TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID



1964

1

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

1

Jaanuar–Veebruar

7. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1964

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранении Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 2. I 1964. Trükkimisele antud 11. II 1964. Trükiarv 4500. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5 + 1 kleebis. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 7,69. Tellimise nr. 31. MB 01737.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

NÕUKOGUDE INIMESE HUVIDES *

NSV Liidu tervishoiu minister *S. KURAŠOV*

Seltsimehed rahvasaadikud!

Praegu on iga nõukogude inimene äsja toimunud NLKP Keskkomitee pleenumi mõju all, kus kinnitati keemiatööstuse arendamise grandioosne programm. Pleenumil arutlusel olnud suurkeemia küsimused on valitud teeks meie partei programmi kiireimal elluviimisel ja meie ühiskonna kiirendatud edasiliikumisel kommunistlikku ühiskonda.

Rahvamajanduse kemiseerimine on meie maa tootlike jõudude uueks arenguetapiks, mis hõlmab ühiskondliku tootmise ja meie rahva elu ning igapäevaste vajaduste kõiki sfääre.

Kaasaja meditsiini edusammud on kõige tihedamas seoses keemia arenguga. Juba suur Lomonossov ütles, et keemiata ei saa «meedik olla täiuslik». Peaaegu iga inimene kasutab meditsiinitööstuse tooteid, kuid elanikkonna heaolu ja kultuuritaseme tõusuga suureneb ka nõudmine medikamentide, vitamiinide ja hormoonipreparaatide järele.

Tänu teaduslike uurimuste edusammudele on tervishoid viimase 25 aasta kestel arstiteaduse ja raviainete keemia alal rikastunud preparaatidega, mis tekitasid pöörde paljude haiguste ravimisel, nende hulgas sulfaniilamiidid, antibiootikumid, nõndanimetatud neurotroopsed vahendid, arteriaalse rõhu alandamise vahendid ning lõpuks vahendid tuberkuloosi ja pidalitõve ravimiseks. Järjekorras on viirusliku päritoluga haiguste ja vähi kemoteraapia probleemide lahendamine.

Meie teaduslike uurimisinstituutide andmeil vähenes antibiootikumide ja sulfaniilamiidide kasutusele võtmisega suremine kopsupõletikku 10 korda, ägedasse düsenteeriasse — peaaegu 11 korda, sepsisesse ja peritoniitidesse 4—5 korda. Trahhoomi likvideerimisel saavutatud edu on seoses antibiootikumide rakendamisega. Antibiootikumid ja keemilised raviained võimaldavad edukalt ravida tuberkuloosi. Selle tõttu muutub tuberkuloosi likvideerimine meie maal reaalseks.

Samal ajal on meditsiinitööstuse arengutempo sõjajärgseil aastail maha jäänud elanikkonna tarvidustest. 1960. aastal võtsid NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu vastu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervise kaitse edasise parandamise abinõudest», milles on ette nähtud suurendada seitseaastakul meditsiinitööstuse toodangu mahtu 3,5 korda, võrreldes 1958. aastaga.

Peaaegu viie aasta jooksul suurenes meditsiinitööstuse kogutoodangu maht enam kui 2 korda, sealjuures vitamiinide toodang 2,5 korda, antibiootikumide toodang peaaegu 3 korda. Nende aastate kestel on hakatud tootma 127 uut ravimpreparaati. Meditsiinitööstuse toodangu iga-aastane juurdekasv moodustas 16—20%, käesoleval aastal ootame 23%-list juurdekasvu. Kapitaalmahutuste ulatus meditsiinitööstusse suurenes üle kahe korra.

Meie maal on rajatud antibiootikumide tööstus. Käesoleval ajal on lõpetamisel viie suurtehase ehitamine, mis pärast projekteeritud võim-

* NSV Liidu tervishoiu ministri rahvasaadik S. V. Kurašovi kõne NSV Liidu Ülemnõukogu kolmandal istungjärgul (lühendatult).

suse saavutamist võivad täielikult rahuldada elanikkonna tarviduse antibiootikumide järele. Peab mainima, et seda tööstusharu luues rakendasime esmakordselt tööstuslikult mikrobioloogilist sünteesi. Me õppisime ise ning samaaegselt abistasime oma sõpru vennalikest sotsialismimaadest. Praegu valmistab meie tööstus kõiki maailmas kasutatavaid põhilisi antibiootikume.

Tervishoiu ja põllumajanduse minimaalseid tarvidusi arvesse võttes tuleb 1970. aastaks antibiootikumide toodangumahtu suurendada 1965. aastaga võrreldes 2 korda. Arvestused näitavad, et olemasolevatele tehastele tuginedes võib antibiootikumide toodangut suurendada 1,5—2 korda. Selleks on tarvis laiendada teadusliikku uurimistööd antibiootikumide produtsenttüvede selektsiooni valdkonnas; ulatuslikumalt kasutada rikastussöötmeid, varustada tehased tootlikumate filtreerimis-, ekstraheerimis- ja kuivatamisseadmetega, samuti ka tootmisprotsesside automaatse reguleerimise seadmetega ning lõpuks võtta tarvitusele abinõud nende ettevõtete paremaks varustamiseks mõnda liiki keemiliste toorainete ja pooltoodetega

Käesoleval ajal soovitavad teadlased uut tehnoloogiat eelnevalt kindlaksmääratud omadustega polüsünteetiliste antibiootikumide saamiseks, kasutades selleks 6-amiinopenitsilliinhapet. Mainitud meetodi rakendamine võimaldaks tunduvalt tõsta toodetavate antibiootikumide bioloogilist aktiivsust ning laiendada nende toimespektrit.

Seltsimehed rahvasaadikud!

Pole tarvis kõnelda sellest, kui suure tähtsusega on elanikkonnale vitamiinide, hormoonipreparaatide, fermentide ja amiinohapete tootmine.

Vitamiinitootmise edasiarendamise seitsme aasta plaanis kavandati 1965. aasta lõpuks anda ekspluatatsiooni 4 vitamiine tootvat käitist ja rekonstrueerida praegu töötavad tehased. 1963. aastal hakkasid tööle Bolohhovo ja Belgorodi vitamiinikombinaatide esimesed tsehhid. Kuid Novokuznetski ja Ussolje—Sibirskoje tehastes ei ole vitamiinide tootmise tsehhide ehitamist veel alustatud, kuigi tehniline dokumentatsioon on olemas.

1970. aastaks kavatsetakse vitamiinide toodangut suurendada kahekordseks. Vitamiinitööstuse kiireimaks edasiarendamiseks tuleb eelkõige otsustada Belgorodi vitamiinikombinaadi laiendamise küsimus. Kombinaadi võimsuse edasine suurendamine alandab kulutusi ühe tonni vitamiinide tootmisel enam kui kahekordselt.

Meie teadlased töötasid välja ja esitasid vitamiinide saamise tehnoloogiliste protsesside uued originaalsed skeemid. See asjaolu on äärmiselt tähtis, sest enamik vitamiine tootvaid välismaiseid firmasid hoiab kiivalt oma tootmissaladusi.

1965. aastaga võrreldes on vaja keemia- ja farmaatsiatoodangut 1970. aastaks suurendada 2,7 korda. Selle aja kestel tuleb lõpetada Novokuznetski Keemia- ja Farmaatsiatehase ehitamine, ehitada tehased Ussolje—Sibirskojes, Frunzes ning teistes linnades. Neis tehastes on planeeritud ka meditsiinis äärmiselt tarvilike sünteetiliste hormoonipreparaatide tootmine.

Peale selle tuleb lõpule viia praegu töötavate tehaste rekonstrueerimine ning lõpetada valmisravimeid tootvate galeenilis-farmatseutiliste vabrikute ehitamine. Galeeniakäitiste arendamine on vajalik eelkõige selleks, et tõsta valmisravimite tootmist lähemail aastail 90 protsendini. See vabastab 10 000 farmatseuti mittetootlikust tööst ning kodanikud vajadusest kaks korda apteegi poole pöörduda: retsepti esitamiseks ja valmistatud ravimi kättesaamiseks.

Keemia- ja farmaatsiatööstus on kõrgeklassilise orgaanilise sünteesi tööstuseks, mis laseb välja kõrge bioloogilise aktiivsuse ja laitmatu keemilise puhtusega toodangut.

Bioloogilise keemia ja farmakoloogia tormiline areng ning rakumolekulide uurimine loob avara perspektiivi uute efektiivsemate, varem kindlaksmääratud omadustega ainete sünteesimiseks. Selleks on vaja ühendada mitmesugustes ametkondades töötavate teadlaste jõupingutused, et saavutada mainitud eesmärk.

Meie ravimid vastavad praegu oma kvaliteedilt rahvusvahelise farmakopöa nõuetele, kuid jäävad veel maha väliskujunduselt.

Muuseas olgu öeldud, et seetõttu me kaotame valuutat, eksportides mitte valmisravimeid, vaid raviaineid.

N. S. Hruštšov osutas NLKP Keskkomitee pleenumile esitatud aruandes õigustatult ravimpreparaatide keemia tõsisele mahajäämusele. Põhjuseks on asjaolu, et sellele ei pöörata veel küllaldast tähelepanu. Pleenumi otsus kohustab planeerivaid organisatsioone ravimpreparaatide tootmisele erilist tähelepanu pöörama. Sellele tööstusharule on tarvis eraldada täiendavaid kapitaalmahutusi, ning mis peamine: õigeaegselt need ka ära kasutada; see aga võimaldab mitte ainult suhteliselt kiiresti rahuldada elanikkonna tarvidusi ravimite järele, vaid neid ka aktiivsemalt eksportida.

Huvitav on märkida, et viimastel aastatel on USA, Šveitsi, Inglismaa ja Prantsusmaa farmaatsiatööstuse arengutempo mitu korda kõrgem kui muudes töötleva tööstuse harudes. USA meditsiinitööstuse 18 suurema korporatsiooni keskmised kasumid ületavad teiste tööstusharude kasumi üle kahe korra.

Suured farmaatsiafirmad, kasutades patendiõigust, lausa riisuvad alles arenevate maade elanikkonda. Firma «Merck», kellel on Indias suured huvid mängus, tegi kõikvõimaliku selleks, et takistada seal Nõukogude Liidu poolt pakutava krediidi ja tehnilise abi alusel ravimeid tootva riikliku tööstuse rajamist. Firma tegelinskitele on hästi teada, et meditsiinitööstuse riiklike tehaste käikulaskmisel lõpevad nende muinasjutulised kasumid. Sotsialistlike vennasmaade ravimite ilmumine maailmaturule võimaldab lihtsate inimeste huvides vähendada nende hinda.

Seltsimehed rahvasaadikud!

Suurkeemia ning rahvamajanduse kemiseerimise probleemide lahendamisel tuleb erilist tähelepanu pöörata mõnedele elanikkonna tervise kaitse küsimustele.

Neist peamiseks on uute keemiasaaduste ja tehnoloogiliste protsesside ulatuslik toksikoloogiline uurimine ettevõtete projekteerimise järgus. Uute keemiakäitiste rajamisel on see üldtunnustatud nõudeks. Tuleb vältida minevikus esinenud üksikuid vigu, kus uusi väljatöötatud materjale ja tehnoloogilisi protsesse ei saadud kasutada ning praktikasse juurutada, sest need osutusid inimese tervisele äärmiselt kahjulikuks.

Üldiselt on teada, et mõnede keemiatoodete valmistamisel, eriti orgaanilise sünteesi puhul, pole tööstuse käsutuses kindlaid vahendeid saastatud õhu ja veekogude puhastamiseks. Kahjuks pööravad tehnoloogilised instituudid ettevõtete projekteerimisel vähe tähelepanu heiteproduktide täielikule utiliseerimisele, kuigi sel alal on kogemusi mitte ainult välismaal, vaid ka meil. Kõige rentaablim ja hügieeniliselt otstarbekam on nende ainete maksimaalne utiliseerimine ja tehasesisese veeringluse maksimaalne kasutamine, mis võimaldab veetarvitust alandada ja puhastamata heitevete veekogudesse voolamist vähendada.

Pleenumi otsuses on ette nähtud mürkkemikaalide tootmise tunduv suurendamine põllumajanduse vajaduseks. Tuleb meeles pidada, et mõned neist on inimesele äärmiselt mürgised. Näiteks niisugune, esimesel pilgul kahjutuna näiv preparaat, nagu DDT. See laguneb pinnases aeglaselt (10—14 aastat), ja omades võimet kuhjuda looma organismis, satub piimasse ning sellega ka inimese toidusse. Kui seda preparaati kasutati suhteliselt väikestes kogustes, ei olnud ta ohtlik. Et DDT tootmise

edasiarendamine pole otstarbekohane, tuleks üle minna, nagu seda on juba tehtud välismaal, vähem kahjulike preparaatide — seviini, klorofossi, pertaani jt. tootmisele.

Mürkkemikaalide probleem on kaasaegse intensiivse põllumajanduse arenguga muutunud üheks tähtsamaks ning kaugeltki mitte lahendatud probleemiks.

Seoses suurkeemia arendamisega seab tervishoiu ministeerium endale ülesandeks tunduvalt laiendada sanitaar-hügieeniliste uurimiste ulatust, et lühima ajaga välja töötada tarvilikud abinõud ja ettepanekud, mis võimaldaksid vältida mürkkemikaalide, saastatud õhuruumi ja veekogude kahjulikku mõju inimese tervisele. Asja huvid nõuavad arukat lähenemist ka teistele lahendamiseks küpsetele küsimustele.

Seltsimehed rahvasaadikud! Lubage teile ette kanda elanikkonna tervise seisundi mõningad põhilised näitajad ning tervishoiu edasiarendamise plaan aastaiks 1964—1965. 1963. aastal jäi meie maal rahva tervise näitajate kõrge tase püsima, tervena ja tugevana sünnib ka meie järeltulev põlvkond. Nõukogude inimeste keskmine eluiga ulatus 70 aastani.

Eriti rõõmustav on märkida, et NSV Liidus väheneb aasta-aastalt laste suremus. Nagu 10 kuu andmete analüüs näitab, võib käesoleval aastal oodata haigestumise edasist, sealhulgas ka ajutise töövõimekaotusega haigestumiste vähenemist. Haigestumine niisugustesse haigustesse, nagu poliomüeliit ja difteeria, vähenes 1962. aastaga võrreldes 30—40%. Mõned meie maa rajoonid on likvideerinud difteeriasse haigestumise täielikult. Nüüd on alanud aktiivne pealetung läkaköhale ja leetritele. Meedikud töötavad tuberkuloosi haigestumise ja suremise edasise vähendamise probleemi kallal.

1963. a. kestel kasvas arstide arv veel 21 000 inimese võrra. Nõukogude Liit on arstide arvu poolest ammugi maailmas esikohal. 1970. aastaks saame veel täiendavalt üle 160 000 arsti. Meie maale arstide ettevalmistamise probleemi tervikuna võib pidada kvantitatiivselt lahendatuks.

Lähematel aastatel tuleb erilist tähelepanu pöörata arstide ettevalmistuse kvaliteedile, spetsialiseerimisele ja nende teadmiste täiendamisele. Arvestused näitavad, et suhteliselt väikeste kulutustega ja arstide töö ratsionaalsema kasutamisega võib juba lähema 3—4 aastaga jõuda selle ülesande lahendamiseni. Elu nõuab tungivalt kogu elanikkonna kindlustamist üldiselt kättesaadava spetsialiseeritud arstiabiga, nagu see on meie partei programmis ette nähtud.

1964. aastal suureneb haiglavoodite arv 69 200 võrra. Siis moodustab haiglavoodite arv 92,2 iga 10 000 elaniku kohta. See võimaldab hospitaliseerida täiendavalt veel ligi 1 400 000 haiget, tunduvalt paremini anda haigetele kiiret arstiabi ning laiendada tuberkuloosi põdevate haigete hospitaliseerimist.

Rahvamajanduse plaan näeb ette tervishoiu edasiarendamist ja elanikkonna tarviduste täielikumat rahuldamist spetsialiseeritud arstiabi järele.

Me oleme täielikult nõus Rahvaste Nõukogu eelarvekomisjoni ja majanduskomisjoni ettepanekutega. Kasutame neid oma töös selleks, et tunduvalt paremini korraldada meie rahva meditsiinilist teenindamist ja tervise kaitset.

Seltsimehed! Meditsiinitöötajad on meie partei leninlikule Keskkomiteele, valitsusele ja isiklikult N. S. Hruštšovile tänulikud nende vajaduste eest hoolitsemisel! Ka edaspidi töötavad nad ennastsalgavalt, andes kogu oma jõu ja teadmised kommunismi ülesehitamiseks. (Kiiduavaldused.)

ÜLEMISTE HINGAMISTEEDE JA KOPSUDE SEISUNDIST TSEMENDITEHASE «PUNANE KUNDA» TÖÖLISTEL

Arstiteaduse kandidaadid *A. LUTS* ja *I. MARIPUU*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Tsemenditehastes on peamisteks tervist kahjustavateks teguriteks tolmune õhk, müra ja suured temperatuuri kõikumised. Tsementitööliste üldhaigestumist käsitlevais töödes on osa autoreid täheldanud sagedast haigestumist grippi, ülemiste hingamisteede katarridesse, kopsupõletikku ja kroonilisse bronhiiti, aga ka hingamiselundite tuberkuloosi [V. Fialkovski (7), A. Židik (2), M. Šandala (9) jt.]. L. Hotsjanovi (8) ulatuslik statistiline uurimus tähtsamate NSV Liidu tsemenditehaste kohta ei avastanud aga olulist erinevust, võrreldes muu elanikkonna haigestumisega.

Tsemenditööliste kutsehaiguste seas pööratakse peamist tähelepanu pneumokonioosile [F. Koelsch (11), G. Prosperi ja C. Barsi (13), R. Vaccarezza (16) jt.], mille teke sõltub aga eelkõige tsemendiliigi keemilisest koostisest ja selles leiduvate räniühendite hulgast [N. Sadovskaja kaasautoritega (6)]. Küllalt olulised on ka teised tegurid, millest oleneb pneumokonioosi areng, nagu tolmu kontsentratsioon õhus, tolmu disperssus, tööstaaž ja organismi individuaalsed omadused.

Eriline koht kuulub ülemiste hingamisteede, eriti nina kutsekahjustustele, mille puhul esinevad kroonilised riniidid, nina vaheseina haavandid ja perforatsioonid ning kivistunud tsemendikoorikud ninas [V. Retnev (5), W. Schmidt (15) jt.]. Tsemenditööliste kutsekahjustustest võiks nimetada veel tsemenditolmu sensibiliseerivast toimest põhjustatud bronhiaalastmat [V. Retnev (4), D. Karajovic kaastöötajatega (10)] ja dermatoose [W. Nicolowski (12)], mille teket seostatakse mõnede tsemendiliikide kroomisisaldusega. Eesti NSV ehitusmaterjalide tööstuse suurimaks ja vanemaks ettevõtteks on tsemenditehas «Punane Kunda» (tehas rajati 1870. aastal), millele tööstustervishoiu-alast hinnangut ei ole veel senini antud.

Meie instituudi kutsehaiguste sektor uuris 1962. aastal Kunda tsemenditehase tööstustervishoidu. Tööliste üldist haigestumist analüüsiti arvestusvormi Z-1 andmete järgi. Pneumokonioosi suhtes uuriti röntgenograafiliselt 188 töölist ja ühtlasi õpiti tundma nende kopsude hingamistalitlust selleks kohandatud Kroghi spirograafi ning Votšali pneumotahhomeetri abil. Otorinolarüngoloogilisele uurimisele lisandus vaatlus luminestsentsvalguses; mõõdeti ka nina limaskesta ja näonaha temperatuuri ning uuriti nina lima eosinofiilide suhtes.

Bronhiaalastmat, bronhiiti või dermatoosi põdevail haigeil tehti nahatestid tsemenditolmu ja 3%-lise bikromaadilahusega ning antigeen-rinopneumomeetria test [W. Rüdiger (14)] tsemenditolmu sensibiliseerivate omaduste uurimiseks.

Olulise täiendava materjalina kasutati Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama tööstuslaboratooriumi juhataja N. Tihhoni (1962) poolt koostatud tsemenditehase «Punane Kunda» töötingimuste sanitaar-hügieenilist hinnangut, mille järgi tolmusisaldus tehase ruumide õhus ja ka lähema ümbruse välisõhus ületas tunduvalt lubatavad piirid (5 mg/m^3).

Selgus, et Kunda tsement sisaldab 23% räniühendeid (peamiselt seotud kujul CaO-ga) ja ainult 4% vaba SiO_2.

Kunda tsementitehase tööliste ajutise töövõimetusega haigestumise näitajad olid järgmised: 1959. a. — 93,8, 1960. a. — 71,1, 1961. a. — 68,8 ja 1962. a. — 65,3 juhtu iga 100 töölise kohta, mis on tunduvalt madalam meie vabariigi kõigi 14 peamise tööstusharu tööliste 1959., 1960. ja 1961. a. haigestumise üldnäitajatest. Ka haigestumine hingamiselundite haigustesse ja grippi oli madalam kui vastavad näitajad kogu ehitusmaterjalide tööstuse töölistel ja vabariigi tööstuses üldse.

188 uuritavast oli 140 meest ja 48 naist; nende hulka kuulus ka 28 pensionäri, kes varem olid pikemat aega tehases töötanud. Uuritavasse gruppi valiti töölised, kes olid tehasesse tööle asunud enne 1961. a. Noortöölisi oli 28,2% uuritavate üldarvust, ülejäänud 71,8% töölistest kuulus kesk- ja vanemasse ikka.

Uuritud tööliste vanust ja tööstaaži näitab tabel 1.

Tabel 1

Tööstaaž aastates / Vanus aastates	kuni 5	6—10	11—20	üle 20	Kokku absol. arv	Kokku %
kuni 30	42	9	2	—	53	28,2
31—50	35	23	25	2	85	45,2
51—60	4	3	15	10	32	17,0
üle 60	—	2	6	10	18	9,6
kokku	81	37	48	22	188	
	43,0%	19,7%	25,6%	11,7%		100,0%

Tolmuga seotud haigestumiste uurimise seisukohalt analüüsiti esmajärjekorras ülemiste hingamisteede kahjustusi ja pneumoskleroosi, kroonilise bronhiidi, bronhiaalastma ning kopsuemfüseemi haigusjuhte.

Nimetatud 188 isikul leiti järgmisi muutusi:

ülemiste hingamisteede kroonilisi kahjustusi	— 65 juhul
pneumoskleroosi (mitmesuguse etioloogiaga)	— 24 „
kopsuemfüseemi	— 21 „
kroonilist bronhiiti	— 2 „
kroonilist astmatoidset bronhiiti	— 2 „
bronhiaalastmat	— 2 „
raskelt kuulmist (peamiselt mürast tingitud)	— 26 „
ateroskleroosi ja hüpertooniatõbe	— 24 „
kroonilist gastriiti	— 16 „
dermatoose	— 14 „
konjunktiviiti	— 8 „

Nina limaskesta patoloogilisi muutusi täheldati ühel kolmandikul uuritavaist, teisel kolmandikul esines nina limaskesta hüpereemia või leiti ninas tolmu, ja ainult 66 isikul olid ülemised hingamisteed täiesti muutusteta. Raskesti eemaldatavaid kivistunud tolmukoorikuid nina vaheseinal sedastati 11 (6,25%) töölisel, kes puutusid kokku kas tsementi- või klinkritolmuga.

Kivistunud tolmukoorikud, mida mõned autorid [R. Vaccarezza (16) jt.] nimetavad ka rinoliitideks, asusid kas nina vaheseina või keskmise karbiku limaskestal ja nende eemaldamine kutsus tavaliselt esile limaskesta veritsemise. Üksikutel juhtudel avastati neis piirkondades ka haavandeid. Nina vaheseina perforatsioone, mida kirjeldas tsementitöölistel W. Schmidt (15) ja paljud teised, meie ei täheldanud, vaatamata uurita-

vate suurele tööstaažile. Võrdlemisi sagedasti diagnoositi ka eesmist kuiva (5,3%) ja hüpertroofilist riniiti (9%).

Atroofiliste nähtude hindamist kergendas luminestsentsvalguse kasutamine pimedas ruumis.

Vasomotoorsele riniidile iseloomulikku liviidset ninakarbiku värvust ja hüpertroofilist seisundit sedastati 11 (5,9%) inimesel, kellel aga samaaegselt puudusid allergilisele rinopaatiale tüüpilised kaebused ja eosinofiilsed leukotsüüdid nina limas. Luminestsentsvalguse abil ei täheldatud limaskesta sensibiliseerumisele omaseid muutusi. Limaskesta temperatuur oli vaadeldavatel normaalne.

Meie andmetel ei avalda tsemendi- ja klinkritolm limaskestasse sensibiliseerivat toimet, kuid võib soodustada infektsioos-allergilise rinopaatia tekkimist limaskesta mehaanilise ja keemilise kahjustuse tagajärjel.

Seega näitavad uurimisandmed tsemendi- ja klinkritolmu suurt osatähtsust nina limaskesta patoloogiliste muutuste tekkes, mida tuleb seostada tsemendi leelisese söövitava toimega ja omadusega kõvastuda niiskuses analoogiliselt põlevkivituhaga [A. Luts (3)].

Kopsude hingamistalitluse uurimise andmed tsemenditöölistel

(x — aritmeetiline keskmine,
S — keskmine ruuthälve)

Tabel 2

Uuritav rühm	Näitaja	Vitaalkapatsiteet (VK) (liitrites)	VK suhe normaalväärtusega (%%)	Forsseeritud VK (%% 1 sek. jooksul)	Maksimaalne ventil. (l/min.)
Terved mehed (99)	x	5,2	132	76	129
	S	0,9	23,6	12,7	36,7
	varieeruvus	3,2—6,8	65—177	30—98	42—241
Terved naised (41)	x	3,3	100	71	81
	S	0,58	17,6	14,6	23
	varieeruvus	1,4—4,4	46—136	33—93	29—126
Pneumoskleroos (7)	x	5,2	139	58	123
	S	0,96	16,0	20,0	37,9
	varieeruvus	3,6—6,7	110—156	24—84	66—225
Emfüseem, bronhiit (15)	x	4,1	129	57	84
	S	1,24	32,1	17,6	36,1
	varieeruvus	1,9—5,9	61—186	14—82	24—157
Kardiopulmonaalne puudulikkus (23)	x	3,9	110	68	87
	S	1,18	28	18,3	36,6
	varieeruvus	1,5—6,1	47—156	20—87	26—163

24 töölisel (12,8%) esinevat pneumoskleroosi võis enamikul juhtudest pidada kopsuemfüseemi ja ealiste muutuste kaasnähtudeks, kahel juhul ka kroonilise, ägenemistega kulgeva interstitsiaalse kopsupõletiku tagajärjeks. Röntgenoloogiliselt väljendus see kopsude bronhovaskulaarse joonise lineaarse, kohati jämeväätja tugevnemisena.

Ainult 4 juhul (2,1%) ilmnes kergel kujul ka bronhovaskulaarse joonise peenvõrkjas deformatsioon, mida ei saadud aga kindlalt pneumokoniootiliseks fibroosiks pidada, sest neil leidus anamneesis ka teisi pneumoskleroosi tekkimise põhjusi, ühtlasi oli neil liiga lühike tööstaaž tsemendist tingitud pneumokonioosi väljakujunemiseks. Seega ei avastatud Kunda tsementitöölistel väljakujunenud ja silikatoosile tüüpilisi muutusi kopsus.

Kroonilist bronhiiti leiti harva (4 juhul). Ainult ühel 30-aastase tööstaažiga pensionäril võis 20 a. jooksul aeglaselt arenenud kroonilist astmatoidset bronhiiti pidada kutsehaiguseks, nn. tolmubronhiidiks. Bronhiaalastmat (2 juhul) ei saadud tsemenditolmu sensibiliseeriva toimega seostada, sest provokatsioonitestid osutusid negatiivseks.

Sagedamini diagnoositi kerget või keskmise raskusega kopsuemfüseemi (21 inimesel). Mõnede autorite andmeil [V. Vyskočil (1)] soodustab tsemenditehases töötamine kopsuemfüseemi tekkimist. Emfüseem areneb järk-järgult koos eelneva kroonilise tolmubronhiidi nähtudega.

Meie uurimismaterjalis ei kaasunud emfüseemijuhtudele kliinilisi bronhiidinähte. Emfüseemi võis enamasti seostada ealiste muutustega. Kopsude hingamistalitluse näitajad olid neil vähesel määral alanenud. Terveil uuritavail aga ületasid vitaalkapatsiteedi, maksimaalse ventilatsiooni minutimahu ja forsseeritud vitaalkapatsiteedi näitajad normaalväärtusi [A. Anthony järgi (vt. tabel 2)]. Tsemenditolmu ja bensiini kombineeritud toimest tingitud professionaalset dermatiiti täheldati 2 juhul. Allergilisi nahahaigusi ei esinenud.

Kuigi seoses tsemenditehase ümberehitamisega on töötingimused osaliselt paranenud, on siiski edaspidi vaja senisest rohkem tähelepanu pöörata võitlusele tolmuga.

Tsemenditehase tööliste profülaktilistel läbivaatustel etendab tähtsat osa varajaste patoloogiliste muutuste avastamine. Tolmurikastel töökohtadel tuleb kasutada individuaalseid kaitsevahendeid — respiraatorit või maski.

Soovitatav on organiseerida profülaktilisi inhalatooriume. Aero- ja hüdroioonide manustamisel pärast tööd aktiviseerub virveepiteeli tegevus ning tolmukübemed eemalduvad kergemini ülemistest hingamisteedest ja kopsudest, mis on oluline ka pneumokonioosi profülaktikas.

KIRJANDUS

1. Выскочил И. Чехословацкое медицинское обозрение, 1962, VIII—I, 43—59. — 2. Жидик А. В. Тезисы докладов Украинского центрального института гигиены труда и проф. заболеваний. Киев, 1954, 53—56. — 3. Лутс А. Э. Гигиена труда и проф. заболевания, 1962, 10, 55—56. — 4. Ретнев В. М. Гигиена труда и проф. заболевания, 1960, 7, 29—33. — 5. Ретнев В. М. Гигиена труда и проф. заболевания, 1962, 8, 58—59. — 6. Садковская Н. Н., Зерцалова В. И., Иванов И. Г. Крапухина Е. П. В кн.: Профилактика силикоза. Труды симпозиума по проблеме пневмокониозов. М., 1959, 94—99. — 7. Фиальковский В. П. Сарат. вестн. здравоохр., 1927, 5, 48—52. — 8. Руководство по гигиене труда, т. III. Под. ред. Л. К. Хоцянова. М., 1961. — 9. Шандала М. Г. Научные труды Кубанского Мед. ин-та, Краснодар, 1957, т. 15 (28), 94—106. — 10. Karajovic, D. u. a: Acta Med. Jugoslavica, 1959, 13, 3, 339—345. — 11. Koelsch, F. Handbuch der Berufskrankheiten. Jena, 1959. — 12. Nicolowski, W. Zbl. Haut- und Geschlechtskrankh. 1954, 17, 5, 129—134. — 13. Prosperi, G., Barsi, C. Rassegna med. industr. 1957, 26, 16. Ref.: Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz. 1959, 9, 74. — 14. Rüdiger, W. Arch. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde, 1960, 176, 2, 445—453. — 15. Schmidt, W. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde. Zwanglose Schriftenreihe. Heft 6. Leipzig, 1949. — 16. Vaccarezza, R. A. Hygiene and health in the Portland cement industry. Investigation in the Argentine factories. Buenos-Aires, 1950, 656. Ref.: Bull. Hyg., 1954, 29, 12, 1239—1240.

О СОСТОЯНИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЛЕГКИХ У РАБОЧИХ ЦЕМЕНТНОГО ЗАВОДА «ПУНАНЕ КУНДА»

А. Лутс и *И. Марипуу*

Резюме

Было обследовано состояние здоровья 188 рабочих завода, в том числе 140 мужчин и 48 женщин. Из обследованных 28,2% были молодые рабочие, остальные 71,8% были среднего и старшего возраста, причем 28 обследованных были пенсионеры, долгое время проработавшие на заводе.

Патологические изменения слизистой оболочки носа были выявлены у 34,3% обследованных. Перфораций перегородки носа обнаружено не было.

Изменений в легких, типичных для пневмокониоза установлено не было. Хронический бронхит был обнаружен только у 4, эмфизема легких у 21 обследованных. Возникновение эмфиземы было обусловлено главным образом возрастными изменениями.

Результаты обследования указывают на определенную роль пыли клинкера и цемента в возникновении патологических изменений слизистой оболочки носа. Эти изменения связаны с прижигающим действием CaO и его свойством затвердевать во влажной среде.

Пыль портландцемента, содержания 4% свободной окиси кремния (SiO_2) не вызывает у рабочих явлений пневмокониоза.

Учитывая результаты данной работы необходимо:

1) повысить эффективность противопылевых мероприятий на заводе,

2) своевременно выявлять и лечить болезни верхних дыхательных путей (хронические риниты и др.),

3) применять средства индивидуальной защиты (респираторы).

Рекомендуется также организовать ингаляторий и проводить профилактическую аэро- и гидротерапию заболеваний верхних дыхательных путей и легких.

MITTESPETSIIFILISE INTERSTITSIAALSE KOPSUPÕLETIKU DIAGNOOSIMISEST

K. VALGMA

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Tänapäeva kliinikut ei rahulda kopsupõletikkude jaotamine lobaarseteks (krupoosseteks) ja lobulaarseteks (bronhopneumooniateks), sest viimase paarikümne aasta vältel on kopsupõletike kliinilises pildis ja patomorfoloogias toimunud muutused. Üha rohkem koguneb andmeid klassikalise kopsupõletiku harvenemise ja nn. atüüpilise kopsupõletiku sagenemise kohta [W. Hirsch (13), A. Sylla (15) jt.], kusjuures atüüpiliselt kulgevaid kopsupõletikke seostatakse viirushaigustega ja viirushaiguste alusel aktiviseerunud sekundaarse mikroflooraga [E. Rabotina (7)]. Paljudel juhtudel on õnnestunud tõestada atüüpiliste kopsupõletikkude viiruslikku päritolu, tihti on aga tekitaja jäänud selgitamata. Teataval määral viitab seosele viirusnakkusega atüüpilise kopsupõletiku esinemise sagenemine 1957. a. ja 1959. a. levinud gripiepideemia ajal [V. Vlassov (2), V. Djatšenko ja A. Stupnitski (3), S. Šiškin, (9), I. Hers jt. (11)].

Atüüpiliste kopsupõletikkude eraldamist omaette rühmaks on vaja seepärast, et nende kliinilisele ja röntgenileiule ei pöörata pahatihti küllaldast tähelepanu, mis põhjustab diagnoosimisel väärtõlgitsusi.

G. Zedgenidze ja V. Sobolev (4), I. Bogojavlenski (1), E. Rabotina (7), K. Nikulin (6), W. Hirsch (12) jt. iseloomustavad atüüpilise kuluga, eriti gripijärgseid kopsupõletikke peamiselt kopsude stroomas, s. o. peribronhiaal-, perivaskulaar- ja perilobulaarkoes kulgeva infiltratiiv-proli-

ferатiivse põletikuna, millele võivad kaasuda peenekoldelised muutused kopsuparenhüümis, sageli atsinoossete või lobulaarsete atelektaaside näol. W. Hirschi (12) järgi on sel puhul kopsustroomas lümfomonotsütaarseid infiltraate.

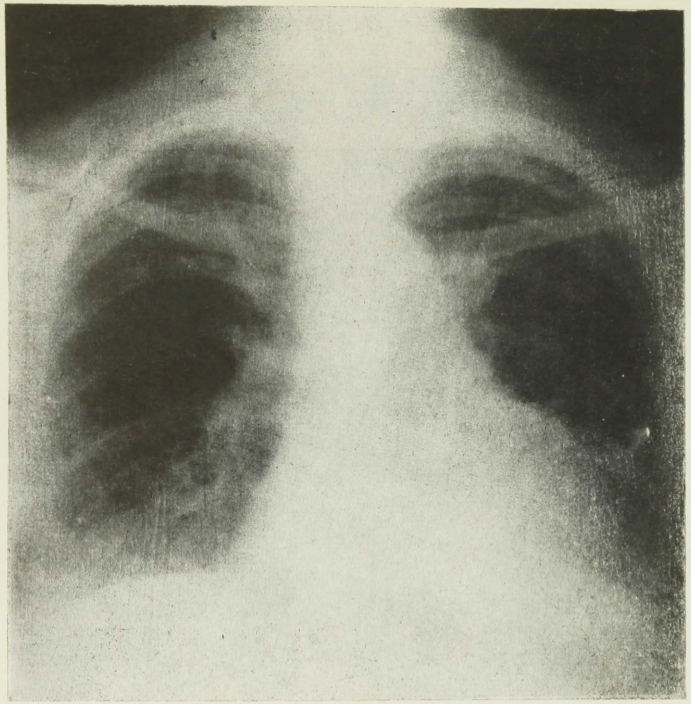
Et kirjeldatud muutused paiknevad peamiselt kopsude interstitsiaalkoes, on antud sellistele kopsupõletikkudele nimetus «ülekaalukalt interstitsiaalne kopsupõletik». Diagnoos «interstitsiaalne kopsupõletik» ei lülita välja parenhüümi vähest haaratust, nagu diagnoos «lobulaarne kopsupõletik» ei eita muutusi kopsustroomas. Nõukogude autorid on tarvitusele võtnud väljenduse «mittespetsiifiline interstitsiaalne kopsupõletik», rõhutades sellega põhiliselt kopsude stroomas kulgeva põletiku etioloogia ebaselgust ja piiritledes seda kopsu interstitsiaalprotsessidega (tuberkuloos, pneumokonioosid, süüfilis jt.), mille etioloogia on tuntud.

Mittespetsiifiline interstitsiaalne kopsupõletik võib alata ägedate nähtudega — kõrge temperatuuri, külmavärinate, peavalu, nõrkuse, köha, nohu ja lihastevaludega. Sagedamini algul ägedad nähud puuduvad; haigus algab tihti märkamatult, hiilivalt, kusjuures haigustunnused meenutavad ülemiste hingamisteede katarri. Sageli on interstitsiaalse kopsupõletiku sümptoomideks subfebriilne kehatemperatuur, nõrkustunne, pea- ja lihastevalud, vähene köha ning rögaeritus ja higistamine. W. Hirschi (12), F. Rabotina (7), V. Vlassovi (2) jt. andmetel on sel puhul kopsude füüsikaline leid võrdlemisi tagasihoidlik — umbes $^2/_3$ juhtudel on kuulda märgi, väikesemulliļisi räginaid, koputlusandmed on negatiivsed. E. Rabotina (7) poolt uuritud haigetel oli SR põhiliselt normaalne, W. Hirschi (12), V. Vlassovi (2) ja K. Nikulini (6) andmetel aga enamasti kiirenenud. Leukotsüütide arv on mõõdukalt kõrgenenud, normaalne või ka langenud. Verepildis kirjeldatakse eosinofiiliat ja monotsütoosi. Erinevalt lobaarsetest ja lobulaarsetest kopsupõletikkudest on peamiselt interstitsiaalkoes kulgevad kopsupõletikud pikaldase, visa kuluga, alluvad halvasti ravile, retsidiveeruvad kergesti ja kalduvad kroonilisusele. Sageli satuvad kopsude interstitsiaalkoes asuva põletikuga haiged tuberkuloositõrje asutusse, sest kliiniline pilt meenutab sel puhul tihti tuberkuloosi.

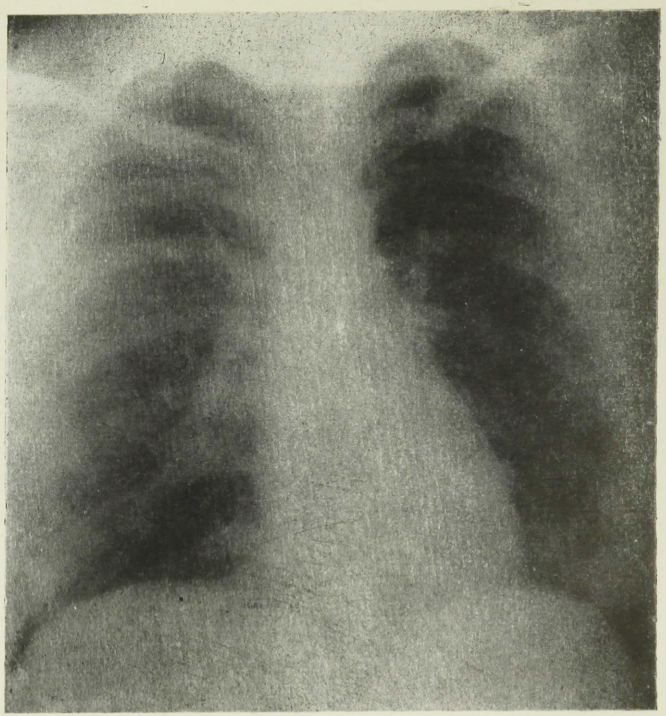
Mittespetsiifilise interstitsiaalse kopsupõletiku diagnoosimisel on oluline tähtsus röntgenoloogilisel uurimisel. Et interstitsiaalne kopsupõletik kulgeb enamasti peribronhiaal-perivaskulaarkoes, siis väljendub protsess röntgenipildil eeskätt kopsujoonise tugevnemises. Kroonilist interstitsiaalset kopsupõletikku iseloomustab kopsujoonise radiaarsuse kadumine deformatsiooni ja fibroossete muutuste tõttu väratites [G. Zedgenidze ja V. Sobolev (4), J. Sokolov (8), I. Bogojavlenski (1), E. Rabotina (7)]. Protsessi piirkonnas on kopsujoonis eriti intensiivne ja ulatub perifeeriasse. Kopsujoonise kontuurid on ebaselged. Sageli on kopsujoonis deformeerunud, mis on tingitud erineva pikkuse ja läbimõõduga peribronhiaal-perivaskulaarse sidekoe vohamisest, nn. muhvidest. Tugevnenud kopsujoonisega võivad kaasneda koldelised muutused. Väratid, eriti protsessipoolne, on laienenud ja tihenenud — selle põhjuseks on reaktiivne lümfadeniit ning põletikulised muutused värati sidekoes.

Mittespetsiifiline interstitsiaalne kopsupõletik paikneb enamikul juhtudel parema kopsu allväljas ja on E. Rabotina järgi 20% juhtudel kahepoolne. Interstitsiaalse kopsupõletiku diagnoosimiseks ei piisa röntgenoskoopilisest uuringust. Tingimata tuleb kasutada röntgenograafiat (teha röntgenogramme kahes suunas ning tomograafiat) [I. Bogojavlenski (1)].

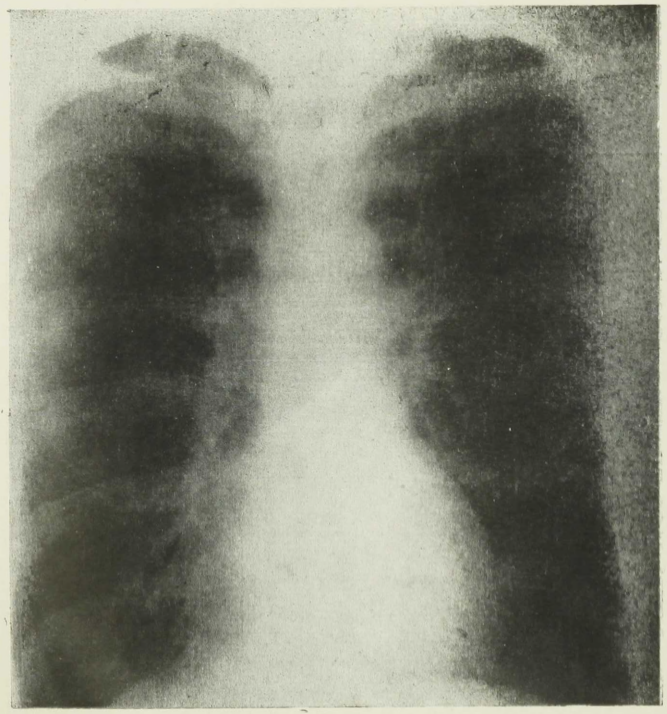
Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas uuriti 46 haiget (22 meest ja 24 naist), kellel diagnoositi mittespetsiifilist interstitsiaalset kopsupõletikku. 15 juhul oli tegemist ägeda kopsupõletikuga, 19 juhul kroonilise interstitsiaalse kopsupõletiku ägenemisega ja 12 juhul kroo-



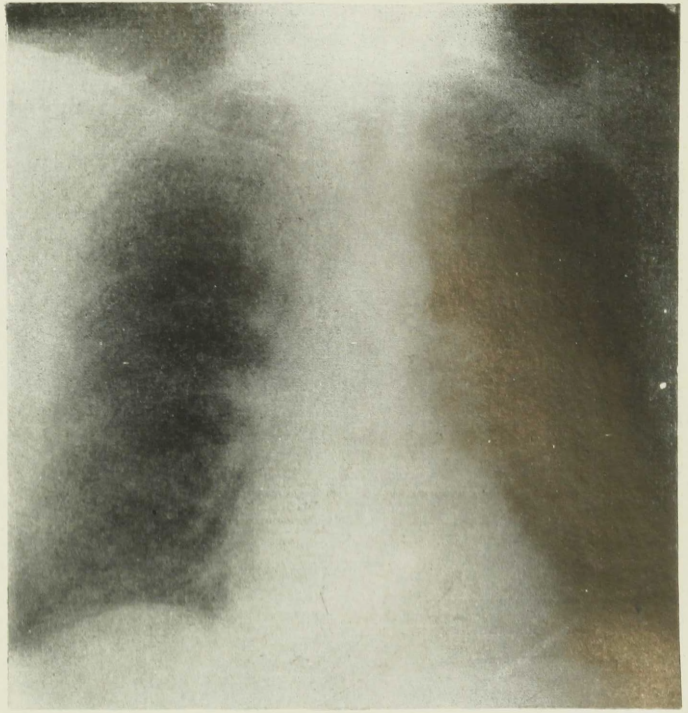
Röntgenogramm 1. Kõvakiirte tehnikas tehtud röntgenogramm



Röntgenogramm 2. Parema kopsu allväljas kopsujoonis tugevnenud, ebateravalt kontureeritud, kaugele perifeeriasse ulatuv, perivaskulaarsete-peribronhiaalsete infiltratsioonidega. Parem värat laienenud, halvasti diferentseeritav. Diagnoos: äge interstitsiaalne kopsupõletik



Röntgenogramm 3. Parema kopsu allväljas kopsujoonis deformeerunud, võrkjas, teravakontuuriline. Parempoolne värat fibroosi tunnustega. Diagnoos: krooniline interstitsiaalne kopsupõletik



Röntgenogramm 4. Parema kopsu allväljas kopsujoonis tugevnenud, ebateravalt kontureeritud. Sellel foonil väikesi koldeid. Parempoolne värat tihenenud, vasakpoolne tihenenud ja laienenud. Diagnoos: kroonilise interstitsiaalse kopsupõletiku ägenemine

nilise protsessiga soikeperioodil. Viimasesse rühma kuuluvad patsiendid olid hospitaliseeritud peamiselt bronhiaalastma ja kopsuemfüseemi diagnoosiga.

Ägeda interstitsiaalse kopsupõletikuga isikutel algas haigus 6 juhul ägedalt, 9 juhul oli haiguse algus hiiliv. Peamisteks kaebusteks olid väsimustunne, köha, vähene rögaeritus, higistamine ja kaalulangus. Kehatemperatuuri kõrgenemine esines üheteistkümnel haigel, kusjuures ainult kahel neist ületas kehatemperatuur 38°. Neljal patsiendil oli temperatuur normaalne. Kopsude koputlemisel ei õnnestunud ühelgi haigel kõlakvaliteedi muutusi kindlaks teha. 10 haigel täheldati kuulatlemisel krepitatsioone ja peenemullilisi räginaid piiratud alal, nendest 3-l lisandus bronhiaalse varjundiga hingamiskahin. Ülejäänute kopsuleid oli kuulatlemisel normaalne. SR kiirenemist registreeriti 13 haigel. Enamikul kõikus SR 20—40 mm/t piires. 2 patsiendil oli SR normaalne. Leukotsüütide arv oli kõrgenenud (üle 8000 mm^3-s) 4 juhul, 10 haigel oli leukotsüütide arv normaalne ja ühel juhul normaalsest madalam. Verepildis olid 5 juhul toimunud nihked kepptuumaliste neutrofiilsete leukotsüütide rohkenemise suunas. Monotsütoosi ja eosinofiiliat leiti 4 korral.

Kroonilise mittespetsiifilise kopsupõletiku ägenemisega haigete rühma (19 inimest) iseloomustas eelkõige bronhiitide, grippide, sagedase köha ja subfebriilse temperatuuri esinemise suhtes kuhjatud anamnees. Mõned neist olid korduvalt põdenud kopsupõletikku. Kõigil siia rühma kuuluvatel haigetel oli kehatemperatuur kõrgenenud, kusjuures temperatuur üle 38° oli ainult 4 patsiendil. Kopsude koputlemisel patoloogiat ei sedastatud. Küll aga esines 15 uuritul vähesel hulgal kuivi räginaid, krepitatsioone ja ka peenemullilisi räginaid. 4 haigel oli kopsu füüsikaline leid normaalne. SR kiirenemist leidsime 17 uuritul, kahel osutus SR normaalseks. Leukotsüütide arv oli enamikul juhtudel normaalne, ainult 4-l kroonilise haigusprotsessi ägenemisega haigel ületas see normi. Verevalemi muutusi neil haigeil polnud.

Kroonilise mittespetsiifilise interstitsiaalse kopsupõletikuga haiged (12 inimest) saabusid enamikus ravile bronhiaalastma või kopsuemfüseemi tõttu. Interstitsiaalse kopsupõletiku diagnoos pandi esmajoones röntgenikabinetis. Ka nende patsientide anamneesis figureerisid korduvad bronhiidid, sagedane köha koos rögaeritusega ja subfebriliteet. Isegi ravil viibimise perioodil esines 7 haigel 12-st subfebriilne kehatemperatuur. SR oli kiirenenud 2 juhul ja leukotsüütide arv kõrgenenud samuti 2 juhul. Verevalem oli normaalne. Kopsude füüsikalises leius prevaleerisid kuivad räginad.

Erilist tähelepanu pöörasime röntgenoloogilisele uurimisele, mis on interstitsiaalsete kopsupõletike diagnoosimisel põhiline. Enamikul haigetest tehti röntgenogrammid, vajaduse korral kahes suunas (eesmine ja külgmine röntgenogramm). Röntgenograafia toimus kõvakiirtega, mis on interstitsiaalsete kopsupõletikkude diagnoosimisel asendamatu meetod. Suure fookuskauguse, suhteliselt kõrge kilovoltaaži ja milliamperaaži rakendamine võimaldab saada detailseid, väikese geomeetrilise ja dünaamilise ebateravusega röntgenogramme [G. Scheiter, N. Laugwitz (14), N. Sachris (13)], mis on äärmiselt vajalik kopsujoonise ja selle patoloogia hindamisel (vt. tahvel I, röntgenogramm 1). Osa uuritutest oli eelnevalt röntgenoskopeeritud ambulatoorselt ja osutunud terveks, osa patsiente oli külastanud tuberkuloositõrje asutusi. Kõigil 46 haigel leidsime kopsudes muutusi, mis ägedatel juhtudel väljendusid kopsujoonise paikses tugevnemises ja tavalisest kaugemale perifeeriasse ulatumises, peribronhiaal-perivaskulaarsetes infiltratsioonides («muhvides»), peenekoldelisuses ja väratite haaratuses (vt. tahvel I, röntgenogramm 2). Protsessipoolne värat, harva ka vastaspoolne, oli laienenud, ebateravalt piiritletud, värati elemendid olid halvasti diferentseeritavad ja värat ulatus normaalsest kaugemale kaudaalsemale. 1/3 juhtudel võis väratis selgesti eraldada augmenteerunud (suurenenud) lümfisõlmi. Kroonilist interstitsiaalset kopsupõletikku iseloomustas kopsujoonise mitteradiaarne kulg: deformatsioon, joonis teravalt piiritletud ja sagedam perialveolaar—perilobulaarkoe haaratus, mis on nähtav vähema- või suuremasilmuselise võrguna. Protsessipoolne värat on tavalisest tihedam, fibroosi tunnustega (tahvel II, röntgenogramm 3). Tugevnenud kopsujoonis peribronhiaalsete ja perivaskulaarsete

«muhvidega» tuli eriti reljeefselt esile hüpertransparentse fooni (mida põhjustab tõenäoliselt paikne emfüseem) tõttu. Tugevnenud kopsujoonise taustal esines 16 juhul 46-st erineva suurusega väikesi koldeid (vt. tahvel II, röntgenogramm 4).

Mis puutub protsessi paiknemisesse, siis esinesid kirjeldatud muutused 18 juhul mõlema kopsu allväljas, 16 juhul parema kopsu allväljas, 6 juhul vasaku kopsu allväljas ja üksikjuhtudel teistes kopsuväljades. Kõige eelistatumaks piirkonnaks olid seejuures 8., 9. ja 10. kopsusegment.

Meie vaatlused kinnitasid, et mittespetsiifiline interstitsiaalne kopsupõletik on visa kuluga ja allub halvasti ravile. Vaatamata 10—14 päeva kestnud ravile sulfaniilamiidide, antibiootikumide, vitamiinide, füsioterapeutiliste menetluste ja teiste ravimite ning ravivõtetega, lahkus haiglast kõrgenenud kehatemperatuuriga 26 haiget ja mitte veel täiesti normaliseerunud settereaktsiooniga 27 haiget. Ainult 2-l 46 patsiendist normaliseerus röntgenipilt haiglas viibimise perioodil (2—3 nädalat) täiesti. Ülejäänutel kadusid küll koldelised muutused, vähenesid peribronhiaal-perivaskulaarsed infiltratsioonid, kuid jäid püsima tugevnenud kopsujoonis ja muutused värati piirkonnas. Need tähelepanekud manitsevad raviarsti rakendama energilist ambulatoorset järelravi.

Kokkuvõttes tuleb öelda, et atüüpiliselt kulgevate kopsupõletikkude hulgas moodustavad ühe ulatuslikuma rühma peamiselt kopsude interstitsiaalkoes paiknevad kopsupõletikud. Selliste kopsupõletikkude küllalt sage esinemine, nende pikaajaline ja visa kulg, sagedane retsidiveerumine ning kalduvus kroonilisusele nõuavad terapeutidelt ja röntgenoloogidelt senisest suuremat tähelepanu. Ei tohi unustada, et nii ülemiste hingamisteede ägedate katarraalsete põletikkude, gripi kui ka sageli esinevate bronhiitide ja subfebriilse kehatemperatuuriga kulgevate seisundite taga peitub sageli interstitsiaalne kopsupõletik. Diferentsiaaldiagnostiliselt peaksid terapeudid sagedamini mõtlema interstitsiaalsele kopsupõletikule, ja ka röntgenoloogid ei tohiks piirduda ainuüksi koldeliste muutuste fikseerimisega. Sageli märgitakse kopsude interstitsiaalkoes kulgevate produktiiv-põletikuliste protsesside puhul diagnoose «peribronhiit», «fibroos», «pneumoniit» jne. Sisuliselt väljendavad nad aga kas kopsu põletikulise protsessi erifaasi või muutuste ulatust, mis on enamasti laiem kui seda lubavad oletada röntgenoloogilised diagnoosid. Mõiste «interstitsiaalne kopsupõletik» annab aga ühtse, dünaamilise ja sisulise kujutluse kopsude interstitsiaalkoes kulgevast protsessist ja sunnib raviarsti patsiendisse tõsisemalt suhtuma, kui ta seda teeks võibolla diagnooside «peribronhiit», «fibroos» jm. puhul. Tõsine suhtumine nendesse haigetesse on vajalik, et vältida bronhiektaasiat, kopsuemfüseemi, bronhiaalastmat jt. kui ravimata, krooniliselt kulgeva mittespetsiifilise interstitsiaalse kopsupõletiku paratamatuid tagajärgi.

KIRJANDUS

1. Богоявленский И. Ф. Вестн. рентгенол. и радиол. 1954, I, 8—14. — 2. Власов В. К. Клинич. медицина 1958, 12, 72—75. — 3. Дяченко В. Х. и Ступницкий А. А. Клинич. медицина 1958, 12, 69—71. — 4. Зедгенидзе Г. А. и Соболев В. И. Вопросы рентгенологии и радиологии. Сборник трудов, М., 1955, 103—110. — 5. Кейзер С. А. Сов. медицина, 1959, 4, 58—62. — 6. Никулин К. Г. Клинич. медицина 1957, 12, 46—50. — 7. Работина Е. Р. Клинич. медицина, 1957, 12, 51—55. — 8. Соколов Ю. Н. Вопросы рентгенологии и радиологии. Сборник трудов, М., 1955, 111—122. — 9. Шишкин С. С. Клинич. медицина, 1958, 12, 75—78. — 10. Beck, J. Z. ges. innere Med. 1958, 24, 1022—1024. — 11. Hers, I. F. Ph. a. o. Lancet 1958, 48, 1141—1143. — 12. Hirsch, W. Lungenkrankheiten im Röntgenbild. I Band. Leipzig, 1958. — 13. Sachris, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 4, 12—15. — 14. Schreiter, G. Laugwitz, N. Tuberk. 1957, Bd. 110, H. 2, 90—96. — 15. Sylla, A. Z. ges. innere Med. 1958, 19, 744—752.

ДИАГНОСТИРОВАНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ

К. Валгма

Резюме

Накапливается все больше данных об уменьшении частоты заболеваний классической пневмонией, и об учащении заболеваний т. н. атипичной пневмонией, причем атипично протекающие воспаления легких связывают с вирусными заболеваниями и вторичной микрофлорой, активизирующейся в связи с ними. Во многих случаях удавалось доказать вирусное происхождение атипичных воспалений легких, но часто возбудитель остается не выявленным.

В терапевтическом отделении Тартуской городской клинической больницы обследовали 46 больных (22 мужчины и 24 женщины), у которых диагностировали неспецифическую интерстициальную пневмонию. У 15 больных была острая пневмония, в 19 случаях — обострение хронической интерстициальной пневмонии, и в 12 случаях хронический процесс в период затихания. Больные, отнесенные в последнюю группу были госпитализированы преимущественно с диагнозом бронхиальной астмы и эмфиземы легких.

У больных острой интерстициальной пневмонией в 6 случаях начало заболевания было острым, в 9 случаях заболевание началось исподволь. В основном больные жаловались на усталость, кашель, скудное выделение мокроты, усиленное потоотделение и похудание. Температура была повышена у 11 больных ,но только у двух больных температура была выше 38°. У четырех больных температура была нормальной. При перкутировании ни у одного больного не удалось определить изменений перкуторного звука. У 10 больных на ограниченном участке выслушивались крепитация и мелкопузырчатые хрипы. У остальных при выслушивании отклонений от нормы обнаружено не было. РОЭ была ускорена у 13 больных (колебалась от 20 до 40 мм/час), у 2 больных РОЭ была нормальной. Количество лейкоцитов было повышено (более 8000) в 4 случаях, в 10 случаях — было нормальным и в одном случае — ниже нормального. В картине крови 5 больных был отмечен сдвиг в сторону увеличения количества нейтрофильных палочкоядерных лейкоцитов. Моноцитоз и эозинофилию наблюдали в 4 случаях.

Группу больных с обострением хронической неспецифической пневмонии (19 человек) характеризовало наличие бронхитов, гриппа, кашля и субфебрильной температуры. Некоторые больные повторно болели воспалением легких. У всех больных была повышенная температура. При перкуссии в легких изменения не определялись, при аускультации у 15 больных выслушивались сухие хрипы, крепитация и мелкопузырчатые хрипы; у 4 больных при аускультации изменений определить не удалось. РОЭ была ускорена у 17 человек. Количество лейкоцитов у большинства больных было в норме. Изменений картины крови не было.

Особенное внимание было обращено на результаты рентгенологического обследования, основного способа диагностирования интерстициальной пневмонии. Большинству больных были сделаны рентгенограммы (при необходимости в боковой и передней проекциях). Для рентгенографии применяли жесткие лучи, что является незаменимым методом при диагностировании интерстициальных пневмоний. Использование большого фокусного расстояния, сравнительно низкого вольтажа и миллиампераж позволяет получать детальные, с небольшой геометрической и динамической нерезкостью рентгенограммы, имеющие большое значение при оценке рисунка легких и его патологии.

У 46 больных в легких были обнаружены изменения. В острых случаях рисунок легких был местами усилен и был виден дальше по направлению к периферии, наблюдались перибронхиальные-периваскулярные инфильтрации («муфты»), мелко-очаговость и поражение хилуса. Хилус на стороне процесса, а иногда и противоположный, был расширен, неясно отграничен, элементы хилуса плохо различимы, хилус простирался дальше нормального в каудальном направлении, а в $^1/_3$ случаев в хилусе были ясно различимы сегментированные (увеличенные) лимфатические узлы. Характерным для хронической интерстициальной пневмонии был нерадиарный ход рисунка легких — деформация, рисунок ясно отграничен и вовлечение перивальвеолярной-перилобулярной ткани, видимой в качестве мелко- или широкопетлистой сетки. Хилус на стороне процесса обычно уплотнен с признаками фиброза. Усиленный легочный рисунок с перибронхиальными периваскулярными муфтами выделялся особенно рельефно, вследствие сверхтранспарентного фона, зависящего, очевидно, от местной эмфиземы.

Описанные изменения наблюдались в 18 случаях в нижнем поле обеих легких, в 16 случаях в нижнем поле правого и в 6 случаях в нижнем поле левого легкого, а в единичных случаях и других полях В таких случаях это были 8, 9 и 10 легочные сегменты.

В заключение следует сказать, что из атипически протекающих пневмонии, наиболее значительную группу составляют главным образом интерстициальные пневмонии. Значительная частота заболеваний этими пневмониями, их длительное и упорное тече-

ние, частые рецидивы и наклонность к переходу в хроническое заболевание требуют от терапевтов и рентгенологов большего, чем до настоящего времени, внимания. Не следует забывать, что за острыми катаррами верхних дыхательных путей, гриппом, частыми бронхитами и состояниями, сопровождающимися субфебрильной температуры зачастую скрывается интестициальная пневмония. Необходимо уделять этим больным самое серьезное внимание, чтобы предупредить заболевания бронхоэктазией, эмфиземой легких, бронхиальной астмой и др. как неизбежными результатами нелеченного хронического неспецифического интерстициального воспаления легких.

FONOKARDIOGRAAFIAST LASTE SÜDAMEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISEL

S. KLEITSMANN

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Fonokardiograafiat — südame talitlusel tekkivate häälevõngete objektiivset graafilist registreerimist — hakkasid esmakordselt kasutama Einthoven ja Geluck 1894. aastal. Alles viimasel paaril aastakümnel on seda meetodit, tänu tehnika kiirele arengule, tunduvalt täiendatud ja laialdaselt rakendama hakatud. Käesoleval ajal on fonokardiograafia üldise tunnustuse leidnud [A. Koblents-Miške (2), A. Kuznetsov (3), V. Masljuk (4), M. Oskolkova (5), K. Holldack ja D. Wolf (6), E. Mannheimer (7), A. Nadas (8)].

Õigeks fonokardiograafia kasutamiseks on vaja selgesti teada selle meetodi võimalusi ja iseärasusi.

Kaasaegse fonokardiograafi mikrofonis muudetakse helivõnked elektrivõngeteks. Viimaseid võimendatakse ja filtreeritakse sageduste kaupa, seejärel registreeritakse nad liikuvale lindile kas fotografeerimise või kirjutamise teel. Fonokardiograaf registreerib häälevõnkeid, kuid me aistame neid fonokardiogrammil mitte kõrvaga, vaid silmaga.

Südamehaiguste diagnoosimisel on oluline kindlaks teha südamehelide ajaline asetus südametsükli faaside suhtes, intervallide olemasolu ja nende suurus, kahinate graafiline kuju ja võngete sagedus, kestus ning intensiivsus. Samuti on vajalik toonide ja kahinate muutuste objektiivne dünaamiline jälgimine. Fonokardiograafial on kõige eeltoodu fikseerimiseks suured eelised, võrreldes kuulatlemisega. Inimese kõrv eraldab helimuljeid vähemalt 0,05 sekundilise intervalliga. Fonokardiogrammil, mis on registreeritud kiirusega 50 mm/sek., saame kasutada mõõtmist täpsusega 0,01 sek. Samuti võimaldab fonokardiograafia südame talitlusel tekkivate helide muutusi objektiivselt jälgida ja võrrelda neid ka pikemate vaheaegade järel.

Fonokardiogrammi registreerimiseks on meile kättesaadav Leningradi tehases «Krasnogvardejets» valmistatud 2-kanaliline fonoelektrokardiograaf. Aparaat registreerib üheaegselt fonokardiogrammi koos elektrokardiogrammiga kahe paralleelse kõvera näol 35 mm laiusele ostsillograafi perforeeritud fotopaberile või filmilindile. Vajaduse korral võib kumbagi neist fikseerida ka eraldi.

Fonokardiogrammi tegemiseks pannakse laps lamama, registreerimine toimub hingamispausi ajal pärast väljahingamist, väikelastel ja imikuil aga hingamise ajal. Imikute puhul on fonokardiogrammi parem registreerida siis, kui nad magavad, või varsti pärast söötmist. Ka karjuva imiku südamehelisid on võimalik jäädvustada, sest sügava väljahingamise korral tekib lühike aeg, millal hingamiskahin puudub, nii et 3—4 südamelööki saab aparaadiga siiski tabada.

Fonokardiogrammi ei registreerita üksnes hingamispausi ajal, vaid ka hingamise ajal (II tooni lõhestumise sedastamiseks). Mõnikord on vaja

registreerida ka sügava sissehingamise momendil (et kindlaks teha süstoolse kahina päritolu juhul, kui kahtlustatakse kolmehõlmalise klapi puudulikkust).

Fonokardiogrammi registreerimisel tuleb jälgida mikrofoni fikseerimist rindkerele. Liiga tugeva kinnitamise korral võivad madala sagedusega helid registreerimata jääda. Liiga nõrga kinnitamise puhul kannatab võngete amplituud ja võivad tekkida lisakahinad, sest mikrofonialusesse ruumi pääseb vaba õhku (ruumimüra). Üldtingimuseks jääb, et ruum, kus uurimine toimub, olgu vaikne. On soovitatav, et seinad ja põrand oleksid riidega kaetud [A. Nadas (8)]. Kaasasündinud südamerikketega lastel on kahinate võnkeamplituudid väga suured. Kui võimendust vähendada, siis nõrgemad helid jäävad registreerimata. Seepärast on soovitatav fonokardiogrammi registreerida nii tugevama kui ka nõrgema võimendusega kordamööda samast punktist.

Eelmainitud aparaadiga võib fonokardiogrammi registreerida järgemööda ühest punktist kuni 5 erineva sageduskarakteristikaga. Karakteristikate märkimiseks on aparaadil (ja seetõttu ka käesolevas artiklis kasutatud venekeelseid tähti: «A» (auskultatiivne), «H» (madal), «C_1» (keskmine$_1$), «C_2» (keskmine$_2$) ja «B_1» (kõrge). Mikrofoni fikseerime kordamööda kõigile tavalistele südame kuulatlemise punktidele, vajaduse korral veel muudele kohtadele. Imikul fikseeritakse mikrofon südame absoluutse tumestuse kohale [K. Holldack ja D. Wolf (6)].

Fono- ja elektrokardiogrammi üheaegsel registreerimisel on võimalik mõõta mitmeid olulisi intervalle, mis iseloomustavad südame seisundit, näit.:

a) saame mõõta intervalli Q algusest elektrokardiogrammil kuni I tooni peasegmendi alguseni fonokardiogrammil (Q-I). Viimase pikenemine näitab vasaku vatsakese vähenenud täitumisrõhku (mitraalklapi stenoos, kodade funktsiooni väljalangemine). Pikenemist loetakse alates 0,08 või 0,09 sekundist. Q-I pikkus ei olene pulsi sagedusest ega patsiendi east [K. Holldack ja D. Wolf (6)];

b) võime kindlaks teha II tooni alguse ja mitraalklapi avanemisplõksu vahelise intervalli, mis on oluline mitraalklapi stenoosi astme hindamisel;

c) I ja II tooni alguse vahelise intervalliga mõõdetakse mehhaanilise süstoli pikkust;

d) II ja III tooni vahelise intervalliga saame määrata vatsakeste kiire täitumise perioodi kestust, mis mõnede klapirikete puhul on lühenenud [S. Kleitsmann, A. Koblents-Miške ja N. Kurenskaja (1)].

Südame talitlus ja vere liikumine kutsuvad esile erineva sageduse ning amplituudiga võnkeid: esiteks võnkeid (ligikaudu 1 võnge sekundis) rindkerel, mis tekivad südame kuju ja mahu muutustest; teiseks sagedamaid rindkere võnkeid (6—10 Hz), mis on tingitud südame ja veremassi ümberpaigutumisest. Need võnked registreeritakse kardiogrammil, ballistokardiogrammil. Veel sagedamaid võnkeid põhjustavad südamehelid — toonid ja kahinad.

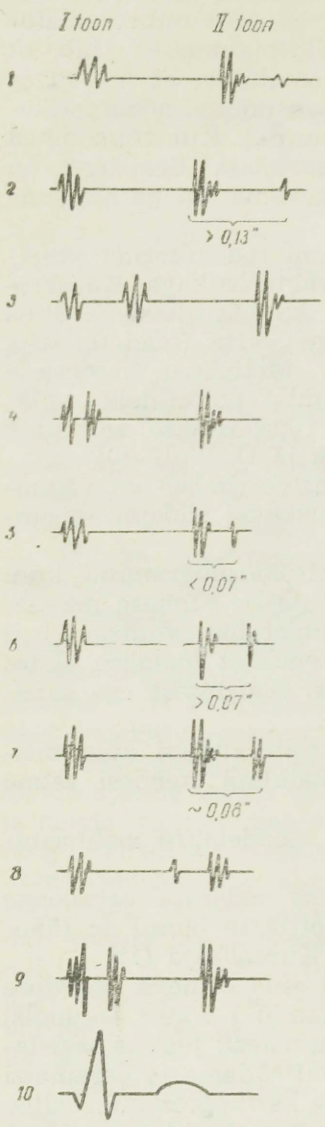
Toonid on tekitatud võngetest, mille sagedus on kuni 150 Hz. Patoloogilistel juhtudel võivad toonide moodustamisest osa võtta kõrgemate sagedustega võnked.

Kahinad on põhjustatud veel sagedamatest võngetest, peamiselt 200—300 Hz, mõnede autorite järgi ka 400—1000 Hz [Koblents-Miške (2)].

Peale sageduse on heli iseloomustuseks tugevus. Eristatakse nõrka ja tugevat heli. Südamehelid ei ole ühtlase tugevusega, sageduse tõusmisel enamasti nende tugevus langeb.

Terve inimese normaalsel fonokardiogrammil on kõigil sageduskarakteristikumidel I ja II toon näha. Tipul on harilikult I, baasil II toon suurema amplituudiga. Amplituud ei ole kõigil sageduskarakteristikumidel ühtlane.

Lastel ja noortel konstateeritakse peale I ja II tooni veel sageli III tooni, harvem IV tooni. Samuti on neil II toon alati tugevamini registreeritud *a. pulmonalis*'el kui aordil. Fonokardiograafia aitab diferentseerida II tooni lõhestumist III toonist ja reast ekstratoonidest, samuti võimaldab diferentseerida I tooni lõhestumist IV toonist.



Normaalne I toon koosneb eel-, pea- ja järelsegmendist. Eel- ja järelsegment on madalama sagedusega (ligi 30 Hz), peasegmendi sagedus on 100—150 Hz. «C_2»- ja «B_1»-kõverail eel- ja järelsegment ei ilmu nähtavale. Eelsegment algab umbes 0,03 sek., peasegment umbes 0,06 sek. pärast QRS-kompleksi algust. Peasegment jääb R-saki langeva haru kohale. Tal on suurem amplituud kui eel- ja järelsegmendil.

Normaalne II toon sagedusega 100—120 Hz tekib juba sulgunud aordi- ja pulmonaalklappide kummumisest järsu rõhulanguse tõttu vatsakestes. Ka tervetel, eriti sissehingamisel, võib täheldada selgesti piiritletud aortaalset ja pulmonaalset komponenti. Sissehingamisel eemalduvad II tooni komponendid teineteisest. Harilikult eelneb aortaalne komponent, mis on ka kõrgema sagedusega. Vasaku sääre bloki ja vasaku vatsakese tugeva ülekoormuse korral võib pulmonaalkomponent erandlikult esineda enne aortaalset.

Intervall aortaalse komponendi algusest kuni pulmonaalse komponendi alguseni vältab täiskasvanuil harilikult 0,02—0,07 sek. ja väikelastel 0,03—0,04 sek.; imikuil see intervall puudub.

Südametoonide tugevus oleneb kardiaalseist tegureist.

Tugevnenud I tooni puhul rohkenevad tema koosseisus kõrgsagedusega võnked ja I toon ilmub paremini nähtavale ka «C_2»- ning «B_1»-kõveral.

III toon on registreeritav südame absoluutse tumestuse kohal või tipul (paremini siis, kui patsient on vasakus külgasendis) «H»- ja «C_1»-kõveral. Seismisel ei ole sedastatav. Tekib vere tugevnenud sissevoolust vasakusse või paremasse vatsakesse. Noortel on III tooni esinemine füsioloogiline.

IV toon (kodade toon) on sedastatav südame absoluutse tumestuse kohal. IV tooni

Joon. 1. Südametoonide graafiline kujutus (Holldack'i järgi)

1. normaalne fonokardiogramm, 2. III toon, 3. IV toon 4. lõhestunud I toon, 5. lõhestunud II toon, 6. protodiastoolne ekstratoon, 7. mitraalklapi avanemisplõks, 8. süstoolne ekstratoon, 9. pulmonaalne või aortaalne pingumustoon, 10. elektrokardiogramm

ilmnemist «H»- ja «C_1»-kõveral peetakse füsioloogiliseks, «A»- ja «C_2»-kõveral (s. o. tugevnenud IV toon) aga patoloogiliseks. Tekib kodade intensiivistunud tegevusest.

Summatsioongalopp (III+IV) on registreeritav südame absoluutse tumestuse kohal «H»- kuni «C_2»-kõveral. Tekib III ja IV tooni liitumisest lühikese diastoli ja pikenenud PQ-aja puhul.

Lõhestunud I toon tuleb ilmsiks südame tipul «C_1»- ja «C_2»-kõveral.

Tekib parema ja vasaku vatsakese transformatsiooniaja asünkroonilise lõpu puhul.

Lõhestunud II toon on registreeritav teises roidevahemikus vasakul rinnakust «C_1»- ja «C_2»-kõveral. Tekib aordi- ja pulmonaalklappide eriaegsel sulgumisel (näit. parema sääre bloki, intrakardiaalse vasakult paremale suunatud šundi puhul ja isoleeritud pulmonaalklapi stenoosi korral).

Mitraalklapi avanemisplõks on sedastatav ainult orgaanilise stenoosi puhul. Tekib mitraalklapi kummumisest vasakusse vatsakesse vere voolamise algul ja näitab stenoseerunud klapihõlmade kerget liikuvust. Harvemini on avanemisplõks kuuldav kombineerunud mitraalklapirikete puhul. On registreeritav südame tipu ja rinnaku alumise osa vahel keskel, hästi nähtav «A»- ja «C_2»-kõveral, samuti võib näha «C_1»- ja «B_1»-kõveral. Intervall II tooni aortaalsest komponendist kuni mitraalklapi avanemisplõksuni näitab kaudselt vasaku koja rõhku.

Trikuspidaalklapi avanemisplõks on registreeritav südame absoluutse tumestuse kohal «C_1»- ja «C_2»-kõveral. Erinevalt eelmisest esineb ka funktsionaalse stenoosi puhul, näiteks kodadevahelise vaheseina defekti korral.

Protodiastoolne ekstratoon on sedastatav südame absoluutse tumestuse kohal «A»- ja «C_2»-kõveral. Näitab diastoolse lateraalsele liikumise järsku lõppemist perikardi tihenemise (lubjastumise) või eksudaadi tõttu.

Süstoolne ekstratoon (Klick) tuleb ilmsiks tipupiirkonnas «C_1»- ja «C_2»-kõveral. Esineb jäägina perikardiaalsest kahinast või pleuroperikardiaalseist liiteist.

Pulmonaalne paisutustoon on registreeritav teises roidevahemikus vasakul sternaaljoonel «C_1»- ja «C_2»-kõveral. Tekib pulmonaalarteri seina tugevnenud kummumusest vere paiskumisel pulmonaalarterisse kõrgenenud rõhu all.

Aortaalne paisutustoon on sedastatav teises roidevahemikus vasakul rinnakust kuni südame tipuni «C_1»- ja «C_2»-kõveral. Tekib aordi seina tugevnenud kummumisest vere paiskumisel aorti kõrgenenud rõhu all.

Kahinaid võimaldab fonokardiograafia jaotada asukoha, kestuse, graafilise kuju, sageduse ja tugevuse järgi. Ühtlasi lubab see menetlus sajandik-sekundilise täpsusega kindlaks teha intervalle toonide ja kahinate vahel, samuti jälgida kahinate dünaamikat ja sedastada mitme erineva päritoluga kahina olemasolu vastavalt erinevale graafilisele kujule (vt. joon. 2).

Asukoha järgi jaotatakse kahinad süstoolseteks ja diastoolseteks. Mesosüstoolne tekib süstoli keskel, protodiastoolne — diastoli algul, presüstoolne — diastoli lõpul. Viimane ulatub kuni I toonini ja on oluline mitraalklapi stenoosi diagnoosimisel.

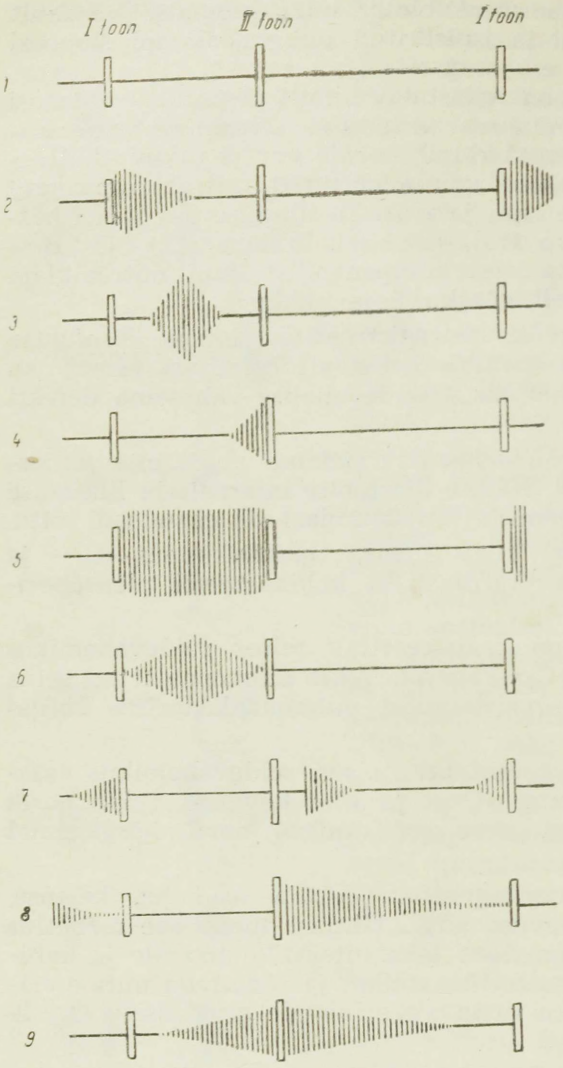
Kestuse järgi eristatakse pikki ja lühikesi kahinaid. Täpsemal väljendumisel öeldakse näiteks: «Täidab $^2/_3$ süstoli algusest.» Holosüstoolne [K. Holldack (5)] ehk pansüstoolne kahin [A. Nadas (7)] täidab linditaoliselt kogu süstoli I toonist II toonini. Holosüstoolne kahin tekib näiteks vatsakeste vaheseina defekti ja mitraalklapi puudulikkuse puhul.

Graafilise kuju järgi jaotatakse kahinad rombitaolisteks, värtnataolisteks, linditaolisteks, sadulakujulisteks, ebamäärasteks, *crescendo*- ja *decrescendo*-kahinateks. Näiteks sadulakujuline diastoolne kahin (protodiastoolne *decrescendo* + presüstoolne *crescendo*) esineb mitraalklapi stenoosi puhul, pikk kõrgsagedusega *decrescendo* diastoolne kahin tekib aordi insufitsientsuse korral.

Graafilise kuju kirjeldamisel on oluline, millisel kõveral kuju paikneb. Üks ja sama kahin võib eri kõveratel peegelduda erineval kujul

(näiteks «C_1»-kõveral võib kahin olla linditaoline, «C_2»- ja «B_1»-kõveral aga esineda hilise maksimumiga *crescendo*-kahinana).

Sageduse järgi eristatakse madal- ja kõrgsagedusega kahinaid. Madalsagedusega kahin on registreeritav ainult madalsagedusega kõveral («H», «C_1»). Kõrgsagedusega kahin peab kindlasti olema registreeritud kõrgsagedusega, kuid võib olla sedastatud ka madalsagedusega kõveral. Näiteks aordi insufitsientsuse puhul täheldatav diastoolne kahin on kõrgsagedusega, ta tuleb hästi ilmsiks «C_2»- ja «B_1»-kõveral. Mitraalklapi stenoosi puhul registreeritav diastoolne sadulakujuline või protodiastoolne ja presüstoolne kahin seevastu on hästi edasiantav «C_1»- kõveral, s. o. madalsagedusega kõveral. Kõrvaga sedastatav puhuv tämber väljendub fonokardiogrammil kõrgsagedusega kahinana ja on registreeritav »C_2»-kõveral, enamasti ka «B_1»-kõveral [S. Kleitsman, A. Koblents-Miške ja N. Kurenskaja (8)].



Joon. 2. Südamekahinate graafilisi kujutusi.

1. normaalne fonokardiogramm, 2. decrescendo-kujuline süstoolne kahin, 3. rombikujuline süstoolne kahin, 4. crescendo-kujuline presüstoolne kahin, 5. holosüstoolne lindikujuline kahin, 6. värtnataoline süstoolne kahin, 7. protodiastoolne decrescendo- ja presüstoolne crescendo-kahin, 8. pikk decrescendo-kujuline diastoolne kahin, 9. süstoolne-diastoolne kahin

Intensiivsuse järgi tehakse vahet nõrkade ja tugevate kahinate vahel. Eriti tugevad on kahinad kaasasündinud südamerikete, näiteks *ductus Botalli apertus*'e ja vatsakeste vaheseina defekti korral. Aktsidentsed kahinad on enamasti nõrga intensiivsusega.

Intervallide olemasolu kahinate algul või lõpul saab sedastada enamasti ainult fonokardiogrammil, sest nende intervallide kestus on väga lühike. Diferentsiaaldiagnostiliselt võib aga intervallide olemasolu või puudumine anda mitmeid näpunäiteid. Näiteks aordi stenoosi korral tekib tüüpiline rombikujuline süstoolne kahin, mis on intervalliga eraldatud nii esimesest kui teisest toonist. Pulmonaalklapi stenoosi puhul registreeritaval kahinal aga puuduvad vabad intervallid kahina algul ja lõpul. Aordi insufitsientsuse diastoolne *decrescendo*-kahin algab koos II tooniga, ilma vaba intervallita. Pulmonaalklapi puudulikkuse puhul täheldatakse aga II tooni ja diastoolse kahina alguse vahel väikest intervalli.

Kahinate jaotamisel patoloogilisteks ja mittepatoloogilisteks ei ole fonokardiograafia täitnud temale pandud lootusi. Aktsidentsete kahinate

tekkekoht ja mehhanism on tundmata. Seetõttu pole nende jaoks ka kindlat auskultatoorset ega fonokardiograafilist tunnust. Siiski annab fonokardiograafia mitmeid tähtsaid vihjeid, mis enamikul juhtudel võimaldavad diferentseerimist. Aktsidentsed kahinad on registreeritavad peamiselt keskmise sagedusega kõverail, nad on väikese intensiivsusega, sageli värtnakujulised, asetsevad süstoli I pooles, enamasti on eraldatud I toonist lühikese vaba intervalliga, sagedamini sedastatavad südame baasil kui tipul ja olenevad keha asendist.

Eesti NSV laste raviasutustes vajab fonokardiograafia senisest rohkem tähelepanu. Eriti on seda tarvis rakendada klapirikete diagnoosimisel, et vältida süütu aktsidentse kahinaga last pidamast raskesti haigeks. Teisest küljest on fonokardiograafia tarvilik kaasasündinud südamerikete väljaselgitamiseks, eriti kui riketega on kaasnenud reumatism. Hulk südamerikkeid on käesoleval ajal operatiivsel teel edukalt ravitavad. Fonokardiograafia oskuslikul kasutamisel jäävad ära mõnedki komplitseeritud protseduurid operatiivse ravi näidustuse või vastunäidustuse määramisel.

Fonokardiograafia on leidnud laste südamehaiguste diagnoosimisel kindla koha, kuid praeguses arenemisjärgus ei saa auskultatsiooni tema vastu välja vahetada. Fonokardiogramm on kliiniline abivahend, lõpliku diagnoosi võime panna ikkagi ainult kompleksse uurimise põhjal.

KIRJANDUS

1. Клейтсман С. Х., Кобленц-Мишке А. И. и Куренская Н. М. В сб.: Ревматизм у детей. Выпуск второй. Л., 1962, 101—115. — 2. Кобленц-Мишке А. И. Клинич. медицина 1960, 5, 139—145. — 3. Кузнецов А. И. Педиатрия, 1959, 7, 35—40. — 4. Маслюк В. И. Терапевт. 1959, 11, 23—34. — 5. Осколкова М. К. Педиатрия, 1960, 8, 49—57. — 6. Holldack, K. und Wolf, D. Atlas und kurzgefasstes Lehrbuch der Phonokardiographie und verwandter Untersuchungsmethoden. Stuttgart, 1958. — 7. Mannheimer, E. Acta paediatrica, 1940, vol. XXVIII, suppl. II, 1—287. — 8. Nadas, A. S. Pediatric Cardiology. Philadelphia & London, 1957.

ФОНОКАРДИОГРАФИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

С. Клейтсманн

Резюме

Для правильного применения фонокардиографии необходимо иметь ясное представление об особенностях и возможностях этого метода.

Звуковые волны, возникающие при сердечной деятельности фильтруются фонокардиографом, усиливаются и регистрируются на движущейся фотобумаге одновременно с электрокардиограммой.

Фонокардиографический метод позволяет объективно определять во времени тоны сердца, частоту колебаний, продолжительность и интенсивность их. Возможно следить за изменениями тонов и шумов сердца.

Фонокардиограмма позволяет отличать расщепленные тоны от экстратонов, что при аускультации сделать трудно, так как при выслушивании за расщепление II тона могут быть приняты III тон, протодиастолический экстратон или щелчок от раскрытия митрального клапана. Расщепление I тона может быть также вызвано разными причинами, которые можно установить с помощью фонокардиографии.

В работе представлены графические изображения сердечных тонов и их краткая фонокардиографическая характеристика, демонстрируются возможности графического изображения сердечных шумов при фонокардиографии и дается краткая характеристика наиболее часто встречающихся шумов.

ATEROSKLEROOSI PATOLOOGILIS-ANATOOMILINE ISELOOMUSTUS

A. LUKAS

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroost, ülem *A. Lukaš*)

Ateroskleroosi kui kaasaja ühe levinuma südame- ja veresoonkonna haiguse uurimine on suure tähtsusega. Kohaliku elanikkonna ateroskleroosi haigestumise iseloomu selgitamiseks töötasime läbi Tallinnas 12 aasta kestel (1950—1961) surnud inimeste kohta koostatud lahanguprotokollid.

Kõigist surmaga lõppenud haigusjuhtudest oli 43,8%-l surma põhjuseks südame- ja veresoonkonna haigused, millest oli esikohal ateroskleroos— 62%, seejärel hüpertooniatõbi — 24%. Ülejäänud südame- ja veresoonkonna haigustele, mille põhiliselt moodustasid reumaatilised kardiidid ja südameklapi rikked, langes 14% surmajuhte. Ateroskleroosi surnutest olid 54% mehed ja 46% naised.

Surnud isikute vanus on küllaltki iseloomulik: 51—60-aastasi oli 16%, 61—70-aastasi 36%, 71—80-aastasi 36%, 81—90-aastasi ja vanemaid 8,6%. Kuni 50-aastaste vanuserühmale langes kõigest 3,4%, kusjuures alla 30 aasta vanuses esines ateroskleroos ainult ühel juhul.

Üldiselt on suremus ateroskleroosi tagajärjel kogu aasta kestel võrdlemisi ühtlane, välja arvatud kevad- ja suvekuud, mil surnute arv ületab veidi kuude keskmise.

Lahanguprotokollide uurimisel selgus, et tavaliselt põhjustas surma progresseeruva kuluga üldine ateroskleroos, mille puhul leiti vanemaid ja värskemaid ateromatoosseid naaste, sageli ka haavandeid. Enamikel juhtudel õnnestus kindlaks teha ateroskleroosi valdavat lokaliseerumist ühtede või teiste tähtsamate elundite arterites. Nimetatud tunnuse järgi jaguneb meie andmestik järgmiselt:

südame koronaararterite valdav kahjustus	—	56,6%,
ajuarterite valdav kahjustus	—	27%,
neeruarterite valdav kahjustus	—	1,8%,
aordi valdav kahjustus (kaasa arvatud selle tromboos)	—	2,6%,
kõhunäärmearterite valdav kahjustus	—	3,7%,
mesenteriaalarterite valdav kahjustus	—	3,6%,
jäsemearterite valdav kahjustus	—	2,6%,
südameklappide ja veresoonte kahjustused (ateroskleerootilised südamehäired)	—	2,1%

Nagu nendest andmetest nähtub, langes üle poole ateroskleroosist põhjustatud surmajuhtudest koronaararterite skleroosile, kuid südame- ja ajuarterite kahjustuste tagajärjel suri ühtekokku ligi 84% ateroskleroosihaigetest.

Koronaarskleroosi puhul, mis on ateroskleroosi kõige sagedamini esinevaks vormiks, leiti pärgarterites ateroskleerootilisi naaste, valdavas enamikus peatüvedes ja suurtes harudes. Ainult vähestel juhtudel täheldati alla 50 aasta vanustel inimestel pärgarterite lähtekoha piirkonnas üksikuid ateromatoosseid naaste, mis põhjustasid pärgarterite spasmi (stenokardia) läbi surma enne müokardi infarkti selgesti väljenduva pildi väljaarenemist.

Koronaarskleroosi puhul oli pooltel juhtudel surma põhjuseks müokardi värske või armistunud infarkt. Infarktid lokaliseerusid vasakus vatsakeses 77,5%-l, vatsakeste vaheseinas 19,6%-l, paremas vatsakeses 0,9%-l, paremas ja vasakus vatsakeses samaaegselt 1,8%-l juhtudest.

Infarkti sellise lokaliseerumise kutsusid esile vasaku pärgarteri alaneva ja ümbritseva haru sagedased ateroskleroотilised kahjustused. Vasaku vatsakese eesseina infarkti täheldati 38,5%-l ja tagaseina infarkti 36,1%-l ning üheaegselt ees- ja tagaseina kahjustust 25,3%-l juhtudest. Vatsakeste vaheseina infarkt paiknes enamasti selle eesmises osas, mille põhjuseks oli vaheseina seda osa verega varustava vasaku pärgarteri haru kahjustus. Vatsakese ees- ja tagaseina samaaegse nekroosi korral esines vasaku pärgarteri lähtekoha tromboos, kusjuures infarkt tabas ka vatsakeste vaheseina.

Infarktijuhtudel esines peaaegu alati vastavate pärgarterite valendiku tunduv ahenemine ateromatoossete naastude tõttu, sageli sedastati ka ülejäänud valendiku tromboosi. Sealjuures olid trombid valdavas enamikus värsked või koosnesid hüaliinisarnasest massist. See näitab, et trombide moodustumine on hoopis teiseseks teguriks infarkti tekkimisel ning pärgarterite tromboos on tihtipeale infarkti tagajärjeks, mitte aga selle põhjuseks. Kliinilis-anatoomiliste võrdlusandmete põhjal võib väita, et pärgarterite spasmid, s. o. nende funktsionaalsed muutused, on isheemia üks esmaseid tekkepõhjusi, millele järgneb müokardi nekroos. Südame koronaararterite ateromatoossed naastud on pärgarterite spasmi tekitavaks patoloogiliseks impulsiks. Seejuures kujunenud patoloogiline ring — spasm, isheemia, müokardi nekroos — loob soodsad tingimused trombide moodustumiseks pärgarteri teatavas lõigus või selle tunduvas ulatuses.

Värske infarkti puhul leiti 7%-l juhtudest müokardi spontaanseid rebendeid, kusjuures surm oli järgnenud südametamponaadile.

Ülejäänud 50%-l juhtudest, kus surma valdavaks põhjuseks oli koronaararterite skleroos, leiti lahangul müokardi tunduvat armistumist varem esinenud infarktide tagajärjel. Armide esinemiskoht erines tunduvalt müokardi värskete infarktide asukohast.

Kõige sagedamini leiti suuri arme vasaku vatsakese tagaseinas, mõnevõrra harvemini eesseinas ning veelgi harvemini samaaegselt ees- ja tagaseinas. Vatsakeste vaheseina armistumist täheldati harva ning ainult üksikjuhtudel esines seal arme kas vasaku vatsakese ees- ja tagaseina või vasaku vatsakese seina ja vatsakeste vaheseina samaaegsete infarktide tagajärjel.

Värskete müokardi infarktide ja infarktijärgselt armistunud piirkondade võrdlemisel selgus, et kõige sagedamini tervistuti vasaku vatsakese tagaseina infarktist. Haigete ellujäämist teiste lokaliseerumiskohtadega ja kombineerunud infarktide puhul võib seletada mitmesuguste põhjustega, nagu pärgarterite anastomooside hea areng ning osaliselt ka pärgarterite obtureerunud valendike rekanaliseerumine.

Mõnedel juhtudel ei kaasunud müokardi värsketele infarktidele või infarktijärgsetele armistumistele koronaararterite valendiku järsku ahenemist. See tõestab veelkordselt, et südamelihaste nekrooside ja vereringe häirete algpõhjuseks on koronaararterite funktsionaalsed häired (spasmid).

Müokardi infarkti järgse tunduva armistumise puhul leiti 22%-l juhtudest kroonilist südame aneurüsmi, mis mõnikord ulatus suurte mõõtmeteni. Müokardi armide lubjastumist esines võrdlemisi harva.

Südame ja veresoonte puudulikkuse nähte täheldati müokardi infarktide ning kardioskleroosi puhul surma põhjusena kõigil juhtudel. Nende väljakujunemise määr sõltus südame kahjustuse kestusest, müokardi kahjustuse lokaliseerumisest ja ulatusest ning organismi kompensatoorsetest omadustest.

Valdavalt ajuveresoontes lokaliseeruvale ateroskleroosile oli patoloogilis-anatoomiliselt iseloomulik selgesti väljenduvad muutused arteriaalsetes veresoontes. Sealjuures olid enamikel juhtudel kahjustatud kesksed ajuarterid, mõnevõrra harvemini eesmised ning veelgi harve-

mini tagumised ajuarterid. Tavaliselt oli ateroskleroosist haaratud ajupõhimikuarter. Ajuveresoonte valendike täielik sulgus osutus lahkamisel haruldaseks leiuks.

Ajuveresoonte ateroskleroosi tagajärjel esines 77%-l juhtudest aju hallolluse pehmenemise koldeid, 17%-l ajusiseseid verejookse ning 3,8%-l aju atroofiat. Ajukoe lokaalsete kahjustustega kaasnes kogu peaaju turse, histoloogilisel uuringul leiti närvirakkude ja gliia düstroofilisi muutusi. Vastavalt arterite suurte harude läbivuse häiretele olid pehmenemiskolded või ajusisesed verejooksud laiaulatuslikud. Ainult üldise ajuatroofia puhul, mil täheldati väiksemate veresoonte kahjustusi, olid pehmenemiskolded kas väikesemõõtmelised või need polnud makroskoopiliselt sedastatavad. Jäsemearterite ja aordi kõhupiirkonna harude valdava ateroskleerootilise kahjustuse korral leiti elundites atroofilisi ja nekrootilisi muutusi, nagu kõhunäärme atroofiat, soolestiku, neerude ja jäsemete gangreeni. Sealjuures esines suurtes arterites obtureerivaid trombe, mis enamikel juhtudel sulgesid veresoonte valendiku ateroskleerootiliste naastude poolt põhjustatud ahenemispiirkonnas. Kõige sagedamini (10,8% ateroskleroosijuhtudest) tuli ette alajäsemete gangreeni.

Kõhunäärmearteri valdava kahjustuse korral konstateeriti kliiniliselt suhkurtõbe, patoloogilis-anatoomiliselt kõhunäärme atroofiat ja skleroosi. Ateroskleroosist kahjustatud neeruartereis leiti suuri arme ning esines neerukoe atroofia, mis põhjustas surma ureemia tagajärjel. Mesenteriaalarterite läbivuse häiretega kaasnes peensoole gangreen (alumise mesenteriaalarteri kahjustust täheldati harva). Surma põhjuseks oli soolestiku nekroosi taustal arenenud peritoniit.

13%-l juhtudest oli ateroskleroos jäänud kliiniliselt diagnoosimata. Selle asemel diagnoositi ekslikult kõige sagedamini mitmesuguse paiknemisega pahaloomulisi kasvajaid, kopsu-, soolestiku-, neerude, sapipõiening vereringeelundite haigusi. Tuleb märkida, et 60%-l juhtudest ilmnes kliinilise ja anatoomilise diagnoosi lahkuminek isegi neil puhkudel, kui haige oli enne surma statsionaaris viibinud üle kolme päeva. Lahkumineva diagnoosi põhjuseks põhihaiguse määramisel osutus enamasti haigete raske seisund, mis tegi võimatuks nende põhjalikuma uurimise, kuid samuti kliiniliste haigusnähtude ebaõige tõlgendamine. Müokardi infarkt on 20%-l juhtudest jäänud elupuhuselt diagnoosimata, neist 7%-l ei tehtud kindlaks ka põhihaigusena esinenud üldist ateroskleroosi. Müokardi infarkti toopiline diagnoosimine oli toimunud ainult 6%-l juhtudest.

Müokardi infarkti avastamata jäämise kõrge protsent ja infarktide paiknemise ebaõige diagnoosimine seletuvad funktsionaaldiagnostika meetodite vähese rakendamisega. Müokardi infarkti asemel diagnoositi kardioskleroosi, vereringehäireid, kopsupõletikku, kopsuabstsessi, kopsu infarkti, tuberkuloosset pleuriiti jms.

34%-l ateroskleroosijuhtudest leiti lahkamisel tromboose ja trombembooliat, mida kõige sagedamini täheldati kopsuveresoontes ja jäsemearterites (10,5% kõigist ateroskleroosijuhtudest). Muuseas tuleb mainida, et antikoagulandiravi rakendati ateroskleroosi puhul vaid erandjuhtudel, mis on eriti oluliseks puuduseks.

Järeldused

1. Ateroskleroos on haigus, millel on juhtiv koht südame- ja veresoonkonna patoloogias.
2. Ateroskleroosi puhul on valdavalt kahjustatud südame koronaararterid (56,6%) ja peaajuarterid (27%).
3. Kõige sagedamini põhjustavad ateroskleroosi puhul surma müokardi infarkt ja selle tagajärjed.

4. Üldise ateroskleroosi kui põhihaiguse kliiniline diagnoosimine (13% avastamata jäänud juhte) ja müokardi infarkti diagnoosimine (20% avastamata jäänud juhte) ei ole näilisele lihtsusele vaatamata veel rahuldaval tasemel. Eriti halb on olukord infarktide toopilise diagnoosimise alal.

Lahkuminevate diagnooside kõrge protsendi tähtsaimaks põhjuseks on haigete hiline hospitaliseerimine ning ilmselt ebapiisav aparatuuri kasutamine südame funktsionaalsel uurimisel.

5. Nagu patoloogilis-anatoomilised uurimised näitavad, esineb ateroskleroosi puhul sageli tromboose ja trombembooliat, mis osutuvadki paljude haigete suhtes surma vahetuks põhjuseks. See tingib vajaduse rakendada laialdasemalt antikoagulandiravi.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

А. Лукаш

Резюме

Изучение атеросклероза — одного из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы имеет большое значение. С целью дать характеристику заболеваемости атеросклерозом местного населения были разработаны данные протоколов вскрытия умерших в гор. Таллине за 12 послевоенных лет (1950—1961).

Из всех случаев заболеваний со смертельным исходом, причиной смерти в 43,8% случаев были заболевания сердечно-сосудистой системы, из которых в свою очередь на первом месте стоит атеросклероз (62%), затем гипертоническая болезнь (24%) и остальные заболевания сердечно-сосудистой системы, из которых основную массу составляют ревматические кардиты и пороки клапанов сердца (14%).

54% умерших от атеросклероза составляли мужчины, 46% — женщины. Возраст умерших был в достаточной степени характерен: от 51 до 60 лет — 16%, от 61 до 70 лет — 36%, от 71 до 80 лет — 36%, от 81 до 90 лет и старше 8,6% Умерших в возрасте до 50 лет было всего 3,4%, причем в возрасте до 30 лет атеросклероз был причиной смерти только в одном случае.

Вообще смертность от атеросклероза в течение года сравнительно одинакова, исключая весенние и летние месяцы, когда количество умерших несколько выше среднемесячного.

Более половины смертных случаев от атеросклероза падает на атеросклероз венечных сосудов сердца, и 84% смертных случаев от атеросклероза составляют смертные случаи от атеросклероза артерий сердца и мозга. При коронарсклерозе, являющемся наиболее частой формой атеросклероза, в венечных сосудах, особенно в их главных стволах и крупных ветвях были обнаружены атеросклеротические бляшки.

При коронарсклерозе причиной смерти в половине случаев был свежий инфаркт или рубец от инфаркта. По локализации в 77,5% случаев был инфаркт стенки левого желудочка, в 19,6% случаев инфаркт межжелудочковой перегородки, в 0,9% случаев — правого желудочка, в 1,8% случаев — одновременно в стенке левого и правого желудочка. Инфаркт передней стенки левого желудочка наблюдали в 38,5%, инфаркт задней стенки правого желудочка в 36,1%, а одновременно инфаркт передней и задней стенки в 25,3% случаев. Инфаркт межжелудочковой перегородки в большинстве случаев был расположен в ее передней части, причиной чего было нарушение кровообращения в ветви левой венечной артерий, снабжающей эту часть перегородки.

При инфарктах почти всегда наблюдали значительное сужение атероматозными бляшками просвета соответствующих венечных артерий, часто отмечали и тромбоз оставшегося просвета. Тромбы при этом в подавляющем большинстве были свежие или состояли из гиалинообразной массы. Это показывает, что образование тромбов является второстепенным фактором в возникновении инфарктов и тромбоз венечных артерий является зачастую следствием инфаркта, а не его причиной. На основании сравнения клинико-анатомических данных можно утверждать, что спазм венечных артерий, т. е. их функциональные изменения, являются одной из первичных причин ишемии, следствием которой является некроз миокарда, а атероматозные бляшки в венечных артериях сердца являются причиной, вызывающей спазм венечных артерий. Таким образом создаются условия для образования тромба в определенном отрезке венечной артерии или на всем ее протяжении.

При сравнении свежих инфарктов миокарда с зарубцевавшимися после инфаркта участками миокарда выяснилось, что наиболее часто выздоровление наступало после инфаркта задней стенки левого желудочка.

В результате атеросклероза артерий головного мозга в 77% случаев наблюдали очаги размягчения серого вещества мозга, в 17% случаев кровоизлияния в вещество мозга и в 3,8% случаев — атрофию мозга.

При преимущественном атеросклерозе артерий конечностей и ветвей брюшного отдела аорты в органах были обнаружены атрофические и некротические изменения, как атрофия поджелудочной железы, некроз кишечника и почек, гангрена конечностей. Наиболее часто (в 10,8% случаев атеросклероза) отмечали гангрену нижних конечностей.

В 13% случаев атеросклероз в клинике остался недиагностированным. Вместо него наиболее часто ошибочно диагностировали злокачественные опухоли различной локализации, и заболевания легких, кишечника, почек, желчного пузыря и органов кровообращения. В 20% случаев инфаркт миокарда не был распознан при жизни, а в 7% из них не был диагностирован общий атеросклероз как основное заболевание. В 34% случаев атеросклероза при вскрытии были обнаружены тромбозы и тромбэмболии, которые наиболее часто наблюдали в сосудах легких и артериях конечностей (10,5%). Следует отметить, что лечение антикоагулянтами при атеросклерозе использовали только в исключительных случаях, что несомненно является значительным упущением

DIEET ATEROSKLEROOSI PROFÜLAKTIKAS

Arstiteaduse kandidaat *L. PÄI*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaal-sisehaiguste kateedrist, juhataja dotsendi kt. *L. Päi*)

Ateroskleroos on laialdaselt levinud haigus, mis tabab peamiselt vanemaid inimesi. A. Mjasnikov (3) leiab, et üle 40 aasta vanustel isikutel esineb ateroskleroosi 25%-l ja see sageneb pidevalt vanuse tõusuga, haarates 70—80 aasta vanustest elanikest juba 80—95%. B. Iljinski (2) andmeil oli ateroskleroos Moskvas ja Leningradis üle 40 aasta vanuste isikute surmapõhjuseks 11,8—14,8%-l juhtudest ning põhjustas surma südame- ja veresoonkonna haiguste puhul 49,8—52,7%-l juhtudest.

Kuigi ateroskleroosi haigestuvad sagedamini vanemad inimesed, ei tohi me nimetatud haigust pidada bioloogilise vananemise tunnuseks, vaid peame käsitlema seda kui haiguslikku protsessi, mis kahjustab kolesteriiniainevahetust ja võib tekkida ka nooremas eas.

Ateroskleroosi tekkemehhanismi ei ole veel lõplikult selgitatud, ehkki kolesteriini ainevahetushäireid ja sellega seoses olevat hüperkolesterineemiat kui haiguse etioloogilist tegurit on hästi uuritud ja ta on üldist tunnustust leidnud. Klassikaline skeem — mittekohane dieet→seerumlipiidide muutused→ateroskleroos — leiab mitmete autorite poolt vastuväiteid, sest on kindlaks tehtud, et hüperkolesterineemia selle haiguse puhul ei ole eksogeense — alimentaarse päritoluga, vaid tekib endogeensel põhjusel maksa kolesteriinivarude mobiliseerimise või kolesteriini sünteesi häirete tagajärjel.

Sellega ongi seletatav mõningate Lääne teadlaste seisukoht dieedi tähtsuse eitamisest ateroskleroosi profülaktikas.

Siiski on dieedi mõju eitamine vastuolus tegeliku elu ja ateroskleroosi ulatuslike, nn. epidemioloogiliste uurimiste andmetega. Meie kogemused (5) näitavad, et eksogeensed rasvad võivad mõjustada maksa kolesteriini ainevahetust ja nimetatud rasvade piiramine tõkestab kolesteriini sünteesi maksas.

Dieedi tähtsuse kinnitamiseks esitab A. Mjasnikov (4) võrdlevaid andmeid vere kolesteriini peegli ja infarkti tagajärjel surnud meessoost kodanike kohta kolmes ühesuguse elanike arvuga NSV Liidu linnas (213 000—280 000 elanikku). Need linnad on Dušanbe, Tallinn ja Rjazan. Elutempo ja meditsiiniline teenindamine neis linnades on ühesugune, elanikkonna toitumine aga üsnagi erinev. Tallinnas tarvitatakse toiduks rohkesti sealiha, võid, loomseid rasvu, Dušanbes aga puuvillaseemneõli. Tallinnas müüdi rahvale võid 2,5 korda rohkem kui Dušanbes, Dušanbes

aga taimeõlisid 7—9 korda rohkem kui Tallinnas. Rjazanis tarvitati rasva vähem kui Tallinnas ja Dušanbes ning õli vähem kui Dušanbes .

Uuritud elanike kolesteriinipeegel veres erines märgatavalt, Tallinnas oli see näiteks 240 mg%, Rjazanis aga 190 mg%. Veel rohkem ilmnes vahe suremuses infarkti tagajärjel. Kui suremust Dušanbes tähistada ühena, siis Rjazanis oli see 1,4, Tallinnas aga 3,3. Need andmed viitavad rasvarikka dieedi kahjulikkusele. Analoogilisi järeldusi võime teha, kui jälgida haigestumust paljudes maades. N. Anitškov (1) näitas juba 1935. aastal, et ateroskleroos on enam levinud maades, kus tarvitatakse toiduks rohkesti liha ja loomset rasva, ning vähem neis kohtades, kus ülekaalus on taimetoidud. Selles suhtes väärib tähelepanu Jaapan, mis kõrge industrialiseerimistaseme ja elutempo poolest meenutab USA-d. Siiski on ateroskleroosi levik Jaapanis märksa piiratum kui Ameerika Ühendriikides, mida seostatakse sellega, et jaapanlaste toit koosneb peamiselt maisist ja riisist.

Et välistada rassi mõju ateroskleroosi tekkele, uurisid A. Keys ja P. White (8) haigestumist Jaapanis ja Los Angeleses elunevate jaapanlaste hulgas, kes toituvad sarnaselt ameeriklastega. Ta leidis, et Los Angelese jaapanlased põevad ameeriklastega ühesuguse haiguspildiga ateroskleroosi, mis erineb Jaapanis elunevate jaapanlaste haigestumisest.

Taolisi andmeid saame ka H. Malmrosi ja kaasautorite (10) võrdlustest Itaalia ja Rootsi elanikkonna haigestumuse kohta. Itaallased, kelle toiduratsioonis prevaleerivad taimsed produktid, haigestuvad rootslastest märgatavalt harvemini. Kõige harvemini põevad ateroskleroosi Bantu neegrid, kes tarvitavad toiduks vähe rasva (8% rasvade vajalikust kalorite hulgast). Muidugi peab sellisesse statistikasse suhtuma teatava ettevaatusega, sest on tuntud ka üksikud faktid, mis ei ühti üldise tendentsiga. Näiteks sööb eskimo päevas 105 g rasva, saades sellega 340 mg kolesteriini, kuid ateroskleroosi esineb eskimotel suhteliselt harva. Ent tuleb arvestada nii bioloogilise kohastumisega kui ka sellega, et eskimod tarvitavad toiduks peamiselt kalu ja mereloomi, kelle rasvades leidub rohkesti küllastamata rasvhappeid, millel on ateroskleroosi pärssiv toime.

Viimaste aastate uurimused näitavad, et puhas kolesteriin ei tekita ka kestval manustamisel ulatuslikku hüperkolesterineemiat. Seevastu toiduks tarvitatav loomne rasv tõstab küllaltki intensiivselt kolesteriini hulka veres, küllastatud rasvhapped aga soodustavad kolesteriini sünteesi.

Küllastamata rasvhapperikkad rasvained, nagu puuvilla-, päevalille-, maisi- ja kalamaksaõli, aga langetavad kolesteriinipeeglit veres. Ka nende rahvaste seas, kes tarvitavad toiduks nimetatud aineid, on ateroskleroos vähem levinud. Mainitud seisukohast on huvitavad D. Kinselli ja H. Sinclairi (9) tähelepanekud selle kohta, et loomse rasva asendamine toidus taimse õliga langetab vere kolesteriini peeglit. Selgus, et põhilüliks selles on küllastatud ja küllastamata rasvhapete vahekord. Näiteks ka loomne rasv, mis on rikas küllastamata rasvhapetest (vaalarasv), on hüpokolesterineemilise toimega; kookosõli aga, mis koosneb küllastatud rasvhapetest, tõstab küllaltki intensiivselt kolesteriinipeeglit veres.

E. Ahrens kaastöötajatega (6) tegi järgmise katse: nad andsid haigetele pikema aja jooksul valgu-, suhkru- ja rasvaemulsiooni koos vitamiinidega. Siis aga hakkasid järk-järgult asendama loomset rasva muu rasvaga, kusjuures uurisid mitmesuguseid rasvu ning nende mõju seerumlipoididele. Nad leidsid, et kõige madalama kolesteriinipeegli põhjustab maisiõli, kõige kõrgema aga või tarvitamine.

D. Kinsell ja H. Sinclair (9) püstitasid hüpoteesi, mille kohaselt ateroskleroos võib tingitud olla küllastamata rasvhapete vaegusest (linool-, linoleen-, arahhidoonhapped), sest organism neid ei sünteesi. Seetõttu nimetavad mõned autorid neid isegi vitamiinideks (F-vitamiin). Küllas-

tamata rasvhapped soodustavad kolesteriini üleminekut läbiilseks vormiks, tõstavad koliini sünteesi intensiivsust ning soodustavad C- ja B_6-vitamiini toimet. Mainitud hapete sisaldus toiduainetes on mitmesugune. Nende poolest kõige rikkamad on kreeka pähkli õli (73%), päevalilleõli (44—75%); vaesemad aga linaseemneõli ja kalamaksarasv (40%) ning üsna vaene loomarasv (4% linoolhapet).

Taimsed õlid sisaldavad rohkesti ka sitosteroole. Need on kolesteriinile keemiliselt lähedased ained, kuid nad ei imendu seedetraktis ja moodustavad kolesteriiniga kristalseid ühendeid; seega takistavad sitosteroolid ka kolesteriini imendumist ja tekitavad hüpokolesterineemiat.

Taimsete õlide kirjeldatud väärtuste põhjal soovitatakse neid kasutada ateroskleroosi profülaktikaks. A. Mjasnikov (3) soovitab ateroskleroosihaige dieedis asendada kuni $^2/_3$ rasvadest õlidega, kuid ei pea otstarbekohaseks loomsete rasvade täielikku ärajätmist, sest see kahjustab A-, K- ja D-vitamiinide ainevahetust ning halvendab toidu maitset. Ta piirab loomse rasva hulka 50—60 grammini päevas.

Omaette probleemiks on kolesteriinirikaste ainete piiramise vajadus ateroskleroosihaigete dieedis. Viimasel ajal on sellesse hakatud suhtuma vähema rangusega. Eksogeenne kolesteriin, nagu mainitud, ei tõsta oluliselt endogeense kolesteriini produktsiooni; seejuures aga sisaldavad kolesteriinirikkad toiduained sageli ka lipotroopseid aineid. Üheks selliseks toiduaineks on näit. munad, mis kolesteriini kõrval sisaldavad ka fosfolipiide ja letsitiini. On tõestatud, et kolesteriini igapäevane manustamine koos 30 g munapulbriga kuu aja jooksul suudab inimesel tõsta kolesteriinipeeglit vaid 10—20% ulatuses. Seega tundub, et munade liigne piiramine ateroskleroosihaige dieedis on tarbetu.

Peale rasvainete on teistel toiduainetel märgatavalt väiksem dieteetiline tähtsus.

Valkude hulka tavaliselt ei piirata, sest need on tähtsad plastilised ained, millega saavutatakse ka mõningat ainevahetust tõstvat spetsiifilisdünaamilist efekti, mis on soodus, sest ateroskleroosi puhul ainevahetus tavaliselt langeb. Paljud valgud on rikkad lipotroopsete ainete poolest, millest peamisteks on metioniin ja koliin. Neid aineid sisaldavad eriti rohkesti kohupiim, juust ja piim. A. Mjasnikovi (3) kliinikus antakse haigetele 200—300 g kohupiima ja 50—100 g juustu päevas ning soovitatakse juua rohkesti rõõska ja hapupiima. Et süsivesikud ei avalda erilist toimet ateroskleroosi puhul, siis ka nende hulka ei piirata.

Ateroskleroosihaigete dieet peab olema vitamiinirikas, millest esikohal on C-vitamiin. Nimetatud vitamiini tähtsust rõhutab eriti A. Mjasnikov (3), kes soovitab seda anda 0,5—1,0 ühekordse annusena päevas pikema aja jooksul (isegi aastate vältel). Nende annuste puhul langetab askorbiinhape tunduvalt kolesteriinipeeglit veres. Selline efekt näib tõestust leidvat ka praktilises elus, sest inimesed, kes tarvitavad toiduks rohkesti rohelist, on vähem disponeeritud ateroskleroosi suhtes.

Peale C-vitamiini on ateroskleroosi profülaktikas suure tähtsusega ka mõned B-gruppi kuuluvad vitamiinid, millest tuleb eeskätt mainida B_6-vitamiini ehk püridoksiini suurte annuste mõningat hüpokolesterineemilist efekti ja B_{12}-vitamiini lipotroopset toimet. Eriti kerkib esile B_{12}-vitamiini fosfolipiidide tõstev efekt siis, kui seda manustada koos foolhappega.

Ateroskleroosivastane dieet ei ole täielik, kui selle koostamisel piirdutakse ainult kindlate toidukoostiste valikuga. On tarvis silmas pidada ka üldisi nõudeid. Üks sellistest on kogu kalorite hulga piiramine.

B. Iljinski (2) näitab oma monograafias küllaltki selgesti tema poolt soovitatud toidu kalorite hulga piiramise soodsat toimet. Ühtlasi teeb ta ettepaneku lipiidide perioodiliseks väljalülitamiseks toiduratsioonist. Neid seisukohti rakendades saavutas autor juba 5 päeva pärast lipiidide piira-

mist kolesteriinipeegli languse veres. Pärast lipiididevaese toidurežiimi lõpetamist tõuseb kolesteriinipeegel uuesti, kuid jääb endisest madalamale tasemele. Seepärast soovitab B. Iljinski (2) rakendada nn. siksak dieeti perioodiliselt kolesteriinisisaldavate ainete piiramisega 10—15 päeva jooksul ning vabama dieedi kasutamistega järgmise 2 nädala vältel, kusjuures selliseid tsükleid korraldatakse järjekindlalt.

Arusaadavalt peab kalorite hulga piiramine sõltuma haige üldseisundist ja tema poolt tehtava töö kvaliteedist. Ateroskleroosihaigele dieedi määramisel lähtume alati seisukohast, et dieet on vaid haige kompleksravi või ateroskleroosi profülaktika koostisosa, võib-olla isegi üks tähtsamaid.

Et ateroskleroosi profülaktikas ja ravis etendavad tähtsat osa füüsiline töö ning ravikehakultuur, siis peame dieedi kalkuleerimisel alati arvestama selle energeetilist väärtust patsiendi poolt tehtava füüsilise koormuse suhtes. Põhimõtteks peab jääma fakt, et pikemaajaline nälgimine on organismile kahjulik, kuigi lühiajalised «paastumised» võivad kasu tuua.

Paljud autorid, nende hulgas ka A. Mjasnikov (3), on arvamusel, et ateroskleroosivastane dieet ei pruugi olla liiga piiratud, vaid peab olema kohandatud haige harjumustega. Seepärast võib ka haigele lubada dieedist ajutisi kõrvalekaldumisi juhul, kui see ei muutu süstemaatiliseks.

KIRJANDUS

1. Аничков Н. Н. tsit. 3 järgi. — 2. Ильинский Б. В. Атеросклероз. М., 1960. — 3. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., 1960. — 4. Мясников А. Л. Терапевт. архив, 1960, 8, 3—14. — 5. Пяй Л. Т., Вапра А. Н., Лоохейн Ы. И. Клинич. медицина, 1962, 1, 67—72. — 6. Ahrens, E. H., Tsaltas, T. T., Hirsch, J. tsit. 3 järgi. — 7. Barreda, P. Klin. Wochensehr. 1934, 8, 290—292. — 8. Keys, A., White, P. D. Cardiovascular Epidemiology. New York, 1956. — 9. Kinsell, D., Sinclair, H. Lancet 1957, 1, 883—895. — 10. Malmros, H., Björck, G., Swahn, B. Hypertension Atherosclerosis and the Diet. Proceedings of the Third International Congress of internal Medicine. Upsala, 1956.

ДИЭТА В ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Л. Пяй

Резюме

Атеросклероз является распространенным заболеванием, поражающим преимущественно пожилых людей. А. Мясников полагает, что атеросклерозом поражено 25% людей старше 40 лет и число больных атеросклерозом повышается вместе с их возрастом. В Москве и Ленинграде, согласно данным Б. Ильинского, атеросклероз является причиной смерти лиц в возрасте старше 40 лет в 11,8—14,8% случаев и вызвал смертельный исход при болезнях сердечно-сосудистой системы в 49,8—52,7%.

Механизм возникновения атеросклероза еще не полностью выяснен, хотя общеизвестно, что нарушения холестеринового обмена и связанная с ними холестеринемия являются этиологическим фактором заболевания и хорошо изучены. Классическая схема — нерациональная диета → изменения липидов сыворотки крови → атеросклероз — не признается многими авторами, так как установлено, что гиперхолистеринемия при этом заболевании не является эксогенной, т. е. алиментарного происхождения, но возникает вследствие эндогенной причины — в результате нарушений мобилизации запасов холестерина в печени или синтеза холестерина.

Отрицание значения диэты однако противоречит действительности и данным т. н. эпидемиологических исследований. Для подтверждения значения диэты А. Мясников приводит сравнительные данные о содержании холестерина в крови и числе умерших от инфаркта миокарда мужчин по трем городам Советского Союза с одинаковым количеством жителей (213 000—280 000 чел.) — Душанбе, Таллину и Рязани. Темп жизни и медицинское обслуживание в этих городах одинаковые, питание населения однако различное. В Таллине население потребляет в больших количествах свинину, сливочное масло, животные жиры; в Душанбе же хлопковое масло. В Таллине населению было продано сливочного масла в 2,5 раза больше, чем в Душанбе, а в Душанбе же в 7—9 раз больше хлопкового масла, чем в Таллине. В Рязани население употребляло животных жиров меньше чем в Таллине и Душанбе и растительного масла меньше чем в Душанбе.

Содержание холестерина в крови жителей этих городов было различным. В Таллине оно равнялось 240 мг%, в Рязани — 190 мг%. Еще более разительными были данные о смертности от инфаркта миокарда. Если принять смертность от инфаркта миокарда в Душанбе за 1, то в Рязани она была 1,4, а в Таллине — 3,3. Данные эти показывают вредность богатой жирами пищи.

Исследования показали, что чистый холестерин, даже при длительном приеме, не вызывает значительной холистеринемии. Однако пищевые жиры животного происхождения вызывают значительное повышение содержания холестерина в крови, насыщенные жирные кислоты содействуют синтезу холестерина. Масла, содержащие в большом количестве ненасыщенные жирные кислоты, как например хлопковое, подсолнечное, кукурузное масла и рыбий жир, понижают уровень холестерина в крови. Установлено, что наиболее низкое содержание холестерина в крови бывает при употреблении в пищу кукурузного масла, наиболее высокое содержание холестерина вызывает употребление сливочного масла.

Растительные масла содержат много систостеролов, которые по химическому строению близки холестерину, но не всасываются из пищеварительного тракта и образуют с холестерином кристаллические соединения. Таким образом систостеролы препятствуют всасыванию холестерина и вызывают гипохолестеринемию, вследствие чего рекомендуется $^2/_3$ животных жиров в диете больного атеросклерозом заменять растительными маслами. Полный отказ от употребления животных жиров считается нецелесообразным.

По сравнению с жирами другие пищевые продукты имеют меньшее диетическое значение. Количество белков обычно не ограничивают. Углеводы также не оказывают действия на течение атеросклероза, почему их количество также не ограничивают. В профилактике атеросклероза большое значение имеют витамины. Кроме витамина С используют витамины В-группы, в первую очередь B_6 и B_{12}.

Применяют также некоторое уменьшение общего калоража при условии, что это не должно сводиться к длительному относительному голоданию. Кратковременные «посты» могут принести пользу. Многие авторы полагают, что диета больных атеросклерозом не должна быть очень уж ограниченной и ее должны сообразовывать с привычками больного. Поэтому можно разрешать и временные отклонения от диеты.

GERONTOLOOGIA KÜSIMUSTEST KIRURGIAS

Arstiteaduse kandidaat *Š. GULORDAVA* ja *M. PÄSMEL*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Seoses materiaalse heaolu tõusuga on inimese keskmine eluiga Nõukogude Liidus 70 aastat. Käesoleval ajal elab NSV Liidus iga 10 000 elaniku kohta 10 inimest saja-aastaseks ja vanemaks. Eesti NSV elanikkonnale on praegusel perioodil iseloomulik vanemaealiste isikute suur erikaal, siin moodustavad üle 50 aasta vanused isikud 27% kogu elanikkonnast. Seetõttu muutub vanemate inimeste ravimine üha tähtsamaks probleemiks. Olgu mainitud, et kõigist Tallinna Vabariikliku Haigla (TVH) kirurgiaosakondades 1960.—1962. a. opereeritud haigetest oli 28% üle 50 aasta vanad.

Tabel 1

Aastad	Üldse opereeritud	neist		
		50—59-aastased	60—70-aastased	üle 70 aastased
1960. a.	316	149	106	61
1961. a.	296	123	111	62
1962. a.	307	147	104	56
	Kokku 919	419	321	179

Analüüsisime TVH-s ravil viibinud 919 isiku haiguslugu. Omamata konkreetseid juhiseid vanuse järgi rühmitamiseks pidasime 50—60 aasta vanuseid isikuid eakateks, üle 60 aasta vanuseid aga vanadeks. Opereeritud haigete vanuseline koosseis on esitatud tabelis 1.

Meie igapäevases praktikas on palju näiteid vanas eas opereeritud haigete edukast tervistumisest. Näitena esitame lühidalt väljavõtted kolmest haigusloost.

Juht 1. Naishaige T., 86 aastat vana (haiguslugu 5546), saabus TVH kirurgiaosakonda 21. XI 1962. a. diagnoosiga: flegmonoosne kalkuloosne koletsüstiit. Samal päeval pärast lühiajalist ettevalmistust eemaldati haigel sapipõis kombineeritud intratrahheaalnarkoosi all. Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Operatsioonihaav paranes esmaspingsalt. Haige kirjutati koju 15. päeval pärast operatsiooni täiesti rahuldavas seisundis.

Juht 2. Naishaige D., 78 aastat vana (haiguslugu nr. 16974), saabus TVH kirurgiaosakonda 25. XII 1962. a. diagnoosiga: akuutne koletsüstiit ja difuusne peritoniit. Samal päeval eemaldati sapipõis kombineeritud intratrahheaalnarkoosi all. Operatsioonijärgne diagnoos: gangrenoosne perforeerunud koletsüstiit ja difuusne peritoniit. Haige paranes hästi ning operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Ta kirjutati koju 16. päeval pärast operatsiooni.

Juht 3. Meeshaige L., 72 aastat vana (haiguslugu nr. 10062), saabus TVH sisehaiguste osakonda 14. VII 1962. a. kroonilise lümfoleukoosi ja maolukuti stenoosi diagnoosiga. Pärast uuringuid avastati mao antraalosas vähk. Haige toodi üle kirurgiaosakonda. Pärast 10-päevast ettevalmistust, mis oli ette nähtud haige suutlusvõime tõstmiseks, tehti 4. VIII 1962. a. kombineeritud intratrahheaalnarkoosi all mao subtotaalne resektsioon. Operatsioonijärgne ravi, mis oli suunatud tüsistuste vältimiseks ja organismi tugevdamiseks, andis häid tulemusi. Haige kirjutati koju 16. päeval pärast operatsiooni.

Meie tähelepanekud näitavad, et vanadus ei tohi olla ainsaks operatsioonist loobumise põhjuseks. On tarvis valida õige aeg kirurgiliseks vahelesegamiseks, kusjuures tuleb erilist tähelepanu pöörata operatsiooni ettevalmistamisele ja operatsioonijärgsele ravile.

Tabelis 2 on esitatud haigused, mille puhul opereeriti mõlemast soost üle 50 aasta vanuseid patsiente, ja andmed surmajuhtude kohta.

Tabel 2

Jrk. nr.	Haiguse nimetus	Haigete arv			Suremus		
		mehed	naised	kokku	mehed	naised	kokku
1.	Äge apenditsiit	79	140	219	1	5	6
2.	Krooniline apenditsiit	6	22	28	1	1	2
3.	Äge iileus	17	13	30	5	4	9
4.	Mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi perforatsioon	20	3	23	4	—	4
5.	Pitsunud song	32	41	73	—	—	—
6.	Mesenteeriumiveresoonte tromboos	6	2	8	6	2	8
7.	Koletsüstiit	26	87	113	1	8	9
8.	Mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavand	21	14	35	1	2	3
9.	Songad (vabad)	45	28	73	—	—	—
10.	Maovähk	26	21	47	7	7	14
11.	Soolevähk	8	17	25	2	7	9
12.	Muude elundite vähk	4	8	12	2	5	7
13.	Struuma	2	35	37	—	—	—
14.	Endarteriit koos jäseme gangreeniga	26	11	37	7	4	11
15.	Veenilaiendid	4	28	32	—	—	—
16.	Troofiline haavand	13	11	24	—	—	—
17.	Muud haigused	53	50	103	6	5	11
	Kokku	388	531	919	43	50	93

919-st opereeritud haigest oli 531 naist ja 388 meest. Naiste selline arvuline ülekaal on seletatav esiteks naiste suurema absoluutse arvuga üle 50 a. vanuste hulgas; teiseks niisugused haigused, nagu struuma, koletsüstiit ja alajäsemete veenilaiendid, esinevad enamasti naistel. Esitatud tabelist nähtub, et mainitud haigustega isikutest on opereeritud

150 naist ja ainult 32 meest. Üldse suri 919-st opereeritud haigest 93, mis moodustab 10,1%. Meeste suremus oli 11,1%, naiste suremus 9,4%. Suremuse suurima protsendi andsid järgmised haigused: pahaloomulised kasvajad — 35,7%, äge iileus — 30,0%, alajäsemete gangreen — 29,7% ja mesenteeriumiveresoonte tromboosid, mille puhul kõik 8 haiget surid. Väga palju surmajuhte tuleb ette maoperforatsiooni, koletsüstiidi ning ägeda ja kroonilise apenditsiidi korral. Oluline on vaadelda vanemaealiste haigete suhteliselt kõrgema suremuse põhjusi. Peatume mõningatel neist, mis meie arvates on kõige suurema tähtsusega.

1. Inimese vananemine, mille puhul alanevad organismi kompensatoorsed jõud ja tekib kalduvus mitmesugustele tüsistustele. Meie andmetest nähtub, et pärast operatsiooni surnud 93 haigest oli 50—60 aasta vanuseid 23, mis moodustab 419-st selle vanusegrupi haigest 7,1%; 321-st 60—70-aastasest suri 36, mis on 11,2%, ja 179-st üle 70 aasta vanusest suri 34, s. t. 19%.

2. Kaasnevad haigused ja tüsistused. Üldine ateroskleroos esines vanadel inimestel 23%-l juhtudest, kopsuemfüseem ja teised kroonilised kopsuhaigused (6,2%), hüpertooniatõbi (5,1%), kardiovaskulaarne puudulikkus (8,5%) jt. Kaasnevate haiguste puhul lõi operatsioon tingimused mitmesuguste tüsistuste tekkimiseks, nagu hüpostaatiline ja koldeline kopsupõletik (5,4%-l juhtudest meie andmete põhjal), tromboos ja emboolia (0,7%), müokardi infarkt (0,3%), õmbluste lahtiminek (0,4%).

3. Haigete hiline hospitaliseerimine ja hilinenud opereerimine ägedate kirurgiliste haiguste puhul. Meie andmete analüüsist nähtub, et ülalmainitud asjaolu on operatsioonijärgsel perioodil üheks peamiseks surmapõhjuseks. Öeldu kinnituseks esitame tabeli 3.

Tabel 3

Jrk. nr.	Haiguse nimetus	Hospitaliseerimise aeg ja suremus			
		kuni 24 tundi haiguse algusest	surma-juhud	24 tundi pärast haiguse algust	surma-juhud
1.	Äge apenditsiit	116	—	103	6
2.	Äge iileus	11	1	19	8
3.	Mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi perforatsioon	20	3	3	1
4.	Pitsunud song	43	—	30	—
5.	Äge koletsüstiit	28	—	56	9
	Kokku	218	4	211	24

Tabelist nähtub, et ägedate kirurgiliste haigustega patsientidele on tehtud 218 operatsiooni 24 tundi enne haigestumise algust; nendest suri 4 (1,8%), kellest 3 suri maohaavandi perforatsiooni tõttu. Ülejäänud 211 juhul hospitaliseeriti haiged 24 tundi pärast haiguse algust; nendest suri 24 inimest (11,3%).

Järgnevalt vaatleme surmajuhte üksikute ägedate kirurgiliste haiguste järgi. Alla 50 aasta vanuste haigete suremus, keda opereeriti ägeda apenditsiidi nähtudega, moodustab 0,07%, üle 50 aasta vanuste suremus aga on sel puhul 2,7%. Surmajuhte esines nende haigete hulgas, kes olid hospitaliseeritud 24 tundi pärast haiguse algust. Kui 116 vanemaealisest inimesest, keda hospitaliseeriti 24 tundi enne haiguse algust ja opereeriti ägeda apenditsiidi diagnoosiga, ei surnud ühtegi, siis 103 haigest, keda hospitaliseeriti 24 tundi pärast haiguse algust, suri 6 (5,8%). Analoogilisi tulemusi saadi ka ägeda sapipõiepõletiku ja iileuse korral. Erandiks on ainult pitsunud songaga haiged, mille puhul ei esinenud

ühtegi surmajuhtu! (Tabel 3). Operatsioonijärgsed surmapõhjused olid peamiselt järgmised: peritoniit, kopsuarteri emboolia, südame- ja veresoonkonna puudulikkus, kopsupõletik, ajuvereringe häired, mesenteeriumiveresoonte tromboos, soolenekroos ja intoksikatsioon. Seega on haigete hiline hospitaliseerimine kirurgilise vahelesegamise, mitmesuguste operatsioonijärgsete tüsistuste ja kõrge suremuse põhjuseks.

Elatanud haigete puhul sõltub kirurgilise ravi edukus suurel määral operatsiooniks ettevalmistamisest, tuimastusmeetodi valikust, operatsiooni sooritamisest ja haigete operatsioonijärgsest hooldamisest. Operatsiooniks ettevalmistamise perioodil tagatakse haigele täielik puhkus koos südame- ja vereringe ning hingamissüsteemi häirete raviga. Otstarbekas on teha vereülekannet ja manustada plasmat ning glükoosilahust, kusjuures tuleb arvestada seda, et vanad inimesed taluvad üledoseerimist ja ka organismi veetustamist halvasti.

Tuimastusega seotud küsimused lahendati sõltuvalt kirurgilise vahelesegamise ulatusest (tabel 4). Järjest sagedamini (22% juhtudest) kasutasime intratrahheaalset kombineeritud narkoosi, mille puhul organism küllastub narkootikumidega minimaalsel hulgal. 21,6%-l juhtudest rakendasime eetri-hapnikunarkoosi suhteliselt rahuldava seisundiga haigete puhul, samuti peaaegu kõikide operatsiooniliikide korral. Viimasel ajal, seoses anestesioloogide valvekorra sisseseadmisega haiglas, tõrjutakse see tuimastusviis kombineeritud intratrahheaalnarkoosi poolt järk-järgult välja.

Tabel 4

Jrk. nr.	Operatsiooni nimetus	Tuimastuse liigid			Kokku
		lokaal-anesteesia	eetri-hapniku-narkoos	kombineeritud intratrahheaal-narkoos	
1.	Apendektoomia	209	32	6	247
2.	Herniotoomia	123	15	8	146
3.	Koletsüstektoomia	6	48	59	113
4.	Maoresektsioon	1	8	49	58
5.	Sooleresektsioon	6	13	12	31
6.	Perforatsiooniava kinniõmblemine	3	6	6	15
7.	Kilpnäärmeresektsioon	37	—	—	37
8.	Laparotoomia (proovilaparotoomia, liidete eemaldamine, fistuli tegemine jt.)	7	37	32	76
9.	Varikektoomia	31	1	—	32
10.	Amputatsioon, eksartikulatsioon	9	13	9	31
11.	Muud operatsioonid	78	27	28	133
	Kokku	510	200	209	919

Nagu tabelist nähtub, on lokaalse tuimastusega opereeritud 510 haiget (55,4%). Sellised operatsioonid, nagu apendektoomia, herniotoomia (tüsistusteta juhtudel), varikektoomia ja kilpnäärme operatsioon, tehti lokaalse novokaiinianesteesiaga. Meie arvates üldnarkoos ja lokaalne tuimastus ei asenda, vaid täiendavad teineteist; igaühel neist tuimastusmeetoditest on oma näidustused ja vastunäidustused.

Operatsioonijärgsel perioodil etendab tähtsat osa haigete eest hoolitsemine. Bronhide õigeaegne puhastamine, hapniku ning südamevahendite manustamine jne. (sõltuvalt haige seisundist) vahetult pärast operatsiooni võivad patsiendi elu päästa. Kogu operatsioonijärgse perioodi kestel peab arsti tähelepanu olema koondatud võimalike tüsistuste vältimisele. Varajased aktiivsed liigutused voodis, hingamisgümnastika, ravi-

kehakultuur, rögalahtistavate vahendite, antibiootikumide, sulfaniilamiidide ja kampri kasutamine võivad vältida tüsistusi kopsudes. Süstemaatiliselt määratakse protrombiiniaeg ja flebiidi vähemagi ohu korral manustatakse antikoagulante. Võetakse tarvitusele kõik abinõud valgudefitsiidi ja vitamiinivaeguse kõrvaldamiseks, mida vanadel inimestel sageli ette tuleb. Vedelikukaotus taastatakse vedelike tilkniristusega veeni, kusjuures arvestatakse elektrolüütide ja kloriidide näitajaid veres. Operatsioonijärgsel perioodil märgatakse üsna sageli maksa antitoksilise talitluse tunduvat langust. Sel puhul tuleb haigele manustada glükoosilahust, B_{12}-vitamiini ja kampolooni. On tarvis kontrollida kusepõie tühjendamist ja seedetrakti talitlust. Väga oluline on kergesti omastatava valgu- ja vitamiinirikka ning kaloriterohke toidu andmine.

ВОПРОСЫ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Ш. Гулордава и М. Пясмель

Резюме

В настоящее время в Советском Союзе на каждые 10 000 населения имеется в среднем 10 человек в возрасте 100 лет и старше. Характерным для Эстонской ССР является значительный удельный вес людей пожилого возраста, причем лица старше 50 лет составляют 27% от всего населения. Поэтому лечение пожилых людей становится все более значительной проблемой. Следует отметить, что из общего количества больных, оперированных в Таллинской республиканской больнице за 1960—1962 гг. 28% были старше 50 лет.

