m. vastus lateralis*'e kinnituskohast distaalsele, puruneb *substantia compacta* järgmiste pingete toimetel. Muljumispinge: $\sigma_m = 724, 752, 836, 1200, 1250 \text{ kgf/cm}^2$;

σ_m keskmine = 952 kgf/cm².

Nihutuspinge $\tau = 110, 120, 166, 170, 225 \text{ kgf/cm}^2$;

τ keskmine = 158 kgf/cm².

Adamsi kaare kohal on *substantia compacta* vastupidavus veelgi suurem: $\sigma_m = 120...1360 \text{ kgf/cm}^2$ (σ_m keskmine = 1240 kgf/cm²). $\tau = 86...340 \text{ kgf/cm}^2$ (τ keskmine = 263 kgf/cm²).

Toruluude üldisi füüsikalisi omadusi, eriti elastsusmomenti E , on uuritud nii minevikus [M. Wertheim (13), A. Rauber (9)] kui ka kaasajal [C. Carothers, F. Smith, P. Calabrisi (7), A. Seppo (12), E. Sedlin (14)]. Mainitud uurimustest selgub, et toruluude elastsusmomendi suurus väheneb diafüüsist metafüüsi suunas. Näiteks reieluu diafüüsi elastsusmoment $E = 0,19 \cdot 10^6 \dots 0,27 \cdot 10^6$ kgf/cm² (9, 13). Subtrohhanteerses piirkonnas $E = 0,1 \cdot 10^6 \dots 0,17 \cdot 10^6$ kgf/cm² (12). Reieluukaela $E = 0,078830 \cdot 10^6 \dots 0,087170 \cdot 10^6$ kgf/cm² (10).

Elastsusmoment iseloomustab peamiselt luukoe füüsikalisi omadusi. Kuid luu vastupanu deformatsioonile sõltub nii materjali füüsikalistest omadustest kui ka tema ruumilisest paigutusest. Et saada ettekujutus reieluu üksikute segmentide vastupanuvõimest deformatsiooni suhtes, peame kasutama jäikuse mõistet paindele $E \cdot I$ (E — elastsusmoment, I — inertsimoment). Et reieluukael subkapitaalses piirkonnas ja diafüüs keskosas on peaaegu ümarad, siis võib nendes piirkondades välja arvutada *substantia compacta* inertsimomendi kui *substantia compacta* välimise ja sisemise ringi inertsimomentide vahe.

$$I = \frac{\pi D^4}{64} - \frac{\pi d^4}{64} = \frac{\pi(D^4 - d^4)}{64} \approx 0,05(D^4 - d^4).$$

Keskmise suurusega reieluu korral kaela $I_k = 0,05(D^4 - d^4) = 0,05(3^4 - 2,5^4) = 2 \text{ cm}^4$.

Diafüüsi $I_d = 0,05(D^4 - d^4) = 0,05(2,9^4 - 1,8^4) \approx 3,4 \text{ cm}^4$.

Reieluu diafüüsi ja -kaela jäikuste suhe $= \frac{E_d \cdot I_d}{E_k \cdot I_k} \approx 3$

Niisugust kompaktkihtide jäikuste vahet peab korrigeerima kaela sisemine struktuur.

Collum femoris'e ristlõige on ovaalne. Suurem diameeter ristub vertikaaljoonega umbes 30° nurga all, langedes eest ülalt alla taha. See suund ühtib tugevama pinge paiknemisega reieluukaelas. Reieluukaela keskosas on diameetrite suhe 33:28. Selle tugevaseinalise ovaalse ja äralõigatud tipuga koonekujulise toru sees on vastavalt staatilistele pingetele välja kujunenud tihkestunud säsistruktuur. Frontaalsel kesklõikel tihkestunud trabeekulite kimbud B, D ja F moodustavad selle

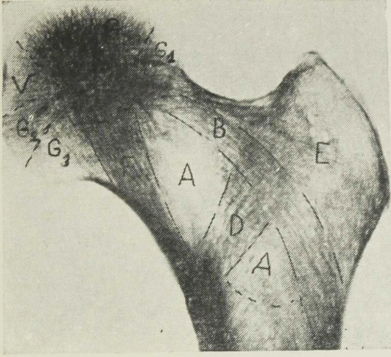
toru sees kolmnurkse tugikonstruktsiooni. Niisugune ehitus annab vahelduvale koormusele minimaalse materjaliga maksimaalse vastupidavuse. Kui luu on terve, on see monoliitne struktuur nagu tõstuki kael mõjustatud tõmbest ja survest. Degeneratiivsete protsesside korral luus ja ealiste muutuste tagajärjel vanemas eas väheneb kõigepealt luu otste elastsus. Sellest tingituna suureneb diafüüsi ja reieluukaela jäikuste suhe niipalju, et seda ei ole suuteline korrigeerima ka reieluukaela morfoloogiline struktuur. See põhjustab reieluukaela murdude sagenemist mainitud tingimustes. Pärast reieluukaela murdu ja metalset osteosünteesi olukord muutub. Tekivad paindemomendid ning muljumispinged luu ja metalli kontakti kohal. Vastupidavus muljumisele on kihtides väga erinev — 13... 1240 kgf/cm². Kliiniline praktika ning X rahvusvahelise ortopeedide ja traumatoloogide kongressi (Pariis, 1966) materjalid näitavad, et neid luu füüsikalisi omadusi ei ole kliinilises meditsiinis arvestatud.

Et eakad patsiendid ei talu pikaajalist traumeerivat operatsiooni ega operatsioonijärgset lamamisrežiimi, mida nõuab fragmentide fikseerimise ebakindlus, viivitavad kirurgid operatsiooniga 3... 10 päeva [A. Kaplan, V. Lirtsman (1)]. Nad piiravad rangelt operatsiooni näidustusi või koguni loobuvad kirurgilisest ravist.

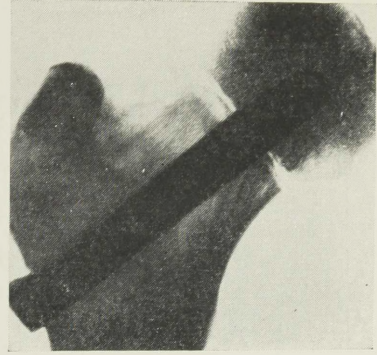
Reieluukaela murru fikseerimiseks lüüakse nael kõige sagedamini L. Böhléri ja F. Felsenreichi (6) positsiooni, s. o. tsooni A, (vt. tahvel V, skeemid 1 ja 2). Selles tsoonis puruneb *substantia spongiosa* staatilistes tingimustes muljumispinge all, mis keskmiselt on 13 kgf/cm². Aga G. Küntšeri (6) järgi asetatud naelale toetub pähiku kõige nõrgem osa (tsoonid G ja G₁). Diafüüsi ja metafüüsi piirile naela sisseviimiseks tehtud ava hõivab üle poole reieluu lateraalse seina ristlõikest, mis toob kaasa sekundaarse murru ohu.

Kõige raskem ülesanne on subkapitaalsete murdude, eriti II ja III grupp (Pauwels) kuuluvate murdude fikseerimine. Seepärast võtame eri fiksaatorite tugevuse võrdlusarvutuste alusel sellise murru, mille murrujoon horisontaaljoone suhtes kulgeb 50° nurga all,

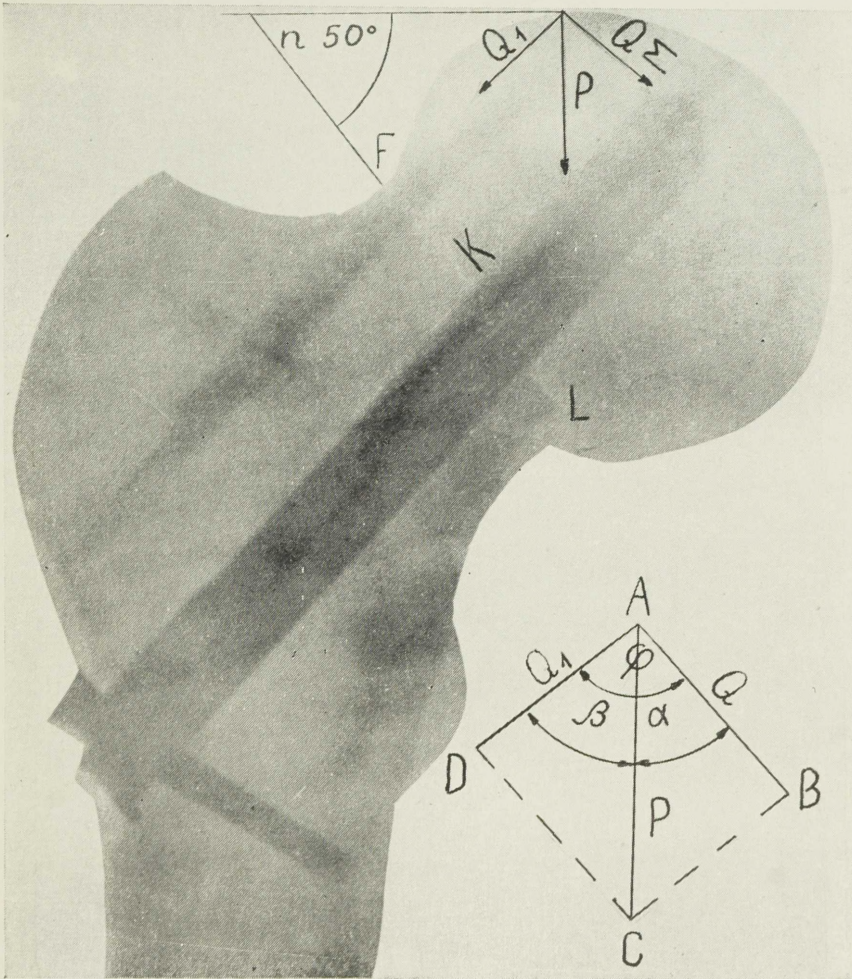
A. Seppo



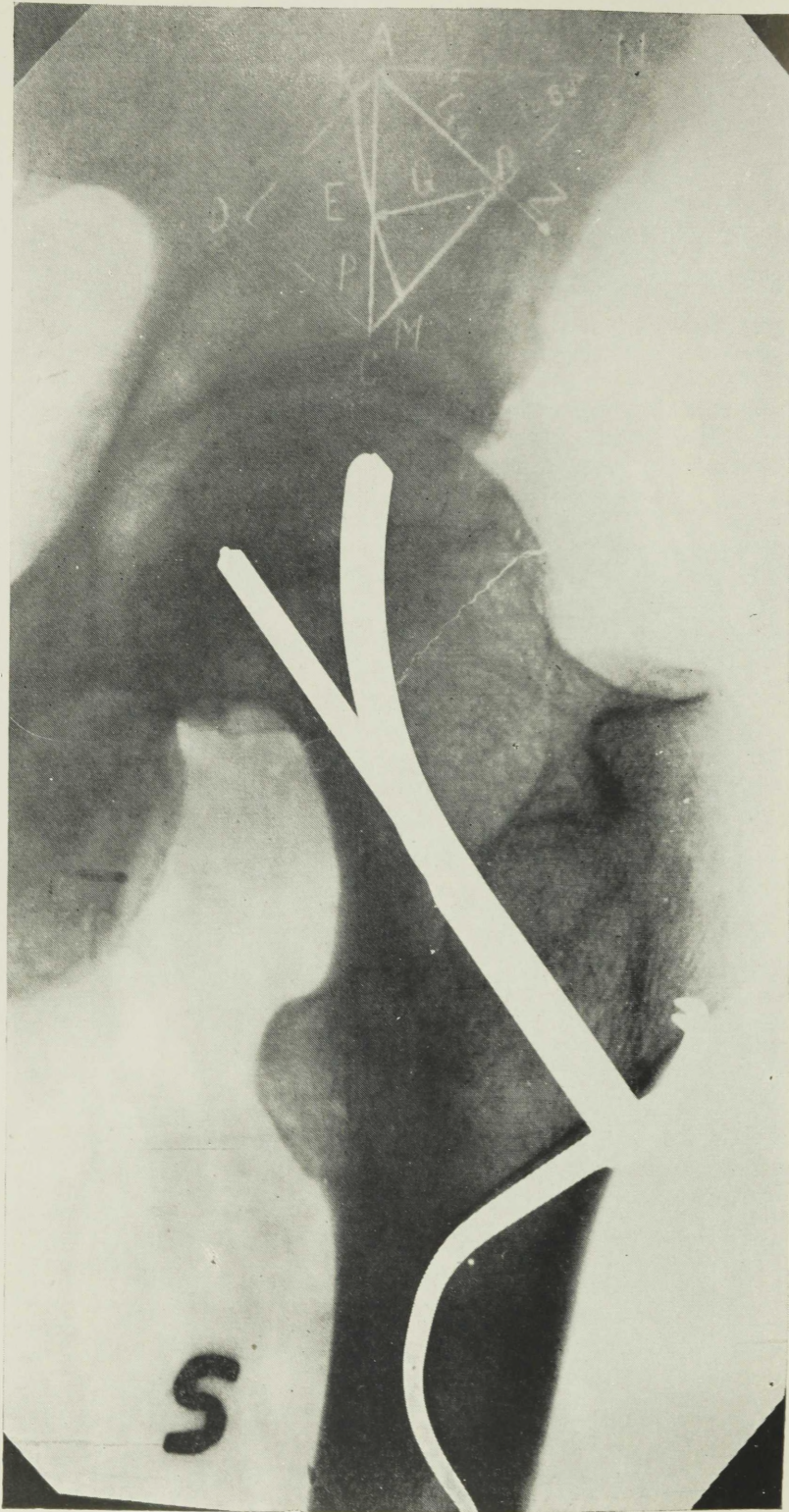
Skeem 1



Skeem 2

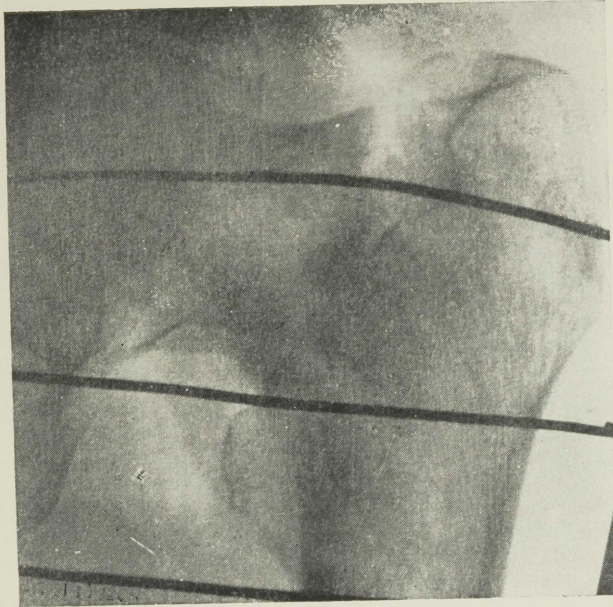


Skeem 3

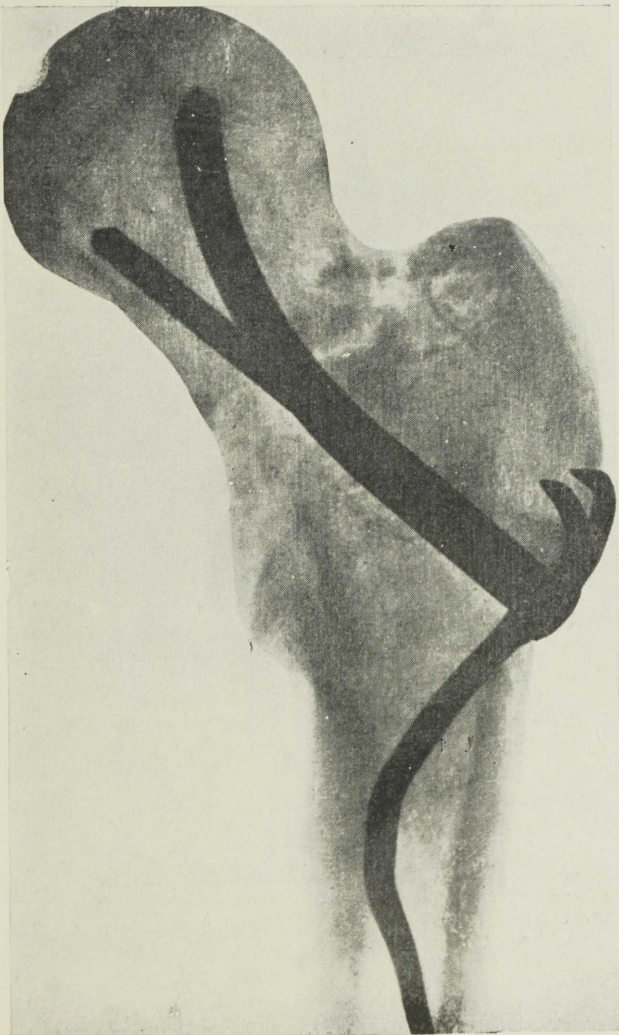


Skeem 4

A. Seppo



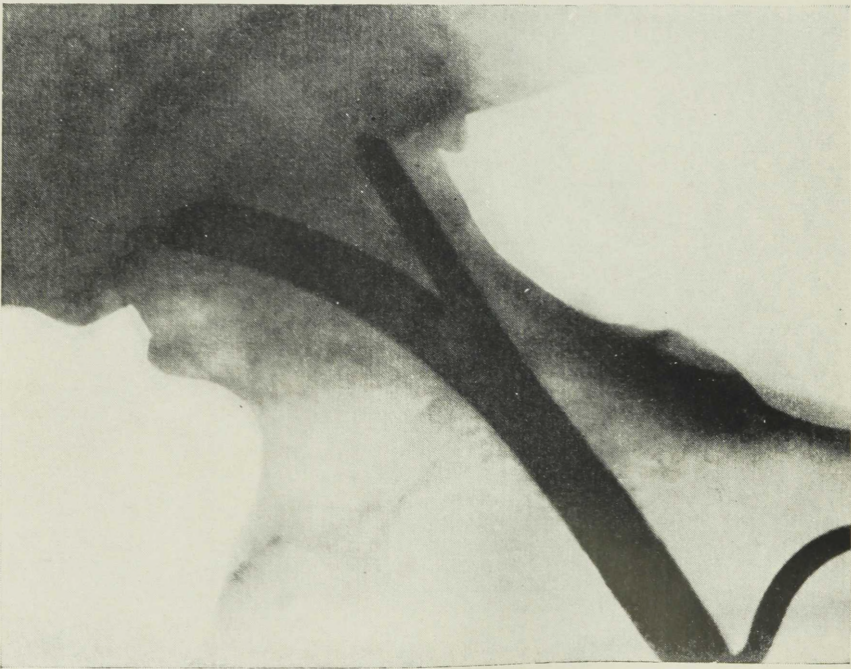
Röntgenogramm 1 a



Röntgenogramm 1 b



Röntgenogramm 2 a



Röntgenogramm 2 b

s. t. on Pauwelsi II ja III grupi murdude vahelisel piiril.

Märgime jõu, mis tekib koormusest haigele jalale toetumisel, tähega P. $P = 70$ kgf (max.). Vektor P on suunatud vertikaalselt alla. Kui naela sisseviimise kohaks valime *trochanter minor*'i kõrgusel oleva piirkonna kui kõige tugevama luosa ja soovime, et nael toetuks puutujana Adamsi kaarele ning läbiks pähiku tugevaima tsooni C, siis keskmiselt $\angle \alpha = 45^\circ$ (vt. tahvel V, skeem 3). Nael oleks siis Smith-Peterseni ja Küntscheri positsioonide vahel. Pähik toetub kaela murrupinnale ja metallile. Lahutame jõu P parallelogrammi ABCD abil vektoriteks. Vektor Q on naela pinnaga KM perpendikulaarne. $AB = Q$. Vektor Q_1 on murrujoonega FL perpendikulaarne. $AD = Q_1$. Eeltingimus on, et Pauwelsi nurk $n = 50^\circ$, siis nurk $\beta = 50^\circ$. $\angle \varphi = \alpha + \beta = 45^\circ + 50^\circ = 95^\circ$. Naela osa KM ja pähiku vahelise kontakti pindala $S = 1,4 \times 2,5 = 3,5$ cm². Arvutame pinge, mis tekib pähiku luukoes. Kui fragmendid on liikumatud, siis $\Sigma M = 0$.

$$\bar{P} - \bar{Q} - \bar{Q}_1 = 0.$$

$$\frac{Q}{\sin \beta} = \frac{Q_1}{\sin \alpha} = \frac{P}{\sin \varphi} \quad Q = \frac{P \cdot \sin \beta}{\sin \varphi}$$

Kui nael lüüa eri tugevusega kihtide vahele, siis nihkub ta nõrgema kihi suunas. Seepärast jääb Adamsi kaare *substantia compacta* ja naela vahele pehme luukude — tsoon F. Katsed näitavad, et koormuse all lõikab naela terav serv tsooni F läbi, seejärel nihkub koos pähikuga vähemalt 5° allapoole, muutes vastavalt $\angle \varphi$ pähiku maksimaalse koormuse ajaks.

Nüüd $\angle \varphi = 95 - 5 = 90^\circ$.

$$Q = \frac{P \cdot \sin 50^\circ}{\sin 90^\circ} = \frac{70 \cdot 0,766}{1} = 53,62 \text{ kgf.}$$

See jõud on 76,6% kehakaalust. Pähiku *substantia spongiosa*'s pinge $R = \frac{Q}{S} = \frac{53,62}{3,5} = 15,3$ kgf/cm².

Kui pähiku keskmine vastupidavus staatilistes tingimustes on $\frac{70 + 169}{2} = 119$ kgf/cm², siis, arvutades selle ümber dünaamiliseks vastupidavuseks (σ_m dün.), saame F. Evansi, H. Lissneri, H. Pederseni (8) järgi σ_m dün. = $119:10 \approx 12$ kgf/cm².

Et pinge on vastupidavusest suurem

($15,3 > 12$), siis puruneb pähik seestpoolt ja purustatud luukude resorbeerub. Seda nimetatakse pähiku aseptiliseks nekroosiks.

Stooporikujulised fiksaatorid või kompressioonikruviga torud, millest teravikud väljuvad pähiku koesse, purustavad vähem tsooni F reieluukaelas, kuid ei takista rotatsioonidiskatsiooni ja tugevdavad pinget pähiku koes. Teatavasti kärbub luukude murru pinnal esimeste nädalate vältel. Seega kompressiooniga saadud fikatsioon kaob just selleks ajaks, mil haige peab voodist tõusma. Torust pähikusse surutud teravikud või stoopori keermestik takistab pähiku libisemist metalli mööda kuni toetumiseni kaela murrupinnale. Nii peab kogu keha raskuse vastu võtma pähiku koe ja metalli kokkupuutepind. Viimane ei ole naela pinnast suurem, vaid väiksem. Loomulik toetus (luu toetub luule) on siin täiesti kadunud, pähiku toeks jääb ainult metall. Pähik, kõikudes vahelduva koormuse all metalli otsas, puruneb seestpoolt. Purunemist on uuritud puitkonstruktsioonide naelühenduste korral ja viimased on dünaamilistes tingimustes kõlbmatuks tunnistatud [G. Karlsen (2)]. Teine viga on kaasaegsetele osteosünteesidele üldine. Fiksatsiooni püütakse saavutada murrupindade kompressiooni arvel, kusjuures fragmente pikitelje suhtes ei fikseerita. Seda empiirilist ravisuunda eitavad käesoleva artikli autori ja G. Lavrištševa ning E. Dubrovi (3) eksperimentaalsed andmed.

Kui kõrvutada kaela tsooni A läbimõõtu (keskmiselt 16 mm) ning metallnaela laiust, mis oleks vajalik pähiku pikaajaliseks toetumiseks peamiselt metallile, et muljumispinge oleks luu vastupidavusest nõrgem, siis on ilmne, et nii jämedat metallnaela ei saa läbi kaela sisse viia. Ja teiselt poolt kulub subkapitaalsete ja transtservikaalsete murdude konsolideerumiseks pool aastat. Niikaua ei ole luud võimalik metalliga toetada, sest luu hakkab metalliga kokkupuutumise kohal resorbeeruma. Nähtavasti ei ole seepärast 40 aasta jooksul leitud sobivat lahendust ideele pähikut toetada peamiselt metallnaelaga.

Niisuguste luumurdude raviks tuleks leida põhimõtteliselt uus lahendus. Ni-

melt peavad fragmendid toetuma teineteisele põhikoormusega kogu murrupinna laiuses. See loomulik kontakt — luu vastu luud — jääbki pähiku põhitoeks. Et seda saavutada fragmentide vahel, mille pikitelg seisab umbes 45... 50° nurga all vertikaaljoonest, tuleb matemaatiliste arvutuste alusel leida vastav metallkonstruktsioon.

Ülesande lahendas meil metallist kaldpind. Meie aparaadiga fikseerimisel lähenevad fragmendid provisoorselt. Jalale toetumisel libiseb pähik metallist kaldpinda mööda loomulikule kokkupuutepinnale (luu toetub luule). Tagasimineku pole võimalik — seda takistab laienev metallhark, mille üks haru paikneb 0... 10° nurga all vertikaaljoonest. Metall võtab endale ainult kaldpinna külgetoe ülesande ja seepärast langeb luu ja metalli kokkupuutepinnale minimaalne koormus (vt. tahvel VI, skeem 4). Võrdlevaks arvutuseks võtame samasuguse subkapitaalse murre nagu skeemil 3 (vt. tahvel V). Murrujoonele paralleelse BN ja horisontaaljoone AN vaheline Pauwelsi nurk $n=50^\circ$. Vektor P on suunatud vertikaalselt alla ja $P=70$ kgf, nagu skeemil 3. $\Sigma M=0$. $P-Q-(Q_1+Z)=0$.

Lahutame jõu P parallelogrammi ABCD abil punktis A ühinevateks komponentideks AB ja AD. $AC=P$. Vertikaaljoone AC ja horisontaaljoone AN vaheline nurk $CAN=\alpha=90^\circ$. Seega kolmnurk ANC on täisnurkne kolmnurk, mille nurk ANC on 50°. Sama täisnurkse kolmnurga teine teravnurk $ACN=90^\circ-50^\circ=40^\circ$. Täisnurksetel kolmnurkadel ANC ja BCA on üks ühine ja võrdne nurk. Tähendab: $\angle ACB=\angle ACN=40^\circ$. Järelikult täisnurkses kolmnurgas $ABC \angle CAB=\beta=90^\circ-40^\circ=50^\circ$. $AB=Q_1$, $\frac{Q_1}{P}=\cos \beta=\cos 50^\circ$. $Q_1=P \cdot \cos 50^\circ=70 \cdot 0,64=44,8$ kgf.

Metallist kaldpinda (KM) mööda allapoole libisev pähik toetub metallile jõuga Q. Vektor $Q \perp KM$. $Q=EB$. $\angle KEB=90^\circ$.

Aparaadi konstruktsioonist, operatsiooni käigust ning reieluukaela ja diafüüsi vahelisest nurgast tingituna võib $\angle KEA$ võrduda 0°... 10°. Seega halvemal juhul $\angle AEB=\angle KEB-\angle KEA=90^\circ-10^\circ=80^\circ$. $\angle AEB=\varphi=80^\circ$.

$$\text{Vastavalt siinusteoreemile } \frac{Q}{\sin \beta} = \frac{Q_1}{\sin \varphi}$$

$$Q = \frac{Q_1 \cdot \sin \beta}{\sin \varphi} = \frac{Q_1 \cdot \sin 50^\circ}{\sin 80^\circ} = \frac{44,8 \cdot 0,766}{0,9848} = 34,8 \text{ kgf.}$$

Luu ja metalli kontakti pindala (S) on antud juhul 6,3 cm². Kontakti pinnal tekkiv muljumispinge $R = \frac{Q}{S} = \frac{34,8}{6,3} = 5,5$ kgf/cm².

Luu vastupidavus $\sigma_{m \text{ dün}}$ on siin suurem kontakti pinnal tekkivast muljumispingest R. $12 > 5,5$. Kui arvesse võtta hõõrdumistakistus $F=f \cdot R_n$, mis on proportsionaalne pindade kokkusurumise jõuga (Q_1+Z), siis on suhe veelgi suurem ning luu varuvastupidavus on ligikaudu kolmekordne. Järelikult põhiliste toetusjõudude ümberpaigutamisega saavutatakse luu ja metalli kontakti pinnal vahelduvaks koormuseks vajalik luu varuvastupidavus. Seda seisukohta toetavad ka kontrollkatsed.

Kontrollkatseteks võeti kolme laiiba (koolnute vanus 60, 65, 72 aastat, surmast oli möödunud 24... 48 tundi) reieluude ülemised otsad. Kunstlikult tekitati subkapitaalsed murrud, mille Pauwelsi nurk 50°. Fragmendid ühendati kaldpinnalise metallfiksaatoriga. Fragmente koormati staatilise jõuga vertikaalses suunas. Erinevalt naelfiksatsiooni kontrollkatsetest ei libisenud pähik koormuse all murre pinda mööda alla, vaid murre pindade kontakti tihenes pidevalt. Kuigi suruva pinna ja pähiku vahele oli asetatud kummist kaitse, tekkis pähiku koes muljumisjalg. Kui keskmine koormus oli 579 kgf, hakkas reieluukaela fragment pähiku koesse kiiluma. Ühel juhul lõhenes pähik reieluukaela sissekiilumise tagajärjel (surve oli 605 kgf). Fiksaatori ja pähiku koe kokkupuutepinnal muljumisjalgi ei leitud. Kliinilised tähelepanekud on samuti näidanud, et fiksaatori abil saavutatud provisoorne kontakt tiheneb jalgadele toetumisel. Sissekiilunud reieluukaela murdude hea paranemine aga on üldtuntud tõsiasi.

Fiksaator sobib veel *fracturae colli femoris transcervicalis et basalis* fikseerimiseks [vt. tahvel VII, röntgenogramm 1 a (enne operatsiooni) ja 1 b (2 kuud pärast operatsiooni), haige F. S. haiguslugu nr. 687/1968]. Fragmentide füsioloogiline toetumine (luu

Tabel

Substantia spongiosa purunemine muljumisel
Rauchensteini aparaadis

Tsoo- nid	σ_m kgf/cm ² frontaalses keskmises tasapinnas eri punktides 5 laiba luudel	σ_m keskmine kgf/cm ²	σ_m minimaalne kgf/cm ²
A	19; 23; 17; 13; 15; 14; 11; 7;	13,2	3,6
B	3,6; 9,9; 10,8; 14; 13; 11; 19; 11,5	29,7	20,8
C	35; 30; 29; 33,8; 20,8	169	99
D	180; 120; 215; 232; 99	26,4	19
E	32; 22; 20; 29; 19; 21; 23; 22; 13; 11; 12	17	11
F	23,4; 29; 33; 34; 8; 70	38	23,4
G ₁	47; 39,5; 39; 48; 40	42,7	39
G	97; 90; 50; 53; 60; 70	70	50

toetub luule) ning nende stabiilne fikatsioon võimaldavad patsiente vabastada operatsioonijärgsest lamamisrežiimist ja lisafiksatsioonidest. Fiksaatori isejuhitavuse tõttu on operatsioon vähe traumeeriv ja kestab lühikest aega (15...30 minutit). Järgmisel päeval pärast operatsiooni patsiendid istuvad voodil, pärast nädala möödumist istuvad toolil. Kahe nädala pärast kõnnivad karkude abil, toetudes mõlemale jalale. Pärast kolme nädalat lähevad haiglast koju. Ravitulemusi illustreerivad tahvil VIII esitatud röntgenogrammid 2 a (enne operatsiooni) ja 2 b (4,5 kuud pärast operatsiooni, haige V. P. haiguslugu nr. 1851/1966).

KIRJANDUS: 1. Каплан А. В., Лирцман В. М. Переломы и ложные суставы шейки бедра. Методическое письмо. М., 1966. — 2. Карлсен Г. Г. и др. Курс деревянных конструкций. М., 1942. — 3. Лаврищева Г. И., Дубров Э. Я. В кн.: Материалы научной сессии по травматологии и ортопедии. Рига, 1966, 373. — 4. Сеппо А. И. В кн.: Укр. респ. конференция по лечению закрытых переломов костей. Тезисы докладов. Киев, 1962, 29. — 5. Он же. Ортопед., травматол. 1966, 5, 53—60. — 6. Felsenreich, F., Küntschner, G., Böhler, L. Pauwels. Tsit. Möri järgi raamatust Zetkin, M. u. Kühtz, E-H. Die Chirurgie des Traumas, B. II, S. 755. Berlin, 1956. — 7. Carotheres, C. O., Smith, F. C., Calabrisi, P., The Elasticity and

Strength of Some Long Bones of the Human Body, Naval Med. Res. Inst. 1949. — 8. Evans, F. G., Lissner, H. R., Pedersen, H. E. Anat. Record. 1948, 101, 225. — 9. Rauber, A., Elasticität und Festigkeit der Knochen, Leipzig, 1876. — 10. Sedlin, E. D. In: Xth Congress of the International Society for Orthopaedic Surgery and Traumatology. Paris, 1966. — 11. Seppo, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 5, 52—54. — 12. Seppo, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 4, 284—289. — 13. Wertheim, M. G. Ann. chim. phys., 1847, 21, 385.

РЕЗЮМЕ. Топография сопротивляемости верхнего конца бедренной кости и металлический остеосинтез. А. И. Сеппо. Созданная топография послойной сегментарной сопротивляемости скелетной системы человека свяжет клиническую оперативную костновосстановительную хирургию с основой технических наук — сопротивлением материалов в клиническом приложении с учетом биологических особенностей живой кости. Базирующиеся на этой основе расчеты прочности металлического остеосинтеза субкапитальных, трансцервикальных и базально-цервикальных переломов позволяют теперь хирургам производить остеосинтез с заранее известной устойчивостью к нагрузке как кости, так и металла. Опытная проверка показала, что при остеосинтезе трех- или двухлопастным гвоздем с диафизарной накладкой или без них, так же при замене гвоздя шурупом или штопором, напряжение, возникающее на опорной площади контакта кости с металлом при ходьбе больного и даже в момент подъема в сидячее положение, всегда больше сопротивляемости кости смятию (σ см).

При остеосинтезах с предложенной конструкцией впервые получается приблизительно трехкратный запас прочности кости в условиях переменной нагрузки. Под нагрузкой головка скользит по почти вертикально поставленной металлической шине до получения основной опоры кости в кость по широкой плоскости перелома. На металл падает меньшая нагрузка. Металлическая конструкция больше не держит на себе отломанную головку как на полке, а только предохраняет контакт кости в кость от соскальзывания. Полученный запас прочности кости после остеосинтеза перелома позволяет восстановить опорность конечности после операции, до сращения перелома.

Знание послойной топографии сопротивляемости шейки бедренной кости упрощает эту ныне сложную операцию и делает ее доступной молодым хирургам. В операционных без специального оборудования теперь эта операция успешно выполняется под местным обезболиванием за 10—30 минут вместо прежних 2—3 часов. Не требуется предоперационного скелетного вытяжения, а послеоперационное пребывание в стационаре составляет всего 2—3 недели. Таким образом, сокращается пребывание больного в стационаре в четыре раза. Разумеется, во столько же раз сокращаются расходы на лечение больного.

Tallinna Tõnismäe Haigla

KIRURGILINE RAVI KAELA MAGISTRAALARTERITE ATERO- SKLEROOTILISE OKLUSEERUVA KAHJUSTUSE PUHUL

ERNST RAUDAM
ENDEL TÖNDER

Tartu

UDK 616-089.844:616.831-005

Aordikaare suurte harude ja kaela magistraalararterite aterosklerootiline kahjustus tingib küllalt sageli aju verevarustuse puudulikkuse. E. Crawfordi ja kaasautorite (2) uurimistulemuste järgi põhjustas eespool nimetatud arterite kahjustus aju vereringe puudulikkuse sümptomide ilmumise 50%-l uuritavate üldarvust. Ülejäänud patsientidel olid aju isheemia nähud tingitud ajusiseste veresoonte kahjustusest. Ekstrakraniaalsete arterite aterosklerootiline kahjustus on tihti segmentaarset laadi, mistõttu aju verevarustuse puudulikkust on võimalik kõrvaldada rekonstruktiivsete operatsioonide abil.

Kaela magistraalararterite kahjustustest eristatakse põhiliselt kahte tüüpi (vt. joonis):

1) kaela magistraalararterite proksimaalsete (ehk tsentraalsete) osade (s. o. *aa. vertebrales*, *truncus brachio-cephalicus*, *a. carotis communis sinistra* algosa) kahjustus;

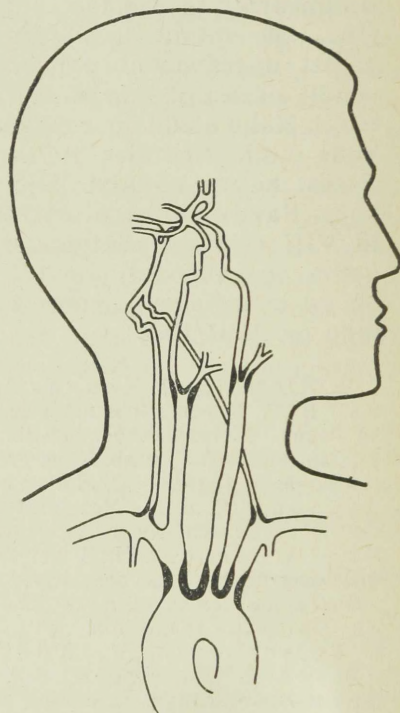
2) kaela magistraalararterite distaalsete (ehk perifeerset) osade (s. o. *aa. vertebrales* sisenemise koht koljuõõnde, *a. carotis communis*'e bifurkatsiooni piirkond, *a. carotis interna* ja *a. carotis externa* algosa) kahjustus.

Aju arteriaalse verevarustuse puudulikkuse põhjuseks on harva ühe, sagedamini aga mitme eespool nimetatud arteri samaaegne aterosklerootiline kahjustus.

Kaela magistraalararterite stenooside ja trombooside sümptoome on täpsustatud eriti viimase aastakümne jooksul. Need kliinilised sümptoomid võivad olla eri raskusastmega. Kui aju kollateraalareringe kaela magistraalararterite stenooside ja trombooside korral on hästi välja kujunenud, võivad aju isheemiale iseloomulikud sümptoomid kas puududa, esineda lühikest aega või tekkida periooditi. Kui kollateraalareringe on suhteliselt nõrgalt välja kujunenud, siis

võivad kaela magistraalararterite stenoosid ja tromboosid olla raskete ajuinfarktide põhjuseks. Haigetel, kellel kaela magistraalararterid on kahjustatud, võib aju vereringe kompensatsioonistmest üle minna dekompensatsioonistmesse. Üleminek võib toimuda nii südamegevuse nõrgenemise kui ka lühiajaliste vererõhu languste toimet. Samuti põhjustavad viimased stenooside üleminekut oklusioonideks, mis omakorda soodustavad ajuinfarktide süvenemist.

Kaela magistraalararterite proksimaalsete osade segmentaarset tüüpi kahjustuse korral ilmnevad aju verevarustuse puudulikkuse sümptoomid kas nõrgalt või puuduvad üldse, sest aju arteriaalne verevarustus kompenseeritakse ulatusliku kollateraalareringe arvel. Kaela magistraalararterite proksimaalsete osade



Kaela magistraalararterite aterosklerootilise okluseeruva kahjustuse tüüpilised kohad

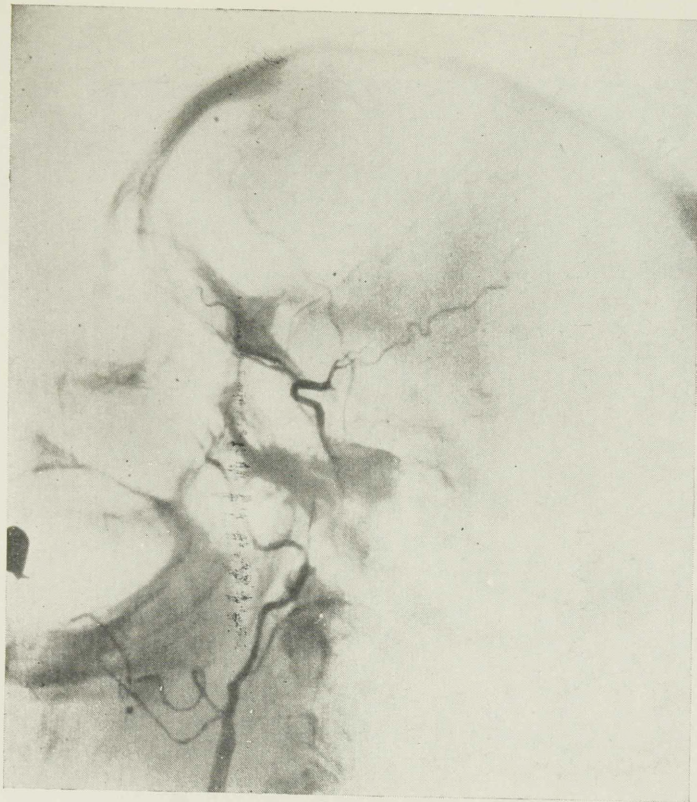


Foto 1. Arteriogrammil on nähtav seesmise unearteri oklusioon

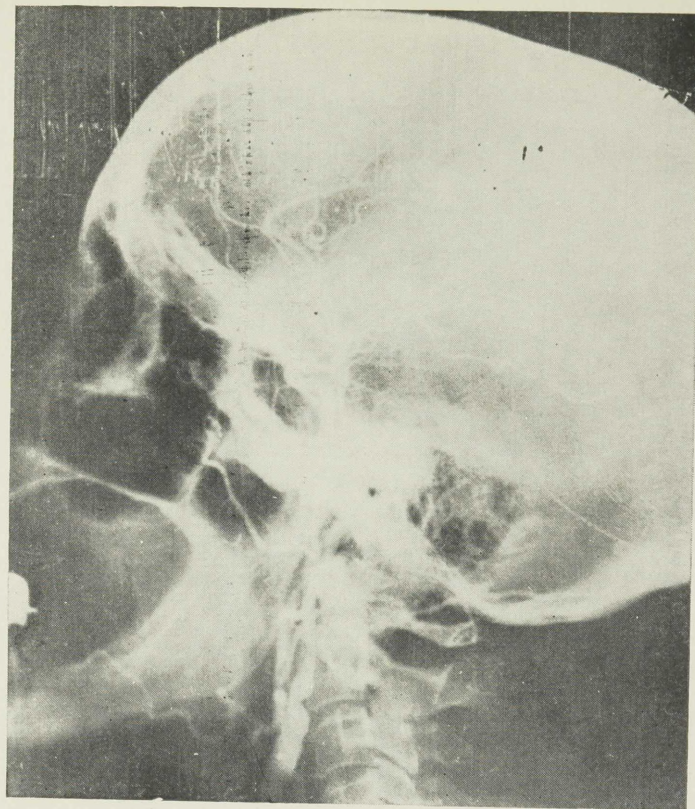
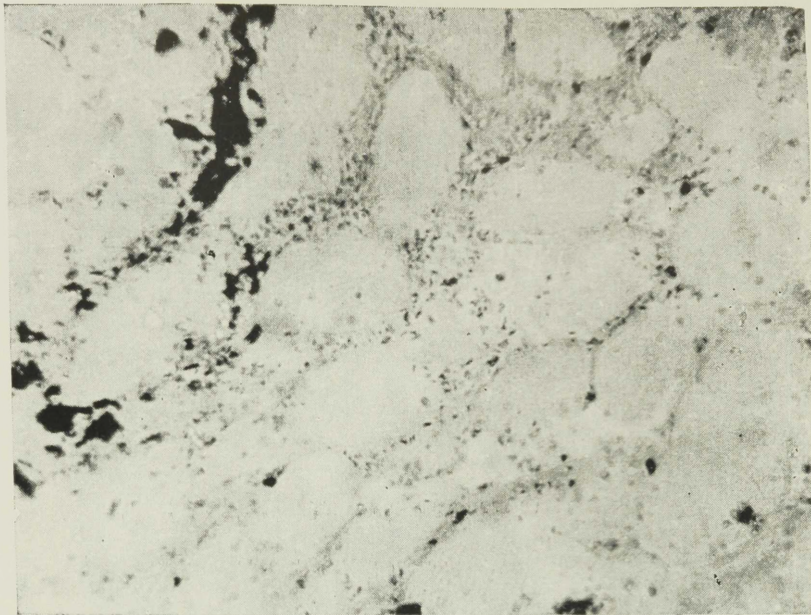


Foto 2. Arteriogrammil on nähtavad kontrastainega täitunud seesmine unearter ja koljusisesed arteriharud (arteriogramm on tehtud 2¹/₂ aastat pärast rekonstruktiivset operatsiooni)

M. Grinšov
A. Kofkin



Mikrofoto. Histoloogiline preparaat 7 päeva vanusest lihastransplantaadist. Sõeosakesed lihastransplantaadi endomüüsumis. Värving hematoksüliin-eosiiniga. Suurendus 60×20



H. Kääri

Kraniogrammil on nähtavad intrakraniaalsed sirbikujulised lubjastused basaalganglionide piirkonnas

kahjustuse segmentaarne laad jääb püsima ka siis, kui stenoos läheb üle oklusiooniks.

Kaela magistraalarterite distaalse osa (s. o. *a. carotis interna* algosa ja *a. carotis communis*'e bifurkatsiooni piirkond) kahjustuse korral on aju isheemiale iseloomulikud sümptoomid (eelmisteh kahjustustega võrreldes) suhteliselt tugevamiini välja kujunenud. Seda võib seletada asjaoluga, et kollateraalareringe väljakujunemiseks on seal võimalusi vähem. Erinevalt kaela magistraalarterite proksimaalse osa kahjustusest täheldatakse kaelaarterite distaalses osas oklusioonide tekkimisel ulatuslikku trombide levikut kuni aju põhimikuni. Sealjuures kujunevad need tromboosid välja kuni 12 tunni vältel.