Анализу подверглись истории болезни 919 больных. В нашей повседневной практике имеется много примеров успешного выздоровления больных, оперированных в старческом возрасте. Наши наблюдения показывают, что старость не может быть единственной причиной отказа от производства операции. Необходимо выбрать подходящее время для хирургического вмешательства, причем особенное внимание необходимо обратить на подготовку к операции, а также уходу после нее.

Из 919 оперированных больных женщин было 531, мужчин 388. Численный перевес женщин объясняется во-первых их большим удельным весом среди лиц старше 50 лет, во-вторых такими заболеваниями как струма, холецистит и расширение вен нижних конечностей болеют преимущественно женщины. По поводу перечисленных заболеваний были оперированы 150 женщин и только 32 мужчины. Из 919 оперированных умерли 93, что составляет 10,1%. Смертность мужчин составила 11,1%, женщин — 9,4%. Наивысшая летальность была при злокачественных новообразованиях — 35,7%, острый илеус — 30,0%, гангрена нижних конечностей — 29,7% и тромбоз сосудов брыжейки, когда все 8 больных умерли.

Сравнительно большое количество смертных случаев наблюдали среди оперированных по поводу перфорации желудка, холецистита, острого и хронического аппендицита.

Важнейшими причинами послеоперационной летальности больных в пожилом и старческом возрасте являются: старение организма и связанные с этим снижение компенсаторных возможностей его и возникновение наклонности к различным осложнениям, известное значение имеют и сопутствующие заболевания. Так, у 23% наших больных кроме основного заболевания был диагностирован общий атеросклероз, у 6,2% эмфизема легких и другие хронические заболевания их, у 5,1% — гипертоническая болезнь, у 8,5% — кардио-васкулярная недостаточность и т. д. Из анализа данных видно, что поздняя госпитализация и запоздавшее оперативное вмешательство являются основными причинами летальности больных в послеоперационный период.

Значительную роль играет и тщательный уход за оперированными больными. Основное внимание лечащего врача должно быть обращено на предупреждение возможных осложнений.

EESNÄÄRME ADENOOMI RAVIST

A. VALDMETS ja *F. BUROVAJA*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Eesnäärme adenoom on vanemaealistel meestel esinev haigus. Adenoomi tekkepõhjused on seoses ealiste muutustega kogu organismis. Viimasel ajal on kirjanduses esiplaanile tõusnud eesnäärme adenoomi patogeneesi hormonaalteooria. Seoses etiopatogeneesi suhtes väljakujunenud seisukohtadega ei vasta juurdunud termin — eesnäärme hüpertroofia — haiguse morfoloogilisele pildile, seepärast on õigeks nimetuseks eesnäärme adenoom.

Enam kui pooltel üle 50 aasta vanustel meestel täheldatakse eesnäärme suurenemist, kuid kaugeltki mitte kõik ei kannata urineerimishäirete all. Esineb varieeruva suurusega adenoome. Kuid adenoomi suuruse ja düsuurianähtude ulatuse vahele ei saa mitte mingisuguseid paralleele tõmmata. Mõnikord põhjustab veidi suurenenud eesnääre tunduvalt rohkem kliinilisi nähte kui tugevasti suurenenud eesnääre. Eesnäärme adenoom takistab kuse vaba väljavoolu kusepõiest ning kutsub seega esile raskeid muutusi nii põies kui ka kõrgemal paiknevais kuseelundeis. Eesnäärme adenoomi puhul tekivad kusepeetuse tõttu muutused kusejuhades, neeruvaagnas ja neerudes. Tekib kusejuhade atoonia, püeloektaasia ja hüdronefroos.

Urineerimishäiretest põhjustatud patoloogiline seisund progresseerub pidevalt ja iseeneslik tervistumine pole võimalik, mistõttu on vaja muutunud eesnääre eemaldada. Haiguse progresseerumisega kaasnevad kogu kuseelundite süsteemis mitmed rasked tüsistused, nagu tsüstiit, ülenev püeliit, püelonefriit, püonefroos, asoteemia, ureemia.

Raskeks tüsistuseks on eesnäärme adenoomi muutumine vähiks. Kirjanduse andmeil võib eesnäärme adenoom muutuda pahaloomuliseks 10—20%-l juhtudest; ning mida vanemad on haiged, seda kõrgem on vastav protsent.

Eesnäärme adenoomi ravi võib olla operatiivne ja konservatiivne. Operatiivne ravi jaguneb omakorda palliatiivseks ja radikaalseks. Konservatiivse ravi alal pälvib tähelepanu hormooniravi. Testosteroon-propionaadi ja metüültestosterooni kasutamise tagajärjel paraneb haige üldseisund. Mees-suguhormoonipreparaatide tarvitamine on efektiivsem haiguse varajases staadiumis.

Meie kogemused sünöstrooli rakendamisel näitavad, et valdaval enamikul juhtudest järgneb teatavale paranemisperioodile jälle seisundi halvenemine, kusjuures tekkinud liidete tõttu on opereerimine nendel puhkudel raskendatud.

Operatsioonimeetoditest väärib märkimist seemnejuha kahepoolne läbilõikamine. Esiteks hoiab vasoresektsioon ära tüsistuste tekkimise, nagu epididümiit ja orhiit, teiseks avaldab see teatavat endokriinset-stimuleerivat toimet, tõstes organismi toonust.

Kusepõie kateteriseerimisele tuleb vaadata kui ajutisele abinõule lühiajalise urineerimistakistuse puhul või kui adenomektoomia ettevalmistamise meetodile. Eesnäärme adenoomi eemaldamisel kasutatakse mitmesuguseid meetodeid. Kõigist raviviisidest on valikmeetodiks häbemeluupealne adenomektoomia.

Uroloogid on viimasel ajal hakanud pooldama varajast operatsiooni, sest mida varem haiget opereeritakse (kusjuures teda opereeritakse ühemomentselt), seda edukam on operatsioonitulemus. Ühemomentse adenomektoomia puhul on adenoomi eemaldamine tehniliselt kergem ja haige viibib statsionaaris tunduvalt lühemat aega. Ühemomentse adeno-

mektoomia korral on vastunäidustusteks neerude talitluse puudulikkus ja haige raske üldseisund.

Alljärgnevalt analüüsime Tallinna Vabariikliku Haigla uroloogiaosakonnas kümne aasta (1951—1960) kestel eesnäärme adenoomiga haigete ravimisel saadud tulemusi.

Mainitud ajavahemikul raviti meie osakonnas 456 eesnäärme adenoomiga haiget, neist opereeriti 302 (66%), kusjuures 247-l opereeritust rakendati adenomektoomiat.

51 haiget kirjutati haiglast välja pärast häbemeluupealse uurise tegemist, 34 haigel taastus urineerimisvõime ja uuris sulgus, 17 haiget jäi häbemeluupealse uurisega, sest esinesid vastunäidustused adenomektoomia teostamiseks.

154 (34%) haige suhtes rakendati konservatiivset ravi. Kohe pärast haiglaravile saabumist viidi põide alaline kateeter ehk haiget kateteriseeriti regulaarselt koos kusepõie loputamisega; antibiootikume ja teisi ravimeid määrati sõltuvalt haige seisundist. Kui mõnepäevase kateteriseerimise järel vaba urineerimine taastus ja jääkkuse sümptoom oli täielikult kadunud, kirjutasime niisugused haiged statsionaarist välja ja suunasime nad ambulatoorsele ravile.

Ealiselt jagunesid haiged järgmiselt: 56—60-aastasi 21, 60—70-aastasi 133, 70—80-aastasi 120, 80—90-aastasi 27, 90—100-aastasi 1.

62% haigeist saabus ravile kiirabi korras täieliku kusepeetusega, 11% kannatas hematuuria all, 27% esinesid düsuurianähud, kusjuures urineerimishäired olid kestnud kuid ja aastaid.

167 juhul opereeriti haigeid ühemomentselt ja 80 juhul kahemomentselt. Neist juhtudest sooritati esimese 5 aasta kestel ühemomentne adenomektoomia ainult 4 korral, kahemomentselt opereeriti 56 korral. Järgneva viie aasta jooksul rakendati kahemomentset adenomektoomiat ainult erinäidustuste puhul (ureemiline seisund, haige raske üldseisund). Üheetapiline operatsioon on muutunud valdavaks meetodiks.

Kahemomentse adenomektoomia keskmised näitajad olid järgmised: keskmine haiglas viibitud päevade arv kuni I operatsioonini, s. o. kuni häbemeluupealse uurise rajamiseni samaaegselt kahepoolse vasosektoomiaga, oli 4 päeva, I ja II operatsiooni vahel 36 päeva ja pärast II operatsiooni (adenomektoomia järel) 25 päeva. Haiged, kellel toimus adenomektoomia kahemomentselt, viibisid statsionaaris ühtekokku keskmiselt 65 päeva. Ühemomentse adenomektoomia puhul oli haiglapäevade keskmiseks arvuks enne operatsiooni 9 päeva, pärast adenomektoomiat 23 päeva, seega ühtekokku 32 päeva.

Anesteesiameetodeist rakendati lumbaalanesteesiat 60 juhul (seda ainult kuni 1955. aastani), sakraalanesteesiat 118 juhul, kohalikku tuimastust koos potentseeritud valutustamisega 34 juhul ja kombineeritud tuimastust 35 juhul. Anesteesiast põhjustatud tüsistusi ei tekkinud.

Meie haigla uroloogiaosakonnas sooritatud adenomektoomia puhul on rakendatud mitmesuguseid meetodeid. Kuni 1955. aastani opereeriti enamasti lumbaalanesteesiaga. Adenoomi eemaldamise järel eesnäärmelooži ei tamponeeritud, kuid sinna asetati 7—8 päevaks kateeter. Niisuguse meetodi puhul võib tekkida verejooks.

1955. aastast alates võtsime kasutusele uue operatsioonimeetodi ja läksime üle sakraalanesteesiale; vastavalt näidustustele tamponeerisime eesnäärmelooži ilma alalise kateetri sisseviimiseta. Operatsioonile järgneval päeval eemaldasime tampooni. Viimastel aastatel oleme opereerinud Goldbergi meetodi järgi: teeme kusepõiele esialgse umbõmbluse ja õmbleme eesnäärmelooži kinni; sealjuures juhime mõnikord häbemeluupealse uurise kaudu sinna dreeni. Mainitud operatsioonimeetodi puhul on tulemused täiesti rahuldavad.

Paljudel haigetel esines põhihaiguse kõrval kaasnevaid haigusi, nagu südame- ja kopsuhaigused (arterio-kardioskleroos, kopsuemfüseem, kolmel juhul kopsutuberkuloos, kolmel juhul südame- ja veresoonkonna dekompensatsioon), 6 juhul song.

Letaalsus ja tüsistused. Meie andmeil võiks tüsistustena märkida 2 juhul eesnäärmelooži verejooksu kusepõie tamponeerimise tagajärjel, mille tõttu põis avati ja loož tamponeeriti uuesti, 4 juhul epididümiiti, 2 juhul ajajäsemete tromboflebiiti ja 5 juhul bronhopneumooniat.

Pärast adenomektoomiat lõppes letaalselt 5 juhtu, mis moodustab 2%; 3 inimest suri operatsioonijärgsel perioodil kopsuarteri trombemboolia tagajärjel, 2 juhul põhjustasid surma kaasnevad haigused (arteriokardioskleroos, püelonefriit ja kopsupõletik).

Järeldused

1. Tallinna Vabariikliku Haigla uroloogiaosakonna 10-aastase töö analüüsimine näitab, et kui me esimese viie aasta kestel olime mõnevõrra passiivsed ja rakendasime radikaalset ravi veidi üle $^1/_3$-l haigetest, siis järgneva viie aasta jooksul tõusis opereeritud haigete arv tunduvalt.

2. Kirurgia kaasaegset taset arvesse võttes tuleb kahemomentset operatsioonimeetodit pidada vananenuks ja selle rakendamist otstarbekohaseks ainult eriliste näidustuste puhul.

Tänu kusepõie kaudu tehtavale adenomektoomiale ja kusiti köndist üheaegselt umbõmbluse tegemisega kusepõiele on tunduvalt laienenud näidustused radikaalseks kirurgiliseks vahelesegamiseks eesnäärme adenoomi puhul.

Haigete õigeaegsel arsti poole pöördumisel ning vastavate vastunäidustuste puudumisel on parimaks operatsioonimeetodiks ühemomentne operatsioon.

3. Ühemomentne adenomektoomia lühendab operatsioonijärgset perioodi poole võrra (kahemomentse operatsiooni puhul on keskmine haiglapäevade arv 65, ühemomentse operatsiooni puhul aga 32).

4. Viimastel aastatel rakendatakse tuimastamisel sakraalanesteesiat.

О ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Вальдметс и Ф. Буровая

Резюме

В урологическом отделении Таллинской республиканской больницы в 1951—1960 гг. находились на лечении 456 больных с аденомой предстательной железы, из которых были оперированы 302 (66%), а 154 (34%) больных лечили консервативно. В 247 случаях была произведена аденоэктомия. 51 больной был выписан из больницы после наложения надлобкового свища. У 34 больных нормальное мочеиспускание восстановилось и свищ закрылся, 17 же больных остались со свищом, так как у них имелись противопоказания к аденоэктомии.

Учитывая современное состояние хирургии, двухмоментную операцию следует считать устаревшей и применять ее только в случае особых показаний.

При своевременном обращении больных и отсутствии соответствующих противопоказаний лучшим методом является одномоментная операция, при которой продолжительность послеоперационного периода сокращается на половину.

PIDURDUSEST SKISOFREENIAHAIGETEL *

Dotsent *J. SAARMA*

(Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedrist, juhataja professor *E. Karu*)

Oma klassikalises teoses «Peaaju refleksid» omistab Ivan Mihhailovitš Setšenov inimese keerukamate psüühiliste, eriti tahteliste aktide olemuse analüüsimisel erakordselt suurt tähtsust reflekside tsentraalse pidurduse mehhanismile. Autobiograafilistes märkmetes mainib ta selle kohta: «Pole kahtlust, et need mõtted liikusid mul peas juba minu Pariisis viibimise ajal, kuna ma istusin katsete juures, millel oli otsene suhe teadvuse ja tahte aktidega». Viimaste all mõtleb I. M. Setšenov 1862. a. Pariisis Claude Bernardi laboratooriumis tsentraalse pidurduse fenomeni avastamiseks sooritatud katseid. Nende teedrajavate uurimuste materjalid publitseeris ta juba järgmisel aastal artiklite seeriana ajakirjas «Медицинский вестник» (1863. a. nr. 1, 2, 3 ja lisad nr. 34, 35), seega samal ajaloolisel aastal, millal mainitud ajakirjas ilmus esmakordselt hämmastavalt novaatorlik füsioloogilis-filosoofiline traktaat «Peaaju refleksid».

Tsentraalse pidurduse eksperimentaalne avastamine loomadel ja hüpotees pidurdusmehhanismi olulisest osast inimeste psüühilises tegevuses kujunesid vundamendiks äärmiselt viljakale uurimissuunale, mille täielikud perspektiivid alles tänapäeval (100 aastat hiljem) ilmnevad. Põhiline eksperimentaalne materjal tsentraalse pidurduse avalduskujude ning seaduspärasuste kohta on kogutud I. P. Pavlovi kaastööliste ja õpilaste poolt. I. P. Pavlovi koolkonna tööd tõestavad tsentraalse pidurduse keskset osa mitte üksnes kõrgema närvitegevuse füsioloogias, vaid ka närvitegevuse patoloogia, eeskätt psüühiliste haiguste valdkonnas.

Üheks eredamaks näiteks tsentraalse pidurduse nähtude uurimise viljastavast mõjust kõrgema närvitegevuse patoloogia analüüsimisel ja mõtestamisel on peatükk skisofreenia patofüsioloogiast. I. P. Pavlov, kes tundis oma tegevuse viimasel perioodil erilist huvi psühhiaatria probleemide vastu üldse, pühendas iseäranis suurt tähelepanu skisofreenia olemuse ja avalduskujude füsioloogilisele lahtimõtestamisele. Tuginedes loomade kõrgema närvitegevuse eksperimentaalsel uurimisel avastatud seaduspärasustele, analüüsis I. P. Pavlov põhjalikult skisofreenia mitmesuguseid sümptoome ja seisundeid. Kokkuvõttes märkis ta 1930. a. oma teoses «Füsioloogi katseline ekskursioon psühhiaatria valdkonda» järgmist: «Peale kõike esitatut võib vaevalt kahelda, et skisofreenia oma teatud variatsioonides ja faasides kujutab endast tegelikult kroonilist hüpnoosi». Käsitledes sellise hüpnoosi tekkemehhanisme ja märkides eriti närvirakkude kurnatuse osa, mainib ta samas töös edasi: «Aga kurnatus on üks peamistest füsioloogilistest impulssidest pidurdusprotsessi kui kaitseprotsessi tekkimiseks. Siit siis krooniline hüpnoos kui pidurdus tema leviku ja intensiivsuse mitmesugustes astmetes».

I. P. Pavlovi teooriat hüpnootilise pidurduse kesksest osast skisofreenia patogeneesis on korduvalt tõestatud arvukate kliinilis-füsioloogiliste uurimustega (A. G. Ivanov-Smolenski, V. P. Protopopov, E. A. Popov, N. P. Tatarenko ning N. N. Traugott jt.). Skisofreenia «hüpnoidset sündroomi» (V. P. Protopopov) iseloomustab ühelt poolt ülepiirilise pidurduse esinemine kõrgemas närvitegevuses, eriti teises signaalsüsteemis, teiselt poolt aga sisemise pidurduse puudulikkus. Kui kõrgema närvitegevuse ülepiirilise pidurduse uurimisele on pühendatud arvukalt töid, siis sise-

* Ettekanne I. M. Setšenovi teose «Peaaju refleksid» ilmumise 100. aastapäevale pühendatud konverentsil Tartus, 29. mail 1963. a.

mise pidurduse seisundit skisofreeniahaigetel on käsitletud vaid üksikutes uurimustes. Kirjanduses leidub kõige üldisemaid andmeid sisemise pidurduse puudulikkusest, kusjuures neid mainitakse kõige sagedamini kroonilise protsessi ja katatoonilise vormi korral. Sisemise pidurduse seisundi vahekorda ravi toime ja mõjususega pole aga üldse käsitletud.

Alljärgnevalt esitame Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas 135 skisofreeniahaige uurimisel saadud andmeid, mis tõestavad, et sisemise pidurduse tundmaõppimisel on mitte üksnes teoreetiline, vaid ka suur praktiline tähtsus.

Kõrgema närvitegevuse kliinilis-füsioloogilise kompleksuurimise raames võeti vaatluse alla sisemise pidurduse kaks vormi — diferentseeriv ja tingitud pidurdus. Vaatlused tehti motoorse refleksi meetodi abil, kasutades eelnevat kaudset instrueerimist ja seoste sõnalist kinnitamist (V. P. Protopopovi meetodi modifikatsioon). Skisofreeniahaigete vaatluse andmeid võrreldi 35 terve isiku analoogilistel katsetel saadud andmetega. Tähtsamad neist on järgmised.

Diferentseering kujunes 33-l 35 tervest vaatlusalusest spontaanselt, üksnes 2 isikul oli vaja ühel korral kinnitada diferentseeritavat signaali negatiivse sõnalise korraldusega. Seevastu 126 skisofreeniahaigest, kellel üldse osutus võimalikuks diferentseeringut uurida, ei olnud ainult 47-l vaja kinnitusi. 70 haigel oli diferentseeringu kujundamiseks vaja üks kinnitus, 6-l — kaks, 2-l kolm ja 1-l neli kinnitust.

Diferentseeriva signaali korduval eksponeerimisel vaheldumisi positiivse signaaliga ei ilmnenud 27 tervel vaatlusalusel kordagi pidurdusest vabanemist, 7 isikul esines üks ja 1 isikul kaks pidurdusest vabanemist ühe vaatluse kohta (üldse eksponeeriti diferentseerivat signaali 10—12 korda ühe katse puhul). Skisofreeniahaigetel seevastu oli diferentseering täiesti stabiilne ainult 40 juhul, kuna 44-l ilmnes üks, 26-l kaks, 8-l kolm ja 8-l neli ning rohkem pidurdusest vabanemise juhtu ühe vaatluse kohta.

Tingitud pidurduse kujunemiseks ei olnud 10 tervel isikul sõnalisi kinnitusi üldse vaja, ülejäänud 25 isikul aga piisas ühest negatiivsest sõnalisest kinnitusest. Seevastu ainult 14 skisofreeniahaigel 79-st, kellel üldse osutus võimalikuks tingitud pidurdust uurida, saadi pidurdus ilma spetsiaalse kinnitamiseta. 51 haigel vajati selleks üks, 8-l kaks, 2-l kolm ja 3-l neli ning rohkem kinnitust.

Tervetel vaatlusalustel osutus tingitud pidurdus täiesti stabiilseks — ühelgi neist ei täheldatud vaatluse käigus ühtki pidurdusest vabanemise juhtu (ühe katse vältel eksponeeriti 8—10 tingitud pidurduse kombinatsiooni vaheldumisi positiivse signaaliga). Skisofreeniahaigetest ei esinenud 42-l tingitud pidurdusest vabanemisi üldse, 15 haigel esines üks, 9-l kaks, 3-l kolm, 10-l neli ja rohkem vabanemist ühe katse kohta.

Statistiline analüüs näitab, et summaarselt on nii diferentseeringu kui ka tingitud pidurduse kujunemine skisofreeniahaigetel oluliselt aeglasem kui tervetel, pidurduse stabiilsus aga tunduvalt halvem (kõikide näitajate osas on $p<0,02—0,01$). Kuid ei või märkimata jätta, et samal ajal leidub veel skisofreeniahaigeid, kellel sisemise pidurduse puhul kas üldse ei ilmne märgatavaid häireid (kasutatud uurimismetoodika puhul) või esineb kõrvalekaldumisi väheses ulatuses mõne üksiku näitaja suhtes. Loomulikult kerkib küsimus, kas ja kuivõrd on sisemise pidurduse konkreetne seisund ühel haigel seotud skisofreenset haigusprotsessi iseloomustavate mitmesuguste kliiniliste näitajatega. Sellele küsimusele vastamiseks tehti Tartu Riikliku Ülikooli arvutuskeskuses (dotsent L. Võhandu programmi järgi) vaatlusandmete spetsiaalne korrelatsioon-statistiline analüüs elektronarvutusmasina abil.

Analüüs näitas, et sisemise pidurduse häirete ulatus ei ole oluliselt seotud ei haige soo ega vanusega, samuti mitte skisofreense protsessi alguse iseloomu, kestuse, kliinilise sündroomi ega haigusnihke arvuga (korrelatsioonikoefitsiendid kõikide nende näitajate osas on alla 0,3, enamasti 0,1—0,2). Seega ei kinnita statistiline analüüs kirjanduses esitatud põgusaid arvamusi sisemise pidurduse häirete sagedamast esinemisest kroonilistel haigetel ja katatoonilise vormi korral.

Statistiline analüüs avastas aga seevastu, et sisemise pidurduse seisundil on märgatav korrelatsioon remissiooni tasemega, mis vaadeldud haigetel saavutati insuliiniravi rakendamisega. Nimelt ilmnes, et ravi-

kuuri vahetu efekt oli seda parem, mida vähemas ulatuses esines sisemise pidurduse häireid enne ravi algust (diferentseeringu puhul $r=0,32$, tingitud pidurduse puhul $r=0,34$). Veel enam, sisemise pidurduse, eriti tingitud pidurduse seisund enne ravikuuri algust on märgatavas korrelatsioonis ka raviefekti stabiilsusega ja retsidiivide tekkimise tõenäolisusega: viimaseid esineb vähem häiritud sisemise pidurdusega haigetel tunduvalt harvemini ($r=0,42$).

Statistilisest analüüsist ühtlasi ilmnes, et insuliiniravi mõjususel on usaldatav korrelatsioon ülepiirilise pidurduse intensiivsusega enne ravi, s. t. tugevamini väljakujunenud ülepiirilise pidurdusega haigetel on insuliiniravi märgatavalt mõjusam ja stabiilsem kui neil haigetel, kellel kõrgemas närvitegevuses ülepiiriline pidurdus on mõõdukas või praktiliselt puudub.

Esitatud vaatlusandmed ja statistilise analüüsi järeldused peaksid hästi mõistetavad olema I. P. Pavlovi käsitluse valgusel pidurduse kahesugusest iseloomust.

Ülalesitatust nähtub, et just nimelt need skisofreeniahaiged, kellel (vaatamata haiguse kestusele, vormile, korduvusele jt. kliinilistele tunnustele) on küllaldaselt säilinud ülepiirilise pidurduse kaitsev iseloom ja kelle koorerakkude paremast töövõimest annab tunnistust vähem häiritud sisemine pidurdus, on tunduvalt soodsama prognoosiga ravi suhtes kui need haiged, kellel pidurdus kortikaalses tegevuses on minetanud oma kaitsva iseloomu ja on muutunud patoloogiliseks, inertseks pidurduseks (E. A. Popov, N. P. Tatarenko). Nagu ilmneb, on kliinilis-füsioloogiliste uurimiste abil võimalik piisavalt hinnata pidurduse seisundit ning selle alusel püstitada antud haiguse prognoos.

Esitatu on selle tõestuseks, milliseid perspektiive on avanud ja avab veel kaasajalgi I. M. Setšenovi tsentraalse pidurduse uurimine.

О ТОРМОЖЕНИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ю. Саарма

Резюме

В Тартуской республиканской клинической психоневрологической больнице было исследовано состояние дифференцировочного и условного торможения у 135 больных шизофренией. Результаты экспериментального исследования сравнивали с аналогичными данными, полученными при исследовании 35 здоровых лиц. Далее данные были подвергнуты корреляционно-статистическому анализу при помощи электронной вычислительной машины.

Образование как дифференцировки, так и условного тормоза у больных шизофренией происходит значительно медленнее, а стабильность внутреннего торможения ниже, чем у здоровых лиц ($p<0,02—0,01$). Состояние внутреннего торможения у больных обнаруживает при этом, заметные индивидуальные различия.

Результаты статистического анализа показывают, что состояние внутреннего торможения не имеет достоверной корреляции ни с полом и возрастом больного, ни с формой, давностью, характером начала и повторностью шизофренического процесса.

Между тем, как скорость образования, так и стабильность дифференцировочного и условного торможения обнаруживают статистически достоверные корреляции со степенью и стабильностью терапевтического эффекта, достигнутого у исследованных больных при лечения инсулином. Ремиссия является тем высшей и более стабильной, чем меньше нарушено внутреннее торможение перед началом лечения.

Углубленное исследование открытого И. М. Сеченовым центрального торможения, таким образом имеет не только теоретическое, но и практическое значение для психиатрической клиники.

TÖÖSTUSTÖÖLISTE MEDITSIINILISE TEENINDAMISE ÜMBERKORRALDAMISEST TSEHHIPÕHIMÕTTEL

A. SARAP

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

Tööstusettevõtete tööliste meditsiinilise teenindamise organisatsiooniliseks põhialuseks on tsehhijaoskonnad, nagu seda on territoriaalsed jaoskonnad ülejäänud elanikkonna teenindamiseks.

Käesoleval ajal on Eesti NSV-s loodud 30 tsehhijaoskonda, peale selle töötab tööstusettevõtetes veel 43 arsti- ja 107 velskri-tervishoiupunkti. Kohtla-Järve V. I. Lenini nimelise Põlevkivitöötlemise Kombinaadis on polikliiniku filiaal 3 tsehhijaoskonnaga ja kombinaadis «Kreenholmi Manufaktuur» kinnine polikliinik 6 tsehhijaoskonnaga. Tallinna, Kohtla-Järve ja Narva tööstusettevõtete meditsiinilise olukorra kontrollimine näitas, et kõige suuremaid puudusi esineb tööstustööliste teenindamisel tsehhijaoskonna põhimõttel.

Meie vabariigis võib tööstustööliste meditsiinilisel teenindamisel rakendada mitut varianti.

1. Tsehhijaoskond, kus tsehhiarst võtab haigeid vastu polikliinikus, seda tingimusel, et polikliinik ei asu tööstusettevõttest kaugemal kui 1—1,5 km.

2. Tsehhijaoskond, kus tsehhiarst võtab haigeid vastu tsehhijaoskonna velskri-tervishoiupunktis. Graafiku järgi tulevad siia ka antud tsehhijaoskonda teenindama määratud eriarstid.

3. Territoriaalne tsehhijaoskond — jaoskonnaarst on ühtlasi ka tsehhiarstiks. Sel puhul asub territoriaalse arstijaoskonna piires ka tööstusettevõtteid. Seejuures vähendatakse territoriaalset arstijaoskonda vastavalt tööstusettevõtte (tsehhijaoskonna) tööliste ja teenistujate arvule. Kui linnas on mitu tsehhijaoskonnale ettenähtud tööliste arvuga tööstusettevõtet, siis võib nendele ettevõtetele luua ühise tsehhijaoskonna. Tsehhiarst võtab haigeid vastu polikliinikus.

4. Polikliiniku tsehhijaoskondadega filiaal tööstusettevõtte juures — luuakse lähestikku paiknevate, kuid polikliinikust kaugel asuvate tööstusettevõtete tööliste teenindamiseks. Näiteks Tartus Ropka linnaosas, Tallinnas tehase «Volta», kondiitrivabriku «Kalev» jt. ümbruses. Kõigi nende variantide puhul on tsehhiarsti töö olemus ühesugune ning see korraldatakse eeskirjade kohaselt, mis on kinnitatud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 321 (20. juulist 1960. a.).

Tsehhijaoskonna terapeudi põhiülesanded on järgmised: 1) sisehaigustega haigete ravimine; 2) vajalikel juhtudel osakonnajuhatajaga ja teiste erialade arstidega konsulteerimine; 3) meditsiinilise esmaabi organiseerimine äkiliste haigestumiste, traumade ja kutsetööga seotud mürgistuste puhul; 4) statsionaarsele ravile suunamine; 5) tööliste ja teenistujate dispanseerne teenindamine vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi metoodilisele kirjale nr. 16-6/58 (23. jaanuarist 1954. a.); 6) profülaktilised ja perioodilised meditsiinilised läbivaatused kutse- ja üldhaigustega haigete varajaseks avastamiseks koos nende haigete jälgimise ja raviga; 7) ajutise töövõimetuse ekspertiis vastavalt NSV Liidu

Tervishoiu Ministeeriumi ja ÜAÜKN poolt 1957. aastal kinnitatud ravi- ja profülaktikaasutustes teostatava ajutise töövõimetuse ekspertiisi määrusele; 8) haigete valik, kes vajavad sanatoorset ja kuurordiravi, dieettoitlustust ja profülaktooriumi suunamist; rakendatud ravi- ning tervistavate abinõude tulemuste jälgimine; 9) teenindatava tsehhijaoskonna tööliste ja teenistujate töötingimuste tundmaõppimine; 10) teenindatava tsehhijaoskonna tööliste ja teenistujate kutsehaigustesse ning ajutise töövõimekaotusega haigustesse haigestumiste süstemaatiline analüüsimine ning saadud andmete läbitöötamine koos tsehhi administratsiooni ja ametiühingu tsehhikomiteedega, milleks tõmmatakse kaasa ka eriarste; 11) profülaktiline vaktsineerimine; 12) tööliste väljaõpetamine enda ja vastastikuse abi andmiseks; 13) teenindatava tsehhijaoskonna velskri-tervishoiupunkti töö juhtimine ja kontrollimine.

Ambulatoorse vastuvõtu korraldamine. Haigete ambulatoorse vastuvõtu kindlustamiseks polikliinikus ja profülaktilise töö korraldamiseks ettevõttes koostatakse tsehhijaoskonna terapeudi tööplaan, mis sõltub kohalikest oludest ja tootmise iseärasusest. Ambulatoorsele vastuvõtule kulutatakse iga päev vähemalt 4—4,5 tundi; sõltuvalt vahetustega tööst toimub vastuvõtt hommiku-, päeva- ja õhtutundidel.

Tsehhiarsti ambulatoorsel vastuvõtul reguleeritakse haigete külastusi. Esimesed vastuvõtutunnid tuleb ette näha peaasjalikult ägedaloomulisi haigusi põdevatele esmastele haigetele, kes vajavad kiiresti arstiabi. Haigetele aga, kes korduvalt pöörduvad arsti poole uuringute tegemiseks, ravi pikendamiseks, konsultatsiooni ja mitmesuguste tõendite saamiseks, on otstarbekohane määrata vähema koormusega tunnid vastuvõtuaja teisel poolel. Dispanseerselt teenindatavaid haigeid tuleb samuti vastu võtta vähese koormusega tööpäevadel ja -tundidel. Töölised peavad olema vastuvõtu korrast hästi informeeritud.

Varajaste haigusvormide avastamiseks korraldab tsehhiarst profülaktilisi ning perioodilisi meditsiinilisi läbivaatusi sellele järgnevate ravi- ja tervistavate abinõude rakendamisega. Tsehhiarsti kohuseks on oma jaoskonna tööliste dispanseerse teenindamise kindlustamine ja kogu tööliste dispanseerse teenindamise kooskõlastamine eriarstidega. Haigete dispanseerne teenindamine toimub ambulatoorse vastuvõtu tundidel profülaktiliseks tööks eraldatud ajal. Tsehhijaoskonna terapeut kindlustab ka oma jaoskonna tööliste meditsiinilise eelisteenindamise nende elukohajärgses raviasutuses.

Profülaktilise töö organiseerimine. Tsehhiarst on kogu profülaktilise töö organiseerijaks jaoskonnas. Sõltuvalt tööstusharust eraldatakse selleks 9—12 tundi nädalas. Ettevõtteis, kus arsti igapäevane kohalviibimine pole vajalik ja olenevalt muudest kohalikest tingimustest, määratakse profülaktiliseks tööks 3—4 tundi ülepäeviti või 4,5—6 tundi 2 korda nädalas.

Profülaktiliseks tööks ettenähtud tundidel tutvub tsehhiarst töötingimustega, analüüsib ajutise töövõimekaotusega haigestumisi, võtab osa tsehhikomitee koosolekutest, juhib velskri-tervishoiupunktide tööd jne. Ta uurib igakülgselt sanitaar-hügieenilisi tingimusi töökohtadel ja tootmise organiseerimist, tutvub töökaitse ja ohutustehnika olukorraga, kasutades selleks õhu (tolmu-, gaasi- ja niiskuse sisaldus), temperatuurirežiimi, müra ning vibratsiooni jne. uurimise andmeid. Sel eesmärgil külastab tsehhiarst vastavalt tööplaanile tsehhe ja üksikuid jaoskondi 1—2 korda kuus.

Üksikute ruumide ja seadmete paigutuse, tootmistingimuste ning väliskeskkonna jne. igakülgseks tundmaõppimiseks on otstarbekohane koostada ettevõtte tsehhijaoskonna sanitaarpass. Passi tuleb peale juba mainitud andmete teha süstemaatiliselt märkmeid tehnoloogilise protsessi muutuste, uue tehnika juurutamise, uute toorainete rakendamise

ning tootmiskeskkonna muutuste kohta. Peale selle peab tsehhiarstil olema alati täpsed andmed jaoskonnas töötavate tööliste arvulise koosseisu kohta.

Tsehhiarsti tähtsaimaks töölõiguks on haigusjuhtude analüüsimine. Ta selgitab välja kuu-, kvartali-, poolaasta- ja aastaaruannete järgi ajutise töövõimekaotusega haigestumised, teeb kindlaks, milliste haiguste arvel toimus haigestumuse langus või tõus. Võrdleb saadud andmeid eelmise aasta sama perioodi andmetega, vaatleb haigestumiste dünaamikat ning võrdleb andmestikku analoogiliste tsehhide ja käitiste omaga.

Haigestumiste ja traumatismi konkreetsete põhjuste avastamiseks ning ravi- ja tervistavate abinõude õigeks suunamiseks tuleb tsehhiarstil teha profülaktilist tööd koos eriarstidega. Iga kuu või kvartali algul teeb tsehhiarst koos tsehhi (tehase) administratsiooni esindajate, ohutustehnikainseneri, ametiühinguorganisatsiooni, sanitaararsti ning tervishoiupunkti töötajatega ringkäigu tsehhides ja üksikutes jaoskondades. Ringkäigu tulemused ja ettepanekud puuduste kõrvaldamiseks tuleb kanda tsehhi sanitaarpäevikusse. Peale selle fikseeritakse kõik kavandatud abinõud tsehhiarsti päevikus, mida hoitakse tervishoiupunktis.

Andmed ja läbivaatuste tulemused kvartali, I poolaasta ja aasta haigestumiste kohta arutatakse läbi tsehhi- (tehase-) komitee koosolekul, millest võtavad osa ka tsehhi (tehase) administratsioon, ohutustehnikainsener, sanitaararst, sotsiaalkindlustuskomisjon ning sanitaaraktiiv. Puuduste kõrvaldamiseks töötatakse haigestumiste analüüsi põhjal välja kindlate abinõude ning tervistavate ürituste plaan järgmiseks kvartaliks.

Tsehhide, elutarbeliste ja toitlustusruumide jne. sanitaar-hügieenilise olukorra järele valvab tervishoiupunkti keskharidusega meditsiinipersonal, kusjuures sellesse töösse tõmmatakse kaasa ka sanitaaraktiiv ning ühiskondlikud organisatsioonid.

Sanitaarharidustöö tegemisel kasutab tsehhiarst tehase ajalehte, seinalehti ja kohalikku raadiosõlme ning korraldab kohtumisi töölistega.

Dispanseerne teenindamine. Dispanseersele teenindamisele kuuluvad: a) vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjale nr. 136-m (7. sept. 1957. a.) perioodilisele meditsiinilisele läbivaatusele kuuluvad töölised; b) mitmesuguseid haigusi, eelkõige sageli ja pikaajaliselt põdevad haiged; c) Suure Isamaasõja invaliidid; d) töölisnoorukid ja kutseealised.

Igal tsehhiarstil võib sõltuvalt kohalikest tingimustest olla dispanseersel arvel 100—150 inimest. Jooksva kalendriaasta lõpul teeb tsehhiarst oma tööst kokkuvõtte ja annab hinnangu iga dispanseersel arvel olnud haige tervise seisundi kohta, kandes selle ambulatoorsele kaardile.

О РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ ПО ЦЕХОВОМУ ПРИНЦИПУ

А. Сарап

Резюме

Организационной основой медицинского обслуживания промышленных рабочих являются цеховые участки. Остальное население обслуживают территориальные участки.

В Эстонской ССР организовано 30 цеховых участков, кроме того в промышленных предприятиях развернуты 43 врачебных и 107 фельдшерских здравпунктов. В Кохтла-Ярвеском сланцеперерабатывающем комбинате им. В. И. Ленина имеется филиал поликлиники с тремя цеховыми участками, а на комбинате «Кренгольмская мануфактура» закрытая поликлиника с шестью цеховыми участками.

Проверка состояния медицинского обслуживания на промышленных предприятиях Таллина, Кохтла-Ярве и Нарвы показало, что больше всего недостатков имеется в обслуживании промышленных рабочих по цеховому принципу.

В нашей республике можно применить несколько организационных форм медицинского обслуживания промышленных рабочих:

1. Цеховой участок. Цеховой врач принимает больных в поликлинике при условии, что она расположена не далее 1—1,5 км от промышленного предприятия.

2. Выдвижной цеховой участок. Цеховой врач принимает больных в помещении цехового фельдшерского здравпункта, где по специальному графику принимают больных и врачи-специалисты, прикрепленные к данному цеховому участку.

3. Территориальный цеховой участок. Участковый врач является одновременно и цеховым врачем. В этом случае в пределах территориального участка находятся промышленные предприятия, а территориальный врачебный участок уменьшается соответственно количеству рабочих и служащих промышленного предприятия (цехового участка).

Если в городе имеется несколько промышленных предприятий с числом рабочих позволяющих развернуть для их обслуживания цеховой участок, то для этих предприятий можно организовать общий цеховой участок. Цеховой врач принимает больных в поликлинике.

4. Филиал поликлиники с цеховым участками при промышленном предприятии. Такой филиал развертывается ,для обслуживания рабочих промышленных предприятий, расположенных недалеко друг от друга, но отдаленных от поликлиники, как например: в Тарту, в районе Ропка; в Таллине поблизости от завода «Вольта» и фабрики «Калев» и т.д.

Сущность работы цехового врача при всех упомянутых вариантах одинакова и врач работает согласно инструкции.

Для обеспечения амбулаторного приема больных в поликлинике и проведения профилактической работы на предприятиях составляется план работы врача-терапевта цехового участка. Для выявления ранних форм заболевания цеховой врач проводит профилактические и периодические медицинские осмотры с последующими лечебными и оздоровляющими мероприятиями. Обязанностью цехового врача является обеспечение диспансерным обслуживанием рабочих своего участка и согласование всего диспансерного обслуживания рабочих с врачами-специалистами.

Цеховой врач является организатором всей профилактической работы на участке. Он должен детально изучить санитарно-гигиенические условия на рабочих местах и организацию производства, а также состояние охраны труда и техники безопасности. Для ближайшего знакомства с отдельными помещениями, условиями производства, внешней среды и проч. целесообразно составить санитарный паспорт цехового участка промышленного предприятия. Цеховой врач должен всегда иметь точные данные о численном составе рабочих, обслуживаемых цеховым участком. Для анализа заболеваемости цеховой врач разрабатывает данные месячных, квартальных, полугодовых и годовых отчетов, сравнивает полученные результаты с данными предыдущего года и с данными других аналогичных цехов.

С целью выявления причин заболеваний и травматизма, и для проведения целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий цеховой врач проводит профилактическую работу совместно с врачами-специалистами.

TÖÖSTUSETTEVÕTETE TÖÖLISTE MEDITSIINILISEST TEENINDAMISEST *

A. ROOSILEHT

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Suurte tööstusettevõtete tööliste meditsiinilisel teenindamisel on meditsiini- ja sanitaarjaoskonnad oma otstarbekohasust kõigiti õigustanud. Kuigi meditsiini- ja sanitaarjaoskondade arv kasvab kiiresti, rahuldavad nad ainult 30—40% vajadusest. Seetõttu omandab tsehhijaoskondade loomine territoriaalsete polikliinikute juurde ja töölistele arstiabi andmise diferentseerimine nendes üha suurema tähtsuse. Meditsiini- ja sanitaarjaoskondade arvukas avamine meie vabariigi väikestes tööstus-

---

* Lühendatud ettekanne Tervishoiu Organisaatorite Teadusliku Seltsi koosolekul 7. septembril 1963. a.

ettevõtetes ennast aga ei õigusta, sest see takistab tervishoiuasutuste edasist spetsialiseerumist.

Vabariigi tööstusettevõtteis töötab 43 arsti-tervishoiupunkti ja 30 territoriaalse polikliiniku tsehhijaoskonda. Väikesed ja elujõuetud arsti-tervishoiupunktid, mille koosseisus on enamasti ainult üks arst, ei suuda aga töölisi kaasaja arstiteaduse tasemel teenindada. Peale selle pole tervishoiupunkti arstil õigust vabastada haigestunud töölist töölt enam kui kaheks päevaks. Siit nähtub, et tervishoiupunkti arst saab töölise ravimisega tegelda üpris vähe; patsient pöördub abi saamiseks elukoha järgi jaoskonnaarsti ja eriarsti poole. Tervishoiupunkti arst ei ole suuteline tööliste dispanseerimist üksinda korraldama, eriarste aga tervishoiupunktides enamasti ei ole. Seetõttu toimub tööliste dispanseerimine paljudes polikliinikutes ebaõigesti. Ühel juhul peab seda tegema tervishoiupunkti arst, kes koostab dispanseeritute kohta raviplaani territoriaalse polikliiniku eriarstide otsuse põhjal. Viimased ei tunne aga tööliste töötingimusi antud tsehhis ega saa oma otsustes teha põhjendatud konkreetseid ettepanekuid töötingimuste tervistamiseks, vajaduse korral töölise teisele tööle üleviimiseks jms. Teisel juhul on tööliste dispanseerimine territoriaalse jaoskonnaarsti ülesandeks; sel puhul jääb tervishoiupunkti arst kõrvale. Niisugune dispanseerimine on mõlemal juhul formaalne, sest ei arvestata töölise töötingimusi ega pöörata tähelepanu nende tervistamisele. Sellest tingituna ei ole tervishoiupunkti arst suuteline ka välja töötama konkreetset plaani haigestumiste ja traumade vähendamiseks antud tööstusettevõttes. Nagu ülalmainitust selgub, ei ole niisuguse väikese tervishoiupunkti arst suuteline vastutama ei ravi ega töövõimetuse ekspertiisi õigsuse, ei dispanseerimise ega profülaktiliste ürituste elluviimise eest. Paljudel juhtudel jääb arsti ülesandeks vaid haigete vastuvõtmine koos nende pinnapealse uurimisega, millega tuleks toime ka tervishoiupunkti velsker, ning üldise puhtuse ja heakorra kontroll tsehhides, millega võiks hakkama saada isegi ühiskondlik sanitaarvolinik.

Meie vabariigis edeneb kahjuks tsehhijaoskondade loomine väga visalt. Selle põhjused on mitmesugused. Kõigepealt tuleb märkida tööstusettevõtete juhtkonna vastuseisu. Tsehhijaoskonna organiseerimisele territoriaalses polikliinikus ja haigestunud tööliste vastuvõtu korraldamisele viimases vaatab tehase juhtkond ja ametiühinguaktiiv sageli kui üritusele, mis lihtsustab arsti tööd, kuid halvendab tööliste teenindamist.

Selliste arvamuste tekkimisel on suurel määral süüdi koostöö puudumine tervishoiuasutuste ja tööstusettevõtete administratsiooni vahel. Tööstusettevõtete juhtkonnad ja kohalikud ametiühingukomiteed võõrastavad rajooni polikliinikut, sest viimane abistab praegu neid vähe. Paljudel juhtudel toetavad tervishoiupunktide arstid administratsiooni eitavat suhtumist tsehhijaoskondadesse, sest ka neil pole tsehhiteenindamise eelised selged, tihti pole nad aga huvitatud oma ametikoha likvideerimisest.

Tööstusettevõtete administratsiooni ja kohalike ametiühingukomiteede selline vastuseis arstlike tervishoiupunktide sulgemisele ja tsehhijaoskondade organiseerimisele pole iseloomulik mitte ainult meie vabariigile. Nagu märgivad D. Berman ja M. Brilliantova (1), organiseeriti Moskvas 42. polikliiniku piirkonnas tsehhijaoskonnad alles pärast põhjalikku selgitustööd, kõigepealt tervishoiupunktide arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate, seejärel aga tööstusettevõtete administratsiooni ja ametiühinguaktiivi hulgas.

Teiseks põhjuseks, mis takistab tsehhijaoskondade avamist rajooni- või linnapolikliinikute juures, peetakse polikliinikute ruumikitsikust. Et sellest üle saada, peaksid tsehhijaoskonna arstid patsiente tööstusettevõttes vastu võtma. Paljud meie vabariigis asutatud tsehhijaoskonnad töötavadki .sel põhimõttel. Siinjuures tuleb aga silmas pidada mitmesu-

guseid asjaolusid. Kui näiteks tsehhijaoskonna asukohaks määratakse tööstusettevõtte velskri-tervishoiupunkt, peab jälgima, et siin tõepoolest toimuks haigete vastuvõtt vajaduse järgi ja regulaarselt ka kõikide eriarstide poolt; samuti on vajalik, et peale tsehhijaoskonna arsti tegeleksid tsehhides profülaktilise tööga ja dispanseerimisega ka eriarstid. Meil leidub kahjuks praegu veel tsehhijaoskondi, mis pärast praeguse nimetuse saamist pole oma tööstiili veel üldse muutnud. Kui tööstusettevõte asub teda teenindavast polikliinikust kaugel ja ühendus sellega on halb, tuleb tsehhijaoskond luua tööstusettevõttes. Siin seatakse sisse vastav kartoteek. Haigeid võtavad vastu tsehhijaoskonna arst ja eriarstid. Hädavajalikud uurimised ja protseduurid, mida pole kohapeal võimalik teha, sooritatakse polikliinikus.

Suuremates linnades, kus on mitu polikliinikut, võib juhtuda, et tsehhijaoskonna asutamisel suureneb tööstusettevõtte teenindamiseks määratud polikliiniku töökoormus, kuna jääb ära tööliste vastuvõtmine muudes polikliinikutes.

Kui Tallinna kõikide tööstusettevõtete töölistele arstiabi andmine korraldada tsehhijaoskondade printsiibi järgi, väheneb näiteks Nõmme Polikliiniku eriarstide koormus tunduvalt, sest tööstusettevõtete väikese arvu tõttu selles piirkonnas teenindavad Nõmmel elunevaid töölisi linna muudes rajoonides asuvad tsehhijaoskonnad. Tallinnas ongi see üheks põhjuseks, miks tervishoiuasutuste juhatajad ei avalda erilist initsiatiivi tsehhijaoskondade loomisel. Seepärast on vajalik, et linna tervishoiuosakond määraks arste ametikohtadele kõigepealt tsehhijaoskondade vajadusi silmas pidades, samuti ka reguleeriks polikliinikute arstide koormust, mis tsehhijaoskondade asutamisega tunduvalt väheneb.

Töölisel on praegu õigus valida, kas minna tsehhijaoskonna arsti või territoriaalse polikliiniku jaoskonnaarsti juurde. Mõlemas polikliinikus on tema jaoks avatud ambulatoorne kaart. See toob aga endaga kaasa palju segadust. Esiteks saab töölisele diferentseeritud arstiabi paremini tagada ainult tsehhijaoskond ja tootmisprintsiibi järgi teenindav polikliinik. Elukohajärgne polikliinik saab seda teha vaid üldise järjekorra alusel. Teiseks on ainult tsehhijaoskonna arst ja eriarstid suutelised sisuliselt otsustama haigestunud töölise töövõimetuse küsimust ja andma ka ravi suhtes ratsionaalseid tööalaseid soovitusi. Elukohajärgne polikliinik, kus töölise töötingimusi ei tunta, ei ole aga selleks alati võimeline. Praegune dubleeriv süsteem võtab polikliinikutelt vastutuse haigestumise arvestuse ja töövõimetuse ekspertiisi õigsuse üle.

Tehakse katseid territoriaalse ja tsehhijaoskonna lähendamiseks. Nagu L. Kaplunovitš ja L. Bestšetnova (3) ning I. Bogatõrjov (2) Tšeljabinskis saadud kogemuste põhjal väidavad, on tsehhijaoskonna arsti ja territoriaaljaoskonna arsti tihe koostöö võimalik, kusjuures mõlemad külastavad tööstusettevõtteid profülaktika eesmärgil, uurivad haigestumise olukorda tsehhides ja on tuttavad patsiendi mõlema ambulatoorse kaardiga. Meie oludes on tööliste huvides kõige otstarbekohasem loobuda sellisest dubleerimisest ja panna kogu ambulatoorne arstiabi tsehhijaoskonnale. Selleks peavad tööstusettevõtete kohalikud ametiühingukomiteed seadusandlikus korras kinnitama kõik tsehhijaoskonda teenindavad arstid antud tsehhi või tööstusettevõtte usaldusarstideks, jättes ainult nendele õiguse välja anda ja pikendada ambulatoorselt ravitavate tööliste haiguslehti. Lisaks sellele paraneb ambulatoorsel ravil viibivate haigete töövõimetuse ekspertiis, avaneb võimalus koondada antud tööstusettevõttes haigestunud tööliste ravi ühte asutusse, pidada iga päev haigestumise arvestust ja teha maksimaalselt tööliste profülaktilisi läbivaatusi polikliinikusse pöördumise korral. Haigestumise igapäevane arvestus on vajalik tsehhiarstidele; eriti vajalik on see aga tööstusettevõtte juhtkonnale töö õigeks korraldamiseks

Tsehhijaoskonna arstil muutub haigete teenindamine raskemaks siis, kui ta peab haigeid kodus külastama. Selliseid patsiente ravivad meil praegu peamiselt territoriaalse polikliiniku jaoskonnaarstid ja eriarstid. Tsehhiarst (resp. tervishoiupunkti arst) saab aga haigestumisest teada alles siis, kui tööline uuesti tööle asub. Et tsehhiarstil oleks võimalus rohkem haigete kodusest ravist osa võtta, soovitame eriti Tallinna ja Tartu jaoks kehtestada arsti koduste visiitide tegemisel järgmise korra.

Antud tööstusettevõtte töölised, vaatamata elukohale, kutsuvad arsti koju tööstusettevõtte velskripunkti kaudu. Valvevelsker registreerib väljakutse ja annab selle haige elukohajärgsele polikliinikule edasi. Sellise kojukutse eeliseks on, et tsehhiarst saab kohe teada töötaja haigestumisest, mistõttu tal on võimalik samme astuda patsiendi hospitaliseerimiseks ja diagnoosi täpsustamiseks ning ühtlasi saab ta ravivale arstile töövõimetuse ekspertiisi küsimustes nõu anda. Lisaks sellele tagavad niisugused kojukutsed haigestumise arvestuse täielikkuse. Kui silmas pidada, et kodust visiteerimist vajab ligikaudu iga kümnes haigestunu, ei tohiks selliste kojukutsete vastuvõtmine ja edasiandmine ühelegi tervishoiupunktile üle jõu käia.

Tsehhijaoskondade loomine võimaldab meie vabariigis vältida ka tööliste diferentseeritud meditsiinilise teenindamise puudusi. Ainsaks reaalseks teeks töölistele diferentseeritud ambulatoorse abi tagamisel on kõigepealt tsehhijaoskondade loomine polikliinikute juurde. Tsehhijaoskondade kartoteegid ja tööliste jaoks küllaldase hulga eriarstide juurde ning abikabinettidesse talongide reserveerimine on olulisteks sammudeks ambulatoorse ravi paremal korraldamisel.

Kui ambulatoorse ja polikliinilise abi suhtes tähendas arsti-tervishoiupunktide süsteem diferentseeritud meditsiinilise teenindamise algeid, on tööliste hospitaliseerimise küsimus meil praegu korraldatud neile mingeid eeliseid võimaldamata, kui mitte arvestada tööstusrajoonide elanikkonna mõningal määral paremat olukorda haiglaravi saamise suhtes. Vabariigi raviasutustes on keskmiselt 90,3 voodikohta 10 000 elaniku kohta, kusjuures põlevkivibasseinis on see arv 119,9 ja Narvas 104,3. Olemasolev voodite arv ei suuda aga hospitaliseerimise vajadusi täielikult rahuldada, sest elanikkonna haigestumine on seoses rahvastiku ealise koosseisu ja vanade, kroonilisi haigusi põdevate inimeste suhteliselt suure erikaalu tõttu kõrge. Samal ajal ei võeta aga tootmisalaseid näidustusi meditsiiniliste näidustuste kõrval peaaegu mitte kuskil arvesse. Tallinna Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakondades viibis 1963. a. esimese 3 kvartali jooksul ravil ühtekokku 1341 haiget. Neist 382 (29%) olid üle 60 a. vanad kroonilised haiged. Ainult 22% neist olid haiglasse paigutatud vältimatute näidustuste põhjal, ülejäänud plaanilise järjekorra alusel.

Haiglas on ravi järjekindlam: ei tule ette ravirežiimi rikkumisi, esineb vähem retsidiive ja krooniliste haiguste ägenemisi. Samasuguseid tulemusi esitab V. Morozov (4).

Meie olukorras on töölisi vaja igasse haiglasse vastu võtta erijärjekorra alusel ja eelistatud tingimustes. Esmajärjekorras tuleb hospitaliseerida sageli ja pikemat aega põdevaid töölisi ning tsehhijaoskondades dispanseeritud töölisi plaanilise ravi korraldamiseks.

KIRJANDUS

1. Берман Д. Я., Бриллиантова М. С. В сб.: Медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий. М., 1961, 21—31. — 2. Богатырев И. Д. Заболеваемость и лечебно-профилактическое обслуживание промышленных рабочих. М., 1962. — 3. Каплунович Л. И., Бесчетнова Л. М. Здравоохранение РСФСР, 1963, 3, 35—36. — 4. Морозов Н. Н. В сб.: Медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий. М., 1961, 7—21.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

А. Роозилехт

Резюме

Медицинские и санитарные участки вполне оправдали свое назначение при медицинском обслуживании рабочих крупных промышленных предприятий. Несмотря на то, что число медицинских и санитарных участков быстро растет, они удовлетворяют лишь 30—40% потребности в них. Поэтому организация цеховых участков при территориальных поликлиниках и дифференциация оказания медицинской помощи рабочим в них приобретает все большее значение. Развертывание же медицинских и санитарных участков в малых промышленных предприятиях нашей республики нецелесообразно, так как это задерживает дальнейшую специализацию учреждений здравоохранения.

В промышленных предприятиях работают 43 врачебных здравпункта и 30 цеховых участков территориальных поликлиник. Малые и нежизнеспособные врачебные здравпункты, в штате которых состоит обычно только один врач, не в состоянии обеспечить медицинское обслуживание рабочих на современном уровне. Кроме того врач здравпункта не имеет права освобождать рабочих от работы больше чем на два дня. Из этого видно, что врач здравпункта может лечить больного весьма недолго и пациент обращается по месту своего жительства к участковому врачу и врачу-специалисту. Врач здравпункта один не в состоянии провести диспансеризацию рабочих, в большинстве же здравпунктов врачей-специалистов нет. Поэтому во многих поликлиниках диспансеризация рабочих производится неправильно. Иногда диспансеризацию проводит врач здравпункта, который составляет план лечения диспансеризованных на основании заключений врачей-специалистов из поликлиники. Последние же не знакомы с условиями работы рабочего в цехе и не могут в своих заключениях давать конкретные предложения по оздоровлению условий труда, о необходимости перевода на другое место работы и т.д. Иногда же диспансеризация рабочих является обязанностью территориального участкового врача. Диспансеризация в обоих случаях превращается в формальность, так при ней не учитываются условия работы и не обращается внимания на их оздоровление. Поэтому врач здравпункта бывает не в состоянии разработать конкретный план мероприятий по снижению заболеваемости и травматизма в данном промышленном предприятии.

В наших условиях наиболее целесообразно возложить оказание всей врачебной амбулаторной помощи на цеховой врачебный участок. Для этого местные профессиональные комитеты промышленных предприятий должны утвердить всех обслуживающих цеховой участок врачей доверенными врачами цехов или промышленных предприятий, оставляя только за ними права выдачи и продления листков нетрудоспособности лечащихся амбулаторно рабочих. Вследствие этого улучшится экспертиза нетрудоспособности, находящихся на амбулаторном лечении больных, отроется возможность сосредоточить лечение рабочих промышленного предприятия в одном лечебном учреждении, наладить ежедневный учет заболеваемости и максимально проводить профилактические осмотры рабочих при обращении в поликлинику. Каждодневный учет заболевании необходим для цехового врача, но особенно он необходим руководству предприятия для правильной организации работы.

Создание цеховых участков позволит в нашей республике устранить недостатки в дифференцированном медицинском обслуживании рабочих. Единственным реальным путем для обеспечения рабочих дифференцированной амбулаторной помощью — это организация при поликлиниках цеховых участков. Создание картотек для цеховых участков и обеспечение их достаточным количеством талонов для посещения врачей-специалистов и вспомогательных кабинетов, являются важными шагами для лучшей организации амбулаторной помощи.

MÕNINGATE SISEHAIGUSTEGA HAIGETE DISPANSEERIMISE EFEKTIIVSUSE HINNANGUST *

O. VOLOŽ

(Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinilisest osakonnast, peaarst *V. Ilmoja*)

Käesolevas kirjutises püütakse analüüsida ja üldistada sisehaigustega haigete dispanseerimisega seoses olevate arvukate küsimuste hulgast üht, nimelt dispanseerimise efektiivsuse hinnangut.

Mainitud küsimuse uurimisel pöörasime tähelepanu dispanseerimise näitajate ebaühtlusele, mis Tallinna linna Kalinini rajooni üksikutes arstijaoskondades ühe ja sama haiguste rühma piires kõikus nii suures ulatuses, et oleks raske kõnelda dispanseerimise kvaliteedist või arsti aktiivsusest ravimisel ja profülaktikaürituste rakendamisel. Tallinna polikliinikute 1962. a. aastaaruannete analüüs näitas, et linna erinevais raviasutustes esineb selles suhtes samasugune ebaühtlus. Nii näiteks kõikus paranevate reumahaigete protsent 13,7 kuni 96,4, muutuseta jäänud juhtudel 3 kuni 7,5 piires; suhkruhaiguse puhul oli paranejate protsent 8,4 kuni 64,8, muutuseta — 5 kuni 76 jne. Nende näitajate suure kõikumise üheks põhjuseks on kahtlemata ühtse kriteeriumi puudumine.

Teatavasti on paljude aastate kestel dispanseerimise näitajate analüüsimise ja läbitöötamise aluseks olnud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi metoodiline kiri nr. 16-6/58 (28. jaanuarist 1954), milles dispanseerimise efektiivsuse hindamiseks soovitatakse selliseid formuleeringuid, nagu «paranemine», «muutuseta», «halvenemine» ja «surm». Et neis määratlustes puudub konkreetne sisu (välja arvatud viimane, s. o. «surm»), siis tekivad sageli ühe või teise haigusjuhu tõlgendamisel mõningad raskused. Peamiselt puudutab see mõisteid «paranemine» ja «muutuseta», mille puhul küsimuse õige ja ainus lahendus on mõnikord ilma eelnevate täpsete seisukohtadeta raskendatud.

Kuidas näiteks hinnata haavandtõbe põdeva haige seisundit, kellel aasta kestel haiguse ägenemist pole esinenud, kuid röntgenoloogiliselt sedastatav nišš on jäänud püsima, kas «muutuseta» või «paranemine»? Ehk vastupidi — haavandit röntgenoloogiliselt enam ei leita, kuid haige kaebused on jäänud endiseks? Või võtame reumahaige, kellel haigushoog oli 2 aastat tagasi, kuid puudub orgaaniline südamerike. Tekib küsimus, kas tema seisundit võib hinnata «muutuseta», kui ta tegelikult on terve.

Mõistetele «paranemine», «muutuseta» ja «halvenemine», mida kasutame haigete dispanseerimise tulemuste hindamisel, tuleb anda konkreetsem sisu, siis osutuvad ka hinnangud õigemaks.

Kuigi sisehaigustega haigete dispanseerimine toimub kõikjal juba üle kümne aasta ja selle kohta on ilmunud nii perioodiliselt kui ka üksikute monograafiatena küllaltki ulatuslikku kirjandust, on dispanseerimise efektiivsuse hindamisele osutatud veel vähe tähelepanu. Mitmed autorid küll käsitlevad mainitud küsimust, kuid lahendavad seda ühekülgselt ja mitteküllaldase konkreetsusega. Nii soovitab S. Kaufman (3) dispanseerimise tõhusust hinnata pärast tervistumist arvelt kustutatud patsientide arvu järgi. On aga täiesti selge, et suhkurtõvega haigete või müokardi infarkti põdenud haigete suhtes pole see näitaja üldse rakendatav, sest need isikud kuuluvad eluaegsele dispanseerimisele. Muude haigusrühmade, eriti haavand- ja hüpertooniatõve puhul võib arvelt kustutamine olla näitajana küll kasutatav, kuid siiski ka suure ettevaatusega, ja alles pärast eelnevat kokkulepet selle kohta, millal niisugust haiget võib õieti tervistunuks pidada. Üldse kajastab nimetatud näitaja

* Ette kantud Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekul 17. aprillil 1963.

ainult küsimuse üht poolt — teatavasti ei ole tervistunute protsent nii suur, et täielikult peegeldada dispanseerimise tõhusust.

Enamik autoreid [A. Germanov ja N. Gussev (1), M. Želtovskaja (2) ja K. Maistrahh (8)] soovitab efektiivsuse hinnangu ainsa kriteeriumina töövõimetuspäevade arvu vähenemist dispanseeritavate rühmas, V. Klimovitski ja B. Grinberg (4) aga panevad ette koos töövõime näitajaga tarvitusele võtta veel nn. meditsiinilisi tunnuseid, millised on aga väga laialivalguvad ja ebakonkreetsed.

Mis puutub töövõimetuspäevade arvu vähenemisse kui dispanseerimise efektiivsuse näitajasse, siis on sel kahtlemata väga suur, kuid mitte ainus tähtsus, nagu mõned autorid püüavad tõestada.

Esiteks mitte kõik dispanseerimisele kuuluvad haiged ei tööta — nende seas on ka invaliide, pensionäre ja koduperenaisi. Teiseks muutub dispanseeritavate kontingent alatasa, sest osa kantakse ühel või teisel põhjusel arvelt maha (elukoha vahetus, tervistumine jne.), nende asemele võetakse arvele uued isikud. Töövõimetuspäevade arvu võrdlemisel ühe haigusrühma piires mitme aasta jooksul ei ole haigete koosseis enam kunagi sama. Dispanseerimise efektiivsuse hinnangu ainsa kriteeriumina iga üksiku dispanseeritava puhul on see näitaja samuti vaevalt rakendatav, sest sellisel viisil võib hinnata ainult vähemalt kaks aastat arvel olnud haige seisundi dünaamikat.

V. Korotitš (5) soovitab reumahaigete puhul kaht näitajat: retsidiivide arvu vähenemist üldse ja haigete arvu, kel tekkis aastas üks, kaks, kolm või enam retsidiivi. Ainsateks autoriteks, kes on püüdnud anda dispanseerimise efektiivsuse hinnangu skeemi, on T. Lebedeva ja E. Šeinova (7). Nende poolt esitatav tabel, mis sisaldab 16 vertikaalset ja 24 horisontaalset lahtrit (kokku ligi 300 lahtrit), on liiga suur ja kasutamiseks keerukas. See kirjeldab küll dispanseeritute seisundi mitmeid külgi, kuid ei anna mingisugust üldhinnangut.

Üldiste seisukohtade puudumist arvesse võttes püüdsime välja töötada kindlaid kriteeriume ja neid praktikasse rakendada. Tuleb märkida, et meie arvates võib dispanseerimise tõhususe analüüsi ja hinnangut kasutada ainult nende haigete puhul, kes on arvel olnud mitte vähem kui üks aasta.

Tabelis on esitatud dispanseerimise efektiivsuse hinnangu soovitatavad näitajad üksikute nosoloogiliste rühmade kaupa. Nende põhjal analüüsiti 488 dispanseeritu ambulatoorset haiguslugu, kes 31. detsembriks 1962 olid arvel olnud vähemalt aasta. Analüüsi tulemusena saadud andmed iseloomustuvad efektiivsuse näitajate tunduvalt väiksema kõikumisega, mille tõttu neid võis reaalsemaks pidada.

Järeldused

1. Dispanseerimise tähtsaimaks näitajaks on dispanseerimise efektiivsuse hinnang.
2. Dispanseerimise efektiivsuse õigeks hindamiseks tuleb kasutada ühtseid kriteeriume.

KIRJANDUS

1. Германов А. И. и Гусев Н. И. Казанский мед. ж., 1961, 2, 79—82. — 2. Желтовская М. И. Здравоохр. Российской Федерации, 1962, 12, 9—10. — 3. Кауфман С. В. Сов. здравоохр., 1958, 3, 22—28. — 4. Климовицкий В. А. и Гринберг Б. М. Здравоохр. Российской Федерации, 1958, 1, 15—20. — 5. Коротич В. А. Врачебн. дело, 1962, 2, 128—132. — 6. Лукомский П. Е. Труды всесоюзной конференции терапевтов, 28/VI—1/VII 1954, М., 1955, 224—237. — 7. Лебедева Т. Н. и Шеинова Е. И. О диспансеризации больных с некоторыми формами внутренных заболеваний, Горький, 1960, 112—114. — 8. Майстрах К. М. Диспансерный метод работы лечебно-профилактических учреждений, М., 1955, 27—29. — 9. Методическое письмо Минздрава СССР от 28/I 1954 г. № 16-6-58.

Sisehaigustega haigete dispanseerimise efektiivsuse hinnangu näitajad Tabel

	Reuma	Stenokardia ja müokardi infarkt	Hüpertooniatõbi	Haavandtõbi	Suhkurtõbi
Tervistumine	Viimane atakk hiljemalt 3 aasta eest. Südamerikke tunnuseid ja nakkuskoldeid ei esine	Stenokardiast tervenenuks peetakse isikud, kellel 3 aasta jooksul ei ole hoogu esinenud ja EKG on normis	3 aasta kestel ei ole arteriaalse rõhu tõusu esinenud	3 aasta kestel ei ole kaebusi esinenud. Röntgenoloogiliselt haavandi nišši ei täheldata	—
Paranemine	a) orgaanilise südamerikkega haigel retsidiive ja tüsistusi ei esinenud. b) orgaanilise südamerikkega haige, kellel eelmisel aastal oli atakk, käesoleval aastal seda ei esinenud. c) orgaanilise südamerikkega haigel vähenes või kadus vereringe puudulikkus.	a) subjektiivne (EKG paranemise tunnusteta) 1) atakke ei esinenud 2) atakid olid vähem väljendunud b) objektiivne (endiste kaebuste puhul EKG muutused vähenesid) c) subjektiivne+objektiivne (EKG — paranemise tunnustega)	a) subjektiivne — kaebused puuduvad või on minimaalsed, arteriaalne rõhk endine b) objektiivne — subjektiivse seisundi paranemine ja arteriaalse rõhu langus	a) subjektiivne — ägenemist ei ole esinenud, kuid röntgenoloogilisel uurimisel nišš püsib b) objektiivne — röntgenoloogiliselt: haavand armistunud	a) insuliini ja sulfaniilamiidipreparaatide ravilt üle viidud ainult dieedi pidamisele b) insuliiniravilt üle viidud ravile sulfaniilamiidipreparaatidega c) manustatavate insuliini või sulfaniilamiidipreparaatide hulka vähendatud vähemalt 1/4 võrra esialgsest orienteeruvast
Muutuseta	Orgaanilise südamerikkega haigel säilis retsidiivide puudumisel kompensatsioon või vereringe puudulikkuse aste ei suurenenud	Atakkide sagedus ja raskus ei muutunud (EKG endine)	Subjektiivne seisund endine, arteriaalne rõhk pole vähenenud	Röntgenoloogilised andmed endised, ägenemiste sagedus ja kestus ei ole muutunud; ka juhud, kui haavand on armistunud, kuid kaebused endised	Endine ravi säilitatud
Halvenemine	a) täheldati retsidiive või diagnoositi pidevalt retsidiveeruvat haigusvormi b) tekkis või tugevnes vereringe puudulikkus. c) esinesid tüsistused	a) subjektiivne — atakkide tekkimine, sagenemine, raskenemine (EKG — halvenemise tunnusteta) b) objektiivne — EKG — halvenemise tunnustega c) tüsistusena infarkt või korduv infarkt d) tüsistusena südame puudulikkus e) tüsistusena südame rütmihäired g) halvenemine ateroskleroosi teiste nähtude tõttu	a) arteriaalse rõhu tõus b) tüsistused südames, kesknärvisüsteemis, neerudes	a) ägenemiste sagenemine ja nende kestuse pikenemine b) tüsistused: 1. perforatsioon 2. penetratsioon 3. verevalum 4. malignisatsioon	a) insuliini- ja sulfaniilamiidipreparaatide hulka suurendatud (mitte vähem kui 1/4 võrra esialgsest — orienteeruvast) b) dieedi pidamiselt üle viidud sulfaniilamiidipreparaatide või insuliiniravile (või sulfaniilamiidipreparaatide ravilt insuliiniravile). c) tüsistuste kaasnemine
Surma põhjus	a) põhihaigus b) kaasnenud haigused	a) põhihaigus b) kaasnenud haigused	a) põhihaigus b) kaasnenud haigused		

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ВНУТРЕННИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О. Волож

Резюме

В настоящей статье сделана попытка проанализировать один из многих вопросов, связанных с диспансеризацией больных внутренними заболеваниями, а именно оценку эффективности диспансеризации.

При изучении этого вопроса особенное внимание было обращено на неоднородность показателей диспансеризации, которые в отдельных врачебных участках Калининского района города Таллина, в пределах даже одной и той же группы заболеваний настолько различались, что не давали возможности судить ни о качестве диспансеризации, ни о активности врача при лечении заболевания и проведении профилактических мероприятий. Анализ отчетов поликлиник гор. Таллина за 1962 год показал, что и в этих лечебных учреждениях города имеются такие же недостатки.

Так, например, согласно этим отчетам процент выздоровевших больных ревматизмом колебался от 13,7 до 96,4, лечение не принесло изменений от 3 до 7,5% больных; от сахарного диабета выздоровело от 8,4 до 64,8% больных, а лечение не принесло изменений от 5 до 76% больных и т. д. Одной из причин столь значительных колебаний без сомнения является отсутствие единого критерия.

Как известно, в течение многих лет основным руководящим материалом при анализе и разработке показателей диспансеризации являлось методическое письмо Министерства здравоохранения СССР за № 16/58 от 28 января 1954 г., в котором рекомендуется использовать для оценки эффективности диспансеризации формулировки: выздоровление, без изменений, ухудшение и смерть. Этим определениям за исключением последнего, не достает конкретности, почему при оценке результатов лечения возникают затруднения, в особенности в определениях «выздоровление» и «без изменения».

Как следует определить состояние больного язвенной болезнью, не имевшего в течение года обострения заболевания, но у которого все же рентгенологически определяется наличие «ниши»; как «без изменения» или «выздоровление». Или, наоборот, — язва рентгенологически более не определяется, но жалобы больного остались теми же? Или, например, можно ли считать состояние больного перенесшего 2 года тому назад приступ ревматизма, без органического порока сердца — «без изменения» или его следует считать практически здоровым.

Понятиям «выздоровление», «без изменения», «ухудшение», которые используются при определении результатов диспансеризации, следует дать конкретное содержание, что улучшит оценку результатов.

Принимая во внимание отсутствие единой точки зрения мы сделали попытку выработать определенные критерии для оценки состояния больных и применить их на практике. Полагаем, что оценку и анализ эффективности диспансеризации следует проводить не ранее одного года после взятия больных на учет.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

PIKA TOIMEAJAGA SULFANIILAMIIDI — SPOFADASIINI — KLIINILISE KASUTAMISE KOGEMUSTEST

A. VAPRA ja *H. KANTER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *L. Päi*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Viimastel aastatel on paljudes maades suurt tähelepanu pööratud uute, pika toimeajaga sulfaniilamiidide avastamisele ja põletikuliste haiguste ravimisele. Laialdast kasutamist on leidnud 3-sulfaniilamiid-6-metoksüpüridasiin (sulfametoksüpüridasiin), millest valmistatud preparaadid on tuntud mitmesuguste nimetuste all (Spofadazin, Quinoseptyl, Kynex, Midicel jt.). Nõukogude Liidus on nendest levinumad tšehhi preparaat spofadasiin ja ungari preparaat kvinoseptüül.

Sulfametoksüpüridasiinil on rohkem eeliseid kui muudel, varem tuntud sulfaniilamiididel. Nii näiteks imendub sulfametoksüpüridasiin kiiresti ja eritub aeglaselt. Algannuse (1,0—2,0) sissevõtmise järel saabub veres maksimaalne kontsentratsioon 2 tunni pärast (7—15 mg%); 24 tunni möödudes langeb see vaid $^1/_3$ võrra, püsides veel ikkagi terapeutiliselt efektiivse kontsentratsiooni piires. Seepärast piisab raviefekti saavutamiseks preparaadi manustamisest üks kord päevas. Kvinoseptüüli tarvitamise eeskirjade järgi difundeerub sulfametoksüpüridasiin kõikidesse kudedesse ja kehaõõntesse, teda leitakse terapeutilises kontsentratsioonis seljaajuvedelikus ja pleura- ning kõhuõõnes; sapipõies on teda aga kolm korda rohkem kui vereseerumis. Preparaat eritub aeglaselt neerude kaudu, lahustudes ühtlaselt nii happelises kui ka leeliseses uriinis ja vältides kristalluuria tekkimist. Sulfametoksüpüridasiin on bakteriostaatilise toimega. Et preparaadi toime saprofüütsesse mikrofloorasse on tühine, ei täheldata ravi vältel kandidoosi teket.

Haiged taluvad sulfametoksüpüridasiini hästi, kõrvalnähte tuleb harva ette ja enamasti terapeutiliste annuste ületamisel. On kirjeldatud nahareaktsioone [S. Barefoot (3), S. Kauer (8), M. Rallison jt. (14)], hemolüütilisi reaktsioone [R. Kellermeyer jt. (9)] ja vistseraalsele luupusele iseloomulike sümptoomide teket [M. Rallison jt. 14)]. Üldiselt on aga kõrvalnähud harukordsed ja mööduvad kohe pärast preparaadi manustamise katkestamist.

Kirjanduses leidub rohkesti andmeid pika toimeajaga sulfaniilamiidide rakendamise kohta hingamisteede, kuseteede nakkuste ja sapiteede põletikuliste haiguste puhul. K. Strassburg (15) on arvamusel, et pika toimeajaga sulfaniilamiidid võivad kopsupõletiku ravimisel antibiootikume asendada. B. Knick (10) on kasutanud pika toimeajaga sulfaniilamiide tulemusrikkalt 24 koldelise kopsupõletikuga haige ravimisel. Häid tulemusi on saanud ka F. Adamek (1), D. Bachman (2), H. Hohnberg (7), H. Glanzman (6) ja mitmed teised autorid.

G. Topp jt. (16) on sulfaniilamiididega häid tulemusi saavutanud püeliidi- ja tsüstiidihaigete, P. Fridrichs ja S. Wirtz (5) aga püelonefriidining prostatiidihaigete puhul. A. Pichler (12) soovitab pika toimeajaga sulfaniilamiide nende hea ravitoime tõttu urogenitaalelundite nakkustega haigete ambulatoorsel ravimisel. Sapipõie- ja sapiteede põletike korral on pika toimeajaga sulfaniilamiide edukalt kasutanud K. Strassburg (15), E. Christofferson jt. (4). H. Radl, A. Lippert (13), A. Latimer jt. (11) on soovitanud neid rakendada reuma profülaktikaks.

Rohkearvuliste kirjanduslike andmete alusel on sulfametoksüpüridasiin tõhus pneumokokkide, meningokokkide, streptokokkide, gonokokkide ja enterokokkide põhjustatud haigusprotsesside puhul, samuti ka düsenteeria ravimisel. Kvinoseptüüli tarvitamise eeskirja järgi on preparaat efektiivne ka soolekepikese poolt esilekutsutud põletikkude korral.

Meile kättesaadavas nõukogude arstiteaduslikus kirjanduses esineb senini vähe andmeid pika toimeajaga sulfaniilamiidide kliinilise kasutamise kohta.

Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas on sulfametoksüpüridasiini rakendatud juba 1961. aastast alates. Käesoleva ajani on spofadasiini kasutatud 93 haige puhul; neist 76 ravimisel saadud tulemusi käsitletakse käesolevas artiklis. Ülejäänute suhtes ei olnud võimalik raviefekti objektiivselt hinnata, sest neile manustati niihästi spofadasiini kui ka antibiootikume. Osa ravitulemusi jäi hindamata mitteküllaldaste uuringute tõttu pärast spofadasiiniravi lõpetamist. Diagnooside järgi jagunesid haiged järgnevalt: 1) sapipõie- ja sapiteede põletikuga — 26 haiget, 2) kuseteede põletikuga (püeliit, tsüstiit) — 16 haiget, 3) hingamiselundite põletikuga — 30 haiget (neist 24 kopsupõletikuga) ja 4) muude haigustega — 4 haiget.

Spofadasiini manustati üldjoontes instruktsioonis ettenähtud skeemi kohaselt, kusjuures annust individualiseeriti vastavalt haige seisundi raskusele. Esimesel päeval määral kergematel juhtudel enamasti 1,0 spofadasiini (=2 tabletti), järgmistel päevadel 0,5 üks kord päevas. Ravikuur kestis 6—10 päeva, mille kestel haiged said spofadasiini 10—21 tabletti. Raskematel juhtudel (32 haiget) anti esimesel päeval spofadasiini 2,0 (=4 tabletti), mõnel järgmisel päeval 1,0 ja hiljem 0,5 päevas. Ravikuur kestis neil haigeil 11—15 päeva. Erandina tuleb märkida üht 35-aastast interstitsiaalse kopsupõletikuga meeshaiget, kes 22 päeva jooksul võttis sisse isegi 66 tabletti spofadasiini, kuid kõrvalnähte ei täheldatud.

Tüsistusi tekkis spofadasiini manustamisel harva; üldse märgiti neid vaid 3 haigel 93-st. Ühel esinesid kogu ravi vältel uimasus ja väsimustunne, ühel peavalu ravikuuri lõpueelsetel päevadel. Kolmandal haigel kutsus spofadasiini manustamine esile iivelduse, oksendamise ja peenetähnilise punaka nahalööbe. Vere morfoloogilise pildi muutusi ega kliiniliselt avalduvat vereloomeelundite kahjustust ei täheldatud ühelgi korral.

Ravitulemuste hindamisel lähtuti haige enesetundest ja haiguse objektiivsete sümptoomide laboratoorsete ning röntgenoloogiliste uuringute dünaamikast enne ja pärast ravikuuri. 22 sapiteede põletikuga haige ja kõigi kuseteede põletikuga haigete ravimisel saadud tulemuste hindamisel kasutati ka kaksteistsõrmiksoole sisaldise fraktsioonide ning uriini mikrobioloogilise uuringu andmeid.

Tabel

Spofadasiiniravi tulemused

Haiguse nimetus	Haigete arv	Tulemuste hinnang		
		hea (objektiivne ja subjektiivne) paranemine	rahuldav (subjektiivne) paranemine	muutuseta
I. Sapipõie- ja sapiteede põletikud,				
neist: 1) kroonilised	26	5	12	9
2) ägedad, alaägedad ja kroonilised ägenemised	23	4	11	8
	3	1	1	1
II. Kuse- ja erituselundite põletikud,				
neist: 1) kroonilised	16	10	6	—
2) ägedad, alaägedad ja kroonilised ägenemised	7	4	3	—
	9	6	3	—
III. Hingamiselundite põletikud,	30	18	9	3
neist: 1) bronhopneumoonia	14	9	4	1
2) krupoosne kopsupõletik	6	5	1	—
3) interstitsiaalne kopsupõletik	4	2	2	—
4) krooniline bronhiit	6	2	2	1
IV. Muud haigused,	4	1	2	1
sealhulgas: 1) sepsis	1	—	—	1
2) krooniline enterokoliit	2	1	1	—
3) krooniline koliit	1	—	1	—

Spofadasiiniravi tulemused on esitatud tabelis. Nagu sellest nähtub, olid spofadasiiniravi tulemused paremad kuseteede põletikuga ja kopsupõletikuga haigete puhul. Et üldise seaduspärasusena spofadasiin andis parema efekti ägeda põletiku ja kroonilise põletiku ägenemise korral, tuleb sapiteede põletiku ravimisel saadud mitterahuldavad tulemused panna selle arvele, et valdavas enamikus oligi siin tegemist kroonilise põletikuga.

Mikrofloora osas ilmnes, et spofadasiin andis parema efekti streptokokkide, *Alcaligenes faecalis*'e, *Proteus vulgaris*'e ja soolekepikese põhjustatud haigusprotsesside korral.

Kokku võttes võime öelda, et spofadasiin on tõhus vahend kuseteede põletiku ja kopsupõletiku, ent vähemal määral ka sapipõiepõletiku ravimisel. Spofadasiini efekt on parem ägeda põletiku ja kroonilise põletiku ägenemiste korral. Spofadasiini positiivseteks omadusteks on lihtne raviskeem ja vähene kõrvaltoime; seetõttu saab teda edukalt kasutada ka ambulatooriumi tingimustes. Edasist selgitamist väärib spofadasiiniravi kombineerimine antibiootikumidega. Paljudel juhtudel on end õigustanud spofadasiini manustamine veelgi suuremates annustes ja pikema aja jooksul, kui seda ravimi tarvitamise instruktsioonis on ette nähtud.

KIRJANDUS

1. Adamek, F. Med. Klinik, 1962, 34, 1456—1457. — 2. Bachman, D., Pauly, H., Schmidt, W. Dtsch. med. Wochenschr. 1958, 35, 1494—1500. — 3. Barefoot, S. W. N. Carolina med. J. 1959, 11, 471—475. — 4. Christoferson, E. a oth. Acta chir. Scand. 1962, v. 123, 1, 44—50. — 5. Fridrichs, P., Wirtz, S. Med. Klinik, 1962, 42, 1783—1786. — 6. Glanzman, H. Münchener med. Wochenschr. 1960, 49, 2467—2470. — 7. Hohnberg, H. Med. Welt. 1960, 32, 1641—1643. — 8. Kauer, S. Z. f. ärtzl. Fortbild. 1962, 22, 1244—1247. — 9. Kellermeyer, R. W. a oth. J. A. M. A. 1962, 5, 388—394. — 10. Knick, B. Münchener Med. Wochenschr. 1960, 33, 1550—1553. — 11. Latimer, A., Simon, A., Lepper, M. N. Amer. J. med. Sci. 1960, v. 239, 1057, 448—553. — 12. Pichler, A. Wien. Med. Wochenschr. 1960, 46, 945—947. — 13. Radl, H., Lippert, A. Wien. Med. Wochenschr. 1960, 4, 74—78. — 14. Rallison, M. L., O. Brien, J. C., Good, R. A. Pediatrics. 1961, 6, 908—917. — 15. Strassburg, K. N. Med. Klinik, 1961, 14, 642—643. — 16. Topp, G. Med. Klinik, 1961, 34, 1462—1465.

О РЕЗУЛЬТАТАХ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СУЛЬФАНИЛАМИДА ПРОЛОНГИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ — СПОФАДАЗИНА

А. Вапра и *Х. Кантер*

Резюме

В лечении разных воспалительных процессов в последнее время все шире применяются различные сульфаниламидные препараты пролонгирующего действия. Авторы применяли 3-сульфаниламидо-6-метокси-пиридазин (спофадазин) для лечения 30 больных с воспалительными процессами желчных путей, 21 больного воспалениями мочевыделительных путей (пиелит, цистит) и 34 больных воспалениями легких и бронхов. Побочные явления во время лечения препаратом были незначительными и наблюдались у 3-х больных (усталость, головная боль, тошнота, рвота, мелкопятнистая кожная сыпь). Результаты лечения были хорошими у больных воспалением легких инфекцией мочевыделительных путей и менее выраженными у больных воспалениями желчных путей. Спофадазин более эффективен при острых инфекциях и обострениях хронических инфекций.

EMAKAKAELAVÄHI ÜHEAEGNE ESINEMINE ÜHEMUNAKAKSIKUTEL

H. ERNITS

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Vähktõve pärilikkuse seisukohast pakub suurt huvi emakakaelavähi üheaegne esinemine ühemunakaksikutel.

Seoses kaksikute vähktõppe haigestumisega on selle haiguse pärilikkuse probleemi püüdnud selgitada paljud autorid. P. Martõnova (1) analüüsis NSV Liidu 20 onkoloogiaasutuse 45 000 haige hulgast leitud 31 ühemunakaksikute paari ja leidis ainult 4 paari, kellel oli diagnoositud vähktõbe. Nendest 3 paaril esines üheaegselt seedetrakti vähktõbi. A. Nielsen ja J. Clemmensen (2) andsid ülevaate Taanis 140 000 vähktõbe põdeva haige seast leitud 16 ühemunakaksikute paarist. R. Corbet (3) kirjeldas emakakaelavähi I staadiumi haigel, kelle kaksikõel avastati profülaktiliselt vähi *in situ* vorm. Allpool esitame meie tähelepanekud emakakaelavähi üheaegse esinemise kohta ühemunakaksikutel.

2. augustil 1963. a. suunati rajoonihaiglast Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse (TVOD) ravile kaksikõed L. H. ja V. L.

Haige L. H., 57 aastat vana (haiguslugu nr. 686). Anamneesi andmed: 6 kuud kestnud pidev veresegune valgevoolus. Menopausi algusest on möödunud 1 aasta. Valude ja häirete esinemise üle põies ei kaeba. 29. VII 1963. a. alanud äkki rohke verejooks suguelunditest, mistõttu haige toimetati kiiresti rajoonihaiglasse, kus tupp tamponeeriti ja tehti vereülekanne. 2. VIII suunati ta TVOD-sse diagnoosiga *carcinoma colli uteri gr. II-a st. II. Metrorrhagia.* Menstruatsioon algas 19 aasta vanuselt (tüüp 3—4/28 päeva, valudeta). Vallaline. Sünnitusi 1 (20-aastaselt). Aborte 3. Menopaus 56-aastaselt. Lapsepõlves põetud haigusi ei mäleta, hiljem olnud alati terve. Teinud pidevalt rasket füüsilist tööd, algul põllutöölisena, hiljem vabrikus transporditöölisena. Perekonnas põdenud vanem õde kopsutuberkuloosi ja nooremal kaksikõel avastatud samaaegselt emakakaelavähk. Günekoloogiline

leid: tupp avar, emakakaelal eksofüütne tuumor, mis keskelt kraatritaoliselt haavandunud. Kasvaja on siirdunud paremale tupeseinale, haarates seda pooles ulatuses. Emakas normaalse suurusega. Parem parameetrium infiltreerunud ühe sõrme laiuselt, vasak parameetrium vaba. Patoloogilis-histoloogiline uuring: *carcinoma planocellulare cum necrosae.*

Kliiniline diagnoos: *carcinoma colli uteri gr. II-a st. II.*

Chromocystoscopia: põis mahutab 300,0 ml. Loputusvedelik selge. Põie limaskest intaktne. Kusetorude suudmed punktitaolised. Värvainet eritub 4 minuti järel mõlemast avast tugeva joana. Veri: hgb. 8,8 g%, leukots. 4150, SR 41 mm. Uriin patoloogilise leiuta. Veregrupp A (II).

Haige V. L., 57 a. vana (haiguslugu nr. 685/1963). Anamneesi andmetel esines tal pidev veresegune valgevoolus, mis kestis 6 kuud. Arsti poole ei pöördunud. Et haigusnähud olid sarnased haiglas viibiva kaksikõe omadega, viis tütar ta rajoonihaiglasse, kus profülaktilisel läbivaatusel avastati emakakaelavähk. Patsient suunati TVOD-sse. Valu ega häireid põies ei esinenud. Menstruatsioon algas 13 a. vanuselt (tüüp 4/28 päeva, valudeta). Abiellus 30-aastaselt. Sünnitusi 1. Aborte eitab. Menopaus 3 aastat tagasi. 7-aastaselt tekkinud paaril korral krambid. Hiljem on olnud terve. Kogu aeg teinud füüsilist tööd. Günekoloogiline leid: tupp avar, emakakaelal suur sõlmiline kasvaja, mis rõngakujuliselt läheb üle tupe seintele, haarates $^2/_3$ tupe ülemisest osast. Sõlmiline infiltraat ulatub vaagna seinani. Emakas suurenenud. Vasak parameetrium infiltreerunud vaagna seinani, parem parameetrium vaba. Patoloogilis-histoloogiline uuring: *carcinoma planocellulare cornificans colli uteri.* Kliiniline diagnoos: *carcinoma colli uteri gr. II-a st. III.*

Chromocystoscopia: põis mahutab 250 ml vedelikku. Loputusvedelik hägune. Põie põhi ekstravesikaalse tuumori poolt välja sopistatud. Limaskest hüpereemiline, intaktne. Kusejuhade suudmed ei ole nähtavad. Värvainet ilmub paremast kusejuhast 5 minuti järel, vasakust 8 minuti järel nõrga joana. Veri: hgb. 12,8 g%, leukots. 7000, SR 41 mm. Veregrupp A (II).

Mõlemad haiged said kombineeritud kiiritusravi. Haigele V. L. aplitseeriti radioaktiivset koobaltit vaheldumisi distantsgammakiiritusega. Ravi esmane tulemus oli rahuldav. Emakakaela tuumor taandus täielikult. Vasakus parameetriumis infiltraat säilis.

Haige L. H. ravi oli analoogiline. Ravi tulemusena taandus tal kasvajaprotsess nii emakakaelal kui ka parameetriumis. Kontrollimisel kahe kuu pärast oli mõlema haige üldseisund hea. Puudusid ka kaebused.

Kirjeldatud kasuistilised juhud pakuvad nii teoreetilist kui ka praktilist huvi. Kui avastatakse vähktõbi ühel kaksikutest, tuleb kasvaja suhtes alati uurida ka teist kaksikut.

KIRJANDUS

1. Мартынова Р. Я. К вопросу роли наследственности в этиологии рака. Бюллетень эксп. биол. и медицины, 1945, 3, т. XIX, вып. 3. — 2. Nielsen, A., Clemmensen, J. British J. Cancer, 1957, 3. 327—336. — 3. Corbet, R. M. J. Obstet. Gynecol. Brit. Commonwelth, 1961, 1, 816—817.

ОДНОВРЕМЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОДНОЯЙЦЕВЫХ БЛИЗНЕЦОВ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Х. Эрнитс

Резюме

Приводятся данные об одновременном заболевании однояйцевых близнецов раком шейки матки. Описанные случаи представляют как теоретический, так и практический интерес. Если заболевание раком диагностируют у одного из близнецов, следует обследовать и другого близнеца.

EOSINOFIILSE LEUKEMOIDSE REAKTSIOONIGA LÜMFOSARKOOMIJUHT

O. MAIMETS ja arstiteaduse kandidaat *U. PODAR*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *L. Päi*, ja patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja dotsent *U. Podar*)

Eosinofiilseid leukemoidseid reaktsioone täheldatakse harva. Nad tekivad peamiselt parasitaarsete invasioonide, eosinofiilse kopsupõletiku ja tuberkuloosi puhul, samuti ravimiallergia, bronhiaalastma ning mõningate teiste allergiliste haiguste korral (2, 4, 9 jt.). Eosinofiilseid leuke-

moidseid reaktsioone pahaloomuliste kasvajatega haigetel on kirjeldatud harva (5, 6 jt.). Blastomatoossete protsesside ja eosinofiilse leukemoidse reaktsiooni seose haruldusele osutab asjaolu, et I. Kassirski (3) poolt esitatud leukemoidsete reaktsioonide klassifikatsioonis puudub viide blastomatoossetele protsessidele kui eosinofiilse leukemoidse reaktsiooni võimalikule põhjusele. H. Gerstenbergi (6) järgi on eosinofiilia pahaloomuliste kasvajate puhul haruldaseks nähuks ja esineb peamiselt seedetraktist lähtunud kasvajate korral. Tema järgi osutub nii koe- kui ka vere-eosinofiilia lümfosarkoomi puhul harukordseks erandiks.

Meil oli võimalus jälgida üht eosinofiilse leukemoidse reaktsiooniga lümfosarkoomijuhtu.

59-aastane meespatsient M. E. Haigel esines viimase aasta vältel isutus, iiveldus, vahetevahel ka oksendamine ja kõhulahtisus. Esialgu diagnoositi alahappelist gastriiti ja haiget raviti ambulatoorselt. Lisandus progresseeruv jõuetus ja tunduv kõhnumine. Haige paigutati Abja Haiglasse 17. II 1962. a. Verepilt 6. III: leukots. 39 000, neist basof. 0,5%, eosinof. 62%, neutrof. 26%, lümfots. 7%, monots. 4,5%. Haige toodi 21. III üle Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda ägenenud kroonilise müeloleukoosi diagnoosiga (haiguslugu nr. 355/1962.). Vastuvõtul diagnoositi kahheksiat ja adünaamiat. Komplemisel esines valulikkus vasakul pool kesk- ja alakõhus. Analüüsid: erütrots. 4 140 000, trombots. 57 960, retikulots. 10%, hgb. 11,6 g%, SR 4 mm/t, leukots 37 350. Valgeverepilt: eosinof. 79% (neist keppt. 8, segmentt. 71), neutrof. 19% (neist keppt. 9, segmentt. 10), lümfots. 1%, monots. 1%. Müelogramm: tuumadega rakke 76 000; neist neutrof. 10% (metamüelots. 4, keppt. 4, segmentt. 2) eosinofiilseid rakke 81,5% (promüelots. 1, müelots. 1, metamüelots. 3,5, keppt. 3,5, segmentt. 72, 5), lümfots. 6%, plasmarakke 1%, retikulaarseid rakke 0,5%, normoblaste 1%. Väljaheide: Guajaki proov ++, seedimata lihasekiude, vähe rasvhappe- ja seebikristalle, detriiti. 23. III uuriti vereseerumi antileukotsütaarseid omadusi. Vereseerumi lahjendustes 1 : 2 toimus leukoaglutinatsioon koos leukolüüsiga 71% testleukotsüütidega (lahjendustes 1 : 8 — 50% testleukotsüütidega).

Esialgse diagnoosina fikseeriti eosinofiilne müeloos, mille puhul rakendati sümptomaatilist ravi. Ööl vastu 26. III tekkisid haigel ägeda peritoniidi nähud, mida tõlgendati mesenteriaalarteri tromboosina. Haige raske üldseisund ei võimaldanud kirurgilist vahelesegamist. Rakendati šokivastast ravi. Haige suri 26. III 1962. a.

Lahangul (93/1962) leiti peamisi muutusi tühisoole proksimaalses osas (1,7 meetri ulatuses). Sooleseinas kümmekond koelist infiltraati, mille kohal 1 sm paksune jäik soolesein. Infiltraadid asusid paiguti paari sm suuruste laikudena, paiguti haarasid soole ringjalt 2—12 sm ulatuses. Sisepind mõne infiltraadi kohal haavandunud, tumerohelist värvust, teiste kohal aga muudatusteta. Kogu ringmikku katvate infiltraatide kohal oli soolevalendik enamasti aneurüsmitaoliselt laienenud. Kuid mõnes infiltraadis tuli ette ka valendiku kitsenemisi (joon. 1), kohati sel määral, et isegi sõrm ei mahtunud läbi. Ühest sellisest kitsendist natuke proksimaalsemal oli infiltreerunud soole sein mulgustunud. Oli tekkinud mädane peritoniit. Maks kergelt suurenenud, põrn tavalisest väiksem. Luuüdi reieluu diafüüsis kollane mõningate roosakate saarekestega. Mesenteriaalsed lümfisõlmed mõõdukalt suurenenud (kuni 1 sm).

Kirjeldusest nähtub, et anatoomiline leid oli atüüpiline ja seetõttu raskesti hinnatav. Arvesse võisid tulla esmajoones soolekasvaja või soole leukeemilised infiltraadid.

Mikroskoopilisel uurimisel selgus, et tegemist on kasvajalise protsessiga. Kasvaja koosnes väiksematest ja suurematest ümmargustest rakkudest, mille tuuma ümber leidus vähesel määral protoplasmat. Väiksemate rakkude tuum oli kromatiinirikas, suuremate tuum aga heledam. Histoloogiline diagnoos: lümfoblastiline lümfosarkoom. Kasvaja mõnes osas ilmnes rakkude tugevam polümorfism kalduvusega kasvajaliste hiidrakkude moodustumisele (joon. 2). Kasvaja koes leidus rohkesti eosinofiilseid leukotsüüte. Eespool kirjeldatud infiltraatide kohal oli kasvajakude asendanud kõik sooleseina kestad, kaasa arvatud lihaskest. Kitsenenud piirkondades oli lihaskest hästi säilinud. Ka sisemistes kestades ei olnud kasvajalist kude; esines aga tugev kiudsidekoe vohamine.

Teistes elundites kasvajalisi muutusi ei leidunud. Mesenteriaalsete lümfisõlmede, maksa- ja põrnakoes oli rohkesti segmenttuumalisi eosinofiilseid valgeliblesid. Eosinofiilseid rakke oli rikkalikult ka reieluu diafüüsi üdis; siin leidus küpsete vormide kõrval ka eosinofiilseid promüelotsüüte ja müelotsüüte.

Seega esines toodud juhul tühisoole multiipelne lümfosarkoom. Tühisooles paiknemine osutub haruldaseks, sest kirjanduse andmetel esineb sarkoom peamiselt niude-, jäme- ja kaksteistsõrmiksooles (1, 8). Valendiku

laienemist kasvajaliste infiltraatide kohal vaadeldakse kui soole lümfosarkoomile tüüpilist muutust. Ebatavaliseks osutuvad aga kirjeldatud juhul sedastatud kitsendid, mille kujunemises etendas teatavat osa sidekoe vohamine soole sisekestades. Sidekoe teket lümfosarkoomides on täheldatud kasvaja osalise taandarengu puhul (8). Sidekoe selline päritolu pole esitatud juhul tõenäoline, sest kitsendite kohal hästi säilinud lihaskest ei osutanud mingeid tunnuseid varajasema kasvajalise infiltratsiooni suhtes. Võiks oletada, et sidekoe tekkes ja kitsendite kujunemises etendas teatavat osa sisemiste kihtide mehaaniline ärritus ja säilinud ning kontraktsioonivõimelise lihaskesta kohal esinev kahjustus. Erilist tähelepanu väärib eosinofiilia esinemine.

Eosinofiilia tekke kohta on avaldatud mitmesuguseid seisukohti. E. Homma (7) järgi on koe-eosinofiilia organismi bioloogiliste reaktsioonide üheks vormiks liigivõõra valgu suhtes, kusjuures vere-eosinofiilia on otseses sõltuvuses koe-eosinofiiliast. Et aga mõnedel juhtudel esineb ka vere-eosinofiilia ilma koe-eosinofiiliata, arvab H. Gerstenberg (6), et eosinofiiliat põhjustav ärritusaine võib varieeruvalt olla kas eosinotaktiline (koe-eosinofiiliat põhjustav) või eosinoplastiline (luuüdi- ja vere-eosinofiiliat põhjustav), või esinevad mõlemad omadused kombinatsioonis. Selle kõrval on eosinofiilse leukemoidse reaktsiooni arenguks vajalik veel organismi eriline individuaalne reaktsioonivalmidus. E. Rajka ja kaastöötajate (9) järgi toimib kasvajaaine sageli autoantigeenina, mis võib vahel põhjustada autoantikehade teket ja selle järeldusena mitmesuguste, eriti immuunhematoloogia valdkonda kuuluva haiguspildi kujunemist.

Meie poolt kirjeldatud haigel teostatud seerumi antileukotsütaarsete omaduste uurimisel saadud väärtused osutusid kõrgemaks kõikidest sellel perioodil Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas uuritud hematoloogiliste haigete vastavatest näitajatest. See leid lubab ühineda E. Rajka (9) seisukohaga ja arvata, et eosinofiilse leukemoidse reaktsiooni tekkemehhanism ei piirdu mitte ainult võõrvalgu (antigeeni) eosinotaktiliste ja eosinoplastiliste omadustega, vaid et siin on tegemist sügavamate immuunhematoloogiliste nihetega.

KIRJANDUS

1. Абрикосов А. И. Многотомное руководство по патологической анатомии, т. IV, кн. 2. М., 1957, 78—168. — 2. Бурчинский Г. И., Теодори М. И. и Якубович М. И. Клинич. медицина, 1955, 7, 24—29. — 3. Кассирский И. А. Лейкемоидные реакции. М., 1956. — 4. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955. — 5. Кырге К. Х. и Подар У. Я. Вопр. онкологии, 1958, 2, 225—227. — 6. Gerstenberg, H. Dtsch. Arch. klin. Med. 1940, 185, 62—72. — 7. Homma, E. Virchows Arch. pathol. Anat. und Physiol 1921, 233, 11—51. — 8. Oberndorfer, S. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Herausg. F. Henke u. O. Lubarsch, Bd. 4, T. 3, Berlin, 1929, 717—953. — 9. Rajka, E. Allergie und allergische Erkrankungen, Bd. 1, Budapest, 1959.

СЛУЧАЙ ЛИМФОСАРКОМЫ С ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ЛЕЙКЕМОИДНОЙ РЕАКЦИЕЙ

О. Майметс и У. Подар

Резюме

Описывается множественная лимфобластическая лимфосаркома тощей кишки, которая наряду с аневризматическими расширениями просвета кишки вызвала местами и сужения последнего. Больной умер от перфоративного перитонита. Главной особенностью этого случая была эозинофильная лейкемоидная реакция. Наблюдались эозинофилия костного мозга, опухолевой ткани, органов, и периферической крови (лейкоцитов до 37 350, из них эозинофилов 79%, главным образом сегментноядерные). Авторы предполагают, что механизм возникновения эозинофильной лейкемоидной реакции не исчерпывается действием чужеродного белка как антигена, а что здесь играют роль более глубокие иммуно-гематологические сдвиги, вызванные в описываемом случае опухолью.

Abins velsneitele ja õdedele

ÄGEDATE KOPSUPÕLETIKKUDE KLIINIKUST JA RAVIST

A. VAPRA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaal-sisehaiguste kateedrist, kateedri juhataja dotsent *L. Päi*)

Vaatamata sulfaniilamiidide ja antibiootikumidega ravimise efektiivsusele, on akuutsetel kopsupõletikkudel (krupoosne, koldeline ja interstitsiaalne) veel oluline osa hingamiselundite haiguste hulgas. Kuigi viimastel aastatel on haigestumine krupoossesse kopsupõletikku vähenenud, ei saa seda veel öelda koldelise ja akuutse interstitsiaalse kopsupõletiku kohta [A. Vapra (2) ja A. Polster (7)].

Vaatleme esmalt krupoosset ehk sagaralist kopsupõletikku. Sellesse haigestumisel on tähtis mitte ainult vastavate mikroobide sattumine hingamisteedesse, vaid ka organismi reaktiivsusseisund, mis sõltub mitmesugustest välistest ja seesmistest teguritest. Välistest teguritest on juhtival kohal külmetus. Nimetatud haigust põetakse kõige sagedamini talve- ja kevadkuudel [A. Damir (4), M. Tušinski (6)], mida võib seostada ebasoodsate meteoroloogiliste tingimustega, nagu õhurõhu suurema kõikumise ja madala õhutemperatuuriga. Muudest organismi reaktiivsust ebasoodsalt mõjutavatest teguritest väärivad mainimist füüsiline ja vaimne ülepingutus, samuti vitamiinide, eriti C-vitamiinivaene toit. C-vitamiini vaegus toidus on meie oludes kõige suurem talve- ja kevadkuudel.

Krupoossesse kopsupõletikku haigestuvad kõige sagedamini 20—50 aasta vanused isikud. Eriti raskekujuliselt põevad seda haigust alkohoolikud, füüsiliselt kurnatud ja vanemad inimesed, kel esineb mingi muu raske kaasnev haigus (kardioskleroos, kopsupuhitus jm.). Kopsupõletiku tekitajad tungivad organismi hingamisteede kaudu. Krupoosset kopsupõletikku kutsuvad esile sagedamini pneumokokid. Viimasel ajal täheldatakse etioloogilise tegurina ka teiste mikroobide (stafülokokid ja streptokokid) osatähtsuse tõusu [A. Sylla (9), G. Võgodsikov (3)]. Haigestumise puhul etendab olulist osa ka organismi ülitundlikuks muutumine teatava mikroobi suhtes, millest ongi tingitud asjaolu, et kopsupõletikku põdenud inimene võib sellesse uuesti haigestuda.

Krupoosne kopsupõletik algab tavaliselt äkki. Kehatemperatuur tõuseb 40—41°-ni. Haigel tekivad külmavärinad ja pisted haigestunud rindkerepooles, peavalu ja köha; 2.—3. haiguspäeval hakkab erituma sitket roostepruuni röga. Vaatlusel võib märgata huulte kerget sinikust, kiirenenud hingamist ja näo punetust, eriti haigestunud poolel. Huultel ja nina ümbruses esineb sageli villiline lööve (*herpes labialis et nasi*). Keel on katuga kaetud, isu halb ja uni rahutu.

Hingamine on pinnaline ja kiirenenud (25—30 korda minutis), kusjuures haigestunud kopsupool võtab hingamisliigutustest vähem osa. Koputlemise ja kuulatlemise andmed olenevad kopsupõletiku arenemise staadiumist. Haiguse algul ilmneb kahjustatud sagara kohal tümpaaniline tumestuskõla, kuulatlemisel täheldatakse nõrgenenud hingamiskahinat ja sissehingamise kõrgpunktis krepitatsioone. Koputlemisel esineb tumes-

tus ja 2.—3.—4. haiguspäeval võime sedastada bronhiaalset hingamiskahinat, mis 4.—5. haiguspäeval täielikult välja kujuneb. Lahenemisstaadiumis on uuesti kuulda räginaid; põletikulise infiltraadi kadumisega tumestus väheneb ning taastub kopsu normaalne koputluskõla. Vere uurimisel märgatakse juba varakult valgeliblede arvu tunduvat rohkenemist (15 000—20 000), eriti kepptuumaliste arvu suurenemist ning punaliblede settereaktsiooni kõrgenemist.

Käesoleval ajal, mil rakendatakse efektiivset antibakteriaalset ravi (sulfaniilamiidid ja antibiootikumid), on objektiivsed haigusnähud tunduvalt vähem välja arenenud. Varajase ravi tõttu jääb maksnemisstaadium välja kujunemata, mistõttu bronhiaalset hingamiskahinat täheldatakse harva. Väga suur tähtsus on haige esialgse seisundi hoolikal hindamisel ja täpsetel anamneesiandmetel koos põhjaliku objektiivse uurimisega, mis võimaldavad õiget diagnoosi määrata. Antibakteriaalse ravi tõttu erineb kliiniline pilt tunduvalt omaaegse sümptomaatilise ravi perioodil esinenud haigusnähtudest. Intoksikatsiooninähud kaovad kiiresti, kehatemperatuur normaliseerub 2. või 3. ravipäeval. Harvem esineb ka roostekarva röga, samuti villilist löövet. Peab märkima, et tunduvalt on suurenenud atüüpiliselt kulgevate kopsupõletikkude arv. Viimastel aastatel on sagedamini registreeritud pikaldaselt kulgevaid kopsupõletikke, kusjuures nende tekkepõhjuseks on hiline hospitaliseerimine, haigusetekitajate ravimikindlus antibiootikumide, eriti aga penitsilliini suhtes ja organismi reaktiivsuse langus [N. Moltšanov (5), A. Vapra (2), A. Polster (7)]. Pärast kehasoojuse normaliseerumist imendub põletikukolle 7—9—14 päeva jooksul.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata vereringeelundite seisundile. Südametegevus on palaviku puhul tunduvalt kiirenenud, pulss 100—120 lööki minutis. Temperatuuri normaliseerumise perioodil on arteriaalne vererõhk langenud, eriti raskesti ja keskmise raskusega haigetel, samuti ka nendel vanematel patsientidel, kellel põhihaigusega kaasnevad muud rasked haigused. Krupoosse kopsupõletiku puhul võivad tekkida elu ohustavad vereringehäired. Raske kopsupõletiku korral võib esineda vasomotoorse keskuse kahjustus ja selle tagajärjel äge vereringe puudulikkus — kollaps. Kollaps tekib antibakteriaalse ravi rakendamisel võrdlemisi harva ja seda ainult neil juhtudel, kui raske kopsupõletiku puhul ravi on hilinenud. Vanematel raskesti haigetel võib areneda äge kopsuturse, kusjuures tekib tugev hingeldus, nägu muutub sinakaks, haige eritab roosakat vahtjat röga, pulss on sage ja nõrga täitumusega. Vanematel haigetel ja alkohoolikutel võib haigus sageli kulgeda atüüpiliselt, kusjuures temperatuur ei tarvitse olla kõrge, haigus algab vappekülmata, köha ja rögaeritus on vähene.

Koldeline kopsupõletik ehk bronhopneumoonia erineb krupoossest kopsupõletikust oma tekkepõhjuse ja arenemise laadi poolest. Koldeline kopsupõletik tekib tihti teisese haigestumisena, sest sageli eelneb sellele bronhiit. Koldelist kopsupõletikku võivad tekitada mitmesugused mikroobid: strepto-, stafülo- ja pneumokokid. Sageli täheldatakse seda kopsupõletiku vormi ägedate nakkushaiguste (gripp ja kõhutüüfus) puhul. Koldelise kopsupõletiku korral areneb põletik kopsudes koldeliselt ja tabab eriti kopsude alumisi sagaraid. Haigus algab enamasti aeglaselt. Temperatuur tõuseb 38—39°-ni, hingamine kiireneb. Peaaegu alati esineb köha; röga on limane ja kollakas. Kopsude uurimisel täheldatakse haigestunud kopsuosas koputluskõla lühenemist, põletikukolde piirkonnas on kuulda erineva kaliibriga räginaid. Tuleb aga märkida, et viimasel ajal ilmneb samuti haiguse kliinilises pildis muutusi. Tunduvalt sagedamini haigestuvad koldelisse kopsupõletikku ka nooremad inimesed (20—40 eluaasta vahel). Haiguse algus võib olla äge nagu krupoosse kopsupõletiku puhul, mistõttu kliiniliste sümptoomide

põhjal on mõnikord raske vahet teha, missuguse vormiga meil on tegemist [N. Moltšanov (5) jt.].

Akuutne interstitsiaalne kopsupõletik kulgeb sageli koos gripipuhangutega. Haiged kaebavad peavalu, esineb köha ja eritub vähest valkjat röga, temperatuur tõuseb 38—39°-ni, söögiisu on vähenenud. Koputlemisel võib leida haigestunud kopsuosas kõla kerget lühenemist ja kuulatlemisel väikesemullilisi räginaid. Interstitsiaalse kopsupõletiku kliiniline sümptomatoloogia on kopsude osas tunduvalt vähem välja kujunenud. Haigus võib kesta kaua ja isegi krooniliseks muutuda. Diagnoosimisel etendab tähtsat osa röntgenoloogiline uurimine.

Ravi. Krupoosse kopsupõletikuga haiged tuleb juba varakult haiglasse paigutada. Kodus on lubatud ravida ainult kergema haiguskuluga isikuid. Põetamisel on eriti tähtis ülesanne täita meditsiiniõel. Haige asendit voodis tuleb sageli muuta ja samuti pulsi sagedust kontrollida. Palatit või tuba tuulutatakse hoolikalt. Patsiendile antakse vitamiinirikkaid ja kergesti seeditavaid toite ning rohkesti vedelikku. Voodirežiimi peetakse veel vähemalt nädal aega pärast temperatuuri normaliseerumist. Vajalik on naha eest hoolitsemine, nimmepiirkonna hõõrumine kampripiiritusega. Varem, kui ravi toimus ainult sümptomaatiliselt, oli kopsupõletikuhaigete, eriti vanemaealiste inimeste suremus kõrge. Suure pöörde tõi sulfaniilamiidide tarvitusele võtmine [B. Arganovitš (1)]. Käesoleval ajal rakendatakse kopsupõletiku (krupoosse ja koldelise) raviks vastava skeemi järgi peamiselt norsulfasooli ja sulfodimesiini. Koos nende preparaatidega tuleb haigetele anda rohkesti vedelikku. Olgu mainitud, et nende ravimite tarvitusele võtmisega kaasneb sageli mitmeid ebameeldivaid kõrvalnähte, nagu peapööritus ja oksendamine. Kõrvalnähtude tekkimise ja antibiootikumide kiirema raviefekti tõttu on sulfaniilamiidid rohkem tagaplaanile jäänud. Viimasel ajal on aga tähelepanu pööratud pika toimeajaga sulfaniilamiidide kasutamisele [K. Strassburg (8) jt.]. Nende terapeutiline annus on väike — 1,0—1,5 grammi päevas, hiljem aga 0,5 grammi. Nimetatud preparaatide tarvitamisel ei ole erilisi kõrvalnähte täheldatud. Käesoleval ajal leiavad kopsupõletiku ravimisel eriti laialdast kasutamist antibiootikumid, millest esikohal on penitsilliin. Penitsilliini manustatakse mitmel viisil. Seda süstitakse 4 korda ööpäevas kokku 600 000—800 000 TÜ koos 0,25—0,5%-lise novokaiinilahusega. Samuti võib suu kaudu anda fenoksümetüülpenitsilliinitablette 800 000—1 000 000 TÜ ööpäevas. Pärast kehatemperatuuri normaliseerumist tuleb penitsilliiniravi jätkata veel 5—7—10 päeva jooksul. Ravi kestus on individuaalne ja oleneb haiguse raskusest. Üha laialdasemalt rakendatakse kombineeritud ravi — penitsilliini koos sulfaniilamiididega. Kõige efektiivsemaks peetakse aga penitsilliini kombinatsioonis streptomütsiiniga, mida kasutatakse kopsupõletiku raskemate vormide korral.

Penitsilliini süstitakse 400 000—800 000 TÜ ja streptomütsiini 500 000—1 000 000 TÜ ööpäevas. Raskesti haigetel uuritakse mikroobide tundlikkust antibiootikumide suhtes. Haiglaravi alguses võetakse haigelt kohe röga ja saadetakse see mikrobioloogia laboratooriumi uurimiseks. Kopsupõletiku kergemate vormide puhul võime kasutada ka bitsilliini III, mida süstitakse 600 000 TÜ korraga; teine ja kolmas süste tehakse pärast 4—5-päevast vaheaega. Peale eespool mainitud preparaatide manustatakse veel muid antibiootikume, nagu biomütsiini, tetratsükliini, levomütsetiini, erütromütsiini; neid peamiselt siis, kui esialgselt määratud vahendid ei anna soovitud tulemusi. Mõnikord ordineeritakse neid ravi algusest peale iseseisvalt. Biomütsiini antakse 800 000—1 000 000 TÜ ööpäevas, tetratsükliini 150 000 TÜ 6 korda ööpäevas. Antibakteriaalse ravi korral normaliseerub kehatemperatuur kiiresti, näiteks krupoosse kopsupõletiku puhul esimese 48 tunni jooksul 76,9%-l haigetest (2).

Tuleb aga märkida, et kehatemperatuuri normaalseks muutumise aeg oleneb haiguse raskusest ja ravi varajasest alustamisest. Antibakteriaalse ravi puhul esineb sagedasti temperatuuri lüütiline langus. Antibiootikumid ja sulfaniilamiidid ei kiirenda põletikulise kolde imendumist. Tähtis on sel puhul kompleksravi rakendamine (antibiootikumid, kupud, mähised, diatermia, lühilaine, südamevahendid, vitamiinid, eriti C-vitamiin suurtes annustes, ravikehakultuur ja hoolikas põetamine). Südamelihase puudulikkuse korral süstitakse veeni 0,25—0,5 ml strofantiini 0,05%-list lahust. Korduvalt tuleb manustada analeptikume, nagu kofeiini, kamprit, kordiamiini jt. Kopsuturse korral peab tegema aadrilaskmist, mille puhul veenist lastakse välja 250—350 ml verd. Määratakse ka hapnikuravi. Kõha ja valude vaigistamiseks rindkeres ning raskendatud hingamise puhul antakse kodeiini ja dioniini.

Kopsupõletikkudest hoidumiseks tuleb sanitaarhariduslikes vestlustes soovitada kõigile organismi tugevdamist ja karastamist ning meenutada, et sel puhul etendavad tähtsat osa õhu- ja päikesevannid ning veeprotseduurid, millega tuleb alustada suvel. Külmetusest ja liigsest higistamisest hoidumiseks kantagu ilmastikule vastavaid rõivaid. Samuti tuleb soovitada süstemaatilist tegelemist kehakultuuriga, seda eriti värskes õhus. Tervise säilitamise tähtsamad tegurid on täisväärtuslik ja vitamiinirikas toit ning korrapärane eluviis.

KIRJANDUS

1. Арганович Б. Я. Сульфаниламидная терапия. М., 1949. — 2. Вапра А. Особенности клинического течения крупозной пневмонии при лечении антибактериальными препаратами. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1963. — 3. Выгодчиков Г. В. Микробиология пневмонии. В кн.: Острые пневмонии. М., 1961, 7—15. — 4. Дамир А. М. Пневмонии. М., 1948. — 5. Молчанов Н. С. Лечение больных острой пневмонии. В кн.: Острые пневмонии. М., 1961, 93—108. — 6. Тушинский М. Д., Цигельник А. Я., Шукарев К. А. Болезни системы дыхания. Руководство по внутренним болезням. М., 1960. — 7. Polster, A. Z. ges. innere Med., 1963, 9, 385—394. — 8. Strassburg, K. H. Med. Klinik, 1961, 14, 642—643. — 9. Sylla, A. Z. innere Med., 1958, 19, 747—752.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ

А. Вапра

Резюме

Несмотря на эффективное лечение сульфаниламидами и антибиотиками, острое воспаление легких (крупозное, очаговое и интерстициальное) все еще играет важную роль среди заболеваний органов дыхания. Если за последние годы заболевание крупозным воспалением легких снизилось, то этого нельзя еще сказать в отношении очагового или острого интерстициального воспаления легких.

При заболевании крупозным воспалением легких, кроме внедрения соответствующих микробов в органы дыхания значение имеет и реактивность организма, которое зависит от различных внешних и внутренних факторов.

Воспалением легких заболевают чаще всего в зимние и весенние месяцы. Из остальных факторов, неблагоприятно действующих на реактивность организма, необходимо отметить физическое и психическое перенапряжение, а также недостаточное количество витаминов, особенно витамина С, в пище.

В настоящее время, когда с успехом используется антибактериальное лечение пневмонии (сульфаниламиды, антибиотики), симптомы этого заболевания стали менее выраженными.

Поэтому для постановки правильного диагноза необходима тщательная оценка исходного состояния больного, которая должна состоять из сочетания точных данных анамнеза с основательным объективным исследованием больного.

NAHAHAIGUSTEGA HAIGETE RAVITOITLUSTAMISEST

Arstiteaduse kandidaat *N. SCHAMARDIN*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Ravitoitlustamisel on suur tähtsus mitmesuguste haiguste, sealhulgas ka nahahaiguste ravimisel. Nahahaigustega haigete puhul rakendadakse spetsiifilisi ja mittespetsiifilisi dieete. Spetsiifilised dieedid jagunevad omakorda kaheks alarühmaks: 1) dieedid, mida kasutatakse ainevahetuse või mao- ja soolehäiretest põhjustatud nahahaiguste korral ning 2) dieedid, mida rakendatakse nende nahahaiguste puhul, mis on tingitud organismi kõrgenenud tundlikkusest mingi toiduaine suhtes.

Nahahaiguste hulgas täheldatakse sagedamini allergiast põhjustatud haigusi, mis tekivad isikuil, kes on muutunud mõne aine vastu ülitundlikuks. Allergilisi nahahaigusi võivad tekitada mitmesugused välised või organismisisesed tegurid, nn. allergeenid. Nad toimivad organismisse naha või limaskesta kaudu, kusjuures juba väikesed allergeenihulgad võivad nahalöövet tekitada. Väga sageli on allergeenideks mitmesugused toiduained, peaaegu iga toiduaine võib allergilise nahalööbe põhjustajaks olla (vt. tabel 1).

Tabel 1

Allergiliste reaktsioonide sagedus seoses mitmesuguste toiduainetega (%-des 500 juhu kohta)

Sibul (peamiselt toores)	27	Melon	11
Piim, koor, jäätis	26	Liha	11
Õunad (toored)	26	Maasikad	10
Kapsas	25	Kohv	10
Šokolaad	18	Latuka salat	8
Redised	17	Kuivatatud herned ja oad	8
Arbuus	8	Maapähkel	6
Värviline kapsas	8	Apelsinid	6
Sealiha	7	Maiustused, vürtsid	6
Teraviljaproduktid	7	Juust, pipar	5
Marineerimisvedelikud	7	Lõhe	4
Banaanid	7	Pähklid	4
Tomatid	15	Ploomid	3
Kurgid	13	Herned, kartulid	2
Munad	13	Kanaliha	2
Rasvad	12	Peale selle veel 104 toiduainet alla 1%	

Ülitundlikkuse väljaselgitamiseks teatavate toiduainete suhtes tuleb kasutada nn. toitude elimineerimise (kõrvaldamise ehk väljajätmise) skeemi. Toidust peab välja jätma kõik üldiselt tuntud allergiat tekitavad ained. Ei tohi tarvitada muid toiduaineid ega jooke peale tabelis 2 esitatute.

Järgnevalt käsitleme dieetravi järgmiste allergilise iseloomuga haiguste puhul: ekseem, nõgesetõbi ja naha sügelemine.

E k s e e m i vallandavaks teguriks võivad peale toiduainete olla ka vesi, kosmeetikatarbed jne. Mõnikord peitub ekseemi põhjus mõne siseelundi haigestumises (näiteks krooniline anatsiidne gastriit, enterokoliit jne.) või ainevahetushäiretes. Ekseemi tekkimisel etendavad tähtsat osa mitmesugused närvisüsteemirikked ja rasked psüühilised elamused.

Ekseemi ägedas staadiumis mõjub hästi 2—3 näljapäeva, mille puhul on lubatud juua ainult vett või teed. Näljapäevadele järgneb liha- ja keedusoclavaene dieet, mis muudab naha ainevahetust, vähendab põletikku ja soodustab nahahaiguse paranemist. Ka piimadieet (1,5—2 l piima päevas) 2—3 päeva jooksul, millele järgneb keedusoola- ja lihavaene toit paari nädala vältel, mõjub ägenenud ekseemi puhul parandavalt. Soodsat

mõju võivad avaldada ka toortoidu- või puuviljapäevad. Näiteks antakse hommikul 250 g segapuuviljamahla; lõunaooteks — 250 g segapuuviljamahla ja 100 g kuivatatud ploome, lõunasöögiks — 3—4 porgandit ja 250 g segapuuviljamahla; õhtuooteks — 250 g viinamarjamahla, õhtusöögiks — 2 porgandit ja 250 g punasesõstramahla. Lubatud on süüa ka õunu, pirne jne.

Tabel 2

Allergiliste nähtude esinemisel rakendatavad dieedid

Dieet I	Dieet II	Dieet III
Mitte tarvitada: looma-, sea- ja linnuliha, piima, rukkijahusaadusi ning maisi. On lubatud tarvitada: riisi, salatit, spinatit, porgandeid, peete, lambaliha, sidruneid, pirne, oliiviõli, päevalilleõli, teed, kohvi (ilma piima ja kooreta), suhkrut.	Mitte tarvitada: lamba- ja loomaliha, piima ning riisi On lubatud tarvitada: maisisaadusi, tomateid, ube, sparglit, kana- ja sealiha, ploome, maisiõli, suhkrut, siirupit ning soola.	Mitte tarvitada: lamba- ja linnuliha, rukkileiba, maisi, riisi ja piima. On lubatud tarvitada: peete, kartuleid, ube, sojaube, loomaliha, sidruneid, virsikuid, oliiviõli, teed, kohvi (ilma piima ja kooreta), suhkrut, siirupit ning soola.

Ka kroonilise ekseemi ravimisel, eriti siis, kui ekseemi põhjust ei ole võimalik selgitada, on soovitatav esialgu 1—2 päeva mitte süüa. Näljapäevade järel määratakse tavaliselt 3—4 puuviljapäeva. Kui ka see soovitud tulemusi ei anna ja paranemist ei ole märgata, tuleb üle minna keedusoola-, süsivesikute- ja lihavaesele toidule. Soovitatav on kasutada C-, B_1-, P- ja PP-vitamiine sisaldavaid toiduaineid.

Lastel esinev ekseem on harilikult toidust tingitud. Kui haigele lapsele antakse tavalise piima asemel rasvavaba piima või võipiima, siis ekseem paraneb; võib kasutada ka piimapulbrit. Hästi mõjub ka toortoit, mida määratakse ainult vanemaealistele lastele. Toortoit antakse peenendatult. Tuleb vältida mune sisaldavaid rooge.

Ületoidetud lapsed võivad juua rohkem rasvavaba piima ja värskeid puuviljamahlu ning vähem täispiima. Raskete ekseemide puhul kasutatakse lehmapiima asemel taimseid piimu, näiteks mandlipiima. Tuleb piirata keedusoola kogust. Rinnaga toitmisel soovitatakse algul osa piima välja pumbata, samuti mitte lasta rinda tühjaks imeda, sest imemise algul ja lõpul on piim rasvarikkam.

Nõgesetõbi tekib harilikult, samuti nagu ekseem, isikuil, kel esineb kalduvus ülitundlikkusele. Haiguse väliseks põhjuseks võivad olla putukate hammustused, kokkupuutumine mitmesuguste taimedega, sageli ka seente, vähkide, maasikate jne. söömine. Nõgesetõbi võib alguse saada ka mitmesugustest sisehaigustest (maksa-, neeruhaigused jne.). Viimasel juhul määratakse põetavale haigusele vastavat dieeti. Kui nõgesetõbi on tingitud mõnest toidust, siis on soovitatav anda lahtistavaid sooli ning reguleerida toitumist, vältides allergiat tekitada võivaid toiduaineid. Kui haiguse tekkimise põhjust ei saa selgitada, tuleb dieetraviks kasutada piima- ja taimetoitu.

Naha sügelemine. Selle põhjuseks võivad olla sisenõristusnäärmete haigused (näiteks suhkruhaigus), siseelundite häired (maksapõletik) jne. Suhkruhaigetel esinev naha sügelemine kaob, kui piiratakse süsivesikute tarvitamist. Maksahaigete toit peab sisaldama keedetud juurvilja, kompotti, saia, piima, putrusid, keediseid ja magusaid kiselle. Kui naha sügelemine tekib allergilise seisundi ühe nähuna, siis kasutatakse naha retseptorite ärrituse vähendamiseks põletikuvastast dieeti. Esialgu rakendatakse toortoidupäevi, hiljem, umbes 2 nädala vältel, kasutatakse puu-

vilja, aedvilja, mahla ja hapupiima. Edasi lisatakse juurde keediseid, keedetud aedvilja (soolata võiga), keedetud liha, leiba, piimaputru ja pudingut. Pikemaks ajaks piiratakse keedusoola hulka.

Sagedamini esinevate nahahaiguste hulka kuuluvad ka vistrikud näol, mida võivad põhjustada närvisüsteemihäired, sisesekretsiooninäärmete talitluse ja mao-soole häired, kehvveresus jne.

Vistrikkude ravimisel on soovitatav tarvitada liha- ja keedusoolavaest toitu. Kui vistrikega kaasneb naha rasvasus, tuleb rakendada rasvavaest dieeti; muutuvad vistrikud aga mädaseks, kasutatakse süsivesikutevaest toitu. Juhul kui tekkepõhjuseks on kehvveresus ja ühekülgne vitamiinidevaene toit, peab ravimisel eeskätt kasutama vitamiinirikast toitu. Eriti on soovitatav süüa B_1- ja PP-vitamiine sisaldavaid toiduaineid, nagu pärmi, piima, porgandeid jne. Tütarlastel, kellel vistrikud ägenevad enne menstruatsiooni, tuleb menstruatsiooni-eelsetel päevadel piirata tarvitatava vedeliku ja keedusoola hulka.

Nn. punetavate vistrikkude (*Acne rosacea*) korral ei tohi juua alkohoolseid jooke, kanget kohvi ja teed.

Millised on siis lubatud toidud vistrikkude puhul? Võib juua lahjat teed või kohvi ja piima ning süüa puu- ja aedvilja (välja arvatud kartulid), keedetud liha, kohupiima, odra- ja kaeratangu, saia, kuivikuid, taimeõli ja piiratud hulgal võid.

Mittesoovitatavad toidud on: praetud liha ja kala, munad, juust, rasvased ja vürtsitatud toidud, makaronid, nuudlid, konservid, rukkileib, koogid, vahvlid, liiga magusad pudrud, jäätis, šokolaad, pähklid, keedised, mesi jne.

Soomussammaspool (psoriaas) on seotud närvisüsteemi- ja ainevahetushäiretega. Mõned teadlased on psoriaasihaigetel täheldanud hüperkolesterineemiat ja atsidoosi ning seepärast soovitatakse eelkõige tarvitada rasvavaest toitu. Päevane rasva hulk ei tohi ületada 50 g. Kasulik on süüa rohkesti aed- ja puuvilja ning piimasaadusi. Kui rasvavaene dieet ei anna soovitud tagajärgi, siis tuleb rakendada kaaliumivaest dieeti. Hommikueineks näiteks 1 klaas võipiima, 1 tükk keeksi meega. Lõunaooteks 1 muna, röstitud sai, 20 g võid ja mett; lõunasöögiks kala, 20—30 g võid, spinatit, leiba või saia, makarone võiga, peete, kõrvitsat, maasikaid, kompotti, juustu. Õhtuooteks — 1 klaas võipiima, saia või keeksi meega; õhtusöögiks meega magustatud leiva- või saiasupp, 1 muna, sai, 20 g võid, juust, riisiputru, peete ja kõrvitsasalatit.

Lubatud toitudeks psoriaasi puhul on piim, võipiim, piparmünditee suhkruga. Puuviljadest on kasulikud pirnid ja apelsinid, teraviljadest soovitatakse kasutada nisujahu ja mannat. Liha ja kala ei ole soovitatav tarvitada, nende asemel võib süüa rohkem mune ja juustu. Aed- ja juurviljadest võiks nimetada sibulaid, sparglit, maisi, porgandit, peeti ja kõrvitsat; muudest toiduainetest rukkileiba, saia võiga, makarone, nuudleid, riisipudingut ja jäätist.

О ЛЕЧЕБНОМ ПИТАНИИ БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н. Шамардина

Резюме

На диэтотерапию кожных заболеваний часто не обращают достаточного внимания. Поэтому, не только врачам, но и фельдшерам и медицинским сестрам необходимо совершенствовать свои знания в области лечебного питания.

Диэты, применяющиеся при кожных заболеваниях разделяются на специфические и неспецифические.

В группе специфических диэт различают две подгруппы: 1) диэты, назначаемые при нарушениях обмена веществ, заболеваниях желудочно-кишечного тракта или крови,

и 2) диэты, которые применяются при кожных заболеваниях, обусловленных повышенной чувствительностью к тем или иным пищевым веществам.

Например, больному экземой с нарушением обмена веществ или же заболеванием желудочно-кишечного тракта, необходимо назначить соответствующую этому внутреннему заболеванию диэту, что иногда может привести к излечению кожного заболевания.

В случаях повышенной чувствительности кожи к пищевым веществам, проводится специфическая диэтотерапия путем выключения из пищи аллергенов.

В группе так называемой неспецифической диэтотерапии на первое место следует поставить противовоспалительную десенсибилизирующую диэту, назначаемую например больным экземой, когда причина заболевания остается неясной.

Приводится обзор основных видов диэтотерапии при некоторых кожных заболеваниях (экзема, крапивница, кожный зуд, чешуйчатый лишай, угри).

NARKOOSIAPARAATIDE KASUTAMISEST

M. KIVILO

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Enamikus raviasutustes antakse juba peaaegu kõik narkoosid kaasaegsete narkoosiaparaatidega. Tavaliselt on need tagasihingamise süsteemi aparaadid, * mida kasutatakse kas ring- või harvemini pendelhingamise põhimõttel suletud või poolsuletud hingamiskontuurina. Tagasihingamise süsteemi eeliseks on narkootilise aine (tavaliselt eetri) ja hapniku manustamine väikestes hulkades, mis on võimalik seetõttu, et narkootilist segu juhitakse hingamisteedesse korduvalt. Kuid samal põhjusel ei näita tagasihingamisel kulunud eetrihulk ei narkoosi sügavust ega selle kahjustavat toimet, kuigi seda kohati veel väidetakse. Põhimõte «mida vähem eetrit, seda parem ja ohutum on narkoos» kehtib ilma täiendusteta ainult lahtise ja poollahtise kontuuri puhul, kus ei toimu tagasihingamist. Tagasihingamisel sõltub eetrikulu mitte niivõrd doseerimise täpsusest, kui paljudest muudest asjaoludest. Viimaste mittearvestamine võib narkotiseeritavale

---

* Käesolevas kirjutises kasutame järgmisi oskussõnu:

h i n g a m i s k o n t u u r — narkoosiaparaadi mahutid gaaside voolamiseks koos hingamiskoti, hingamisvoolikute, absorberi, aurusti ja adapteriga.

Eristatakse järgmisi hingamiskontuure:

1. l a h t i n e — hingatakse sisse (läbi narkoosiaparaadi) toaõhku, väljahingamine toimub täielikult toaõhku (narkoosiaparaadid AH-4, AH-7, EMO);

2. p o o l l a h t i n e — sissehingatav gaaside segu on isoleeritud toaõhust ja pärineb gaasiballoonidest, väljahingamine toimub täilikult toaõhku (narkoosiaparaat AH-2);

3. p o o l s u l e t u d — sissehingamine toimub nagu poollahtise kontuuri puhul, väljahingamine osaliselt toaõhku, osaliselt tagasi hingamiskontuuri;

4. s u l e t u d — sissehingamine toimub nagu kahe eelmise kontuuri puhul, väljahingamine täielikult tagasi hingamiskontuuri.

Et suletud ja poolsuletud hingamiskontuuride puhul suundub väljahingatud gaasisegu (osaliselt või täielikult) tagasi narkoosiaparaati ning sellest uuesti haige hingamisteedesse, nimetatakse neid t a g a s i h i n g a m i s e süsteemi kontuurideks. Sellised hingamiskontuurid on narkoosiaparaatidel «Krasnogvardejets», УНА-1, «Hirana» jt. Suletud hingamiskontuur on gaaside juurdevoolu suurendamisega poolsuletuks muudetav ja vastupidi.

R i n g h i n g a m i n e toimub sellise suletud või poolsuletud hingamiskontuuri puhul, milles gaaside liikumine toimub ühesuunalise ringlusena.

P e n d e l h i n g a m i n e toimub sellise suletud või poolsuletud hingamiskontuuri puhul, milles gaasid liiguvad hingamisteede ja hingamiskoti vahel vahelduva suunaga edasi-tagasi.

kahjulikku mõju avaldada eriti siis, kui eetrikulu maksimaalne vähendamine ainsaks eesmärgiks seatakse. Seepärast peatume mõnedel eetrikuluga seotud küsimustel.

Narkoosi sügavust iseloomustab individuaalse tundlikkuse piires ainult eetriaurude kontsentratsioon sissehingatavas gaasisegus. Seetõttu peegeldab kulutatud eetrihulk narkoosi sügavust (vastavalt ka selle kahjustavat toimet) ainult lahtise ja poollahtise hingamiskontuuri puhul, kus väljahingatud gaasisegu eemaldatakse hingamiskontuurist täielikult. Kuid ka sel juhul on seos vaid kaudne, sest eetrikulu sõltub suurel määral hingamise minutimahust: suurema minutimahu puhul kulub vajaliku kontsentratsiooni tagamiseks rohkem eetrit kui väiksema minutimahu puhul ja vastupidi, kuigi narkoosi sügavus ja selle kahjustav toime võivad mõlemal juhul olla võrdsed. Tagasihingamisel sõltub aga eetrikulu märksa vähem minutimahu suurusest. Täiesti õhutiheda kontuuriga tagasihingamise puhul ei tuleks pärast organismi vajaliku määrani küllastamist eetrit üldse lisada, sest kadude puudumise tõttu püsiks eetriaurude kontsentratsioon praktiliselt ühtlasena väga pika aja vältel, olenemata hingamise minutimahust. Seega ei näita eetrikulu tagasihingamisel kindlas ajaühikus hoopiski mitte tema aurude kontsentratsiooni sissehingatavas gaasisegus, vaid pigemini hingamiskontuuri õhutihedust, s. o. kadude puudumist. Näiteks võib 20 ml eetriaurude tagasihingamisega organismi samavõrra kahjustada kui 200 ml eetriauruga lahtise või poollahtise hingamiskontuuri puhul sama aja vältel.

Sellega on tagasihingamisel eetri kulu vähendamise määravaks teguriks kontuuri õhutihedus ning alles seejärel täpne doseerimine. Õhutiheda tagasihingamiskontuuri puhul omandab süsihappegaasi (CO_2) eemaldamine korduvalt tagasihingatavast gaasisegust erakordse tähtsuse. See on aga väga raske ülesanne, sest CO_2 eemaldava naatronlubja-absorberi kustutusvõime pole ilma eriaparatuurita kuigivõrd kontrollitav. Mittetöötava absorberi puhul tõuseb CO_2 kontsentratsioon juba 5 minutit vältava tagasihingamise korral suletud kontuuris 10%-ni (1). Niisuguse kontsentratsiooniga CO_2 sissehingamine teatava aja jooksul on eluohtlik. Vahemärkusena olgu mainitud, et seepärast on äärmiselt ohtlik kasutada Sadovenko narkoosimaski, mis sisuliselt on tagasihingamisega kontuur, kuid ei võimalda CO_2 kõrvaldada.

CO_2 kogunemine hingamiskontuuri isegi kuni ohtliku kontsentratsioonini põhjustab kliinilistes näitajates vaid väga kaudseid ja nõrgalt ilmnevaid muutusi. Üheks esimeseks nendest peetakse arteriaalse vererõhu tõusu, kuid seda võib varjutada samaaegselt muudel põhjustel (verekaotus, sügavnarkoos jne.) tekkinud vererõhu langus. Teiseks CO_2 liigse hulga tunnuseks on higistamine, kuid see võib tekkida ka muudel põhjustel ning ära jääda või tagasihoidlikult väljenduda tugeva atropiniseerimise korral, vaatamata CO_2 kontsentratsiooni tõusule. Tsüanoos iseloomustab hapnikupuudust, mitte aga CO_2 liigset hulka. Niimoodi on täiesti võimalik, et kliiniliste tunnuste vähesuse ja ebakindluse tõttu jääb CO_2-mürgistusest põhjustatud kollapsi tegelik põhjus selgitamata. Kui seda püütakse ravida nn. südamevahenditega ning veresoonkonda toniseerivate ravimitega, kõrvaldamata liigset CO_2, võib haigel areneda ajuturse ja järgneda surm. Juba CO_2 0,5%-line kontsentratsioon annab suletud hingamiskontuuris aeglaselt, kuid kindlalt areneva CO_2-mürgistuse kuni südame- ja veresoonkonna perifeerse ja tsentraalse regulatsiooni lakkamiseni. Võib arvata, et paljude operatsiooni ajal tekkinud «südame- ja veresoonkonna puudulikkuste» põhjuseks on olnud mitte nn. operatsioonišokk, vaid just CO_2-mürgistus, mille diagnoosimiseks puudusid kliinilised tunnused. CO_2 kontsentratsiooni sissehingatavas gaasisegus (näiteks karboviisori või kapnograafi abil) pole aga igapäevases töös kahjuks võimalik mitte alati määrata. Seepärast peetakse absorberi töövõime näitajaks tema soojene-

mist narkoosi andmise ajal, sest CO_2 sidumisel naatronlubja poolt vabaneb soojus. Üldse mitte soojenev absorber tähendab CO_2 sidumise täielikku puudumist. Kuid soojeneva absorberi puhul tuleb arvestada, et see viitab ainult CO_2 sidumise protsessi toimumisele, mitte aga selle täielikkusele. Ka soojeneva absorberi puhul võib osa CO_2 sidumata jääda. Seetõttu on kindlamaks võtteks absorberi ühe täitmisega töötamisaja normeerimine. Lubatud töötamisaeg on valitud nii, et adsorberis olev naatronlubi säilitab teoreetiliselt oma töövõime. Kuid normid (500—600 g naatronlupja sisaldava absorberi töövõime 2—3 tundi, maksimaalselt 4 tundi, vaheaegadega kasutamisel kuni 5 tundi) kehtivad vaid kvaliteetse naatronlubja kohta. Tuleb arvestada, et sageli ei vasta naatronlubi standardi nõuetele, eriti ebaõige säilitamise korral *. Tavalise haigla tingimustes on aga raske naatronlubja kõlblikkust määrata. Seetõttu võib absorberi tegelik töövõime olla ettenähtust märksa väiksem ja juba narkoosi alguses võib alata CO_2 kogunemine hingamiskontuuri.

Teatavasti taastub osaliselt naatronlubja töövõime seismisel pärast kasutamist. See aga püsib lühikest aega ning taastunud lupja ei soovitata kasutada kauem kui 30 minutit üle normiaja (2).

Mõnede narkoosiaparaatide puhul võib osa gaasisegu juhtida absorberist mööda vastava kraani teatavasse asendisse pööramisega. On selge, et siis jääb osa CO_2 tagasihingatavast gaasisegust eemaldamata ning CO_2 kontsentratsioon kasvab hingamiskontuuris pidevalt. Selle vältimiseks peab kogu gaasisegu alati läbima absorberi, milleks tuleb vastav kraan täielikult avada. CO_2 kasutamine aju hingamiskeskuse stimulaatorina on põhjendamatu ning lubamatu võte, sest hingamispuudulikkuse korral on CO_2 kontsentratsioon veres nagunii tunduvalt suurenenud.

Et tagasihingamise puhul on absorberi töövõime kontrollimine raske, peame alati arvestama CO_2 kuhjumise võimalust hingamiskontuuri. Selle vältimiseks on lihtsaks ja küllaltki mõjuvaks võtteks hapniku juurdevoolu suurendamine, mis tegelikult tähendab tagasihingamise astme vähendamist. Täielikult suletud õhutiheda hingamiskontuuri puhul peab hapniku juurdevool katma ainult haige hapnikutarbe. Selleks jätkub ligikaudu 300 ml/min. suurusest hapnikuhulgast, mille puhul on hingamiskott küllaldaselt täitunud. Kui aga hapniku juurdevoolu suurendada näiteks 20 korda, s. o. 6 l/min., siis see ei mahu enam hingamiskontuuri ja igas minutis tuleb ligikaudu 19/20 hapnikust juhtida välisõhku. Koos hapnikuga eemaldub hingamiskontuurist ka osa CO_2 (ja osa eetriaure). Vastavalt sellele suureneb küll eetri ja hapniku kulu, kuid väheneb CO_2 kogunemise oht. Et tavalise narkoosiaparaadi hingamiskontuuri maht on 10 liitri piires, siis juurdevoolu puhul 6 l/min. uueneb kogu hingamiskontuuri sisu ligikaudu 2 minuti jooksul. Vastavalt sellele on CO_2 kogunemise võimalus praktiliselt likvideeritud.

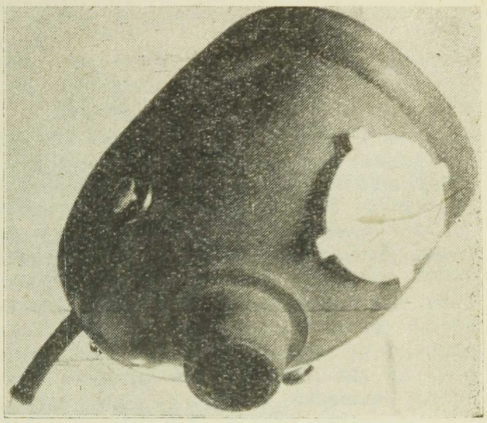
Et vähendada hapniku kulu, on eetrinarkoosi rakendamisel otstarbekas lisada juurdevoolavale hapnikule toaõhku (naerugaasinarkoosi puhul on see lubamatu). Selleks on mitmel narkoosiapraadil (УНА-1 jt.) olemas vastav injektor, mille kaudu saab hapnikule lisada 0—50%-list toaõhku. Vastavalt sellele kulutatakse vähem hapnikku ning samaaegselt väldita kse puhta hapniku kauaaegsele sissehingamisele iseloomulikke puudusi. Gaasisegu liigse koguse hingamiskontuurist väljajuhtimiseks on soovitatav kasutada mitte aparaadi korpusel olevat kaitseventiili, vaid adapteril paiknevat ühesuunalist väljahingamisklappi. See säästab absorberit, vähendab hingamistakistust ning loob soodsamad tingimused gaasivahetuseks kopsudes, eriti väikese hingamismahu puhul. Kui adapteril selline klapp puudub, võib vastava klapiga ühendada vahelüli adapteri ja narkoosimaski või intubatsioonitoru vahele või paigutada see otse maskile.

---

* Naatronlupja tuleb säilitada õhukindlalt suletud nõus, et vältida tema töövõime vähenemist liigse kuivamise ja toaõhus oleva CO_2 pideva sidumise tõttu.

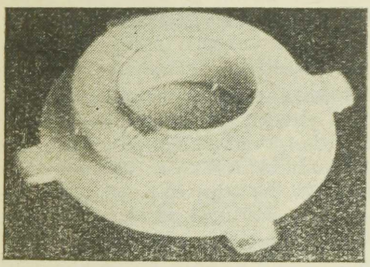
Selleks sobib suurepäraselt gaasimaski kumm-membraaniga väljahingamisklapp, mida on lihtne kinnitada narkoosimaski vastava suurusega väljalõikesse (fotod).

Hapniku (või hapniku ja õhu segu) juurdevoolu suurendamisega poolsuletuks muudetud hingamiskontuuris on CO_2 kogunemise oht seda väiksem, mida suurem on juurdevool. Kahjuks ei küllasta tavaliste narkoosiaparaatide aurusti väga suure läbivoolu puhul gaasisegu eetriaurudega enam vajaliku määrani. Seega ei saa enamikku käibelolevaid narkoosiaparaate kasutada poollahtise kontuuriga, ning poolsuletud kontuuri puhul tuleb hapniku (või hapniku ja õhu segu) juurdevoolu äärmine võimalik piir igal aparaadil katseliselt määrata. Hapniku juurdevoolu suurendamisel peab veel silmas pidama, et ringhingamise puhul paikneks aurusti sissehingamise teel. Vastupidisel juhul jääb eetriaurude lisandumine ka täielikult avatud aurusti korral liiga väheseks, sest suur osa sissehingatavast gaasisegust pärineb siin otse balloonist ega läbi väljahingamise teel paiknevat aurustit.



Narkoosimask. Väljahingamisklapp

CO_2 kogunemise vältimiseks on veel soovitatav hingamiskontuuri perioodiliselt «õhutada», s. t. tühjendada tagasihingatud gaasisegust ning täita balloonist värskega. Et CO_2 on hingamiskontuuris leiduvatest gaasidest raskeim, koguneb see kontuuri madalamatesse osadesse, eriti hingamiskoti põhja. Seepärast on «õhutamisel» otstarbekas hingamiskott aparaadilt eemaldada ning otse toaõhku tühjendada.



Kumm-membraan

Kokkuvõttena võib öelda, et tagasihingamise puhul ei tulene eetri kokkuhoid mitte niivõrd tema toimiva kontsentratsiooni vähendamisest, kui eetriaurude korduvast tagasihingamisest. Viimane on seda ulatuslikum, mida õhutihedam ja «suletum» on hingamiskontuur. Vastavalt suureneb ka CO_2 kogunemise oht. CO_2 kogunemist hingamiskontuuris on ilma spetsiaalsete abivahenditeta raske hinnata ning selle mittemärkamine võib katastroofiliselt lõppeda, mille põhjus kirjutatakse tavaliselt «operatsioonišoki» arvele. Seepärast on hädavajalik rakendada abinõusid CO_2 kogunemise vältimiseks. Kontrollimata kvaliteediga naatronlubi aga ei kindlusta seda. Olukorra praktiliseks lahenduseks on hingamiskontuuri regulaarne «õhutamine» ning selle poolsuletuks muutmine või võimaluse korral isegi poollahtiseks hapniku (või hapniku ja õhu segu) juurdevoolu suurendamise teel. See tähendab tagasihingamise astme piiramist, mis omakorda suurendab eetri ja hapniku kulu. Kuid majanduslik kokkuhoid ei tohi toimuda haige seisundi ja julgecleku arvel. Me peame arvestama, et tagasihingamise puhul ei tähenda eetri vähene kulu mitte niivõrd narkoosi ohutust, kui haige asetamist süsihappegaasiga mürgistumise ohtu. Seepärast on soovitatav kasutada suletud hingamiskontuuri asemel poolsuletud, võimaluse korral aga lahtist või poollahtist hingamiskontuuri, mis on tunduvalt füsioloogilisem ja ohutum.

KIRJANDUS

1. Саваченко Р. И. и Мастрюков В. А. Руководство по аппаратуре для ингаляционного наркоза. М., 1960. — 2. Barth, L., Meyer, M. Moderne Narkose, Jena, 1962.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАРКОЗНЫХ АППАРАТОВ

М. Кивило

Резюме

Имеются взгляды, согласно которым минимальный расход эфира при наркозе показывает высокое качество его даже при пользованием дыхательными контурами реверсионной системы. В действительности такая экономия эфира получается не столько за счет уменьшения концентрации паров эфира во вдыхаемой смеси, сколько за счет повторного использования больным одного и того же количества паров эфира. Последнее требует максимальной герметичности дыхательного контура, что влечет за собой опасность накопления CO_2 в нем. Установить последнее трудно без специального оборудования, а накопление CO_2 может привести к интоксикации с недостаточностью сердечно-сосудистой системы. Такое осложнение приписывают часто т. н. «операционному шоку», выведение из которого однако остается безрезультатным, пока не будет ликвидирована гиперкапния. Так как качество натронной извести трудно поддается проверке, то иногда даже свеженаполненный абсорбер не обеспечивает полного удаления CO_2 из дыхательного контура. Поэтому целесообразно максимальное «открывание» дыхательного контура путем регулярного «праветривания »его и значительного повышения притока кислорода (или смеси кислорода и воздуха). Сопутствующее этому увеличение расхода кислорода и эфира не должны являться препятствиями, так как экономия этих веществ происходит не за счет оптимальной дозировки эфира, а за счет уменьшения безопасности наркоза.

Konverentsid ja nõupidamised

TALLINNA KESKHARIDUSEGA MEDITSIINITÖÖTAJATE ESIMESELT KONVERENTSILT

21. detsembril 1963. a. toimus Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate esimene konverents, millest võttis osa üle 350 meditsiiniõe, velskri ja sanitaararsti abi. Konverentsi avas Tallinna Vabariikliku Haigla vanemõde A. Metsmäe. Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja L. Maurer esines ettekandega keskharidusega meditsiinipersonali ülesannetest. Nende töö parandamisest kõneles Tallinna Harjumäe Haigla vanemõde E. Uibo. Seejärel rääkis Tallinna peaterapeut N. Elštein linna keskharidusega meditsiinitöötajate nõukogu loomise vajadusest ja selle ülesannetest. Konverentsil esitatud kaks ettekannet valgustasid südame- ja veresoonkonna haigusi: I. Rätsep kõneles valude esinemisest südames ja V. Naljota glükoosi, kampri, kofeiini, kordiamiini ja strofantiini kasutamisest südame- ja veresoonkonna haiguste puhul.

Konverentsist osavõtjaid tervitasid Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees U. Meikas ja ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse esindaja arstiteaduse kandidaat H. Pihl. Lõppsõnaga esines Tallinna peaterapeut N. Elštein.

Konverentsil valiti Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate nõukogu (koosseisus 32 inimest), kes oma esimesel koosolekul valis 10-liikmelise presiidiumi.

Tallinna linna keskharidusega meditsiinitöötajate nõukogu koosseis

1. A. Reljan (Tõnismäe Haigla vanemõde). 2. E. Vassiljeva (Tallinna Vabariikliku IV Haigla vanemõde). 3. V. Teder (Nõmme Haigla Polikliiniku jaoskonnaõde). 4. M. Helm (Kallavere Haigla vanemõde). 5. A. Sõgel (Kopli Polikliiniku neuroloogiakabineti õde). 6. G. Antipova (Raudtee Haigla õdede nõukogu esimees). 7. A. Abrossimova (vanemõde). 8. A. Bahhareva (vanemõde). 9. A. Toom (Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla osakonna vanemõde). 10. A. Benno (Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri õdede nõukogu esimees). 11. G. Krivokorõtova (vanemõde). 12. H. Roostalu

(Tallinna II Sünnitusmaja vanemõde). 13. Ü. Maiste (Merimetsa Haigla osakonna vanemõde). 14. Õ. Jõgi (III Lastepolikliiniku vanemõde). 15. E. Lillend (33. Lastesõime vanemõde). 16. T. Vilms (Tallinna Linna Lastehaigla vanemõde). 17. T. Sokk (Tallinna Kiirabijaama velsker). 18. T. Remmel (Sadama Haigla Polikliiniku velsker). 19. M. Mets (Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri vanemõde). 20. M. Kubbo (Stomatoloogia Polikliiniku osakonna vanemõde). 21. A. Vaab (Ravikehakultuuri Dispanseri instruktor). 22. L. Demidenko (Tallinna Linna Nakkushaigla osakonna vanemõde).

Tallinna linna keskharidusega meditsiinitöötajate nõukogu presiidium

1. Esimees: E. Uibo (Harjumäe Haigla vanemõde). 2. Esimehe asetäitja: A. Metsmäe (Tallinna Vabariikliku Haigla vanemõde). 3. Sekretär: A. Aland (Tallinna Sanitaarhariduse Maja instruktor). 4. Kassapidaja: P. Adamovskaja (Tallinna Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonna vanemõde). 5. Kvalifikatsiooni tõstmise sektsiooni esimees: B. Korem (Tallinna Meditsiinilise Kooli õpetaja). 6. Ambulatooriumi- ja polikliinikuõdede sektsiooni esimees: T. Karner (Kondiitrivabriku «Kalev» tervishoiupunkti juhataja). 7. Statsionaariõdede sektsiooni esimees: H. Rüütli (Pelgulinna Haigla vanemõde). Presiidiumi liikmed: 8. E. Laigmaa (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri vanemõde). 9. E. Vahromejeva (Tallinna I Sünnitusmaja vanemõde). 10. L. Tamm (Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaararsti abi).

N. Ilves

KURORTOLOOGIDE KONVERENTSIST KEMERIS

22.—24. augustini 1963. a. toimus Kemeri kuurordi 125. aastapäevale pühendatud teaduslik-praktiline konverents.

Konverentsi esimesel istungil tutvustati Kemeri kuurordi ajalugu, kõneldi Läti kuurortide arengu ja neis tehtava teadusliku töö perspektiividest.

Teisel istungil käsitleti peamiselt tugi- ja liikumisaparaadi ning perifeerse närvisüsteemi haiguste kuurordiravi. Vääris tähelepanu, et I. Liepina sai reumatoidse ja reumaatilise polüartriidi ravimisel parimad tulemused siis, kui üheaegselt turbamudaaplikatsioonide ja väävelvesinikuvannidega anti haigele C-vitamiini (50 mg ööpäevas) ja väikestes annustes prednisolooni (2,5—5 mg ööpäevas). C-vitamiini ja prednisolooni tarvitamine võimaldas vähendada ka balneoreaktsiooni ägedust. H. Birks kasutas edukalt anküloseeruva polüartriidi viimases staadiumis olevail haigeil samaaegselt Kemeris rakendatava balneoraviga luusiseseid novokaiiniblokaade. A. Dudelzaksi ettekandes pöörati peamist tähelepanu jalgade vereringe häiretega ja nõrga valusündroomiga kulgeva lumbosakraalse radikuliidiga haigete ravile. Balneoravi ja vasodilatoorsete preparaatide kõrval kasutati naha hüperesteesia piirkondades novokaiiniblokaade. A. Pumpure rääkis diskogeensete ja muu päritoluga radikuliitide diagnoosimisest ja ravist.

Huvi äratas oblitereeruva endarteriidiga haigete ravimise probleem. M. Malkielsi uurimuste järgi saadi nimetatud haiguse puhul parim terapeutiline efekt kompleksraviga — väävelvesinikuvannide, pahhükarpiin-elektroforeesi ja luuüdisiseste novokaiiniblokaadidega.

Kolmandal istungil kõneldi seedetrakti haigustega haigete ravimise efektiivsusest. L. Terentjeva andmeil on kõige parem ravida mõni kuu pärast düsenteeria põdemist tekkivat anatsiidset, s. o. sekundaarset, koliidiga seotud gastriiti, balneoloogiliselt koos antibiootikumide ja vitamiinide manustamisega. V. Vassiljeva kirjeldas soole mikrofloora muutusi anatsiidse gastriidi ja sekundaarse koliidiga haigeil. N. Zikuns soovitas mao alanenud sekretsioonivõimega haigetele teha maoloputusi mineraalveega «Kemeri».

Viimasel istungil käsitlesid paljud esinejad (V. Nikiforova jt.) hüpertooniatõve ning ateroskleroosihaigete puhul rakendatava balneoravi ja aeroionisatsiooni, aeroionomassaaži, aeroteraapia ning elekter-aerosooliravi kombineerimise tulemusi.

Konverentsil selgus, et Kemeris on hiljuti alustatud vajalikke uurimisi põhjendatud kliimaravi metoodika väljatöötamiseks ja loodud kuurordiravi osakond seljaaju talitluse häiretega haigetele.

V. Sui

TERAPEUTIDE XIII ÜLELIIDULINE TEADUSLIK KONVERENTS

Moskvas 26.—28. septembrini 1963 aset leidnud terapeutide XIII üleliidulisel teaduslikul konverentsil, mille tööst võttis osa ligi 700 teaduslikku töötajat ja arsti, käsitleti 111 ettekandes südame reumakahjustuste probleeme.

Ettekandega reumokardiidi diagnoosimise kriteeriumidest esines A. I. Nesterov. Lisakriteeriumidena nimetatud haiguse diagnoosimisel mainis ta palavikku, artralgiat, leukotsütoosi ja SR kiirenemist, PQ-intervalli pikenemist elektrokardiogrammis, eelnenud nakatumist streptokokkidega, seroloogiliste ja biokeemiliste uurimiste andmeid ning kapillaaride läbilaskvuse kõrgenemist.

Sektsioonide istungeil arutati reumokardiidi ja südamerikete diagnoosimise võimalusi aparaatide ning laboratoorse uurimismeetodi abil. Eriti tagajärjekalt töötas lastehaiguste sektsioon, millest võtsid osa meie maa juhtivad pediaatrid O. D. Sokolova-Ponomarjova, J. F. Dombrovskaja jt. Peamiselt käsitleti reumokardiidi ja südamerikete kulu iseärasusi ning reumaprotsessi evolutsiooni lastel.

Suurt tähelepanu osutati reumokardiidi ravi küsimustele. Enamiku sõnavõtjate arvates on kortikosteroidhormoonide lülitamisega reuma kompleksesse ravisse saavutatud tähelepanuväärseid tulemusi.

Palju kõneldi võitlusest koldenakkusega (J. K. Kuptšinskas kaasautoritega jt.), eriti kroonilise tonsilliidi radikaalse ravi vajadusest. Küllaltki tähtsal kohal konverentsi töös olid südamerikete kirurgilise ravi küsimused. Ulatusliku materjali esitasid B. V. Petrovski, A. N. Bakulevi, A. A. Višnevski, A. P. Kolessovi jt. juhtimisel töötavad kliinikud. Tuleb märkida, et siiani on meie maal tehtud üle 15 000 mitraalkomissurotoomia, kusjuures väga häid ja häid tulemusi saavutati keskmiselt 60—70%-l juhtudest. Kirurg A. V. Guljajev kutsus üles äärmiselt rangele valikule mitraalkomissurotoomia rakendamiseks lastel.

Eesti NSV-d esindas konverentsil seitse arsti ja teaduslikku töötajat. Ettekannetega esinesid Ü. Lepp («Mitraalstenoosiga haigete välishingamise mõnede spirograafiliste näitude hinnangust») ja M. Luts («Reuma puhul esinevatest atrioventrikulaarsetest intervallidest elektrokardiogrammis»). Ettekannetele järgnenud läbirääkimistel võtsid sõna N. Elštein ja M. Luts.

L. Mardna ja N. Elštein

Konsultatsioone

1. Milliseid muudatusi on tehtud diplomite kätteandmisel kõrgemate õppeasutuste lõpetajatele?

Kõrgemate õppeasutuste lõpetajatele kehtestati uus kord diplomite kätteandmisel. Kõrgemate õppeasutuste lõpetajad, kes on õppinud tootmistööd katkestamata, saavad diplomi ja rinnamärgi pärast diplomitöö või riigieksamite sooritamist. Need üliõpilased aga, kes õpivad kõrgemates õppeasutustes ja ei tööta sel ajal, saavad pärast õppeasutuse lõpetamist ajutise tõendi. Diplom ja rinnamärk antakse neile alles ühe aasta möödumisel pärast ministeeriumi (ametkonna) poolt määratud töökohal töötamist.

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 519 (11. nov. 1963. a.) kohaldatati ülaltoodud kord ka kõigi kõrgemate meditsiiniõppeasutuste kohta.

2. Kuidas tasuda konsultantidele, kes ei tööta antud tervishoiuasutuses?

Konsultandid, kes ei ole selle asutuse koosseisus, kus nad konsultatsiooni annavad, saavad tasu NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu 16. oktoobri 1939. a. määruse nr. 1717 alusel. Konsultantideks võib kutsuda professoreid, dotsente, kvalifitseeritud arste, kellel on teaduslik kraad või suur praktilise töö staaž. Neile on ette nähtud järgmise suurusega tunnitasu: professori — kateedrijuhataja tunnitasu konsultatsioonitöö eest on 3—5 rbl.; professorid, kes ei juhata kateedrit, ja arstiteaduse doktorid saavad 2—3 rbl. tunnis; arstiteaduse kandidaatidele ja dotsentidele on ette nähtud 1,5—2 rbl. Arstidele-praktikutele, kellel ei ole teaduslikku kraadi, kuid kelle tööstaaž oma erialal on 15 a., makstakse konsultatsiooni eest 1—1,5 rbl. tunnis.

Konsultant, kes sõidab komandeeringusse, saab peale sõidu- ja korteriraha täiendavat tasu iga lähetusel oldud ööpäeva eest.

Tasu suurus iga ööpäeva eest on järgmine: professorid — kateedrijuhatajad saavad 15 rbl., professorid, kes ei juhata kateedrit, 10 rbl., arstiteaduse kandidaadid ja dotsent 7,5 rbl., arstid- praktikud, kellel ei ole teaduslikku kraadi, kuid kellel on tööstaaž erialal 15 a. ja rohkem, 5 rbl. NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi 1940. a. 26. jaanuari ringkirjas nr. 33—18/1—6—5 on märgitud, et raviasutuste poolt muudest linnadest kutsutud konsultantidele tuleb tasuda ainult päevade viisi. Peale päevatasu makstakse konsultantidele sõidu- ja võõrastemajakulud. Mingit muud lisatasu, eriti tunniviisilist tasu, ette nähtud ei ole.

3. Milline kord on kehtestatud dispanseersel arvel olevate reumahaigete ravimisel?

Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusega (10. okt. 1963. a. nr. 458) on lubatud riigieelarves tervishoiu vajadusteks ettenähtud üldiste assigneeringute arvel anda reumahaigetele ambulatoorseks retsidiivivastaseks raviks tasuta ravimeid (bitsilliini).

4. Kui pika aja eest on õigus nõuda saamata jäänud töötasu ja puhkust töötülide komisjoni kaudu?

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu sekretariaat selgitavad töötülide läbivaatamise korra põhimääruse 21. punkti järgmiselt (kinnitatud NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Sekretariaadi määrusega nr. 258/59, 29. aug. 1963. a.). NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 31. jaanuari 1957. a. seadlusega kinnitatud «Töötülide läbivaatamise korra» põhimääruses ei ole töötajate rahaliste või muude nõudmistega töötülide komisjoni pöördumise aegumise tähtajad kindlaks määratud. Seepärast võib ülalmainitud põhimääruse 21. punkti rakendamisel töötasu, preemiate lisandite, juurdemaksude jne. nõudmist rahuldada mitte rohkem kui kolme kuu eest, sõltumata komisjoni poole pöördumise ajast. Kasutamata jäänud puhkust kompenseeritakse mitte rohkem kui kahe viimase tööaasta eest. Kaug-Põhja rajoonides ja sellega võrdsustatud kohtades aga mitte rohkem kui kolme viimase tööaasta eest.

5. Kas meditsiinitöötajatel on lubatud kohakaasluse alusel töötada ka 1964. aastal?

NSV Liidu Ministrite Nõukogu korraldusega nr. 2322 (15. novembrist 1963. a.) on pikendatud meditsiini- ja farmaatsiatöötajatele kohakaasluse alusel töötamise luba 1964. ja 1965. aastaks.

6. Kui suur võib olla kohakaasluse alusel töötava meditsiinitöötaja töötasu?

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkirjaga nr. 06—14—71 (11. nov. 1963. a.) selgitatakse, et kohakaaslusega töötavatel meditsiinitöötajatel ei tohi põhitöökoha ja kohakaasluse töötasu kokku olla suurem kui poolteist põhitöökoha töötasu; nendes rajoonides aga, kus arstidel on lubatud töötada kohakaaslusega tervel ametikohal, ei tohi töötasu olla suurem kui kahe põhitöökoha töötasu, kaasa arvamata protsendilist lisatasu tervist kahjustavates tingimustes töötamise eest. Mainitud lisatasu makstakse välja lisaks ülalnimetatud töötasule.

7. Kas on lubatud toetust maksta haigestunud perekonnaliikme põetamise ajaks?

Haigestunud perekonnaliikme põetamiseks puhkust saanule makstakse toetust sel puhul, kui põetuseta jätmine ohustab haige elu või tervist. Samuti siis, kui haiget pole võimalik haiglasse paigutada ning ei ole teist perekonnaliiget, kes võiks haiget põetada. Alla 2 aasta vanuse lapse haigestumise korral saab ema toetust sõltumata sellest, kas perekonnas on või ei ole teist isikut, kes haiget võiks põetada. Haige perekonnaliikme eest hoolitsemiseks antakse toetust mitte rohkem kui 3 päevaks. Seda tähtaega pikendatakse ainult erandjuhtudel, olenevalt perekonnaliikme haiguse raskusest ja elukondlikest tingimustest.

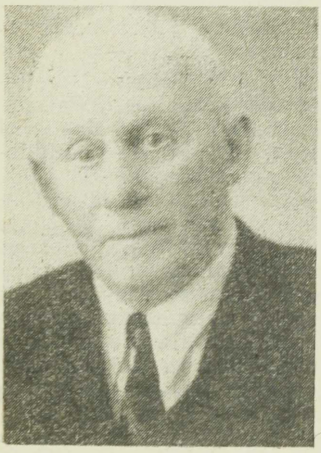
Seoses haige lapse statsionaarse raviga makstakse töölt vabastatud emadele toetust kogu vabastatud aja eest. (Riikliku sotsiaalkindlustuse toetuse määramise ja väljamaksmise määrustik, kinnitatud ÜAÜKN presiidiumi otsusega 1955. a. 5. veebruarist, protokoll nr. 3 p. 2, vastavalt NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1955. a. 22. jaanuari määrusele nr. 113; muudatused ja täiendused 1962. a. 1. juuli seisuga).

A. Kaldma
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juriskonsult

Tähtpäevad

EMIL LAUR 75-AASTANE

29. detsembril 1963. a. tähistas kõrva-, nina- ja kurguhaiguste arst Emil Laur 75. sünnipäeva.



Juubilar sündis 1888. a. Tallinnas lukksepp-mehaaniku perekonnas. Pärast keskkooli lõpetamist jätkas ta 1909. a. õpinguid Peterburi ülikooli loodusteaduskonnas, kust ta 1911. a. siirdus Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Esimese maailmasõja aastail töötas E. Laur sõjaväearstina. 1918. aastal lõpetas ta Rostovi (Doni ääres) Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna. 1920. aastast alates tegutses ta Tallinna Eesti Punase Risti Haiglas kõrva-, nina- ja kurguhaiguste alal. 1940. aastast peale töötas E. Laur Tõnismäe Polikliinikus ning 1951. aastast kuni senini samal erialal Pelgulinna Polikliinikus.

Tööülesannete täitmisel paistab Emil Laur silma kohusetundliku, südamliku ja sõbraliku inimesena. Vaatamata kõrgele eale võtab juubilar endiselt aktiivselt osa Otorinolarüngoloogide Seltsi tegevusest, tundes elavat huvi kaasaja arstiteaduse aktuaalsemate küsimuste vastu.

Juubilar on tuntud kirgliku tennisemängijana. Teenete eest tennise arendamisel autasustas Eesti NSV Ministrite Nõukogu juures asuv Kehakultuuri- ja Spordikomitee juubilari 1948. a. kuldmedaliga ja 1958. a. aukirja ning hinnalise kingitusega.

Kohusetruu töö ja aktiivse ühiskondliku tegevuse eest avaldas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg E. Laurile käskkirjaga tänu tema 75. sünnipäeva puhul.

Soovime juubilarile veel paljudeks aastateks head tervist ja senist reipust.

Kolleegid

Kriitika ja bibliograafia

PROFÜLAKTILIST TÖÖD ABISTAV RAAMAT

M. Kase ja M. Uibo raamat «Hügieeni praktikum» (Eesti Riiklik Kirjastus, Tallinn, 1963. a., 315 lk., trükiarv 3000) on ette nähtud arstiteaduskonna üliõpilastele hügieenialaste praktiliste tööde juhendina. Teos on koostatud vastavalt meditsiini-, stomatoloogia- ja farmaatsiainstituutide või -osakondade üleliidulistele õppeprogrammidele. Materjali teatava valiku tõttu on raamatut võimalik kasutada ka meditsiinikoolides. Tuleb märkida, et hügieeni-alaste küsimustega peavad tegelema kõik arstid, sest haigete profülaktilisel teenindamisel on sageli vaja rakendada vastavaid uurimismeetodeid.

Raamatu ilmumine oli väga õigeaegne; sest lähemas minevikus ei ole müügil olnud ühtegi väljaannet hügieeni praktiliste tööde kohta, mis hõlmaks üliõpilastele ettenähtud materjale täielikult.

Töö sisaldab juhiseid õhu, vee, pinnase ja toitluse ning elumajade, ühiskondlike hoonete, tööstusettevõtete ja koolide uurimiseks. Peale selle leidub teoses 59 mitmesugust tabelit ja 60 joonist, mis hõlbustavad teksti mõistmist; ainult joonis 47 (lk. 230) oleks paremini mõistetav, kui seal oleksid märgitud tekstis nimetatud tähed a, b ja c. Raamat on stiililt lihtne ja selge. Uurimismeetodeid on kirjeldatud üksikasjalikult ja märgitud kõik tegurid, mis võivad uurimise tulemusi muuta.

Sellise teose kasutamisel tõuseb õppetöö tase tunduvalt. Peale selle ei ole üliõpilastel enam vaja uurimismeetodeid üles kirjutada, vaid kogu praktikumiks ettenähtud aeg jääb praktiliste vilumuste omandamiseks. Raamat aitab arstide praktilisse töösse juurutada mitmesuguseid hügieenialaseid uurimisviise. Kuigi arstid tunnevad hästi tervist kahjustada võivaid välistegureid, rakendatakse neid uurimisi veel vähe. Näiteks on teada, et nõrk, kuid pidev õhuvool on väga kahjulik neuralgiat ja reumat põdenud inimestele, kuid õhuvoolu tugevust nende töökohas määratakse harva. Mängunurgaks sobiva koha valimisel lasteasutustes tuleb lähtuda õhuvoolu kiirusest põranda lähedal ja põrandapinna temperatuurist. Selliste uuringute abil on võimalik vältida külmetuskahjustusi.

Raamatus käsitletakse mitmesuguste organismi kahjustavate välistegurite tugevuse mõõtmisi. Tuleb märkida, et füsioloogilisi uurimisviise oleks võinud rohkem esitada. Iga arst peab teadma, kuidas uurida ja hinnata organismi reageerimist raske kehalise töö, kõrge temperatuuriga ümbruse jne. puhul. Samuti oleks vaja käsitleda karastumuse objektiivset mõõtmist termopaari abil. Väärib märkimist, et üliõpilaste praktiliste tööde hulka on võetud vaimse töövõime muutuse uurimine (lk. 286), mille abil saab objektiveerida õpilaste väsimuse astet ja sellega hinnata õppetöö režiimi kvaliteeti.

Kooliuurimise peatükki oleks pidanud sisse võtma ka kooli sanitaar-hügieenilise režiimi määrustiku, et üliõpilased omandaksid teadmisi kooliruumide korrashoiu nõuetest juba kooli sanitaarse olukorra uurimise praktikumi ajal. Et maal teenindavad koole enamasti jaoskonnaarstid, on vaja, et iga lõpetanu oskaks üksikasjalikult uurida kooli sanitaarset olukorda ja teha ka otstarbekohaseid ettepanekuid selle parandamiseks. Arstid saaksid õpilaste iseteenindamisele rakendamisega tunduvalt tõsta meie koolide sanitaarset taset, mis toob kasu õpilaste tervisele ja tervishoiu-alaste harjumuste omandamisele.

Õpilaste arenemise ja tervise seisundi uurimise käsitlemisel (lk. 269) oleks pidanud märkima ka uuringuid, mida tehakse kõikidele õpilastele reeglipäraselt.

Järgnevalt mõnest lugejat häirivast asjaolust töö vormistamise alal. Vee keemiliste omaduste uurimise kirjeldamisel (lk. 88—115) pole iga uurimismeetod varustatud eraldi pealkirjaga, nagu seda on tehtud õhu uurimisviiside käsitlemisel. On piirdutud ainult kärpe algusesse asetatud pealkirjaga, mis on trükitud sõrendatult. Et aga samalaadselt sõrendatult on trükitud ka kärbete pealkirjad «Proovi võtmine», «Vajalikud reaktiivid», «Määramise käik» jne., siis kannatab teataval määral ülevaatlikkus. Mõnel korral on pealkirja kohale trükitud ilmselt kärbete pealkirjad «Proovi võtmine» (lk. 68), «Vajalik aparatuur» (lk. 71) jt. Mineraalainete ööpäevase tarviduse tabel on asjata esitatud kahel korral (lk. 183 ja 291). Pole selge, miks leheküljel 181 toodud näites on töötaja ööpäevaseks rauavajaduseks 25 mg, tabeli (lk. 183) andmeil aga 15 mg.

Kokkuvõttes võib öelda, et M. Kase ja M. Uibo «Hügieeni praktikum» on üliõpilastele ja arstidele väga kasulik raamat, mis aitab parandada elanikkonna profülaktilise teenindamise kvaliteeti.

L. Keres

Küsimusi ja vastuseid

MILLINE PEAB OLEMA PROFESSIONAALSET NAHAHAIGUST PÕDEVATE HAIGETE TÖÖKORRALDUS?

Professionaalsete nahahaigustega (äge dermatiit või kroonilise dermatoosi ägenemine) haiged, kes vajavad ambulatoorset või statsionaarset ravi, vabastatakse ajutiselt töölt.

Pärast tervistumist jäetakse endisele tööle need isikud, kellel professionaalne dermatoos oli tingitud ohutustehnika nõuete rikkumisest ja kellel epikutaansete testide tulemused oletatavate professionaalsete allergeenidega olid negatiivsed; samuti töölised, kes põdesid mõningaid professionaalseid infektsioosseid dermatoose.

Juhtudel, kui tööline töötas kuni haigestumiseni antud erialal vaid lühemat aega, professionaalne dermatoos esines aga tal esmakordselt ja epikutaansete testide tulemused olid negatiivsed või oli tegemist professionaalse infektsioosse dermatoosiga (blastomükoos) või küünte professionaalsete kahjustustega, tuleb tööline pärast ravi lõpetamist ajutiselt (2 kuuks) üle viia teisele tööle, kus ta ei puutuks kokku nahka ärritavate ainetega.

Retsidiveeruvate professionaalsete dermatooside (näiteks ekseemi) esinemisel samuti juhtudel, kus epikutaansete testide tulemused olid positiivsed, peab sellise töölise üle viima teisele tööle (ilma tähtajata), sest organismi kõrgenenud tundlikkus võib kaua püsida.

Mõningatel juhtudel (näiteks kiiritusest tingitud kahjustused, toksiline melanodermia jt.) tuleb kvalifikatsiooni kaotamise ja töötasu alanemise korral tööline suunata ATEK'i III või II invaliidsuse grupi saamiseks. (**Naomi Schamardin,** arsti-teaduse kandidaat, NSVL Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektorist).

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kuulas ära 21. novembril 1963. a. Viljandi Keskhaigla peaarsti L. Abrami ja Rakvere Keskhaigla peaarsti J. Närma ettekanded ning Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülema A. Sarapi kaasettekande ühiskondlike nõukogude tööst. Esinejad märkisid, et ühiskondlikud nõukogud on kaasa aidanud haigla majanduslike ülesannete paremaks lahendamiseks ja meditsiinilise abi parandamiseks. Nõukogude istungeil on arutatud selliseid küsimusi, nagu ambulatoorse arstiabi andmist elanikkonnale, tööd doonoritega ning tervisenädalate korraldamist jne. Peale selle on lahendatud ka mitmesuguseid majanduslikke küsimusi. Kolleegium märkis suurema puudusena seda, et ühiskondlike nõukogude tööst on kõrvale jäänud tervishoiutöötajate ametiühingu rajoonikomiteed. Ka ühiskondlike nõukogude koosseisu kuuluvate isikute valik on sageli juhuslik ning nende tööst ei võta osa kõik liikmed.

Kolleegium otsustas paluda Viljandi Keskhaigla ja Rakvere Keskhaigla ühiskondlike nõukogude esimehi ja ülalmainitud haiglate peaarste aktiviseerida haiglate ühiskondlike nõukogude tööd ja suunama seda põhiküsimuste lahendamisele (nagu ajutise töövõimekaotusega haigestumiste vähendamine tervishoiupunktide töö parandamine, tsehhiteenindamise põhimõtte juurutamine, meditsiiniaparatuuri ja instrumentaariumi otstarbekas kasutamine, emade ning laste teenindamise parandamine jne.). Töö parandamiseks tuleb mõningate küsimuste ühisele lahendamisele kaasa tõmmata täitevkomitee tervishoiu ja sotsiaalkindlustuse alalised komisjonid.

*

12. detsembril 1963. a. kuulati kolleegiumil Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maureri, Kingissepa Rajooni Haigla peaarsti E. Väärdi, Võru Rajooni Haigla peaarsti H. Kalda, Tartu rajooni peaarsti S. Ellervee aruandeid väikelastekodude tööst. Kaasaruandega esines Emade ja Laste Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna ülem L. Lavrova.

Kolleegium märkis, et väikelastekodudes paranes mõnevõrra toitlustamine ja kasvatustöö. Mõned väikelastekodud, nagu näiteks Väikemõisa Viljandi rajoonis ja Tartu I Väikelastekodu, on muutunud vabariigi paremateks lasteasutusteks. Kolleegium kohustas Tallinna Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit, Kingissepa Rajooni Haigla peaarsti E. Väärti, Võru Rajooni Haigla peaarsti H. Kaldat ja Tartu rajooni peaarsti S. Ellerveed parandama lastekodude töö juhtimist. Tootmisettevõtete ja Abikäitiste Valitsuse ülemal I. Isrinil tuleb lastekodusid paremini varustada laste vanusele vastavate riiete, jalanõude, sukkade ja kinnastega.

Samal kolleegiumil kuulati veel ära Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maureri ja Haapsalu Rajooni Haigla peaarsti M. Martinsoni ettekanne töökaitse ja ohutustehnika kohta nimetatud rajoonide tervishoiuasutustes. Kaasaruandega esines Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi administratiiv majandusosakonna ülem R. Eriksoo ning vabariigi pearadioloog S. Salzman. Kolleegium märkis, et 1962.—1963. a. on töökaitse ja ohutustehnika alal tehtud märkimisväärseid edusamme. Töökaitse ja ohutustehnika plaane on arutatud asutuste töötajate üldkoosolekutel ja ametiühingukomitee koosolekutel, enamikus asutustes on korrastatud katlamajandus, on maandatud füsioteraapia-aparaadid ja muud elektrimootorid. Kuid osa asutuste juhatajaid suhtub veel liiga pealiskaudselt töökaitse ja ohutustehnikaeeskirjade täitmisse, selles osas jätab näiteks soovida Tallinna Harjumäe Haigla.

Kolleegium kohustas linnade tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonihaiglate peaarste täitma kehtivaid töökaitse- ja ohutustehnikaeeskirju. Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehte kohustati korraldama koos haigla radioloogiaosakonnaga 1964. a. jooksul kontrolli ohutustehnika eeskirjade täitmise üle kõigis vabariigi tervishoiusüsteemi kuuluvates röntgeni- ja füsioteraapiakabinettides.

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kuulas ära 19. dets. 1963. a. Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülema asetäitja T. Reki ettekande elanikkonna stomatoloogilise teenindamise parandamise kohta. Kolleegium märkis, et stomatoloogide ja hambaarstide arv on 2 aasta jooksul kasvanud 18% võrra. Peaaegu kõik maa-arstijaoskonnad on komplekteeritud stomatoloogide või hambaarstidega. On kasutusele võetud uusi töövorme ja -meetodeid, mis on end täiesti õigustanud. Praegu tuleb ühe stomatoloogiametikoha kohta 2630 elanikku. Mitmetes linnades esineb aga veel siiski järjekordi ravile saamiseks (Kohtla-Järve, Narva, Paide, Tallinn). Tallinnas ei ole veel avatud uut stomatoloogia polikliinikut. Harju ja Tartu rajoonis ning Kohtla-Järvel jm. ei pöörata küllaldast tähelepanu laste suukoopa plaanilisele saneerimisele.

Kolleegium kohustas linna tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonihaiglate peaarste kindlustama Eesti NSV Ministrite Nõukogu vastava määruse ja Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirja täitmist, jälgima kõigis linnades ja rajoonikeskustes ortopeediaosakondade ortodontilise töö õiget korraldamist. Eriti tuleb tähelepanu pöörata laste suukoopa plaanilisele saneerimisele, milleks tuleb eraldada 30% stomatoloogide koosseisust või tööajast. Samuti on vaja saneerida laste hambad enne pioneerilaagritesse saatmist.

Samal kolleegiumil arutati Isamaasõja invaliidide ravi- ja profülaktilist teenindamist. Ettekandega esinesid Tallinna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer ja Viljandi rajoonihaigla peaarsti asetäitja V. Luka. Kolleegium märkis, et Isamaasõja invaliidide teenindamine toimub meie profülaktikaasutustes eelisjärjekorras. Statsionaarsel ja sanatoorsel ravil on viibinud kõik polikliinikutesse pöördunud Isamaasõja invaliidid, kellel esines vastavaid näidustusi.

Kolleegium kohustas linnade tervishoiuosakondi ja rajoonihaiglate peaarste kindlustama kõiki Isamaasõja invaliide regulaarse dispanseerse teenindamise ja raviga. Süstemaatilist sidet tuleb pidada Arstlike Tööekspertiisi Komisjonidega. Samuti on vaja invaliidide töötingimuste pidevat kontrollimist koos ettevõtte ametiühingukomiteega. Isamaasõja invaliidide teenindamise eest vastutavad arstid peavad kord aastas kooskõlastama invaliidide nimekirjad sotsiaalkindlustusosakondadega.

A. Kaldma

KABINET «ABIKS ARSTILE»

Meie meditsiinitööstus toodab igal aastal kümneid uusi ravimeid. Arstidele tekitab igapäevases töös pahatihti raskusi uute ravimite apteekidesse saabumise jälgimine ja nende omaduste ning ordineerimisviisidega kursis olemine.

Hiljuti avati Tallinna apteegi nr. 1 juures (Tõnismäel) informatsioonikabinet «Abiks arstile», kus asjahuvilised meditsiini- ja apteegitöötajad saavad tutvuda vabariiki saabunud uute ravimitega ja lugeda vastavat kirjandust. Ka on siin

võimalik saada kogenud proviisoritelt-pensionäridelt asjatundlikku suusõnalist informatsiooni. Nimelt töötab kabinet ühiskondlikel alustel ja seda teenindavad pensionärid. Oma eriala entusiastidest võiks nimetada sama apteegi endist juhatajat proviisor O. Kooki ja tema asetäitjat proviisor M. Soolot. Peale nende töötavad kabinetis veel proviisorid J. Koitmets, E. Mander ja H. Tamm.

Uute ravimite tutvustamise kõrval kavatsetakse edaspidi korraldada ka temaatilisi näitusi teatavate haiguste puhul kasutatavatest ravimitest. Kabinet on avatud esmaspäeviti, kolmapäeviti ja reedeti kella 16.00—19.00.

Et taolisi kabinette ei saa igal pool avada eeskätt ruumikitsikuse tõttu, siis soovitame apteekide juhatajatel kabineti tööga tutvuda. Loodame, et nad siis oma suusõnalist informatsiooni kohapeal ravimite demonstreerimisega täiendavad. Võimaluse korral võib isegi raviasutustes või apteegis vastavaid näitusi korraldada.

I. Podolski

SUUREMAT TÄHELEPANU REUMALE

10. detsembril 1963. a. korraldas Pärnu Arstide Teaduslik Selts osavõtjaterohke konverentsi, kus käsitleti reuma küsimusi. Konverentsil esinesid ettekannetega arstid S. Soll, H. Tuul, J. Kelk, A. Kuus ja Š. Haitov. Arutati selliseid küsimusi, nagu reuma levik meil ja mujal, võitlus reumaga, neuroreuma, reumaatilised türeopaatiad ning reuma laboratoorne diagnoosimine jm. Lähemalt tutvustati ka Pärnus 1963. a. avatud kardio- ja reumatoloogiakabineti senist tööd ning selle eelseisvaid ülesandeid.

Konverents sisendas osavõtjaisse veendumust, et reuma vastu saab edukalt võidelda; selleks on aga vajalik kõigi eriarstide, esijoones aga terapeutide, pediaatrite, stomatoloogide ja otorinolarüngoloogide koostöö.

Resümeerides konverentsil esitatud sõnavõtte märkis Pärnu Linna Haigla peaarst K. Mõtus, et senisest hoopis suuremat tähelepanu tuleb pöörata ka pediaatritel reumaalastele küsimustele. Kui Pärnus alustas tööd täiskasvanute reumakabinet, siis lastenõuandla juures ei ole veel sellist kabinetti avatud.

Š. Haitov

TEADAANNE

1964. a. septembri lõpul või oktoobri algul toimub Tallinnas Eesti NSV terapeutide III vabariiklik konverents, kus kavatsetakse arutada järgmisi küsimusi: 1) teraapiateenistuse korraldamine, 2) koronaarpatoloogia, 3) sapiteede, maksa-, maoning kõhunäärmehaigused.

Konverentsi tööst palutakse osa võtta kõiki vabariigi terapeute. Avaldused ettekannetega esinemise kohta tuleb saata 1. veebruariks. Ettekannete teesid eesti ja vene keeles (mitte rohkem kui 3 lk. masinakirjas kahe reavahega) esitada hiljemalt 1. aprilliks 1964 aadressil: Tallinn, Lossi plats 7, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, peaterapeut A. Gunter.

EESTI NSV-s ILMUVAST KIRJANDUSEST

Järgnevalt esitame andmed selle kohta, mida Eesti Riiklik Kirjastus kavatseb lähemas tulevikus (1964—1967. a.) meie arstiteadlastele, meditsiinitöötajatele, tulevastele arstidele ja pedagoogidele kirjastada. Aastaarv, mis on sulgudes teose nimetuse järel, märgib esialgselt planeeritud ilmumisaega.

Esmajärjekorras väärib mainimist kahes osas väljaantav «Inimese anatoomia». Autorina on lepingule alla kirjutanud Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud G. Rooks. Esimene osa sellest teosest ilmub juba käesoleval aastal, teine osa peaks lugejateni jõudma 1965. aastal. Kirjastusse on juba laekunud professor N. Veiderpassi «Ravimite teooria põhijooni» (1964) käsikiri. See on mõeldud õpikuks farmaatsiaüliõpilastele. Ühtlasi on teos apteegitöötajaile vajalikuks käsiraamatuks. Kirjastusele on esitatud ka teine käsikiri «Laboratoorsed tööd meditsiinilises mikrobioloogias» (1964), mille autoriteks on E. Tallmeister, S. Laanes, A. Lenzner ja H. Jaakmees. Kehakultuuriarstidele on mõeldud S. Ivanovi raamat «Arstlik kontroll ja kehakultuur» (1965) ja lastearstidele M. Matjušonoki teos «Lapse anatoomia ja füsioloogia» (1965). K. Petersoni raamatu «Üldmikrobioloogia ja seroloogia» ilmumine on planeeritud 1967. aastaks. Brošüüri «Kehakultuur — haiguste vaenlane» (1964) käsikirja koostab autorite kollektiiv.

1964. aastal näevad päevavalgust ka kolm meditsiinikoolidele ettenähtud õpikut. Need on L. Kats-Tšernohvostova «Epidemioloogia», V. Rätsepa ja V. Sibula «Kirurgia» ning R. Gabovitši «Hügieeni õpik».

Populaarteaduslikust kirjandusest on kahtlemata huvipakkuvamateks tuntud Austria arsti ja meditsiiniajaloolase H. Glaseri «Dramaatiline meditsiin» (1965), K. Platonovi «Huvitav psühholoogia» (1966), L. Vassiljevi «Inimpsüühika salapärased nähtused» (1965) jt.

Käsiraamatutest nimetame kõigile vajalikku «Väikest entsüklopeediat» kolmes köites (iga köide 100 poognat), mille ilmumisajaks on vastavalt 1965 (I osa), 1966 (II osa)ja 1967 (III osa).

Sõnaraamatutest mainigem keemia vene-eesti sõnaraamatut (1964) ja «Taimenimede sõnaraamatut» (1967). Olgu märgitud, et suure vene-eesti sõnaraamatu I köide ilmub 1965., saksa-eesti sõnaraamat 1966. ja inglise-eesti sõnaraamat 1965. aastal. Eesti-saksa sõnaraamat peaks valmima 1964. aasta algul. Metoodilisest kirjandusest on oodata G. Gaussi ja H. Hiezchi «Lastepsühholoogia» (1965. aastal) ja «Kasvatusest puberteedieas» (1967. aastal).

Tootmisõpetuse alal hakatakse õpilastele välja andma käsiraamatuid sarjas «Õpime ametit». Sarja on planeeritud ka kirjutisi selliste elukutsete kohta, nagu meditsiiniõde, lasteaia kasvataja ja ühiskondliku toitlustamise ettevõtte töötaja.

Äsja ilmuma hakanud sarjas «Kosmosesajandil» käsitletakse kõigile huvitavaid probleeme küberneetika, biotelemeetria, radioisotoopide, geneetika, biokeemia, radiobioloogia jne. valdkonnast.

Paljud spetsialistid leiavad endale kasulikku abimaterjali veterinaaria-alasest kirjandusest, näiteks E. Ridala «Piimahügieeni praktikum» (1965) ja «Piimatervishoid» (1966), A. Männiku «Loomade biokeemia» (1965) ning E. Jürissoni «Veterinaarfarmakoloogia» (1966) jt.

E. Lumet

SISUKORD

S. KURASOV — Nõukogude inimese huvides 3

Teooria ja praktika

A. LUTS ja I. MARIPUU — Ülemiste hingamisteede ja kopsude seisundist tsementitehase «Punane Kunda» töölistel 7

K. VALGMA — Mittespetsiifilise interstitsiaalse kopsupõletiku diagnoosimisest 11

S. KLEITSMAN — Fonokardiograafiast laste südamehaiguste diagnoosimisel 16

A. LUKAŠ — Ateroskleroosi patoloogilis-anatoomiline iseloomustus . . . 22

L. PÄI — Dieet ateroskleroosi profülaktikas 26

S. GULORDAVA ja M. PÄSMEL — Gerontoloogia küsimustest kirurgias . 30

A. VALDMETS ja F. BUROVAJA — Eesnäärme adenoomi ravist 35

J. SAARMA — Pidurdusest skisofreeniahaigetel 38

Tervishoiu organisatsioon

A. SARAP — Tööstustööliste meditsiinilise teenindamise ümberkorraldamisest tsehhipõhimõttel 41

A. ROOSILEHT — Tööstusettevõtete tööliste meditsiinilisest teenindamisest 44

O. VOLOŽ — Mõningate sisehaigustega haigete dispanseerimise efektiivsuse hinnangust 49

СОДЕРЖАНИЕ

С. КУРАШОВ — В интересах советского человека

Теория и практика

А. ЛУТС и И. МАРИПУУ — О состоянии верхних дыхательных путей и легких у рабочих цементного завода «Пунане Кунда»

К. ВАЛГМА — Диагностирование неспецифического интерстициального воспаления легких

С. КЛЕЙТСМАН — Фонокардиография при диагностике заболеваний сердца у детей

А. ЛУКАШ — Патологоанатомическая характеристика атеросклероза

Л. ПЯЙ — Диэта в профилактике атеросклероза

Ш. ГУЛОРДАВА и М. ПЯСМЕЛ — Вопросы геронтологической хирургии

А. ВАЛЬДМЕТС и Ф. БУРОВАЯ — О лечении аденомы предстательной железы

Ю. СААРМА — О торможении у больных шизофренией

Организация здравоохранения

А. САРАП — О реорганизации медицинского обслуживания промышленных рабочих по цеховому принципу

А. РООЗИЛЕХТ — Медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий

О. ВОЛОЖ — Оценка эффективности диспансеризации больных некоторыми заболеваниями

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

A. VAPRA ja H. KANTER — Pika toimeajaga sulfaniilamiidi — spofadasiini — kliinilise kasutamise kogemustest 52

H. ERNITS — Emakakaelavähi üheaegne esinemine ühemunakaksikutel . . . 55

O. MAIMETS ja U. PODAR — Eosinofiilse leukemoidse reaktsiooniga lümfosarkoomijuht 56

Abiks velskritele ja õdedele

A. VAPRA — Ägedate kopsupõletikkude kliinikust ja ravist 59

N. SCHAMARDIN — Nahahaigustega haigete ravitoitlustamisest . . . 63

M. KIVILO — Narkoosiaparaatide kasutamisest 66

Konverentsid ja nõupidamised

N. ILVES — Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate esimeselt konverentsilt 70

V. SUI — Kurortoloogia konverentsist Kemeris 71

L. MARDNA ja N. ELSTEIN — Terapeutide XIII üleliiduline teaduslik konverents 72

Konsultatsioone 72

Tähtpäevad

Emil Laur 75-aastane 74

Kriitika ja bibliograafia

L. KERES — Profülaktilist tööd abistav raamat 74

Küsimusi ja vastuseid 76

Kroonika 76

Обмен опытом и казуистика

А. ВАПРА и Х. КАНТЕР — О результатах клинического применения сульфаниламида пролонгирующего действия — спофадазина

Х. ЭРНИТС — Одновременное заболевание одноячейцевых близнецов раком шейки матки

О. МАЙМЕТС и У. ПОДАР — Случай лимфосаркомы с эозинофильной лейкемоидной реакцией

В помощь фельдшерам и сестрам

А. ВАПРА — Клиника и лечение острого воспаления легких

Н. ШАМАРДИНА — О лечебном питании больных кожными заболеваниями

М. КИВИЛО — Использование наркозных аппаратов

Конференции и совещания

Н. ИЛВЕС — Первая конференция средних медицинских работников Таллина

В. СУЙ — О курортологической конференции в Кемери

Л. МАРДНА и Н. ЭЛЬШТЕЙН — XIII всесоюзная научная конференция терапевтов

Консультации

Юбилейные даты

75-летие Эмиля Лаура

Критика и библиография

Л. КЕРЕС — Книга содействующая профилактической работе

Вопросы и ответы

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kollegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

2
Märts–
Aprill

7. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1964

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР

На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 9. III 1964. Trükkimisele antud 3. IV 1964. Trükiarv 4530. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 7,59. Tellimise nr. 2102. MB-03401.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

ROHKEM TÄHELEPANU VÕITLUSELE NAKKUSHAIGUSTEGA

Eesti NSV tervishoiu minister *A. GOLDBERG* ja
riiklik peasanitaarinspektor *I. MASIK*

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kinnitas 9. märtsil 1959. a. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia poolt väljatöötatud nakkushaiguste likvideerimise ja vähendamise plaani, mis sai selles töölõigus tervishoiuorganite tegevuse aluseks.

Tänapäeva andmed nakkuste etioloogia ja levikuteede küsimustes ning teaduse saavutused nende profülaktika ja ravi alal võimaldasid nakkushaigused jaotada nende likvideerimise perspektiivi järgi nelja rühma.

I rühma kuuluvad nakkushaigused (difteeria, malaaria, trahhoom, kõhutüüfus, taastuv tüüfus ja marutõbi), mille likvideerimiseks, s. t. haigestumiste vähendamiseks üksikjuhtudeni, on olemas vajalikud eeltingimused. II rühma moodustavad järsule vähendamisele kuuluvad nakkushaigused (tularеemia, pidalitõbi, poliomüeliit ja puuk-entsefaliit). III rühma on arvatud soolenakkused, tuberkuloos, brutselloos, Q-palavik, epideemiline parotiit ja läkaköha. Neisse haigestumist tuleb tunduvalt vähendada. Paljud selle rühma nakkusi puudutavad probleemid on veel lahendamata. Ent võitluseks nendega tuleb rakendada mitmeid organisatsioonilisi abinõusid ja teha materiaalseid kulutusi. IV rühma kuuluvaid nakkushaigusi on alles vähe uuritud. Selles rühmas on esikohal letaalsuse vähendamine. Siia kuuluvad gripp ja gripitaolised haigused, Botkini tõbi, toksoplasmoos, leetrid, tuulerõuged, sarlakid ning punetised.

Mainitud ülesande täitmiseks töötas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium välja perspektiivse nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise viie aasta kompleksplaani.

Missugused on siis meie saavutused võitluses nakkushaigustega? Esimesse rühma kuuluvate nakkuste suhtes võib ülesande lahendatuks pidada. Nii pole juba paljude aastate kestel Eesti NSV-s registreeritud malaariasse haigestumist. Viimane marutõvejuht oli 1955. aastal. 1953. aastast alates on difteeriasse haigestumine pidevalt vähenenud ning 1961. aastaks oli see viidud üksikjuhtudeni. 1962. aastal avastati kõigest 3 difteeriajuhtu; 1963. a. esines difteeriasse haigestumist ainult Narvas ja üks juht Harju rajoonis.

Kõhutüüfusesse haigestumise näitaja on aga Eesti NSV-s üleliidulisest keskmisest peaaegu kaks korda madalam.

Eesti NSV territooriumil on ka poliomüeliit praktiliselt likvideeritud, sest kahe viimase aasta kestel pole registreeritud ainsatki juhtu. 1961. aastal oli meil ainult 2 poliomüeliidijuhtu. Teise rühma kuuluvatest nakkustest ei esine meil tularеemiat, samuti pole viimastel aastatel puuk-entsefaliiti nakatunud enam ühtki inimest. Mis kolmanda rühma nakkustesse puutub (täheldatakse ainult kroonilist haigusvormi), siis värskeid brutselloosijuhte pole meil esinenud 1958. aastast alates.

Võitluses difteeria ja poliomüeliidiga saavutati edu seetõttu, et süstemaatiliselt rakendati kõik abinõud püsiva immuunsuse loomiseks lastel. Nii toimub 1959. aastast alates iga aasta massiline poliomüeliidivastane vaktsineerimine ja revaktsineerimine Sabini atenueeritud elusvaktsiiniga.

Sealjuures oli juba 1959. a vaktsineeritud üle 50% kogu meie vabariigi elanikkonnast. 1960. a. toimus revaktsineerimine ning esmakordselt vaktsineeriti 231 000 inimest, s. t. eelmistega kokku ligi 80% elanikkonnast. Massiliselt vaktsineeriti poliomüeliidi vastu mitte ainult lapsi, vaid ka vanemaealisi inimesi. Selle tulemusena kulges poliomüeliiti haigestumine vabariigis viimastel aastatel järgmiselt: 1958. a. — 986 juhtu, 1959. a. — 60 juhtu, 1960. a. — 6 juhtu ja 1961. a. — 2 juhtu; 1962. ning 1963. a. ei registreeritud enam ühtki haigestumist.

Difteeriasse haigestumise plaanipärane vähenemine on samuti tingitud laste hoolikast vaktsineerimisest. Laste iga-aastane (mõnikord ka kaks korda aastas) loendamine ja arvelevõtmine tagasid ohustatud kontingentide täieliku vaktsineerimise. Peab mainima, et mõnes rajoonis pole vaktsineerimise organiseerimine veel nõutaval tasemel. Nii esines Narva Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ning pediaatrite hooletuse tõttu 1963. a. oktoobris-novembris kohaliku internaatkooli õpilaste hulgas difteeriasse haigestumise juhte. Haiguskolde uurimisel selgus, et mainitud kollektiivis ei olnud midagi ette võetud pisikukandmise avastamiseks, immuunsusseisundi uurimiseks ning samuti polnud rakendatud abinõusid pisikukandjate tervistamiseks ja laste vaktsineerimiseks. Sellest järeldub, et Narva tervishoiutöötajad peavad oma töö põhjalikult ümber korraldama.

Tuleb märkida, et laste arvelevõtmisel ja kaitsesüstimiste tegemisel on esinenud vigu ka Valga, Rakvere ja Tartu rajoonis. Nakkusele vastuvõtlike kontingentide täielik vaktsineerimine ning revaktsineerimiste õigeaegsus ja kvaliteet on otsustavaks teguriks võitluses selliste nakkustega, mille vältimiseks on olemas mõjusaid vaktsiinipreparaate.

Tingimustes, mille puhul difteeriasse haigestumine meie vabariigis on viidud üksikjuhtudeni, peavad tervishoiuorganisaatorid arvestama, et nende tööd hinnatakse mitte ainult haiguse puudumise järgi, vaid esmajärjekorras selle põhjal, kas kõik lapsed on vaktsineeritud ja kuipalju on vähenenud pisikukandmise protsent. Samuti arvestatakse, kas pisikukandjail puuduvad difteeriatekitajate toksilised tüved ning milline on Schicki reaktsiooniga kindlaksmääratud immuunsusseisund.

Kahe viimase aasta jooksul oleme saavutanud mõningat edu epideemilisse hepatiiti haigestumise vähendamisel. Nähtavasti on selleks kaasa aidanud gammaglobuliini profülaktiline süstimine koolielistele lastele, mida korraldas Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. I. Ivanovski nimelise Viroloogia Instituudi juhtimisel. Eelmistel aastatel moodustas kooliõpilaste haigestumine $^1/_3$ haigestumuse üldarvust. 1962.—1963. a. gammaglobuliini-profülaktika alal saadud kogemused kinnitavad, et selle meetodi rakendamine laste hulgas epideemiaeelsel perioodil (septembri- ja oktoobrikuus) andis teatavaid tulemusi. Gammaglobuliini efektiivsuse uurimine jätkub.

Iga aastaga juurutatakse vabariigi tervishoiuorganite tööpraktikasse üha uusi immuunpreparaate. Laialdaselt korraldatakse läkaköhavastaseid kaitsesüstimisi, mille tulemusena haigestumus on tunduvalt vähenenud. Tehakse esimesi katseid leetritevastase vaktsiiniga. Kavatsetakse uurida paraläkaköha- ja parotiidivastase vaktsineerimise tulemusi.

Immuunpreparaatide kasutamine on epideemiatõrjeks rakendatavate abinõude seas püsiva koha omandanud. Meie ülesandeks on kindlustada kaitsesüstimiste tegemine täies ulatuses, esmajoones epidemioloogiliste näidustuste järgi, s. t. tagada vaktsineerimisele kuuluvate kontingentide õige valik. Teiseks kohustuslikuks tingimuseks on õigeaegne vaktsineerimine ja revaktsineerimine (nendevahelistest intervallidest kinnipidamine) ning kaitsesüstimiste ja vaktsiini kvaliteet. Viimane sõltub preparaadi säilitamise tingimustest, millele peab erilist tähelepanu pöörama. Kahjuks tuleb meil veel ette juhtumeid, kus vaktsiinide säilitamisel ei peeta

kinni temperatuurirežiimist, mistõttu vaktsiinid kaotavad oma efektiivsuse. Niisuguseid juhtumeid on esinenud enamikes jaoskonnahaiglais.

Seniajani pole veel saavutatud küllaldast edu võitluses ägedate soolenakkustega, eriti düsenteeriaga. Haiguse mõningasele vähenemisele järgneb haigusjuhtude arvu suurenemine, kusjuures haigestumuse üldine tase on jäänud veel võrdlemisi kõrgeks. Düsenteeriapuhanguid on esinenud Kohtla-Järvel, Tartus, Paides, Tartu rajoonis jm. Nende põhjuseks on profülaktikaabinõude mitteõigeaegne ning vähe läbimõeldud rakendamine, veevarustuse ja toiduainete saastatuse puudulik kontrollimine. Täiesti lubamatud on düsenteeriasse haigestumise juhud lastekollektiividest. Ainult epideemiatõrje kõigi abinõude hoolikas rakendamine võib tagada düsenteeriasse haigestumise tunduva vähenemise. Selles mõttes oli 1963. aastal eeskujuks Viljandi rajoon. Düsenteeriasse haigestumine vähenes samal aastal ka Hiiumaa ning Kingissepa rajoonis (arvestamata Sõmera sanatooriumi).

Kõige tähtsamateks abinõudeks võitluses ägedate soolenakkustega ning eriti düsenteeriaga peavad olema:

1. Haigete varajane avastamine ja nende isoleerimine ning laste kohustuslik, viivitamatu hospitaliseerimine. Nakkushaiglates on tarvis luua diagnostikapalatid. 2. Sanatoorsete osakondade asutamine lastelerekonvalestsentidele (esmajärjekorras neile, kes kuuluvad organiseeritud lastekollektiividesse). 3. Ravi tagamine jaoskonna meditsiinitöötajate poolt juhul, kui ollakse sunnitud haiged koju jätma (rangelt epidemioloogiliste näidustuste järgi). 4. Haiguse läbipõdenute hoolikas dispanseerimine ja rekonvalestsentide ambulatoorse järelravi kindlustamine kuni tervistumiseni. Veeallikate, ühiskondlike toitlustusettevõtete ja toiduainetetööstuse rangeim süstemaatiline kontrollimine. 5. Elanikkonna, eriti kooliõpilaste ja noorte seas tehtav laiaulatuslik sanitaarharidustöö. Punase Risti ja ühiskondliku aktiivi laialdane kaasatõmbamine tervistavate ürituste korraldamisse.

Väga suurt osa elanikkonna hügieenilisel kasvatamisel etendavad terviseülikoolid ja -koolid (maal), mis tegutsevad kõigis rajoonides, peale Narva, kus varem asutatud terviseülikool 1963. aastal ei töötanud. Tervistavate ürituste süsteemis on kindla koha võitnud tervisenädalad ja -päevad. Peab jõudma niikaugele, et neist võtaksid osa elanikkonna laialdased hulgad.

On tarvis, et igale üritusele — olgu see siis kaitsesüstimine, dispanseerimine, tervisepäevad ja -nädalad — eelneks laialdane selgitustöö elanikkonna seas. Sanitaarharidustöö peab olema konkreetne ning käsitlema tervishoiu aktuaalseid küsimusi. Elanikkonna teadlik suhtumine ja meditsiiniorganite ülesannetest arusaamine on epideemiatõrje edu pandiks.

Heakskiitu väärivad viimase kolme aasta kestel korraldatud piimafarmide massilised ülevaatused, mille eesmärgiks on olnud nende sanitaar-hügieenilise olukorra parandamine. Eriti tulemusrikkaks kujunes 1963. a. korraldatud ülevaatus, millest võtsid osa sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töötajad, Punase Risti aktiiv, ametiühinguorganisatsioonid ning Eesti NSV Põllumajandussaaduste Tootmise ja Varumise Ministeeriumi esindajad. Ülevaatusel kontrolliti eelmistel aastatel tehtud ettepanekute täitmist ning anti täiendavaid juhtnööre. Parimaid piimafarme ja lüpsjaid premeeriti.

Eriti tähtis on võitlus kõrge sanitaarkultuuri eest meditsiiniasutustes, mis peab saama hügieeniliste harjumuste juurutamisel eeskujuks ja kooliks kõigile nende asutuste külastajaile. Statsionaarid olgu mitte ainult kohaks, kus antakse arstiabi, vaid ka kultuurikoldeks. Kommunistliku töö liikumine peab kaasa aitama ravi- ja profülaktikaasutuste personali sanitaarkultuuri tõstmisele.

Tuleb märkida, et jaoskonnaterapeutide ja -pediaatrite teadmised nakkushaiguste ning nende epidemioloogia alal ei vasta alati tänapäeva nõuetele, kuigi mainitud spetsialistid nakkushaigetega esimestena kokku puutuvad. Õigest diagnoosimisest ja epidemioloogilise olukorra hinnangust sõltub aga tarvituselevõetavate abinõude efektiivsus. Seepärast tuleb esmajärjekorras suurt tähelepanu pöörata terapeutide ja pediaatrite ettevalmistamisele nakkushaiguste alal, kasutades selleks kõiki vorme, näiteks kursusi, seminare ning nakkushaigustesse haigestumise olukorra ja profülaktiliste vaktsineerimiste kohta toimunud süstemaatilisi arutlusi linna- või rajoonikonverentsidel.

Sanitaar- ja epidemioloogiajaamad peavad haigestumuse ja asustatud kohtade sanitaar-epidemioloogilise olukorra üksikasjalise analüüsi põhjal välja töötama nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise konkreetsed abinõud. Ainult siis, kui kompleksplaanid on reaalsed ning kooskõlastatud linna või rajooni rahvamajandusplaaniga, saab neid edukalt täita. Sanitaar- ja epidemioloogiajaama epidemioloogideks tuleb määrata kõige paremini ettevalmistatud arstid, kes tunnevad hästi mitte ainult epidemioloogiat, vaid ka piirialade distsipliine ning kes on võimelised epideemiatõrjet oskuslikult organiseerima ja terapeute või pediaatreid konsulteerima.

Peab märkima, et Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudil on rida saavutusi nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise teadusliku läbitöötamise alal, kuid ta ei ole muutunud veel teaduslik-metoodiliseks keskuseks võitluses nakkushaigustega.

Epideemiatõrjeteenistuse põhibaasideks on nakkushaiguste kabinetid, kaitsesüstimiste kabinetid, nakkushaiglad, bakterioloogialaboratooriumid ja desinfektsiooniteenistus. Nakkushaiglatel ja nakkushaiguste kabinettidel tuleb oma tööd tunduvalt parandada. Iga ebaõige ja hilinenud diagnoosimisjuht peab saama vastavate spetsialistide arutlusobjektiks.

Eesti NSV tervishoiuorganitel tuleb veel palju teha võitluses nakkushaigustega. Haiguspuhangute vältimine ja viivitamatu abinõude rakendamine nende likvideerimiseks on sellekohaste ürituste efektiivsuse pandiks. Partei- ja nõukogude organid osutavad elanikkonna tervishoiule suurt tähelepanu ja abistavad igakülgselt meditsiiniliste abinõude elluviimist. Tervishoiutöötajad peavad sellele hoolitsusele vastama kommunistliku töösse suhtumisega.

БОЛЬШЕ ВНИМАНИЯ БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

А. Гольдберг и И. Мазик

Резюме

Коллегия Министерства здравоохранения Союза ССР 9 марта 1959 г. утвердила разработанный Академией медицинских наук СССР план ликвидации и снижения инфекционных болезней, который лег в основу деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Уровень знаний по этиологии и путям распространения инфекций, а также достижения современной науки в области профилактики и лечения позволили распределить инфекции согласно перспективам их ликвидации на четыре группы.

В первую группу были отнесены инфекции, в отношении которых имеются предпосылки ликвидации или снижения заболеваемости до единичных случаев, (дифтерия, малярия, трахома, брюшной тиф, возвратный тиф и бешенство).

Вторую группу составляют инфекции, заболеваемость которыми подлежит резкому снижению (туляремия, проказа, полиомиелит и клещевой энцефалит).

К третьей группе относятся кишечные инфекции, туберкулез, бруцеллез, Q-лихорадка, эпидемический паротит и коклюш. Заболеваемость этими инфекциями надлежит значительно снизить. Многие проблемы, касающиеся заболеваний этой группы, еще не разрешены. Борьба с этими инфекциями требует применения многих организационных мероприятий и больших материальных затрат.

В четвертую группу были отнесены малоизученные инфекции и главной задачей было поставлено уменьшение летальности от этих заболеваний. К ним относятся: грипп и гриппоподобные заболевания, болезнь Боткина, токсоплазмоз, ветряная оспа, скарлатина и краснуха.

Министерство здравоохранения Эстонской ССР разработало комплексный пятилетний план по уменьшению и ликвидации этих инфекционных заболеваний. Какими же являются наши успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями?

В отношении инфекций первой группы можно считать план выполненным. В течение многих лет в Эстонской ССР нет заболеваний малярией. Последний случай бешенства был зарегистрирован в 1955 году. Начиная с 1953 года заболеваемость дифтерией постоянно снижалась и уже к 1961 году отмечены только единичные случаи дифтерии: в 1962 году было всего 3 случая дифтерии; в 1963 году было зарегистрировано несколько случаев заболевания дифтерией в Нарве и один случай в Харьюском районе.

В 1961 году в Эстонской ССР было 2 случая полиомиелита. В 1962 и 1963 гг. не было зарегистрировано ни одного случая заболевания полиомиелитом. Заболеваний туляремией в Эстонской ССР нет, и в последние годы не было и заболеваний клещевым энцефалитом.

Из инфекций третьей группы были зарегистрированы отдельные случаи хронического бруцеллеза. Начиная с 1958 года свежих случаев бруцеллеза зарегистрировано не было. Показатели заболеваемости брюшным тифом в Эстонской ССР почти в два раза ниже общесоюзных показателей.

В течение последних двух лет достигнуты некоторые успехи по снижению заболеваемости эпидемическим гепатитом. Можно предположить, что известную роль в этом сыграло профилактическое введение гамма-глобулина детям школьного возраста.

До настоящего времени в борьбе с острыми кишечными заболеваниями, в особенности с дизентерией достаточного успеха не достигнуто. Вспышки заболевания дизентерией возникли в Кохтла-Ярве, Тарту, Пайде, Тартуском районе и др. Причиной их было несвоевременное и недостаточно продуманное применение профилактических мероприятий и недостаточный контроль санитарного состояния водоснабжения и пищевых продуктов.

Большую работу по гигиеническому воспитанию населения проводят университеты здоровья, а на селе школы здоровья, работающие во всех районах, кроме г. Нарвы, где ранее организованный университет здоровья в 1963 году не работал. Значительную роль в системе оздоровительных мероприятий играют «недели и дня здоровья». Необходимо чтобы участие в последних приняли еще более широкие слои населения.

Санитарно-просветительная работа должна быть конкретной и касаться актуальных вопросов здравоохранения. Сознательное отношение населения к задачам органов и учреждений здравоохранения является залогом успеха противоэпидемических мероприятий. Особенно важна борьба за высокую санитарную культуру медицинских учреждений. Движение за коммунистический труд должно помогать улучшению работы персонала лечебных и профилактических учреждений.

Следует отметить, что знания участковых терапевтов и педиатров в области инфекционных заболеваний и эпидемиологии не всегда стоят на высоте современных требований, хотя эти врачи первыми соприкасаются со случаями инфекционных заболеваний. Поэтому большое внимание необходимо посвятить подготовке терапевтов и педиатров в области инфекционных болезней через соответствующие курсы, семинары и проводить систематические обсуждения состояния инфекционной заболеваемости и профилактических прививок на городских и районных врачебных конференциях.

Санитарно-эпидемиологические станции на основании результатов углубленного анализа заболеваемости и санитарно-эпидемиологического состояния населенных мест должны разрабатывать комплексные планы мероприятий по ликвидации и уменьшению заболеваемости инфекционными болезнями. Комплексные планы должны быть реальными и согласованы с народнохозяйственным планом города или района — только тогда будет возможно их успешное выполнение.

Перед органами здравоохранения Эстонской ССР стоят еще очень большие задачи по борьбе с инфекционными заболеваниями. Партийные и советские органы уделяют большое внимание состоянию здоровья населения и оказывают органам здравоохранения всестороннюю помощь. Работники здравоохранения должны ответить на эту заботу коммунистическим отношением к своей работе.

ARSTITEADUS JA BIOLOOGIA

Professor *I. SIBUL*
Eesti NSV Teaduste Akadeemia kirjavahetajaliige

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu poolt möödunud aastal avaldatud määrus «Abinõudest bioloogia edasiarendamiseks ning tema ja praktika vaheliste seoste tugevdamiseks» kohustab vastava ala teadlasi uurimistöödega veelgi tõhusamalt kaasa aitama põllumajanduse, arstiteaduse ja mõningate tööstusharude arendamisele. Määruses rõhutatakse, et on vaja senisest rohkem tähelepanu pöörata just bioloogilise keemia ja biofüüsika-alastele uurimistele. Seoses sellega käsitletakse käesolevas artiklis mõningaid niisuguseid bioloogilis-meditsiinilisi aspekte, mille arendamine meie kohaliku patoloogia tingimustes on aktuaalne.

Sanitaarstatistika andmetel on meie vabariigis levinumateks haigusteks südame ja veresoonkonna ning perifeerse närvisüsteemi haigused, vähktõbi, tuberkuloos, reuma, teatavad kutsehaigused ja mõningad nakkushaigused.

Vabariigi arstiteadlased koos tervishoiuasutuste töötajatega on elanikkonna tervise kaitseks juba mõndagi ära teinud. On likvideeritud haigestumine poliomüeliiti, edukalt võideldakse õpilaste haigestumise vastu epideemilisse hepatiiti ning uuritakse viiruste osatähtsust neuroinfektsioonide, soolenakkuste ja külmetushaiguste etioloogias. Meie arstiteadlased on oma panuse andnud ka mitmesuguste kutsehaiguste tundmaõppimisse ja nende vältimisse. Näiteks on välja selgitatud põlevkivitoodete kantserogeenseid ehk vähkitekitavaid omadusi ja otsitud meetodeid nendest vabanemiseks. Tulemusi on andnud meremudade ravitoime uurimine bioloogiliselt aktiivsete ainete suhtes. Teataval määral on tegeldud ka põhjavete mineraalainetesisalduse, põhjavete ja siseveekogude saastamise ning saastamisvastaste abinõude rakendamise küsimustega.

Õpilaste füüsilise arengu ja tervise seisundi aastaid kestnud jälgimise andmetel rakendatakse vabariigi paljudes koolides uut õpperežiimi. On hakatud uurima ka elanikkonna toitumise küsimusi.

Meie teadlastel on saavutusi ka perifeerse närvisüsteemi haiguste diagnoosimise ja kirurgilise ravi, samuti veresoonte haiguste ja kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi alal.

Pole kahtlust, et kõrvuti edusammudega on meil tõsiseid puudusi, esijoones arstiteaduse teoreetiliste aluste edasiarendamise valdkonnas. Vähe pööratakse tähelepanu selliste noorte teadusalade, nagu biofüüsika, biokeemia ning tsütoloogia jt., arendamisele. Selline olukord ähvardab tulevikus muutuda takistuseks meie arstiteaduse arengule. Pole ka saladus, et meie vabariigi haiglates rakendatakse haiguste täpsemaks ja varajasemaks avastamiseks üldiselt veel vähe kliinilis-keemilisi analüüse. Sellest lähtudes tuleb biokeemia ja biofüüsika alal senisega võrreldes märgatavalt rohkem uurimistööd teha.

Organismi jõudlusele ja tervise seisundile avaldavad suurt mõju toiduga saadavad mitmesugused orgaanilised ja anorgaanilised ühendid, nagu vitamiinid, mikroelemendid, amiinohapped ja biostimulaatorid. Nende vaegus võib olla paljude haiguste ja terviserikete põhjuseks.

Tõenäoliselt on aga spetsiifiliste toidukomponentide vaegusest või puudumisest tingitud haiguste arv märksa suurem, kui see praegu teada on.

Üldiselt on juba tuntud, et Eesti NSV mullastik ja pinnaveed on mitmete bioloogiliselt aktiivsete mikroelementide poolest vaesed. See kajastub ka kohaliku taimkatte biokeemilises struktuuris ning kaudselt omakorda loomade ja inimeste biokeemilistes protsessides. Mikroelementide, vitamiinide, mineraalainete ja amiinohapete vaeguse etioloogiline ja patogeneetiline osa meie kohaliku patoloogia iseärasuste suhtes väärib seepärast üsna hoolikat uurimist.

Tänapäeva arstiteadus käsitab paljusid haigusi kui ensümopaatiaid, s. o. teatavate fermentide puudumise või vaeguse tõttu tekkivaid terviserikkeid. Need avalduvad enamasti ainevahetusahela teatavate lülide häiretes, mis lõpuks võivad viia ka talitlusliku ja morfoloogilise patoloogia kujunemisele. Ensüümidefektid ehk ensümopaatiad on seejuures ise kas pärilikud või tekivad teatavate fermentide moodustamiseks vajalike komponentide puudumise tõttu toidus.

Molekulaarpatoloogia uurib rakkude peenstruktuuride ja ainevahetuse muutusi, iseärasusi ja haiguslikke muutusi ning seletab, lähtudes vastavatest andmetest, paljude haiguste olemust juba märksa põhjalikumalt. Pole kahtlust, et kohaliku patoloogia paremat mõistmist soodustavad molekulaarpatoloogia sellised noored erialad nagu tsütoloogia, patobiokeemia, patobiofüüsika jm.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige V. Orehhovitš kirjutas hiljuti «Медицинская газета» veergudel (17. okt. 1963. a.) artiklis «Molekulaarpatoloogia», et tänapäeval biokeemikute valduses olevad andmed näitavad, kuidas mitmesugused patoloogia-avaldused on organismi keeruka ainevahetuse ahelreaktsioonide ühtede või teiste fermentprotsesside häirimise tagajärjeks. Sellest järeldub, et molekulaarpatoloogia uurimisele tuleb senisega võrreldes suunata märksa rohkem uurijaid, teadlasi ja arste-praktikuid. Molekulaarpatoloogia pakub ka häid väljavaateid mitmesuguste pärilikkusega seotud haiguste uurimisel.

Tänapäeva arstiteaduse tähtsamaid ülesandeid on inimese kaitsmine mitmesuguste keemiliste ühendite kahjustava toime eest. See probleem muutub keemiatoodete üha suureneva kasutamise tõttu järjest aktuaalsemaks, sest uued keemilised ühendid, milledega inimene kokku puutub nii nende tootmisel kui ka rakendamisel igapäevases elus, võivad põhjustada mitmesuguseid haigusseisundeid. Keemiliste ühendite toksiline toime ei avaldu seejuures mitte alati ägedates, vaid väga tihti ka kroonilistes ning hiljem tekkivates mürgistustes. Nende mõju võib ilmneda koguni järglastel.

Paljud keemilised ühendid, mille toksiline toime avaldub hiljem, on kantserogeensed ehk vähkitekitavad. Nende ühendite avastamisele ja kõrvaldamisele pöörab tänapäeva arstiteadus erilist tähelepanu. Huvi äratab ka kantserogeneesi enda olemuse uurimine, sest vastavate andmete saamisega osutub võimalikuks tõhus vähivastane võitlus. On tõenäoline, et kantserogeneesis langeb väga oluline osa just rakuainevahetuse ning neurotroofika häiretele.

Biokeemia ja biofüüsika andmetel on molekulaarpatoloogia tähtsaim probleem kudede bioenergeetika uurimine. Raku bioenergeetika keskseks biokeemiliseks protsessiks on mitokondrites toimuv oksüdatiivne fosforileerimine, mille abil oksüdatsioonienergia akumuleerub adenosiintrifosforhappena. Nimetatud ühend on universaalne energia donaator nii raku talitluslike kui ka plastiliste funktsioonide suhtes. Seoses sellega pööratakse praegu väga suurt tähelepanu ka bioloogiliste toimeainete, nagu hormoonide, vitamiinide, biostimulaatorite, mediaatorite, mikroelementide ning neurotroofika, mõju uurimisele raku energeetilises ainevahetuses.

Vastavalt NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ja Bioloogia Osakonna büroo soovitusele tuleb NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudil teoreetilise probleemina oma tööplaani võtta kudede energeetilise ainevahetuse uurimine kohaliku patoloogia seisukohalt. Need ülesanded kohustavad instituudi juhtkonda korraldama tööjõu vastavat ümberpaigutamist. Instituudi 55 teaduslikust töötajast uurivad praegu kudede energiavahetust ainult 4. Töötajate üldarvuga võrreldes ei vasta kahtlemata see arv tänapäeva arstiteaduse teooria arendamise vajadustele. Puuduseks on ka vastavate füsioloogia-alaste uurimiste väga väike osatähtsus.

Vabariigis tuleb tähelepanu pöörata mitmetele biokeemia ja biofüüsika probleemidele, mis on aktuaalsed nii teooria kui ka praktika seisukohalt. Praegu on näiteks väga tähtsad biokeemia ja biofüüsika, viroloogilise biokeemia ning immunokeemia küsimused pärilikkuse uurimisel, millega meie vabariigis veel väga vähe tegeldakse. On tarvis, et Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut lahendaks paralleelselt viirusnakkuste praktiliste küsimustega ka viroloogia teatavaid teoreetilisi probleeme, eelkõige viiruste ja raku vastastikust vahekorda. See võimaldaks välja töötada viirushaiguste ravi ja profülaktika efektiivsete abinõude teaduslikud alused.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalbioloogia Instituut, kus uuritakse taimedel esinevate viiruste levikut vabariigis, tegeleb edukalt ka viroloogia teoreetiliste probleemidega. Seejuures ei ole kahtlust, et koostöö kahe eespool mainitud instituudi vahel võiks juba lähemal ajal anda märkimisväärseid tulemusi.

Lõpuks on vaja alla kriipsutada, et Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium peab leidma võimalusi kliinilise biokeemia ja biofüüsika laialdaseks praktikasse juurutamiseks, varustades suuremaid kliinikuid vajalike seadmete ja materjalide ning kaadriga. Selleks on kõigepealt vaja hakata ette valmistama vastavaid arste-spetsialiste — biokeemikuid ja biofüüsikuid, mida meie vabariigis kahtlemata on võimalik teha. Arvame, et kui Tervishoiu Ministeerium esitab vastava nõudmise, võib Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond sellega hõlpsasti toime tulla.

МЕДИЦИНА И БИОЛОГИЯ

И. Сибуль

Резюме

Принятое в прошлом году Центральным Комитетом КПСС и Советом Министров СССР постановление «О мероприятиях по дальнейшему развитию биологии и укреплению ее связей с практикой», обязывает наших ученых усилить помощь развитию сельского хозяйства, медицины и некоторых отраслей промышленности. В постановлении подчеркивается необходимость уделять больше внимания исследованиям в области биологической химии и биологической физики.

В нашей республике наиболее распространены заболевания сердечно-сосудистой и периферической нервной систем, рак, туберкулез, ревматизм, некоторые профессиональные заболевания и инфекционные болезни.

Ученые-медики и работники здравоохранения республики имеют некоторые достижения в области охраны здоровья населения. Ликвидирована заболеваемость полиомиелитом, успешно ведется борьба против заболевания школьников эпидемическим гепатитом и изучается роль вирусов в этиологии нейроинфекций, кишечных инфекций и простудных заболеваний. Изучены многие профессиональные заболевания. Например установлены канцерогенные свойства некоторых сланцепродуктов и разрабатываются методы их деканцерогенизации. Некоторые результаты получены при изучении лечебных свойств эстонских морских грязей. На основании результатов изучения физического развития учащихся во многих школах республики введен новый учебный режим. Начато изучение вопросов питания населения. Наши ученые имеют достижения в области диагностирования и хирургического лечения некоторых заболеваний периферической

нервной системы, а также хирургического лечения заболеваний кровеносных сосудов и туберкулеза легких.

Наряду с успехами имеются, однако, и серьезные недостатки — в первую очередь в области разработки теоретических основ медицины. Еще мало посвящается внимания таким молодым отраслям науки как биофизика, биохимия, цитология и др. В больницах нашей республики для более точного и раннего диагностирования еще недостаточно используются клинико-химические анализы.

Все это указывает на необходимость усилить научно-исследовательскую работу в области биохимии и биофизики.

Общеизвестно, что почва и почвенные воды Эстонской ССР бедны некоторыми биологически-активными элементами. Это отражается в биохимической структуре растительного покрова и в свою очередь косвенно в биохимических процессах животных и человека. Поэтому, этиологическая и патогенетическая роль недостатка микроэлементов, витаминов, минеральных веществ и аминокислот в особенностях краевой патологии нуждается в тщательном изучении. Лучшему пониманию краевой патологии содействуют такие молодые отрасли молекулярной патологии как цитология, патологические биохимия и биофизика и др. Из этого следует, что на изучение молекулярной патологии следует направить значительно больше исследователей, ученых и врачей практиков.

Одной из важнейших задач современности является защита человека от вредного воздействия различных химических веществ. Эта проблема, вследствие растущего потребления химических продуктов, становится все актуальнее, так как новые химические соединения, с которыми люди соприкасаются как при их производстве, так при их использовании в повседневной жизни, могут вызвать различные болезненные состояния.

В республике необходимо обратить внимание на различные проблемы биохимии и биофизики. Министерство здравоохранения Эстонской ССР должно найти возможности для широкого внедрения клинической биохимии и биофизики в практику, обеспечив крупные клиники необходимым оборудованием, материалами и кадрами. Для этого прежде всего надо подготовить соответствующих врачей-специалистов — биохимиков и биофизиков, что вполне доступно в нашей республике. Полагаем, что если Министерство здравоохранения сделает соответствующую заявку, медицинский факультет Тартуского государственного университета сможет ее успешно выполнить.

TUBERKULOOSITÕRJEST EESTI NSV-s

E. KAMA

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Tuberkuloosi probleemi lahendamine on tänapäeval ülemaailmselt üks tähtsamaid tervishoiuorganite ülesandeid. Igal aastal haigestub maailmas tuberkuloosi ligi 3 miljonit inimest, praegu ulatub tuberkuloosihaigete arv 15 miljonini.

Käesoleva aasta 7. aprillil tähistati rahvusvahelist tervisepäeva, mis oli pühendatud võitlusele tuberkuloosiga. NSV Liidus ja sealhulgas ka Eesti NSV-s on suurt tähelepanu pööratud tuberkuloositõrjele, mille tulemusena on haigestumine ja suremine tuberkuloosi pidevalt vähenenud. Eesti NSV-s on viimastel aastatel tuberkuloosiasutuste võrku tunduvalt laiendatud. Näiteks on tuberkuloosihaigetele ettenähtud voodite arv 1960.—1963. a. jooksul kasvanud 44% võrra. Kingissepa rajoonis avati 600-kohaline kopsutuberkuloosi sanatoorium, milles on noorukite osakond koos 7—11-klassilise kooliga, ja Kohtla-Järvel Kalvi kopsutuberkuloosi sanatoorium 100 kohaga. Aastail 1961—1962 reorganiseeriti sanatooriumide võrk nendes olevate haigevoodite ratsionaalsemaks kasutamiseks (tabel 1).

Praegu on meil olemas võimalused kõigi tuberkuloosihaigete laste pikaajaliseks ravimiseks statsionaarides ja sanatooriumides, kusjuures neile võimaldatakse viimastes isegi õppetööd jätkata. Käesoleval aastal on ette nähtud veel täiskasvanuile uute tuberkuloosiraviasutuste avamine. Paralleelselt tuberkuloosiasutuste võrgu laiendamisega on iga aastaga

suurenenud tuberkuloositõrje alal töötavate arstide arv. Viimase 3 aasta jooksul on ftisiaatrite arv kasvanud 17 arsti võrra. Eesti NSV-s on praegu 160 ftisiaatrit ja koos teiste eriarstidega (röntgenoloogid, otorinolarüngoloogid, kirurgid jt.) töötab tuberkuloosiasutustes 201 arsti. Kõik rajoonide tuberkuloosidispanserid ja -kabinetid on eriarstidega komplekteeritud. Meie vabariigis on neid praegu suhteliselt rohkem kui teistes liiduvabariikides.

Tabel 1

Aktiivset tuberkuloosi põdevate haigete kindlustatus vooditega (sanatooriumides ja haiglates)

	Aktiivse tuberkuloosiga haigete arv ühe voodi kohta	
	täiskasvanuid	lapsi
1960	8,4	2,4
1961	7,0	2,0
1962	6,1	1,5
1963	4,5	1,2

Ftisiaatrite erialaseks täiendamiseks on meil laialdaselt kasutatud Moskva Arstide Kesktäiendusinstituudi poolt korraldatavaid mittestatsionaarseid täienduskursusi. 1961.—1963. a. jooksul lõpetasid kursused mittestatsionaarselt 27 arsti. Tuberkuloosi alal töötavate arstide kvalifikatsiooni tõstmiseks on ette nähtud käesoleva aasta mais-juunis Moskva Arstide Kesktäiendusinstituudi õppejõudude kaasabil organiseerida Tallinnas kuuajaline kursus, millest võtab osa 45 arsti-ftisiaatrit.

Tuberkuloosi profülaktilistest abinõudest on üheks olulisemaks tuberkuloosivastane kaitsepookimine. 1961. aastast alates võeti NSV Liidus kasutusele uus tuberkuloosivastane kaitsepookimise viis — nahasisene meetod, mis tagab suurema ja püsivama immuunsuse. Nimetatud meetodi rakendamine on aga tehniliselt keerukas ja nõuab vaktsineerijate paremat ettevalmistamist. Ka Eesti NSV-s on üle mindud uuele meetodile ja 1964. a. alates on lubatud ainult nahasisene vaktsineerimine. Seoses uue vaktsineerimismeetodi rakendamisega peaks lähemail aastail tuberkuloosivastaste kaitsepoogete efektiivsus veelgi tõusma.

Vastsündinute BCG-mine on meil korraldatud täiesti rahuldavalt. Praktiliselt on BCG-eeritud kõik vastsündinud, kellel ei olnud vastunäidustusi. Samuti tuleb revaktsineerimisega hõlmata kõik kuni 30 aasta vanused infitseerimata isikud. Peab aga märkima, et täiskasvanute revaktsineerimine toimub veel mitterahuldavalt. Kuni 1962. aastani revaktsineerimiste arv kasvas, kuid 1963. aastal seoses uue meetodi rakendamisega nende arv mõnevõrra vähenes (tabel 2).

Tabel 2

Tuberkuloosivastaste revaktsineerimiste arv Eesti NSV-s

Aastad	1958	1959	1960	1961	1962	1963
Revaktsineerimiste arv	41 874	56 908	59 300	59 742	69 195	64 965

Vaktsineerimise kõrval on tuberkuloosi profülaktikas tähtis koht ka kontaktsete profülaktilisel ravimisel antibakteriaalsete vahenditega. Paari viimase aasta jooksul on Eesti NSV-s ravitud profülaktiliselt eriti lapsi ja noorukeid ning selle tulemusena on tuberkuloosihaigetega kokkupuutunute haigestumine langenud.

Kaugelearenenud tuberkuloosivormide vältimiseks on mõjusaks abinõuks elanikkonna massilised profülaktilised uurimised. 1963. a. saadi meil juurde 2 statsionaarset laiakaadrilist fluorograafi ja 1 fluorograaf-

autobuss. Praegu on Eesti NSV-s 4 fluorograaf-autobussi ja 10 statsionaarset fluorograafi.

Aasta-aastalt on suurenenud röntgenoloogiliste profülaktiliste läbivaatuste arv ja fluorograafiliste uurimiste osa selles. 1961. a. uuriti profülaktiliselt ligi 34% üle 12 aasta vanustest elanikest, 1962. a. 44% ja 1963. a. 45%.Tuleb märkida, et maaelanikke hõlmatakse läbivaatustega veel liiga vähe. Samal ajal avastatakse aga maal enam tuberkuloosihaigeid ja samuti esineb siin sagedamini haiguse hilisvorme.

Tuberkuloosi haigestumise olukorra selgitamiseks maaelanikkonna hulgas korraldati 1962. a. suvel Märjamaa rajoonis, kus dispanseri andmeil oli tuberkuloosi haigestumine madal, kogu elanikkonna uurimine tuberkuloosi suhtes. Uurimise andmeil selgus, et haigestumine maal ei ole meil madalam haigestumise tasemest linna elanikkonna hulgas.

Seoses voodite arvu tunduva kasvuga tuberkuloosihaiglates ja -sanatooriumides on paranenud ka ravivõimalused ja ravi efektiivsus. Raskusi tuleb veel ette krooniliste tuberkuloosihaigete pikaajalisel statsionaarsel ravimisel või isoleerimisel. Sanatooriumides on kehtestatud individuaalsed ravitähtajad, mistõttu sanatooriumis võib viibida vastavalt vajadusele pikka aega. Seoses sanatoorse ravi kestuse pikenemisega on kasutusele võetud nn. tööravi, milleks on sisse seatud õmblustöökojad, puutöökojad jm. Käesoleval aastal on kavas organiseerida suuremate sanatooriumide baasil uue kutseala omandamise võimalus ravil viibimise vältel.

Tuberkuloosihaigete tervistamisel on peamine pikaajaline kombineeritud antibakteriaalne ravi mitme ravimi kasutamisega. Seoses antibakteriaalse ravi laialdase rakendamisega omab ravitulemuste parandamisel suurt tähtsust tuberkuloositekitaja tundlikkuse määramine ravimite suhtes. Tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse määramiseks ja samuti laboratoorse diagnostika täpsustamiseks on Eesti NSV suuremate tuberkuloosidispanserite ja -sanatooriumide juures asutatud bakterioloogia-laboratooriumid (kokku 8 laboratooriumi). 1963. a. lõpetati Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri vivaariumi ehitamine. On tarvis avada veel bakterioloogialaboratoorium Kohtla-Järvel.

Kavernidega ja krooniliste tuberkuloosivormidega haigete ravimisel tõusid 1963. a. ftisiokirurgilise ravi aktiivsus ja kopsuresektsioonide osatähtsus. Viimased moodustasid 44% operatsioonide üldarvust. Samal ajal on paranenud ka ravitulemused kopsuresektsiooni kasutamisel. 1963. a. jooksul tehti Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kirurgiaosakonnas 112 kopsuresektsiooni, kusjuures ei esinenud ühtegi surmajuhtu; komplikatsioone tekkis ainult ühel juhul bronhiaaluurise ja empüeemi näol, mis täiendava raviga likvideeriti.

Krooniliste kavernidega kopsutuberkuloosihaigete tervistamiseks tuleb lähema paari aasta jooksul laiendada nende kirurgilist ravi. Ka luutuberkuloosi puhul rakendatakse meil laialdaselt operatsioone. Näiteks Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri luutuberkuloosi kirurgiaosakonnas ja Narva-Jõesuu Luutuberkuloosi Sanatooriumis sooritatakse iga aasta üle 100 liigese- ja lülisambaoperatsiooni.

Tuberkuloositõrje alal korraldatud laialdaste profülaktiliste ja tervistavate abinõude rakendamise tulemusena on toimunud positiivseid nihkeid tuberkuloosi epidemioloogias. Aasta-aastalt väheneb haigestumine aktiivsesse tuberkuloosi. Nii vähenes see 1963. a. jooksul 14,4% võrra, laste seas aga isegi 30,4% võrra. Viimase 5 aasta jooksul on haigestumine aktiivsesse tuberkuloosi vähenenud 40,6% võrra, laste hulgas aga 74,3%, seega ligi 4 korda (tabel 3). Haigestumine luutuberkuloosi on aga samal ajavahemikul vähenenud 51% võrra. Koos haigestumise üldise vähenemisega esineb harva ka selliseid raskeid tuberkuloosivorme nagu tuberkuloosist põhjustatud meningiit, miliaarne tuberkuloos, kaseoosne kopsupõletik jt., samuti langeb ka tuberkuloosihaigete üldarv. 1963.a. jooksul

vähenes see 6,2% võrra, sealjuures tuberkuloosihaigete laste hulgas 17,8% võrra. Viimase 5 aasta jooksul on tuberkuloosihaigete arv vähenenud 35% võrra, sealhulgas täiskasvanute arv 26,9%, noorukite arv 68% ja laste arv 69% võrra. Tuberkuloosihaigete suremus vähenes 1963. a. jook-

Tabel 3

Esmaselt arvelevõetud aktiivse tuberkuloosiga haigete arv aastail 1953—1963 protsentides 1953. a. suhtes (1953. a. haigete arv on võetud 100)

Aasta	Täiskasvanud	Noorukid	Lapsed	Baktereid eritavad haiged
1953	100	100	100	100
1954	83,8	103,8	91,6	87,8
1955	103,1	105,8	70,1	97
1956	86,26	93,6	67,37	70
1957	82,06	89,6	76,5	69,4
1958	79,5	83,05	74,81	68,2
1959	64,5	73,0	54,0	71,35
1960	64,2	59,7	43,16	59,07
1961	64,4	44,2	34,88	60,62
1962	69	39,05	27,6	51,1
1963	58,77	31,7	19,17	43,02

sul 15% ja viimase 5 aasta jooksul 26,6% võrra. Nagu analüüsist nähtub, on haigestumus vähenenud eriti laste ja noorukite hulgas. Samuti esineb lastel ja noorukitel tuberkuloosset meningiiti ja luutuberkuloosi viimastel aastatel võrdlemisi harva, mis on kahtlemata tingitud sellest, et lastele tehakse regulaarselt tuberkuloosivastaseid kaitsepookimisi.

Laialdaselt väljaarendatud tuberkuloosiasutuste võrk ja tuberkuloosi haigestumise langus loovad reaalsed võimalused tuberkuloosi haigestumise edasiseks tunduvaks vähendamiseks lähemail aastail ja lubavad püstitada ülesande tuberkuloosi likvideerimiseks 10—15 aasta jooksul. Tuberkuloosi haigestumise edasiseks vähendamiseks on tarvis: 1) laialdasemalt täiustada ja praktikasse juurutada kõiki profülaktikaabinõusid (tuberkuloosivastased kaitsepookimised, kontaktsete profülaktiline ravimine, massilised profülaktilised uurimised tuberkuloosi suhtes); 2) pöörata tuberkuloositõrjele enam tähelepanu maaelanikkonna hulgas; 3) parandada ravi efektiivsust, laialdasemalt rakendada kirurgilisi meetodeid kavernidega haigete kompleksel ravimisel; 4) kaasa tõmmata ühiskondlikku aktiivi (Punase Risti organisatsioon jt.).

БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. Кама

Резюме

7 апреля с. г. был отмечен всемирный день здоровья, посвященный борьбе с туберкулезом. В Советском Союзе, а также в Эстонской ССР большое внимание обращается на борьбу с туберкулезом, результатом чего является неуклонное снижение заболеваемости туберкулезом и смертности от него. За последние годы сеть противотуберкулезных учреждении в Эстонской ССР расширилась, и число коек в них значительно увеличилось. Так, например, количество коек для больных туберкулезом за 1960—1963 годы возросло на 44%. В Кингисеппском районе был открыт легочно-туберкулезный санаторий на 600 коек, в котором имеется отделение, где подростки могут продолжать учение в 7—11 классах средней школы. В Кохтла-Ярве также открыт легочно-туберкулезный санаторий Кальви на 100 коек.

В настоящее время у нас имеется возможность длительного лечения в стационарах и санаториях всех детей, больных туберкулезом, причем дети продолжают в санаториях учиться. В настоящем году предусмотрено открытие новых противотуберкулезных учреждений для взрослых.

Наряду с расширением сети противотуберкулезных учреждений с каждым годом растет количество врачей фтизиатров. В течение последних трех лет число их увеличилось на 17 врачей. В Эстонской ССР работает сейчас 160 фтизиатров, а вместе с вра-

чами других специальностей (рентгенологи, оториноларингологи, хирурги и др.) в противотуберкулезных учреждениях работает 201 врач. В нашей республике фтизиатров работает относительно больше, чем в других союзных республиках. Для повышения квалификации фтизиатров у нас было широко использованы нестационарные курсы организованные ЦИУ в Москве. За 1961—1963 г. эти курсы окончили 27 врачей. Для повышения квалификации врачей работающих в области туберкулеза в мае-июне настоящего года с помощью преподавателей Московского ЦИУ будут организованы в Таллине одномесячные курсы, в которых примет участие 45 врачей-фтизиатров.

Вакцинирование новорожденных вакциной БЦЖ у нас организовано удовлетворительно. Практически были вакцинированы все новорожденные без противопоказаний к вакцинации. Однако следует отметить, что ревакцинация взрослых проходит еще неудовлетворительно.

Массовые профилактические осмотры являются действенным средством предупреждения далекозашедших форм туберкулеза. В настоящее время в Эстонской ССР есть 4 флюорографических установки на автобусах и 10 стационарных флюорографов. Из года в год растет количество рентгенологических профилактических осмотров и роль флюорографического исследования в них. В 1961 г. было профилактически обследовано около 34% населения в возрасте старше 12 лет, в 1962 г. 44% и в 1963 г. 45%.

В связи со значительным ростом количества коек в туберкулезных больницах и санаториях улучшились и возможности лечения и эффективность его. Установлены индивидуальные сроки лечения, потому санаторное лечение может продолжаться по необходимости длительное время.

При долговременном комбинированном антибактериальном лечении с использованием нескольких лекарственных веществ, в улучшении результатов лечения большое значение имеет определение чувствительности возбудителя туберкулеза к лекарственным веществам. Для определения лекарственной чувствительности бактерий туберкулеза, а также для уточнения лабораторной диагностики, в крупных противотуберкулезных диспансерах и санаториях ЭССР организованы бактериологические лаборатории. В 1963 году было закончено строительство вивария Таллинского городского противотуберкулезного диспансера.

Широко развитая сеть противотуберкулезных учреждений и снижение заболеваемости туберкулезом создали реальные возможности в ближайшие годы еще более снизить заболеваемость и поставить задачу ликвидировать туберкулез в течение ближайших 10—15 лет.

TALLINNA EPIDEMIOLOOGIA, MIKROBIOLOOGIA JA HÜGIEENI TEADUSLIKU UURIMISE INSTITUUDI TÖÖST

Arstiteaduse kandidaadid *R. SILLA* ja *H. PIHL*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut rajati 1952. aastal. Kui algul töötas selles ainult 2 teaduslikku töötajat, siis praegu on nende arv tõusnud ligi 30-ni.

Instituudi kogu teaduslik ja metoodiline tegevus toimub plaani järgi, mis on kooskõlastatud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi vastavate spetsialistidega, samuti koostöös teiste meditsiiniasutuste, sealhulgas vabariigi mitme sanitaar- ja epidemioloogiajaama töötajatega.

Teaduslikus uurimistöös on olnud kõige olulisemaks instituudi osavõtt mitmetest üleliiduliselt korraldatavatest massilise vaktsineerimise uurimistest, mis on toimunud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viiruslike Entsefaliitide ning sama akadeemia D. I.Ivanovski nim. Viroloogia Instituudi juhtimisel ja koostöös nendega. Näitena võiks tuua massilise vaktsineerimise poliomüeliidi ja gripi vastu ning massilise gammaglobuliini süstimise epideemilise hepatiidi ennetamiseks, mille efektiivsust instituut süstemaatiliselt tundma õppis.

Poliomüeliidi viroloogilist uurimist alustas instituut juba 1957. aastal. A. Jannuse ja V. Tapupere poolt ligi 500 lapse uurimine lubas järeldada,

et elanikkonna immuunsuse tase poliomüeliidi suhtes oli madal. Samal ajal aga õnnestus L. Humalal puhangueelsel perioodil (1956.—1958. a.) 20 juhul leida polioviirusi, millest selgus, et Eesti NSV-s tsirkuleerivad kõik 3 poliomüeliidiviiruse tüüpi. Seega olid olemas tingimused lastehalvatustõve puhanguks, mis juhtuski 1958. a., mille esilekutsujaks oli peamiselt I viirustüüp. Sellele järgnesid korduvad, peaaegu kogu vabariigi elanikkonda hõlmavad vaktsineerimised Sabini elusvaktsiiniga, mida korraldasid vabariigi praktilised meditsiinitöötajad NSV Liidu Arsteteaduse Akadeemia tegevliikme M. Tšumakovi initsiatiivil. Vaktsiini tõelist kaitseefekti oli võimalik kindlaks teha ainult teadusliku uurimise teel. Ainult kõigi poliomüeliidikahtlaste isikute täiesti kindel diagnoosimine lubas otsustada, kas ja millisel määral oli vaktsiin efektiivne. Koos klinitsistidega (E. Raudam ja I. Rubinstein) korraldati kõigi vabariigis leiduvate poliomüeliidikahtlaste kliiniline, epidemioloogiline ja viroloogiline uurimine (T. Kuslap, A. Jannus), ilma milleta ei saagi sageli lõplikult otsustada, kas on tegemist lastehalvatusega või mitte. See juba 5-ndat aastat kestev uurimine näitab veenvalt, et kahe viimase aasta jooksul pole meie vabariigis esinenud enam ainsatki lastehalvatustõve juhtu. Seega on vaktsineerimise mõju suur, mida kinnitab ka umbes 1000 inimese veres korduvatel uurimistel (V. Tapupere, K. Männik, L. Priimägi, A. Jannus) leitud püsivalt kõrge polioantikehade tiiter.

Samuti osutus efektiivseks 65 000 Eesti NSV kooliõpilase gammaglobuliniseerimine epideemilise hepatiidi profülaktika eesmärgil, mille korraldasid vabariigi praktilised meditsiinitöötajad Moskva D. I. Ivanovski nim. Viroloogia Instituudi algatusel. Instituudi aspirant H. Kreegi uurimused (keda juhendas E. Paktoris eelmainitud instituudist) näitasid, et haigestumine Botkini tõvesse oli tavalise sesoonse tõusu perioodil kõigi gammaglobuliini saanud õpilaste hulgas isegi kuni 12 korda madalam kui gammaglobuliinita jäänud õpilaste hulgas. Seejuures selgus J. Reinaru uurimuse andmetel (ligi 2000 õpilase kohta), et kui esimesel poolaastal pärast gammaglobuliniseerimist haigestumine nii kergetesse kui ka raskete haigusvormidesse järsult vähenes, siis teisel poolaastal kerged juhud järk-järgult sagenesid, kuid raskete haigusjuhtude esinemissagedus jäi esialgu endiselt madalaks. Kui gammaglobuliini süstimisest on möödunud üks aasta, siis on tema objektiivselt määratav profülaktiline mõju aga juba kadunud.

Kõigi meie vabariigis esinevate viirushaiguste diagnoosimine lasub praktiliselt instituudi viroloogiasektori õlgadel. Meie viroloogid (A. Jannus, T. Kuslap, R. Vodja jt.) on 3 viimase aasta jooksul uurinud rohkem kui 10 000 inimest ning selle tulemusena on kindlaks tehtud niisuguseid viirusi, mille esilekutsutud haigusi seni meie vabariigis õigesti ei diagnoositud. Mainigem enteroviirusi (näiteks ECHO- ja Coxsackieviirused; neid on vabariigis avastatud juba ligi 20 erinevat tüüpi) ja respiratoorseid viirusi (adenoviirused). Lisaks nendele on leitud veel arvukalt viirusi, mida senini pole instituudis veel lõplikult suudetud identifitseerida. Nagu uuringud näitavad, on neil viirustel oluline tähtsus meie vabariigis. Näitena võib tuua Bornholmi tõve puhangu 1962. a. Suure-Jaanis (vt. A. Jannus, Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 5, 26—27) ja 1963. a. Kambjas. Esimesel korral oli haiguse põhjustajaks enteroviirus Coxsackie B-5 ja teisel korral Coxsackie B-3. Ühtlasi avastati Coxsackie B-5 ja B-3 samaaegselt ka mitmes teises rajoonis ja asulas.

Instituudi koolihügieeni spetsialistide uurimistööd on suunatud meie laste ja noorukite tervise tugevdamiseks ja nende arengu parandamiseks. Nagu senised tulemused näitavad, tuleb sel alal veel paljugi ära teha. Instituudi poolt (E. Närska, V. Hion) õpilaste ja eelkooliealiste laste jaoks väljatöötatud kehalise arengu standardid näitasid, et Tallinna lastele on iseloomulik suhteliselt pikk kasv ja suur kehakaal, kuid esineb tunduv

mahajäämus rindkere arengus. Ilmnes muidki tervisehäireid, nagu kehalise arengu peetus ja vaimse töövõime langus ning haigestumise tõus talveperioodil. See oli aluseks eksperimentide korraldamisel Jaan Anveldi nimelises Tallinna I Internaatkoolis (R. Silla, V. Hion, M. Teoste, E. Valdre jt.), mis seisnes igapäevaste kehalise kasvatuse tundide sisseviimises koolipäeva keskele. Niisugust režiimi säilitati pidevalt 1—3 aastat järjest. Kehalise kasvatuse tunnid toimusid rõhuvas enamikus väljas värskes õhus. Kõrvuti nende tundide arvu suurendamisega teoreetilist kursust ei vähendatud, vaid osas klassides isegi lisati juurde võõrkeele tunde. Mainitud režiim mõjus soodsalt õpilaste tervisele ja arengule. Võib öelda, et talvine kehalise arengu peetus taandus või kadus, õpilaste vaimne töövõime, mis muidu kevadeks langes, näitas nüüd pidevat tõusutendentsi, ja mis kõige olulisem — õpilaste tervis paranes järsult. Haigestumist külmetushaigustesse peaaegu ei täheldatud, mida näitab see fakt, et kolmandal uurimisaastal puuduti koolist klassi kohta aastas kokku ainult kolm päeva külmetushaiguste tõttu, samal ajal kui internaatkooli mitteeksperimentaalklassides kaotasid õpilased aastas klassi kohta keskmiselt umbes 50 koolipäeva, üldhariduslikus Viktor Kingissepa nimelises Tallinna 20. Keskkoolis aga isegi ligi 170 koolipäeva. Ettepanek kõigis koolides igapäevased kehalise kasvatuse tunnid sisse seada on leidnud elavat vastukaja. Eesti NSV Haridusministeerium kehtestas käesoleval õppeaastal igapäevased kehalise kasvatuse tunnid kümmekonnas vabariigi koolis, järgmisel õppeaastal on kavas teha seda juba hoopis laialdasemalt.

Üks kõige aktuaalsemaid küsimusi vabariigi tervishoiu alal on võitlus soolenakkustega. Kui arstiteadus on näiteks poliomüeliidi või difteeria likvideerimiseks andnud praktikute kätte võimsad vahendid vaktsiini ja anatoksiini näol, siis võitluses soolenakkustega, eriti kolienteriidi ja düsenteeriaga, puuduvad meil sellised mõjusad abinõud. Edukaks võitluseks nende haigustega on tarvis teha suurt organiseerimistööd, mis hõlmaks kogu elanikkonda ja kõiki ametkondi. Seoses sellega, et võitlus soolenakkustega võib olla efektiivne ainult komplekssete abinõude rakendamisel, on ka instituut sellealaseid uurimusi korraldanud kompleksselt. Seda esiteks temaatika valikul ja teiseks arstide-praktikute ulatusliku töösse kaasatõmbamise teel. Ainuüksi soolenakkuste uurimisest võtab koos instituudiga ja viimase juhtimisel osa üle 20 arsti-praktiku.

Soolenakkuste-alane uurimistemaatika on viimaste aastate jooksul olnud suunatud nende nakkuste etioloogilise struktuuri ja epidemioloogiliste iseärasuste selgitamisele. Viimastel aastatel on instituut asunud ka sellel alal eksperimentaalsele teele, uurides ühtede või teiste epideemiavastaste abinõude mõjusust.

Tähtsa lõigu niisugustes uurimistöödes moodustavad kogu vabariigi joogiveeks tarvitatavate põhjavete kohta sanitaarsete normide väljatöötamine ja reostuspõhjuste väljaselgitamine ning paljude asulate veevarustus- ja kanalisatsioonisüsteemide teaduslik põhjendamine (L. Kuik). Võtkem näiteks Rakvere, kus instituudi töötajad koos kohaliku sanitaar -ja epidemioloogiajaamaga uurisid üle $^1/_3$ linna kaevude vett. Selle kohta tehtud mitmekülgsed ettepanekud anti üle Eesti NSV Ministrite Nõukogu Veeressursside Kaitse Valitsusele ja kohaliku veevarustuse projekti autorile — «Estonprojekt».

Soolenakkuste etioloogia selgitamisel õnnestus instituudi töötajatel (R. Sudakova, A. Svitškarjova, H. Pihl, A. Jannus) koos praktikutega (K. Rjabtšenko jt.) tõsta bakterioloogiliselt tõestatud soolenakkuste protsenti Tallinnas 60-ni. Peale shigellade, salmonellade ja patogeensete soolekepikeste põhjustasid kõhulahtisust nähtavasti ka enteroviirused ECHO-11 ja ECHO-12. Tuleb aga märkida, et kõrvuti toidutoksiko-infektsioonidele omase levimisviisiga levivad salmonelloosid meil ka kontakt-elukondlikul teel.

Soolenakkuste levikuvastaste abinõude väljatöötamisel peaksid erilist huvi pakkuma järgmised saavutused, millele kahjuks pole mõnikord õigeaegselt tähelepanu pööratud. Tallinnas korraldatud bakterioloogilised uurimused (A. Svitškarjova, A. Freiberg) nn. terve elanikkonna hulgas näitavad, et nende seas leidub võrdlemisi sagedasti pisikukandjaid. Näiteks ulatub patogeensete soolekepikeste kandjate hulk tervete koolieaeliste laste kollektiivides, toitlustuse alal töötavate täiskasvanute, sünnitajate ja väikelaste asutuste teenindava personali hulgas koguni 2—4%-ni (uuriti ligi tuhat isikut). On arusaadav, missugust potentsiaalset puhanguohtu kõik need bakterieritajad, enamikus täiskasvanud, endast väikelaste suhtes kujutavad. Selles mõttes saab ka mõistetavaks mõju, mida andis instituudi poolt (R. Sudakova ja A. Svitškarjova) koos praktikutega (A. Fuks, A. Zalkind Tallinna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast) rakendatud eksperimentaalne abinõu — 10 (hiljem 5) lastesõime kollektiivide süstemaatiline profülaktiline ja regulaarne bakterioloogiline uurimine soolenakkuste tekitajate suhtes. 4500 bakterioloogilist analüüsi näitas, et need asutused pole kaugeltki «nii terved», sest igal uurimisseerial leiti mitmeid nakkusallikaid — bakterikandjaid, kes seni viibisid kollektiivis. Pole raske järeldada, missugune praktiline tähtsus oli sellel abinõul haiguspuhangute vältimiseks.

Täiesti analoogiline olukord valitseb ka epideemilise hepatiidi puhul. Instituudi poolt korraldatud 2000 lapse hoolikad laboratoorsed uuringud võimaldasid välja selgitada tähelepanuväärsel hulgal seda haigust kergel kujul põdevaid seni diagnoosimata haigeid, kelle kollektiivi jätmine oleks olnud ohtlik. Nende õigeaegne isoleerimine aga võimaldas mitmel juhul puhangu teket vältida.

Instituut on oma uurimistulemuste praktikasse juurutamiseks ja praktikute teaduslik-metoodiliseks juhendamiseks teinud üsnagi tõsiseid jõupingutusi. Toome mõningaid viimase 6 aasta keskmisi näitajaid: iga aasta publitseerivad instituudi teaduslikud töötajad ligi 70 artiklit ja teesi ning esitavad ligi 50 teaduslikku ettekannet. Instituut on viimastel aastatel välja andnud 4 kogumikku artikleid ja 3 kogumikku teese, kokku ligi 1500 lehekülge teaduslikku teksti, kusjuures ta on enamiku sellest sanitaar- ja epidemioloogiajaamadele tasuta laiali saatnud. Mitmesuguste täiendus- ja spetsialiseerimiskursuste, seminaride jms. raames arstidele-mikrobioloogidele jt. teeb instituut teaduslik-metoodiliseks juhtimiseks süstemaatiliselt mahukat tööd. Nagu juba võib järeldada arstide-praktikute kaastöötajate arvukusest, on lisaks sellele ka individuaalsete konsultatsioonide hulk küllaltki kõrge; instituudi spetsialistid sõidavad vajaduse korral välja nakkuskolletesse abi osutama, instituuti saadetakse kontrollimiseks arvukalt bakterioloogiliste analüüside tulemusi, instituut kontrollib sanitaar-hügieeniliselt aastas kümneid asutusi (koole, lastesõimi, -aedu jm.).

Muidugi esineb meie töös ka veel puudusi. Näiteks oleme vähe koostanud metoodilisi kirju, instruktsioone jms. Kuigi praktika tunneb kõige suuremat vajadust epidemioloogia-alase metoodilise juhtimise järele, siiski peab ütlema, et ka instituudil on siin suuri raskusi. Epidemioloogi tõsist, suuri teadmisi ja võimeid nõudvat eriala valdavaid inimesi pole meil õnnestunud küllaldaselt leida. Neid oleme pidanud ise ette valmistama. Näiteks alles hiljuti kaitsti meil esimene väitekiri sellel erialal. 1964. aastal on instituudis ette näha 4 väitekirja kaitsmist, millest 2 on epidemioloogilise kallakuga. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond valmistab ette küll häid terapeute, kirurge, pediaatreid jt. spetsialiste, kuid mitte sanitaar-epidemioloogiaala eriteadlasi. Mainitud puudus vajab likvideerimist. Selles mõttes tuleb tervitada Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kokkulepet, mille alusel kümme

viimase kursuse üliõpilast saaksid igal aastal ettevalmistuse sanitaar-epidemioloogia alal.

Instituudi teaduslikku uurimistööd pidurdab teataval määral mõnede aparaatide ja sisseseadete, nagu ultratsentrifuug, ultraviolettspektrofotomeeter, kardiotahhomeetrid jt. puudumine.

On selge, et instituudi töö tõhususe edaspidisel tõstmisel on olulise tähtsusega vastastikune koostöö süvendamine ja suurendamine ühest küljesti instituudi ja Tervishoiu Ministeeriumi ning teisest küljest instituudi ning ravi- ja profülaktilise võrgu töötajate vahel.

О РАБОТЕ ТАЛЛИНСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ И ГИГИЕНЫ

Р. Силла и *Х. Пихл*

Резюме

Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены был основан в 1952 году. Научная и научно-методическая работа института проходит по планам, согласованным с Министерством здравоохранения ЭССР.

В научной деятельности института наиболее существенным было участие в исследовании ряда массовых вакцинаций, проводимых во всесоюзном масштабе. Эти исследования проводились совместно с Институтом полиомиелита и вирусных энцефалитов и Институтом вирусологии им. Д. И. Ивановского АМН Союза ССР и под их руководством. В качестве примера следует привести массовые вакцинации против полиомиелита и гриппа и массовые профилактические введения гамма-глобулина для предупреждения заболевания эпидемическим гепатитом, эффективность которых институт систематически изучал и изучает.

Диагностирование вирусных заболеваний, встречающихся в нашей республике происходит в секторе вирусологии института.

Исследовательские работы специалистов института по школьной гигиене направлены на укрепление здоровья и улучшение развития наших детей и подростков. Институтом выработаны стандарты физического развития детей школьного и дошкольного возраста. По предложению института в ряде школ введены ежедневные уроки физического воспитания. Рекомендуемый режим оказывает благотворное влияние на здоровье и развитие учеников.

Важное значение в исследовательской работе имеет разработка санитарных норм используемых в качестве питьевой воды — грунтовых вод, выяснение критерия местного загрязнения грунтовых вод и причин последнего и также научное обоснование водоснабжения и канализационных систем целого ряда населенных мест.

Одним из наиболее ответственных вопросов здравоохранения республики является борьба с кишечными инфекциями. В последние годы тематика института направлена на выяснение этиологической структуры и эпидемиологических особенностей этих инфекций. В последний период институт и в этой тематике встал на путь экспериментального исследования, изучая эффективность тех или иных противоэпидемических мероприятий.

Для внедрения результатов исследований в практику и научно-методического руководства врачами-практиками институт публикует ежегодно в среднем около 70 научных статей и тезисов докладов своих сотрудников, научные сотрудники института делают около 50 докладов в год. Вышли в свет четыре сборника научных трудов института и тезисы трех научных конференций. На базе института проводятся курсы усовершенствования и специализации врачей. Многие врачи-практики принимают участие в научно-исследовательской работе института. Сотрудники института выезжают в очаги инфекции и оказывают там консультативно-методическую помощь.

Для улучшения работы института большое значение имеет углубление сотрудничества с Министерством здравоохранения Эстонской ССР и лечебно-профилактическими учреждениями республики.

ÄGEDA DÜSENTEERIA JA KOLIENTERIIDI KLIINIKUST NING RAVIST

J. ŽELANDOVSKAJA, V. USTINOVA, M. TSARIK, M. SIDOROV ja *M. RANNIT*
(Tallinna Linna Nakkushaiglast, peaarst *J. Želandovskaja*)

Nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise eest peetava võitluse edukus sõltub teataval määral ka arstide valvsusest ja samuti nakkushaiguste kliiniku tundmisest.

Meile käepärast olevad kirjanduse andmed, samuti praktilised tähelepanekud lubavad märkida, et viimaste aastate jooksul on mõnede nakkushaiguste kulg muutunud tunduvalt kergemaks. Paljudel juhtudel piirduvad haiguse kliinilised nähud ainult osaliste sümptoomidega, kusjuures põhisümptoomid ilmnevad sageli nõrgalt või puuduvad hoopis. Haigus omandab sageli atüüpilise, kerge või abortiivse kulu, mis diagnoosimist erakordselt raskendab. Samuti on vaja märkida, et bakterioloogia ja viroloogia arenguga on kaasnenud ebaselge etioloogiaga nakkushaiguste rühmast uute nosoloogiliste ühikute eraldumine, mille kliinikut pole veel küllaldaselt tundma õpitud.

Käesolevas kirjutises esitatakse mõningaid andmeid ägeda düsenteeria (1575 täiskasvanut ja last) ja kolienteriidi (196 last) kliinilise pildi ja ravi tulemuste kohta. 1575 haigest 55,7%-l leidis ägeda düsenteeria kliiniline diagnoos kinnitust roojakülvis avastatud haigusetekitajate põhjal. Sealjuures avastati valdaval enamikul haigeist kõigis vanuserühmades Sonne baktereid: täiskasvanuil 61,2%-l haigeist, 3—14-aastastel 81,1%, 1—3-aastastel 76% ning kuni aasta vanustel lastel 89,6%-l haigeist.

Ülejäänud haigeil leiti Flexneri ja tema alaliikidesse kuuluvaid düsenteeriatekitajaid.

Kõigis vanuserühmades, välja arvatud kuni aasta vanused lapsed, kulges äge düsenteeria enamikul juhtudel kerge vormina (täiskasvanuist 83,5%-l, 3—4 aasta vanustel lastel 71%-l, 1—3 aasta vanustel lastel 81,7%-l haigeist). Kuni aasta vanustel lastel täheldati ägeda düsenteeria kerget kulgu 47,9%-l haigeist, ülejäänud juhtudel, s. o. enam kui pooltel, kulges haigus raskesti või keskmise raskusega. Ägeda düsenteeria kerge ja atüüpilise kulu korral märkasime haiguse kliinilises pildis (kõigis vanuserühmades) mõnede juhtivate haigussümptoomide puudumist.

Ägedasse düsenteeriasse haigestunud laste ja täiskasvanute rooja analüüsimisel selgus, et limajasverist rooja eritus 20%-l haigeist, limasegust 41,6%-l haigeist, ülejäänud 38,4%-l ei olnud roe ägeda düsenteeria haiguspildile iseloomulik. Ägeda düsenteeria kliinikus juhtivaks sümptoomiks olnud tenesmid, mida varem sageli täheldati, esinesid ainult 4,7%-l täiskasvanud haigeist.

Mis rektoskoopilistesse uurimistesse puutub, siis kuni poolteise aasta vanustele lastele rektoromanoskoopiat ei tehtud, 304-l sel meetodil uuritud haigest (s. o. täiskasvanud ja lapsed) 10,5%-l jämesoole alaosa limaskestal haiguslikke muutusi ei leitud. Katarraalseid muutusi täheldati 67,8%-l haigeist, erosioone ja haavandeid 21,7%-l. Sigmakäärsoole spasme ja valulikkust, mida ägeda düsenteeria puhul varem sageli esines, märgiti meie poolt ainult 32,0%-l haigeist (1575-st haigestunud täiskasvanust ja lapsest). Ägeda düsenteeria kliinilise pildi (täiskasvanuil ja lastel) andmete analüüsi põhjal soovitame soolestiku alaägedate häirete puhul haiget kompleksselt uurida, kasutades sealjuures kliinilise, instrumentaalse ja bakterioloogilise diagnoosimise meetodeid.

Viimastel aastatel on varaealiste laste kolienteriit eraldatud ägedate soolenakkuste rühmast omaette nosoloogiliseks ühikuks. Meie haigla pediaatrid hakkasid nimetatud haigust uurima 1958. aastast alates. Üldse

analüüsisime 196 kolienteriidihaige haigusjuhtu, millest järeldus, et kõige vastuvõtlikumad kolienteriidi suhtes on vastsündinud ning lapsed esimestel nädalatel ja kuudel ning eriti vastuvõtlikud on enneaegsed ja nõrgad lapsed. 196 kolienteriidihaigest lapsest oli 67% kuni aasta vanused, 33% — 1—2 aastat vanad. Haigete roojas leiti entero-patogeenseid soolekepikesi, kokku 11 erinevat seroloogilist tüüpi, mille hulgas domineerisid 0_{111} ja 145.

Kliiniliselt pildilt sarnanes kolienteriit tihtipeale kerge ja keskmise raskusega ägeda düsenteeriaga. Enamikul juhtudel algas haigus ägedalt. Kehatemperatuuri tõusu subfebriilseni täheldati 42%-l, üle 38° — 18%-l haigetest, 40%-l oli kehasoojus normaalne, 20%-l haigeist tekkis oksendamine, 28%-l kõhupuhitus. Intoksikatsiooninähtudele lisandus kõhulahtisus: 46%-l haigetest oli roe vesine ja limasegune, 4,6%-l vere- ja limasegune, 10%-l iseloomuliku oranžikas-kollaka värvusega, ülejäänud 39,6%-l oli roe puderja või vedela konsistentsiga ilma patoloogiliste lisanditeta. Kergetel juhtudel kestis haigus 2—4 nädalat, raskematel juhtudel püsis laste seisund pikemat aega muutumatuna (2 kuni enam kuud). Kolienteriidi puhul tekkivate tüsistustena tuleb märkida keskkõrva- ja kopsupõletikke, mida põdes 9% haigeist.

Kolienteriidi diagnoosi võib määrata haiguse kliinilise pildi ja roojas leitud soolekepikese patogeensete serotüüpide alusel.

Düsenteeriahaige ravimisel on üldise tunnustuse osaliseks saanud kompleksne meetod spetsiifiliste, patogeneetiliste ja sümptomaatiliste vahendite rakendamisega ning ratsionaalne dieet. Samaaegselt tuleb tähelepanu pöörata kaasnevatele haigustele ning ussnugiliste või algloomade invasioonile, mis raskendab põhihaiguse kulgu ja soodustab ägeda düsenteeria üleminekut krooniliseks. Düsenteeriahaige ravimise edukus sõltub tunduval määral ravimpreparaatide õigest valikust ja nende rakendamise kõige efektiivsemast meetodist.

Düsenteeriahaigete raviks kasutatavate medikamentide arv täieneb pidevalt. Edukalt manustatakse sulfaniilamiide ja antibiootikume. Ent vastavad kirjanduse andmed düsenteeriahaigete ravi efektiivsuse kohta on võrdlemisi vastuolulised. Meie haigla praktikas täheldati düsenteeriahaigete ravimisel ühesuguste preparaatidega erisugust efekti. Mõningail juhtudel avaldas ravim mõju, teistel juhtudel mitte. Muidugi ei anna positiivseid tulemusi ravimite šablooniline, valikuta kasutamine. Meie tähelepanekute kohaselt tuleb sulfaniilamiide ja antibiootikume valida peamiselt raviefekti järgi. Praktika näitab, et bakterivastase (eriti biomütsiin) toime kõrval on sulfaniilamiididel selgesti väljendunud põletikuvastane ja kõhtu kinnistav, levomütsetiinil ja streptomütsiinil antitoksiline toime. Mainitud tähelepanekutest lähtudes tuleb sulfaniilamiide ja antibiootikume määrata vastavate näidustuste järgi, kusjuures arvestatakse haiguse põhisündroomi (mida arst ravimpreparaadiga soovib mõjustada).

Nii kirjanduse andmeil kui ka meie tähelepanekute põhjal ei ühti düsenteeriabakterite tundlikkus antibiootikumide suhtes sageli raviefektiga. Laboratoorsetes tingimustes on düsenteeriabakterid osutunud peaaegu alati süntomütsiini suhtes tundlikumaks kui biomütsiini suhtes, kuid me oleme tähele pannud kõige selgemini avalduvat bakteritevastast raviefekti just biomütsiinil. Nende faktide põhjal leiab kinnitust tuntud seisukoht, et laboratoorseid andmeid ei saa organismile täielikult üle kanda. Järelikult peab ravimpreparaadi valikul juhinduma peamiselt antud haige düsenteeriabakterite tundlikkuse kliinilistest näidustustest, mitte aga ainuüksi laboratooriumi andmetest.

Ägedat düsenteeriat põdevate haigete ravimisel ei pidanud me rangelt kinni instruktsioonides soovitatavaist skeemidest. Vastavalt näidustustele rakendasime ulatuslikult nii täiskasvanute kui ka laste puhul

sulfaniilamiide (ftalasool, sulgiin jt.). Täiskasvanuile määrati sulfaniilamiide 1,0 neli korda ööpäevas. Manustatavad ftalasooli- ja sulgiiniannused ei tekitanud erilisi kõrvalnähte. Et nii sulfaniilamiidid kui ka düsenteeria toimivad organismisse C-vitamiini vähendava tegurina, siis määrasime haigeile samaaegselt ka C-vitamiini. Ägedat düsenteeriat põdevate täiskasvanute ja laste ravimisel kasutasime samuti antibiootikume (süntomütsiini, levomütsetiini, streptomütsiini, biomütsiini, terramütsiini). Neid manustati täiskasvanuile järgmiselt: süntomütsiini 4,0, levomütsetiini 2,0 g, streptomütsiini 500 000, biomütsiini 800 000, terramütsiini 800 000 TÜ ööpäevas. Antibiootikume anti 6—7 päeva jooksul. Ööpäevane annus lastele määrati vastavalt eale ja kehakaalule.