Kaela magistraalarterite kahjustustest on kõige sagedamini täheldatud segmentaarset stenoosi või oklusiooni *a. carotis interna* algosas või *a. carotis communis*'e bifurkatsiooni piirkonnas. Kliiniliste sümptomide kompleks võib olla kahe-sugune: 1) aju isheemia ajutised tunnused; 2) aju isheemia püsivad tunnused, mis võivad progresseeruda või osaliselt taandareneda.

A. carotis interna kahjustusest tingitud aju arteriaalse verevarustuse ajutise puudulikkuse tunnustest täheldatakse aju kahjustuse suhtes keha vastaspoole, eriti käe nõrkust. Kahjustus võib ilm-neda ainult käe nõrkusena, millega võib kaasneda motoorne afaasia. Mõnel juhul võib esineda ainult lühiajaline motoorne afaasia või käe- ja jalalihaste kloonilised krampid. Eespool kirjeldatud sündroomid võivad ilm-neda korduvalt, esi-neda lühikest aega päevade või nädalate kestel; harvem tekkida isegi mitukümmend korda päevas.

Aju isheemia püsivat laadi tunnused võivad *a. carotis interna* kahjustuse puhul tekkida kas pärast ajutise sündroomi ilmumist või kohe. Kõige iseloomuliku-maid tunnuseid sel puhul on optikopüramidaalne sündroom: kahjustatud ar-teri poolel tekib silma nägemisvõime püsiv või ajutine nõrgenemine ja keha vastaspoolel spastilist tüüpi nõrkus. Küllalt sageli on kas ainult ülajäseme nõrkus või kõnehäired (motoorne, sensoorne afaasia).

Objektiivselt täheldatakse *a. carotis communis*'e tugeva stenoosi või oklu-

siooni juhtudel samapoolse *a. temporalis superficialis*'e pulsatsioonide nõrgene-mist. *A. carotis interna* oklusiooni puhul aga on *a. temporalis superficialis*'e pul-satsioonid kahjustatud poolel isegi tugevamad kui vastaspoolel. Kaela magist-raalarterite tugeva stenoosi korral saab kuulatlemisel kindlaks määrata süs-toolse kahina arteri kahjustuse kohal.

Kaela magistraalarterite patoloogilis-est muutustest on sageduselt teisel kohal *a. vertebralis*'e ekstrakraniaalse osa kahjustus. Selle arteri stenoosi või oklu-siooni puhul tekivad kõige sagedamini ajutüve arteriaalse verevarustuse puudulikkuse intermiteeruvad tunnused. Mõnel juhul tekivad ka ulatuslikud infarkt-id ajutüves, isegi siis, kui ver-tebrobasilaarsüsteemi intrakraniaalse osa veresooned on läbitavad.

A. vertebralis'e ekstrakraniaalsest kahjustusest tingitud aju arteriaalse verevarustuse intermiteeruvad häired võivad olla järgmised: tasakaaluhäired, peapööritus koos iivelduse või oksenda-misega, kohin kõrvades koos kuulmis-võime nõrgenemisega, nägemishäired (skotoomid, fotopsia, «udu» silmade ees), nüstagmid, kahelinägemine, düsartria, düsfaagia, jäsemete nõrkused ja tead-vuse hägumine.

Need sümptoomid võivad olla kas aju-tised või püsivat laadi, üksikult või sündroomina esineda. Püsivat laadi ver-tebrobasilaarse verevarustuse puudu-likkuse sündroomid võivad tekkida kas pärast transitoorset vereringehäiret või ilma et viimati märgitud häiret oleks varem esinenud.

Viimase 15 aasta jooksul tehtud kae-la-magistraalarterite rekonstruktiivsete operatsioonide tulemused on näidanud, et õigel ajal opereerimine võimaldab kõrvaldada aju arteriaalse verevarus-tuse puudulikkuse. Nii on kirjanduse andmetel 1954. aastast kuni käesoleva ajani sooritatud üle 1000 kaela-magist-raalarterite rekonstruktiivse operatsioo-ni (3, 4). NSV Liidus on B. Petrovski kaastöolistega (1) aastail 1959...1966 teinud üle 70 kaela-magistraalarterite rekonstruktiivse operatsiooni. Koge-mustest nähtub, et aju arteriaalne vere-varustus paranes kõige paremini neil haigeil, kel olid ilmnenud aju isheemia transitoorsed tunnused.

Küllaltki häid tulemusi on andnud

Operatsioonimeetodid aju arteriaalse verevarustuse parandamiseks

Operatsiooni nimetus	Opereeritud haigete arv
<i>A. carotis interna</i> ja <i>a. carotis communis</i> 'e trombektoomia	12
<i>Truncus brachio-cephalicus</i> 'e sünteetimine	1
<i>A. vertebralis</i> 'e trombendarterektoomia	1
<i>A. carotis externa</i> transplantatsioon <i>a. carotis interna</i> 'sse	1
Periarteriaalne sumpatektoomia koos <i>a. thyreoidea</i> ligeerimisega	5
Kokku	20

nende patsientide ravimine, kellel infarkti tunnused olid välja kujunenud. Aju arteriaalne verevarustus paraneb peamiselt siis, kui kaelaarterite rekonstruktiivne operatsioon tehakse esimese ööpäeva vältel pärast ajuinfarkti tunnuste ilmumist.

Järeldub, et haiged, kel aju arteriaalse verevarustuse puudulikkuse põhjusena eeldatakse kaela magistraalararterite kahjustust, tuleks viivitamatult hospitaliseerida neurokirurgia- või neuroloogiaosakonda. Seal saab teha arteriograafilisi, elektroentsefalograafilisi ja reograafilisi uuringuid, mille alusel on võimalik täpsustada kaela magistraalararterite taastava operatsiooni näidustusi.

Ajavahemikul 1963...1968 meie opereeritud 20 haigest kaheksal oli rekonstruktiivse operatsiooni näidustuseks aju arteriaalse verevarustuse transitoorne puudulikkus. Ülejäänud 12 patsiendil aga oli üks kehapool enne operatsiooni püsivalt halvatud.

Aju arteriaalse verevarustuse puudulikkuse vähendamiseks rakendatud operatsioonimeetodid on esitatud tabelis.

Kaela magistraalararterite rekonstruktiivsete operatsioonide tulemusena paranes aju arteriaalne verevarustus 11- (15 haigest).

Haigetel, kel enne operatsiooni olid esinenud transitoorsed hemi- ja monoparesid või paresteesia, pärast operatsiooni need sümptomid puudusid. Kel üks kehapool oli püsivalt halvatud, konstateeriti halvatus tunduvalt vähenemist.

Esitame ühe haigusloo väljavõtte.

55-aastaselt naispatsiendil (haiguslugu nr. 674/63) olid nädala eest järsku tekkinud parema kehapoolse halvatus ja motoorne afaasia, mis püsisid haiglasse saabumiseni. Haiglas tehti vasakust unearterist arteriogramm perkutaansel meetodil. Arteriogrammil täheldati vasaku seesmise unearteri umbumist (vt.

tahvel IX, foto 1). Samal päeval haiget opereeriti. Seesmise unearteri avamisel selgus, et arteri algosas oli ühe cm pikkune ateroskleroosiline tromb, millest distaalsemal paiknes veel kaheksa cm pikkune värske tromb. Pärast *a. carotis interna* trombendarterektoomiat tekkis distaalsemal asuvast arteriosast tugev arteriaalse vere tagasivool. Arteriotoomia suleti lavsaanist lapi abil. Operatsioonijärgsel perioodil tüsistusi ei tekkinud. Haiglast välja kirjutamisel oli parema kehapoolse paralüüsi taandarenenud ja paranenud oli ka kõnevõime. 2,5 aastat pärast operatsiooni tehtud arteriogramm (vt. tahvel IX, foto 2) kinnitas, et *a. carotis interna sinistra* oli läbitav.

Nii kirjanduse andmetest kui ka meie kogemustest järeldub, et taastavad operatsioonid unearterite tugevate stenootide ja oklusioonide ravis õigustavad end täiesti. Ka aju arteriaalse verevarustuse püsiva puudulikkuse korral on aju verevarustust võimalik parandada kaela magistraalararterite rekonstruktiivsete operatsioonide abil.

KIRJANDUS: 1. Петровский, Б. В. и др. Вестник Академии медицинских наук СССР, 1967, 6, 15—19. — 2. Crawford, E. S. et al. The Surgical Clinics of North America, 1966, 46, 4, 825—829. — 3. Crawford, E. S., De Bakey, M. E. Modern Treatment, 1965, 2, 1, 36—51. — 4. Rob, C. G. Proc. Roy. Soc. Med., 1959, 52, 549.

РЕЗЮМЕ. О возможности хирургического лечения атеросклеротических окклюзионных поражений магистральных артерий шеи. Э. И. Раудам, Э. О. Тюндер. Атеросклеротические поражения магистральных артерий шеи чаще бывают сегментарными и располагаются в дистальной или проксимальной областях шеи. При сегментарном поражении артерий шеи в проксимальной области, благодаря развитию коллатерального кровообращения, симптомы недостаточности артериального кровоснабжения мозга выражены меньше, чем при поражении артерий шеи в дистальной области, где имеется меньше возможностей развития коллатералей.

Недостаточность артериального кровоснабжения мозга развивается в результате поражения магистральных артерий шеи и может быть переходящей или постоянной. При поражении внутренней сонной артерии развивается

оптико-пирамидальный синдром. При поражении позвоночных артерий появляются нарушения равновесия, головокружение, понижение слуха и т. д.

Для уточнения возможности оперативного вмешательства дополнительно к клиническим исследованиям необходимо произвести вазографические исследования магистральных артерий шеи.

Оперативному вмешательству на магистральных артериях шеи было подвергнуто 20 больных. В 15 случаях были произведены реконструктивные операции и в 5 случаях — периртериальная симпатэктомия артерий шеи с одновременным лигированием верхней щитовидной артерии.

В послеоперационный период из 15 больных, подвергнутых реконструктивным операциям, у 11 отмечено значительное улучшение

артериального кровоснабжения мозга. Значительное улучшение отмечено и у большинства тех больных, которым были произведены реконструктивные операции при переходящих симптомах недостаточности мозгового кровообращения. Хорошие результаты наблюдались и в тех случаях, когда реконструктивные операции на магистральных артериях шеи производились в течение первых суток после развития стойких нарушений мозгового кровообращения. Если же после возникновения стойких нарушений мозгового кровообращения прошло более длительное время, то результаты лечения — неутешительные.

TRÜ Arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia ning teaduskonnakirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateeder

AORDI JA JÄSEMETE MAGISTRAALARTERITE ÄGEDA OKLUSIOONI RAVI NÄIDUSTUSTEST

**ARTUR LINKBERG LEMBIT ROOSTAR
ENDEL TÖNDER KALJU PÖDER
HENNO TIKKO KARL KULL**

Tartu

UDK 616-089.844:616.831-005

Veresoonte kirurgia on viimastel aastakümnetel eriti kiiresti edasi arenenud. Tänu uutele ravimeetoditele on palju tõhusamaks muutunud arteriaalsete embooliate ja ägedate trombooside ravi. Kuid seni pole veel tehtud lõplikke järeldusi, millistel näidustustel peaks nimetatud raskeid haigusi kirurgiliselt ravima.

Mõned autorid, nagu S. Zabolajev (1), A. Mjasnikov ja kaasautorid (4), J. Tšazov (8), ravivad konservatiivselt kõiki jäsemete magistraalarterite embooliat ja ägedat tromboosi põdevaid haigeid ilma erandita. H. Shumacker ja I. Mandelbaum (13), C. Barker ja kaasautorid (9) peavad ainsaks tõhusaks ravimeetodiks embol- või trombektoomiaat ja seda isegi küünarvarre- ning säärearterite ägeda sülguse juhtudel.

Suurem osa autoreist rakendab nii kirurgilist kui ka konservatiivset ravi [I. Zatevahhin (2), Z. Oglobina (5), B. Petrovski ja kaasautorid (6), A. Linkberg ja kaasautorid (12) jt.], kusjuures valikmeetodiks on emboli või trombi kirurgiline eemaldamine.

Konservatiivselt ravitakse haigeid,

keda ei saa opereerida väga raske üldseisundi tõttu, küünarvarre- ja säärearterite ägeda sülguse [B. Petrovski ja kaasautorid (6), V. Saveljev ja I. Zatevahhin (7)] ja mõnel juhul öndlaarteri ägeda oklusiooni korral [R. Darling ja kaasautorid (11)]. Konservatiivne ravi annab tulemusi haiguse esimese kuue tunni jooksul [V. Žmur (3)]. E. Clifftoni ja R. Clarke'i (10) ning D. Wagneri ja kaasautorite (14) arvates võib konservatiivset ravi edukalt rakendada esimese kolme ööpäeva jooksul pärast haigestumist.

Kirurgilise ravi puhul ei ole ajal olulist tähtsust. Küll aga on oluline kahjustatud jäsme objektiivne seisund [B. Petrovski ja kaasautorid (6) jt.]. Kuid jäsme gangreeni tunnused puuduvad, peab toimuma embol- või trombektoomia; kui need aga ilmnevad, tuleb jäse amputeerida.

Käesolevas töös on vaatluse all Tartu Linna Kliinilise Haigla veresoonte kirurgia osakonnas aastail 1960...1967 ravitud 60 haiget, kel oli diagnoositud aordi bifurkatsiooni või jäsemete magistraalarterite ägedat tromboosi või embooliat.

Vanuse järgi jaotati haiged järgmiselt: kuni 45 aastat 9 haiget, 46... 60 aastat 14 ja üle 60 aasta 37 haiget. Nendel esines kokku 70 jäseme arteri äge sulgus (emboolia 49 ja äge tromboos 21 juhul). Arteri äge oklusioon oli aordi bifurkatsioonis 5, niudearterites 9, reiararterites 16, õndlaarteris 17, aksillaar- ja õlavarearterites 18, küünarvarre- ja säärearterites 5 juhul.

60% haigetest saabus ravile väljastpoolt Tartut, mistõttu ravi mõnevõrra hilines. Arteri ägeda sulguse ravi alustati esimese ööpäeva jooksul 41 juhul (s. o. 58,5%, vt. tabelid 1 ja 2).

45 haigele, kellel ilmnes arteri äge oklusioon 51 jäsemes, tehti embol- või trombektomia. 12 korral täheldati arterite kitsenemist ja ahenemist ateromatoosse protsessi tõttu. Seepärast tehti nendele haigetele koos emboli või trombi eemaldamisega rekonstruktiivne operatsioon: trombendarterektoomia või sunteerimine.

15 haige raviks, kel oli diagnoositud 19 jäseme arteri ägedat oklusiooni, kasutati antikoagulante, fibrinolüütilisi vahendeid, analgeetikume ja spasmo-lyütikume.

Tabel 1

Arterite ägeda oklusiooni konservatiivse ravi tulemuste sõltuvus ravi alustamise ajast (juhtude arv)

Haigestumisest ravi alustamiseni möödunud aeg	Juhtude üldarv	Verevarustuse		Gangreeni teke
		taastumine	paranemine	
Kuni 24 tundi	11	5	4	2
2...3 ööpäeva	7	—	4	3
Üle 3 ööpäeva	1	—	1	—
Kokku	19	5	9	5

Tabel 2

Arterite ägeda oklusiooni kirurgilise ravi tulemuste sõltuvus ravi alustamise ajast (juhtude arv)

Haigestumisest ravi alustamiseni möödunud aeg	Juhtude üldarv	Verevarustuse		Gangreeni teke
		taastumine	paranemine	
Kuni 24 tundi	30	13	10	7
2...3 ööpäeva	9	4	2	3
Üle 3 ööpäeva	12	3	5	4
Kokku	51	20	17	14

12 haiget (20%) olid kliinikusse saabumisel väga raskes seisundis, mille põhjuseks olid südame ja veresoonte süsteemi patoloogia või pahaloolumulised kasvaja. Nad kõik olid üle 60 aasta vanad, kellest 5-le tehti kohe embol- või trombektomia; 7 haiget raviti konservatiivselt. Kirurgiliselt ravitud haigeist 4-l ja konservatiivselt ravituist 2-l kadusid jäsmete isheemia nähud.

Aordi bifurkatsiooni ja jäsmete magistraalararterite ägeda oklusiooni nii konservatiivse kui ka kirurgilise ravi tulemused sõltuvad kahjustuse lokalitatsioonist (vt. tabel 3 ja 4).

Tabelite andmeil enamiku tugeva isheemia tunnustega jäsmete arteriaalne verevarustus nii konservatiivse kui ka kirurgilise ravi tulemusena kas taastus täiesti või paranes osaliselt. Kui jäseme vereringe oli taastunud, täheldati perifeersetes arterites (*a. radialis*, *a. tibialis posterior*, *a. dorsalis pedis*) pulssatsiooni. Osaliselt paranes jäseme vereringe (vereringe taastumise teel) kahjustatud arteri peatüvest lähtuvates kollateraalides.

Ravitulemuste analüüs näitab, et arteri ägeda oklusiooni ravi on tulemusrikkam haiguse varajases staadiumis. Nagu tabelitest 1 ja 2 selgub, on tulemused kõige paremad nendel haigetel, kellel ravi alustatakse esimese 24 tunni jooksul pärast haigestumist. Mida hiljem ravi alustatakse, seda halvemad on tulemused.

Konservatiivne ravi annab häid tulemusi ainult haiguse varajasel perioodil, esimese 12 tunni jooksul. Sel ajal ei ole embol arteri seinaga veel tugevasti liitunud ja ta võib kergesti laguneda antikoagulantide ning fibrinolüütiliste ainete toimel. Nii taastus või paranes verevarustus 11 ravitud 9-l, kui ravi alustati esimese 24 tunni kestel pärast haigestumist.

Kirurgilise raviga saab jäseme verevarustust taastada või osaliselt parandada ka hilisemal haigusperioodil, kui gangreeni veel ei ole tekkinud. Nii likvideeriti jäsmete tugev isheemia 12 ravitud 8-l, kui neid opereeriti hilisemal haigusperioodil, s. o. siis, kui haigus oli kestnud üle kolme ööpäeva. Nendel juhtudel tehti arterite rekonstruktiivsed operatsioonid, sest embolid ja trombid olid ateroskleroosi tõttu muutunud arteri seinaga tugevasti liitunud.

Tavaliselt oli neil haigeil arteri peatüve ja mõnikord ka suuremate harude sekundaarne tromboos.

Arteri ägeda sulguse ravis ei ole tähtis ainult jäseme säilitamine, vaid tähtis on ka jäseme normaalse funktsiooni taastamine. Selleks tuleb arteri sulgus täiesti likvideerida. Meie 19 patsiendist 5-l taastus verevool konservatiivse ja 51-st 20-l kirurgilise ravi tulemusena (vt. tabelid 3 ja 4). Need arvud kinnitavad, et emboli või trombi eemaldamine on põhiline meetod arterite ägeda oklusiooni ravis. Kui haige üldseisund on väga raske, tuleb paratamatult piirduda konservatiivse ravi võtetega.

Reiearteri ja õndlaarteri ägeda sulguse juhtudel ei paranenud alajäseme arteriaalne verevarustus kirurgilise ravi tulemusena neil patsientidel, kel säärearterid aterosklerootilise kahjustuse tõttu olid tugevasti ahenenud. Et säärearterite seisundit enne operatsiooni on suhteliselt raske hinnata, siis on õigem valida kas trombektoomia või embolektomia. Reie- ja õndlaarterite kahjustuse puhul ja erandjuhtudel, sõltuvalt haige üldseisundist ja haiguse laadist, oleks õigem konservatiivne ravi.

Kõikidel juhtudel, kui on arenenud jäseme gangreen, tuleb jäse amputeerida.

Kokku võttes peab rõhutama järgmist.

Kirurgilist ravi tuleks rakendada jäsemete magistraalarterite ägeda oklusiooni juhtudel, sest operatsioonide tulemused on suhteliselt paremad kui konservatiivse ravi tulemused.

Arterite rekonstruktiivse opereerimise viisidest on soovitatavad embolektomia ja trombendarterektoomia.

Arteri seina tugeva kaltsinoosi korral tuleb arteri ägeda oklusiooni ravi eesmärgil arter šunteerida.

Konservatiivne ravi oleks omal kohal peamiselt nende haigete puhul, keda raske üldseisundi tõttu ei ole võimalik opereerida.

KIRJANDUS: 1. Забозлаев С. С. Здравоохран. Казахстана, 1965, 2, 20—21. — 2. Затевахин И. И. Эмболии магистральных артерий конечностей (Клиника, диагностика, лечение). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 3. Жмур В. А. В кн.: Руководство по хирургии X. 1964, М., гл. XXII, 576—647. — 4. Мясников А. Л. и др. Кардиология, 1964, 1, 3—8.

Tabel 3

Arterite ägeda oklusiooni konservatiivse ravi tulemuste sõltuvus oklusiooni asukohast (juhtude arv)

Sulguse asukoht	Juhtude üldarv	Verevarustuse		Gangreeni teke
		taastumine	paranemine	
Niudearter	4	1	2	1
Reiearter	2	—	—	2
Õndlaarter	6	3	2	1
Aksillaar- ja õlavarrearter	2	—	2	—
Küünarvarre- ja säärearter	5	1	3	1
Kokku	19	5	9	5

Tabel 4

Arterite ägeda oklusiooni kirurgilise ravi tulemuste sõltuvus kahjustuse asukohast

Sulguse asukoht	Juhtude üldarv	Verevarustuse		Gangreeni teke
		taastumine	paranemine	
Aordi bifurkatsioon	5	—	3	2
Niudearter	5	3	—	2
Reiearter	14	3	7	4
Õndlaarter	11	5	3	3
Aksillaar- ja õlavarrearter	16	9	4	3
Kokku	51	20	17	14

— 5. Оглобина З. В. Острая артериальная непроходимость. Л., 1955. — 6. Петровский Б. В. и др. Хирургия, 1966, 4, 3—9. — 7. Савельев В. С., Затевахин И. И. В кн.: Частная хирургия болезней сердца и сосудов. М., 1967, 616—627. — 8. Чазов Е. И. Тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней. Москва—Варшава, 1966. — 9. Barker, C. F., Rosato, F. E., Roberts, B. Surg. Gynecol. and Obstetr., 1966, 123, 22—26. — 10. Clifton, E., Clarke, R. Amer. J. Surg., 1962, 103, 2, 173—179. — 11. Darling, R. C., Austen, W. S., Linton, R. R. Arterial embolism. Surg. Gynecol. and Obstetr., 1967, 124, 1, 106—114. — 12. Linkberg, A., Pille, A., Pöder, K. TRÜ Toimetised, 1964, 163, 9, 14—17. — 13. Shumacker, H. B., Mandelbaum, I. Amer. J. Surg., 1962, 28, 4, 199—205. — 14. Wagner, D. E. a. o. Arch. Surg., 1965, 91, 5, 712—715.

РЕЗЮМЕ. О показаниях к лечению острой окклюзии аорты и магистральных артерий конечностей. А. Я. Линкберг, Л. А. Роостар, Э. О. Тюндер, К. А. Пыдер, Х. Х. Тикко, К. Ю. Кулль. В настоящее время, исходя из данных литературы, еще не имеется единой точки зрения в лечении острых окклюзий артерий конечностей.

В отделении сосудистой хирургии Тартуской городской клинической больницы на лечении находились 60 больных — всего 70 случаев острых тромбозов и эмболий бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей. Из них 45 больных лечили оперативными и 15 — консервативными методами.

При оперативном лечении кровообращение в конечностях улучшилось у 20 и восстановилось у 17 больных. В результате медикаментозного лечения кровообращение в конечностях восстановилось у 5 и улучшилось у 9 больных.

Оперативное лечение — тромб- или эмболэктомия — являлось методом выбора. Этому

методу лечения подвергались все больные с любой локализацией и стадией острой закупорки артерий при наличии тяжелых ишемических явлений в конечностях.

Медикаментозное лечение антикоагулянтами, фибринолитическими и спазмолитическими средствами применяли впервые до 24 часов заболевания, при локализации закупорки в артериях предплечья и голени, — больные находились в довольно удовлетворительном состоянии с наличием компенсированного кровообращения конечности. Консервативному лечению подвергались больные, которым операция была противопоказана вследствие крайне тяжелого общего состояния.

TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateeder

Tartu Linna Kliiniline Haigla

KIRURGILINE RAVI KROONILISE TROMBOFLEBIIDI JA POSTTROMBOOTILISE SÜNDROOMI JUHTUDEL

**JURI MANNISTE
REET KÖRGMA**

Tallinn

UDK 616-089.844:616.14-002

Venoosse hüpertensiooni ja staasi kõrvaldamine etendab alajäseme posttrombootilise sündroomi ning kroonilise tromboflebiidi ravimisel kõige tähtsamat osa. Üksnes kirurgiline ravi, mille puhul katkestatakse venoosse vere tagasivool perifeersetesse veeniosadesse ja likvideeritakse passiivsed verebasseinid, loob eeldused püsivamaks paranemiseks (2, 3, 7).

Venoosse staasi piirkondi saab toopilisel määrata flebograafia abil. Staasi pindmises süsteemis tähistatakse kui veenipuudulikkuse I astet, süvade veenide süsteemis II, kummaski süsteemis III astet [J. Männiste (4)]. Sõltuvalt veenipuudulikkuse astmest valitakse operatsioonitaktika. Mitte igasugune kirurgiline ravi (näiteks üksikute laienenud pindmiste veenide resetseerimine III astme veenipuudulikkuse korral) ei too patsiendile olulist kergendust. Kui funktsionaalselt puudulike klappidega ühendusveenid jäävad sulgemata, siis ei

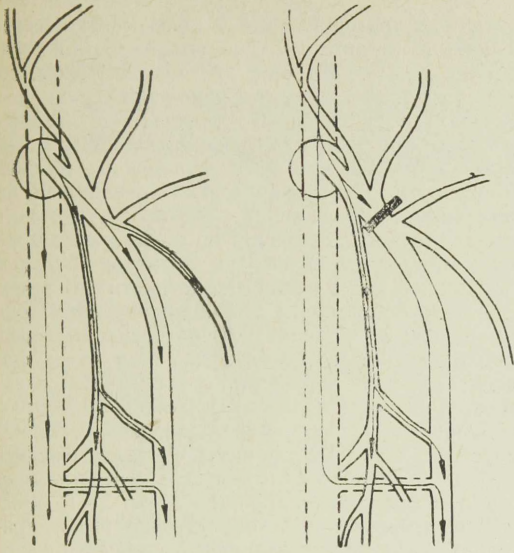
ole uute veenilaiendite tekkimise võimalus välistatud.

Meie kogemused hõlmavad 28 operatsiooni kroonilise tromboflebiidi ja 32 operatsiooni posttrombootilise sündroomi korral. 29 patsiendil oli varem tehtud üks või mitu veenide operatsiooni (20 patsiendil posttrombootilise sündroomi ja 9-l kroonilise tromboflebiidi tõttu).

Retsidiivide tekkimisel võisime reeglipäraselt täheldada järgmist:

I. Kui *v. saphena magna* ligeeritakse madalalt ilma tema reieosa resetseerimiseta, võib retsidiive hõlpsasti tekkida järgmistel põhjustel.

1) Suure nahaaluse veeni suubumiskohal reieveeni esimene sageli hargneb. Kui ligeeritakse ainult üks haru, jääb püsima tagasivool (vt. joon. 1 a ja b). Niisuguseid variante oleme leidnud retsidiiveerunud kroonilise tromboflebiidi juhtudel.



Joonis 1 a. Suure nahaaluse veeni suubumiskohal reieveeni tekib sageli veeni hargnemine

Joonis 1 b. Ainult ühe haru ligatuuri korral jääb püsima vere taegasivool

2) Reieveen anastomoseerub *v. saphena magna*'ga ka reie keskmises ja alumises kolmandikus, mille kaudu tagasivool jääb samuti püsima.

3) Kui *v. saphena magna* ligeerida, ilma et teda ulatuslikumalt resetseeritaks, siis tekivad armkoos kergesti sillakujulised anastomoosid *v. saphena magna* pika kõndi ja ligatuurist distaalsel paikneva veeni vahel (vt. joonis 2). Anastomoose oleme täheldanud III astme veenipuudulikkuse korral, kui esines *v. femoralis*'e klappide kahjustus. Kahel juhul oli tekkinud isegi *v. saphena magna* pika kõndi tromboos. Trombi saba väljus *v. femoralis*'e valendikku ja põhjustas selle osalise sulguse.

II. Säarel leidsime laienenud ühendusveenid retsidiveerunud veenilaiendite ja enamasti *v. tibialis posterior*'i süsteemi vahel, millest toimuski retrograadne verevool pindmisse süsteemi. Üksnes pindmiste veenide eemaldamise korral, kui funktsionaalselt puudulikud ühendusveenid olid säilinud, ilmnes flebektatiline varikoos hüpertensiooniga kogu nahaaluses veenivõrgustikus. Sellega kaasnes induratsioon.

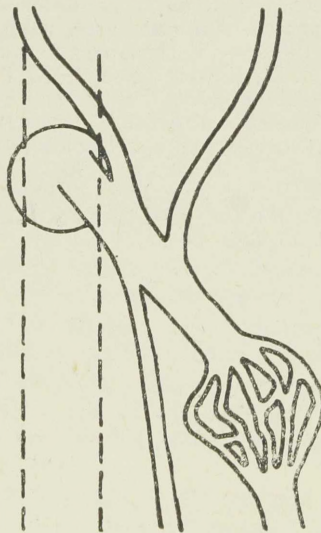
III. Pärast pindmiste veenilaiendite skleroseerumist (7 juhul) olid tekkinud difuussed flebektasiad koos üksikute

ulatuslikumate laienditega. Viimased olid tavaliselt *vv. communicantes*'te kaudu ühenduses *v. tibialis posterior*'iga. Nendel juhtudel tegime flebograafia abil kindlaks ka süvade veenide funktsionaalse puudulikkuse. Flebiidijärgne induratsioon oli eriti tugev.

Eespool kirjeldatud tähelepanekud näitavad, et üksnes pindmiste veenikomude eemaldamine (funktsionaalselt puudulike ühendusveenide ligeerimiseta ja *v. saphena magna* reieosa resektsioonita) ei väldi retsidiivide tekkimist.

Seetõttu tuleb eelistada Lintoni operatsiooni, mille puhul sääre ühendusveenid ligeeritakse subfastsiaalselt. Väheldase induratsiooni või minimaalse funktsionaalse turse ilmnemisel oleme opereerinud ka Cocketti järgi, kusjuures ühendusveenid ligeeritakse suprafastsiaalselt. *V. saphena magna* ligeeritakse suubumiskohal koos kõikide harudega. Veeni reieosa aga väljutatakse retrograadselt Babcocki sondi abil.

Posttrombootilise sündroomi korral, kui oli toimunud süvade veenide rekanalisatsioon, konstateerisime flebograafiliselt III astme veenipuudulikkust. Nendel juhtudel oleme samuti teinud Lintoni tüüpi operatsioone (29 haigel). Et sääre süvadele veenidele tugevamat kompressiooni saavutada, õmblesime fastsia duplikatuurina. Kuuetele haigele tegime konstriktiivse periflebiidi tõttu *v. femoralis*'e ülemise kolmandiku ja *v. iliaca superficialis*'e flebolüüsi, kahel juhul aga *v. poplitea* ekstravasaalse kla-



Joonis 2. Ligatuuri puhul ilma *v. saphena magna* ulatuslikuma resektsioonita tekivad armkoos kergesti sillakujulised anastomoosid

pi *m. gracilis*'e kõõlusest Psathakise meetodil. Viimati mainitust parema tulemuse andis aga *v. femoralis*'e resetseerimine allpool *v. femoralis profunda* suubumiskohta. Resektsiooni kohast kuni *v. tibialis posterior*'i suubumiskohani asendati reieveen intaktsete klappidega transplantaadiga *v. saphena magna*'st. Operatsiooni tulemusena vaevused kadusid ja sääre pindmiste veenide hüpertensioon taandus, ilma et veenilaiendeid oleks eemaldatud.

Tromboflebiidi ägenemise ja tromboosi retsidiiveerumise vältimiseks hakati jäseseid kõikidel juhtudel aktiivselt liigutama (juba esimesel operatsiooni järgsel päeval). Antikoagulante manustati ainult üksikjuhtudel.

Tromboosijärgse sündroomi korral peab ravi taktika olema rangelt individuaalne ja sõltuma objektiivsemate uurimismeetodite (fluoroflebograafia, pelvioflebograafia jt.) kasutamisel saadud andmetest.

Ravi taktika süvade veenide obliteerumise juhtudel pole veel lõplikult välja kujunenud. A. Filatov jt. (6), R. Askerhanov jt. (1), A. Pokrovski jt. (5), T. Kiss jt. (8) peavad perspektiivseks plastilisi operatsioone. Seni aga on neid kliinikutes tehtud ainult üksikjuhtudel.

KIRJANDUS: 1. Аскерханов Р. П. Мурочуев А. М., Магомедов М. И. В кн.: Восстановительная хирургия. Ростов-на-Дону, 1967, 32—34. — 2. Кобыляцкий И. Т. и Рудзей В. П. Вестн. хир. 1968, 4, 78—79. — 3. Мжельский В. С. Вестн. хир. 1968, 5, 92—98. — 4. Мяннисте Ю. Э. Сравнительная оценка различных диагностических методов при синдроме хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1968. — 5. Покровский А. В., Клионер Л. И., Державец Л. Х. В кн.: Восстановительная хирургия. Ростов-на-Дону, 1967, 37—38. — 6. Филатов А. Н. и др. В кн.: Восстановительная хирургия. Ростов-на-Дону, 1967, 30—32. — 7. Шабанов А. Н. и Сидорина Ф. И. Вестн. хир. 1968, 3, 100—102. — 8. Kiss, T., Poka, L. u. Kutas, J. Zbl. Chir. 1967, 92, 17, 602—605.

РЕЗЮМЕ. Хирургическое лечение при хроническом тромбофлебите и посттромботическом синдроме нижних конечностей. Ю. Э. Мяннисте, Р. А. Кыргма. Флебографическое обследование и оперативное лечение проведено у 28 больных хроническим тромбофлебитом и у 32 больных посттромботическим синдромом. Из них у 29 больных ранее были проведены одна или несколько операций на венах нижних конечностей. Анализ случаев с рецидивами после операции на венах выявил, что чаще имеется: 1) низкая лигатура большой подкожной вены при вливании ее в бедренную вену; 2) недостаточность соединительных вен между дистальной частью большой подкожной и бедренной вены в области средней и нижней части бедра; 3) мостикообразные анастомозы в рубцовой ткани между культей и дистальным стволом большой подкожной вены. 2) В области голени выявилась недостаточность соединительных вен между задними большеберцовыми и рецидивными расширенными поверхностными венами. 3) При склеротерапии выявились флебэктазии и рецидивные расширения, которые также коммуницировались с глубокими венами голени через расширенные соединительные вены.

Для предупреждения рецидива рекомендуются операции типа Линтона (подфасциальная лигатура соединительных вен) и резекция бедренной части большой подкожной вены с лигатурой всех ветвей ее в месте вливания их в бедренную вену.

При посттромботическом синдроме с реканализацией глубоких вен рекомендуется также операции типа Линтона (у 29 больных); для улучшения сдавления глубоких вен голени сшивалась мышечная фасция дубликатурой. У 6 больных при констриктивном перифлебите проведен флеболлиз подвздошной и верхней части бедренной вены. У 2 больных употреблялась клапанная пластика по Псатхакису. Отличный результат получен при резекции бедренной вены и замещении ее трансплантатом большой подкожной вены с интактными клапанами.

При хирургическом лечении посттромботического синдрома необходим индивидуальный подход к каждому случаю заболевания с учетом объективных данных, которые дают флебографические и другие исследования.

Tallinna Ed. Vilde nim. Pedagoogiline
Instituut

Tallinna Tõnismäe Haigla

E. COLI O4, E. COLI O6 JA E. COLI O15 SEROTÜÜPIDE UED SEROLOOGILISED JA BIOKEEMILISED VARIANDID

HARRY LÕIV

Tallinn

UDK 616.991.48

Enterokoliiti põdevate laste bakteriooloogilisel uurimisel leitakse 27% -l juhtudest kultuure, mida nimetatakse *paracoli*-kultuurideks (*Paracolobactrum coliforme*). *P. coliforme* erineb *E. coli*'st laktoosi aeglase käärimise või mitte-käärimise poolest.

Kõhulahtisuse korral peetakse *paracoli*'t düsbakterioosi näitajaks (1, 2, 3, 4, 5, 8). Tavalises laboratooriumis niisuguseid kultuure ei uurita (välja arvatud *E. coli* O124). Seepärast seadsime endale ülesandeks selgitada *E. coli* hulka kuuluva *paracoli* osatähtsust laste kõhulahtisuste etioloogias.

Aastail 1966...1968 uurisime 2402 kõhulahtisust põdevat last ja 130 tervet ema. Kontrollrühma kuulus 235 last, kes põdesid ülemiste hingamisteede põletikke ja mitmesuguseid muid lastehaigusi, ja 32 ema. Kultuuride biokeemiline identifitseerimine toimus vastavalt instruksioonile (6), kusjuures täiendavalt kasutasime mitmesuguseid biokeemilisi reaktsioone. Haigetelt isoleeritud ja valitud tüvedega 671-N, 2051-C, 19404-C, 4980-B ja 1032-A valmistasime aglutineerivad seerumid.

Kultuuride biokeemiliste omaduste uurimisel selgus, et tüüptüved on põhi-joontes sarnased; nad erinevad üksteisest väheste omaduste poolest. Nad kõik käärivad glükoosi happe ja gaasi moodustamisega (üksikud C-N tüved tekitasid ainult hapet), käärivad laktoosi 1...8 päevani (välja arvatud tüüp 4980-B), manniiti, maltoosi, ksüloosi, dulsiiti, ramnoosi, salitsiini, sorbiiti (erinevalt), arabinoosi, glütseriini, Christenseni agaril tsitraati, Na-malonaati ja Na-mukaati (erinevalt). Ninhüdriintest oli erinevalt positiivne, glutamiinhappe dekarboksüleerimine aga kõigil positiivne, indool- ja metüülpunase testid positiivsed. Enamik kultuuridest olid liikuvad (kõik 1032-A tüüpi kultuurid olid mitteliikuvad, sageli oli seda ka 671-N). Ükski kultuur ei käärinud sah-

haroosi, inosiiti, adoniiti, rafinoosi ega tsellobioosi. Negatiivsed tulemused andsid järgmised reaktsioonid: ureaas, H₂S, V-P, Simmonsi tsitraat, fenüülalaniin, oksüdaas, fenüülpropioonhape ja KCN.

Toatemperatuuril seismisel tekivad kultuurides 671-N ja 2051-C tütarlooniad, mis on laktoospositiivsed ja ei anna laktoosnegatiivseid variante, s. t. esineb *E. coli mutabile* fenomen.

Eespool mainitud viie *E. coli* laktoosnegatiivse tüvega valmistatud seerumi abil õnnestus tüpiseerida 235 isikult isoleeritud mikroobide kultuurid.

Kõige sagedamini tehti kindlaks C-N tüüp — 152 isikul. Nimetatud serotüüpe avastasime kõige sagedamini haigetel, kel oli diagnoositud enterokoliiti. Mainitud serotüüpe leidsime kontrollrühmas 15,3% -l lastest. Kõhulahtisus esines neil 75% -l juhtudest. Emadelt isoleeritud tüved olid enamikul juhtudest sarnased lastelt isoleeritud tüvedega.

Tüüptüved identifitseerisime seroloogiliselt etaloontüvede aglutineerimise teel meie valmistatud aglutineerivate seerumite abil. 2051-C, 19404-C ja 671-N tüvede seerumid aglutineerisid *E. coli* O4 etaloontüve. 4980-B seerum aglutineeris *E. coli* O6 ja 1032-A tüve seerum *E. coli* O15 tüve.

Antigeenide sarnasuse tegime kindlaks aglutiniinide adsorbeerimise teel. 2051-C tüüpi kultuurid aglutineerusid *Sh. flexneri* 2b seerumis. Tüvedel 2051-C, 19404-C ja 671-N oli *Alcalescens* O4 antigeen.

Avastatud serotüüpide etioloogilise osa tõestamiseks tegime haigete vere-seerumitega hemaglutinatsioonireaktsioonid. Aglutiniinide tiitri diagnostilise väärtusega tõus ilmnis serotüüpide 2051-C ja 671-N suhtes 28 lapsest 22-l ja serotüübi 4980-B suhtes 12 lapsest 8-l.

E. coli O4 ja *E. coli* O6 serotüüpe on harva avastatud lastel enterokoliitide (9, 10, 12, 13, 14, 15, 16) ja kuseteede

infektsioonide korral (18). Märgitud autorid ei maini, et nad oleksid isoleerinud laktoosi mittekäärivaid tüvesid. Ainult D. Matejovská (14) leidis 20 imikul laktoosnegatiivseid *E. coli* O4 kultuure.

E. coli O4 (tüüp 2051-C) sisaldab *Shigella flexneri* 2b antigeene, mille kohta andmeid kirjandusest ei õnnestunud leida.

Tüübid 2051-C ja 671-N kuuluvad *E. coli mutabile* hulka, mida selle serotüübi kohta varem pole kirjeldatud.

Et kõrvalekaldumised etaloontüvedest olid väga suured, siis otsustasime kultuurid saata identifitseerimiseks Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni Rahvusvahelisse Escherichia Keskusesse. Sealt saadud andmeil on tüvi 671-N *E. coli* O4: :H-. 2051-C ja 19404-C *E. coli* O4: :H1, 4980-B *E. coli* O6: :H1 ja 1032-A *E. coli* O15: :H-*. F. Kauffmanni (7) diagnostilises *E. coli* antigeenide skeemis puuduvad variandid *E. coli* O4: :H1 ja *E. coli* O15: :H-.

Kuigi tüvi 4980-B ei kääri laktoosi, kuulub ta *E. coli* hulka. Seisukoha, mille järgi *paracoli* on ainult düsbakterioosi näitaja, lükkasime ümber hemaglutinatsioonireaktsiooni tulemuste põhjal. *E. coli* O1—O25 on leitud tervetel lastel niisama sageli kui haigetel (19) või tervetel väga sageli (18). Seetõttu kinnitaks aglutiniinide tiitri määramine haige vereseerumis nende mikroobide patogeneetilist osa (11, 17, 19). Meie seroloogiliselt uuritud haigetel saime *E. coli* O4 ja *E. coli* O6 suhtes aglutiniinide tiitri diagnostilise tähtsusega tõusu.

Järeldused

1. Termin «*paracoli*» on aegunud ja selle all mõeldavad mikroobid on biokeemiliselt või seroloogiliselt tüpiseeritavad.

2. Võrreldes etaloontüvedega, võivad *E. coli* O4, O6 ja O15 serotüübid anda erinevaid biokeemilisi ja seroloogilisi variante, mis laktoosi käärivad aeglaselt või ei kääri üldse, ei liigu (*E. coli* O4: :H-, *E. coli* O15: :H-) ja aglutineeruvad *Sh. flexneri* seerumitega (*E. coli* O4).

* Täna südamest ja avaldan sügavat lugupidamist Ida Ørskovile kultuuride seroloogilise identifitseerimise eest.

3. Laste enterokoliitide etioloogiale tuleb senisest rohkem tähelepanu pöörata ja peale enteropatogeensete arvestada ka teiste *E. coli* serotüüpide osa.

KIRJANDUS: 1. Бямбажов Т. К. вопросу о причинах неустойчивого стула у детей раннего возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1962. — 2. Вильшанская Ф. Л., Штейнберг Г. Б. Антибиотики, 1965, 8, 755—760. — 3. Гамлешко Х. П. Научные записки. Читинский науч.-иссл. ин-т эпид., микроб. и гиг. Минздр. РСФСР, 1958, 4, 128—131. — 4. Гринзайд М. И. Сб. науч. тр. Куйбыш. науч.-иссл. ин-та эпид., микроб. и гиг., 1966, 4, 95—103. — 5. Дьякова Э. И. и др. Материалы II съезда эпидем., микроб. и инф. Азерб. ССР. Баку, 1963, 76. — 6. Инструкция по микробиологической диагностике кишечных заболеваний, вызванных шигеллами, салмонеллами и enteropatogennymi кишечными палочками. М., 1967. — 7. Кауфман Ф. Семейство кишечных бактерий. М., 1959. — 8. Красноголовец В. Н. Антибиотики, 1964, 4, 368—372. — 9. Banerjee, A., Chatterjee, D. N., Mukherjee, R. N. Ann. Biochem. a. Exper. Med. Calcutta, 1958, 18, 4, 121—124. — 10. Costin, I. D. Path. et Microb. (Basel) 1966, 29, 2, 214—227. — 11. Hardy, A. V. Bull. World Health Organ., 1959, 21, 309—319. — 12. Linzenmeyer, G. Zentralblatt für Bakteriologie, I, Orig., 1962, 183, 1/3, 74—83. — 13. Linzenmeyer, G., Schoppe, K., Schuster, W., Dtsch. Med. Wochenschrift, 1962, 87, 5, 246—249. — 14. Mătejovská, D. Tsit.: Sedláč, J., Rische, H., Enterobacteriaceae Infektionen. Leipzig, 1961. — 15. Nestorescu, N., Popovici, M. Peditria (Buc.), 1954, 2, 22—31. — 16. Nestorescu, N. e. a. Peditria (Buc.), 1956, 3, 214—221. — 17. Neter, E., Suskind, L. Journ. Pediatrics, 1958, 52, 38—41. — 18. Ujváry, G. Zentralblatt für Bakteriologie, I, Orig., 1958, 170, 6/7, 394—405. — 19. Ørskov, I. Acta Path. et Microb. Scand., 1956, 39, 2, 137—146.