Sageli kasutati sulfaniilamiide koos antibiootikumidega, sagedamini streptomütsiini, levomütsetiini ning süntomütsiiniga. Neil juhtudel, kui ravi sulfaniilamiididega või kombineeritud ravi sulfaniilamiidide ja ülalnimetatud antibiootikumidega ei andnud küllaldast efekti, jätkati ravi kohe või 2—3-päevaste vaheaegade järel biomütsiini või terramütsiiniga (5—6 päeva kestel). Intoksikatsiooninähtude korral kasutasime düsenteeriavastast antitoksilist seerumit (40—60 antitoksilist ühikut).

Pikaajalise kuluga ägeda düsenteeria puhul süstiti naha alla Tšernohvostovi vaktsiini. Vaktsiini süstiti 2—3-päevaste intervallidega järgmistes annustes: esimene süste 0,25 ml, teine — 0,5 ml, kolmas — 0,75 ml, neljas — 1,0 ml, viies — 1,5 ml, kuues — 2 ml.

Lastele süstiti vaktsiini 4—5-päevaste intervallidega suurenevates annustes: esimene süste 0,2 ml, teine — 0,4 ml, kolmas — 0,6 ml, neljas — 0,8ml. Ägeda düsenteeria pikaajalise kuluga haigusjuhtudel tehti sageli, eriti lastele, vereülekandeid väikestes kogustes (60,0—125,0) ning plasmaülekandeid 50,0—100,0 kahe-kolmepäevaste vaheaegade järel 4—5 ülekannet ravikuuri vältel. Neil juhtudel, kui sulfaniilamiidide ja antibiootikumide manustamisel jämesoole limaskesta kahjustused ei paranenud, tegime 5—6 päeva vältel iga päev kalamaksaõliklistiire (50,0—100,0). Üheaegselt ravimitega määrati ka vastav dieet. Ravi algul olid kõik haiged dieedil nr. 13. (Pevzneri järgi), kliinilise tervenemise järgus määrati dieet nr. 15.

Meie poolt rakendatud ägeda düsenteeria ravile võivad hinnangu anda haige statsionaaris viibimise aeg ning retsidiivide tekkimise sagedus. Sealjuures püüdsime haigeid ravida nende täieliku tervistumiseni ning ainult erandjuhtudel suunasime nad pärast haiglast väljakirjutamist ravi jätkamiseks nakkushaiguste kabinettidesse. Kuni aasta vanused ägedat düsenteeriat põdevad lapsed viibisid haiglas keskmiselt 32 päeva, 1—14 aasta vanused 21 päeva, täiskasvanud aga 15,3 päeva. Meie poolt kolme kuu kestel tehtud tähelepanekute põhjal tekkis retsidiive kuni ühe aasta vanustel lastel 6,2%, 1—14-aastastel lastel 5,4% ning täiskasvanuil 0,08%-l haigeist.

Kolienteriidihaigeid lapsi raviti põhimõtteliselt nagu ägedat düsenteeriat põdevaid haigeid. Parimaid ravitulemusi saadi kolimütsiiniga.

О КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ И КОЛИЭНТЕРИТА

Е. Желандовская, В. Устинова, М. Царик, М. Сидоров и М. Раннит

Резюме

За последние годы течение некоторых болезней стало значительно более легким. Во многих случаях клинические проявления заболевания ограничиваются частью симптомов, причем основные симптомы часто выражены слабо или отсутствуют. Болезнь принимает иногда атипичное, легкое или абортивное течение, что зачастую значительно затрудняет диагностирование.

Приводятся данные клинической картины и течения заболевания острой дизентерией (1575 больных) и колиэнтеритом (196 больных).

Из 1575 больных острой дизентерией у 55,7% больных диагноз был подтвержден обнаружением возбудителей заболевания при посеве испражнений. Притом у подавляющего большинства больных (и во всех возрастных группах) были выявлены возбудители типа Зонне (74%), у остальных же типа Флекснера и близкие к ним возбудители дизентерии. Во всех возрастных группах (исключая только детей до одного года) у большинства больных (79%) течение заболевания было легким. У детей в возрасте до 1 года легкое течение заболевания наблюдали в 47,9% случаев. У остальных детей течение болезни было тяжелым или средней тяжести.

У 196 детей больных колиэнтеритом в испражнениях было обнаружено 11 штаммов энтеропатогенных кишечных палочек, среди которых преобладал штамм O_{111} и серологический штамм 145. Начало заболевания детей колиэнтеритом в большинстве случаев было острое, и походило по клинической картине на заболевание дизентерией легкой или средней тяжести.

При комплексном лечении больных сульфаниламидами, антибиотиками и другими средствами среднее пребывание в больнице детей до 1 года составляло 32 дня, детей от 1 года до 14 лет — 21 день, а взрослых — 15,3 дня. По истечении 3 месяца рецидивы возникли у детей до 1 года в 6,2%, у детей от 1 года до 14 лет в 5,4%, а у взрослых в 0,08% случаев.

GRIPIVASTASE VAKTSINEERIMISE EFEKTIIVSUSEST

J. TŠAPLINSKI

(Eesti Raudtee Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, ülem *N. Ussov*)

Paljude uurijate (1, 2, 3, 4) arvates on gripi profülaktikas kõige efektiivsemaks abinõuks elanikkonna aktiivne immuniseerimine gripi elusvaktsiiniga.

Käesoleva töö eesmärgiks oli 1961. aasta kevadel Tallinna raudteelaste seas korraldatud gripivastase vaktsineerimise efektiivsuse uurimine.

1960. aasta oli gripi ja teiste respiratoorsete haiguste poolest epidemioloogiliselt soodsaks aastaks. Kuid 1961. aasta algul saabusid esimesed teated juba eelmise aasta lõpul alanud A_2-viirustüübi poolt põhjustatud gripiepideemiast Inglismaal ja Iiris. Mõnevõrra varem, 1960. aasta novembris-detsembris algas ulatuslik gripipuhang Jaapanis, mida põhjustas B-viirustüüp. Hiljem saabunud andmetel (5) registreeriti 1961. aasta jaanuaris grippi haigestumise tõusu samuti Norras ja Soomes.

Grippi ja ülemiste hingamisteede ägedatesse katarridesse haigestumine Tallinna raudteelaste seas oli pärast A_2-viirustüübi levikust põhjustatud gripipuhangut (1959. aasta algul) mõõdukas. 1961. aasta jaanuaris sagenes haigestumine grippi ja ülemiste hingamisteede katarridesse ning ületas peagi 1959.—1960. aasta epideemiatevahelise perioodi kõige kõrgemad näitajad.

1960. aasta detsembris õnnestus meil viroloogilisel uurimisel eraldada 3 gripiviiruse tüve (A_2-viirustüüp). Neist kaks avastati Tapa, üks Tallinna raudteelaste lasteasutustes. Uurides Tallinna raudteelaste haigestumist

grippi ja ülemiste hingamisteede katarridesse, pöörasime tähelepanu immuunsuse taseme kontrollimisele mitut tüüpi tekitajate suhtes.

1960. aasta teisest poolest kuni 1961. aasta jaanuarini uurisime Tallinna raudteelaste vereseerumi esimesi proove hemaglutinatsiooni pidurdusreaktsiooni (8) abil. Üldse uuriti 541 vereproovi. Vaatlusalusteks olid mitmesuguse erialaga raudteelased ja nende perekonnaliikmed.

Tabel 1

Andmed Tallinna raudteelaste immuunsuse kohta gripiviiruse mitmesuguste tüüpide suhtes 1960. aasta II poolel

		Viirustüüp				
		A	A-1	A-2	B	D
Negatiivne tulemus		37,8%	54,6%	69,9%	70,8%	53,6%
Positiivne tulemus		62,2%	45,4%	30,1%	29,2%	46,4%
sealhulgas	antikehade madal tiiter	30,8%	67,0%	46,0%	71,5%	53,0%
	antikehade keskmine tiiter	52,8%	28,0%	46,6%	22,2%	44,2%
	antikehade kõrge tiiter	16,4%	5,0%	7,4%	6,3%	2,8%

Nagu tabelist 1 nähtub, olid raudteelased kõige immuunsemad gripiviiruse A-tüübi (62,2%) ning kõige vähem immuunsed (ainult 29,2%) gripiviiruse B-tüübi suhtes. A_2-viiruse suhtes leiti immuunkehi ainult 30,1%-l uuritavaist.

Meie initsiatiivil otsustati korraldada Eesti Raudtee töötajate gripivastane vaktsineerimine A_2- ja B-viirustüübi elusvaktsiiniga. Vaktsineerimine

Tabel 2

Haigestumuse näitajad vaktsineeritute ja mittevaktsineeritute rühmades

Asutuse nimetus	Mittevaktsineeritute rühm			Vaktsineeritute rühm			Vaktsineerimise efektiivsuse koefitsient
	üldarv	haigestus grippi ja ülemiste hingamisteede katarri	haigestunute %	üldarv	haigestus grippi ja ülemiste hingamisteede katarri	haigestunute %	
Raudteevalitsus	308	72	23,3%	194	30	15,4%	1,5
Raudtee Polikliinik	81	13	16,0%	76	9	11,8%	1,3
Raudtee Töölisvarustuse Valitsus	115	24	20,8%	146	14	9,5%	2,1
Tallinna Teejaoskond	527	57	10,8%	157	11	7,0%	1,5
Tallinna Raudteekond	480	72	15,0%	250	17	6,8%	2,2
Tallinna Veduridepoo	277	36	13,0%	177	22	12,4%	1,04
Tallinna Vagunidepoo	606	78	12,8%	218	26	11,9%	1,1
Raudteekool nr. 1 (õpilased)	177	29	16,3%	188	18	7,4%	2,2
Vagunisaatjate Reserv	116	39	33,6%	296	11	3,9%	8,6
Kokku:	2687	420	15,9%	1702	158	9,2%	1,7

toimuski 1961. aasta märtsikuu jooksul, mille organiseerijateks ja teostajateks olid Eesti Raudtee Polikliiniku ja Eesti Raudtee Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötajad.

Üksikasjalikult uurisime vaktsineerimise tulemusi Tallinnas. Immuniseerimiseks kasutati gripiviiruse A_2- ja B-tüübi elusvaktsiini. Kõigepealt

toimus immuniseerimine A_2-viirustüübi vaktsiiniga, seejärel aga (2-nädalase intervalliga) B-viirustüübi vaktsiiniga. Vaktsiini (0,5 ml) tilgutati mõlemasse ninasõõrmesse. Üldse vaktsineeriti 1702 inimest, kellest peamise osa moodustasid täiskasvanud ning ainult vähemiku raudteekooli õpilased (15—18-aasta vanused noorukid.) Kontrollrühmaks oli 2687 vaktsineerimata jäänud isikut neist asutustest, kus vaktsineerimine juba aset leidis. 3. märtsil alustatud vaktsineerimine viidi täielikult lõpule 1961. aasta 28. märtsiks, vahetult enne A_2-gripiviiruse poolt tekitatud haiguspuhangut Tallinnas. Gripipuhang algas märtsikuu lõpul, jõudis maksimaalse tasemeni aprilli teisel dekaadil ning alanes mai alguseks. Vaktsineerimise tulemusi arvestati igal objektil eraldi vaktsineeritute nimekirjade ja töövõimetuslehtede järgi.

Kaitsepookimisele järgnenud reaktsioon ei olnud tugev. Kõigist vaktsineerituist tekkisid ainult 30-l (1,7%-l) 2.—3. päeval pärast vaktsineerimist katarraalsed nähud ja temperatuuri tõus 37,2—37,4°-ni. Vaktsineeritud isikuist haigestus grippi ja ülemiste hingamisteede ägedatesse katarridesse 153 inimest ehk 9,2% (tabel 2). Mittevaktsineeritute rühmas oli haigestumuse protsendiks 15,9, mis seega ületab vaktsineeritute rühma haigestumuse 1,7-kordselt. Kõige tugevamaks osutus immuunsus Vagunisaatjate Reservis (vaktsineerimiste efektiivsuse koefitsient 8,6). Teatavasti ei hinnata vaktsineerimise efektiivsust ainult vaktsineeritute ja mittevaktsineeritute rühmades esinenud haigusjuhtude arvu võrdlemise teel, vaid ka haigestunute töövõimetuspäevade arvu järgi (tabel 3).

Tabel 3

Grippi ja ülemiste hingamisteede katarridesse haigestunud vaktsineeritud ja mittevaktsineeritud Tallinna raudteelaste töövõimetuspäevade arv

Asutuse nimetus	Töövõimetuspäevade arv				Efektiivsuse koefitsient
	mittevaktsineeritutel		vaktsineeritutel		
	kokku	iga 100 inimese kohta	kokku	iga 100 inimese kohta	
Raudteevalitsus	462	150,0	181	93,2	1,6
Raudtee Polikliinik	73	90,1	42	55,2	1,6
Raudtee Töölisvarustuse Valitsus	124	107,8	68	46,5	2,3
Tallinna Teejaoskond	290	55,0	49	31,2	1,7
Tallinna Raudteekond	377	78,5	80	32,0	2,4
Tallinna Veduridepoo	246	88,8	135	76,2	1,16
Tallinna Vagunidepoo	381	62,8	164	75,2	—
Vagunisaatjate Reserv	196	168,9	67	22,6	7,4
Raudteekool nr. 1 (õpilased)	136	76,8	44	23,4	3,2
Kokku:	2285	95,6	830	48,7	1,96

Nagu tabelist nähtub, oli vaktsineeritute töövõimetuspäevade arv Vagunisaatjate Reservis (mittevaktsineeritutega võrreldes) 7,4 korda madalam. Raudteekooli õpilaste seas oli see vastavalt 3,2 korda madalam.

Üldkokkuvõttes oli gripipuhangu ajal grippi ja ülemiste hingamisteede ägedatesse katarridesse haigestunud mittevaktsineeritute töövõimetuspäevade arv vaktsineeritute töövõimetuspäevade arvust 1,96 korda kõrgem. Saadud tulemuste põhjal võib kinnitada teiste autorite (6, 7) andmeid gripipuhangu perioodil teostatud vaktsineerimise kahjutusest.

1. Gripipuhangu eel Tallinna raudteelaste seas läbiviidud immuunsuse uurimise tulemused osutusid positiivseks A-viirustüübi suhtes — 62,2%-l, A_1-viirustüübi suhtes — 45,4%-l, A_2-viirustüübi suhtes — 30,1%-l, B-viirustüübi suhtes — 29,2%-l ja D-viirustüübi suhtes 46,4%-l juhtudest.

2. 1961. aasta märtsikuus vaktsineeriti 1702 inimest. Vaktsineerimata jäänute kontrollrühmas oli 2687 inimest. Gripipuhangu ajal oli vaktsiini saanute seas 1,7 korda vähem haigestunuid kui vaktsineerimata jäänute rühmas, vastavalt oli ka töövõimetuspäevade arv 1,96 korda madalam.

3. Vaktsiini manustamise järel tekkis haiguslik reaktsioon ainult 1,7%-l vaktsineerituist.

4. Grippi haigestumise tõusuperioodil toimunud vaktsineerimine ei soodustanud gripipuhangu levikut, vaid vastupidi: aitas kaasa haigestumise vähenemisele vaktsineeritute hulgas.

5. Õige epidemioloogilise prognoosi ja õigeaegse profülaktilise vaktsineerimise eesmärgil on vaja pidevalt uurida elanikkonna immuunsuse taseme kõikumist gripi mitmesuguste viirustüüpide suhtes.

KIRJANDUS

1. Гольштейн М. И., Эстрин Б. М., Иванченко Н. П. и Айзенберг С. А. Вопр. вирусол. 1956, 2, 10—13. — 2. Неклюдова Л. И. и Ковылова Е. М. Там же 13—16. — 3. Зибицкер Д. Е., Селиванов Я. М., Фесько Т. А. и Госиловская А. Е. Вопр. вирусол. 1956, 6, 43—47. —4. Уланов С. С. Вопр. вирусол. 1959, 1, 15—19 — 5. Обзор Регионального центра по гриппу СССР за 1-й квартал 1961 года. АМН СССР. — 6. Маковер Г. и Коровин А. А. Грипп. М., 1956. — 7. Смородинцев А. А. Грипп. Л., 1961. — 8. Tšaplinski, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 65—68.

Saabus toimetusse 12. märtsil 1962. a.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА

Е. Чаплинский

Резюме

В 1960 году нами была исследована 541 проба сыворотки крови железнодорожников станции Таллин с целью изучения уровня иммунитета к различным типам вируса гриппа. При этом было установлено, что 29,2% обследованных имели антитела к вирусу гриппа типа Б и 30,1% — к вирусу типа А-2.

Заболеваемость таллинских железнодорожников гриппом и острыми катарами верхних дыхательных путей в 1960 году находилась на уровне межэпидемического года с показателем 90,6.

В декабре 1960 года нами были выделены 3 штамма вируса гриппа типа А-2. Два из них выделены в городе Тапа и один — в Таллине.

Рост заболеваемости гриппом железнодорожников Таллина, как и в целом по городу, начался в январе 1961 года.

Учитывая сложившуюся в начале 1961 года эпидемиологическую обстановку, а именно: эпидемические вспышки гриппа в различных странах Европы и Азии, повышение заболеваемости гриппом и острыми катарами верхних дыхательных путей в Таллине, лабораторные подтверждения циркуляции среди населения вируса гриппа типа А-2, а также низкий уровень иммунитета к гриппозным вирусам А-2 и Б у обследованных, — было решено провести иммунизацию на железнодорожных предприятиях станции Таллин живой гриппозной вакциной типов А-2 и Б.

Иммунизация проводилась в течение марта 1961 года, т. е. непосредственно перед вспышкой гриппа А-2 в Таллине. Всего прививками были охвачены 1702 человека. Контрольная группа состояла из 2687 человека не получивших прививки. Вакцина вводилась путем закапывания в носовые ходы вакцинируемых. Реакция на прививку зарегистрировна в 30 случаях, что составляет 1,7% привитых.

Учет заболевших в период вспышки гриппа проводился по спискам вакцинированных и листкам нетрудоспособности, выданным заболевшим, как в группе привитых, так и в группе непривитых.

Среди вакцинированных заболело 158 человек или 9,2%. Вакцинированные потеряли 830 рабочих дней. Из числа не получивших прививки в период вспышки заболело 420 человек или 15,9%; ими потеряно 2885 рабочих дней.

Вакцинация на всех объектах дала положительные результаты со средним коэффициентом эффективности 1,7. Трудопотери среди непривитых в 1,96 раза больше, чем в группе получивших прививки.

Проведение вакцинации на подъеме заболеваемости, непосредственно перед вспышкой гриппа, вредных последствий не имело.

LISTERIOOS VASTSÜNDINUTEL

R. ORŠANSKAJA

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Seoses laste üldise suremuse vähenemisega on tarvis erilist tähelepanu pöörata kaasasündinud patoloogiast põhjustatud surmajuhtudele vastsündinute ja imikute seas. Selles suhtes väärib märkimist listerioos ehk *granulomatosis infantiseptica*.

Esmakordselt kirjeldati seda haigust 30 aastat tagasi. Nagu V. Morozkin ja O. Lebedeva (9) väidavad, pärinevad esimesed teated listerioosi kohta kodumaistelt autoritelt (N. Filatov, S. Korsakov, A. Rauchfuss ja A. Kissel), kes kirjeldasid näärmete suurenemisest põhjustatud palavikku koos mononukleoosiga. Mononukleoosi listerioosse etioloogia teooria lükkasid ümber aga P. Wisingi eksperimentaalsed uurimused [tsit. E. Ter-Grigorova järgi (14)]. H. Seeligeri (7) andmeil tõid esimesi teateid listerioosi kohta E. Murray, R. Webb ja M. Swann, kes 1926. a. kirjeldasid üksikasjalikult listerioosi tekitajat, kelle nad Cambridge'is kodujänestel ja merisigadel 1924. a. puhkenud epizoootia ajal avastasid.

Listeeriad on liikuvad lühikesed graampositiivsed kepikesed, mis paiknevad kas üksikult või paarikaupa ridamisi; harvemini rooma numbri V kujuliselt ahelikus. Vahel on nad ka otstest kõverdunud või moodustavad degeneratiivseid vorme, mis on kaotanud liikuvuse ja võime värvuda Grami järgi. Listeeriad on rangelt aeroobsed bakterid ega moodusta eoseid. Omadus enamike loomade veres monotsütoosi põhjustada sai aluseks listerioosikepikeste liiginimetusele *Listeria monocytogenes*.

Listerioosi nakkusallikaks ning selle reservuaariks looduses on närilised, kes annavad nakkust edasi teistele loomaliikidele. See haigus on levinud kogu maailmas kitsede, lammaste, sigade, veiste, koerte, kasside, lindude ja putukate hulgas. Inimene nakatub listerioosi vahetu kontakti puhul haigete loomadega, samuti ka infitseerunud toiduainete (piim, liha) tarvitamisel. Nakatumist peetakse võimalikuks isegi infitseerunud tolmu sissehingamise teel loomanahkade töötlemisel.

Inimesed võivad listerioosi haigestuda igas vanuses, kuid haiguse kulg pole erinevas eas ühesugune. Nii domineerib looteil, vastsündinuil ja imikuil septilis-granulomatoosne vorm, vanemaealistel lastel ja täiskasvanuil kahjustub kõige sagedamini kesknärvisüsteem. Peale selle esineb veel anginoosne-septiline haigusvorm. Kulu järgi jaguneb listerioos järgmiselt: a) äge ja üliäge, b) alaäge, c) krooniline, d) abortiivne.

Anginoosse-septilise kuluga listerioosi puhul täheldatakse järske külmavärinahoogusid, lihaste ja peavalu, näo hüpereemiat, konjunktiviiti, roseoole näol ja jäsemetel, lümfisõlmede, maksa ja põrna suurenemist, farüngiiti, mädast pseudomembranoosset angiini ning SR kiirenemist

(mõnikord on see ka normaalne). Veres esineb vähene leukotsütoos ja ühel või teisel määral monotsütoos. See haigusvorm on ülekaalus täiskasvanuil ning kulgeb enamasti healoomuliselt. Kuid L. Samessova (18) kirjeldab surmaga lõppenud listerioosijuhtu 35-aastasel mehel, kellel esinesid haavandid tonsillidel, ninavaheseinal ja suuõõne limaskestal ning listerioosne septiline kopsupõletik. Kui angiininähud puuduvad ja esiplaanile nihkub üldine palavikuga kulgev nakkus, siis kõneldakse listerioosi septilis-tüfoossest vormist. See harva esinev haigusvorm, mis kulgeb kas kopsupõletiku, empüeemi või mädase meningiidi nähtudega, lõpeb sageli haige surmaga.

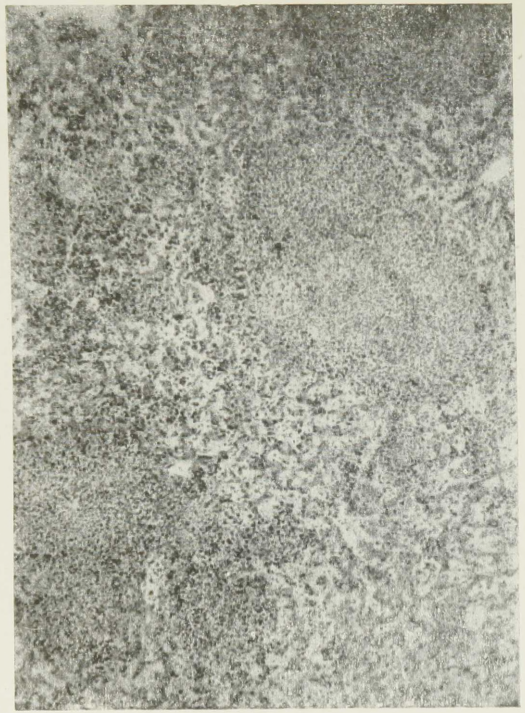
Kas generaliseerunud nakkuse tagajärjel või siis paiksete haigusprotsesside puhul ninas, kurgus, silmades ja keskkõrvas või listerioosikepikeste tungimisel ajukelmetesse, pea- ja seljaajusse tekivad listerioosne meningiit, entsefaliit, meningoentsefaliit või ajuabstsessid. Neid haigusvorme põevad sagedamini eakad inimesed ja lapsed. Listerioosne meningiit pole muudest põhjustest tingitud ajukelmepõletikest kliiniliselt eristatav. Diagnoosi saab kindlaks määrata ainult bakterioloogilise uurimisega.

Erilist huvi pakub vastsündinute listerioos. Loote nakatumine toimub platsenta kaudu. Tuleb märkida, et rasedal kulgeb listerioos sageli abortiivselt väheste ja ebatüüpiliste sümptoomidega. Haigus võib neil avalduda konjunktiviidina, riniidina, angiinina, mõnikord ka gripisarnase nakkusena, püeliidina ja enterokoliidina. Emadel tekitab listerioosinakkus enamasti niivõrd väheseid haigusnähte, et nad peavad end terveks (terved pisikukandjad), kuid lootel, vastsündinul või imikutel kutsub see esile üliägeda, peaaegu alati surmaga lõppeva haigestumise. Mis loote nakatumise mehhanismi puutub, siis H. Flammi (17) arvates tungib nakkus lootesse peaaegu eranditult nabaveeni kaudu.

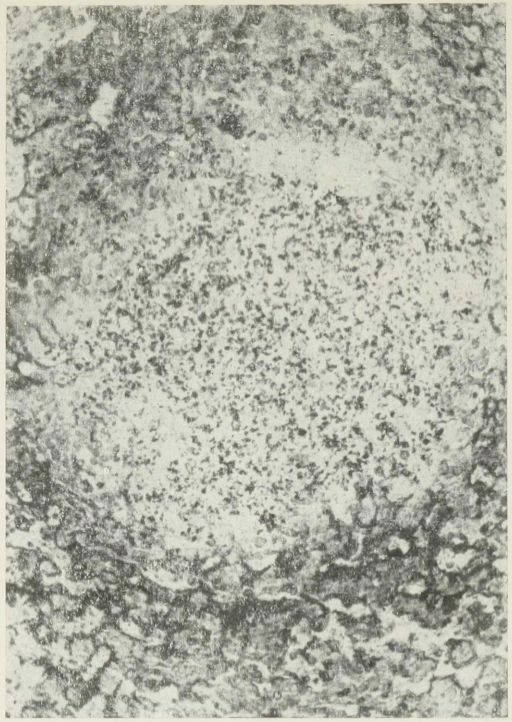
Seoses sepsise tormilise arenguga lootel satuvad listeeriad hulgaliselt platsenta hattudesse, kus nad hävitavad nende struktuuri (esmajärjekorras veresoonte ümbruses). Sel viisil tekivad platsentas kolded. Need osutuvad massiivse reinfektsiooni põhjustajaks, mis viib raseduse enneaegse katkemiseni. Pärast sepsisekolde eemaldamist haige tervistub. J. Schindler (1959) arvab, et loote nakatumine toimub infitseerunud lootevete aspireerimise tagajärjel. Kodumaises arstiteaduslikus kirjanduses on alles viimasel ajal hakanud ilmuma vastsündinute listerioosi kirjeldavaid töid (1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 15). H. Seeliger (7) arvab, et erütroblastoosi, süüfilise ja toksoplasmoosi kõrval on listerioos üks sagedasemaid surnult sündimise ja loote kahjustuste põhjusi.

Loote esimesed rasked kahjustused ilmnevad tema liigutuste ning südametoonide lakkamises, millele järgneb kas patoloogiline sünnitus või abort. Kui nakatumine on toimunud raseduse hilisemas järgus, võivad sündida ka elusad lapsed. Suur osa enneaegsetest sureb juba esimestel minutitel või tundidel, teised elavad 1—2 nädalat, näides algul tervetena. Vastsündinuil ja imikuil ei ole haigusnähud tüüpilised. Esiplaanil on hingamis- ja vereringehäired koos ägeda tsüanoosiga. Esineb janu, oksendamine, hooti külmavärinad, mekooniumi varajane eraldumine ja kõhulahtisus. Mõnikord ilmuvad nahale roseoolid või paapulid. Kui lapsed esimestel haiguspäevadel ellu jäävad, siis lisandub veel mädane meningiit. Kliinilised andmed ei võimalda listerioosi diagnoosida, sest vastsündinuil täheldatakse sageli apnoehooge ja vereringehäireid. Ulatuslike verevalumitega sünnitustraumad vajavad diferentsiaaldiagnoosimist, sest ajukelme rebendid võivad seotud olla listerioosse meningiidiga.

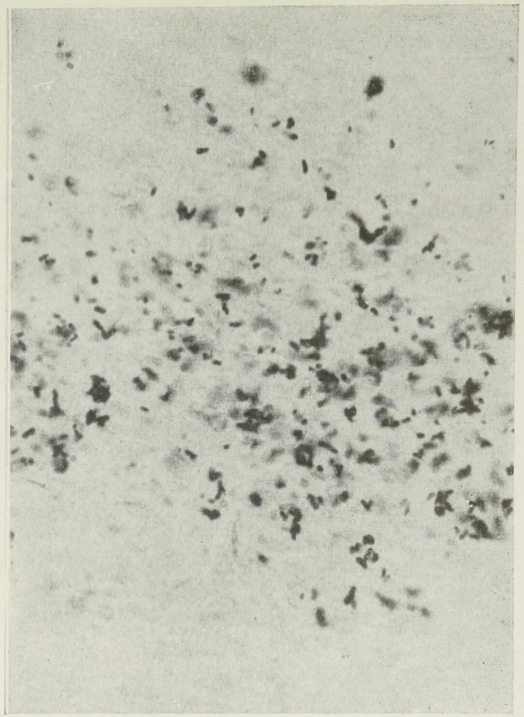
Patoloogilis-anatoomiliselt iseloomustavad listerioosi miliaarsed sõlmekesed elundeis. Kõige enam on kahjustatud maks, milles on näha massiliselt väikesi hallikaid sõlmekesi. Sellega on seletatav ka haiguse endine nimetus «pseudotuberkuloos». Samasugused muutused võivad



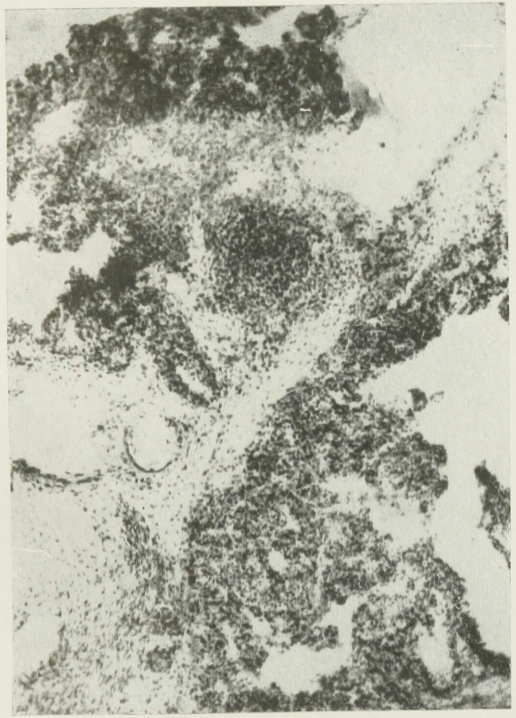
Mikrofoto 1. Arvukad listerioossed granuloomid maksas. (Värvitud Levaditi meetodil)



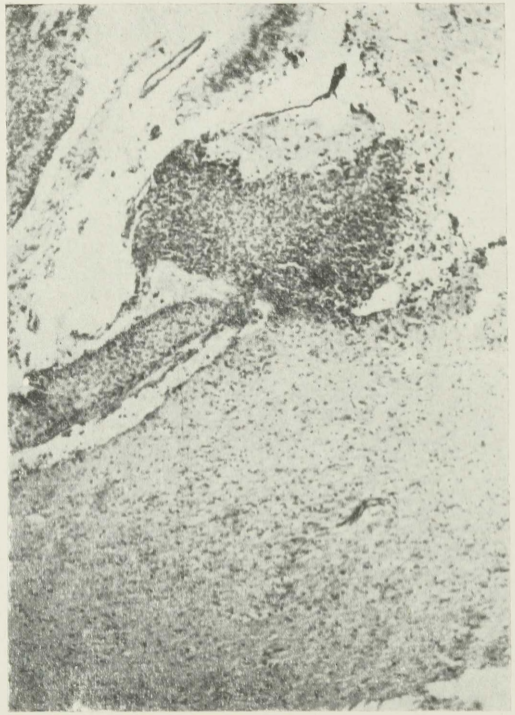
Mikrofoto 2. Granuloom maksas. Tugev suurendus. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga)



Mikrofoto 3. Listerioosikepikesed granuloomis. (Värvitud Levaditi meetodil)



Mikrofoto 4. Granuloom kopsus. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga)



Mikrofoto 5. Aju koos pehmekelmega. Listerioosne granuloom ajus, ajukelme all. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga)



Mikrofoto 6. Listerioosne granuloom nabapiirkonna nahal. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga)

esineda ka põrnas, soolestikus, mandlites, ajus ja aju pehmekelmes. Haigusetekitaja põhjustab esmast nekroosi koos sellega kaasneva retikuloendoteliaalsete elementide paljunemisega, mille järel tekib granuloom. Granuloomi keskosas areneb nekrobioos. Nekroosikolde ümber paikneb mitmesugusel hulgal haigusetekitajaid, mida kõige hõlpsamini avastatakse värvimisel Gram-Weigerti või Levaditi meetodil.

Listerioosi kliinilise diagnoosimise raskusi illustreerib kujukalt järgmine septilis-granulomatoosse vormiga listerioosijuht vastsündinul.

Sünnitaja Š., 22 aastat vana (naiguslugu nr. 2253), saabus Tallinna Vabariiklikku Haigla sünnitusosakonda 28. juulil 1962. Esimene rasedus, enneaegsus. Varem põetud haigused — leetrid, malaaria ja gripp. Raseduse kulg normaalne, haiglasse saabumisel kaebusi polnud. Sünnituse kestus 9 tundi, väljutusperiood 10 minutit. Loote südametoonid selged, eritunud looteveed puhtad. Sündis 2000 g raskune ja 45 sm pikkune poeglaps sinises asfüksias, elustatud Legentšenko meetodil. Järgmisel päeval pärast sünnitust tõusis emal kehatemperatuur 39°-ni, seejärel langes mõne päeva kestel normini ning 8. päeval kirjutati ta koju. Laps elas üldse ainult 20 tundi. Pärast elustamist hingas halvasti. Vastsündinute palatisse saabus väga raskes seisundis, millest teda ei õnnestunud välja viia. Laps suri. Et väljutusperiood oli lühike, siis hinnati kogu haiguspilti sünnitusel tekkinud asfüksiana. Selle diagnoosiga ja kahtlusega hüaliinimembraanide esinemise suhtes suunati surnu lahkamisele.

Lahkamisel (lahanguprotokoll nr. 216/1962. a.) täheldati naha sinikust, siseelundite venoosset paisveresust, kopsukoe tihkestumist, maksakihnualust hematoomi koos kihnu ja maksakoe rebendiga 0,5 sm ulatuses; kõhuõõnes oli 50 sm^3 hüübimata verd. Maksakoes leidus suurel hulgal üliväikesi hallikaid sõlmekesi, mis makroskoopiliselt polnud miliaarsest tuberkuloosist eristatavad.

Aju pehmekelmes ulatuslikud täppverevalumid. Külgmistes ajuvatsakestes suured verehüübed. Vasaku külgmise vatsakese ependüümi all verevalumikolle. Maksa histoloogilisel uurimisel leiti selles suurel hulgal mitmesuguse suurusega ning omavahel osaliselt liitunud nekroosikoldeid, mis paiknesid peamiselt maksa parenhüümis, haarates ainult kohati stroomat (tahvel I, mikrofoto 1 ja 2).

Mainitud kolletes olid nekrobioosiseisundis rakutuumade tihedad kogumid. Peale selle leiti rohkesti tuumajäänuseid, histiotsüüte ja retikuloendoteliaalrakke, pindmises osas aga vähesel hulgal leukotsüüte. Argürofiilne karkass granuloomi keskosas hävinenud, kuid perifeerias säilinud. Kirjeldatud granuloome leidus osaliselt keskel, kuid peamiselt pindmises osas, mis sisaldasid korratult paiknevaid lühikeste jämedate kepikeste kogumeid. Need olid selgesti nähtavad värvimisel Gram-Weigerti ja Levaditi meetodil (mikrofoto 3). Samalaadseid granuloome leiti ka kopsudes (tahvel II, mikrofoto 4), ajus (mikrofoto 5) ja nabapiirkonnas (mikrofoto 6).

Nimetatud juhul oli tegemist tüüpilise kaasasündinud septilis-granulomatoosse listerioosiga, millega on seletatav ka lapse enneaegne sündimine ja temperatuuritõus emal pärast sünnitust. Et väljutusperiood oli lühike, siis ei saa välistada ka sünnitustrauma elemente verevalumite tekkes ajukelmesse ja -ollusesse, kuigi nakkus ise ilma sünnitustraumatagi tekitab ajus samasuguseid muutusi.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudis ravitakse listerioosi põdevaid naisi antibiootikumidega kombineeritult, kusjuures täheldatakse kindlat erinevust ravitud ja ravimata naistel raseduse ja sünnituse kulus ning looteseisundis. Ravitute rühmas oli enneaegsuse sagedus 4 korda ja laste suremise sagedus 2,5 korda väiksem kui mitteravitutel.

Järeldused

1. Listerioos võib samuti kui toksoplasmoos ja erütroblastoos põhjustada aborte, enneaegseid sünnitusi ning kaasasündinud väärarenguid.
2. Mainitud haiguse vähene tundmine arstide poolt takistab õigeaegset diagnoosimist ja haigete ravimist.
3. Listerioosi põdevate naiste õigeaegne ravimine aitab kaasa laste enneaegsuse ja suremise vähendamisele.

KIRJANDUS

1. Агейченко М. Д. Врожденный листериоз. Тезисы 2-ой Всес. конф. патологоанатомов. Минск, 1962, 41—43. — 2. Агейченко М. Д. и Гулькевич Ю. В. Архив патологии, 1962, 1, 17—23. — 3. Бобев Д., Иванова И. Болезни новорожденного. София, 1963, 51—53. — 4. Бродский Г. В. Акушерство и гинекология, 1961, 4, 103—105. — 5. Гудкова Е. И. и др. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1958, 9, 24—28. 6. Егорова А. Г. и Полякова Г. П. Акушерство и гинекология, 1959, 4, 64—70. 7. Зеелигер Х. Листериоз. М., 1959. — 8. Кортев А. И., Танцырева Е. Н. и Казакова К. С. Клинич. медицина, 1957, 1, 102—104. — 9. Морозкин Н. И. и Лебедева О. П. Сов. медицина, 1955, 3, 27—37. — 10. Полыковский Т. С. Акушерство и гинекология, 1960, 1, 109—110. — 11. Поманская Л. А., Потоцкая В. В. Акушерство и гинекология, 1963, 3, 57—62. — 12. Рейса Х. И., Кнолле Х. Архив патологии, 1963, 12, 57—62. — 13. Сахаров П. П. и Гудкова Е. И. Листереллезная инфекция. М., 1959. — 14. Тер-Григорова Е. Н. Инфекционный мононуклеоз. В кн.: Многотомное руководство по патологической анатомии. т. 3, М., 286—304. — 15. Тошев Г., Илиев Г., Иванов И. Акушерство и гинекология, 1956, 6, 70—71. — 16. Хоменко Г. И., Мациевский В. А. и Лебедев О. П. Врачебн. дело, 1953, 12, 1099—1104. — 17. Фламм Г. Перинатальные инфекции человека. М., 1962, 100—103. — 18. Шамесова Л. Т. Архив патологии, 1949, 5, 75—78.

ЛИСТЕРИОЗ НОВОРОЖДЕННЫХ

Р. Оршанская

Резюме

В связи со снижением общей детской смертности необходимо особенное внимание обратить на смертные случаи среди новорожденных и грудных детей, обусловленных врожденной патологией. В этом отношении заслуживает внимания листериоз или *granulomatosis infantiseptica.*

Основным источником листериоза и его резервуаром в природе являются грызуны, которые передают инфекцию другим видам животных. Эта болезнь распространена во всем мире среди коз, овец, свиней, крупного рогатого скота, собак, кошек, птиц и насекомых. Человек заболевает листериозом в результате непосредственного контакта с больными животными, а также вследствие употребления в пищу инфицированных продуктов (молоко, мясо). Считают возможным заражение даже путем вдыхания инфицированной пыли (при обработке шкур животных).

Люди могут заболевать листериозом в любом возрасте, но течение болезни в различных возрастах не одинаковое: так, например, у детей, новорожденных и грудных, преобладает септикогранулематозная форма; у детей старшего возраста и у взрослых наиболее часто поражается нервная система. Кроме указанных существует еще ангинозно-септическая форма заболевания. По течению листериоз подразделяют на: а) острый и сверхострый, б) подострый, в) хронический и г) абортивный.

При ангинозно-септической форме листериоза отмечают приступы потрясающего озноба, мышечную и головную боль, гиперемию лица, конъюнктивит, розеолы на лице и конечностях, увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки, фарингит, гнойную и псевдомембранозную ангину, ускорении РОЭ (иногда в пределах нормы). В периферической крови лейкоцитоз и моноцитоз. Эта форма болезни наблюдается преимущественно у взрослых и течение ее в основном доброкачественное.

При генерализации заболевания, а также при местных процессах в носовой и ротовой полостях, в глазах и среднем ухе, возбудители листериоза проникают в оболочки мозга, в головной и спинной мозг и вызывают менингит, энцефалит, менингоэнцефалит или абсцесс мозга. Эти формы заболевания встречаются преимущественно у пожилых людей, а также у детей. Менингит листериозной этиологии диагностируется в клинике только на основании результатов бактериологического исследования.

У беременных листериоз часто протекает абортивно, с нетипичными симптомами. Болезнь может проявиться в виде конъюнктивита, ринита, ангины, как гриппоподобное заболевание, пиелит и энтероколит. В большинстве случаев листериоз у матерей протекает до того бессимптомно, что они считают себя здоровыми (здоровые бациллоносители), но у новорожденных или грудных детей листериоз протекает в виде сверхострого, почти всегда со смертельным исходом, заболевания.

В связи с бурным развитием у плода сепсиса, листереллы проникают в ворсинки плаценты, и нарушают их структуру (в первую очередь в окружности кровеносных сосудов). Так в плаценте возникают очаги являющиеся причиной массивной реинфекции, которая приводит к прерыванию беременности.

После удаления из организма очага инфекции наступает выздоровление больной

В настоящее время больным листериозом женщинам назначают комбинированное лечение антибиотиками.

Листериоз как и токсоплазмоз и эритробластоз, может вызывать аборты, преждевременные роды и уродства плода. Недостаточное знание этого заболевания врачами является причиной его несвоевременного диагностирования и запоздалого лечения.

LOOMADE LISTERIOOSIST EESTI NSV-s

Veterinaariadoktor *V. TILGA*, veterinaariakandidaat *L. LEESMENT* ja veterinaararst *R. PARIS*

(Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor *A. Mölder*, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor *A. Jannus*, ja Tallinna Loomaaiast, direktor *K. Stern*)

Listerioosi tekitajat *Listeria monocytogenes*'t kirjeldasid esimest korda 1926. a. Murray, Webb ja Swann küülikutel ja merisigadel esinenud haiguspuhangu põhjustajana Cambridge's. Pärast seda leidub kirjanduse andmeid (35 eri maalt) üle 40 kodustatud ja vabalt elava loomaliigi ning samuti inimeste haigestumise kohta [R. v. d. Aa (3)].

Listerioosi inimestel kirjeldas esimesena 1929. a. Nyfeldt. See haigus põhjustab vastsündinutel meningoentsefaliiti, rasedatel aborte ja surnud laste sündimist. Täiskasvanutel esinevad aga listerioosne septiline angiin jt. haigusvormid [H. Seeliger (6)].

Listerioos on looduskoldeline nakkushaigus, millesse võivad haigestuda mitte üksnes närilised, vaid ka paljud kodu- ja metsloomad, kes osutuvad ka inimeste nakkusallikaks. [L. Pomanskaja (1)]. Haiged loomad võivad oma ekskrementidega nakatada pinnast, vett ja muid väliskeskkonna objekte. Listeeriad võivad pinnases aastate jooksul elu- ja nakatamisvõimelisena püsida ning isegi paljuneda. Chr. Lehnerti (4) andmeil säilivad need niiskes mullas 11 aastat ja õhukuivas mullas või roojas üle 2 aasta.

Listerioosi iseloomustavam tunnus loomadel on närvisüsteemi tabandumine ja verepildis selgesti väljakujunenud mononukleoos. Kuid see haigus võib loomadel avalduda ka ainult abordina, mastiidina või silma sidekesta põletikuna. Seega ei ole kliinilised sümptoomid alati ühesugused, vaid varieeruvad laiades piirides, mis raskendab haiguse diagnoosimist.

1957. a. novembrikuus avastati Vabariiklikus Veterinaarbakterioloogia-laboratooriumis esmakordselt Eesti NSV-s (L. Leesment) Pärnu rajooni «Kalevipoja» kolhoosi veistel listerioos. Järgnevatel aastatel diagnoositi seda haigust bakterioloogiliselt veel Jõgeva, Tartu, Pärnu, Rakvere ja end. Väike-Maarja rajooni veterinaarlaboratooriumides. Haigust on registreeritud ka sigadel. Osal juhtudel kulges listerioos ainult latentse vormina.

Eespool mainitud «Kalevipoja» kolhoosi veistel arenes haigus ägeda entsefaliidi nähtudega, mistõttu oletati marutaudi. Kaheksast haigestunud loomast hukkus ja (pärast laboratoorset diagnoosi) hädatapeti kokku kuus, ainult kaks looma tervistus. Laboratoorsel uurimisel eraldati veiste ajust *Listeria monocytogenes*.

1963. a. juunikuus haigestus ja hukkus Tallinna Loomaaias üks saiga (antiloop: *Saiga tatarica*), kelle ajust isoleeriti Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Teadusliku Uurimise Instituudis (V. Tilga) *Listeria monocytogenes*'i kultuur. Saiga toodi Tallinna Loomaaeda 26. mail 1963

Moskva Zootsentrist. Kogutud andmeil olid seal kevad-talvel mitmed loomad haigestunud, mõned isegi hukkunud, mille põhjuseks peeti nakkavat enteriiti. Täpsem diagnoos puudus. Loomade ärasaatmise ajal haigestumisi enam ei esinenud.

17. päeval pärast Tallinna Loomaaeda saabumist oli isase saiga isu vähenenud, inimese lähenemisel muutus loom eriti kartlikuks ja närviliseks. Järgnevatel päevadel haigustunnused süvenesid veelgi. 3. haiguspäeval muutus saiga loiuks, 5. päevaks oli looma käitumine ebanormaalne: ta häälitses omaette, liikus aias ühes suunas pidevalt ringi, kusjuures tagakeha vaarus ja jalad olid nõrgad. Lõpuks jäi saiga pimedaks, kuid siimad olid väliste muutusteta. Vahetevahel haaras maast heinakõrre ja näris seda, samal ajal aga jõusööt ja rohi seisid künades puutumata. Hingamisliigutused olid kiired ja pinnapealsed ning vahetevahel loom köhis. Haiguse kliinilise pildi põhjal oletati listerioosi. Raviks kasutati oksütetratsükliini, bitsilliini, streptotsiidi. 6. haiguspäeval tekkis loomal neeluhalvatus, kehatemperatuur püsis 41,0° piires, kopsu kuulatlemisel esinesid niisked räginad, südamelöögid kiired. Surm järgnes sama päeva õhtul. Listerioosi hukkunud looma aed ja kokkupuutunud esemed (sööda- ja jooginõud ning puhastusvahendid) desinfitseeriti.

Kirjeldatud listerioosijuht oli sporaadilist laadi. Varem ja hiljem ei ole Tallinna Loomaaia loomadel ega lindudel listerioosi enam diagnoositud. Nimetatud haigusjuhust teatati ka Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamale ja paluti kontrollida hukkunud loomaga otseses kontaktis olnud inimeste tervist ning rakendada vastavaid profülaktilisi abinõusid.

Vabariigi veterinaarlaboratooriumides on viimastel aastatel listerioosi diagnoositud peamiselt bakterioloogiliste ja bioloogiliste uurimismeetodite abil. Listeeriate isoleerimine õnnestub kõige sagedamini peaajust. Nii võimaldus V. Slivko (2) andmeil haigusetekitajaid leida ajust 99%, maksast ja põrnast 30%, neerudest 5% ja südameveerest ning lümfisõlmedest 1—7%-l juhtudest. Mitmete autorite järgi ei saa listeeriaid isoleerida ka värskest veise või lamba ajust, vaid seda tuleb eelnevalt hoida nädal või kauem +4° temperatuuri juures [Seeliger (6) jt.]. Sobivaks on osutunud patoloogilise materjali eelnev paigutamine ööpäevaks jääkappi 35%-lisse glütseriinilahusesse. Ka eespool kirjeldatud saigal võimaldus listeeriaid leida ainult peaajust, mida eelnevalt oli hoitud 48 tundi jääkapis .*Listeria monocytogenes*'i isoleerimiseks kasutatakse tavaliselt veriglükoos-agarit, glükoosglütseriin-agarit või maksapuljongit, sest lihtagaril ta ei kasva või paljuneb väga aeglaselt. Mõnepäevase kasvamise järel nimetatud söötmetel omandab kultuur hapu- või võipiima lõhna, mis on sellele mikroobiliigile iseloomulik. Bakterioloogilise uurimise kõrval etendab tähtsat osa ka bioloogiline uurimine. Katseloomadeks sobivad valged hiired ja merisead. Seroloogilistel diagnoosimismeetoditel ei ole akuutsete haigusjuhtude puhul erilist tähtsust, sest spetsiifilised antikehad ilmuvad verre alles mõni aeg pärast haiguse algust. Seroloogilisi meetodeid kasutatakse peamiselt latentsete nakkusallikate avastamiseks, haiguse leviku ulatuse selgitamiseks jne.

Eesti NSV-s tuleb edaspidi rohkem tähelepanu pöörata listerioosile kui zooncosile ja looduskoldelisele nakkushaigusele. Haiguse etiopatogeneesi, epidemioloogia-epizootoloogia ja tõrjeabinõude selgitamiseks on vajalik meditsiini- ja veterinaartöötajate koostöö.

KIRJANDUS

1. Поманская Л. А. Ж. микробиол., эпидемиол. и гигиена, 1963, 6, 99—101. — 2. Сливко В. В. Листереллез (Листериоз) сельскохозяйственных животных. Автореферат дисс. доктора вет. наук. М., 1959. — 3. Aa, R. v. d. Monatsh. Veterinärmed. 1963, 4, 133—157. — 4. Lehnert, Chr. Zbl. Bakteriol. I. Orig., 1960., 3., 350—356. — 5. Potel, K. Monatsh. Veterinärmed., 1963, 1, 3—8. — 6. Seeliger, H. Listeriose, Leipzig, 1958. — 7. Urbaneck, D. Arch. expl. Veterinärmed. 1962, 4, 641—677.

ЛИСТЕРИОЗ ЖИВОТНЫХ В ЭСТОНСКОЙ ССР

В. Тилга, Л. Лэесмент и *Р. Парис*

Резюме

Листериоз — природноочаговое инфекционное заболевание, которым болеют не только грызуны, но и многие домашние и дикие животные, становящиеся таким образом источником инфекции для человека. Больные животные своими экскрементами заражают почву, воду и другие объекты внешней среды. В почве листерии сохраняют жизнеспособность в течение одного года, причем могут даже размножаться. Согласно данным некоторых авторов листерии сохраняются в сырой почве 11 лет, в сухой почве или испражнениях более 2 лет.

Наиболее характерным признаком листериоза животных является поражение нервной системы и ясно выраженный мононуклеоз крови. Болезнь у животных может проявляться в виде аборта, мастита или конъюнктивита. Клинические симптомы заболевания таким образом не всегда одинаковы, что затрудняет диагностирование болезни.

В ноябре месяце 1957 г. Республиканская ветеринарная бактериологическая лаборатория (Л. Лэесмент) впервые выявила заболевание листериозом крупного рогатого скота в колхозе «Калевипоэг» Пярнуского района. В последующие годы это заболевание было диагностировано бактериологически в ветеринарных лабораториях Йыгеваского, Тартуского, Пярнуского, Раквереского и бывшего Вяйке-Маарьяского районов. Были зарегистрированы заболевания крупного рогатого скота и свиней. В части случаев было отмечено латентное течение листериоза.

В 1963 г. в Таллинском зоологическом саду заболела и погибла сайга (антилопа — *Saiga tatarica*), из мозга которой в Эстонском научно-исследовательском институте животноводства и ветеринарии (В. Тильга) была изолирована культура *Listeria monocytogenes*. Сайга поступила в Таллинский зоосад 26 мая 1963 г. из Московского Зооцентра, где зимой и весной этого же года были случаи заболевания и гибели животных, как предполагали от инфекционного энтерита. Более точный диагноз не был установлен и во время дальнейшего распределения животных по зоопаркам подобных заболеваний в зооцентре не было.

Спустя 17 дней после поступления в Таллинский зоосад заболел самец сайги. На основании клинической картины было заподозрено заболевание листериозом. Лечение окситетрациклином, бициллином и стрептоцидом результатов не дало и на 6-й день болезни животное погибло. Описываемый случай заболевания листериозом был спорадического характера. До и после описываемого случая заболеваний листериозом животных и птиц в Таллинском зоологическом саду диагностированы не были.

Впредь в Эстонской ССР следует больше внимания посвящать листериозу как зоонозу и природноочаговому заболеванию. Для выяснения этиопатогенеза, эпидемиологии-эпизоотологии листериоза и мер борьбы с этим заболеванием необходимы общие усилия медицинских и ветеринарных работников.

ÕHU MIKROFLOORA UURIMISI NAKKUSHAIGETE PALATITES

E. TALLMEISTER ja *T. RAUDSIK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Tallmeister*)

Viimaste aastate uurimuste andmeil leidub haiglaruumide õhus sageli virulentseid ja haigete raviks kasutatud antibiootikumide suhtes resistentseid mikroobe (4, 5, 6, 7). Seetõttu pööratakse tänapäeval kõigis raviasu-

tustes üha suuremat tähelepanu õigele sanitaar-hügieenilisele režiimile, samuti ka võimalikult efektiivsele ruumide ja õhu idutustamise tehnikale.

Sellest lähtudes püütakse käesolevas töös selgitada järgmist: 1) õhu mikroobide sisaldust seedehäiretega väikelaste palatites teatavatel kellaaegadel ja 2) palatites tehtava ultraviolettkiirituse mõju õhu mikroobide sisaldusele.

Uurimisi korraldati Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla väikelaste soolenakkuste ühes osakonnas 1962. a. talvel. Uurimisele kuuluvast kolmest palatist olid kaks ruumi laeni mitteulatuvate klaasvaheseintega jaotatud boksideks, mille uksed avanesid ruumi keskel asuvasse vahekoridori. Õhukülve tehti Krotovi aparaadiga. Söötmeist kasutati lihapeptoonagarit, veriagarit 10%-lise küülikuverega ja mõningate uurimiste puhul ka Endo söödet. Eelkatseist selgus, et optimaalselt loetav arv mikroobipesi saadi igal söötmeplaadil 60 l õhu imemisel läbi aparaadi, arvestusega 20 l minutis. Külvi tulemusi hinnati järgmisel päeval pärast tasside hoidmist termostaadis 37° C juures, kusjuures mikroobide üldarvu arvestati 1 m^3 õhu kohta.

Töös püstitatud esimese küsimuse selgitamiseks võeti aparaadiga korduvalt õhukülve palati või boksi keskele asetatud laua kõrguselt alati kindlatel kellaaegadel, nimelt kell 6, 9, 12, 15, 18, 21 ja mõnede uuringute puhul ka kell 24.

Õhu mikrofloora korduvad, samal päeval sooritatud uurimised ühes ja samas boksis või palatis näitasid, et mikroobide arv kõikus päeva jooksul kaunis suures ulatuses. Seejuures võis kindla seaduspärasusena täheldada maksimaalset mikroobide sisaldust ruumide õhus hommikul, tavaliselt kella 9 ajal. Vaid ühes katses leidus maksimaalsel arvul mikroobe õhus kella 12 ajal tehtud uuringutes. Katsete käigus ilmnes, et alati oli mikroobide arv vahekoridori õhus tunduvalt suurem kui boksides, aga nii siin kui seal oli mikroobide üldarv suurim kella 9 paiku hommikul. Tunduvalt madalamad olid juba hilisemal kellaajal esinevad üksikud tõusud. Ka hemolüütiliste omadustega bakterite pesi võis sagedamini leida veriagaril mikroobide üldarvu suuremate tõusude perioodil. Kõik teised palatite õhu mikroobide arvu määramised kindlatel kellaaegadel andsid analoogilisi tulemusi, s. t. alati oli maksimaalne arv mikroobe hommikuti. Samasuguseid tulemusi said vastsündinute palatites ka H. Ewerbeck ja H. Braun (8).

Mikroobide arvu maksimaalne tõus hommikuti on ilmselt seotud haigla personali ja laste emade sagedasema liikumisega osakonnas; see on tingitud ruumide koristamisest, laste mähkimisest, toitmisest, ravimite andmisest jne. Lähtudes sanitaar-mikrobioloogilistest normidest, mille põhjal siseruumide õhku hinnatakse rahuldavaks talvekuudel kuni 7000 eluvõimelise mikroobi esinemisel 1 m^3 õhus (1,9), võis käesolevas töös kirjeldatud palatite õhu mikrofloora kvantitatiivseid näitajaid üldiselt veel lubatavaks pidada. Peab aga tähelepanu pöörama sellele, et mikrofloora arvulise tõusuga õhus toimub tõenäoselt ka võimalike patogeensete ja tingimisi patogeensete mikroobiliikide arvu suurenemine. Käesoleva töö autorid isoleerisid korduvalt palatite õhu külvidest hemolüütilise toimega ja positiivset plasmakoagulatsiooni-reaktsiooni andvaid stafülokokke, mis ühtlasi osutusid resistentseks penitsilliini, streptomütsiini, levomütsetiini ja terramütsiini suhtes; peale selle veel teisi mikroobe, nagu *Streptococcus viridans*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Alcaligenes faecalis*. Seoses sellega asuti töö järgmises etapis uurima ultraviolettkiirituse efektiivsust õhu puhastamisele mikroobidest. Et tõepärasemaid tulemusi saada, leidsid need uurimised alati aset kella 9 paiku hommikul, s. t. ajal, mil õhu mikroobide sisaldus eelnevate katsete põhjal oli maksimaalne.

Ultraviolettkiirituse toimet uuriti Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas kasutatavate ultraviolettlampide abil (tüüp ПРК-4, võimsus 220 W). Õhu mikrofloora määramine toimus kolmel üksteisele järgneval päeval kell 9 hommikul korraga kõigis kolmes palatis. Esimesel päeval määrati õhu mikroobide arv ilma eelneva ultraviolettkiirituseta, teisel ja kolmandal päeval aga pärast ühetunnilist kiiritust kella 8-st 9-ni. Selleks oli ultraviolettlamp asetatud palati keskel (bokseeritud palatite vahekoridoris) asuvale toolile. Alati peeti silmas seda, et lapsed oleksid kiirituse toime eest kaitstud.

Tabelist 1 nähtub, et pärast ultraviolettkiiritust oli mikroobide arv õhus madalam kui enne kiiritust ainult palatis nr. 3, bokseeritud palatites nr. 1 ja 2 teisel päeval aga suurem.

Tabel 1

Mikroobide arv 1 m³ õhus Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla I osakonna palatites 19.—21. XI 1962. a, kell 9

Palatid	Üldarv 1. päeval ilma kiiritamata	Neist hemolüütilisi mikroobe	1 t. pärast kiiritust			
			2. päeval		3. päeval	
			üldarv	hemolüütilisi	üldarv	hemolüütilisi
1	4980	130	6570	80	4580	380
2	2990	320	4630	100	2030	480
3	8860	750	3480	100	3500	380

Ultraviolettkiirituse erinev toime oli ilmselt tingitud ultraviolettkiirguse levimise võimalusest bokseeritud ja bokseerimata palatis. Õhu reostatus mikroobidega oli viimases kõige suurem.

Teistkordse kiirituse toimet uuriti eelmisest mõnevõrra erinevalt. Et tehnilistel põhjustel ei olnud igas boksis võimalik ultraviolettlampi eraldi kasutada, siis hoiti lampi endiselt palatite nr. 1 ja 2 vahekoridoris, kuid sealjuures nihutati teda iga 15 minuti järel ühe boksi ukse eest teise boksi ukse ette, kusjuures bokside uksed olid avatud. Tulemused on esitatud tabelis 2.

Tabel 2

Mikroobide arv 1 m³ õhus Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla I osakonna palatites 10.—12. XII 1962. a. kell 9.00

Palatid	Üldarv 1. päeval ilma kiiritamata	Neist hemolüütilisi mikroobe	1 t. pärast kiiritust			
			2. päeval		3. päeval	
			üldarv	hemolüütilisi	üldarv	hemolüütilisi
1	3750	200	2680	70	2490	60
2	5270	120	1800	170	3540	100
3	5100	230	1030	40	3780	50

Tabelist nähtub, et seekord oli mikroobide arv kõigi palatite õhus pärast ruumide kiiritust väiksem kui esimesel päeval, s. o. enne kiiritust ultraviolettlampidega. Mõlemas tabelis esitatud tulemuste statistiline töötlus dispersioonanalüüsi teel ei võimaldanud aga veel kindlalt konstateerida olulisi erinevusi palatite õhu mikrofloora arvulistes väärtustes osakonnas olevate ultraviolettlampide kasutamisel. Arusaadavalt ei või

haigla tingimustes oodata ultraviolettkiirituse rakendamisel niisugust bakteritsiidset efekti nagu viroloogialaboratooriumi boksides, kus puuduvad tegurid. mis põhjustavad haigla õhu pidevat saastumist. Hea bakteritsiidse efekti puhul võib siiski ruumide õhu mikrofloorat kuni 70% vähendada (2, 10). Märgatavalt paremaid tulemusi oleks kindlasti saavutatud suurema võimsusega ultraviolettlampide kasutamisel palatite õhu desinfitseerimiseks.

Lähemat uurimist vajaks ka ultraviolettkiirituse kombineerimine trietüleenglükooli, resortsiini ja teiste bakteritsiidsete aerosoolidega, mis mitmete autorite järgi on kõige tõhusamaks siseruumide õhku desinfitseerivaks menetluseks (3, 10).

Järeldused

1. Väikelaste palatites on õhu mikroobide sisaldus päeva jooksul väga kõikuv, kusjuures suurim mikroobide arvu tõus esineb reeglipäraselt hommikuti.

2. Haiglates tuleb ultraviolettkiirituse efektiivsust palatite õhu desinfitseerimisel regulaarselt kontrollida, kusjuures see peab toimuma kellaajal, mil õhu mikroobide sisaldus eelnevate uurimiste põhjal näitab maksimaalseid väärtusi.

KIRJANDUS

1. Тец В. И. Санитарная микробиология, Л., 1958, 16—80. — 2. Временные указания по применению бактерицидных ламп. Под ред. проф. М. В. Соколова, 1958, 10—12. — 3. Имшенецкий А. А. Распространение бактерий в природе. Многотомное руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней, том I, М., 1962, 622—634. — 4. Haussler, H. Dtsch. med. Wochenschr. 1961, 32, 1517—1521. — 5. Jacherts, D. Sealsamas, 1961, 33, 2116—2119. — 6. Kienitz, M. Die enteralen Staphylokokken-Infektionen des Kindes, Bibliotheca Microbiologica, Basel 1962, fasc. 2, 16—84. — 7. Urban, N., Lyschik, B. Kinderärztl. Praxis 1963, 4, 165—174. — 8. Ewerbeck, H., Braun, H. Z. Kinderheilkunde, 1953, 73, 274—286. — 9. Wildführ, G. Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Epidemiologie, I. Teil, Leipzig, 1959, 177—180. — 10. Köhler, W., Mochmann, H. Grundriss der Medizinischen Mikrobiologie, Jena 1962, 48—49.

ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОФЛОРЫ ВОЗДУХА В ПАЛАТАХ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Э. Таллмейстер и Т. Раудсик

Резюме

Авторы исследовали при помощи аппарата Кротова содержание микробов в воздухе детского отделения кишечных инфекций Тартуской городской клинической инфекционной больницы. Исследования проводились всегда в определенное время 6—7 раз в день. Выяснилось, что количество микробов в воздухе палат колебалось в течение дня в широких пределах, причем наибольшее количество микробов наблюдалось по утрам, обыкновенно в 9 часов. Проводимое в это время ультрафиолетовое облучение палат, как показали повторные исследования, было малоэффективным, что, повидимому, частично могло зависеть от малой мощности применявшихся ультрафиолетовых ламп.

HAAVANDTÕVE MEDIKAMENTOOSSEST RAVIST

(Kirjanduse ülevaade)

V. SALUPERE

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Haavandtõve patogeneesis on aastaid olnud juhtival kohal kortiko-vistseraalne teooria, millest lähtudes pöörati haavandtõve ravimisel suurt tähelepanu kesknärvisüsteemi mõjustamisele. Näiteks märgib I. Lorie (8), et haavandtõve kaasaegne farmakoteraapia peegeldab eriti eredalt neid printsipiaalselt uusi seisukohti, mida kortiko-vistseraalne teooria on endaga kaasa toonud.

Et haavandtõve ravimine kõrgemate närviprotsesside mõjustamise teel ei andnud alati soovitud tulemusi, on viimastel aastatel ka kodumaises kirjanduses hakatud jällegi rõhutama peptilise teguri osatähtsust haavandtõve patogeneesis [S. Rõss (10, 11)]. Vastavalt sellele on haavandtõve medikamentoosse ravi puhul püütud mõningaid seisukohti ümber hinnata. Need uued seisukohad kajastuvad esmajoones koliinolüütilise toimega ravimite laialdases kasutamises haavandtõbe põdevate haigete ravimisel.

Nagu üldiselt teada, on siseelundite innervatsioonis tähtsal kohal vegetatiivsed impulsid. Erutuse ülekanne vegetatiivsetes sünapsides toimub nn. mediaatorite kaasabil. Pre- ja postganglionaarsetes parasümpaatilistes ja preganglionaarsetes sümpaatilistes sünapsides on mediaatoriks atsetüülkoliin, ning vastavaid närvikiude nimetatakse koliinergilisteks. Koliinergilised mehhanismid on tähtsad ka haavandtõve patogeneesis [J. Valjavski (3)]. Koliinergilise närvisüsteemi erutusseisund põhjustab atsetüülkoliini kontsentratsiooni tõusu, mis avaldub mao hüpermotoorika ja hüpersekretsiooni tekkimises, s. o. kõrge peptilise aktiivsusega maomahla produktsioonis ja mao muskulatuuri spasmides. Atsetüülkoliini toimel vabaneb ka rohkesti histamiini, mis otseselt parietaalrakkudesse toimides tõstab veelgi viimaste sekretsioonivõimet.

Koliinolüütilised medikamendid pärsivad atsetüülkoliini toimet koliinoreaktiivsete süsteemidega. Eristatakse M- ja N-koliinoreaktiivseid süsteeme ja vastava koliinolüütiiise toimega ravimeid. M-koliinolüütilised ained pärsivad erutuse ülekande postganglionaarsetes närvides. Niisuguse toimega on atropiin ja selle preparaadid. N-koliinolüütilistest ainetest moodustavad suure grupi nn. ganglione blokeerivad medikamendid. Nad katkestavad erutuse ülemineku N-koliinoreaktiivsete süsteemide vahelistes vegetatiivsetes sõlmedes nii, et erutus ei lähe preganglionaarsetelt kiududelt postganglionaarsetele kiududele. See toimub enamasti nn. konkureeriva blokaadi printsiibil, mil N-koliinoreaktiivsed süsteemid seotakse blokeerivate ainete poolt ja atsetüülkoliin tõrjutakse tema füsioloogilisest funktsioonist välja. Tekib omapärane ajutine vegetatiivne denervatsioon [P. Denissenko (6)]. Niisuguse toimega on heksoon, pentamiin, tetamoon jt. G. Barsukova (2) arvates tekitavad mõned ganglione blokeerivad medikamendid (kvateleroon, fubromegaan) neerupealiste koliinoretseptorite ebatäieliku blokaadi. See toime avaldub steroidhormoonide produktsiooni vähenemises, millega autor seostab nende efekti haavandtõve korral.

Juba atropiin, mis pärsib erutuse ülekande M-koliinoreaktiivsete süsteemide vahel, vabastab mao impulssidest, mis ergutavad sekretsiooni ja motoorikat. Atropiini efekt on aga lühiaegne ja sageli mitteküllaldane, sest ta toimib parasümpaatilise süsteemi perifeersesse lülisse. Erinevast ründepunktist tingituna on ganglione blokeerivate ravimite toime palju mõjuvam. Nende toime maosse avaldub motoorika ja sekretsiooni pidur-

damises. Toimeefekt on suhteliselt kiire ja tugev. Kliiniliselt avaldub see järgmises: kiiresti kaovad valud ja düspeptilised vaevused, väheneb maosekretsioon (nii maomahla hulk, happelisus kui ka seedimisvõime), pidurdub motoorika ja aeglustub evakuatsioon [A. Povaljajeva (9), P. Tepper kaasautoritega (12)]. C. Legerton (16) seostab koliinolüütiliste ravimite analgeseerivat toimet mitte niivõrd maomahla sekretsiooni vähenemisega kui mao ja kaksteistsõrmiksoole spasmide pärssimisega ning kudede verevarustuse soodustamisega.

Ganglione blokeerivate ravimite toime sõltub seedetrakti funktsionaalsest seisundist, ravimiannusest ja ka manustamisviisist. Kõigi koliinolüütikumide puuduseks on toime lühiajalisus ja see, et nad ei väldi retsidiivi. Seepärast soovitabki A. Povaljajeva (9) teha korduv ravikuur 2—3 kuu möödumisel (enne haavandtõve retsidiivide tekkimist). Ganglione blokeerivatel ravimitel ei ole kumulatiivseid omadusi, kuid nende pikaajalisel kasutamisel võib tekkida nn. preparaadiga harjumine, mistõttu peab annust tõstma. 10—15-päevase vaheaja järel taastub ravimi tundlikkus, mis sisuliselt tähendab seda, et korduvat kuuri võib alustada väiksematest annustest kui need, mille puhul ravi katkestati. Ka korduvat ravikuuri on soovitatav statsionaaris läbi viia.

Ganglione blokeerivate ravimite kasutamise kõrvalnähud on seotud nende toimega teiste elundsüsteemide vegetatiivsetesse talitlustesse. Võib täheldada järgmist: müdriaasi, akommodatsiooni nõrkust, naha ja limaskestade kuivust, isutust, iiveldust, soolestiku atooniat jm. Kirjeldatud nähud ei ole aga enamasti praktilise tähtsusega. Tuleb arvestada ortostaatilise kollapsi tekkimise võimalust. Selle vältimiseks soovitatakse haigel lamada preparaadi manustamise ajal ja kuni 2 tundi pärast seda. Madal vererõhk iseenesest ei ole vastunäidustuseks ganglione blokeerivate ravimite kasutamisel, küll aga tuleb ettevaatlik olla eriti neil juhtudel, kui on tegemist teatava hüpertooniavalmidusega või vererõhu kerge kõrgenemisega. Nagu paljud teisedki hüpotensiivse toimega medikamendid, langetavad koliinolüütilised ravimid vererõhku just seal, kus ta on kõrgem, oluliselt mõjustamata normaalset või madalamat vererõhu taset.

Ganglione blokeerivatest medikamentidest on tuntumad heksoon (sünonüümid — bensoheksoon, heksoon B), heksametoon, gangleroon, tetamoon, arpenaal, kvateleroon, fubromegaan jt. Näiteks võib bensoheksooni haavandtõve ravimiseks manustada kas suu kaudu tablettidena 0,1 või 0,25 3—5 korda päevas) või süstelahusena (1 ml 2%-list lahust naha alla 1—2 korda päevas). Ravikuur kestab 2—4 nädalat.

Haavandtõve ravimisel soovitatakse loetletud ganglione blokeerivaid ravimeid kombineerida nn. tsentraalselt toimivate koliinolüütilist toimet omavate medikamentidega, näiteks difatsiili, aminasiini jt., mille ründepunkt asub retikulaarse formatsiooni tasemel. Soodsalt mõjub ka viimaste sedatiivne toime. Näiteks võib ganglioblokaatoreid kombineerida difatsiiliga (spasmolütiin!), kusjuures viimast manustatakse kas suu kaudu (0,25×2) või segmentaarse paravertebraalse nahasisese blokaadina (50 ml 0,25%-list lahust). Viimast manustamisviisi soodustab difatsiili paikselt tuimastav toime. Ülaltoodud ganglione blokeerivate ravimite kombineerimine tsentraalse toimega koliinolüütikumidega kõrvaldab kiiremini valu ja maosekretsioon normaliseerub paremini.

Koliinolüütilise toimega on ka gastripoon ja tema kombinatsiooni andaksiiniga (gastrobamaadi nimetuse all) peetakse eriti mõjusaks [A. Gukasjan (5)].

Samaaegselt koliinolüütiliste vahenditega soovitatakse kasutada mitmesuguseid stimuleeriva toimega vahendeid, nagu hemotransfusioone (100,0 2 korda nädalas), aaloed, Filatovi seerumit (seerum «F») jt. Seejuures ei selgita kirjanduse allikad, kas ganglione blokeerivate ravimite kombineerimine stimuleerivate preparaatidega annab ühesuguselt head

efekti nii *ulcus duodeni* kui ka *ulcus ventriculi* korral. Näib, et stimuleerivad medikamendid on eriti mõjuvad just visalt paranevate mao *corpus*'e haavandite korral, eriti siis, kui nad kulgevad normaalse või madalama happelisusega. Kõrge peptilise aktiivsusega maomahlaproduktsiooniga *ulcus duodeni* ravimisel peaksid aga esiplaanil olema ganglione blokeerivad ravimid. Lisaks on soodus manustada mitmesuguseid mao soolhapet siduvaid ja neutraliseerivaid medikamente. Näiteks neutraliseerivad mao soolhapet hästi bikarbonaadid ja teised leelised. Bikarbonaatide puuduseks on see, et nad imenduvad ja pärast seda ergutavad maosekretsiooni. Paremad on alumiiniumoksüüdi ja ränihappe preparaadid (näiteks riopaan), mille hapet neutraliseeriv efekt on seotud alumiiniumhüdroksüüdi vabanemisega [K. Krentz (15)]. Nad ei neutraliseeri mao soolhapet tervikuna, kuid nende eeliseks on see, et nad ei imendu [B. Babkin (1)].

Viimastel aastatel köidab tähelepanu omapärane ravisuund. Nimelt selgus, et peen- ja jämesoole limaskestas leidub rohkesti tugeva antiproteolüütilise toimega hormoonitaolist ainet, mida nimetatakse enterogastrooniks [I. Kurtsin (7)]. Enterogastroon tekib eriti rasva ja tema laguproduktide toimel. Otseselt maonäärmetesse toimides pärsib see maosekretsiooni tugevalt. Haavandtõve ravimisel soolelimaskesta ekstraktidega või nendest valmistatud preparaatidega on mitmed autorid saanud häid tulemusi [K. Creson ja F. Steigmann (14)].

Niisugused on mõned tänapäeva seisukohad haavandtõve medikamentoosse ravi kohta.

KIRJANDUS

1. Бабкин Б. П. Секреторный механизм пищеварительных желез. Л., 1960, 301—302. — 2. Барсукова Г. А. Терапевт. архив, 1961, 8, 22—28. — 3. Валявский Ю. В кн.: Деятельность пищеварительной системы и ее регуляция в норме и патологии. М., 1961, 248—252. — 4. Вермель Е. М. Клинич. медицина, 1960, 4, 23—25. — 5. Гукасян А. Г. Терапевт. архив, 1961, 8, 10—15. — 6. Денисенко П. П. Гангліолитики. М., 1959, 20—22, 75—81. — 7. Курцин И. Т. Гормоны пищеварительной системы. Л., 1962, 75—82. — 8. Лорие И. Ф. Язвенная болезнь. М., 1958, 122. — 9. Поваляева А. Т. Клинич. медицина, 1959, 10, 59—62. — 10. Рысс С. М. Вестн. Акад. Мед. Наук СССР, 1962, 7, 41—47. — 11. Рысс Е. С. Клинич. медицина, 1962, 8, 10—15. — 12. Теппер П. А., Шахназаров А. Б., Каменский А. Н., Лакисова О. В. Терапев. архив, 1961, 8, 15—22. — 13. Cheney, G. Amer. J. Gastroenterol. 1954, 21, 230. — 14. Creson, K., Steigmann, F. Amer. J. Gastroenterol. 1960, 33, 359—365. — 15. Krentz, K. Med. Welt, 1961, 38, 1947—1953. — 16. Legerton, C. W. South Med. J., 1959, 52, 927—931.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

(Обзор литературы)

В. Салупере

Резюме

В течение многих лет в патогенезе язвенной болезни ведущей признавалась кортико-висцеральная теория, почему при лечении язвенной болезни и считалось необходимым воздействовать на центральную нервную систему. Однако лечение язвенной болезни путем воздействия на высшие нервные процессы не всегда давало желательные результаты.

За последние годы в отечественной литературе начали снова подчеркивать значение пептического фактора в патогенезе язвенной болезни. Соответственно этому производится пересмотр некоторых критерий лечения этого заболевания. Пытаются воздействовать на язвенную болезнь применением различных ганглиоблокирующих веществ, а также различных стимулирующих препаратов в сочетании с ганглиоблокирующими веществами.

HEMORROIDIDEGA HAIGETE RAVIST

A. LINKBERG ja *K. PÕDER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Hemorroidid kujutavad endast pärasooleveenide varikoosseid laiendeid. Viimased tekivad veenisisese rõhu tõusu ja venoosse vere staasi tulemusena. Hemorroidide ehk päraku veenikomude sümptoome süvendab haigusega sageli kaasnev krooniline põletik, mis kutsub esile sügavaid düstroofilisi muutusi sõlmede närviaparaadis ja ümbritsevais kudedes.

Paljude autorite arvates (A. Aminev (1), A. Bržozovski (2), A. Rõžihh (3), P. Tšudnovski (4) jt.) põhjustavad *varices haemorrhoidales*'eid vähene liikumine (istuv eluviis, kestev seismine jne.), veeni seinte kaasasündinud nõrkus, venoosse süsteemi anomaalia, krooniline koliit, kõhukinnisus, rasedus ja teised tegurid.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas aastail 1950—1959 ravil viibinud 482 päraku veenikomudega haigest töötas 46,4% peamiselt püsti seistes ja 35,8% istudes. Raseduse ja korduvate sünnituste tagajärjel tekkinud hemorroide esines anamneesiandmete põhjal 19,7%-l juhtudest, sagedastest tugevatest pingutustest füüsilistel töödel 20,8%-l juhtudest ja kestvatest kõhukinnisustest — 26,2%-l juhtudest.

Nii kirjanduse [(A. Aminev (1)] kui ka Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil algab haigus suhteliselt noores eas. Kõige sagedamini haigestuvad 20—30-aastased (43,6%), arsti poole pöördub aga enamik haigetest alles 40—50 aasta vanuses (32,7%). Haigete soolise vahekorra analüüs Tartu Linna Kliinilise Haigla andmeil, vastupidiselt mõnede autorite [A. Aminev (1), A. Rõžih (3)] väidetele, näitab, et päraku veenikomusid on võrdselt leitud nii meestel (52,5%) kui ka naistel (47,5%).

Haiguse kliinilist sümptomatoloogiat soovitatakse välja selgitada skeemi järgi [P. Tšudnovski (4) jt.], mis sisaldab järgmisi momente: 1) haiguse anamnees, 2) päraku piirkonna vaatlus, 3) päraku digitaalne uurimine, 4) anoskoopia, 5) rektoskoopia ja 6) vere analüüs.

Päraku veenikomudega haigetel on põhilisteks sümptoomideks: 1) valud, 2) korduvad verejooksud, 3) päraku veenikomude väljalangemine, nende põletik, pitsumine ja tromboseerumine.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil täheldati valusündroomi 84,3%-l haigetest. Seejuures esinesid valud tavaliselt haigetel, kellel tüsistusena oli tekkinud päraku veenikomude põletikuline protsess või lõhed päraku piirkonnas. Korduvatele verejooksudele (56,2% haigetest) vaatamata püsisid hemoglobiini väärtused enamikul vaatlusalustest normi piires. Viiteid päraku veenikomude põletikule leidub peaaegu kõikide haigete anamneesis, kusjuures 102 *thrombophlebitis ani* diagnoosiga haiget vajas statsionaarset ravi.

Anamneesi andmeil kestis haigus 230 inimesel kuni 3 aastat, 152 inimesel 4—10 aastat ja 80 inimesel üle 10 aasta.

Päraku veenikomude ravi on kas konservatiivne või operatiivne. Ühe või teise ravimeetodi valik on autoritel väga erinev [A. Aminev (1), P. Tšudnovski (4) jt.]. Ravi puhul tuleb arvestada, et hemorroide põhjustavad nii endogeensed tegurid kui ka väliskeskkonna tingimused. Kui ravi küsimusse mehaaniliselt suhtuda, s. o. eemaldada veenikomud, kuid jätta kõrvaldamata haigust põhjustavad tegurid, siis varem või hiljem tekib retsidiiv. Samal ajal mitmesugused konservatiivse ravi võtted annavad õige töörežiimi ja eluviisi puhul häid tulemusi ja kestvaid remissioone.

A. Aminev (1) peab operatiivse ravi absoluutseteks näidustusteks: 1) aneemiat tekitavaid visasid verejookse, mis ei allu konservatiivsele

ravile; 2) suuri veenikomusid, mis häirivad defekatsiooniakti ja tekitavad sageli tüsistusi verejooksude, põletikkude, väljalangemise ning pitsumise näol; 3) päraku veenikomude haavandumist, mida ei saa konservatiivse raviga likvideerida ja mis jätab kahtluse algavaks pahaloomuliseks degeneratsiooniks.

Operatiivse ravi suhtelisteks näidustusteks (sama autori poolt) on: 1) sagedased väikesed verejooksud; 2) üksikute päraku veenikomude sageli retsidiveeruvad põletikud.

Üksikute autorite arvamused konservatiivse või operatiivse ravi kasuks on väga erinevad ja subjektiivsed.

Nii on prof. A. Aminevi (1) kliiniku andmeil kasutatud peamiselt konservatiivset ravi, kusjuures operatiivset ravi on rakendatud ainult 20%-l haigetest. P. Tšudnovski (4) on aga konservatiivse ravi puhul saanud vähe häid tulemusi. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil on 376 juhul (78%) rakendatud operatiivset ja 106 juhul (22%) konservatiivset ravi.

Konservatiivse ravi puhul etendavad paralleelselt ratsionaalse dieediga tähtsat osa soojad istevannid ja antiseptiliste põletikuvastaste vahendite lokaalne kasutamine ravimküünalde ja mähiste näol.

Esitame siinjuures mõned ravimküünalde retseptid:

1. *Extracti Belladonnae*
   Extracti Opii aa 0,015
   Butyri cacao q. s. ut f. suppos.
   (valude, spasmide korral).
2. *Solutionis Adrenalini hydrochlorici* 1 : 1000 gtt. I
   Antipyrini 0,1
   Butyri cacao q. s. ut f. suppos.
   (verejooksude korral).
3. *Extracti Belladonnae* 0,015
   Ichtyoli 0,25
   Butyri cacao q. s. ut f. suppos.
   (põletiku korral).

Konservatiivset ravi on rakendatud Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas siis, kui on kaasnenud põletikuline protsess. 106 haigest 32-l eemaldati veenikomud pärast põletikunähtude möödumist ligeerimise ja ekstirpeerimise teel. Niisugune konservatiivse ja operatiivse ravi ühendamise printsiip suurendab tunduvalt haige voodipäevade arvu (14 kuni 20 päevani).

Operatiivse ravi korral on nõukogude kirurgid enamikus lihtsamate meetodite pooldajad. Nii soovitas P. Tšudnovski (4) 1958. a. A. Martõnovi meetodit päraku veenikomude ravimisel, kusjuures 720 haigest, keda raviti Moskva I Meditsiini Instituudi hospitaalkirurgia kliinikus, tervistus täielikult 50,9%, osaliselt 42,3%; retsidiive tekkis 6,8%-l haigetest.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas rakendatakse järgmisi meetodeid: 1) veenikomude ligeerimine ja ekstirpeerimine; 2) veenikomude eemaldamine koos limaskesta tsirkulaarse resektsiooniga Whitehead'i järgi; 3) veenikomude elektrokoagulatsioon.

Nii on ajavahemikul 1950—1959 tehtud 376 operatsiooni, neist 310 (82,4%) veenikomude ligeerimise ja ekstirpeerimise teel, 41 (11%), Whitehead'i ning 25 (6,6%) elektrokoagulatsiooni-meetodil.

Operatsiooniks ettevalmistus hemorroidide korral toimub hoolikalt ja võtab mitte vähem kui 2 ööpäeva aega. Selle aja jooksul puhastatakse soolestik lahtistite ja klistiiride abil. 2 ööpäeva enne operatsiooni antakse päeval lahtistit, õhtul aga tehakse klistiir. Operatsioonieelsel päeval

tehakse hommikul ja õhtul klistiir, päeval antakse lahtisteid. Operatsioonipäeval kell 6 hommikul tehakse klistiir, millele järgneb haige vannitamine. Kell 7 hommikul toimub hommikueine: 2 värsket muna ja klaas magusat teed. Pärast hommikueinet antakse suu kaudu 8 tilka oopiumitinktuuri.

Operatsiooniks ettevalmistamise ajal, s. o. 2 ööpäeva enne operatsiooni, peab haige saama kõrgekalorilist, toitvat, jääkaineid mittesisaldavat toitu, nagu või, munad, piim, puljong, kisellid, kompotid, magusained. Täielikku nälgimisrežiimi ei tohi rakendada, kuna see tekitab kudede atsidoosi ja kurnab organismi, mistõttu viimase vastupanuvõime langeb — see kõik võib ebasoodsalt mõjustada operatsioonijärgse perioodi kulgu.

Operatiivsetel vahelesegamistel on põhiliselt (360 juhul) kasutatud kohalikku tuimastust (120 kuni 200 ml 0,5%-list *Sol. novocaini*). Üksikjuhtudel (16 korral), kui *varices haemorrhoidales externi* on kombineerunud *varices haemorrhoidales interni*'ga ja kaasneb limaskesta osaline väljalangemine, on näidustatud üldnarkoosi all teostatav radikaalne operatsioon Whitehead'i meetodil.

Operatsioonijärgsel perioodil tuleb anda kõrgekalorilist ja jääkainetevähest toitu. Käia lubame haigel 3.—4. päeval pärast operatsiooni. Soovitatav on, et iste ei toimuks enne 5. päeva. Pärast kõhu läbikäimist tehakse haigele soe istevann nõrga kaaliumpermanganaadilahusega ja päraku piirkonda asetatakse penitsilliinisalviga mähis. Haiged suunatakse ambulatoorsele ravile tavaliselt 9.—10. päeval pärast operatsiooni. Töövõime taastus normaalse operatsioonijärgse perioodi korral tavaliselt 22.—28. päeval.

Ravi kestuse analüüsimisel selgub, et kirurgilise ravi puhul (veenikomude ligeerimine ja ekstirpeerimine) oli keskmiseks haiglas viibimise ajaks 14 päeva. Põletikulise protsessi kaasnemisel ulatus see keskmiselt 20 päevani. Niisugune statsionaarse ravi pikenemine on tingitud kaasneva põletikulise protsessi likvideerimise nõudest operatsioonieelsel perioodil [A. Aminev (1), P. Tšudnovski (4) jt.].

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on esimesi operatiivse ravi katseid tehtud *thrombophlebitis ani* ägedas staadiumis, kusjuures üksikud põletikulised veenikomud ligeeritakse aluselt peenikese siidi abil kohaliku tuimastuse all ja lõigatakse lahti põletikuline tromboseerunud veenikomu ning eemaldatakse tromb. Pärakule asetatakse mähis penitsilliinisalviga. Nii võib kohe üksikute põletikuliste sõlmede esinemise korral opereerida ambulatoorsetes tingimustes, raskemal juhul aga statsionaaris. Nimetatud meetod võimaldab tunduvalt lühendada voodipäevade arvu ka neil haigetel, kel sageli tekib veenikomudes põletik.

Päraku veenikomude operatiivse ravi hilistulemused

Operatsioonimeetod \ Juhtude arv	Opereeritud	Täielik paranemine	Subjektiivsed vaevused	Retsidiiv
1. Veenikomude ligeerimine ja ekstirpeerimine	310	174 (56%)	104 (33,8%)	32 (10,2%)
2. Whitehead'i operatsioon	41	25	15	1
3. Elektrokoagulatsioon	25	14	9	2
Kokku	376	213 (56,6%)	128 (34,1%)	35 (9,3%)

Hemorroididega haigete ambulatoorsel kontrollimisel Tartu Linna Polikliiniku haavaosakonnas — operatiivse ravi kaugtulemuste väljaselgitamiseks — selgus, et raskeid operatsioonijärgseid tüsistusi, nagu päraku kitsenemist, gaaside ja rooja pidamatust, ei esinenud.

Täielikult paranesid 213 haiget (56,6%), kuid 128 uuritaval (34,1%) jäid püsima subjektiivsed kaebused (valud ja sügelemine päraku piirkonnas). Retsidiivide teket võis kindlaks teha 35 opereeritud haigel (9,3%).

Päraku veenikomude operatiivse ravi hilistulemused on üksikasjalikult toodud tabelis.

Täielik paranemine esineb seega nii kirjanduse [P. Tšudanovski (4) jt.] kui ka Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil 50% juhtudest. Et paremaid hilistulemusi saavutada, tuleb nimetatud haigetel regulaarselt rakendada konservatiivset ravi nii pre- kui ka postoperatiivsel perioodil.

Tuleb senisest rohkem tähelepanu pöörata haiguse profülaktika küsimustele, mis seisneb kõhukinnisuse vastu võitlemises, alkoholi tarvitamise piiramises, raske füüsilise töö asendamises kergemaga ja istuva eluviisi korral võimlemisharjutuste tegemises ning jalutuskäikude harrastamises.

KIRJANDUS

1. А. М. Аминев. Геморрой. Куйбышев, 1959. — 2. А. Г. Бржозовский. Частная хирургия. М., 1959. — 3. А. Н. Рыжих. Актуальные вопросы проктологии. Уфа, 1959. — 4. П. Д. Чудновский. Геморрой и его хирургическое лечение. Автореф. дисс. канд. мед. наук. 1958.

О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕМОРРОЕМ

А. Линкберг и *К. Пыдер*

Резюме

Из 482 больных, лечившихся по поводу геморроя в хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы на протяжении 1950—1959 гг., 46,6% указывали на выполнение работы стоя и 35,8% — сидя. По данным анамнеза установлено, что в 19,7% случаев заболевание возникло после беременности и повторных родов, в 20,8% — вследствие частых физических перенапряжений и 26,2% больных страдали в течение длительного времени запорами.

По нашим данным заболевание обычно начиналось в относительно молодом возрасте. Чаще болели лица 20—30 лет (43,6%), однако многие больные (32,7%) обращаются к врачу только в возрасте 40—50 лет. Количество заболеваний среди мужчин и женщин примерно одинаковое (соответственно 52,5 и 47,5%).

Оперативному лечению подверглось 78% больных с применением следующих методов:

1) перевязка и экстирпация венозных узлов — 310 больных (82,4%);

2) удаление венозных узлов путем циркулярной резекции по Уайтхеда — 41 больной (11%);

3) электрокоагуляция геморроидальных узлов — в 25 случаях (6,6%).

Применен метод (А. Линкберг) оперативного лечения острого тромбофлебита анальных вен. При этом узлы перевязываются у основания тонким шелком и под местным обезболиванием производится разрез воспаленного узла и удаляется тромб. Затем накладывается повязка с пенициллиновой мазью. Подобные операции в отдельных случаях можно провести и в амбулаторных условиях, но при наличии тяжелых случаев — только в стационаре. Применением описанного метода достигнуто значительное сокращение сроков пребывания больных в стационаре.

При изучении отдаленных результатов, тяжелых послеоперационных осложнений не было выявлено.

Полное выздоровление отмечено у 213 больных (56,6%). У 128 оперированных (34,1%) имелись лишь незначительные субъективные жалобы (боли и зуд в области заднего прохода). Рецидивы наблюдались только в 9,3% (35 человек) из числа оперированных.

SANITAAR- JA EPIDEMIOLOOGIATEENISTUS UUEL TÖÖETAPIL

I. MASIK
Eesti NSV riiklik peasanitaarinspektor

NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse nr. 1107 (29. oktoobrist 1963. a.) «Riiklikust sanitaarjärelevalvest NSV Liidus» ilmumine tähistab sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse uut arenguetappi. Mainitud määruse alusel liidetakse ühtseks organiks riiklik sanitaarinspektsioon ning sanitaar- ja epidemioloogiateenistus, mis on seaduspärastatud ühise põhimäärusega «Riiklikust sanitaarjärelevalvest NSV Liidus». Uus põhimäärus annab sanitaar- ja epidemioloogiaorganeile laialdased õigused, kuid ühtlasi esitab neile ka suuremad nõudmised.

NSV Liidu riikliku sanitaarjärelevalve põhiline ülesanne on väliskeskkonna objektide (veekogude, pinnas ja õhk) saastamise ennetamise ja likvideerimise, elanikkonna töö- ja elutingimuste tervistamise ning haiguste profülaktika (laiemas mõttes) abinõude rakendamise kontrollimine. Hoogne tööstushoonete ja elamuehitus, ennenägematu töö- ja elutingimuste ümberkujundamine maal nõuavad riiklikelt sanitaarjärelevalveorganeilt erilise tähelepanu pööramist optimaalsetele hügieeninõuetele juba planeerimise ja projekteerimise käigus. Seepärast rõhutatakse eespool mainitud Ministrite Nõukogu määruses, et ehitusprojektide ja projekteerimisnormide kinnitamine toimub ainult siis, kui on olemas sanitaar- ja epidemioloogiaasutuste ja -organite positiivne arvamus.

Ennetav sanitaarjärelevalve peab tungima rahvamajanduse kõigisse aladesse. See hõlmab mitte ainult kontrolli sanitaarnormidest kinnipidamise üle objektide projekteerimisel, nende ehitamisel ja rekonstrueerimisel ning ekspluatatsiooni vastuvõtmisel, vaid ka uute tooraineliikide, toiduainete ning tööstustoodete riiklike standardite ja tehniliste tingimuste kontrollimist. Mõiste alla «tööstustooted» kuulub kõik, alates masinatest ja mehhanismidest kuni isiklikuks tarviduseks kasutatavate esemeteni (jalatsid, rõivad, kosmeetikavahendid, toidunõud, mänguasjad jt.).

Määruses on rõhutatud, et riikliku sanitaarjärelevalve organid peavad tööstuse perspektiivplaani koostamisest osa võtma tootmistehnoloogia ning energiaallikate (kivisüsi, nafta, gaas) valimise ajal. See tagab hügieeni seisukohalt kõige täiuslikuma variandi, sest valmisprojektis, mille koostamiseks on kulutatud aega ja teatavaid summasid, on juba raske mingeid olulisi parandusi teha. Riikliku sanitaarjärelevalve organite ja asutuste õigused jooksva sanitaarjärelevalve valdkonnas ning epideemiatõrje alal pole mitte ainult säilinud, vaid neid on veelgi laiendatud. Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse töötajad on kohustatud elanikkonna sanitaar-epidemioloogilise olukorra ja haigestumuse uurimise põhjal tegema vastavatele organitele ettepanekuid vajalike tervistavate abinõude rakendamiseks.

Eriti rõhutatakse vajadust teatada ettevõtete, ministeeriumide ja ametiasutuste juhtivatele töötajatele, kui nendele alluvad isikud ei pea kinni sanitaar- ja hügieeninormidest ning sanitaar- ja epideemiatõrje-

eeskirjadest. Samuti tuleb sellest teatada partei-, nõukogude ja ametiühinguorganeile. Sanitaar- ja epidemioloogiateenistusse on tarvis tingimata kaasa tõmmata laialdaselt elanikkonda, eriti ametiühingute ja Punase Risti Seltsi aktiivi, samuti ka muude ühiskondlike organisatsioonide liikmeid.

Ministrite Nõukogu määruses on ette nähtud kehtestada ühtne struktuur riiklikes sanitaarjärelevalveorganeis, mida vabariikides juhivad sanitaar- ja epidemioloogiavalitsused, ning organiseerida kõigis administratiivkeskustes (kaasa arvatud maarajoonid) sanitaar- ja epidemioloogiajaamad. Vabariikide, oblastite, linnade ja rajoonide peasanitaararstid kinnitatakse vastavate juhtivate tervishoiutöötajate asetäitjateks. Sanitaar- ja epidemioloogiajaamades tuleb väliskeskkonna uurimisel kasutada objektiivseid (laboratoorsed ja instrumentaalsed) meetodeid. Seepärast on käesoleval ajal tähtsaks ülesandeks nii bakterioloogia- kui ka hügieenilaboratooriumide täiustamine sanitaar- ja epidemioloogiajaamades. Seoses NLKP Keskkomitee detsembriplenumi otsustega rahvamajanduse kemiseerimise alal omandab tööstuslike toksikoloogialaboratooriumide loomine erilise aktuaalsuse. Laboratoorse töö laendamisega kaasneb vajadus kaasa tõmmata sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töösse ulatuslikumalt tehnilise erialaga spetsialiste — insenere, sanitaartehnikuid, füüsika- ja keemiainsenere.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse nr. 1107 punkt 6 kohustab rakendama abinõusid sanitaar- ja epidemioloogiajaamade materiaaltehnilise baasi tugevdamiseks. Mainitud punkti täitmiseks on NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium võtnud tarvitusele abinõud aparatuuri ja laboratoorsete seadmete tootmise suurendamiseks. Sanitaar- ja epidemioloogiajaamadele on väljatöötamisel uuetüübilised spetsiaalautod, samuti ka autotranspordiga varustamise normatiivid. Käesoleval aastal valmivad neile ka uued tüüpprojektid.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse nr. 1107 elluviimiseks töötas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium välja mitmed abinõud. Nii viiakse vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiaasutustes sisse ühtne struktuur, millega seoses luuakse kõigis rajoonides sanitaar- ja epidemioloogiaosakondade asemele iseseisvad sanitaar- ja epidemioloogiajaamad. Lähematel aastatel võetakse plaani neile uute hoonete ehitamine Tallinnasse ja Tartusse, samuti võetakse tarvitusele abinõud laboratooriumiseadmetega ja autotranspordiga varustamise parandamiseks. Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse võrgu kaadri tugevdamiseks ning selle ettevalmistuse parandamiseks on ette nähtud igal aastal spetsialiseerida Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna VI kursuse 10 üliõpilast hügieeni ja epidemioloogia alal. Plaanis on korraldada seminare mitmesugustes küsimustes, sealhulgas iga-aastased seminarid noortele spetsialistidele Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama baasil.

Kokkuvõttes tuleb öelda, et NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus suurendab riiklike sanitaarjärelevalveorganite õigusi, annab suuri võimalusi sanitaar- ja epidemioloogiaasutuste materiaalse baasi tugevdamiseks ning nõuab ka sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse töötajailt sihikindlamat tegevust.

Meie ülesandeks on pingutada kogu jõudu sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse töövormide täiustamiseks, et sellega saavutada Eesti NSV elanikkonna töö- ja elutingimuste maksimaalne tervistamine.

НОВЫЙ ЭТАП РАБОТЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

И. Мазик

Резюме

Выход постановления Совета Министров Союза ССР за № 1107 от 29 октября 1963 г. «О государственном санитарном надзоре в СССР» знаменует начало нового этапа развития санитарной и эпидемиологической службы.

Согласно указанному постановлению государственная санитарная инспекция и санитарно-эпидемиологическая служба объединяются в единый орган, задачи которого определяются Положением о государственном санитарном надзоре в СССР. Новое положение дает органам санитарно-эпидемиологической службы широкие полномочия, но одновременно предъявляет к ним большие требования.

Основной задачей государственного санитарного надзора в СССР является контроль за проведением мероприятий, направленных на ликвидацию и предупреждение загрязнения объектов внешней среды (водоемы, почва, воздух), оздоровление условий труда и быта населения и проведение профилактики заболеваний (в широком смысле).

Предупредительный санитарный надзор должен проникать во все области народного хозяйства. Он должен включать не только контроль за соблюдением санитарных норм при проектировании строительства и реконструкции объектов и при их эксплуатации, но и контроль за соблюдением технических условий и государственных стандартов при производстве новых видов сырья, продуктов питания и промышленных изделий.

В санитарно-эпидемиологических станциях при исследованиях внешней среды следует использовать объективные (лабораторные и инструментальные) методы исследований. Поэтому важной задачей является развитие бактериологических и санитарно-гигиенических лабораторий. В условиях химизации народного хозяйства особую актуальность имеет развитие промышленных токсикологических лабораторий.

В ближайшие годы будет запланировано строительство санитарно-эпидемиологических станций в Таллине и Тарту. С целью укрепления кадров санитарно-эпидемиологической службы и улучшения подготовки их предусмотрена ежегодная специализация 10 студентов VI курса медицинского факультета Тартуского государственного университета по санитарии и гигиены, а также по эпидемиологии. Предусмотрена организация семинара по различным вопросам, в том числе ежегодные семинары для молодых специалистов на базе Республиканской санитарно-эпидемиологической станции.

Нашей задачей является максимальное оздоровление условий труда и быта населения Эстонской ССР.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

FOTOGRAAFILINE ABIMEETOD RÖNTGENIFILMIDE KOPEERIMISEL

J. PAULSON

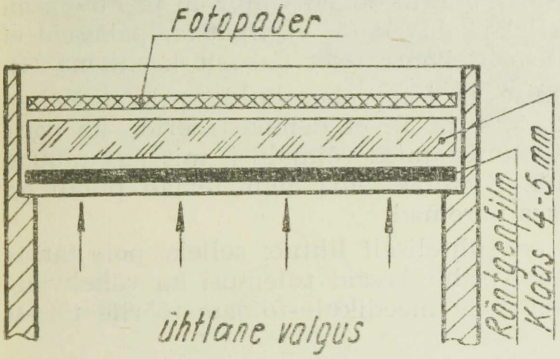
(Tallinna Kallavere Haiglast, peaarst *J. Luberg*)

Sageli tekib vajadus röntgenogrammide demonstreerimiseks laialdasele auditooriumile ja ka publitseerimiseks, kusjuures need peavad täpselt kajastama originaali ja olema võimalikult kvaliteetsed (6). Seega on meie ülesanne valmistada selliseid fotokoopiaid, millel kõik pisidetailid on hästi eraldatavad. Röntgenifilmi tavalisel kontaktkopeerimisel me seda aga ei saavuta; kui see õnnestub, siis ainult väga hea kvaliteediga ja hea kontrastsusega röntgenifilmide puhul.

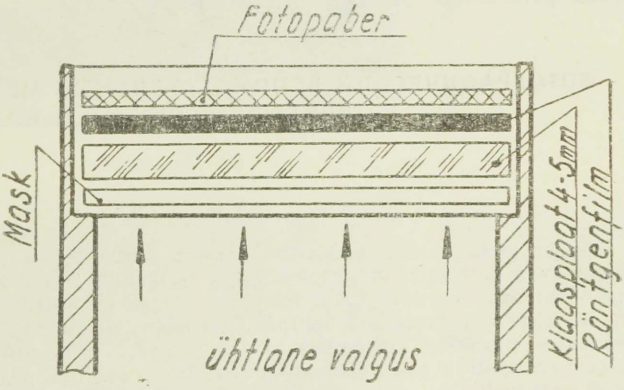
Keerukate ja kulukate spetsiaalmeetodite (1) kõrval on kasutusele võetud ka lihtsamad meetodid, näiteks röntgenifilmi fotografeerimine

negatoskoobilt suureformaadilisele filmile (9×12 sm), mis annab paremaid tulemusi (1,4), või väikeseformaadilisele filmile (24×36 mm) (9), millest valmistatakse positiivid suurendamise teel. See menetlus annab küll võimaluse fotokoopiat vajaduse järgi suurendada või vähendada, kuid nõuab veel lisaoperatsiooni, s. o. teistkordset fotografeerimist, mistõttu koopia kvaliteet aga kindlasti kannatab. Lihtsam viis on röntgenifilmidest kontaktkoopiate valmistamine nn. maskimeetodil ehk Spiegel-Jurise meetodil (1,4). Selleks kasutatakse suurendusaparaati ning kopeerimiskasti või -raami (9) ja 4—5 mm paksust klaasplaati (1,4).

Esmalt tuleb kontaktkopeerimise teel valmistada otsene mask; selle joonis peab olema ebaterav ja hajutatud. Soovitava maski saamiseks asetatakse kopeerimisel negatiivi ja fotopaberi vahele valguskiiri hajutav klaasplaat (vt. joonis 1). Mask valgustatakse üle ja alailmutatakse kuni tugevamate varjude ilmumiseni. Seejärel peatatakse ilmutusprotsess fotopaberi kiire loputamisega stopplanuses ja kinnistatakse tavalises hapukinnistis. Maski tihedus tuleb määrata katseliselt. Paremaid tulemusi annavad nn. parajad, s. o. mitte liiga tihedad ega liiga hõredad maskid (1). Pärast 5 minutit kestnud kinnistust loputatakse valminud mask üle ja kuivatatakse käsna või vatiga võimalikult kuivaks.



Sellele järgneb kopeerimine, mille puhul maski abil püütakse saavutada negatiivi heledamate alade nõrgem valgustatavus. Kopeeritakse järgmises järjekorras: mask, klaasplaat, röntgenifilm ja fotopaber, kusjuures kujutlus maskil peab täpselt ühtima kujutlusega röntgenifilmil (vt. joonis 2). Valgustamisel läbi maski pikeneb säritusaeg 6—10 korda, mis oleneb maski tihedusest, maskiks kasutatava fotopaberi paksusest ja kvaliteedist. Fotokoopia ilmutamise kestel (eriti maski ilmutamisel) tuleb ilmutit kogu aeg segada vanni kallutamise või koopia liigutamisega vannis.



Tuleb aga silmas pidada, et koopia oleks ilmutiga täiesti kaetud. Kui fotopaberile on tekkinud vajaliku tugevusega kujutis, siis peab paberi kiiresti asetama (eriti maski puhul) 5—7 sek. stopplahusesse (30%-list äädikhapet 45,0, vett kuni 1000,0), mida tuleb energiliselt loksutada. Olgu mainitud, et ühes liitris stopplahuses saab töödelda kuni 10 000 sm^2 koopiaid (5). Seejärel asetatakse fotokoopia 5—10 minutiks parkivasse hapukinnistisse, mille koostis on järgmine: naatriumtiosulfaati (kristallveega) 250,0, naatriumsulfitit (veevaba) 15,0, 30%-list äädikhapet 45,0, kaaliumalumiiniummaarjast 15,0 ja vett kuni 1000,0. Valmistamisel on tarvis lahustada ained esitatud järjekorras. Tuleb silmas pidada, et järgmise komponendi võib lisada alles siis, kui eelmine on täiesti lahustunud. Temperatuur olgu kinnistamisel 20° C. Ühes

liitris kinnistis on võimalik töödelda (stopplahuse kasutamise puhul) kuni 13 500 sm^2 fotomaterjali (5). Edasi pestakse ja kuivatatakse fotokoopiad tavalisel viisil.

Võiks soovitada järgmisi ilmuteid:

Metool-hüdrokinoonilmuti (A-108), mille koostis on järgmine: metooli 5,0, naatriumsulfitit (veevaba) 40,0, hüdrokinooni 6,0, potast 40,0 (potast võib asendada 31,0 veevaba soodaga), 20 ml 10%-list kaaliumbromiidi vesilahust ja vett kuni 1000,0. Temperatuur on 20° C. Metool-hüdrokinoonilmuti (A-130): metooli 2,5, naatriumsulfitit (veevaba) 30,0, hüdrokinooni 7,0, soodat (veevaba) 30,0, kaaliumbromiidi 1,0 ja vett kuni 1000,0. Temperatuuriks võib soovitada 18—20° C. Fotokoopiate ilmutamise aeg neis ilmuteis on 1—3 minuti piires.

Kopeerimisel tuleb kasutada kontrastseid fotopabereid kontrastsuskoefitsiendiga 2,5—4,0 ja enam (3,2). Järelikult on Unibrom ja Fotobrom nr-d 5, 6, 7 ning Fotokont 5 selleks sobivad (8, 9). Spetsiaalpabereid ei saa soovitada. Maski puhul peab eriti kontrastset paberit kasutama (4).

Näidetena on toodud keskmise ja isegi ebarahuldava kvaliteediga röntgenogrammid (vt. fotod 1, 2, 3, 4 ja 5), et demonstreerida ka neist suhteliselt rahuldavate koopiate valmistamise võimalusi, mis aga muude meetoditega väga raskeks osutub. Kvaliteetsema algmaterjali puhul on tulemused toodud näidetest märksa paremad.

Eespool kirjeldatud meetod on suhteliselt lihtne: selleks pole tarvis spetsiaalset aparatuuri ja ta annab rahuldavaid tulemusi ka vähekvaliteetse algmaterjali puhul ning on igale meedikule-fotoamatöörile täiesti kättesaadav.

KIRJANDUS

1. Boy, M., Lühmann, N., Schweinitz, J. Foto und Filmtechnik in der Medizin. Halle (Saale), 1960, 153—159. — 2. Fotograafia käsiraamat. Toimet. V. Puškov. Tallinn, 1959, 182. — 3. Jaštold-Govorko, V. Fotograafia käsiraamat. Tallinn, 1950, 118, 190—194. — 4. Kleffe, H. Fotografie. 1961, 43—46. — 5. Mikulin, V. Fotoretseptuuri käsiraamat. Tallinn, 1962. 15—16, 117, 124, 135. — 6. Piechock, R. Fotografie. 1958, 310—313. — 7. Stapf, H. Fotografische Praxis. Leipzig, 1957, 233—234. — 8. Васильев В. К., Шор М. И., Шамшев Л. П. Негативные и позитивные фотоматериалы. М., 1959, 70—74. — 9. Миненков И. Б. Репродукционная фотосъемка. М., 1959, 58, 103—106.

ФОТОГРАФИЧЕСКИЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД КОПИРОВАНИЯ РЕНТГЕНОВСКИХ ФИЛЬМОВ

Ю. Паульсон

Резюме

Зачастую возникает необходимость публикации рентгенограмм, а также демонстрации их в широких аудиториях, причем копии должны быть качественными, точно соответствовать оригиналу. Поэтому необходимо изготовлять фотокопии, на которых были бы видны мельчайшие детали. При обычном копировании рентгеновского фильма контактным способом этого нельзя достигнуть, если это удается, то только при использовании контрастных фильмов отличного качества, редко встречающихся в повседневной практике.

Известно большое количество методов изготовления фотокопий, но многие из них сравнительно сложны и дороги. Самым простым способом изготовления контактных копий рентгеновских фильмов является т. н. метод маски или метод Шпигель-Юриса. Для этого применяют копировальный ящик или раму с увеличительным аппаратом и стеклянную пластинку толщиной 4—5 мм. Сначала путем прямого контактного копирования следует изготовить прямую маску: рисунок последней должен быть нерезок и расплывчат. Для получения желаемой маски между рентгеновским негативом и фотобумагой при копировании помещают рассеивающие световые лучи стеклянную пластинку. Маску засвечивают и проявляют не до конца (до появления глубоких теней). Затем процесс проявления останавливают погружением фотобумаги в стопраствор и за-



Foto 1. Kontaktkopeerimisel ilma maskita valmistatud rahuldava kvaliteediga röntgenogramm randmeliigesest ja küünarvarre alumisest kolmandikust. Küünarluu ja kodarluu on siin tunduvalt üle valgustatud, mistõttu luustruktuur neil peaaegu puudub. Metallnael ei ole üldisest varjust eraldatav. Luukallus struktuurita; kämblaluud on aga suhteliselt alavalgustatud. Pehmed koed osaliselt nähtavad. Et tegemist on patoloogiaga luus, on meie ülesandeks saada koopia, millel oleksid luulised osad detailideni nähtavad.

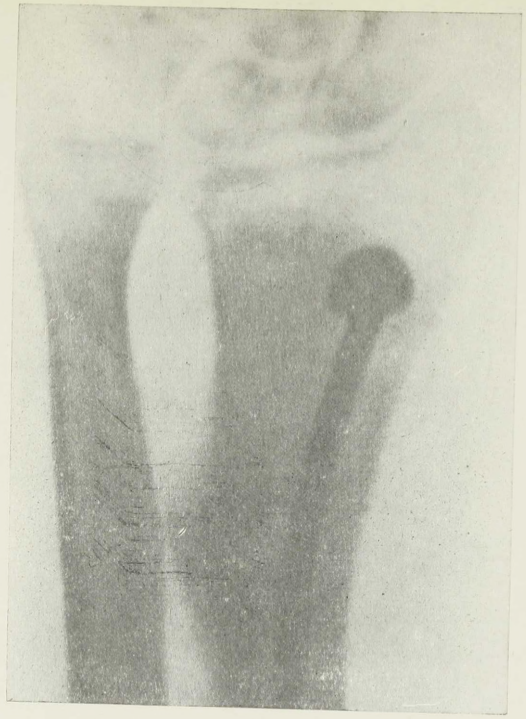


Foto 2. Pehme joonisega mask. Detailid on ebateravad.

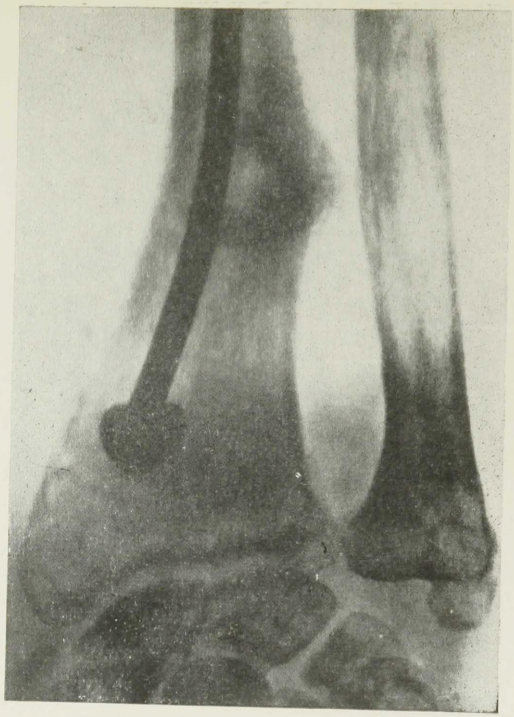


Foto 3. Samast originaalist (foto 1), maskimeetodil saadud koopia.
Metallnael, mida fotol 1 üldse ei ole võimalik eraldada, on siin hästi nähtav. Kalluse struktuur kodarluul nähtav. Luustruktuur kõigil juhtudel rahuldavalt välja joonistatud. Küünarluul ja kämblaluudel esinevad osteoporootilised kolded (Sudecki haigus). Allosas ilmnevad negatiivi defektid. Pehmed koed osaliselt nähtavad.

TAHVEL IV

J. Paulson



Foto 4. Kontaktkopeerimisel saadud fotokoopia sapipõiest kontrastainega. Originaali kvaliteet halb. Nähtavad üksikute lülikehade piirjooned ja kontrastainega täitunud sapipõis. Sapipõiejuhas saame eraldada konkremendi. Juha piirjooned kaovad keskosas üldisse tihedasse varju.



Foto 5. Eelmisest originaalist maskimeetodil saadud fotokoopia. Lülikehade piirjooned nähtavad. Selgesti on eraldatav sapipõis koos laienenud sapipõiejuhaga, milles asub heledam vari — sapikivi. Pehmete kudede piirjooned puuduvad (originaali halb kvaliteet). Vaatamata tehnilistele puudustele on sellel fotokoopial põhiline patoloogia ilmselt märgatav.

крепляют в обыкновенном кислом закрепителе. Плотность маски необходимо определить опытным путем. Лучшие результаты дают т. н. умеренные т. е. не особенно плотные, но и не редкие маски. После пятиминутного закрепления промывают готовую маску и удаляют влагу губкой или ватой. После этого следует копирование, для чего с помощью маски стараются получить более слабое освещение светлых мест негатива. Копируют в следующем порядке: маска, стеклянная пластинка,рентгеновский фильм и фотобумага, причем изображение на маске должно точно совпадать с изображением на рентгеновском фильме. При освещении через маску время выдержки удлиняется в 6—10 раз, что зависит от плотности маски, от толщины и качества фотобумаги, используемой для маски. В продолжении проявления фотокопии, (в особенности при проявлении маски) проявитель следует все время помешивать проявляемой копией или путем покачивания ванночки. Когда на фотобумаге появится изображение с требуемой четкостью, следует бумагу быстро поместить в энергично помешиваемый стопраствор (30% уксусной кислоты 45,0, воды до 1000,0). В одном литре стопраствора можно обработать до 10000 см^2 копий.

SURMAGA LÕPPENUD BRONHIAALASTMA JUHTUDEST

K. KÕRGE ja *U. PODAR*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*, ja patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja dotsent *U. Podar*)

Bronhiaalastma patogeneesi selgitamise ja ravimeetodite täiustamise seisukohalt on surmaga lõppenud juhtude täpne kliiniline ja patomorfoloogiline analüüs väga oluline. Eriti vajalik on nn. esmase astmasurma igakülgne uurimine, s. t. haigusjuhtude selgitamine, mille puhul surm järgnes ainult astmahoo, mitte aga komplikatsioonide tagajärjel.

Nõukogude autoreist esitab B. Kogan (6) surmaga lõppenud 60 astmajuhu kliinilise ja morfoloogilise analüüsi; neist 8 juhtu on autor ise uurinud ja kirjeldanud. D. Findeiseni (16) järgi oli 1958. aastani maailmakirjanduses avaldatud surmaga lõppenud 270 bronhiaalastmajuhu kirjeldust.

Alljärgnevalt esitame ülevaate kahest surmaga lõppenud astmajuhust.

Juht 1. L. P., 52-aastane naispatsient (haiguslugu nr. 472/1961), elukutselt õmbleja, suunati 22. IV 1961. a. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnast sama kliiniku kõrva-nina-kurguhaiguste osakonda. Diagnoos: *asthma bronchiale. Highmoritis chronica polyposa bilateralis. Emphysema pulmonum. Coronaro-cardiosclerosis. Polyarthritis infect. chronica.*

Patsient haigestus raskekujulisse, sageli ägenevasse bronhiaalastmasse 3 aastat tagasi. 1955. aastal tekkis haigel liigesepõletik, millest tingituna sõrmede liikuvus tunduvalt vähenes. Bronhiaalastma tõttu viibis patsient 4 korda haiglas ravil, kuid püsivamaid tulemusi see ei andnud. Et haigel avastati põsekoopapõletik, suunati ta kõrva-nina-kurguhaiguste osakonda operatsioonile. Seal puhkesid patsiendil uuesti keskmise raskusega bronhiaalastmahood. Südametalitlus rütmiline, toonid tasased. Südametipul lühike süstoolne kahin. Kardiovaskulaarse puudulikkuse nähte ei ilmnenud.

Analüüsid: SR 10 mm, hgb. 85%, erütrots. 4 230 000, leukots. 7000. Valem: eosinof. 4%, segmentt. 59%, lümfots. 32%, monots. 4%. Uriin patoloogilise leiuta. Kehatemperatuur normaalne. 25. IV — põsekoopa loputus. 27. IV — mõlemapoolne haimorotoomia. Pärast operatsiooni muutus hingamine raskemaks, mis juba järgmisel päeval järele andis. Ka tugevaid astmahooge ei täheldatud kuni 3. maini.

3. mai hommikul oli patsiendi seisund võrdlemisi rahuldav. Et tal tekkis mõõdukas hingamisraskus, võttis ta tableti efedriini. Veidi hiljem patsiendi enesetunne halvenes, mille puhul talle süstiti 0,5 ml antiastmokriini. Mõni minut pärast seda tuli haige protseduuride tuppa, kaevates väga halva enesetunde üle. Tal esines raske hingeldus. Haige oli tugevasti tsüanootiline. Patsient talutati palatisse tagasi, kus talle süstiti 1 ml kordiamiini ja 1 ml 0,1%-list adrenaliinilahust. Mõne

minuti möödudes kaotas haige teadvuse. Tsüanoos tugevnes veelgi, hingamistalitlus lakkas ja pulssi ei olnud enam võimalik palpeerida. Süstiti veel lobeliini, kuid haiget elustada enam ei õnnestunud.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: äge kopsuemfüseem, katarraalne bronhiit. Subendokardiaalne verevalum südame vasakus vatsakeses.

Mikroskoopiline leid: kopsualveoolid tugevasti laienenud, nende vaheseinad õhukesed ja kohati hävinud. Bronhide ja bronhioolide valendikes rohkesti lima, irdunud epiteelirakke ja eosinofiilseid leukotsüüte. Limaskesta epiteel suuremas osas puudub. Paksenenud basaalmembraan koosneb homogeensest hüaliinsest massist. Paksenenud on ka lihaskest. Bronhide seinte kõikides kihtides esineb mööduvas hüpereemia ja tugev eosinofiilne infiltratsioon. Aju on hüpereemiline, kohati märgatav vähene turse. IV vatsakese piirkonnas leiduvad veresoontes mõned hüaliinsed trombid. Maksas tugev düstroofiline rasvastus.

Juht 2. J. A., 22-aastane naisüliõpilane (haiguslugu nr. 4196/1960), haigestus bronhiaalastmasse 1959. aasta veebruaris. Sama aasta aprillis avastati haigel kopsus tuberkuloosist põhjustatud infiltraat, mistõttu ta viibis üle 5 kuu tuberkuloosihaiglas ja -sanatooriumis ravil. Et sügisel astmaatilised vaevused tugevnesid, võeti haige 1959. aasta novembris Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda.

Haige oli asteenilise kehaehitusega, nõrga toitumusega. Röntgenoloogiliselt leiti vasakul pool pleuraliiteid ja vasaku kopsu alumises sagaras fibroosne kolle. EKG — dekstrogramm. Kardiovaskulaarse puudulikkuse nähte ei esinenud.

Analüüsid: SR 4 mm, leukots. 9800, verevalemis leidus 7% eosinofiilseid leukotsüüte, rögas ligi 20%.

Pärast kahenädalast ravi (eufülliini ja novokaiini veeni, vajaduse korral manustati antiastmokriini või adrenaliini) vabanes patsient astmahoogudest. Mõlemapoolse põsekoopapõletiku tõttu sooritati haigel detsembris haimorotoomia.

Saavutatud raviefekt ei olnud püsiv. 1960. aastal viibis haige kliinilisel ravil 5 korda. Raviks määrati kortisooni, magneesiumsulfaadilahuse süsteid, püramidooni, norsulfasooli ja terramütsiini ning hapnikku sissehingamiseks. Astmahoogude kupeerimiseks manustati adrenaliini, antiastmokriini, antastmaani ja atropiini. 3 ravikuuri järel lahkus patsient kliinikust paranenult. Alljärgnevalt kirjeldame lähemalt haige kahte viimast kliinilisel ravil viibimist.

3. XI 1960 toodi patsient kiirabi korras uuesti kliinikusse üliraske astmahooga. Haige oli kollapsieelses seisundis, tugevasti sinakas. Kopsudes oli kuulda rohkesti räginaid. Köhimisel eritus vahutavat roosakat röga. Temperatuur oli saabumisel 39,5°, pulss 150 korda minutis, vererõhk 105/65 mm. 5. novembril leiti röntgenoloogilisel uurimisel parema kopsu alumises sagaras koldeliselt infiltraate, mis 12. novembriks olid juba imendunud.

Analüüsid: 4. novembril — leukots. 12600, eosinof. 2%, SR 14 mm. 12. novembril — leukots. 10250, SR 12 mm. 17. novembril — leukots. 12250, SR 5 mm. Vereseerumi proteinogramm: üldvalk 7%, sellest alfa$_1$-globuliini 3,9%, alfa$_2$-globuliini 13,7%, beeta-globuliini 13,7%, gamma-globuliini 17,6%, albumiine 51,0%.

Ravi: aadrilaskmine, hapniku inhalatsioonid, strofantiini ja eufülliini veeni, kortisooni 50 mg päevas, papaveriini, norsulfasooli. 3. ravipäeval kehatemperatuur normaliseerus, hingeldus vähenes. Nädala möödudes haige enesetunne paranes ja 2 nädala pärast lahkus ta kliinikust heas seisundis.

Kuu aega hiljem (18. detsembril) tekkis patsiendil jällegi väga raske astmahoog, mille tõttu ta hospitaliseeriti järjekordselt meie kliinikusse 23. detsembril kell 21.00. Vastuvõtmisel oli haige väga raskes asfüksiaseisundis. Nahk kahvatu — tsüanootilist värvust. Haige suutis hingata ainult istukil asendis, ettepoole kummardunult. Jällegi eritus kopsudest roosakat vahutavat röga. Pulss 130 korda minutis. Vererõhk 130/70 mm. SR 1 mm, leukots. 21 500, eosinof. 4%.

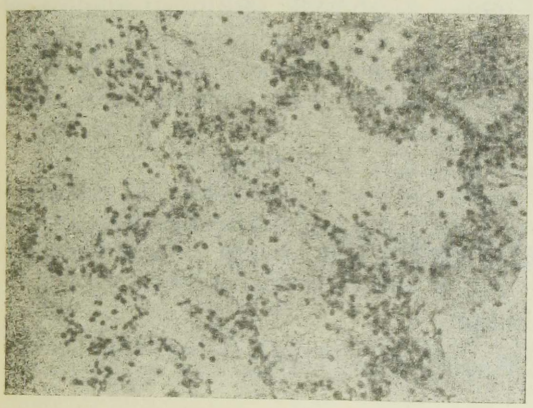
Raviks määrati hapnikku, strofantiini ja prednisooni 60 mg päevas ning magneesiumsulfaadilahuse süsteid lihasesse. Adrenaliini ega antiastmokriini sel korral ei manustatud. Järgmiseks päevaks haige seisund ei paranenud. Vereringlus halvenes pidevalt, hüpoksia tugevnes. Patsient ei suutnud enam istuda ega ka kõnelda. 25. detsembril hingeldus kestis. Patsient suri üha süvenevate kollapsinähtudega samal päeval kell 4.50.

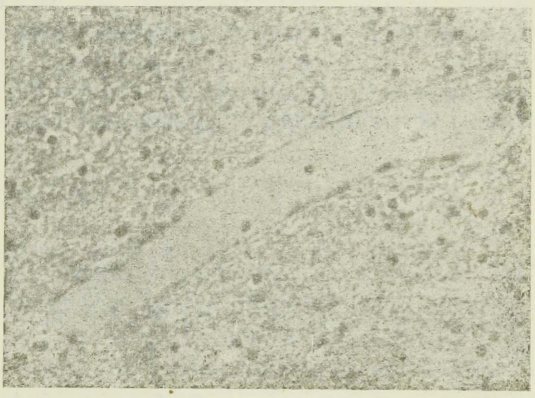
Patoloogilis-anatoomiline leid: rindkere avamisel kopsud ei kollabeeru. Bronhide limaskest on hüpereemiline, nende valendikus leidub rohkesti kollakat lima. Surumisel väljub kopsude tumepunasele lõikepinnale verd ja valkjat vahutavat vedelikku, bronhidest aga helekollast limast sekreeti. Esineb kuni 2,5 sm läbimõõduga atelektaasipiirkondi.

Leid mikroskoopilisel uurimisel: kopsualveoolid tugevasti laienenud. Alveoolide vaheseinad õhenenud ja kohati hävinud. Alveoolide sisepind paiguti kaetud hüaliinsete membraanidega (joon. 1). Esineb atelektaasipiirkondi, ödeemi ja mõnedes alveoolides neutrofiilseid leukotsüüte sisaldavat eksudaati. Bronhide ja bronhioolide valendikus lima, milles irdunud epiteelirakke ja palju eosinofiilseid leukotsüüte. Bronhide lihaskest paksenenud. Pikliku aju ja suurte poolkerade veresoontes hüaliinseid trombe (joon. 2).

Mõlema kirjeldatud haigusjuhu puhul on ilmselt tegemist nn. esmase astmast põhjustatud surmaga. Selle poolt kõnelevad esiteks juba haiguse lühike kestus (esimesel haigel 3, teisel $1^1/_2$ aastat) ja kroonilise kardiovaskulaarse insufitsientsuse puudumine. Esimesel haigel järgnes surm ootamatult umbes 10-minutilise astmahoo järel, teisel aga kestis raske astmahoog nädala ümber, kusjuures patsient viibis kliinikus äärmiselt raskes asfüksiaseisundis 30 tundi.

Patoloogilis-anatoomilises pildis oli rida leide, mida kirjanduse andmeil tuleb pidada tüüpilisteks, kuigi mitte spetsiifilisteks bronhiaalastmale, näiteks kopsuemfüseem, rohke, eosinofiile sisaldav röga kopsutorudes, mis sageli suleb valendiku, bronhiseina eosinofiilne infiltratsioon, basaalmembraani paksenemine ja hüalinoos, samuti bronhide lihaskesta paksenemine [B. Kogan (5,6), V. Baranov (2) jt.]. Nimetatud leidude kõrval väärivad tähelepanu muutused, mis bronhiaalastma morfoloogilises pildis on vähem tuntud. Kopsuturset, mida täheldati teisel haigel, on bronhiaalastma puhul kirjeldanud A. Suris (11) ja Waldbott (18). Edasi väärivad mainimist hüaliinsed membraanid kopsualveoolides. T. Polõkovski (9) järgi täheldatakse kirjeldatud membraane kapillaaride permeaabluse suurenemisel. Need võivad alveoolides põhjustada gaasivahetuse häireid. B. Kogani (6) andmeil ei ole niisuguseid muutusi kopsudes bronhiaalastma puhul kirjeldatud. Ei saa märkimata jätta ka muutusi, mis bronhiaalastma puhul arenevad kesknärvisüsteemis. Mõlemal haigel leidus piklikus ajus ja suurtes poolkerades hüaliinseid trombe. Verdumisi ja turset vaheajus ning kesknärvisüsteemi teistes piirkondades kirjeldavad bronhiaalastma puhul K. Farkas ja K. Hajos (15). K. Hajos (17) peab nimetatud muutusi kesknärvisüsteemis kogu organismi hõlmava allergilise protsessi lokaalseks väljenduseks. Kirjeldatud leiuga seletab autor ka bronhiaalastma puhul esinevaid «vegetatiivseid kriise» ja äkksurmajuhte. Kesknärvisüsteemi sügavast kahjustusest kõneleb ka mõnede autorite [L. Kuperman (7), E. Lihtenstein (8)] poolt kirjeldatud komatoosse seisundi tekkimine bronhiaalastmaga haigeil. Mainitud kahe haige ajus leitud hüaliinseid trombe võib M. Aleksandrovskaja (1) järgi vaadelda venoossest paisust tingitud ajukoore anoksia tagajärjena. Tuleb märkida, et surmaga lõppenud bronhiaalastmajuhtude analüüsimisel on kliinikus senini suhteliselt vähe tähelepanu pööratud kesknärvisüsteemi kahjustustele. Morfoloogidest on sel puhul muutusi leidnud T. Haime (13) ja I. Kodolova (4); mõlemad autorid seostavad bronhiaalastma puhul tekkinud ajukahjustusi eelkõige hüpoksiaga.





Alljärgnevalt püüame anda kokkuvõtliku ülevaate tegureist, mis kutsuvad esile astmast põhjustatud primaarse või sekundaarse surma või soodustavad selle tekkimist.

1. Bronhivalendike sulgusest limaga tekkiv asfüksia, mis on astmahoo ajal saabuva surma kõige sagedasemaks põhjuseks [B. Kogan (6), A. Suris (11), V. Baranov (2), D. Findeisen (16)].

2. Kopsuturse [A. Suris (11), meie tähelepanekud], mille tekkimise põhjuseks võib pidada kapillaaride läbitavuse suurenemist allergia tõttu [Waldbott (18)], adrenaliini üledoseerimist ja kesknärvisüsteemi kahjustusi.

3. Kesknärvisüsteemi häired (verevalandused, ajuturse, hüaliinsed trombid), mis on seoses veresoonte allergilise kahjustusega ja hüpokseemiaga. On võimalik, et kesknärvisüsteemi kahjustused omakorda põhjustavad vereringe häireid (kollaps) ja kopsuturset; samuti võib neist tingitud olla komatoosse seisundi arenemine.

4. Neerupealiste koore puudulikkus, mis võib tekkida:

a) bronhiaalastma puhul esinevast neurohormonaalsest düsregulatsioonist; b) hüpoksiast; c) kestvama ravi järel kortikosteroididega nende ärajätmisel, eriti siis, kui samaaegselt areneb mingi interkurrentne haigus (näiteks kopsupõletik), või mingi operatsiooni puhul.

5. Kardiopulmonaalne puudulikkus.

6. Südamepuudulikkus akuutse interstitsiaalse (allergilise) müokardiidi tõttu [A. Šelagurov ja V. Rovinski (14), V. Ussik (12), V. Rovinski ja P. Vassiljev (10)].

7. Adrenaliini üledoseerimine raskekujulise bronhiaalastma puhul, mis võib põhjustada: a) südame parema vatsakese ülekoormust, mida tekitab veredepoode kiire tühjenemine; b) arteriaalse vererõhu tõusu ja vasaku vatsakese ülekoormust; c) organismi (ja eriti südamelihase) hapnikuvajaduse tõusu (10—40% võrra); d) nekrootilisi koldeid müokardis (mida on võimalik katseliselt loomadel esile kutsuda); e) kopsuturse tekkimist.

8. Anafülaktilised reaktsioonid (šokk), eriti mitmesuguste ravimite, eelkõige antibiootikumide suhtes.

Nagu meie poolt kirjeldatud juhud ja kirjanduse andmed näitavad, ei saa tänapäeval enam nõustuda A. Trousseau' väitega, et bronhiaalastmahoog ei lõpe kunagi letaalselt. Olgugi et surmajuhud on õnneks suhteliselt haruldased, tuleb niisugust võimalust arvestada ka veel üsna rahuldavas seisundis oleva astmahaige puhul ning püüda ratsionaalse ravi rakendamisega ülalloetletud tüsistuste vastu võidelda.

KIRJANDUS

1. Александровская М. М. Сосудистые изменения в мозгу при различных патологических состояниях. М., 1955. — 2. Баранов В. И. Терапевт. архив, 1959, 6, 65—72. — 3. Булатов П. К. Архив патологии, 1957, 1, 20—26. — 4. Кодолова И. М. Архив патологии, 1956, 2, 73—82. — 5. Коган Б. Б. Архив патологии, 1959, 22, 49—54. — 6. Коган Б. Б. Бронхиальная астма. М., 1959. — 7. Куперман Л. Н. Врачебн. дело. 1957, 1, 81—82. — 8. Лихтенштейн Е. И. Врачебн. дело 1954, 7, 641—642. — 9. Полыковский Т. С. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 50—56. — 10. Ровинский В. И. и Васильев П. Н. Клинич. мед., 1961, 5, 86— . 11. Сурис А. С. Клинич. мед., 1952, 3, 45—53. — 12 Усик В. Д. Врачебн. дело, 1958, 3, 279—282. — 13. Хайме Ц. Б. Архив патологии, 1962, 9, 65—69. — 14. Шелагуров А. А. и Ровинский В. И. Терапевт. архив, 1961, 3, 26—32. — 15. Farkas, K., Hajos, K. Allergie und Asthma, 1956, 2, 27—39. — 16. Findeisen, D. G. R. Im Buche G. A. Rost, D. G. R. Findeisen u. I. Niemand-Andersen. Praktikum der allergischen Krankheiten. Leipzig, 1958. — 17. Hajos, K. Im Buche E. Rajka. Allergie und allergische Erkrankungen. Bd. II. Budapest, 1959. — 18. Waldbott. Tsit. 6 järgi.

О СЛУЧАЯХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

К. Кырге и *У. Подар*

Резюме

При бронхиальной астме жизни больного могут угрожать асфиксия, отек легких, васкулярные нарушения в центральной нервой системе, сердечная недостаточность вследствие чрезмерной нагрузки правого желудочка и интерстициального миокардита, передозировка адреналина, недостаточность надпочечников и анафилактический шок. В двух случаях, аутопсически исследованных авторами, кроме типичных патологических изменений, были найдены гиалиновые мембраны в легочных альвеолах, препятствовавшие газообмену. В кровеносных сосудах мозга были обнаружены гиалиновые тромбы, которые могли вызвать нарушения деятельности центральной нервой системы.

Abiks velsuecitele ja õdedele

MAOSEKRETSIOONI UURIMISEST

V. SALUPERE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*)

Maohaiguste korral on kindlalt praktikasse juurdunud maosekretsiooni ehk -nõristumise uurimise mitmesugused meetodid. Kuigi need on enamasti vanad ja ammu tuntud, tehakse tihti vigu nii uurimisel, igale konkreetsele juhule sobiva sondeerimismeetodi ja nõristumisärriti valikul kui ka saadud tulemuste hindamisel. Maonõristumise uurimise meetodite valikul on õige lähtuda sellest, mida soovitakse teada saada. Nii näiteks, eeldades kõrget happesust valime teistsuguse nõristumisärriti kui oodatava happesusetuse korral. Peame arvestama ka haige seisundit, see tähendab, kas magu on võimalik üldse sondeerida või tuleb nõristumist ilma sondita uurida.

Üldjoontes võib maonõristumise uurimise meetodid jaotada järgmiselt: 1) nõristumise uurimine sondeerimise abil; 2) nõristumise uurimine sondita.