РЕЗЮМЕ. Новые серологические и биохимические варианты серотипов *E. coli* O4, *E. coli* O6 и *E. coli* O15. Х. Д. Лы йв. В Таллинской больнице «Мериметса» исследовали бактериологическими методами 2042 детей, болевших поносом, и 162 матерей. Контрольная группа состояла из 235 детей с инфекциями дыхательных путей. У 27% детей было выделено «*Paracoli*». При помощи агглютинирующих сывороток, изготовленных с типовыми штаммами, были определены типы культур, выделенные у 235 больных. При сравнении названных культур с эталонными штаммами было установлено, что выделенные культуры являлись вариантами серотипов *E. coli* O4: :H-, *E. coli* O4: :H1, *E. coli* O6: :H1 и *E. coli* O15: :H-, которые на протяжении 24 часов не сбраживали лактозу. *E. coli* O4 имеет швейства *E. coli mutabile* и содержит антиген *Shigella flexneri* 2b, причем эти особенности данного серотипа раньше не описывались. Новыми серологическими вариантами является *E. coli* O4: :H1 и *E. coli* O15: :H-. Этно-

патогенетическая роль идентифицированных серотипов *E. coli* в возникновении энтероколитов была доказана положительными реакциями гемагглютинации.

На основании приведенных данных можно сделать вывод, что термин «*Paracoli*» является

устаревшим. Необходимы исследования, уточняющие биохимические и серологические свойства микроба, чтобы установить его принадлежность к определенному семейству энтеробактерий.

Tallinna Merimetsa Haigla

REUMA JA ANGIINI NING METEOROLOOGILISTE TEGURITE VAHELINE SEOS

ENNO KÕIV

Tapa

UDK 616-002.77:616.322-002:613.1 (474.2)

Käesoleva ajani on mitmeid eri seisukohti klimatogeograafilise keskkonna ja meteoroloogiliste tegurite osatähtsuse hindamisel reuma epidemioloogias.

Meteoroloogilisi tegureid peavad eriti tähtsaks T. O'Reilly (14), T. Nikonova (4), M. Petšnikova (6), D. Gross (12), O. Sokolova-Ponomarjova (8), M. Samsonov (7), T. Efendijev (10). Teiste autorite arvates aga on neil teisejärguline tähtsus [K. Kõrge (13), A. Nesterov, J. Sigidin (3), G. Orlova (5), J. Gordon jt. (2), R. Quinn jt. (15)].

Osa uurijaid koguni eitab meteoroloogiliste tegurite osa reuma etiopatogeneesis [L. Vilenski jt. (1), D. Tserengin (9), S. Greenhill jt. (11)].

Et reumasse haigestumine Eesti NSV-s on küllaltki sagedane, siis on meteoroloogiliste tegurite osatähtsuse väljaselgitamine oluline ravi ja profülaktikaabinõude tõhususe suurendamise seisukohalt.

Käesoleva töö ülesandeks oli uurida reumasse ja angiini haigestumise ja meteoroloogiliste tegurite vahelist seost Paide rajooni ja Tapa linna elanike hulgas (kokku 43 900 inimest) ajavahemikul 1960...1968, s. o. kaheksa aasta kestel.

Reumasse haigestumise näitajad määrgiti spetsiaalsele perfokaardile. Perfokaardi vormistas terapeut haige kliinisel uurimisel esmase või korduva ataki korral. Kõik reumahaiged dispanseeriti, sest dünaamiline jälgimine võimaldas oluliselt vähendada diagnoosimisvigu.

Kokku registreeriti 669 haiget järgmises vanuses: kuni 14 aastat 288, 15...24

aastat 176, 25...29 aastat 52, 30...39 aastat 91, 40...49 aastat 44, 50 või rohkem aastat 18 haiget. Haigestunute hulgast oli mehi 242 ja naisi 427. 344 haiget elas linnas, 325 maal.

Angiini haigestumise arvulised andmed võeti sanitaar- ja epidemioloogiajaama aruannetest (vorm nr. 85).

Paide rajoon ja Tapa linn kuuluvad Sise-Eesti kliimavaldkonda [A. Raik (16)]. Meteoroloogilised andmed saadi Eesti NSV Hüdrometeoroloogiateenistuse Valitsuse hüdrometeoroloogiafondist (Türi Meteoroloogiajaama andmed), summaarse radiatsiooni andmed aga Eesti NSV Teaduste Akadeemia Füüsika- ja Astronoomiainstituudi atmosfääri uurimise sektorist.

Meteoroloogilistest teguritest võeti arvesse kuu keskmine õhutemperatuur, sademete hulk, relatiivne õhuniiskus, atmosfäärirõhk, tuule kiirus, päikesepaisteliste tundide arv ja summaarne radiatsioon.

Eespool loetletud näitajate ja esmase või korduva reumasse haigestumise seosed (korrelatsioonikoefitsient r) arvutati raalil «Uraal-4».

Meteoroloogiliste tegurite ja reumasse haigestumise seosele iseloomulik korrelatsioonikoefitsient (r) arvutati sama kuu, järgmise ja ülejärgmise kuu kohta.

Uurimistulemuste analüüs näitab, et mõõdukad korrelatiivsed suhted ilmnevad reumasse haigestumise ja õhutemperatuuri, relatiivse õhuniiskuse, päikesepaisteliste tundide arvu ning summaarse radiatsiooni vahel (vt. tabel 1).

Tabel 1

Reumasse haigestumise ja kuude keskmiste meteoroloogiliste näitajate korrelatsiooni koefitsiendid ($p < 0,01$, $r > 0,2702$)

Meteoroloogiline tegur	Esmase haigestumine reumasse			Haigestumine reuma retsidiividesse			Üldine haigestumine reumasse		
	samal kuul	1 kuu hiljem	2 kuud hiljem	samal kuul	1 kuu hiljem	2 kuud hiljem	samal kuul	1 kuu hiljem	2 kuud hiljem
Keskmine õhutemperatuur	-0,4254	-0,4858	-0,3786	-0,3259	-0,3710	-0,3225	-0,5181	-0,5889	-0,4737
Keskmine sademete hulk	-0,3583	-0,2251	-0,1032	-0,1279	-0,1114	-0,1131	-0,3589	-0,2405	-0,1427
Relatiivne õhuniiskus	0,0474	0,2633	0,3940	0,0553	0,2599	0,3101	0,0679	0,3505	0,4796
Atmosfäärirõhk	0,2230	0,0937	0,0824	0,0316	-0,0241	-0,0969	0,1979	0,0627	0,0147
Tuule kiirus	0,1006	0,0373	0,0955	-0,0270	-0,0615	0,0477	0,0670	0,0027	0,1015
Päikesepaisteliste tundide arv	0,1680	-0,3591	-0,4337	-0,1556	-0,3187	-0,3738	-0,2188	-0,4588	-0,5451
Summaarne radiatsioon	-0,1781	-0,3680	-0,4286	-0,1860	-0,3187	-0,3814	-0,2431	-0,4661	-0,5451

Reumasse haigestumise (esmasel haigestumised ja retsidiivid) ja õhutemperatuuri vaheline seos on mõõdukas, vastassuunaline, korrelatiivne ning ilmneb üks kuu hiljem. Seevastu sademete hulgal on vähene vastassuunaline seos esmase reumasse haigestumisega samal kuul. Relatiivne õhuniiskus aga näitab mõõdukat samasuunalist seost reumasse haigestumisega 2 kuud hiljem.

Atmosfäärirõhul on vähene osatähtsus reumasse haigestumisel samal kuul; tuule kiirusega korrelatsiooni praktiliselt ei esine.

Päikesepaisteliste tundide arvuga on olemas mõõdukas vastassuunaline seos 2 kuud hiljem (nii esmase haigestumise kui ka retsidiivide puhul). Samasugust vastassuunalist korrelatsiooni on tähel-

Tabel 2

Angiini haigestumise ja kuude keskmiste meteoroloogiliste näitajate korrelatsiooni koefitsiendid ($p < 0,01$; $r > 0,2702$)

Meteoroloogiline tegur	Haigestumine angiini		
	samal kuul	1 kuu hiljem	2 kuud hiljem
Keskmine õhutemperatuur	-0,5956	-0,4850	-0,2584
Keskmine sademete hulk	-0,2513	-0,1268	0,0432
Relatiivne õhuniiskus	0,3704	0,5505	0,5704
Atmosfäärirõhk	0,1626	0,0558	-0,0542
Tuule kiirus	0,1049	0,1624	0,1743
Päikesepaisteliste tundide arv	-0,4833	-0,5792	-0,5336
Summaarne radiatsioon	-0,5003	-0,5915	-0,5331

datud summaarse radiatsiooni ja reumasse haigestumise vahel.

Meid huvitas ka angiini haigestumise võimalik seos eespool märgitud meteoroloogiliste teguritega aastail 1960... 1968. Andmed on esitatud tabelis 2.

On selgunud, et õhutemperatuur on maksimaalselt vastassuunaliselt mõõdukalt korrelatsioonis angiinidesse haigestumisega samal kuul. Ilmnes ka angiini haigestumise ja sademete hulga nõrk vastassuunaline korrelatsioon. Relatiivsel õhuniiskusel ja angiini haigestumisel on samasuunaline mõõdukas seos, suurim väärtus ilmneb 2 kuud hiljem.

Korrelatsioonikoefitsient on päikesepaisteliste tundide arvul ja summaarsel radiatsioonil angiini haigestumisega vastassuunaline ja kõige suurem samal kuul.

Püüdsime selgitada ka angiini ja reumasse haigestumise vahelist korrelatsiooni samal kuul, üks kuu hiljem ja 2 kuud hiljem. Analüüs näitas, et kõikidel mainitud juhtudel ($r = 0,4098$) esinevad samasuunalised mõõdukad võrdsed seosed nimetatud haigestumiste vahel.

Järeldused

1. Paide rajoonis ja Tapa linnas esinenud reumasse ja angiini haigestumise ning meteoroloogiliste tegurite korrelatsioonikoefitsiendid (r) väljendavad mõõdukat samasuunalist seost relatiivse õhuniiskusega ja mõõdukat vastassuunalist seost õhutemperatuuri, päikesepaisteliste tundide arvu ja summaarse radiatsiooniga.

2. Reumasse ja angiini haigestumise korrelatsioon samal kuul, üks kuu hiljem ja kaks kuud hiljem on samasuunaline, võrdne ning mõõdukas ($r = 0,4098$).

KIRJANDUS: 1. Виленский Л. И. и др. В сб.: Вопросы климатопатологии в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. М., 1961, 96—104. — 2. Гордон Ю. Н. и др. Вопр. ревматизма, 1966, 3, 37—40. — 3. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. В кн.: Клиника коллагеновых болезней, М., 1966. — 4. Никонова Т. Н. Материалы к клинике, лечению и профилактике ревматизма у детей г. Алма-Аты. Автореф. дисс. докт. мед. наук, Ташкент, 1961. — 5. Орлова Г. И. Вопр. ревматизма, 1966, 2, 77—79. — 6. Печникова М. И. Ревматизм у детей города Томска. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Томск, 1963. — 7. Самсонов М. А. Сб. научных трудов. Ереван, 1965, 71—85. — 8. Соколова-Пономарева О. Д. В кн.: Ревматизм у детей. М., 1965. — 9. Церенгийн Д. О распространенности, клинике и течении ревматизма в Монгольской Народной Республике. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1962. — 10. Эфендиев Т. М. Вопр. ревматизма, 1966, 3, 59—60. — 11. Greenhill, S. a. o. Canad. med. Ass. J., 1967, 96, 14, 1050—1057. — 12. Gross, D. Schweizerische medizinische Wochenschrift, 1966, 5, 141—146. — 13. Kõrge, K. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, vihik 103, Arstiteaduslikke töid III, 1961, 61—77. — 14. O'Reilly, T. J. Maroc. Medical., 1959, 38, 413, 1447—1449. — 15. Quinn, R. W. a. o. Publ. Health Rep., 1967, 82, 8, 673—682. — 16. Raik, A. Eesti Loodus, 1967, 2, 65—70.

РЕЗЮМЕ. Связь заболеваний ревматизмом и ангиной с метеорологическими факторами. Э. А. Кыйв. Проанализирована связь заболеваний ревматизмом, ангиной с некоторыми метеорологическими факторами в Пайдеском районе и в городе Тапа Эстонской ССР.

Вычисление коррелятивных коэффициентов произведено на электронновычислительной машине «Урал 4».

Автор пришел к следующим выводам:

1) Корреляционные коэффициенты (r) заболеваний ревматизмом и ангиной в Пайдеском районе Эстонской ССР и в городе Тапа со среднемесячными метеорологическими факторами (в течение 1960—1968 годов) выражают умеренно-противоположную связь: а) с температурой воздуха, б) количеством солнечных часов, в) суммарной радиацией; с умеренной связью того же направления с релятивной влажностью воздуха.

2) Коррелятивная связь заболеваний ревматизмом и ангиной является равной, умеренной и имеющей то же направление с указанными заболеваниями в том же месяце, через месяц и через 2 месяца.

Tapa Linna Haigla

HAMBAKAARIES LASTEAIALASTEL EESTI NSV-s

VEERA KIIK
Tartu

UDK 616.314-002-02:613.9544(474.2)

Hambakaaries on käesoleval ajal kõige enam levinud haigus. Kui kivi-ajal esines seda 2,9%-l (7) elanikkonnast, siis XX sajandil juba 98...100% (5, 8) majanduslikult arenenud riikide elanikkonnast. Haigestuvad juba 2...3-aastased lapsed. Prantsusmaal on hambakaarieste juhte registreeritud 50...75%-l (4), Leningradis 76%-l (2), Riias 60,0%-l (1) ja Kiievis 38...48,8%-l (3) 3-aastastest uuritud lastest.

Et saada ülevaade hambakaarieste levikust Eesti NSV eelkooliealiste laste hulgas, kontrolliti aastail 1963...1964 1023 kolme kuni kuue aasta vanuse lapse hammaste seisundit. Uuritavateks valiti seitsmest asustatud punktist neljateistkümne lasteaia lapsed. Asustatud punktide valikul arvestati, et kontrollimisele kuuluksid lapsed mitmesugustest kliima- ja elutingimustest ning need, kes kasutavad erineva fluorisisaldusega vett. Uurimistulemused kanti spetsiaalsetele perfokaartidele.

Karioosseks peeti piimahambaid, millel olid kliiniliselt sedastatavad kariossed defektid (märgiti c-tähga, $c = caries$), samuti plombeeritud hambaid (märgiti r-tähga, $r = restauratio$). Piimahammaskonna vahetuse ajal väljalangenud piimahambaid kariossete hammaste hulka ei arvatud.

Perfokaartidele kanti ka andmed laste kehalisest arengust (kaal, pikkus) ja põetud haigustest. Tehti märke selle

kohta, kas laps tuli lasteaeda kodust või sõimest, märgiti samuti toitumise laad. Toitainete sisaldus toidus arvestati välja toiduainete kuuaruannete alusel (tabelite järgi). Et meil ilmneb teatav sesoonsus mõne toiduaine (näiteks köögiviljade) tarvitamisel, siis arvutati keskmine valkude, rasvade ja süsivesikute hulk ühe lapse kohta kahe kuu (märtsi- ja augustikuu) jooksul tarvitatud toiduainetes.

Uurimistulemused kanti koondtabelitesse kariossete hammaste arvu järgi, võttes rühmitamisel arvesse nii laste soo, vanuse, joogivee fluorisisalduse kui ka muud eespool nimetatud tegurid.

Uurimistulemuste analüüsimisel täheldati küll teatavat erinevust hambakaarieste levikus eelkooliealiste poegja tütarlaste hulgas, kuid see ei olnud statistiliselt oluline, mistõttu uurimistulemused pole eraldatud vastavalt soole. Vaatlusaluste rühmitamisel võeti aluseks lasteaias ja -sõimes tarvitava joogivee fluorisisaldus.

Lapsed jaotati nelja rühma järgmiselt: I rühma lapsed, kes tarvitavad joogivett, milles oli fluori 0,1...0,5 mg/l; II rühma lapsed, kelle joogivee fluorisisaldus oli 0,6...1,0 mg/l; III rühma lapsed tarvitavad joogivett, mille fluorisisaldus oli 1,1...1,5 mg/l; IV rühma lapsed aga tarvitavad joogivett, milles fluori oli 1,6...2,0 mg/l.

Tabel 1

Hambakaaries 3...6-aastastel lastel

Vanus aastates	Uuritute arv	Tervete hammastega laste arv	Hambakaarieste levik % (M)	cr-indeks ühe vaadatu kohta	cr-indeks ühe kariossete hammastega lapse kohta
3	180	114	36,66	1,02	2,78
4	321	147	54,20	1,95	3,60
5	247	71	70,90	3,18	4,47
6	275	76	72,36	3,10	4,22
3...6	1023	403	60,11 ± 1,53	2,42	4,03

Hambakaaries 3...6-aastastel lastel seoses joogivee fluorisisaldusega

Rühm	Joogivee fluorisisaldus mg/l	Uuritute arv	Tervete hammastega laste arv	Hambakaariese levik % (M±m)	cr-indeks ühe vaadatu kohta	cr-indeksite erinevuste tõenäosus		cr-indeks ühe kariossete hammastega lapse kohta
						χ^2	P	
I	0,1...0,5	383	108	71,80±2,29	3,31	$\chi^2=15,72$	P<0,001	4,61
II	0,6...1,0	487	225	53,78±2,26	2,02	$\chi^2=16,21$	P<0,001	3,76
III	1,1...1,5	45	25	44,44±7,40	1,17	$\chi^2=20,52$	P<0,001	2,65
IV	1,6...2,0	108	50	53,70±4,80	1,64			3,05

Tabel 3

Hambakaaries 3...6-aastastel lastel seoses valkude sisaldusega toidus

Vanus aastates	Uuritute arv	I rühm		Uuritute arv	II rühm	
		hambakaariese %	cr-indeks ühe vaadatu kohta		hambakaariese %	cr-indeks ühe vaadatu kohta
3	43	30,24	0,83	34	44,11	1,29
4	71	32,69	1,66	67	53,73	2,00
5	54	59,25	2,61	71	77,46	3,04
6	65	50,63	1,33	82	68,29	2,63
Kokku	233	43,34±3,02	1,63	254	63,78±3,08	2,36

Uurimistulemused töödeldi variatsioonstatistiliselt. Vaadeldes hambakaariese levikut üksikute lasteaegade 3...6-aastastel lastel, täheldati küllaltki suurt varieeruvust. Nii diagnoositi hambakaariest 35,9%-l (Pärnu I Lasteaed) kuni 71,8%-l lastest (Tartu III Lasteaed). Ka hambakaariese keskmine intensiivsus (cr — indeks vaadatu kohta) oli kõige väiksem Pärnu I Lasteaia (1,28) ja kõige suurem Tartu lasteaedades (3,5).

Andmed hambakaariesse haigestumise kohta lastel vanuse järgi on toodud tabelis 1. Andmed näitavad, et uurituil haiguse levik ja intensiivsus suurenevad vastavalt eale. Kolme- kuni kuueaastastel hambakaariese levik kahekordistub.

Hambakaariest lasteaia lastel seoses joogivee fluorisisaldusega annab ülevaate tabel 2. Sellest ilmneb, et joogivee fluorisisaldus haiguse levikule toimet siiski avaldab. Nii vähenevad II rühma lastel (fluori joogivees 0,6...1,0 mg/l) keskmine hambakaari-

riese levik 18% võrra ja intensiivsus 1/3 võrra, võrreldes I rühma vastavate andmetega, kusjuures erinevus on statistiliselt oluline (P<0,001). Hambakaariesse haigestumise vähenemist võib märgata ka III rühma lastel (fluori 1,0...1,5 mg/l). Kui joogivee fluorisisaldus oli suurenenud üle 1,5 mg/l, siis hambakaariesse haigestumise edasist vähenemist ei täheldatud. IV rühma lastel suureneb (võrreldes III rühma lastega) nii hambakaariese levik kui ka esinemissagedus ning leidis lapsi (peamiselt Lihulas), kelle piimapurihammastel olid sedastatavad fluuroossed muutused.

Hambakaariest oli kõige sagedamini kahjustatud madalama fluorisisaldusega joogivee tarvitajail V, IV, I ja II piimahammastel (esines nii mälumispinna kui ka aproksimaalse pinna kaaries), kuna kõrgema fluorisisaldusega joogivee tarvitajail oli kariosne defekt peamiselt V ja IV hamba mälumispinnal.

Eespool esitatud andmeist nähtub, et hambakaariese levik sõltub nii laste

east kui ka joogivee fluorisisaldusest. Et saada täpsemat ülevaadet fluori mõjust hambakaariese levikule, analüüsisime selle esinemist samaealistel lastel. Kui vaadelda hambakaariese haigestumist eraldi kolme-, nelja-, viie- ja kuueaastastel lastel, võib ka ühevanustel lastel täheldada kõige piiratumat hambakaariese levikut ja intensiivsust kolmandas rühmas (fluori 1,1...1,5 mg/l, vt. tabel 2).

Hambakaariese esinemissageduse ja toidu valgusisalduse vahelise seose väljaselgitamiseks uuriti hammaste seisundit 487 lapsel (nende joogivees oli fluori 0,6...1,0 mg/l). Et üheski uuritud lasteaias valkude, rasvade ja süsivesikute suhe toidus ei vastanud normatiividele, jaotati lapsed kahte rühma: 1) need, kelle toidus oli valke üle 70% normist; 2) need, kelle toidus oli valke 60...70% normist.

Esimese rühma lastel (vt. tabel 3) olid hambakaariese levik 20% (43,4:63,8) ja esinemissagedus 0,8 hamba võrra (1,6:2,4) väiksem, võrreldes teise rühma kuuluvate lastega, kusjuures erinevus oli statistiliselt oluline ($\bar{u}=3,6$ ja $\chi^2=38,57$).

Üldiselt on teada, et peale otstarbeka toidu tugevdab lapse tervist ka kindel päevarežiim (6). Et selgitada, kas kindel päevarežiim mõjutab ka hambakaariese levikut, kontrollisime hammaste seisundit 277-l lastesõimest

ja 203-l kodust lasteaeda saabunud lapsel.

Uurimistulemustest (vt. tabel 4) selgus, et 3-aastaste laste hulgas täheledatakse lastesõimest saabunuil 15% võrra vähem kaariese juhte kui kodust tulnuil. Ka hambakaariese intensiivsus oli lastesõimest saabunuil 0,5 karioosse hamba võrra väiksem.

Hambakaariese levik nii kodust kui ka lastesõimest saabunud lastel ühtlustub lasteaiaaia lõpuks. Karioossete hammaste arv (nii ühe vaadatu kui ka ühe karioossete hammastega lapse kohta) aga püsib suurem neil, kes lasteaeda saabusid kodust. Analüüsides eespool esitatud uurimistulemusi, selgub, et kuigi hambakaariesesse haigestumine pole seostatav ainult fluori vähesusega joogivees, on fluori manustamine enteralselt või joogivee fluorimine (kuni 1,5 mg fluori liitri kohta) efektiivselt tegur hambakaariese profülaktikas.

Järeldused

1. Juba lasteaiaaialiseks saamisel on piimahammaskond hambakaariesest kahjustatud keskmiselt 36%-l lastest.

2. Hambakaariese levikut ja intensiivsust saab ka piimahammaste korral mõjutada joogivee fluorisisalduse muutmise teel. Kui seda suurendada 0,1-st kuni 1,5 mg/l, võime piimaham-

Tabel 4

Hambakaaries lastesõimest ja kodust lasteaeda saabunuil

Vanus aastates	Kust saabunud	Uuritute arv	Karioossete hammastega laste arv	Hambakaariese levik %	cr-indeks vaadatu kohta	cr-indeks ühe karioossete hammastega lapse kohta
3	s. *	48	15	31,2	0,85	2,7
	k. **	32	15	46,8	1,37	2,93
4	s.	90	42	46,66	1,45	3,11
	k.	48	24	50,0	2,35	4,7
5	s.	69	47	68,11	2,36	3,14
	k.	56	40	71,42	3,46	4,85
6	s.	70	40	57,10	2,1	3,67
	k.	67	38	56,7	2,32	4,1
Kokku	s.	277	144	51,98	1,74	3,34
	k.	203	117	57,63	2,49	4,33

* — s. = lastesõimest

** — k. = kodust

maskonnas kaariese levikut vähendada 20...30% võrra ja esinemissagedust 1...2 kariosse hamba võrra.

3. Joogivee fluorisisalduse suurendamine üle 1,5...2,0 mg/l põhjustab fluuroosi ka piimahammaskonnas.

4. Kindel päevarežiim ja valgurikas toit vähendavad hambakaariese levikut laste hulgas.

KIRJANDUS: 1. Блуш А. П. В кн.: Тр. IV Всесоюзн. съезда стоматологов 1964, 80—83. — 2. Новгородцев Г. А. там же, 55—59. — 3. Новик И. О. Болезни зубов у детей. Киев, 1962. — 4. Besombes, A. Rev. franc. odontostomatol. 1957, 4, 171—178. — 5. Böttrich, A. u. a. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1963, 11, 561—569. — 6. Dirks, O. Brit. Dental J. 1963, 114, 6, 211—216. — 7. Mummery, I. e. Lenhosseki. Tsit.: Oberreich, Lothar. Dtsch. Stomatologie, 1959, 7, 632—644. — 8. Lammers, Th. u. Hafer, H. Biologie der Zahnkaries. Heidelberg, 1956.

РЕЗЮМЕ. Кариес зубов у детей дошкольного возраста в Эстонской ССР. В. Х. Кийк. С целью выяснения состояния зубов у детей дошкольного возраста и изучения влияния фтора в питьевой воде на распространенность кариеса зубов в условиях Эстонской ССР, с 1963 года мы приступили к исследованию частоты кариозных поражений у детей.

Обследовано было 1028 детей дошкольного возраста в десяти населенных пунктах (в четырнадцати детских садах), в которых водосточники содержали 0,1—5,0 мг/л фтора.

В зависимости от продолжительности потребления питьевой воды с разным содержанием фтора все дети были разбиты на четыре группы: 1) дети, которые пили воду с содержанием фтора 0,1—0,5 мг/л; 2) дети, употреблявшие питьевую воду с содержанием фтора 0,6—1,0 мг/л; 3) дети, употреблявшие питьевую воду с содержанием фтора 1,1—1,5 мг/л; 4) дети, употреблявшие питьевую воду с содержанием фтора 1,6—2,0 мг/л.

Согласно полученным данным, во второй группе распространение кариеса зубов у детей снизилось на 18% и в третьей группе на 27,3% по сравнению с детьми первой группы. Интенсивность поражения кариесом молочных зубов у обследованных детей (от 3 до 6 лет) была во второй группе на 1,2, в третьей на 2,2 и в четвертой группе на 1,5 зуба меньше на одного ребенка, чем в первой группе.

У детей, поступивших в детские сады из яслей, распространенность кариеса зубов и интенсивность поражения им была меньше, чем у поступивших из дома.

Питание имеет также значение — пища, богатая белками и витаминами, предупреждает распространение как кариеса, так и флюороза зубов.

Tartu Linna Stomatoloogia Polikliniik

Ülevaated

MENSTRUAALTSÜKLI HÄIRETEST PÄRAST ARTIFITSIAALSET ABORTI

ENE KORNET

Tartu

UDK 618.39-089.888.14:618 175

Tänapäeval puudub veel kõikidele nüüetele vastav raseduse vältimise viis (20, 24, 32, 44) ja mõned võtted on kaasa toonud küllaltki raskeid tüsistusi (32, 33, 34, 36, 38, 39, 41, 45). Seetõttu on perekonna suuruse reguleerimise laialdaselt levinud abinõu artifitsiaalne abort. Ainuüksi Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas katkestati 1967. aastal üle 4000 raseduse. 1965. aastal Belgradis korraldatud ülemaailmsel konverentsil maailma rahvastiku küsimuses esitati

andmed, mille järgi on igal aastal leegaalselt või illegaalselt katkestatud ligikaudu 30 miljonit rasedust (29).

Artifitsiaalse aborti varajaste ja hilis-tüsistuste kohta leidub hulgaliselt kirjandust. Suguelundites pärast aborti tekkinud või ägenenud põletikke ning nendest tingitud sigimatust, aborti mõju sünnitusele ja lootele on kirjeldanud paljud autorid (5, 10, 12, 13, 26, 27). On käsitletud ka üldist laadi muutusi organismis pärast raseduse katkestamist:

psüühika (35, 42) ja seksuaalelu häired (37) ning isoantikehade tiitri nihked (14).

Menstruaaltsükli häireid nimetab I. Žordanija (6) hilistüsistuste loetus esimesel kohal. Eri autorite järgi esineb neid pärast artifitsiaalset aborti 2,21... 7,2%-l naistest. Menstruaaltsükli häirete osatähtsus on viimastel aastatel veelgi suurenenud, sest vaakuumaspiratsiooni kasutuselevõtmise tulemusena on muude tüsistuste arv tunduvalt vähenenud (1, 7, 15, 23, 25).

Abordijärgseid menstruaaltsükli häireid aga on seni suhteliselt vähe uuritud, sest enamik autoreist on piirdunud tsükli pikkuse, vere-erituse kestuse ning eritava vere hulga kirjeldamisega. Põhjalikumaid uurimisi on teinud I. Rozovski (19), A. Tondi (21), M. Suzuki ja T. Watanabe (43).

Kõige ulatuslikumaid muutusi on leitud esimeses menstruaaltsükli pärast raseduse katkestamist. Tsükli pikkus ei muutunud ning menstruaatsioon saabus tavalisel ajal 59... 76%-l naistest, 7,25... 12,6%-l [A. Kogani ja I. Sarõgini 1937. aastast pärinevail andmeil isegi kuni 21,5% naistest (9)] aga alles pärast viie nädala möödumist või veelgi hiljem. Oli muutunud ka menstruaatsiooni laad. Oligomenorröad täheldati 24%-l, menorraagiaid 14... 18%-l, algomenorröad 2... 3,5%-l naistest (7, 9, 18).

Esimeses abordijärgses menstruaaltsükli ilmnunud muutused enamasti mööduvad, kuid 2,21... 7,2%-l patsientidest [A. Butõlini ja L. Kazaki 1960. aasta andmeil isegi kuni 20%-l (2)] jäävad muutused pärast emakaõõne abrasiooni ja 1,0... 5,9%-l pärast vaakuumekskohleatsiooni ka järgmistes tsüklites püsima (1, 7, 15).

I. Rozovski (19) andmetel oli esimene menstruaaltsükkel pärast aborti 46 naisest 20-l anovulatoorne. 15-l oli mittetäisväärtuslik ovulatoorne tsükkel ning ainult 11-l esines selgelt väljendunud kahefaasiline tsükkel. M. Suzuki ja T. Watanabe (43) leidsid, et 43 naisest 26-l esines kas anovulatoorse tsükli pilt või emaka limaskesta atüüpiline sekretoorne faas.

Andmed ovariaalse funktsiooni taastumise kohta on vasturääkivad. M. Suzuki ja T. Watanabe (43) tähelepanekuil hakkas ovariaalne funktsioon patsien-

tidel, kellel esimene abordijärgne tsükkel ei olnud normaalne, taastuma juba teisest tsüklist alates ja normaliseerus väga kiiresti. I. Rozovski (19) aga leidis pärast 6... 12 kuu möödumist 37 varem uuritud naisest 11-l ovaariumide funktsiooni häireid ühefaasiliste ja mittetäisväärtuslike kahefaasiliste tsüklite näol. Enamik kõrvalekaldumisi esines patsientidel, kellel esimene abordijärgne tsükkel oli ühefaasiline. 15 sellisest naisest 7-l konstateeriti ovaariumide funktsiooni kõrvalekaldumisi ka hiljem. Paljude autorite arvates on menstruaaltsükli häirete põhjus organismile tekitatud hormonaalne trauma, mis on tingitud raseduse katkestamisest (10, 24 jt.). Häirete tekkemehhanismi kohta andmed puuduvad.

Pärast artifitsiaalset aborti võib tekkida ka atsüklilisi verejookse, samuti pikema või lühema kestusega amenorröa. Abordijärgseid verejookse seostab W. Hinz (31) mitmesuguste muutustega endomeetriumis, eelkõige näärmelise hüperplaasiaga. Atsükliliste verejooksude põhjuseks peetakse ka emaka kontraheerumist reguleerivate mehhanismide häiret, samuti lootemuna osiste peetumist emakaõõnes (17). Abordijärgne amenorröa (2, 8) võib olla tingitud nii hormonaalsetest häiretest kui ka emakasisestest liidetest või emakakaela kanali atreesiast (4, 11, 16, 28, 40). Patogeneesi selgitamine on siin oluline, sest ravi liidete puhul on hormonaalse geneesiga amenorröa ravist kardinaalselt erinev.

Praktika seisukohalt on tähtis teada, et pärast esimese raseduse katkestamist on häireid täheldatud sagedamini kui pärast raseduse korduvat katkestamist (3, 8, 15). Leidub viiteid, et raseduse katkestamine hilisemas järgus kutsub esile rohkem tüsistusi. I. Rozovski (19) täheldas pärast 8... 9-nädalase raseduse katkestamist tsüklihäireid 10,3%-l, pärast 10... 11-nädalase raseduse katkestamist aga 18,5%-l naistest. A. Tondi (21) märkas olulist erinevust tupe tsütöhormonaalse reaktsiooni dünaamikas olenevalt raseduse katkestamise viisist. Pärast vaakuumaspiratsiooni normaliseerus nii proliferatsioon kui ka üleminek kollaskeha moodustumise faasi tunduvalt kiiremini kui pärast abrasiooni.

On astunud esimesi samme artifitsiaalse abordiga seoses olevate tüsistuste vältimiseks hormoonipreparaatide abil. G. Grund (30) manustas pärast aborti östrogeenset hormooni, et soodustada endomeetriumi regeneratsiooni. A. Ton-di (22) määras 4...7 päevaks pärast aborti sünestrooli 1000 TŪ päevas ning leidis, et vaid 6% -l naistest oli esimene abordijärgne tsükkel anovulatoorne. Ulatuslikumad uurimused selles valdkonnas siiski puuduvad.

Kui arvestada käesolevas ülevaates toodud viiteid menstruaaltsükli häiretele pärast aborti ning abortide suurt arvu, on oluline, et täpsustataks järgmised küsimused: menstruaaltsükli häirete esinemissagedus pärast artifitsiaalset aborti, ovariaalsete steroidide produktsiooni nihked, hormonaalhäirete esinemissagedus ja laad, olenevalt sellest, kas rasedus katkestati varases või hilises järgus. Nimetatud probleemide lahendamise on oluline nii ravi kui ka profülaktika seisukohalt. Selles suunas oleme uurimisi juba alustanud.

KIRJANDUS: 1. Беляева В. А. Тезисы докладов XIV научной сессии Института акушерства и гинекологии АМН СССР, 1962, 10—11. — 2. Бутылин А. Г. и Казак Л. А. Тр. Курского мединститута, вып. XVI, 1962, 263—270. — 3. Гинзбург Б. Тр. VII республ. научн. конф. врачей акушеров-гинекологов Лит. ССР, 1960, 109—113. — 4. Ермулович В. Я. Гинекология и акушерство, 1930, 2, 272—276. — 5. Жемайтене В. Труды VII республ. научн. конф. врачей акушеров-гинекологов Лит. ССР, 1960, 105—108. — 6. Жордания И. Ф. БМЭ, 1956, т. 1, 22—47. — 7. Зубеев А. В. Вопросы акушерско-гинекологической помощи, 1963, 2, 85—89. — 8. Калужина В. С. Вопр. охраны материнства и детства, 1966, 2, 78—82. — 9. Коган А. А. и Сарыгин И. И. Акушерство и гинекология, 1937, 9—10, 17—20. — 10. Ланковиц А. В. Ж. акушерства и женских болезней, 1926, т. 37, кн. I, 40—51. — 11. Лесной С. К. Акушерство и гинекология, 1959, 3, 78—82. — 12. Лехтер А. М. Сов. здравоохран., 1966, 9, 22—26. — 13. Максимайтене Д. Научные труды высших учебных заведений Литовской ССР, 1962, 181—187. — 14. Мацпанова О. Д. Акушерство и гинекология, 1967, 6, 50—53. — 15. Мелкс Э. И. Новый метод прерывания беременности. Рига, 1966. — 16. Моисеенко М. Д. Акушерство и гинекология, 1959, 3, 82—86. — 17. Орлов Т. К. Здравоохран. Белоруссии, 1963, 1, 68—70. — 18. Осадчая О. В. Здравоохран. Белоруссии, 1963, 3, 59—61. — 19. Розовский И. С. Гормональная функция яичников и гинекологическая заболеваемость после искусственного аборта. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1962. — 20. Садвокасова Е. А. Аборт как со-

циально-гигиеническая проблема. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1965. — 21. Тондий А. А. Материалы научной конференции 17-ой городской клинической больницы завода им. В. А. Малышева. Харьков, 1964. — 22. Тондий А. А. Тезисы и рефераты докладов научной сессии Украинского института усовершенствования врачей. 1965, 54—56. — 23. Тондий А. А. Тезисы докладов второй научно-практической конференции кафедр Украинского института усовершенствования врачей на базе 32-ой больницы. 1966, 126—127. — 24. Хаскин С. Г. Аборт и его осложнения. М., 1967. — 25. Чернуха Е. А. Сравнительная оценка некоторых методов искусственного прерывания беременности ранних сроков. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1964. — 26. Шапиро И. Д. Гинекология и акушерство, 1930, 3, 435—439. — 27. Шуб Р. Л. и др. Сб. научн. работ Рижского мед. ин-та, XI, 2, 1961, 167—175. — 28. Soja, N. e. a. Obstetr. și ginecol., 1963, 10/3, 263—267. — 29. Gold, E. M. World Med. J., 1966, 13, 3, 76—78. — 30. Grund, G. Med. Welt, 1966, 9, 445—446. — 31. Hinz, W. Zbl. Gynäkol., 1957, 15, 605. — 32. Hunter, C. A. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1966, 122, 2, 42—44. — 33. IPPF Med. Bull., 1967, 1, N 4. — 34. Israel, R., Davis, H. J. J. Amer. Med. Assoc., 1966, 195, 9, 764—768. — 35. Janu, G. Orv. hetilap, 1967, 108, 5, 213—215. — 36. Jaynes, R. V. Obstetr. and Gynecol., 1964, 24, 4, 512—514. — 37. Koluch, J. Českosl. gynaekol., 1966, 31, 8, 568—570. — 38. Margulies, L. C. Obstetr. and Gynecol., 1964, 24, 4, 515—520. — 39. Mišinger, I., Macku, F., Krobova, I. Českosl. gynaekol., 1966, 31/45, 5, 351—356. — 40. Pinto, V. B., Yabur, J. A. T. Rev. Obstetr. Ginec. Venez., 1966, 26, 3, 535—539. — 41. Roman, I. e. a. Obstetr. și ginecol., 1963, 10, 4, 301—305. — 42. Soykova-Pachnerova, E. Prakt. lékař, 1966, 46, 4, 139—140. — 43. Suzuki, M., Watanabe, T. Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 1954, 67, 3, 596—604. — 44. Wynn, R. M. IPPF Med. Bull., 1968, 2, 1, 1—3. — 45. Wynn, V., Doar, J. W. H. Lancet, 1966, 7466, 715—719.

РЕЗЮМЕ. О расстройствах менструального цикла после искусственного аборта. Э. Р. Корнет. Дан обзор литературы о частоте и характере расстройств менструального цикла после прерывания беременности ранних сроков. Первые месячные появляются позже 5 недель у 7,25—12,6% женщин. Характер их часто изменен: олигоменорея встречается у 24%, менорагии у 14—18%, альгоменорея у 2—3,5% женщин. Первый цикл после аборта почти у половины женщин бывает ановуляторным.

Нормальный цикл восстанавливается у большинства, но у 2,21—7% изменения остаются и в последующих циклах. Число осложнений зависит от срока прерывания беременности и от метода операции. Вопрос о расстройствах менструального цикла требует дальнейшего изучения.

TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja ginekoloogia kateeder

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

KOLJU- JA PEAAJUTRAUMADE RAVI EESTI NSV-s

ANATOLI CHEVALIER
ZOJA KRASNOVA
Tallinn

UDK 616-001.08.007(474.2)

Kolju- ja peaaajutraumasid tuleb ette sageli ja neil on rasked tagajärjed. See-tõttu on nende vältimisel meditsiiniline ja sotsiaalne tähtsus. Et neurokirurgiaosakonnad ja neurokirurgid on ainult kahes Eesti NSV linnas — Tallinnas ja Tartus —, siis on tekkinud palju organisatsioonilisi küsimusi raskemate kolju- ja peaaajutraumade ravis. Käesolevas töös püüame mõningatesse neist selgust tuua, kusjuures vaatluse alla on võetud aastail 1965...1966 Eesti NSV statsionaarides ravil viibinud kolju- ja peaaajutraumaga isikud. Statistiliseks analüüsiks on kasutatud haigete registree-rimise kaarte.

Töös pole arvesse võetud korduvalt hospitaliseeritud haigeid, traumajärg-seid seisundeid ning kergeid kinnisi peavigastusi (nahaaluseid hematoome jms.). Analüüsis tuleb teha väike paran-dus Narva kohta, kust 1965. aasta sta-tistilisi algandmeid ei õnnestunud saada. Tööst on välja jäetud ka hospitaliseeri-mata isikud, samuti õnnetuskohal või transportimise ajal surmaga lõppenud juhud.

Kolju- ja peaaajutraumade arv kogu Eesti NSV-s oli 1965. ja 1966. a. pea-aegu ühesugune — keskmiselt 1,8 hos-pitaliseeritud iga 1000 elaniku kohta aastas; ka eri linnades ja rajoonides on need arvud kahe aasta jooksul püsinud võrdlemisi stabiilsena.

Aastail 1965...1966 Eesti NSV haig-lates ravil olnud kolju- ja peaaajutrau-madega haigetest 75% raviti Tallinna ning Põhja-Eesti linnade ning rajoonide haiglates, 25% Tartu ja Lõuna-Eesti lin-nade ning rajoonide haiglates.

48,2% kannatanutest olid 18...39 aastat vanad, lapsed alla 14 aasta moodustasid 12,4%. Traumade üldarvust 67,6% langeb meestele ning 32,4% nais-tele.

Kolju- ja peaaajutraumasid esines kõi-ge rohkem suvel (kogu aasta jooksul tekkinud traumadest 12,2% augusti-kuus), kõige vähem talvel (märtsis 5,3%).

Kõikidest kolju- ja peaaajutraumadest moodustasid lahtised koljumurrud 1,5%, ajupõrutused (nii koljumurruga kui ka ilma) 25,8%, ajukommotsioonid (nii koljumurruga kui ka ilma) 68,6%, pea-haavad 4,1%.

Statsionaarne ravi kestis keskmiselt 15,8 päeva, sealjuures peahaavadega haigetel 6,7 päeva, ajukommotsiooni juhtudel 11,8, ajupõrutuse korral 28,8 ning lahtiste koljumurdude juhtudel 35,4 päeva.

Raskete peaaajutraumadega haigete transportimises ja ravis valitsevad meil kaks seisukohta.

Tallinna neurokirurgid konsulteeriva-d, ühtlasi opereerivad haigeid linna- ja rajoonihaiglates, kus neid ka edas-pidi ravitakse. Näiteks 1966. aastal ope-reerisid Tallinna neurokirurgiaosakonna arstid 51 neurotrauma juhul väljaspool osakonda.

Tartu neurokirurgiaosakonna ja hin-gamiskeskuse arstid konsulteerivad ras-kete kolju- ja peaaajutraumadega haigeid rajoonihaiglates, teevad vajaduse korral intubatsiooni või trahheotoomia koha-peal, kuid opereerimiseks ja edasiseks raviks transporditakse haiged Tartusse.

Vaadeldaval ajavahemikul Tallinna haiglates kolju- ja peaaajutrauma tõttu hospitaliseeritud isikuist 14,2% ei olnud Tallinna elanikud, Tartus aga oli vastav protsent 50,5. Tuleb silmas pidades, et Tartu neurokirurgiaosakonna konsultatiivse teenindamise piirkonna raadius on umbes kaks korda väiksem kui Tal-linnas ja seega ka haigete transportimi-se kestus niisama palju lühem. Tartus on hingamiskeskuse brigaad ja spetsiaalne

sanitaarauto. Tartu linnas ja Lõuna-Eesti rajoonides on suhteliselt rohkem neurokirurgilisi haigusi põdevatele isikutele ettenähtud voodeid kui Tallinnas (40 voodit 376 000 elaniku kohta Tartus ja 65 voodit 910 000 elaniku kohta Tallinnas). Seega on haigete transportimise tingimused Lõuna-Eesti rajoonides tunduvalt paremad. E. Raudami ja R. Paimre andmeil «üliraske kolju- ja peaju-traumaga haiged talusid transportimist rahuldavalt»*.

Et Tallinna neurokirurgiaosakonna konsultatiivse teenindamise piirkonna raadius on umbes kaks korda suurem, jääb lahtiseks, kas kõikide üliraske seisundis olevate kolju- ja peaju-traumadega haigete transportimisel kaugematest haiglatest Tallinna on üldse mõtet.

Ravitulemuste hindamise üks tähtsaimaid näitajaid on letaalsus. Et kolju- ja peaju-trauma all kannatavate isikute arv eri haiglates on erisugune, siis ei võtnud me letaalsuse protsendi arvutamisel arvesse mitte kõiki traumajuhte, vaid ainult raskemad vigastused (komotsioonid koljumurruga, põrutused koljumurruga ja koljumurruta ning lahtised koljumurrud). Raskemate vigastustega haigeid oli vabariigi haiglates 30,3%. Nende letaalsus oli 11,6%, sealhulgas Tallinnas 13,2%, põhja- ja läänerajoonides 14,8%, Tallinnas koos põhja- ja läänerajoonidega 14,1%. Tartu linnas oli letaalsus 9,1%, lõunarajoonides 3,8% ja Tartus koos lõunarajoonidega 6,6%.

Eespool toodud andmete võrdlemisel tekivad küsimused. On arusaadav, et Eesti NSV põhja- ja läänerajoonides on letaalsus mitu korda kõrgem kui lõunarajoonides, sest raskemate traumadega haiged evakueeritakse lõunarajoonidest Tartusse. Miks letaalsus Tallinnas on poolteist korda kõrgem kui Tartus? Samasugune küsimus tekib summaarsete näitajate — Tallinn koos rajoonidega ja Tartu koos rajoonidega — võrdlemisel, sest ka nendes on ilmne erinevus, nimelt 14,1 ja 6,6%.

Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonnas raske peaju-trauma

tõttu ravil olnud haigete letaalsus on 10,4% (1965. ja 1966. a. aruannete analüüsi andmeil). See tähendab, et kõrge letaalsus Tallinnas (13,2%) on tingitud spetsialiseerimata osakondades ravitavate raskete peaju-traumadega haigete letaalsusest.

Andmetest selgub, et letaalsus oli kõige madalam Tartu spetsialiseeritud osakonnas, kus on ka hingamiskeskus, veidi kõrgem Tallinna neurokirurgiaosakonnas, kus hingamiskeskust vaadeldaval ajavahemikul ei olnud. Tunduvalt kõrgem aga oli see Tallinna haiglate spetsialiseerimata osakondades ning põhja- ja läänerajoonide haiglates. Peale neurokirurgiaosakonna hospitaliseeritakse kolju- ja peaju-traumadega haiged Tallinnas peamiselt Tõnismäe Haigla traumatoloogiaosakonda, kus neid teenindab üks neurotraumatoloog (voodid paiknevad eri korrustel). Vältimatut kirurgilist abi aga annavad Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgid väljakutse korral. Juba aastaid on planeeritud 40 voodikohaga neurotraumatoloogiaosakond Tallinna Tõnismäe Haiglas, kuid seni on see jäänud vaid paberile. Eespool toodud arvud näitavad küllaltki selgelt, et neurotraumatoloogiaosakond Tallinnas on hädavajalik.

Letaalsuse erinevus Tallinnas ja Tartus on küllaltki ilmne. Sellest võib järeldada, et haigete oskuslik transportimine lõunarajoonidest Tartu, samuti kvalifitseeritud kirurgiline ning konservatiivne ravi neurokirurgiaosakonnas ja hingamiskeskuses annavad paremaid tulemusi kui haigete ravimine rajoonihaiglates. Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonna voodikohad on üle koormatud, nn. plaanilised haiged ootavad järjekorras kaks kuud, hingamiskeskus on alles loomisel. Seega pole kolju- ja peaju-traumade all kannatavate haigete ravi süsteemi praegu võimalik muuta, kuid samal ajal ei tohi eespool toodud järeldusi ignoreerida.

Neurotraumadega haigete teenindamist Tallinnas ja Põhja-Eesti rajoonides aitaks parandada Tallinna Vabariikliku Haigla neuroloogiaosakonna koormuse vähendamine. Ainus võimalus näib olevat suure, umbes 100 voodikohaga neurokirurgiaosakonna rajamine Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Ka neurotraumatoloogiaosakonna olemasolu Tallinnas

* Вопросы организации нейротравматологической помощи в Эстонской ССР. В кн.: Современные проблемы нейрохирургии, Каунас, 1966, 487—488.

vähendaks neurokirurgiaosakonna koor-
must ning võimaldaks raskemate kolju-
ja peaaajutraumadega haigete toimetamist
Tallinna-lähedastest rajoonidest
neurokirurgiaosakonda.

РЕЗЮМЕ. Организация лечения черепно-
мозговых травм в Эстонской ССР. А. В. Ше-
валье, З. В. Краснова. За 1965 и 1966 гг.
из стационаров Эстонской ССР выбывших
больных с черепно-мозговыми травмами были
из Таллина и прикрепленных к Таллинской ре-
спубликанской больнице районов — 75%, из
Тартуской республиканской клинической боль-
ницы и прикрепленных к ней южных райо-
нов — 25% больных.

В республике практикуются два способа
транспортировки и лечения больных с тяже-
лыми черепно-мозговыми травмами (составляю-
щими 30,3% из общего числа черепно-мозговых
травм):

1) Тартуские нейрохирурги и врачи респи-
раторного центра консультируют больных в
райбольницах, при необходимости производят
на месте трахеотомию и интубацию, для нейро-
хирургического вмешательства и дальнейшего
лечения транспортируют больных в Тарту.

2) Нейрохирурги Таллинской республикан-
ской больницы консультируют и оперируют

больных в райбольницах, где проводится и их
дальнейшее лечение.

Одним из важнейших показателей оценки
организации лечебной работы при тяжелых че-
репно-мозговых травмах является показатель
больничной летальности — 11,6%, в т. ч. в Тар-
ту и прикрепленных районах он равен — 6,6%,
в Таллине и прикрепленных районах — 14,1%.

Столь значительная разница в показателях
летальности позволяет сделать вывод, что уме-
лая транспортировка больных и квалифициро-
ванное хирургическое и консервативное лече-
ние в нейрохирургическом отделении и респи-
раторном центре Тартуской клинической боль-
ницы дают и лучшие результаты, чем лечение
больных в райбольницах.

Реорганизацию системы лечения тяжелых
черепно-мозговых травм в Таллине задержи-
вает то, что нейрохирургическое отделение Тал-
линской республиканской больницы перегру-
жено, а респираторный центр в стадии органи-
зации. Не следует забывать, что Таллин и при-
крепленные районы сравнительно хуже обеспе-
чены нейрохирургическими койками, чем Тар-
ту и прикрепленные районы (65 коек на 910 000
населения и 40 коек на 376 000 населения).

Tallinna Vabariiklik Haigla

ERIALASE INFORMATSIOONI SÜSTEEM TERVISHOIUS

SUREN BAGDASARJAN
Moskva

UDK 61.002.6(47)

Teaduse kiire arengu tõttu on tekki-
nud vajadus luua meie maal ühtne ja
efektiivne riiklik informatsioonisüsteem.
Ainult see võib kiirendada teaduse saa-
vutuste kasutuselevõtmist rahvamajanduses,
vältida tööde õigustamatut dub-
leerimist ning aja ja vahendite liig-
set kulu.

Teaduse areng toob kaasa teadmiste
kuhjumise. Nende kasutamiseks on tar-
vis teaduslikult põhjendatud otsimis-,
üldistamis- ja kasutamissüsteemi. Kah-
juks jäävad inimkonna kogutud teaduse
rikkused paljudel juhtudel uurijatele
kättesaamatuks.

On täiesti arusaadav teadlaste rahu-
tus ja mure, sest tohutu, paljudes keel-
tes kirjandusallikate hulk vajab rangelt
teaduslikku süstematiseerimist. Oleme
jõudnud selleni, et on vaja anda elu-
õigus uuele teadusharule, mis teadusli-
kult töötaks välja kõikide uusi teadus-

likke andmeid sisaldavate kirjandusalli-
kate otsimise, süstematiseerimise ja ka-
sutamise alused ning põhimõtted. Sel-
line uus distsipliin on teaduslik infor-
matsioon, mille tähtsus aasta-aastalt
kasvab.

Eriti tuleb tähelepanu pöörata teadus-
lik-tehnilise informatsiooni operatiiv-
susele. Käesoleval ajal jääb see tundu-
valt maha teaduse ja tehnika vaja-
dustest.

Ühtse süsteemi loomise aluseks on
erialaste informatsiooniteenistuste kor-
raldamine informatsiooniorganite ja
raamatukogude jõudude ühendamisel
saadud ühtsete teaduslik-teatmeliste
fondide baasil. Informatsiooniorganite
puudulik tehniline varustatus põhjustab
praegu informatsioonimaterjalide hili-
nenud laekumise, kuid kõige keerukam
küsimus on siiski informatsiooni oskus-
lik ja õigeaegne kasutamine.

Informatsioon nii tervishoiusüsteemis kui ka mujal moodustub kahest eri voolust. Esimene hõlmab trükiseid, mida tsentraliseeritud korras töötab läbi juhtiv meditsiinilise informatsiooni instituut, kes varustab informatsiooniteenistuse kõiki lülisid. Teine, nn. ülenev informatsioonivool töödeldakse kohtadel ning see sisaldab andmeid teaduse saavutuste, meditsiinipraktika ja tervishoiuorganite ning -asutuste eesrindlike kogemuste kohta.

Kui esimene informatsioonivool viimaste aastate jooksul on märgatavalt edasi arenenud, siis teine ei anna veel küllaldaselt kasu, ei kindlusta informatsiooni tagasisidet.

Erialase informatsiooniteenistuse koostisosaks on teaduslik-tehnilised raamatukogud. Nõukogude valitsuse määrusega on fikseeritud informatsiooniorganite, sealhulgas ka teaduslike meditsiiniliste raamatukogude, uut laadi ülesanded. Nad peavad varustama juhtivaid organeid ja asutusi, samuti teaduslikke töötajaid ja praktikuid teadusliku informatsiooni ning fondides leiduvate dokumentaalsete andmetega. See on võimalik, kui ühtsed informatsioonifondid rajatakse nii keskses kui ka vabariikides, teadusliku uurimise instituutides, kõrgemates õppeasutustes ning ravi- ja profülaktikaasutustes.

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjas on täpselt määratud teadusliku meditsiinilise informatsiooni arenguteed ja informatsiooniorganite struktuur. Juhtivaks instituudiks on Üleliiduline Meditsiinilise ja Meditsiinilis-Tehnilise Informatsiooni Teadusliku Uurimise Instituut, kes koordineerib ja juhendab tervishoiusüsteemi informatsiooniorganite tegevust. Järgmised struktuuriüksused on vabariiklikud informatsiooni-osakonnad, mis organiseeritakse liiduvabariikide tervishoiu ministriumide korraldusel ühes teadusliku uurimise instituudis; teadusliku meditsiinilise informatsiooni osakonnad juhtivates teadusliku uurimise instituutides; teadusliku meditsiinilise informatsiooni bürood (laboratooriumid, grupid) teadusliku uurimise instituutides; teadusliku meditsiinilise informatsiooni sektorid (grupid) kõrgemates õppeasutustes

(sealhulgas ka arstide täiendamise instituutides); NSV Liidu Tervishoiu Ministrium Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Keskraamatukogu, oblasti, krai ja teised teaduslikud meditsiinilised raamatukogud.

Ühtne informatsiooniteenistus tingib, et kõik informatsiooniorganid ja raamatukogud võtaksid kasutusele universaalse detsimaalklassifikatsiooni (UDK) väljaantava arstiteadusliku ja meditsiinilis-tehnilise kirjanduse märgistamiseks ning fondide ühtseks klassifitseerimiseks. Niisugune kord ongi valitsuse määrusega kehtestatud.

Informatsiooniorganite ja raamatukogude tegevuse ühtsus mõjub soodsalt teadusliku informatsiooni, bibliograafia ja raamatukogunduse arengule, sest nii saavutatakse kvalifitseeritud teadurite ja vilunud raamatukogutöötajate viljakas koostöö. Kuid praegu dubleeritakse paljusid informatsiooniorganite ja raamatukogude funktsioone, eriti bibliograafilise informatsiooni valdkonnas, samuti fondide komplekteerimisel, kataloogide koostamisel, fotokoopiate ja mikrofilmide valmistamisel, informatsioonimaterjalide paljundamisel, kirjastustegevuses jm. Ühtse informatsioonisüsteemi loomisel on oluline nõue ka informatsiooniteenistuse mehhaniseerimine ja automatiseerimine, tehniliste vahendite ja elektrograafilise aparatuuri kasutuselevõtmine tööviljakuse tõstmiseks.

Teadusliku uurimise instituutide ja kõrgemate õppeasutuste juhtivad töötajad peavad tagama, et NSV Liidu Tervishoiu Ministrium Riikliku Teaduslikule Meditsiinilisele Keskraamatukogule saadetak kõik teaduslike tööde kogumikud, kongresside, konverentside ja sümposionide materjalid, samuti teaduslik-metoodilised trükised, et neid kasutada instituudi teaduslik-informatsioonilistes väljaannetes.

Meil on kõik eeldused informatsiooniteenistuse kiireks väljaarendamiseks tervishoiusüsteemis kaasaegsel tasemel.

Üleliiduline Meditsiinilise ja Meditsiinilis-Tehnilise Informatsiooni Teadusliku Uurimise Instituut

ARSTITEADUSLIK INFORMATSIOON VABARIIGIS

ILMAR LAAN

Tallinn

UDK 61.002.6(474.2)

Kogu maailmas antakse kaugeltki mittetäielikel andmeil tänapäeval välja umbes 50 000 loodusteaduslikku ja tehnika-alast ajakirja. Seejuures loendati 1961. a. üksnes arstiteaduslikke perioodilisi väljaandeid 5800, mis sisaldasid umbes 1 200 000 artiklit. Et meedik ei saa läbi ka bioloogia, keemia, füüsika, elektroonika jt. erialade ajakirjadeta, siis suureneb informatsiooni maht veelgi. On välja arvestatud, et ühes teadusharus töötava spetsialisti kohta ilmub keskmiselt 100 trükilehte teksti päevas.

Ühelt poolt informatsioonitulv ja teiselt poolt kitsas spetsialiseerumine aga viivad loetava kirjanduse hulga piiramiseni. Seepärast rõhutataksegi rahvusvahelistel nõupidamistel, et arstid tuleb uuesti lugema panna, muidu nad dekvalifitseeruvad ega suuda anda efektiivset abi.

Laias laastus ongi arstiteadusliku informatsiooni ülesanne varustada jaoskonnas, haiglas, teaduslikus või pedagoogilises asutuses töötavat arsti spetsiaalse ja üldmeditsiinilise informatsiooniga.

Meditsiinilise informatsiooniteenistuse parandamiseks ja edasiarendamiseks andis Eesti NSV tervishoiu minister möödunud aastal välja käskkirja. Selle kohaselt tuli Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku informatsiooni laboratoorium (moodustatud 1967. a. detsembris) reorganiseerida Vabariiklikuks Teadusliku Meditsiinilise Informatsiooni Osakonnaks (edaspidi VTMI) ja vabariiklikes, linnas ning rajoonis ravi- ja profülaktikaning teaduslikes asutustes moodustada ühiskondlikel alustel töötavad teadusliku meditsiinilise informatsiooni rühmad.

Missugune on arstiteadusliku informatsiooniteenistuse olukord? Mida on tehtud ja millised on ülesanded?

Esimene koosseisuline informatsiooni-osakond avati 1966. a. jaanuaris Keskapteegilao juures, mille ülesanne oli arstidele ja farmatseutidele tutvustada

uusi ravimeid. Selleks saadetakse 1...2 korda kuus suurematesse ravi-asutustesse ja kõikidesse apteekidesse rotaatoril paljundatud informatsioonilehti, mitteregulaarselt ilmub aga trükitud kogumik «Metoodilised juhendmaterjalid uute ravimite kohta».

1967. a. veebruarist on informatsiooniosakond olemas ka Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus (RTMR). Osakond täidab teatmelis-bibliograafilisi tellimusi ja koostab bibliograafilisi kartoteeke, millest osa on avaldanud ka V. I. Lenini nim. NSV Liidu Riiklik Raamatukogu. Rotaatoril on paljundatud ning ravi- ja profülaktikaasutustele saadetud uudiskirjanduse bülletään ning soovitatava kirjanduse nimestikke.

Suurima tööna on valminud ning trükki antud bibliograafia «Eesti NSV meditsiiniline kirjandus 1940...1965».

Paljudes suuremates ravi- ja profülaktikaasutustes on ühiskondlikel alustel töötavad informatsioonirühmad moodustamata või nende koosseis ei ole VTMI-le teatatud (andmed pärinevad ainult 14 haiglast). Need rühmad on soovitatav moodustada kas organisatsioonilis-metoodiliste osakondade, raamatukogude või juba olemasolevate TTO rühmade juurde. Viimane oleks otstarbekas ka seetõttu, et Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud meditsiinilise nõukogu juurde on loodud töö teadusliku organiseerimise ja meditsiinilise ning meditsiinilis-tehnilise informatsiooni probleemkomisjon.

VTMI alustas tegevust Eesti NSV tervishoiu ministrile ja tema asetäitjatele regulaarsete ülevaadete andmisega (kord nädalas) vabariigi kõikides ajalehtedes, samuti (kord kuus) ühiskondlik-poliitilistes ajakirjades ilmuvate vabariigi arstiteadust ja tervishoidu puudutavate artiklite ning sõnumite kohta.

Lisaks sellele on koostatud koondkataloogid Tallinna ja Tartu neljas teaduslikus raamatukogus ning teaduslik-pedagoogilistes asutustes oleva välispe-

rioodika ja referatiivsete ajakirjade kohta. Samuti tutvustatakse plaanipäraselt uusimat referatiivset perioodikat ning informaatika probleeme loengutel ja trükisõnas.

VTMIO töötab tihedas kontaktis RTMR-iga, kellega koos esitati ettekanne arstiteadusliku informatsiooni olukorrast Eesti NSV-s üleliidulisel informatsioonialasel nõupidamisel Moskvast. Ka Üleliidulise Meditsiinilise ja Meditsiinilis-Tehnilise Informatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudiga (ÜMITUI)* on koostöö olemas: VTMIO saab instituudilt alaneva informatsiooni-vooluna referatiivseid väljaandeid, ülevaateid ja kogumikke, mis saadetakse edasi meie vastava profiiliga tervishoiuasutustele. Samuti oleme oma arvamuse avaldanud ÜMITUI koostatud uude informatsioonimaterjalide kohta (rubrikaart sümptomhaigustealase kirjanduse leidmiseks jms.).

Koostamisel on kolmel viimasel aastal tervishoiu ministeeriumis väljaantud meetodiliste kirjade annoteeritud nimestik. Samuti analüüsitakse, kui suur on meie arstide ja farmatseutide teaduslike artiklite «auditoorium». On alustatud ka teaduslikku uurimistööd meditsiinilise informatsiooni kohta vabariigi ajakirjanduses.

Informatsioonirühmad haiglates, dispanserites ja mujal peavad hoolitsema neile saadava informatsiooni adreessaatidele kätetoimetamise ning teatmelis-informatiivsete fondide koostamise eest. Samuti peavad nad saatma andmeid oma asutuses rakendatavate uute ravimeetodite ja töövõtete kohta VTMIO-le üldistamiseks ning teistes asutustes kasutuselevõtmiseks. Oma raamatukogule tuleb tingimata tellida ÜMITUI referatiivseid jt. väljaandeid vastavalt töö spetsifikale. Plaani- teaduslikku uurimistööd tegevate asutuste informatsioonirühmad peavad saatma temaatilised kaardid, lõpetatud tööd ja nende referaadid Üleliidulisse Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Keskusse ning tellima ka selle asutuse väljaandeid, mis on väga ülevaatlikud.

Lõpuks tahaksin veel toetada üleliidulisel nõupidamisel avaldatud arva-

must välismaale ja konverentsidele lähetatute kohta. Peeti soovitatavaks, et kui lähetusel viibinu ei anna oma reisisid kolleegidele aru ega koosta aruannet või artiklit ajakirjas avaldamiseks, siis tuleks lähetuse ülesanne lugeda mitte- täidetuks.

Informatsiooniteenistuse probleemid on ulatuslikud ja olemasolevate koosseisude ning tehniliste vahenditega ei ole neid kõiki võimalik lahendada. See- pärast on üks pakilisemaid ülesandeid Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juurde oma trükibaasi moodustamine, sest operatiivse avaldamisvõimaluseta kaotab igasugune informatsioon aktuaalsuse.

РЕЗЮМЕ. Научная медицинская информация в республике. И. А. Лаан. В 1968 г. в республике была создана служба научной медицинской информации. Республиканский отдел научной медицинской информации (РОНМИ) находится при Институте экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Кроме того имеется информационный отдел у центрального аптечного склада и у республиканской научной медицинской библиотеки. При крупных лечебно-профилактических учреждениях (больницах, диспансерах, санаториях) действуют на общественных началах информационные группы.

Информационные отделы центрального аптечного склада и республиканской научной медицинской библиотеки издают периодические информационные листки о новых медицинских препаратах и о новостях литературы.

РОНМИ составил сводные каталоги по иностранной периодике и по реферативным журналам, имеющиеся в научных библиотеках в городах Тарту и Таллин и в научно-педагогических учреждениях.

РОНМИ систематически подготавливает для министра и заместителей министра здравоохранения краткие обзоры по вопросам здравоохранения и медицинской помощи населению, напечатанные на страницах журналов и газет республики.

Составляется список с аннотациями изданных в республике за последние 3 года методических писем по медицине и производится анализ опубликованных научных статей, авторами нашей республики в периодической печати выходящее вне республики.

Общественные группы информации заботятся о потоке восходящей и нисходящей информации, и распространяют издания информации ВНИИМИ.

Для улучшения оперативности распространения научной медицинской информации в республике необходимо, что Министерство здравоохранения создал бы соответствующую материально-техническую базу.

Ekspimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Vabariiklik Teaduslik-Meditsiinilise Informatsiooni Osakond

* Всесоюзный научно-исследовательский институт медицинской и медико-технической информации (ВНИИМИ).

LIHASEPLASTIKA OSATÄHTSUS JÄÄKÖÖNTE LIKVIDEERIMISEL

MIHHAIL GRINJOV
ABRAM KOFKIN

Leningrad
Tallinn

UDK 616.74-089.844

Kirurgias rakendatavate plastiliste operatsioonide hulgas on eriline koht lihaseplastikal, mis üha rohkem tunnustust leiab ja levib. M. Schulten (10) kasutas lihaseplastikat esmakordselt osteomüeliitiliste õonte täitmiseks 1897. aastal ja A. Abražanov (1) bronhiaaluuriste raviks 1900. aastal. Uus meetod ületas tolleaegsed mitte ainult lihtsuse, vaid eelkõige raskesti tervistuvate haigete ravimisel saadud heade tulemuste tõttu. Kui rääkida selle «kaasaegse tehnika elemendi» [T. Arjev (2)] vähese leviku põhjustest, siis peab esmajärjekorras osutama müoplastika veenvate teoreetiliste aluste puudumisele ja infitseeritud õonte (uuriste) täitmisele erisuguse, näivalt «loomuvastase», olgugi et bioloogilise koega.

Haava viidud lihasvars on haava omapärane sein, mis kirurgil «luuõone haava» võimaldab umbelt kinni ömmelda. Sel viisil leiti printsiipsaalselt uus tee, mis lahendas infitseeritud haavaõone dreanaži probleemi [I. Davõdovski (4), A. Steindler (11)]. Käesoleva artikli ühe autori [M. Grinjoov jt. (3)] katsed loomade lihasvarre osatähtsuse väljaselgitamiseks osteomüeliitiliste õonte plastikas näitasid veenvalt, et lihasvars tagab luuhaava bioloogilise puhastumise infitseerunud haava detriidist, soodustades seega õone-haava kinnikasvamist. Antud fenomeni demonstreerivad hästi luuõonde koos söeosakestega (sekvestrite mudelid) paigutatud lihasvarre histoloogilised lõiked (vt. tahvel X, mikrofoto). On näha, et söeosakesed tungisid õonest lihasvarde ja asetsevad sidekoehises stroomas (endomüüsiumis, perimüüsiumis).

Järelikult on lihasvarreplastika infitseeritud õonte bioloogilise plastika eri

liik, mille otsene ülesanne on mitte ainult defekti kõrvaldamine (nagu luuplastika puhul), vaid soodsate tingimuste loomine põletikulis-nekrootiliste protsesside likvideerimiseks nende haavade seintes. Lihaseplastika teine eriomadus on see, et lihasvars ei kasva külge sõna tavalises mõttes (nagu naha transplantaat), vaid muutub sidekoeliseks armiks, säilitades luuseinaga nõrku kapillaarseid ühendusi. Järelikult ei paranda lihasvars oluliselt luuseina verevarustust [A. Nemilov (6), V. Dudin (5), S. Popkirov (9)].

Meie kirjutis põhineb 142 operatsiooni kogemusel, mil plastikaks rakendasime lihasvart mitmesuguste kirurgiliste haiguste (mitte ainult osteomüeliidi) ravimisel. Seepärast arvame, et see võib huvi pakkuda lihasvarre osatähtsuse hindamisel uute andmete valguses.

Operatsioonide arv ja laad, mil rakendati lihaseplastikat

Haigus	Operatsioonide arv
Osteomüeliit	113
Mädane tsüst	5
Röntgenhaavand	2
Pleura jääkõõs	11
Pimesoole uuris	1
Lutuberkuuloos	1
Veresoonte alloplastika	9
Kokku	142

Luuõonte lihaseplastika pärast sekvestrektoomiat tehti 113 kroonilist osteomüeliiti põdenud haigel. Neist pödes hematogeenset osteomüeliiti 59, tulirelvast põhjustatud 41 ja traumajärgset 13 haiget. Osteomüeliitiliste õonte lokalisatsioon oli mitmesugune, kaasa arva-

tud pöid, vaagna- ja abaluu, ent enamasti olid need suured toruluud: reieluu (53), sääreluu (45) ja õlavarreluu (8).

Pärast sekvestri kõrvaldamist ja õone nekrotiseerunud seinä ökonoomset resektsiooni loputame õont hoolikalt furatsiliinilahusega ja kuivatame salvrätiga, vältides õont kahjustavat töötlemist alkoholi ja joodiga. Seega koosneb kirurgiline ravi osteomüeliidi krooniliste vormide puhul infitseerunud nekrootiliste kudede mehhaanilisest kõrvaldamisest, füüsilisest mõjutamisest (loputamine ja kuivatamine) ning lõpuks — infitseerunud luuõone bioloogilisest drenimisest lihasvarre abil. Enesestmõistetavalt ei ole viimasel kohal operatsiooni ajal ja pärast seda kasutatavad antibiootikumid, olgugi et need luuõone kroonilist põletikku ei suuda iseseisvalt peatada.

Operatsioonijärgne periood kulgeb pärast kirjeldatud viisil tehtud operatsioone tavaliselt tüsistusteta ja haavad kasvavad kinni esmaspingsalt (95 juhul 113-st). Ent kui hea operatsioonijärgne kulg ka oleks, on iga operatsiooni proovikiviks, eriti aga osteomüeliidi puhul, ikkagi hilistulemused. Enamikul autoritest on tervistumise protsent 89... 90 vahel. Eri rühma moodustavad 62 patsienti, keda varem oli opereeritud teistel meetoditel. Pärast meie tehtud operatsioone tervistus neist 59. Need arvud saavad suurema erikaalu, kui arvestada, et paljusid selle rühma haigeid oli varem palju kordi (kuni 11 korda) opereeritud.

Viiel juhul kasutati edukalt lihasvarreplastikat mädaneva luutsüstiga haigetel. Enesestmõistetavalt on luutsüsti ja osteomüeliidi erinevuse vahe haiguse selles staadiumis väike, seepärast jäävad mädase õone ravi printsiibid ühesuguseks.

Kahel ulatuslike röntgenhaavanditega haigel oli lihasvarre rakendamine koos naha vabaplastikaga ainus luudefektide sulgemise moodus [V. Petrov (7)].

Lihaseplastikat kombinatsioonis torakoplastikaga rakendati edukalt 11 haigel, kes põdesid kroonilist pleuraempüeemi. Pleura jääköone lihaseplastika, mille sihiks on likvideerida jääköös, täidab pärast püogeense kile mehhaanilist eemaldamist samal ajal ka bioloo-

lise dreanaži ülesannet. Kuigi pleurektoomia ja kopsu dekortikatsioon on viimastel aastatel välja surunud pleura jääköone plastilised ravimeetodid, jäävad torakoplastika ja lihaseplastika endiselt kirurgia arsenali. Nad on asendamatud äärmiselt nõrgenenud haigete, samuti väikeste õonte (eriti kombinatsioonis bronhiaaluuristega) ravimisel. Erilist tähelepanu väärib üks meie opereeritud haige, kel lihaseplastikat rakendati mitte ainult jääköone likvideerimiseks, vaid ka söögitoru-pleuraaurise sulgemiseks.

Meeshaige E., 32 aastat vana (haiguslugu nr. 130/143), saabus kirurgiaosakonda 30. III 1967. Lapsest saadik oli kannatanud söövitusest tingitud söögitorukitsendi all, neelamise raskenemise korral oli sageli end ise traadiga bužeerinud. 10 päeva enne ravile saabumist oli end järjekordselt bužeerinud, mille järel tundis teravat valu rinnaku taga. Varsti tõusis kehatemperatuur kuni 40°. Esimese kahe päeva jooksul ei saanud midagi neelata, seejärel hakkas vedelik läbi minema. Ravile saabumisel üldseisund raske. Kehatemperatuur 40,1°, pulsisagedus 130 lööki minutis. Röntgenoskoopia näitas vähest eksudaati paremas pleuraõones. Ösofagoskoopia abil määrati 33 cm kaugusel striktuur, mille läbis 2... 3 mm läbimõõduga sond. Striktuuri piirkonna kohal tsirkulaarne haavandiline defekt. Diagnoos: söögitoru perforatsioon, mädane mediasiniit, parempoolne reaktiivne pleuriit. Haigel tehti gastrostoomia, hakati andma antibiootikume suurtes annustes. Patsiendi seisund ei paranenud, ilmusid tugevad valud paremas rindkere pooles. Röntgenoskoopia ajal 4. IV 1967 avastati paremas pleuraõones totaalne tumestus. Kohe tehti punktsioon ja õonest kõrvaldati üle 3 liitri lehkavat mäda. Pleuraõõs loputati furatsiliinilahusega, manustati antibiootikume. Järgmisel päeval tehti torakotoomia koos IX roide resetseerimisega. Pärast õone loputamist ja kuivatamist viidi õõnde jääme dreanaž, mille kaudu järgmistel päevadel toimus pidev aspireerimine. Kopsu täielikult sirutada ei õnnestunud, kuid õõs vähenes tunduvalt — röntgenogrammidel oli näha pilu, mille laius oli 2,5... 3 cm ja mis ulatus III roidest kuni diafragmani. Ühe kuu pärast formeerus jääköös täielikult ja alustati seinte saneerimist Višnevski salvi tamponidega. Samal ajal eespool nimetatud ravivõteteiga toimus üldtugevdav ravi, haiget toideti gastrostoomi kaudu. 2,5 kuud pärast saabumist haiget opereeriti (A. Kofkin) 15. VI 1967 kombinatsioonintubatsioonnarkoosis. Õone piirkonnas resetseeriti seitse roiet. Resetseeritud roiete ulatuses kõrvaldati kopsu parietaalselt pleuralt püogeenne kest. Jääköone tagumises osas, 4... 5 cm diafragmalt kõrgemal, leiti 0,3 cm suurune ava, millest eritus sondiga söögitorusse viidud metüleensinine. Uuris tamponeeriti roietevaheliste lihaste lihasvarrega, mis fikseeriti ava äärte külge kahe katgutõmblusega. II roide kõrgusel moodus-

tati ülilaiast seljalihasest pilukujulise koopa katmiseks lihasvars, mis fikseeriti analoogiliselt eespool kirjeldatule. Tampoonid. Nahaõmblus. Operatsioonijärgne kulg tüsistusteta. Tervistumine.

Heade tulemustega rakendasime lihasplastikat ühel roojauurise juhul, mis pikemat aega ei olnud kinni kasvanud. Operatsiooni edu oli tingitud laialdaste mädaste õontega haavade põhiliste ravi printsiipide järgimisest: infitseerunud nekrootiliste kudede maksimaalne kõrvaldamine mehhaanilisel (resetseerimine) ja füüsikalisel (loputused) teel sellele järgneva lihaseplastikaga. See likvideeris mitte ainult kõik pilud ja taskud, vaid lõi ka optimaalsed tingimused ikka veel infitseerunud haava bioloogiliseks saneerimiseks.

Lihavarre omadused infektsiooni lokaliseerida avardasid lihaseplastika rakendamise võimalusi. Jäseme gangreeni põdevatel või kudede mädase lagunemise all kannatavatel haigetel tekib arterite šunteerimisel alloplastiliste proteeside mädanema mineku ja sekvestreerumise oht kaasneva regionaarse lümfadeniidi tõttu. Proteesi ümbritsemine lihavarrega [V. Prokofjev (8)] aga väldib selle ohtliku tüsistuse, milles veendusime ka oma kogemuste põhjal (9 tähelepanekut).

Seega on lihaseplastika mitmete operatsioonide põhiline ja väga tähtis osa, mis tagab kõige paremad tulemused

mädaste luutsüstide, jääkõonte ja uuriste ravimisel, samuti võib seda rakendada mädanike profülaktikaks muude plastikate (luu-, alloplastika) puhul.

KIRJANDUS: 1. Абражанов А. А. Пластический способ закрытия полостных свищей. Труды XI съезда Рос. хир. М., 1912, 92—93. — 2. Арьев Т. Я., Никитин Г. Д. Мышечная пластика костных полостей. М., 1955. — 3. Гринев М. В., Кулик Л. Н. Вестн. хир., 1962, 4, 50—55. — 4. Давыдовский И. Д. Процесс заживления ран. М., 1950. — 5. Дудин В. А. Ортоп., травм. и протез., 1960, 3, 7—10. — 6. Немилев А. А. Основы теории и практики пересадки тканей и органов. М., 1940. — 7. Петров В. И. Вестн. хир., 1962, 4, 100—102. — 8. Прокофьев В. Р. Вестн. хир., 1964, 6, 139. — 9. Прокофьев В. Р. Die heutige Therapie des Osteomyelites. Berlin, 1960. — 10. Schulden, M. Arch. f. klinische chir., 1897, 54, 328—363. — 11. Steindler, A. Osteomyelitis. Post Graduate Lectures on Orthopedic Diagnosis and Indications. 1952, V. III, 167—266.

РЕЗЮМЕ. Роль мышечной пластики в ликвидации остаточных полостей. М. В. Гринев, А. С. Кофкин. Обобщен опыт 142 операций с применением мышечной пластики, из них 113 — у больных хроническим остеомиелитом, 11 — хронической эмпиемой плевры, 5 — с нагноившейся костной кистой, 2 — с ренгеновскими язвами. Мышечный лоскут использован также при лечении пищеводно-плеврального свища, свища слепой кишки, туберкулезного поражения кости и в качестве профилактики нагноения при аллопластике сосудов. Благотворное действие мышечного лоскута в лечении инфицированных полостных ран обусловлено выраженным дренажным свойством его.

KAASASÜNDINUD TOKSOPLASMOOSI KLIINILISEST PILDIST LASTEL

HALDJA KÄÄRI
Tartu

UDK 616.993.192-071-053.2/5

Kaasasündinud toksoplasmoosi kliiniline pilt on polümorfne ning oleneb loote nakatumise ajast, haigusprotsessi lokaliseerumisest, intensiivsusest ja muudest, osalt veel selgitamata asjaoludest. K. H. Parnitzke (5) väidab, et toksoplasmoosi neuroloogiline pilt on nii mitmepalgeline, et neuropsühhiaatrilist toksoplasmoosi sündroomi ei ole õnnestunud välja töötada, sest protsess

lokaliseerub kesknärvisüsteemi eri osades. Koldeid esineb suuraju valges aines, ajutüves ja väikeajus. Mida varajasemas üsasiseses perioodis loode nakatub, seda ulatuslikumad ja taastumatamad on muutused vastsündinul. Peetakse võimalikuks rakkude kahjustumist toksoplasmade poolt eritatud toksiliste ainete, nimelt toksotoksiinide toimel (4).

Kuni kolmeaastaste laste ja nende emade uurimise tulemused toksoplasmoosi suhtes

Juhtude arv	Laps			Ema		Järeldus
	kliinilised andmed	KSR	NT	KSR	NT	
11	+	+	+	+	+	Lapsel äsja saadud nakkus, ema nakatumisest on möödunud vähem või rohkem kui 2...4 a.
	+	+	-	+	+	
	+	+	-	-	+	
32	(+)	-	-	+	+	Laps ei ole nakatunud. Ema on nakatunud viimase 2...4 aasta jooksul
	(+)	-	-	+	-	
37	(+)	-	-	-	+	Laps ei ole nakatunud. Ema nakatumisest on möödunud üle 2...4 a.
53	(+)	-	-	-	-	Laps ega ema ei ole toksoplasmoosi nakatunud

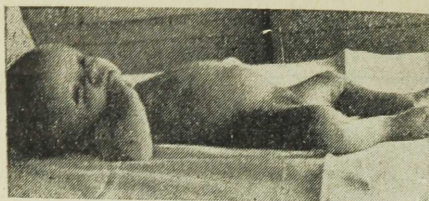
Märkus: + positiivne, - negatiivne, (+) kahtlane, KSR* — komplemendi sidumise reaktsioon, NT — nahatest.

Kõige suuremad diagnoosimisraskused on siis, kui lapsel sündimisel on toksoplasmoosi generalisatsiooni (I) faas. Haiguse selles faasis prevaleerivad vastsündinu sepsisele, hemolüütilisele tõvele ja sünnitraumale omased kliinilised nähud. Kui lapsel sündimisel on haiguse entsefaliidi (II) faas, siis võivad olla välja kujunenud aju- ja ajukelmepõletiku sümptoomid, seesmine vesipea, põletikulised muutused silmades (koriesitiniit, iridotsükliit). Haiguse kolmandas, kroonilises faasis on olemas põletikujärgsed taastumatud muutused, kõige sagedamini kesknärvisüsteemis ja silmades. Kliiniliselt võivad esineda krampid, vaimne ja füüsiline alaareng, vesi- või pisipea, lubjastused ajus, kae või silmade krooniline põletik (koriesitiniit).

Käesolevas töös on analüüsitud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas toksoplasmoosi suhtes statsionaaris ja ambulatooriumis 133 kuni kolme aasta vanuse lapse ja nende 132 ema üheaegse uurimise tulemusi (vt. tabel). Kõigil vaatlusalustel lastel leiti kliiniliselt patoloogilisi sümptome. Kahjustused olid kas juba sünnimomendil või täheldati neid imikueas. Lastel esinesid kesknärvisüsteemi patoloogia sümptoomid, mahajäämus psühhomotoorses arengus, nägemiselundite patoloogia, geneetilised kahjustused, mikroanomaaliad jm. Uuritavate emadest osutus nakatanuiks 59,8%, lastest aga võis toksoplasmoosi konstateerida ainult 8,3%-l.

Uurimistulemuste alusel diagnoositi kaasasündinud toksoplasmoosi 11 lapsel. Diagnoosid on ainult tõepärased, sest on aluseks võetud lapse ja ema komplemendi sidumise reaktsiooni ning nahatesti positiivsed tulemused. Liikvorit on toksoplasmoosi tekitaja suhtes võimalik olnud uurida bioloogilise proovi abil kahel juhul, kummalgi korral toksoplasmoosi tekitajat leida ei õnnestunud. Kõige enam täheldati kesknärvisüsteemi patoloogilisi sümptome — kokku kümme. Üheksal uuritul ilmes mahajäämus psühhomotoorses arengus, mis ühel väljendus *idiotia*'na. Viiel oli nägemiselundite patoloogia, millest 50% moodustas nägemisvõime nõrgenemine või puudumine. Silmade ja kesknärvisüsteemi üheaegne kahjustus esines viiel lapsel, s. o. pooltel vaatlusalustest. Ainult närvisüsteemi patoloogia sümptomatoloogiat konstateeriti viiel lapsel, kuna ainult silmade kahjustust ei täheldatud ühelgi. Muid sümptome (lümfisõlmede suurenemine, aneemia, tuumuse hüperplaasia) saab kaasasündinud toksoplasmoosiga vähem seostada. Siiski leidub andmeid, et toksoplasmoosi korral võivad esineda ka aneemia, lümfisõlmede suurenemine, nekroosi- ja põletikukolded sisesekreetsiooninäärmetes jm. (1, 2, 3).

* KSR tehti Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri laboratooriumis. Antigeen ja allergeen saadi Moskvast N. Gamaleja nim. Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudist.



Toksoplasmoosist kahjustatud 18-päevane tütarlaps

Kirjeldame kahte haigusjuhtu, millest esimene on tüüpilise kliinilise pildiga kaasasündinud toksoplasmoosi näide.

Juht 1. Tütarlaps A., 18 päeva vana (haiguslugu nr. 244/63, vt. foto).

Diagnoos: *toxoplasmosis congenita* (tserebraalne vorm). *Hydrocephalus congenitus*.

Terved vanemad, esimene rasedus, esimene sünnitus. Ema käis raseduse alguskuudel kolhoosis tööl, kus oli kontakt loomadega. Rasedus ja sünnitus kulgesid patoloogiata. Lapse sünnikaal 3650 g. Sünnimisel pea ümbermõõt 39 cm (norm 34 cm) — hüdrotseefalus; hospitaliseerimisel pea ümbermõõt 42,5 cm (norm 35,5 cm). Laps ümbrusele ei reageerinud, alajäsemed paralüütilised. Kolju-röntgenifilmil nähtavad intrakraniaalsed lubjastused (vt. tahvel X). Korduval uurimisel komplemendi sidumise reaktsioon lapse vere-seerumiga positiivne (+++ ja ++++), samuti liikvoriga (+++). Lapsel nahatest negatiivne. Emal komplemendi sidumise reaktsioon positiivne (+++), nahatest positiivne (infiltraadi ja hüperemia läbimõõt 12 mm). *Exitus letalis* 33 päeva vanuselt. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos *toxoplasmosis: meningo-encephalitis necroticans et calcificans chronica, hydrocephalus congenitus*. Patoloogilis-histoloogiliselt: ajukoos, pehmekeles ja soonpõimikus ulatuslik nekroos, põletikuline infiltratsioon, lubjaladestused, granulatsioonkoe vohamine; kohati vaskuliit, verevalumeid, numastrotsüüte. Ajukoelõikudes leitud toksoplasma proliferatiivseid ja tsüstilisi vorme.

Esitatud juhul võib tõenäoliseks pidada ema nakatumist toksoplasmoosi kolhoosis töötamise ajal, raseduse esimesel poolel. Lapsel esines intranataalsel perioodil põetud meningoentsefaliidi kliiniline pilt: sünnist alates hüdrotseefalus, kahe nädala vanuselt tehtud kolju-röntgenifilmil on nähtavad intrakraniaalsed lubjastused. Toksoplasmoosi diagnoosimiseks sooritatud uurimiste tulemused — lapsel on antikehad kindlaks tehtud liikvoris ja vereseerumis, emal positiivne nahatest ning positiivne komplemendi sidumise reaktsioon vereseerumiga — ning lahangu andmed lubavad kindlalt diagnoosida toksoplas-

moosi. Negatiivne nahatest lapsel ei eita toksoplasmoosi olemasolu, sest sellesse nakatunud imikutel on nahatest negatiivne.

Teine juht on näide kliiniliselt raskesti diagnoositavast kaasasündinud toksoplasmoosist.

Juht 2. Poisslaps M., seitse kuud vana (haiguslugu nr. 996/62).

Diagnoos: *toxoplasmosis congenita* (tserebraalne vorm).

Terved vanemad, teine rasedus, esimene sünnitus. Emal raseduse ajal juhuslik kokkupuutumine koduloomadega. Kolmandal raseduskuul verejooks. Sünnitus normaalne. Sünnikaal 3000 g. Esimesel elukuul diagnoositi *M. haemolyticus neonatorum*'it grupikonflikt alusel (emal Rh + 0, lapsel Rh + A veregrupp). Umbes 1½ kuud enne hospitaliseerimist subfebriilne temperatuur kuni 37,6°, lühiajalised loiduse ja lõtvuse hood. Haiglas subfebriilne temperatuur püsis, lisandusid febrilised temperatuuri tõusud. Samuti püsisid kuni 15-minutilise kestusega nõrkushood, mille ajal laps muutus loiuks ja kahvatuks. Lapse pea ümbermõõt oli suurenenud — 48 cm (norm 43,7 cm). Psühhomotoorne areng vastas 5...6 kuu vanuse lapse omale. Komplemendi siduvaid antikehi leiti nii ema kui ka lapse vereseerumis (+++). Emal oli nahatest positiivne (36 mm läbimõõduga infiltraat ja hüperemia), lapsel negatiivne. Pärast kolme kloridiin-sulfadimesiinkuuri lapse seisund paranes, täheldati emotsionaalse toonuse tõusu, vaimset ja füüsilist edasiarenemist; temperatuur langes subfebriilsele. Hospitaliseerimise ajal rindkere röntgenoloogilisel uurimisel sedastatud harknäärme suurenemine taandus.

Tuleb tõenäoliseks pidada, et laps nakatus toksoplasmoosi ema viimastel raseduskuudel. Lapsel sündimisel ikterus. Et emal ja lapsel olid erinevad veregrupid, peeti ikterust veregruppide konfliktist põhjustatuks ja uurimisi toksoplasmoosi suhtes ei tehtud. Kui arvesse võtta ema äsjast nakatumist, lapse uurimise kliinilisi andmeid ja kloridiin-sulfadimesiinravi efektiivsust, võib kaasasündinud toksoplasmoosi diagnoosi tõenäoliseks pidada.

Kui tugineda kirjanduse andmetele ja meie diagnoositud teisele juhule, võime järeldada, et ebatüüpiliste kliiniliste haigusnähtude korral tuleb diferentsiaaldiagnoosimisel mõelda toksoplasmoosi võimalusele. Uurimisi toksoplasmoosi suhtes (komplemendi sidumise reaktsioon, nahatest) tuleks teha kõigil lastel ja nende emadel, kel on järgmised patoloogia tunnused: kauakestev ikterus vastasündinul, kusjuures selle põhjus on ebaselge; asfüksiasündroom vastasündinutel; ebaselge etioloogia.

giaga krambid; pea übermõõdu kiire suurenemine; loidus, unisus, nõrkus; mahajäämus psühhomotoorses arengus; ebaselge etioloogiaga subfebrilne temperatuur; lümfadenopaatia.