1. Maonõristumise uurimine sondeerimise abil

a Ühemomentsed meetodid

Ühemomentsete meetodite puhul kasutatakse 10—12 mm läbimõõduga maosondi. Nõristumisärritiks on Boas-Ewaldi proovieine, mis koosneb 35—50 g saiakuivikutest ja 400 ml lahjast suhkruta teest. Magu sondeeritakse hommikul tühja kõhuga. 40—60 minutit pärast proovieinet tühjendatakse magu jämeda sondi abil. Eelnevalt tuleb haigele selgitada protseduuri käiku. Kui patsiendil on hambaproteesid, peab need kindlasti eemaldama. Sondeerimise ajal haige istub, hoides pead otse (mitte kuklas!). Sond viiakse makku aktiivsete lükkeliigutuste abil, millele haige peab ka ise neelamisliigutustega kaasa aitama, seda eriti sondi läbiviimisel neelu-söögitoru kitsusest. Sondeerimissügavuse määravad ära sondil olevad märgid. Maomahla (õigem oleks öelda maosisaldist) võetakse üks kord. Proovieinega mõjustatakse peamiselt esimest ehk reflektoorset

nõristumisfaasi, mil impulsid maonõristumiseks kulgevad uitnärvi kaudu. Saadav maomahl on kõrge happesuse ja pepsiinisisaldusega. Kirjeldatud sondeerimismetoodika eeliseks on proovieine suhteline füsioloogilisus, sest et säilib psüühiline mõjustamine toidu välimuse ja lõhnaga. Puuduseks on nõristumisärriti nõrkus, eriti madala soolhappe- ja pepsiininõristumisega patsientidel. Jämeda sondi makku viimine on haigele sageli ebameeldiv. Halb on ka sondeerimise ühemomentsus, mille tõttu saadud maomahla kogus ei peegelda kogu nõristumisvõimet. Meil ei õnnestu saada puhast maomahla, sest see on proovieinega tugevasti segatud.

b. Fraktsioneeritud meetodid

Nende meetodite puhul kasutatakse peent maosondi (näiteks 0,6 sm läbimõõduga). Samuti kui ühemomentsete meetodite korral viiakse sond makku istukil asendis olevale haigele. Sondeerimine toimub hommikul tühja kõhuga. Haige ei tohi sondi ise makku viia, nagu seda mõnikord tehakse; meditsiiniõde peab sondi aktiivselt lükkama, kusjuures on tähtis arvestada ka neelamisliigutusi. Sondi tuleb edasi lükata igakordse neelamisakti lõpul. Liiga kiire sondeerimine pole soovitatav, sest haigel võivad tekkida ebameeldivad aistingud, mis omakorda võivad pärssida maonäärmete tegevust. Kui sond on makku viidud (orienteerutakse sondil olevate märkide järgi), asetatakse haige paremale küljele lamama. Süstla abil aspireeritakse magu tühjaks ja katsuti täidetakse maomahlaga. Saadud maomahla kogus kajastab nn. tühinõristumist, s. t. maomahla hulk peegeldab mao nõristumisvõimet ilma nõristumisärritit kasutamata, kui mitte arvestada makku viidud sondi mehaanilist ärritust. Edasi järgneb nõristumisärriti ehk «proovieine» manustamine. Ärritid võib omakorda jaotada makku viidavateks (kofeiin, alkohol, kapsakeedis, õlu, puljong, leib jt.) ja seedetrakti kaudu mittemanustatavateks (histamiin, insuliin jt.).

Tuleb märkida, et nõristumisärriti manustamisele järgnev maosisaldise evakueerimine ja uurimine toimuvad kõigi ärritite kasutamisel enamvähem ühesuguselt. Iga 10—15 minuti möödudes (2 tunni jooksul) evakueeritakse kogu maosisaldis ja täidetakse järjekorras katsutid. Kui nõristumine on rohke, siis pärast katsuti täitmist jäänud ülejääk mõõdetakse ja saadud andmed märgitakse üles. Nimelt kõrvuti vaba soolhappe, pepsiini jt. näitajatega on tähtis ka maomahla hulk, et õigesti hinnata maonäärmete nõristumistalitlust.

Väärib mainimist, et kõiki kasutatavaid nõristumisärriteid ei ole õige nimetada «proovieineteks». See nimetus pärineb ajast, mil ärriti viidi organismi eranditult seedetrakti kaudu ja kui tõepoolest oli tegemist proovieinega selle sõna kõige otsesemas mõttes. Tänapäeva nõristumisärritite ei ole «einega» sageli midagi ühist. Seepärast on neid õigem nimetada nõristumist ärritavateks vahenditeks või lihtsalt nõristumisärrititeks. Nende kliiniline väärtus on üsnagi erinev. Eriti laialdaselt on levinud kofeiin ja alkohol, kuid peab ütlema, et nende kasutamine on leidnud ka kõige rohkem vastuväiteid.

Kofeiinproovieine koosneb 0,2—0,3 g kofeiinist ja 300 ml veest, millele on lisatud 4—5 tilka 0,5%-list metüleensinise lahust. Värvainet kasutatakse evakuatsiooniaja määramiseks. Kofeiin on äärmiselt nõrk nõristumisärriti. Ta ei avalda maonäärmetesse spetsiifilist toimet ja paljud uurijad peavad tema mõju võrdseks 300 ml puhta vee omaga. Kofeiini nõrk toime ja sageli saadavad andmed happesusetusest (histamiin- või insuliinärriti abil leitakse neil haigeil siiski vaba soolhapet) on puuduseks, mis räägivad selle ärriti kasutamise vastu.

Alkoholproovieine koostisse kuulub 300 ml 5%-list alkoholi, millele on samuti lisatud värvainet. Määramise käik on eelmisega ligikaudu sarnane. Alkohol mõjub maonäärmetele, kuid tema toime on nõrk.

Kapsakeedisest proovieine valmistamiseks aetakse kapsas läbi hakkmasina, mahl pressitakse välja ja seda keedetakse lühikest aega ning järgnevalt filtreeritakse. Saadud nõristumisärriti on suhteliselt tugeva toimega ja ületab tunduvalt kofeiini ning alkoholi oma. Kapsakeedist peetakse füsioloogilisemaks maonõristumist stimuleerivaks vahendiks. Kui keedis mao lõpposa (antrumi) limaskestaga kokku puutub, vabaneb sealt hormoonitaoline aine — gastriin, mis vere kaudu mõjustab maokehas asuvaid näärmeid. Toimeaineteks kapsakeedises on soolad ja orgaanilised happed. Kibeda ja ebameeldiva maitse tõttu ei taha haiged seda suu kaudu sisse võtta, mistõttu on soovitatav viia proovieine makku sondi abil.

Histamiini kasutatakse maonäärmete tegevuse ergutamiseks annuses 0,1 mg *pro* kg. Praktiliselt seisneb see 0,5 ml 0,1%-lise histamiinilahuse naha alla süstimises. Histamiin toimib maonäärmetesse humoraalselt (vere kaudu) ja otseselt (soolhapet tootvatele rakkudele). Arvatakse, et maonäärmete muudele nõristumisrakkudele histamiin otseselt ei mõju, vaid nende nõrehulga suurenemine pärast histamiini manustamist on seotud lihtsa mehaanilise nn. väljapesemisefektiga. Histamiini toime avaldub kohe pärast süstimist. Maosisaldist võetakse pärast ärriti süstimist 15 minutiliste vaheaegadega. Kui leitakse vaba soolhapet (proov tehakse kongopaberiga, mis vaba soolhappe olemasolu korral värvub siniseks), siis piisab kolme portsjoni üksteisele järgnevast võtmisest. Niisugusel juhul kestab sondeerimine keskmiselt 1 tund. Kui saadud maosisaldises vaba soolhape puudub, siis süstitakse teistkordselt sama kogus histamiini (nn. kahekordne histamiinitest) ja evakueeritakse maosisaldis eespool täheldatud viisil. Histamiini kui maonõristumist ärritava vahendi eeliseks on tema toime kiirus ja tugevus. Ta on tugevaim senituntud nõristumisärritite. Pärast histamiini süstimist võib haigetel enamasti täheldada näo punetust, millega mõnikord kaasneb pearinglemine ja lühiajaline pulsi sagenemine. Need kõrvalnähud on aga tühised ja haiget oluliselt ei häiri.

Teiseks tugevaks ja puhta maomahla saamist võimaldavaks ärritiks on insuliin. Seda manustatakse 4—20 TÜ, enamasti veeni. Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonna pikaajaliste kogemuste põhjal on 4 TÜ insuliini maonõristumise esilekutsumiseks täiesti küllaldane. Insuliin on esimese nõristumisfaasi ärriti ja mõjustab näärmerakke uitnärvi kaudu. Selle toime ilmneb 45—70 minutit pärast süstimist ja on seotud hüpoglükeemia tekkimisega. Eeltingimusena toimeefekti saamiseks on vajalik, et uitnärv oleks kahjustamata. Histamiinist erineb insuliin seepoolest, et ta mõjustab kõiki maonäärmete nõristavaid rakke (soolhapet, pepsiini ja lima tootvaid rakke). Insuliini küllaltki hilise toimeaja tõttu peab sondeerimine tingimata kestma 2 tundi, mis muudab ta histamiini kasutamisega võrreldes keerukamaks. Tavaliselt tekivad haigel 45—90 minutit pärast insuliini süstimist ka kerged hüpoglükeemianähud, mis avalduvad nõrkuses, higistamises ja kuumustundes. Peab märkima, et adekvaatse insuliiniannuse korral (näiteks 4 TÜ) ei ole need kõrvalnähud kuigi häirivad. Ka suhkruhaigust põdevate haigete maonõristumise uurimiseks võib kasutada insuliini, kuid sel juhul peab annus olema niisugune, et ta tekitaks hüpoglükeemiat.

Millist nõristumisärritit siis praktiliselt valida? Siin kehtib individualiseerimise nõue. Nii näiteks on ülihappesuse korral, eriti maolukuti-kaksteistsõrmiksoole piirkonnas asetseva haavandi puhul, mis sageli kulgeb ülihappesusega, hea rakendada nn. basaalnõristumise uurimist, s. o. uurida maonõristumist ilma nõristumisärritita. Maolukuti-kaksteistsõrmiksoole haavandile on iseloomulikud suhteliselt kõrged basaalnõristumise väärtused. Ka selle piirkonna haavandtõvele on omased kõrged soolhappe- ja pepsiiniväärtused just nende nõristumisärritite puhul, mis mõjuvad maole uitnärvi kaudu. Kõrge soolhappe- ja pepsiinisisaldus insu-

liinärriti kasutamisel osutub seega muu sümptomatoloogia kõrval ka maolukuti-kaksteistsõrmiksoole haavandtõve olemasolule.

Kui oletame happesusetust, või on see kofeiin- või alkoholärriti abil varem juba leitud, siis on soovitatav kasutada suhteliselt tugeva toimega nõristumisärritit, näiteks insuliini või histamiini. Maonäärmete korduval stimuleerimisel (histamiini või insuliini abil) saadav happesusetus viitab suure tõenäolisusega limaskesta väljakujunenud muutustele, eriti näärmeatroofiale. Histamiini ja insuliini eeliseks on just nende tugev toime, mis võimaldab saada puhast maosisaldist. Eelistatavam on histamiin, sest insuliiniga võrreldes on see kiirema toimega (sondeerimise kestus 1 tund insuliini 2 tunni vastu). Histamiinist põhjustatud kõrvalnähud on üldiselt mõnevõrra kergemad kui insuliini omad.

Tuleb aga rõhutada, et ainuüksi maonõristumise näitajate põhjal ei saa ega tohigi diagnoosida haigust ennast. Nii näiteks ei ole nõristumise näitajad üksi veel küllaldased gastriidi kindlakstegemiseks. Sageli on nõristumise muutused tingitud ärriti ebaõigest valikust. Näiteks kofeiini abil leitud vaba soolhappe puudumine maosisaldises ei luba veel happesuseta gastriiti diagnoosida. Gastriidiga võib tõepoolest kaasneda mao nõristumistalitluse langus, kuid see ei tähenda veel, et tegemist on gastriidiga.

Kui mao sondeerimisel leiame happesusetuse, siis tuleb seejuures arvestada järgmiste vigade esinemise võimalustega:

1) nõristumisärriti (näiteks kofeiin) võis olla konkreetse haige maonäärmete stimuleerimiseks liiga nõrk; 2) tugeva negatiivse emotsiooni tõttu võis sondeerimise protseduur tekitada pidurduse maonäärmete nõristumisrakkudes; 3) ärriti võis olla ka liiga tugev (näiteks insuliin) ja tekitada maonäärmetes paradoksaalse pidurduse. Sellisel juhul võime insuliini kasutamisel saada happesusetuse. Kui aga sondeerimist kapsakeedise või mõne muu nõrgema ärriti abil korrata, leiame normaalsed nõristusnäitajad.

Kui need vead on välistatud ja tugev nõristumisärriti (histamiin või insuliin) annab korduvalt happesusetuse, siis võime veenduda, et tegemist on nn. tõelise happesusetusega, mille põhjuseks on üsna sageli atroofiline gastriit. Viimase lõplik kindlakstegemine lasub aga juba järgnevatel konkreetsetel diagnoosimismeetoditel, eriti gastroskoopial ja gastrobiopsial.

2. Maonõristumise sondita uurimine

Siia kuuluvad mitmed orienteeruvad ja kaudsed meetodid.

a. Sahli desmoid- ehk kätgutproov

Desmoidproovi olemus seisneb järgmises: väikesesse õhukesse kummitükikesse, mida eelnevalt on talgiga üle riputatud, pannakse 0,1 g metüleensinist. Kummist tehakse kotike, mis köidetakse kinni peene (nr. 1) kätgutiga. Kätgut sõlmatakse kahekordse sõlmega nii, et üks sõlm asetseks teise peal. Uuritav neelab kotikese alla pärast hommikueinet või lõunasööki. Pepsiini ja soolhappe toimel seedub sidekude, millest kätgut koosneb, ja metüleensinine vabaneb. Vabanenud metüleensinine imendub ja 4—6 tunni pärast värvib uriini rohekaks või siniseks. Happesusetuse korral värvub uriin tunduvalt hiljem, s. o. 7—20 tunni pärast.

b. Ioonivahetusvaigud

Määramise põhimõte on järgmine: sünteetiline ioonivahetusvaik on rikastatud soolhapu hiniiniga. Maos asendub selle vaigu katioon vaba soolhappe vesinikiooniga, s. o. toimub ioonide vahetus. Seejuures imendub vabanev hiniin soolestikust verre, kust see eritub uriiniga lähemate tundide jooksul. Kasutusel on hulgaliselt mitmesuguseid ioonivahetusvaike, nagu amberliit RS-50, amberliit XE-96, diagneks, gastrotest, ioneks jt. Kodumaistest kationiididest on tuntumad KI-1, KI-2 jt.

c. Uropepsiin

Umbes 1% pearakkude poolt toodetavast pepsiinist satub verre ja eritub uropepsiinina uriini kaudu. Uropepsiin peegeldab kaudselt pepsiiniprodukt**sioo**ni ja happesust. Uropepsiini määramisel uriinis on see puudus, et tulemus on ligikaudne, sest eritumine sõltub neerude seisundist. Teda on otstarbekas määrata neil juhtudel, kui mingil põhjusel ei ole võimalik sondeerida, näiteks haige raske seisundi, söögitoru destruktsioonide jne. korral.

Kõik sondi rakendamiseta uurimismeetodid on enamasti orienteeruvad ja annavad ainult vastuse küsimusele, kas vaba soolhapet esineb või mitte.

Selline oleks lühiülevaade meetoditest, mida kasutatakse maonõristumise uurimiseks. Nii proovieineid kui ka sonditüüpe on kaugelt rohkem kui siin kirjeldatud, kuid ühel või teisel põhjusel pole nad leidnud laialdasemat kasutamist.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДКА

В. Салупере

Резюме

При болезнях желудка проводят исследования желудочной секреции по методам твердо укоренившимся в практике. Несмотря на это, зачастую делают ошибки в выборе подходящего способа зондирования и пробного завтрака, а также при оценке результатов исследования.

Приводится краткий обзор методов исследования желудочной секреции .

KESKHARIDUSEGA MEDITSIINIPERSONALI TÖÖ PARANDAMISEST

L. MAURER

Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja

Tallinnas töötab praegu üle kolme tuhande keskharidusega meditsiinitöötaja. Nende tegevuse õigest organiseerimisest sõltuvad suurel määral tervishoiuasutuste töö edukus ja haigete meditsiinilise teenindamise kvaliteet.

Kui enamiku haiguste diagnoosimine ja ravi vastavad tänapäeva arstiteaduse nõuetele, siis haigete eest hoolitsemine ei ole veel kõikides haiglates vajalikul tasemel. Õigest režiimist kinnipidamine ja kõikide korralduste täpne täitmine otsustavad sageli ravi edukuse. Selliste haiguste puhul, nagu südamelihase infarkt, hüpertooniatõbi, krupoosne kopsupõletik, raske trauma jt., samuti ka operatsioonijärgsel paranemisperioodil, on õigesti organiseeritud hooldamisel otsustav tähtsus.

Meie haiglates tegeldakse veel liiga vähe haigetele rõõmsa, optimistliku meeleolu loomisega. Tekib küsimus, kas selleks on ammendatud kõik võimalused. Kindlasti mitte. Näiteks peale mitmesuguste viktoriinide, lauamängude, televisioonisaadete jt. tuleks meil julgemalt rakendada tööravi. Miks ei võiks haiged kevad-suveperioodil osa võtta haigla territooriumi heakorrastamisest, lillede istutamisest ja kastmisest (seda muidugi arsti loal). Naishaiged võiksid tegelda haigla pesu parandamise ja korrastamisega; ka meeshaigetele leiduks huvitavat tööd, nagu instrumentide korrastamine ja lihtsamate seadmete remont. See viib patsiendi mõtted oma haiguselt kaugemale, kiirendab tema paranemist ja abistab

sealjuures haigla personali. On muidugi arusaadav, et selline abi võib rajaneda ainult täieliku vabatahtlikkuse alusel.

Haige pöördub raviasutusse tavaliselt rõhutud meeleolus, kuid siiski ka lootuses, et teda aidatakse. Meie kohuseks on seda lootust kinnitada, mida saavutame haiglapersonali heasüdamlikkuse, lahkuse ja tähelepanelikkusega haigete suhtes. Eriti tähtis on niisugune suhtumine haigetesse juba haigla vastuvõtutoas ja polikliiniku registratuuris, sest patsiendid hindavad sageli kogu haigla ja polikliiniku tööd seal saadud esimeste muljete järgi.

Meditsiiniõde kannab täit vastutust nii haigete kui ka teatava osa tervete inimeste dispanseerimise eest. Just tema kutsub dispanseeritavad ettenähtud ajaks arsti vastuvõtule ja peab nende kohta vastavat kartoteeki. Nagu praktika on näidanud, sõltub dispanseerse töö korrasolek teinekord rohkem meditsiiniõest kui arstist. Suur osatähtsus on keskharidusega meditsiinitöötajatel profülaktilise töö alal. Nemad korraldavad desinfektsiooni nakkuskolletes, sanitaarharidustööd, tööd sanitaaraktiiviga, vaktsineerimist jne. Näiteks mitmes Tallinna velskri-tervishoiupunktis on töö palju paremal järjel kui mõnes arsti-tervishoiupunktis.

Meditsiiniõel ei tule piirduda ainult arsti korralduste täpse täitmisega, nagu ravimite manustamine, protseduuride tegemine jne., vaid ta peab oskama määrata ka haige üldist arengutaset, arvestama tema individuaalseid omadusi ja leidma vajaliku lähenemisviisi, mis kõik soodustab haige kiiremat paranemist. Arsti korralduste täitmisel peab meditsiiniõel olema selge ettekujutus nende vajalikkusest ja muidugi ka mõjust. On vaja teada iga haiguse olemust, kulgu ja tekkida võivaid tüsistusi.

Tervishoiuasutuse juhataja üks tähtsamaid ülesandeid on kaadri kvalifikatsiooni tõstmise korraldamine temale alluvas asutuses. See on töö edasise parandamise peamine tagatis. Et keskharidusega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmine toimub enamasti asutuses endas, siis sellele tuleb peaarstidel ja peaarsti asetäitjatel ravi alal erilist tähelepanu pöörata. Kahjuks ootavad mõned peaarstid veel praegugi ainult ülelinnalisi alalisi meditsiiniõdede täienduskursusi, pööramata sealjuures tähelepanu keskharidusega meditsiinipersonali teadmiste täiendamisele oma asutuses. Iga tervishoiuasutuse tööplaanis peab olema töötajate erialase kvalifikatsiooni tõstmise konkreetne plaan, eriti just keskharidusega meditsiinipersonali osas. Töövorme on siin mitmesuguseid, näiteks seminarid, loengutsüklid, töökohtadele õppima suunamine jne. Meie keskharidusega meditsiinipersonal kasutab oma teadmiste täiendamiseks veel äärmiselt vähe erialast kirjandust, eriti spetsiaalseid ajakirju, nagu «Медицинская сестра», «Фельдшер и акушерка». Ka ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» avaldatakse pidevalt sisukaid artikleid keskharidusega meditsiinitöötajatele. Asutustes tuleks luua selline olukord, et iga töötaja loeks süstemaatiliselt erialast ajakirja. Olulisemate artiklite kohta tuleks osakondades organiseerida ühiseid arutelusid ning rakendada vastavaid uuendusi ka oma asutuse töös. Selliste arutelude käigus selguks kohe, kes loeb ajakirja, kes mitte. Tallinnas korraldatud ämmaemandate atesteerimine näitas, et kõrge erialase meisterlikkuse saavutamisel olid paljudel neist abiks erialased ajakirjad.

On väga tähtis, et keskharidusega meditsiinitöötajatel oleks kaks eriala (see kehtib eriti kitsaste erialade kohta), nagu operatsiooniõde ja meditsiiniõde-narkotiseerija, ravikehakultuuri-instruktor ja masseerija jne. Väga sageli valitseb haiglas olukord, mille puhul selline kahe eriala valdamine aitab leida väljapääsu keerukatest olukordadest.

Keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmise ning kasvatustöö tegelikuks korraldajaks ja suurel määral ka tegijaks on vastava osakonna juhataja. Meil on palju osakonnajuhatajaid, kes pööravad arstide kvalifikatsiooni tõstmisele tõsist tähelepanu; selliseid on aga

vähe, kes kannavad keskharidusega meditsiinipersonali teadmiste täiendamise eest samasugust hoolt.

Osakonnajuhataja lähim abiline on vanemõde. Temast sõltuvad suurel määral osakonna tööstiil, haigete teenindamise kultuur, palatites valitsev mugavus, puhtus ja sellise olukorra loomine, mis kergendaks haiglas viibimist. Seepärast edutataksegi meil osakonna-vanemõe ametikohtadele kõige kvalifitseeritumad ja kultuursemad meditsiiniõed, kes oskavad personali juhtida ja on tähelepanelikud haigete soovide suhtes. Osakonna hea töö oleneb nii haigete kui ka personali kõrgest distsipliinist. Vanemõe põhiline ülesanne on sanitaar-hügieenilise režiimi tagamine osakonnas. Selleks teeb ta süstemaatiliselt ringkäike osakonnas koos õde-perenaisega ja oma töölõigu eest vastutavate sanitaride-koristajatega. Igal nädalal tuleb osakonna-vanemõel koos osakonnajuhataja, palatiarsti ja meditsiiniõega välja selgitada haigete pretensioonid ja puudused nende teenindamisel.

Palatite sagedane külastamine võimaldab vanemõel jälgida haigete meeleolu ja kõrvaldada puudused hooldamisel — ühesõnaga olla alalises kontaktis haigetega. Pärast ringkäiku teeb ta väljaspool palatit personalile omapoolseid märkusi avastatud puuduste kohta. Enne, kui noort, töölevõetud meditsiiniõde haigete juurde lubada, tutvustab vanemõde teda tööga, määrab tema juhendajaks kogenud meditsiiniõe. Alles siis, kui ollakse veendunud, et uus meditsiiniõde on iseseisvaks tööks ette valmistatud, võib ta asuda oma ülesannete täitmisele.

Vanemõe kohustuseks on haige sugulastega sidemete loomine, ja seda juba vastuvõtutoast alates. Eriti on see vajalik lähedaste omaste rahustamiseks, kes tunnevad muret haige saatuse pärast. Selline vastastikusele usaldusele rajatud kontakt loob normaalsed suhted haige, tema sugulaste ja personali vahel. Kui osakonna-vanemõde on osakonnajuhataja lähim abiline, siis haigla vanemõde on sedasama peaarstile ja tema asetäitjale ravi alal.

Praegu kasutusel oleva haigete kaheastmelise teenindamise korral on sanitaride ülesandeks ruumide koristamine ja meditsiiniõe abistamine manipulatsioonide tegemisel, samuti mõningad tualett-protseduurid ja haigete talutamine. Et neidki piiratud ülesandeid nõuetekohaselt täita, peab sanitaridel teatav erialane ettevalmistus olema. Täiendavaid nõudeid lisandub veel nakkus- ja sünnitusosakonnas. Seepärast tuleb keskharidusega meditsiinitöötajatel oma igapäevases töös pidevalt tegelda sanitaride teadmiste tõstmisega.

Arstid kulutavad palju aega kirjutamisele, mis mõnel juhul ulatub kuni 50%-ni tööajast. Seega saavad nad haigetega tegelda liiga vähe. Viimastel aastatel on meie maa eesrindlikes raviasutustes rakendatud uusi töövõtteid, mis arstide tööjõu ebaratsionaalset kulutamist järsult vähendavad. On hakatud kasutama magnetofoni, rakendama õdesid-stenografiste ja -masinakirjutajaid.

Viimasel aastal on mitmes meie tervishoiuasutuses juurdunud kommunistliku töö liikumine. Esireas sammub Tallinna I Lastehaigla ja Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam. On loota, et kui selle liikumisega hõlmatakse kogu linna meditsiinitöötajate pere, siis tõuseb meie raviasutuste töötase veelgi.

Tallinna tervishoiuasutustes töötavad õdede nõukogud juba mitu aastat. Mitme nõukogu töö on hästi organiseeritud ja see on häid tulemusi andnud. Et senini ei olnud õdede nõukogudel suunavat ega juhtivat organit, siis töötasid nad üksteisest isoleerituna. 1963. a. detsembrikuus valiti ülelinnalisel keskharidusega meditsiinitöötajate konverentsil linna keskharidusega meditsiinitöötajate nõukogu. Sellele nõukogule ja tema presiidiumile on antud suured ülesanded. Ta peab kujunema autoriteetseks organiks, mis ühendab meie pealinna arvukat keskharidusega meditsiinitöötajate peret.

УЛУЧШЕНИЕ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Л. Маурер

Резюме

В Таллине работает более трех тысяч медицинских работников со средним специальным образованием. От правильной организации их деятельности в большой мере зависит успех работы учреждений здравоохранения и качество обслуживания больных.

В наших больницах еще недостаточно обращают внимания на создание и поддержание у больных радостного, оптимистического настроения. Для этого используются далеко не все возможности. Например, кроме различных викторин, настольных игр, телевизионных передач и др. следует смелее использовать трудовую терапию. Весной и летом больные могли бы принять участие в благоустройстве территории больницы, посадке и поливке цветов (конечно с разрешением лечащего врача). Женщины-больные могли бы заняться починкой больничного белья, для больных-мужчин также можно найти интересную работу как, например, ремонт простейшего оборудования и тд. Все это отвлекало бы мысли больных о своей болезни, ускоряло выздоровление и облегчало бы труд медицинского персонала. Самый собой разумеется, что такая помощь должна быть совершенно добровольна. Большое значение имеет участие медицинских работников со средним образованием в профилактической работе. В некоторых фельдшерских здравпунктах Таллина профилактическая работа поставлена лучше чем в отдельных врачебных здравпунктах.

В каждом учреждении здравоохранения должен быть конкретный плач повышения квалификации медицинского персонала, в особенности работников со средним образованием. К сожалению медицинский персонал со средним специальным образованием еще совершенно недостаточно использует для повышения своих знаний специальную литературу как например журналы «Медицинская сестра» и «Фельдшер и акушерка». В журнале «Здравоохранение Советской Эстонии» постоянно публикуются содержательные статьи для медицинских работников со средним образованием.

В последние годы во многих наших учреждениях здравоохранения ширится движение за коммунистический труд. Когда этим движением будут охвачены все медицинские работники нашего города, качество работы учреждений здравоохранения еше более улучшится.

TUBERKULOOSIDISPANSERI JAOSKONNA-MEDITSIINIÕE ÜLESANDED

O. PIKKSAAR

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Tuberkuloositõrjest peavad osa võtma kõik ravi- ja profülaktikaasutused. Nende metoodiline juhendamine tuberkuloosi varajase avastamise ja profülaktika alal, raviplaani õige koostamine, selle ellurakendamine ja paljud muud üritused kuuluvad aga esmajärjekorras tuberkuloosidispanseri või -kabineti ülesannete hulka.

Tuberkuloosidispanseri (-kabineti) ülesanded hõlmavad kolme suurt ala.

1. Profülaktiline töö. See hõlmab desinfektsiooni ja vaktsineerimist, kemoprofülaktikat, tuberkuloosihaigete isoleerimist, sanitaar-hügieeniliste tingimuste loomist kodus ja töökohal ning laialdast sanitaarselgitustööd.

2. Haigete kompleksne ravimine. See peab olema pikaajaline, pidev ja kestma senikaua, kui patsiendi seisund seda vajab. Siia kuulub esmajoones kombineeritud antibakteriaalne ravi haiglas, sanatooriumis ja ambulatooriumis. Näidustatud juhtudel on soovitatav haiget opereerida, mis kiirendab paranemist ja on mõnikord ainsaks teeks täielikule tervistumisele.

3. Organisatsiooniline tegevus, mis seisneb tuberkuloositõrje planeerimises ning kõigi meditsiiniasutuste töö koordineerimises ja metoodilises

juhendamises tuberkuloositõrje alal. Siia kuuluvad tuberkuloosialaste seminaride korraldamine, fluorograafilise uurimise planeerimine jne.

Millised ülesanded on siis tuberkuloosidispanseri jaoskonna-meditsiiniõel?

Peab ütlema, et tuberkuloositõrje õige organiseerimise korral on jaoskonna-meditsiiniõel täita suured ülesanded. Mõnikord olenevad haigete ravi mõjusus või isegi kontaktsete nakatumine ja haigestumine sellest, kuidas meditsiiniõde suhtub oma kohustustesse. Seoses profülaktilise tööga peab ta kõigepealt põhjalikult tundma tuberkuloosi puhul tehtavat jooksvat desinfektsiooni. Bakterеid eritava haige hospitaliseerimise, elukohast lahkumise või surma korral tuleb meditsiiniõel sanitaar- ja epidemioloogiajaamalt nõuda lõplikku desinfektsiooni. Ta peab oskama laitmatult teha tuberkuliiniproove ja täielikult valdama tuberkuloosivastase vaktsineerimise tehnikat.

Igas dispanseris teatakse, et tuberkuloosihaigetega kontaktseid tuleb korrapäraselt kontrollida (täiskasvanuid 2 korda ja lapsi vähemalt 4 korda aastas). Neile väljakutsete saatmine, samuti järjekindel sanitaarselgitustöö haigete, kontaktsete ja muu elanikkonna hulgas on jaoskonna-meditsiiniõe igapäevane ülesanne.

Meditsiiniõde peab välja kutsuma isikud, kes õigeaegselt ei ilmu ravimite järele. Selleks tuleb sisse seada vastav kartoteek või kaustik, millest on näha ravimite lõppemise kuupäev, kui patsient neid ettekirjutuse kohaselt kasutab. Kodusele haigele ravimite kätteandmisel peab alati meenutama nende tarvitamisõpetust ja säilitamisviisi. Tähtis on küsitleda haiget ka ravimite taluvuse suhtes ja häirete tekkimisel neist arstile teatada.

Jaoskonna-meditsiiniõde peab hästi valdama süstimise tehnikat ja oskama haiget kopsuverejooksude ja muude tuberkuloosist põhjustatud komplikatsioonide korral abistada (nii kodus kui ka ambulatoorsel vastuvõtul). Tema ülesandeks on sissekannete tegemine kontrollkaartidele ja antibakteriaalse ravi kaartidele; kartoteegi ja haiguslugude korrashoid; statistiliste andmete esitamine ning antropomeetriliste andmete ja funktsionaalsete näitajate (spiromeetria, hingamispausid, vererõhk jne.) kontrollimine.

Teenindatavast jaoskonnast ülevaate saamiseks tuleb igasse kabinetti muretseda jaoskonna skemaatiline kaart, kuhu märgitakse kõik tuberkuloosikolded. Samuti on soovitatav pidada vastavat tabelit, millele kantakse iga kuu esimesel kuupäeval kabinetis arvel olevate isikute arv dispanseersete gruppide järgi. Selline tabel võimaldab hõlpsasti jälgida muutusi arvelolevates kontingentides kuude viisi ja aitab hinnata epidemioloogilist olukorda jaoskonnas.

Jaoskonna-meditsiiniõe üks ülesannetest on veel kohustuslikule röntgenoloogilisele läbivaatusele kuuluvate asutuste töötajate nimekirjade kontrollimine. Kui jaoskonda on saabumas liikuv fluorograafiakabinet, peab meditsiiniõde arsti aitama vastavate ettevalmistuste tegemisel. Sel puhul on vaja koostada töögraafik ja kontrollida üksikute läbivaatuspunktide valmisolekut külastajate vastuvõtuks. Jaoskonna-meditsiiniõde aitab ftisiaatril korraldada mitmesuguseid seminare muude erialade meditsiinitöötajaile ja juhendab maa-arstijaoskondade patronaažiõdesid ja velskreid, kes peavad patroneerima oma jaoskonnas olevaid tuberkuloosihaigeid. Selleks tuleb maa-arstijaoskondi ja velskri-ämmaemandapunkte regulaarselt külastada. Isoleerimist vajavaile haigeile on tarvis energiliselt taotleda eraldi elamispinda, kasutades selleks täitevkomitee ning ametiühingu või teiste organisatsioonide kaasabi.

Kokku võttes võib öelda, et tuberkuloosidispanseri jaoskonna-meditsiiniõe ülesanded on küllaltki mitmekesised ja vastutusrikkad.

ОБЯЗАННОСТИ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

О. Пикксаар

Резюме

Все лечебные и профилактические учреждения должны принимать участие в борьбе с туберкулезом. Методическое руководство медицинскими учреждениями по профилактике туберкулеза и его раннему выявлению являются в первую очередь задачей противотуберкулезного диспансера или кабинета, которые составляют план лечения, проводят его в жизнь, также как и многие другие мероприятия по борьбе с туберкулезом.

На участковую медицинскую сестру противотуберкулезного диспансера возложено выполнение многих обязанностей. Иногда успех лечения больного или даже инфицирование контактных и их заболевание туберкулезом зависит от того как медицинская сестра относится к своим обязанностям. Она должна уметь проводить текущую дезинфекцию, безукоризненно ставить туберкулиновую пробу, в совершенстве владеть техникой противотуберкулезной вакцинации и т. д. Контактных с больными туберкулезом необходимо систематически контролировать (взрослых 2 раза, а детей по меньшей мере 4 раза в год). Рассылка контактным вызовов, проведение среди больных, контактных и здорового населения санитарно-просветительной работы также входят в его обязанности. Лиц не являющихся в срок за лекарствами также вызывает медицинская сестра. Она же ведет записи в контрольных карточках и карточках антибактериальной терапии, содержит в порядке картотеку и истории болезни, ведет статистику и проверяет антропометрические и функциональные показатели (спирометрия, дыхательные паузы, кровяное давление и т. д.).

Обязанности медицинской сестры противотуберкулезного диспансера многообразны и ответственны и дальнейшее течение туберкулеза зачастую зависит от активности и способностей участковой медицинской сестры.

Sanitaarharidustöö

TERVISENÄDALATE LÄBIVIIMISEST TARTUS

(Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *O. Tamm*)

O. TAMM

Kaasaeg nõuab sanitaarharidustöö meetodite ja vormide mitmekesistamist, nende elulähedasemaks muutmist. Mitmed autorid [K. Lapin (1), V. Hruštšev, V. Gotlib (3) ja A. Hatšikjan (2)] näitavad, et sanitaarhariduslikud üritused on efektiivsed siis, kui neist võtavad osa laialdased rahvahulgad. Sanitaarharidustöö korraldamisel tuleb arvestada kohalikke tingimusi ja küsimuste aktuaalsust ning vastavalt sellele valida töövormid ja -meetodid.

Tartu linnas on viimastel aastatel sanitaarharidustööle suurt tähelepanu pööratud. Küsimust on mitmel korral arutatud Tartu Linna TSN Täitevkomitees ja alalises tervishoiukomisjonis. Üheks abinõuks elanike meditsiinilise teenindamise parandamisel ja sanitaarharidustöö tõhustamisel on tervisenädalate läbiviimine. Kuigi Sverdlovski oblastis (4) ja mujal korraldatakse edukalt tervisepäevi ja -kuid, arvame, et meie tingimustes õigustavad end kõige paremini tervisenädalad, mille peamiseks eesmärgiks on elanikkonna laialdane kaasatõmbamine tervishoiualaste küsimuste lahendamisele.

1960. aastal Tartus organiseeritud tervisenädala ürituste kava oli võrdlemisi mitmekesine. Trükiti 20 000 lendlehte pealkirjaga «Kodanikud, kas teate, mis on tervis?» Kaubandusvalitsuse saalis oli avatud näitus otstarbekast toitlustamisest. Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja poolt organiseeriti rändnäitusi, anti välja sanitaarhariduslikke plakateid ja brošüüre, viidi läbi loenguid ja vestlusi. Linnas toimus sanitaarhariduslike filmide festival, kus näidati selliseid filme nagu «Väikese Dima õnnetus», «Ennetame vähktõbe», «Gripp» jt. Olid avatud konsultatsioonipunktid, kus vastavate erialade arstid vestlesid elanikega. Samas korraldati temaatilisi näitusi. Koolides toimusid terviseolümpiaadid; sel puhul käsitleti klassijuhatajatundides tervishoiualaseid küsimusi. Mitmed tervishoiuasutused (kehakultuuridispanser, sanitaar- ja epidemioloogiajaam, laste luu- ja liigesetuberkuloosi sanatoorium) korraldasid lahtiste uste päevad. Kohalikus ajalehes «Edasi» ilmus tervishoiualaseid artikleid ning satiirinurk «Ole terve!»; tervisenädala edukale kordaminekule aitas kaasa linna raadiosõlm. Tervishoiuasutuste vastutavad töötajad kohtusid elanikkonnaga, laekus mitmeid ettepanekuid linnaelanike sanitaarse teenindamise parandamiseks. Reidibrigaade suunati sanitaar-hügieeniliste puuduste väljaselgitamiseks ühiselamutesse ja kolhoositurule. Nädala jooksul toimus ka sanitaar- ja epidemioloogiajaama poolt korraldatud sanitaaralane konverents. Et üritus oli esmakordne, siis esines mõningaid organisatsioonilisi puudusi, mida edaspidi püüti vältida.

1961. a. korraldatud tervisenädal oli peamiselt pühendatud linna heakorrastamise ja kodukaunistamise küsimustele, mille organiseerijaks oli põhiliselt sanitaar- ja epidemioloogiajaam. Viidi läbi vestlusi koduümbruse kujundamise tähtsusest koos ekskursioonidega paremini korrastatud kommunaalmajade territooriumidele. Toimus kohtumisõhtu linna kommunaal- ja sanitaarala töötajatega. Korraldati reide majavalitsustesse, asutustesse ja tööstustesse. Kohalikus ajalehes ilmus tervisenurk «Pisut leili tervisenädala puhul». Elanikke tõmmati kaasa territooriumide puhastamisele, heakorrastamisele ja kaunistamisele, kusjuures rajati uusi haljasalasid, puhkenurki ja mänguväljakuid. Koos Eesti NSV Punase Risti Seltsi organisatsiooniga kasutati ära ühiskondliku sanitaaraktiivi abi. Tervishoiu- ja kommunaaltöötajate ühisel kohtumiskoosolekul täitevkomitees räägiti saavutustest ja puudustest linna heakorrastamisel, autasustati paremaid töötajaid ja aktiviste. Terviseülikooli kuulajad tutvustasid sanitaarhariduslikku kirjandust, jagasid brošüüre ja plakateid.

Eelmise tervisenädalaga võrreldes oli üritusi rohkem. Seekord oli kaasa tõmmatud ka Tartu Riikliku Ülikooli ja Eesti Põllumajanduse Akadeemia ajalehed; organiseeriti väljapanek hügieenialastes küsimustes kaupluste akendel. Aktiivsemalt tegutsesid kultuuritöötajad.

Möödunud aastal läbiviidud tervisenädala ürituste plaanis oli palju sisukaid üldtemaatilisi küsimusi.

Ametiühingute Kultuurihoones avanes tartlastel võimalus kuulata nelja loengut. Laialdasi rahvahulki paelus H. Kadastiku ettekanne hüpnoosist, samuti õnnestus hästi linna kultuurihoones korraldatud küsimuste-vastuste õhtu. Esineti loengutsükliga «Mineviku igandid ja arsiteadus».

Märkimist väärivad mitmesugused üritused laste- ja raviasutuste personalile ja toitlustamise alal töötajatele soolte nakkushaiguste profülaktika küsimustes. Meditsiinitöötajad esinesid selliste ettekannetega nagu «Eksimusi sanitaarrežiimi suhtes lasteasutustes», «Räägime toitlustamisest» jt.

Tähelepanu keskpunktis oli ka tööstustervishoid. Tööstustes organiseeriti sanitaarminimumi kursusi, jälgiti sanitaarpostide tööd, analüüsiti tervishoiu-alaseid küsimusi.

1963. a. toimus Tartus tervisenädal 12.—18. maini, kusjuures pöörati tähelepanu peamiselt emade- ja lastekaitse küsimustele. Tulipunktis

oli laste ja noorukite õige hügieeniline kasvatamine. Selleks tehti laialdast selgitustööd lastevanemate ja kasvatajate hulgas. Suur töö sanitaaralaste harjumuste juurutamisel ja õpilaste teadlikkuse tõstmisel tervishoiu küsimuses oli täita kooliarstidel ja pedagoogidel, kusjuures võeti laialdasemalt kasutusele klassivälise sanitaarharidustöö vorme.

Tähelepanu pöörati alkoholivastasele propagandale, suitsetamise kahjulikkusele ja seksuaalkasvatuse probleemidele. Käesoleva tervisenädala põhilisteks korraldajateks olid sünnitusmaja ning laste ravi- ja profülaktikaasutused koos pediaatria ja günekoloogia-sünnitusabi kateedritega.

Tervishoiutöötajate majas, Ametiühingute Kultuurihoones ja Vabariiklikus Sanitaarhariduse Majas korraldati loenguid teemadel «Seksuaalkasvatuse küsimusi perekonnas», «Vanaema ja vanaisa laste kasvatajatena» jt. Sünnitusmaja organiseeris näituse «Imiku riietus ja hügieenitarbed» ning tutvustas sünnitusmaja juures töötava emade kooli tööd. Laste piimaköök korraldas näituse «Imiku toidusegud». Palju artikleid ilmus kohalikus ajalehes koos fotomaterjaliga. Ilmus lendleht «Tahan olla terve!» Kehakultuuridispanser korraldas lahtiste uste päeva koos lahtise tunniga teemal «Skoliooside funktsionaalne ravi». Linnas pandi üles fotoleht — vitriin «Mis takistab nakkushaiguste-vastast võitlust?». Tervisenädalal toimus rida kohalikke raadiosaateid tervishoiu alal. Punase Risti organisatsioon viis läbi sanitaarsalkade võistlused. Uudse vormina korraldati ühiskondlike toitlustusettevõtete vaheline võistlus parema ettevõtte nimetuse saamiseks sanitaarkultuuri alal.

Tervisenädalate läbiviimine on tartlasi mobiliseerinud kodulinna sanitaarse heakorra parandamisele ja mitmesuguste tervishoiualaste küsimuste lahendamisele. Tänu elanike kaasabile on likvideeritud mitmed puudused meditsiinilises teenindamises, näiteks on muudetud arstide vastuvõtuaegu, avatud uusi tervishoiupunkte, parandatud sanitaartingimusi tööstustes ja asutustes. Sanitaarpropaganda on kaasa aidanud rahva teadlikkuse kasvule. Mitmed nakkushaigused (poliomüeliit, difteeria, läkaköha) on likvideeritud või järsult vähenenud tänu vaktsineerimise läbiviimisele. Elanikkond mõistab kaitsesüstimiste vajalikkust. Väheneb sanitaareeskirjade rikkujate arv ja tõuseb sanitaarkultuur.

KIRJANDUS

1. Лапин К. В. Массовое движение за чистоту и санитарную культуру в БССР. М., 1957. — 2. Хачикьян А. С. Здравоохранение Российской Федерации, 1963, 3, 29—32. — 3. Хрущев В. С., Готлиб В. О. Сов. здравоохранение, 1962, 3, 31—33. — 4. Об опыте проведения Дня Здоровья и месячника здоровья в Свердловской области. Свердловск, 1958.

НЕДЕЛИ ЗДОРОВЬЯ В г. ТАРТУ

О. Тамм

Резюме

Санитарно-просветительные мероприятия бывают эффективными лишь тогда, если они охватывают самые широкие слои населения. Одной из форм санитарно-просветительной работы и улучшения медицинского обслуживания населения являются недели здоровья. В ряде республик и областей успешно проводятся дни и месячники здоровья. Однако, как показал опыт, в наших условиях наиболее приемлемыми оказались именно недели здоровья.

Недели здоровья должны быть целенаправлены на повышение уровня знаний населения по различным санитарно-гигиеническим вопросам и на улучшение проведения санитарной пропаганды. На промышленных предприятиях, в школах и учреждениях широко обсуждаются вопросы состояния медицинского обслуживания и производится проверка санитарно-гигиенических условий на местах. Широкая общественность при этом помогает выявить имеющиеся недостатки в указанных вопросах.

Программа недели здоровья, проведенной в г. Тарту в 1960 г., была довольно

разнообразной: издавались листовки, плакаты и брошюры, организовывались постоянные и передвижные выставки о рациональном питании, проводились лекции и беседы, состоялся фестиваль санитарно-просветительных фильмов, функционировали консультационные пункты, на которых врачи различных специальностей встречались с населением. Значительная работа проводилась также среди школьников, путем организации общешкольных олимпиад и бесед на темы здравоохранения, которые проводили классные руководители. Многие учреждения здравоохранения (физкультурный диспансер, санитарно-эпидемиологическая станция и др.) провели дни открытых дверей.

В местной газете публиковались статьи на санитарно-просветительные темы, широко использовалась радиотрансляция, проводились встречи врачей с населением. Перечисленные формы работы способствовали успешному проведению недели здоровья.

При проведении недели здоровья в 1961 г., кроме вышеперечисленных мероприятий, был сделан акцент на вопросы благоустройства, озеленения и украшения города.

В 1962 г. при проведении недели здоровья широко использовались многотиражные газеты Тартуского Государственного университета и Эстонской Сельскохозяйственной Академии. Более активно включились в проведение мероприятий и работники культуры. Большое внимание было уделено вопросам промышленной гигиены. На промышленных предприятиях организовывались курсы по санитарному минимуму, улучшилась работа санитарных постов и т. д.

Во время недели здоровья, проведенной в 1963 году, основное внимание было сосредоточено на вопросах охраны здоровья материнства и детства. В Доме медицинских работников, Доме культуры профсоюзов и в Республиканском доме санитарного просвещения проводились лекции на тему о сексуальном воспитании в семье.

При активном участии широкой общественности ликвидирован ряд недостатков в медицинском обслуживании населения. Например, в ряде случаев изменялись часы врачебных приемов, открыто ряд новых здравпунктов, улучшены санитарные условия труда на производствах и учреждениях.

Санитарная пропаганда способствовала повышению санитарных навыков и сознательности населения.

Arstiteaduse ajaloost

H. KOPPEL TERVISHOIUALASTE TEADMISTE POPULARISEERIJANA

M. KASK

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieenikateedrist, juhataja professor *M. Kask*)

Heinrich Koppelit tuntakse eeskätt kui Tartu ülikooli professorit, ülikooli rektorit ja kui väga aktiivset ühiskondliku tööga tegelevat õpetlast. Kuid praegusel ajal teatakse vähe sellest, et tema töös ja tegevuses oli silmapaistval kohal, nagu F. R. Kreutzwaldil ja P. Hellatil, arstiteaduslike teadmiste populariseerimine.

H. Koppel lõpetas Tartu ülikooli arstiteaduskonna 1890. aastal ja juba järgmisel aastal (24. V) anti talle arstiteaduse doktori kraad. Samal ajal alustas ta ka tervishoiualaste teadmiste populariseerimist. Nii ilmus ajalehes «Postimees» (nr. 148, 12. X ja nr. 149, 14. X 1891. a.) H. Koppeli esimene ulatuslikum populaarteaduslik artikkel «Harjastest ja harjaste wihtlemisest»; sama aasta lõpul avaldati «Postimehes» tema pikem kirjutis «Tubaka mõjust», mis ilmus viies numbris. Järgmisel, 1892. aastal pidas ta mitu populaarteaduslikku ettekannet. Esimese loengu pealkirjaga «Kõne haavadest» esitamise tähtaeg millegipärast hilines. Sel-

lest ettekandest ehk kõnest oli «Postimehes» mitmel korral juttu juba veebruarikuust alates, kuid «Kõne haavadest» peeti Tartu Eesti Käsitööliste Abiandmise Seltsis alles aprillikuu lõpul. Sama aasta suvel kõneles ta kaks korda koolerast: 12. juulil 1892. a. «Wanemuises» teemal «Kust tuleb kolera?» ja 2. augustil 1892. a. samuti «Wanemuises» teemal «Kust tuleb kolera ja kuidas ennast tema eest hoida?» See temaatika oli tol ajal aktuaalne, sest koolera levis tol aastal Kesk-Venemaa kubermangudes, eriti Volgamail. Abiandmiseks värvati nimetatud piirkondadesse ka meie arste. «Postimehes» (nr. 183, 19. VIII 1892. a.) ilmus lühike teade: «Dr. Koppel ja mitmed Eesti arstiteaduse üliõpilased on ka kolerakohtadesse reisinud hirmsa tõbe wastu wõitlema.» Tema ise kirjutab sellest järgmist: «Koolera vastu võitlema kutsuti arste ka Tartust ja selle kutse peale läksin paari teise noorema ametivennaga ka mina sinna, osalt et tõvega ligemalt tutvuda, kuna selle levimist ka kuni meie kohtadeni kardeti; osalt et Vene siseriigi elu-olu näha ja ka midagi teenida — töö eest tasuti päris ausasti».

1893. a. kanduski koolera Eestisse. Kui see taud järjega ka Tartu jõudis, tuli H. Koppelil rahva seas hirmu peletamiseks palju selgitustööd teha. Ta oli eelmise kahe aasta jooksul rahvale juba tuttavaks saanud oma sanitaarhariduslikku tegevuse ja samuti töö kaudu polikliinikus. Rahvas uskus tema sõnavõtte. Seepärast läks H. Koppelil korda ära hoida arusaamatusi ja rahutusi. Näiteks, kui umbkeelne professor B. Körber ja paar doktoranti hakkasid kaevudest veeproove võtma, peeti neid kooleraküIvajateks ja kiputi neile käsitsi kallale. Pärast H. Koppeli selgitustööd saadi hiljem proove võtta takistamatult. Omapärase ja mõjuva selgitava ettekandega esines ta «politseimeistri» ettepanekul Peetri kirikus. Võib arvata, et H. Koppeli sanitaarhariduslik töö kooleraepideemia puhul aitas suuresti kaasa taudi võrdlemisi kiirele likvideerimisele.

Näib, et H. Koppel sai edasist innustust sanitaarhariduslikuks tööks *dr. med.* Peeter Hellatilt, kelle juurde Peterburisse ta sõitis 1892. a. lõpul end otorinolarüngoloogia alal täiendama.

Oma järelehüüdes prof. H. Koppeli matusel 1944. a. ütles tolleaegne Tartu Riikliku Ülikooli rektor prof. A. Koort: «Henrik Koppel põlvneb vanast Eesti talutarest. Olles silmapaistev haritlane ja innukas teadusemees pole ta kunagi võinud võõraks jääda oma rahvale ja kodumaale. Talupojaliku tahtejõu ja visadusega rühkis ta kõrgemale haridusele ja seejärel ülikooli õppejõuks. Kuid selle kõrval ta ei unusta hetkekski neid kohustusi, mis tal kui eesti haritlasel on oma rahva vastu. Tundes rahva vajadusi hariduse järele ja püüdes rahuldada rahva kultuurilisi tarvidusi elukorraldamisel selgitas ta juba varasest põlvest niihästi kõnes kui kirjas populaarsel viisil nii loodus- kui arstiteaduslikke kui ka ühiskondlikke küsimusi, saavutades täit tunnustust kuulajailt ja lugejailt oma haruldase selguse ja arusaadavuse poolest. Tema tegevus populaar-tervishoidliku ajakirja rajamisel ja juhtimisel on olnud teerajava tähtsusega ja on jäänud eeskujuks hilisematelegi üritustele.»

Need sõnad on tõesti õiged. 1891. a. kuni 1918. aastani, s. o. ligi kolmekümne aasta jooksul, pidas ta rohkearvulisi populaarteaduslikke loenguid ja avaldas trükis mitukümmend populaarteaduslikku artiklit arstiteaduse paljudelt aladelt.

Kirjutiste ja ettekannete temaatika ei piirdunud H. Koppelil kitsa erialaga, s. o. kõrva-nina-kurguhaigustega, vaid see oli väga laialdane ja, mis eriti tähtis — alati aktuaalne. Enamik tema loengutest ja kirjutistest käsitles neil aegadel möllanud nakkushaigusi, nagu koolerat, leeprat, tuberkuloosi, rõugeid, kõhutõbe, sarlakeid, difteeriat, leetreid jt. Üsna palju kõneles ja kirjutas ta alkoholi ja suitsetamise vastu, selgitades nende harjumuste kahjulikkust. Olles ise karsklane võis ta neil teemadel kõnelda ja kirjutada täie veenvusega. Veenvust tõstis veel asjaolu, et

ta ise oli kõrge vanuseni hea tervise juures, näis välja nooruslikuna, teovõimelisena ning reipana. Tema kuju oli Tartus kõigile tuttav. Juba tema välimus propageeris terveid eluviise.

Oma populaarteaduslike loengutega esines ta paljudes kohtades, näiteks Tartu Eesti Käsitööliste Abiandmise Seltsis, «Vanemuises», «Karskuse Sõbras», Evangelistlike Noormeeste Seltsis ja mujal. Nagu juba mainitud, pidas ta ka ühe loengu (23. X 1893. a.) rahvast puupüsti täis Peetri kirikus.

Kuni 1902. a. lõpuni avaldas ta suurema osa (peaaegu kõik) oma populaarteaduslikest kirjutistest ajalehes «Postimees», sest viimane oli olulisema tähtsusega ajaleht Tartus ja ta levis ka väljaspool Tartut; H. Koppel oli selge ja ladusa keelega kirjamees.

Kuid H. Koppel veendus peagi, et tervishoiualane selgitustöö «Postimehe» veergudel ei ole küllaldane, sest see hõlmas ikkagi ainult «Postimehe» lugejaskonda; tarvis oli aga selgitustööd teha kogu rahva hulgas. Samuti ei saanud piirduda P. Hellati koostatud «Terwise õpetusega», mille esimene trükk ilmus 1894. a. ning teine ja viimane trükk 1913. aastal. Seepärast üritas H. Koppel populaar-meditsiinilist ajakirja välja anda.

1902. a. lõpul saigi teoks ajakirja «Terwis» asutamine, mille tegevtoimetajaks määrati H. Koppel. «Terwis» ilmus perekonnalehe «Linda» lisana. Nimetatud ajakirjas ei kirjutanud mitte ainult H. Koppel (kuigi esimese aastakäigu numbrites avaldatud artiklitest pärinesid ligi pooled — arvult 9 — tema sulest), vaid ta püüdis kaastöölisteks värvata tolleaegseid eesti soost arste, mis tal osalt ka õnnestus. «Terwisele» tegid kaastööd peale H. Koppeli veel A. Rammul, J. Luiga, A. Paldrock, H. Lohk, Fr. Akel, M. Ostrov, Ed. Soonets, S. Talvik, K. Konik, H. Leesment, J. Ottas jt. Ajakirja ilmus 7 aastakäiku, siis aga väljaandmine lakkas, seda mitte lugejate puudumise, vaid kaastöö vähesuse tõttu, sest tolleaegsetest eesti soost arstidest olid ainult üksikud võimelised populaarteaduslikke artikleid kirjutama (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 2, 55—59).

Iseenda kohta kirjutas H. Koppel «Terwise» viimase numbri lõppsõnas: «Enesel oli ka aega wähe ja sulg nüri.» On arusaadav, et üks mees ei ole suuteline oma kirjutistega ajakirja täitma, pealegi muutuks selline «ühemehe ajakiri» ikkagi ühekülgseks. Sellessamas lõppsõnas kirjutas H. Koppel veel järgmist: «Läheb «Terwis» sellega lõpulikult hingama? Wist mitte. Ka temal on ülestõusmise lootust, kui ka teisel kujul».

See lootus täituski ja jällegi suurel määral H. Koppeli õhutusel ning algatusel. 1912. aastal asutatud Põhja-Balti Arstide Selts hakkas juba 1913. aastal «Terwist» uuesti välja andma, kuid nüüd juba teistel alustel, teisel kujul ja mõnevõrra teise sisuga. H. Koppel oli ka uue «Terwise» tegevtoimetajaks, kuid mitte üksi, vaid koos dr. med. K. Koniku ja loomaarst K. Saraliga; vastutavaks toimetajaks sai aga K. Konik. Seda «Terwist» anti välja ainult 4 aastakäiku ja sedagi mitte täielikult. Ajakirja ilmumine jäi seisma osalt sõja, osalt jällegi kaastöö vähesuse tõttu. Neis «Terwise» aastakäikudes avaldas H. Koppel kõigest kolm artiklit, mis on järgmised: «Tuuletõmbusest», «Dr. med. P. Hellat» ja «Mõnda maitsest ja maitswusest arsti seisukohalt waadates».

Sellega õieti lõpebki H. Koppeli kui tervishoiualaste teadmiste levitaja töö. Kui ta 1920. a. Tartusse uuesti elama asus, sai ta Tartu Ülikooli esimeseks eesti soost rektoriks, mistõttu tal ei jäänud lihtsalt aega populaarteadusliku tegevuse jätkamiseks. Siitpeale kirjutati temast endast rohkem, kui ta ise suutis kirjutada. Ometi avaldas ta ka pärast 1920. aastat mitmeid populaarteaduslikke kirjutisi: «On päikesevannid kasulikud või kahjulikud?» (Eesti Spordileht, 1921, 2, 149), «Hammaste harjutustest« (Eesti Noorte Punane Rist, 1925, 1, 10), ««Tervis» 25 aastane» (Tervis, 1928, XIX, 185), «Vanadus ja haigused» (Tervis, 1933, XXIV, 91, 97).

Ei olnud enam olulist vajadustki selleks, et H. Koppel oleks tervishoiualases propagandatöös kaasa löönud, sest ajakiri «Tervis» hakkas 1921. a. lõpust alates regulaarselt ilmuma ja tal oli küllaldaselt kaastöölisi. Oli juba võrsunud uus arstide põlvkond, kes valdas eesti keelt üsna hästi nii kõnes kui ka kirjas ja kelle teadmiste tase oli ka kõrgem. Uus põlvkond jätkas innukalt H. Koppeli tööd tervishoiu propageerimisel. Populaarteaduslikke loenguid peeti mitte ainult Tartus, vaid kõikjal üle kogu maa; populaarteaduslikke artikleid ei avaldatud mitte ainult «Tervise» veergudel, vaid ka ajalehtedes, ajakirjades, «Tervise käsiraamatus» ning muudes populaarteaduslikes trükistes. Praegune arstide põlvkond on seda tööd veelgi laiendanud, nüüd juba nõukogude tervishoiu alustel.

KIRJANDUS

1. Valdes, A. Nõukogude Eesti Arst, 1945, 1/2, 60—61. — 2. Koort, A. Nõukogude Eesti Arst, 1945, 1/2, 61—64. — 3. Koppel, H. Mälestusi koolerast Tartus 1893. a. Eesti organiseeritud arstkond 1912—1937. Tartu, 1938, 477—483. — 4. Valdes. A. Eesti meditsiinilis-kirjandusliku kultuuri arenemisest. Eesti organiseeritud arstkond. Tartu. 1938, 429—476. — 5. Normann, H. Eesti meditsiiniline bibliograafia 1918—1930 ühes piirialadega. Tartu, 1932. — 6. Normann, H. Eesti meditsiiniline bibliograafia 1933—1934 ühes piiraladega. Tartu, 1935. — 7. Ajakirja «Tervis» aastakäigud, ajaleht «Postimees» aastakäigud jt.

Х. КОППЕЛЬ — ПОПУЛЯРИЗАТОР МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

М. Каск

Резюме

Хейнрих Коппель в первую очередь известен как профессор и ректор Тартуского университета и ученый очень активно занимавшийся общественной работой. В настоящее время, однако немногие знают, что в его работе и деятельности, также как Ф. Р. Крейцвальда и П. Хеллата, выдающееся место занимала популяризация медицинских знаний.

Начиная с 1891 года Х. Коппель публиковал в газете «Постимээс» различные научно-популярные статьи, в которых освещал вредное действие табака и алкоголя на организм, разъяснял как следует предохранять себя от заболевания холерой, проказой, туберкулезом, оспой, скарлатиной, дифтерией и другими инфекционными болезнями. Х. Коппель читал также много лекций для народа о различных заболеваниях и их предупреждении.

В 1902 г. Х. Коппель основал журнал «Тервис» и был его редактором. Журнал выходил 7 лет. В 1912 году было основано Северо-Балтийское Врачебное Общество, которое по инициативе Х. Коппеля в 1913 г. снова начало выпускать журнал «Тервис». Тогда «Тервис» выходил четыре года, но выпуск его снова прекратился отчасти из-за войны, отчаасти вследствие недостатка материала. Позднее Х. Коппель, в бытность свою ректором Тартуского университета, также публиковал научно-популярные статьи, но уже из-за перегруженности основной работой, значительно реже. В 1921 году журнал «Тервис» стал выходить уже регулярно и у него было достаточно сотрудников, так как к этому времени было подготовлено новое поколение врачей, достаточно способных и обладавших большими знаниями.

Теперешнее поколение врачей еще более расширило эту работу, но уже на основах советского здравохранения.

Konverentsid ja nõupidamised

JUUBELISESSIOON PÕLEVKIVITÖÖSTUSE KUTSEHÜGIEENI ALAL

17.—18. detsembrini 1963. a. toimus Kohtla-Järvel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi põlevkivitööstuse kutsehügieeni X teaduslik sessioon.

Pärast prof. P. Bogovski avasõna esitasid Sverdlovski Tööhügieeni ja Kutsepatoloogia Instituudi teaduslikud töötajad arstiteaduse kandidaadid B. Katsnelson ja D. Babuškina huvitava ettekande kopsuventilatsiooni ja mikrokliima osatähtsusest kopsutolmustustõvesse haigestumise kompleksel hindamisel. Nad näitasid, et lisaks tolmu kontsentratsioonile etendavad silikootiliste pneumofibroosside arengus tähtsat osa ka raske füüsiline töö ja madal temperatuur. Põlevkivitolmu füüsikalistest omadustest kõneles NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslik töötaja G. Feoktistov.

Peaaegu pooled sessioonil esitatud ettekannetest käsitlesid pneumokonioosi, kusjuures kõige elavamat vastukaja leidis arstiteaduse kandidaat I. Maripuu uurimus «Pneumokonioosi dünaamika ja tüsistused põlevkivitöölistel». Autor märkis, et ühelgi põlevkivitöölisel, kellel juba aastaid tagasi oli diagnoositud pneumokonioosi, ei täheldatud pneumoskleroosi edasist progresseerumist. Edasi rõhutas I. Maripuu, et kardiopulmonaalse puudulikkuse tekke peamisteks põhjusteks põlevkivitöölistel on krooniline bronhiit, krooniline mittespetsiifiline kopsupõletik ja kopsuemfüseem, mitte aga põlevkivist põhjustatud pneumokonioos. Andmeid sinobronho-pulmonaalse sündroomi esinemisest põlevkivitöölistel esitas arstiteaduse kandidaat A. Luts. A. Sillam aga kõneles Eesti NSV põlevkivikaevanduste tööliste haigestumisest perifeerse närvisüsteemi haigustesse. Nahakahjustuste varajase diagnoosimise võimalustest põlevkivitööstuses rääkis Tartu Riikliku Ülikooli dotsent H. Vahter. Luminestsentsmeetodi kasutuselevõtmisega õnnestus tal kindlaks määrata nn. mittenähtavaid nahamuutusi piirdunud keratoosi, pigmentatsioonihäirete ja melanodermatiidikollete näol. Arstiteaduse kandidaat N. Schamardin iseloomustas formaliini ja karbamiidformaldehüüd-vaikliimidega töötajatel tekkivaid dermatoose.

Juubelisessiooni teine tööpäev algas tehnikakandidaat N. Serebrjannikovi ettekandega, milles ta tutvustas V. I. Lenini nim. Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi arenguperspektiive. Sellele järgnes ettekannete kompleks, milles käsitleti bensoolimürgistuse kliinikut (prof. A. Raševskaja), töötingimusi kamberahjugaasbensiini pürolüüsi tsehhis (arstiteaduse kandidaadid I. Akkerberg ja G. Feoktistov), töötajate tervise seisundit (arstiteaduse kandidaat H. Kahn ja A. Sillam) ja organisatsioonilis-tehniliste abinõude rakendamist ülalnimetatud tsehhis (V. Mašin). Hügieenilise iseloomustuse fenoolsete reovete puhastamisest aurutusmeetodil andsid bioloogiakandidaadid V. Veldre ja I. Maasik.

Sessioon võttis vastu üksikasjaliku otsuse, milles rõhutati vajadust jätkata põlevkivi pneumokonioosi probleemi uurimist, samuti nõutakse suurema tähelepanu osutamist professionaalsete mürgistuste profülaktikale.

H. Kahn

TUBERKULOOSIASUTUSTE MEDITSIINIÕDEDE KONVERENTS

13.—14. detsembrini 1963. a. toimus Tallinnas tuberkuloosiasutuste meditsiiniõdede II vabariiklik konverents, millest võttis osa üle 200 inimese kõigist vabariigi rajoonidest.

Konverentsi avas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap, kes rõhutas, et tuberkuloosi täielikuks likvideerimiseks on vajalik kõigi meditsiinitöötajate koostöö ja profülaktiliste ürituste järjekindel korraldamine. Tuberkuloositõrje olukorrast ja eelseisvatest ülesannetest rääkis pikemalt Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst E. Kama. Sellele järgnes mitu ettekannet, mis käsitlesid tuberkuloosi ravi ja profülaktikat. Kogemuste vahetamise korras olid kavas küsimused tööravi organiseerimisest meie vabariigi suuremates sanatooriumides ja haigete režiimist. Esineti sõnavõttudega kommunistliku töö liikumise kohta Tartu ja Tallinna tuberkuloosidispanserites ning Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris.

Enamik ettekannetest oli keskharidusega meditsiinitöötajatelt. Huvitavaid seisu-

kohti esitasid veel meditsiinikandidaat S. Koppel, kes rääkis haigete närvisüsteemi säästvast režiimist, ja farmaatsiakandidaat E. Vagane, kes käsitles toitumise küsimusi Eesti NSV-s.

Konverentsi lõpul korraldati ekskursioone Kose-Lükati Sanatoorsesse Metsakooli, Vabariiklikku Kose Väikelaste Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi, Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanserisse ja Vabariiklikku Tuberkuloositõrje Dispanserisse.

E. Laigna

TERAPEUTIDE SEMINAR TALLINNAS

17. detsembril 1963. a. korraldasid Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond ja Tallinna Terapeutide Teaduslik Selts sisehaiguste arstidele seminari, kus arutati mõnede uute diagnoosimis-, ravi- ning profülaktikameetodite juurutamise küsimusi.

Seminaril käsitles N. Volohhonskaja välishingamise talitluse määramise meetodeid. Ettekande oksühemomeetriast, selle diagnostilisest tähtsusest ja rakendamise perspektiividest esitas A. Randvere. M. Eitelberg kõneles spirograafia osatähtsusest sisehaigustega haigete uurimisel. Mitmetes ettekannetes puudutati gastroenteroloogia probleeme. G. Albova rääkis gastrobiopsia tähtsusest. Laparoskoopia näidustustele ja metoodikale oli pühendatud V. Rätsepa ettekanne. L. Luik juhtis tähelepanu parietograafia osatähtsusele maohaiguste diagnoosimisel.

Esmakordselt meie maal on Tallinnas korraldatud ägedat kopsupõletikku põdenud haigete dispanseerimine. Selle esialgsetest tulemustest andsid ülevaate S. Künnapuu ja E. Rosenbaum ning L. Valdes. Moskva Linna Haigla nr. 50 osakonnajuhataja G. Turik kirjeldas bronhiaalastma ravimise uut meetodit bronhide loputamise ja neisse mitmesuguste lahuste sisseviimise teel.

Seminari tööst tegi kokkuvõtte Tallinna peaterapeut N. Elštein. Tuleb märkida, et kõigi ettekannete autoriteks olid arstid-praktikud.

Seminarist võtsid osa ka vabariigi peaterapeut A. Gunter ja peapediaater A. Vares. Tallinna terapeudid õnnitlesid soojalt Tartu Riikliku Ülikooli Arsteaduskonna sisehaiguste kateedri juhatajat K. Kõrget arstiteaduse doktori teadusliku kraadi saamise puhul.

N. Ilves

NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE KONGRESSIST DRESDENIS

17.—19. oktoobrini 1963. a. toimus Dresdenis Saksa Demokraatliku Vabariigi Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi kongress, mille presidendiks oli meie psühhiaatritele oma paljude tööde kaudu hästi tuntud prof. K. Leonhard. Kongressist võtsid osa ka viieteistkümneliikmeline delegatsioon Nõukogude Liidust prof. V. M. Morozovi juhtimisel; delegatsioonid Poolast, Tšehhoslovakkiast, Ungarist, Rumeeniast ja Bulgaariast; külalisi Kuubast, Austriast, Prantsusmaalt ja Saksa Föderatiivsest Vabariigist. Kongress peeti saksa keeles.

Esimene päev oli pühendatud neurokeemia küsimustele. Peaettekandega «Neurokeemia tähtsusest neuropatoloogias ja kliinikus» esines prof. F. Seitelberg (Viinist), kes andis ülevaate praegu kasutusel olevatest tsütokeemilistest uurimismeetoditest, uurimissuundadest ja viimase aja saavutustest närvi- ja vaimuhaiguste alal. Järgnevalt väärivad esiletõstmist A. Scharfi üksikasjalik ülevaade «Neuroni keemia ja anatoomia» kohta ja dotsent J. Colmanti uurimus «Ensüümhistokeemiliste uurimuste tulemustest eksperimentaalsete parenhüümnekrooside puhul».

Teisel istungil käsitleti peamiselt pea- ja seljaajuvedeliku mitmesuguseid biokeemia- ja tsütoloogia-alaseid küsimusi. Peaettekanne oli prof. H. Bauerilt teemal «Pea- ja seljaajuvedeliku neurokeemia ning patofüsioloogia».

Kongressi teine päev oli planeeritud diskussioonile endogeensete psühhooside klassifikatsiooni ja prognoosi kohta. Peaettekandega esines prof. K. Leonhard, kes rõhutas skisofreenia diagnoosi piiramise vajadust ja soovitas tarvitusele võtta tema poolt antud endogeensete psühhooside klassifikatsiooni, mille abil tal olevat õnnestunud (oma eelkäijaga võrreldes) tunduvalt paremaid ravitulemusi saavutada. Kaasettekandja oli prof. H. Rennert. Järgnesid viieminutilised fikseeritud sõnavõtud enam kui kahekümnelt autorilt; nendest väärib esiletõstmist prof. G. Usunoffi ettekanne. Ta kirjeldas pikaajaliselt psühhofarmakonidega ravitud 100 skisofreeniahaige puhul enamasti depressiivse või ka maniakaalse seisundi teket. Malnitud faktilisest materjalist kasvab tema arvates uus, põhjalikku uurimist vajav probleemistik selle kohta, kuidas mõista ja käsitleda endogeense ja eksogeense raviteguri koosmõju toimel tekkinud positiivse või negatiivse haigussündroomiga seisundite olemust.

Kolmandal päeval käsitleti depressiivseid haigusseisundeid. Peaettekande esitas prof. D. Müller-Hegemann (Leipzig). Ta märkis nende seisundite pidevat tõusu viimase 10—15 aasta jooksul, kliinilise haiguspildi tunduvat mitmekesis-

tumist, selle suuremat sõltuvust välismiljöost ja seega ka sagedate diferentsiaaldiagnostiliste raskuste tekkimist, seda enam, et puudub etioloogiliselt põhjendatud klassifikatsioon. Prof. V. Vondraček (Praha) analüüsis ravil viibinud 6190 haige uurimise põhjal depressiivsete seisundite iseärasusi kaasajal ja käsitles ka klassifikatsiooni küsimusi. Sel päeval esinesid Nõukogude Liidu delegatsiooni liikmed mitme ettekandega, nende hulgas ka allakirjutanu teemal «Kõrgemast närvitalitlusest depressiooniseisundite puhul ja selle muutustest ravi vältel». Käsitleti veel depressiooniseisundite ravi, nende seisundite iseärasusi vanaduses, lapse- ja noorukieas ning neurooside puhul.

Pärast kongressi külastas Nõukogude Liidu delegatsioon Leipzigi, Weimarit, Erfurti, Jenat ja Berliini. Nendes linnades tutvuti neuroloogia- ja psühhiaatriahaiglate ning -kliinikutega, nende ravi ja töökorra, samuti ka kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi aluste ja olukorraga. Suurt huvi pakkus Saksa Demokraatliku Vabariigi arstide ettevalmistamise ja spetsialiseerimise kord ning kehtivad õppeprogrammid. Külastati ka muuseume ja muid vaatamisväärsusi. Eriti masendavaid muljeid tõime kaasa Buchenwaldi laagrist, kus säilinud krematoorium ja piinakambrid meenutavad fašismi verise terrori aegu.

E. Karu

KONVERENTS VEEHÜGIEENI JA VEEKOGUDE SANITAARSE KAITSE KÜSIMUSTES

26.—30. novembrini 1963. a. toimus Moskvas üleliiduline teaduslik konverents veehügieeni ja veekogude sanitaarse kaitse küsimustes, millest võtsid osa ka rahvademokraatiamaade (Bulgaaria, Rumeenia, Tšehhoslovakkia, Jugoslaavia, Ungari ja Saksa DV) esindajad. Laialdasem kogemuste vahetamine tõi palju kasu, mispärast otsustati edaspidigi sääraseid konverentse korraldada.

Mis oli siis konverentsil õpetlikku? Kõigepealt tuleb märkida, et uurimistööd olid enamasti kirjutatud mitme, kuni 10 autori poolt. Selline küsimustele lähenemine loob head eeldused teooria ja praktika suhtes kasulike järelduste tegemiseks.

Suurt tähelepanu pöörati ettekannete arutelule. Mainimist väärivad ka silmapaistvate spetsialistide kokkuvõtlikud ja suunavad sõnavõtud.

Konverentsil käsitleti peamiselt toksikoloogia küsimusi. Nimelt on kõrgesti arenenud tööstusega maades aktuaalseks tervishoiualaseks probleemiks muutunud veekogude mürgistumine. Hügienistide kohuseks on ennetada võimalikke kahjulikke tagajärgi. Seoses sellega tekivad aga metoodilised raskused keemiliste analüüside tegemisel. Organismile toksiliste kontsentratsioonide määramine ei ole sugugi lihtne ülesanne, sest seni kasutatud tavalised keemiliste analüüside menetlused ei anna soovitavaid tagajärgi. Esiplaanile tõuseb nn. instrumentaalkeemia (gaas ja kolonn-kromatograafia — polarograafia, amperomeetria, spektromeetria, difusioon ja elektro-osmoos) ning mitmesugused teised uurimismeetodid. Kaasaegsed analüüsimisviisid nõuavad mitmesugust küllaltki keerukat aparatuuri, ühtlasi ka neid aparaate käsitseda oskavaid spetsialiste.

Arusaadavalt ei tohi tõstatatud küsimuse suhtes ükskõikseks jääda ka Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, sest praegu veel märkamata mahajäämus võib end tulevikus väga raskesti tunda anda; seda enam, et moodsate keemiliste ja füüsikaliste menetluste rakendamine ei puuduta üksnes kommunaalhügieeni, vaid ka teisi instituudis viljeldavaid teadusharusid. Et aparatuur on suhteliselt kallis ja defitsiitne, siis tuleks mõelda ühise instrumentaarse uurimisbaasi loomisele.

L. Kuik

VIROLOOGIDE TEADUSLIK SESSIOON

23.—26. detsembrini 1963. a. toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. I. Ivanovski nimelise Viroloogia Instituudi teaduslik sessioon, mis käsitles respiratoorseid viirusnakkusi.

Suure huviga kuulati A. S. Gorbunova ettekannet gripi etioloogia kaasaja küsimustest, millest autor pidas üheks olulisemaks viiruse antigeense struktuuri uurimist. Sessioonil pöörati suurt tähelepanu gripivastasele immuunsusele ja gripi spetsiifilisele profülaktikale. Mitmed autorid (G. S. Aleksandrova jt.) esitasid andmeid gripivastase elusvaktsiini kasutamise tulemustest lastel. Toodi materjale ka mitmete nn. uute viiruste uurimise kohta, nagu adenoviirused ning paragripiviirused jt.

Uute respiratoorsete viiruste avastamine ja spetsiifiliste uurimismeetodite rakendamine võimaldasid viirusliku päritoluga ägedate respiratoorsete haiguste kliinikut põhjalikumalt tundma õppida. Erilist tähelepanu pöörati gripi, paragripi ning adenoviiruslike haiguste kiirele diagnoosimisele luminestsentsmeetodi abil.

G. Kondratjeva

Konsultatsioon

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Kuidas tarifitseeritakse ülikooli (instituudi) arsiteaduskonna 5. ja 6. kursuse üliõpilaste töötasu, kui nad tootmispraktika ajal täidavad ajutiselt arstide vakantseid ametikohti?

Ülikooli (instituudi) 5. ja 6. kursuse arstiteaduskonna üliõpilastele, kui nad töötavad ajutiselt tootmispraktika ajal vakantsetel arsti ametikohtadel, tasutakse NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 22. oktoobri 1955. a. ringkirja artikkel 9 II osa punkt 3 alusel, s. o. 55 rbl. kuus.

2. Kui pikaks ajaks antakse haigusleht tuberkuloosi haigestunud töölistele ja teenistujatele?

Tuberkuloosi haigestunud töölistele ja teenistujatele lubatakse välja anda haiguslehti mitte kauemaks kui 10 kuuks, alates töövõime kaotuse momendist; haiged, kellel töövõime pärast 10 kuu möödumist ei taastu, tuleb suunata järelevaatuseks ja invaliidsuse grupi kindlaksmääramiseks ATEK-i. Kui ATEK-i komisjoni otsuse põhjal ei saa antud töölist või teenistujat invaliidiks pidada, kuid tema töövõime ei ole veel taastunud, tuleb haiguslehte üldistel alustel pikendada.

3. Kellel tuberkuloosiasutuste meditsiinitöötajaist on õigus vanadus- ja invaliidsuspensionile soodustatud tingimustel?

NSV Liidu Ministrite Nõukogu on kinnitanud 2 soodustatud korras pensioni saavate isikute nimekirja. Nimekirja 1 on kantud arstid-rõntgenoloogid, rõntgenitehnikud, rõntgenilaborandid, samuti ka sanitarid, kes kogu tööpäeva jooksul viibivad rõntgenikabinettides või -laboratooriumides. Nimekirja 2 kuulub tuberkuloosiasutuste noorem meditsiinipersonal, kes teenindab vahetult haigeid.

Nimekirjas 1 mainitud töötajaile määratakse vanaduspensioni järgmiselt: 15-aastast tööstaaži omavatele naistele 45. eluaastast alates ja 20-aastase tööstaažiga meestele 50. eluaastast alates. Nimekirjas 2 mainitud naised hakkavad vanaduspensioni saama 50-aastaselt, mehed aga 55-aastaselt (tööstaaž vastavalt 20 ja 25 aastat).

4. Kas võib lubada arstil — noorel spetsialistil osa võtta aspirantuuri astumise võistluseksameist?

31. juulil 1962. a. kinnitati kõrgemate õppeasutuste ja teaduslike uurimisasutuste juures oleva aspirantuuri uus põhimäärus. Vastavalt sellele lubatakse noorel spetsialistil osa võtta aspirantuuri astumise võistluseksameist kohe pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist ainult kõrgema õppeasutuse nõukogu otsuse põhjal. Vastavalt uuele põhimäärusele võetakse statsionaarsesse aspirantuuri mitte vanemaid kui 35 aasta vanuseid isikuid; aspirantuuri aga tööd katkestamata kuni 45-aastaseid, kel on kõrgem haridus, kalduvus teaduslikuks uurimistööks ja praktiline tööstaaž (mitte vähem kui kaks aastat pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist) valitud teaduslikul erialal.

Isikud, kes on sooritanud kõik kandidaadieksamid, vabastatakse aspirantuuri sisseastumiseksameist. Isikud, kes on andnud kandidaadieksamid osaliselt, võib vastuvõtukomisjon vabastada nende enda soovil vastavatest sisseastumiseksamitest. Sel juhul võetakse arvesse eksamihinded.

Vastuvõtukomisjoni otsusega lühendatakse isikutel, kes on osaliselt või täielikult sooritanud kandidaadieksamid, aspirantuuris õppimise aega (tööd katkestades 3 a., tööd katkestamata 4 a.) mitte rohkem kui ühe aasta võrra.

Isikud, keda on lubatud aspirantuuri eksameile tööd katkestades või tööd katkestamata, saavad täiendavalt puhkust 30 kalendripäeva eksamiteks valmistumiseks ja nende sooritamiseks. Isikud, kes on aspirantuuri vastu võetud osaliselt sooritatud kandidaadi miinimumieksamite põhjal, saavad täiendavalt tasulist puhkust ülejäänud sisseastumiseksamiteks arvestusega 10 päeva iga eksami kohta.

Aspirantuuri vastuvõetud isikuile, kes ei ole eksameid sooritanud, ei anta töökohast täiendavat puhkust.

5. Kas aspirantidel on õigus saada protsendilist lisatasu tervist kahjustavates töötingimustes töötamise eest?

Arstidele, kes astuvad aspirantuuri ja kel on pikem kui 2-aastane praktiline tööstaaž ning kelle töötasu on suurem kui ettenähtud stipendium, määratakse stipendium palga põhimäära ulatuses, kuid mitte rohkem kui 100 rbl. kuus. Stipen-

diumide kindlaksmääramisel ei võeta arvesse protsendilist lisatasu, mida nad said enne aspirantuuri astumist tervist kahjustavate töötingimuste eest.

Stipendiumi protsendilist lisatasu ei maksta ka nendele aspirantidele, kes õppetöö ajal töötavad tervist kahjustavates tingimustes (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri 10. XII 1963 nr. 04-14/78).

6. Kas makstakse töötajaile, kellel on õigus saada 15% või 30% lisatasu ka pühade ajal tehtud töö eest.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium teatas oma ringkirjaga 25. jaanuaril 1964 nr. 21-13/12, et töötajail, kellel on ette nähtud 15% ja 30% lisatasu, säilitatakse neile see pühade ajal tehtava töö eest makstava töötasu puhul.

A. Kaldma

Kriitika ja bibliograafia

HUVITAV JA KASULIK RAAMAT

1963. a. lõpul ilmus trükist Eesti Riikliku Kirjastuse väljaandel dotsent K. Kõrge raamat «Organismi reaktiivsuse ja desensibiliseeriva ravi probleeme». See on sisukas 320 leheküljeline monograafia, mis käsitleb tänapäeva arstiteaduse üht aktuaalsemat küsimust — allergiat.

Raamat pakub elavat huvi nii väheste kogemustega lugejale kui ka vastava eriala spetsialistile. Teoses leidub rohkesti väljavõtteid haigusilugudest, samuti ka graafikuid ja jooniseid. Raamatu keel on hea, mistõttu muutuvad kergesti arusaadavaks ka reaktiivsuse probleemi käsitlemisel tekkivad küllaltki keerukad mõttekäigud.

Esimeses osas analüüsitakse allergia olemust, allergiliste reaktsioonide vorme, allergia ja immuunsuse vahekorda ning reuma ja kollagenoosside patogeneesi. Erilist huvi pakub reuma ja sepsise vahekorra ning adaptatsiooni sündroomi selgitamine. Omaette küsimuseks on eosinofiilsete leukotsüütide kui organismi reaktiivsuse näitajate uurimine. Raamatu teises osas käsitletakse organismi reaktiivsuse ümberkõlastumist desensibiliseeriva ravi abil. Autor motiveerib teaduslikult oma ravivõtteid, millest paljud väärivad senisest suuremat tähelepanu.

Monograafia üldistest puudustest peab kõigepealt märkima selle ilmumise mõningat hilinemist, mis aga on tingitud mitte niivõrd autorist kui meie kirjastusorganite vähesest operatiivsusest. Akadeemik V. N. Orehhovitši andmeil on käesoleval ajal teadusliku uurimise areng niivõrd tormiline ja laialdane, et vahel muutuvad mõne kuuga meie ettekujutused organismis kulgevatest protsessidest. See väide on mõningal määral maksev ka kõnealuse teose puhul. Nii on viimaste aastate jooksul allergia kohta kogunenud rohkesti uusi immunobioloogilisi andmeid, mida aga on teoses vähe puudutatud. Nagu akadeemik V. M. Ždanov õigustatult märgib, on vananenud ka senised vaated properdiinisüsteemi tähtsusest immuunsuse puhul, mille tõttu raamatus toodud sellekohane lõik vajaks mõningal määral korrigeerimist. Analoogilisi märkusi võiks teha ka üksikute teiste peatükkide kohta.

Raamatus käsitletakse kaht huvitavat mõistet — organismi reaktiivsust ja sensibilisatsiooni. Sensibilisatsiooni ja desensibilisatsiooni ei ole senini selgesti defineeritud. Autor aga näitab, et sensibilisatsioon ei ole mitte ainult kitsas immunoloogiline mõiste, vaid seisund, mis põhjustab ärrituvuse tõusu kogu organismis, millest võtab osa nii kesknärvisüsteem, hormonaalsüsteem kui ka kogu sidekude.

Organismi sügava ümberkõlastumise hindamiseks allergiliste protsesside puhul on klinitsisti käsutuses üsna piiratud hulk teste. Seepärast on

nii teoreetilisest kui ka praktilisest aspektist väga hinnatavad autori poolt teostatud eosinofiilide arvu dünaamika analüüs ja eosinopeenia seostamine kliiniliste nähtudega ning organismi hormonaalse ümberkõlastuse muude laboratoorsete näitajatega.

Autor on uurinud insuliin-hüpoglükeemia eosinopeenilist efekti, samuti ka selle puudumist ning paradoksaalselt kulgevaid eosinofiilide arvu muutuste kõveraid insuliini süstimisel (peamiselt reuma ja bronhiaalastma puhul). K. Kõrge ei pretendeeri probleemi ammendavale lahendamisele ja paljud tema seisukohad vajavad edaspidi veel tõestamist. Kuid sellise keeruka küsimuse puhul, nagu seda on allergia, ei olegi käesoleval ajal võimalik ühe hoobiga otsustavaid resultaate saada.

Huvipakkuv on mittespetsiifilise desensibiliseeriva ravi trakteerimine. Autor näitab, et nimetatud ravi toime tugineb peamiselt neurohormonaalse süsteemi reaktsioonidele. Mittespetsiifilisele desensibiliseerivale ravile tähelepanu juhtimine on täiesti õigustatud, sest seoses hormooniravi laialdase levikuga kipub mainitud raviviis unarusse jääma. Raamatus oleks aga tahtnud näha mittespetsiifilise ravi näidustuste ja vastunäidustuste detailsemat analüüsi, sest just selles suhtes esineb arstil praktikul raskusi. Tähelepanu väärib ka see, et autor rakendas esimesena meie maal nakkusliku septilise endokardiidi uudset raviskeemi. Haigusprotsessi aktiivsuse üle otsustamisel on arstil-praktikul väga kasulik tutvuda raamatus esitatud reuma aktiivsuse laboratoorsete näitajatega ja nende erikaaluga. Kahju, et käsitlemata on jäänud immunoloogilised testid.

Taolised teosed on meie meditsiinitöötajatele väga vajalikud. Loodame, et Eesti Riiklik Kirjastus tuleb ka edaspidi meie teadlastele vastu samuti teistelt aladelt pärinevate teoste kirjastamisel.

L. Päi

Referaate

Listerioosist põhjustatud angiini haigestumise juht Tuula oblastis М. И. Потубин, З. В. Засыпкина (*Случай заболевания листерозной ангиной в Тульской области*) Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1963, 5, 151—152.

Listerioosi laialdase leviku tõttu mets- ja koduloomade hulgas on põhjust arvata, et ka inimestel esineb haigust sagedamini, kui seda senini on registreeritud.

Järgnevalt kirjeldavad autorid ühe 17-aastase meespatsiendi haigestumist angiini. Haigus kulges pikemat aega kõrge kehatemperatuuri ja tugeva valuga kurgus. Ravi difteeriaseerumi ja penitsiliiniga ei andnud tulemusi. Haige olukord muutus raskeks. Diagnoositi nekrootilist angiini. Nekrotiseerunud mandlikoest võetud tükikese bioloogilisel ja bakterioloogilisel uurimisel tehti kindlaks listerioosinakkus. Isoleeritud kultuur tüpiseeriti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia N. F. Gamaleja nim. Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi tulareemialaboratooriumis. Pärast haiguse etioloogia selgitamist kolme kuu jooksul sooritatud ravi tulemusena haige seisund ainult ajutiselt paranes. Ravi jätkati kahe kuu kestel Moskvas, mille järel haige pidas end terveks.

Kirjeldatud haigusjuht näitab, et otorinolarüngoloogia praktikas tuleb haiguste etioloogia selgitamisel senisest rohkem kasutada bakterioloogilisi uurimismeetodeid, nende hulgas ka selliseid, mis võimaldavad listerioosinakkust kindlaks teha.

Kokkuvõttes rõhutab autor vajadust uurida listerioosi suhtes neid krooniliise angiiniga haigeid, kes ei allu penitsilliiniravile.

Ref. L. Leesment

Listerioos inimestel. Leopold, P. G. (*Die Listeriose des Menschen*) Monatsh. Veterinärmed., 1963, 9, 8—12.

Autor kirjeldab listerioosi sümptomatoloogiat ja epidemioloogiat isiklike kogemuste põhjal Leipzigi piirkonnas.

1956. a. sagenes haigestumine listerioosi, millest 9 juhul diagnoositi seda haigust bakterioloogiliselt; neist 7 juhtu lõppes surmaga. Patsientidest oli 6 täiskasvanut ja 3 vastsündinut. Kõik nimetatud vastsündinud surid. Tähtis on märkida, et nende emad olid raseduse ajal põdenud gripile sarnast haigust.

Täiskasvanud haigetel täheldati kliiniliselt meningoentsefaliidi sündroomi: kuklakangestust, liikvorirõhu suurenemist ja selles suhkrusisalduse vähenemist ning mononukleaarsete ja granuleeritud tuumadega pleotsütoosi. Ühel 41 aasta vanusel patsiendil esinevat listerioosist põhjustatud meningiiti raviti terramütsiiniga. Osal patsientidest oli kontakt väikeloomadega. Rasedad tarvitasid toiduks keetmata piima. Üks patsient, veterinaartöötaja, haigestus pärast kokkupuutumist selgitamata põhjusel hukkunud küüliku korjusega.

Autor märgib, et inimestel ulatub suremus listerioosi kuni 70%-ni. Arvukatest kliinilise haiguspildi kirjeldustest tõstab autor esile järgmisi: 1) angiinitaoline septiline, mononukleoosiga kulgev vorm; 2) lühiajalise palavikuga kulgev rasedate haigestumine, mida tavaliselt diagnoositakse külmetushaigusena, tsüstopüeliidina jne. Listerioos põhjustab raseduse puhul loote septilist haigestumist, millele võib järgneda abort, kusjuures sünnib elujõuetu või surnud laps; 3) meningiidi, entsefaliidi või meningoentsefaliidi sümptoomidega haigestumine. See haigusvorm esineb täiskasvanutel ja suurematel lastel. Kõigi kirjeldatud haigusvormidega võib kaasneda konjunktiviit.

Sulfaniilamiidide ja antibiootikumide kasutusele võtmisega on õnnestunud suremust listerioosi vähendada, eriti neil juhtudel, kui ravi alustatakse varakult ja ravimiannused on küllaltki suured. Meningiidi ja entsefaliidi korral peab ravikuur kestma pikemat aega (kuni liikvori normaalseks muutumiseni).

Kokkuvõttes märgib autor järgmist.

1. Ebaselge etioloogiaga, palavikuga kulgevate haiguste korral tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt arvestada listerioosi, eriti siis, kui on tegemist maaelanikega või väikeloomadega kokkupuutuvate isikutega. Abortiivse kuluga listerioosijuhtudel pole õige määrata diagnoosi, nagu gripp, tsüstopüeliit, vaid kliiniliselt kahtlane listerioosi suhtes; bakterioloogiliselt tuleb uurida verd, liikvorit, luuüdi, lootevedelikku ja mekooniumi. Peab meeles pidama, et täpne diagnoos tagab eduka ravi.

2. Asjaolu, et paljudel listerioosijuhtudel jääb etioloogia ebaselgeks, kohustab rohkem tähelepanu pöörama tihedamale koostööle veterinaararstidega listerioosi epidemioloogia küsimustes. Selleks on tarvis:

1) parandada selgitustööd selle haiguse suhtes ohustatud elukutsetega töötajate hulgas; 2) tõhustada rottide ja hiirte tõrjet; 3) tähelepanu pöörata listerioosinakkuse võimalusele loomse päritoluga toiduainete kontrollimisel; 4) loobuda sanitaarselt kontrollimata keetmata piima tarvitamisest; 5) tähelepanu pöörata antropozoonooside esinemise võimalusele väikeloomakasvatajatel; 6) sünnitusmajades kasutada profülaktilisi vahendeid listerioosi vältimiseks, sest lootevedelik ja mekoonium kujutavad endast otsest ohtu sünnitusabi andjale.

Inimesed võivad nakatuda otsesest kontaktist haige looma ja ta kehaeritistega või aerogeensel teel. Nakatumine on võimalik ka liha ja piima vahendusel.

Ref. L. Leesment

Küsimusi ja vastuseid

Kuidas ravida lambliioosihaigeid?

Eelkõige tuleb märkida, et lambliate leidmine ei ühti alati mõistega «lamblioos». Sageli ületab sümptoomideta parasiidikandjate arv tunduvalt lambliioosihaigete arvu.

Sümptoomideta lambliakandjate puhul piisab tavaliselt kahest viiepäevase akrihhiiniravi tsüklist: 0,1 akrihhiini kolm korda päevas enne söömist 5-päevase vaheajaga tsüklite vahel. Tingimata on vaja muuta toitumisrežiimi: toit peab sisaldama vähem lambliate paljunemist soodustavaid süsivesikuid, rohkem valku (lihadieet), värsket sibulat ja küüslauku ning vitamiine (eriti C-vitamiini ja «B» kompleksi kuuluvaid vitamiine).

Nii lambliakandjate kui ka lamblioosihaigete puhul rakendame akrihhiiniravi kahe viiepäevase tsüklina. Kui see ei anna tulemusi, siis võib veeni süstida (kui

ei ole vastunäidustusi) novarsenooli 0,15, 0,3 ja 0,45 vastavate vaheaegadega süstete vahel.

Visalt ravile alluvatel lambliioosihaigetel ja neil, kelle sapis leiti pärmiseenekesi, kordasime kahetsüklilist akrihhiiniravi, kusjuures määrasime samal ajal 500 000 TÜ nüstatiini 3 korda päevas 10—14 päeva kestel. Nüstatiini anti samaaegselt akrihhiiniga ja ka tsüklitevahelisel perioodil. Sellise meetodiga ravitud haigete uurmisel oli tervistumine enamikel juhtudel püsiv.

Lambliioosihaigetel tuleks nüstatiini määrata ka siis, kui osutub vajalikuks akrihhiin manustamine koos mikroobidevastaste antibiootikumidega. Viimaste määramine on otstarbekohane ainult juhul, kui on tegemist lambliate ja mikroobidega üheaegselt, näiteks bakteriaalse düsenteeria ja lambliioosi samaaegsel esinemisel, enterokoliitide puhul, mille etioloogia võib «lambliioossest-bakteriaalsest» kompleksist tingitud olla jne. Tavalistel «puhastel» lambliioosijuhtudel pole otstarbekohane manustada mikroobidevastaseid antibiootikume.

Lambliate väljutamiseks organismist on soovitatav anda haigele juua 3—5%-list magneesiumsulfaadilahust kuni 300 ml päevas 3—5 päeva kestel tsüklite vaheajal. Kõhulahtisuse korral ei tohi haigele magneesiumsulfaati määrata. Nagu juba eespool mainitud, on vaja muuta haige toitumisrežiimi.

Tähtis on uurida haige kontaktseid lambliate suhtes. Eksperimentaalsed uurimised on näidanud, et põetud lambliioos ei jäta immuunsust, mistõttu on võimalik korduv nakatumine. Sel juhul pole tegemist mitte retsidiivi, vaid reinvasiooniga.

Lambliate kadumisega ei kaasne alati parasiitidest tekitatud või nende tõttu pikaleveninud haigusprotsessi täielik likvideerumine, sest haiguse põhjuse kõrvaldamine pole veel võrdväärne haige vabanemisega etioloogilise teguri tagajärgedest.

Seepärast tuleb eriti hoolikalt ravida koletsüstiiti, duodeniiti ja enterokoliiti, kui need esinevad, ning lambliioosihaigetel sagedasti esinevaid närvisüsteemi funktsionaalseid häireid. (Tallinna linna peaterapeut, arstiteaduse kandidaat **N. Elštein.**)

Kroonika

AKADEEMIK K. I. SKRJABIN 85-AASTANE

7. detsembril 1963. a. toimus Moskvas sotsialistliku töö kangelase, Lenini preemia ja riiklike preemiate laureaadi ning teenelise teadlase akadeemik Konstantin Ivanovitš Skrjabini pidulik austamine seoses tema 85. sünnipäeva ja 58-aastase teadusliku, pedagoogilise ja ühiskondliku tegevusega.

K. I. Skrjabin on NSV Liidu Teaduste Akadeemia, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia, V. I. Lenini nim. Üleliidulise Põllumajanduse Akadeemia tegevliige ja Kirgiisia NSV Teaduste Akadeemia auliige ning 10 välismaise teaduste akadeemia teaduslike asutuste auliige. Juubelipäeval teatati K. I. Skrjabinile tema valimisest Usbeki NSV Teaduste Akadeemia auliikmeks.

Juubilari tervitasid ka arvukad väliskülalised (Tšehhoslovakkiast, Saksa Demokraatlikust Vabariigist, Jugoslaaviast, Poolast, Ungarist ja Ameerika Ühendriikidest). Bulgaaria Teaduste Akadeemia presiidiumi esindaja E. Dimitrova teatas K. I. Skrjabini kui Bulgaaria-Nõukogude Sõprusühingu juhatuse sekretäri autasustamisest G. Dimitrovi ordeniga.

K. I. Skrjabin lõpetas 1905. a. Tartu Veterinaaria Instituudi.

G. Kondratjeva

ÜLELIIDULISE HELMINTOLOOGIDE SELTSI TEADUSLIK JUUBELISESSIOON

9.—12. detsembrini 1963. a. toimus Moskvas Üleliidulise Helmintoloogide Seltsi teaduslik juubelisessioon.

Meditsiinilise Parasitoloogia Instituudi direktor P. G. Sergijev kõneles sessioonil võitlusest helmintoosidega elanikkonna hulgas. Üheks tähtsaimaks küsimuseks oli võitlus teniarünhoosi vastu. Kogemusi võistlusest teniarünhoosiga esitasid mitmed Aserbaidžaani NSV ja Usbeki NSV arstid.

Sessioonil pöörati tähelepanu difüllobotrioosi haigestumise profülaktikale uute veehoidlate piirkonnas.

G. Kondratjeva

ETTEVALMISTUSED TÄHTSAKS KONGRESSIKS

Käesoleva aasta juunis toimub XIV üleliiduline epidemioloogide, mikrobioloogide ja infektsionistide kongress, mille tööst võtavad osa kõikide liiduvabariikide, kraide ja oblastite esindajad. Kokkutuleku arutluste aluseks on NLKP Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu 1960. aasta 14. jaanuari määruses «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiu korralduse edasise parandamise abinõudest» püstitatud ülesanded.

Kongressi plenaaristungitel peatutakse järgmiste küsimuste juures: epidemioloogia ülesanded nakkushaiguste vähendamisel ja likvideerimisel; immuunsus ja selle tähtsus nakkushaiguste vähendamisel; immuunsus ja nakkushaiguste kliinik; viirusnakkused; mikroorganismide geneetika uurimise olukord kaasajal; desinfektsiooni ülesanded nakkushaiguste vähendamisel ja likvideerimisel.

Osa kongressi tööst toimub sektsioonides. Kavatsusel on luua järgmised sektsioonid: epidemioloogia, immunoloogia, nakkushaiguste kliinik, viroloogia ja geneetika. Organiseerimiskomitee kavatseb iga probleemi laialdaselt ja mitmekülgselt arutada. Et kongressil jääks rohkem aega diskussioonideks, lülitatakse päevakorda minimaalsel arvul ettekandeid. Nii esitatakse plenaaristungil 7—8 ja sektsioonidel mitte rohkem kui 20—25 ettekannet.

Ka Eesti Vabariiklik I. I. Metšnikovi nimeline Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Selts teeb ettevalmistusi kongressist osavõtuks.

L. Toomik

B_{15}-VITAMIIN

B_{15}-vitamiin ehk pangamiinhape on uus huvipakkuv B-grupi vitamiin. Kristalsel kujul saadi teda riisi idudest, riisi kestadest, pärmist, hobuse maksast ja härja verest. Nimetus «pangamiinhape» anti B_{15}-vitamiinile seetõttu, et seda leidub kõigis seemnetes (pan — kõik, gami — seemned). 1955. aastast alates toodavad mitmed välismaa firmad pangamiinhapet mitmesuguste nimetuste all, nagu pangametiin, pangamiinhape, B_{15}-vitamiin. Keemiliselt on pangamiinhape glükoonhappe dimetüülamiinoatsetaatestri naatriumisool, mille struktuurivalem on järgmine:

$$\underbrace{[CH_3]_2 \cdot N \cdot CH_2 \cdot COO}_{\text{dimetüülglütsiin}} \cdot \underbrace{CH_2[HCOH]_4COONa}_{\text{glükoonhape}}$$

Ainevahetuses on pangamiinhape metüülrühmade donaatoriks. Küsimus tema tekkimise kohta loomses organismis on alles lahtine. B_{15}-vitamiini üks osa — dimetüülglütsiin — moodustub loomorganismis koliinist järgmiselt:

koliin → betaiin + homotsüsteiin → dimetüülglütsiin + metioniin. B_{15}-vitamiini teine osa — glükoonhape — moodustub kergesti glükoosist.

Ravimina leevendab B_{15}-vitamiin anoksianähte südames ja lihastes. Preparaati on kasutatud edukalt ka reuma, reumokardiidi ja koronaartromboosi puhul stenokardiliste valude, tsüanoosi ja hingelduse vähendamiseks. On täheldatud ka tema atsetüülkoliini ja kortisooni toimet tugevdavaid ning naatriumsalitsülaadi neerupealise koort ärritava toime nõrgendavaid omadusi.

Kroonilise hepatiidi ja maksatsirroosi puhul mõjub pangamiinhape metüülrühmade donaatorina lipotroopselt (manustatakse kuni 50 mg päevas). Tal ei ole toksilist toimet isegi 1000-kordse annuse manustamisel. Kodumaine pangamiinhappe-preparaat on võetud kliinilisele aprobeerimisele.

I. Sibul

1964. A. ILMUVAST ARSTITEADUSLIKUST KIRJANDUSEST

NSV Liidu Riikliku Meditsiinikirjanduse Kirjastuse temaatilise plaani järgi ilmub 1964. a. 489 arstiteaduslikku raamatut ja brošüüri. Nimetatud plaani koostamisel on lähtutud arstiteaduse teooria ja praktika kõige aktuaalsematest seisukohtadest. Plaanis on õpikud meditsiiniinstituutidele ja meditsiinikoolidele, mitmesugused teatmikud, käsiraamatud, kirjandus eesrindlike ravi- ja profülaktikaasutuste töökogemustest, tõlkekirjandus jt.

Meditsiiniinstituutide üliõpilastele antakse välja 16 õpikut ja käsiraamatut (kirurgia, lastekirurgia, hügieen ja tööhügieen ning naha- ja suguhaigused jt.), meditsiinikoolidele aga 14 raamatut (nakkushaigused, kirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia, haigete põetamine, desinfektsioon, meditsiini stenograafia jt.).

Teoreetiliste distsipliinide alalt ilmub 46 trükist. Neist väärib mainimist maailmakirjanduses esmakordselt vastavat probleemi käsitlev D. Bekovi teos «Inimese

peaaju venoossest süsteemist». Ülejäänud väljaannete teemad on järgmised: meditsiinistatistika, maosekretsiooni tüübid, meditsiiniline geneetika, fotograafia rakendamisest arstiteaduses jt.

Kliiniliste distsipliinide valdkonnast jõuab lugejateni 205 raamatut: 1) sisehaiguste alalt — 25 (bronhiaalastma, ateroskleroos, omandatud südamerikete auskultatoorne sümptomaatika, laparoskoopia sisehaiguste kliinikus, kliiniline vektorkardiograafia, terapeutiliste haigete uurimise metoodika jt.); 2) tuberkuloosi alalt — 6 (urogenitaalsüsteemi tuberkuloosi ravi, luu- ja liigesetuberkuloosi kirurgiline ravi, hüpertoonia ja kopsutuberkuloos jt.); 3) endokrinoloogiast — 6 (hüperglükeemiline sündroom, neerupealised ja reanimatsioon jt.); 4) neuropatoloogiast ja psühhiaatriast — 15 (neuroloogiliste haigete hingamishäirete ravi, afaasia ja selle ravi, ajuvereringe transistoorsed häired). Ilmub ka A. V. Triumfovi teose «Närvisüsteemihaiguste toopilisest diagnoosimisest» 5. parandatud ja täiendatud trükk); 5) kirurgiast, ortopeediast, traumatoloogiast ja uroloogiast — 38 (hüpotermia, kosmeetilised operatsioonid, uued kirurgilised instrumendid ja aparaadid, anestesioloogia günekoloogias. Huvi pakub siin G. Golovini raamat «Luude liimimise probleem», mis on samuti maailmakirjanduse esikteoseks sellel alal); 6) günekoloogiast — 7 (valuta sünnitus, raseduse patoloogia jt.); 7) pediaatriast — 13 (rahhiit lastel, varaealiste laste kopsupõletikud jt.); 8) naha- ja suguhaiguste alalt — 4 tööd; 9) onkoloogiast — 10 (kasvajate kemoteraapia, ajukasvajad jt.); 10) epidemioloogia, mikrobioloogia, viroloogia, immunoloogia alalt — 20 (nakkushaiguste mikrobioloogilise diagnostika käsiraamat jt.); 11) farmakoloogia ja farmaatsia kohta — 9 (kaasaegne meditsiin ja homöopaatia ning ravi antibiootikumidega jt.); 12) töövõimetuse ekspertiisist — 6 raamatut; 13) meditsiinilise radioloogia alalt — 6; 14) röntgenoloogiast — 9 teost (kasvajate röntgenidiagnostika, luude ja liigeste tomograafia jt.).

Seeriast «Arsti-praktiku raamatukogu» ilmub 1964. a. üldse 43 raamatut (maksa- ja maohaiguste diagnoosimine, kopsupõletiku kodusest ravist, psüühiliste haigete tööravist, trahheotoomiast vältimatu abi juhtudel, kirurgiliste haigete etapiline ravi, elektritrauma ja selle ravi, sääre veenilaiendid, hääle funktsionaalsed häired, vastsündinute septilised haigused, hammaste replanteerimine, praktiline desinfektsioon, sporditraumad, radioaktiivsete isotoopide kasutamine ravi otstarbel jt.).

Profülaktilisi distsipliine käsitlevad 47 trükist, neist hügieeni, sanitaaria ja professionaalse patoloogia küsimusi 33 raamatut (statistika hügieenilises uurimistöös, silikoosi etioloogia ja patogenees, võitlus müraga, alaealiste tööhügieen jt.) Tervishoiu organisatsiooni ja bibliograafia ning sanitaarstatistika valdkonnast ilmub 14 teost (meditsiiniraamatukogu ülesannetest, meditsiinikirjandus NSV Liidus aastal 1961, tervishoid USA-s).

Tõlkekirjandusest antakse välja välismaa autorite 18 tähtsamat tööd (transplantatsiooni bioloogilised probleemid, tuumaplahvatuste tagajärjed, fonokardiograafia käsiraamat ja atlas, sisehaiguste diferentsiaaldiagnostika ning inimese geneetika põhialused jt.). Arstiteaduse ajaloost avaldatakse trükis 15 tööd (mälestusi V. I. Leninist, arstiteaduse ajalugu NSV Liidus (1917—1962) jt.) Keskharidusega meditsiinitöötajaile on planeeritud 12 raamatut (vaimuhaigete hooldamine, kiiritusravi, traumatoloogia õpperaamat, õpik õdedele-anestesistidele, monograafia epideemilisest hepatiidist jt.). Teatmekirjandusest ilmub 10 nimetust (kalender arstidele ja keskharidusega meditsiinitöötajaile 1965. a., teatmikud pediaatritele, onkoloogidele, dermato-veneroloogidele jt.).

Lisaks nimetatutele jõuab lugejateni veel hulk raamatuid kõrva-, nina- ja kurguhaiguste, silmahaiguste, stomatoloogia, arstliku kontrolli ja kehakultuuri alalt.

Senisest suuremat tähelepanu on pööratud populaarteadusliku kirjanduse väljaandmisele. NSV Liidu Meditsiinikirjanduse Kirjastus on lähtunud siin nõukogude meditsiini profülaktilisest suunast. Üldse ilmub 101 nimetust (enneaegse vananemise profülaktika, kutsehaiguste profülaktika õmblusvabrikutes, laste endokriinsed haigused ning neurooside profülaktika jt.).

M. Tedremaa

SISUKORD

A. GOLDBERG ja I. MASIK — Rohkem tähelepanu võitlusele nakkushaigustega 3

Teooria ja praktika

I. SIBUL — Arstiteadus ja bioloogia . 8
E. KAMA — Tuberkuloositõrjest Eesti NSV-s 11
R. SILLA ja H. PIHL — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tööst 15
J. ŽELANDOVSKAJA, V. USTINOVA, M. TSARIK, M. SIDOROV ja M. RANNIT — Ägeda düsenteeria ja kolienteriidi kliinikust ning ravist 20
J. TSAPLINSKI — Gripivastase vaktsineerimise efektiivsusest . . . 23
R. ORŠANSKAJA — Listerioos vastsündinutel 27
V. TILGA, L. LEESMENT ja R. PARIS — Listerioosist loomadel Eesti NSV-s 31
E. TALLMEISTER ja T. RAUDSIK — Õhu mikrofloora uurimisi nakkushaigete palatites 33
V. SALUPERE — Haavandtõve medikamentoossest ravist 37
A. LINKBERG ja K. PÕDER — Hemorroididega haigete ravist . . . 39

Tervishoiu organisatsioon

I. MASIK — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistus uuel tööetapil . . . 44

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

J. PAULSON — Fotograafiline abimeetod röntgenifilmide kopeerimisel 46
K. KÕRGE ja U. PÕDAR — Surmaga lõppenud bronhiaalastma juhtudest 49

Abiks velskritele ja õdedele

V. SALUPERE — Maosekretsiooni uurimisest 53
L. MAURER — Keskharidusega meditsiinipersonali töö parandamisest 57
O. PIKKSAAR — Tuberkuloosidispanseri jaoskonna-meditsiiniõe ülesanded 60

Sanitaarharidustöö

O. TAMM — Tervisenädalate läbiviimisest Tartus 62

Arstiteaduse ajaloost

M. KASK — H. Koppel tervishoiualaste teadmiste populariseerijana 65

Konverentsid ja nõupidamised

H. KAHN — Juubelisessioon põlevkivitööstuse kutsehügieeni alal . . . 69

СОДЕРЖАНИЕ

А. ГОЛЬДБЕРГ и И. МАЗИК — Больше внимания борьбе с инфекционными заболеваниями

Теория и практика

И. СИБУЛЬ — Медицина и биология
Э. КАМА — Борьба с туберкулезом в Эстонской ССР
Р. СИЛЛА и Х. ПИХЛ — О работе Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены
Е. ЖЕЛАНДОВСКАЯ, В. УСТИНОВА, М. ЦАРИК, М. СИДОРОВ и М. РАННИТ — О клинике и лечении острой дизентерии и колиэнтерита
Е. ЧАПЛИНСКИЙ — Результаты исследования эффективности вакцинации против гриппа
Р. ОРШАНСКАЯ — Листериоз новорожденных
В. ТИЛЬГА, Л. ЛЭЭСМЕНТ и Р. ПАРИС — Листериоз животных в Эстонской ССР
Э. ТАЛЛМЕЙСТЕР и Т. РАУДСИК — Исследования микрофлоры воздуха в палатах для инфекционных больных
В. САЛУПЕРЕ — Медикаментозное лечение язвенной болезни
А. ЛИНКБЕРГ и К. ПЫДЕР — О лечении больных геморроем

Организация здравоохранения

И. МАЗИК — Новый этап работы санитарно-эпидемиологической службы

Обмен опытом и казуистика

Ю. ПАУЛЬСОН — Фотографический вспомогательный метод копирования рентгеновских фильмов
К. КЫРГЕ и У. ПОДАР — О случаях бронхиальной астмы с летальным исходом

В помощь фельдшерам и сестрам

В. САЛУПЕРЕ — Исследование секреции желудка
Л. МАУРЕР — Улучшение работы среднего медицинского персонала
О. ПИККСААР — Обязанности участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера

Санитарно-просветительная работа

О. ТАММ — Недели здоровья в гор. Тарту

Из истории медицины

М. КАСК — Х. Коппель — популяризатор медицинских знаний

Конференции и совещания

Х. КАХН — Юбилейная сессия по вопросам профессиональной гигиены в сланцевой промышленности

E. LAIGNA — Tuberkuloosiasutuste meditsiiniõdede konverents . . . 69

N. ILVES — Terapeutide seminar Tallinnas 70

E. KARU — Neuroloogide ja psühhiaatrite kongressist Dresdenis . . 70

L. KUIK — Konverents veehügieeni ja veekogude sanitaarse kaitse küsimustes 71

G. KONDRATJEVA — Viroloogide teaduslik sessioon 71

Konsultatsioone

A. KALDMA — Juriidilist nõuannet . 72

Kritika ja bibliograafia

L. PÄI — Huvitav ja kasulik raamat 73

Referaate 74

Küsimusi ja vastuseid 75

Kroonika 76

Э. ЛАЙГНА — Конференция медицинских сестер туберкулезных учреждений

Н. ИЛЬВЕС — Семинар терапевтов в Таллине

Э. КАРУ — Съезд невропатологов и психиатров в Дрездене

Л. КУЙК — Конференция по вопросам гигиены водоснабжения и санитарной охраны водоемов

Г. КОНДРАТЬЕВА — Научная сессия вирусологов

Консультации

А. КАЛДМА — Консультация по юридическим вопросам

Критика и библиография

Л. ПЯЙ — Интересная и полезная книга

Рефераты

Вопросы и ответы

Хроника

Õiendus

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1964. a. 1. numbris esinevad järgmised eksitavad trükivead:

	On trükitud	Peab olema
lk. 49 12 rida ülalt	... 3 kuni 7,5 piires;	... 3 kuni 75,5 piires;
lk. 51 tabel 5—6 rida ülalt	a) orgaanilise südamerikkega haigel...	a) orgaanilise südamerikketa haigel...
lk. 67 21 rida ülalt	... Näiteks võib 20 ml eetriaurude tagasihingamisega...	... Näiteks võib 20 ml eetrist tekkivate aurude tagasihingamisega...
22 rida ülalt	samavõrra kahjustada kui 200 ml eetriauruga...	samavõrra kahjustada kui 200 ml eetrist tekkivate aurudega...
lk. 68 12 rida alt	vastav injektor, mille kaudu saab hapnikule lisada 0—50%-list toaõhku.	vastav injektor, mille kaudu saab hapnikule lisada 0—50% toaõhku.
4 rida alt	klapp puudub, võib vastava klapiga ühendada vahelüli adapteri...	klapp puudub, võib vastava klapiga vahelüli ühendada adapteri...

	Напечатано	Должно быть
стр. 52 12—13 строка сверху	... 3 до 7,5% больных; от сахарного диабета выздоровело...	... 3 до 75,5% больных; наблюдалось улучшение у больных сахарным диабетом...
22 строка сверху	... «выздоровление»...	... «улучшение»...
30 строка сверху	... «выздоровление»...	... «улучшение»...

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

3 Mai-Juuni

7. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1964

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР

На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 21. IV 1964. Trükkimisele antud 20. V 1964. Trükiarv 4500. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 7,72. Tellimise nr. 3374. MB 03464.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

LASTE MEDITSIINILISEST TEENINDAMISEST EESTI NSV-s

A. VARES

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapediaater, teeneline arst

Laste ravi ja profülaktilise teenindamise alal on meie vabariigis märgatavat edu saavutatud. Kolme viimase aasta jooksul on Tallinnas avatud laste nakkushaigla, Kohtla-Järvel loodi voodifondi ümberprofileerimise ja väikeste osakondade ühendamise arvel 200 kohaga iseseisev lastehaigla. Pärnus, Narvas, Rakveres, Keilas, Tapal ja Valgas ning paljudes maarajoonides on uusehituste, samuti ka olemasolevate ruumide põhjaliku ümberehitamise teel avatud nõuetekohased lasteosakonnad.

Kolme viimase aasta kestel on lastearstide arv kasvanud 299-lt 375-ni. Atesteerimine näitas nende teoreetilise ja praktilise ettevalmistuse kõrget taset. Nii atesteeriti 27,9% lastearstide üldarvust, 36% neist said I või II kategooria.

Suurt tähelepanu pööratakse kaadri kvalifikatsiooni tõstmisele, mille põhiliseks vormiks on haiglas periooditi töötamine ja iseseisev töö kirjandusega. Tallinnas ja Tartus toimuvad süstemaatiliselt seminarid ning dekaadid pediaatria aktuaalsetes küsimustes, millest võtab osa rõhuv enamik meie vabariigi lastearste. Suurt tööd pediaatrite kvalifikatsiooni tõstmisel teeb Lastearstide Vabariiklik Selts ja selle filiaalid; viimaseid on käesoleval ajal 5 linnas ja rajoonis.

Pediaatritest kõneldes ei saa mööda minna ka maa-arstijaoskondades töötavatest arstidest, sest just nemad on lastehaiguste alal kõige vähema ettevalmistusega. Mainitud asjaolu viitab tarvidusele luua tingimused kõigi maa-arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate täiendamiseks rajoonihaiglate lasteosakondades. Peale selle toimuvad siin ka seminarid pediaatrias. Peab mainima, et kõige paremini on töö korraldatud Võru ja Rakvere rajoonis. Seal, kus rajoonipediaatrid tegelevad meditsiinikaadri kvalifikatsiooni tõstmisega süstemaatiliselt, on laste ravi ja profülaktiline teenindamine hästi organiseeritud, ning nendes rajoonides on ka laste suremus madal. Viimastel aastatel hoogustub ravi- ja profülaktikaasutustes ulatuslik kommunistliku töö liikumine. Praegu on sellesse lülitunud enamik lastehaiglaid, -polikliinikuid ja üldhaiglate lasteosakondi.

Laste keskmine arv ühes jaoskonnas on territoriaalsete pediaatrijaoskondade väiksemaks muutmise tõttu langenud 977-lt 1960. aastal 908-ni 1962. aastal. Vastavalt vähenes ka meditsiinilisele teenindamisele kuuluvate kuni ühe aasta vanuste imikute arv. Kõigis pediaatrijaoskondades on meil harilikult poolteist patronaažiõe ametikohta.

Polikliinilise töö tähtsaimaks lõiguks on tervete laste profülaktiline teenindamine. Lastepolikliinikutes on hakatud ulatuslikult rakendama sünnituseelset patronaaži, samuti on paranenud koostöö laste- ja naistenõuandlate ning sünnitusabiasutuste vahel. Paljudes lastepolikliinikutes on avatud kabinetid, kus antakse nõu ja õpetatakse emadele tervete laste ratsionaalset toitmist, õiget hooldamist, õigeaegset vitamiinide andmist, massaaži ja võimlemist. Suurt rõhku pannakse ka varaealiste laste karastamisele. Paremini on see töö organiseeritud Tartus ja Tallinnas

ning Kingissepa, Hiiumaa, Rakvere ja Võru rajoonis, samuti ka endises Põltsamaa rajoonis; tunduvalt halvemini aga Pärnus ja Kohtla-Järvel.

Esimestel päevadel pärast sünnitusmajast väljakirjutamist võeti 1962. a. arsti järelevalve alla 95,8% ja õe järelevalve alla 97,7% lastest. Suhteliselt häid tulemusi on sel teel saavutatud Kohtla-Järvel, Tartus, Pärnus ja Tartu ning Hiiumaa rajoonis. Järjest paraneb laste füüsiline areng. Sellest tingituna väheneb haigestumine hüpotroofiasse ja rahhiiti aasta-aastalt. Nii näiteks põdes 1962. a. kuni aasta vanustest lastest II või III astme rahhiiti 1,2% ja II või III astme hüpotroofiat ainult 0,6%.

Lastepolikliinikutes on uueks töövormiks laste eelregistreerimine ja registreerimine vastuvõtuks telefoni teel, kuni ühe aasta vanuste laste eraldi vastuvõtmine jne. Viimastel aastatel on lastele organiseeritud eriarstiabi endokrinoloogias, günekoloogias ja uroloogias, kuid kahjuks osutatakse täielikku polikliinilist abi peamiselt ainult Tallinnas.

Praegu on vabariigi raviasutustes lastele eraldatud 2668 voodikohta, neist üldhaiglates ja osakondades 1103, sealhulgas voodeid kirurgilistele haigetele 92; nakkushaiglates 715, tuberkuloosihaiglates 175, üldsanatooriumides 50 ja tuberkuloosisanatooriumides 625 voodit. Kui kodanlikus Eestis oli eraldatud lastele kõigest 40 voodikohta, siis praegu töötab meil 4 lastehaiglat 500 voodikohaga ja üldhaiglates 53 lasteosakonda 1103 voodikohaga.

Viimastel aastatel on paranenud lasteosakondade heakorrastamine ja nende varustamine aparatuuriga. Suurematel lastehaiglatel on head kliinilised, biokeemia- ja bakterioloogialaboratooriumid, mis on varustatud tänapäeva nõuetele vastavate seadmetega. Viimasel ajal on palju tähelepanu pööratud patogeneetilise ravi kaasaja meetodite juurutamisele hingamispuudulikkuse ja toksikooside puhul varajases lapseeas. Selle tulemusena on raviefektiivsus järsult tõusnud, millest annab tunnistust suremuse vähenemine haiglates. Surmapõhjustest on esikohal vastsündinute haigused (54,7%), teisel kohal hingamiselundite haigused (22,2%). Mao- ja soolestikuhaigused on kolmandal (4,76%) ja arenguanomaaliad neljandal kohal (4,56%).

Peab mainima, et suremuse edasisele vähendamisele aitab suuresti kaasa laste antenataalne kaitsmine. Samuti etendab nakkushaiguste vähendamisel ja likvideerimisel otsustavat osa profülaktiline immuniseerimine. Laste õigeaegne ja täielik hõlmamine kõigi ettenähtud profülaktiliste kaitsesüstimistega on lastepolikliiniku üks mahukamaid ja keerukamaid töölõike. Seda ülesannet pole võimalik edukalt lahendada ilma vastavate organisatsiooniliste abinõudeta. Neist kõige tähtsamaks on kaitsesüstimiskabinettide avamine lastepolikliinikutes. Vabariigis on saavutusi laste arvelevõtmise parandamise, samuti ka kaitsesüstimiste dokumentatsiooni korrastamise alal. Sellest tähtsaimaks on täielik üleminek kartoteegisüsteemile profülaktiliste kaitsesüstimiste arvestamisel ning kogu kaitsesüstimiste dokumentatsiooni koondamine lastepolikliinikutesse.

Praegu pööratakse kaitsesüstimiste kvaliteedi parandamisele erilist tähelepanu. Linnades ja töölisasulates peavad pediaatrid juba käesoleval aastal saavutama niisuguse olukorra, et kaitsesüstimisi tehtaks ainult polikliinikus, mitte aga kodus.

Võitluses nakkushaigustega on väga tähtis, et kõiki palavikuga lapsi teenindataks ainult kodus; see on eriti oluline angiini põdevate laste puhul. Nende haigete pidev jälgimine ja kestev ravimine kuni täieliku tervistumiseni on nii reuma profülaktika kui ka difteeria õigeaegse diagnoosimise seisukohalt suure tähtsusega.

Vanemaealistel lastel esinevatest haigustest on meil esikohal reuma. Laste reumakabineti kogemused Tallinnas näitavad, et rakendatud abinõude tulemusena vähenes retsidiivide arv reumahaigetel 2 korda. Järelikult on võitlus reumaga vägagi perspektiivne ja paljutõotav. Selleks

tuleb ainult kõigi meditsiinitöötajate jõupingutusi õigesti suunata. Juba käesoleval aastal avatakse reumahaigetele spetsiaalne sanatoorne internaatkool.

Eriti palju puudusi esineb maal asuvate lasteasutuste meditsiinilisel teenindamisel. Rajoonide pediaatrid ja peaarstid peavad seda arvestama ja korra loomiseks kiiresti abinõusid tarvitusele võtma. Pediaatrite üheks tähtsaimaks töölõiguks on kooliõpilaste tervise kaitsmine. Aasta-aastalt paraneb põhjalike arstlike läbivaatuste tase, millega 1962. a. hõlmati juba 96,5% õpilastest. Arstid on hakanud õpilaste kehalise kasvatuse probleemidesse tõsisemalt suhtuma, millest tingituna on kehalise kasvatuse tundidest vabastatute arv tunduvalt vähenenud. Hästi on korraldatud kooliõpilaste meditsiiniline teenindamine Tartus. Siin rakendatakse mitmeid uusi töövorme õpilaste hügieenialasel kasvatamisel. Selle kõrval ei rahulda meid praegune õpilaste meditsiiniline teenindamine veel täielikult. Paljud kooliarsti ametikohad on komplekteeritud kohakaasluse alusel töötavate arstidega. Et aga kooliarsti töö spetsiifika nõuab spetsiaalset ettevalmistust, siis tuleb tervishoiuorganeil lähemate aastate jooksul komplekteerida kõik kooliarsti ametikohad noorte arstidega ning neid selleks tööks seminaridel ja täienduskursustel ette valmistada.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ДЕТЕЙ В ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Варес

Резюме

По лечебному и профилактическому обслуживанию детей в нашей республике достигнуты значительные успехи. В течение трех последних лет в Таллине открыта детская инфекционная больница, в Кохтла-Ярве за счет перепрофилирования коечного фонда и объединения небольших отделений, открыта самостоятельная детская больница на 200 коек. В Пярну, Нарве, Раквере, Кейла, Тапа и Валга, а также во многих сельских районах путем нового строительства и перестройки уже имевшихся помещений созданы отвечающие требованиям детские отделения больниц. За три последние года количество педиатров в республике увеличилось с 299 до 375. Аттестация педиатров показала высокий уровень их теоретической и практической подготовки. Аттестацию прошли 27,9% всех педиатров, 36% из прошедших аттестацию была присвоена I или II категория.

В результате уменьшения территориальных педиатрических участков среднее число детей в одном участке уменьшилось с 977 (в 1960 г.) на 908 (в 1962 г.). Во многих детских поликлиниках организованы кабинеты по воспитанию здоровых детей, где матерей обучают рациональному питанию детей и своевременному уходу за ними (витаминизирование пищи, массаж и гимнастика). Большое внимание уделяется закаливанию детей раннего возраста. Эта работа хорошо организована в Тарту, Таллине, Кингисепском, Хиумааском, Раквереском и Выруском районах, а также в бывшем Пыльтсамааском районе; неудовлетворительно в Пярну и Кохтла-Ярве.

В настоящее время в лечебных учреждениях республики имеются 2668 педиатрических коек. Детские отделения оснащены современной медицинской аппаратурой. В больших детских больницах имеются клинические, биохимические и бактериологические лаборатории, оснащенные современным требованиям.

Одним из самых значительных и сложных разделов работы детской поликлиники является своевременный и полный охват детей всеми профилактическими прививками. На улучшение качества прививок в настоящее время обращается особое внимание.

Одной из главных задач педиатра является защита здоровья школьников. В этом разделе работы достигнуты определенные успехи, но несмотря на это состояние медицинского обслуживания школьников не может еще нас полностью удовлетворить. Многие должности школьных врачей укомплектованы врачами, работающими по совместительству. Органы здравоохранения в ближайшие годы должны укомплектовать все должности школьных врачей молодыми врачами и провести их подготовку на соответствующих семинарах и курсах.

LASTE VAIMSE JA KEHALISE PUUDULIKKUSE PÕHJUSTEST NING NENDE VÄLTIMISE VÕIMALUSTEST

I. MUUGA, H. HEINMAA, E. KALEVA, E. KUBJAS ja *T. VAASNA*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, kateedri juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Laste teenindamise eesmärgiks on võitlus nende madala suremuse ja terve põlvkonna eest. Käesolevas töös püütakse välja selgitada defektiivsuse põhjusi Tartus elunevate 7—14-aastaste laste hulgas (sündinud 1947.—1953. a.).

Puudulikult arenenuks pidasime lapsi, kes vaimsete või kehaliste häirete tõttu ei saanud harilikus koolis õppida või kelle elukutse valik oli tervise tõttu piiratud. Andmed nende kohta saadi Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas säilitatud haiguslugudest ja polikliinikus olevatest arengulugudest, samuti kooliõpilaste individuaalkaartidelt ja Tartu Psühhoneuroloogia Dispanserist ambulatoorsetelt kaartidelt. Kui kahjustused ilmnesid juba sünnist alates, siis uuriti ka sünnituslugusid, mis saadi Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja arhiivist. Peale selle korraldati puudulikkuse põhjuste väljaselgitamiseks kõigi laste läbivaatus ja emade küsitlemine.

Uurimisel selgus, et defektiivseid lapsi oli 93, neist 45%-l oli puudulikkus kujunenud antenataalsel, 12%-l intranataalsel ja 43%-l postnataalsel perioodil. Neist kõigist moodustasid vaimse mahajäämusega lapsed 54% (50 juhtu). See oli peamiselt tingitud oligofreeniast, mis oli tekkinud enne sünnitust, sünnituse ajal või põetud haiguste tagajärjel (entsefaliit, meningiit, koljutrauma jt.).

Füüsilise defektiivsusega lapsed moodustasid 41% (38 juhtu) uurituist. Neil esinesid südamerike, komppöid, polütsüstiline neer, mõlemapoolne aniriidia, jäsemete halvatus, Little'i tõbi, tuberkuloosne spondüliit, koksiit, langetõbi, suhkurtõbi ja Botkini tõve järgne maksatsirroos. 5%-l uurituist (5 juhtu) diagnoositi nii vaimset kui ka füüsilist puudulikkust, kuid seda täheldati poeglastel sagedamini (60%) kui tütarlastel (40%). Väärib mainimist, et eriti märgatav oli sooline erinevus antenataalsel perioodil ja sünni ajal kujunenud puudulikkusega lastel.

Kirjanduse andmed viitavad kaasasündinud puudulikkusega laste arvu suurenemisele [G. Speranski (15)], seda eriti südame ja vereringe defektiivsuse osas [V. Badmajeva (4) ja L. Bolhovitinova (9)]. Loodet kahjustab kõige sagedamini mingi nakkushaiguse põdemine raseduse ajal. On kindlaks tehtud punetiste, tuulerõugete, leetrite, gripi, epideemilise parotiidi ja hepatiidi, poliomüeliidi, Coxsackie ja herpese viiruste väärarenguid põhjustav toime [G. Flamm (17), H. Kirchmair (18), G. Speranski (15) jt.]. Tuleb märkida, et viimasel ajal väärib selles suhtes tähelepanu ka toksoplasmoos [D. Zasuhhin (12), G. Speranski (15), J. Oehme (19), G. Golovatskaja (11), G. Kirkevitš (14), G. Flamm (17) jt.].

Iga ebaõnnestunud abordikatse [A. Belkina (6) ja G. Speranski (15)] ja ka keemilised rasestumisvastased ained [G. Speranski (15) jt.] võivad samuti väärarenguid esile kutsuda. Hiirtega tehtud katsete põhjal järel-

dati, et loote aju on eriti tundlik kiniini suhtes, mistõttu võivad aju väärarengud tekkida [A. Belkina (6)]. On täheldatud ka sisenõristusnäärmete väärtalitluse mõju lootele, eriti aga türeotoksikoosi, suhkurtõveeelse seisundi ja suhkurtõve puhul [J. Barašnev (5), V. Bodjažina (8) ja H. Kirchmair (18)]. Tuntud on samuti loote kahjustumine raseda ülekuumenemise, rasedustoksikoosi ja hüpokseemilise seisundi korral. Viimasel ajal on palju uuritud ioniseeriva kiirguse toimet inimorganismisse. On leitud, et nii sugurakkude kui ka areneva loote kiiritamine isegi väikestes annustes võib mitmesuguseid väärarenguid põhjustada [P. Aleksander (2), Š. Auerbach (3) ja G. Speranski (15)].

Tabel 1

Kaasasündinud puudulikkuse põhjused

Diagnoos	Pärilikkus	Kahjustused raseduse ajal					Etioloogiline tegur teadmata
		abordikatse	trauma	palavik	türeotoksikoos	rasedustoksikoos	
Oligofreenia	9	2	6	1	—	6	5
Kaasasündinud südamerike	—	—	1	1	—	—	5
Downi tõbi	—	—	—	—	1	—	5
Meningomüelotseele koos jalgade halvatusega	—	—	—	—	—	—	1
Polütsüstiline neer	—	—	—	—	—	—	1
Mõlemapoolne aniriidia	—	—	—	—	—	—	1
Komppöid	—	—	1	—	—	—	—
	9	2	8	2	1	6	16

Tabelis 1 on esitatud kaasasündinud puudulikkuse tekkimise põhjused meie poolt uuritud lastel. Üheksa oligofreeniaga lapse puhul oli tõenäoliselt tegemist päriliku kahjustusega: kuuel oli üks vanemaist ja kolmel mõlemad vanemad debiilsed. 17 juhul ilmnes selline rasedusaegne kahjustus, mis võis olla haigusliku seisundi põhjuseks; neist kahel juhul olid emad teinud ebaõnnestunud abordikatse. Ema trauma võeti arvesse ainult siis, kui see kutsus esile verejooksu või enneaegse sünnituse. Selliseid kahjustusi leiti 8 uuritaval.

Palavik tekkis raseduse ajal kahel rasedal. Ühel neist oli pikaajaline palavikuline seisund (laps on 7-aastane, kuid oligofreenik, kes vajab alalist järelevalvet). Teisel juhul haigestus ema esimesel raseduskuul ägedasse gripitaolisse haigusse (lapsel on kaasasündinud südamerike).

Hormonaalsetest häiretest esines ühel juhul raskekujuline, ravile halvasti alluv türeotoksikoos. Laps põdes Downi tõbe. Rasedustoksikoosi täheldati 6 juhul, kusjuures pooltel raseduse esimesel poolel, pooltel kogu raseduse ajal. 4 oligofreeniaga lapse isad olid kroonilised alkohoolikud. Neil juhtudel võisid ka spermatosoidid alkoholi toimel kahjustuda. Oligofreeniaga laste hulgas oli 2 last, kellel üks vanemaist oli 10—15 a. tagasi süüfilist põdenud. Lastel kaasasündinud süüfilise tunnuseid ei sedastatud. Ülejäänud laste emadel olid uuringud süüfilise suhtes negatiivsed. 16 uuritud lapsel puudulikkuse põhjused ei selgunud. 12%-l juhtudest oli selle tõenäoliseks põhjuseks sünnitustrauma, mida tekitasid või soodustasid loote väärseis, asfüksia, tangisünnitus pärast 40—60 tundi kestnud sünnitustegevust. Tuleb järeldada, et antenataalne ja intrana-

taalne kahjustus võivad esineda sageli samaaegselt. Väärarenguga või üsasiseselt kahjustatud lapse vastupanuvõime on langenud, mistõttu toimub kergemini tema vigastamine sünnituse ajal. Eriliseks eelsoodumuseks sünnitusel peetakse rasedustoksikoosist tingitud loote kahjustust [G. Flamm (17), K. Znamenatšek (13) ja S. Adintsova (1)]. Sünnituse ajal tekkinud puudulikkusega lastel sedastati hiljem raskeid häireid motoorikas ja intellektis. Peale selle esinesid mitmel krambid, kõõrsilmsus, kuulmise ja nägemise nõrgenemine ning näonärvi halvatus. Kõigil ilmnes mahajäämus kõne arengus väiksemal või suuremal määral.

Postnataalsel perioodil arenenud puudulikkus esines 40 lapsel. Selle põhjuseks oli kõige sagedamini (9 juhul) reuma, mille puhul oli välja kujunenud reumaatiline südamerike. Sageduselt teisel kohal (7 juhtu) oli entsefaliit, mille tagajärjel tekkis oligofreenia. Tuberkuloos põhjustas puudulikkuse 6 lapsel: kolmel juhul diagnoositi tuberkuloosset koksiiti, ühel spondüliiti, ühel meningo-entsefaliiti ja ühel juhul keratokonjunktiviiti. Harvem täheldati kolju mehaanilist traumat (5 juhtu). Mädane meningiit oli puudulikkuse esilekutsujaks 4 juhul, poliomüeliit 2, suhkurtõbi 2, epilepsia 2, epideemiline hepatiit 1 juhul. Läkaköhajärgset entsefalopaatiat leiti 1 lapsel. Ühel juhul jäi laps nõrgamõistuslikuks diagnoosimata nakkushaiguse tagajärjel.