Kui arvestada Eesti NSV elanike küllaltki suurt toksoplasmoosi nakatumist, võib arvata, et meil tuleb ette nii kaasasündinud kui ka omandatud toksoplasmoosi vaegdiagnoosimist. Profülaktikat raskendab see, et puuduvad andmed toksoplasmoosi levikust loomade hulgas Eesti NSV-s.

KIRJANDUS: 1. Годлевский В. В. Поражение лимфатического аппарата при токсоплазмозе. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1967. — 2. Гулькевич Ю. В. Перинатальные инфекции. Минск, 1966. — 3. Диагностика токсоплазмоза. Под ред. Засухина Д. Н. М., 1966. — 4. Иыгисте А. К. Вопросы эпидемиологии и патологии токсоплазмоза. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1963. — 5. Par-

nitzke, K. H. Endokranielle Verkalkungen im Röntgenbild. Leipzig, 1961.

РЕЗЮМЕ. О клинической картине врожденного токсоплазмоза у детей. Х. О. Кяярн. Представлены данные кожной пробы и реакции связывания комплемента на токсоплазмоз у детей в возрасте от 0—3 лет и их матерей. Всего обследовано 133 детей и 132 матерей.

У 11 обследованных детей с положительной реакцией связывания комплемента по совокупности данных был поставлен диагноз врожденного токсоплазмоза. У этих детей наибольшая патологическая симптоматика наблюдалась со стороны нервной системы и у половины из них отмечалось поражение органов зрения.

Приводится описание двух случаев. Первый случай: 18-дневный новорожденный с гидроцефалией и кальцификатами в мозгу. Диагноз врожденного токсоплазмоза подтвержден паразитологически. Второй случай: 7-месячный ребенок с атипичной клинической картиной, приступами общей слабости, субфебрильной до фебрильной температурой.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

Abiks velskritele ja õdedele

VIIRUSHEPATIIDI EPIDEMIOLOOGIAST JA PROFÜLAKTIKAST PÄRNU*

ELISAVETA OTTER

Pärnu

UDK 616.36-002.12.616.9-036.2-084

Üks tõhusamaid profülaktikavahendeid viirushepatiidi vastu on gammaglobuliin. Süstemaatilist gammaglobuliinprofülaktikat alustati 1961. a. sügisel üldhariduslike koolide õpilaste hulgas, 1963. a. sügisest alates ka koolieelsetes lasteasutustes. Plaaniline gammaglobuliinprofülaktika on viirushepatiiti haigestumist vabariigis aidanud vähendada kohati kuni kümme ja isegi rohkem korda.

Analüüsisime viirushepatiiti haigestumist Pärnu linnas ja rajoonis aastail

1958...1967. Andmed rühmitasime kvartalite kaupa: I kvartal september, oktoober, november (haigestumuse tõus); II kvartal detsember, jaanuar, veebruar (haigestumuse kõrgperiood); III kvartal märts, aprill, mai (haigestumuse langus) ja IV kvartal juuni, juuli, august (haigestumuse madalaim tase).

Selline jaotus järgib üldhariduslike koolide õppeaastat, sest haigestumuse tõusu ja languse määravad lapsed, esmajoonelised õpilased.

Õpilaste haigestumus on aastast aastasse olnud kõrge, kuni 50 ja rohkem haigusjuhtu 10 000 õpilase kohta. Seevastu on koolieelikud haigestunud viis ja kohati isegi kümme korda harvem

* Lühendatult ettekandest Sanitaar- ja Epidemioloogiategenistuse Keskmehitsiinitöötajate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu III konverentsil Viljandis (22. augustil 1968. a.).

kui õpilased. Täiskasvanute haigestumuses olulisi tõuse ja langusi täheldada ei saa.

Ka kirjanduses leidub taolisi andmeid, mille järgi viirushepatiidi sesoonsuse määravad ainult lapsed, eelkõige õpilased. Seda võib seletada asjaoluga, et täiskasvanute hulgas tuleb rohkem ette selliseid seerumhepatiidi juhte, mis sesoonsusega seotud ei ole.

Kui võrrelda viirushepatiiti haigestumist laste (s. o. koolieelikud ja õpilased kokku) ning täiskasvanute hulgas, näeme, et kuni viimaste aastateni ületas laste haigestumus täiskasvanute haigestumuse tunduvalt, kohati isegi mitu korda (vt. joonis).

1961/62. õppeaasta algul korraldati eksperimentaalses korras üle vabariigi, sealhulgas ka Pärnus, õpilaste massiline süstimine gammaglobuliiniga, mille tulemusena haigestumus järsult langes. Järgmine, 1962/63. õppeaasta oli kontrollaasta, mil tehti kindlaks gammaglobuliini toime kestus. Seepärast sel epideemiasoonil gammaglobuliini õpilastele ei määratud. Laste hulgas ilmnis haigestumuse minimaalne tõus.

1963/64. ja 1964/65. a. süstiti gammaglobuliini profülaktika eesmärgil epideemiasooni eel ainult Pärnu linna koolides ja koolieelsetes lasteasutustes ning mõnes üksikus Pärnu rajooni suures koolis.

Eriti kõrge oli haigestumus 1964/65. a. epideemiasoonil, kuid tegelikult oli see tingitud puhangust ainult ühes koolis (Pärnu-Jaagupi Keskkool), kus haigestus 78 last (s. o. 63% linnas ja rajoonis haigestunud õpilaste üldarvust).

Epideemiasoonieelse gammaglobuliinprofülaktika tõhususest kõneleb veel see: kui 1958/59., 1959/60. ja 1960/61. a. epideemiasoonil esinesid hepatiidipuhangud ainult Pärnu linna koolides ja lasteasutustes, siis 1961/62. aastast alates, mil alustati massilist gammaglobuliinprofülaktikat, kuni käesoleva ajani ei ole linna koolides ega lasteasutustes ühtegi puhangut ette tulnud. Üksikud väiksemad puhangud on tekkinud rajooni koolides, kus plaanipärast gammaglobuliinprofülaktikat ei ole tehtud.

1965. aastal hakkasime Pärnu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas uurima hepatiidihaigetega kokkupuutunud

isikute vereseerumi fermentide aldolaasi ja transaminaaside aktiivsust. Uuringud võimaldasid meil haigeid aegsasti (veel enne kollasuse ilmumist) avastada ja isoleerida. Samuti sai võimalikuks kollasuseta ja pühkunud hepatiidivormide avastamine.

Sellega paralleelselt rakendasime gammaglobuliinprofülaktikat epidemiooloogilistel näidustustel nendes koolides ja lasteasutustes, kus seda epideemiasooni eel plaaniliselt ei olnud tehtud.

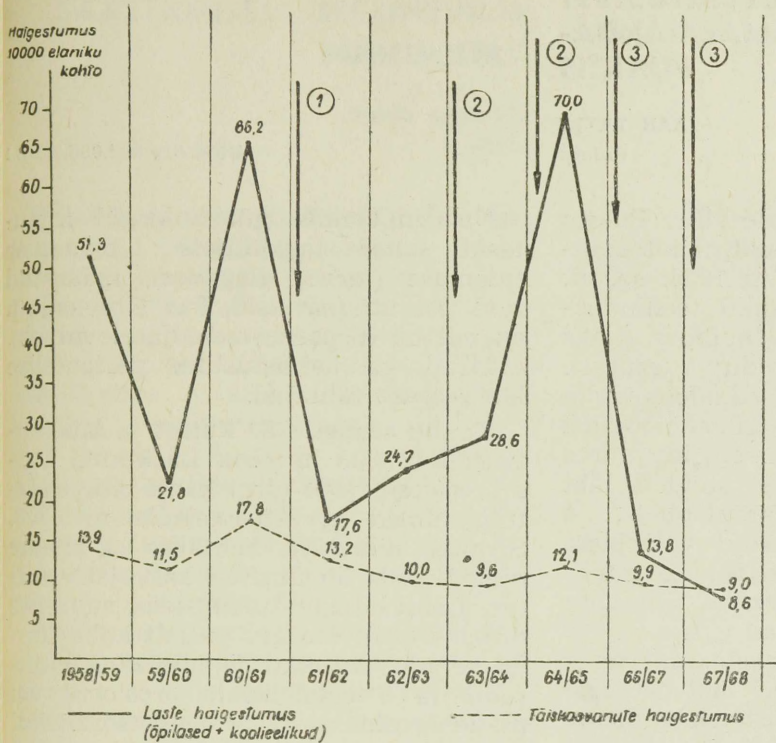
Selle tulemusena oli laste haigestumus 1965/66. ja 1966/67. a. epideemiasoonil väiksem kui kunagi varem ja viimasel aastal on laste haigestumus täiskasvanute haigestumusest esimest korda isegi väiksem (vt. joonis). Sealjuures aga püsib täiskasvanute haigestumus ikka ühel ja samal tasemel, mis veel kord viitab seerumhepatiidi sagedasele esinemisele täiskasvanute hulgas.

Meie kogemused näitavad, et haigetega kokkupuutunute uurimine eespool nimetatud biokeemiliste proovide abil on eriti efektiivne koolides ja lastekollektiivides. Perekondlikes kolletes on haigetega kokkupuutunute hulgast haigeid mainitud proovidega õnnestunud avastada äärmiselt harva. Seda kinnitavad ka kirjanduse andmed, mille järgi täiskasvanute nakatumine lastelt ja laste nakatumine täiskasvanutel toimuvad ainult erandjuhtudel.

Lõpuks esitame kolde uurimise meetoodika, mida rakendame siis, kui koolis või koolieelses lasteasutuses on avastatud hepatiidi juht.

Kohe pärast kiirteatise saamist võtame kõikidelt haigega kokkupuutuvatelt isikutelt verd biokeemilisteks uuringuteks. küsitleme lapsi detailse anamneesi saamiseks ning toimetame kliinilise vaatluse. Kui on tegemist väiksema asutuse või kooliga, uurime laboratoorselt eranditult kõiki. Suuremate koolide õpilastelt võtame verd valikuliselt, arvestades iga lapse anamneesi, kaebusi (pöörame erilist tähelepanu enesetunde ja söögiisu muutustele) ning objektiivseid andmeid (maksa suurenemine, valulikkus). Muudugi tuleb vaadelda ka nahka ja limaskesti. Praktika on näidanud, et sellisel juhul oleme verd võtnud tavaliselt umbes pooltelt lastelt.

Laste ja täiskasvanute haigestumus ning selle sõltuvus gammaglobuliinprofülaktikast



1 — massiline gammaglobuliinprofülaktika kõikides koolides
 2 — massiline gammaglobuliinprofülaktika ainult Pärnu linna koolides ja lasteasutustes
 3 — plaaniline gammaglobuliinprofülaktika Pärnu linna koolides ja lasteasutustes. Pärnu rajooni koolides ja lasteasutustes gammaglobuliini süstimine epidemioloogilistel näidustustel. Biokeemilised uurimised igal pool pärast esimese hepatiidijahu avastamist

Verevõtmisega paralleelselt süstime lastele gammaglobuliini à 1,0 ml siis, kui seda asutuses jooksva aastal ei ole juba tehtud. Teist korda võtame verd pärast kahe nädala möödumist.

Haiguskolle jääb kohaliku arsti ja pedagoogide (keda on varem instrueeritud) järelevalve alla. Nendest abinõudest kolde likvideerimiseks tavaliselt piisab.

Meie kogemuste järgi on viirushepatiidi profülaktikaks vaja silmas pidada järgmisi asjaolusid.

1. Pärnu linnas. Igal sügisel septembri- ja oktoobrikuu jooksul gammaglobuliini süstida kõikides koolides 50%-le iga klassi õpilastest. Kui võimalik, siis samal ajal seda süstida ka lasteaiarühmades. Biokeemilisi uuringuid teha valikuliselt, olenevalt epidemioloogilisest olukorrast.

2. Pärnu rajoon. Kui koolis või lasteasutuses hepatiidijuhud avastatakse, kohe uurida kõiki: teha biokeemilisi proove, võimaluse korral uurida lapsi ka kliiniliselt ning kõikidele süstida gammaglobuliini.

Muude abinõude kasutuselevõtt oleb epidemioloogilise uuringu tulemustest.

3. Seerumhepatiiti nakatumise võimaluste vähendamiseks on soovitatav, et suuremates ravi- ja profülaktikaasutustes ning sanatooriumides meditsiinilised instrumendid tsentraliseeritud korras steriliseeritaks. Väiksemates asutustes tuleb rangelt kinni pidada meditsiiniliste instrumentide puhastamise ja steriliseerimise juhendist, mille on välja andnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium.

Pärnu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam

GÜNEKOLOOGILISTEST LÄBIVAATUSTEST VELSKRI-ÄMMAEMANDA- PUNKTIS

JAAN TATTE

Puiatu

UDK 616-084.006.2:618.1

Kõpu jaoskonnahaiglale alluv Puiatu velskri-ämmaemandapunkt, mis teenindab 900 elanikku, asutati 1955. aastal. Velskri-ämmaemandapunkti teeninduspiirkonda kuulub üks kolhoos, kaks kooli, kaks lastepäevakodu jt. asutusi. 1966. aastani tehti seal pahaloomuliste kasvajate avastamiseks günekoloogilisi läbivaatusi mitteregulaarselt, kusjuures ainult osa elanikkonnast suudeti läbi vaadata. Dispanseersel arvel oli 3...4 naist, kel oli diagnoositud vähieelset seisundit. Pärast vestlusi vähktõve teemadel suurenes läbivaatustele ilmunute arv ainult vähesel määral.

Murrangu töi 1966. aasta, mil naisi hakati profülaktilisele läbivaatusele suunama Viljandi Naistenõuandlasse. Selleks tegime velskri-ämmaemandapunktis ettevalmistused: koostasime sünniaastate viisi teeninduspiirkonnas elavate täiskasvanute täpsed nimekirjad.

Et nimekirja oleks võimalik täiendada, kirjutati iga aastakäik eraldi lehele või lehtedele. Nimekirjad koostati valimisinimekirjade järgi (neid kasutati ka nimekirjade kontrollimiseks). Selles töös abistasid aktiivselt Puiatu 8-klassilise kooli vanemate klasside õpilased. Nimekirjade järgi saadeti kutsed kõikidele naistele, kes olid vähemalt 25 aastat vanad. Kutseid trükkisid asutuste masinakirjutajad. Nende tekst on järgmine.

Kutse-saatekiri nr.

Nimi

Teid palutakse ilmuda Viljandi Naistenõuandlasse, V. Kingissepa t. 3 tööpäeval kell 9—17.00 iga-aastasele läbivaatusele vähktõve varajaste vormide, vähktõbe tekitavate haiguste ja teiste naistehaiguste varaseks avastamiseks ning raviks.

Kutse palutakse tagastada Puiatu velskri-ämmaemandapunktile pärast nõuandla külastamist.

Puiatu velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Naistenõuandla günekoloogid kirjutavad kutse tagaküljele läbivaatuse tulemuse (terve, diagnoos), määratud ravi, samuti märkisid, kas läbivaadatu on võetud dispanseersele järelevalvele. Määrati ka kohustusliku perioodilise läbivaatuse tähtsajad.

Kokku saadeti 380 kutsed ja läbivaatustel käis 338 inimest. Laekunud kutsete-saatekirjade järgi kanti läbivaadatud nimed arvestusvormile nr. 278. Samasse nimekirja kantakse ka meeste nimed, keda on uuritud kasvajate suhtes. Läbivaatuste tulemusena suurenes dispanseeritavate arv neljalt kahekümnele neljale. Avastati 7 polüübi, 4 krauroosi ja 9 emakakaela erosiooni või pseudoerosiooni ja 4 endotservitsiidi juhtu. Pärast aasta möödumist kustutati dispanseerselt arvelt 16 inimest, kes ravi tulemusena olid tervistunud. Aastail 1967...1968 avastati ainult 7 vähieelse seisundi juhtu.

Haigete suunamisel korduvale kontrollimisele saadetakse välja samasugused kutsed, kusjuures on juurde kirjutatud diagnoos ja ravi alustamise kuu-päev. Arvelt kustutatakse günekoloogi otsuse põhjal.

Günekoloogilised läbivaatused Viljandi Naistenõuandla baasil on Puiatu velskri-ämmaemandapunkti piirkonnas poolehoidu võitnud. Käesoleval aastal saadeti kutsed eri aegadel, et ära hoida järjekordade tekkimist nõuandlas.

Nimeliste kutsete väljasaatmine suurendas Puiatu velskri-ämmaemandapunkti piirkonda kuuluvate naiste ilmutumist profülaktilistele läbivaatustele tunduval määral. Seetõttu oli võimalik avastada vähieelseid seisundeid ja muid haigusi varajases staadiumis ning alustada ravi õigel ajal. Nimetatud asjaolude tõttu ongi seletatav, miks tervistunute arv Puiatu velskri-ämmaemandapunktis on nii suur.

Puiatu velskri-ämmaemandapunkt

TÖÖTSOONI ÕHU SAASTAMISEST SEEMNEVILJA PUHTIMISEL *

TOIVO RAJANDU
Pärnu

UDK 613.63:551 510.04

Keemiliste taimekaitsevahendite kasutamine võimaldab rohkem toota taimse ja loomse päritoluga toiduaineid ja loomasööta. Taimekahjuritest ja -haigustest tingitud kaod põllumajanduses ulatuvad 20 %-ni üldisest saagist. Mürk-keemikaalide tootmise ja kasutamise kulud aga moodustavad ainult 6% nende abil saadud lisasaagi maksumusest. Mürk-keemikaalide laialdane kasutamine põllumajanduses kohustab tervishoiu-organeid tugevdama riiklikku sanitaar-järelevalvet nende transpordi, säilitamise ja kasutamise üle.

Et Pärnu rajoonis on ette tulnud mürgistusjuhte seemnevilja puhtimisel, siis oleme eriti tähelepanu pööranud puhtimistingimustele, esmajoones puhtimiskohtade õhu saastumise uurimisele. Puhtimiskohtadel on korduvalt tehtud õhuanalüüse.

Töötsooni õhu reostatuse tase sõltub suurel määral puhtimisviisist. Kuivpuhtimise ajal on õhu granosaanisisaldus $0,352 \text{ mg/m}^3$, s. o. lubatust 70,4 korda suurem. Teises majandis oli granosaanisisaldus niiske puhtimise ajal võetud õhuproovis $0,110 \text{ mg/m}^3$ õhus, seega 22 korda (!) üle lubatud normi. Sauga sovhoosis jälgiti saastatud õhu liikumist avatud ukse kaudu kõrvalruumi nii kuiv- kui ka niiske puhtimise korral. Selgus, et kuivpuhtimise ajal oli granosaani 3 m kaugusel puhtimismasinast $0,100 \text{ mg/m}^3$ ehk lubatust 20 korda enam, niiske puhtimise ajal aga $0,03 \text{ mg/m}^3$ ehk 6 korda üle normi.

Puhtimiskoha õhu reostatuse aste oleneb ka ventilatsioonist. Näiteks Tori nädissovhoosis, kus ventileerimise võimalus seemneviljalaos puudus (uks paiknes puhtimismasinast umbes 20 m kaugusel), ületas õhu granosaanisisaldus lubatud piirkontsentratsiooni masina juures 70,4 korda ja 3 m kaugusel

masinast 61,1 korda. Hea ja loomuliku ventilatsiooniga puhtimiskoha õhus (Sauga sovhoosis) oli granosaani puhtimismasina juures 54 korda ja 3 m kaugusel puhtimiskohast 20 korda rohkem lubatud piirkontsentratsioonist. Mõlemas majandis puhiti kuivmeetodil masinaga PU-1. Puhitud seemnevilja kottide tõstmisel oli õhu granosaanisisaldus madal — $0,002 \text{ mg/m}^3$ (lubatud on kuni $0,005 \text{ mg/m}^3$). Samuti ei esinenud granosaani lubatust rohkem väljaspool hästi ventileeritavat puhtimisruumi (5 m kaugusel puhtimismasinast $0,004 \text{ mg/m}^3$).

Mitmes majandis puhitakse seemnevilja tüüpprojekti järgi ehitatud seemneviljaaitades-kuivatites. Puhtimismasin paikneb teisel korrusel ja puhitud vili langeb kolu kaudu alumisele korrusele, kus ta suunatakse kottidesse. Projekti järgi ei ole masinaruumis ventilatsiooni ette nähtud. Ruumi saab tuulutada ainult välisseinas asetseva akna kaudu. Puhtija ei viibi masinaruumis pidevalt, küll aga peab ta olema kottide täitmise juures. Õhuanalüüsides selgus, et just see töökoht on granosaaniga kõige enam saastunud. Niiske puhtimise korral oli õhu granosaanisisaldus kottide täitmise kohal $0,176 \text{ mg/m}^3$ ehk lubatust 35 korda rohkem ja kuivpuhtimise korral isegi $0,520 \text{ mg/m}^3$ ehk lubatust 104 korda rohkem. Õhu saastumine kottide täitmise ajal on tingitud kottidesse langeva puhitud vilja tolmamisest suure langeskiiruse tõttu. Seega on oluline, et puhitud seemnevilja transportimisel kasutataks hästi tihedast materjalist kotte. Masinaruumi õhus oli granosaani niiske puhtimise puhul $0,107 \text{ mg/m}^3$ ja kuivpuhtimise korral $0,130 \text{ mg/m}^3$, mis tõestab kunstliku ventilatsiooni vajalikkust.

Meie kontrollitud puhtimiskohtade ja -ruumide õhu granosaanisisaldus oli kõikidel juhtudel lubatust tunduvalt suurem. Niisugune olukord nõuab, et sanitaareeskirju täidetakse eriti hoolikalt.

* Sanitaar- ja Epidemioloogiategenistuse Keskmeditsiinitöötajate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu konverentsil Viljandis 22. augustil 1968. a. peetud ettekande lühendatud tekst.

Nagu näitavad meie andmed, ei taga ka niiske puhtimine täiesti normaalset töökeskkonda, kuid ei tohi alahinnata selle eeliseid kuivpuhtimisega võrreldes. Kõikjal, kus kuivpuhtimist veel kasutatakse, tuleb tingimata üle minna niiske puhtimisele. Kinnises ruumis võib puhtida vaid siis, kui on olemas küllaltki mõjus kunstlik ventilatsioon.

Töötajate tervise kaitseks on häda vajalik, et puhtimistöodel kantaks sani-

taarnõuetele vastavat eririietust ja individuaalkaitsevahendeid. Töökohal ja selle vahetus läheduses ei tohi süüa, juua ega suitsetada. Mürgi kõrge kontsentratsiooni tõttu õhus tuleb rangelt jälgida, et ükski töötaja ei tegeleks puh-
timisega üle nelja tunni päevas.

Pärnu Linna Sanitaar-Epidemiologia Jaam

Kaadri ettevalmistamine

RAIOT SILLA ARSTITEADUSE DOKTORIKS

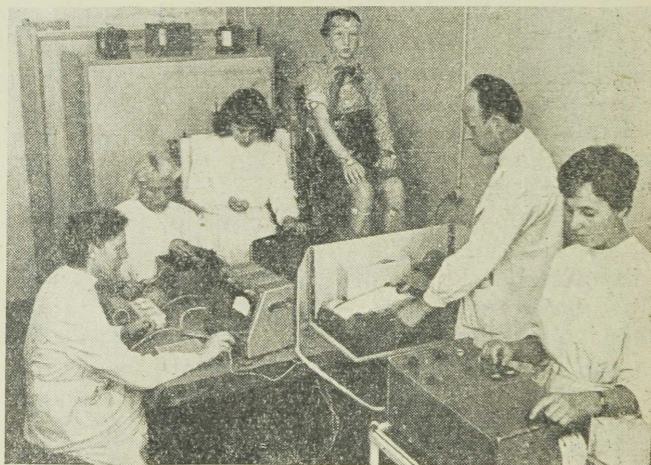
29. novembril 1968. a. andis NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon Raiot Vasso p. Sillale arstiteaduse doktori kraadi.

R. Silla kaitses doktoriväitekirja «Õpilaste liikumisaktiivsuse hügieeniline tähtsus» Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogus 17. mail 1968. a. Oponentideks olid professor S. Grombach Moskvast, professor J. Belostotskaja Moskvast ning professor J. Saarma Tartust. Oponentid, tööd aprobeerinud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ja paljud retsensendid andsid väitekirjale kõrge hinnangu, kriipsutades alla probleemi tähtsust niihästi pedagoogika kui ka meditsiini aspektist.

Ulatusliku kirjandusmaterjali alusel väidab autor, et noorsoo arenemine ei toimu harmooniliselt. Kui noorte väimsete võimete arendamisele ning nende teadmiste täiendamisele on koolides pööratud nõutaval määral tähelepanu, siis laialdane ja kõikehõlmav kehaline kasvatus on tagaplaanile jäänud. Tagajärjeks on liikumisvaegus, mis saab alguse juba varases koolieas, jätkub nooruki- ja täiskasvanueas

ning on paljude tervisehäirete ja haiguste põhjus. R. Silla koos kaastöölistega tegi mahuka töö, ta uuris süstemaatiliselt ligi 1300 õpilast, osalt kuni 3-aastase ajavahemiku vältel. Uuriti õpilaste organismi arenemist tavalistes tingimustes ja eksperimentaalselt suurendatud kehalise koormuse korral (igapäevane kehaline kasvatus).

Autori ja tema poolt juhitava kollektiivi andmed näitavad veenvalt, et rõhuv enamik tänapäeva noortest (näiteks Tallinnas ligi 75%) kannatab kehalise tegevuse vähesuse all, mis juba mõne kuu jooksul toob kaasa tunduvald tervise- ja



R. Silla koos kaastöötajatega laboratoorseid uuringuid tegemas

arenguhäireid ning töövõime languse. Väga soodsaid tulemusi on andnud süstemaatiline igapäevane kehakultuur. R. Silla uurimus näitab, et «tänapäeva noorsoo kasvatuse süsteem nõuab kehalse kasvatuse absoluutse hulga suurendamist» ja et «tavalise treenitusega õpilastele on optimaalseks annuseks ligikaudu 1 tund organiseeritud kehakultuuri iga päev lisaks nende tavalisele iseseisvale liikumisaktiivsusele».

Tänu kaasaegsete meetodite kasutamisele selgusid nii mõnedki uued asjaolud kehalse tegevuse komplitseeritud mõjus inimorganismile. Muuhulgas ilmnes, et suurendatud keheline koormus on kasulik eri elunditele ja nende talitlusele erisugusel määral. Kui lihastele ja mitmetele siseelunditele on suurem keheline koormus väga kasulik, siis näiteks käte funktsionaalsele arenemisele on selle kasulik mõju minimaalne. Mõnede keerukate vaimsete võimete arenemist suurem keheline koormus isegi

pidurdab, kuigi organismi üldine töövõime, sealhulgas ka vaimne töövõime, tunduvalt tõuseb.

Autori seisukohad töid palju uut õpilaste õpetegevuse füsioloogiase ja hügieeni. Töö väärtus on katse uut moodi ja uudsest aspektist vaadata, osalt isegi ümber hinnata mitmeid seniseid koolihügieeni seisukohti.

R. Silla sündis 1928. a. Tallinnas ametniku perekonnas. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas ta 1952. a. ja siirdus sama aasta sügisel aspirantuuri füsioloogia erialal. Aspirantuuris valmis tal professor E. Käer-Kingisepa juhendamisel väitekirja «Muutustest tingitud reflektorses talitluses koortel luminaali ja veronaali korduval manustamisel», mille ta kaitses 23. detsembril 1955. a. 1956. a. asus ta tööle Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi koolihügieeni laboratooriumi vanema teadusliku töötajana. 15. juulist 1957 töötab ta sama instituudi direktori asetäitjana teaduslikul alal. R. Silla on trükitis avaldanud üle 40 teadusliku artikli.

Loona Kaar

UUSI TEADUSE KANDIDAATE

15. novembril 1968. a. kaitsesid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogus väitekirju kaks praktiseerivat arsti, kes tunnistati arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks.

Tallinna Vabariikliku Haigla üldkirurgiaosakonna juhataja Vladimir Solovjovi väitekirja teema oli «Mitraalstenooosi kirurgilise ravi kogemusi Tallinna Vabariikliku Haigla andmeil». Oponeerisid professor A. Linkberg ja dotsent A. Kliiman, kes tööle andsid kõrge hinnangu. V. Solovjovi kliinilises uurimuses analüüsitakse 169 südameoperatsiooni tulemusi, mille põhjal autor teeb praktiseerivatele arstidele väärtuslikke ettepanekuid. Tööd juhendas professor M. Muravjov.

V. Solovjov sündis 1917. a. Rostovi oblastis töölis perekonnas. 1955. a. lõpetas ta S. M. Kirovi nim. Sõjaväemeditsiini Akadeemia kirurgina. Suurest Isamaasõjast võttis ta osa arstina. V. Solovjovi on autasustatud 3 ordeni ja 9 medaliga. Tallinna Vabariiklikus Haiglas töötab ta 1958. a. alates. 1965. a. anti talle Eesti NSV teenelise arsti nimetus.

Kohtla-Järve 1. Linnahaigla traumatoloogiaosakonna juhataja Peeter-Ronald Nuiamäe kaitses väitekirja

«Võrdlev hinnang ülemise hüppeliigese piirkonna tüsilike vigastuste ravi meetoditele». Oponeerisid professorid A. Linkberg ja A. Biezin (Riiast). P.-R. Nuiamäe kliiniline uurimus käsitleb ülemise hüppeliigese tüsilike vigastuste ravi. Dissertant selgitas konservatiivse ja kirurgilise ravi näidustusi ülemise hüppeliigese piirkonna vigastuste puhul ja hindas võrdlevalt eri ravimeetodeid. Autor näitab, et ülemise hüppeliigese tüsilike vigastuste korral on otstarbekas peamiselt konservatiivne ravi (ühementne repositsioon ja kipsmähis).

P.-R. Nuiamäe sündis 1926. a. Järvamaal Ageri külas põllupidajate perekonnas. Pärast Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetamist 1953. a. suunati ta Kiviõli haiglasse. 1963. a. viidi ta üle Kohtla-Järve 1. Linnahaigla traumatoloogiaosakonna juhataja ametikohale.

8. detsembril 1968. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul väitekirja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanema teadusliku töötaja kohusetäitja Alfred Lullu. Tema väitekirja «Kaudse hemaglutinatsioonireaktsiooni

kasutamine ägeda düsenteeria diagnoosimisel ja immunoloogia uurimisel» valmis sihtaspirantuuri väitel Pasteuri-nim. Leningradi Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis professor E. Novgorodskaja ja arstiteaduse kandidaat L. Hasensoni juhendamisel. Oponeerisid arstiteaduse doktor E. Fridman (Leningradist) ja arstiteaduse kandidaat dotsent E. Tallmeister.

A. Lullu uurimus on nii teoreetiliselt kui ka praktiliselt tähtis. Kasutades kaudseks hemaglutinatsioonireaktsiooniks kaheksat enda valmistatud erütrot-

sütaarset diagnostikumit, õnnestus tal 83,9%-l juhtudest diagnoosida düsenteeriat (*Sh. sonnei*) ja paljudel ebaselge etioloogiaga juhtudel diagnoosi täpsustada. Arstiteaduskonna nõukogu tunnistas A. Lullu arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks.

Alfred Vladimiri p. Lullu sündis 1935. a. Leningradi oblastis Kingissepa rajoonis töölisperekonnas. Leningradi Sanitaar-Hügieeni Meditsiiniinstituudi lõpetas ta 1960. aastal, mille järel suunati Eesti NSV-sse, kus töötas arstina Lihulas, hiljem Pärnus. 1963. a. astus aspirantuuri, kus valmis väitekirj.

Loona Kaar

Arstiteaduse ajaloost

OFTALMOLOOGIA ARENG TARTU ÜLIKOOLIS

(Silmakliiniku ja
oftalmoloogiakateedri
100. aastapäevaks)

LEO SCHOTTER
VIKTOR KALNIN

Tartu

UDK 617.7(091)

Tartu arstiteadlased huvitusid oftalmoloogiast juba XIX sajandi algul. Esimesed sellealased väitekirjad Venemaal kaitsti just Tartus. Oftalmoloogiat käsitles ka esimene Tartu ülikoolis kaitstud väitekirj, milleks oli 1802. aastal J. Hasenmülleri töö «Trihhiaasi uuest ravi meetodist» (5).

XIX sajandi esimestel aastakümnetel raviti Tartus silmahaigeid ülikooli haavakliinikus, oftalmoloogiat aga õpetasid kirurgid. Esimene kirurgiaprofessor M. E. Kauzmann (1805...1810) luges silmahaiguste kursust 1810. a. esimesel poolel viis tundi nädalas. Tema järglane J. L. Jochmann (1811...1814) pidas loenguid 1812. a. teisel poolel ja 1814. a. esimesel poolel kaks tundi nädalas (3).

Kauemat aega juhatas kirurgiakateedrit professor J. Chr. Moier (1814...1836). Ühel ja samal ajal oftalmoloogia teoreetilise kursusega hakkas ta korraldama ka praktikume ning suutis üliõpilastes huvi äratada oftalmoloogia vastu.

Üks tema õpilasi oli N. I. Pirogov, kes juhatas kirurgiakateedrit ja -kliinikut aastail 1836...1841. N. I. Pirogov hakkas silmahaiguste kursust lugema regulaarselt — iga aasta esimesel semestril kolme tunni kaupa nädalas (3, 20).

Silmahaiged moodustasid peaaegu kolmandiku kõigist haavakliinikus tollal ravitavatest patsientidest. Silmahaigete suur arv ja voodikohtade vähesus haavakliinikus (1836. a. oli 22 voodikohta) ning oftalmoloogia õpetamise hädavajalikkus olid silmaravila rajamise ajendiks. N. I. Pirogovi ja 10 üliõpilase (varsti lisandus veel 5 üliõpilast) vahendite arvel avati 1. mail 1836. a. (vkj.) erasilmaravila (10 voodikohta), mis oli esimene Baltikumis. Ühtlasi tegutses see kliinikuna. Iga osanik (üliõpilane) oli samal ajal praktikant. Kliinikut juhatas N. I. Pirogov, kes 2...3 korda nädalas uuris vastsaabunud haigeid, andis ravikorraldusi ja tegi raskemad silmaoperatsioonid (lihtsamaid lõikusi

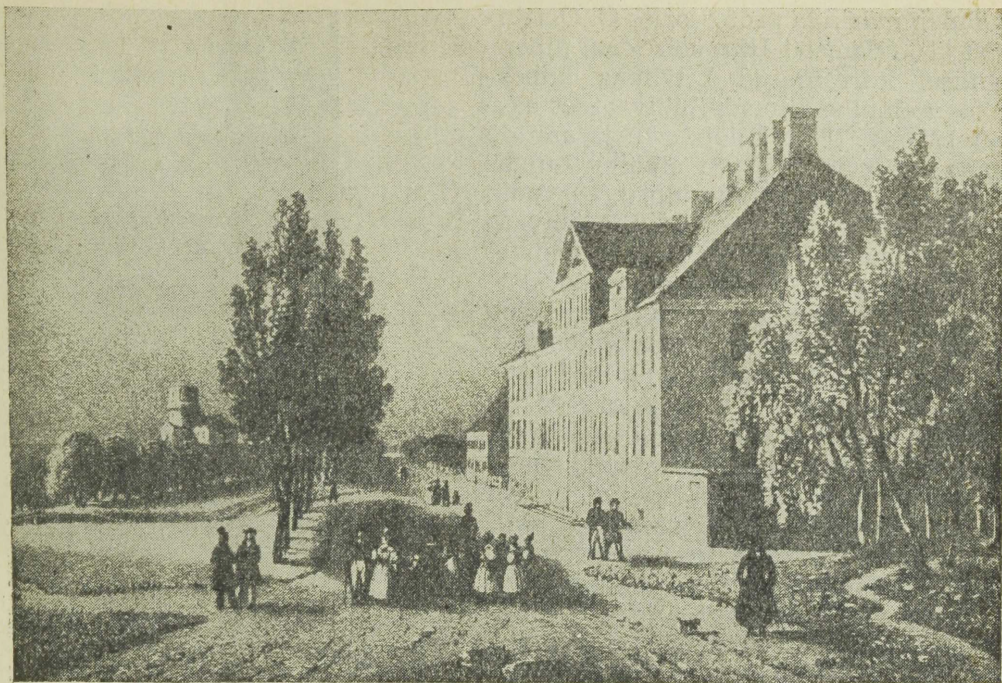


Foto 1. Kliinilise instituudi hoone Toomemäel, milles paiknes ka haavakliinik, hiljem haava- ja silmakliinik

sooritasid kogenumad praktikandid). Majandusjuhatajaks oli üliõpilane L. Frohbeen.

Doktor A. Kieteri aruande järgi viibis Tartu silmaravilas esimese tegevusaasta jooksul 67 haiget, neist 28 trihhiaasi, 18 mitmesuguseid põletikke ja 11 kata-rakti põdevat isikut. Ravila ülalpidajate piiratud majanduslike võimaluste tõttu tuli palju haigeid peaaegu iga päev tagasi saata. Et raviausutus rahuldaks Tartu ja ümbruskonna elanike vajadused, pidas A. Kieter tarvilikuks, et voodikohtade arvu neljakordistataks. Ta pöördus mõisnike poole üleskutsega toetuse saamiseks. See aga ei andnud tulemusi (15). Kõnealune silmaravila tegutses 1841. a. alguseni.

Kõrvuti N. I. Pirogovi kliinilise tegevusega oftalmoloogia alal väärrib mainimist ka tema töö arstide lentsalkade moodustamisel, kes silmahaigusi hakkasid ravima väljaspool Tartut. 1837. a. tegutses niisugune lentsalk Lii-vimaa linnades (Valmiera, Cēsis ja Riia). 1840. a. opereeris N. I. Pirogov haigeid ka Tallinnas, kus muu hulgas tegi heade tulemustega mitu operatsiooni kõörsilm-suse puhul (5).

Pärast N. I. Pirogovi luges oftalmo-

loogiat omal ajal tuntud kirurg G. Adelmann (1841...1871). Ta tegi intensiivselt ka teaduslikku uurimistööd, pöörates erilist tähelepanu trahhoomile. Selle leviku peamiseks põhjuseks pidas ta halbu majanduslikke ja sanitaarseid tingimusi (10). 1843. a. nimetati haavakliinik haava- ja silmakliinikuks. Samal aastal loodi teine kirurgiaprofessuur, mille sai E. Carus, 1855. a. alates aga G. Oettingen, kes arvatavasti esimesena tõi Tartusse G. Helmholtzi leiutatud silmapeegli. G. Adelmann ja E. Carus (hiljem G. Oettingen) juhatasid haava- ja silmakliinikut kordamööda, vahetus toimus aasta või semestri järel. Vaheldumisi lugesid nad ka oftalmoloogiat (3, 20). Täiendavalt õpetasid oftalmoloogiat mõne aja vältel eradotsendid O. H. Zilchert (1845) ja J. Szymanowsky [1858, (20)].

Huvi oftalmoloogia vastu tõusis Tartu ülikoolis eriti XIX sajandi 50...60-ndail aastail, mil mainitud teadusharu kiiresti edasi arenes. Sellest annab tunnistust oftalmoloogia alal kaitstud väitekirjade arv. 25 aasta vältel (1845...1870) kaitsti Tartu ülikoolis 35 väitekirja, mis olid pühendatud aktuaalsetele oftalmoloogia küsimustele (13).

Tuleb märkida professorite G. Oettingeni ja G. Samson-Himmelstierni juhendamisel korraldatud Liivimaa kubermangu elanike silmade läbivaatust aastail 1856...1859. Üliõpilaste ja arstide abiga tegid nad 656 054 elaniku hulgas kindlaks 7385 trahhoomijuhtu (18). Võib arvata, et silmade profülaktiline läbivaatus niisuguses mastaabis oli Venemaal esmakordne. Ka kogutud andmete töötlemine oli esimene taoline statistiline oftalmoloogia-alane uurimus Venemaal. Uurimistulemuste alusel valmisid mitmed väitekirjad.

G. Oettingen ja G. Samson-Himmelstiern pidasid silmahaiguste vastu eduka võitlemise peatingimuseks talurahva sotsiaalse olukorra parandamist ja sanitaarkultuuri tõstmist, ka «agraarsuhete humaanset reguleerimist» ning oftalmoloogilise abi andmist (7). Nende ettepanekud tol ajal rakendamist ei leidnud, kuid üldsuse tähelepanu siiski äratati. Tartu ülikooli kasvandik G. Schultz (tuntud ka kui balti literaat «doktor Bertram») asutas Torma lähedal (Friedentalis) väikese silmahaigla, kus ta aastail 1862...1863 tegi ka silmaoperatsioone (11). Seda ravilat võib pidada esimeseks maal asutatud silmahaigete statsionaariks Venemaal. Aastail 1864...1866 avaldas ajalehes «Eesti Postimees» rohkesti sanitaarhariduslikke kirjutisi trahhoomist ja teistest silmahaigustest üliõpilane P. Blumberg, kes oli esimene eesti rahvusest silmaarst (1). Nägemishügieeni tähtsust rõhutas oma rahvalaugustuslikes raamatutes ja artiklites Fr. R. Kreutzwald (7).

Oftalmoloogia kui iseseisva distsipliini kiire areng XIX sajandi keskel ning silmahaigete arvu suurenemine haavaja silmakliinikus (aastail 1843...1867 pooled kõigist statsionaaris ravitud haigetest) olid põhjused, miks Tartu ülikooli arstiteaduskond juba 1857. a. taotles iseseisva silmakliiniku ja oftalmoloogiainstituudi asutamise luba.¹ 1865. a. kinnitatud uue põhikirja järgi loodi Tartu ülikoolis ühendatud kateeder nimetusega «kirurgia, oftalmoloogia ja kliiniku kateeder» (19). 1867. a. osteti farmakoloogiaprofessor R. Buchheimile kuulunud ühekorruseline kivimaja, mis asus silmakliiniku praeguse hoone kohal. Kliiniku direktoriks valiti professor G. Oettingen. Uus kliinik (24 voodi-

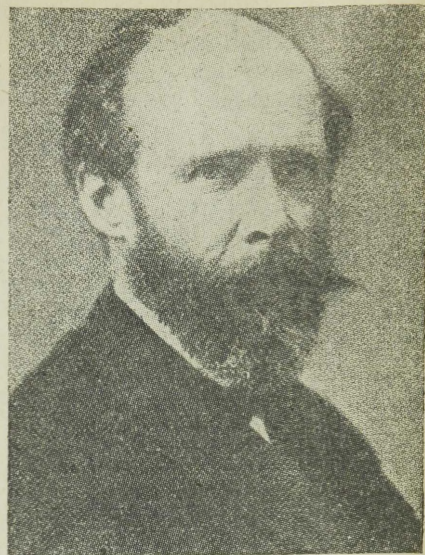


Foto 2. Professor G. Oettingen, kes oli silmakliiniku esimene direktor ja oftalmoloogiakateedri esimene juhataja

kohta) avati 23. (vkj.) jaanuaril 1868. a. (16). Peatselt, 9. oktoobril 1871. a. (vkj.) andis haridusminister käskkirja, mille järgi «kirurgia, oftalmoloogia ja kliiniku kateedrist» eraldati oftalmoloogiaprofessor. Kirurgia, oftalmoloogia ja kliiniku teine professor G. Oettingen määrati oftalmoloogia ja kliiniku professoriks² (11). Nii rajatigi ametlikult iseseisev oftalmoloogiakateeder Tartus.

G. Oettingen juhendas praktilisi töid silmakliinikus 6...9 tundi nädalas, luges oftalmoloogiat igal aastal ühe semestri (neli tundi nädalas) ning käsitles regulaarselt silma refraktsiooni ja akommodatsiooni ning operatsioonide erikursusi (20).

1871. a. avaldas G. Oettingen aruande silmakliiniku esimese kolme tegevusaasta kohta (17). Selles kirjeldas ta esimesena silma sidekesta amüloidoosi. Samas töös asub ta kindlalt seisukohal, et trahhoom on nakkushaigus. G. Oettingeni kaalukamatest töödest väärib märkimist monograafia (1879), milles esmakordselt käsitletakse *orbita* laskehaavade puhul esinevaid muutusi silmas (2, 5). Aastail 1868...1879, s. o. perioo-

¹ ENSV RAKA, f. 402, nim. 5, s.-ü. 538, l. 6.

² ENSV RAKA, f. 402, nim. 9, s.-ü. 158, l. 80 pöördel.

dil, mil G. Oettingen silmakliinikut juhatas, kaitsti Tartu ülikoolis 13 oftalmoloogia-alast väitekirja (9, 13). Tema õpilased O. Koppe ja Chr. Strömberg uurisid esmakordselt Eestis Tartu õpilaste silmade seisundit ja tõestasid, et õpilastel sageli ilmnev lühinägevus on otseses seoses koolide halbade sanitaarhügieeniliste tingimustega (7).

G. Oettingeni tuntuimateks õpilasteks olid H. Dohnberg (hiljem professor Peterburis), Th. Schröder (silmaravila direktor Peterburis) ja H. Schöler [professor Berliinis (8)]. Viimane koos L. Mandelstammiga (samuti Tartu ülikooli kasvandik) rajas 1872. a. oftalmomeetria alused (5). G. Oettingeni üks õpilasi oli ka J. Tahlberg — esimene läti õpetatud silmaarst (4).

Silmakliiniku kuulsus aja jooksul kasvas, haigeid saabus ka kaugematest kubermangudest, isegi Leedust ja Poolast. Samuti suurenes praktiseerivate üliõpilaste arv. Tekkis vajadus kliinikut laiendada, mis sai teoks järgmise professori E. Raehlmanni algatusel, kes juhatas kliinikut aastail 1879...1900. Endisele hoonele ehitati aastail 1882...1883 juurde kahekorruseline puidust tiibehitus (10), mis on säilinud tänapäevani.

E. Raehlmann avaldas rohkesti töid värvuste taju, sarvkesta histoloogia, trahhoomi patoloogilise anatoomia ja ravi alalt, samuti teadvuse mõjust silmaliigutuste koordineerimisele (12). Ta kirjeldas esimesena silmapõhja klassikalist pilti vereringe häirete (hüpertooniatõve ja ateroskleroosi) korral ning tegi kindlaks ristumise fenomeni (2). E. Raehlmanni ajal kaitsti Tartu ülikoolis 32 oftalmoloogia-alast väitekirja (9, 13).

1900. aastast alates kuni surmani (1909) oli kliiniku juhatajaks F. O. Jevetski, kes Tartus 1886. a. oli kaitsnud väitekirja ning vahepeal töötanud Moskvas silmapaistva vene oftalmoloogi A. A. Krjukovi juures. Tema tööd käsitlevad peamiselt silma embrüoloogiat, onkoloogiat ja patoloogilist anatoomiat (3). Ta on tähelepanu pööranud ka kliinilisele laboratooriumile. F. O. Jevetski assistendi J. Ottase juhtimisel tegi silmaarstide lentsalk 1907. ja 1908. a. suvel ära suure töö trahhoomi väljaselgitamisel ja meditsiinialaste teadmiste

levitamisel Saare- ja Pärnumaal (7). F. O. Jevetski haiguse ajal (1908. a. sügisel) juhatas kliinikut kirurgiaprofessor W. Zoëge-Mannteuffel,³ aastail 1909...1911 oli silmakliiniku juhatajaks füsioloogiaprofessor V. P. Kurtšinski, tegelikult aga juhatas kliinikut ja luges oftalmoloogiat vanemassistent J. Ozolin (10).

Aastail 1911...1917 oli oftalmoloogiaprofessoriks A. G. Ljutkevitš Moskvas. Tartus pööras ta erilist tähelepanu kliinilisele laboratooriumile, toimetas ja täiendas A. A. Krjukovi silmahaiguste õpikut ning koostas kliiniku uue hoone projekti. Tema juures töötasid aastail 1916...1917 esimesed naisassistendid Maria Sineokova ja Maria Nikolskaja (14). Hiljem tegutses A. G. Ljutkevitš Voronežis arstiteaduskonna dekaanina, kus asutas silmakliiniku, mida juhatas 1928. aastani.

Kodanlikul ajal, 1921. a. kuni 1930. a. oli silmakliiniku direktoriks Tartu ülikooli kasvandik professor E. Blessig, kes enne seda oli töötanud silmahaigla direktorina Peterburis. Ta koostas esimese vene oftalmoloogia-alase bibliograafia (ilmus Tartus 1922. a.), avaldas 1933. a. «Index ophthalmologiae Balticus» (9, 10). E. Blessig arendas ajuhaiguste topilist diagnoosimist silmahäirete alusel, uuris glaukoomi ja muid silmahaigusi (12). Tema juhendamisel kirjutasid O. Kurriks (1923) ja J. Uudelt (1929) doktoriväitekirjad. Need olidki pühendatud trahhoomile, mida kodanlikus Eestis esines suhteliselt palju.

Aastail 1930...1941 juhatas silmakliinikut J. Uudelt, seejärel määrati dotsendi kohusetäitjaks ja kliiniku juhatajaks arstiteaduse doktor J. Suurküla. 1938. a. valmis endise silmakliiniku kohale uus, ajakohane neljakorruseline hoone, kuhu mahutati silmakliinik (45 voodikohta) koos kõrva-, nina- ja kurgukliinikuga.

Fašistlike anastajate taganemisel silmakliiniku sisustus riisuti ja rikuti. Pärast Tartu vabastamist korraldas silmakliiniku tööd V. Savi, kes 1946. a. 1. jaanuarist oli määratud oftalmoloogiakateedri juhataja kohusetäitjaks ja silmakliiniku juhatajaks. Hiljem sai silma-

³ ENSV RAKA, f. 402, nim. 3, s.-ü. 613, l. 40.

kliinikust Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakond, mis ühtlasi on Tartu Riikliku Ülikooli oftalmoloogiakateedri õppebaas.

Esimestel sõjajärgsetel aastatel pöörati erilist tähelepanu trahhoomi avastamisele, ravile ja profülaktikale. V. Savi kaitses 1949. a. kandidaadiväitekirja teemal «Trahhoom ja võitlus sellega Eesti NSV-s»; 1950. a. anti talle dotsendikutse. Samal aastal ühendati oftalmoloogiakateeder otorinolarüngoloogiakateedriga. V. Savi õpetas oftalmoloogiat 1958. aastani.

Praegu on silmaosakonnas 60 voodikohta, töötab konsultatiivpolikliinik. 1967. a. vältel on statsionaaris ravitud 960 haiget, ambulatoorselt aga 13 360 haiget; on tehtud 688 operatsiooni. Kliiniline silmaosakond on varustatud tänapäeva diagnoosimis- ja raviaparatuuriga, rakendatakse kõiki konservatiivse ja kirurgilise ravi meetodeid.

Silmahaiguste kursust juhatab Eesti NSV teeneline arst professor L. Schotter. Kateedri ja silmaosakonna töötajate tähelepanu keskpunktis on silmavigastused. Magnetkirurgia küsimustele on pühendatud L. Schotteri doktoriväitekirja «Silmamagnetite välja topograafia ja selle tähtsus ferromagnetiliste kildude eemaldamiseks silmast» (1964). Paljud tema operatsioonimeetodid ja instrumendid on rakendamist leidnud praktikas. Tähelepanu pööratakse lasteoftalmoloogiale. Osakonnajuhataja arstiteaduse kandidaat I. Kropmann avaldas vene keeles monograafia «Binokulaarse nägemise füsioloogia ja selle häired kõörsilmsuse puhul» (1966). Uuritakse koolihügieeni, refraktsiooni ja akommodatsiooni. Täiustatakse ka glaukoomi diagnoosimise ja ravi meetodeid, samuti uuritakse oftalmoloogia muid aktuaalseid probleeme (6).

KIRJANDUS: 1. Калнин В. В., Лайгу Р. А. В кн.: Материалы конф. посвящ. 100-летию глазной клиники и кафедры офтальмологии Тартуского университета. Тарту, 1968, 21—24. — 2. Крoпман И. Л. Вестн. офтальмол., 1952, 5, 46—47. — 3. Левицкий Г. В. (ред.) Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета за сто лет его существования (1802—1902). т. II. Юрьев, 1903. — 4. Магильницкий С. Г. В кн.: Из истории медицины, т. II. Рига, 1959, 181—187. — 5. Магильницкий С. Г. В кн.: Руководство по глазным болезням, т. I. М., 1962, 13—129. — 6. Шоттер Л. X. В кн.: Ма-

териалы конф. посвящ. 100-летию глазной клиники и кафедры офтальмологии Тартуского университета. Тарту, 1968, 32—34. — 7. Шоттер Л. X., Калнин В. В. В кн.: Материалы к конф. истории естествознания в Прибалтике. Вильнюс, 1968, 197—200. — 8. Album Academicum der Kaiserlichen Universität Dorpat. Dorpat, 1889. — 9. Blessig, E. Index ophthalmologiae Balticus. Tartu, 1933. — 10. Blessig, E., Uudelt, J. Eesti Arst, 1934, 11, 793—811. — 11. Brennsohn, I. Die Ärzte Livlands. Mitau, 1905. — 12. Brennsohn, I. Die Ärzte Estlands. Riga, 1922. — 13. Grünfeld, A. In: Historische Studien aus dem Pharmakologischen Institute der Kaiserlichen Universität Dorpat. III. Halle, 1893, 111—135, 415—449. — 14. Kalnin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 5, 379—384. — 15. Kietter, A. Inland, 1837, 20, 337—339. — 16. Oettingen, G. St. Petersburg. mediz. Zeitschrift, 1868. — 17. Oettingen, G. Die ophthalmologische Klinik Dorpats in drei ersten Jahren ihres Bestehens. Dorpat, 1871. — 18. Oettingen, G., Samson-Himmelstiern, G. Populäre Anleitung zur Pflege und Behandlung der unter der ländlichen Bevölkerung in den Ostseeprovinzen Russlands, insbesondere in Livland am häufigsten vorkommenden Augenkrankheiten. Mitau, 1860. — 19. Statut der Kaiserlichen Universität Dorpat. Dorpat, 1865. — 20. Verzeichnis der haltenden Vorlesungen auf die Kaiserlichen Universität zu Dorpat. Dorpat, 1802—1892.

РЕЗЮМЕ. Развитие офтальмологии в Тартуском университете. Л. X. Шоттер, В. В. Калнин. В первые десятилетия XIX в. глазных больных лечили в хирургической клинике. Офтальмологию преподавали хирурги М. Э. Кауцман (1805—1810), И. Л. Йохман (1811—1814) и И. Ф. Мойер (1814—1836). Н. И. Пирогов (1836—1841) стал читать курс глазных болезней регулярно, ежегодно в первом семестре по 3 часа в неделю. Ввиду большого количества глазных больных и недостаточного числа коек в хирургической клинике, 1 мая 1836 г. на средства Н. И. Пирогова и 15 студентов в Тарту была открыта первая в Прибалтике глазная лечебница (на 10 коек), просуществовавшая до начала 1841 г. Н. И. Пироговым были также созданы летучие отряды для лечения глазных больных вне Тарту.

Научной разработкой вопросов офтальмологии занимался хирург Г. Адельман (1841—1871). Особое внимание он уделял трахоме. В 1843 г. хирургическая клиника была переименована в хирурго-офтальмологическую. В том же году была учреждена вторая профессура хирургии, которую занял Э. Карус. С 1855 г. хирурго-офтальмологическую клинику поочередно возглавляли Г. Эттинген, Г. Адельман и Э. Карус и затем вновь Г. Эттинген. Они читали и теоретический курс офтальмологии.

Особенно следует отметить организованное под руководством Г. Эттингена и Г. Самсон-Гиммельстиерна в 1856—1859 гг. массовое обследование населения Лифляндии для выявления заболеваний органа зрения, в результате которого была установлена большая распространенность трахомы среди крестьян. Это было

первое подобное статистическое исследование в России. Основным условием успешной борьбы с глазными болезнями они считали улучшение социального положения и просвещение крестьян, а также организацию офтальмологической помощи. Хотя практического применения сделанные ими соответствующие предложения в то время не получили, однако они привлекли к себе внимание общественности. Например, Г. Шульц основал близ Тормы глазную лечебницу, в которой производил в 1862—1863 гг. и операции. Эту лечебницу можно считать первым глазным стационаром в сельской местности в России. Первый эстонский врач-офтальмолог П. Блумберг в 1864—1866 гг. провел большую работу по санитарному просвещению населения через газету «Ээсти Постимээс». В Риге в 1864 г. была основана Реймерская глазная лечебница.

По уставу Тартуского университета от 1865 г. была создана объединенная кафедра под названием «кафедры хирургии, офтальмологии и клиники», а 23 января 1868 г. состоялся торжественный акт открытия новой клиники (на 24 койки). Директором был избран профессор Г. Эттинген. 9 октября 1871 г. последовал приказ, по которому от кафедры хирургии, офтальмологии и клиники была отделена профессура офтальмологии.

Г. Эттингеном впервые в литературе описано амлоидное перерождение конъюнктивы (1871). Из более крупных трудов его заслуживает внимания монография (1879), посвященная вопросу о не прямых повреждениях глаз при огнестрельных ранениях в области орбиты. Его ученики О. Коппе и Х. Штремберг впервые в Эстонии провели исследование состояния глаз у учащихся, показав значительную распространенность у них близорукости и зависимость ее от плохих санитарно-гигиенических условий в школах.

По инициативе преемника Г. Эттингена, Э. Рельмана (1879—1900), глазная клиника была в 1882 г. расширена пристройкой двухэтажного флигеля, существующего поныне. Э. Рельман издал много научных трудов, в частности он впервые описал классическую картину глазного дна при общей гипертонии и артериосклерозе, установил симптом перекреста (1889).

Научные работы профессора Ф. О. Евецкого (1900—1909) касаются главным образом эмбриологии, онкологических вопросов и патологической анатомии глаза. Профессор А. Г. Люткевич (1911—1917) занимался составлением

проекта нового здания для глазной клиники. У него в качестве ассистентов работали также женщины-врачи Мария Синеокова и Мария Никольская.

С 1921 по 1930 г. директором глазной клиники состоял воспитанник Тартуского университета, профессор Э. Ф. Блессинг. Он издал в 1922 г. первую «Русскую офтальмологическую библиографию», в 1933 г. «Индекс прибалтийской офтальмологии». С 1930 по 1941 г. глазной клиникой заведовал Я. Уудельт. В 1938 г. на месте прежнего здания было выстроено новое 4-этажное, в котором была размещена глазная клиника (на 45 коек) вместе с клиникой болезней уха, горла и носа.

При отступлении фашистских захватчиков имущество клиники было расхищено или повреждено. Налаживанием работы клиники занялся В. А. Сави. В послевоенные годы клиника стала глазным отделением Тартуской республиканской клинической больницы. Особое внимание было уделено выявлению, лечению и профилактике трахомы. Этим вопросам была посвящена кандидатская диссертация В. А. Сави (1949). Доцент В. А. Сави преподавал офтальмологию до своей смерти в 1958 г.

В настоящее время в глазном отделении имеется 60 коек, работает консультативная поликлиника. В течение 1967 г. в стационаре лечилось 960 больных, амбулаторно 13 360 больных, проведено 988 операций. Применяются все методы консервативного и оперативного лечения. Курс глазных болезней ведет заслуженный врач ЭССР, профессор Л. Х. Шоттер. В центре внимания стоит проблема травматизма глаз. Вопросам магнитной хирургии посвящена докторская диссертация Л. Х. Шоттера (1964). Ряд разработанных им оригинальных оперативных методов и инструментов нашел применение в практике. Большое внимание уделяется вопросам детской офтальмологии. Заведующим отделением, канд. мед. наук И. Л. Кропманом опубликована монография «Физиология бинокулярного зрения и расстройства его при дружественном косоглазии» (1966). Изучаются вопросы школьной гигиены, рефракции и аккомодации, разрабатываются также методы диагностики и лечения глаукомы и другие актуальные разделы офтальмологии.

TRÜ Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder ning hügieenikateeder

Konverentsid ja nõupidamised

Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstide vabariiklik konverents oli 1. ja 2. oktoobril 1968. a. Tallinnas. Konverents algas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja, peasanitaararst O. Tamme

ettekandega sanitaar- ja epidemioloogia-teenistuse olukorrast ja ülesannetest. Seejärel esitasid A. Fominõh ja J. Didenko ning kaasautorid andmeid kõhutüüfuse kroonilisest bakteri-

kandlusest ja selle diagnoosimisest. Ülevaate salmonellooside epidemioloogiast vabariigis andis H. Pihl. Professor E. Novgorodskaja kõneles düsenteeria epidemioloogia ja etioloogia uurimise tulemustest Leningradis. R. Sudakova iseloomustas *shigella*'de kolitsinogeensust ning koos G. Papanovaga oli valminud töö O124 tekitatud enterokoliidi epidemioloogiast. Hemaglutinatsioonireaktsiooni kasutamisel düsenteeria diagnoosimisel rääkis A. Lullu. Patogeensete soolekepikeste uurimise andmeid esitas A. Svitškarjova kaastöötajatega. Tähelepanu pälvis E. Tallmeisteri ettekanne, mis kirjeldas enterobakterite transmissiivset resistentsust antibiootikumide suhtes. A. Lenzner ja tema kaastöötajad (H. Lenzner, M. Mikelsaar, L. Goljanova, E. Türi, M. Türi, S. Laanes, E. Tallmeister) esitasid mitu ettekannet, mis käsitlesid laktobatsillide uurimist.

A. Vorobjova, A. Menšikova jt. käsitlesid immuunsust läkaköha suhtes, bakterioloogilist diagnoosimist aga Z. Gorbunova. Leetrite epidemioloogiast ja elusvaktsiini kasutamisest nakkuse vältimiseks Eestis andis ülevaate K. Vassiljeva ja O. Tamme ettekanne. Difteeriabakterikandlusest Narvas kõnelesid E. Aleksejeva ja J. Dubrovkina.

Viirushaigusi käsitleval plenaaristungil andis A. Jannus kaasautoritega ülevaate poliümüeliiditaolistest nakkustest Eesti NSV-s. S. Jöksija L. Priimäe ettekandes püüti viiruste mõningaid geneetilisi tunnuseid seostada nendest põhjustatud haiguste epidemioloogilise protsessiga. Z. Saar ja V. Lääne kirjeldasid immunofluorestsentsmeetodi rakendamist ägedate respiratoorsete viirusnakkuste diagnoosimisel.

J. Reinaru kaasautoritega esitas andmeid infektsioosesse hepatiiti nakatumise peamistest viisidest ja gammaglobuliini profülaktilistest omadustest. Käsitleti ka haigestumist infektsioosesse hepatiiti mõnes tuberkuloosiasutuses (V. Reisenbuk). E. Tamme pöld kirjeldas pretsipitatsioonireaktsiooni geelis infektsioosse hepatiidi diagnoosimisel. A. Danilovitš rääkis mõne fermendi aktiivsuse määramisest nimetatud haigusi põdevail tuberkuloosihai geil.

Hügieenile olid pühendatud kaks istungit, kusjuures esimesel käsitleti koolihügieeni. R. Silla, M. Teoste, E. Striž, I. Šaidasjeva ja T. Ait sam võtsid vaatluse alla kehalise kasvatus mõju õpilase organismile. Nad väitsid, et sportlikud mängud suurel vahetunnil ja muu kehaline tegevus mõjuvad õpilastele soodsalt. Samad autorid koos E. Laasneri, O. Siimiskeri, A. Tammiste, Ü. Talliste ja A. Tikuga uurisid õpilaste tervislikku seisundit viiepäevase õppenädala puhul. Käsitleti ka koolihoonete ja lasteaedade ehitamisega seoses olevaid hügieeniküsimusi (T. Faizulina, M. Teoste, R. Silla ja G. Brjussova).

Teisel istungil kuulati töö-, kommunaal- ja toitlushügieeni alaseid ettekandeid. Tervishoiu Ministeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse juhataja I. Masik analüüsis sanitaarjärelevat viimase nelja aasta jooksul. Ta rõhutas, et töötingimuste parandamiseks tööstusettevõtetes peaksid seal uurimisi tegema eranditult arstid. See ettepanek leidis kinnitust ka teistes ettekannetes (I. Masik, U. Truupöld ning A. Aava). Veekogude reostatusest tööstuslike reovetega rääkisid Z. Muratova, B. Galkin ja I. Masik ning I. Ošerova, G. Martinova. E. Vassiljeva ja G. Bandakovi tööst selgus, et rohkem tähelepanu peab pöörama Tallinna õhu saastumise vältimisele autode heitgaasidega. Tööhügieeni puudutasid L. Jermolajeva, L. Generalova ja I. Kovaljova ettekanded. Põlevkivitoodete toksilisuse uurimisele olid pühendatud E. Blinova, H. Künamäe ja H. Jänese ning I. Veldre tööd. Kõne all oli ka toitlustamine Maardu Keemiakombinaadis (A. Rihma], I. Ossipova, E. Vagane), DDT-sisalduse määramise meetodika (H. Lutsoja) jm.

Konverentsil esitatud või arutuseel olnud ettekanded ilmusid kogumikuna.

Hendrik Pihl
Heino Lutsoja

Bioloogiateaduste ajaloolaste konverents toimus Leedus 22. kuni 23. oktoobri 1968. a., kus enamikus ettekannetes käsitleti Baltimaade arstiteaduse ajalugu.

Eesti NSV-st võtsid osa allakirjutanud, kes andsid ülevaate Tartu sanitaarorganisatsiooni arengust, milles huvitavamaks ja kirjanduses seni valgustamata faktiks on Venemaa esimese sanitaarjaama asutamine Tartus 1. II 1888. a. (vkj.). V. Kalnin (kaasautor professor A. Linkberg) käsitles veel Eesti arstide seltside ajalugu.

Konverentsi materjalid avaldati trükis. Nendes on ära toodud 56 tööd, millest 11 saatis Eesti NSV Meditsiiniajaloo Teaduslik Selts, sealhulgas O. Tamme töö «Elanikkonna sanitaar-epidemioloogiline teenindamine kodanliku diktaatori aastail Eestis (1920...1940)», M. Lõvi «Stomatoloogia arengust Eestis», U. Palmi «Professor K. Schmidt'i tegevus füsioloogilise keemia alal», B. Schamardini ja J. Karusoo «Kohaliku patoloogia küsimused Eesti arstide teostes XVIII sajandi lõpul» ning teiste tööd. Väärib märkimist, et kõikidele autoritele anti separaadid.

Väino Vessur
Viktor Kalnin

Arstiteadusliku ja meditsiinilis-tehnilise informatsiooni alane üleliiduline nõupidamine toimus Moskvas 1. kuni 5. oktoobrini 1968. a. Osa võtsid kõikide liiduvabariikide informatsiooniteenistuse ja meditsiiniliste raamatukogude esindajad, meie vabariigist M. Tedremaa, I. Kuldkepp ja A. Jürison.

Esimesel päeval rääkisid NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja D. Venediktov ja Üleliidulise Meditsiinilise ja Meditsiinilis-Tehnilise Informatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor S. Bagdasarjan informatsiooniorganite ülesannetest ja arenguperspektiividest. Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Keskraamatukogu direktor V. Sosulnikov kõneles ühtsete teatmelis-informatiivsete fondide moodustamisest tervishoiusüsteemis.

Nõupidamise järgmistel päevadel kuulati liiduvabariikide esindajate sõnavõtte, sealhulgas ka I. Laane ja I. Kuldkepi ettekannet, mis käsitles Eesti NSV informatsiooniteenistust. Samuti tutvuti eespool mainitud instituudi kirjastustegevusega ning võeti osa seminaridest, mis olid pühendatud teadusliku informatsiooni eriküsimustele.

Et arstiteaduslik informatsiooniteenistus on suhteliselt noor ja selle orga-

nisaatoritel puuduvad vajalikud kogemused, oli nõupidamisel esitatud kasulik. Võeti vastu otsus avaldada nõupidamise materjalid trükis 1969. a. I kvartali jooksul.

Hillar Kurul

Ukraina kirurgide II konverents toimus 30. septembrist kuni 2. oktoobrini 1968. a. Donetskis.

Konverentsil kuulati üle 70 ettekande söögitoru-, mao-, maksa- ja soolestiku-kirurgia aktuaalsetest probleemidest. Huvitava ettekande esitas I. Matjasiin (Kiiev), kes rõhutas, et valikmeetodiks söögitoruvähi puhul tuleks pidada rinnakutaguse kunstliku söögitoru moodustamist, milleks kasutatakse peen- või jämesoolt. M. Kolomitšenko (Kiiev) märkis, et söögitoru plastiliste operatsioonide korral ei tohi teha maost mööduvaid sooleanastomoose, vaid toit peab läbima mao. See parandab olulisel määral haiguse kulgu pärast operatsiooni.

Maokirurgia alal äratas tähelepanu A. Šalimovi (Harkov) ettekanne, milles põhjendati mao resektsiooni eri meetodite näidustusi ja selgitati vago- toomia ning püloroplastika võimalusi. Enamik esinejaist (G. Zahharov, P. Kultšinski, M. Tšudakov, S. Reznik jt.) rõhutas Billroth I meetodil tehtud mao-resektsioonide eeliseid, võrreldes Billroth II meetodil saadud tulemustega. Tehniliste võimaluste olemasolu korral soovitati opereerida Billroth I meetodil, sõltumata patoloogia laadist.

Maksa- ja pankreasekirurgiat käsitleval istungil räägiti nimetatud elundite verevarustusest kirurgilise ravi aspektist. Seejuures rõhutati, et haiget on röntgenoloogiliselt tarvis uurida operatsiooni ajal. Põhjalik ettekanne sel alal oli G. Ostroverhovilt (Moskva).

Seedetraktikirurgia problemaatika hõlmas transplantatsiooni võimalusi (I. Kirpatovski, Moskva) ja pärast operatsiooni tekkinud liidetest põhjustatud soolesulguse kirurgilist ravi (K. Simonjan, Moskva).

Konverentsist võtsid osa ka Tallinna Tõnismäe Haigla kirurg R. Truve ja anestezioloog Z. Gabovitš. Nende ettekanne, mille kaasautoriks oli ka Tallinna peakirurg U. Sibul, käsitles

mao reseksioonide ulatuse määramise meetodeid.

Konverents möödus elava diskussiooni õhkkonnas ja aitas ühtsustada mitmeid seisukohti seedetraktikirurgias.

Konverentsi ettekannete teesid avaldati trükis.

Rando Truve

Kasvajate kemoterapia alane esimene üleliiduline konverents toimus 7. kuni 11. oktoobrini 1968. a. Riias, Teaduste Akadeemia hoones. Hommikustel plenaaristungitel kuulati ettekandeid, pärastlõunal töötati sektsioonides (keemia, biokeemia, kliiniline kemoterapia, kliiniline hormoonravi ja eksperimentaalne kemoterapia). Plenaaristungitel kuulati 30 ettekannet, sektsioonides ligemale 300.

Plenaaristungid avas V. Šapot. Ta käsitles vähiraku biokeemilisi iseärasusi ja neist tulenevaid võimalusi pahaloomuliste kasvajate ravimiseks. Nagu esineja märkis, on vähiraku ainevahetusele iseloomulik intensiivne glükoolüüs. Piltlikult öeldes funktsioneerib vähirakk glükoosipumbana ja ta on võimeline omastama glükoosi niisugustes kontsentratsioonides, milleks normaalsed rakud võimelised ei ole. Selle tulemusena näljutavad kasvajakarakud nad sõna otseses mõttes surnuks. Seetõttu peab V. Šapot võimalikuks glükoosi struktuurianaloogide kasutamist. Viimaste abil saaks kasvajakaraku glükoolüüsi pidurdada või hoopis seisata sel juhul, kui nad vähiraku membraanidel leiduva heksokinaasiga ühinedes nimetatud fermendi blokeerivad. L. Lariov rääkis kasvajakavastaste preparaatide uutest valikmeetoditest. Teoreetilist huvi pakkus Läti NSV Teaduste Akadeemia Orgaanilise Sünteesi Instituudi direktori S. Gilleri ettekanne, mis käsitles uusi suundi kasvajakavastaste preparaatide otsingul.

Klinitistidele pakkus huvi akadeemik N. Blohhi ettekanne, mis andis ülevaate kasvajate kliinilisest kemoterapiast käesoleval ajal. Nagu esineja toonitas, on tulemused praegu tagasihoidlikud ja ei kajastu olulisel määral onkoloogia valdkonda kuuluvate haigete ravis. Viimase 16 aasta jooksul on NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia

Instituudis kasutatud 75 antiblastilist preparaati 8084 haige ravimiseks. Üle poolte haigetest oli ravitud kloor- etüülamiinide ja etüleeniimiinide rühma kuuluvate preparaatidega, mis tänini on olnud kõige populaarsemad (ja kättesaadavamad). Viimastel aastatel aga ei ole nimetatud rühma preparaatidele lisandunud ühtegi mõjusat ühendit, mistõttu sellesuunalised otsingud tunduvad olevat väheperspektiivsed. Suurema tähelepanu osaliseks on saanud antimetaboliidid, eriti pürimidiini antagonist 5-fluorouratsiil, millega maovähi ravimisel on saadud tulemusi. Viimase 5...10 aasta jooksul on intensiivselt uuritud kasvajakavastaseid antibiootikume. Kodumaistest antibiootikumidest on tuntuks saanud krüsomalliin, olivomütsiin ja bruneomütsiin. V. Astrahani ettekanne käsitles kombineeritud kemoterapiat. Ta juhtis varem kasutatud kombinatsioonide kõrval (kiiritusravi + kemoterapia, kirurgiline ravi + kemoterapia) tähelepanu nn. polükemoterapiale, mis hõlmab eri klassidesse kuuluvate ja eri toimemehhanismiga ravimite kasutamist.

Ettekannete rohkus ja temaatika eripalgelisus teevad asjaliku ülevaate andmise kõigiti raskeks. Et selle puudusi korvata, võivad asjast huvitatud tutvuda 714-leheküljelise kogumikuga «Первая всесоюзная конференция по химиотерапии злокачественных опухолей», Рига, 1968 г.

Konverentsile üldist hinnangut andes tuleb rõhutada, et kasvajate kemoterapia on kujunenud üheks onkoloogia distsipliiniks, mille edasiarendamiseks tuleb ka meie vabariigis senisest suuremat tähelepanu pöörata.

Jüri Raudsepp

Üleliiduline stomatoloogide kongress toimus 7. kuni 11. oktoobrini 1968. a. Kiievis. Osavõtjaid oli ligi 2000, neist 670 delegaati liiduvabariikidest. Külalisi oli saanud Saksa DV-st, Bulgaaria RV-st ja mujalt.

Kuulati ligi 100 ettekannet, milles käsitleti lastestomatoloogia probleeme. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Peavalitsuse ülem A. Safonov rõhutas ettekandes, et on tarvis rajada iseseisvaid lastestomatoloogia polikliinikuid, suurendada

koolide hambaravikabinettide arvu. Maarajoonides aga tuleb organiseerida liikuvad stomatoloogide brigaadid, kes tegeleksid õpilaste hammaste saneerimisega. Suuremates lastehaiglates avada stomatoloogiaosakonnad, kus voodikoh- tade arv oleks 50...60 või 100. Ühtlasi märgiti, et laste stomatoloogilises teenindamises on nii mõndagi tehtud Balti vabariikides, sealhulgas ka Eesti NSV-s, kus koolides on avatud stomatoloogia- kabinetid ja moodustatud liikuvad brigaadid.

Peale materiaalse baasi loomise on oluline, et lastestomatoloogide arvu suu- rendataks enam kui kaks korda. Vähe- malt 30...35% kõikidest stomatooloogi- dest ning hambaarstidest peaks osa võtma koolieelikute ja õpilaste ham- maste saneerimisest.

Organisatsiooniliste abinõude hulka kuuluvad lastestomatoloogia kateedrite ja dotsentuuride avamine ning stomato- loogiainstituutides ja teaduskondades lastestomatoloogide (stomatoloogide-pe- diaatrite) ettevalmistamine (selleks on otstarbekas internatuur). Praktiseeri- vaid stomatolooge tuleb spetsialiseeri- misele suunata.

Lastestomatoloogia profülaktilisest suunast ja ortodontilise abi tõhustami- sest kõnelesid mitmed teadlased (pro- fessor A. R õ b a k o v Moskvas, profes- sor D. K a l v e l i s Riias, professor A. B e t e l m a n Kiievist jt.).

Kongressi teisel päeval käsitleti tera- peutilise stomatoloogia valdkonda kuu- luvaid haigusi ja nende ravi. Laste hammaste kõvade kudede muutustest (kaaries, fluoroos), mis olenevad mikro- elementide, esmajoones pinnavee fluori- sisaldusest, rääkisid Läti, Eesti ja Ka- sahhi NSV teadlased. V. K i i k (Tartu) kõneles fluoroosi esinemissagedusest lastel seoses joogivee fluorisisaldusega Eesti NSV-s.

Kongressi kolmandal ja viiendal päe- val esitatud ettekannetes peatuti kirur- gilise ja ortopeedilise stomatoloogia probleemidel, kusjuures juhiti tähele- panu kaasasündinud huule- ja suulae- lõhedega laste dispanseerimise ning kompleksravi tähtsusele. Kongressi nel- jandal päeval toimus Üleliidulise Sto- matoloogide Seltsi juhatare aruandlus- ja valimiskoosolek.

Eesti NSV delegatsioon oli kümne- liikmeline: vabariigi peastomatoloog

G. V e e r m a, TRÜ stomatoloogiaka- teedri juhataja N. V i h m ja õppejõud A. K õ d a r, M. L õ v i ja S. R u s s a k, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi töötaja T. R e k k, Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku peaarst T. V a r d j a ja vabariigi stomatoloogia-polikliinikute osakondade juhatajad A. A d a r i, V. K i i k ja T. M i l l n e r.

Maie Lõvi

VI üleliiduline otorinolarüngoloogide kongress toimus 10. kuni 14. oktoobrini 1968. a. Jerevanis. Kongressist võttis osa 638 delegaati ja 930 külalist. Eesti NSV-d esindasid 7 delegaati (E. Siirde, S. Sibul, V. Särgava ja V. Liiv Tartust ning A. Luts, H. Kruuse ja D. Kiioja Tallinnast).

Käsitleti järgmisi probleeme: nõuko- gude otorinolarüngoloogia ülesanded ja perspektiivid, allergiliste haiguste uued diagnoosimise ja ravi meetodid, üle- miste hingamisteede pahaloomuliste kasvajate vastu võitlemise ülesanded, otoloogilise kirurgia aktuaalsed küsi- mused, samuti angiini, kroonilise ton- silliidi ja nendega seoses olevate hai- guste esinemissageduse vähendamine ja profülaktika teaduslik põhjendatus ning abinõud.

Kokku kuulati 133 ettekannet. Peale selle avaldati kongressi materjalides 26 tööd, mis ettekandmisele ei kuulu- nud.

Professor E. S i i r d e ettekande tee- ma oli «Elektroaerosoolide mõjul tek- kivatest funktsionaalsetest muutustest allergiliste nähtude korral ülemistes hingamisteedes». Dotsent S. S i b u l a töö «Nina limaskestast muutustest aller- gilise rinopaatia korral seoses elektro- aerosoolraviga» avaldati trükis. Sino- bronhopulmonaal-sündroomi kohta võt- tis sõna A. L u t s.

Kongressi lõpul valiti Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi uus juhatus. Eesti NSV-st kuulub sinna professor E. Siirde.

Aroid Luts

Bulgaaria Rahvavabariigi gastroente- rooloogide kongress toimus 1. kuni 5. oktoobrini 1968. a. Sofias. Osavõtjaid oli üle 500, neist umbes 100 väljastpoolt Bulgaariat. Nõukogude Liidust saabus 24-liikmeline delegatsioon eesotsas

akadeemikute V. Vassilenko ja J. Tarejeviga. Meie vabariigist kuulusid sinna J. Sarv ja K. Villako, kes esitasid ka ettekanded. Osavõtjaid oli Prantsusmaalt, Itaaliast, Jugoslaavia Föderatiivsest Sotsialistlikust Vabariigist, Rumeenia Sotsialistlikust Vabariigist, Saksa Demokraatlikust Vabariigist, Ungari Rahvavabariigist ja Rootsist.

Kongressil käsitleti seedeelundite kõiki tähtsamaid haigusi, kusjuures suurem osa ettekannetest puudutas mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandit. Kõne all oli mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi geograafiline levik, samuti nende tekkimine seoses elukutse ja vanusega. Üsna põhjalikult käsitleti neerupealiste funktsiooni, toidu koostise, ravimite ja meteoroloogiliste tingimuste mõju nii haavandite kui ka komplikatsioonide (verejooks, perforatsioon) tekkimisele. Bulgaaria teadlased on kogunud rohkesti andmeid selle kohta, milline osatähtsus haavandite tekkimisel võib olla pärilikul eelsoodumusel. Ettekannetest selgus, et noorematel inimestel tuleb sageli ette sellise päritoluga kaksteistsõrmiksoolehaavandeid.

Mitmed esinejad käsitlesid mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandit ühe haiguse eri variantidena, kuid oli ka neid, kes tõestasid, et tegemist on kahe eri haigusega.

Kõne all olnud haiguste konservatiivsele ravile ja profülaktikale olid pühendatud ainult mõned ettekanded. Märksa rohkem võtsid sõna kirurgid. Räägiti sobiva operatsioonimeetodi valikust, haavandi komplikatsioonide kirurgilisest ravist ja pärast mao reseksiooni tekkivatest tüsistustest ning nende ravist. Üldine arvamus oli, et kirurgiline ravi peab olema rangelt individuaalne.

Kongressiga ühel ajal toimus rahvusvaheline sümpoosion, mille päevakorras olid viirushepatiitid ja hepatiididejärgsed seisundid.

Kongress näitas, et gastroenteroloogia on Bulgaarias kõrgel tasemel.

Kaljo Villako

Poola IV trihhomonoosialasest sümpoosionist, mis toimus 10. kuni 12. oktoobrini 1968. a. Zakopanes, võttis osa ka külalisi Ameerika Ühendriikidest,

Argentiinast, Ungarist, Tšehhoslovakiast ja mujalt. Nõukogude Liitu esindasid meie vabariigi arstiteadlased, bioloogid ja veterinaarid Tallinnast ning Tartust, kokku 11 spetsialisti.

Kui III sümpoosionil (Bialystok, 1965. a.), millest samuti meie protozooloogid osa võtsid, olid päevakorras peamiselt trihhomonoosi kliinilised probleemid, siis sedakorda oli teemade ring märksa avardunud. Nii olid rohkem kui 90 ettekandes, samuti ümmarguse laua diskussioonides arutusel *Trichomonas vaginalis*'e bioloogia (fermentatiivsed ja antigeensed omadused, resistentsus väliskeskkonna tegurite suhtes, paljunemine erinevates tingimustes jne.) ning eksperimentaalse trihhomonoosi küsimused. Esitati andmeid ka trihhomonoosi diferentsiaaldiagnoosimise, esinemissageduse, kaasneva mikrofloora ja kliinilise pildi kohta naistel, meestel ning tütarlastel.

Endiselt aktuaalsed olid aga trihhomonoosi raviga seoses olevad probleemid. Pärast metronidasooli avastamist sünenenud liigne optimism on asu andnud ravimite suhtes resistentsete haigusjuhtude kirjeldamisele, ühtlasi jätkatakse uute ja efektiivsete arstimate otsimist.

Eesti NSV-st esitati kaheksa ettekanne, mis käsitlesid *T. vaginalis*'est, *T. hominis*'est ja *Toxoplasma gondii*'st põhjustatud patomorfoloogilisi muutusi valgetel hürtel (A. Jõgiste, I. Laan, R. Mikelsaar, U. Podar, V. Rিদala, E. Rõigas, J. Teras, H. Tompel); tsütoloogilisi ja histoloogilisi muutusi naiste urogenitaaltraktis ja inimeste vereseerumite kaitsetoimet trihhomonoosi korral (H. Kaarma, U. Nigesen, U. Podar, J. Teras) ning trihhomonoosi diagnoosimisel kasutatavaid meetodeid (M. Ellamaa, H. Kaarma, I. Kazakova, J. Teras).

Järgmine sümpoosion otsustati korraldada kahe aasta pärast Lublinis.

Ilmar Laan

Ülemaailmse Hambaarstide Föderatsiooni (FDI) 56. sessioon toimus 17. kuni 21. septembrini 1968. a. Varnas. Osavõtjaid oli 43 riigist. Nõukogude Liitu esindas üks suuremaid — 200-liikmeline delegatsioon. Eesti NSV-st oli 3 delegaati. FDI asutati 14. augustil 1900. a.

Pariisis ja on üks vanemaid meditsiiniorganisatsioone maailmas. Käesoleval ajal on FDI 58 maa hambaarstide ja stomatoloogide teaduslike seltside föderatsioon ning tema tegevuse eesmärk on luua võimalused selleks, et standardiseerida eri riikide stomatoloogide kaadri ettevalmistamise ja stomatoloogia-alase teenindamise olulisemad küsimused. Sel eesmärgil korraldab FDI iga-aastased rahvusvahelised sessioonid ja igal viienadal aastal rahvusvahelise kongressi.

56. sessiooni päevakorras olid kolm põhiprobleemi:

1) suukoopa piirkonna kasvajate varajane diagnoosimine;

2) suukoopa kudede reageerimine mitmesuguse konstruktsiooniga proteeside kandmisel;

3) diagnoosimismeetodid stomatoloogias.

Peale põhitemaatika olid programmi võetud ka mõned muud teemad. Sessioonil demonstreeriti haigeid ja näidati erialaseid filme.

Suukoopa ning näo- ja lõualuude piirkonna kasvajate varajaseks diagnoosimiseks peeti vajalikuks korraldada laialdasi profülaktilisi läbivaatusi, kusjuures peale histoloogilise uurimisviisi

on vaja kasutusele võtta ka tsütoloogiline ja stomatoskoopiline meetod.

Teise põhiprobleemi käsitlemisel märkigi, et stomatoloogias kasutatavad mitmesugused medikamendid ja materjalid (eriti proteeside valmistamiseks kasutatavad materjalid) võivad põhjustada allergilisi reaktsioone, mille foonil areneb suukoopa limaskestast põletik (glossiit, stomatiit). Diagnoosimismeetodeid on vähe ja need ei võimalda allergilisi muutusi alati kindlaks teha ning difereentsida mehhaanilistest kahjustustest ja viirusliku etioloogiaga põletikest. On vaja leida uusi diagnoosimisvõtteid ja uusi metallisulameid, mis ei põhjustaks elektrokeemilisi protsesse suukoopas.

Diagnoosimismeetodite käsitlemisel rõhutati vajadust kasutada kaariese, pulpiidi ja periodontiidi diagnoosimisel elektromeetriat. Parodontopaatia algstaadiumi varajaseks avastamiseks tuleb uurida kapillaaride seisundit, sülje ja vere fermentide aktiivsuse muutusi.

Ülevaate stomatoloogia-alasest teenindamisest eri maades andis näitus, kus oli eksponeeritud aparatuuri, instrumente, uuemaid ravimeid, täite- ja jäljendmaterjale. FDI järjekordne, 57. sessioon toimub 1969. aastal New Yorgis.

Nadežda Vibm

Välismaalt

SÕBRALIKUS SAKSA DV-s

Nõukogude Liidu kultuuri päevade raames külastas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm ametliku delegatsiooni koosseisus koos TRÜ professori L. Schotteriga Saksa DV-d. Oma reisimuljetest kõneles O. Tamm järgmist.

«Muljed on parimad. Heameelega märgiksin, et tugevnesid sidemed meie ja Saksa DV meedikute vahel. Ametlikus korras sõlmiti need juba 1966. aastal, s. o. siis, kui Saksa DV tervishoiutöötajad Saksa DV kultuuri päevade ajal Eesti NSV-s viibisid. Seetõttu võisin Saksa DV Tervishoiu Minis-

teriumi peakonsultanti epidemioloogia alal professor Theodor Kimat ja ministeeriumi osakonnajuhatajat Edith Ackermannni Berliinis ning Saksa Hügieenimuseumi peadirektorit Franz Görrest Dresdenis tervitada kui vanu tuttavaid. Magdeburgis oli meil võimalus tutvuda sealse meditsiiniakadeemia töötajatega, kes näitasid oma haiglaid ja andsid seletusi õppetöö kohta. Saksa DV-s õpitakse arstiteadust kolmes meditsiiniakadeemias, peale Magdeburgi veel Dresdenis ja Erfurdis ning kuue ülikooli arstiteaduskonnas Berliinis, Leipzgis, Halles, Jenas, Rostockis ja Greifswaldis.»

«Mis peale ametialaste kohtumiste eriti meelde jäi?»

«Väga meeldis Weimar, mis on tihedalt seotud Goethe, Schilleri, Wielandi, Herderi, Bachi ja Liszti nimega. Pärast Goethe ja Schilleri majamuuseumide külastamist, kust saime tõelise elamuse, oli lõikav kontrast Buchenwaldis asunud koonduslaagri nägemine. Fašistid asutasid surmalaagri ainult 12 km kaugusele põlisest, vabaduse ideedega läbiimbunud kultuurikeskusest — Weimari, mille atmosfääris veel tänini on 18. ja 19. sajandi suurte humanistide vaimuse hõngu.

Kauaks jääb meelde Saksa DV kaunis loodus, eriti Harzi mäestik ja sealne ainulaadne vabaõhuteater, mis astmeliselt tõusva amfiteatrina kaljusse on raiutud ning seetõttu ka kaljuteatri nime all on tuntud.

Et Saksa DV on vanade kultuuritraditsioonidega maa, võis kogeda igal sammul. Kogu Saksa DV on kaetud tiheda kultuuriasutuste võrguga. Üksnes muuseumi on demokraatliku Saksamaa suhteliselt väikesel pinnal üle 650. Neli neist on maailmakuulsad ja kaks neljast asuvad Dresdenis: riiklik kunstigalerii ja Saksa Hügieenimuuseum. Et meil õnnestus Dresdenis käia, avanes võimalus mõlemaid näha.

Rembrandti, Raffaeli, Tiziani, Rubensi, Giorgione ja Holbeini šedöövreid ei ole iga päev võimalik originaalidena näha. Külaskäik kunstigaleriisse oli selgeltki seisukohalt harukordne. Arsti, eriti sanitaararsti seisukohalt pani reisile mõjusa lõpp-punkti Saksa Hügieenimuuseum, mida tutvustas peadirektor F. Görres isiklikult.



«Millel selle muuseumi laialdane kuulsus põhineb?»

«Saksa Hügieenimuuseum on sanitaarharidustöö institutsioonina üks va-

nemaid, mõõtetelt aga suurim oma-taoline maailmas. Sõna «muuseum» ei ole käesoleval juhul päris täpne. See võib vahest eksitavaltki mõjuda, sest muuseumi funktsioonidest on asutus juba ammu välja kasvanud. 1954. aastast saadik on hügieenimuuseum vastavalt Saksa DV Ministrite Nõukogu otsusele ühtlasi ka Meditsiinilise Selgitustöö Keskinstituut, seega meie mõiste järgi riigi keskne sanitaarharidustöö organ. Asutuses töötab arvukalt arste, biolooge, psühholooge, publitsiste. Nende tegevus ei piirdu ainuüksi populaarteadusliku tervishoiupropagandaga. Osa neist tegeleb sanitaarharidustöö teadusliku, esmajoones metoodika uurimisega.