Kokku võttes võib öelda, et postnataalsel perioodil arenenud defektiivsust põhjustasid kõige sagedamini peamiselt väikelapseeas põetud nakkushaigused (entsefaliit, tuberkuloos ja poliomüeliit). Vaimne defektiivsus tekkis enamasti esimestel eluaastatel (koljutrauma, entsefaliidi ja mädase meningiidi tagajärjel), sest sel ajal on närvisüsteem väga kergesti kahjustatav. Üksikjuhtude analüüsist selgub, et 45%-l oli postnataalsel perioodil kujunenud defektiivsus tingitud vanemate madalast teadlikkusest: õigel ajal ei pöördutud arsti poole või ei rakendatud määratud ravi. Õigeaegselt alustatud ravi jäi tulemusteta 40%-l juhtudest (reuma ja entsefaliidijuhud). Ravi hilines 5%-l juhtudest ebaõige diagnoosi tõttu. Ülejäänud 4 lapse kohta (10%) olid andmed puudulikud, mis ei võimaldanud meditsiinilise teenindamise kvaliteeti hinnata.

Defektiivsuse profülaktikaga tuleb alustada juba enne rasestumist. Naine peab oma tervise seisundit igakülgselt kontrollima ja vajaduse korral end korralikult ravima. Laialdasem sanitaarselgitustöö on tarvilik selleks, et ema oleks teadlik kõigist võimalikest loodet kahjustada võivatest teguritest. Senisest rohkem tuleb tähelepanu pöörata tervise eest hoolitsemisele juba raseduse esimestel kuudel. Kolme esimese raseduskuu vältel on tarvis hoiduda röntgenoloogilisest uurimisest. Raseduse ajal peab võimalikult vältima viirusnakkusi. Oluline on naistenõuandla töö intensiivistamine rasedustoksikooside ja enneaegsete sünnituste vähendamiseks. Akušöör-günekoloogidel tuleb rohkem mõelda lapse tervisele. A. Tur (16) soovitab sünnituse parema juhtimise võimalused veelkordselt läbi vaadata, eriti sünnitustegevuse kestuse ja kirurgiliste meetodite alal, et intrauteriinselt tervena arenenud laps ei kahjustuks sünnituse ajal.

Elupuhuselt kujunenud defektiivsuse vältimiseks on mitmeid võimalusi. Seoses arstiteaduse edusammude ja meditsiinilise teenindamise parandamisega ei ole viimaste aastate jooksul lastel Tartus tuberkuloosi ega poliomüeliidi tagajärjel defektiivsust enam tekkinud.

Edaspidi on tarvis tõsta vanemate teadlikkust traumade vältimiseks. Vanematele tuleb rohkem selgitada niisuguste nakkushaiguste profülaktika küsimusi, mille vastu praegu veel efektiivseid kaitsepookimisi ei tunta (epideemiline hepatiit jt.). Arstid peavad rohkem tähelepanu pöörama mädase meningiidi varajasele diagnoosimisele, eriti imikueas. Ka reumat põdevate haigete pideva dispanseerimisega on võimalik selle tagajärjel tekkivat defektiivsust vähendada.

KIRJANDUS

1. Адинцова С. А. Материалы к вопросу о внутренних кровоизлияниях новорожденных. Автореф. канд. мед. наук. Ташкент, 1958. — 2. Александер П. Ядерное излучение и жизнь. М., 1959. — 3. Ауэрбах Ш. Генетика в атомном веке. М., 1957. — 4. Бадмаева В. В. Архив патологии, 1960, 7, 33. — 5. Барашнев Ю. И. в кн. Б. Н. Клосовского. Проблема развития мозга и влияние на него ядерных факторов. М., 156—160. — 6. Белкина А. П. Там же, 167—173. — 7. Белкина А. П. Архив патологии, 1958, 12, 64—69. — 8. Бодяжина В. И. Педиатрия, 1956, 5, 3—7. — 9. Болховитинова Л. М. Педиатрия, 1961, 11, 17—21. — 10. Вильдфюр Г. Педиатрия, 1957, 8, 12—13. — 11. Головацкая Г. И. Педиатрия, 1959, 10, 3—9. — 12. Засухин Д. Н. Токсоплазмоз. М., 1956. — 13. Знаменачек К. Педиатрия, 1961, 3, 17—22. — 14. Киркевич Г. С. Педиатрия, 1958, 11, 60—61. — 15. Сперанский Г. Н. Педиатрия, 1959, 3, 3—8. — 16. Тур А. Ф. Педиатрия, 1960, 10, 2. — 17. Фламм Г. Пренатальная инфекция человека. Перевод с нем. М., 1962. — 18. Kirchmair, H. Aktuelle diagnostische und therapeutische Fragen der Pediatrie, Berlin, 1959. — 19. Oehme, J. Kinderärztliche Praxis, 1961, 11, 488—497.

О ПРИЧИНАХ ПСИХИЧЕСКОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ЕЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

И. Мууга, Х. Хейнмаа, Э. Калева, Э. Кубьяс, Т. Ваасна

Резюме

Задачей настоящей работы является выявить причины психической и физической неполноценности детей в возрасте от 7 до 14 лет (1947—1953 гг. рожд.) в городе Тарту и на основании данных анализа изучить возможности предупреждения ее.

Было взято на учет 93 ребенка с психическими и физическими дефектами, причем в 45% случаев неполноценность была вызвана антенатально, в 12% интра- и в 43% постнатально.

Выявление причин антенатальной неполноценности происходило путем опроса матерей. Предполагаемых причин выявлено 28 из 42. Из них наследственный фактор (9 случаев), травма матери (8 случаев), токсикоз беременности (6 случаев), употребление абортивных средств (2 случая), лихорадочное состояние (2 случая), тиреотоксикоз (1 случай).

Причиной или способствующим фактором травмы было патологическое течение родов: неправильное положение ребенка, слишком длительное течение родов, наложение щипцов.

Причинами прижизненно возникшей инвалидности были ревматизм (9 случаев), энцефалит (7 случаев), туберкулез (6 случаев), реже механическая травма черепа, полиомиелит, гнойный менингит и др. При анализе выявлено, что причиной 45% прижизненной инвалидности было позднее обращение к врачу.

Для предупреждения врожденных аномалий необходимо проводить разъяснительную работу среди населения о причинах, вызывающих нарушение развития плода. Улучшением медицинского обслуживания возможно уменьшить детскую инвалидность, возникшую из-за родовой травмы и заболеваний в постнатальном периоде.

KATASTROOFILISTEST SEISUNDITEST IMIKUTEL KOPSUPÕLETIKU PÕDEMISE ESIMESTEL PÄEVADEL

L. KERES

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, kateedri juhataja dotsent *L. Kerès*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Lapse esimestel eluaastatel on mitmete haiguste kulu iseärasuseks tavalisest sagedam katastroofiline seisund ja sellele järgnev äkksurm. Viimast esilekutsuvaid haigusi uurisid lahangumaterjalide põhjal 167 lapsel (neist 150 olid imikud) W. Wöckel ja W. Raue (10). Nad tegid kindlaks, et kopsupõletik oli surma põhjuseks 21-l ja hingamisteede katarr 7 juhul. K. Bowdeni (6) andmeil suri hingamiselundite nakkuste tagajärjel 232-st kuni 4 aasta vanusest lapsest 190. Esimesel kolmel haigus-

päeval surnud kuni 4 aasta vanuste laste surmapõhjuste hulgas oli kopsupõletikku haigestumine Tartu linnas aastail 1952—1961 T. Endreksoni ja V. Edula järgi * sageduselt teisel kohal.

Esimestel haiguspäevadel surnud kopsupõletikuga haigeil ei leidunud kopsus sellist laialdast põletikku, mis võimaldaks surma tekkimist seletada hingamispinna ulatusliku vähenemisega.

Juht 1. Andrei S., 2 kuud vana. Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla polikliinilise osakonna arenemislugu nr. 1141, 1960. a. Sünnikaal oli 3350 g. Esimesel elukuul oli põdenud stafülodermiat. Haigestus 2 kuu vanuselt. 18. II 1961. a. lõuna ajal oli palavik 38,2°, mis õhtuks tõusis 38,9°-ni. Laps oli tavalisest loium ja imes rinda halvasti. Kutsuti Tartu Rajooni Kiirabijaama arst, kes diagnoosis hingamisteede ägedat katarri ning määras raviks püramidooni ja penitsilliini. Öösel oli laps väga rahutu, mistõttu teda kanti kogu aeg kätel. 19. II 1961. a. kell kuus hommikul muutus seisund eriti halvaks: hingamine raskenes ja kiirenes. Jälle kutsuti kiirabiarst, kes diagnoosis kopsupõletikku ja rakendas kohe hapnikuravi. Seejärel transporditi laps Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse. Sinna saabus ta agoonias kell 06.30 ja suri 5 minuti pärast.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos (Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuri protokoll nr. 58, 1961. a., H. Reek): *Bronchopneumonia bilateralis. Enterocolitis catarrhalis. Otitis media catarrhalis sin.*

Kopsud komplemisel vetruvad. Lõikepind roosakaspunane ja vererohke. Kopsukude õhku sisaldav. Kopsukoe suuremad tükid ujuvad vees, kuid ainult üksikud 0,2 sm läbimõõduga tükid vajuvad põhja. Soole limaskest kahkjasroosa, Peyeri naastud kergelt punetavad. Vasakus kõrvakoopas leidub limajat läbipaistvat sisaldist. Aju pastoosne. Pleurade all, perikardil, südame sisekestal, mao ja soolte limaskestal ning kõhukelmel täppverevalumeid.

Kirjeldatud juhul suri laps juba esimesel haiguspäeval, kusjuures põletikust oli haaratud ainult tühine osa kopsukoest. Sellistel juhtudel on surma põhjuseks neuro- ehk hüpermotiilne toksikoos. See on imiku organismi mittespetsiifiline, äärmiselt tormiline reageerimine mikroorganismide invasioonile kopsupõletiku, hingamisteede viirusnakkuste, soolenakkuste, entsefaliidi, sepsise jt. haiguste puhul [P. Gegesi Kiss (2), E. Poláček (8), J. Veltištšev (1), B. Raška (4) jt.]. Haigusetekitajate toksiinid ja kudede kahjustumisel vabanenud ained toimivad ajusse, eriti selle vegetatiivsetesse keskustesse, mistõttu kahjustub neuroreflektoorne talitlus. Neil asjaoludel tekib veresoonte laialdane ahenemine, ja kudede hüpokseemia olukorras vabanevad nendest veresoonte ning rakukestade permeaablust suurendavad ained. Ajuturse tõttu koljusisene rõhk tõuseb ja aju verevarustus halveneb. Eluliselt tähtsate keskuste kahjustuse tagajärjel kujunevad rasked vereringe- ja hingamishäired, mis võivad põhjustada surma. Viimase teket kiirendavad hüpertermia, krambid ja soolepareesi nähud.

A. Tšeburkini ja R. Gromova (5) andmeil esinesid neurotoksikoosinähtudega surnud laste patoloogilis-anatoomilisel uurimisel ajuturse, staas aju kapillaarides, ajurakkude degeneratiivsed muutused ja sageli ka diapedeesi teel kujunenud perivaskulaarsed verevalumid. Siseelundites olid turse, hüpereemia ja mõõdukad düstroofilised muutused; mao limaskestal ja pleural leiti täppverevalumeid. Ka eespool kirjeldatud haigusjuhul täheldati selliseid leide.

Neurotoksikoosi kliiniliseks avalduseks on ajutursest ja koljusisese rõhu tõusust tingitud nähud (teadvushäired, ajukelmete ärritusnähud, suure lõgeme väljakummumine, krambid, nüstagm, treemor, oksendamine, liigsoojumus jt.) ning neuroregulatsiooni kahjustumisest tulenenud siseelundite talitluse häired (tahhükardia, tahhüpnoe, soolepārees jt.). Kõige sagedamini sureb lapsi südame- ja vereringehäirete tagajärjel. Tahhükardia võib esile kutsuda P. Gegesi-Kissi (7) poolt kirjeldatud ägeda koronaarvereringe funktsionaalse puudulikkuse, mille tõttu lapse seisund muutub üliraskeks juba haiguse esimese 24 tunni kestel. Sellele võib

* Käsikiri, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateeder.

järgneda südame ja vereringe puudulikkus, sest tahhükardia põhjustab müokardi hüpoksiat. Samuti võib primaarse vasomotoorse süsteemi paralüüsi tagajärjel tekkida ka kollaps.

Neurotoksikoosi eri variandiks on hüperventilatsiooni toksikoosi sündroom. Sel puhul muutub lapse seisund hingamishäirete tõttu raskeks. Hüperventilatsiooni põhjuseks on kas hingamiskeskuse reflektoorse erutatuse tõus või temperatuuri reguleerimise häirest tingitud liigsoojumus. Hingamise minutimaht suureneb mitmekordselt, mistõttu organism kaotab ülemäära süsihappegaasi; hüperkapnia kutsub esile respiratoorse alkaloosi ning kollapsi ja hemoglobiini dissotsiatsiooni halvenemise. Alkaloosi puhul väheneb kaltsiumi ionisatsioon ja võivad tekkida krambid. Hüperventilatsiooni sündroom esines üliraskel kujul alljärgnevalt kirjeldatud 1 kuu vanusel lapsel.

Juht 2. Ingrid V., 1 kuu vana. Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla haiguslugu nr. 481, 1963. a. Sünnikaal oli 3750 g. Juba esimestest elupäevadest alates on segatoidul. Haigestus 32. elupäeval. 16. IV 1963. a. õhtul oli haige kuum ja tavalisest virilam. Teisel haiguspäeval tundus, et lapsel on palavik (ei kraaditud). Tal puudus söögiisu ja oksendas (2 korda). 18. IV 1963. a. hommikul tekkisid tugev hingeldus ja kloonilised krambid. Kohalikus jaoskonnahaiglas anti aspiriini ja hapnikku ning süstiti penitsilliini ja streptomütsiini.

18. IV 1963. a. kell 12.00 toodi laps Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse teadvuseta seisundis. Silmaavad ei reageeri valgusele, kornead kuivad, kehatemperatuur 40,5°, koera lõõtsutamist meenutav pindmine hingamine 120 korda minutis (!), tsüanoos ja toonilised krambid lühikeste klooniliste tõmblustega.

Kohe süstiti lihasesse 0,5 ml 0,5%-list aminasiini (seega 0,64 mg/kg), kraaniveega tehti korduvalt jahutavaid üldmähiseid ja jahedaid klistiire; sissehingamiseks anti pidevalt 40%-list niisutatud hapnikku. Järgnevalt süstiti lihasesse 0,05 ml 0,05%-list strofantiini koos 1 ml 1%-lise novokaiinilahusega, 0,01 g kortisooni, 60 000 TÜ penitsilliini, 30 000 TÜ streptomütsiini ja 3 ml gammaglobuliini.

10 minuti kestel langes temperatuur 36,4°-ni. Hingamissagedus 88 ja pulsisagedus 150 korda minutis. Arteriaalne rõhk 60/30 mm Hg. Kapillaarse vere süsihappegaasisisaldus liigsoojumuse ajal van Slyke'i manomeetrilise määramise järgi 26 vol.% (norm 40—45 vol.%).

Lapsel diagnoositi viirusliku päritoluga bilateraalset väikesekoldelist kopsupõletikku, enterokoliiti ja entsefaliiti. Ravil viibis ta 33 päeva. Lahkumisel ilmnes mahajäämus neuropsüühilises arengus, kuid üldiselt oli laps tervistunud.

Kui analüüsida Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse üliraskes seisundis suunatud kopsupõletikuga imikute teenindamist enne haiglasse toimetamist, siis selgub, et osal juhtudest olid vanemad arsti poole liiga hilja pöördunud, osal aga alahindas arst esimesel külastusel haiguse ohtlikkust. Kui alla 6 kuu vanusel lapsel tekivad hingamisteede viirusnakkuse või tugeva bronhiidi nähud, siis on tõenäoline oletada kopsupõletikku, mille puhul võib katastroofiline seisund kiiresti areneda. Seetõttu tuleb ravi määrata juba enne haiguse väljakujunemist. Peale selle peab vanematelt nõudma, et nad kraadiksid haigestunud lapsi iga 3—4 tunni järel; neile tuleb õpetada kõrge palaviku (üle 39,0°) ärahoidmist. Samuti on tarvis vanemaid tutvustada hingamissageduse lugemise ja lapse seisundi hindamisega. Kui imik muutub väga rahutuks või loiuks, ta hingamine lõõtsutavaks või sagedasemaks kui 60 korda minutis, nahavärvus sinakashalliks või erakordselt kahvatuks, on tarvis arst uuesti koju kutsuda või laps haiglasse toimetada. Peab märkima, et mõned maal töötavad arstid ei pööra nõutavat tähelepanu lapse hingamissageduse, -rütmi ja selle iseloomu määramisele; isegi raske kopsupõletikuga imikute saatelehtedel ei ole alati andmeid lapse hingamissageduse muutustest haiguse ajal.

Neurotoksikoosiga haige kiireloomulisel abistamisel etendavad tähtsat osa gangliopleegilised ained [J. Veltištšev (1), B. Raška (4), A. Dobrogajeva ja E. Ljubošits (3), P. Véghelyi (9) jt.] Need vähendavad neuroregulatsiooni kahjustuste tagajärjel kujunenud hingamise ja südametegevuse ülemäärast sagedust, liigsoojumust ja krampe, mille tõttu katastroofiline seisund just tekibki.

Neurotoksikoosinähtude ilmnemisel on tarvis lihasesse otsekohe süstida 0,5—1,0 mg aminasiini kehakaalu kg kohta. B. Raška (4) peab väljakujunenud liigsoojumuse sündroomi puhul vajalikuks süstida lapsele aminasiini juba kodus juhul, kui haige toimetamiseks haiglasse kulub üle poole tunni.

Kehatemperatuuri kõrgenemisel üle 39° tuleb kas jahutavat mähist kasutada või last katmatult hoida, jahutades seejuures nahka etüülalkoholiga. Kui tekivad külmavärinad, siis peab selle protseduuri ajutiselt katkestama ja aminasiini toime ära ootama. Vastasel korral pingutatakse vasturegulatsioonimehhanismid üle, mille tagajärjel kujunevad neerupealise kurnatus ja glükogeeni vähenemine maksas. Kui palavik ei vähene, võib aminasiini eespool mainitud annuses 20 minuti pärast veel teist korda süstida.

Neurotoksikoosi puhul esineva ajuturse vähendamiseks süstitakse veeni 20—40%-list glükoosilahust arvestusega 0,5 g glükoosi kehakaalu kg kohta, vereplasmat 3 ml/kg, askorbiinhapet 100—250 mg ja B_1-vitamiini 10—20 mg. Olgu mainitud, et liigsoojumuse korral süstitavad lahused peavad olema võimalikult jahedad. Lapsele antakse pidevalt hingata 40%-list niisutatud hapnikku. Põletikuprotsessi pidurdamiseks, kapillaaride läbitavuse ja organismi ülitundlikkuse vähendamiseks ning kortikosteroidide defitsiitsuse kõrvaldamiseks süstitakse lihasesse kortisooni esimese annusena 2 mg/kg. Hüperventilatsiooni sündroomi ilmnemisel on tarvis lihasesse süstida 1—2 ml kaltsiumglükonaadi 10%-list lahust alkaloosi puhul võimalike krampide vältimiseks. Lihasesse tuleb süstida ka 5—10 mg B_6-vitamiini, 5—20 μg B_{12}-vitamiini ja 0,1—0,3 ml rutamiini.

Tugeva tahhükardia puhul on adrenaliini toimega ravimite kasutamine vastunäidustatud, sest need halvendavad koronaarvereringet veelgi, süvendades sellega müokardi hüpoksiat. P. Gegesi-Kiss (2) peab neurotoksikoosi ravimisel strofantiini süstimist hädavajalikuks.

Kopsupõletiku põhjuslikuks raviks on tarvis haigele kohe anda kaht antibakteriaalset ravimit, millest üks peab olema laia toimespektriga. Kui 1—2 nädalat enne imiku haigestumist põdes mõni perekonnaliikmeist samasugust viirusnakkust, tuleb immunohemoteraapiaks lapsele lihasesse süstida 10—20 ml haigust varem põdenu verd. Sellise passiivse immuniseerimisega paraneb haige seisund sageli järsku. Kui imiku nakataja on teadmata, siis süstitakse 0,5—1,0 ml/kg gammaglobuliini.

Kui nina- ja neeluruumis on tavalisest rohkemal määral lima, tuleb korduvate farüngeaalsete aspiratsioonidega alustada juba kodus või haiglasse toimetamise ajal. Seda on lihtne teha süstlaga või balloonsüstlaga, mille otsa on pandud peenike maosondi otsik või lihtsalt tükike pehmet kummivoolikut. Protseduuri ajal peab haige pea ja ülakeha asetsema rindkerest veidi madalamal, et neeluruumis tekkiv lima ei valguks kõrisse.

Neurotoksikoosiga haiget tuleb pidevalt jälgida: iga 5—15 minuti pärast mõõta ihusoojust, hingamise ja pulsi sagedust ning vererõhku. Haigestumise algul on arteriaalne rõhk kõrgenenud, mistõttu vedeliku rohke manustamine ja veresooni ahendavate ravimite kasutamine on vastunäidustatud, sest sel puhul võib ajuturse suureneda. Kui arteriaalne rõhk langeb, siis tuleb ringleva vere hulga suurendamiseks instilleerida vereplasmat, polüglükiini, peristooni või muid verd asendavaid lahuseid kuni arteriaalse rõhu peaaegu normaalseks muutumiseni. Liigsoojumuse ja hüperventilatsiooni sündroomi puhul kaotab laps kopsude kaudu palju vett, mille tagajärjel tekib veres hüperelektrolüteemia. Seetõttu tuleb instillatsioonilahusena kasutada segu, mis koosneb 3 osast 5%-lisest glükoosilahusest ja 1 osast Ringeri lahusest.

Neurotoksikoosinähtudega haige transportimisel peab vältima liigsoojumust, mille puhul higistamise rohkenemise ja hingamise kiirene-

mise tõttu veetustumine veelgi suureneb, samuti süveneb alkaloos ja on soodustatud krampide teke.

Tegelikus elus peab imikut raviv arst ette nägema katastroofilise seisundi kujunemise võimalusi ja õigeaegse ning komplekssе raviga tegema kõik selle vältimiseks.

KIRJANDUS

1. Вельтищев Ю. Е. Педиатрия, 1960, 7, 65—69. — 2. Гегеши Кишш Р. Педиатрия, 1959, 3, 8—15. — 3. Доброгаева А. Ф., Любошиц Э. С. Восьмой всесоюзный съезд детских врачей. М., 1962, 37. — 4. Рашка Б. Педиатрия, 1961, 11, 43 — 45. — 5. Чебуркин А. В., Громова Р. В. Педиатрия, 1962, 5, 70—75. — 6. Bowden, K. M. ref. W. Gaisford, R. Lightwood, Pediatrics, 1953, vol. I, 379. — 7. Gegesi Kiss, P., Szutrély, Gy. Herz- und Kreislaufstörungen im Säuglings- und Kindesalter. Budapest, 1960. — 8. Poláček, E. Rehydratation bei Kindern, Berlin, 1959. — 9. Véghelyi, P. V. J. Pediatr. 1962, Vol. 60, 1, 122—138. — 10. Wöckel, W., Raue, W. Kinderärztl. Praxis, 1961, 7, 291—304.

О КАТАСТРОФИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ПЕРВЫЕ ДНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Л. Керес

Резюме

Из причин внезапной смерти грудных детей пневмония занимает по частоте второе место. У детей, умерших в первые 3 дня заболевания пневмонией, воспалительный процесс в легких не столь обширен, чтобы можно было бы объяснить смерть ребенка уменьшением респираторной площади. Причиной смерти часто бывает невротоксикоз.

Для предупреждения развития катастрофических состояний в первые дни заболевания грудных детей следует начинать лечение пневмонии по возможности раньше. В тяжелых случаях следует применять комбинированное антибактериальное лечение, иммуногемотерапию или гаммаглобулин (0,5—1,0 мл на кг веса ребенка) или переливание плазмы крови.

При начинающемся невротоксикозе следует немедленно применить аминазин с целью понизить рефлекторную реактивность. При тахикардии адреналин противопоказан из-за его ухудшающего действия на коронарное кровообращение. При катастрофическом состоянии следует назначать кислород, глюкозу, витамины С и B_1 и кортизон. Участковый врач должен помнить, что у детей до 6-ти месяцев в первые дни заболевания пневмонией тяжелые явления невротоксикоза могут проявиться внезапно. При первом посещении больного ребенка врач должен объяснить матери основные признаки, указывающие на ухудшение состояния больного, и как определить частоту дыхания.

SAAVUTUSI JA PERSPEKTIIVE LASTE SUREMISE VÄHENDAMISEL TARTUS

E. RATNIK

(Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Käesolevas töös analüüsitakse laste surmapõhjusi Tartus viimase 10 aasta kestel (1952.—1961. a.). Vaadeldava 10 aasta jooksul on imikute suremus Tartu linnas langenud 2 korda, eriti intensiivselt (3 korda) pärast sünnitusmajast lahkumist; vastsündinute suremus sünnitusmajas aga püsib peaaegu endisel tasemel.

Suremise vähendamise edaspidiste võimaluste väljaselgitamiseks analüüsiti surmajuhte nende välditavuse järgi, kusjuures need jaotati vältimatuteks ja välditavateks. Vältimatuks peeti surma siis, kui laps põdes haigust, mille edukat ravi ega profülaktikat ei tunta (leukoosid, aplastiline

aneemia, lümfogranulomatoos, pahaloomulised kasvajad ja rasked väärarengud). Analüüsides imikute suremist pärast sünnitusmajast lahkumist selgus, et vältimatuid surmajuhte esines neil ainult 10,3% (vt. tabel). Siia kuuluvad raskete väärarengutega lapsed, kel sedastati kaasasündinud südameviga, ajusonga, neerude või sapiteede raskeid väärarenguid. Välditavad surmajuhud moodustasid 89,7%, mida põhjustasid soolenakkused 50 juhul (31,3%) ja kopsupõletik 46 juhul (28,2%); harvem esinesid mädane ajukelmepõletik (5 juhul), ajupõletik (4 juhul), tuberkuloos (3 juhul), epideemiline hepatiit (2 juhul), leetrid (1 juhul) ja teised haigused. Kopsupõletik ja soolenakkused moodustasid kokku 59,5% imikute surmapõhjustest, mistõttu neid surmajuhte analüüsiti põhjalikumalt.

Laste surmapõhjused Tartus 1952.—1961. a.

Surma põhjus	Imikueas pärast sünnitusmajast lahkumist		Vanuses 1—14 a.		Kokku	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
I. Vältimatud surmajuhud						
1. 100% letaalsusega haigus (leukoos, aplastiline aneemia, pahaloomuline kasvaja)	5	3,0	19	18,8	24	9,0
2. Raske väärareng	12	7,3	3	2,9	15	5,6
Kokku vältimatuid	17	10,3	22	21,7	39	14,6
II. Välditavad surmajuhud						
1. Kopsupõletik	46	28,2	8	7,9	54	20,3
2. Soolenakkused	50	30,8	8	7,9	58	21,9
3. Ägedad nakkushaigused (peale soolenakkuste)	3	1,9	14	13,6	17	6,4
4. Tuberkuloos	3	1,9	4	3,9	7	2,6
5. Muud haigused	30	18,3	11	10,6	41	15,5
6. Õnnetusjuhud	14	8,6	35	34,4	49	18,7
Kokku välditavaid	146	89,7	80	78,3	226	85,4

Et vaadeldaval perioodil pöörati erilist tähelepanu kopsupõletiku profülaktika ja ravi tõhustamisele, oli suremine kopsupõletikku viimase kolme aasta jooksul 2 korda madalam, võrreldes esimese kolme aastaga. Edaspidiste tegevussuundade määramiseks analüüsiti lähemalt kopsupõletikuga haigete ravimisel saavutatud tulemusi viimase kolme aasta jooksul (1959.—1961. a.). Neil aastail suri Tartus kopsupõletikku 8 imikut, neist 6 olid kuni kolm kuud vanad, üks viiekuune ja üks üheksakuune laps. Ühelgi ei sedastatud rahhiiti, kahel enneaegsel esines hüpotroofia. 8 imikust 3 oli juba sündimisel kahjustatud: 2 last oli enneaegsed ja 1 esines ajukahjustus. Toksilisse kopsupõletikku suri aga 5 ajalist kahjustamata imikut. Surm järgnes juba 1.—3. haiguspäeval, kusjuures haiglaravil viibis ainult 1 laps; 2 surid haigla vastuvõturuumis ja 2 kodus. Seega 4 juhul hilines arstiabi:3 juhul vanemad ja 1 juhul kiirabiarst ei osanud lapse seisundit õigesti hinnata. Eespool nimetatust selgub, et imikute surmajuhte kopsupõletiku tagajärjel täheldati peamiselt kuni kolme kuu vanustel lastel, eriti aga enneaegsetel ja juba antenataalselt kahjustatud lastel. Ajalistel kahjustamata lastel järgnes surm haiguse toksiliste välk-

kiirete vormide ja hilise ravi tõttu, mil lapsed surid juba esimese kolme haiguspäeva kestel. Kõiki kopsupõletikust põhjustatud surmajuhte oleks saanud lapse nõuetekohase hooldamise ja õigeaegse raviga vältida.

Kopsupõletikku põdevate imikute teenindamisel oli suureks veaks ravi hilinemine pooltel surmaga lõppenud juhtudest. Seetõttu on vaja patronaažitöö käigus emadele selgitada kopsupõletikkude toksiliste eluohtlike välkkiirete vormide kujunemise võimalusi ja kopsupõletiku varajaseks diagnoosimiseks õpetada neid lapse hingamissagedust lugema, naha värvust ja emotsioonide muutust hindama. Vanematelt tuleb nõuda, et nad palaviku ilmnemisel alati viivitamatult pöörduksid arsti poole. Kopsupõletiku välkkiirete vormide sagedase esinemise tõttu alla 6 kuu vanustel lastel peab neid ägeda, toksilise oletatava viirusnakkuse tekkimisel senisest sagedamini hospitaliseerima.

Ka terminaalses seisundis kopsupõletikuga last on võimalik päästa. On vajalik, et igas lasteosakonnas oleks raske kopsupõletikuga haige koheseks abistamiseks aspiraator hingamisteede puhastamiseks, aparaat kunstliku hingamise tegemiseks, hapnikuseadmed, mis võimaldavad anda 30—60%-lise kontsentratsiooniga hapnikku ja seadeldis intraarteriaalseks vereülekandeks.

Aastail 1959—1961 põhjustas nakkuslik soolepõletik surma 11 juhul, neist düsenteeria 7-l ja enterokoliit 4 juhul. Vanuse järgi oli 11 imikust 5 kuni kolm kuud ja 3 kuni kuus kuud vanad ning ülejäänud 3 aga üle poole aasta vanad imikud. Seega on soolenakkus esimesel kuuel elukuul eriti ohtlik. Aastail 1959—1961 soolenakkuse tagajärjel 11 surnud imikust ei esinenud ühelgi rahhiiti, hüpotroofiat sedastati ainult kahel enneaegsel lapsel. 11 imikust 6 olid sündimisel kahjustamata, 3 olid enneaegsed, 1 esines ihtioos, 1 Downi tõbi koos kaasasündinud südamerikkega. 11 lapsest 7 suri juba 1.—5. haiguspäeval toksilisse soolepõletikku. Need lapsed saabusid haiglasse preagoonilises või agoonilises seisundis. Soolepõletiku mittetoksilise vormiga ravil viibinuist suri 4 last soolepõletiku paranemise järgus tüsistuste tagajärjel. Üks neist oli enneaegne, ühel diagnoositi Downi tõbe koos südamerikkega ja ühel ihtioosi.

Kõiki nakkuslikust toksilisest soolepõletikust põhjustatud surmajuhte oleks saanud nõuetekohase profülaktika ja ravi rakendamise korral vältida. Selleks aga on vaja tõsta lastevanemate teadmisi soolenakkuste levimisviisidest ja nõuda patroneerimisel, et nad imikute hooldamisel järjekindlalt täidaksid hügieeninõudeid. Teadmiste reeglipärast omandamist on Tartus kõikidelt emadelt nõutud juba 1955. aastast alates, mille tulemusena soolenakkuste esinemise sagedus on vähenenud, kuid kõikide imikute haigestumise vältimist ei ole sellega veel saavutatud. Olukorra parandamiseks uuritakse 1961. a. alates kõiki perekonnaliikmeid soolenakkuse pisikute suhtes juba enne lapse sündimist. Toksilisest soolepõletikust põhjustatud surmaga lõppevaid juhte saaks vältida, kui juba esimesel patronaažil rääkida emadele imikueas tekkida võivatest rasketest kiiresti surmaga lõppevatest soolepõletikest.

Surmaga lõppenud toksikoosijuhtude ravi kvaliteedi analüüsimisel selgus, et eksikoosiga toksikoosi puhul ei rakendatud alati soolalahuse ja vereplasma instillatsiooni, piirduti vaid subkutaanse vedeliku ühekordse infusiooniga. Eksikoosiga toksikoosi nõuetekohaseks ravimiseks on vaja, et igas lasteosakonnas oleksid alati korras veenisektsiooni- ja instillatsioonivahendid, infusioonilahused ja vereplasma. Iga pediaater peab teadma veenisektsiooni tehnikat.

Imikute surmajuhtudest moodustasid õnnetusjuhud küllaltki suure osa — 8,6% (14 juhtu). Seitsmel lapsel tekkis surm lämbumise tagajärjel, neist viis surid oksemasside aspiratsiooni tõttu ja kaks ema rinna all. Kahel lapsel järgnes surm vingumürgistuse, kahel põletuse, ühel mehaanilise trauma ja ühel kärbseseenemürgistuse tagajärjel. Õnnetusjuhtumite väl-

timisel on põhiliseks teguriks emade teadlikkus, mille eest vastutab patronaažiõde.

1—14 aasta vanustel lastel põhjustasid vältimatuid surmajuhte (21,7%) 100% letaalselt lõppevad haigused, nagu aplastiline aneemia, leukoos, lümfogranulomatoos, pahaloomuline kasvaja (vt. tabel). Väldatavate surmajuhtude põhjusena esinesid kõige sagedamini õnnetused, mis moodustasid 34,4% 1—14-aastaste laste surmajuhtudest. Eelkooliealiste laste hulgas registreeriti surmajuhte kõige enam mehaanilise trauma (7 juhtu) ja põletuse (4 juhtu), harvem aga elektritrauma (3 juhtu), uppumise (2 juhtu), leelismürgistuse (1 juht) tagajärjel. Kooliealistel lastel põhjustasid surma peamiselt uppumine (9 juhtu) ja liiklusõnnetused (8 juhtu). Õnnetusjuhtude vältimiseks tuleb tugevdada järelevalvet laste üle, õpetada õpilastele liikluseeskirju, selgitada neile õnnetuste põhjusi ning õpetada lapsi ujuma.

1—14-aastastel lastel esinesid surmapõhjusena kõige sagedamini mitmesugused nakkushaigused (26 juhtu), nagu düsenteeria (6 juhtu), nakkuslik enterokoliit (2 juhtu), leetrid (4 juhtu), poliomüeliit (6 juhtu), tuberkuloos (4 juhtu), teetanus (3 juhtu), kõhutüüfus (1 juht). Nakkushaiguste tagajärjel surmajuhtude esinemissagedus on viimase kolme aasta jooksul langenud 4 korda, võrreldes esimese kolme aastaga. Nakkushaigustest registreeriti vaatlusperioodi viimase 3 aasta jooksul üks enterokoliidi, üks leetrite ja üks teetanuse poolt põhjustatud surmajuht. Analüüs näitas, et neist kaks surid meditsiinipersonali lohaka teenindamise tõttu ja ühel juhul olid süüdi nii meditsiinipersonal kui ka vanemad, sest viimaste sanitaar-hügieenialased teadmised olid nõrgad. Selliseid surmajuhte tuleb pidada meditsiinilise teenindamise veaks. Meie tingimustes on võimalik töötada nii, et ükski üle 1 aasta vanune laps ei sure nakkushaigustesse.

Kui lapsed on juba üle ühe aasta vanad, siis kopsupõletiku poolt tekitatud oht ei ole enam nii suur kui imikueas. Vaadeldava 10 aasta andmeil moodustas kopsupõletik ainult 7,9% üle 1 aasta vanuste laste surmapõhjustest, kusjuures viimase 3 aasta jooksul ei surnud ühtki last nimetatud haigusse. Siit nähtub, et üle 1 aasta vanuste laste suremist kopsupõletikku on võimalik likvideerida.

Teistest haigustest põhjustasid sagedamini surma perforeerunud apenditsiit (3 juhtu), kusjuures kahel juhul hilines lapse hospitaliseerimine ja ravi haiguse liiga ägeda kulu tõttu. Ühel juhul hospitaliseeriti haige õigeaegselt, kuid surm järgnes viiendal ravipäeval pärast operatsiooni tüsistuste tõttu.

Äkksurmajuhte haiguse tagajärjel täheldati 1—14-aastastel lastel väga harva, mida kinnitab seegi fakt, et 10 aasta kestel tuli äkksurmajuhte ette üle 1 aasta vanustest lastest ainult 3-l (28 juhust): üks soolepõletikuga haige ja kaks perforeerunud apenditsiidiga haiget surid kolmel esimesel haiguspäeval.

Kokkuvõetult võib öelda, et suremus Tartu linnas 10 aasta jooksul on tänu pediaatrilise teenindamise pidevale paranemisele nii imikute kui ka 1—14-aastaste laste hulgas vähenenud 2 korda. Imikute kopsupõletiku mortaliteet on langenud 6 korda, soolenakkuste mortaliteet aga 5 korda. 1953. a. alates on likvideeritud laste suremine pärast sündimist saadud tuberkuloosi ja 1959. a. alates ei esinenud ühtegi poliomüeliidist põhjustatud surmajuhtu. 1959. a. alates on likvideeritud üle 1 aasta vanuste laste suremine kopsupõletiku tagajärjel. Samaaegselt nende heade saavutustega tuleb ka viimastel aastatel veel ette laste surmajuhte, mida oleks saanud vältida, nagu surm leetritesse, kõhutüüfusesse, teetanusesse, apenditsiiti. Õnnetusjuhud üle 1 aasta vanuste laste surma põhjustajana on vähenenud 2 korda, samaaegselt on tõusnud õnnetustest põhjustatud surmajuhtude arv imikueas.

Et laste suremist edaspidi veelgi vähendada, tuleb imikute teenindamisel pearõhk panna kopsupõletikust ja soolenakkusest põhjustatud surmajuhtude vältimisele. Eriti suurt tähelepanu tuleb nende haiguste puhul pöörata laste kiireloomulisele abistamisele, sest äkksurmajuhud moodustavad 1/4 imikute surmajuhtudest. Üle 1 aasta vanuste laste suremise vähendamise seisukohalt on eriti tähtis likvideerida suremus nakkushaiguste ja õnnetusjuhtude tagajärjel.

Järeldused

1. Laste nõuetekohase meditsiinilise teenindamisega vähenes Tartu linnas 10 aasta kestel imikute kopsupõletike mortaliteet 6 korda ja soolenakkuste mortaliteet 5 korda; täielikult likvideeriti laste suremus tuberkuloosi ja üle 1 aasta vanuste laste suremus kopsupõletiku tagajärjel.

2. Lähematel aastatel tuleb (ja on ka võimalik) täielikult likvideerida üle 1 aasta vanuste laste nakkushaigustest põhjustatud suremine ja märkimisväärselt vähendada imikute suremist soolenakkustesse ja viiruslikku kopsupõletikku.

3. Õnnetusjuhud moodustasid ligi 9% imikute surmapõhjustest (pärast sünnitusmajast lahkumist) ja 34% 1—14 aasta vanuste laste surmapõhjustest, mistõttu on vaja senisest enam rakendada abinõusid laste õnnetusjuhtude vältimiseks.

4. Arvestades äkksurmajuhtude sagedat esinemist lastel peavad kõikides lasteosakondades olema töökorras seadmed ja vilunud arstid terminaalseisundis saabuvate, eriti ägeda kuluga kopsupõletikuga ja soolenakkustega haigete ning õnnetusohvrite kiireks abistamiseks.

5. Lastevanematele on vaja selgitada viiruslike kopsupõletike ja nakkuslike soolepõletike ohtlike toksiliste välkkiirete vormide kujunemise võimalust imikueas ja varajase ravi alustamise tähtsust.

6. Kopsupõletiku varajaseks avastamiseks tuleb patronaažitöö käigus õpetada emadele lugema hingamissagedust, jälgima imiku naha värvust ja emotsioonide muutumist.

СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ГОР. ТАРТУ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Э. Ратник

Резюме

Приводятся данные анализа причин смерти детей в гор. Тарту за последние 10 лет (1952—1961 гг.). За указанный период смертность грудных детей в Тарту снизилась в 2 раза.

Для выяснения возможности дальнейшего снижения смертности были изучены смертные случаи с точки зрения возможности их предотвращения, причем они подразделялись на «неизбежные» и «предотвратимые». «Неизбежными» считались случаи смерти от болезней, радикальное лечение и профилактика которых еще неизвестны (апластическая анемия, лейкозы, лимфогрануломатоз, злокачественные новообразования, тяжелые аномалии развития).

Для определения направлений дальнейшей деятельности были изучены результаты лечения больных пневмонией за последние три года (1959—1961 гг.). В течение этого времени в г. Тарту умерло от пневмонии 8 грудных детей. Ни у одного из этих детей не было рахита, у двух недоношенных была гипотрофия. Причиной смерти 5 доношенных грудных детей была токсическая пневмония. Смерть последовала уже на 1—3 день заболевания. Смертные случаи грудных детей от пневмонии отмечали чаще в возрасте до трех месяцев, в особенности у недоношенных и с антенатальными повреждениями. У доношенных смерть наступала вследствие заболевания токсическими молниеносными формами пневмонии и запоздалой врачебной помощи. Все случаи смерти детей от пневмонии при соответствующем уходе и своевременно начатом лечении можно было бы предотвратить.

В 1959—1961 гг. от инфекционного энтерита умерло 11 детей, из них от дизентерии 7 и от энтероколита 4. 7 детей из 11 поступили в больницу в преагональном со-

стоянии. Четверо из находившихся на лечении по поводу нетоксического энтерита умерли от осложнений в стадии выздоровления от энтерита. Все смертные случаи от токсического энтерита можно было бы предотвратить соответствующей профилактикой и лечением.

Вследствие улучшения медицинского обслуживания смертность грудных детей в Тарту от пневмонии уменьшилась в 6 раз, от кишечных инфекций в 5 раз, полностью ликвидирована смертность детей от туберкулеза и смертность детей старше 1 года от пневмонии. В ближайшие годы необходимо полностью ликвидировать смертность детей старше 1 года от инфекционных болезней и уменьшить смертность грудных детей от кишечных инфекций и вирусной пневмонии.

Несчастные случаи были причиной смерти грудных детей (после выписки из родильного дома) в 9% случаев и причиной смерти детей в возрасте 1—14 лет в 34% случаев, вследствие чего необходимо обратить внимание на предотвращение несчастных случаев с детьми.

HIRSCHSPRUNGI TÕBI JA SELLE RAVI

A. LINKBERG, D. KULDEVA, K. KULL ja *M. LIIVAMAGI*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Veel 15 aastat tagasi mõisteti Hirschsprungi tõve all sigmakäärsoole ja harvem ka alaneva käärsoole tugevat laienemist koos vastava soole seina mitmekordse paksenemise ja pikenemisega. Makroskoopilisel ja mikroskoopilisel uurimisel osutub sooleseina paksenemine tõeliseks sooleseina hüpertroofiaks. Ei ole haruldus, et selline jäme ja pikk käärsool võib 8—12-aastastel haigetel olla auto «Moskvitš» sisekummi jämedune (15—20 sm läbimõõduga), sisaldades kuni 15 liitrit vedelat rooja. Selline megakoolon täidab kogu alumise osa kõhuõõnest, surub peensoole diafragma vastu ja tõstab viimase üles ning komprimeerib kopse. Selle tagajärjel tekivad nii hingamis- kui ka vereringehäired (foto).

Harva kaasneb Hirschsprungi tõvega ka suur kusepõis ja vastsündinu peensoole jämedune kusejuha. Kliinilised nähud tekivad ülalnimetatud haiguse puhul juba varajases lapseeas. Sageli panevad emad tähele, et vastsündinul väljub mekoonium takistusega ja harva. Hirschsprungi tõbi esineb peamiselt esimese 10 eluaasta jooksul. Poeglastel täheldatakse seda 3—4 korda sagedamini kui tütarlastel. Kõhukinnisus ja -puhitus koos valudega seotud aeglase peristaltikaga on selle haiguse peasümptoomideks. Esialgsele rahuldavale söögiisule vaatamata need lapsed kõhnuvad, kõht on vaaditaoliselt ette võlvunud ja läbi õhukese väljaveninud kõhuseina on mõnikord näha soolte aeglast peristaltikat. Komplemisel on kõhuõõnes tunda konglomeraate ja roojamasse, mida tuleb diferentseerida kasvajatest. Roe, mis püsib sooltes mõnikord kuni 14 päeva, roiskub, tekitab soole limaskesta rebendeid; samuti imenduvad toksiinid, mis mürgistavad organismi. Mõnikord võib esineda isegi soolemulgustus, mis on halva prognoosiga. Hirschsprungi tõve diagnoosimine ei ole juba eespool kirjeldatud sümptoomide ja vastavate laboratoorsete analüüside põhjal raske. Peab märkima, et lõpliku diagnoosi kinnitab alles röntgenoloogiline uurimine — irrigoskoopia.

Hirschsprungi tõve radikaalne ravi on ainult kirurgiline, sest klistiirid, lahtistid ja muud menetlused osutuvad püsiva kasutamise puhul vähemõjuvaks. Et kirurgiline ravi oleks efektiivne, on tarvis teada haiguse etioloogiat. Kui H. Hirschsprung (1830—1916) möödunud sajandil kirjeldas eespool mainitud tõbe, siis arvas ta ekslikult, et seda põhjustab

pärasoole alumise osa atreesia või mehaaniline takistus nimetatud piirkonnas. Sellest tulenesid siis ka kõik need kirurgilised meetodid, mida mainitud tõve puhul soovitati rakendada, nagu anastomoosid üksikute soolelingude vahel, megakooloni fikseerimine kõhuõõne tagumise seina külge, invaginatsioonimeetodid jt. Radikaalsem oli megakooloni resektsioon, kusjuures püüti laienenud jämesool eemaldada kogu ulatuses. Kõik need operatsioonid ei andnud aga oodatud tulemusi, või kui andsid, siis ainult ajutisi. Mõned autorid soovitasid piirduda ainult päraku sulgurlihaste vägivaldse laiendamisega, mis mõnikord ka tulemusi andis.



Meil on selle küsimusega tegelnud I. Grekov (2). Sellest ajast, kui O. Svenson (9) kaasautoritega avaldas 1949. a. põhjaliku uurimuse Hirschsprungi tõve etioloogia, diagnoosimise ja kirurgilise ravi kohta, võib probleemi lahendatuks pidada.

Hirschsprungi tõve all mõistab O. Svenson (9, 10) sünnipärast, kitsast, aperistaltilist, aganglionaarset soolesegmenti allpool megakoolonit rekto-sigmoidaalses piirkonnas. Olles teaduslikult põhjendanud Hirschsprungi tõve etioloogia, esitas O. Svenson ka selle raviks oma originaalmeetodi, nn. rekto-sigmoidektoomia. Selle operatsiooni puhul paneb O. Svenson pearõhu rekto-sigmoidaalses piirkonnas esineva aganglionaarse kitsa segmendi eemaldamisele resektsiooni teel koos osalise või terve laienenud megakooloniga. Seda resektsiooni on tehniliselt võimatu kõhuõõnes sooritada, sest aganglionaarne kitsas segment ulatub mõnikord sfinkterini, mis asetseb pärakust ainult 1,5—2 sm kõrgusel.

Esitame O. Svensoni originaalmeetodi D. B. Avidoni (1) järgi, (operatsiooni etappide näitlikustamiseks toodud joonised on teinud T. Peil).

Operatsioon kulgeb järgmiselt: *laparotomia inferior*, kõhuõõnest kergitatakse esile tugevasti laienenud megakoolon — megasigma (tahvel I, joonis a), järgnevalt otsitakse välja kitsas aganglionaarne segment, mesosigma infiltreeritakse 20—30 ml 0,25%-lise novokaiinilahusega. Kõhukelme vistseraalne leste lõigatakse rekto-sigmoidaalses piirkonnas läbi ja prepareeritakse lahti (joonis a-3). Vastavad veresooned mesosigmas ligeeritakse kahest kohast siidniidiga ja lõigatakse ligatuuride vahelt läbi, millega vabastatakse megasigma (joonis a-2). Seejärel lõigatakse aseptilistes tingimustes rektosigmoidaalses piirkonnas kitsast segmendist oraalsemalt sool läbi ja köndi mõlemad otsad suletakse siidniidiga. Et megasigmat sirgemaks venitada, tehakse sellesse üksikud lõiked (joonis a-4).

Edasi toimub operatsiooni teine järk (O. Svensoni järgi). Nagu joonisel b näha võib, tõmmatakse pärasoolekönt pahempidi läbi päraku välja; seejuures peab käega kõhuõõne poolt suruma (joonis b ja c). Pärast pahempidi pööratud limaskesta peitsimist joodiga lõigatakse eesmine soolesein läbi 1,5—2 sm kauguselt, s. o. limaskesta nahale ülemineku kohalt (vt. joonis d). Tehtud ava kaudu viiakse kõhuõõnde pikk klemm (vt. joonis e), mille abil oraalne könt läbi ava nii pikalt välja tõmmatakse, et viimase verevarustus kõhuõõnes ei oleks häiritud (joonis f). Edasi

tehakse soole (sigma ja pahempidi pööratud pärasoole) seina õmblus limaskest-limaskestaga(et pärasoole seina sellel kohal puudub kõhukelme, siis tehakse õmblus sigma serooskesta ja pärasoole seina väliskihiga, joonis g). Seejärel lõigatakse päraku kaudu väljatoodud sigma eesmine sein läbi ja õmmeldakse eesmise sooleseina (sigma) ja pahempidi pööratud pärasoole limaskestad kokku (joonis h). Samasuguses järjekorras tehakse õmblused ka tagumise sigma seina ja pahempidi pööratud pärasoole seina vahel. Lõpuks surutakse kogu anastomoosi piirkond läbi päraku tagasi (joonis i).

Kolmanda etapina toimub kõhuõõne sulgemine, kusjuures sellesse jäänud lahtine sigma või alaneva käärsoole mesokoolon fikseeritakse kõhukelme ja kõhuõõne tagumise seina külge, et ära hoida peensoole pitsumist nimetatud piirkonnas.

3-etapiline operatsioon O. Svensoni meetodil võtab võrdlemisi palju aega. Et seda lühendada, sooritavad Tartu Linna Kliinilises Haiglas selle operatsiooni teise etapi kaks brigaadi, kusjuures teine brigaad teeb kõik manipulatsioonid b-st kuni i-ni. Samal ajal fikseerib esimene brigaad soole ja õmbleb kõhuõõne kinni. Nii lühendame operatsiooni kestust vähemalt 30—45 minutit, mis on laste puhul eriti suure tähtsusega. Kui vaadelda tehtud anastomoosi, siis asetseb see (nagu joonistel näha võib) 1,5—2 sm pärakust kõrgemal, samuti on skemaatiliselt näidatud eemaldatav jämesooleosa. Et need manipulatsioonid kulgevad eespool mainitud operatsiooni puhul väikeses vaagnas, kusepõie vahetus läheduses, siis ei saa haige esimestel päevadel mitte alati iseseisvalt urineerida ja seepärast tuleb alaline kummikateeter paariks päevaks põide viia.

Tartu Linna Kliinilises Haiglas on kirjeldatud operatsioonimeetodit 1962. aastast alates edukalt rakendatud. Selle aja jooksul viibis ravil kümme Hirschsprungi tõvega last, kusjuures seitsmele haigele tehti radikaalne operatsioon, ühele aga *anus praeternaturalis*, kuid kaks haiget lahkusid kliinikust opereerimata, sest vanemad ei nõustunud radikaalse operatsiooniga.

Allpool esitame ülevaate ühest meie poolt ravitud Hirschsprungi tõve juhust.

Juht 1. Aare K., 3,5-aastane poeglaps, toodi Tartu Linna Kliinilise Haigla lastekirurgia-osakonda 30. VII 1962. a. (haiguslugu nr. 2611).

Ema jutu järgi kannatab laps sündimisest saadik kõhukinnisuse all. Et talle anti purgeeni ja tehti klistiire, oli iste 3—4-päevaste vaheaegade järel, sageli veelgi harvemini. Lapsel on suur kõht juba sündimisest saadik.

Objektiivselt: korrapärase kehaehitusega, rahuldava toitumusega. Vaimne ja füüsiline areng vastab enam-vähem eale. Kopsud, südame- ja vereringeelundid patoloogilise leiuta. Rindkere alumine avaus tunduvalt laienenud. Kõht esilevõlvuv ja lai, komplemisel on seal tunda taignataolist konsistentsi. Samuti on eraldatav alakõhu keskelt ülespoole ja vasakule suunduv jämesooleling, mis lõpeb järsult veidi allpool naba.

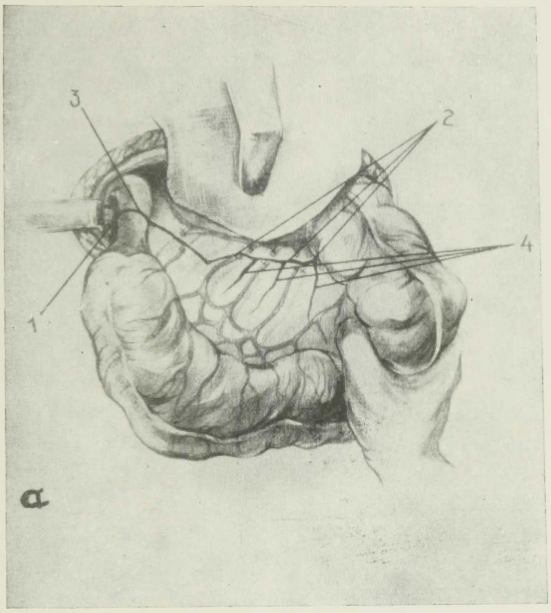
Kliiniline diagnoos: Morbus Hirschsprungi. Esialgu rakendati konservatiivset ravi: süstiti B_1-vitamiini ja proseriini, tehti klistiire ja anti lahtisteid, samuti määrati vastav dieet. See ravi aga tulemusi ei andnud. 30. VIII tehti irrigoskoopia (N. Sachris). Pärasoolest ülespoole sigma ja alanev käärsool laienenud, haustratsioon puudub. Jämesoole tühjenemine kontrastainest aeglustunud. Pärasool kergelt ahenenud. Seega vastab leid Morbus Hirschsprungi'le. Enne operatsiooni tehti haigele korduvalt vereülekandeid. Veeni süstiti vitamiine ja määrati vastav dieet. Soolestiku puhastamiseks teostati korduvaid klistiire 10%-lise keedusoolalahusega.

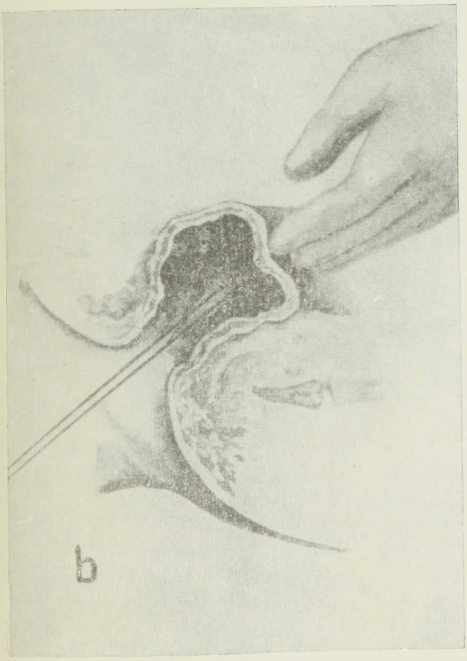
19. IX 1962. a. sooritati eeter + O_2 narkoosi all rektosigmoidektoomia O. Svensoni meetodil. Kahel esimesel päeval pärast operatsiooni haiget suu kaudu ei toidetud. Tehti glükoosilahuse tilkinfusioon, millele lisati vitamiine, insuliini ja kaaliumining naatriumisoolalahuseid, samuti tehti vere- ja plasmaülekandeid.

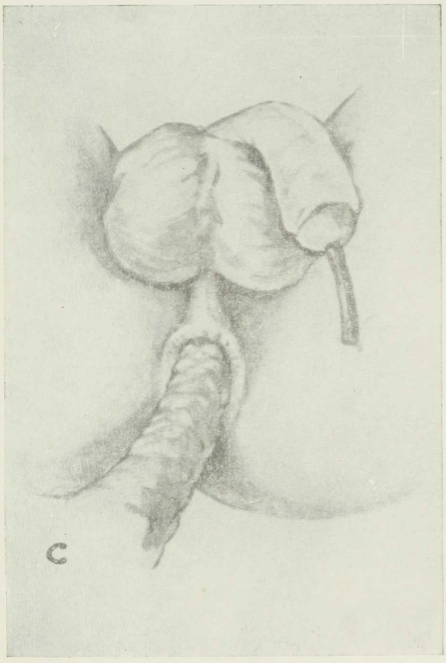
Kõht käis esmakordselt läbi 3. päeval pärast operatsiooni. Tüsistusi ei tekkinud. Iste toimus regulaarselt 1 kord päevas. Klistiiride ja lahtistite järele ei olnud tarvidust.

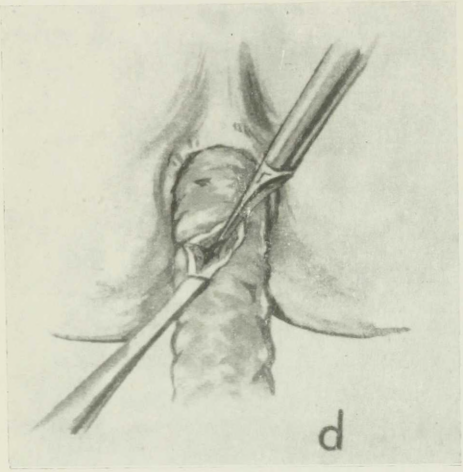
2. X 1962. a. sooritati jälle irrigoskoopia (V. Salupere). Jämesool täitub kontrastainega kogu ulatuses hästi. Väljakujunenud ampullaarne osa puudub. Kogu jämesool normaalsest veidi laiem. Haustratsioon lame. 3. X 1962. a. lahkus kliinikust paranenuna.

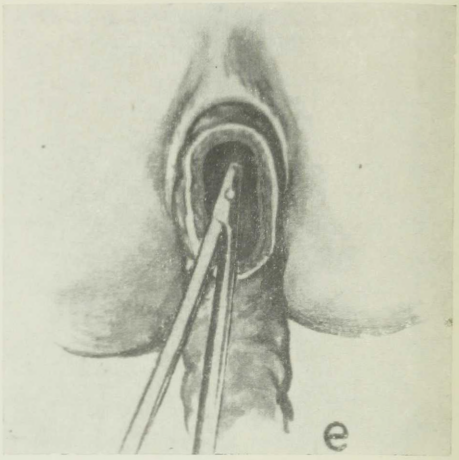
A. Linkberg

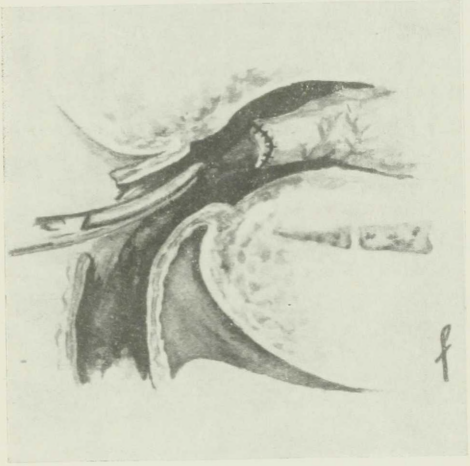


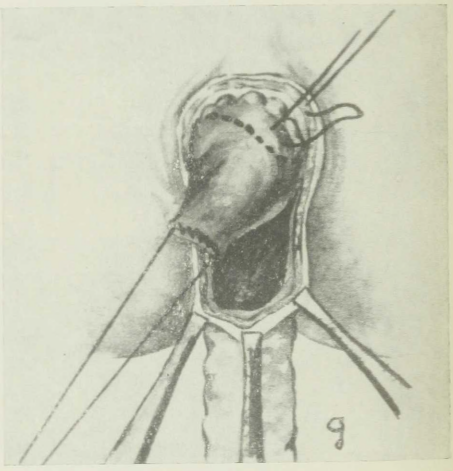


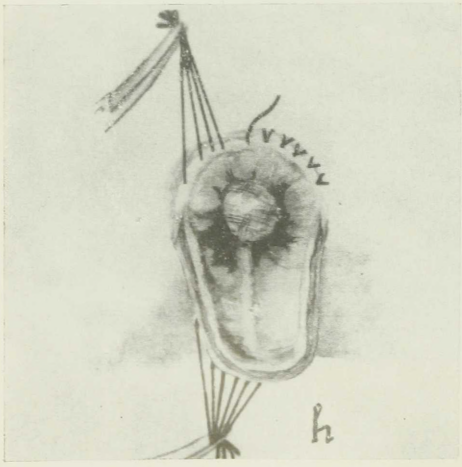


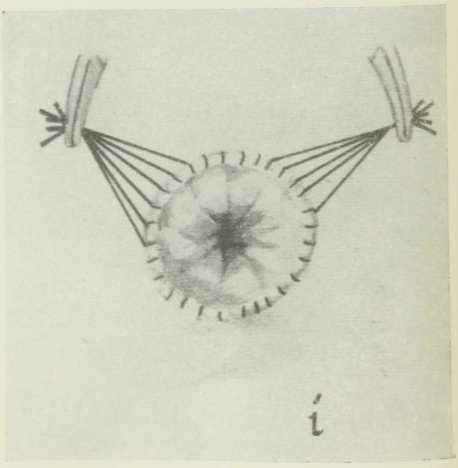

d


e


f


g


h


i

2. IV 1963. a. toimunud järelkontrollil kaebusi ei esinenud (haiguslugu nr. 1166). Iste 1—2 korda päevas. Söögiisu hea. Laps elurõõmus ja aktiivne. Kõht normaalse konfiguratsiooniga.

3. IV 1963. a. tehti irrigoskoopia. Pärasool atüüpilise konfiguratsiooniga. Sigmasse ülemineku kohal esineb kerge ahend, mille kontuurid on ülesvõttel selgelt nähtavad. Ülenevad jämesooleosad ei erine normaalsest. Seega on laps täiesti terve. Lahkus kliinikust 3. IV 1963. a.

Et poeglapsed põevad Hirschsprungi tõbe kolm korda sagedamini kui tütarlapsed, on avaldatud kartust, kas O. Svensoni operatsiooni puhul väikeses vaagnas manipuleerimine ei kahjusta errigeerivaid närve. Mainitud tüsistuse vältimiseks soovitab F. Rehnbein (7) kasutada intraabdominaalset resektsiooni, mille puhul resetseeritud soole anastomoos asetseb väikeses vaagnas tunduvalt kõrgemal. Ka B. Duhamel (3) esitab samal kaalutlusel O. Svensoni operatsiooni puhul oma modifikatsiooni, mille põhjal pärasool eraldatakse ja megakoolon tõmmatakse pärasoole tagant läbi päraku välja. Enamik autoreid on siiski arvamusel, et O. Svensoni operatsioon on valikmeetodiks Hirschsprungi tõve ravimisel.

Mis Hirschsprungi tõve esinemise sagedusse puutub, siis statistiliste andmete põhjal (F. Stelzner jt.) tuleb iga 20 000 vastsündinu kohta üks haigusjuht. Enamik autoreid pooldab haigete opereerimist varakult. O. Svenson soovitab vastsündinut juba esimesel nädalal opereerida, et jämesoole laienemist ära hoida. Arvestades aga asjaolu, et operatsioon osutub vastsündinuile raskeks, on enamik autoreid soovitanud seda teha kahe esimese aluaasta jooksul. Meie arvates tuleb nimetatud seisukohta õigeks pidada.

Eespool esitatut kokku võttes annab Hirschsprungi tõve ravimisel häid tulemusi O. Svensoni operatsioon. Et nimetatud operatsioon vajab hea ettevalmistusega personali, on soovitatav, et Hirschsprungi tõvega lapsed suunatakse suurematesse haiglatesse, kus on olemas lastekirurgia-osakonnad.

KIRJANDUS

1. Авидон Д. Б. Оперативная хирургия детского возраста. М., 1960, 342—347. — 2. Греков И. И. Избранные труды, М., 1952. — 3. Duhamel, B. Langenbecks Arch. und Dtsch. Z. chirurg., 1960, B. 296, H. 4, 384—388. — 4. Geelbke, H. Idem, 1957, 290—292. — 5. Kessler, E. Idem, 1962, 816—820. — 6. Rehnbein, F. Chirurg, 1958, 366—369. — 7. Rehnbein, F. Langenbecks Arch. und Dtsch. Z. Chirurg., 1960, B. 295, Kongressbericht, 436—440. — 8. Swenson, O., Rheinlander, H. F., Diamond, I. New England J. Med., 1949, 241, 551—556. — 9. Swenson, O. Surgery, 1950, 28, 2, 74—78. — 10. Swenson, O. Ann. Surg., 1957, 146, 706—712.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

А. Линкберг, Д. Кулдева, А. Кулль и М. Лийвамяги

Резюме

Болезнь Гиршпрунга наблюдается преимущественно в течение первых десяти лет жизни. Мальчики болеют в 3—4 раза чаще чем девочки. Радикальное лечение болезни — только хирургическое, т. к. клизмы, слабительные и всякие иные способы при их постоянном использовании становятся недейственными.

Операция в три этапа по О. Свенсону занимает продолжительное время. Чтобы его сократить, в хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы, второй этап этой операции проводят две хирургические бригады, причем вторая бригада производит все операции от «б» до «и». Одновременно первая бригада фиксирует кишку и, заканчивая операцию, накладывают швы.

В 1962 г. этот способ был с успехом использован в семи случаях.

Авторы настоящей работы присоединяются к мнению большинства хирургов рекомендующих проводить операции в течение первых двух лет жизни.

TSÜTOMEGAALIA

R. ORŠANSKAJA

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Seoses laste suremise vähendamise küsimusega omab suurt tähtsust perinataalsel perioodil ja varajases lapseeas põetavate nakkushaiguste uurimine. Niisuguste haiguste hulka kuulub ka tsütomegaalia, mis alles hiljuti on liigitatud omaette nosoloogiliseks ühikuks ja mida erialakirjanduses tuntakse mitme nimetusega, nagu inklusioonihaigus, süljenäärmete viirushaigus, «laste tsütomegaalia» jne. G. Seiferti ja J. Oeme (18) andmetel oli maailmas kuni 1957. aastani registreeritud 281 tsütomegaaliajuhtu, kusjuures 85% haigestunuist olid imikud.

Esmakordselt avastas kaasasündinud süüfilisega surnult sündinud lapse neerudes hiidrakke H. Ribbert (17) 1881. aastal. Edaspidi leidis ta veel kahe lapse süljenäärmetes samasuguseid rakke ja nimetas neid 1904. a. «algloomadele sarnasteks» rakkudeks. 1921. aastal tõestasid E. Goodpasture ja F. Talbot (14), et tsütomegaalia elemendid tekivad organismi enda koerakkudest.

L. Jackson (16) avastas 1920.—1922. a. tsütomegaalia elemente näriliste süljenäärmetes. Käesoleval ajal tunnustavad kõik autorid tsütomegaalia viiruslikku päritolu, mida tõestavad loomade korduvad nakatamised tsütomegaalia elemente sisaldava homogeniseeritud süljenäärme ultrafiltraadiga. See viirus omab kõrget liigilist spetsiifilisust. Tsütomegaalia põhiliseks morfoloogiliseks tunnuseks on tsütomegaalia elemendid. Need on suured (35—40 mikronit), tuuma ja protoplasma normaalse vahekorraga rakud. Ovaalse või ümmarguse tuuma keskel asub tuumakestast heledama võõtmega eraldatud oksüfiilne või basofiilne kehake. Vahtjas protoplasma sisaldab kuni 30 basofiilset kehakest, mis paiknevad raku ühe pooluse lähedal (vt. tahvel III, mikrofoto 1).

R. Kodjousseki (5) andmetel näitas histoloogilis-keemiline uurimine, et tuuma kehake koosneb põhiliselt düsoksiribonukleiinhappe-rikkast valgust, kuid protoplasmas leiduvad kehakesed sisaldavad mukopolüsahhariide.

Tsütomegaalia puhul haarab patoloogiline protsess peamiselt epiteliaalelundeid, eriti neid, mis viiruse sissetungimise momendil aktiivselt funktsioneerivad. Kõige sagedamini kahjustuvad süljenäärmed. Haigusprotsessi generaliseerumisel leidub analoogilisi elemente kopsudes, neerudes, maksas, kõhunäärmes jt. elundites. Sealjuures täheldatakse neis elundeis interstitsiaalse põletikuprotsessi arengut. On teada ainult üksikuid tsütomegaalia elementide leidude kirjeldusi uriini sademes või süljes elupuhuselt (5). Diagnoosimist raskendab nii selle patoloogia vähene tundmine arstide poolt kui ka kliinilise pildi mitmekesisus. Sageli tuleb ette ka selliseid raskendavaid momente nagu enneaegsus, kunstlik toitmine jne.

Haigusprotsessi generaliseerumisel on kliinikus sageli juhtivateks sümptoomideks kopsu-, maksa- või ajukahjustused. Tsütomegaalia diferentsiaaldiagnostikas tuleb arvestada vastsündinute hemolüütilist haigust, mitmesuguse etioloogiaga kopsukahjustusi, kaasasündinud süüfilist ja toksoplasmoosi. Kodu- ja välismaiste autorite andmeil (1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 16) leiti tsütomegaalia elemente kuni 2 aasta vanuste surnud laste lahkamisel ainult süljenäärmetes 10—32%-l juhtudest ning 1—2%-l teistes elundites. Sellest tulenebki tsütomegaalia jaotamine lokaliseerunud ja generaliseerunud vormiks. Enamik autoreid peab lokaliseerunud haigusvormi ainult viirusekandmiseks. Osa autoreid aga arvab, et kogu kliinilise nähtude summa lokaliseerunud vormide puhul on tingitud vireemiast.

Haiguse jaotamine generaliseerunud ja lokaliseerunud vormiks on

tinglik veel selle poolest, et vahel võib lokaliseerunud vormide puhul leida tsütomegaalia elemente ka teiste elundite seerialõikudes. Väga tähtis on arvesse võtta mononukleaarsete infiltraatide olemasolu või puudumist. Kui neid leidub, võib ka tsütomegaalia elementide puudumisel mõelda generaliseerunud vormile. Neil juhtudel on võimalik, et tsütomegaalia elemendid pole veel jõudnud välja kujuneda (selleks kulub ligemale 3 nädalat) või nende rakkude tekkimine pole viiruse olemasolu korral tingimata vajalik. Võib veel oletada, et nendes infiltraatides esinenud hiidrakud on hävinud või muundunud.

Vaatlesime tsütomegaalia elemente erinevais arengufaasides, kusjuures mõningatel juhtudel jäid neist ainult varjud, ja ainult nende paiknemine iseloomulikes kohtades ning vaevumärgatavad kehakeste jäänused tuumas või protoplasmas võimaldasid neid ära tunda.

I. Levenbuki (6) arvates on tsütomegaalia kliiniline kulg erinevais vanuserühmades erisugune. Vastsündinuil kulgeb tsütomegaalia sageli kollatõve, erütroblastoosi ning maksa ja põrna hüperplaasianähtudega, mis väga meenutab vastsündinute hemolüütilist haigust. Varajases imikueas võivad tsütomegaalia puhul esineda mitmesugused nähud, sõltuvalt ühtede või teiste elundite kahjustusest. Kõige sagedamini esinevatele kopsuvormidele on iseloomulik läkaköha kuluga sarnanev interstitsiaalne plasmotsütaarne kopsupõletik. Üha sagedamini on hakatud tõstatama küsimust tsütomegaalia osatähtsusest interstitsiaalse kopsupõletiku etioloogias. G. Seifert ja J. Oeme (18) avastasid niisuguse kopsupõletiku ühtimise tsütomegaaliaga 80%-l haigestunud lastest, R. Kodjoussek (5) aga leidis peaaegu kõigil pneumotsüstilise kopsupõletikuga lastel süljenäärmetes tsütomegaalia.

Analoogiline on pilt ka meie andmetel. 40 vaatlusalusest avastati interstitsiaalne kopsupõletik 26-l. Neist ainult 4 juhul ühtis interstitsiaalne kopsupõletik tsütomegaalia elementide esinemisega kopsudes.

Tuleb märkida, et kolmel interstitsiaalse kopsupõletikuga haigel leiti võõrkeha-hiidrakke (mikrofoto 2) ja infiltraadi osalist mononukleaarset iseloomu, mis samuti kaudselt tõestab tsütomegaalianakkust. Niisugune sagedane tsütomegaalia sialoadeniitide samaaegne esinemine koos interstitsiaalse kopsupõletikuga kõneleb tõenäoliselt arvamuse kasuks, et tsütomegaalia on omaette haigus, mis võib kulgeda (nagu iga nakkus) erineva raskusastmega.

Et tsütomegaaliat on alles viimastel aastatel hakatud laialdasemalt uurima, siis on selles küsimuses veel palju ebaselget. Näiteks peeti seniajani ainukeseks tõestatud nakatumisviisiks transplatsentaarset teed. Selle vaate kasuks kõnelesid eksperimentaalandmed ja tsütomegaalia elementide leidmine surnultsündinuil ning vastsündinuil (3, 12).

Meie poolt uuritud 100 surnult- ja vastsündinul ei õnnestunud ühelgi juhul tsütomegaalia elemente leida. Kuni 1 aasta vanustel lastel, keda surnult- ning vastsündinutega ühtekokku oli 223, leiti tsütomegaalia elemente 40-l; 36 juhul ainult süljenäärmetes ja 4 juhul nii süljenäärmetes kui ka kopsudes. Kõige noorem laps oli 3-nädalane, kõige vanem 9-kuune. Enamik lapsi oli nooremad kui kuus kuud.

Need arvud langevad ühte ka teiste autorite andmetega ja panevad mõtlema selle üle, kas transplatsentaarne tee on tõesti nakkuse ainsaks edasikandumise võimaluseks. A. Novikova (8) juhib tähelepanu sellele, et 116-st uuritud surnult- ja vastsündinud lapsest ei leitud ühelgi tsütomegaalia elemente. Samal ajal leiti aga iga viienda alla aasta vanuse lapse süljenäärmetes tsütomegaalianakkust. Seda fakti hindab autor kui argumenti lokaliseerunud tsütomegaalia kaasasündinud iseloomu vastu, mis sunnib oletama, et viirus satub lapsesse emapiimaga. Selle seisukoha tõestamiseks kavatseb autor viroloogiliselt uurida emade piima, kelle lastel avastati tsütomegaalia lokaliseerunud vorm.

Mainitud küsimus nõuab veel lahendamist. Tsütomegaalia transplatsentaarsel teel edasikandumise pooldajad rõhutavad selle osatähtsust väärarengute ja enneaegsuse tekkes. Omades võimalust platsenta läbimiseks loote kõige varajasemas arenemisstaadiumis, elundite kujunemise ja formeerumise perioodil, kahjustab viirus neid elundeid, mis on pingelise diferentseerumise seisundis. Meie andmetel oli 40 tsütomegaaliaga lapsest 18 enneaegsed, 12 kaasasündinud väärarengutega. 5 juhul kaasnes tsütomegaaliaga endokardi fibroelastoos. Ülejäänud 7 vaatlusalusel kaasnesid aga mitmesugused aju-, südame-, soolestiku- jne. vead. Nimetatud 12 juhust 11-l oli tsütomegaalia sialoadeniit järsult väljendunud, üksikud juhad sisaldasid 10—12 tsütomegaalia elementi. Vastavalt olid väljendunud ka stroomas esinevad infiltraadid. Vaevalt on tsütomegaaliaga kaasnevate väärarengute nii kõrge protsent juhuslik.

Tsütomegaalia generaliseerunud ja lokaliseerunud vormide kulu illustreerimiseks esitame 2 meie vaatlusalust juhtu.

Juht 1. 2 kuu ja 3 nädala vanune laps Svetlana V. (haiguslugu nr. 1884) toodi Tallinna Linna Lastehaiglasse 8. okt. 1960 väikesekoldelise bronhopneumoonia, hüpotroofia II, katarraalse otiidi nähtudega ja kahtlusega südamerikete suhtes. Sündis normaalselt kulgenud raseduse järel, kehakaal 2600 g. 2-nädalaselt hakkas saama segatoitu. Ravi tulemusena likvideeriti kopsudes haiguslikud muutused, kuid 28. oktoobril tekkisid jällegi hingeldus ja rohked niisked räginad. Sedastati aneemiat, südames jäme süstoolne kahin. 29. oktoobril tütarlaps suri.

Lahangul leiti: üldine kehvveresus, suurekoldeline difuusne bronhopneumoonia, kopsuturse, hulgalised verevalumid pleura ja epikardi all; lõuaaluste süljenäärmete suurenemine, süda normaalse ehitusega. Histoloogiline uuring: kopsudes interstitsiaalne põletik, kohati mononukleaarse infiltratsiooni kolded suure arvu tsütomegaalia elementidega (vt. tahvel IV, mikrofotod 3 ja 4). Leiti ka võõrkeha-hiidrakke, mis samuti osutab viirushaigusele. Kõrva- ja lõuaalustes süljenäärmetes leidus rohkesti tsütomegaalia elemente ning stroomas mononukleaarseid infiltraate, ülejäänud elundeis düstroofilisi muutusi.

Juht 2. 3 ja poole kuune laps Lembit S. toodi Tallinna Vabariiklikku Haiglasse 20. dets.1961 (haiguslugu nr. 18655/987). Suri 28. jaan. 1962. Sündis III rasedusest kaaluga 3200 g. 4-nädalaselt hakkas saama kunstlikku toitu. Vanemad peavad end terveks. Üks laps on elus ja terve, teine suri sünnitusmajas meningiiti, kusjuures esines ka lülisambalõhestus. Kuu aega enne haiglasse saabumist täheldati lapsel köha, temperatuuri kõrgenemist kuni 38°, isupuudust. Viibis 4 päeva Tapa haiglas, seejärel viidi üle Tallinna Vabariiklikku Haiglasse, kuhu saabumisel oli raskes seisundis. Esinesid tsüanoos, hingeldus, süstoolne kahin südame tipus ja südame teistes osades.

Röntgenoloogiline uuring: südame vasak pool laienenud, kopsuväratite joonis tugevnenud. Ravi ei andnud tulemusi. Kliiniline diagnoos: kaasasündinud südamerike, kahepoolne bronhopneumoonia, hüpertroofia, aneemia, äge mädane otiit. Lahkamisel leiti: südamevatsakeste vaheseina defekt, süda suurenenud (kaal 58 g, norm — 28—30 g), difuusne bronhopneumoonia vasaku kopsu alumise sagara totaalse kahjustusega. Mädane otiit, I—II astme hüpotroofia.

Histoloogiliselt: kõrva- ja lõuaalustes süljenäärmetes massiliselt tsütomegaalia elemente ja stroomas mononukleaarseid infiltraate. Kopsudes pruuni induratsiooni foonil mädane bronhiit, laatunud katarraalne kopsupõletik mikroobide kooloniatega, kohati histiotsüüte ja võõrkeha-hiidrakke. Teistes elundites verepais ja düstroofia.

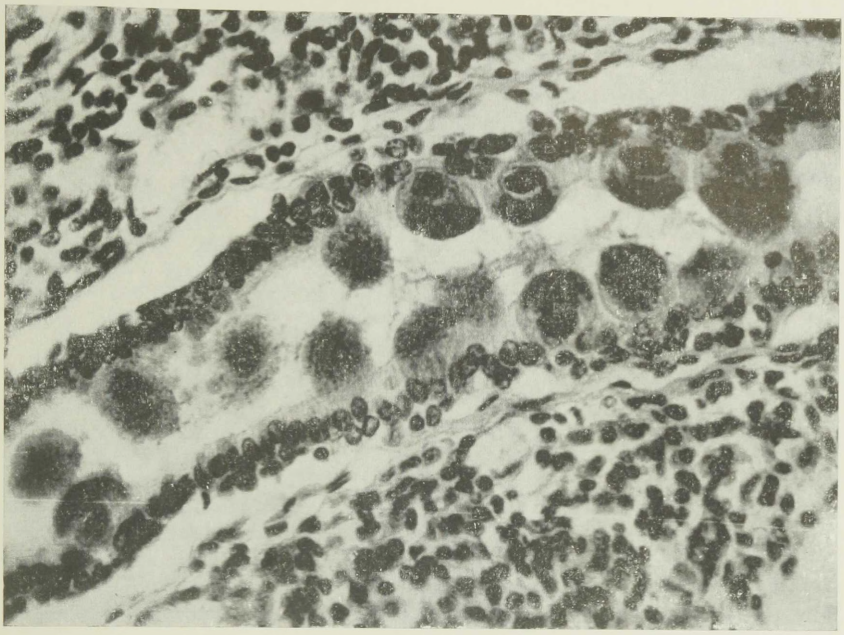
Järeldused

1. Tsütomegaalia on viiruste poolt süljenäärmetes tekitatud haigus, mis esineb varajases lapseeas.

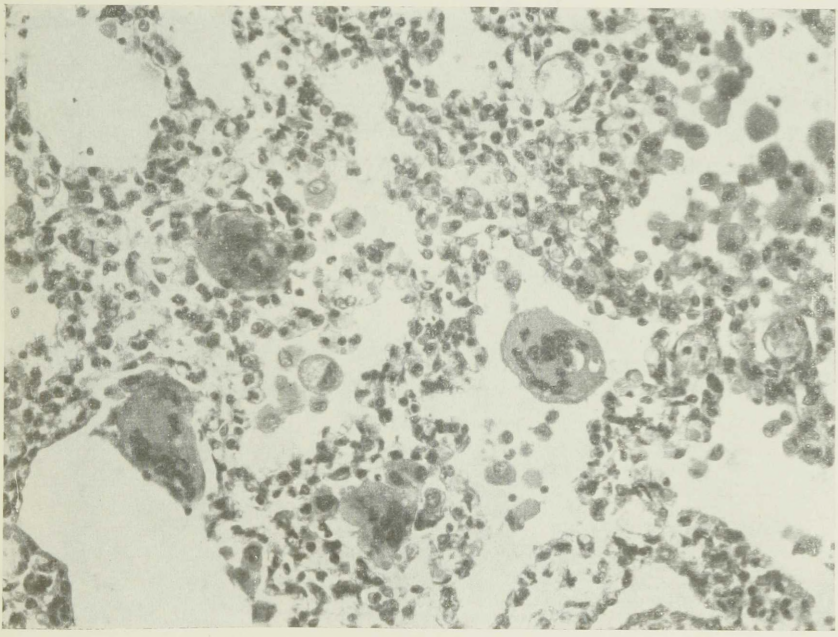
2. Haiguse liigitamine lokaliseerunud ja generaliseerunud vormiks ei vasta nähtavasti tegelikkusele, sest ka lokaliseerunud vormide puhul leitakse sageli interstitsiaalset kopsupõletikku, vahel ka võõrkeha-hiidrakke, mis kaudselt viitab viiruslikule kahjustusele (vireemia).

3. Tsütomegaalia elementide puudumisel tuleb arvesse võtta mononukleaarsete infiltraatide esinemist kui tsütomegaalia võimalikku tunnust.

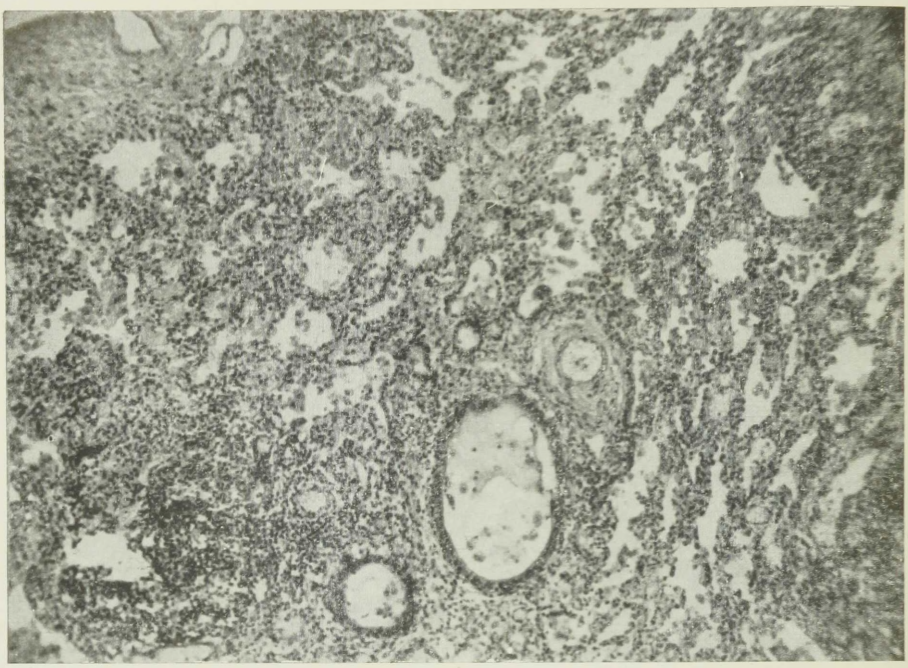
4. Nakkuse edasikandumise küsimus vajab edasist uurimist. Võib oletada, et transplatsentaarne tee pole ainsaks nakatumise võimaluseks.



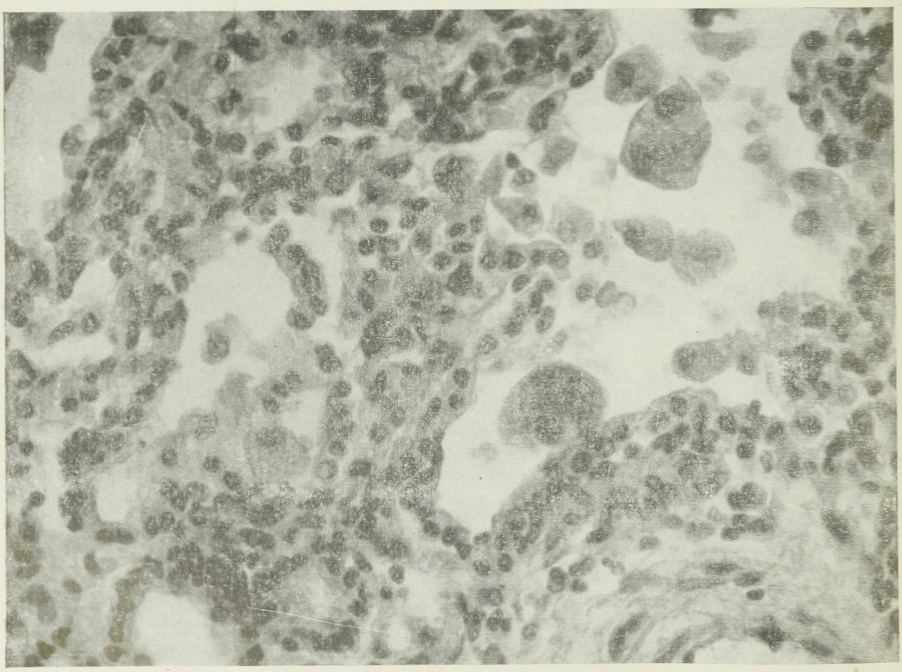
Mikrofoto 1. Süljenäärmejuhas massiliselt tsütomegaalia elemente. Stroomas mononukleaarsed infiltraadid. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 500 korda).



Mikrofoto 2. Võõrkeha-hiidrakud kopsudes tsütomegaalse kopsupõletiku puhul. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 150 korda).



Mikrofoto 3. Tsütomegaalne kopsupõletik. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 120 korda).



Mikrofoto 4. Eelneva mikrofoto fragment; alveoolides tüüpilised tsütomegaalia elemendid ja võõrkeha hiidrakud. (Värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 600 korda).

KIRJANDUS

1. Афанасьева В. М. и Жукова Е. К. Педиатрия, 1958, 4, 3—10. — 2. Гельман В. Б. Вопр. охраны материнства и детства, 1962, 3, 83—85. — 3. Гуревич П. С. Архив патологии, 1961, 9, 68—71. — 4. Катышева А. В. Педиатрия, 1958, 4, 11—14. — 5. Кодьоусек Р. Архив патологии, 1958, 10, 3—14. — 6. Левенбук И. С. Вопр. вирусологии, 1961, 5, 517—520. — 7. Лохов Д. Д. и Коленецкая В. А. Архив патологии, 1959, 11, 90—95. — 8. Новикова А. В. Вопр. охраны материнства и детства, 1962, 1, 42—46. — 9. Полыковский Г. С. Вопр. охраны материнства и детства, 1960, 2, 89—90. — 10. Тер Григорова Е. Н., Грицман Н. Н., Тоболин В. А., Вельтищев Ю. Е. Вопр. охраны материнства и детства, 1958, 6, 17—24. — 11. Тер Григорова Е. Н. и Ивановская Г. Е. Архив патологии, 1958, 10, 15—25. — 12, Тер Григорова Е. Н. Руководство по патологической анатомии, т. 3, М., 1960, 305—325. — 13. Фламм Г. Пренатальные инфекции человека. Пер. с нем. М., 1962, 70—75. — 14. Goodpasture, E., Talbot, F. tsit. 4 järgi. — 15. Haraszti, A. Cytomegalia infantum. Acta Morphol. Acad. Sci Hung. 1955, V. 6, 241—255. — 16. Jackson, L. tsit. 4 järgi. — 17. Ribbert, H. Zbl. allgem. Pathol., 1904, Bd. 15, S. 945. — 18. Seifert, G., Oeme, J. Pathologie und Klinik der Cytomegalia, Leipzig, 1957.

ЦИТОМЕГАЛИЯ

Р. Оршанская

Резюме

Цитомегалия — заболевание детей раннего возраста, лишь в последние годы стала формироваться в самостоятельную нозологическую единицу и привлекла к себе пристальное внимание педиатров и патоанатомов. Заболевание известно под разными наименованиями, из них наиболее известны: инклюзионная болезнь, вирусная инфекция слюнных желез. В настоящее время доказана вирусная этиология этого заболевания. Вирус обладает высокой видовой специфичностью, поражает преимущественно эпителиальные органы, в первую очередь — слюнные железы, и морфологически проявляется наличием цитомегалических элементов, которые формируются из клеток самого организма. Цитомегалические элементы — это крупные (до 30—40 μ) клетки с нормальным соотношением ядра и протоплазмы. Ядро крупное и содержит включение, отделенное от ядерной оболочки зоной просветления. Протоплазма пенистая и содержит в одном из полюсов до 30-ти базофильных включений.

Прижизненная диагностика цитомегалии трудна, описаны лишь единичные находки цитомегалических элементов в осадке мочи или в слюне больных детей.

До сих пор принято было считать наличие цитомегалических элементов только в слюнных железах — локализованной формой болезни или носительством вируса, нахождение же этих элементов и в других органах — генерализованной формой , т. е. собственно болезнью. Такой взгляд едва ли является правильным. По-видимому, деление на локализованную и генерализованную формы является условным. Можно допустить, что более тщательные поиски и при локализованной форме позволят найти цитомегалические элементы в других органах, затем вся сумма клиничеких проявлений и при локализованной форме может быть объяснена виремией.

Доказана возможность трансплацентарной передачи вируса от практически здоровой матери, что может обусловить всевозможные пороки развития. Вместе с тем высказывается мнение о наличии и других путей заражения, например, с молоком матери, в пользу чего говорит частое обнаружение цитомегалии у детей в первые месяцы жизни и только единичные находки у новорожденных и мертворожденных.

В вопросе о цитомегалии еще много неясного и только прижизненная диагностика цитомегалии, также как и пассирование вируса в тканевых культурах помогут разобраться во всех неясных сторонах этой инфекции.

TOITUMISEST EESTI NSV-s

Farmaatsiakandidaat *E. VAGANE*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Viimastel aastakümnetel on toimunud suured muutused inimeste tööja elutingimustes. Statistiliste andmete (9, 13) järgi elas Eesti linnades 1863. a. 8,7%, 1913. a. 18,6%, 1922. a. 28,4%, 1939. a. 33,7% ja 1959. a. 56,5% elanikest. Praegu elab vabariigi linnades umbes 60% elanikest, seega peaaegu kaks korda rohkem kui 1939. a. Linnastumise aste on meil kõrgem kui teistes liiduvabariikides. Urbanisatsiooni põhjustas industrialiseerimine, millega kaasnesid tööprotsesside mehhaniseerimine ja automatiseerimine ning tööproduktiivsuse tõus. Eesti NSV tööstustoodang ühe elaniku kohta ületas 1960. a. NSV Liidu keskmise tööstustoodangu ühe elaniku kohta 30% võrra (4).

Mitmete loomakasvatussaaduste (piim, või, liha ja munad) hulk ja kalasaak on Eesti NSV-s ühe elaniku kohta üleliidulisest keskmisest tunduvalt kõrgem.Piima, või ja kala toodangult elaniku kohta ületame ka Ameerika Ühendriikide, Inglismaa, Saksa FV ja mitmete teiste kapitalistlike riikide taseme (24). Tsivilisatsiooni arengut Eestis soodustas kirjaoskuse suhteliselt varajane levik. 1897. a. rahvaloenduse andmeil olid 96,2% elanikest kirjaoskajad (3).

Uued töö- ja elutingimused tõid kaasa muutusi ka elanikkonna toitumises. Ühelt poolt muutus toidutarvidus ja teiselt poolt toidu koostis.

Tööprotsesside mehhaniseerimine ja automatiseerimine vähendavad kehalise töö osatähtsust. Seega väheneb töötajate energiatarvidus. Tsivilisatsiooni arenguga kasvab vaimse töö tegijate, nn. istuva eluviisiga töötajate arv. Viimaste aastate uurimused on näidanud, et vaimne töö nõuab füüsilise tööga võrreldes küll vähem energiat, mida saadakse peamiselt süsivesikutest ja rasvast, kuid rohkem valku, vitamiine ja mõningaid mineraalaineid. O. Moltšanova (5) näitas, et igasugune töö, mis on seotud vaimse pingega, suurendab valkude lagunemist organismis. Vaimse töö puhul tõuseb ka fosforitarvidus. V. Vasjutotškin ja kaastöötajad (2) tõestasid, et pingerikas töö suurendab mitmete vitamiinide (C-, B_1-, B_2-, B_6- ja PP-vitamiin) defitsiiti, võrreldes kontrollrühmaga, 25—40% võrra. Ka muud tegurid, mis kutsuvad esile nn. füsioloogilise pinguse (stressi), suurendavad vitamiinide tarvidust. Seega erineb vaimset tööd tegeva inimese toidutarvidus nii kvantiteedilt kui ka kvaliteedilt füüsilist tööd tegeva inimese toidutarvidusest. Energiat andvate toitainete (rasv ja süsivesikud) osatähtsus on mõnevõrra langenud, valkude, vitamiinide ja fosfori osatähtsus aga tõusnud. Laste toitumises on valgud, vitamiinid ja mineraalained samuti esmajärgulise tähtsusega.

Milliseks on muutunud meie toit? Alustame laste toidust. M. Uibo (22) uuris aastail 1960—1962 Tartu lasteasutuste toiduratsioone. Tööst selgus, et ratsioonide kalorsus rahuldas laste energiatarviduse. Peaaegu kõik ratsioonid kannatasid aga suhtelise valguvaeguse all. Mineraalaineid (Ca, P ja Fe) oli neis vähe ja taimeõli peaaegu puudus. Ka toidu vitamiinisisaldus (peale B-rühma vitamiinide) oli madal.

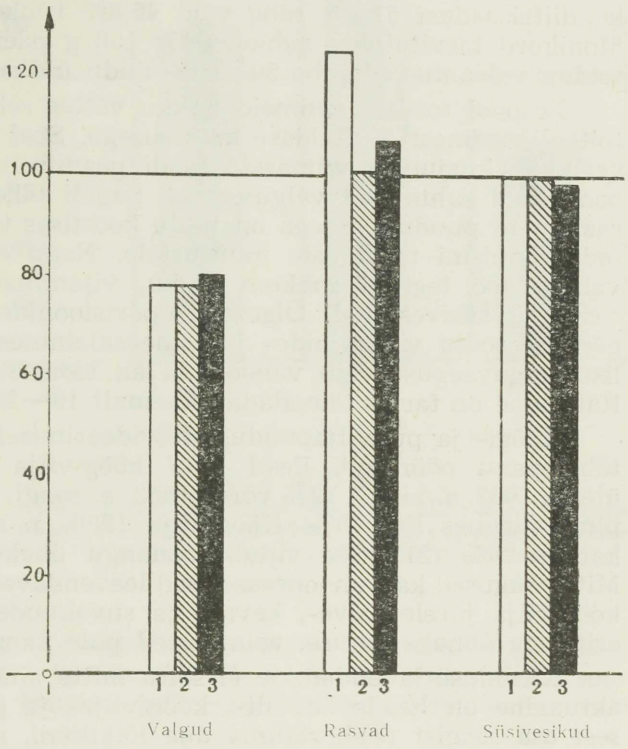
1960.—1962. a. uurisid Tallinna laste ja noorukite (lastesõimed, -aiad ja kutsekoolid) toitumist E. Roots ja A. Rihma (18) ning tulid samasugusele järeldusele kui M. Uibo. Nad märgivad, et toiduratsioonide kalorsus oli rahuldav (erandiks oli mõnede kutsekoolide õpilaste toit), kuid valgusisaldus madal. Teraviljasaadusi leidus toidus küllaldaselt, vähe aga oli köögivilja ja piima. Taimeõli peaaegu ei tarvitatud.

Aastail 1962—1963 uurisime Märjamaa alevi ja endise Märjamaa rajooni «Tasuja» ning Paide rajooni «Võidu» kolhoosi elanike toitumist.

Uurimistöö tulemusi võrdlesime NSV Liidu Riikliku Sanitaarinspektori poolt 1951. a. kehtestatud füsioloogiliste toidunormidega (8) ja Saksa Demokraatlikus Vabariigis kehtivate toidunormidega (19). Need andmed on toodud joonistel 1 ja 2. Meie andmetest selgub, et toiduratsioonide kalorsus on normile lähedane. Toidus on suhteliselt vähe valku ja palju rasva (suhe 1 : 1,3—1,6). Süsivesikute hulk läheneb normile. Valgu-, rasva- ja süsivesikute-sisaldus maaelanike toidus on väga lähedane toitainete-sisaldusele Saksa DV elanike toidus.

Sagedasemaks puuduseks toiduratsioonides oli köögivilja- (välja arvatud kartul) ja puuviljavaegus, eriti kevadel ja suvel (aprillist juulini). Nii tarvitasid Märjamaa alevi elanikud maikuus 75 g, «Tasuja» kolhoosi elanikud 34 g ja «Võidu» kolhoosi elanikud 67 g kapsast, porgandit, kaalikat ja muid köögivilju päevas (norm 302 g päevas). Puuvilju ja marju tuli iga elaniku kohta ainult 10—16 g päevas (norm 232 g päevas). Ainult üksikud perekonnad (umbes 5%) kasutasid toidu valmistamisel taimeõli. Maaelanikel sedastati kevadel C-, B_1- ja B_2-vitamiini puudust.

Ka toitlustamine Eesti NSV tervishoiuasutustes (haiglates, dispanserites ja sanatooriumides) sarnaneb üldjoontes eespool mainituga. A. Rihma (17) andmeil oli toidu kalorsus Tallinna haiglates ja dispanserites 1959. aastal normile lähedane, kuid toit oli suhteliselt valguvaene. Ratsioonides leidus vähe köögi- ning puuvilja, kala ja taimeõli



Joonis 1

1. Märjamaa alevi elanikud. 2. Märjamaa rajooni «Tasuja» kolhoosi elanikud. 3. Paide rajooni «Võidu» kolhoosi elanikud.

Pärnu ja Haapsalu sanatooriumides (1) valmistatavas toidus oli 1961.—1962. a. ülemäära valku, rasva ja süsivesikuid. Üldine päevane toiduratsioon sisaldas keskmiselt 4200—4700 kalorit. Kevadel ja varasuvel oli puudus köögiviljast. Puuvilja ja taimeõli leidus ratsioonides vähe. Toidus oli vähe ka C-, B_1-, ja B_2-vitamiine. Olgu mainitud, et sanatooriumid ei pööra küllaldast tähelepanu võitlusele liigsöömise vastu. Kehakaalu alandavaid dieete rakendatakse harva. Nii lahkus sanatooriumist 40—47% haigeist liigse kehakaaluga, kusjuures 14—17%-l haigeist ületas kehakaal 10—35 kg normaalse kehakaalu.

Mitme aasta statistilistest andmetest selgub, et Eesti NSV elanikud tarvitavad umbes poole vähem köögivilja (peale kartuli) sellest hulgast, mis üleliidulistes normides on ette nähtud (140,5 kg elaniku kohta aastas). V. Teitelbaum (21) märgib, et aastail 1958—1959 saadi meil ühe elaniku kohta 91 kg köögivilja, millest tarbiti 67 kg. Köögiviljavaegust ei korva sissevedu, millega kaeti sel ajal ainult 3,2% tarvidusest. Puu-

vilja ja marju süüakse meil veelgi vähem, nimelt ainult kuni pool normis ettenähtud hulgast. Kuigi kartulit tarvitatakse toiduks küllaldaselt (1,5—2,5 korda rohkem üleliidulisest normist), ei kata see mineraalainete ja vitamiinide puudujääki, sest kartul on mitmete vitamiinide ja mineraalainete poolest vaesem kui köögivili, puuvili ja marjad.

Vitamiinide ja mineraalainete vähesust toidus suurendab nn. rafineeritud toiduainete (suhkur, maiustused, või jms.) rohkus. O. Sepre (20) andmeil tarvitati Eesti NSV-s elaniku kohta aastas üle 6—7 kg, Ameerika Ühendriikides aga 3,7 kg võid. 1959. a. müüdi Eesti NSV elanikkonnale 3 korda rohkem suhkrut ja 6 korda rohkem võid kui 1950. a. (13). K. Kristin (12) märgib, et 1957. a. tarvitati töölisperekonnas suhkrut ja kondiitrisaadusi 51,3% ning võid 46,8% rohkem kui aastail 1937—1938. Mõnikord tarvitatakse suhkrut üle 100 g päevas (1, 14), ja rafineeritud toiduained annavad juba 50—60% toidu üldkalorsusest (1, 7).

Eespool toodud andmeid kokku võttes selgub, et Eesti NSV elanike toit oli enamasti küllaldase kalorsusega. Seal oli piisavalt rasva ja süsivesikuid, kusjuures viimaseid saadi peamiselt teraviljasaadustest. Ratsioonid olid suhteliselt valguvaesed. Sageli täheldati vitamiinide ja mineraalainete puudust. Seega on toidu koostises toimunud nihked vastupidised organismi tarviduste muutustele. Nagu eespool mainisime, vajavad vaimse töö tegijad rohkem valku, vitamiine ja fosforit, kuid vähem rasva ja süsivesikuid. Õigete proportsioonide taastamiseks peab rõhku panema toidu vitamiinide- ja mineraalainetesisalduse tõstmisele. Suhtelist valguvaegust võib vähendada ka loomsete rasvade piiramise arvel. Ratsioone on tarvis täiendada vähemalt 15—20 g taimeõliga päevas.

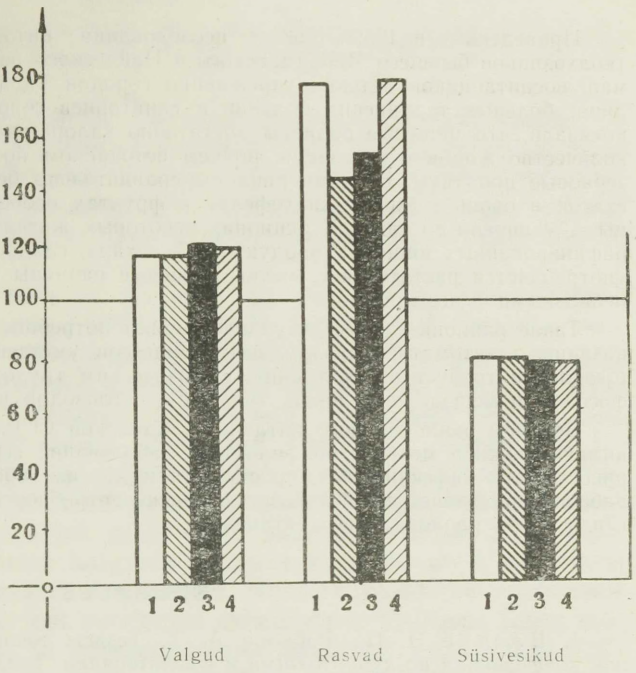
Köögi- ja puuviljapuuduse likvideerimisele pole meil seni küllaldast tähelepanu pööratud. Eesti NSV köögivilja kogusaak (ilma kartulita) ületas 1963. a. ainult 12% võrra 1953. a. saagi, kusjuures köögivilja külvipind vähenes ligi 40%. Köögivilja 1960. a. saagist moodustas ainuüksi kapsas 70% (21). See viitab toodangu ühekülgsusele ja liigivaesusele. Mitmesugused kasvuhoonesaadused leevendavad veel vähe puudust värske köögivilja järele talve-, kevad- ja suvekuudel. Meie puuviljakasvatuse, eriti aga õunakasvatuse, võimalused pole kaugeltki ammendatud.

Küsimuse lahendamine ei sõltu mitte ainult toodangu kasvust. Eriti aktuaalne on heade kartuli-, köögivilja- ja puuviljahoidlate ehitamine, sest osa saagist peab säilima uue lõikuseni, s. o. augustikuuni. 1961. a. oli kartulisaak (koos söödakartuliga) Eesti NSV-s iga elaniku kohta ligikaudu 1 tonn, seega 10 korda rohkem üleliidulisest normist, kuid sellest hoolimata sööme heade kartulihoidlate vähesuse tõttu kevadel ja suvel sööklates sageli kartuli asemel makarone ja lapšaad.

Et köögiviljast toidu valmistamine nõuab võrdlemisi palju tööd, siis peab sööklates rohkem masinaid kasutama. Kartuli ja köögivilja kulinaarsel töötlemisel on oluline rakendada selliseid valmistamisviise, mis säilitavad vitamiine ja mineraalaineid.

Toidu valgusisalduse tõstmiseks on meil samuti küllalt suuri võimalusi. O. Konsapi (11) andmeil tarvitati 1959. a. Eesti NSV-s lõssi valku rohkem tehniliseks otstarbeks kui toiduks. Koos väärtusliku valguga lähevad seejuures enamasti kaduma piima süsivesikud (piimasuhkur), mineraalained (kaltsium, fosfor jt.) ja vees lahustuvad vitamiinid (B-vitamiin jt.). Elanike toidubilansist tuleb maha arvata ka lõssi toitevääртus. On aga teada, et ühe liitri lõssi kalorsus vastab 250 g lahjale loomalihale. 1966. a. lõpetatakse lõssi kasutamine tehniliseks otstarbeks ja toiduainetetööstus hakkab rohkem odavat rasvavaest kohupiima ja juustu tootma. Nagu ajakirjandus korduvalt märgib, on meil palju võimalusi toidulaua rikastamiseks kalaga. Toiduainetekauplustes on piima küllaldaselt, kuid Tallinnas tuleb keskmiselt elaniku kohta ainult kolmandik liitrit piima päevas (norm 0,5 l).

Et meie toiduratsioonides esineb suhtelist valguvaegust ja rasvaliigsust, vajavad mõnede toiduainete koostise ja sortimendi küsimused vastavat suunamist. Vorst, kohupiim ja juust peaksid olema eeskätt valgurikkad toiduained. Nn. doktorivorsti toodangut tuleks suurendada rasvarikaste vorstisortide arvel. Rasvasisalduse vähendamine mõnedes konservides (mulgikapsas jt.) parandaks nende maitset ja alandaks hinda.



Joonis 2

1. Märjamaa alevi elanikud. 2. Märjamaa rajooni «Tasuja» kolhoosi elanikud. 3. Paide rajooni «Võidu» kolhoosi elanikud. 4. Saksa DV elanikud.

Et toitumise küsimused on Eesti NSV-s aktuaalsed, see nähtub haigestumusest ja suremusest. A. Gunteri (10) andmeil põhjustavad südame ja vereringe haigused meil peaaegu poole suremusest ja 70% invaliidsusjuhtudest. A. Mjasnikov kaastöötajatega (6) tuli võrdlevas uurimistöös järeldusele, et 1955.—1958. a. esines Tallinna elanikel südamelihase infarkte 3,3 korda rohkem kui Dušanbe elanikel ja üle kahe korra sagedamini kui Rjazani elanikel. Ateroskleroosi profülaktikas on tähtis koht toitumisel, sest liigtoitumine, mitmete vitamiinide (A-, B_6-, B_{12}-, PP-, C-, P-vitamiin jt.) ja taimeõli (F- ja E-vitamiin) puudus soodustavad haiguse arengut. Haiguse progresseerumisele aitab kaasa eriti suur vaimne pinge.

T. Reki (16) andmeil esines 95%-l Eesti NSV kooliõpilastest hambakaariest. Hambasööbija laialdast levikut meie vabariigis võib seostada vitamiinide (B_1-, C-vitamiin jt.) ja mineraalainete (fluor jt.) puudusega.

Ka teisi, nn. tsivilisatsioonihaigusi (maksa- ning neeruhaigused, krooniline kõhukinnisus, ainevahetushaigused jt.) tuleb meil veel ette küllalt sageli. Endeemilise struuma levikut Eesti NSV-s soodustab tõenäoliselt toidu puudulikkus, sest A-, B_1-, C- ja D-vitamiini vähesus, valguvaegus ja rasvaliigsus mõjustavad kilpnäärme talitlust (15). Nakkushaiguste ja nn. külmetushaiguste levikut soodustavad hüpovitaminoosid, mida Eesti NSV-s tekib talvel, kevadel ja ka suvel (23).

Tekkinud ebakõla organismi toiduvajaduse ja toidu tegeliku koostise vahel ei saa kohanemisega likvideerida, sest ka organismi kohanemisreaktsioonide puhul on esmajärgulise tähtsusega just valgud, vitamiinid ja mineraalained. Seega jääb üle ainuke tee — rahuldada organismi vajadusi ka uutes töö- ja olustikutingimustes.

Et toitumist parandada, peavad paljude erinevate kutsealadega töötajad sellele küsimusele rohkem tähelepanu pöörama. Toiduainete küllus üksi aga ei taga tervislikku toitumist. Tervishoiutöötajate ülesandeks jääb organismi toiduvajaduse hoolikas uurimine ja tervisliku toitumise põhimõtte propageerimine. See on tähtis kohustus, sest meie klimaatilised tingimused ja intensiivne töö esitavad inimesele suuri nõudmisi.

О ПИТАНИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. Вагане

Резюме

Проведенные в 1959—1963 гг. исследования питания населения Эстонской ССР (колхозников бывшего Мярьямааского и Пайдеского районов, жителей поселка Мярьямаа, воспитанников детских учреждений городов Таллина и Тарту, школьников Таллина, больных таллинских больниц и санаториев городов Пярну и Хаапсалу и др.) показали, что пищевые рационы достаточно калорийны. Пища содержит необходимое количество жиров и углеводов, причем источником последних является в основном зерновые продукты. Белками рационы сравнительно бедны. Часто наблюдается недостаток в овощах (кроме картофеля) и фруктах особенно в весенние и летние месяцы — с апреля по июль. В рационах некоторых жителей города наблюдается излишек рафинированных пищевых продуктов — сахара, сладостей, масла и др. Недостаточно употребляется растительное масло. Пищевые рационы часто бедны витаминами и минеральными веществами.

Такие рационы не всегда удовлетворяют потребности организма. Вследствие механизации и автоматизации трудовых процессов умственный труд становится превалирующим и требует по сравнению с физическим трудом больше белков, витаминов и фосфора и меньше источников энергии — углеводов и жиров.

Вопросы рационального питания в Эстонской ССР актуальны потому, что они занимают важное место в профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы, кариеса зубов, инфекционных, простудных и других заболеваний. Задачей медицинских работников язвляется тщательное изучение потребности организма и широкая пропаганда основ рационального питания.

KIRJANDUS

1. Вагане Э. П., Рихма А. Х. Тезисы докладов VI республиканской научной конференции по курортологии и физиотерапии. Таллин, 1963, 11—12. — 2. Васюточкин В. М. В сб.: Вопросы питания здорового и больного человека. Рига, 1960, 43—49. — 3. Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. Эстонская ССР. М., 1962. — 4. Кулль Э. Научное совещание географов и экономистов Прибалтики. Резюме докладов. Таллин, 1963, 4—9. — 5. Молчанова О. П. Основы рационального питания. М., 1958. — 6. Мясников А. Л. Терапевт. архив 1960, 8, 3—14. — 7. Раннак Э. Труды I биохимической конференции Прибалтийских республик и Белоруссии. Тарту, 1961, 329—335. — 8. Супоницкий М. Я., Гордин Б. Л., Картелев И. С. Справочное пособие по санитарному законодательству. Киев, 1959. — 9. Eesti NSV ajalugu I köide. Tallinn, 1955. — 10. Gunter, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 3—7. — 11. Konsap, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 5, 31—34. — 12. Kristin, K. Eesti NSV. Andmete kogumik. Tallinn 1959, 267—279. — 13. Nõukogude Eesti saavutusi 20 aasta jooksul. Statistiline kogumik. Tallinn, 1960. — 14. Pandre, A., Rihma, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 4, 29—33. — 15. Pose, G. Ernährungsforschung, 1963, 2, 241—262. — 16. Rekk, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 6, 36—39. — 17. Rihma, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 44—48. — 18. Roots, E., Rihma, A. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi IV konverentsi teesid. Tallinn, 1962, 88—89. — 19. Schall, H. Nahrungsmitteltabelle. Leipzig, 1962. — 20. Sepre, O. Rahva Hääl, 1963, 3. jaan. — 21. Teitelbaum, V. Köögiviljakasvatuse arendamise küsimusi Eesti NSV-s. Tallinn, 1961. — 22. Uibo, M. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi IV konverentsi teesid. Tallinn, 1962, 87—88. — 23. Vagane, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 3, 56—60. — 24. Veimer, A. Eesti Kommunist, 1964, 2, 30—39.

TALLINNA TÖÖLISTE JA TEENISTUJATE HAIGESTUMINE SÜDAME JA VERESOONKONNA HAIGUSTESSE

Arstiteaduse kandidaat *I. MARIPUU*, arstiteaduse kandidaat *B. SCHAMARDIN* ja *E. KASK*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Viimaste aastakümnete jooksul on elanikkonna suremine südame ja veresoonkonna haigustesse tunduvalt tõusnud. Nii on see paljudes maades (Austraalia, Holland, Kanada, Norra) 1955. a. suurenenud, võrreldes 1900. aastaga, 3,5 korda [E. Deitšman (7)]. Aastail 1954—1955 suri südame ja veresoonkonna haigustesse USA-s 49,0%, Inglismaal 48,3%, Rootsis 45,7% ja Taanis 44,7%.

Tallinna linnas moodustasid südame ja veresoonkonna haigused 1958. a. 47,1% üldisest surmajuhtude arvust [I. Levin (13)], ületades tunduvalt NSV Liidu vastava näitaja samal aastal, mis S. Kurašovi (9) järgi on 31%. A. Gunteri (11) andmeil põhjustavad südame ja veresoonkonna haigused Eesti NSV-s 70% kõigist invaliidsuse juhtudest. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teraapia Instituudi töötaja I. Glazunovi (4) uurimus näitas, et Tallinnas on registreeritud muude vaatlusaluste linnadega (Dušanbe, Rjazan ja Arhangelsk) võrreldes kõige rohkem suremist müokardi infarkti tagajärjel, mida autor seostab toiteliste teguritega.

Südame ja veresoonkonna haiguste arengut mõjustavatest teguritest on tähtsad ka elukutsega seotud tingimused. Nende osatähtsuse uurimisele pööratakse viimasel ajal järjest suuremat tähelepanu. Tallinna linna töötajate haigestumist südame ja veresoonkonna haigustesse uurisime polikliiniliste ning statsionaarsete ravi- ja profülaktikaasutuste 1960. aasta andmete alusel. Algdokumentidena kasutasime täpsustatud diagnoosi registreerimise talonge (vorm nr. 25-v) ja statsionaarist lahkunu kaarti (vorm nr. 266), millele olid lisatud andmed töökoha (asutuse), tööstusharu ja elukutse (tööala) kohta. Nimetatud dokumendid, mis olid täidetud 1960. aasta jooksul kõigi Tallinna ravi- ja profülaktikaasutuste (välja arvatud mõned ametkondlikud tervishoiuasutused) poolt, saime Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonnalt. Nendest eraldasime südame ja veresoonkonna haigusi põdevate tööliste ja teenistujate kohta täidetud talongid ja kaardid. Dokumendid seati tähestikulisse järjekorda ja võeti välja dublikaadid.

Südame ja veresoonkonna haigused grupeeriti 8 rühma, kusjuures arvestati kehtivat haiguste nomenklatuuri (1). Teateid elanikkonna üldarvu, soo, vanuse ja jaotuse kohta rahvamajandusharude järgi saadi 1959. a. rahvaloenduse andmetest.

Tallinna tööliste ja teenistujate haigestumisest südame ja veresoonkonna haigustesse antakse ülevaade tabelis 1. Sellest nähtub, et kõige sagedamini esines uuritavatel hüpertooniatõbe — 19 juhtu (1000 töötaja kohta). See fakt on kooskõlas kogu Tallinna elanikkonna uurimisel (südame ja veresoonkonna haiguste suhtes) saadud andmetega [I. Levin (13)].

Südame ja veresoonkonna haiguste esinemise sagedus töölistel ja teenistujatel, sõltuvalt elueast ja soost, on esitatud tabelites 2 ja 3. Nagu tabelist 2 nähtub, täheldatakse naistel (enamikus vanuserühmades) südame ja veresoonkonna haigusi üldiselt sagedamini kui meestel; erandi moodustavad üle 60 aasta vanuste meestööliste ja alla 20 aasta vanuste meesteenistujate rühm, kelle seas haigestumine nimetatud haigustesse oli kõrgem kui samaealistel naistel. Need andmed on kooskõlas S. Kurašovi poolt 1960. a. esitatud vastavate näitajatega südame- ja veresoonkonna haiguste kohta Vene NFSV 44 suuremas linnas, sealhulgas ka Moskvas ja Leningradis.

Tallinna tööliste ja teenistujate üldine haigestumine 1960. a. südame ja veresoonkonna haigustesse rahvamajandusharude järgi (‰-des)

	Reumaatilised südamehaigused	Stenokardia	Müokardi infarkt	Kardioskleroos (ateroskleroos)	Hüpertooniatõbi	Ateroskleroos (üldine)	Perifeersete veresoonte haigused	Muud südame ja veresoonte haigused	Kokku
Töölised	4,8	2,5	0,8	12,0	19,2	4,6	15,2	2,4	61,5
A. Tööstustöölised	5,9	2,6	0,7	11,8	20,7	3.6	16,7	2,8	64,8
1. Elektri- ja soojusenergia tootmine	16,4	8,2	—	22,5	26,6	14,3	40,9	4,1	132,9
2. Masinaehitus ja metallitöötlemise tööstus	4,6	2,5	0,7	7,3	15,1	2,2	10,8	1,6	44,8
3. Keemiatööstus (*incl.* mäekeemiatööstus)	9,0	2,6	0,6	18,3	32,7	6,1	25,3	4,2	98,6
4. Ehitusmaterjalide tööstus (*incl.* klaas, portselan)	5,4	3,1	—	11,9	15,4	0,4	18,5	3,1	57,8
5. Metsa-, puidu- ja paberitööstus	4,3	3,0	0,2	16,0	20,7	5,4	18,8	2,7	71,0
6. Polügraafiatööstus	8,5	2,6	—	13,6	23,0	5,1	17,9	3,4	74,2
7. Tekstiili- ja õmblustööstus	7,6	1,8	0,9	12,5	23,0	3,2	17,0	3,6	69,8
8. Naha-, karusnaha- ja jalatsitööstus	3,9	1,8	0,7	14,4	14,4	6.0	15,8	3,9	61,0
9. Toiduainetetööstus	6,7	3,8	1,6	15,4	30,4	4,3	25,0	5,1	92,2
10. Liha- ja piimatööstus	3,4	1,2	1,2	6,9	19,5	4,6	26,4	1,2	64,2
11. Kalatööstus	4,1	2,8	0,7	4,8	28,3	3,4	15,9	1,4	62,1
12. Muud tööstusharud	8,0	5,8	2,2	23,8	38,3	6,5	29,6	4,3	118,5
B. Muud töölised (mitte tööstustöölised)	3,4	2,3	0,9	12,4	17,1	5,9	13,0	1,9	56,9
13. Ehitustöölised	3,0	1,7	0,3	7,0	9,2	3,0	10,2	1,3	35,6
14. Transporditöölised (*excl.* raudteelased)	2,9	3,6	1,3	7,3	16,2	2,5	12,7	1,8	48,4
15. Kaubandustöölised (toitlusettevõtete, elamu-, kommunaal- ja muud töölised)	3,3	2,1	1,0	16,8	21,1	8,5	14,5	2,3	70,1
Teenistujad	5,3	3,5	1,0	12,9	18,6	2,8	11,9	3,1	59,2
16. Tööstus- ja ehitusorganisatsioonide teenistujad	4,7	3,7	1,0	11,8	14,8	1,9	11,7	2,6	52,2
17. Side- ja transpordi (*excl.* raudteelased) teenistujad	5,6	6,2	1,2	12,7	26,0	1,5	15,6	3,0	72,0
18. Tervishoiuala töötajad	11,9	4,2	0,9	21,5	26,8	4,4	17,6	4,4	91,8
19. Hariduse, teaduse ja kunstiala töötajad	7,8	3,3	1,2	16,7	23,8	5,4	13,2	5,4	77,1
20. Muud teenistujad	3,3	2,9	0,9	10,3	16,6	2,2	9,7	2,3	48,3
Kokku (1—20)	5,0	2,9	0,8	12,3	19,0	3,9	14,0	2,7	60,7

Tabel 2

Tallinna tööliste ja teenistujate üldine haigestumine südame ja veresoonkonna haigustesse 1960. a. sõltuvalt soost ja vanusest (‰-des)

Vanus	Töölised			Teenistujad			Kokku		
	Mehed	Naised	Kokku	Mehed	Naised	Kokku	Mehed	Naised	Kokku
alla 20 a.	10,5	13,1	11,4	26,7	23,1	23,8	11,3	15,8	13,4
20—29	15,1	24,0	18,4	14,0	19,0	17,1	14,9	21,8	18,4
30—39	33,7	41,6	37,3	24,5	27,3	26,2	30,4	34,0	32,2
40—49	65,4	76,8	71,5	68,1	71,2	69,9	66,5	74,6	70,6
50—59	143,6	148,7	146,5	160,0	175,4	167,9	149,2	157,4	153,3
üle 60	268,6	214,9	242,8	283,3	355,0	318,4	273,0	238,9	255,9
Kokku	53,2	71,5	61,5	64,0	55,8	59,2	56,4	64,9	60,7

Tabel 3

Tallinna tööliste ja teenistujate haigestumine südame ja veresoonkonna haigustesse 1960. a. üksikute haigusrühmade järgi sõltuvalt soost ja vanusest (‰-des)

Vanus	Reumaatilised südamehaigused		Stenokardia		Müokardi infarkt		Kardioskleroos (ateroskleroos)		Hüpertoo-niatõbi		Ateroskleroos (üldine)		Perifeersete veresoonte haigused		Muud südame ja veresoonkonna haigused	
	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.	M.	N.
alla 20 a.	4,7	10,6	—	—	—	—	0,2	0,3	5,3	1,8	—	0,3	0,8	1,8	0,4	0,8
20—29	3,6	10,5	0,2	0,1	0,04	—	0,1	0,1	6,1	3,1	0,1	0,1	4,4	7,0	0,3	1,1
30—39	3,8	7,6	1,8	1,2	0,2	0,1	0,8	0,7	9,9	7,1	0,1	0,1	11,2	14,4	2,5	2,7
40—49	1,2	5,7	5,8	3,4	2,1	0,5	13,4	9,0	18,4	26,9	1,4	0,5	20,5	21,6	3,5	6,2
50—59	1,5	2,1	13,6	4,5	3,5	1,3	51,4	41,1	39,5	68,9	8,7	8,1	26,8	25,8	4,0	5,4
üle 60	—	1,2	11,5	4,0	7,0	2,9	91,2	74,2	67,6	78,2	56,4	56,6	37,0	19,6	2,2	3,4
Kokku	2,9	7,1	3,9	1,9	1,2	0,5	13,3	11,3	16,2	21,7	3,9	4,0	13,0	15,0	2,0	3,4

Paralleelselt inimese vananemisega tõusis üldine haigestumine südame ja veresoonkonna haigustesse, mis on ka kirjanduse andmeil üldtuntud nähtus. Reumaatilisi südamehaigusi esines naistel kõigis vanuserühmades meestega võrreldes üle kahe korra sagedamini (tabel 3). Meestel oli keskmiseks näitajaks 2,9, naistel aga 7,1 1000 töötaja kohta. Ühteaegu eluea tõusuga langes reumaatiliste südame ja veresoonkonna haiguste sagedus.

Stenokardiasse ja müokardi infarkti haigestus seevastu mehi tunduvalt rohkem kui naisi (tabel 3). Nii oli stenokardia puhul keskmiseks näitajaks meestel 3,9, naistel 1,9; infarkti korral aga meestel 1,2 ja naistel 0,5 (1000 elaniku kohta). Nende haiguste esinemise sagedus tõusis inimese vananemisega, kusjuures stenokardiasse haigestumine oli kõige kõrgem 50—59-aastaste rühmas, müokardi infarkti aga 60-aastastel ja vanematel.

Ateroskleroötilist kardioskleroosi põdesid mehed sagedamini kui naised, eriti vanemaealiste rühmades (tabel 3). Nii oli haigestumuse keskmiseks näitajaks 30—39-aastaste seas meestel 0,8 ja naistel 0,7; 60-aastaste ja vanemate hulgas aga meestel 91,2 ja naistel 74,2 1000 isiku kohta. Seega eluea kõrgenemisega kasvab ateroskleroötilise kardioskleroosi esinemise sagedus meestel rohkem kui naistel. Ateroskleroosi esinemise sageduses ei täheldatud olulist erinevust meeste ja naiste vahel (tabel 3). Nii haigestus 1000 isiku kohta meestest 3,9 ja naistest 4,0 inimest. Üldine ateroskleroos sagenes eluea tõusuga, eriti pärast 60. eluaastat.

Hüpertooniatõbe põdesid naised üldiselt rohkem kui mehed (tabel 3); nii oli 1000 mehe kohta 16,2, 1000 naise kohta seevastu 21,7 haiget. Analüüsides hüpertooniatõve levikut nii meeste kui ka naiste hulgas selgus, et noorematel meestel esines nimetatud haigust tunduvalt sagedamini kui naistel. Nii oli haigestumisjuhtude arv 1000 isiku kohta alla 20 aasta vanuste meeste rühmas 3 korda suurem (5,3), võrreldes samaealiste naiste rühmaga (1,8), ning 20—29-aastaste meeste rühmas kaks korda sagedam (6,1) kui samaealiste naiste rühmas (3,1). Alles 40—49-aastaste rühmast alates hakkab hüpertooniatõbi naiste seas prevaleerima. 50—59-aastastel naistel täheldati hüpertooniatõbe kaks korda sagedamini kui meestel (näitajad 1000 isiku kohta vastavalt 39,5 ja 68,9). Selliseid andmeid hüpertooniatõve esinemise suhtes NSV Liidu suurtes linnades esitab ka S. Kurašov (9), ainult selle vahega, et hüpertooniatõbi prevaleerib juba 30—39-aastaste naiste puhul.

Perifeersete veresoonte haigusi põdesid alla 50 aasta vanused naised mõnevõrra sagedamini kui mehed (tabel 3). 50—59-aastaste seas oli haigestumus ligikaudu võrdne: meestel 26,8 1000 isiku kohta, naistel 25,8. Pärast 60. eluaastat oli haigestumisjuhtude arv meestel kaks korda suurem (37,0) kui naistel (19,6). Perifeersete veresoonte haiguste esinemise sagedus tõusis vastavalt inimese vananemisega. Muid südame ja veresoonkonna haigusi leiti naistel üldiselt rohkem kui meestel (meestel 2,0 1000 kohta, naistel 3,4; tabel 3).

Olulist erinevust tööliste ja teenistujate haigestumises südame ja veresoonkonna haigustesse ei märgatud (tabel 1). Tööstustöölistega võrreldes (64,8) oli aga haigestumus muude haiguste puhul siiski madalam: esimeste vastavaks suhtarvuks oli 64,8, teistel — 56,9. Kõige sagedamini täheldati südame ja veresoonkonna haigusi elektri- ja soojusenergiat tootvatel töötajatel (132,9). Võrreldes muude tööliste ja teenistujate rühmadega olid mainitud rühmas ülekaalus reumaatiliste südamehaiguste, stenokardia, arterioskleroosi ja perifeersete veresoonte haigused. Et südame ja veresoonkonna haiguste sagedasem esinemine neil töölistel ei olnud seostatav ealiste ega sooliste teguritega, siis võiks siin mõningal määral elukutse mõju arvestada. Teisel kohal olid muude tööstusharude

töölised (118,5); südame ja veresoonkonna haiguste sagenemine on seostatav sellega, et mainitud rühmas olid põhiliselt vanemaealised töötajad, kellel neid haigusi rohkem esines. Seoses nimetatuga tuleb märkida, et sellesse rühma, võrreldes kõigi teiste uuritud tööliste ja teenistujate rühmadega, kuulus kõige rohkem müokardi infarkti, ateroskleroотilist kardioskleroosi ja hüpertooniatõbe põdevaid haigeid.

Südame ja veresoonkonna haiguste esinemise sageduselt olid 3. kohal keemiatööstuse töölised (98,6). Nende sagedast haigestumist võiks seostada elukutsega, eeskätt mitmesuguste toksiliste ainete mõjuga südamele ja veresoontele. Ka kirjanduses pööratakse tähelepanu südame ja veresoonkonna haigustesse haigestumise kasvule seoses toksiliste ainete mõjuga; [G. Dinischiotu (10), J. Nofer ja L. Szymborski (15)].

Teenistujate seas esines kõige rohkem südame ja veresoonkonna haigusi tervishoiutöötajatel (91,8). Muude teenistujatega võrreldes täheldati neil kõige sagedamini reumaatilisi südame ja veresoonkonna haigusi, ateroskleroosi, kardioskleroosi, hüpertooniatõbe ja perifeersete soonte haigusi. Need faktid on teataval määral kooskõlas ka kirjanduse andmetega selle kohta, et arstidel, võrreldes muu elanikkonnaga, on avastatud võrdlemisi sageli mõningaid südame ja veresoonkonna haigusi, nagu hüpertooniatõbe ja müokardi infarkti [J. Morris kaasautoritega (14), Kyn-Talk ja Wilbut (12), F. Gudošnikov (5)].

Teenistujate seas on haigestumuselt 2. kohal haridus-, teadus- ja kunstiala töötajad (77,1) ning 3. kohal sidetöötajad ja transporditöölised (72,0).

Hinnates eespool mainitud andmeid südame ja veresoonkonna haiguste esinemise sageduse järgi (pöördumise järgi) erinevates rahvamajandusharudes, tuleb märkida, et need andmed võivad meie arvates peegeldada ainult orienteeruvalt elukutse mõju kõnealuste haiguste tekkele, viidates mõnedes rahvamajandusharudes töötavate inimeste lähema uurimise vajadusele. Mõningaid kirjanduse andmeid arvestades [N. Anastasjev (2), Z. Volõnski (3), E. Krister kaasautoritega (8) jt.] tuleks elukutse osatähtsuse uurimiseks soovitada eeskätt kindlate töötajate kontingentide võrdlevat otsest uurimist, mitte aga uurimist meditsiinilise dokumentatsiooni alusel.

KIRJANDUS

1. Алфавитный перечень диагностических обозначений. М., 1958. — 2. Анастасьев Н. М. Профессионально-бытовые факторы среды в этиологии гипертонической болезни. М., 1958. — 3. Волынский З. М. Наблюдения за состоянием артериального давления у рабочих пищевых предприятий Ленинграда. В кн.: Вопросы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на промышленных предприятиях. М., 1960, 65—80. — 4. Глазунов И. Тезисы докладов XII научной сессии Института терапии АМН СССР, М., 1961, 29. — 5. Гудошников Ф. Ф. Заболеваемость медицинских работников и их диспансеризация. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск, 1960. — 6. Дворкина И. С. и Манжос М. П. К изучению причин и условий развития гипертонической болезни и коронарной недостаточности у рабочих. В кн.: Вопросы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на промышленных предприятиях. М., 1960, 36—41. — 7. Дейчман Э. И. Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Под ред. А. М. Меркова. Причины смерти населения в 1900—1955 г. М., 1961. — 8. Кристер Э. Э., Беляева О. Н., Голдина В. В., Гурская Т. К., Дещенко А. И. Клинич. медицина 39, 1961, 12, 3—6. — 9. Курашов С. В. Организация борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М., 1960. — 10. Dinischiotu, G. T. Med. interna, 13, 1961, 3, 321—338. — 11. Gunter, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 3—7. — 12. Kyn-Talk a. Wilbut. Arch. Internal Med. 97, 1956, 4, 421—430. — 13. Levin, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 5, 1962, 2, 41—45. — 14. Morris, J. N., Heady, J. A., Barley, R. G. Brit. Med. J. 1952, 4757, 503—520. — 15. Nofer, J., Szymborski, L. Med. pracy, 12, 1961, 2, 157—164.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ РАБОЧИХ И СЛУЖАЩИХ ГОРОДА ТАЛЛИНА

И. Марипуу, Б. Шамардин и Э. Каск

Резюме

На протяжении последних десятилетий смертность среди населения от сердечно-сосудистых заболеваний в ряде стран значительно повысилась. Так в Австралии, Голландии, Канаде, Норвегии смертность от этих заболеваний в сравнении с 1900 годом в 1955 году увеличилась в 3,5 раза.

В 1958 году в городе Таллине смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляла 47,1% из общей смертности. Из факторов, влияющих на развитие этих заболеваний являются также и профессиональные вредности, на устранение которых за последнее время стали уделять больше внимания. В Таллине заболевания сердечно-сосудистой системы наичаще наблюдались у рабочих производства электро- и тепловой энергии; на втором месте эти заболевания встречаются среди рабочих «других» отраслей промышленности (указанных в таблице) и на третьем — среди рабочих химической промышленности. Среди служащих чаще всего заболевания сердечно-сосудистой системы отмечали у медицинских работников; на втором месте по этим заболеваниям были работники просвещения, науки и искусства и на третьем — работники связи и транспорта.

При изучении значения профессиональных вредностей необходимо, прежде всего, проводить сравнительное изучение состояния здоровья рабочих различных отраслей промышленности и внешней среды последних. Изучение лишь данных обращаемости больных в амбулатории не дает полноценных результатов для выявления профессиональных вредностей в промышленных предприятиях.

KOPSUVÄHI ESINEMISEST JA DIAGNOOSIMISEST TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA PROSEKTUURI ANDMETEL 1950.—1962. a.

V. VALDES

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

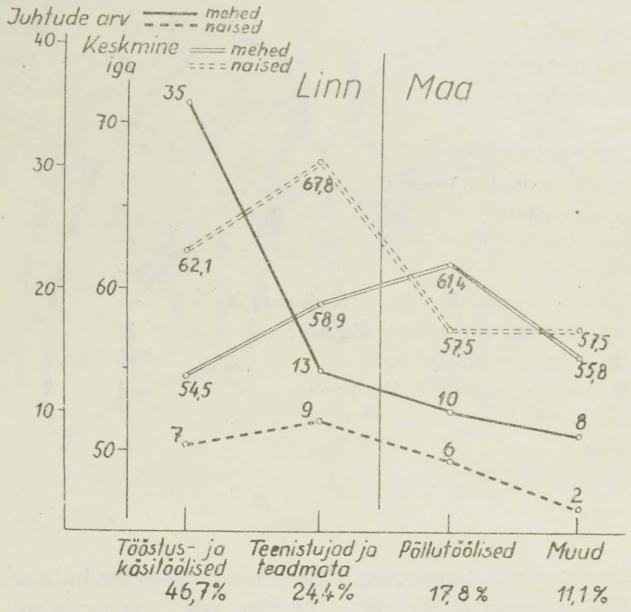
Kopsuvähki haigestumise tunduv tõus käesoleva sajandi esimesel poolel oli aluseks kopsuvähi laialdasele uurimisele. 1961. a. oli Eesti NSV üleliidulise statistika järgi (5) kopsuvähi sageduselt esikohal — 19,6 esmast diagnoosi 100 000 inimese kohta (üleliiduline keskmine — 15,0), mis rõhutab kopsuvähi uurimise vajadust meie vabariigis. Alljärgnevalt esitame materjale kopsuvähi esinemisest ja diagnoosimisest Tallinna Vabariikliku Haigla (TVH) prosektuuri andmetel aastatel 1950—1962.

Kuigi TVH ei ole onkoloogiline asutus ja kopsuvähi diagnoosiga haiged satuvad meile vaid üksikutel erandjuhtudel, moodustab kopsuvähk siiski kõigist haigla lahangudiagnoosidest märgatava osa — 2,6% [Moskva I Meditsiini Instituudis 1936—1954 — 1,7% (12)], sealjuures vähkidest 17,1% (Moskva I Meditsiini Instituudis 19,6%)ja kõigist pahaloomulistest kasvajatest 12,1%. 13 aasta jooksul diagnoositi TVH-s kopsuvähki 90 juhul. Haigete jagunemine vanuse, soo ja elukutsete järgi (eraldi maa- ja linnaelanikel) on toodud joonisel 1.