Kõige mõjuvam instrument asutuse töötajate kätes on muuseumi oma ekspositsioon, mille all on tuhandeid meetreid pörandapinda. Väljapanekud on paigutatud nii, et nende süvenenud vaatlemiseks küllalt ruumi jääks. Kuid muuseum korraldab ka rändnäitusi (soovi korral isegi välismaale), loenguid, kursusi, salvestab neid helilintidele, kirjastab sanitaarhariduslikku kirjandust ja plakateid, teeb sanitaarhariduslikke filme, toodab anatoomia ja bioloogia alaseid õppevahendeid. Kes ei oleks midagi kuulnud klaasinimesest, klaaslehmast, klaashobusest? Need on Saksa Hügieenimuuseumi tooted. Neid suudetakse valmistada suhteliselt vähe, nad on väga kallid, kuid need eksporditakse järk-järgult kogu maailma. Kes meist ei teaks andekalt toimetatud populaarteaduslikku meditsiiniajakirja «Deine Gesundheit», kes poleks näinud sarja «Kleine Gesundheitsbücherei» raamatuid. Nende kirjastaja on jällegi hügieenimuuseum. Tööks ajakirjanduse, raadio ja televisiooniga on tal omaette osakond, kes arendab väga laiahaardelist tegevust. Palju tähelepanu on muuseum viimaste aastate jooksul pööranud sanitaarharidustööle laste hulgas. Lastele ilmub igal aastal isegi õpetliku sisuga kalender.»

«Muuseum, kas ka mitte omaaegse Eesti Tervishoiu Muuseumi asutamine ei olnud inspireeritud selle asutuse eeskujust?»

«Tõenäoliselt teatavat mõju see avaldas.»

«Saksa Hügieenimuuseum on niisiis üsna eakas?»

«Jah, muuseum asutati 1912. aastal. Muuseumile pani aluse suurtööstur dr. med. h. c. Karl August Lingner, sellest ka muuseumi aadress: Dresden, Lingnerplatz 1. Juba 1919. aastal hakkas muuseum rändnäitusi korraldama (osa neist liigub nüüd väiksemate asulate vahet suurte autokolonnidena) ja 1920. aastast valguspilte laenutama. 1930. aastal valmis muuseumi oma hoone. 1945. aasta veebruaris, pärast ameeriklaste õhurünnakut jäid sellest ainult varemed. Tules hävis 90 000 köidet teaduslikku kirjandust ja muud paljude aastate kestel kogutud teaduslikku materjali. Kuid juba mõni nädal pärast sõja lõppu hakati muuseumi jälle üles ehitama.»

«Kas Saksa Hügieenimuseum töötas ka fašismi perioodil?»

«Töötas küll, kuid olulises osas mitte niivõrd tervishoiu profülaktika eesmärgil, kuivõrd hitlerliku «rassihügieeni» huvides.»

«Mida meil oleks Saksa DV kolleegide kogemustest järeldada? Kas ka Eesti NSV-s sanitaarharidustööd tuleks umbes samades suundades laiendada?»

«Eeskuju on kahtlemata nakatav, kuid muidugi mitte sellises mastaabis jäljendatav. Sanitaarharidustöö arendamiseks on meil juba teatav perspektiiv olemas. Ministrite Nõukogu otsuse kohaselt tuleb keskasutustel ja ühiskondlikel organisatsioonidel tarvitusele võtta abinõud meditsiinialaste teadmiste propaganda tõhustamiseks, eriti tähelepanu pöörata sirguva põlvkonna hügieenialaste teadmiste ja ühtlasi ka kehakultuuri taseme tõstmisele. Aastail 1971...1975 on plaan asutada vabariigis hügieenimuseum, esialgu statsionaarse näitusena. Kõige lähemal ajal kavatsame luua organiseerimiskomitee, kes hakkab tegema eeltöid eksponaatide kogumiseks. Selleks vajame üldsuse, eeskätt meedikute ja farmatseutide kaasabi.»

«Kas koos sellega laheneks ka vanade apteekide inventarist järelejäänud ja mõnede muude muuseumiesemete eksponeerimine, mida Paul Stradini nimeline Riia Meditsiiniajaloo Muuseum endale soovis?»

«Arvatavasti küll, sest neid esemeid oleks rohkem mõtet näidata kohapeal kui Riias.»

Vastles Märt Kink

Tähtpäevad

PAUL MALLENE 50-AASTANE

Paul Mallene sündis 23. jaanuaril 1919. a. Viljandimaal Holstre vallas talupidaja perekonnas. Pärast keskhariduse omandamist Viljandis astus ta 1938. a. Tartu ülikooli rohuteadust õppima. Aasta pärast siirdus P. Mallene aga arstiteaduskonda, mille lõpetas 1946. aastal. P. Mallene suunati tööle assistendina patoloogilise füsioloogia kateedrisse. Ajavahemikul 1950...1952 töötas ta hospitaalsisehaiguste kateedris õppejõuna. 1952. a. alates kuni tänaseni õpetab P. Mallene sisehaiguste propeedeutikat, pidades loenguid ja juhendades praktikume. Kõik meie sõjajärgsete lendude arstid on seega P. Mallese õpilased.



Me hindame juubilaril kui klassikalise meditsiinikoolkonna esindajat, kelle relvaks on füüsikaliste uurimismeetodite virtuoosne valdamine ja oskus diagnoosida ka lihtsate uurimiste ja sümptomide abil. Nende põhimõtete sisendamine õpilastesse on eriti tänuväärne tehnika ja keemia ajastul, mil arstil on nii lihtne kergema vastupanu teed minna ja redutseerida haige inimene elektroonika ja biokeemialaboratooriumi uurimisobjektiks. Diagnoosimis-meistrina ja meditsiini õpetamise meetodikuna väärib P. Mallene tunnustust ja vabariigis on raske talle võrdset leida. Seetõttu jälgivad teda huviga nii üliõpilased kui ka täienduskursustel viibivad arstid. Konsultandina on P. Mallene truuks jäänud Viljandi raviasutustele ja

Tartu Vabariiklikule Kliinilisele Haig-lale.

Õppetöö ja ravi kõrval on P. Mallene tegelnud mitmete teaduslike probleemidega. Ta on põhjalikult uurinud mao sekretoorset ja ekskretoorset talitlust, viimasel ajal aga on süvenenud elektro-lüütide metabolismi nähtustesse kardio-vaskulaarse süsteemi häirete puhul. Selle töö tulemusi võime peatselt näha dissertatsioonina.

Mainimata ei saa jätta P. Mallese ühiskondlikku tööd arstiteaduskonna ametiühingu büroo esimehena ning üli-õpilaste kursuse- ja rühmajuhendajana.

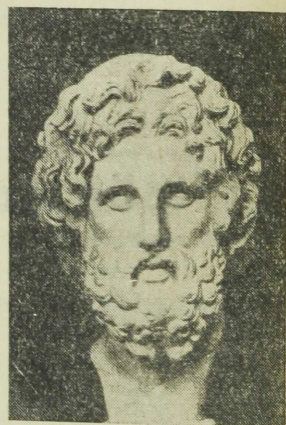
Jätkugu juubilaril edaspidigi tahtmist ja jõudu oma tänuväärse tegevuses.

Kolleegid

Asklepiose klubis

KUIDAS VOODIFONDI PAREMINI ÄRA KASUTADA!

UDK 614.2(474.2)



20. detsembril 1968 toimus «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse ruumes Asklepiose klubi järjekordne kokkutulek, millest võtsid osa Eesti NSV Tervishoiu Ministee-riumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juha-taja Niin Ajasta, vabariigi peaterapeut arstiteaduse doktor Natan Elštein, Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama peaarsti asetäitja Maido Sikk, Tartu Vaba-riikliku Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja Harry Raaga, Tallinna Vabariikliku Onko-loogia Dispanseri peaarsti asetäitja arstitea-duse kandidaat Väino Rätsep, Pelgulinna Haigla peaarst Vello Ilmoja, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst Haldja Kääri, Kiviõli Linna Haigla peaarst Maria Landau, Eesti NSV Meditsiinide Selti esinaine Hilja Rütli, peatoimetaja Oku Tamm, peatoimetaja asetäitja Hans Roots jt. toi-metuse töötajad.

Klubiistungi päevakorras oli punkt, mis tohiks huvitada iga tervishoiutöötajat: kuidas voodifondi otstarbekamalt ära kasutada ja haigeid statsionaaris paremini teenindada.

Vestlust alustas peatoimetaja

Oku Tamm. Toimetuse kutsub Asklepiose klubi istungi kokku üks või kaks korda aas-tas, et ühiselt arutada, miks king meie tervis-hoiukorralduses siit või sealt pigistab. Täna-se vestluse teema on alati aktuaalne — kuidas haigeid paremini teenindada. Palume kõiki siinviibijaid selle kohta arvamust avaldada. Et seejuures reaalsete võimaluste piiresse jääda, lepime kohe algul kokku ühes punktis.

Kõneleme võimalikest muutustest ja ettepane-kutest ainult olemasolevates tingimustes, see tähendab olemasoleva voodifondi, olemasole-vate ruumide ja olemasolevate summade pii-res. Täna-se kõneluste tuum oleks niisiis sise-miste reservide avastamises. Neid peaks meil veel olema, oluline on nad ainult leida.

Sissejuhatavaks mõtteavalduseks annan sõna Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juha-tajale sm. Ajastale.

Niin Ajasta. Statistilised andmed kin-nitavad, et vabariigi haiglates on 10 000 elaniku kohta 110 voodikohta (Tartus 187, Tallinnas 104). Selle näitaja poolest oleme Nõukogude Liidus kohe pärast Läti NSV-d teisel kohal. Esimesel pilgul võib näida, et muretsemiseks ei ole nagu erilist põhjust. Sügavamale tungimisel avaneb mõnevõrra teistsugune pilt. 40,5% meie linnahaiglatest on väikesed, kuni 50 voodikohaga raviasutused.

Ainult 20%-l haiglatest on 200 või rohkem voodikohta. 94%-l jaoskonnahaiglatest on kuni 25 voodikohta.

Kui meie haiglaolusid võrrelda vennas-vabariikide omadega, siis näeme, et Eesti NSV-s 10 000 elaniku kohta tulev jaoskonnahaiglate üldvoodite arv 9,5 on peale Valgevene (11,5) suhteliselt kõige suurem. Läti NSV-s on vastav arv 4,2, Leedu NSV-s 4,9. Kuid isegi absoluutarvult oleme nende ebaökonomsete voodikohtade poolest ees nii Läti NSV-st kui ka paljudest teistest liiduvabariikidest: meil 1235, Lätis 954.

Statsionaaride keskmine suurus voodikoh-tade järgi oli 1967. aastal NSV Liidu ulatuses 90, Läti NSV-s 124 (parim koht), Leedu NSV-s 104, Eesti NSV-s ainult 76. Selle näitajaga oleme liiduvabariikide hulgas tagant lugedes 5. kohal. Meile järgnevad veel ainult Kasahs-tan, Turkmeenia, Aserbaidžaan ja Gruusia.

Seega on meie haiglatele iseloomulik ühelt poolt voodite küllus, teiselt poolt nii meditsiinilises kui ka majanduslikus mõttes kasu- like voodikohtade vähesus.

Arv 110, mida nimetasime kohe algul, mõ- jub niisiis desorienteerivalt. See on tekitanud põhjendamata rahulolu mitte üksnes mõnedes tervishoiuorganisatsioonides, vaid ka plaanior- ganites ja eriti ehitusorganisatsioonides, kes tervishoiuasutuste kapitaalhituse plaani on pidevalt täitnud ainult 70%-liselt, kuid 1968. aastal said hakkama vaevalt 50%-ga.

Lisame veel, et ainult vabariigi kahe haigla pörandapind vastab normatiividele. Kõikjal mujal on see väiksem.

Nende andmete foonil peab kahjuks nen- tima ka hospitaliseerimise taseme langust. Kui 1966. aastal hospitaliseeriti vabariigis 10 000 elaniku kohta veel 195 haiget (linnaelanikke 193, maaelanikke 198), siis 1967. aastal ainult 190,5 (linnaelanikke 188,8, maaelanikke 193,3). 1964. aastal hospitaliseeriti linnaelanikke 205, maaelanikke 190. Üldise tagasimineku taustal on maaelanike hospitaliseerimise tase küll tõusnud, kuid tõus on toimunud linnaelanike arvel. Olgu tähendatud, et 30% hospitaliseeritavatest maaelanikest saab haiglaravi lin- nas (kaasa arvatud rajooni keskhaiglad).

Mõnevõrra vähenes 1967. a. voo- dite koormus. Samal ajal pikenes haigete haiglas viibimise kestus. Voodikohtade aasta keskmine koormus on vähenenud peamiselt jaoskonnahaiglate üldvoodite, nakkushaiguste, tuberkuloosi ja sünnitusabi voodikohtade tun- duva alakoormuse arvel. Kuid osa voodikohti töötab ülekoormusega: psühhiaatria-alased 403, neurokirurgia- 372, neuroloogia- 363, silmahaiguste 360, sisehaigustealased 353 päeva aastas. See näitab, et üksikute erialade väljaarendamises on ebakõlasid. Kahjuks ei saa niisiis kõnelda hospitaliseerimise tingi- muste paranemisest. Vastupidi, need on mõ- neti halvenenud.

Teatavate erialade sisene kitsam spetsiali- seerumine on sageli kulgenud iseoolu teed, kusjuures esmaseks on olnud mõned isik- suste võimed, mitte elanike konkreetsed vaja- dused. Kas võib õigeks pidada, et samal ajal kui me haigeid ei suuda hospitaliseerida põhi- listel erialadel, töötab meie väikeses vaba- riigis kaks südamekirurgia keskust. Kostab



N. Ajasta

hääli, et ka Tallinnas tuleks avada oma kunstliku neeru keskus. Kas seda võib õigeks pidada? Ei tohi olla kokkuvõidu haigete ter- vise arvel, kuid ühtlasi ei tohi see printsiip õigustada riiklike vahendite mõttetut pil- lamist.

Kui eespool esitatud arvudest lähtuda ja seejuures arvestada, et lähema paari aasta kestel ei ole ette näha voodifondi erilist suu- renemist, siis on selge, kui oluline on olemas- olevaid tingimusi maksimaalse otstarbekusega kasutada. Tuleb teha lõpp ebaproportsionaal- susele põhiliste erialade arendamisel ja ise- voolule erialasisesel spetsialiseerumisel. On vaja koostada spetsialiseeritud teenistuste arendamise perspek- tiivplaan. Viivitamatult tuleb alakoormu- sega töötavaid voodikohti hakata kasutama neil erialadel, kus praegu on ülekoormus. Selles suunas ongi esimesi õigeid samme ast- tutud Tallinnas, kus 50 nakkushaigete voodi- kohta on muudetud seedetrakti haigusi põde- vate isikute ja 40 tuberkuloosahaigete voodi- kohta pulmonoloogilisi haigusi põdevate hai- gete tarvis. Ümberprofileerimisel on tuberku- loosahaigete voodikohad ka Kuremäe haiglas.

Erialasisesel spetsialiseerimisel (mõtlen eeskätt gastroenteroloogiale ja pulmonoloog- giale) peavad seejuures esmaseks olema kaadri väljaõpe ja uute tingimuste loomine statsionaaris, et uued osakonnad ka kvaliteedi mõttes tähendaksid sammu edasi. Sildi uksele riputamisel — siin on see või teine osakond — ainuüksi ei piisa. See kujutaks endast ai- nult haigete mehhaanilist ümbertõstmist. Kuid selles osas ilmneki vastloodud osakon- dades juba tegematajätmissi.

Rajoonis omandab olulise koha alakoormu- sega töötavate jaoskonnahaiglate maksimaalne ja otstarbekas ärakasutamine. Siin on põhiliselt võimalikud kaks teed: 1) 20 ja rohkema voodikohaga haiglate muutmine rajooni

keskhaiglate või vabariiklike haiglate profileeritud filiaalideks, spetsiaalse järeldravi osakondadeks või 2) dispetšerialituse loomne.

Teerajajatena on siin head algatust näidanud Tartu rajooni tervishoiuorganisaatorid. Näiteks on Võnnu jaoskonnahaiglast saanud 20 voodikohaga neuroloogiaosakond kogu rajooni tarbeks. Rajooni nakkushaigla on alakoormuse perioodidel kohandatud gastroenteroloogiaosakonnaks. On kavatsus Rõngu haigla reorganiseerida Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna spinaalsete haigete järeldravi allosakonnaks.

Samasugust teed on käidud ka Pärnus. Need näited võiksid eeskujuks olla teistele.

Mis päris väikestes, 10...15 voodikohaga haiglatesse puutub, siis tuleks need julgesti järk-järgult sulgeda või siis hooldusravi vajavate haigete hospitaliseerimiseks kasutada.

Eriline tähtsus on võimaluste ärakasutamisel 5-päevase töönädala tingimustes. Siin tuleks kõikjal hoolikalt läbi mõelda, mida teha, et oleksid tagatud uurimiste ratsionaalsus ja ravi pidevus. Praegu hakatakse paljudes haiglates reedel haiglasse saabunud patsiente uurima alles esmaspäeval. Kõikide selliste haigete haiglas viibimine on juba seetõttu kahe päeva võrra pikem kui hädapärast vaja. Laboratoorne uurimine kipub paljudes haiglates üldse põhjendamatult venima. Sagedi mõõdub terve nädal, enne kui saab ravi alustada. Palju ajaviitmist ja tarbetut tööd põhjustab seejuures side puudumine polikliiniku ja stantsionaari vahel. On peaaegu reegliski muutunud, et haigele, kes stantsionaari saabub, tehakse uuesti kõik põhilised analüüsid (rääkimata spetsiaalsetest), mis polikliinikus juba tehtud. Seda isegi siis, kui polikliinikul ja stantsionaaril on ühine laboratoorium... Sel viisil pikendatakse mitte üksnes ravimise aega, vaid asjata koormatakse ka laboratooriumi, kel tavaliselt niigi on tööd küllalt. Suuremates haiglates häirib ravimise ratsionaalset kulgu haiglasest konsultatsioonide aeglus.

Töötaja ratsionaalne kasutamine üldse, niivõrd kui see hõlmab kõiki stantsionaari töötajaid, aitab tõsta ravi kvaliteeti, lühendab patsientide haiglas viibimist ja annab — nagu kõikidel muudelgi erialadel — ökonoomiat. Töötaja säästmise hea näitena võiks nimetada diktofonikeskuse asutamist Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Tunnustusväärne on Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri tegevus haiguslugude anamneesi ja *status praesens*'i osade väljatöötamisel. Uuendused panevad raviarsti niisugusesse olukorda, et ta lihtsalt ei saa unustada ühtki olulist seika ravi-protsessis.

Kokku võttes võib öelda, et meil on veel palju sisemisi reserve töö paremaks korraldamiseks, mis voodifondi võimaldaksid ratsionaalsemalt kasutada.

Natan Elstein. Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetust tegi väga õigesti, et võttis arutusele nii tähtsa ja pakilise küsimuse. Lisaksin mõned mõtted.

Esiteks, Eesti NSV planeerijad peaksid mõistma ja teadma, et tervishoiuasutuste kohta kehtestatud normatiivid meid enam ei rahulda. Va-

bariigis moodustavad üle 60 aasta vanused inimesed 15,1% kogu elanikkonnast, kogu NSV Liidus on vastav näitaja 9,4%. Meie vabariigi haiglates täidavad igast 1000 voodikohast 309 kohta haiged, kes on vähemalt 60 aastat vanad, NSV Liidus aga on vastav näitaja 135. Rõhutan, et normatiivid ei saa olla ühesugused kõikides liiduvabariikides.

Teiseks, vabariigis on küllaltki palju väike-seid jaoskonnahaiglaid, mille asutamine omal ajal oli igati põhjendatud. Nagu nüüd teame, tingib meditsiini spetsialiseerimine suuri spetsialiseeritud osakondadega haiglaid. Samal ajal on tarvis likvideerida väikesed jaoskonnahaiglad, kus arstiabi andmine kaasaja meditsiini tasemel ei ole enam mõeldav. Ühtlasi on kasvanud rahva teadlikkus ja enamik maarajoonides elavaist haigeist ei soovigi saada arstiabi kohalikus jaoskonnahaiglas.

Muidugi pole mõtet korruga sulgeda kõiki jaoskonnahaiglaid, sest neid saab mõnelgi juhul ratsionaalselt kasutada. Nii toimiti näiteks Tartu rajoonis, kus väikese haigla baasil avati neuroloogilisi haigusi põdevate haigete osakond. Peab mainima, et tegelikult on enamik jaoskonnahaiglatest kujunenud kroonilisi haigusi põdevate isikute sümptomaatilise ravimise kohtadeks.

Kolmandaks, milline peaks olema meie suund hospitaliseeritavate haigete valikul? Mis on tähtsam ning keda haiglasse paigutamisel eelistada: kas raskelt või kergelt haiget? Küsimusele tuleks vastata: muidugi kergelt haiget, kes ägedasse haigusse just äsja haigestus. Kuid niisuguse haige jaoks pole meil haiglates voodikohti.

Uus silt haigla osakonna uksele ei tähenda veel spetsialiseeritud osakonna tõelist olemasolu. Ja profileeritud osakond pole veel spetsialiseeritud osakond. Viimases peavad olema nii spetsialistide, eriarstide kaader kui ka vastav aparatuur ja muud tingimused tänapäeva nõuete kohase spetsialiseeritud abi andmiseks. Selleks on tarvis ressursse, mis ei olegi väga väikesed.

Lisaksin veel: haiglavoodite ratsionaalne kasutamine algab haigete õigesti valikut hospitaliseerimiseks. Ägedat haigust (kopsupõletik, reuma jt.) põdevad isikud peab igal juhul haiglasse paigutama. Tervishoiuorganisaatorid peavad sel alal polikliinikute arstide tegevust juhtima, nii et haiglasse saabusid õige valiku põhjal suunatud haiged. Teine element voodikohtade ratsionaalses kasutamises on õigesti rajatud ja kompleksne haigete uurimine. Siin ei saa täpset ettekirjutust anda, sest uurimine sõltub haigete struktuurist. Arst peab võtma orientiiri sellele, et haige võib põdeda mitut haigust korraga. Niisugune lähenemine aitab vältida uurimisaja pikendamist, s. o. me ei kaota aega. Mõned arstid saavad ratsionaalsest uurimisest aru nii, et igal juhul on tarvis teha kõik analüüsid. Sellist seisukohta ei tohi lubada, sest see näitab uurimise plaanitust, pillamist igas mõttes.

Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajaid rakendatakse puudulikult ja see sõltub paljudest asjaoludest, sealhulgas kehtivatest normatiividest. Saksa DV-s tuleb iga arsti kohta 7...8 kesk-eriharidusega meditsiinitöötajat, mis on väga otstarbekas. Vabariigi tervishoiu-



Asklepiose klubi istungilt. Vasakult O. Tamm, H. Roots, N. Elstein, V. Rätsep, V. Ilmoja, H. Raaga, H. Rütli, M. Landau ja H. Kääri. Seljaga vaataja poole N. Ajasta ja toimetuse töötajad

Fotod S. Migdal

organisaatorid, meie raviasutuste peaarstid peavad ise leidma õige lahenduse ning otsustama iseseisvalt kohtadel, kuidas paremini ja otstarbekalt tööd korraldada.

Muuseas lisaksin mõned võrdlusandmed: kogu NSV Liidus on keskmine voodipäevade arv 16, Ameerika Ühendriikides aga 7. Viimases on arstiabi tasuline, isegi väga kallis, meil aga kõik tasuta. Oleme juba harjunud, et arstiabi on niikuinii tasuta. Kuid me ei tohi unustada riigi huve, peame majanduslikult mõtlema. Paljud klinitsistid ei loe ega pea silmas haiglas veedetud voodipäevade arvu, kuid neid peab lugema.

Vello Ilmoja. Et voodifondi koormust vähendada ja aktiivset ravimise aega pikendada, tuleks diagnoosimise aega kahel viisil lühendada. Esiteks tõhustada polikliinikute tööd, teiseks, kõik uuringud statsionaaris teha otsekohe, ilma igasuguse viivitusega.

Raskusi tuleb ette järeldravi vajavate haigete väljakirjutamisel. Onkoloogilisi haigusi põdevad haiged saame osaliseltki saata maale, jaoskonnahaiglatesse. Teistega on lugu keerulisem. Kas ei oleks õige suuremate haiglate juurde kinnistada paar-kolm väikest maahaiglat (niikaua kui nad eksisteerivad), kuhu sellised patsiendid kas järel- või hooldusravile suunata? Isegi 70...80 kilomeetrit ei tohiks seejuures olla takistuseks, sest igaüks teab isegi, kui palju maksab autotund ja kui palju voodipäev.

Voodifondi kasutamist 5-päevase töönädala seisukohalt peaks põhjalikumalt jälgima. Kuid näib, et õige organiseerimise korral ei

tohiks mingeid erilisi raskusi tekkida. Haiglates, mis töötavad suure ülekoormusega, tuleks töö planeerida nii, et voodikohad oleksid nädala kestel enam-vähem ühtlaselt koormatud. Seejuures ei tohiks pidada puuduseks, et vähemalt laupäevadel ja pühapäevadel oleksid koridorid vooditest vabad.

Arstide tööaja ratsionaalse kasutamise teel saaks edasi minna kahes suunas. Esiteks, dokumentatsiooni enda ja dokumentide täitmise lihtsamaks muutmise, teiseks, ülesannete üleandmisega kesk-eriharidusega meditsiinipersonalile. Kesk-eriharidusega meditsiinitöötajate töö peaks lihtsamaks muutuma ühelt poolt paremate abi- ja põetuvahendite varal, teiselt poolt samuti dokumentatsiooni ning dokumentide täitmise lihtsamaks muutmise. Ülesannete üleandmine nooremale meditsiinipersonalile praegu arvesse ei tule.

Haldja Kääri. Tartus ja Lõuna-Eestis teeb muret laste voodifondi killustatus. Kokku on meil lastele üle 350 voodikoha, kuid need on hajusalt üle kogu suure territooriumi pilutatud ja nende täitmine on sesoonne. Tarvis oleks leida teid, kuidas mõlematest miinustest lahti saada.

Laste spetsialiseeritud voodikohtade vähesus annab end tugevasti tunda neuroloogia ning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste alal. Seega on voodikohtade ümberprofileerimine hädavajalik.

Lastehaiguste tarvis ei ole välja töötatud spetsiaalset haigusloot vormi. See tuleks teha, aluseks võttes vabariigi vajadused. Vorm peaks olema maksimaalses ulatuses trükitud ja täiesti ühtne. Praegu on pediatril, kui ta

teise haiglasse läheb, haiguslugudes raske orienteeruda.

Kahjuks puuduvad haiglatel praegu oma töötajate materiaalse stimuleerimise võimalused.

Maria Landau. Viimaste aastate jooksul oleme peamise tähelepanu pööranud arstide ja meditsiiniõdede töö võimalikult ratsionaalsemale korraldamisele. Suurt ajakulu põhjustas telefonide puudumine polikliiniku vastuvõtukabinettides. Nüüd oleme jõudnud nii kaugele, et meil on oma kommutaatorisüsteem, mis ühendab kõik kabinetid nii omavahel kui ka apteegiga. Lähemal ajal seatakse samasugune telefoniside sisse ka haiglas. See aitab palju aega võita.

Kiirabiautod on meil radiofitseeritud. Ehkki igal ööl on väljakutseid küllalt palju, tuleme nendega tänu raadiosidele hästi toime.

Päeval töötavate meditsiiniõdede koormus on hoopis suurem kui öistes valvetes töötavatel. Oleme püüdnud ka selles osas mingit tasakaalu saavutada. Kõikides osakondades on ravimite jagamiseks spetsiaalsed kandikud. Kandikud on jaotatud ruutudeks, igal ruudul on haige nimi. Ravimeid jagab meditsiiniõde protseduurilehe korralduste alusel. Selline kord väldib eksitusi ja unustamisi.

Protseduurilehed täidab arst. See leht on meditsiiniõde juhend ja igapäevane tööplaan. Et protseduurilehti peab täitma arst ise, võimaldab see tal iseennast ja meditsiiniõde kontrollida, samuti distsiplineerib see arsti, väldib eksitusi annustes, võimaldab meditsiiniõel rahulikult oma tööga toime tulla.

Leningradist saadud projekti järgi tellisime 2 spetsiaalselt valmistatud meditsiiniõde valveposti mõöblikomplekti, mis on otstarbekad ja hästi läbimõeldult konstrueeritud. Edaspidi teeb Kiviõli põlevkivitöötlemise kombinaat meile selliseid komplekte niipalju kui vajame. Meditsiiniõde valvepostil on ka telefon.

Kombinaadi summade arvel oleme avanud meditsiinilise raamatukogu, mida pidevalt täiendame Moskvast ja Leningradist tellitud uute arstiteaduslike raamatutega. Samuti on kombinaadi summade arvel meile tellitud üle 40 perioodilise meditsiinilise väljaande. Nagu näete, oleme mitmeti paremas olukorras kui teised tervishoiuasutused vabariigis. Põhjus peitub selles, et kombinaat meid majanduslikult tugevasti toetab.

Kombinaat on andnud meile võimaluse rahaliselt premeerida eeskujulikke meditsiinitöötajaid, samuti neid, kes ravivad ja põetavad eriti raskelt haigeid. Premeerimisel peetakse silmas ka meditsiinitöötajate käitumist, suhtumist haigesse, kvalifikatsiooni tõstmist jms.

Maido Sikk. Efekt oleks suur, kui voodikohad õigesti profileerida ja senised mikroosakonnad suurte spetsialiseeritud osakondadega asendada. Selleks on kõigepealt tarvis kindlaks määrata spetsialiseeritud voodikohtade objektiivne vajadus. Näiteks Tartu ega Lõuna-Eesti kohta pole meil selles osas veel mingeid andmeid, mis ei oleks subjektiivsed, ning ega õiget pilti teadusliku analüüsita ei saagi. Tartu rajooni kohta on see kuuekuise töö tulemusena meil nüüd olemas.

(Sõnavõtja näitab oma uurimuse käsikirja meditsiinilisest teenindamisest, selle arendamise teedest ja perspektiividest Tartu rajoonis.) Töös lähtusin eeldusest, et meie rajooni elanikele antaks üheetapilist ravi spetsialiseeritud osakonnas. Saadud andmeil on spetsialiseeritud voodikohtade vajadus rajoonis planeeritud kuni 1975. aastani. Analooziliselt uurimust oleks tarvis kogu vabariigi kohta. Töö on muidugi raske, kuid õigupoolest möödapääsmatu, sest kuna vanemate inimeste protsent on meil suurem kui teistes liiduvabariikides, siis ei saa me arvestuste aluseks võtta Nõukogude Liidu keskmisi normatiive.

Üldtüüpi voodikohtadega jaoskonnahaigla end muidugi ei õigusta, kuid spetsialiseerituna on ta täiesti omal kohal. Näitena võib nimetada Võnnu haiglat, mis on reorganiseeritud rajooni neuroloogiaosakonnaks. Spetsialiseerimise tulemustest kõneleb kaudselt kas või seegi fakt, et isegi Tartu elanikud on soovi avaldanud sinna ravile minna.

Kirjanduse andmetel on voodikohtade profileerimise kriteeriumiks mitmel pool välismaal mitte enam eriala, vaid ravi intensiivsuse aste (PPC ehk Progressive Patient Care = progressiivne haigete hooldus). Sellele vastavalt toimub haige teenindamine. Näiteks intensiivravi-osakonnas põetab meditsiiniõde 3, keskmise raskusega haigete osakonnas 20...25, paranevate, iseteenindavate haigete osakonnas 40...60 haiget. Seejuures ei rühmitata patsiente üheski osakonnas haiguse nimetuse järgi. Põetamise sellist organisatsiooni peetakse otstarbekaks nii personali kokkuvõtte, ravi kvaliteedi kui ka majandusliku efekti seisukohalt. Näib, et voodikohtade profileerimise selle printsiibiga tuleks lähemalt tutvuda. Võib-olla tasuks meilgi seda katsetada.

Väino Rätsep. On selge, et väikeste jaoskonnahaiglate aeg on möödas. Otstarbekohane oleks neist suuremaid mitte likvideerida, vaid, nagu juttu oli, kasutada neid profileeritud rehabilitatsiooni ehk järeldravi asutustena. Sinna kuuluks ka hooldusravi onkoloogilisi haigusi põdevatele isikutele. Seejuures peaksid need haiglad asuma suhteliselt lähedal keskustele, kes haigeid sinna suunavad.

Edasi: vanemate inimeste arv meie vabariigis suureneb pidevalt. Neil esineb n.ö. krooniline ealine patoloogia. Kas ei oleks juba aeg mõelda geriaatriahaiglate asutamisele? Ning kas ka neid ei saaks organiseerida suuremate jaoskonnahaiglate baasil?

Kaks südamekirurgia keskust vabariigis oleks kahtlemata luksus. Tallinnas õigustaks end selline keskus tõenäoliselt ainult diagnoosiva asutusena, sest Tartus on kirurgiline ravi enam välja arendatud ja tegemist on õppebaasiga. Kuid kas ka kunstliku neeru keskuse avamine Tallinnas oleks pillamine? Minu arvates mitte, sest see võiks mõnegi töövõimelise inimese päästa eluohtlike seisundite (näiteks traumad, mürgistused) puhul.

Tõenäoliselt oleks otstarbekas Tallinnas kõik jõud koondada üheainsa tugeva, kaasaja teaduse tasemel seisva reanimatsioonikeskuse loomiseks ja mitte neid killustada.

Seda, kui vajalik oleks spetsialiseeritud abi andmist alustada juba polikliinikus, näitab fakt, et ümmarguselt 43% vabariigis avastatud esmastest maovähi juhtudest on juba neljandas staadiumis. Polikliinikute gastroenteroloogia-kabinettidel on selle protsendi alandamisel täita suur osa — kasvajaheelsete haigusprotsesside ja kasvajate varajane avastamine ning kasvajakahklaste haigete suunamine eri raviasutustesse.

Ka spetsialiseeritud pulmonoloogilise abi alal oleks aeg astuda esimene, otsustav samm, nagu see mõne aja eest toimus gastroenteroloogia alal. Vastavad keskused võiks väga hästi välja arendada Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla baasil. Tuleb igati tervitada, et Hiiul, Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris avati juba diagnostiline pulmonoloogiaosakond.

Näib, et meditsiiniõdede tööle rakendamine ei ole meil veel optimaalne. Viga saab alguse vist nende ettevalmistusest, võib-olla isegi õppekavadest, sest silma torkab teadmiste mõningane ühekülgsus. Mujal on õdede koolid suurte haiglate baasil, mis ilmselt annab häid tulemusi. Vanem-meditsiiniõde Rüütli, kas ka meditsiiniõed ei peaks spetsialiseeruma?

Hilja Rüütli. Esmajärjekorras peaksime püüdma saavutada seda, et meditsiiniõdedel oleks keskharidus.

Kui suudaksime tõsta lugupidamist meditsiiniõde elukutse vastu, siis muutuks see kutse, mida keegi enam omandada ei taha, tunduvalt meeldivamaks. Praegu ei ole meditsiiniõdedel elanike silmis enam küllaldaselt autoriteeti. Võib-olla ei oleks arstidel sanitaarharidustöö korras niipalju vaja haigustest kõnelda, kui seda tehakse praegu. Vahel võiks mõne sõnaga puudutada ka meditsiiniõde tööd, et elanike teadmisi selleski suunas avardada. On otse uskumatu, milliseid solvamisi haigete ja nende sugulaste poolt meditsiiniõdedel mõnikord taluda tuleb.

Haldja Käari. Võib-olla jääb autoriteedist puudu siis, kui meditsiiniõde ei ole küllaldaselt kvalifitseeritud.

Väino Rätsep. Kas ei oleks aeg meditsiiniõdeametit vastavalt tööpostile ja staazile diferentseerida? Praegu on ainult meditsiiniõde ja vanem-meditsiiniõde nimetused, kui inimesel aga on olemas terve teenistusredel ja -astmed, mille poole püüda, siis võiks seegi vahest midagi juurde anda.

Harry Raaga. On tervitatav, et Rõngu haigla reorganiseeritakse Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna spinaalsete haigete järelravi allosakonnaks, tingimusel, et filiaalil säiliks küllaldane kontakt tsentraalhaiglagaga. Jääb ainult soovida, et samasugusel viisil lahendataks traumatoloogilist abi vajavate haigete järelravi. Sest miks peaksid nad kogu raviaja tsentraalhaiglas lamama? Muidugi peaks filiaalis erilist tähelepanu pöörama ravikehaskultuurile. Ma ei tea, kuidas on lood ravikehaskultuuriga Tallinnas, kuid Tartus jätab see igatahes palju soovida,

kuigi just TRÜ Arstiteaduskond valmistab ette spordiarste.

Diskuteerimist vajaks küsimus, kuhu paigutada kroonilisi haigusi põdevad isikud. Väikesed, kuni 10 voodikohaga jaoskonnahaiglad nendele minu arvates ei sobi. Noor spetsialist katsub säärasest kohast nii ruttu kui võimalik ära tulla või ta dequalifitseerub. Võib-olla oleks õige igas rajoonis asutada üks suurem krooniliste haigete haigla või profülaktoorium.

Töö otstarbekaks korraldamiseks tuleb soovitada intensiivravipalateid, mis nii paljudes haiglates veel puuduvad. Need kergendavad personali tööd. Koos sellega kerkib küsimus palgast, mis intensiivravipalatis peaks olema kõrgem. Kuidas meditsiiniõdede tööd üldse majanduslikult stimuleerida? Kuidagi peaks see olema lahendatav. Näiteks Läti NSV ühes rajoonihaiglas on leitud võimalus meditsiiniõdesid hea töö eest premeerida.

Kolleeg Sikk tõstas voodikohtade profiileerimise küsimuse ravi intensiivsuse alusel. Võib-olla oleks sellele süsteemile raske kohe üle minna, kuid fakt on see, et osa voodikohti on praegu üle-ja osa alakoormatud. Soojalt tuleb tervitada M. Siku tööd spetsialiseeritud voodikohtade vajaduse määramisel.

Mis tsentraalsesse sterilisatsiooni puutub, siis on see küsimus äärmiselt aktuaalne, kuid väga raskesti lahendatav: puudub materiaalne baas. Sterilisatsiooni tsentraliseerimiseks peaks näiteks Tartu Vabariiklikul Haiglal olema üle 1800 süstla.

Tartlasena võitlen selle eest, et südamekirurgia keskus jääks Tartusse, kuid diagnostiline suund peab arenema ka Tallinnas.

Polikliinikute töö kvaliteeti tuleb tingimata tõsta. Et statsionaaris kõiki laboratoorseid uuringuid otsast peale alustatakse, sõltub just sellest, et polikliinikut ei saa iga kord usaldada.

Väga olulised on profülaktilised fluoroograafilised uuringud, mis kopsutuumoreid võimaldavad avastada varajases staadiumis. Sellistel juhtudel annab kirurgiline ravi häid tulemusi. Isiklikele kogemustele toetudes võin öelda, et on küllalt juhte, kus pärast operatsiooni ei ole 7...8 aasta jooksul retsidiive tekkinud.

Hilja Rüütli. Meie meditsiinkoolid peaksid õpilaste vastuvõtu tingimusi muutama. On kujutlematu, et osa meditsiiniõdesid võiks edaspidigi keskhariduseta jääda. Tuleb ju haigele läheneda võimalikult tema enda tasemel. Võib-olla tuleks meditsiiniõde õppekavva võtta koguni üks võõrkeel, samuti eesti keel. Tulevastes meditsiiniõdedes oleks tingimata vaja äratada huvi kirjanduse vastu.

Meditsiiniõde töö statsionaaris koosneb mõnikord ainult manipulatsioonidest, see ei ole veel põetamine. Põetamise alal ei ole õpetamine koolides küllaldane. Õigeks põetamiseks oleks kõige rohkem muidugi vaja seda, et õpilasi saaks meditsiiniõde vastu võtta valiku alusel.

Ei ole vist palju elukutseid, mille puhul teenistusredeli või kategooriate kehtestamine tulemusi ei annaks. Järelikult, miks mitte proovida! Kuid sellest üksi on vähe. Neilt, kes

leiavad, et meditsiiniõe palk polegi veel suhteliselt liiga madal, tuleb küsida: kas on loomulik, et inimene kogu eluaja peab töötama 1½- ametikohal?

Tahaksin arstidele veel kord südamele panna, et nad sanitaarharidustöö korras alustaksid ulatuslikku elanikkonna kasvatamist statsioonariga suhtlemiseks. Sellelki pinnalt leiaksime ajareserve. Näiteks kulutavad palju tööaega haigete sugulased, kes statsioonari tulevad igal kellaajal, mil külastusi ei ole ette nähtud. Tihti saabuvad nad juba kell 5 või 6 hommikul ja nii kestab see öötundideni. Ettekäanded on harilikult ikka ühed ja samad: «ma tulen merelt», «ma lähen merele» või «ma lähen tööle». Tahame päris tõsiselt uurimisele võtta, kui palju aega niisuguste tülitajate peale tuleb raisata.

Meditsiiniõdede töötingimusi saaks oluliselt parandada otstarbekate põetusvahendite abil. Selleks ootame Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuselt abi.

Niin Ajasta. Raske asi, isegi selle lihtsa stoppsignaali plekk-ketta tegemine, mille maal hiljuti tarvitusele võtsime, nõudis palju aega. Seegi algatus õnnestus ainult tänu ajakirjanduse abile.

Maria Landau. 64 meie meditsiiniõest ütles 11, et kui neil tuleks uuesti alustada, siis nad seda elukutset enam ei valiks. Suurem osa neist oli üle 10 aastase staažiga. Küsimusele, kas loete ilukirjandust, vastas enamik, et neil ei jätku aega isegi erialakirjanduse jaoks.

Hans Roots. Kõigest, millest täna räägitud, jääb mulje, et nii mõndagi saab veel ära teha ilma uute materiaalsete kulutusteta.

Laboratooriumitöötajate kvalifikatsiooni tuleks tõsta, mis ei tohiks valmistada ületamatuid raskusi, sest seda saaks teha kohaliku baasil.

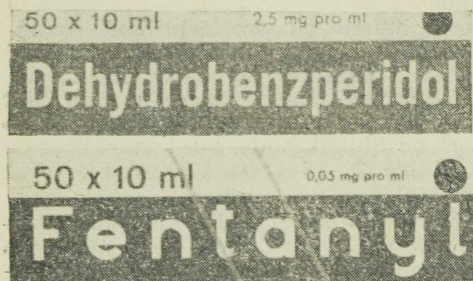
Mis vanadesse inimestesse puutub, siis tahaksin eriti rõhutada, et ka nemad vajavad ravi. Niisiis on neil tarvis mitte üksnes profülaktooriumi, vaid viimast koos raviga.

Tsentraliseeritud steriliseerimine on midugi suur samm edasi. Kas ei oleks siiski aeg hakata selle poole püüdma, et enamik süstelahuseid pakitaks koos ühekordseks kasutamiseks mõeldud nõelaga?

Oku Tamm. Minu arvates kujunes tänane arutelu küllalt viljakaks. Sm. Ajasta andis juba sissejuhatavas sõnavõtus olukorrast ülevaatliku pildi, teised täiendasid seda vägagi asjalike märkustega. Õige küsimuse tõstas sm. Sikk — puudub vabariigi voodifondi spetsialiseerimise perspektiivplaan. See tuleb tingimata koostada.

Tänase klubiistung kokkukutsumisel ei lootnudki me kohe kes teab kui palju konkreetseid ettepanekuid. Siht oli mõtted liikuma panna. Tänase koosolekuga ei lõpeta me mõttevahetust veel ära. Palume kõiki, kel sel teemal veel midagi öelda on, oma mõtted üles märkida ja toimetusele avaldamiseks saata.

Uusi ravimeid



DEHÜDROBENSPERIDOOOL (*Dehydrobenzperidol*, Дегидробензперидол). Sünonüüme: *Droleptan*, *Droperidol*, *Inapsin*.

Dehüdrobensperidool on kiire togeva ja lühiajalise toimega neuroleptikum. Preparaadil on ka antiemeetiline ja šokivastane toime ning analeptiline toime hingamiskeskusesse. Kõik nimetatud omadused võimaldavad dehüdrobensperidooli kasutada neuroleptilise vahendina narkoosi puhul — tagatud on motoorse aktiivsuse vähenemine, psüühiline ükskõiksus ja neurovegetatiivne stabiilsus.

Optimaalse neuroleptikumanalgeesia võib saavutada dehüdrobensperidooli manustamisel koos fentanüüluga.

Dehüdrobensperidool on näidustatud iga-suguste operatsioonide ning eriti raskete ja kaua aega kestvate operatsioonide puhul, olenemata haige east ja üldseisundist.

Preparaadi doseerimine on rangelt individuaalne. Dilämmastikoksiidi- ja hapnikuinhalsiooni korral süstitakse dehüdrobensperidooli veeni, kusjuures algannus on tavaliselt 0,5 mg kehakaalu ühe kg kohta, operatsiooni vältel aga manustatakse iga 30 minuti järel 1/5 algannusest.

Dehüdrobensperidooli kasutamise ajal võivad tekkida vähesed ekstrapüramidaalsed häired, mis on kergesti kõrvaldatavad parkinsonismivastaste ravimitega.

Preparaati lastakse välja pudelikestes à 10 ml, kusjuures 1 ml lahuses on 2,5 mg dehüdrobensperidooli. Dehüdrobensperidooli toodab Belgia firma «Janssen Pharmaceutica».

FENTANÜÜL (*Fentanyl*, Фентанил). Sünonüüme: *Fentanest*, *Fentanylcitrat*, *Sublimazine*.

Fentanüül on neuroleptikumanalgeesia kasutatav kiire ja togeva toimega analgeetikum. Veeni süstimisel saavutatakse valuväigistav toime otsekohe. Maksimaalne toimeefekt, mis morfiini toimeefektist on 100 korda tugevam, saabub 2... 3 minuti pärast ja kestab umbes pool tundi.

Kroonika

Fentanüül pärsib hingamiskeskust nõrgalt. Preparaat on parim valuvaigistav vahend narkoosi ajal ja tagab efektiivse analgeesia kogu operatsiooni vältel. Kasutatakse koos dehüdrobensperidooliga — nii saavutatakse optimaalne neuroleptikumanalgeesia.