Arvuliselt ei ole materjal küllaldane kaugeleulatuvate järelduste tegemiseks, kuid kopsuvähki surnud nooremaealiste tööstus- ja käsitööliste suur arv viitab vaid professionaalsele kahjustusele. Samuti väärib tähelepanu, et 4 juhul oli tegemist 36—47 aasta vanuste kaevuritega. Esitatud andmed viitavad sellele, et professionaalne moment võib olla soolise erinevuse põhjus kopsuvähki haigestumisel. Mees- ja naissoost põllutöölistel täheldatud vastandlik iga vajab analüüsimist suurema materjali põhjal. On võimalik, et ka siin etendavad erinevad töötingimused teatavat osa. Vanemas eas on märgatav seos mittespetsiifilise kopsupõletikuga (5 juhtu, keskmise vanusega 65,5 a.). Tuberkuloosiga esines otsene seos

2 juhul. Mainitud tegureid, eriti aga professionaalseid kahjustusi käsitlevaid materjale leidub kirjanduses (1, 4, 14, 15, 17) hulgaliselt. Et üle poolte haiguslugudest ei sisaldanud andmeid suitsetamise kohta, ei ole võimalik omapoolseid järeldusi teha, kuigi kirjanduses pööratakse suitsetamise osatähtsusele suurt tähelepanu.

Kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside rohke lahkuminek (45,5%, vastuvõtudiagnooside osas aga 87,8%) viitab suurtele raskustele kopsuvähi diagnoosimisel. Meie haiglale on iseloomulik ebaselgete haigusjuhtude kontsentreerumine. Sagedasemateks eksidiagnoosideks (vt. tabel 1) olid teised kopsuhaigused (23,3%) kas kliinilise pildi sarnasuse või kopsuvähiga kaasnevate sekundaarsete protsesside (kopsupõletik, pleuriit, abstsess) prevaleerimise tõttu. N. Goldenbergi jt. (3) andmeil maskeerivad ägedad kopsukahjustused kopsuvähki 30%-l juhtudest. Tähtsat osa etendasid ka metastaasid, millest 28,9% olid esmaste kliiniliste nähtude põhjustajaks. Mitmelgi juhul lülitati diagnoosist välja kasvaja võimalus haiguse lühiajalise ja ägeda kulu tõttu. Kui aga võrrelda üksikute kaebuste teket ajaliselt kuni hospitaliseerimiseni (vt. tabel 2), kusjuures ainult 2 juhul (2,2%) metastaasid puudusid (mõlemal juhul avastati kopsuvähk kaasneva haigusena alles lahangul), siis näeme, et kopsuvähile ongi omane varjatud, kaebusteta kulg. Kaebused tekivad haigel alles kaugelearenenud vähktõve puhul ja pole seejuures ainuüksi kopsuvähile tüüpilised. Analoogilisi andmeid esitavad B. Bondarenko ja B. Gluzbarg (2), M. Ziv ja K. Pavlov (6), M. Purde (23), V. Strutškov ja A. Grigorjan (11), A. Ficairi (18) jt. B. Bondarenko ja B. Gluzbarg (2) peavad hilise diagnoosi põhjusteks haigete ükskõikset suhtumist haigusesse, haiguse sümptoomideta kulgu [V. Strutškovi ja A. Grigorjani (11) järgi 50%, M. Purde (23) 40,2%], arstide vähest onkoloogilist valvsust, vähest tähelepanu pööramist esmassümptoomidele (köha, valu, veriröga, subfebriilsed temperatuurid, kõrge SR), optimistlikku suhtumist visa kuluga kopsupõletikkudesse, ainult osalist röntgenoloogilise uurimise meetodi kasutamist ja röga puudulikku uurimist. Peaaegu kõik need momendid esinesid ka analüüsitud juhtudel. G. Rubinstein (9) rõhutab, et iga ebaselge põhjusega visalt kulgev ja sageli retsidiveeruv pleuriit, abstsess ning gangreen on kahtlane vähi suhtes.



Joonis 1

Kopsuvähi diagnoosimise meetoditest on esikohal röntgenoloogiline uuring, mis F. Uglovi (12) andmeil võib komplekssel rakendamisel anda 80—85% positiivseid tulemusi. Meie andmed viitavad mitteküllaldastele uuringutele, mis osal juhtudel oli tingitud haige raskest seisundist. Nii oli tehtud rindkere röntgenoskoopiat 75 (83,4%), röntgenograafiat 33 (36,6%), tomograafiat 8 juhul. Röntgenoloogiliselt diagnoositi kopsuvähki 14 juhul ja kahtlustati 12 juhul; suunav kirjeldus ilma vihjeta kopsuvähile esines

Tabel 1

Kliinilised ja patoloogilis-anatoomilised diagnoosid

	Suunava raviasutuse diagnoos	Kliiniline lõpp-diagnoos	Patoloogilis-anatoomiline diagnoos
Kopsuvähk	4+7=11	36+11+(2)=49	84+(6)=90
Kopsupõletik	6	7+(12)=19	3+(28)=31
Kopsuabstsess	6	4+(2)=6	(6)
Pleuriit	10	1+(4)=5	(19)
Tuberkuloos	1	3+(1)=4	(6)
Muud kopsuhaigused	5	6	---
Ajukasvajad	15	2	—
Neerukasvajad	—	4	—
Maovähk	—	4	—
Ebaselge lokalisatsiooniga kasvaja	—	1	—
Südame- ja vereringehaigused	16	13	(6)
Mao- ja soolehaigused	6	1	2
Maksa- ja sapiteedehaigused	5	3	—
Luumurrud	3	1	—
Muud	6	10	1
	83+7=90	96+11=107*	90

— — kahtlus kopsuvähi suhtes, ( ) — kaasnev haigus

* — haigusloos oli osal juhtudest põhidiagnoosis mitu nosoloogilist nimetust märgitud.

Tabel 2

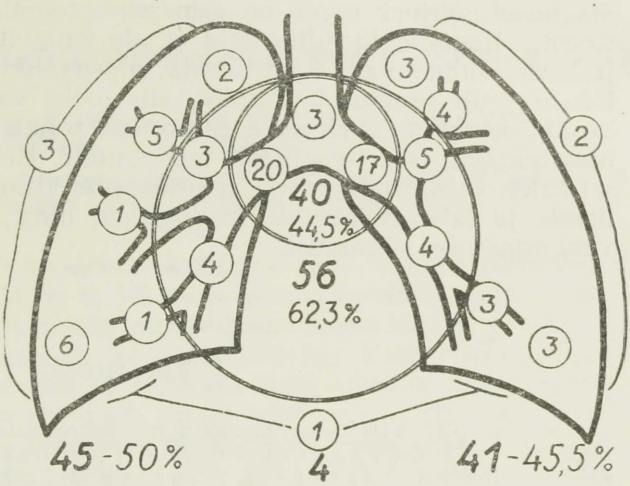
Esmased kaebused ja nende avaldumine enne haiglasse saabumist

	Kuni 1 kuu	1—3 kuud	3—6 kuud	6—12 kuud	1—2 aastat	üle 2 aasta	Kokku
Valu	6	11	10	5	1	—	33
Köha	9	17	5	9	2	5	47
Hingeldus	3	7	4	3	2	1	20
Nõrkus	3	9	5	2	3	—	22
Temperatuuri tõus	4	7	12	5	1	—	29
Kõhnumine	3	3	3	3	1	—	13
N. recurrens'i parees	—	4	1	—	—	—	5
Metastaasidest tingitud kaebused:							
Ajunähud	2	4	4	1	1	1	13 (10)
Perifeersete närvide kahjustus	1	1	—	1	—	—	3 (3)
Luude ja liigeste kahjustused	4	3	1	—	—	—	8 (5)
Neelamishäired	—	2	—	—	—	—	2
Valud kõhus	3	1	—	1	—	1	6 (4)
Veri uriinis	—	—	—	1	—	—	1 (1)
Nahaalune metastaas	—	—	—	—	—	1	1 (1)
Muud	—	3	1	—	1	—	5 (2)
							(26)

( ) — ainult metastaasidest tingitud kaebused

15 juhul. Teistel juhtudel röntgenoloogiline pilt kas polnud spetsiifiline kopsuvähile või viimane oma lokaliseerumise tõttu keskvarjus (joonis 2) ei olnud röntgenoloogiliselt sedastatav. 17 juhul olid röntgenoloogilised eksidiagnoosid õige röntgenoloogilise kirjelduse puhul lahkdiagnoosi aluseks. Ilmselt tuleb ebaselgete juhtude kliinilisel diagnoosimisel eelistada head röntgenoloogilist kirjeldust küllaldaselt põhjendamata röntgenoloogilisele diagnoosile.

Häid tulemusi on kopsuvähi diagnoosimisel saadud röga ja bronhiaalsekreedi tsütoloogilise uurimisega. F. Uglovi (12). E. Koljaditskaja (8), N. Šiller-Volkova (16), A. Tšernõi (13) jt. andmeil ulatuvad positiivsed tulemused kuni 88%-ni. Paremaid tulemusi on andnud bronhoskopeerimisel või aspireerimisel saadud materjal värvitud äigepreparaatidena. [V. Zubtsovski (7)]. Meie haiglas ei ole kopsuvähi kahtluse puhul küllaldaselt tähelepanu pööratud röga tsütoloogilisele uurimisele. 90 juhust uuriti röga 41 juhul (183 analüüsi), sellest tuumori rakkude suhtes 20 juhul (34 analüüsi), leid osutus kahtlaseks 3 juhul. Samal kontingendil tehti röga uuringuid tuberkuloosi suhtes 27 juhul (85 analüüsi). Gamba ja Lamberti (20) võrdlevad väärtuse seisukohalt aga kopsuvähi tsütoloogilisi uuringuid tuberkuloosi bakterioskoopilise diagnostikaga.



Joonis 2

H. Friedel (19) ja W. Lührs (21) tõstavad esile bronhoskoopilist uurimist täiendatuna nii tsütoloogilise kui ka histoloogilise materjali võtmisega. W. Neugebauer (22) isegi eelistab bronhoskoopiat bronhograafiale kui haiget vähem koormavat meetodit. Kui arvestada kopsuvähi sagedast lokaliseerumist röntgenoloogiliselt «pimedas», bronhoskoopiliselt aga ligipääsetavas piirkonnas (joonis 2), vääriks viimane meetod laialdasemat rakendamist. Esitatud materjalis pole aga seda ühelgi juhul tehtud, kuigi meie prosektuuri bioptilise materjali hulgas leidub üksikuid positiivseid uurimise tulemusi.

Lümfisõlmede biopsia, mis on tähtis metastaaside avastamisel, leidis kasutamist 8 korral, neist positiivse resultaadiga 4 korral. Kahel juhul esines lümfisõlmede mittespetsiifiline retikulaarne hüperplaasia, millest piisas raviarstile juba püstitatud kopsuvähi diagnoosi asendamiseks lümfogranulomatoosiga. (Üldse uuriti elupuhuselt histoloogilist materjali 13 juhul, neist positiivsete tulemustega 9 juhul).

Verepildi ja leukotsüütide arvu muutuste korral tuleb arvestada sekundaarseid protsesse. Nii oli leukotsüüte üle 10 000 48 juhul, neist 23 juhul esines kopsuvähi lagundumine või samaaegsed põletikulised protsessid kopsudes, 5 juhul metastaasid luudes ja 8 juhul mõlemad komponendid samaaegselt. Nimetatud andmed on lähedased V. Samsonovi (10) poolt esitatud andmetele. SR oli alla 10 mm/t 5 juhul, üle 40 mm/t 43 juhul.

Eksidiagnooside (41 juhtu, 45,5%) üheks olulisemaks põhjuseks tuleb pidada üksikute uuringute ülehindamist. Nii põhjustas röntgenoloogilise leiu ülehindamine eksidiagnoosi 17 juhul, rögaanalüüsi ülehindamine

[BK(+) ja kahtlus aktinomükoosi suhtes] 3 juhul, biopsia mittespetsiifilise leiu ülehindamine 2 juhul. Rohkem peaks arvestama kopsuvähi esinemise võimalust. Analüüsitud haigusjugudes oli aga märgatav tendents kopsuvähi väljalülitamiseks, mis paratamatult viis ka hüpodiagnostikale.

Eeltoodu põhjal on kopsuvähk Eesti NSV-s sagedaseks vähivormiks, mille etioloogiliste tegurite arvestamisel tuleb tähelepanu pöörata professionaalsetele kahjustustele, krooniliselе kopsupõletikule, samuti ka tuberkuloosile. Kopsuvähi algkolde varjatud arenemine on üks olulisi hilise diagnoosi põhjusi; sageli on esmassümptoomid tingitud kasvaja metastaasidest. Röntgenoloogiline leid ei ole kaugeltki spetsiifiline ja enamikul juhtudel lubab vaid kahtlustada kopsuvähki. Et kopsuvähk sagedamini lokaliseerub suurtes bronhides, siis oleks vaja laialdasemalt rakendada bronhoskoopilisi uuringuid. Suuremat rõhku tuleb panna röga ja bronhiaalsekreedi tsütoloogilistele uuringutele. Kopsuvähi diagnoosi määramisel tuleb võrdselt tugineda anamneesile, kliinilisele leiule, röntgenoloogilistele ja laboratoorsetele uuringutele ning seejuures arvestada kopsuvähi esinemise võimalust.

KIRJANDUS

1. Бало И. VIII международный противораковый конгресс. Тезисы докладов. М., 1962, 257. — 2. Бондаренко Б. А. и Глузбарг Б. Е. Сов. медицина, 1960, 1, 42—48. — 3. Гольденберг Н., Казетти М., Остап Б., Кордун, Г. VIII международный противораковый конгресс. Тезисы докладов, М., 1962, 257. — 4. Дубров Д. Л. Там-же, 484—485. — 5. Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований. Л., 1962. — 6. Зив М. А. и Павлов К. А. Вестник хир. им. Грекова, 1957, 9, 29—32. — 7. Зубцовский В. Н. Вестник хир. им. Грекова, 1957, 95—103. — 8. Колядицкая Е. А. Клинич. медицина, 1957, 11, 65—69. — 9. Рубинштейн Г. Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких. М., 1949. — 10. Самсонов В. А. Первичный рак легкого. Петрозаводск, 1955. — 11. Стручков В. И. и Григорян А. В. Хирургия, 1958, 11, 30—36. — 12. Углов Ф. Г. Рак легкого. Л., 1958. — 13. Черный А. М. VIII международный противораковый конгресс. Тезисы докладов, М., 1962., 485. — 14. Ферштут В. И. Там же. 170. — 15. Шапошникова А. Ф., Фридман Я. С. и Самойлович Л. Н. Там-же, 170. — 16. Шиллер-Волкова Н. Н. Вопр. онкологии, 1958, 4, 441—446. — 17. Baldamus, U. — Archiv f. Geschwulstforschung, 1959, 219—227. — 18. Ficairi, A. Ref. Archiv für Geschwulstforschung, 1960, 289. — 19. Friedel, H., im Buche: Diagnostik der Lungentuberkulose und anderer Lungenkrankheiten. Herausg. Steinbrück, P. Berlin, 1960, 166—192. — 20. Gamba ja Lamberti. Tsit. Henkel, H. Idem, 52—64. — 21. Lührs, W. Idem, 223—231. — 22. Neugebauer, W. Die chronische Lungentzündung. Leipzig, 1961. — 23. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 5, 14—18.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКИХ И ЕГО ДИАГНОСТИКЕ ПО ДАННЫМ ПРОЗЕКТУРЫ ТАЛЛИНСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1950—1962 гг.

В. Вальдес

Резюме

Рак легких является в Эстонской ССР частой формой рака, среди этиологических факторов которого следует учитывать профессиональные вредности, хроническую пневмонию, а также туберкулез. Скрытое течение рака легких является одной из главных причин позднего диагноза заболевания. Зачастую первые симптомы заболевания бывают вызваны метастазами опухоли. Рентгенологическая картина заболевания часто далеко не специфическая и в большинстве случаев позволяет только подозревать рак легких.

Учитывая преимущественную локализацию заболевания в крупных бронхах, следует более широко использовать возможности бронхоскопии. Больше внимания следует уделять цитологическим исследованиям мокроты и бронхиального секрета, которые по данным литературы дают хорошие результаты при диагностике рака легких. При постановке диагноза рака легких следует основываться в равной степени на данных анамнеза и клиники, рентгенологического и лабораторных исследований.

UROGENITAALTRAKTI TRIHHOMONOOSI PERORAALSEST RAVIST

Arstiteaduse kandidaadid *J. TERAS* ja *E. RÕIGAS*, *H. JAAKMEES*, *H. TOMPEL* ja *U. NIGESEN*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Urogenitaaltrakti trihhomonoosi kohaliku ravi vähese efektiivsuse tõttu tulid paljud autorid (4, 6, 8, 13) juba ammu veendumusele, et seda nakkust saab edukalt ravida ainult antitrihhomonaalse ravimi peroraalsel või parenteraalsel manustamisel. Kahjuks jäid aga katsed leida resorptiivse toimega antitrihhomonaalset vahendit kuni viimase ajani tagajärjetuks, sest kõik trihhomonatsiidsed ained olid kas toksilised või neil puudus toime *in vivo*. Alles prantsuse teadlaste C. Cosar ning L. Julou (7) poolt avastatud metronidasool (Flagyl ehk 8823 R. P.) osutus preparaadiks, mis ei toimi trihhomonatsiidselt ainult *in vitro* ja *in vivo* eksperimendis, vaid ka inimestele peroraalsel manustamisel.

Metronidasooli lausa hämmastavat raviefektiivsust urogenitaaltrakti trihhomonoosi korral on kinnitanud juba paljude erinevate maade autorid (1, 9, 10, 11, 12, 14, 15). Et kodumaises kirjanduses oleme metronidasooli kliinilise aprobeerimise kohta leidnud andmeid ainult I. Porudominski (1) artiklis, siis käsitleme käesolevas töös trihhomonoosihaigete ravimisel nimetatud preparaadiga saadud tulemusi. Kokku oli uuritavaid 42, neist naisi 25 ja mehi 17. Võimalike ravijärgsete taasnakatumiste vältimiseks ravisime metronidasooliga ainult neid haigeid, kellel seksuaalanamneesi andmetel ei olnud kalduvust juhuslikele suguühetele. Uuritavatest patsientidest oli enamik abielus (15 abielupaari).

Metronidasooliga ravituist esines akuutne trihhomonoos 3 naisel, subakuutne 4 naisel ja 4 mehel, krooniline 18 naisel ja 11 mehel ning latentne 2 mehel. Varem oli neist 21 naist ja 4 meest kohalikult ravitud mitmesuguste teiste antitrihhomonaalsete ainetega (osarsooliga, uropiriiniga, triflotsiidiga jne.).

Enne metronidasooliravi alustamist selgitati igale haigele urogenitaaltrakti trihhomonoosi veneerilist laadi ja väljaspool abielu toimuvate suguliste vahekordade ohtlikkust. Metronidasooli manustasime kõigile patsientidele ainult suu kaudu. Kohalikke raviprotseduure välditi. Esimesel ja teisel päeval kasutasid haiged 3 korda, järgmistel päevadel aga 2 korda á 250 mg metronidasooli sisaldavaid tablette. Ravimit soovitati sisse võtta alati 5—10 minutit pärast söömist. Kogu ravikuuri jooksul said 21 naist ja 15 meest 5,0 grammi (20 tabletti), 4 naist ja 2 meest aga 4,0 grammi (15 tabletti) metronidasooli.

Efektiivsuse dünaamiliseks jälgimiseks määrati ravi vältel iga päev suguelundite seisund ja võeti uuringuks materjali, kusjuures selleks kasutati naiste puhul J. Terase (3) ja meeste puhul E. Rõigase (2) poolt soovitatud meetodeid. Ravitulemusi oleme senini kontrollinud üks kord kuus juba ühe aasta jooksul. Metronidasooliga ravitud naiste haigusprotsessi jälgimisel saadud tulemustest selgus, et juba kolmandal ravipäeval ei lei-

tud *T. vaginalis*'t ei natiivpreparaatides, värvitud preparaatides ega ka TV-l söötmes (5) enam ühelgi patsiendil. Veelgi varem vabanesid trihhomoonastest mehed, kusjuures mitmel juhul osutusid uuringud negatiivseks isegi juba esimesel ravipäeval pärast 2×250 mg metronidasooli manustamist.

Väärib märkimist, et nii naistel kui ka meestel ei olenenud *T. vaginalis*'e kadumine trihhomonoosi kliinilisest vormist, s. o. kroonilise trihhomonoosi korral vabanes organism trihhomoonastest sama kiiresti kui akuutse, subakuutse või latentse vormi puhul. Kõikidel juhtudel võib *T. vaginalis*'e kadumist pidada lõplikuks, sest ühelgi haigel ei ole me aasta jooksul pärast ravi trihhomoonaseid enam leidnud. Trihhomonoosist tervistumise tunnuseks oli peale *T. vaginalis*'e kadumise veel kliiniliste nähtude taandarenemine. Naiste trihhomonoosi põhilistest kliinilistest nähtudest kadus kõige kiiremini voolus, seejärel tupe hüpereemia ja kõige viimases järjekorras emakakaela tupeosa punetus.

Mis puutub voolusesse, siis eriti järsud muutused selle kvaliteedis ja hulgas olid täheldatavad akuutse ja subakuutse trihhomonoosi korral. Kohe pärast seda, kui *T. vaginalis* kadus, muutus ka ägedale ja alaägedale trihhomonaalsele kolpiidile iseloomulik rohke rohekas-kollane, enamikul juhtudest vahutav voolus vedela koore taoliseks. Päev hiljem oli vooluse konsistents juba mõnevõrra paksem ja vooluse hulk tunduvalt väiksem. Järgmistel päevadel vähenes selle hulk veelgi ja juba 6.—7. ravipäevast alates ei leidnud me nende haigete tupes peaaegu ühelgi juhul enam mingit patoloogilist eritist.

Rõhuval enamikul kroonilise trihhomonoosiga haigeist kadus patoloogiline eritis juba enne metronidasooliravi lõpetamist. Ainult kolmel juhul lakkas voolus alles 1. või 2. ravijärgsel kuul. Ühel juhul, kus pidevalt leidsime ka pärmseeni, püsis vähene sekretsioon veel kolmandal kuulgi. Ka tupe limaskesta hüpereemia taandareng toimus akuutse ja subakuutse trihhomonoosi korral kõige kiiremini. Juba kolmandaks ravipäevaks kadus kõikidel haigetel tupe granuleeritud hüpereemia ja sellest tingitud limaskesta veritsemine. Metronidasooliravi lõpuks oli tupe limaskest kõigil, niihästi ägedat, alaägedat kui ka kroonilist trihhomonoosi põdevail patsientidel igasuguste põletikuliste nähtudeta. Suhteliselt visam oli paranema emakakaela tupeosa limaskesta põletik, kuid ka see kadus kõikidel haigetel hiljemalt ravitulemuste esimese kontrollimise ajaks.

Eraldi käsitamist väärivad meie poolt ravitud haigetel esinenud emakakaela erosioonid, milliseid täheldasime kaheteistkümnel naisel. Akuutse kolpiidiga haigeist sedastati erosiooni kahel. Neist ühel kadus erosioon esimeseks ja teisel teiseks ravijärgseks kontrolliks. Emakakaela erosiooni täielik taandarenemine ilmnes ka kahel kroonilise trihhomonoosiga haigel. Seevastu kahel subakuutset ja kuuel kroonilist trihhomonoosi põdeval naisel püsis emakakaela erosioon ka kolmandal ravijärgsel kontrollimisel peaaegu muutumatuna. Metronidasooliravi mõjustas mitmel juhul ka trihhomonoosiga üheaegselt diagnoositud adneksiiti. Nii kadusid kaheksal juhul kümnest kõik adneksiidinähud, kuigi põletikuline infiltraat resorbeerus täiesti alles 1—3 kuud pärast ravi lõpetamist.

Kuigi meestel oli trihhomonoos märksa sümptoomidevaesem kui naistel, taandarenesid neil põletikunähud suhteliselt aeglasemalt. Tõsi küll, ka vahetult pärast trihhomoonaste kadumist muutus meestel kusiti eritise laad ja hulk kiiresti, kuid nagu kusiti kaape uurimine näitas, normaliseerus kusiti limaskest võrdlemisi aeglaselt. Nii muutus neljast subakuutse uretriidi juhust kolmel limas-mädane eritis limas-seroosseks kohe pärast trihhomoonaste kadumist ja lakkas hiljemalt 5. ravipäevaks, kuid kusiti limaskest normaliseerus alles 2.—3. ravijärgseks kontrolliks.

Niihästi subakuutse kui ka kroonilise trihhomonoosi korral kadus

uretraalne eritis kiiresti, kuid kusiti limaskest normaliseerus ravikuuri kestel ainult neljal mehel. Ülejäänud patsientidel normaliseerus limaskest alles 1.—2. ravijärgseks kontrolliks, kuid ühel juhul püsis minimaalne patoloogia veel kolmandal kuulgi pärast ravi lõppu.

Asjaolu, et kusiti limaskest jäi patoloogiliseks veel küllaltki kauaks ajaks pärast trihhomoonaste kadumist, tuleb meie arvates tõlgendada kui trihhomonoosijärgset uretriiti.

Meestel, samuti nagu naistelgi, täheldasime metronidasooli mõningat ravitoimet ka urogenitaaltrakti ülemiste osade põletikesse. Nimelt kadusid ühel kroonilise trihhomonoosiga haigel kõik prostatiidinähud juba esimese ravijärgse kontrollimise ajaks, kuna teisel juhul olid eesnäärme põletikunähud kolmandaks ravitulemuste kontrolliks ainult osaliselt taandarenenud.

Tuleb märkida ka seda, et metronidasooliravi talusid nii naised kui ka mehed üldiselt hästi. Osa haigeist kaebas esimestel ravipäevadel vähese kuivustunde ja mõned suitsetajad lääge maitse üle suus, mis aga kõikidel juhtudel kadus hiljemalt 2—3 päeva pärast ravi lõpetamist. Kolmel naisel ja ühel mehel tekkis ravikuuri algul või kestel 1—2 päeva jooksul kerge peavalu, kaks naist ja üks mees aga tundsid endid ravi kahel esimesel päeval uniseina. Absoluutselt mingeid kaebusi ei esinenud 12 naisel ja 9 mehel. Nagu näitas ravi kestel iga päev tehtud verepildi uurimine, ei ilmnenud ka selles ühelgi juhul mingeid olulisi ühesuunalisi nihkeid. Selgus, et metronidasool suu kaudu manustatuna osutus efektiivseks eranditult kõigi käesolevas töös uuritud 42 trihhomonoosihaige ravimisel, kusjuures retsidiive aasta jooksul üldse ei tekkinud.

On tähelepanuväärne, et mitmel metronidasooliga ravitud haigel taandarenesid ka urogenitaaltrakti ülemiste osade põletikud. Et metronidasool kirjanduse andmeil ei toimi peale *T. vaginalis*'e teistesse mikroobidesse urogenitaaltraktis, võib arvata, et juhtudel, kus urogenitaaltrakti ülemiste osade põletikud paranesid, olid need trihhomoonastest põhjustatud. Sama võib öelda ka emakakaela erosioonide kohta, olgugi, et kaheksal juhul kaheteistkümnest jäid need ka pärast metronidasooliravi püsima. Ilmselt oli trihhomoonaste poolt põhjustatud kahjustus emakakaela limaskestas niivõrd tugev, et organism ei suutnud seda oma jõududega likvideerida isegi pärast etioloogilisest faktorist vabanemist.

Trihhomonaalsed kahjustused paranevad visalt, millest räägib ka meeste kusiti limaskesta võrdlemisi aeglane normaliseerumine. Et see kõikidel juhtudel pärast metronidasooliravi siiski toimus, siis on termini «posttrihhomonaalne uretriit» kasutamine igati õigustatud. Käesolevas töös saadud kogemuste põhjal võib öelda, et posttrihhomonaalsed uretriidid ei vaja enamikul juhtudest pärast trihhomoonaste kadumist spetsiaalset ravi.

Ühelgi meie poolt ravitud haigel ei tekkinud retsidiive. Kahtlemata saavutasime 100%-liselt püsivaid tulemusi ainult tänu sellele, et ravimisel pidasime rangelt kinni veneeriliste haiguste tõrje põhilistest nõuetest. Sellega vältisime ravijärgse taasnakatumise võimaluse.

KIRJANDUS

1. Порудоминский И. М. Вестн. дерматол. и венерол., 1963, 1, 3—9. — 2. Рыйгас Э. М. Вестн. дерматол. и венерол., 1960, 9, 46—50. — 3. Терас Ю. Х. Экспериментальное исследование патогенности *Trichomonas vaginalis*. Автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Тарту, 1954. — 4. Терас Ю. Х. Извест. АН Эст. ССР, 1958, 7, серия биол., 1, 3—9. — 5. Терас Ю. Х. Извест. АН Эст. ССР, 1961, 10, серия биол., 1, 19—26. — 6. Chappaz, G. Les infestations á Trichomonas. Premier Symposium Européen, Reims 28—30 mai 1957. Masson et C-ie. Paris, 1957, 374. — 7. Cosar, C., Julou, L. Ann. Inst. Pasteur, 1959, 96, 238—241. — 8. Durel, P., Roiron, V. Les infestations à Trichomonas. Premier Symposium Européen, Reims 28—30 mai 1957. Masson et C-ie. Paris, 1957, 114—122.

— 9. Gray, L. A., Kotcher, E., Giesel, L. O. J. Kentucky State Med. Ass., 1961, 59, 672—676. — 10. Jones, C. P. Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 1962, 83, 4, 498—502. — 11. Keighley, E. Brit. Med. Journal, 1962, 5297, 93—95. — 12. Lundström, P., Petersohn, L. Gynécologie prat., 1961, 12, 3, 171—183. — 13. Perl, G., Gutmacher, A., Raggazoni, H. Obstetr. and Gynecol., 1956, 7, 2, 128—136. — 14. Roiron, V., Siboulet, A. La Trichomonase. Synthéses cliniques 21, Suppl. des «Monographies médicales et scientifiques». Paris, 1962, 100. — 15. Slavtchev, N. Revue Franç. Gynécol. et Obstetr., 1962, 57, 2, 105—109.

ПЕРОРАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРИХОМОНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Ю. Терас, Э. Рыйгас, Х. Яакмээс, Х. Томпсль, и У. Нигесен

Резюме

Так как в отечественной литературе сведения о лечебном эффекте метронидазола нам удалось найти только в работе Порудоминского (1), то в настоящей статье мы сочли необходимым остановиться на результатах, полученных при клиническом наблюдении больных трихомонозом в течение их лечения метронидазолом, а также в последующий за этим период.

Всего лечению метронидазолом подверглись 42 больных трихомонозом урогенитального тракта, из них женщин 25 и мужчин 17. Для предупреждения возможных реинфекций лечению метронидазолом (Flagyl или 8823 R. P.) подвергались больные, не имевшие, согласно данным сексуального анамнеза, склонности к промискуитету.

Flagyl назначали всем пациентам только перорально, На время лечения отменяли все местные лечебные процедуры. В течение первого и второго дня лечения больные принимали по 3 таблетки, в последующие дни по 2 таблетки, содержавшие каждая по 250 мг метронидазола. В продолжении лечения 21 женщина и 15 мужчин получили всего по 5,0 г(20 таблеток), 4 женщины и 2 мужчин по 4,0 (16 таблеток) метронидазола. Результаты лечения до настоящего времени контролировали ежемесячно уже в течение одного года.

Уже на 3-й день лечения мы ни у одной пациентки, как микроскопическими методами, так и методом посева (в среде TV-1), трихомонад не смогли обнаружить.

Еще раньше трихомонады исчезали у мужчин, причем во многих случаях трихомонад нельзя было обнаружить уже в первый день лечения, т. е. уже после приема 2×250 мг метронидазола. Следует отметить, что исчезновение трихомонад у женщин и у мужчин не зависело от клинической формы трихомоноза.

Во всех случаях исчезновение трихомонад следует считать окончательным, так как ни у одного больного в течение одного года после окончания лечения трихомонад больше обнаружены не были. Признаком выздоровления являлось не только исчезновение трихомонад но и всех клинических проявлений заболевания.

Необходимо отметить, что лечение метронидазолом женщины и мужчины переносили очень хорошо. Как показало ежедневное исследование картины белой крови, и в ней не удалось установить никаких односторонних сдвигов.

Несомненно, что 100%-й эффект и отсутствие рецидивов заболевания у всех леченных больных были достигнуты только благодаря тому, что лечение проводилось строго с соблюдением основных правил борьбы с венерическими заболеваниями, с предупреждением возможности реинфекции после лечения.

VASTSÜNDINUTE ASFÜKSIA RAVIST

V. KASELAID

(Tartu Linna Kliinilisest Sünnitusmajast, peaarst *I. Veerma*)

Vastsündinute surmapõhjuste seas on tähtsal kohal asfüksia (I. Demitševi andmetel 48—77%). Käesoleva töö aluseks on asfüksia ravi analüüsimine Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas ajavahemikul 1. I — 1. VI 1963. aastal. Vastsündinuid elustati kergemakujulise sinise asfüksia puhul Legetšenko ja Persianinovi meetodil, keskmise ja raskema astme sinise asfüksia ning valge asfüksia korral rakendati lisaks eelmistele veel kunstliku hingamise aparaati DP-2. Persianinovi meetodit kasutati ilma vereülekande tegemiseta. Raskemate haigusvormide korral võeti abiks hingamisaparaat Persianinovi meetodiga samaaegselt või pärast seda. Peab märkima, et hingamisaparaat DP-2 pole spetsiaalselt ette nähtud vastsündinute elustamiseks, kuid selle eeliseks on võrdlemisi lihtne käsitsemise ja hapniku manustamise võimalus samaaegselt kunstliku hingamise tegemisega. Viimati mainitud omadus puudub spetsiaalselt vastsündinute elustamiseks ettenähtud hingamisaparaadil DP-5.

Tuleb silmas pidada, et enne kunstliku hingamise tegemist on tarvis puhastada vastsündinu hingamisteed limast. Kui vastsündinu on aspireerinud rohkesti lootevett, tuleb intubatsiooni abil eemaldada trahheast ka lima. Pärast seda asetatakse hermeetiliselt vastsündinu näole mask. Aparaat DP-2 lülitatakse tööle selliselt, et hingamissagedus oleks 20—30 korda minutis kuni iseseisva hingamise tekkimiseni. 17 uuritud lapsel kasutati hingamisaparaati DP-2 3 minutist kuni 3 tunnini; 2 vastsündinut elustus kolme minuti, 2 nelja, 7 viie, 1 viieteistkümne ja 1 kolmekümne minuti jooksul.

3 vastsündinut ei õnnestunud elustada. Neist ühel esines reesuskonflikti alusel üldine vesitõbi, teisel kahepoolne tsüstneer, kolmandal ulatuslik verevalum koos ajukese telgi lestme rebendiga. Üks valges asfüksias vastsündinu elustus 30 minuti jooksul, kuid suri 2 tundi hiljem (lahangul leiti ajukese telgi lestmete kahepoolne rebend).

Juht 1. Sünnitaja F. A., 32 aastat vana (sünnituslugu nr. 173), I sünnitus. Laps sündis 23. I 1963. a. valges asfüksias. Sünnitus toimus tuharseisus. Laps ekstraheeriti asfüksia tõttu. Elustati Persianinovi meetodil, kusjuures rakendati kunstliku hingamise aparaati DP-2. Laps elustus 15 minuti jooksul. 9. päeval kirjutati ta haiglast välja heas seisundis. Neljakuuselt oli laps arenenud normaalselt.

Asfüksias sündinud laste puhul kasutati lastetoas ajusisese verevalumi vältimiseks profülaktilist ja üldtugevdavat ravi. Vastsündinud said C-, B_1- ja B_2-vitamiine, glutamiinhapet, aminasiini, vereplasmat ja 20%-list glükoosilahust ning veeni süstiti reesusnegatiivset 0-grupi verd koos C- ja B_1-vitamiiniga.

Võrdlevalt analüüsisime 1961. aasta sama ajavahemiku sünnitusluguside, mil veel ei kasutatud eespool kirjeldatud elustamismeetodeid. 1961. aastal ei suudetud ühtki valges asfüksias sündinud last elustada. Patoloogilis-anatoomiliselt leiti neil ainult asfüksia tunnuseid, verevalumid aga puudusid.

Sekundaarseid asfüksiaid esines 1963. aasta esimese 5 kuu jooksul 23 lapsel. Neist 14 last olid enneaegsed ja 10-l oli kaal alla 2000 g. Hingamisaparaati DP-2 kasutati 13 vastsündinu puhul. 5 lapsel, kel tehti seda surma eel, positiivseid tulemusi ei saadud. Neljal enneaegsel vastsündinul tekkisid asfüksiahood seoses nohuga. Neil puhastati hingamisteed limast ja asfüksiahoogude ajal kasutati 3—5 minuti jooksul kunstliku hingamise aparaati DP-2. Kõigil taastus rütmiline hingamine.

Juht 2. Sünnitaja M. A., 39 aastat vana (sünnituslugu nr. 1046), V sünnitus. Sünnitas 17. V 1963. a. enneaegse lapse, kes kaalus 2800 g. Vastsündinul esines pikaldase kuluga kopsupõletik koos raskete asfüksiahoogudega. Aparaati DP-2 kasutati 1 nädala vältel 1—4 korda päevas 5—15 minuti jooksul, mille järel iseseisev hingamine taastus. 5 asfüksiahoogu olid eriti rasked — elustumine kestis neil puhkudel 10—15 minutit. Kopsupõletik oli paranemisjärgus, kuid vastsündinu suri iileuse tagajärjel.

Juht 3. Sünnitaja K. A., 27 aastat vana (sünnituslugu nr. 303), I sünnitus, diabeedihaige. Sünnitas 13. II 1963. a. elusa enneaegse tütarlapse. Üsasisese asfüksia tõttu lõpetati sünnitus tangidega. Esimestest elutundidest alates tekkisid vastsündinul korduvad asfüksiahood. Kunstliku hingamise aparaati DP-2 kasutati antud juhul 7 päeva vältel 2—6 korda päevas. Laps paranes ja kirjutati sünnitusmajast välja 21. päeval heas seisundis.

Kümnel lapsel tekkisid kergemad, lühiajalised asfüksiahood. Neil DP-2 aparaati ei kasutatud.

Kõigil juhtudel tehti kunstlikku hingamist 20—30 korda minutis. Elustamine vältas harilikult 3—15 minutit. Pärast hingamisaparaadi eemaldamist jäi püsima hingamisrütm 50—80 korda minutis. Enne asfüksiahoogu hingamine algul kiirenes, seejärel aeglustus ja muutus ebaregulaarseks. Koos kunstliku hingamise aparaadi kasutamisega rakendati sekundaarse asfüksiaga laste puhul ka sümptomaatilist ja üldtugevdavat ravi.

Järeldused

1. Asfüksias sündinud vastsündinute elustamise efektiivsus tõuseb Persianinovi meetodi ja kunstliku hingamise aparaadi kasutamisega. Mõlema paralleelsel ja õigeaegsel rakendamisel võib elustada ka raskes asfüksiaseisundis sündinud lapsi.

2. Kunstliku hingamise aparaatide kasutamine koos üldtugevdava ja doseeritud hapnikuraviga annab häid tulemusi ka osalistest atelektaasidest tingitud sekundaarse asfüksiaga enneaegsete laste ravimisel.

О ЛЕЧЕНИИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

В. Каселайд

Резюме

Начиная с 1963 года в Тартуском клиническом роддоме для оживления новорожденных, родившихся в асфиксии, применяется метод Персиянинова и аппарат искусственного дыхания $ДП_2$. В настоящей работе представлены результаты использованных методов оживления новорожденных.

Для сравнения данных использовались истории родов 1961 года, когда метод Персиянинова и аппарат искусственного дыхания еще не применялись. Данные показывают, что эффект оживления новорожденных, родившихся в асфиксии, повышается при использовании метода Персиянинова и аппарата искусственного дыхания. Используя эти методы своевременно и параллельно, можно оживить детей в тяжелой асфиксии.

Аппарат искусственного дыхания вместе с общеукрепляющим и дозированным O_2 лечением дают хорошие результаты и при лечении секундарной асфиксии у недоношенных новорожденных с частичными ателектазами.

LASTE KAITSESÜSTIMINE JA ALLERGIA

Arstiteaduse kandidaat *E. MÜLLERBEK*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Kaitsesüstimiste tähtsus nakkushaiguste profülaktikas on üldiselt tuntud, kuid on ka teada, et vaktsiini või seerumi organismi viimisel võib peale immuunsuse tekkida veel kõrvalnähte. Iga kaitsesüstimine on seotud liigivõõra valgu manustamisega kas elusate, surmatud või nõrgestatud mikroorganismide või nende elutegevuse produktide näol. Liigivõõrad valgud põhjustavad teatava tundlikkuse tekkimise mõnede ainete suhtes. Kõige selgemini väljendub allergia pärast tuberkuloosivastast kaitsesüstimist. Teatavasti tekib lapsel pärast niisugust vaktsineerimist juba 1,5—2 kuu möödumisel positiivne allergiline reaktsioon tuberkuliini suhtes (Mantoux' ja Pirquet' proovid).

Allergia pole soovitav näht. Kuid arvesse võttes vaktsineerimise suurt kasu, mille puhul organism muutub immuunseks ohtlike ning isegi surmatoovate haiguste vastu, on selge, et mõningate allergianähtude tekkimise võimalus ei saa olla takistuseks ulatuslike vaktsineerimiste korraldamisel.

Tunduvalt ettevaatlikumalt on tarvis suhtuda kaitsesüstimisse nende laste puhul, kes kannatavad allergiliste diateeside, kaasasündinud ja omandatud idiosünkraasia, bronhiaalastma, reuma jms. all. Liigivõõra valgu manustamine enam või vähem kõrge sensibilisatsiooniga lastele võib esile kutsuda soovimatuid allergilisi ja parallergilisi reaktsioone. Allergilisi haigusi põdevate laste vaktsineerimise küsimus tuleb igal üksikjuhul lahendada individuaalselt.

Arst eksib, kui ta jätab vaktsineerimata eksudatiivse diateesiga lapse difteeria, läkaköha või kangestuskramptõve vastu. Nimelt just sellisel lapsel võib difteeria sageli kulgeda raskete toksiliste nähtudega. Samuti kulgeb läkaköha eksudatiivse diateesiga lastel raskesti ja sellele võivad tüsistustena kaasuda kopsupõletik ja astma.

Eksudatiivse diateesiga lapsed tuleks eelkõige vabastada rõugetevastasest ning mõnedest muudest vaktsineerimistest. Väljendunud nahanähtude ja eksudatiivse diateesiga lastel võivad rõugetevastasel vaktsineerimisel tekkida rasked tüsistused. On tähele pandud, et ainuüksi ühes toas viibimine vaktsineerimisest põhjustatud rõugevillidega isikuga võib ekseemi all kannataval lapsel tekitada ulatusliku villidega lööbe koos raske üldreaktsiooniga.

Suure ettevaatusega tuleb suhtuda reumahaigete laste kaitsesüstimisse. Nagu kõikide põletikuliste haiguste puhul, on ka ägedas või alaägedas staadiumis oleva reuma mitmesuguste vormide korral kaitsesüstimised vastunäidustatud. Kaitsesüstimisi tuleb teha reumahoogude vaheajal. Kuid sealjuures ei tohi unustada, et reuma võib ka sel perioodil olla aktiivne ja progresseeruda kliiniliste haigusnähtudeta. Seepärast tuleb juhul, kui lapse anamneesis on üks või mitu reumaatakki, teda raviasututes hoolikalt uurida ning vaktsineerida ainult siis, kui tal aktiivse haigusprotsessi tunnused täielikult puuduvad. Samuti peab suure ettevaatusega suhtuma nende laste vaktsineerimisse, kes põevad astmat või kelle anamneesis leidub andmeid teadmata etioloogiaga krampide, toiduidiosünkraasia jne. kohta.

Et kaitsesüstimised tooksid maksimaalset kasu (tekitamata sealjuures tüsistusi), on tarvis, et iga arst, kes tegeleb vaktsineerimisega, oleks hästi informeeritud kõikidest vastunäidustustest ühe või teise vaktsiini kasutamisel.

ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫЕ ПРИВИВКИ ДЕТЕЙ И АЛЛЕРГИЯ

Е. Мюллербек

Резюме

Значение предохранительных прививок в профилактике инфекционных заболеваний хорошо известно, но введение в организм вакцины или сыворотки может помимо иммунитета вызвать и другие явления.

Следует с осторожностью решать вопрос о проведении профилактических прививок детям, страдающим аллергическими диатезами, имеющим врожденную или приобретенную идиосинкразию, а также детям больным бронхиальной астмой, ревматизмом и другими заболеваниями.

Крайняя осторожность необходима при проведении предохранительных прививок детям, больным ревматизмом. Как при любых воспалительных заболеваниях, так и при различных формах ревматизма в острой или подострой стадиях проведение предохранительных прививок противопоказано. Прививки следует проводить в межприступный период, однако не следует забывать, что и в этот период ревматизм может быть активным и прогрессировать бессимптомно

Очень осторожно следует подходить к вопросу проведения прививок детям, больным бронхиальной астмой или у которых по анамнестическим данным, ранее были судорожные приступы неизвестной этиологии, пищевые идиосинкразии и т. д.

KOGEMUSI PROFÜLAKTILISTE REUMAVASTASTE RAVIKUURIDE RAKENDAMISE ALAL*

A. VALDMA

(Tallinna Tõnismäe Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

Üheks olulisemaks abinõuks reuma retsidiivide vältimisel on profülaktiliste ravikuuride määramine haigetele, millega alustasime Tallinna Tõnismäe Haigla kardioreumatoloogia kabinetis juba 1958. aasta sügisel. Profülaktiliste ravikuuride puhul oleme kasutanud alljärgnevaid ravimite kombinatsioone.

Ravikuuri variant	Haigete üldarv	Ravikuuride arv					
		1	2	3	4	5	6
1. Bitsilliin	68	22	16	14	7	6	3
2. Bitsilliin + aspiriin	42	11	8	6	7	5	5
3. Bitsilliin + butadioon	25	7	6	4	3	1	4
4. Bitsilliin + amidopüriin	30	8	5	4	3	6	4
5. Bitsilliin + aspiriin + C-vitamiin	130	31	28	24	19	16	12
6. Aspiriin + C-vitamiin	40	10	8	7	6	4	5
7. Aspiriin + C-vitamiin + joodi mikroannused	38	25	8	3	2	—	—
Kokku	373	114	79	62	47	38	33

Tulemuste efektiivsuse hindamiseks jälgiti kontrollgruppi kuuluvat 31 haiget, kelle puhul rakendati profülaktilise ravikuuri 3., 4. ja 5. varianti (vt. tabel). Osa patsientidest said kuni 6 ravikuuri.

Kontrollgruppi kuuluvatest haigetest tekkis 12-l eelnevalt profülak-

* Kokkuvõte ettekandest Vabariiklikul reumatoloogide seminaril 12. X 1963. a.

tilistele ravikuuridele retsidiiv. Mainitud kuuride ajal täheldati ainult kahel haigel kergekujulist retsidiivi. Tunduvalt vähenes ka haigete statsionaari suunamise vajadus. Enne profülaktilisi kuure esines haigetel külmetushaigusi palju sagedamini. Vähenes ka töövõimetuspäevade arv. Kontrollgrupi 31 haigel oli see aastas 212, profülaktiliste kuuride ajal aga 28.

Viimastel aastatel on tunduvalt vähem sedastatud pärast reuma esimesi ja korduvaid puhanguid tekkivaid klapirikkeid, eriti väljakujunenud stenoose. Ühtlasi peab rõhutama pediaatrite profülaktilise töö ja hormooniravi õigeaegse rakendamise tähtsust. Reumat põdevatel haigetel on vähenenud dekompensatsiooninähtude sagedus, eriti siis, kui arvestada ootamatuid, kliiniliselt põhjendamatuid dekompensatsiooniseisundeid, mida võib tõlgitseda reuma retsidiivina.

Neil haigetel, kelle puhul rakendati reumavastase kuurina aspiriini koos joodi mikroannuste ja C-vitamiiniga, täheldati neuro-endokriinse süsteemi tunduvat stabiliseerumist, mis on oluliseks teguriks korduvate retsidiivide vältimisel.

Meie kabineti kogemuste põhjal on reuma profülaktikas end kõige rohkem õigustanud bitsilliini ja C-vitamiini ning aspiriini kasutamine. Profülaktiliste ravikuuride rakendamine ja tulemuste hindamine jätkub.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ КУРСОВ

А. Валдма

Резюме

Одной из основных задач кардиоревматологического кабинета в профилактике является проведение систематических антиревматических курсов. Выводы по результатам проведенных профилактических курсов следующие.

Значительно уменьшилась частота рецидивов. Снизилось число дней нетрудоспособности и частота простудных заболеваний. За последние годы реже обнаруживаются стенозы у больных после перенесения активного ревматического процесса. Что касается пороков сердца, то создается впечатление, что после первичных и повторных атак они формируются реже. Уменьшилась частота декомпенсации у больных ревматизмом, получивших противорецидивное лечение. Больным, которым применяли антиревматические препараты в комбинации с микродозами йода и витамином С, отмечалось выраженное улучшение со стороны нейро-эндокринной сферы.

По опыту нашего кабинета больше всего оправдывает себя профилактический курс: бициллин, антиревматические средства и витамин С. Какой именно применять антиревматический препарат, это дело выбора, мы отдаем предпочтение аспирину (5-й вариант в таблице).

Проведение профилактических курсов и оценка полученных результатов продолжается.

LIHTNE JA PRAKTILINE

A. KADASTIK

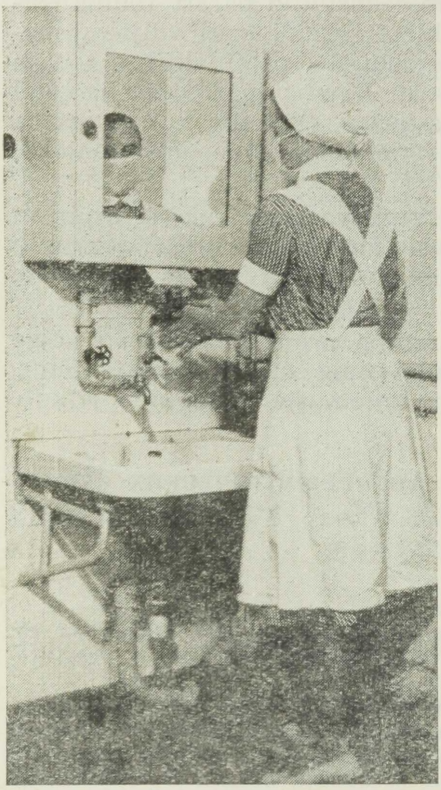
(Tartu Linna Kliinilisest Sünnitusmajast, peaarst *I. Veerma*)

Vastsündinute haigestumus ja suremus olenevad paljudel juhtudel nende hooldamisest.

Et vältida vastsündinute haigestumist, peab meditsiinipersonal isikliku hügieeni eeskirjadest kinni pidama. Selles suhtes etendab tähtsat osa vastsündinuid hooldavate isikute käte pesemine.Enamikes sünnitusabiasutustes toimub personali käte ja laste alakeha pesemine ühe ja

sama kraani all. Et meditsiiniõde peseb vastsündinute alakeha käsitsi ja ühtlasi suleb kraani sama käega, siis kraani käepide paratamatult saastub ja muutub nakkuse edasikandmise vahendiks.

Olukorda halvendab veel see, et käte desinfitseerimine ei toimu pahatihti nõuetekohaselt. Desinfitseerimine on puudulik, kui käsi kastetakse ainult vastava lahusega täidetud kausikesse või hõõrutakse samas lahuses niisutatud lapiga, vaid see peab toimuma voolava lahusejoa all. Seejuures on aga nõudeks, et kätepesemisseade käsitsemine peab olema lihtne.



Nendest põhimõtetest lähtudes paigutasime Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja kõikidesse lastetubadesse valamute juurde lisaseadised. Valamu kohale seinale kinnitati 61×61×20 sm suurune valgeks värvitud plekk-kapp. Selles kapis on 3 kergesti eemaldatavat, puhastatavat ja täidetavat plekkpaaki. Esimeses paagis (35×34×15,5 sm) on puhas soe vesi, teises (7×34×15,5 sm) vedel seep ja kolmandas (12×34×15,5 sm) 0,25%-line klooramiinilahus.

Paagid on pealt lahtised. Põhjast väljuvad torud, mis on kummikorgiga suletavad. Korkidelt suunduvad traatvarvad läbi paagi ülesse, kus nad on ühendatud horisontaalsete varbadega. Viimased väljuvad kapi külgseinast, on seal ühendatud täisnurga all põrandani ulatuvate varbadega. Põrandal asetseb 3 pedaali. Kui neile jalaga vajutada, tõusevad paakide väljavoolutorusid sulgevad korgid üles. Kui aga jalg pedaalilt eemaldada, tõstab vedru selle üles ja paagis suleb kork uuesti väljavoolutoru ava. Paagist väljuvad torud koondatakse painutamisega valamu keskkohale. See võimaldab käsi pesta ja desinfitseerida ühel ja samal kohal, sõltumata paakide asukohast.

Eespool kirjeldatud meie konstrueeritud seadis on küllaltki lihtne ja seetõttu võib seda kasutada kõikides sünnitusabi- ja samuti ka muudes tervishoiuasutustes.

ПРОСТО И ПРАКТИЧНО

А. Кадастик

Резюме

У рукомойников — раковин во всех детских комнатах Тартуского городского клинического родильного дома были установлены добавочные приборы для мытья и дезинфекции рук.

К стене над рукомойником прикрепляли окрашенной белой краской жестяной ящик размером 61×61×20 см, в котором помещен 3 жестяных бочка. В первый из них наливается чистая теплая вода, во второй — жидкое мыло и в третий — 0,25% раствор хлорамина.

Из бочков выходят резиновые трубки, сходящиеся к центру раковины. Растворы и вода начинают вытекать из бочков после нажатия соответствующей из трех ножных педалей.

KROONILIST GASTRIITI PÕDEVATE HAIGETE RAVIST

Arstiteaduse kandidaat *V. SALUPERE*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*)

Krooniline gastriit on haiguslik protsess, mis kulgeb sageli pikaajaliselt, ägeneb perioodiliselt ja põhjustab enamikul juhtudest mao limaskesta atrofeerumist. Kaugelearenenud limaskestaatroofiat peetakse aga vähieelseks seisundiks.

On selge, et kroonilise gastriidi diagnoosimine ei tohi põhineda ainuüksi haige kaebuste ärakuulamisel, nagu seda siiski pahatihti tehakse. Diagnoosimine peab olema kompleksne, s. o. kõrvuti kaebuste ärakuulamise ja maonõristumise uurimisega tuleb tingimata arvestada ka morfoloogilisi muutusi, nagu gastroskoopia ja gastrobiopsia uurimismeetodite tulemusi. On teada, et röntgenoloogiline uurimine ei anna gastriidi diagnoosimiseks olulisi toetuspunkte. Kui krooniline gastriit on haigel kindlaks tehtud, tuleb seda kohe ravima hakata. Siinjuures peab aga märkima, et see on raske ülesanne, sest kahjuks puuduvad kaasajal üldist tunnustust leidnud ühtsed seisukohad. Üldjoontes eristatakse kroonilise gastriidi ravi ägenemis- ja vaibeperioodil.

Kui haigel on kroonilist gastriiti juba varem diagnoositud (tingimata kompleksse uurimisega!), ja järsku tekivad (näiteks seoses dieedist kõrvalekaldumisega) seedehäired ning valud, siis võib nendel juhtudel oletada gastriidi ägenemist. Ägeda staadiumi ravis on esiplaanil säästev dieet. Sel puhul on nõudeks, et toit peab oma omadustelt magu keemiliselt ja mehaaniliselt säästma, olles ühtlasi täisväärtuslik, ja seda nii koguselt kui ka kalorsuselt. Viimane peab ligikaudu organismi energia vajadusele vastama. Üldjoontes rakendatakse dieeti nr. 1 (Pevzneri järgi). Toidust tuleb kõrvaldada kõik produktid, mis võiksid magu kas keemiliselt või mehaaniliselt ärritada. Keelatud on road, mis tugeva maomahlaerituse esile kutsuvad, näiteks puljongid ja praetud ning vürtsitatud toidud. Haige peab sööma 4—6 korda päevas. Siinjuures on oluline, et toit oleks hästi peeneks mälutud, sest suuremad tükid ärritavad mao limaskesta ja tekitavad tugeva nõristumise, mis koos mao lihaskonna spasmidega võib vaevusi veelgi süvendada. Olgu mainitud, et kroonilise gastriidi ägenemisperioodil on soovitatav voodirežiim.

Lubatud on järgmised toidud: piim, rõõsk koor, piima- ja püreesupid, kissellid, želee, pudrud ning hautatud liha. Algul on soovitatav haigele leiba ja saia mitte anda, kuid ta võib juua mitmesuguseid mittehapusid mahlu, nagu tomati-, porgandimahla jms. Ka toores muna on sel puhul näidustatud.

Kui haigel vaevused vähenevad, võib dieeti mõnevõrra laiendada, kusjuures menüüsse lisatakse veel saia, rohkem kala ja liha (hautatult või keedetult, kuid mitte praetult!). Et vitamiinide puudujääki taastada, tuleb ka edaspidi mittehapusid mahlu tarvitada. Endiselt on nõutav, et toidud oleksid vedelad, poolvedelad või püreetaolised. Rangelt on keelatud lihapuljongid, mis sisaldavad magu ärritavaid ja maonõristumist

soodustavaid ekstraktiivaineid. Ka praetud toidud ei ole soovitatavad, sest praadimisel tekivad liha pinnale rasvhapped, mis mao limaskesta keemiliselt ärritavad. Praetud liha pinnal olev koorik on aga mehaaniliseks ärritajaks. Toidud ei tohi olla liiga kuumad ega ka liiga külmad, sest see võib mao limaskesta kahjustada. Nii näiteks on nende maade elanike hulgas, kes kasutavad sageli ja rohkesti kuumi jooke (Brasiilia, Inglismaa jt.), gastriiti tunduvalt sagedamini avastatud.

Kui valud ja düspeptilised nähud kaovad, soovitatakse haigel rohkem jalutada. Kuigi dieeti laiendatakse, jääb püsima veel palju nõudeid, nagu sage ja väikestes kogustes söömine, toidu mitmekülgsus ja küllaldane kalorsus, praetud toitude, konservide ja puljongite keelamine jm. Endastmõistetavalt puuduvad standardsed juhised, mis oleksid ühesuguse eduga rakendatavad kõigi gastriiti põdevate haigete puhul. Eespool mainitu põhjal võib öelda, et toit peab olema igale haigele individuaalne ja vastama iga inimese taluvusele, maitsele, harjumusele ja materiaalsele olukorrale. Pole mõtet soovitada haigele niisuguseid toite, mida ta mingil põhjusel ei saa hankida.

Ravimitest võib kroonilise gastriidi ägedas faasis soovitada mao lihaskonna spasme lõõgastavaid ja nõristumist pidurdavaid vahendeid, näiteks atropiini, papaveriini jts. Üsna head efekti annavad nn. rullkuurid. Sel puhul joob haige tühja kõhuga umbes 200 ml kanget kummeliteed ja muudab seejärel keha asendit, et joodud lahus kataks kogu mao limaskesta pinna. Kõrge happesuse korral tuleb tarvitada maosisaldist neutraliseerivaid leelisi (magneesiumoksiidi jt.). Leelisi soovitatakse kasutada pärast söömist, mitte aga tühja kõhuga. Võib ordineerida vikaliini, mis sisaldab katva, parkiva, happesusvastase, põletikuvastase, spasme lõõgastava ja nõrgalt lahtistava toimega aineid.

Esitame vikaliini koostise:

Bismuthi subnitrici 0,35
Magnesii carbonici 0,4
Natrii bicarbonici 0,2
Pulv. corticis Frangulae
Pulv. rhizomatis Calami āā 0,025
Rutini
Khellini āā 0,005

Seda ravimit määratakse 1—2 tabletti korraga 3 korda päevas. Ravikuur kestab 1—2 kuud.

Haiguse kulule avaldavad soodsat toimet mineraalveed. Kui gastriidi ägenemine kulgeb kõrgenenud happesusega, tuleb ravi alustada sooja mineraalveega (35—40°), millest süsihappegaas on lendunud. Selleks valame vee klaasi umbes pool tundi enne tarvitamist. Seda mineraalvett tuleb juua 1,5—2 tundi enne söömist suurte lonksudena. Ühekordseks annuseks on tavaliselt 200 ml. Ravikuur kestab 20—30 päeva.

Pärast kroonilise gastriidi ägeda perioodi möödumist võivad haiged igapäevast tööd tegema hakata. Oluline on märkida, et krooniline gastriit võib juba varakult madala happesusega kulgeda või siis happesus puudub üldse, ja mis veelgi olulisem — tihti ka vaevusteta. Maonõristumise puudulikkusele kaasuvad ka kõhunäärme, sapipõie jt. elundite talitluse häired. Sellest järeldub, et kroonilise gastriidi ravi nimetatud perioodil on tarvilik. Peab mainima, et ravi kliinilises vaibestaadiumis erineb mõnevõrra ravist haiguse ägedas staadiumis.

Dieet ei tohi olla liiga range. Toit peab sisaldama küllaldaselt seedetegevust stimuleerivaid aineid. Kui äge protsess nõuab peaasjalikult säästvat dieetravi. siis kroonilise gastriidi vaibeperioodil, eriti kui sellega kaasneb madal või puuduv happesus, peab dieet stimuleerima maonõris-

tumist ja -motoorikat. Sel puhul on teatavas ulatuses lubatud ka praetud lihatoidud, puljongid, hapud mahlad jt. Head toimet avaldab toatemperatuuril säilitatud mineraalvesi, mida juuakse 15—30 minutit enne söömist üks klaas korraga. Enne kasutamist seda pudelist välja ei valata (süsihappegaasi säilitamiseks). Niisugusel viisil ettevalmistatud mineraalvett tuleb juua aeglaselt ja väikeste lonksudega. Vee madal temperatuur ja pikaajaline kontakt mao limaskestaga tekitab närvilõpmete ärrituse, mis omakorda soodustab nõristumist, parandab seedevõimet ja tõstab söögiisu.

Kroonilise gastriidi vaibeperioodil on ravimitest soovitatavad B-rühma vitamiinid (B_1, B_6, B_{12}). Nii näiteks võib 5%-list B_1-vitamiini lahusena manustada iga päev 1 ml, B_{12}-vitamiini 2 korda nädalas annuses 200 gammat jne. B-rühma kuuluvate vitamiinide kasutamine on vajalik sel põhjusel, et koreainetest suhteliselt vaba dieet tekitab kroonilise gastriidiga haigetel teatava B-hüpovitaminoosi, mis võib olemasolevaid vaevusi veelgi suurendada.

Kasutatakse ka ganglione blokeerivaid ravimeid (näiteks bensoheksooni jt.). Nende toimet kroonilise gastriidi korral seletatakse naaberelunditest lähtuvate nn. vistsero-vistseraalsete ärrituste pidurdamisega. Eriti kehtib see sekundaarsete gastriitide kohta, mille puhul haiguslik protsess toimub mingis naaberelundis, näiteks sapipõies, kõhunäärmes jm.

Mõningaid andmeid leidub ka stimuleeriva hormooniravi kasutamise alal. Sagedasti kombineeritakse seda mittespetsiifiliste stimulaatoritega, nagu aaloe, ja tehakse väikeses koguses vereülekandeid. Nii on AKTH manustamisega annuses 10 TÜ 2 korda päevas saavutatud maonõristumise tunduvat paranemist. Tuleb märkida, et eespool nimetatud ravimeid võib kasutada ainult arsti kontrolli all. Sama kehtib ka ganglioblokaatorite kohta.

Sümptoomide puudumise tõttu ei pöördu kroonilist gastriiti põdevad haiged pahatihti üldse arsti poole, mistõttu paljudel juhtudel neid haigeid ei ravitagi. Kuid stimuleerivat ravi on õige rakendada just siis, kui mao limaskesta muutused on sellises järgus, mille puhul need võivad veel taandareneda. Sellepärast on gastriidi suhtes oluline esinevate morfoloogiliste muutuste varajane diagnoosimine gastrobiopsia abil.

Kaasajal me veel ei tea, miks tekib krooniline gastriit, eriti selle atroofilised vormid. Seepärast ei oska me seda haigust ka veel põhjuslikult ravida. Kuid viimase 15 aasta jooksul saavutatud edusammud kliinilises gastroenteroloogias lubavad eeldada suuri võimalusi kroonilise gastriidiga haigete ravimisel lähemas tulevikus.

О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

В. Салупере

Резюме

Лечение больных хроническим гастритом в периоды обострения и стихания болезненных явлений различное. В период обострения основное лечение состоит в щадящий диете. В период стихания явлений, в особенности при недостаточной кислотности или анацидности, диета должна стимулировать секрецию и моторику. Стимулирующее лечение следует назначать тогда, когда начинающиеся изменения слизистой желудка могут быть еще обратимы. Поэтому при гастрите большое значение имеет своевременная диагностика морфологических изменений слизистой с помощью гастроскопа.

KESKHARIDUSEGA MEDITSIINIPERSONALI TÖÖ KORRALDAMISEST

Vanemõde *E. UIBO*

(Tallinna Harjumäe Haiglast, peaarst *V. Davidovitš*)

Haigete ravimise tulemused haiglates sõltuvad suurel määral nende hooldamisest, eriti aga keskharidusega meditsiinitöötajate töö korraldamisest. Haigeid teenindatakse statsionaarides peamiselt kolme- või kaheastmelise printsiibi järgi. Kolmeastmelise teenindamise puhul tegelevad haigega peale arsti ja meditsiiniõe ka sanitarid; kaheastmelise süsteemi korral aga ainult arst ja meditsiiniõde.

Enamikus Lääne-Euroopa maades rakendatakse laialdaselt kaheastmelist printsiipi. Nooremat personali ei lubata isegi põetamise abitöödele. Seepärast kuulub meditsiiniõe kohustuste hulka peale eriharidust nõudvate ülesannete (arsti korralduste täitmine ja mitmesugused manipulatsioonid) veel sellised kohustused nagu siibrite ja uriinipudelite andmine haigetele jne. Sanitar teeb seal ainult koristaja tööd.

Peab mainima, et meil kehtival kolmeastmelisel süsteemil on olulisi puudusi. Näiteks see, et meditsiiniõde, kes haigete põetamise eest peamist vastutust kannab, muutub tegelikult üheks haigete põetamisest osavõtvaks isikuks, sest peale tema on veel sanitar, kellele on antud õigus iseseisvalt, ilma kontrollita täita mitmeid töid, mis kuuluvad õe ülesannete hulka (näiteks klistiiride tegemine, kompresside panemine, haigete söötmine jne.). See põhjustab aga põetamise ja arsti korralduste täitmise ning mitmesuguste protseduuride kvaliteedi languse.

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 216 (28. aprillist 1959. a.) alusel on meie statsionaarides kasutusele võetud kaheastmeline haigete teenindamine. Paljude haiglate kogemused ja haigete rohkearvulised hinnangud näitavad, et see korraldus end igati õigustab. On aga teada, et kaheastmelise teenindamise elluviimisel tekib mitmeid raskusi. Üks tõsisemaid neist on mõnede õdede vastuseis, kes näevad selle süsteemi rakendamises oma töökoormuse suurenemist.

Kaheastmelise süsteemi puhul teenindavad haiget arst ja meditsiiniõde; sanitar ainult koristab palateid ja kõrvalruume. Palati-meditsiiniõde töötab osakonna ordinaatori ja vanemõe otsesel juhtimisel, nende äraolekul on korralduste andjaks valvearst. Kaheastmelise teenindamise puhul on meditsiiniõe kohustuseks arsti kõikide korralduste täitmine. Ta annab haigetele ravimeid ja mis eriti tähtis — kontrollib ravimite sissevõtmist. Peale selle mõõdab kehatemperatuuri, teeb klistiire, lõikab haigetel küüsi, hoolitseb naha ja suuõõne puhtuse eest. Samuti valmistab haigeid ette röntgenoloogiliseks uurimiseks, kogub ja saadab materjali laboratoorseteks uuringuteks, hoolitseb lamavate haigete asendi muutmise eest voodis ja vahetab nende pesu. Meditsiiniõe ülesannete hulka kuulub ka sanitaarhariduslike vestluste pidamine.

Palati-meditsiiniõe töö peab olema korraldatud nii, et ta on täiesti vabastatud apteegis, laboratooriumis, röntgenikabinetis jm. käimisest. Nimetatud toimingutega tuleb tegelda nende kabinettide töötajail. Kõik meditsiiniõed peavad täielikult valdama protseduuriõe töö tehnikat. Ei tohi lubada, et meditsiiniõde kirjutab arsti korraldused välja haigusloost. Ta peab neid kuulma arsti suust. On soovitatav, et ühtedes ja samades palatites töötaksid alati ka ühed ja samad meditsiiniõed. Selleks võib koostada töögraafiku nii, et ühed meditsiiniõed töötaksid üks nädal päeval, teised öösel. Vahetus võib toimuda kahe nädala ja kuu aja järel.

Palati sanitar-koristaja töötab palati-meditsiiniõe vahetul juhtimisel ega täida mingeid iseseisvaid ülesandeid. Sanitar-koristaja peab palateid hoolikalt koristama ja tuulutama, pesema siibreid ning uriinipudeleid,

tooma õele soojutamisvahendeid ning klistiirikanne. Tema ülesannete hulka kuulub ka kõndivate haigete vannitamine. Ta abistab meditsiiniõde voodite korrastamisel, pesu vahetamisel, raskesti haigete pööramisel ja nende talutamisel, samuti raskesti haigete pesemisel ja vannitamisel. Peale selle täidab ta muid meditsiiniõe poolt antud ülesandeid. Kui aga jälgida, kuidas meil noorem meditsiinipersonal tegelikult töötab, siis peab nimetama, et paljud raskused tulenevad sellest, et osa sanitare ei ole raviasutustes töötamiseks üldse sobivad. Noorema meditsiinipersonali suurt voolavust põhjustab asjaolu, et osakondade vanemõed rakendavad sanitare tööle, ilma et nad oleksid neid eelnevalt juhendanud või katseajal pidanud. Tallinna Linna Tervishoiu Osakond töötas välja näidisplaani sanitaride töölevõtmise kohta. Sanitari ei tohi enne tööle lubada, kuni ta pole sooritanud miinimumi meditsiiniliste teadmiste alal.

Järgnevalt lühidalt veel vanemõe osatähtsusest osakonnas.

Kui Inglismaal tulevad külalised mingi raviasutuse osakonda, siis võtavad neid vastu osakonnajuhataja ja osakonna-vanemõde. Sellega rõhutatakse osakonna-vanemõe tähtsust. Võib öelda, et vanemõde on tähtsuselt teine isik osakonnas. Peab mainima, et viimastel aastatel omistatakse ka meil vanemõe tööle üha suuremat tähelepanu. Näiteks tõstatas NSV Liidu tervishoiu minister küsimuse vanemõe ametikoha loomise kohta tervishoiuosakondades ja isegi tervishoiu ministeeriumis.

Meie arvates oleksid vanemõe peamised ülesanded järgmised: 1) kesk- ja noorema meditsiinipersonali töö planeerimine ja organiseerimine; 2) sanitaar-hügieenilise olukorra kontrollimine osakonnas; 3) ravimite õige väljakirjutamise ja kulutamise ning arsti korralduste täitmise kontrollimine; 4) hoolitsemine selle eest, et keskharidusega meditsiinipersonal ja sanitarid tegeleksid teadmiste täiendamise ja kvalifikatsiooni tõstmisega. See toimub osakonnajuhataja ja haigla-vanemõe juhtimisel.

Üheks tähtsamaks küsimuseks on kommunistliku liikumise brigaadide loomine meie tervishoiuasutustes. Võistlus kommunistliku liikumise eesrindlase austava nimetuse taotlemiseks peab muutuma massiliseks ja selle ellurakendajateks peavad eelkõige olema meditsiiniõed.

УПОРЯДОЧЕНИЕ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Э. Уйбо

Резюме

Результаты лечения в стационаре в большой мере зависят от ухода за больными, в особенности от организации работы среднего медицинского персонала.

В наших стационарах применяется двухстепенное обслуживание больных. Накопленный опыт и многочисленные отзывы больных показывают, что эта форма обслуживания больных оправдала себя.

HÜPOTOONIA

Arstiteaduse kandidaat *H. KAHN*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *B. Bogovski*)

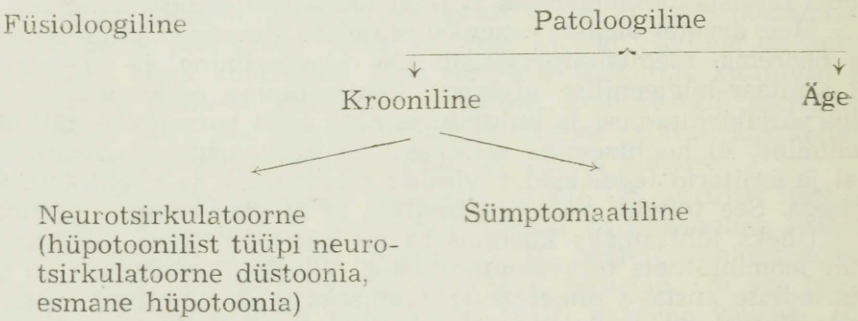
Kui kõneldakse vererõhu muutustest tingitud tervisehäiretest, siis peetakse eelkõige silmas hüpertooniatõbe. Ja seda põhjendatult, sest nimetatud haigust esineb küllaltki sageli, ta on raskesti ravitav ja põhjustab pahatihti surma. Vererõhu muutuste teisele äärmusele, s. o. madalale vererõhule ehk hüpotooniale, mis tekitab suhteliselt väiksemaid vaevusi ega ohusta elu, ei ole senini küllaldast tähelepanu pööratud.

Et vererõhu taset õigesti hinnata ja füsioloogilist vererõhku haiguslikust eristada, peab eelkõige teadma, missugust taset võib normaalseks pidada. Vererõhk tuiksoontes võrdub tervetel inimestel südamelihase kokkutõmbumise (süstoli) ajal 100—130 mm kõrguse elavhõbedasamba rõhuga (seda nimetatakse maksimaalseks arteriaalseks rõhuks ehk lihtsalt maksimaalseks vererõhuks), kuid südamelihase lõõgastumise (diastoli) ajal aga 60—80 mm kõrguse elavhõbedasamba rõhuga (seda nimetatakse minimaalseks arteriaalseks rõhuks ehk minimaalseks vererõhuks). Tuleb märkida, et keskealistel ja elatanud inimestel on maksimaalse arteriaalse rõhu alammäär mõnevõrra kõrgem, s. o. 110—120 mm.

Nimetatust madalam vererõhk viitab hüpotooniale. Üheaegselt madala vererõhuga täheldatakse sageli mitmesuguseid tervisehäireid. Tuleb mainida, et nii pole see aga alati. Peame meeles pidama, et hüpotoonia võib esineda ka täiesti tervetel ja töövõimelistel inimestel. Neil juhtudel on tegemist füsioloogilise hüpotooniaga.

Hüpotoonia klassifikatsioon

(N. S. Moltšanovi järgi)



Patoloogilise kroonilise hüpotoonia kõige olulisema rühma moodustab neurotsirkulatoorne hüpotoonia. Selle põhjuseks peetakse kestvat psüühilist pinget, ületöötamist, teatavaid nihkeid sisenõristusnäärmete talitluses, kokkupuutumist neurotroopsete toksiliste ainetega ja veel mitmeid muid tegureid, mille tagajärjel tekivad kesk- ja vegetatiivse närvisüsteemi talitluse häired, mis omakorda kutsuvad esile veresoonte toonuse muutusi. Seega sarnaneb neurotsirkulatoorne hüpotoonia oma tekkemehhanismilt hüpertooniaga. Leidub andmeid, et neurotsirkulatoorne hüpotoonia võib aja jooksul üle minna hüpertooniatõveks ja osutuda nõnda üheks selle faasiks. Et neurotsirkulatoorne hüpotoonia, samuti nagu hüpertooniatõbi, ei piirdu üksnes vererõhu muutumisega, vaid avaldub enam-vähem kindlailmelise sümptoomide kompleksina, soovitavad mõned teadlased seda hüpotooniavormi hüpotooniatõveks nimetada.

Neurotsirkulatoorse hüpotoonia puhul on sagedasemateks haigusnähtudeks peavalu, peapööritus, üldine nõrkus, loidus, kõrgenenud erutuvus ja emotsionaalsus, mälu nõrgenemine, südamekloppimine, sõrmede külmakartlikkus ja tuimus, higistamine jne. Kõige sagedamini esineb peavalu. See on tuim ja tuikav ning tugevneb tööpäeva lõpuks. Üsna iseloomulik on asjaolu, et hüpotoonia korral on inimene hommikul loium ja väsinum kui õhtul. Mõnikord võivad südame piirkonnas tekkida stenokardiat meenutavad tuimad püsivad valud, mis vallanduvad mitte ainult füüsilise pingutuse tagajärjel, vaid ka rahuseisundis. Mõnevõrra harvem täheldatakse liigesevalusid, mis tekivad rahuseisundis ja kaovad füüsilise tegevuse korral. Neurotsirkulatoorne hüpotoonia võib põhjustada mitmesuguseid siseelunditega seotud subjektiivseid vaevusi, nagu iiveldus, kõrvetised, isutus, kõhupuhitus, lühiajalised valud kõhus jt.

Neurotsirkulatoorse hüpotoonia objektiivsetest tunnustest tuleb eelkõige rõhutada normist madalamat vererõhku, kusjuures maksimaalne rõhk võib olla kõigest 85—90 mm ja üksikjuhtudel veelgi madalam. Iseloomulik on vererõhu labiilsus. Olulisi nihkeid võib leida vegetatiivses närvisüsteemis (naha temperatuuri alanemine labakätel, higierituse, naha temperatuuri asümmeetria jms.). Olgu mainitud, et madal maohappesus, mis hüpotooniatõbe põdevatel inimestel on suhteliselt sagedaseks nähuks, ei ole esile kutsutud mao limaskesta muutusest, vaid see on tingitud maonäärmete talitluse pärssumisest. Neurotsirkulatoorse hüpotooniale on iseloomulik leukopeenia (20—30% juhtudest) ja lümfotsütoos (umbes 40% juhtudest). M. Uljanovi andmeil täheldatakse 38%-l haigeist monotsütoosi. Erütrotsüütide settereaktsioon on normaalne või koguni aeglustunud. Suhkrusisaldus veres on normaalne (sageli normi alumisel piiril) või mõõdukalt alanenud. Normist madalam on ka B_1- ja C-vitamiinide sisaldus veres. Muidugi ei saa eespool kirjeldatud kaebusi ja objektiivseid nihkeid madala vererõhuga otseselt seostada. Peamine põhjus seisneb ikkagi kesk- ja vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalsetes muutustes, millest on tingitud ka hüpotoonia tekkimine.

Paljudel juhtudel ei põhjusta neurotsirkulatoorne hüpotoonia kuigivõrd tõsiseid tervisehäireid ega alanda töövõimet. Soodsates tingimustes, eriti ravi- ja profülaktikaabinõude rakendamise tulemusena, võivad kõik subjektiivsed kaebused ja objektiivsed häired kaduda. Mõnikord võib haigus kulgeda puhanguliselt, sest psüühilised traumad, üleväsimus ja kurnavad haigused vallandavad või süvendavad neurotsirkulatoorset hüpotooniat.

Eraldi käsitlemist nõuab hüpotoonia sportlastel ja rasedatel. Teatavasti avaldab spordiga ja kehakultuuriga tegelemine organismile, eriti närvisüsteemile ja vereringele, soodsat mõju. Samal ajal on teada, et paljudel sportlastel on normaalsest madalam vererõhk. Mitmete aastate jooksul hinnati seda kui positiivset näitajat, mis väljendab organismi treenituse kõrget taset. Peab aga märkima, et 1959. aastal Moskvas toimunud rahvusvahelisel spordimeditsiini kongressil kritiseeriti põhjendatult seda peaaegu dogmaks muutunud seisukohta. On teada, et sportlastel esinev hüpotoonia pole niivõrd tingitud ainevahetusprotsesside kõrgenenud adaptatsioonitasemest, hästi treenitud südamelihasest ja veresoontest, vaid liiga suurest treeningukoormusest, treeningute organiseerimise valest metoodikast või liiga sagedastest võistlustest. Niisugune madal vererõhk on olemuselt lähedane neurotsirkulatoorsele hüpotooniale. Ka sel puhul leiame peale madala vererõhu mitmesuguseid subjektiivseid ja objektiivseid häireid.

Vererõhu languse põhjustajaks rasedatel on ilmselt neuro-hormonaalsed muutused. Enamikul juhtudel tekib hüpotoonia 9.—32. rasedusnädalal. Et raseduse ajal kujunenud hüpotoonia on nii raseduse kulu kui ka sünnitustegevuse seisukohalt mittesoovitav sümptoom, tuleb see võimalust mööda kõrvaldada. Tulemusi annab küllaldane puhkus, hea uni, glükoosi ja C-vitamiini süstimine. Mõnikord muutub hüpotoonia raseduse teisel poolel hüpertooniaks, mis võib tõsiseid komplikatsioone põhjustada.

Sümptomaatiliseks nimetatakse sellist hüpotooniat, mis esineb mingi haiguse ühe sümptoomina. Eriti sageli kohtame seda vähktõve, haavandtõve, tuberkuloosi ja muude nakkushaiguste puhul. Siinjuures hüpotoonia kui haiguse üks sümptoomidest etendab enamikul juhtudel teisejärgulist osa ja jääb tagaplaanile, võrreldes muude haigustunnustega (tugevad valud, kõrge palavik, kehakaalu pidev langus jne.).

Kroonilise hüpotoonia kõrval võib kohata ka ägedat hüpotooniat, mis areneb südametegevuse, veel sagedamini aga vereringe ägeda puudu-

likkuse tagajärjel. Viimane tekib näiteks südame infarkti, suure verekaotuse, ulatuslike põletushaavade, raskete operatsioonide ja mõnede mürgistuste puhul.

Lisaks eespool kirjeldatud hüpotooniavormidele on olemas veel kunstlik, arstide tahtele alluv nn. juhitav hüpotoonia. Seda rakendatakse verejooksu vähendamiseks operatsioonide ajal. Kunstliku hüpotoonia esilekutsumiseks kasutatakse gangliioblokaatoreid, mis operatsiooni ajaks alandavad vererõhku ja blokeerivad vegetatiivset närvisüsteemi. See omakorda võimaldab keerulisi neurokirurgilisi, kopsu- ja südameoperatsioone sooritada.

Mis patoloogilise hüpotoonia profülaktikasse puutub, siis tuleb kõne alla peamiselt neurotsirkulatoorne vorm, sest ägeda ja sümptomaatilise hüpotoonia profülaktika piirdub neid põhjustavate haiguste vältimisega. Neurotsirkulatoorse hüpotoonia ennetamiseks on tarvis hoiduda sagedastest psüühilistest pingutustest, närveerimisest, ületöötamisest, uneta öödest jne. Hästi mõjuvad viibimine heatujulises seltskonnas, jalutuskäigud, kehakultuur, veeprotseduurid, aiatöö jms. Suitsetamisest tuleb hoiduda. Patoloogilise hüpotooniaga isikuid on soovitatav dispanseerida. Oluline on neid inimesi veenda, et tegemist on kergekujulise tervisehäirega, mis närvisüsteemi säästmise ja karastamise puhul aja jooksul täielikult möödub.

Neurotsirkulatoorse hüpotooniaga haigeid võib heade tulemustega ravida ambulatoorselt. Soovitatav on sanatooriumis või puhkekodus viibimine. Ravi peab olema individualiseeritud, kompleksne ja õigeaegselt alustatud. Toit olgu mitmekülgne, C- ja B_1-vitamiinide poolest rikas. Sööma peab kindlatel kellaaegadel, vähemalt 3 korda päevas. Liigsöömisest tuleb hoiduda. Häid tulemusi annab psühhoteraapia, eriti hüpnoosiravi. Füsioterapeutilistest meetoditest rakendatakse edukalt üldist massaaži, kvartslambiga kiiritamist väikestes annustes, iontoforeesi kaltsiumiga ja veeprotseduure. Ravimitest kasutatakse ženšenijuure tinktuuri (sisse võtta 15—25 tilka 3 korda päevas enne söömist 2—5 nädala vältel), sidruniväändiku tinktuuri (20—30 tilka 2 korda päevas mitme nädala vältel), leuseajuure tinktuuri (sisse võtta 20—30 tilka 2 korda päevas enne söömist 2—4 nädala vältel), belloidi (3—6 dražeed päevas 3—4 nädala vältel), kofeiini (0,1—0,2 grammi 2 korda päevas mitme nädala vältel, samasuguseid tulemusi annab ka oakohvi joomine) ja muid ravimeid. Hinnatavat efekti on saadud adrenokortikotroopse hormooniga (AKTH). Seda süstitakse lihasesse võrdlemisi väikestes annustes (10—20 TÜ 2 korda päevas 20—30 päeva vältel).

Ägeda hüpotoonia kõrvaldamine nõuab kiiret ja asjatundlikku tegutsemist, kusjuures vererõhu tõstmiseks süstitakse kofeiini, kordiamiini, adrenaliini, strofantiini jms.

Sümptomaatiline hüpotoonia spetsiaalset ravi ei vaja. Kui hüpotooniat põhjustanud haigus möödub, siis normaliseerub ka vererõhk.

TÄIENDAVAT KIRJANDUST

1. Александрова А. П., Лукьянова В. С. Вопросы клиники, профилактики и лечения гипотонической болезни. М., 1960. — 2. Гембицкий Е. В. Клинич. мед. 1953, 7, 35—42. — 3. Голицынская А. П. Врачеб. дело, 1961, 6, 123—125. — 4. Молчанов Н. С. Гипотонические состояния. М., 1962. — 5. Сильвестров В. П. Изменения высшей нервной деятельности при некоторых формах артериальной гипотонии. Терапевт. архив, 1956, 6, 76—84.

ГИПОТОНИЯ

Х. Кахн

Резюме

Нарушения сосудистого тонуса занимают видное место среди заболеваний внутренних органов. В результате многочисленных исследований и наблюдений медицинская теория и практика значительно обогатились новыми данными, касающимися патогенеза, клиники и профилактики гипертонической болезни. К сожалению противоположная форма нарушений сосудистого тонуса — гипотония — не подверглась столь глубокому изучению, потому и знания практических работников здравоохранения об этом состоянии недостаточные.

Необходимо иметь ввиду, что большинство людей с постоянной гипотонией в пределах 80—100 мм рт. ст. для максимального кровяного давления и 50—60 для минимального следует считать здоровыми. Но также несомненно, что гипотония в такой степени является патологическим состоянием. Поэтому приходится различать физиологическую и патологическую гипотонию.

Наиболее распространенной и типичной формой патологической гипотонии является нейроциркуляторная или первичная гипотония, которая развивается в результате сложных функциональных нарушений в центральной нервной системе. Люди, страдающие нейроциркуляторной гипотонией, жалуются преимущественно на головную боль, общую слабость, вялость, потемнение в глазах при быстром вставании, раздражительность, вспыльчивость, понижение памяти, неприятные ощущения в области сердца, похолодание и онемение пальцев рук, ног и т. п.

Для предупреждения и лечения нейроциркуляторной гипотонии требуется проводить комплекс мероприятий, способствующих нормализации функции центральной и вегетативной нервной системы.

Симптоматическая гипотония встречается при самых различных заболеваниях, и является одним из симптомов последних. Наиболее часто эта форма гипотонии наблюдается при раке, туберкулезе, инфекционных заболеваниях, язвенной болезни и пр.

При острой сердечной или сосудистой недостаточности возникает острая гипотония, требующая быстрой и умелой помощи.

Kaadri ettevalmistamine

JÄRJEKORDNE LEND SANITAARVELSKREID TARTU MEDITSIINILISEST KOOLIST

11. märtsil 1964. a. kogunes Tartu Meditsiinilise Kooli pere Tartu Riikliku Ülikooli klubisse ellu saatma sanitaarvelskrite osakonna lõpetajaid. Sel päeval anti diplomid kahekümne neljale õpilasele, kes suunati tööle vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiajaamadesse.

Aktusel pidas kõne kooli direktor V. Parvet, kes rõhutas profülaktilise suuna tähtsust nõukogude meditsiinis ja tööle suunatavate tähtsat osa selles.

Kooli lõpetasid sanitaarvelskri kutsega järgmised õpilased:

Zinaida Ago
Helgi Alandi
Neemi Helme (kiitusega)
Maire Jüris
Salme Kaarus (kiitusega)
Helve Kaasik
Leili Kala
Kaja Kaljola
Maie Konts
Mari Laane
Mare Must
Lehte Mänd
Margit Paasma
Ruth Peri
Linda Ploom
Hilda Prints
Enn Sõrg
Helgi Säinast (kiitusega)
Liidi Tammi
Tiia Teikes
Antonina Udras
Ester Vahter
Laine Vanatoa
Malle Varik

A. Horn

UUS LEND AKUSÖÖRE JA FARMATSEUTE TALLINNA MEDITSIINILISEST KOOLIST

22. veebruaril 1964. a. anti Tallinna Meditsiinilises Koolis pidulikul lõpuaktusel kätte diplomid 18 akušöörile ja 29 farmatseudile. Riiklike eksamikomisjonide esimehed, Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja günekoloog A. Püvi ja Apteekide Peavalitsuse ülem proviisor I. Podolski andsid lõpetajate teoreetilisele ja praktilisele ettevalmistusele hea hinnangu. Olgu mainitud, et tähelepanuväärselt kõrgeid hindeid said riigieksamitel farmatseudid.

Akušöörid

Maimu Klevers
Aino Laigo
Elfriede Leo
Saima Leok
Evi Lõhmus
Epp Martins
Milvi Metsis
Elvi Mändmets
Milvi Märtsoo
Reet Põlma
Ruth Põlts
Hella-Maria Runtel
Maie Samelselg
Ly Siiman
Helle Suik
Maie Tamme
Elve Teearu
Vaike Trik

Farmatseudid

Liida Aurik
Lidia Boitsova
Evi Johannes
Talvi Kier
Aini-Heli Kivimaa
Ilma Kolk
Evi Käsper
Hilja Lepp
Piia Litter
Viia Mäesepp
Aino Neider
Helve Ojap
Malle Ormisson
Taimi Pink
Lia Pärtma
Malle Rannu
Urve Reiska
Ene Riistop
Epp Rätsnik
Eha Rääbis
Moonika Simson
Anne Tali
Tiiu Tamlak
Tiina Tamre (kiitusega)
Helgi Takenberg
Tiiu Toots
Gülsem Umerov
Eve Urbala
Maie Ušakova

K. Sõerde

Arstiteaduse ajaloost

70 AASTAT RAHVALIKU ARSTITEADUSLIKU RAAMATU «TERVISE ÕPETUS» ILMUMISEST

H. ROOTS

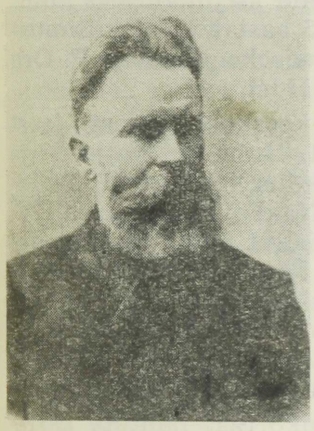
Käesoleval aastal möödus 70 aastat arstiteaduse doktor Peeter Hellati kirjutatud «Terwise õpetuse» * ilmumisest.

Eelkõige heidame põgusa pilgu kõnealuse teose autori eluloole. Peeter Peetri p. Hellat sündis 7. veebruaril 1857. a. (11-nda lapsena 12 hulgas) Tartumaal Nõo kihelkonnas. Lapsepõlve veetis P. Hellat Sangaste vallas Savi talus. Ta käis ainult ühe talve külakoolis ja oli siis kuni 15-aastaseks saamiseni kodus. Seejärel viidi ta (oma vanema venna Kristjani materiaalsel toetusel, kellel oli Peterburis tisleritöökoda) Tar-

* Dr. P. Hellat. Terwise õpetus. Tartu. Trükitud K. Mattieseni juures. 1894.

tusse algkooli. Pärast gümnaasiumi lõpetamist 1880. a. juunis astus P. Hellat sama aasta sügisel Tartu ülikooli arstiteadust õppima, mille lõpetas 1886. a. Pärast väitekirja «Eine Studie über die Lepra in den Ostseeprovinzen mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie und Verbreitung» kaitsmist 1888. aastal omandas ta arstiteaduse doktori kraadi.

Kirurgiaprofessor E. Wahli juhendamisel uuris P. Hellat pidalitõbe juba üliõpilasena. Suvistel õppevaheaegadel (aastail 1885, 1886) ja 1887 rändas ta Liivi-, Saare- ja Kuramaal kohati talust tallu, registreerides pidalitõbiseid ja uurides nende töö- ning elutingimusi. Ametlikel andmetel oli Liivimaal 108 leeprahaiget, P. Hellat leidis neid aga 276. Üldse registreeris ta Läänemere kolmes kubermangus 378 leeprahaiget.



P. Hellatile näis, et haigus ei ole päritav. Haigete elutingimused aga tõestasid, et ka toit ei saa haiguse põhjustajaks olla. Tähelepanekud näitasid haiguse kandumist inimeselt inimesele nakatumise teel. See asjaolu viis P. Hellati järeldusele, et kõige mõjuvam abinõu haiguse vastu võitlemiseks oleks haigete eraldamine tervetest. Uurija väited kinnitasid tema oletusi nii veenvalt, et pidalitõbiste isoleerimiseks hakati leprosooriume asutama. Kui pidalitõbiste arv selle tõttu hiljem vähenema hakkas, siis peab P. Hellati teeneid selles suhtes eriti esile tõstma.

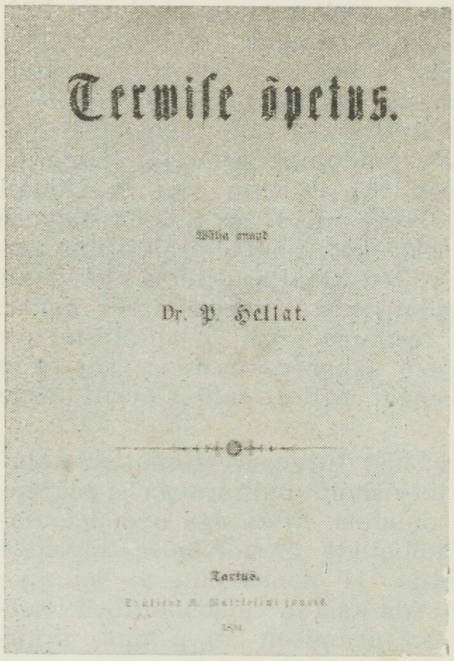
Oma uurimisreisidel tutvus P. Hellat ka talurahva üldiste tervishoiutingimustega ja märkas sel alal suuri puudusi. Et ta aga oma laiaulatuslike tervishoiuolude parandamise kavadele vastavates ringkondades tarvilikku toetust ja poolehoidu ei leidnud, otsustas ta Peterburi elama asuda. Enne seda käis ta välismaal oma teadmisi täiendamas. Ta töötas ühe aasta Pariisis, peamiselt kõrva-nina-kurguhaiguste alal ja pärast seda pool aastat Londonis, mille järel asus vend Kristjani toetusel Peterburi praktiseerivaks arstiks. Algul oli P. Hellatil äraelamine patsientide arvu vähesuse tõttu väga raske ja nii kestis see mitu aastat. Hiljem õnnestus tal koos teiste arstidega, kes samasuguste raskustega võitlesid, avada erahaigla.

Pärast aastaid kestnud tööd tõusis P. Hellat oma erialal Peterburi lugupeetavamate arstide hulka. Tema eestvõttel asutati «Peterburi Kõrva-nina- ja kurguhaiguste Arstide Selts», mille esimeseks esimeheks ta valiti. P. Hellat oli Vene eriajakirja «Ежъемесячник ушных, носовых и горловых болезней» (asutati 1907. a.) üks asutajaid ja redaktsioonikomisjoni liige. 1908. aastal peeti Peterburis tema kokkukutsumisel ja juhatusel esimene vene kõrva-nina- ja kurguarstide üleriiklik kongress. 1911. a. korraldati Berliinis ülemaailmne kõrva-nina- ja kurguarstide kongress, mille juhatuses Venemaa poolt oli P. Hellat. Peale arstliku ja teadusliku tegevuse oli P. Hellat Peterburi eestlaste hulgas tuntud ka aktiivse ühiskonnategelasena, kes võttis osa mitme seltsi ja ettevõtte tööst.

P. Hellat suri Peterburis 16. jaanuaril 1912. aastal vallalisena. Tema põrm toodi kodukohta ja maeti Sangaste surnuaiale. Ta kinkis (testamendi põhjal) Sangaste vallas asuva talu vanemate eesti seltskonna- ja vaimutegelaste puhkekoduks. P. Hellati sulest on ilmunud 28 teaduslikku tööd, nende hulgas rinna- ja kõhuhingamisest, laulmisest jt. Eriti tuleb aga ära märkida tema tööd arstiteaduslike teadmiste levitajana. Peeter Hellatit tuleb pidada Fr. R. Kreutzwaldi ja Fr. R. Faehlmanni kõrval esimeseks eesti arstiteadusliku oskuskeele arendajaks.

«Terwise õpetuse» kirjutamise mõte tekkis P. Hellatil pärast seda, kui ta kodumaal rännates oli rahva tervishoiutingimustega põhjalikult tutvunud. Raamatu eessõnas kirjutab ta:

«Kes lahtiste silmadega rahwa elu waatleb, see leiab, et sääl terwiseõpetuslistes küsimustes senini rohkem eksimisi ja wigasid ette tuleb, kui seda terwise rikkumiseks tarwis läheb ja muu elu paranemise kõrwal terwiselised küsimused wähe tähele panemist leiawad. Kust tuleb sarnane nähtus? Wistist wäga mitmetest asjadest. Suurem põhjus on aga see, et senini keegi rahwale ära pole seletanud, kust ja kuidas kahju sigineb.»


Terwiſe õpetus.

Dr. P. Hellat.

Tartus.

Edasi märgib autor, et tema sooviks on olnud sellist raamatut kirjutada, mis võrdlust teistes maades ilmunud vastavate raamatutega välja kannataks. Selle kirjutamiseks kulus tal ligikaudu 5 aastat. Keeleküsimustes abistasid teda kooliõpetaja P. Org ja dr. Jakob Hurt.

Raamat koosneb neljast jaost (peatükist): I. Inimese ihujaod ja nende eluawaldus, II. Meeled ja edenemine, III. Nakkajad haigused, IV. Õpetus wälimistest mõjudest organismuse kohta. Raamatu maht on 486 lehekülge + sisukord 10 lehekülge + + 12 tahvlit (neist 5 värvilist). Raamatu tiraaž oli tolle aja kohta küllaltki suur, nimelt 3000 eksemplari.

Nagu sisukorrast nähtub, käsitleb autor nendes peatükkides inimese keha ehitust, tema talitlust, ägedate ja krooniliste nakkushaiguste olemust, kulgu ja ravi ning viimases peatükis väliskeskkonna mõju organismile. Raamatule andis kõrge hinnangu prof. H. Koppel, kes kirjutas:

«Terwise õpetuse» esimene wäljatulemine 1894. aastal tähendas uue ajajärgu algamist meie arstiteaduslises kirjanduses. Oli ka enne seda selle teaduse üksikute osade kohta enam-vähem pealiskaudseid töösid kirjutatud, siis oli see ometi siin esimene katse, olgugi lühikest, siiski täielikku õpetust meie keha olemise, tegewuse ja selle rikete kohta wälja anda. See oli üliraske ülesanne. Ehk raamatu kirjutajale küll Dr. J. Hurt, kui meie kõige parem keeletundja, ikka walmis oli nõu andma, kandis raamat, mida sisuliselt wäga hästi kordaläinuks tuli lugeda, keeleliselt siiski esimese töö märkisid oma küljes.»

Raamatu ilmumise järel avaldasid lugejad arvamust, et raamat on keeleliselt võrdlemisi raskesti loetav ja sellepärast on ka sisust arusaamine raske. Mõne aasta jooksul müüdi aga raamatu tiraaž läbi ja tekkis tarvidus uue trüki järele. Arstiteaduse edasiarenemist ja lugejate arvamusi arvestades asus autor raamatu uue trüki (õigemini peaaegu uue raamatu) ettevalmistamisele. 1913. a. (s. o. pärast autori surma) ilmuski «Terwise õpetuse» teine trükk* (tiraaž samuti 3000 eksemplari). Teise trüki eessõnas kirjutab autor:

«Eesti rahwas on waheajal suurte sammudega eduteed kõndinud; rahwa arusaamine on palju laienenud. Ühes rahwaga on ka Eesti keel wõrsunud. Juba see teeb kohuseks uut trükki suurte muudatustega ette wõtta... Täiesti ümber tehtud ja laiendatud on: sissejuhatus, näärmete talitlus, seedimisküsimused. Uuesti on juurde tulnud lühikene seletus darwinismusest, õpetus immunitedist, suguelust, töövõimetuse ja töölise tasunõudmise õiguse küsimus terwise

* Dr. P. Hellat. Terwise õpetus. Peterburis, «Ühiselu» kirjastus, 1913.

rikke korral ja weel teised wähemad osad... Kõik kolm suuremat esimese trüki wäljaandmise abilist on silmad jäädawalt kinni pannud. Praeguse trüki ilmumisel oliwad uute oskussõnade läbikaalumise juures abiks: Dr. A. Lossmann ja Dr. J. Rebane, kuna keelemehed K. Leetberg ja J. W. Weski keeleküsimustes ja trükiwigade parandamises lahkelt tuge pakkusiwad.»

Kui kiiresti arenesid arstiteadus, autori teadmised ja vaated, kes Peterburis elades ja töötades oli tihedas kokkupuutes progressiivsete vaadetega inimeste ja teadlastega, ilmneb kõige selgemini raamatu esimese ja teise trüki sisu mõnede lõikude põgusalgi võrdlemisel.

Näiteks on «Terwise õpetuse» esimeses trükis (lk. 453) põllutöö kohta öeldud:

«Põllu töö on loomulik ja igale ühele terwe töö. Sellepärast wõib teda inimene rohkem aega kui ühtegi teist tööd teha. Eesti talupojad on suwe ajal 15—18 tundi päewas töös. See on suur summ, nõndapalju wõib inimene üksnes wäljas olles ära teha. Põllutööst ei wõi iialgi öelda, et töötundide arw iseenesest terwisele kahjulik on.»

«Terwise õpetuse» teises trükis mainitakse küll samuti põllutöö tervislikkust, kuid tuuakse esile ka puudusi.

«Kui siiski põllutöö juurest põgenemist tähele paneme, siis tuleb siin teisi külgesid arwesse wõtta, mis ka põllutöö terwise rikkujaks, wäljakannatamatuks wõiwad muuta. Siin oleksiwad nimetada: liig madal tööpalk, kehwad elukorterid, liig kõrged nõudmised tööjõu kohta, waimlise äratuse puudus, uuema aja nõuete tähelepanemata jätmine, töölistewaheliste ühisuste asjus, arstiabi saamise raskus, õnnetuste wastu kindluseta olek, wähe korraldatud wahekord töötegijate ja töö-andjate wahel ja wiimaks üleüldine õiguseta olek.

«Terwise õpetuse» esimeses trükis käsitletakse lühidalt tolleaegse vabrikutöö kahjulikkust ja seda, et Euroopa teistes riikides mehed kümme tundi päevas tööd teevad, mis aga mitme tööliigi juures on liiga pikk aeg. Muid asjaolusid peaaegu ei puudutata. «Terwise õpetuse» teises trükis kirjeldatakse aga vabrikutöö kahjulikkust, räägitakse tööliste kaitsmisest tööõnnetuste vastu, tööajast (8-tunnine tööpäev) ja selle lühendamise vajadusest, eriti naiste ja laste puhul.

«Töö-andjaid, riigiwalitsusi, arstisid — kõiki neid puudutab töölise õnnetus, töölise waesus, töölise terwise rike ainult kaudselt. Nemad hakkawad alles siis sõrmi liigutama, kui üleüldse tööjõud wähenema hakkab wõi kui neid selleks sunnitakse. Seda on töölised ka ammu ära näinud ja mujal kui ka meil oma õiguste. oma terwise eest südiste seisma hakanud. Ainult kindel organisatsioon tööliste eneste wahel, seltsimeheline kokkuhoidmine, kokkuhoidmise-waimu kaswatus wiib neid wiimaks sihile, aitab ka suurtööstuse nõnda ära seada, et teda kahjuta wõib kanda».

Et paremini mõista P. Hellati vaateid töö kohta, toogem veel üks väljavõte tema raamatust (II trükk, lk. 601):

«Ei jää muidugi aeg tulemata, mil kõik töösse puutuwad küsimused rahwa elus kord esimesele ja kõige tähtsamale kohale tõusewad. Töö on ainuke asi, mis inimese ülesandeks jääb, mis austust ja kõrgekspidamist nõuab. Kui praegusel ajal need, kes tööd igapäewases mõttes üleüldse ei tee wõi koguni wähe teewad, suuremat austust, paremat elu ja rõõmsamaid päewi näewad, siis peab tulewikus muutus tulema. Siis saame ka näha, et praeguse masinajõu-tarwituse juures töö-aeg mitte 8 tundi ei pruugi wäldata, waid et selleks palju lühem aeg jatkub. Kuid selleks on tarwis, et seltskonnas teised arwamised ja teised sisseseadlused tärkaksiwad».

Nüüd on see aeg ammu kätte jõudnud ja ülaltoodut on kasulik meeles pidada noortel meditsiinitöötajatel, kellele meie igapäevane nõukogulik elukorraldus on muutunud nii enesestmõistetavaks, et ei meenugi enam ajaloost loetu ja vanemate jutustusest kuuldu möödunud aegadest.

Lõpuks veel üks huvitav tõik *dr. med.* P. Hellati arukate mõtteavalduste hulgast. «Terwise õpetuse» teises trükis (lk. 376) mainib ta kirurgiliste raviviiside käsitlemisel, et seda ravimeetodit ei saa ideaalseks pidada ning avaldab seejuures järgmise mõtte:

«Ainewahetuse muutus peab muhkusid, kaswajaid, mäda j.n.e. niisama kaotada wõima, nagu ta neid sünnitada wõib. Tarwis ainult wõti selleks leida. Wõib olla, et kolmas «Terwise õpetuse» wälja-anne juba wõtmest midagi teab rääkida.»

Kolmeköitelises «Tervise käsiraamatus» (ilmus aastatel 1938—1941), mida võib pidada Peeter Hellati «Tervise-õpetuse» eeskujul koostatud väljaandeks, veel ainevahetuse kaudu toimivatest vähivastastest ravimitest ei räägita. Ent kaheköitelise «Tervishoiu käsiraamatu» (1961—1962) teise köite XI peatükis, milles käsitletakse onkoloogiat, leiame kasvajate ravi ülevaates ka lühiteateid vähktõve kemoteraapiast ja hormooniravist. Selles rõhutatakse küll, et üldist vähivastast preparaati ei ole olemas, kuid mainitakse ka, et käesoleval ajal rakendatakse seda raviviisi edukalt teatavate üksikute kasvajaliikide puhul. Samuti on teada, et tänaseni on leiutatud ja rakendatakse mitmeid kümneid preparaate vähktõve ravimisel. Teadlased uurivad ja otsivad pingeliselt üha uusi ja uusi vahendeid ning, kes teab, võib-olla muutub täna võimatuna näiv homme võimalikuks. Igatahes on kõnealuse küsimuse käsitlus P. Hellati poolt hämmastavalt ettenägelik.

Eeltoodut kokku võttes võib öelda, et kui «Tervise õpetuse» esimene trükk oli esimeseks rahvale kirjutatud laiaulatuslikuks arstiteaduslikuks raamatuks, mille koostamisel nägi autor palju vaeva eriti eestikeelsete oskussõnade leidmisel, siis raamatu teine, täiendatud ja ümbertöötatud trükk, mis ilmus 1913. aastal, oli tolle aja teaduse saavutusi peegeldav arstiteaduslik teos, mille lugemine on meditsiinitöötajatele veel tänapäevalgi huvi pakkuv.

70 ЛЕТ СО ДНЯ ВЫХОДА В СВЕТ ПОПУЛЯРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИГИ — «УЧЕНИЕ О ЗДОРОВЬЕ»

Х. Роотс

Резюме

В настоящем году исполнилось 70 лет со дня выхода в свет популярной медицинской книги — «Ученья о здоровье», написанной доктором медицины Пеэтером Хеллатом.

Доктор медицины П. Хеллат был в начале настоящего столетия в Петербурге одним из выдающихся врачей эстонцев. По его инициативе было основано «Санкт-Петербургское отоларингологическое общество», первым председателем которого он и был избран. П. Хеллат был одним из основателей и членом редакционной коллегии «Ежемесячника ушных, носовых и горловых болезней». В 1908 г., под председательством П. Хеллата, в Петербурге состоялся первый в России съезд оториноларингологов, который был созван по его инициативе. П. Хеллат умер в 1912 г. в Петербурге.

Написанное П. Хеллатом популярное «Учение о здоровье» было издано в 1894 году. В книге в популярной форме излагаются сведения об анатомии и физиологии человека, об острых и хронических инфекционных заболеваниях, их течении и лечении, а также о влиянии внешней среды на организм человека. Второе дополненное издание вышло в 1913 г. и отражало достижения современной науки того времени. Книга представляет интерес для медицинских работников и в настоящее время.

Konverentsid ja nõupidamised

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA TEADUSLIK KONVERENTS

Möödunud aasta detsembris toimus Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna järjekordne teaduslik konverents. Avaistungil pälvisid tähelepanu assistent K. Rägo ja aspirant R. Ridala ettekanded, milles esitati uusi andmeid K. Rägo poolt väljatöötatud südamelihase kineetilise aktiivsuse uurimise meetodi — sternokostaalse vibrokardiograafia — rakendamise võimalustest diagnoosimisel. Lihtsuse poolest on sternokostaalne vibrokardiograafia igas raviasutuses kasutatav.

Palju väärtuslikku leidus teaduskonna kirurgia, operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri (juhataja prof. A. Linkberg) õppejõudude ettekandeis, mis käsitlesid perifeersete veresoonte kirurgia küsimusi. Assistent S. Maramaa esitas huvitavaid andmeid südamelihase valkude ja RNH-ainevahetuse histokeemilistest muutustest eksperimentaalse adrenaliin-müokardiodüstroofia puhul.

Teisel istungil kuulati ettekandeid seedeelundite füsioloogiast ja patoloogiast. Uusi andmeid valkude biosünteesist mao limaskestas esitasid biokeemia kateedri (juhataja dotsent L. Tähepõld) töötajad. Tähelepanu äratas arstiteaduse kandidaat J. Sarve ettekanne gastroplastika metoodikast pärast maoresektsiooni.

Kolmandal istungil käsitlesid hospitaalsisehaiguste kateedri (juhataja dotsent L. Päi) õppejõud reuma laboratoorse diagnoosimise uusi seisukohti. Uutest tähelepanekutest ionisatsiooniravi rakendamisel rääkisid otorinolarüngoloogia ning oftalmoloogia kateedri (juhataja dotsent E. Siirde) töötajad.

Neljandal istungil pakkus suurt huvi dotsent H. Vahteri ning vanemlaborant M. Kooli uurimus naha histokeemiliste muutuste dünaamikast eksperimentaalse prekantseroosi arenemisel.

Viiendal istungil esitas dotsent E. Raudam väärtuslikke tähelepanekuid kemo- ja termotalamotoomia rakendamisest rigiidsuse ning hüperkineesi ravis ja dotsent J. Saarma neurodünaamika häirete mõnedest vahekordadest skisofreeniahaigeil. Assistent L. Schotter kirjeldas oma poolt väljatöötatud meetodit blefaroptoosi eemaldamiseks, mida ta on juba edukalt rakendanud 35 haige ravimisel.

Viimase istungi ettekanded käsitlesid peaaju histoloogia, biokeemia ja patoloogilise füsioloogia küsimusi. Biokeemia kateedri (juhataja dotsent L. Tähepõld) uurimustes näidati ajuvalkude struktuurbiokeemiliste muutuste sõltuvust energiaainevahetusest ajus ja seal leiduvatest energiaallikatest; anti ka ratsionaalne alus C-vitamiini kasutamiseks kesknärvisüsteemi patoloogia puhul.

Suurt huvi pakkus arstiteaduse kandidaat K. Põldvere töö embrüonaalse neurogliia kasvust trüpsiniseeritud koekultuurides.

Üldse esitati 56 ettekannet. Juba konverentsi töö alguseks ilmus trükist ka konverentsi tööde kogumik.

A. Lenzner

EESTI NSV RÖNTGENOLOOGIDE, RADIOLOOGIDE JA ONKOLOOGIDE IV TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

2.—4. detsembrini 1963. aastal toimus Tallinnas Eesti NSV röntgenoloogide, radioloogide ja onkoloogide IV teaduslik-praktiline konverents. Kolme päeva jooksul kuulati ja arutati läbi 75 ettekannet. Konverentsist võttis osa üle 400 arsti.

A. Lazareva (Leningrad) rääkis raadiumi, gammakiirguse ja radioaktiivse koobaldi kasutamise kogemustest ning mainis, et kiiritusravi võimalused on seni veel piiratud. Kliinilised tähelepanekud kinnitavad, et kiiritusravi efektiivsust on võimalik suurendada, kui selleks rakendatakse uut võimsat aparatuuri. Kogemused näitavad samuti, et pahaloomuliste kasvajatega haigete ravimine üksikute meetoditega ei anna soovitud tulemusi, seepärast hakatakse üha laialdasemalt kasutama kombineeritud raviviise, näiteks kiiritusravi, kemoteraapiat jne. Tuleb aga märkida, et ka kombineeritud ravi meid veel ei rahulda. Seepärast otsitakse uusi kaasaja radiofüüsika, radiokeemia ja radiobioloogia saavutustel põhinevaid meetodeid.

Mitmed ettekanded (L. Savomägi, H. Sibul, V. Fainberg, G. Tkatšenko, L. Krotova ja V. Bohman, E. Hint, A. Anton, V. Kuusik, L. Lehespalu, E. Ester, V. Taigro jt.) käsitlesid emakakaelavähi varajast diagnoosimist ja ravi.

Emakakaela vähktõve avastamiseks kasutati kompleksset uurimist, kolposkoopiat (fotokolposkoopiat), luminestsents- ja faaskontrastmikroskoopiat, tehti keemilisi reaktsioone (Schilleri proov, hematoksüliiniproov), juhitavat biopsiat ja tsütoloogilisi uurimisi (värvimine Dokumovi järgi). Selgus, et paremaid tulemusi annab samaaegne tsütoloogiline ja kolposkoopiline uurimine. Kõige edukam oli aga tsütoloogiline uurimine luminestsentsmikroskoobiga. Seda rakendatakse edukalt vastuvõttudel ambulatooriumis. Häid tulemusi saab kolpotsütoloogilise uurimismeetodi kasutamisel massiliste profülaktiliste läbivaatuste puhul, kus äigepreparaadid fikseeritakse Nikiforovi segus ja värvitakse hematoksüliin-eosiiniga.

Emakakaela vähktõve puhul kasutatakse kombineeritud kiiritusravi, s. o. telegamma- ja õõnesisest raadiumiravi. Rakendatakse ka operatsioonijärgset kiiritusravi. Paremaid tulemusi saadi haiguse I staadiumi puhul. Samal ajal esineb aga emakakaela vähktõve I staadiumi ravimisel veel ebaõnnestumisi. Tekivad retsidiivid (emakakaela köndi vähktõbi), mille vältimise võimaluste uurimine jääb veel edaspidigi aktuaalseks ülesandeks.

Emakakasvajate ja emakavähi diagnoosimisest ja ravist rääkisid V. Raudsepp, I. Veerma, V. Meipalu, K. Ambrozaitis, B. Amšejus, K. Gross jt. Viimasel ajal kasutatakse emakavähktõve diagnoosimisel vahtkummbiopsia meetodit. Instrument koosneb hülsist ja vahtkummist ribaga varustatud mandräänist. Vahtkumm ei traumeeri emaka limaskesta ning seetõttu langeb ära emaka verejooksu oht. Selle meetodi abil saab materjali üheaegselt tsütoloogiliseks ja histoloogiliseks uurimiseks. Emakamüoomi puhul teostatakse tavaliselt emaka supravaginaalne amputatsioon. Vegetatiivsete häirete vältimiseks toimetatakse edukalt endomeetriumi autotransplantatsioon tuppe H. Schmidti järgi. Väikese vaagna elundite kasvajate avastamiseks kasutatakse täiendavate uurimismeetoditena pneumogünekograafiat ja hüsterosalpingograafiat. Nooremaealistel naistel eelistati emakamüoomi kirurgilise ravi puhul konservatiivseid operatsioone, mille tõttu neil säilis generatiivne funktsioon.

Munasarjakasvajatest ja vähktõvest rääkisid V. Loolaid ja I. Zahharov. Et munasarjakasvajate varajane avastamine tekitab suuri diferentsiaaldiagnostilisi raskusi, siis soovitatakse diagnoosimiseks rakendada senisest enam röntgenograafilist meetodit (pneumoperitoneum, hüsterosalpingoraafia) ja proovilaparotoomiat. Munasarja vähktõve IV staadiumi ravimisel on saadud häid tulemusi Tio-TEF-i manustamisega, mis põhjustab metastaaside kadumise, esmase kasvaja kahanemise ja muudab haige inoperaabelse seisundi operaabelseks.

Kopsuvähktõve etioloogiat, diagnoosimist ja ravi käsitlesid V. Küng ja A. Võsamäe, S. Reinberg, A. Šaltšute, T. Belovskaja ja K. Titkin, A. Rakov ja R. Vagner, M. Dorfman, M. Rang ning A. Jackevičus ja L. Poviljunas. Kopsuvähi geneesi suhtes võib öelda, et põlevkivitolmu patogeneetiline osa kopsuvähi tekkes vajab veel edasist uurimist. On avastatud vaid 2 primaarse kopsuvähi juhtu, kus kasvaja arenes põlevkivipneumokonioosi foonil. Varjatult kulgeva esmase kopsuvähktõve avastamisel on juhtivaks meetodiks röntgenoloogiline uurimine. Suurema diagnostilise efektiivsusega on rindkereelunditest ülevaatlikud ülesvõtted, eriti külgmiselt tehtavad röntgenogrammid ja tomogrammid. Varajasemal perioodil tuleb esmast kopsuvähktõbe röntgenoloogiliselt diferentsida ägedatest kopsuhaigustest, s. o. pneumoonilistest ja värsketest tuberkuloossetest infiltraatidest. Haiguse hilisemal perioodil tuleb kopsuvähki diferentsida kroonilistest kopsuabstsessidest, kroonilistest kopsupõletikest, kopsutuberkuloosi kroonilistest vormidest jt. Tsütoloogiline uurimine on oma kättesaadavuse tõttu bronhivähi elupuhuse ja operatsioonieelse diagnostika peamiseks morfoloogiliseks meetodiks. Kopsuvähktõve kirurgilise ravi puhul tuleb seal kus võimalik piirduda lobektoomiaga, mis annab peaaegu samasuguseid hilistulemusi kui pulmonektoomiagi, kuid on säästvam.

Piimanäärme vähktõvest rääkisid S. Holdin, A. Järvet ja M. Purde, V. Gurauskas, A. Vaino ning L. Dõmarski ja A. Štšipkova. Mammograafia võimaldab täpselt diferentseerida hea- ja pahaloomulisi kasvajaid ja avastada vähki seal, kus ta pole veel selgesti palpeeritav. Seega on ülevaatlik mammograafia piimanäärme uurimisel väärtuslikuks täiendavaks uurimisviisiks.

Maovähktõve diagnoosimise ja ravi küsimusi käsitlesid T. Vanaselja, P. Mallene, N. Sachris, K. Titkin, M. Kivilo, V. Salupere, I. Zahharov, P. Rahu, V. Šapiro, V. Rätsep, E. Nemiro ja L. Luik.

Üheks maovähktõve diagnoosimise meetodiks on tsütoloogiline uurimine. Materjali saamiseks kasutatakse abrasiivballooni või spetsiaalset harjakest, mille abil saab diagnoosimiseks vajalikul hulgal mao limaskesta rakke. Selle meetodi rakendamisel on võimalik diagnoosida mao limaskesta patoloogilisi seisundeid. Maovähktõve diagnoosimiseks saab kasutada ka sulfosalitsüülproovi. Arvestades, et mao röntgenoloogiline uurimine on praegusel ajal peaaegu ainukeseks maovähktõve varajase avastamise abinõuks, soovitatakse paremate uurimistulemuste saamiseks mõjustada mao talitlust morfiinhüdrokloriidi manustamisega, mis kutsub esile tugeva peristaltika. Varajast diagnoosimist abistab limaskesta histoloogiline uurimine (suunatud gastrobiopsia), mille abil saab selgitada prolifereeruva epiteeli muutusi, s. t. maligniseerumise algust. Kauakestvate traumatiseerivate operatsioonide puhul ei

saa pidada «puhast» pindmist narkoosi ainuõigeks. Radikaalsete operatsioonide puhul soovitatakse rakendada kerget vegetatiivset blokaadi, mille näidustusi tuleb aga veel täpsustada. Haavandtõve puhul opereeritud maoköndil tekib sageli limaskesta atroofia, s. o. atroofiline gastriit, millest võib areneda pahaloomuline kasvaja. Pärnu Linna Haigla Onkoloogia Dispanseri osakonna andmed näitavad, et linnas ja sellega piirneva maarajooni elanike hulgas esineb naistel maovähktõbe sagedamini kui meestel. Kuid üle 54% haigetest elavad pärast mao subtotaalset resektsiooni kasvaja retsidiivideta üle 5 aasta. Maovähktõve hilise avastamise vältimiseks tuleb laiendada sanitaarharidustööd elanike hulgas, võtta arvele kõik prekantseroosidega haiged ja ravida neid ning suunata rohkem spetsiaalseid uurimisbrigaade rajoonidesse. Mao prekantserooside diagnoosimise ja ravi paremustamiseks on tarvis polikliinikutes avada gastroenteroloogiakabinetid ja suuremates haiglates gastroenteroloogiaosakonnad.

Radioaktiivsete isotoopide kasutamisega erütreemia ja türeotoksikooside ravimisel said häid hilistulemusi A. Mardna ja L. Sepp ning V. Paškov ja A. Astaškina. 6 aasta jooksul raviti 42 erütreemia- ja mitusada türeotoksikoosihaiget. Tervistusid kuni 90% haigetest.

S. Salzman, J. Ots

VABARIIKLIK KOOLIARSTIDE SEMINAR

17.—21. veebruarini 1964. a. toimus Tartus vabariiklik seminar koolitervishoiu ja õpilaste haiguste alal, mille korraldasid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna arstide spetsialiseerimise ja täiendamise kateeder ja Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla.

Seminaril esinesid huvitavate ja sisukate ettekannetega Tartu Riikliku Ülikooli õppejõud ja arstid-praktikud. Professor M. Kask käsitles kooliruumide hügieeni, M. Uibo aga õpilaste toitlustamist. Sanitaarselgitustöö uutest vormidest koolides andis ülevaate H. Kuuse. A. Normet kõneles arstliku kontrolli ülesannetest ja selle korraldamisest üldhariduslike koolide tööõpetuse tundides ning tootmispraktikal. Ettekannetega tütarlaste ja poeglaste seksuaalkasvatuse meetoditest esinesid dotsent L. Keres ja H. Kadastik.

Teisel päeval käsitleti seminaril õpilaste haigusi. E. Ratnik rõhutas, et südametegevuse kontrollimiseks peab kooliarst senisest rohkem tähelepanu pöörama auskultatsioonile. H. Tälli puudutas puberteediea vegetoneuroose ja ortoklinostaatilise katsu muutusi vegetoneurooside korral. Reumat käsitleti kolmes ettekandes. Kroonilistest infektsioonikolletest kui õpilaste tervist nõrgendavatest teguritest kõneles L. Kook. Latentselt kulgeva reuma diagnoosimisel peatus S. Tamm. J. Tomingas käsitles reumat põdevate laste meditsiinilist teenindamist koolis.

Sisukas oli V. Paškovi ettekanne struuma varajasest diagnoosimisest ja ravist. Ta rõhutas, et kõik õpilased peavad regulaarselt saama antistrumiini, sest see aitab vältida struumasse haigestumist murdeeas. Õpilaste psüühilistest häiretest kõneles Ü. Uusma, günekoloogilistest haigustest aga V. Kask.

Eriistungil peatuti kooliarsti töö organisatsioonilistel küsimustel. Ettekandes õpilaste mitmekülgse arstliku uurimise meetoditest (E. Tsirevskaja ja H. Tälli) esitati mainitud uurimise kava. R. Bachmann rõhutas, et kooliarsti töö ei tohi piirduda ainult patoloogia nentimisega, vaid et kõik tervisehäiretega õpilased tuleb dispanseersele järelevalvele võtta. Kooliarsti ülesandeid õpilaste kutsevalikul selgitas A. Titova.

Seminari neljandal päeval toimus praktikum. Seal pöörati erilist tähelepanu auskultatoorsele leiule aktsidentsete kahinate ja kaasasündinud südamerikete korral. Samuti korraldati näitlik võimlemistunni kontrollimine koolis. Seminarist osavõtjad külastasid Tartu paremaid koole.

H. Tälli

I ÜLELIIDULINE TRAUMATOLOOGIDE JA ORTOPEEDIDE KONGRESS

12.—21. septembrini 1963. a. toimus Moskvas I üleliiduline traumatoloogide ja ortopeedide kongress. Sellest võttis osa üle 1800 delegaadi, neist 14 Eesti NSV-st. Väliskülalisi oli kohale sõitnud 14 riigist.

Kõigi vaimustuse pälvis tänapäeva traumatoloogia ühe looja professor L. Böhleri ilmumine kongressile.

Kongressi esimese päeva teemaks oli traumatoloogilise ja ortopeedilise abi organiseerimine. Kõigis ettekannetes ja vastuvõetud resolutsioonis rõhutati suurte spetsialiseeritud haiglate ning traumatoloogia-ortopeedia osakondade loomise ja suuremates linnades ning töölisasulates traumapunktide asutamise vajadust. Arutati ka kaadri ettevalmistamise ning üliõpilaste parema traumatoloogia-ortopeediaalase õpetamise korraldamist.

Teisel päeval olid päevakorras puusaliigese haigused ning vigastused ja nendepuhused taastavad operatsioonid.

Kolmandal päeval arutati skolioosi ja selle ravi küsimusi, kusjuures ettekannetes rõhutati skolioosi varajase avastamise, õigeaegse aktiivse konservatiivse ravi ja raskemate vormide arenemise vältimise tähtsust. Väljakujunenud III ja IV järgu skoliooside puhul soovitati laialdasemalt juurutada kirurgilisi ravivõtteid võimalikult vara, et vältida raskete deformiteetide kujunemist. Kongress tegi ettepaneku luua skolioosiga lastele õppimisvõimalustega raviasutused, nagu need on ette nähtud luutuberkuloosi põdevatele lastele.

Neljandal päeval käsitleti põhiliselt kompressioon-osteosünteesi ja kudede homoplastika probleeme.

Meeldejäävad olid teaduslike filmide demonstratsioonid.

Lõppistungil kuulati ära N. Novatšenko ettekanne ajakirja «Ortopeedia, traumatoloogia ja proteesimine» tööst ja võeti vastu resolutsioon selle parandamiseks ning ajakirja mahu suurendamiseks.

Järgmine üleliiduline traumatoloogide ja ortopeedide kongress otsustati korraldada 4 aasta pärast.

E. Liiv

GASTROENTEROLOOGIA-ALANE KONVERENTS RIIAS

23.—25. oktoobrini 1963. a. toimus Riias Balti vabariikide ja Valgevene NSV terapeutide gastroenteroloogia-alane konverents, kus esitati 62 ettekannet, neist neli meie vabariigist. Konverentsist võtsid osa ka Moskva ja Bulgaaria teadlased.

Avakõnega esines Läti NSV tervishoiu minister V. V. Kanep. Ülevaate terapeutilisest abist Läti NSV-s andis Läti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut Z. V. Dabolinja. Enamik ettekandeist oli pühendatud mao ja kaksteistsõrmiksoole füsioloogia ja patoloogiaga seoses olevatele probleemidele. A. Adenski (Minsk) käsitles haavandtõve etioloogia- ja patogeneesi-alaseid küsimusi, rõhutades eriti eksogeensete tegurite tähtsust (suitsetamine, alkoholism) polüetioloogias. Organismi reaktiivsusest haavandtõve puhul kõneles I. G. Skljutauskas (Vilnius). Ta märkis, et haavandtõvega kaasneb organismi reaktiivsuse langus, sümpaatilise närvisüsteemi toonuse nõrgenemine ja kolesteriini vähenemine veres; haavandtõve ägenemisel nimetatud nähud süvenevad. Kõrgema närvisüsteemi tähtsust haavandtõve puhul ja selle ravi puudutas veel B. M. Prosorovski ettekanne (Riia).

Maohaiguste diagnoosimist käsitles 15 ettekannet. J. J. Liepin (Riia) esitas huvitavaid andmeid maosekretsiooni sondita uurimisest. Maofermentide hulga ja aktiivsuse muutustest krooniliste gastriitide korral kõneles I. L. Jansone (Riia). Ta rõhutas, et mao fermentatiivne aktiivsus säilib kauem, kui sekretoorne talitlus. V. J. Revele (Riia) soovitas maosekretsiooni määramisel kasutada ainult kapsakeeduvett kui kõige füsioloogilisemat ärritajat. Mao ekskretoorse funktsiooni uurimisest kromoskoopia abil kõneles F. D. Šusterman (Rezekne). I. P. Šimanauskas (Kaunas) rõhutas aspiratsioonibiopsia kasutamise vajadust mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaiguste diagnoosimisel.

Mao limaskesta rakkude histokeemiat käsitles 2 ettekannet. P. A. Krampe (Riia) kõneles hingamisfermentide muutustest mao limaskestas seoses maomahla happesuse muutustega. V. Salupere (Tartu) märkis, et krooniliste gastriitide korral mukopolüsahhariidide hulk mao limaskesta katteepiteelis väheneb, ribonukleiinhappe hulk aga suureneb, mida seostatakse aktiivse patoloogilise regeneratsiooniga. Muutused atrofilise ja mitteatroofilise gastriidi korral on väga sarnased. Rakkude atroofia tekib juba mitteatroofilise gastriidi puhul, haarates algul katteepiteeli. V. Rätsep (Tallinn) rõhutas krooniliste maohaiguste diagnoosimisel mitmekülgsete funktsionaalsete uuringute vajadust (soolhape, pepsiin, uropepsiin, kloriidid). Röntgenoloogilist uurimist on vaja täiendada gastroskoopia, juhitava gastrobiopsia ja aspiratsioonibiopsiaga. Seda ettekannet illustreeriti värvilise kitsasfilmiga.

Valguainevahetuse häiretest krooniliste maohaiguste korral kõneles F. Bricis (Riia). L. A. Suile (Riia) rõhutas, et suurim vitamiinivaegus on maovähktõve korral. Krooniliste gastriitidega haigetel esineb eriti C-, B_1- ja B_{12}-vitamiinivaegus.

Mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve ning krooniliste gastriitide ravimisel peeti kõige olulisemaks dieeti. Gastriitide puhul soovitati peale dieedi kasutada ainult vitamiine, mineraalvett ja füsioterapeutilisi protseduure. Haavandtõve ravimisel soovitati rakendada 0,25%-lise novokaiinilahuse blokaade Leporski järgi ning 0,15%-lise novokaiinilahuse tilkniristamist veeni. Haavandi armistumist soodustab aga heksoon, seda eriti noorematel haigetel. Elektriravist on näidustatud broomi- ja tsingielektroforees.

E. Turčins (Riia) andis ülevaate haavandilise koliidi etiopatogeneesist, kliinilisest pildist, diagnoosimisest ja ravist. Haavandilise koliidiga kaasnevad sügavad

muutused kogu organismis, kusjuures oletatakse nimetatud haiguse seost kollagenoosidega.

D. Kuntsevitš (Vilnius) ja A. A. Dubovski (Minsk) rõhutasid oma ettekannetes kontrastaine ja õhu kombineeritud kasutamise vajadust jämesoole röntgenoloogilisel uurimisel.

Paljud ettekanded käsitlesid maksa, sapiteede ja kõhunäärme patoloogiat. L. A. Maksimova (Riia) andis ülevaate ikteruste klassifikatsioonist. E. Z. Kruptšikova (Riia) kõneles maksatsirroosi probleemist. Selle etioloogias etendab tähtsat osa epideemiline hepatiit, sageli ka alaäge maksadüstroofia.

Mitmed ettekanded hõlmasid kroonilise koletsüstiidi probleeme. N. A. Skuja (Riia) puudutas kroonilise koletsüstiidi tekkimise momente, rõhutades neuroendokriinsete ja paiksete orgaaniliste muutuste tähtsust sapipaisu tekkes (hüpoprogesteroneemia, kõhukinnisus, duodeniit, enteroptoos, rasedus jne.). G. K. Gribauskas (Kaunas) esitas andmeid intraduodenaalse rõhu ja sapierituse iseloomu kohta. Ta rõhutas, et sapiteede düskineesiate korral esineb enamasti spastiline sapieritus. J. V. Anšelevitš (Riia) kõneles koletsüstiitidega sageli kaasnevatest muutustest maksas ja pankreases. J. Kondrackene (Kaunas) valgustas pankrease talitluse uurimisel ferment lipaasi määramise tähtsust veres. Ülevaate pankreatiitide konservatiivsest ravist andis R. Guogene (Klaipeda).

I. Rätsep

LÄTI NSV HÜGIENISTIDE, MIKROBIOLOOGIDE, EPIDEMIOLOOGIDE JA INFEKTSIONISTIDE II KONVERENTS

19.—21. detsembrini 1963. a. toimus Riias hügienistide, mikrobioloogide, epidemioloogide ja infektsionistide II konverents, kus tehti kokkuvõtteid tööst, mida Läti NSV-s on tehtud nakkushaiguste vähendamise alal. Viimase 4—5 aasta kestel on likvideeritud poliomüeliit; haigestumine difteeriasse on vähenenud 12,5, kõhutüüfusse 13, epideemilisse hepatiiti peaaegu 2, läkaköhasse 3, leetritesse 2,7 korda jne.

Konverentsil käsitleti teaduslike uurimistööde tulemusi, profülaktika- ning epideemiatõrjealast tegevust, samuti ka sanitaar- ja epidemioloogiajaamade tööd.

Erilist huvi pakkusid dots. A. F. Blügeri juhtimisel tehtud epideemilise hepatiidi probleemi käsitlevad tööd. Läti NSV-s on originaalsete uurimistega saadud tähtsaid andmeid Botkini tõve patogeneesi kohta, samuti on haiguse diagnoosimiseks kasutusele võetud uusi meetodeid.

Ulatuslikku tööd tehakse vabariigis enteroviiruslike nakkuste (arstiteaduse kandidaadid M. K. Indulen ja I. A. Kanel), gripi ja leetrite spetsiifilise profülaktika (arstiteaduse doktor K. G. Vassiljev kaastöötajatega) ning läkaköha (E. V. Glinskaja jt.) valdkonnas. Mitu ettekannet oli soolenakkuste probleemidest: E. A. Latõševa kõneles kõhutüüfusest, A. J. Šmite — düsenteeriast ja Z. F. Terebkova salmonelloosidest.

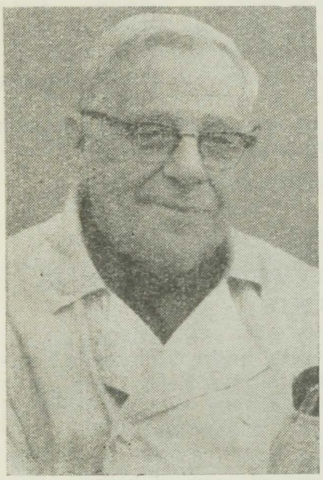
Tuleb märkida, et mõnede nakkushaiguste epidemioloogilist analüüsi kinnitati ja laiendati oskuslikult hügieeni-alaste uurimistega.

G. Medinski

Tähtpäevad

M. EPŠTEIN 80-AASTANE

5. veebruaril 1964. a. tähistasid Tallinna Vabariikliku Haigla akušöör-günekoloogid vanima kolleegi M. Epšteini kaheksakümnendat sünnipäeva.



Moses Lazari p. Epštein sündis 1884. aastal Tallinnas. Kõrgema hariduse omandas ta Tartu ülikoolis, mille lõpetas 1913. aastal. Sellest ajast alates on ta töötanud akušöör-günekoloogina, algul Riias, seejärel Kostromas, 1915. aastast alates Tallinnas.

Juubilar on ennast täiendanud 1914. a. Berliinis ja 1929. a. Londonis. 1950. a. alates töötab M. Epštein Tallinna Vabariiklikus Haiglas, algul II günekoloogiaosakonna juhatajana, praegu aga II sünnitusosakonna ordinaatorina. Kõrgele eale vaatamata on M. Epštein säilitanud noorusliku energia ja huumorimeele suhtlemises patsientide ning kolleegidega.

Juubeli puhul avaldati M. Epšteinile Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga tänu kauaaegse hoolika töö eest sünnitusabi alal. Soovime juubilarile edaspidiseks palju jõudu ja head tervist.

Kolleegid

H. LEPP 60-AASTANE



13. märtsil 1964. a. tähistas Valga Rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri ftisiaater Helene Augusti t. Lepp 60. sünnipäeva.

H. Lepp sündis Võru rajoonis Mõniste külanõukogu piirkonnas. Ta lõpetas Valga Tütarlaste Gümnaasiumi ja seejärel 1931. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonna. 1931. a. suvel alustas ta tööd arstina omaaegses Tartu ülikooli II Sisehaiguste Kliinikus. 1931. a.—1935. a. töötas H. Lepp Tartu Tuberkuloosinõuandlas, 1935. a.—1936. a. Tartu Tiisikuse Ravila juhatajana. 1936. a. asus ta elama Valka, kus oli kuni 1944. aastani Valga Tuberkuloosipunkti juhatajaks, seejärel kuni 1955. aastani Valga Rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarstiks. Hiljem jäi ta tervislikel põhjustel tööle samasse asutusse arstina.