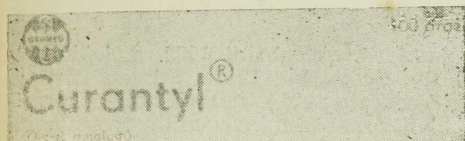
Fentanüül, nagu dehüdrobensperidooligi, võib kasutada igasuguste operatsioonide ajal.

Doseerimine on individuaalne. Tavaliselt on fentanüüli algannus dilämmastikoksiidi- ja hapnikuinhalsiooni korral 0,01 mg kehakaalu ühe kg kohta, kusjuures operatsiooni vältel süstitakse veeni iga 30 minuti järel $\frac{1}{5}$ algannusest.

Fentanüül võib esile kutsuda kõrvalnähte hingamispeetuse, hüpotoonia, bradükardia ja bronhospasmide näol, mis on kõrvaldatavad antidootidega (nalorfiin, atropiin).

Fentanüül kuulub A-nimekirja.

Preparaati lastakse välja pudelikestes à 10 ml (1 ml sisaldab 0,05 mg fentanüüli). Fentanüüli toodab Belgia firma «Janssen Pharmaceutica». Sama firma toodab ka dehüdrobensperidooli ja fentanüüli kombineeritud preparaati talamonaali (*Thalamonal*, Таламонал).



KURANTÜÜL (*Curantyl*, Курантил). Sünonüüme: *Agacore*, *Apricor*, *Cardioflux*, *Coribon*, *Corosan*, *Coroxin*, *Dilcor*, *Dipyridamol*, *Novodil*, *Padicor*, *Permazin*, *Persantin*, *Royalcor*, *Stenocardil*, *Stenopir*, *Stimolcardio*, *Tranccocard*.

Kurantüül laiendab selektiivselt koronaarveresooni, intensiivistab koronaarvereringet, parandades südamelihase varustamist hapnikuga. Samal ajal suureneb südame töövoime. Soolte ja bronhide silelihastesse toimib kurantüül kui spasmolüütikum.

Terapeutilised annused vererõhku ega südame löögisagedust eriti ei mõjuta. Preparaati talutakse hästi.

Näidustusteks on akuutne ja krooniline koronaarinsuffitsientsus, müokardi-infarkti eel- ja järelseisundid, ägedad valud müokardi-infarkti ning stenokardiahoogude puhul.

Ravi algul määratakse 2 dražeed 3 korda päevas. Kui ilmnevad paranemise tunnused, siis üks dražee 3...4 korda päevas. Kurantüüli võetakse tühja kõhuga või vähemalt tund enne söömist. Rasketel haigusjuhtudel süstitakse veeni või lihasesse 1 ampull 3 korda päevas, stenokardiahoogude ja müokardi-infarkti juhtudel aga veeni 1 ampull päevas.

Müokardi-infarkti korral võib kurantüüli süstida alles pärast kollapsinähtude kadumist.

Preparaati lastakse välja dražeedena (pakendis 0,25 g × 30) ja ampullidena (sisaldab 10 mg) pakendis 2 ml × 5. Kurantüüli tootjaks on Saksa DV Dresdeni farmaatsiatehas.

Helga Kangro

11. detsembril 1968. aastal toimus Kohtla-Järvel Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegiumi ja Kohtla-Järve Linna TSN Täitevkomitee ühine istung, kus arutati linnaelanike meditsiinilist teenindamist, tervendavate ürituste rakendamist ja tööstustöölise meditsiinilist eelisteendamist.

Ühises otsuses kohustati Kohtla-Järve TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat V. Roosi aastail 1969...1970 suurendama ambulatoorse ja polikliinilise asutuste koosseise, et likvideerida järjekorrad ja normaliseerida arstide koormused; välja töötama terapeutilise profiiliga voodikohtade profileerimise ja tööstustöölise meditsiinilise teenindamise abinõude plaan aastaiks 1969...1970; parandama kiirabi tööd.

Kohtla-Järve tervishoiuvõrgu arstikohtade komplekteerimise parandamiseks otsustati 1969. aastal sinna tööle suunata 18 arsti.

Pöörduti palvega Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Riikliku Plaanikomitee poole võtta plaani 1. linnahaigla juurdeehitus aastail 1969...1970, milleks NSV Liidu Sisetööstuse Ministeriumilt taotleda ressursse eraldamist.

Otsuses nähti ette, et noortele spetsialistidele antaks elamispiind.

Niin Ajasta

26. detsembril 1968. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegiumil: 1) tööseadusandluse eeskirjade täitmist Paide ja Tartu rajooni tervishoiuasutustes (arutelu toimus koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga); 2) nakkushaiguste vastu võitlemist Valga ja Rakvere rajoonis; 3) vanema astme kooliõpilaste meditsiinilist teenindamist ja 4) tervise rahvaulikoolide töö parandamist.

1. Paide ja Tartu rajooni peaarste kohustati kõrvaldama käskkirjade ja tööraamatute vormistamisel ettetulevad puudused, tagama töötajate tööpäeva õige planeerimine ning seaduspärase töö- ja puhkusegraafikute koostamine. Tööseadusandluse paremaks tundmaõppimiseks nähakse ette korraldada erialaseminare tervishoiuorganisatoritele.

2. Valga ja Rakvere rajooni peaarste (P. Rahu ja P. Ott) kohustati rangemalt kontrollima (vähemalt kord kuus) sanitaar-epidemioloogilisest režiimist kinnipidamist lasteasutustes; parandama nakkushaiguste diagnoosimist, milleks tuleb laialdasemalt rakendada laboratoorseid uurimismeetodeid; täpsustama kaitsesüstimestele kuuluvate elanikerühmade koosseisu ja rohkem tähelepanu pöörama rajooni sanitaarse olukorra parandamisele.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi spetsialistid (A. Vares, M. Martson, N. Elšteim ja V. Tapupere) peavad rajooni rohkem abistama nakkushaiguste vastu võitlemisel (eriti Rakvere rajooni).

Rakvere rajooni peaarsti P. Otti tähelepanu juhiti tema vähesele nõudlikkusele epideemiavastaste abinõude rakendamisel.

3. Kolleegium kiitis heaks IX, X ja XI klassi õpilaste katselise meditsiinilise teenindamise kogemused Tallinna noorukite-kabinetides ja nõudis selle töö edasist parandamist.

4. Linnade tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonide peaarste kohustati kaasa aitama õppetöö kvaliteedi tõstmisele. Tallinna linna tervishoiuosakonna juhataja, Põlva, Rakvere ja Valga rajooni peaarstid aga peavad laiendama rahvaulikoolide võrku.

Kolleegium kinnitas V. I. Lenini 100. sünni-aastapäevale pühendatud ürituste plaani, meditsiinitöötajate aktiivi nõupidamisel esitatud ettepanekute realiseerimise plaani, samuti ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» temaatiliste numbrite plaani 1969. aastal.

Madis Saar

NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni otsusega anti 12. detsembril 1968. a. professorikutse Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktorile arstiteaduse doktor Arnold Eduardi p. Jannusele.

Hendrik Pibi

3. jaanuaril 1969. a. andis NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktorile arstiteaduse doktor Valdur Andrei p. Kungile professori teadusliku kutse patoloogilise anatoomia erialal.

Hubert Kabn

Järjekordne maajaoskonnaarstide täienduskursus toimus Tartus TRÜ Arstiteaduskonna arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateedri juures 16. IX kuni 16. XII 1968. a. Kursusest, mis erialade kaupa oli jaotatud tsüklikeks, võttis osa 13 jaoskonnaarsti.

Kõige kauem kestis sisehaiguste tsükkel, mille vältel käsitleti jaoskonnaarsti töös sageli kohatavate haiguste (reuma, infektsioosne artriit, krooniline koletsüstiit, pankreatiit, gastriit, mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavand, hepatiit, maksatsirroos, kopsupõletikud, astma, südame rütmihäired, kardiovaskulaarne insufitsientsus, aneemiad, leukoosid) etioloogiat, patogeneesi, diagnoosimist ja ravi.

Pikem oli ka lastehaiguste tsükkel. Tutvuti vältimatu abiga, laste defektiivsuse ja defektiivsete laste rehabiliteerimise küsimustega, laste suremuse põhjuste ning nende vastu võitlemise abinõudega Tartus ja vabariigis üldse. Kõne all olid ka gastriidi, maksa- ja sapiteede põletike, neeruhaiguste, rahhiidi, aneemia, respiratoorsete viirusnakkuste, südamerikete diagnoosimine ja ravi.

Günekoloogia tsükklis käsitleti «ägeda kõhu» diferentsiaaldiagnoosimist, verejookse, kliimaksit, krooniliste adneksiitide ravi, raseduse patoloogiat, günekoloogilisi haigusi põdevate haigete dispansseerimist ja teisi teemasid.

Väga huvitav oli professor H. Vahteri naha- ja suguhaiguste praktikum, mille vältel demonstreeriti rohkesti haigeid ning tutvustati uusimaid diagnoosimisvõtteid. Sellele järgnes sisukas loeng.

Professor J. Saarma käsitles oma ettekandes skisofreenia ja maniakaal-depressiivse psühhoosi varajast diagnoosimist.

Sisutihe oli ka kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kahepäevane loengute sari. Professor E. Siirde rääkis tonsillaarprobleemist ja vähi diferentsiaaldiagnoosimisest, dotsent E. Sibul aga allergiliste haiguste osatähtsusest otorinolarüngoloogias.

Neuröloogia alal olid põhjalikud ettekanded professor E. Raudamilt ja teistelt õppejõududelt demüeliniseerivatest haigustest, kaela magistraalarterite patoloogilistest protsessidest, neuroinfektsioonidest ja komatoosetest seisunditest, nende diferentsiaaldiagnoosimisest ja ravist.

Suurimat tänu väärivad TRÜ Arstiteaduskonna kateedrite õppejõud ja Tartu haiglate arstid, kes esitasid uusimaid andmeid maaarstile kõige enam raskusi tekitavate haiguste kohta.

Täienduskursus oli väga hästi korraldatud ning jaoskonnaarstidele kasulik ja vajalik. Tahaksime loota, et niisuguste kursuste korraldamine jätkub ka edaspidi.

*Tiiu Määrsepp
Mart Lintsi*

14. kuni 24. oktoobrini 1968. a. leidis Bakuus aset Nõukogude Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi Täitevkomitee korraldatud üleliiduline seminar, mille teemaks oli hügieenialane õppe- ja kasvatustöö koolinoorte hulgas.

Osa võtsid Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi keskkomiteede esindajad, haridusministeeriumide ning -osakondade töötajad, kes kuuluvad Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi koolisektsioonidesse.

Kümne päeva jooksul oli võimalus kuulata Aserbaidžaani NSV mitmete ametkondade esindajate ettekandeid. Nii olid kohal tervishoiu ministeeriumi, haridusministeeriumi, ALKNÜ Keskkomitee, tsiviilkaitse staabi, ALMAVÜ päästeteenistuse, autoinspektsiooni, laste turismijaama ja teiste asutuste esindajad. Seminarist osavõtjad külastasid mitmeid Bakuu, Kirovabadi, Hanlari ja Kubani rajooni koole.

Aserbaidžaani NSV-s teevad tervishoiualast õppe- ja kasvatustööd peamiselt õpetajad ning koolide meditsiinitöötajad. Erilist tähelepanu pööratakse tsiviilkaitse, liikluseeskirjade ning õppeprogrammis ettenähtud tervishoiualaste teadmiste õpetamisele üldhariduslikes koolides.

Kogemuste vahetamise korras andsid seminarist osavõtjad ülevaate Vene NFSV-s ja teistes liiduvabariikides toimuvatest huvipakkuvamatest sanitaarharidustöö üritustest.

Sirje Propst

16. kuni 20. detsembrini 1968. a. toimus Moskvas Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudis epidemioloogiakateedrite ja teadusliku uurimise instituutide epidemioloogiaosakondade juhatajate seminar.

Seminaril avapäeval kõneles professor J. Jolkin epidemioloogia arengu põhisuun-

dadest. Ta on seisukohal, et epidemioloogia on sotsiaalse olemusega distsipliin, mille vaatlusobjektiks on epideemiaprotsess.

Professor I. B e z d e n e ž n õ h h juhtis tähelepanu patogeensete mikroorganismide kohanemisvõimele ning muutumisele nendele ebasoodsates tingimustes. Esineja rõhutas ribonukleiinhapete avastamise tähtsust mikrobioloogias ja viitas nakatamisvõimalustele ainuüksi DNH- ja RNH-kompleksiga. Ühtlasi väitis ta, et efektiivseid vaktsiine pole tänapäeval võimalik valmistada ilma mikroorganismide geneetikast tundmata.

Epidemioloogia Keskinstituudi statistikaosakonna juhataja B. T e p l j a k o v andis ülevaate tänapäeva informatsiooniviisidest. Nii on mõnes meie oblastis ja linnas rakendatud teletaipe nakkushaigustealaste andmete edasiandmiseks. Samuti on koostatud epidemioloogilise uurimise eksperimentaalne kaart, mille andmed hiljem arvutuskeskuses läbi töötatakse. See säästab aega ning võimaldab saada ammendavaid andmeid nakkushaiguste leviku seaduspärasustest, milleta nakkushaiguste efektiivne tõrje ei ole mõeldav.

Probleemkomisjoni esimees A. S u m a r o k o v kõneles teadusliku uurimistöö planeerimise ja koordineerimise parandamise abinõudest.

Tutvuti Moskva I Meditsiiniinstituudi epidemioloogiakateedris üliõpilastele korraldatavate loengute ja praktikumidega.

Seminarist võtsid osa ka professor L. G r o m a š e v s k i ja NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja peasanitaararst P. B u r g a s s o v .

Hendrik Pibi

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ratsionaalse toitumise probleemi teaduslik nõukogu pidas 1968. aasta viimase koosoleku 27. detsembril kohvikus «Tuljak». Koosolekust võtsid osa nõukogu esimees tervishoiu ministri asetäitja O. T a m m , nõukogu esimehe asetäitja toiduainete tööstuse ministri asetäitja E. M a u r e r , nõukogu teaduslik sekretär farmaatsiakandidaat E. V a g a n e , nõukogu liikmed kaubandusministri asetäitja B. H o m m i k , EPA füsioloogia- ja zoohügieenikateedri juhataja professor E. R i d a l a , Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumi Köögi- ja Puuvilja Valitsuse juhataja asetäitja G. R o o s v e e , TRÜ kaubatundmise kateedri juhataja dotsent E. R a n n a k , TPI orgaanilise keemia kateedri juhataja, professori kt. K. K a s k , Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogia Valitsuse inspektor G. K u l k i n a ja Eesti NSV TA Zooloogia ja Botaanika Instituudi teaduslik töötaja A. K i r s i p u u . Kuulati kaks ettekannet.

G. R o o s v e e rääkis puuvilja ja marjade kasvatamisest Eesti NSV-s. Ühe elaniku kohta tarvitatakse meil 40...50 kg puuvilja ja marju aastas (NSV Liidus 1951. a. norm 84,7 kg). On kavatsusel toodangut tõsta 120 000 tonnini aastas, nii et iga elaniku kohta tuleks ligikaudu 100 kg puuvilja ja marju. Õuntest kasvatatakse meil peamiselt suvi- ja sügisõunu, suur puudus on talisortidest. Seepärast kavatakse rajada uusi aiandeid mitmes

sovhoosis ja kolhoosis. Peamised puuvilja kasvatavad majandid, kes tootmist samuti laiendavad, asuvad Lõuna-Eestis. Seni on meil taliõuntest kasvatatud peamiselt «Antoonovkat», kuid selle sordi õunad ei säili kevadeni. Seepärast hakatakse erilist tähelepanu pöörama teiste kodumaiste õunasortide kasvatamisele, mis säilivad juunikuuni («Põltsamaa taliõun», «Paide taliõun», «Tellissaare taliõun»). Et rahuldada elanike vajadusi õunte järele kogu aasta jooksul, peetakse soovitatavaks meie aiandites kasvatada 80% tali-, 15% sügis- ja 5% suviõunu.

Sõnavõtjad mainisid, et puudus on ka mets- ja aedmarjadest. Konservitehased ei saa marju piisavas koguses ega täida soodetu hoidiste valmistamise plaani. Maaparandustöödest on tähtsal kohal soode kuivatamine, mille tõttu jõhvikate, pohlade jt. marjade saak tunduvalt väheneb. Tööjõu vähesuse tõttu aga jääb palju olemasolevatest metsmarjadest korjamata. Põllumajanduse Ministeeriumile soovitati teha ettepanek mõnede metsmarjade kultiveerimiseks aiandites, nagu seda välismaal tehakse.

Nõukogu teaduslik sekretär E. V a g a n e andis ülevaate toitumiselase teadusliku uurimistöö suundadest ja mõnedest meditsiini-probleemidest Eesti NSV-s. Tutvustades aastail 1965...1968 ilmunud populaarteaduslikku tootlustusalast kirjandust, mainis ta, et mõnesse raamatusse on sattunud eksitavaid vigu (H. Pastak, Toit — tervise varaait. Tln., 1967, 384 lk.).

Nõukogu esimees O. T a m m kõneles 1968. a. tehtud tööst ja rõhutas, et kõik plaanis ettenähtud ülesanded on täidetud. Seejärel tutvustas ta koosolijaid 1969. aasta plaaniga.

1969. aasta I kvartalis külastatakse Saue köögivilja-näidissovhoosi, et näha, kuidas on lood varajase köögivilja kasvatamisega. Samas arutatakse ka pestitsiidide kasutamist. II kvartalis sõidetakse Tartu Õlletehasesse, kus tutvutakse karastusjookide valmistamise ja Eesti NSV mineraalvetega. III kvartalis võetakse vaatluse alla Pärnu Lihakombinaadi töö. IV kvartalis on ette nähtud reid Tallinna kalakulinaariatsehhi, et tutvuda Atlandi kalast valmistatud toitudega.

Jaan Ots

Võru rajoonis on häid saavutusi tuberkuloositõrje alal. Koostöös rajooni meditsiinitöötajate, ühiskondliku aktiivi ja partei ning nõukogude organitega on Võru Rajooni Tuberkuloosidispanser saavutanud märkimisväärset edu tuberkuloosi haigestumuse ja suremuse vähendamisel. Hästi on korraldatud elanikkonna massiline uurimine, vaktsineerimine ja revaktsineerimine ning muud profülaktikaüritused. Andmed rajooni elanike kohta on kantud perfokaartidele, mis hõlbustab arvestust läbivaatustel. Igal aastal on üha rohkem elanikke uuritud fluorograafiliselt. 1967. a. uuriti 60% rajooni elanikest profülaktilistel läbivaatustel, seejuures Võrus 75%, mõnes arstijaoskonnas isegi kuni 90%.

Edukast tuberkuloositõrjest rajoonis annavad tunnistust tuberkuloosi epidemioloogilised näitajad. Nii on haigestumine kõigisse tuber-

kuloosivormidesse viimase viie aasta jooksul vähenenud ligikaudu kolm korda. Tegelikult on likvideeritud laste haigestumine tuberkuloosi. Samal ajavahemikul on tuberkuloosihaigete arv ja suremus vähenenud umbes kaks korda.

Hea on Võru Rajooni Tuberkuloosidispanseri (peaarst E. Kongo) ja Võru Rajooni Keskhaigla (peaarst H. Kalda) koostöö tuberkuloositõrje alal. Võru Rajooni Tuberkuloosidispanser on eesrindlike kogemuste kool.

Häid tulemusi on saavutanud ftisiaater A. Ollino, Võru Rajooni Tuberkuloosidispanseri vanem-meditsiiniõde V. Kurme, statsionaari vanem-meditsiiniõde M. Treial, bakterioloogialaboratooriumi laborant V. Lepik, Võru Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog A. Raas ja Antsla Linnahaigla pediaater L. Martin.

Arvestades tuberkuloositõrje edusamme, määrati NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga möödunud aasta lõpul kõigile eespool mainitud meditsiinitöötajatele rahaline preemia.

Eino Kato

Farmatseutide ja töötasu osas nendega võrdsustatud isikute kvalifikatsiooni tõstmine toimub arstide täiendamise instituutides, kõrgemates meditsiini ja farmaatsia õppeasutustes ning teadusliku uurimise instituutides organiseeritud farmatseutide täiendusteaduskondades ja -kursustel, samuti farmatseutide täienduskursustel meditsiini ja farmaatsia alastes kesk-eriõppeasutustes ning suurtes tervishoiuasutustes.

Nimetatud instituutidesse, teaduskondadesse või kursustele lähetatavatel töötajatel säilitatakse töötasu põhitöökohal. Kõrgema haridusega farmatseutidele ja töötasu osas nendega võrdsustatud isikutele makstakse stipendiumi 30 rubla kuus, kusjuures stipendiumi ja töötasu summa kuus ei tohi ületada 130 rubla. Kesk-eriharidusega farmatseutidele ja töötasu osas nendega võrdsustatud isikutele makstakse stipendiumi 15 rubla kuus sel juhul, kui nende töötasu ei ületa 100 rubla kuus.

Lähetatavatel asutustel tuleb stipendium koos kuutöötasuga asutuse kulul saata sellesse õppeasutusse, kuhu isik on suunatud kvalifikatsiooni tõstmaks.

Nendele isikutele, kes kvalifikatsiooni tõstma või eksameid sooritama on saanud teistest linnadest, annavad õppetööd korraldavad õppeasutused või asutused tasuta elamispinna ühiselamus.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse järgi, mis on välja antud käesoleva aasta jaanuaris, lubatakse aastail 1969...1973 meditsiinitöötajatel, farmatseutidel ja pedagoogidel põhitöö kõrval töötada ka koosseisulise kohtakaasluse alusel.

Teise määruse alusel, mille Eesti NSV Ministrite Nõukogu andis välja samuti käesoleva aasta algul, pikendati töötavatele pen-

sionäridele vanaduspensioni väljamaksmise korra kehtivust kuni 1969. aasta lõpuni.

Asta Kalda

Eesti NSV-s korraldatakse 1969. aastal järgmised vabariiklikud konverentsid: juunis ftisiaatrite ja pulmonoloogide konverents Tallinnas, juulis Balti liiduvabariikide vaheline neurokirurgide konverents Tartus, septembris naha- ja suguhaiguste alane konverents Tartus, oktoobris röntgenoloogide ja radioloogide konverents Tallinnas, novembris konverents spordimeditsiini ja raviühakultuuri küsimustes Tallinnas, detsembris hematoloogia ja vereülekande alane konverents Tallinnas.

Lisaks neile on plaanis veel järgmised sümposioonid: septembris teemal «Nakkushaiguste likvideerimise ja vähendamise tähtsad küsimused vabariigis ja nende lahendamise perspektiivid aastail 1969...1975» Tallinnas, oktoobris teemal «Kaasasündinud anomaaliate ja haiguste profülaktika ning ravi» Tartus ja IV kvartalis teemal «Pärgarterite puudulikkus (epidemioloogia, diagnoosimine ja ravi)» Tallinnas.

Artur Talibärm

Tervishoiu Ministeriumi tööplaani järgi korraldatakse 1969. aastal arstide kvalifikatsiooni tõstmiseks 54 seminari (neist 40 Tallinnas, 13 Tartus ja üks Kohtla-Järvel) ning kesk-eriharidusega meditsiinitöötajatele 15 seminari (neist 11 Tallinnas, 3 Tartus ja üks Kingissepas).

Seminare korraldatakse järgmistel erialadel: kirurgia 6; sisehaigused, gastroenteroloogia, nefroloogia 4; onkoloogia 3; sünnitusabi ja günekoloogia 7 seminari. Laste-, kooli- ja pioneerilaagrite arstidele on ette nähtud 5 seminari. Nakkushaiguste diagnoosimise, kutsehaiguste, tööstushügieeni jm. alal korraldatakse infektsionistidele, sanitaararstidele, tsehhhiarstidele, terapeutidele, epidemioloogidele jt. 5 seminari. Kõrva-, nina- ja kurguhaiguste arstidele on ette nähtud 2, silmaarstidele 2, patoloogidele-anatoomidele ja kohtuarstidele 2, stomatoloogidele üks seminar. Tuberkuloosi aktuaalsete küsimuste ja varajase diagnoosimise ning ravi alal peetakse üks ning vaimuhaiguste alal 2 seminari. Peale selle korraldatakse 2 seminari finants- ja majandusküsimustes ning 2 tööseadusandluse alal, 2 aastaaruannete ja statistiliste aastaaruannete koostamise kohta (raamatupidajatele).

Meditsiiniõdedele, laborantidele, velskritele-ämmaemandatele, koolide meditsiiniõdedele, tööstusettevõtete velskripunktide juhatajatele jt. viiakse läbi seminare mitmel erialal, näiteks meditsiiniõdedele-anestesistidele anestesioloogia, polikliinikute günekoloogia-kabinettide velskritele-ämmaemandatele onkoloogia, röntgenilaborantidele lasteröntgenoloogia ning ohutustehnika (töökaitse, kiirituskoormus, uued uurimismeetodid) jm. aladel.

Albert Silber

RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

- Jänes, H. **Saun ja saunaleil.** Tln., 1968, 104 lk.
Küng, V. **Suitsetamine ja haigused.** Tln., 1968, 68 lk.
- Raudsepp, J. **Kirurgia läbi sajandite.** Tln., 1968, 168 lk.
- Видута В. К. **Труженики революции.** (Деятельность полит. ссыльных врачей в Зауралье). Челябинск, 1968, 64 с.
- Календарь врача. [... 1969 г.]. М., 1968, 408 с.
Некоторые философские вопросы естествознания и медицины. Сборник докладов. Кишинев, 1968, 170 с.
- Новак В. Г. **Особенности проявления законов материалистической диалектики в биологии и медицине.** М., 1968, 91 с.
- Основные проблемы передового опыта медицинских учреждений Тернопольской области. Киев, 1968, 247 с.
- Родионова Е. А. **Коммунистическая мораль и профессиональная этика врача.** Волгоград, 1968, 29 с.
- Юлиманов Н. В. **Элементы международной терминологии.** Словарь-справочник. М., 1968, 72 с.
- Махкамов Г. М. и др. **Токсикологическая характеристика хлорофоса и гигиеническая оценка пищевых продуктов.** Ташкент, 1968, 102 с.
- Найденко Н. В. и Соколов М. В. **Производственная санитария и медицинское обслуживание строителей.** М., 1968, 84 с.
- Пастернак А. Е. **Санитарное просвещение на предприятиях текстильной промышленности.** М., 1968, 83 с.
- Черников М. А. **Банно-купальные сооружения.** М., 1968, 191 с.
- Экспертиза трудоспособности при профессиональных заболеваниях. М., 1968, 407 с.
- Современные методы в биохимии (сборник статей). М., 1968, 372 с.
- Практикум по технике лабораторных работ. (Для фельдшерско-лаборантских отделений мед. училищ) 2-е изд. испр. и доп. М., 1968, 247 с.
- Современные методы исследования. Материалы научной конференции. Томск, 1968, 338 с.
- Буянов В. М. **Первая медицинская помощь.** [Учебник для фельдшерско-лаборантских, зуботехн. отделений мед. училищ]. М., 1968, 152 с.
- Памятка по диагностике и оказанию медицинской помощи при некоторых неотложных состояниях. (Для выездных врачей скорой и неотложной помощи). [Изд. 3-е, доп. и переработ.]. М., 1968, 144 с.
- Курортология и физиотерапия. (Сборник статей). Тбилиси, 1968, 468 с.
- Санаторно-курортная терапия. Саратов, 1968, 268 с.
- Антибиотики. Киев, 1968, 152 с.
- Попова Э. Н. **Действие некоторых нейротропных средств на структуры мозга.** Л., 1968, 128 с.
- Токсикологическая оценка летучих веществ, выделяющихся из синтетических материалов. Киев, 1968, 195 с.
- Фармакология. Химиотерапевтические средства. Токсикология. 1966. (Сборник статей). М., 1968, 116 с.
- Вопросы экспериментальной и клинической радиологии. Сборник статей. Киев, 1968, 204 с.
- Каган Е. М. **Рентгенодиагностика заболеваний пищевода.** М., 1968, 227 с.
- Клемпарская Н. Н. и др. **Аллергия и радиация.** М., 1968, 280 с.
- Розенштраух Л. С. и Виннер М. Г. **Рентгенодиагностика плевритов.** М., 1968, 304 с.
- Альдостерон и водно-солевой гомеостаз. Материалы симпозиума. Новосибирск, 1968, 275 с.
- Арьев М. Я. **Сердечная астма.** Изд. 2-е. Л., 1968, 78 с. (Б-ка практ. врача).
- Вопросы кардиологии. (Сборник статей). М., 1968, 216 с.
- Вопросы пульмонологии. Свердловск, 1968, 212 с.
- Всесоюзный съезд терапевтов, 16-й. М., 1968, 214 с.
- Успехи гепатологии. (Сборник статей). Рига, 1968, 640 с.
- Физиология и патология органов пищеварения. Киев, 1968, 195 с.
- Современные аспекты клинической гематологии. [(Сборник статей)]. М., 1968, 437 с.
- Камышева Е. П. **Инсулинорезистентность при сахарном диабете.** М., 1968, 180 с.
- Кахана М. С. **Патофизиология эндокринной системы.** М., 1968, 314 с.
- Безденежных И. С. **Эпидемиология.** (Учебник для мед. училищ). М., 1968, 335 с.
- Вопросы острых инфекционных болезней у детей. Сборник трудов. М., 1968, 173 с.
- Всесоюзная конференция по проблемам безопасности вирусных вакцин и вакцинопрофилактики гриппа, оспы и кори. М., 1968, 85 с.
- Кишечные инфекции. Киев, 1968, 192 с.
- Тихоненко А. С. **Ультраструктура вирусов бактерий.** М., 1968, 168 с.
- Эберт Л. Я. и др. **Профилактика инфекционных заболеваний лекарственными средствами.** Челябинск, 1968, 213 с.
- Николаев Н. И. **Чума.** (Клиника, диагностика, лечение и профилактика). М., 1968, 240 с. (Б-ка практ. врача).
- Актуальные проблемы туберкулеза. (Сборник статей). М., 1968, 248 с.
- Вопросы профилактики, клиники и лечения туберкулеза. (Сборник статей). Волгоград, 1968, 494 с.
- Ефимова А. А. **Специфическая профилактика туберкулеза у детей.** М., 1968, 339 с.
- Актуальные вопросы педиатрической анестезиологии. (Сборник статей). М., 1967, 160 с.
- Боева Е. М. **Очерки по патофизиологии острой закрытой травмы мозга.** М., 1968, 221 с.

- Вопросы травматологии.** Сборник трудов. Куйбышев, 1968, 162 с.
- Галанкин Н. К. Кавальпупмональный анастомоз.** Л., 1968, 183 с.
- Избранные вопросы хирургии и урологии.** Материалы к Октябрьской (1967) науч. конференции Новокузнецкого ин-та усовершенствования врачей. Новокузнецк, 1968, 222 с.
- Корж А. А. и др. Оперативные доступы к грудным и поясничным позвонкам.** М., 1968, 204 с.
- Мешалкин И. Н. Митральная комиссуротомия и ее гемодинамический эффект.** Ташкент, 1968, 186 с.
- Профилактика производственного травматизма. Лечение травм.** Горький, 1968, 239 с.
- Современные проблемы оперативной хирургии.** Т. 1. М., 1968, 168 с.
- Хирургическое лечение неспецифических заболеваний легких.** Труды Первой конф. хирургов. Фрунзе, 1968, 236 с.
- Хромов Б. М. Применение лазеров в хирургии.** Л., 1968, 19 с.
- Червинский А. А. и др. Основы практической реаниматологии.** М., 1968, 231 с. (Б-ка сред. мед. работника).
- Антибластомогенные средства и лекарственная терапия предраковых заболеваний.** Материалы конференции. Алма-Ата, 1968, 211 с.
- Клиника и лечение злокачественных новообразований.** (Сборник статей). Рига, 1968, 287 с.
- Колей Л. А. и Козлова Л. М. Рак матки и шейки матки.** (Библиогр. указатель литературы за 1954—1965 гг.). Кишинев, 1968, 183 с.
- Опухоли опорно-двигательного аппарата.** (Морфология, диагностика, клиника и лечение). М., 1968, 207 с.
- Прогноз злокачественных опухолей.** (Сборник трудов). Л., 1968, 331 с.
- Функциональные исследования в клинической онкологии.** Материалы симпозиума. М., 1968, 256 с.
- Базиян Г. В. и Новгородцев Г. А. Основы научного планирования стоматологической помощи.** М., 1968, 240 с.
- Вопросы офтальмологии.** Новокузнецк, 1968, 214 с.
- Троп Е. Ж. Заболевания зрительного пути.** Изд. 2-е, переработ. и доп. Л., 1968, 551 с.
- Вопросы оториноларингологии детского возраста.** (Сборник статей). М., 1968, 226 с.
- Кунельская В. Я. Отомикозы.** М., 1968, 143 с. (Б-ка практ. врача).
- Методические указания по проведению аутогенной тренировки при логоневрозах.** Л., 1968, 16 с.
- Гуськов В. С. и Мягков И. Ф. Наркомании.** Воронеж, 1968, 21 с.
- Дифференцированная трудовая терапия больных эпилепсией.** Л., 1968, 20 с.
- Нейрорефлекторные и нейрогуморальные взаимоотношения при сосудистой патологии нервной системы.** Гогький, 1968, 213 с.
- Очерки клинической неврологии.** (Сборник трудов). Л., 1968, 235 с.
- Психиатрия.** (Учебник для мед. ин-тов). Изд. 2-е переработ. М., 1968, 448 с.
- Тараканов Е. И. Нейросекреция в норме и патологии.** М., 1968, 219 с.
- Четвериков Н. С. Заболевания вегетативной нервной системы.** М., 1968, 307 с.
- Электронные вычислительные машины в невропатологии.** Тезисы науч. конференции, посвящ. 50-летию Советской власти в БССР. 27—28 июня 1968 г. Минск, 1968, 51 с.
- Актуальные вопросы дерматологии и венерологии.** [Сборник статей]. Омск, 1968, 172 с.
- Ленинградская микологическая конференция, 7-я.** 1968. Материалы седьмой Ленинградской микологической конференции. Л., 1968, 208 с.
- Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин.** Этиология, клиника и лечение. Изд. 3-е переработ. и доп. М., 1968, 455 с.
- Тохаров Б. А. Гоноррея, трихомоноз и другие мочеполовые венерические болезни.** М., 1968, 311 с.
- Грищенко И. И. и Шулепова А. Е. Дородовые исправления неправильных положений и тазовых предлежаний плода.** Киев, 1968, 138 с. (Б-ка практ. врача).
- Новые методы исследования и терапии в акушерстве и гинекологии.** (Сборник статей). Саратов, 1968, 292 с.
- Бисярина В. П. Анатомо-физиологические особенности детского возраста.** [Учебник для отд-ний мед сестер дет. учреждений мед. училищ]. М., 1968, 216 с.
- Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей.** М., 1968, 380 с.
- Коссюра М. Б. Болезни желудка у детей.** М., 1968, 312 с.
- Шастин Н. Р. Принципы питания детей.** М., 1968, 156 с.
- Вишневский А. А. и Шрайбер М. И. Военно-полевая хирургия.** Руководство для врачей и студентов. Изд. 2-е, доп. и испр. М., 1968, 332 с.
- Практика судебнопсихиатрической экспертизы.** Сборник науч. работ. М., 1968, 143 с.

СОДЕРЖАНИЕ

<p>Обращение актива медицинских работников Эстонской ССР 83</p> <p>Совещание актива медицинских работников Эстонской ССР 84</p> <p>А. О. ГОЛЬДБЕРГ — О состоянии медицинской помощи и мерах по улучшению здравоохранения в Эстонской ССР (рез. на рус. яз.) 85</p>		<p style="text-align: center;">В помощь фельдшерам и сестрам</p> <p>Е. А. ОТТЕР — Об эпидемиологии и профилактике вирусного гепатита в Пярну 127</p> <p>Я. А. ТЯТТЕ — О гинекологических осмотрах в фельдшерско-акушерском пункте 130</p> <p>Т. А. РАЯНДУ — О загрязнении рабочей зоны при протравливании семенного зерна 131</p>
<p>Теория и практика</p>		<p>Подготовка кадров</p>
<p>А. И. СЕППО — Топография сопротивляемости верхнего конца бедренной кости и металлический остеосинтез (рез. на рус. яз.) 91</p> <p>Э. Й. РАУДАМ и Э. О. ТЮНДЕР — О возможности хирургического лечения атеросклеротических окклюзионных поражений магистральных артерий шеи (рез. на рус. яз.) 96</p> <p>А. Я. ЛИНКБЕРГ, Л. А. РООСТАР, Э. О. ТЮНДЕР, К. А. ПЫДЕР, Х. Х. ТИККО и К. Ю. КУЛЛЬ — О показаниях к лечению острой окклюзии аорты и магистральных артерий конечностей (рез. на рус. яз.) 99</p> <p>Ю. Э. МЯННИСТЕ и Р. А. КЫРГМА — Хирургическое лечение при хроническом тромбозе и посттромботическом синдроме нижних конечностей (рез. на рус. яз.) 102</p> <p>Х. Д. ЛЫИВ — Новые серологические и биохимические варианты серотипов <i>E. coli</i> O4, <i>E. coli</i> O6 и <i>E. coli</i> O15 (рез. на рус. яз.) 105</p> <p>Э. А. КЫИВ — Связь заболеваний ревматизмом и ангиной с метеорологическими факторами (рез. на рус. яз.) 107</p> <p>В. Х. КИЙК — Карлес зубов у детей дошкольного возраста в Эстонской ССР (рез. на рус. яз.) 110</p>	<p>Л. Ю. КААР — Райот Силла — доктор медицинских наук 132</p> <p>Л. Ю. КААР — Новые кандидаты наук 133</p>	
		<p>Из истории медицины</p>
<p>А. И. СЕППО — Топография сопротивляемости верхнего конца бедренной кости и металлический остеосинтез (рез. на рус. яз.) 91</p> <p>Э. Й. РАУДАМ и Э. О. ТЮНДЕР — О возможности хирургического лечения атеросклеротических окклюзионных поражений магистральных артерий шеи (рез. на рус. яз.) 96</p> <p>А. Я. ЛИНКБЕРГ, Л. А. РООСТАР, Э. О. ТЮНДЕР, К. А. ПЫДЕР, Х. Х. ТИККО и К. Ю. КУЛЛЬ — О показаниях к лечению острой окклюзии аорты и магистральных артерий конечностей (рез. на рус. яз.) 99</p> <p>Ю. Э. МЯННИСТЕ и Р. А. КЫРГМА — Хирургическое лечение при хроническом тромбозе и посттромботическом синдроме нижних конечностей (рез. на рус. яз.) 102</p> <p>Х. Д. ЛЫИВ — Новые серологические и биохимические варианты серотипов <i>E. coli</i> O4, <i>E. coli</i> O6 и <i>E. coli</i> O15 (рез. на рус. яз.) 105</p> <p>Э. А. КЫИВ — Связь заболеваний ревматизмом и ангиной с метеорологическими факторами (рез. на рус. яз.) 107</p> <p>В. Х. КИЙК — Карлес зубов у детей дошкольного возраста в Эстонской ССР (рез. на рус. яз.) 110</p>		<p>Л. Х. ШОТТЕР и В. В. КАЛНИН — Развитие офтальмологии в Тартуском университете (К столетию глазной клиники и кафедры офтальмологии). (Рез. на рус. яз.) 134</p>
		<p>Конференции и совещания</p>
<p>Э. Р. КОРНЕТ — О расстройствах менструального цикла после искусственного аборта (рез. на рус. яз.) 113</p>		<p>Х. О. ПИХЛ и Х. Й. ЛУТСОЯ — Республиканская конференция врачей санитарной и эпидемиологической службы 139</p> <p>В. Х. ВЕССАР и В. В. КАЛНИН — Конференция по истории биологических наук 140</p> <p>Х. А. КУРУЛ — Всесоюзное совещание по вопросам медицинской и медицинско-технической информации 141</p> <p>Р. А. ТРУВЕ — II конференция хирургов Украины 141</p> <p>Ю. Ю. РАУДСЕПП — Первая всесоюзная конференция по вопросам химиотерапии опухолей 142</p> <p>М. О. ЛЫВИ — Всесоюзный съезд стоматологов 142</p> <p>А. Э. ЛУТС — VI Всесоюзный съезд оториноларингологов 143</p> <p>К. П. ВИЛЛАКО — Съезд гастроэнтерологов Болгарской Народной Республики 143</p> <p>И. А. ЛААН — IV симпозиум Польши по вопросам трихомоноза 144</p> <p>Н. А. ВИХМ — 56-я сессия Всемирной Федерации зубных врачей 144</p>
<p>Обзоры</p>		<p>За рубежом</p>
<p>Э. Р. КОРНЕТ — О расстройствах менструального цикла после искусственного аборта (рез. на рус. яз.) 113</p>		<p>В дружественной Германской Демократической Республике 145</p>
<p>Здравоохранение.</p> <p>Научная организация труда</p>		<p>Юбилейные даты</p>
<p>А. В. ШЕВАЛЬЕ и З. В. КРАСНОВА — Организация лечения черепно-мозговых травм в Эстонской ССР (рез. на рус. яз.) 116</p> <p>С. М. БАГДАСАРЬЯН — Отраслевая система информации в здравоохранении 118</p> <p>И. А. ЛААН — Научная медицинская информация в республике (рез. на рус. яз.) 120</p>		<p>50-летие Паула Маллене 147</p>
<p>Обмен опытом и казуистика</p>		<p>В клубе Эскулапа</p>
<p>М. В. ГРИНЕВ и А. С. КОФКИН — Роль мышечной пластики в ликвидации остаточных полостей (рез. на рус. яз.) 122</p> <p>Х. О. КЯЯРИ — О клинической картине врожденного токсоплазмоза у детей (рез. на рус. яз.) 124</p>		<p>Как лучше использовать коечный фонд? 148</p>
		<p>Новые лекарственные препараты</p>
		<p>Х. П. КАНГРО — Дегидробензперидол, фентанил, курантил 154</p>
		<p>Хроника</p>
		<p>Новые книги 159</p>

SISUKORD

Eesti NSV meditsiinitöötajate aktiivi läkitus	83	T. RAJANDU — Töötsooni õhu saastamisest seemnevilja puhtimisel	131
Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamine	84	Kaadri ettevalmistamine	
A. GOLDBERG — Arstiabist ja tervishoiukorralduse parandamisest Eesti NSV-s	85	L. KAAR — Raiot Silla arstiteaduse doktoriks	132
		L. KAAR — Uusi teaduse kandidaate	133
Teooria ja praktika			
A. SEPPO — Reieluu proksimaalse osa tugevustopograafia ja metalne osteosüntees	91	Arstiteaduse ajaloost	
E. RAUDAM ja E. TÜNDE — Kirurgiline ravi kaela magistraalarterite aterosklerootilise okluseeruva kahjustuse puhul	96	L. SCHOTTER ja V. KALNIN — Oftalmoloogia areng Tartu ülikoolis (Silmakliiniku ja oftalmoloogiakateedri 100. aastapäevaks)	134
A. LINKBERG, L. ROOSTAR, E. TÜNDE, K. PÖDER, H. TIKKO ja K. KULL — Aordi ja jäsemete magistraalarterite ägeda oklusiooni ravi näidustustest	99	Konverentsid ja nõupidamised	
J. MÄNNISTE ja R. KÖRGMA — Kirurgiline ravi kroonilise tromboflebiidi ja posttrombootilise sündroomi juhtudel	102	H. PIHL ja H. LUTSOJA — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse arstide vabariiklik konverents	139
H. LÕIV — <i>E. coli</i> O4, <i>E. coli</i> O6 ja <i>E. coli</i> O15 serotüüpide uued seroloogilised ja biokeemilised variandid	105	V. VESSAR ja V. KALNIN — Bioloogiateaduste ajaloolaste konverents	140
E. KÕIV — Reuma ja angiini ning meteoroloogiliste tegurite vaheline seos	107	H. KURUL — Arstiteadusliku ja meditsiinilis-tehnilise informatsiooni alane üleliiduline nõupidamine	141
V. KIIK — Hambakaaries lastealastel Eesti NSV-s	110	R. TRUVE — Ukraina kirurgide II konverents	141
Ülevaated			
E. KORNET — Menstruaaltsükli häiretest pärast artifitsiaalset aborti	113	J. RAUDSEPP — Kasvajate kemoteeraapia alane esimene üleliiduline konverents	142
Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine			
A. CHEVALIER ja Z. KRASNOVA — Kolju- ja peaajutraumade ravi Eesti NSV-s	116	M. LÕVI — Üleliiduline stomatoloogide kongress	142
S. BAGDASARJAN — Erialase informatsiooni süsteem tervishoius	118	A. LUTS — VI üleliiduline otorinolarüngoloogide kongress	143
I. LAAN — Arstiteaduslik informatsioon vabariigis	120	K. VILLAKO — Bulgaaria Rahvavabariigi gastroenteroloogide kongress	143
Kogemuste vahetamine ja kasuistika			
M. GRINJOV ja A. KOFKIN — Lihaseplastika osatähtsus jääkõonte likvideerimisel	122	I. LAAN — Poola IV trihhomonoosi- alasest sümposionist	144
H. KÄÄRI — Kaasasündinud toksoplasmoosi kliinilisest pildist lastel	124	N. VIHM — Ülemaailmse Hambaarstide Föderatsiooni (FDI) 56. sessioon	144
Abiks velskritele ja õdedele			
E. OTTER — Viirushepatiidi epidemioloogiast ja profülaktikast Pärnus	127	Välismaalt	
J. TÄTTE — Günekoloogilistest läbivaatustest velskri-ämmaemandapunktis	130	Sõbralikus Saksa DV-s	145
Asklepiose klubis			
		Kuidas voodifondi paremini ära kasutada?	
Uusi ravimeid			
		H. KANGRO — Dehüdrobensperidool, fentanüül, kurantüül	
		Kroonika	
		Uusi raamatuid	