H. Lepp on Valga linna ja rajooni elanikkonna poolt hinnatud ja lugupeetud ftisiaater. Valga rajooni arstid tunnevad teda kui heasüdamlikku, nõudlikku, distsiplineeritud ja head spetsialisti ning kolleegi.

Eeskujuliku töö eest on temale korduvalt tänu avaldatud. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 297-m (29. IV 1947. a.) autasustati teda märgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Soovime juubilarile head käekäiku ja veel palju kordaminekuid.

P. Rahu

PERFOKAARTIDE KASUTAMISEST TÖÖSTUSTÖÖLISTE DISPANSEERIMISEL MAARDU KEEMIAKOMBINAADIS

J. PAULSON

(Tallinna Kallavere Haiglast, peaarst *J. Luberg*)

Et tervist kahjustavates tingimustes töötajate dispanseerimisel kasutatav kontrollkaart (vorm nr. 30) ei anna ammendavat ülevaadet dispanseeritavast haigest ega võimalda kaarte koondada käepärasesse kartoteeki, mille abil saaks töötajate põhjaliku meditsiinilise läbivaatuse andmeid vähima ajakuluga põhjalikult läbi uurida, siis tuli otsida ratsionaalsemat kartoteegivormi.

Muudest kartoteegivormidest [näiteks pilukartoteek (2), mis eeldab informatsiooni šifreerimist täht-numbriliseks šifriks jt. (1, 8)], eelistame servperforatsiooniga kaartidest koosnevat kartoteeki. Selline kartoteek võimaldab mahuka materjali (antud juhul kuni 900 ühikust koosneva) korduvat, ratsionaalset, peaaegu vigadeta ja kiiret läbitöötamist.

Tervist kahjustavates tingimustes töötavate tööliste dispanseerimisel on Maardu Keemiakombinaadi arsti-tervishoiupunktis kasutatud Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu Tehnilise Informatsiooni Büroo poolt valmistatud kahekordse servmulgustusega standardseid perfokaarte. Vajalikud andmed dispanseeritu kohta ehk nn. informatsioon on kaardile kantud tunnustena, kas otsest või kombineeritud koodi kasutades (3, 4).

Analoogilise kartoteegi ülesehitust, kodeerimist ja käsitamist on üksikasjalikult juba varem kirjeldatud ka eestikeelses kirjanduses (3, 4, 6).

Maardu Keemiakombinaadis korraldati töötajate perioodiline põhjalik meditsiiniline järelevaatus vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 136-M (7. septembrist 1957. a.). Töötajaid vaatasid läbi terapeut, kirurg, neuroloog, otorinolarüngoloog, dermatoloog, okulist ja stomatoloog. Tarviduse korral tehti ka laboratoorseid ja röntgenoloogilisi uuringuid (kasutati suurekaadrilist röntgen-fluorograafi). Läbivaatusel pöörati erilist tähelepanu niisuguste haiguslike seisundite väljaselgitamisele, mis on vastaval töökohal töötamiseks vastunäidustatud. Saadud andmed kanti lühidalt perfokaartidele, mis hiljem erikoodi alusel sälgati.

Perfokaardi nn. passi osale kirjutati haige perekonna- ja eesnimi, sünniaasta, sugu ja tsehh. Sellest on sälgatud perekonnanime esimene täht nn. võtme kasutamisel (4, 5). Ruumi kokkuhoiu mõttes on aga soovitatav tarvitusele võtta kaardile trükitud tähevõrk, mille abil (4 paari perfomulke) on võimalik sälgata ükskõik millist tähte (3, 4, 5, 6). Sünniaasta märgitakse kahe viimase arvuga (näit. 1936.—36; 1897.—97), kasutades nn. 1—2—4—7-võtit, mis võimaldab 8 perfomulgu puhul tähistada kõik arvud 0-st kuni 9-ni. Siin tarvitatakse kahte 1—2—4—7-gruppi üheliste ja kümneliste märkimiseks (3, 4, 5). Et kartoteek on mõeldud mitmeks aastaks, ei ole otstarbekohane jaotada haigeid vanuserühmadesse, sest ühest rühmast teise üleminekul tuleb igal aastal teha täiendavaid parandusi; samuti on vanuserühmadesse jaotamine piiratud. Kui märkida aga ainult sünniaasta, võime hiljem vajaduse korral haiged vanuserühmadesse grupeerida suvaliselt.

Eraldi on märgitud patsiendi sugu, kasutades ühte perfomulku «naise» tähistamiseks. «Mehe» puhul jäetakse vastav perfomulk sälka-

mata. Otsese võtme kasutamisel on tsehhide nimetused samuti kaardile kantud, kusjuures igale tsehhile vastab teatav sälk. Eritunnusena on märgitud veel tervist kahjustav tegur töökohal (näit. Si-tolm, kuumus jt.). Osa kahjustavaid tegureid, mis on iseloomulikud ainult kindlale tsehhile, on esitatud kattuvana selle tsehhi nimetuse all (näit. kivisöetõrvad, fenoolid — tunnuse all «bituumenitsehh»).

See, nn. passi osa, täidetakse haige põhjalikule meditsiinilisele läbivaatusele suunamisel. Andmed, mis kantakse kaardile järelevaatuse käigus, moodustavad tinglikult nn. eri osa, mille arst läbi töötab. Samuti otsustatakse, kas meditsiinilisel läbivaatusel olnud töötajail ei ole antud tsehhis töötamine vastunäidustatud, kas ta vajab dispanseerimist, töö ümberkorraldamist jne. Saadud andmete töötlemisel eraldati kaks suurt gruppi: haiged ja täiesti terved. Selleks sälgati tunnus «haigestumine» kõigi haigestumiste kohta, vaatamata haiguse laadile, kulu raskusele ja staadiumile. See võimaldab vajaduse korral eraldada kõik vähimagi haigustunnusega töötajad ning edaspidi kõrvale jätta kõik terved. Haigused, mille puhul tuleb dispanseerida (haavand-, kõrgvererõhutõbi ning reuma jt.), on märgitud eraldi tunnustena «dispanseerimist vajavad haiged». Omaette tunnustena on eraldi välja toodud veel need haiged, kes vajavad dispanseerimist. Vajaduse korral on eristatud ka haigusstaadiume. Peale selle on märgitud kirurgilised haigused, radikuliidid, muud perifeerse närvisüsteemi haigused ja paljud teised, mille valik üldkokkuvõttes oleneb haigete kontingendist, kartoteegi koostaja soovist ning konkreetsetest vajadustest. Kutsehaigused on märgitud eritunnusena, mis võimaldab kõiki neid teistest haigustest eraldada.

Et autorit huvitas furunkuloosi sagedus ja selle seos töötingimustega (kontakt määrdeõlidega jne.), uuriti patsiente furunkuloosi esinemise ja sageduse suhtes. Saadud vastuseid kontrolliti sissekannetega ambulatoorse haige individuaalkaardil, võeti kasutusele tunnus «furunkuloos», mille all mõeldi peale furunkuloosi ka teisi naha mädanakkusi: karbunkuleid, follikuliiti jm. Samuti tehti kindlaks, kas haigel on töökohal kontakt määrdeõlidega või mitte; sellisel juhul kasutati tunnust «õlidega kontaktsed».

Küsitluse korras selgitati, kas töötaja suitsetab või mitte (märkides selle tunnusega «suitsetamine»), kas töötab vahetustega või ühes vahetuses, kas on invaliid; uuriti töötingimusi ja sundasendit töö juures. Saadud andmed märgiti kaardile eraldi tunnustena. Nende andmete põhjal on võimalik teha märksa detailsemat haigestumise analüüsi, välja selgitada selle põhjusi ning soodustavaid tegureid jne. Selliste abistavate lisaandmete valik oleneb kartoteegi koostaja soovidest ja eesmärkidest. Eritunnustena on kaardile kantud veel: 1) haiguslikele muutustele viitavad andmed laboratoorsetes uuringutes, 2) vitaalkapatsiteedi langus spiromeetrial, 3) Stange proovi lühenemine, 4) röntgenoloogilisel uurimisel avastatud patoloogia. Perfokaardi üks osa (16 mulku) on eraldatud nn. tsehhide eritunnuste jaoks, mis esinevad ainult antud tsehhi piires. Kaardi mainitud osal on koostatud erinev kood igale tsehhile eraldi. Sellise võttega on võimalik (ruumi kokkuhoidmiseks) eraldada ainult antud tsehhile iseloomulikud tunnused.

Läbivaatuse andmete igakülgse analüüsimise põhjal tehakse otsus töötaja tervise seisundi kohta, mis üldjoontes kajastub perfokaardil järgmiste tunnuste kaudu: 1) töötajal ei ole antud töökohal töötamine vastunäidustatud (sel juhul perfokaardi rubriigis «otsus» ei sälgata ühtegi auku), 2) töö antud tingimustes on vastunäidustatud, 3) vajab tsehhiarsti korduvat kontrolli või ravi, 4) vajab spetsialisti konsultatsiooni või ravi, 5) vajab töö ümberkorraldamist (teisele tööle ümberpaigutamist, täiendavate individuaalsete kaitsevahendite kandmist jne.). Otsuse punktide 2, 3, 4, 5 puhul sälgatakse perfokaardil koodi järgi vastav sälk.

Kartoteegis ei ole kaarte vaja järjestada. Tuleb vaid jälgida, et nad kõik asuksid ainult ühes suunas; segimineku vältimiseks on kaardi parempoolne nurk ära lõigatud. Sorteerimisel võetakse kaardid kätte 6—8 sm paksuse pakina, olenemata järjestusest, ning pistetakse sorteerimisvarras kaardipakist läbi soovitud tunnusele vastava mulgu kohalt. Et soovitud tunnusega kaardid on sälgatud selle mulgu kohalt, siis varda tõstmisel ja kaardipaki raputamisel kukuvad kõik vajalikud kaardid pakist välja (täpsemalt vt. 6).

Kasutades perfokaartidest kartoteeki põhjaliku meditsiinilise läbivaatuse andmete läbitöötamisel ja tervist kahjustavates tingimustes töötavate tööliste dispanseerimisel, oleme saavutanud suurt aja kokkuhoidu. Samuti on saanud võimalikuks dispanseeritavate haigete ratsionaalsem ja detailsem analüüsimine. Selline kartoteek võimaldab igal ajal hõlpsasti saada mitmesugust statistilist informatsiooni, olenemata kaartide esialgsest kartoteeki paigutamisest.

Arvestades seda, et perfokaartide kasutamise kohta on veel vähe kättesaadavat kirjandust (7), küll on aga neid kaarte soovitatud kasutada massilise meditsiinilise andmestiku töötlemisel (6, 8), peame vajalikuks avaldada kogemuste vahetamise korras oma tähelepanekuid sel alal.

KIRJANDUS

1. Dabrovski, M. Eesti Loodus, 1959, 3, 184—186. — 2. Lõiv, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 5, 51—54. — 3. Masing, V. Eesti Loodus, 1961, 4, 248—251. — 4. Palli, H. Tehnika ja Tootmine, 1963, 5, 31—35. — 5. Perfokaardi «Isiklik kaart» kasutamise juhend. ENSV Rahvamajanduse Nõukogu Tehnilise Informatsiooni Büroo. Tallinn, 1962. — 6. Põldvere, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 68—72. — 7. Richter, W., Worseck, M. Dokumentation, 1962, 2, 53—57. — 8. Перфокарта. Применение в науке, культуре, технике и промышленности. Библиография 1959—62 г. М., 1963.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРФОКАРТ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ НА МААРДУСКОМ ХИМИЧЕСКОМ КОМБИНАТЕ

Ю. Паульсон

Резюме

При диспансеризации рабочих, работающих во вредных для здоровья условиях, врачебный здравпункт Маардуского химического комбината использует стандартные карты с двойной краевой перфорацией, изготовляемые Бюро технической информации Совета народного хозяйства Эстонской ССР. Необходимые данные о диспансеризуемых или т. н. информация записывается терминами с применением прямого или комбинированного кода.

Рабочие были обследованы терапевтом, хирургом, невропатологом, оториноларингологом, дерматологом, окулистом и стоматологом. Были проведены также необходимые лабораторные и рентгенологические исследования. При обследовании особенное внимание было обращено на выявление болезненных состояний, при которых противопоказана работа на соответствующем рабочем месте. Полученные данные наносили на перфокарту и отверстия вырезали соответственно специальному коду.

Использование перфокарт при разработке данных углубленного медицинского обследования и диспансеризации рабочих, работающих во вредных условиях, дает значительную экономию времени. Применение перфокарт позволило более рационально и детально анализировать данные, полученные при диспансеризации.

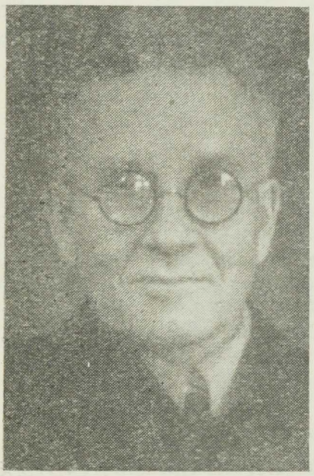
Картотека из перфокарт позволяет в любое время получать различную статистическую информацию.

PROVIISOR OSKAR KOOK

8. V 1899 — 5. III 1964

5. märtsil 1964. a. suri pärast rasket haigust endine kauaaegne Tõnismäe Apteegi juhataja, Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Ühingu aktiivne liige, kohusetruu ja väsimatu töömees Oskar Kook.

O. Kook sündis 8. mail 1899. a. Alatskivil külakooliõpetaja pojana. Keskhariduse omandas ta Tartu Linnakoolis, mille lõpetas 1914. aastal. Samal ajal õiendas apteekriõpilase eksamid ja astus apteeki tööle õpilasena. 1917. a. siirdus O. Kook edasi õppima Tartu ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonda. Õpingud katkestas kodusõda, mille vältel ta töötas Punaarmee Lõunafrondi 5. apteegi laos. 1924. a. lõpetas O. Kook Tartu ülikoolis farmaatsiakursuse. Pärast proviisorikutse omandamist töötas ta Sõjaväe Keskapteegis, siis Hiiu-Kärdla Haigekassa apteegi juhatajana ja hiljem Võru Linna Apteegi juhatajana. 1940.—1961. aastani töötas O. Kook Tõnismäe Apteegi juhatajana, kus võitis laialdase poolehoiu ja lugupidamise suurte teadmiste, abivalmiduse ja südamlikkusega.



O. Kook võttis aktiivselt osa noorte farmatseutide kaadri kasvatamisest, tegutses pedagoogina Tallinna Meditsiinilises Koolis ning esines sageli ettekannetega Eesti NSV Farmaatsia Teaduslikus Ühingus ja ka populaarteaduslike loengutega. Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium hindas kõrgelt O. Koogi tööd. Teda autasustati rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Proviisor O. Koogi endised kaastöötajad ja õpilased säilitavad temast püsiva mälestuse kui alati abivalmis ja sooja südamega kolleegist.

S. Pedak

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 13. veebruaril k. a. tervishoiuasutuste kapitaalehituste ja -remondi plaani täitmist 1963. a. ning kapitaalehituste ja -remondi ettevalmistamist 1964. a. Kolleegiumil kuulati ära ministeeriumi ehitusosakonna ülema J. Kivimäe aruanne.

Kolleegium märkis, et 1963. a. lõpuks täideti ehitus-montaažitööde plaan 74,4%. Plaani kohaselt pidi kapitaalehituste arvel suurenema voodikohtade arv 330 võrra, tegelikult saadi juurde 190 voodikohta (76,4% plaanist). Muudest objektidest võeti kasutusele kaks kaheksa korteriga elumaja Kose Tuberkuloosisanatooriumi juures, pumbamajad Suugal ja Väikemõisas, polikliinik Pirital jt. Ekspluatatsiooni jäi

andmata Põltsamaa nakkushaigla juurdeehitus ja Vabariikliku Vereülekande Jaama transformaatoralajaam. Samuti ei täidetud Pelgulinna Haigla ehitamise plaani. Tööd kapitaalremondi alal ei edenenud vajaliku tempoga Viljandi ja Põlva rajoonis. Puudulikult eraldati kapitaalremondiks vajalikke materjale, nagu radiaatoreid, torusid, segisteid, fajansskausse jne.

Et kindlustada kapitaalehituste ja remonttööde häireteta korraldamist 1964. a., kohustas kolleegium ehitusosakonna ülemat J. Kivimäge abistama tellijaid ehitusesiseste tiitelnimestike koostamisel ja lepingute sõlmimisel, mille tähtajaks on 1. märts. Samuti tuleb tellijailt tööde graafiku esitamist nõuda. Ühtlasi on projekteerimisorganisatsioonidelt tarvis taotleda eelseisvate ehituste projekteerimislepingute sõlmimist ja lepingus näidatud tähtaegadest kinnipidamise kontrollimist. Erilise järelevalve alla tuleks võtta 1964. a. avatavate haiglate ehitustööd kogu vabariigi ulatuses.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tootmisettevõtete ja Abikäitiste Valitsuse ülemat I. Isrinit kohustati hankima 1964. a. vajalike seadmete ja materjalide fondid ja kindlustama nende õigeaegne realiseerimine.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile alluvate asutuste juhatajaid kohustati esitama õigeaegselt tellimised avatavate objektide varustamiseks inventari ja meditsiiniaparatuuriga. Kolleegium pidas tarvilikuks, et ühiskondlikud organisatsioonid tõhustaksid ehitatavate objektide kontrollimist.

*

13. märtsil 1964. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori A. Jannuse ettekannet instituudi tegevusest. Kaasettekandega esines riiklik peasanitaarinspektor I. Masik. Kolleegium leidis, et instituudil on 12-aastase tegevuse jooksul märkimisväärseid saavutusi. Siinjuures väärivad esiletõstmist poliomüeliidivastase vaktsiini efektiivsuse tundmaõppimine, gammaglobuliini kasutamine epideemilise hepatiidi profülaktika eesmärgil, soolenakkuste tundmaõppimine, õpilaste päevaretiim, vete uurimised jne. Praegu on instituudis 25 teaduslikku töötajat. Instituudis töötamise ajal on kolm isikut kaitsnud kandidaadiväitekirja. Käesoleval ajal on vormistamisel kaks doktori- ja neli kandidaadidissertatsiooni.

Kolleegium kohustas Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktorit A. Jannust edaspidi komplekteerima instituuti vajaliku kaadriga peamiselt aspirantuuri kaudu. Et instituudi viroloogialaboratoorium on ainuke vabariigis, tuleb sellel peale teadusliku uurimistöö abistada ka kõiki tervishoiuasutusi nende praktilises töös. Samuti peab instituut senisest suuremat abi osutama Vabariiklikule Sanitaar-Epidemioloogia Jaamale nakkushaiguste vähendamis- ja likvideerimisalaste ülesannete planeerimisel ning haigestumiste analüüsimisel.

*

19. märtsil 1964. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kollegium Eesti NSV elanikkonnale antava traumatoloogilise ja ortopeedilise abi olukorda. Kolleegium märkis pärast Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurgi Š. Gulordava ettekannet, et traumatoloogia- ja ortopeedia-alane teenindamine vabariigis on paranenud. Viimase kahe aasta jooksul on traumahaigetele määratud voodite arv suurenenud 25,4% võrra. Voodite ümberprofileerimine kirurgiaosakondades võimaldas luua iseseisvad traumatoloogia- ja ortopeediaosakonnad Tartus, Kohtla-Järvel ja Pärnus.

Tõsiseid puudusi esineb aga traumahaigete ambulatoorsel teenindamisel. Näiteks Tartus ei ole käesoleva ajani traumapunkti avatud. Samuti puuduvad traumakabinetid Narvas, Pärnus, Viljandis ja Rakveres. Lastele osutatud ortopeediline abi ei ole küllaldane Kohtla-Järvel, Narvas ja Pärnus.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonihaiglate peaarste, Tallinna ja Tartu vabariiklike haiglate peaarste kindlustama ja parandama haigete ambulatoorset traumatoloogia-alast teenindamist Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel. Peale selle tuleb traumakabinetid avada Narvas, Pärnus, Rakveres, Valgas, Võrus, Paides ja Viljandis. Linnade ja rajoonide peakirurgid ja traumaosakondade juhatajad peavad süstemaatiliselt analüüsima traumade tekkimise põhjusi. Traumahaigete kompleksravis on tarvis laialdasemalt kasutada ravikehakultuuri ja füsioteraapiat.

*

2. aprillil 1964. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerimist ja ravi. Ettekandega esines Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülema asetäitja T. Rekk. Kolleegium märkis, et vabariigis pole täielikult korraldatud huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerimist ning nende plaanilist ravi. Samuti pole tagatud huulelõhedega vastsündinute varajast kirurgilist ravi. Kontrollimise tulemused näitasid, et suulaelõhedega lapsed jäävad kõnelemishäire tõttu õppe- ning kasvatustöös teistest maha.

Kolleegium kohustas kõiki tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonihaiglate peaarste ja Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti kindlustama kõigi huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerimist ja õigeaegset ravi. Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehte kohustati looma haigla juurde huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerse teenindamise keskus, mille ülesandeks on õigeaegse ravi kindlustamine kogu vabariigi ulatuses.

*

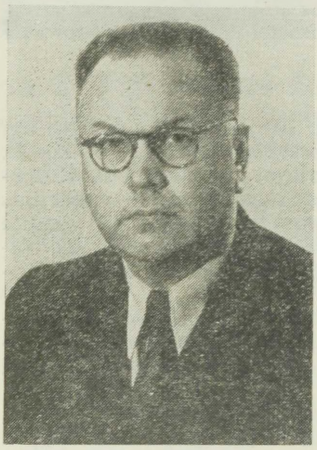
Samal päeval arutas kolleegium töövõimetuslehtede blankettide hoidmist, nende jaotamist ja arvestamist Tallinna tervishoiuasutustes. Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse inspektori L. Pieli ettekandest selgus, et selle vastu eksitakse Pelgulinna Haigla polikliinikus, Tõnismäe Haigla polikliinikus ja I ning II Naistenõuandlas. I Naistenõuandlas ei hoita töövõimetuslehtede blankette seifides; Tõnismäe Haigla polikliinkus antakse arstidele isegi kuni 100 blanketti, mida nad hoiavad laua sahtlis. Mõnikord ei märgita ambulatoorsetele kaartidele väljastatud töövõimetuslehe numbrit ja seeriat ning väljastamise või tööle kirjutamise kuupäeva.

Kolleegium kohustas Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit 10 päeva jooksul kõrvaldama töövõimetuslehtede hoidmise, arvestamise ja nende väljastamise alal esinevad puudused. Töövõimetuslehtede registreerimise raamatut tuleb pidada vastavalt ÜAÜKN ja NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi juhendile 13. juunist 1943. a. Ühtlasi peab arvestama Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi metoodilist kirja 15. juunist 1959. a.

A. Kaldma

ELMAR SIIRDE — ARSTITEADUSE DOKTOR

Möödunud aasta juunis kaitses Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhataja dotsent Elmar Siirde Leningradi Riiklikus S. M. Kirovi nimelises Arstide Täiendusinstituudis doktoriväitekirja teemal «Aero- ja hüdroioonid otorinolarüngoloogias.» Hiljuti kinnitas NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon Elmar Siirdele arstiteaduse doktori teadusliku kraadi andmise otsuse. See on esimeseks doktoriväitekirjaks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas sõjajärgsel perioodil.



Elmar Siirde teaduslik tegevus on kestnud üle 25 aasta ja ulatub üliõpilaspõlve. 1938. a. kirjutas ta auhinnatöö teemal «Hääle- ja kõnehäirete erivormide esinevus Tartu kooliealistel lastel». Teadusliku tegevuse algperioodil oli E. Siirde huvialaks logopeedia. Professor E. Saareste juhendamisel valmis tal dissertatsioon «Kogelejate hingamisliigutuste võrdlevaid vaatlusi», mille eest talle anti arstiteaduse kandidaadi kraad. 1944. a. alates on dotsent E. Siirde töötanud Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhatajana. Pikemat aega tegeles ta koostöös füüsikute J. Reineti ja P. Prülleriga aero- ja hüdroioonide uurimisega. Selles valdkonnas valmis tal rida originaalseid ja teedrajavaid teaduslikke uurimusi, mis on avaldatud nii kohalikes kui ka keskväljaannetes ning äratanud tähelepanu ka rahvusvahelises ulatuses. E. Siirdel on trükis avaldatud ligi 70 teaduslikku tööd. Tema juhendamisel on valminud 4 kandidaadiväitekirja ja üle 10 üliõpilaste võistlustöö.

Soovime värskele arstiteaduse doktorile palju energiat ja juurdlevat vaimu uute probleemide lahendamisel.

Kolleegid

UUS KATEEDER TRÜ ARSTITEADUSKONNAS

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Nõukogu otsustas 20. sept. 1963. a. teha ülikooli rektorile ettepaneku ühiskondlikul alusel töötava arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateedri loomiseks. Rektori käskkirjaga nr. 1180 (13. novembril 1963. a.) määrati kateedri juhatajaks dotsent L. Keres, liikmeteks dotsendid E. Raudam, K. Kõrge, H. Petlem ja L. Tähepõld.

L. Keres

SÜNNITUSABINÕUKOGU KOOSOLEKULT

Hiljuti toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sünnitusabinõukogu koosolek, kus käsitleti akušöör-günekoloogide kvalifikatsiooni parandamist.

Nõupidamisel esinesid ettekandega Tallinna linna peaakušöör-günekoloog M. Golneva, Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja peaarst I. Veerma ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaakušöör-günekoloog S. Naarits.

Nõukogu otsuse kohaselt kohustati kõikide sünnitusabiasutuste ja -osakondade juhatajaid välja töötama 1964.—1965. aastaks arstide kvalifikatsiooni tõstmise individuaalplaanid. Plaanides tuleb arvestada töö spetsiifikat naistenõuandlas või sünnitusmajas. Erilist tähelepanu on tarvis pöörata arstide ettevalmistamisele atesteerimiseks ning spetsialiseerumisel viibivate arstide tööplaanide koostamisele.

E. Kask

ESIMENE MAA-JAOSKONNAARSTIDE TÄIENDUSKURSUS

Ühiskondlikel alustel tegutsev Tartu Riikliku Ülikooli arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateeder korraldas 2.—31. märtsini 1964. a. ühekuulise täienduskursuse maa-jaoskonnaarstidele, millest võttis osa 17 arsti Eesti NSV mitmest rajoonist. Sellise kursuse organiseerimise mõtte algatas Eesti NSV Ülemnõukogu alalise tervishoiu- ja sotsiaalkomisjoni esimees rahvasaadik dotsent E. Raudam. Kokkuleppel Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna ülema L. Barõševaga määrati täienduskursuse kestuseks üks kuu, mis võimaldas saata arste täiendusele töökohale suunamise korras.

Kursuste eel oli kõigepealt tarvis koostada õppeprogramm, sest mingit ametlikku programmi meil käepärast polnud. Selleks toimus 19. novembril 1963. a. Tartu rajooni maa-jaoskonnaarstide nõupidamine, kus selgitati, milliseid küsimusi tuleb kõige ulatuslikumalt käsitleda. Õppeprogrammi koostamisel võeti arvesse Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kateedrite ja Tartu rajooni maa-jaoskonnaarstide ettepanekud. Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium kiitis programmi heaks.

Täienduskursustel käsitleti põhiliselt neid küsimusi, millega maa-jaoskonnaarstil tuleb kokku puutuda oma igapäevases töös. Haiguste puhul pöörati peamist tähelepanu uutele diagnoosimisvõtetele (mis on maa-arstijaoskondades rakendatavad), haige seisundi raskuse õigele hindamisele, varajasele ravile ja arstliku tööekspertiisi korraldamisele. Ühtlasi rõhutati haigete ja sünnitajate kiire abistamise ja õige transportimise suurt tähtsust. Üksikasjalikult käsitleti profülaktiliste abinõude rakendamist haigestumuse vähendamiseks maal. Õppetöö kestis 6,5 tundi päevas, sellest 2—3 tundi kulus loenguteks ja ülejäänud aeg praktilisteks töödeks. Õppetöö kulges tsüklite kaupa: 6 päeva toimus õppetöö teraapia, 4 päeva neuroloogia, 3 päeva kirurgia, 3 päeva nakkushaiguste ja epidemioloogia, 3 päeva pediaatria, 2 päeva sünnitusabi ja günekoloogia, 1 päev oftalmoloogia, 1 päev otorinolarüngoloogia ning 1 päev dermato-veneroloogia alal. Maa-jaoskonnaambulatooriumi ja -haigla töö planeerimist ja finantseerimist käsitles Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi plaani-rahandusosakonna ülem J. Tiitsar ja tööõiguslikke küsimusi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juriskonsult A. Kaldma.

Kursusest osavõtjatega peeti tootmisnõupidamisi, kus tehti mitmeid väärtuslikke ettepanekuid täienduskursuse õppeprogrammi muutmise kohta. 30. märtsil k. a. toimus Tartu Riikliku Ülikooli kohvikus kursuslaste kohtumine Tartu Riikliku Ülikooli õppejõududega ja Tartu rajooni peaarsti S. Ellervee ja tema asetäitja M. Sikuga. Pikemate sõnavõttudega esinesid Avinurme maa-jaoskonnahaigla juhataja A. Erreline, Kuusalu maa-jaoskonnahaigla juhataja T. Allmägi, Tänassilma maa-ambulatooriumi juhataja M. Kodaras ja endine Lähte maa-ambulatooriumi juhataja M. Sikk. Nad kõik märkisid, et selline täienduskursus on suure väärtusega ja õigustab end täiesti. Töökoormuse tõttu ei ole maa-jaoskonnaarstil võimalik ainuüksi kirjanduse lugemise kaudu omandada uusi teadmisi igalt erialalt. Peeti vajalikuks, et selliseid kursusi korraldataks edaspidi sagedamini, mille puhul saaksid neist teatava ajavahemiku järel osa võtta kõik maa-jaoskonnaarstid.

Kursuste tegelikeks läbiviijateks olid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud, kes ühiskondlikus korras andsid 265 õppetundi. Et töö oli jaotatud paljude õppejõudude vahel, siis ei olnud see kellelegi koormav. Neile valmistas palju rõõmu taas näha oma endisi üliõpilasi auditooriumides ja palatites, nüüd juba kind-

late kogemustega maa-jaoskonnaarstidena. Kursuste edukaks tööks aitas suuresti kaasa osavõtjate teadmisjanu; sealjuures nad esitasid väga palju küsimusi nii haigete ravi kui ka töö organiseerimise kohta jaoskonnas.

Tartu Riikliku Ülikooli arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateedril on plaanis korraldada teine sama programmiga täienduskursus maa-jaoskonnaarstidele veel käesoleva aasta detsembris.

L. Keres

EESTI NSV ÜHINGU «TEADUS» TÖÖST

Pärast Eesti NSV Ühingu «Teadus» VII kongressi toimus 3. aprillil k. a. Tallinnas ühingu «Teadus» juhatuse juures oleva meditsiiniliste teadmiste propaganda teaduslik-metoodilise nõukogu laiendatud koosolek. Nõukogu esimees professor P. Bogovski esitas nõukogu juhatuse aruande 1962.—1963. a. tööst ning rääkis meditsiiniliste teadmiste propaganda ülesannetest ühingu «Teadus» VII kongressi otsuste valgusel.

Aruandes esitatud andmetest selgub, et nõukogu moodustati 29. jaanuaril 1962. a. vabariigi erinevate linnade ja rajoonide tervishoiutöötajate esindajaist. Kavandati näidistemaatika ja metoodiliste abimaterjalide väljaandmine ning elu pikendamise alase konverentsi korraldamine. Tegevusperioodi kestel sai nõukogu ülevaatliku pildi vabariigi rajoonides ja linnades valitsevast olukorrast, elanike meditsiinilistest teadmistest ja ideelisest tasemest. Metoodiliste abimaterjalide väljaandmises jäi vajaka, sest mõned autorid ei esitanud lubatud käsikirju. Parimateks lektoriteks osutusid tartlased, parima sisulise analüüsi töö kohta andis ühingu Hiiumaa osakond. Kahe aasta kogemustest nähtub, et nõukogu tegevuses olid nõrgemateks kohtadeks juhatuse passiivsusest tingitud nõrk kontakt teiste linnadega, metoodiliste abimaterjalide mittepiisav kirjastamine ja loengute retsenseerimine, arstiteadusliku propaganda meetodite analüüsi ja arutelu puudumine kohtadel, lektorite vähene juurdekasv noorte arstide hulgast.

P. Bogovski detailselt analüüsivast aruandest ja järgnevatest sõnavõttudest (Petlem, Järts, Rajala, Rochlin, Haas, Markovitš, Roots ja Metsis) koorusid välja mõtted ja ettepanekud, mis fikseeriti ning leiavad rakendamist teaduslik-metoodilise nõukogu uue koosseisu tööplaanis järgnevaks perioodiks. Selle küsimusteks on: 1) arstiteadusliku propaganda sidumine ideoloogilise tööga, ateismiga, noorte kasvatamise probleemidega ja nõukogude inimese moraalimõistetega; 2) tugevamate sidemete loomine terviseülikoolidega, temaatika rikastamine, uute töövormide otsimine (vaidluste ja kohtumiste ning küsimuste ja vastuste õhtute korraldamine jne.); 3) loengud ja seminarid koolide ja lasteasutuste töötajaile noorte seksuaalkasvatuse küsimustes; 4) metoodiliste abimaterjalide koostamine ja kirjastamine; 5) arstiteaduslik propaganda ajakirjanduse veergudel; 6) rahvaülikoolide õppeprogrammide revideerimine; 7) ühingu osakondade töö sisuline analüüsimine kohtadel (väljasõidud); 8) meditsiiniliste teadmiste propagandanädalate korraldamine koos Vabariikliku Sanitaarhariduse Majaga Valgas ja Võrus.

Ühingu «Teadus» meditsiiniliste teadmiste propaganda teaduslik-metoodilise nõukogu edaspidist tööd peavad iseloomustama loominguline erksus, loengute uudsus ja lektorite meisterlikkus ning temaatika püsiv aktuaalsus, mis oli kõikide koosolijate ühine arvamus.

Uus teaduslik-metoodiline nõukogu valiti vabariigi erinevate linnade tervishoiutöötajaist 20 liikmeline. Nõukogu juhatuse uude koosseisu kuuluvad P. Bogovski (esimees), H. Kahn, V. Stepanova, L. Sepp, S. Naarits, H. Roots ja J. Rochlin.

V. Laos

TALLINNA MEDITSIINILISSE KOOLI VASTUVÕTU TINGIMUSED

Käesoleval aastal võetakse Tallinna Meditsiinilisse Kooli vastu 250 uut õpilast, neist statsionaarsesse osakonda 180 ja kaugõppeosakonda 70. Statsionaarsesse osakonda võivad astuda keskharidusega isikud meditsiiniõdede, akušööride, farmatseutide ja lasteasutuste õdede erialale. Tulevastele meditsiiniõdedele võimaldatakse õppida ka vene õppekeelega rühmas. Ka 8 klassi lõpetanutest komplekteeritakse meditsiiniõdede õpperühm. Kaugõppeosakonda võivad õppima asuda keskharidusega meditsiinitöötajate ametikohal olevad nii kesk- kui ka 8-klassi haridusega isikud.

Sisseastumiseksamid algavad 20. augustil ja on keskkooli lõpetanuile järgmistes ainetes: eesti keel (kirjand ja suuline) ja NSV Liidu ajalugu (suuline). 8 klassi haridusega isikutele on eksameiks eesti keel (etteütlus ja suuline) ning matemaatika (suuline). Farmatseutidele on ette nähtud täiendavad eksamid keemias ja matemaatikas.

Avalduste vastuvõtmine algab 1. juunist. Koos avaldusega tuleb esitada järgmised dokumendid: 1) iseloomustus-soovitus viimaselt töökohalt või koolist, 2) elulookirjeldus, 3) väljavõte tööraamatust, kui staaži on üle 2 aasta, 4) 3 fotot (3×4 sm), 5) arstitõend (vorm 286), 6) küpsustunnistus või kooli lõputunnistus koos notari poolt kinnitatud ärakirjaga, 7) elukohatõend. Dokumendid tuleb esitada või

saata kooli aadressil: Tallinn, Tõnismägi 12/14, tuba 21 (telefon 422-87, kaugõppeosakond 475-41). Samas on võimalik saada ka täpsemat informatsiooni.

Haiglate ja muude tervishoiuasutuste juhatajatel tuleb senisest aktiivsemalt meditsiinikooli suunata isikud, kes küll töötavad keskharidusega meditsiinitöötajate ametikohtadel, kuid ei oma vastavat eriharidust.

See tagab asutuse komplekteerimise vajaliku personaliga, sest teised lõpetajad suunduvad tavaliselt oma kodukohta tagasi pärast 3-aastast töötamist määratud kohal.

K. Sõerde

SISUKORD

A. VARES — Laste meditsiinilisest teenindamisest Eesti NSV-s . . . 3

Teooria ja praktika

I. MUUGA, H. HEINMAA, E. KALEVA, E. KUBJAS ja T. VAASNA — Laste vaimse ja kehalise puudulikkuse põhjustest ning nende vältimise võimalustest 6

L. KERES — Katastroofilistest seisunditest imikutel kopsupõletiku põdemise esimestel päevadel 9

E. RATNIK — Saavutusi ja perspektiive laste suremise vähendamisel Tartus 13

A. LINKBERG, D. KULDEVA, K. KULL ja M. LIIVAMÄGI — Hirschsprungi tõbi ja selle ravi 18

R. ORŠANSKAJA — Tsütomegaalia . 22

E. VAGANE — Toitumisest Eesti NSV-s 26

I. MARIPUU, B. SCHAMARDIN ja E. KASK — Tallinna tööliste ja teenistujate haigestumine südame ja veresoonkonna haigustesse . . . 31

V. VALDES — Kopsuvähi esinemisest ja diagnoosimisest Tallinna Vabariikliku Haigla prosektuuri andmetel 1950.—1962. a. 36

J. TERAS, E. RÕIGAS, H. JAAKMEES, H. TOMPEL ja U. NIGESEN — Urogenitaaltrakti trihhomonoosi peroraalsest ravist . . . 41

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

V. KASELAID — Vastsündinute asfüksia ravist 45

E. MÜLLERBEK — Laste kaitsesüstimine ja allergia 47

A. VALDMA — Kogemusi profülaktiliste reumavastaste ravikuuride rakendamise alal 48

A. KADASTIK — Lihtne ja praktiline 49

СОДЕРЖАНИЕ

А. ВАРЕС. — Медицинское обслуживание детей в Эстонской ССР

Теория и практика

И. МУУГА, Х. ХЕЙНМАА, Э. КАЛЕВА, Э. КУББЯС и Т. ВААСНА — О причинах психической и физической неполноценности детей и ее предупреждение

Л. КЕРЕС — О катастрофических состояниях в первые дни заболевания грудных детей пневмонией

Э. РАТНИК — Смертность детей в гор. Тарту и перспективы ее снижения

А. ЛИНКБЕРГ, Д. КУЛДЕВА, А. КУЛЛЬ и М. ЛИЙВАМЯГИ — Болезнь Гиршпрунга и ее лечение

Р. ОРШАНСКАЯ — Цитомегалия

Э. ВАГАНЕ — О питании в Эстонской ССР

И. МАРИПУУ, Б. ШАМАРДИН и Э. КАСК — О заболеваемости сердечно-сосудистой системы среди рабочих и служащих города Таллина

В. ВАЛЬДЕС — О заболеваемости раком легких и его диагностика по данным прозектуры Таллинской республиканской больницы за 1950—1962 гг.

Ю. ТЕРАС, Э. РЫЙГАС, Х. ЯАКМЭЭС, Х. ТОМПЕЛЬ и У. НИГЕСЕН — Пероральное лечение трухомоноза урогенитального тракта

Обмен опытом и казуистика

В. КАСЕЛАЙД — О лечении асфиксии новорожденных

Е. МЮЛЛЕРБЕК — Предохранительные прививки детей и аллергия

А. ВАЛДМА — Опыт проведения профилактических антиревматических курсов

А. КАДАСТИК — Просто и практично

Abiks velskritele ja õdedele

V. SALUPERE — Kroonilist gastriiti põdevate haigete ravist 51
E. UIBO — Keskharidusega meditsiinipersonali töö korraldamisest . . 54
H. KAHN — Hüpotoonia 55

Kaadri ettevalmistamine

A. HORN — Järjekordne lend sanitaarvelskreid Tartu Meditsiinilisest Koolist 59
K. SÕERDE — Uus lend akušööre ja farmatseute Tallinna Meditsiinilisest Koolist 60

Arstiteaduse ajaloost

H. ROOTS — 70 aastat rahvaliku arstiteadusliku raamatu «Tervise õpetus» ilmumisest 60

Konverentsid ja nõupidamised

A. LENZNER — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslik konverents 65
S. SALZMANN ja J. OTS — Eesti NSV röntgenoloogide ja onkoloogide IV teaduslik-praktiline konverents 65
H. TÄLLI — Vabariiklik kooliarstide seminar 67
E. LIIV — I üleliiduline traumatoloogide ja ortopeedide konverents . . 67
I. RÄTSEP — Gastroenteroloogia-alane konverents Riias 68
G. MEDINSKI — Läti NSV hügienistide, mikrobioloogide, epidemioloogide ja infektsionistide II konverents 69

Tähtpäevad

M. EPŠTEIN 80-aastane 70
P. RAHU — H. Lepp 60-aastane . . 70

Mitmesugust

J. PAULSON — Perfokaartide kasutamisest tööstustööliste dispanseerimisel Maardu Keemiakombinaadis . 71

Nekroloog

Proviisor Oskar Kook 74

Kroonika . . . 74

В помощь фельдшерам и сестрам

В. САЛУПЕРЕ — О лечении больных хроническим гастритом
Э. УЙБО — Упорядочение работы среднего медицинского персонала
Х. КАХН — Гипотония

Подготовка кадров

А. ХОРН — Очередной выпуск санитарных фельдшеров Тартуской медицинской школы
К. СЫЭРДЕ — Новый выпуск акушеров и фармацевтов Таллинской медицинской школы

Из истории медицины

Х. РООТС — 70 лет со дня выхода в свет популярной медицинской книги «Учение о здоровье»

Конференции и совещания

А. ЛЕНЦНЕР — Научная конференция медицинского факультета Тартуского государственного университета
С. ЗАЛЬЦМАН и Ю. ОТС — IV научно-практическая конференция рентгенологов и онкологов Эстонской ССР
Х. ТЯЛЛИ — Республиканский семинар школьных врачей
Э. ЛИЙВ — I Всесоюзная конференция травматологов и ортопедов
И. РЯТСЕП — Конференция по вопросам гастроэнтерологии в Риге
Г. МЕДИНСКИЙ — II Конференция гигиенистов, микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов Латвийской ССР

Юбилейные даты

80-летие М. ЭПШТЕЙНА
П. РАХУ — 60-летие Х. Леппа

Разное

Ю. ПАУЛЬСОН — Использование перфокарт при диспансеризации промышленных рабочих на Маардуском химическом комбинате

Некролог

Провизор Оскар Коок

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (vastutav sekretär), **J. Saarma** ja **A. Sarap.**

4

Juuli–August

7. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1964

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР

На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 17. VI 1964. Trükkimisele antud 25. VII 1964. Trükiarv 4000. Paber 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 7,72. Tellimise nr. 5100. MB 03879.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

TRAUMATOLOOGILINE JA ORTOPEEDILINE ABI EESTI NSV-s

Arstiteaduse kandidaat *Š. GULORDAVA*
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg

Traumatoloogia küsimused on elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel tähtsal kohal. Vabariigis on loodud kindel asutuste võrk traumatoloogilise ja ortopeedilise abi andmiseks. Siia kuuluvad kiirabijaamad, tervishoiupunktid, jaoskonnahaiglad, velskri-ämmaemandapunktid, kirurgia- ja traumatoloogiakabinetid ambulatooriumides ning polikliinikutes, linnade traumatoloogiapunktid, traumatoloogia- ja ortopeediaosakonnad vabariigi suuremates haiglates ning kirurgiaosakonnad, kus on eraldatud palatid traumaga haigetele. Selline organisatsioon tagab vabariigis põhilise arstiabi saamise traumade korral.

Kirurgilistele haigetele määratud voodikohtade profileerimine, traumatoloogiaosakondade laiendamine (Tallinnas, Tartus) ja iseseisvate traumatoloogia- ning ortopeediaosakondade rajamine (Kohtla-Järvel, Pärnus), kus töötavad kvalifitseeritud spetsialistid, on traumaga haigete ravimise kvaliteeti tunduvalt parandanud.

Traumajuhtude arv väheneb vabariigis küll pidevalt, kuid see kulgeb linna- ja maaelanikkonna hulgas ebavõrdselt. Kui traumajuhtude arv väheneb linnades 1959. aastast alates pidevalt (1962. a. vähenes traumade arv, võrreldes 1959. aastaga, 13,1%), siis esines maaelanike hulgas 1959.—1961. a. isegi teatav tõus. 1962. aastal vähenes traumade arv järsult ka maal (traumade arv vähenes sel aastal 1959. aastaga võrreldes 30,6% võrra). Eespool toodust nähtub, et sotsialistliku rahvamajanduse tingimustes allub traumatism täielikult meie mõjutamisele. Nüüd pole kahtlust, et oleme suutelised õnnetusjuhtumite arvu tunduvalt vähendama. Seejuures on oluline töökaitse ja ohutustehnika eeskirjadest ja normidest kinnipidamine.

Tööstustraumade peamisteks põhjusteks on puudulikult konstrueeritud seadmed (ohutustehnika seisukohalt), raskete ja ohtlike tööde vähene mehhaniseerimine või selle puudumine, samuti ka tehnilise sisseseade (tööriistad, kaitsevarjed, abiseadmestik jm.) korrastamatus ning ohutustehnika eeskirjadest mittekinnipidamine tööpaikade korraldamisel ja hooldamisel. Traumad on tingitud ka tööstusettevõtete ruumide ja territooriumi materjalidega ülekuhjatusest ja laokil olekust, isiklike kaitsevahendite puudumisest või nende riketest, ohutute töövõtete ja üksikasjaliku instruktaaži mittetundmisest. Puudub ka õige juhtimine ning järelevalve ohutustehnika eeskirjade täitmise ja töödistsipliini alal.

1959. aastaga võrreldes vähenes tööstustraumade arv 1962. a. 45% võrra. See vähenemine on märgatav tööstuse enamikes põhiharudes, välja arvatud põlevkivitööstus ning naha- ja jalatsitööstus. Ei saa märkimata jätta elukondlike traumade suurt vähenemist 1962. aastast alates, mis toimus ühiskondlike organisatsioonide abiga. Tööstustraumade arvu vähendamiseks on tarvis: 1) kõikide traumajuhtude, isegi väikeste, üksikasjalik arvestus, samuti ka töövõimekaotuseta juhtude arvestus koos järgneva põhjaliku ja igakülgse analüüsiga; 2) ohutustehnika abinõude väl-

jatöötamine, nende alaline rakendamine; tähelepanu pööramine ohtlike töökohtade ohutustamisele ja töötajate kindlustamine individuaalsete kaitsevahenditega; 3) kvalifitseeritud vältimatu abi osutamine kannatadasaanuile ja nendele ravi tagamine kõikidel etappidel; 4) üldsuse kaasatõmbamine traumatismi aktiivseks vältimiseks ja edaspidiseks vähendamiseks; 5) traumatismi vältimise ja vähendamise ravi-profülaktiliste ning organisatsiooniliste abinõude kogu kompleksi pidev juhtimine haigla ja polikliiniku kirurgide poolt.

Väga tähtis on põllumajanduslike traumade probleem. Õnnetusjuhtumite vähenemise tempo põllutöödel on veel liiga aeglane. Meie andmeil moodustab traumatism 10—12% põllumajanduse alal töötajate kogu haigestumusest. Selles olukorras on kolhooside ja sovhooside juhtkonna ning tervishoiuasutuste ees üles kerkinud rida tõsiseid ülesandeid. Enamik põllumajanduslikest traumadest leiab aset vahetult põllul, loomafarmides, kolhoosi töökodades, põllutöömasinatega töötamisel jm. Analüüs näitas, et enamikul juhtudest on vigastuse põhjuseks töö ebaõige organiseerimine (küllaldase tehnilise kontrolli puudumine masinate, seadmete, tööriistade jms. korrasoleku üle). Samuti on paljud traumad tingitud ohutustehnika eeskirjade rikkumisest ja nende puudulikust tundmisest, mootorite ebaõigest käivitamisest, liiga kiirest sõitmisest jne. Eespool loetletud traumasid soodustavate tegurite kõrvaldamine on kindlaks tagatiseks põllumajandusliku traumatismi vältimisel. Seda võib saavutada ühiskondlike organisatsioonide ja tervishoiutöötajate ühiste pingutustega.

Rohkem tähelepanu tuleb pöörata ka liiklusõnnetustest põhjustatud traumadele. Paljude ministeeriumide ja asutuste juhtkonnad, kellel on automajandid, samuti linnade ja rajoonide töörahva saadikute nõukogu täitevkomiteed ei suhtu täie tõsidusega sellesse küsimusse ega näita üles vajalikku nõudlikkust nende automajandite juhtkonna suhtes, kus esineb avariisid.

Ka ei ole harvad spordiga seotud traumajuhud. Nende analüüsimine näitas, et trauma tekib mitmete tegurite samaaegse toime tagajärjel, millest esikohal on eeskirjade rikkumine, mitteküllaldane treenitus, julgestuse puudumine, eriti õpilaste kehalise kasvatuse tundides, samuti ka spordiinventari korrastamatus. Sporditraumade vältimiseks on hädavajalik: 1) kõrvaldada puudused treeningute ja võistluste korraldamise metoodikas; 2) vältida arstliku kontrolli eeskirjade rikkumist; 3) korraldada süstemaatiliselt kasvatustööd sportlaste hulgas.

Kogu üldsuse tähelepanu peab olema pööratud elukondlikele traumadele, mis moodustavad $^2/_3$ traumajuhtude üldarvust. Neid esineb elanikkonna kõigis vanuserühmades, alates lastest ja lõpetades elatanud inimestega. Kõige sagedamini tekib trauma kukkumisel, peamiselt just kiilasjää tõttu, kodustel töödel jm. Oluline tähtsus on alkoholi kuritarvitamisel, huligaansuse ja kakluse tagajärjel saadud traumadel. Elukondlike traumade vältimine on vahetult seotud võitlusega kultuursete ja tervislike eluviiside eest. See on ühtlasi võitlus alkoholismiga ja muude kapitalistlike iganditega.

1963. a. oktoobris toimunud Eesti NSV traumatoloogide ja ortopeedide teaduslik-praktiline konverents märkis kõrvuti muude traumatismi profülaktika oluliste küsimustega traumaga ja ortopeediliste haigete polikliinilise teenindamise suurt tähtsust. Tuleb rõhutada, et ligi 90% traumaga haigeist vajab polikliinilist abi, 96%-l haiglas ravil viibinud isikutest lõpetatakse ravi polikliinikus.

Ambulatoorse abi andmisel on mõnikord tehtud lubamatuid vigu. Esineb juhtumeid, mil ambulatoorset haiget pole põhjalikult uuritud. Mõned arstid on traumade diagnoosimisel liiga enesekindlad ega kasuta röntgenograafiat. Seetõttu ei avastata pahatihti luumurde. Pole harvad ka juhud, kus haava esmane töötlemine toimub ebarahuldavalt, mille

tagajärjeks on kaua kestvad mädanemisprotsessid. Raskemate vigastustega haigeid (neid on umbes 10%) ravitakse haiglates. Sealjuures suunatakse üle 60% traumaga haigetest spetsiaalsetesse traumatoloogia-ortopeedia ning neurokirurgiaosakondadesse. Ülejäänud isikuid ravitakse üldkirurgiaosakondades selleks määratud palatites. Kannatanutele kvalifitseeritud abi andmise põhinõuded on samad kui rajoonis.

Traumagа ja ortopeedilistele haigetele osutatava ambulatoorse ja haiglaravi parandamiseks on hädavajalik: 1) kergemate vigastustega haigete ravimise koondamine traumatoloogiapunktidesse ja -kabinettidesse kvalifitseeritud eriabi saamiseks ning raskemate vigastustega haigete suunamine haigla traumatoloogiaosakondadesse või kirurgiaosakondade traumatoloogiapalatitesse; 2) traumatoloogide-kirurgide ettevalmistamine sellisel põhimõttel, et kirurg oleks võimeline töötama ka traumatoloogina. Igas rajoonis peaks olema vähemalt üks traumatoloog.

Vabariigis on olemas kõik võimalused traumajuhtude arvu vähendamiseks ning ambulatoorse ja haiglaravi kvaliteedi parandamiseks.

ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ И ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ЭСТОНСКОЙ ССР

Ш. Гулордава

Резюме

Вопросы травматологической помощи занимают важное место в медицинском обслуживании населения. В республике существует прочная организация травматологической и ортопедической помощи населению. Сюда входят станции скорой помощи, здравпункты, участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты, хирургические и травматологические кабинеты в амбулаториях и поликлиниках, городские траматологические пункты, отделения травматологии и ортопедии в крупных больницах республики и хирургические отделения, где имеются отдельные палаты для травматологических больных. Эта организация в условиях республики в основном обеспечивает медицинскую помощь пострадавшим.

По отношению к городскому и сельскому населению снижение травматизма происходит неравномерно. Если в городах имеется постоянное снижение травматизма по сравнению с 1959 годом, то на селе с 1959 по 1961 год мы имели некоторое повышение травматизма. В 1962 году отмечалось резкое снижение травматизма и на селе.

По сравнению с 1959 годом производственный травматизм в 1963 году снизился на 45%. Это снижение отмечается в большинстве основных отраслей промышленности.

Важным является вопрос сельскохозяйственного травматизма, темп снижения которого еще медленный. Основное количество травматических случаев среди работников сельского хозяйства происходит непосредственно в поле, в животноводческих фермах, колхозных мастерских, при работе на сельскохозяйственных машинах и т. д. Большей частью является причиной травмы неправильная организация труда. Часто травмы обусловлены тем, что нарушаются правила техники безопасности и не знают достаточно хорошо этих правил.

Больше внимание следует уделять на травмы, связанные со средствами передвижения. Многие руководители министерств и ведомств, которые имеют автохозяйства, не предъявляют должной требовательности к руководителям автохозяйства, допускающих аварийность.

Заслуживает внимание всей общественности бытовой травматизм, который составляет две трети всего травматизма в республике. Травмам подвергается население всех возрастных групп, начиная от детей и кончая людьми престарелого возраста. Борьба с бытовым травматизмом неразрывно связана с борьбой за культурный и здоровый быт.

Для улучшения амбулаторно-стационарной помощи травматологическим и ортопедическим больным необходимо сосредоточение лечения больных с простейшими травмами в травматологических пунктах и кабинетах, а больных с более тяжелыми повреждениями следует направлять на стационарное лечение в травматологические отделения или в травматологические палаты хирургических отделений. Подготовка травматологов-хирургов должна проводиться в порядке совмещения профессий с тем расчетом, чтобы в каждом районе имелось не менее одного травматолога.

SÜDAMEHAAVADE DIAGNOOSIMISEST JA KIRURGILISEST RAVIST

V. SOLOVJOV ja *A. UIBO*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Südamehaavade puhul võib haige seisund muutuda raskeks ja surmaoht saabuda niivõrd kiiresti, et arstil jääb diagnoosimiseks ning koheseks operatsiooniks väga vähe aega. Mingil põhjusel õigeaegselt opereerimata jäänud südamehaavaga isikud hukkuvad enamikul juhtudest võrdlemisi kiiresti pärast haavamist. Ellu võivad jääda ainult piirdunud vigastusega kannatadasaanud, kellel haav ei ulatu südameõõnde.

Aastail 1952—1963 viibis Tallinna Vabariiklikus Haiglas ravil kaheksa südamehaavadega haiget. Kõik kannatadasaanud olid 15—51 aasta vanused mehed. Neljal juhul haavati südant noaga, ühel tulirelvaga, ühel puukilluga, ühel naaskliga (torkehaav), ühel juhul aga oli tegemist rindkere kinnise vigastusega. Kuuel haigel paiknesid üksikud haavad rindkere vasaku poole eesmisel seinal 3.—6. roietevahemikus parasternaal- ja eesmise aksillaarjoone vahel. Väliste haavade suurus kõikus 0,2—4 sm piires. Ühel haigel leidus rindkere vasaku poole eesmisel seinal ja kõhul arvukalt väikestest kildudest põhjustatud haavu. Ühel haigel ei täheldatud rindkere nahal mingeid vigastusi.

Kuuel haigel läbis haavakanal vasaku pleuraõõne. Kahel haigel oli peale südame haavatud ka kops. Kildudest põhjustatud arvukate nahavigastustega haigeil leiti rindkeret ja kõhuõõnt läbistav haav. Tal olid vigastatud magu, diafragma, vasak südamevatsake ja kopsud. Ühel haigel diagnoositi rindkere kinnisest vigastusest põhjustatud südame parema koja rebendit.

Kuus haiget olid kirurgiaosakonda saabumisel passiivsed ja raskes või terminaalses seisundis. Üks haige oli haaratud hirmutundest ja äärmiselt rahutu, viskles ning palus abi. Patsiendi üldseisundi ja enesetunde järgi ei võinud oletada südame haavamist. Viiel haigel oli teadvus selge, ülejäänuil hämardunud. Kõik kaheksa vigastatut saabusid kirurgiaosakonda 35 minutit kuni 2 ja pool tundi pärast haavata saamist. Viis haiget kirjutati pärast tervistumist koju, kaks surid opereerimisel. Üks haige suri viiendal päeval pärast operatsiooni südamepuudulikkuse tagajärjel.

Südamehaavade diagnoosimisel pööratakse suurt tähelepanu triaadile, mis koosneb järgmistest tundemärkidest: haav südame kohal, verejooksud ning südame tamponaadi sümptoomid. Kui haigel esinevad mainitud tunnused, ei valmista südamehaavade õige diagnoosimine suurt raskust.

J u h t 1. Meeshaige K., 15 aastat vana (haiguslugu nr. 5022), saabus kirurgiaosakonda 5. aprillil 1960. a. 45 minutit pärast noahaava löömist südame piirkonda. Haige seisund saabumisel raske. Nahk kahvatu, küüned ja huuled tsüanootilised, veenid kaelal paisunud. Pulss 120 lööki minutis (nõrga täitumusega), hingamine pindmine (30 korda minutis), arteriaalne rõhk 100/60 mm. Koputlemisel: südamepiirid laienenud, kuulatlemisel: toonid tuhmid. Rinnahaavast voolab tugevasti verd. Südamehaava esinemise suhtes polnud kahtlust.

Haiget opereeriti kiiresti kombineeritud intubatsiooninarkoosi all (A. Uibo). Tehti torakotoomia vasakul neljandas roietevahemikus. Perikardis avastati kuni

1 sm pikkune haav, kust voolas verd pleuraõõnde. Pärast perikardi lahtilõikamist ja tema õõne puhastamist verest leiti kuni 0,6 sm pikkune südame paremat koda läbiv haav. Nimetatud haav õmmeldi kolme siidõmblusega kinni. Perikardile tehti harvad õmblused. Rinnaõõs dreneeriti. Operatsioonihaav õmmeldi umbselt kinni. Operatsiooni ajal kanti üle 1,5 liitrit verd. Haige tervistus.

Olgu mainitud, et paljudel juhtudel on südamevigastuse diagnoosimine tunduvalt raskendatud. Tavaliselt puuduvad kõik klassikalised südamehaavale omased sümptoomid või nad on muude kliiniliste nähtudega varjutatud.

Juht 2. Meeshaige S., 21 aastat vana (haiguslugu nr. 1352), saabus kirurgiaosakonda 26. novembril 1954. a. torkehaavaga (naaskel) 4. roietevahemikus parasternaaljoonest vasakul. Kannatadasaanu toimetati osakonda 35 minutit pärast haavamist. Saabumisel kaebas haige väheste valude üle haava piirkonnas. Haige aktiivne. Nägu kergelt kahvatu. Südametoonid selged, -piirid normis. Röntgenoloogiliselt: kopsuväljad läbipaistvad, südame pulsatsioon selgesti nähtav. Arteriaalne rõhk 125/70 mm. Pulss 80 lööki minutis, hea täitumusega. Hingeldust pole. Veenid kaelal ei ole paisunud. Verejooks haavast puudub.

Kui esialgsest läbivaatusest oli möödunud kaks ja pool tundi, hakkas haige kaebama rusuva enesetunde ja vaevuste üle südames. Ta muutus rahutuks. Nägu kahvatu, külma higiga kaetud. Tekkis hingeldus. Veenid kaelal paisusid. Pulss 120 lööki minutis. Arteriaalne rõhk langes kuni 90/60 mm. Südametoonid muutusid tuhmiks. Koputlemisel: südametumestus suurenenud. Diagnoos: südamehaav. Haiget opereeriti otsekohe (V. Solovjov). Sooritati vasakpoolne torakotoomia viiendas roietevahemikus. Perikardiõõs verega täitunud. Läbi torkeava perikardis valgub veri pleuraõõnde. Pärast perikardi avamist ja selle õõne tühjendamist verest leiti vasakul vatsakesel kolm 0,1 kuni 0,2 sm pikkust torkehaava, mis asetsesid üksteisest 0,3—0,5 sm kaugusel. Vatsakeste haavadest eritus mõõdukalt verd. Haavad õmmeldi siidiga kinni. Pleuraõõnde paigutati dreen. Operatsioonihaav õmmeldi kinni. Operatsiooni ajal kanti üle 1000 ml verd. Haige tervistus.

Juht 3. Meeshaige A., 28 aastat vana (haiguslugu nr. 1011), saabus kirurgiaosakonda 5. veebruaril 1958. a. väga raskes seisundis arvukatest väikestest kildudest põhjustatud haavadega kõhul ja rindkere vasakul poolel. Haige oli rahutu, hirmunud ja palus abi. Nahk kahvatu, küüned tsüanootilised. Pulss 150 lööki minutis, nõrga täitumusega. Arteriaalne rõhk 80/40 mm. Südametoonid tuhmid, -piirid pole selgesti määratavad. Rindkerel vasakul ja taga lühenenud koputlusköla. Hingamine nõrgenenud. Keel kuiv. Kõht komplemisel, eriti ülaosas, järsult pingul ja valulik, Štšetkini sümptoom positiivne. Vasaku pleuraõõne punkteerimisel saadi 500 ml värsket verd.

Diagnoos: arvukad väikesed läbistavad haavad kõhul ja rindkerel. Haiget opereeriti viivitamatult (V. Solovjov). Eeter-hapniku intubatsiooninarkoosi all tehti laparotoomia. Kõhuõõnes kuni 800 ml maosisaldisega segatud tumedat verd.

Mao eesmises seinas leiti 0,5×0,5 sm suurune ja kardiaalosas 1×1 sm mõõtmetega haav. Diafragma vasaku kupli seinal sedastati komplemisel 0,5×0,5 sm suurune haav, millest ulatus välja metallikild, mis sünkroonselt liikus koos südamelöökidega. Oletati südamehaava. Maohaavad õmmeldi kinni. Kõhuõõs kuivatati, töödeldi antibiootikumidega ja õmmeldi kinni. Rindkere vasakul pool viiendas roietevahemikus sooritati torakotoomia. Rindkeres ligi 200 ml verd. Perikardi õõnes veri. Pärast perikardi avamist leiti südametipu piirkonnas 2×0,3 sm suurune metallist võõrkeha, mis ühe otsaga oli tunginud südamelihasesse ja teisega diafragmasse. Võõrkeha eemaldati. Haav südame tipus õmmeldi siidiga kinni. Perikardile tehti harvad õmblused. Kopsu alumises sagaras leiti teine haav mõõtmetega 2×1 sm. Kopsuhaav õmmeldi kätgutiga kinni. Operatsiooni ajal kanti üle veeni ja arterisse 1800 ml verd. Operatsioonijärgne periood möödus väga raskesti ja tüsistus mädase pleuriidiga. Haige tervistus kahe ja poole kuu pärast.

Kuigi sellel haigel esinesid südame haavamise klassikalisse triaadi kuuluvad sümptoomid, olid need muude raskete haigusnähtudega varjutatud, mis ei võimaldanud meil südamehaava enne operatsiooni diagnoosida. Sellest tulenes ka ebaõige kirurgiline taktika. Operatsiooni ei alustatud mitte rindkere-, vaid kõhuõõneelundite kontrollimisest, mis endastmõistetavalt võis ähvardada haiget surmaga operatsioonilaual.

Eriti raskesti diagnoositavad on südamevigastused, mis tekivad rindkere kinnise vigastuse korral. Ühel juhul oli sel puhul tegemist terve südamelihase traumaatilise rebendiga.

Juht 4. Meeshaige R., 25 aastat vana (haiguslugu nr. 2363), saabus kirurgiaosakonda 17. veebruaril 1960. aastal terminaalses seisundis. Haige seisund muutus

raskeks kohe pärast rindkere kinnist vigastust. Patsient oli teadvuseta, rahutu; esines näo ja küünte tsüanoos. Veenid kaelal paisunud, pulss kodarluuarteril vaevalt tajutav. Arteriaalne rõhk 50/0 mm. Nahk vigastusteta. Luumurde ei leitud. Kõht pehme. Mõlemas kopsus vesikulaarne hingamiskahin. Südametoonid pole kuuldavad (südamepiire ei määratud). Asuti võitlema terminaalse seisundiga. Peatselt saabus kliiniline surm. Võitluses kliinilise surmaga tehti südame masseerimiseks neljandas roietevahemikus vasakpoolne torakotoomia. Sealjuures leiti perikardiõõnes üle 500 ml verd ning lisaks sellele kuni 1,5 sm pikkune parema südamekoja rebend. Südamehaav õmmeldi siidiga kinni. Rakendatud abinõudele vaatamata haige suri. Lahkamisel peale siidiga kinniõmmeldud haava paremal kojal muud patoloogiat ei leitud. Südamelihas oli histoloogiliselt normaalne.

Südamehaavade puhul tehtud operatsioonide hilistulemused on enamikul kannatadasaanuist head. Töövõime taastub täielikult neil haigeil, kellel ei esine südame vaheseina või klappide vigastusi. Nende olemasolul sureb suur osa vigastatuist pärast operatsiooni vereringehäirete tõttu.

Juht 5. Meeshaige S., 30 aastat vana (haiguslugu nr. 11794), saabus kirurgiaosakonda 13. juulil 1952. a. terminaalses seisundis. Kolmanda roietevahemiku piirkonnas vasakul oli kuni 3 sm pikkune lõikehaav. Diagnoos: südamehaav. Haiget opereeriti kiiresti (P. Abramjants). Leiti vasaku vatsakese haav ja see õmmeldi kinni. Operatsioonijärgne kulg oli raske. Haige kirjutati koju 64. päeval pärast operatsiooni traumaatilise südamerikkega. Edasiselt viibis ta viiel korral ravil sisehaiguste osakonnas südame dekompensatsiooninähtudega. Patsient suri poolteist aastat pärast operatsiooni. Patoloogilis-anatoomilisel uurimisel leiti mitraalklapi kõõlusniitide traumaatiline rebend ja kõik muutused südames ning teistes elundites, mis on seotud mitraalpuudulikkusega.

Järeldused

1. Südamehaava diagnoosimine ei ole klassikalise triaadi (haav südame kohal, verejooks, südame tamponaadi sümptoomid) puhul raske. Klassikaliste sümptoomide puudumisel on õiget diagnoosi määrata enamikul juhtudest väga raske. Seejuures tuleb arvesse võtta südamehaavale viitavaid kaudseid tundemärke, haige kaebusi ja tema käitumise iseärasusi.
2. Südame haavamise puhul sõltub kannatadasaanu elu hästi organiseeritud meditsiinilisest kiirabist ja vältimatust operatsioonist koos samaaegse vereülekandega. Kui oletatakse südamehaava, on näidustatud diagnostiline torakotoomia.

К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАНЕНИЙ СЕРДЦА

В. Соловьёв и А. Уйбо

Резюме

За период с 1952 по 1963 годы мы наблюдали 8 больных с ранением сердца. 5 больных после операции выздоровели и были выписаны домой, двое умерли во время операции и один больной умер на пятый день после операции от сердечной недостаточности. Анализируя наши наблюдения, мы пришли к следующим выводам:

Диагностика ранений сердца при наличии классической триады (рана в проекции сердца, кровотечение, симптомы тампонады сердца) нетрудна. При отсутствии классических симптомов поставить правильный диагноз в большинстве случаев бывает весьма трудно. В этих случаях необходимо учитывать косвенные признаки ранения сердца, жалобы больного и характер его поведения.

При ранении сердца жизнь пострадавшего в основном зависит от хорошо организованной скорой медицинской помощи и неотложного хирургического вмешательства с одновременным переливанием крови.

При подозрении на ранение сердца показана диагностическая торакотомия.

JÄSEMETE LUUMURDUDE RAVIMEETODITE VALIKUST

B. ÄNILINE

Eesti NSV teenelîne arst
(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Jäsemete luumurdude puhul rakendatakse tänapäeval nii konservatiivset (kipsmähis, venitus, ravivõimlemine) kui ka kirurgilist (verine repositsioon, luukildude eemaldamine, osteosüntees, osteoplastika) ravi. Näidustused vastavate raviviiside kasutusele võtmiseks olenevad haige üldseisundist ja east, murru lokaliseerumisest ning laadist. Sageli tuleb luumurdude ravimisel rakendada kombinatsioone, mis üksteist vastastikku täiendavad. Kombineeritud ravi peab toimuma otstarbekohase süsteemi kohaselt. Raviviiside süsteemitu vahetamine põhjustab sageli konsolidatsioonihäirete tekkimist.

Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonna haigetest moodustasid luumurdudega haiged 60%, neist 75,8% langes jäsemete luumurdude arvele.

Õlavarreluu murdudega viibis 10 aasta jooksul (1952.—1961. a.) ravil 636 haiget, neist õlavarreluu kaela murdudega 55%, diafüüsi murdudega 30% ja alumise epi-metafüüsi piirkonna murdudega 15%. Õlavarreluu kaela murdude puhul rakendati kõige sagedamini funktsionaalset ravi ravivõimlemise näol (Drevingi järgi). Suure dislokatsiooniga, peamiselt abduktsioonimurdudega haigetele tehti akuutne paigaldamine koos fikseeriva kipslongetiga 3 nädalaks, millele järgnes funktsionaalne ravi. Skeletivenitust rakendati üksikutel adduktsioonimurru juhtudel.

Ebarahuldava repositsiooni korral (17 juhul), samuti luksatsioonimurdude puhul (5 juhul), oli näidustatud kirurgiline ravi. 18 haigel sooritati osteosüntees Bogdanovi naelaga, mis viidi luuüdikanalisse suure kõbrukese piirkonnast. 3 lapsel tehti verine paigaldamine. Ühel killulise luksatsioonimurruga haigel eemaldati purustatud õlavarreluupähik ja saavutati sellega rahuldav funktsionaalne hilistulemus. Tüsistustest tekkisid 1 juhul naela migratsioon ja 2 juhul sekundaarne mõõdukas dislokatsioon. Ebarahuldavaid tulemusi selliste meetodite rakendamisel õlavarreluu kaela murdude ravis ei täheldatud.

Diafüüsi murdude puhul kasutati põhiliselt skeletivenitust. Selleks viidi Kirschneri traat läbi küünarluu (küünarnuki piirkonnas õlavarreluu kesktelje pikenduse ristumiskohal) 4—6 nädalaks ja asetati ülajäse lahasele 45—60°-lises abduktsiooniseisus. Mitteküllaldase kokkukasvamise korral pikendati immobiliseerimise aega torakobrahhiaalselt paigutatud kipsiga kuuks ajaks. Kirurgilist ravi (osteosünteesi) rakendati lahtiste murdudega (6 korral) ja närvivigastusega haigeil (9 juhul) ning juhtudel, kui 1—2 nädala jooksul ei suudetud venitusega head paigaldamist tagada (tavaliselt ristmurdude ja interpositsiooniga juhtudel, 15 haigel).

Ristmurdude osteosünteesil kasutati fiksaatorina Bogdanovi naela, mis viidi luuüdikanalisse alt ülesse ülalpool *fossa olecrani*'st. Spiraalmurrud fikseeriti traatlinguga. Kipsfiksatsioon kestis pärast osteosünteesi 2 kuud.

Alumise epi-metafüüsi piirkonna murrud (supra-, diakondülaarsed, kondüluste, epikondüluste murrud) esinesid peamiselt lastel. Supra-, diakondülaarsed murrud paigaldati akuutselt, tavaliselt narkoosi all. Pärast murruotste paigaldamist fikseeriti ülajäse kipslongetiga (ekstensioonimurrud 80—90° nurga all, fleksioonimurrud nürinurga all). Kontraktuuride vältimiseks alustati funktsionaalset ravi varakult: lastel 10.—14. päeval, täiskasvanuil 3 nädala pärast. Üksikute killuliste ja Y-kujuliste murdude puhul oli näidustatud skeletivenitus. Kui kahekordse paigaldamiskatse järel ei saavutatud rahuldavat fragmentide seisu, siis

rakendati esimeste päevade jooksul kirurgilist ravi (15 juhul), kusjuures osteosüntees sooritati lühikese Kirschneri traadiga (13 juhul). Mõnikord piirduti verise paigaldamisega.

Dislokatsiooniga kondüluste ja epikondüluste murdude puhul on näidustatud kirurgiline ravi (13 juhtu). Fragmente fikseeriti kas Kirschneri traadiga või lühikese naelaga. 3 korral eemaldati epikondülus, mis fikseeriti lihaste kinnituskoha periostile. Ka pärast operatsiooni alustati varakult funktsionaalset ravi (nagu konservatiivsete ravimeetodite puhul). Alumise epi-metafüüsi piirkonna murdude tüsistusena tekkis 4 juhul küünarliigese kontraktuur, mis ei likvideerunud ka pärast pikaajalist funktsionaalset ja füsioterapeutilist ravi. Neist ühel juhul oli tegemist ossifitseeruva müosiidiga. Kirurgiliselt raviti õlavarreluu murde 12,6, õlavarreluu kaela murde 6,3, diafüüsimurde 15,7 ja alumise epimetafüüsi murde 29,4%-l juhtudest.

K ü ü n a r v a r r e l u u d e murruga haigeid viibis ravil 375, kusjuures põhilise osa moodustasid diafüüsi murrud. Ülemise epi-metafüüsi piirkonna murdudega haigeid (küünarnuki, kodarluu pähiku ja kaela murdudega) hospitaliseeriti ainult murruotste nihkumise korral, sest nende murdude paigaldamine oli võimalik ainult operatsiooni teel. *Olecranon*'i murdude puhul sooritati 23 osteosünteesi. Fragmendid fikseeriti transossaalse kaproonõmblusega. Operatsioonijärgne immobilisatsioon kipslongetiga sirutusasendis 160—170°-lise nurga all kestis 3 nädalat, millele järgnes ravivõimlemine. 1 juhul killuline fragment eemaldati ja õlavarre kolmpealihase kõõlus õmmeldi küünarluule. Kodarluukaela murdude puhul tehti pähiku verine paigaldamine 3 juhul, killuliste pähikumurdude korral eemaldati lahtised killud ja alustati ravivõimlemisega juba varakult.

Kodarluu ja küünarvarre diafüüsi murdude ravi oli põhiliselt konservatiivne ja seisnes akuutses paigaldamises. Leidis aset väline fiksatsioon kahe kipslongetiga, mis turse alanemisel muudeti tsirkulaarseks kipsmähiseks. Mõlema luu murru puhul eemaldati kipsmähis 8—10 nädala pärast. Kui paigaldamine ebaõnnestus (23 juhul), rakendati osteosünteesi peamiselt intramedullaarse Bogdanovi naelaga, kusjuures kasutati veel täiendavalt kipsfiksatsiooni 6—8 nädala jooksul. Paaril korral kasutati murruotste fikseerimiseks intramedullaarset Kirschneri traati, mis aga ei taganud fragmentide küllaldast fikseerimist: ühel juhul tuli isegi teistkordselt opereerida aeglase konsolidatsiooni tõttu.

Diafüüsi lahtiste murdude puhul sooritati osteosüntees 11 juhul, neist 8 haava esmase korrastuse ajal ja 3 juhul hilisemas staadiumis. Lastel tehti 4 juhul verine paigaldamine siis, kui akuutne paigaldamine jäi tulemusteta.

R e i e l u u murdudega viibis 11 aasta jooksul (1952.—1962. a.) ravil 802 haiget, neist diafüüsi murdudega 45% ja epi-metafüüsi piirkonna murdudega 55%; viimastest üle poole moodustasid reieluukaela mediaalsed murrud. Nende ravi valikmeetodiks oli kinnine osteosüntees kolmetahulise naelaga. Et reieluukaela murdudega haiged kuulusid vanemasse eluikka, siis esines neil sageli raskeid kaasuvaid haigusi, nagu kardiovaskulaarne puudulikkus, ajuveresoonte lupjumine, raukusnõtrus, halvatused jne., mis olid vastunäidustuseks kirurgilisele ravile. Haige vastuvõtul tehti tavaliselt skeletivenitus umbes üheks nädalaks, mille jooksul täpsustati näidustused operatsiooniks. Venitus oli ühtlasi operatsioonieelseks ettevalmistuseks ning kergendas murru paigaldamist järgneval operatsioonil. 231-st reieluukaela mediaalse murruga haigest opereeriti 168 (72,7%).

Reieluukaela lateraalsete murdudega haigeid raviti peamiselt konservatiivselt skeletivenitusega 6—8 nädala jooksul, mille järel jätkati funktsionaalset ravi Brauni šiinil. Ainult üksikutel juhtudel (7 haiget,

s. o. 3,9%) rakendati osteosünteesi ulatuslike murdude puhul, mis ei allunud venitusele. Väga raske üldseisundiga haigete korral, mis oli põhjustatud kaasuvatest haigustest, piirduti funktsionaalse raviga. Sealjuures püüti vältida jäseme asendi muutust liivakottide abil ja samal ajal raviti kaasuvat haigust (kopsupõletik, kardiovaskulaarne puudulikkus).

Reieluu diafüüsi murdudega haigete hulgas oli palju lapsi (36,5%), kusjuures poisslapsi oli üle 2 korra rohkem kui tütarlapsi. Kuni 5 a. vanustel lastel rakendati peamiselt vertikaalset plaastervenitust 3—4 nädala jooksul järgneva funktsionaalse raviga. Akuutne paigaldamine koos kipsmähisega ei andnud häid tulemusi; see õnnestus vaid 3 juhul 10-st, mille tõttu loobuti nimetatud meetodist ja mindi üle venitusravile. Kipsmähist kasutati dislokatsioonita murdude puhul. 6—15 aasta vanuseid raviti kombineeritud meetodil: skeletivenitus järgneva kipsmähisega. Kirurgilist ravi rakendati erandjuhtudel üle 5 aasta vanustel lastel. Sellistel juhtudel takistas repositsiooni interpositsioon või siis tugev dislokatsioon reieluu ülemises kolmandikus, mis ei allunud venitusravile. Osteosüntees sooritati 13 juhul (kirurgilise ravi erikaal 9,7%).

Täiskasvanuil olid peamiseks ravimeetodiks skeletivenitus kuni 6 nädala kestel ühes järgneva kipsmähisega (6—8 nädalat) ja kirurgiline ravi. Et ristmurdude reponeerimine on raskustega seotud, hakati sagedamini rakendama osteosünteesi intramedullaarse naelaga (ЦИТО, Dubrovi nael). 361 diafüüsimurruga haigest opereeriti 114 (31,5%), neist värskete kinniste murdude puhul 77, lahtiste puhul 17 ja konsolideerimata murdude puhul 20 haiget. Ravi alustati kõikide värskete kinniste murdude korral skeletivenitusega. Kui 1—2 nädala jooksul ei saavutatud fragmentide head adaptsiooni, tehti osteosüntees. Lahtiste murdudega haigeil sooritati esmane osteosüntees haava korrastamise ajal.

Intramedullaarne osteosüntees võimaldas jäseme talitluse kiiremini taastada ja ühtlasi lühendas statsionaarsel ravil viibimise aega. Kui 1953. a., mil osteosünteesi rakendati vaid üksikutel juhtudel, oli keskmine voodipäevade arv reieluumurdudega haigetel 66,7 päeva, siis 1963. a. viibiti nimetatud juhtudel haiglas keskmiselt 46,2 päeva.

Operatsioonijärgsetest tüsistustest tekkis naela kõverdumisi ja paindumisi 11 juhul, põletikulisi protsesse 4 juhul, emboolia 2 juhul; 3 lahtise murruga haigel tehti aeglase konsolidatsiooni tõttu korduv operatsioon (osteoplastika).

Sääreluude murdudega haigeid oli ravil 1425, neist diafüüsi murdudega 65%, malleolaarsetega 30%, ülemise epi-metafüüsi piirkonna murdudega 5%. Sääreluu diafüüsi kinniste põiki- ja spiraalmurdude põhiliseks raviks määrati skeletivenitus (3—4 nädalat) järgneva kipsmähisega (8—10 nädalat). Ristmurrud, mis moodustasid ligi 15% kõikidest murdudest, paigaldati akuutselt ja fikseeriti kipsmähisega. Selliste meetoditega saavutati valdaval enamikul juhtudest rahuldav repositsioon, välja arvatud 24 juhtu (3,3%), mille puhul tuli rakendada kirurgilist ravi. Seda peamiselt ristmurdudel keskmises kolmandikus ja spiraalmurdudel alumises kolmandikus. Kirurgilistest meetodeist kasutati intramedullaarset osteosünteesi ЦИТО-naelaga. Spiraalmurdude fragmendid fikseeriti traatlinguga, põikmurdude üksikutel juhtudel Lane'i plaadiga.

Lahtiste murdude ravis rakendati sagedamini osteosünteesi, mille osatähtsus viimastel aastatel tõusis 31%-ni. Kokku teostati 10 aasta jooksul 34 osteosünteesi. Tüsistusi tekkis kõige sagedamini lahtiste murdude puhul osteomüeliidi ja aeglase konsolidatsiooni näol. Viimastest juhtudest 5 korral opereeriti haiget teistkordselt.

Malleolaarsed murrud paigaldati akuutselt haige vastuvõtul haiglasse. Subluksatsiooni täielikuks likvideerimiseks tuli vajaduse korral seda teha samal päeval teistkordselt. Murru fikseerimiseks kasutati kahte

kipslongetti — U-kujulist ja tagumist. Kui turse 7—10 päeva pärast alanes, siis muudeti kipsmähis tsirkulaarseks, mis bimalleolaarse murru puhul eemaldati 8 nädala pärast. Kui esines ühtlasi ka sääreluu tagumise serva murd, siis eemaldati kipsmähis 10 nädala möödumisel.

Mediaalse malleoluse murru osteosünteesi tehti 66 juhul, kui ei saadud murdu täielikult paigaldada ja subluksatsiooni likvideerida kas interpositsiooni või malleoluse rotatsiooni tagajärjel. Fragmendid fikseeriti kas kahe Kirschneri traadiga, kruviga või lühikese naelaga. Viimastel aastatel oleme malleoluste paigaldamisse rangemalt suhtunud, mille tõttu on hakatud kirurgilist ravi sagedamini rakendama, isegi kuni 25% ulatuses.

Ülemise epi-metafüüsi piirkonna murdude ravi (sääreluu kondüluste, *eminentia intercondyloidea* murrud) oli konservatiivne: kas akuutne paigaldamine ühes kipsmähisega või harvemini venitusravi pikisuunas koos külgvenitusega. 3 juhul sooritati sääreluu kondüluste osteosüntees.

Pikkade toruluude ebaliigese ja aeglustunud konsolidatsiooniga murdude ravi oli kirurgiline, mida rakendati 55 haigel. Operatsioonimeetodeist kasutati metallosteosünteesi koos luuplastikaga niudeluuharjast võetud autotransplantaadiga ja osteoplastikat.

Kokkuvõte

Jäsemete luumurdude ravimeetodite valikul tuleb esmajärjekorras arvestada konservatiivseid meetodeid. Kirurgilist ravi peab rakendama teatavatel näidustustel siis, kui konservatiivsed meetodid ei anna häid tulemusi.

Jäsemete pikkade toruluude murdude puhul opereerisime haigeid järgmiselt.

Murru lokalisatsioon	Haigete arv	Ravitud konservatiivselt	Opereeritud haigete arv	Kirurgilise ravi osatähtsus %
Õlavarreluu	636	556	80	12,6
Küünarvarreluu	375	308	67	17,8
Reieluu	802	512	290	36.2
Sääreluud	1425	1275	150	10,5
Kokku	3238	2651	587	18,1

Nagu tabelist nähtub, rakendati valdaval enamikul juhtudest (81,9%) konservatiivseid meetodeid. Kirurgilise ravi osatähtsus moodustas keskmiselt ainult 18,1%.

О ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б. Энилине

Резюме

Показания к применению соответствующего консервативного или оперативного метода лечения при переломах костей конечностей зависят от общего состояния и возраста больного, от локализации и характера перелома.

Приводятся данные о лечении 3238 больных с переломами длинных трубчатых костей в травматологическом отделении Таллинской республиканской больницы с указанием методов лечения и сроков иммобилизации по отдельным видам переломов.

Основными методами лечения являлись консервативные (гипсовая повязка, вытяжение, лечебная гимнастика), которые применялись в 81,9% случаев. Оперативному лечению (открытая репозиция, удаление отломков, остеосинтез, костная пластика) подверглось в среднем 18,1% больных, причем удельный вес оперативного лечения при переломах плечевой кости был 12,6%, при переломах костей предплечья 17,8%, бедренной кости 36,2%, костей голени 10,5%.

PLASMAT ASENDAVA ŽELATINOOLILAHUSE RAVIEFEKTIIVSUSEST

Arstiteaduse kandidaat *A. KLEMENT*
(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*)

Viimastel aastatel on kirurgias hakatud laialdaselt kasutama mitmesuguseid väga efektiivseid plasmat asendavaid lahuseid.

Üksikasjalikumalt peatumata mainitud küsimust käsitlevatel ulatuslikel kirjanduse andmetel märgime ainult, et L. Bogomolova ja T. Znamenskaja töötasid Leningradi Vereülekande Teadusliku Uurimise Instituudis 1960. a. esimestena välja uue, plasmat asendava kolloidlahuse — želatinooli — saamise metoodika želatiinist.

Veel hiljuti oldi arvamusel, et želatiin on trüptofaani ja tsüstiini puudumise tõttu tüüpiline mittetäisväärtuslik valk. Tegelikult aga selgus, et organismi viiduna ei ole želatiin indiferentne aine ja ta võtab teataval määral osa ainevahetusest. Kuigi siiani pole veel täielikult selge, mis želatiiniga organismis õieti toimub (takistuseks on raskused markeeritud želatiini saamisel), on siiski juba kindlaks tehtud, et osa želatiini, nimelt tema madala molekulaarsusega fraktsioon, väljub organismist neerude kaudu, ülejäänu aga lõhustub ja leiab kasutamist organismi poolt.

Plasmat asendavat želatiini kolloidlahust — želatinooli — saadakse söögiželatiini astmelise soojusliku töötlemise teel merivaikhappeanhüdriidi ja keedusoola lisamisel. Elektroforeetiline lahus kujutab endast globuliinide piirialal paiknevat ühekomponentset homogeenset valku, mille erikaal on 1,035, kolloid-osmootne rõhk 200—240, keskmine molekulaarkaal 20 000, sulamistemperatuur 0 kuni 3° C, pH 6,8—7,2, üldlämmastikku 1,3—1,5%, jääklämmastikku 1,1—1,3%, albumiine 0,14% ja keedusoola 0,9%.

T. Znamenskaja poolt koertega tehtud katsed želatiinilahuse omastatavuse uurimiseks näitasid, et isegi pikemaajalisel želatiinipreparaatide manustamisel esinesid kõikidel loomadel positiivne lämmastiku tasakaal ja kusiaine- ning ammoniaagisisalduse tunduv tõus uriinis. Samuti tehti kindlaks, et želatinool ei ole toksiline ega põhjusta anafülaktogeenseid ja pürogeenseid reaktsioone. Preparaat ei pidurda vere morfoloogilise koostise regeneratsiooni, hoiab arteriaalse rõhu püsival tasemel, ei põhjusta vere hüübimise häireid ega suurenda veresoonte läbilaskvust.

Želatinooli leiutajate ettepanekul hakkasime mainitud preparaati kliiniliselt katsetama. Tartu Linna Kliinilise Haigla kirurgiaosakonnas hakati želatinooli kasutama 1961. a. novembrist alates peamiselt traumaja operatsioonišoki raviks. Mõnedel juhtudel manustati lahust suurte ja traumeerivate operatsioonide puhul šoki profülaktikaks. Operatsioonijärgsel perioodil tarvitati želatinooli võitluseks šoki retsidiiviga.

Vigastuste, haiguste ja operatsioonide laad, mille puhul me lahust rakendasime, on esitatud tabelis.

Üldse tehti 20 haigele 31 niristust. Lahus viidi veeni juga- või tilkmeetodil 250—500 ml korraga. Sealjuures tehti kindlaks, et vajaliku efekti saamiseks tuleb želatinoolilahust kõigepealt manustada jugameetodil, seejärel kohe pärast arteriaalse vererõhu stabiliseerumist minnakse üle tilkniristusele (60—80 tilka minutis). Kui sellest tingimusest kinni ei peeta ja ülekannet tehakse ainult tilkmeetodil, siis eriti raske šokiseisundi või arteriaalse rõhu ootamatu langemise puhul võib vajalik efekt — arteriaalse rõhu kiire stabiliseerumine — ka saavutamata jääda. Üheteistkümnele haigele tehti lahuse korduvaid ülekandeid, mis ei põhjustanud mingeid negatiivseid reaktsioone organismis.

Šoki- ja verekaotusega haigete hemodünaamika uurimine näitas, et

želatinool tõstab arteriaalset vererõhku ning hoiab seda püsival tasemel. Öeldu illustreerimiseks esitame järgmise haigusloo.

Meeshaige N., 58 aastat vana (haiguslugu nr. 951). Opereeriti 15. märtsil 1962 maovähi puhul. Operatsiooni ajal tehti mitte ainult totaalne maoresektsioon koos ristikäärsoole resetseerimisega, vaid eemaldati ka põrn, tühisool ning resetseeriti kõhunäärme-pea. Operatsioon oli tehniliselt raske ja haiget traumeeriv ning kestis 8 tundi.

Lähteandmed: pulss 70 lööki minutis, rütmiline, rahuldava täitumuse ja pingega. Arteriaalne vererõhk 130/70 mm, tõusis narkoosi algul 150/100 mm. Pulss 90. Narkoosi süvenemisel langes arteriaalne rõhk 110/80 mm. Pulss jäi rütmiliseks, rahuldava täitumusega — 110 lööki minutis. Haigele niristati veeni konservverd koos 5%-lise glükoosilahusega. Kui operatsiooni algusest oli möödunud kolm tundi, ei olnud pulsilööke võimalik määrata, arteriaalne rõhk kadus. Pärast jugameetodil sooritatud vereülekannet ja strofantiini süstimist tekkis haigel nõrk pulss — 120 lööki minutis ning muutus määratavaks arteriaalne rõhk — 90/35 mm. Kuid 40 minuti pärast kadusid pulss ja arteriaalne rõhk jällegi. Efedriini süstimine ja vereülekande kordamine jugameetodil ei andnud vajalikku efekti. Alustati želatinooli (250 ml) jugainfusiooniga. Vererõhk tõusis kiiresti 110/80 mm, pulss muutus rütmiliseks, oli rahuldava täitumuse ja pingega — 100 lööki minutis. Kuid kahe tunni pärast muutus arteriaalne rõhk uuesti ebapüsivaks (80/60—90/70 mm), muutusid pulsi rütm ja täitumus. Tehti korduv želatinooliinfusioon (jugameetodil). Arteriaalne rõhk ja pulss muutusid kiiresti stabiilseks. Arteriaalne rõhk 110/70 mm, pulss 100 lööki minutis püsisid sellel tasemel kuni operatsiooni lõpuni ilma šokivastaste vahendite rakendamiseta või vereülekande tegemiseta. See võimaldas keeruka ja väga traumeeriva operatsiooni edukalt lõpetada.

Operatsioonijärgsel perioodil mõõdeti haigel arteriaalset rõhku 7 päeva jooksul, kusjuures ei täheldatud kordagi selle langust. Tuleb märkida, et kõikidel želatinooli saanud haigetel leidus kahel esimesel päeval pärast lahuse manustamist uriinis valku (intensiivsest opalestsentsist kuni minimaalseni). Kõikidel juhtudel kadus valk kolmandaks päevaks, mis tõendab, et selleks ajaks olid želatiini madala molekulaarsusega fraktsioonid organismist täielikult eritunud.

Lahuse manustamisel ei esinenud nii vere morfoloogilises koostises kui ka hüübimises mingeid muutusi.

Tabel

Operatsiocni nimetus	Haigete arv
Mao resektsioon	10
Põrna eemaldamine	2
Sapipõie eemaldamine	1
Kilpnäärme resektsioon	1
Raske trauma (rindkere avamisega südame masseerimiseks)	3
Laparotoomia (rindkere avamisega südame masseerimiseks)	2
Reieluukaela metall-osteosüntees	1
	Kokku 20 haiget

Saadud andmete põhjal võib teha järgmised järeldused:

1. Uus, plasmat asendav želatiinist saadav lahus — želatinool — on väga efektiivne vahend operatsiooni- ja traumašoki ravimisel ning nende profülaktikas.

2. Juga- ja seejärel tilkmeetodil veeni viidav želatinool (annuses 250—500 ml) stabiliseerib arteriaalse rõhu kiiresti ja hoiab selle püsival tasemel.

3. Želatinool ei ole toksiline ning haiged taluvad seda hästi. Želatinooli võib kasutada šoki raviks kombinatsioonis vereülekannete ja muude šokivastaste vahenditega.

4. Saadud tulemused lubavad želatinooli soovitada laialdaseks kasutamiseks kirurgias.

KIRJANDUS

1. Богомолова Л. Г. Растворы желатины в кн. Плазмозамещающие растворы, под ред. Петрова И. Р., Филатова А. Н. М., 1958, 71—74. — 2. Богомолова Л. Г., Знаменская Т. В. В сб.: Вопросы гематологии, консервирования крови и ткани, 1961, 411—415. — 3. Гольдберг И. М. Теория и практика терапии раздражением. Воронеж, 1946. — 4. Brunschwig, A., Corbin, N., Joh-

son, C. D. Ann. Surg., 1943, 118, 1058. — 5. Brunschwig, A., Nichols, S. Surg., 1944, 16, 6, 923—927. — 6. Brunschwig, A., Nichols, S. and Bigelow, R. Surg. Gynecol. and Obstetr., 1946, 82, 25. — 7. Campbell, D. H. and oth. Texas Repts Biol. and Med., 1951, 235. — 8. Hogan, I. I. J. A. M. A., 1915, 64, 721—726. — 9. Rhode, G., Parkins, W., Vars, H. Amer. J. Phys., 1949, 159, 415.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕЩАЮЩЕГО ПЛАЗМУ РАСТВОРА ЖЕЛАТИНОЛЯ

А. Клемент

Резюме

Л. Богомолова и Т. Знаменская разработали в 1960 году в Ленинградском научно-исследовательском институте переливания крови методику получения из желатины нового, замещающего плазму коллоидного раствора — желатиноля.

Еще недавно полагали, что желатина вследствие отсутствия в ее составе триптофана и цистина является типичным неполноценным белком. Выяснилось, что в действительности, введенная в организм желатина не является индифферентным веществом и принимает даже некоторое участие в обмене веществ. Хотя еще не совсем ясно, что происходит в организме с желатиной (из-за трудности получения меченной желатины), всёже установлено, что часть желатины, а именно ее низкомолекулярная фракция выделяется из организма через почки, остальная часть желатины подвергается расщеплению и используется организмом. Опыты на животных показали, что желатина не токсична и не вызывает анафилактических и пирогенных реакций. Препарат поддерживает артериальное давление на постоянном уровне, не вызывает нарушений свертываемости крови и не увеличивает проницаемости кровеносных сосудов.

В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы с ноября месяца 1961 г. стали применять желатиноль главным образом при лечении травм и операционного шока. В некоторых случаях раствор применяли для профилактики шока при сложных и травмирующих операциях. В послеоперационный период желатиноль использовали для борьбы с рецидивами шока. Вообще 20 больным была проведена 31 инстилляция. Раствор вводили в вену струевым или капельным методом по 250—500 мл. При этом выяснилось, что для получения желаемого эффекта раствор желатиноля сначала вводить струевым методом, а после стабилизации артериального давления переходить на капельное введение (60—80 капель в минуту). Если делают только капельное переливание, то при тяжелом шоковом состоянии или внезапном понижении артериального давления можно и не достичь требуемого результата быстрой стабилизации артериального давления.

Желатиноль в количестве 250—500 мл, вводимый в вену сначала струевым, а затем капельным методом, быстро стабилизирует артериальное давление и поддерживает его на постоянном уровне. Желатиноль не токсичен и хорошо переносится больными.

KARBAMIIDI *(urea pura)* KASUTAMINE AJUTURSE VÄLTIMISEL JA RAVIMISEL

A. KAASIK

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Võitlus ajutursega on olnud pidevalt üks olulisemaid neurokirurgia probleeme. Raskete ajukoljutraumade, ajukasvajate, samuti ka hemorraagiate korral võib turse ja pundumine haigetele sageli saatuslikuks kujuneda. Operatsiooni ajal arenev turse raskendab tunduvalt juurdepääsu sügavatele koljusisestele piirkondadele, eriti koljupõhimikule. Seetõttu otsiti juba käesoleva sajandi algul meetodeid koljusisese rõhu alandamiseks ja võeti kasutusele nn. dehüdreeriv ravi hüpertooniliste lahuste näol.

1773. aastal Rouelle'i poolt avastatud ja 1828. aastal Wöhleri poolt esimese orgaanilise ainena sünteesitud karbamiidi (CON_2H_4 ehk *urea pura* ehk kusiaine) tunti juba suhteliselt ammu koljusisest rõhku alandava vahendina. Nii tegid F. Fremount-Smith ja H. Forbes (6) 1927. a. kindlaks, et 50%-lise karbamiidilahuse süstimine veeni vähendab märksa kolju- ja silmasisest rõhku katseloomadel. 1950. aastal leidsid L. Smuthe

ja G. Smuthe ning P. Settlage (15) ahvidega tehtud katsete põhjal, et 50%-lise karbamiidilahuse infusiooniga saavutatakse märksa suurem liikvorirõhu langus kui teiste seni tuntud vahenditega. Seejärel kasutasid M. Javid ja P. Settlage (8) karbamiidi esimest korda 1954. aastal neurokirurgiliste haigete ravimisel. 1958. a. kirjeldas juba 300 haige puhul saadud tulemusi M. Javid (9). Ta leidis, et karbamiid ületab toime efektiivsuselt kõik varem tarvitusel olnud vahendid. M. Javidi (11), J. Stubbsi ja L. Pennybackeri (16), T. Langfitti (12), S. Masoni, J. Raafi (13) jt. tööd andsid tõuke karbamiidilahuste kasutamiseks neurokirurgias. Ühtlasi töötasid nad välja kliinilised näidustused ja vastunäidustused selle väärtusliku aine rakendamiseks. Olgu mainitud, et Nõukogude Liidus võeti N. N. Burdenko nim. Neurokirurgia Instituudis karbamiid tarvitusele 1958. aastast alates. 1963. aasta algul kirjeldas 122 haige puhul saadud esialgseid tulemusi B. Jegorov kaasautoritega (1).

Juba oma esimeste haigete ravimisel viis M. Javid karbamiidi tilkinfusioonina veeni, millele üksikjuhtudel lisandus manustamine maosondi kaudu (8). Et karbamiidilahused ei talu kuumust, tekkis teatavaid raskusi lahuste steriliseerimisega. Esialgu kasutas M. Javid eetris pesemise teel steriliseeritud karbamiidikristalle, mida lahustas 5%-lises glükoosilahuses (8), sest L. Smuthe kaastöölistega (15) tõestas, et karbamiidi vesilahused põhjustavad hemolüüsi, glükoosilahused aga mitte. J. Stubbs ja L. Pennybacker (16) valmistasid 60%-lise vesilahuse, mille nad steriliseerisid filtreerimisega läbi bakteritefiltri. Vahetult enne infusiooni segasid nad karbamiidilahuse sama hulga 20%-lise sahharoosilahusega, saades 30%-lise karbamiidilahuse 10%-lises sahharoosilahuses. Seda peetakse praeguseni parimaks lahuseks karbamiidiinfusiooni puhul. On kindlaks tehtud, et sahharoosiga võrdse eduga võib kasutada ka glükoosi. Filtreerimisest paremaks steriliseerimise mooduseks on karbamiidikristallide ultraviolettkiiritus 30—50 sm kauguselt 10 minuti vältel. Selle meetodi töötas välja V. Salalõkin kaastöölistega (2). Kiiritamise teel saadud steriilsed kristallid lahustatakse kaalule vastavas hulgas 10%-lises sahharoosi- või glükoosilahuses. Välismaal on kõige enam levinud lüofiliseerimisega steriliseeritud patentpreparaadid (näit. Urevert ja Ureaphil). Koostöös Leningradi Vereülekande Instituudi ja Üleliidulise Keemiliste Reaktiivide Uurimise Instituudiga on välja töötatud ja tootmisel kodumaine lüofiliseeritud karbamiidipreparaat — uroglük, mis katsetamisel A. L. Polenovi nimelises Leningradi Neurokirurgia Instituudis andis häid tulemusi (3).

Karbamiidilahused valmistatakse vahetult enne infusiooni. Ka külmutuskapis ei soovitata valmislahuseid üle nädala hoida (16). Niristamise kiirus oleneb olukorrast. M. Javid (11) soovitab karbamiidiinfusiooni alustada operatsiooni käigus nahalõike tegemise ajal. Infusiooni kiirus on 20—40 tilka minutis, mida vajaduse korral suurendatakse 150 tilgani. M. Javidi järgi on soovitatav kolmveerand karbamiidihulgast süstida enne kõvakelme avamist. J. Stubbs ja L. Pennybacker (16) manustasid operatsiooni ajal, kui aju reduktsiooni oli tarvis kiiresti saavutada, kogu annuse 15—20 minuti jooksul, mille puhul mingeid komplikatsioone ei tekkinud.

Optimaalseteks annusteks ühe infusiooni puhul peavad kõik autorid 1,0—1,5 g karbamiidi kehakaalu kilogrammi kohta. Tingimata tuleb seejuures jälgida diureesi. Infusiooni võib 24 tunni möödumisel korrata ainult siis, kui hiljemalt 5—10 tundi pärast niristamist tekib diureesitõus. Kuigi karbamiidi andmine suu kaudu on suhteliselt vähem efektiivne, soovitab M. Javid (8, 9) seda moodust siiski mitmel juhul. Üldiselt kasutatakse 30%-list karbamiidi vesilahust, millele on lisatud 30% siirupit. Korraga antakse suu kaudu 20,0—30,0 karbamiidi , s. o. 100 ml lahust, kusjuures manustamine on efektiivsem sondi abil.

Karbamiidi toimel väheneb ajumass tunduvalt. Aju eemaldub kõvakelmest sedavõrd, et kraniotoomia korral jääb rohkem kui 2 sm suurune vahemik aju ja koljuluu vahele (16). Seetõttu hõlbustub juurdepääs koljupõhimikule tunduvalt. Ühteaegu ajumassi vähenemisega langeb liikvorirõhk. Viimase langus algab enamasti juba mõni minut pärast infusiooni algust, kuid rõhu maksimaalne langus saabub enamasti 55—90 minutit pärast infusiooni algust (12) ja tõuseb lähtenivooni 2—6,5 tunni pärast. Teistkordset liikvorirõhu tõusu üle lähtenivoo enamikul juhtudest ei konstateerita (8, 9, 11, 16).

K. Clark ja B. Einsoruch (5) tulid koertega tehtud katsete põhjal järeldusele, et reaktsioonina tugevale liikvorirõhu langusele basaaltsisternides järgneb karbamiidiinfusiooni puhul 4—6 tunni pärast sekundaarne rõhu tõus üle lähtenivoo. T. Langfitt (12) jälgis haigetel liikvorirõhku pärast infusiooni pidevalt ööpäeva vältel ja täheldas samuti osal juhtudest rõhu sekundaarset tõusu, mis lähtenivoo märksa ületas (tõustes kuni 400 mm H_2O). Neil juhtudel soovitab ta korduvat karbamiidiinfusiooni, kuigi selle liikvorirõhku alandav efekt on juba tunduvalt väiksem kui esimesel infusioonil.

Paralleelselt liikvorirõhu langusega tõuseb enamikul juhtudest diurees. S. Mason ja J. Raaf (13) näitasid, et sageli on diurees maksimaalne juba esimese tunni vältel, ulatudes 1200 milliliitrini; mõnikord suureneb see alles 24 tunni pärast. Analoogilised on ka teiste autorite (7, 12) poolt saadud tulemused. Liikvorirõhu alanemine ei teki mitte organismi üldise veetustumise arvel, vaid vedeliku ümberpaiknemisest organismis. Et karbamiidi hüpotensiivne efekt ei olene neerude eritusfunktsioonist, näitavad kujukalt M. Javidi ja J. Andersoni (10) nefrektomeeritud ahvidega tehtud katsed, mille puhul saavutati pärast neerude eemaldamist suurem liikvorirõhu langus kui enne. On arusaadav, et uriini eritumise puudumisel püsib erinevus vere ja aju karbamiidinivoode vahel kauem. Diureesi tõus on eelkõige põhjustatud hüpervoleemiast, mis kujuneb vere hüperosmolaarsuse neutraliseerimise tagajärjel ekstratsellulaarse vedeliku tungimisel vereringesse. Viimase kliiniliseks avalduseks on sageli vererõhu mõõdukas tõus (1), harvem (peamiselt puuduliku südametegevuse korral) aga vererõhu langus. Et karbamiid tõstab esmasuriini erikaalu, raskendub vee tagasiresorptsioon Henle lingudes, mis põhjustab ka osmootset diureesi.

Hüpervoleemia avalduseks esimesel operatsioonietapil on ka suurenenud veritsus (11). Selle põhjusi on otsitud vere hüübimise mehhanismide häirumises, kuid selles osas mingit patoloogiat ei ole leitud (1, 16). Ilmselt on veritsus tingitud ühest küljest hüpervoleemiast, teisest küljest kõvakelme ja kolju vaheliste sildveenide rebenditest, mida soodustab ajumassi vähenemisest tingitud veenide ülevenitus.

Mitmekülgselt on uuritud vere, liikvori ja aju biokeemismi karbamiidi manustamisel. Juba M. Javid (9) leidis, et karbamiidinivoo veres tõuseb kiiresti ja saavutab maksimaalse taseme infusiooni lõpuks; liikvoris saavutatakse kõige kõrgem kontsentratsioon alles 2—4 tunni möödumisel. Sama leidsid J. Stubbs ja L. Pennybacker (16), T. Langfitt (12) ja teised autorid. T. Langfiti (12) andmeil on seerumi osmolaarsuse tõus paralleelne lämmastikunivoo tõusuga. J. Schoolar, C. Barlow ja L. Roth (14) näitasid süsinik-14-karbamiidi puhul, et see läbib hematoentsefaalset barjääri märksa aeglasemalt, võrreldes elektrolüütidega. On ka täheldatud, et süsinik-14-karbamiid läbib hematoentsefaalse barjääri kiiremini kui vere-liikvori barjääri. Suhteliselt kiiresti tungib karbamiid hallainesse, märksa aeglasemalt aga valgeainesse. Tingituna osmolaarsuse diferentsist vere ja kudede ekstratsellulaarse vedeliku vahel hakkab viimane veresoontesse tungima, mis põhjustab kudede, eeskätt aju veetustumise (9, 16). Paralleelselt difundeerub karbamiid ajukoesse. Seejuures

puudub molekulil iooniline laeng ja ta ei võta osa ajukoe ainevahetusest (12). Tekib osmootse rõhu erinevus ekstra- ja intratsellulaarse ruumi vahel, mis loob veetustumiseks soodsa situatsiooni. Et karbamiid difundeerub ajju suhteliselt vähem kui muudesse kudedesse (19), eriti aga ajukoe suurema veesisalduse tõttu, on veetustumise geneesis hematoentsefaalse osmootse rõhu diferentseerimine eriti oluline (16). J. Stubbs ja L. Pennybacker (16) leidsid, et karbamiidi kasutamine on suhteliselt vähe efektiivne vesipeaga haigete puhul. Kui plasma karbamiidisisaldus langeb eritumise teel, tekib osmootsete väärtuste erinevus aju kasuks. See soodustab vee tungimist plasmast ajju, eriti siis, kui hüpervoleemia ei ole diureesi tõusu arvel likvideerunud.

Esialgsed andmed ei andnud karbamiidi manustamisel kindlat ettekujutust elektrolüütide bilansist. Muutused olid mõnikord ulatuslikud, kuid ilma kindlate seaduspärasusteta (12). Põhjalikult uurisid elektrolüütide bilanssi enam kui 200 haigel D. Gilboe ja M. Javid (7), kes oma andmete täpsel statistilisel läbitöötamisel leidsid, et pärast karbamiidi manustamist tekib seerumelektrolüütides kliiniliselt mitteolulisi nihkeid. Märgatav on diureesi kõrgenemine, kuid Na^+-, K^+- ja Cl^--eritus ei ole oluliselt erinev samasuguste neurokirurgiliste haigetega võrreldes, kes pole karbamiidi saanud.

Juba algusest peale hakati karbamiidi laialdaselt kasutama juhtudel, kui oli tarvis alandada koljusisest rõhku. M. Javid ja P. Settlage (8) näitasid oma esimeses töös, et karbamiidi toimeefekt sõltub haige üldseisundist. On teada, et ülirasked taaspöördumatud vereringehäired eluohtliku ajuturse puhul ei allu tavaliselt ravile karbamiidiga. Selle kõrval leidub aga ka andmeid karbamiidiinfusiooni otsesest elupäästvast toimest üliraske ajutrauma korral (11). Toimivam on infusioon siiski teisel-kolmandal päeval tekkiva ajuturse puhul (4, 9, 16), mis avaldab märksa suuremat efekti kui ventriklidrenaaž. Karbamiidi manustamisel on ajukolju vigastustega haigete kirurgiline ravi kergemini sooritatav, sest ajuprolapsi oht on väiksem (17, 18).

Karbamiidi ei tohi kasutada raske neerukahjustusega haigete ravimisel. Tekkiva hüpervoleemia tõttu tuleb olla ettevaatlik selle manustamisel vanadele ja südamehaigetele. Ajukestade aluste verejooksude ja hematoomide esinemisel võib karbamiidiinfusiooni kasutada vajaduse korral ainult operatsiooni ajal.

Komplikatsioone on karbamiidi kasutamisel tekkinud vähe. M. Javid (11) täheldas 3 haigel 273-st paikseid flebiite, mida saab vältida, kui äravool veenist on vaba. E. Watkins kaastöölistega (17) täheldas üksikute komplitseeritud haiguste puhul kollapsit, mille esinemine on aga haruldane ja välditav (1, 13, 16). Seetõttu on karbamiidi kasutamine kõrge efektiivsuse tõttu laialdaselt levinud.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas tarvitatakse karbamiidi 1962. aastast alates. Algul anti haigetele seda suu kaudu, mis osutus vähe efektiivseks. Seepärast mindi üle infusioonidele veeni. 15. III 1962. a. tehti karbamiidiinfusiooni foonil edukalt Kurbangalejevi operatsioon kolmiknärvivalude kõrvaldamiseks. Karbamiidiinfusiooni on rakendatud 40 haige ravimisel. 24 haigele tehti neurokirurgilise operatsiooni ajal infusioon juurdepääsu hõlbustamiseks, ülejäänud haigetele määrati karbamiidi ajuturse ja pundumise raviks. Esimese haigusgrupi arvukaima rühma moodustasid haiged selliste ajukasvajatega, millele juurdepääs oli raske (koljupõhimikus jt. piirkondades, kokku 13 juhtu). Sellele järgnesid vaskulaarsed aneurüsmid (6 juhul), kolmiknärvivalu tõttu opereeritud haiged (5 juhul) jt. 16 ajutursega haigest, keda raviti karbamiidiinfusiooniga, olid 8 ajukolju üliraskete vigastustega, 3 ajuverevalumiga; ülejäänutel oli ajuturse mitmesuguste muude põhihaiguste tüsistuseks.

Esialgu kasutasime karbamiidi, mida steriliseeriti bakteritefiltrite abil. Viimasel ajal oleme tarvitusele võtnud lüofiliseeritud preparaadi uroglüki ja karbamiidilahuse, mida valmistame *ex tempore*. Mainitud juhul steriliseerime karbamiidikristallid V. Salalõkini kaasautorite (2) poolt väljatöötatud meetodil ultraviolettkiiritusega.

Meie vähestele kogemustele vaatamata on tulemused olnud head, komplikatsioone ei ole tekkinud. Meie andmeil on karbamiidi saanud haigetel koljupõhimiku operatsioone märksa kergem teha. Kauakestnud ja kaugelearenenud aju pundumise puhul, nagu see võib esineda ajukolju üliraske vigastustega haigetel, on efekt liiga lühiajaline selleks, et haiget raskest seisundist välja tuua. Seetõttu tuleb karbamiidi manustamist eluohtliku ajuturse korral kombineerida kahepoolse subtemporaalse dekompressiivse trepanatsiooniga.

Võib väita, et karbamiidi kasutamine on intrakraniaalse hüpertensiooni ennetamisel ja ravimisel täiesti põhjendatud.

KIRJANDUS

1. Егоров Б. Г., Корнянский Г. П., Кандель Э. И., Салалыкин В. И., Федоров С. Н. Вопр. нейрохирургии, 1963, 1, 1—7. — 2. Салалыкин В. И., Лебедева С. А., Остромогольский Д. Е. Вопр. нейрохирургии, 1963, 1, 10—11. — 3. Угрюмов В. М., Данскер В .Л., Богомолова Л. Г., Федорова З. Д., Ластовский В. П., Михайлов Г. И. Вопр. нейрохирургии, 1961, 1, 7—10. — 4. Benad, G., Hubner, K. und Schnaps, P. Zbl. Chirurg. 1963, 40, 1569—1574. — 5. Clark, K., Einsoruch, B. C. Arch. Neurol., 1962, 6, 5, 414—418. — 6. Fremount-Smith, F., Forbes, H. S. Arch. Neurol. and Psychiatry, 1927, 550 (tsit. 1 järgi). — 7. Gilboe, D., Javid, M. Surg., Gynecol. and Obstetr. 1963, 16, 6, 693—700. — 8. Javid, M., Settlage, P., J. Amer. Med. Assoc., 1956, 160, 943. — 9. Javid, M. Surg. Clin. N. America 1958, 38, 907—928. — 10. Javid, M. and Anderson, J. J. Lab. and Clin. Med. 1959, 83, 113. — 11. Javid, M. J. Neurosurg., 1961, 1, 575—577. — 12. Langfitt, T. W. Neurology, 1961, 11, 3, 196—209. — 13. Mason, S. M. and Raaf, J. J. Neurosurg. 1961, 18, 645—653. — 14. Schoolar, J. C., Barlow, C. F. and Roth, L. J. J. Neuropath. Exper. Neurol. 1960, 19, 216—218. — 15. Smuthe, L., Smuthe, G. and Settlage, P. J. Neuropath. Exper. Neurol. 1950, 9, 438. — 16. Stubbs, J., Pennybacker, L. Lancet, 1960, 1, 1094—1097. — 17. Watkins, E. S., Stubbs, J. D., Lewin, W. Lancet, 1961, 1, 7173, 358—363. — 18. Wenzel, K. P. Zbl. Chirurg. 1963, 40, 15, 74—78. — 19. Wise, B. L. Arch. neurol., 1960, 2, 160—164.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРБАМИДА (*urea pura*) В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОТЕКА МОЗГА

А. Каасик

Резюме

Борьба с отеком мозга является существенной и постоянной проблемой нейрохирургии. Для снижения внутричерепного давления и с целью устранения отека мозга, по инициативе Джевида (Javid) и Сетлиджа (Settlage) с 1956 года применяется мочевина. В настоящем обзоре литературы приводятся данные о методике изготовления растворов мочевины, о способах их применения и о клинических проявлениях действия этого вещества. По данным литературы, рекомендуется вводить от 1,0 до 1,5 г мочевины на 1 кг веса больного, в виде 30% раствора её в 10% водном растворе глюкозы или сахарозы. Приведены данные о сдвигах в гемодинамике, а также о биохимических изменениях в крови, в спинномозговой жидкости и в головном мозге, возникающих в результате применения мочевины. Данные Джилбо (Gilboe) и Джевида (Javid) о 200 больных показали, что после внутривенного вливания мочевины значительно повышается диурез; выделение же натрия, калия и хлоридов, по сравнению с больными, которым мочевину не назначали, заметно не изменялось. Мочевина не вызывает заметных сдвигов элктролитов в сыворотке крови.

Эффект лечения при дегидрации мозга мочевиной заметно превышает результаты, получаемые при помощи других подобных средств. В литературе описано мало осложнений, связанных с применением мочевины. При быстром повышении диуреза после первого введения мочевины, в случае необходимости допускаются повторные вливания её.

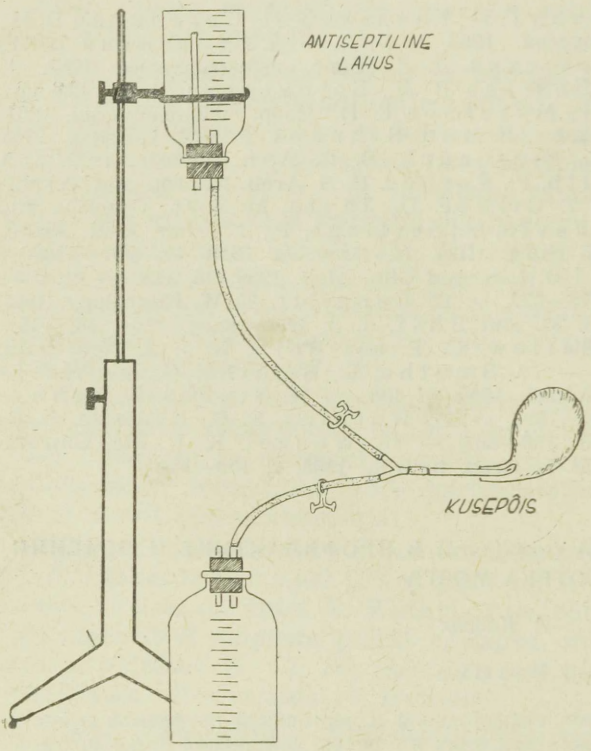
PÄRASOOLEVÄHI RADIKAALSE OPERATSIOONI JÄRGSED KUSEPÕIE TÜSISTUSED*

Ü. VALVERE

(Kingissepa Rajooni Keskhaiglast, peaarst *E. Väärt*)

Kirjanduse ja kliiniliste tähelepanekute andmeil on üheks sagedasemaks kuseteede tüsistuseks pärast pärasoolevähi radikaalset operatsiooni kusepõie talitlushäire, mis seisneb põie osalises tühjenemises või selle täielikus võimetuses iseseisvalt tühjeneda. Meie poolt NSV Liidu Arsiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudis tehtud uurimine näitas, et 510-l radikaalselt opereeritud haigest esines kusepõie talitlushäire 446 isikul (87,4%).

Talitlushäire tekkimise peamiseks põhjuseks pärast operatsiooni on väikese vaagna vegetatiivsete närvipõimikute ja kusepõie operatsioonitrauma. Et pärasoolevähi puhul tehtavad abdomino-perineaalsed operatsioonid on oma ulatuselt võrdlemisi laialdased (peetakse silmas onkoloogilise radikalismi põhimõtteid), siis on väikese vaagna vegetatiivsete närvipõimikute vigastamise oht küllaltki reaalne, arvestades seda, et närvipõimikud asetsevad operatsioonivälja vahetus läheduses. Teiseks teguriks, mis kusepõie talitlushäire küllaltki sageli esile kutsub, on takistus põiekaela piirkonnas. See võib tingitud olla eesnäärmeadenoomist meestel ja põiekaela või kusiti proksimaalse osa operatsioonijärgsest tursest.



Joonis

Praktika näitab, et enamikul juhtudest etendavad põie talitlushäire tekkimisel olulist osa kõik eespool mainitud tegurid, ja sageli on isegi raske öelda, milline neist on ülekaalus. Meie andmeil taastus urineerimine $^3/_4$ haigetest 10 päeva vältel pärast pärasoole radikaalset operatsiooni. Seda võib seletada asjaoluga, et mainitud aja jooksul (juhul, kui ei lisandu teisi tüsistusi) operatsioonitraumaga seotud reaktiivsed muutused tavaliselt mööduvad. Neil juhtudel, kui põie talitlushäire kestis pikemat aega (kauem kui üks kuu), mida täheldati 4% haigetest, on nähtavasti tegemist väikse vaagna närvipõimikute laialdase vigastuse või takistusega põiekaela piirkonnas.

Esitatu põhjal võib öelda, et kusepõie talitlushäire iseenesest ei ole ohtlik tüsistus, sest urineerimishäired mööduvad enamasti 10 esimese päeva vältel pärast operatsiooni. Ohtlikuks tüsistuseks pärast radikaal-

* Ette kantud Eesti NSV röntgenoloogide, radioloogide ja onkoloogide IV teaduslik-praktilisel konverentsil 2.—4. dets. 1963. a.

seid abdomino-perineaalseid operatsioone pärasoolevähi puhul on aga tsüstiit, mis areneb põie talitlushäire taustal ja võib tihti kroonilise iseloomu omandada ning operatsioonijärgset paranemist pikendada. Meie andmeil tekkis tsüstiit 47,4%-l radikaalselt opereeritud haigetest.

Täheldasime kindlat seost urineerimise taastumise ja tsüstiitide sageduse vahel pärast operatsiooni, nimelt, mida hiljem urineerimine haigetel taastub, seda sagedamini tekib tsüstiit. Oluliselt soodustavaks teguriks on uriinipeetus põies. Eesnäärmeadenoomile kui operatsioonijärgse tsüstiidi tekkimist soodustavale tegurile viitab asjaolu, et 12-l 13-st eesnäärmeadenoomiga (I või II staadiumis) haigest diagnoositi operatsioonijärgse tüsistusena tsüstiiti.

Tähelepanu väärib see, et 93-l (34,3%) 242 tsüstiidihaigest tekkis nimetatud tüsistus pärast iseseisva urineerimise taastumist. Niisugust asjaolu võib seletada sellega, et haige pidev kateteriseerimine pärast operatsiooni katkestatakse momendist, kui haigel taastub võime iseseisvalt urineerida. Et aga suuremal osal haigetest säilib põie traumaatiline atoonia ning põielihaste talitlus pole veel täielikult taastunud, siis kogunebki jääkuriini, mis soodustab tsüstiidi tekkimist.

Tsüstiidi profülaktikas on seega pärast pärasoole radikaalseid operatsioone äärmiselt tähtis likvideerida uriinipeetus ja vältida nakkuse teket põielihaste talitluse täieliku taastumiseni.

Meie poolt pärasoolevähi puhul radikaalselt opereeritud 55 haige jälgimine ja 455 radikaalselt opereeritu haigusloo analüüs lubasid välja töötada järgmise taktika operatsioonijärgsete tsüstiitide profülaktikaks: haigele fikseeritakse põide püsikateeter juba enne operatsiooni. Iseseisva urineerimise taastumise kontrollimiseks eemaldatakse püsikateeter järgmisel päeval pärast operatsiooni umbes 8 tunniks. Kui patsient selle aja jooksul iseseisvalt urineerida ei saa, viiakse püsikateeter uuesti põide. Iseseisva urineerimise taastumisel minnakse üle kateteriseerimisele 2—3 korda päevas, olenevalt ööpäevasest uriinihulgast. Kateteriseerimist jätkatakse seni, kuni jääkuriini hulk ei ületa 100 ml.

Et saavutada uriini pidev äravool koos põie loputamise võimalusega, soovitame kasutada spetsiaalset kinnist steriilsete pudelite süsteemi, mis ühendatakse püsikateetriga vahetult pärast operatsiooni (vt. joon.)

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Ю. Вальвере

Резюме

По данным литературы и согласно клиническим наблюдениям наиболее частым осложнением со стороны мочевыводящих путей после радикальной операции рака прямой кишки является нарушение функции мочевого пузыря, которое заключается в частичном опорожнении его и также в невозможности самостоятельно опорожниться. Наши исследования, проведенные в Институте онкологии АМН СССР показали, что из 510 больных подвергшихся радикальной операции по поводу рака прямой кишки, у 446 (87,4%) наблюдали нарушение функции мочевого пузыря.

Основной причиной возникновения после операции нарушения функции мочевого пузыря является операционная травма вегетативных нервных сплетений малого таза и мочевого пузыря. Нарушение функции мочевого пузыря само по себе не является серьёзным осложнением, так как нарушения мочеиспускания проходит обычно уже в течение 10 дней после операции. Опасным осложнением после радикальных абдоминально-перинеальных операций по поводу рака прямой кишки является цистит, развивающийся на фоне нарушения функции мочевого пузыря и часто приобретающий хронический характер, вследствие чего задерживается выздоровление после операции. По нашим данным цистит возник у 47,4% больных, подвергшихся радикальной операции. Для предупреждения возникновения цистита необходимо ликвидировать задержку мочи и не допустить возникновения инфекции.

С целью предупреждения возникновения в послеоперационный период циститов больным уже до операции вводили в мочевой пузырь постоянный катетер. Для про-

верки восстановления способности мочеиспускания, катетер уже на следующий день после операции удаляли на 8 часов. Если больной в течение этого времени не мог самостоятельно мочиться, катетер снова вводили в мочевой пузырь. После восстановления мочеиспускания переходят на катетеризацию по 2—3 раза в сутки в зависимости от суточного количества мочи.

Для достижения постоянного оттока мочи из мочевого пузыря и возможности промывания его рекомендуем пользоваться специальной системой закрытых бутылок, соединяемой с постоянным катетром непосредственно после операции (см. рис.).

HEMOSTIMULAATORITE KASUTAMISEST KASVAJATE EKSPERIMENTAALSES KEMOTERAAPIAS

J. RAUDSEPP

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Efektiivsed antiblastilised preparaadid, sealhulgas alküleerivad ühendid, kahjustavad vereloomet juba raviannustes. Selle vältimiseks kasutatakse vereloome stimulaatoreid. Nendest nukleiinhapu naatrium, pentoksüül, tesaan, leukogeen ja batülool (batüülalkohol) on leukopoeesi stimulaatoritena tuntud. Kirjanduses soovitatakse neid kasutada mitmesuguse etioloogiaga leukopeeniate puhul, esmajärjekorras kiiritustõve raviks ja profülaktikaks (2, 3, 8). Senini aga puuduvad eksperimentaalsed andmed hemostimulaatorite soovitamiseks antiblastilistest ainetest põhjustatud leukopeenia raviks (4).

Käesolevas töös käsitletakse ülalnimetatud hemostimulaatorite toimet alküleerivate ühendite poolt esilekutsutud vereloome kahjustustesse selle erinevates järkudes.

Materjal ja metoodika. Katseid tehti 35 küüliku, 15 kassi ja 1155 valge rotiga. Rottidel kutsuti vereloome kahjustus esile tiofosfamiidi süstimisega kõhuõõnde annuses 2,25 mg/kg üks kord päevas viieteistkümne päeva jooksul. Hemostimulaatoreid anti annuses 10 mg/kg 1%-lises tärkliselahuses suu kaudu üks kord päevas kümne päeva jooksul. Küülikutel kasutati vereloome pärssijana bensodetti annuses 5 mg/kg veeni üks kord päevas 3—6 päeva jooksul, kassidel sarkolüsiini annuses 0,4 mg/kg suu kaudu üks kord päevas 8—10 päeva vältel. Vereloome stimulaatorite toime hindamiseks määrati perifeerse vere leukotsüütide ja luuüdi tuumasisaldavate rakkude üldarv, loeti verevalemeid ning müelogramme. Küülikutel tehti ka luuüdi funktsionaalne proov ja rottidel põrna histoloogilised uuringud.

Katsete tulemused. Esimeste katsete puhul uuriti hemostimulaatorite toimet vereloome akuutse kahjustuse ajal, s. o. vahetult pärast alküleerivate ainete manustamise lõpetamist, eesmärgiga taastada vereloome normaalne seisund. Katsed näitavad, et kõigil neljal küülikul tekkis tugev vereloomekahjustus pärast bensodetikuuri (1200—4200 leukotsüüti 1 mm^3 veres ja 7300 tuumasisaldavat rakku 1 mm^3 luuüdi punktaadis). Kõikidel nimetatud juhtudel nukleiinhapu naatrium annuses 20 mg/kg lihasesse manustatuna kümne päeva jooksul toimet ei avaldanud. Ainult neljal rahuldava luuüdi funktsionaalse seisundiga küülikul täheldati ühe-kahepäevast leukotsütoosi (kuni 33400—45700 leukotsüüti 1 mm^3 veres). Kõikidel kontroll-loomadel, kes said üksnes bensodetti, taastus vereloome iseeneslikult.

Samuti ei andnud tulemusi nukleiinhapu naatriumi kasutamine annuses 20 mg/kg katsete puhul kassidega, kellel sarkolüsiinikuur oli tekitanud tugeva vereloomedepressiooni (5700—6700 leukotsüüti 1 mm^3 veres

ja 14500—47500 tuumasisaldavat rakku 1 mm^3 luuüdi punktaadis). Isegi vastupidi: jääb mulje selle kahjulikust toimest, sest kõik kolm katsealust kassi surid. Neljal kontroll-loomal, kes said üksnes sarkolüsiini, taastus vereloome iseeneslikult.

Neljale küülikule, kelle vereloome oli pärast bensodetikuuri (1200—4000 leukotsüüti 1 mm^3 veres ja 5900—28300 tuumasisaldavat rakku 1 mm^3 luuüdi punktaadis) tugevasti pärsitud, manustati pentoksüüli annuses 100 mg/kg suu kaudu. Küülikud surid samuti, ilma et neil oleks tekkinud vereloome stimuleerimise tunnuseid. Kontroll-loomadel, kes said üksnes bensodetti, taastus vereloome iseeneslikult.

Pärast 15-päevast tiofosfamiidikuuri langes perifeerse vere leukotsüütide arv rottidel 29—36%-ni ja luuüdi tuumasisaldavate rakkude arv 9—12%-ni lähtetasemest. Tugevale kahjustusele vaatamata algas rottidel juba 2—3 päeva pärast tiofosfamiidikuuri lõppu intensiivne vereloome iseeneslik taastumine. Luuüdi tuumasisaldavate rakkude arv kasvas selleks ajaks 84%-ni lähtetasemest.

Nukleiinhapu naatriumi manustamise kuuendal ja pentoksüüli kasutamise kaheksandal päeval suurenes hemostimulaatoreid saanud katseloomadel (rottidel) luuüdi tuuma sisaldavate rakkude hulk vastavalt 137% ja 154% lähtetasemest; kontrollrühmas samal ajal vastavalt 120% ja 127% lähtetasemest. Nimetatud erinevus osutus aga ebatõenäoliseks ($P<0,6$). Verevalemi lugemisel ilmnes, et nukleiinhapu naatriumi ja pentoksüüli viiepäevase manustamise järel on neutrofiilide hulk suurenenud vastavalt 935 ja 924 rakule 1 mm^3 veres, võrreldes 540 neutrofiiliga kontroll-loomadel ja 440-ga tervetel loomadel katse algul. Järgmisel päeval pärast nukleiinhapu naatriumi ja pentoksüüli kümnepäevast manustamist oli neutrofiilide hulk veres suurenenud kontrollrühma kasuks.

Tabel

Katsealuste rottide suremus hemostimulaatorite kasutamisel vahetult pärast viieteistkümnepäevast tiofosfamiidikuuri

Rühm	Katseloomi rühmas	Surmati dekapiteerimisega	Surid	Jäi järele	Suremuse %	95% suremuse tõenäolisuse usaldus-piirid rühma ulatuses	Erinevuse tõenäolisus kontrollist
Nukleiinhapu naatrium	25	15	7	3	25	14,3—37,5	
Pentoksüül	27	15	6	6			$P<0,05$
Kontroll	26	15	2	9	8	0,6—21,5	
Tesaan	25	18	3	4			
Leukogeen	26	18	2	6	14	7,2—22,3	
Batülool	28	18	6	4			$P<0,01$
Kontroll	25	18	—	7	—	—	
Kokku	182	117	26	39			

Analoogilistes katsetes tesaani, leukogeeni ja batülooliga registreeriti pärast nende kahepäevast kasutamist luuüdi tuumasisaldavate rakkude arvu suurenemist vastavalt 108%, 114% ja 101% võrra algväärtusest; kontrollrühmas samal ajal 67% algväärtusest. Nimetatud erinevused on kontrollrühma suhtes tõenäolised ($P<0,05$). Verevalemi lugemisel selgus, et pärast tesaani, leukogeeni ja batülooli neljapäevast manustamist on neutrofiilide hulk 1 mm^3 veres suurenenud vastavalt 1852, 1392 ja 1156 rakuni, võrreldes 662 neutrofiiliga kontroll-loomadel ja 650 neutrofiiliga tervetel loomadel katse algul. Müelogrammides ei esinenud kõikide kasutatud hemostimulaatorite korral mingeid muutusi.

Mis puutub katsealuste rottide suremusse, siis on see hemostimulaatorite manustamisel vereloome akuutse kahjustuse korral suurenenud (vt. tabel).

Järgmistes katseseeriates uuriti vereloome stimulaatoreid eesmärgiga püüda tõkestada vereloome depressiooni teket. Selleks hakati rottidele hemostimulaatoreid manustama eespool mainitud annustes (ühtedes katsetes tiofosfamiidikuuri kaheksandast ja teistes katsetes juba esimesest päevast alates, paralleelselt viimasega). Mitte ühegi nimetatud hemostimulaatoriga ei õnnestunud vereloomekahjustuse väljakujunemist pidurdada. Isegi vastupidi: põrna histoloogilisel uurimisel ilmnes, et folliikulite atroofilised muutused on tugevamini välja kujunenud neil katseloomadel, kes said hemostimulaatoreid samaaegselt tiofosfamiidiga.

Tulemuste arutelu. Vereloome tugeva kahjustuse korral (katsed küülikute ja kassidega) ei andnud nukleiinhapu naatrium ja pentoksüül soovitud tulemusi. Vereloome depressiooni puhul, selle kiiresti saabuva iseenesliku taastumise taustal (katsed rottidega) avaldasid uuritud hemostimulaatorid nõrka lühiajalist toimet. Vereloome stimulaatoreid saanud katseloomade hulgas on suremus hemopoeesi akuutse kahjustuse järgus kõrgenenud. Millega seda seletada? Sellisele nähule on ka varem eksperimentaalse kiiritustõve ravimisel tähelepanu pööratud (1). Et vereloome on ägeda kiiritustõve juhtudel äärmises depressiooniseisundis, siis põhjustab V. Farberi (5) arvates igasugune katse vereloomet stimuleerida ja soodustada tema talitluse lõplikku kokkuvarisemist. Seepärast on autori arvates sellistel juhtudel otstarbekohane vereloome stimuleerimise taktika asendada säästva režiimiga. D. Janovski (6) on seisukohal, et vereloome stimuleerimine ei ole üldse näidustatud juhtudel, kui on tegemist tema toksilise kahjustusega.

Vereloome kahjustuse väljakujunemise protsessis (katsed rottidega) ei olnud uuritud hemostimulaatorid suutelised selle kulgu peatama. Et kiiritustõve profülaktikas ja ravis on vereloome stimulaatorite kasutamisega tulemusi saavutatud, võib viidata vereloome kahjustuse erinevatele mehhanismidele röntgenikiirguse ja alküleerivate ainete toimel. Selle kasuks räägivad andmed (7), mille järgi paikse kiiritusravi korral ei kahjustu kogu hemopoeetiline aparaat tervikuna, vaid esineb nn. düsregulatiivne leukopeenia (vastandina kogu vereloome otsesele ja laiaulatuslikule kahjustusele alküleerivate ainete kasutamisel).

Et tehtud katsete puhul uuritud hemostimulaatorid oodatud tulemusi ei andnud, vaid isegi halvendasid organismi seisundit, siis näib nende kasutamine alküleerivate ainete poolt esilekutsutud vereloome kahjustuse korral muutuvat küsitavaks.

KIRJANDUS

1. Васильев П. В., Саксонов П. П. Фармакол. и токсикология, 1958, 3, 30—33. — 2. Граков С. В. Сб. научн. трудов Красноярского мед. ин-та. Красноярск, 1953, 3, 178—179. — 3. Домшлак М. П., Кознова Л. Б. Мед. радиол., 1958, 3, 4, 29—33. — 4. Ларионов Л. Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. М., 1962, 463. — 5. Фарбер В. Б. Мед радиология, 1957, 2, 3, 40—47. — 6. Яновский Д. Н. Врачебное дело, 1956, 9, 897—903. — 7. Bauer, R., Schoen, D., Fischer, W. Strahlentherapie, 1959, 110/1, 10—15. — 8. Brohult, A. Alkoxyglycerol-esters in irradiation treatment Advances in radiobiol., Edinburg—London, 1957, 241—247.

О ПРИМЕНЕНИИ СТИМУЛЯТОРОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ

Ю. Раудсепп

Резюме

В эксперименте изучалась целесообразность применения гемостимуляторов (нуклеиновокислого натрия, пентоксила, тезана, лейкогена и батилового спирта) для борьбы с угнетением кроветворения, вызванным алкилирующими препаратами. Опыты были поставлены на кроликах, кошках и беспородных белых крысах. У кроликов глубокое

угнетение кроветворения вызывали введением бензодэта, у кошек — сарколизина, у крыс — тиофосфамида.

Было установлено, что нуклеиновокислый натрий и пентоксил у кроликов и кошек не способны стимулировать кроветворение при его глубоком угнетении. У крыс все изученные гемостимуляторы в первые дни после их назначения вызывали непродолжительное и незначительное увеличение числа нейтрофилов в крови и ядросодержащих клеток костного мозга по сравнению с контролем. При этом наблюдалась повышенная летальность подопытных животных. При применении гемостимуляторов в начале и середине курса тиофосфамида ослабления депрессии кроветворения не наблюдали.

Полученные данные говорят о том, что экспериментального обоснования для применения изученных гемостимуляторов в процессе лечения опухолей алкилирующими веществами не имеется.

KOPSUKAHJUSTUSTEST MITMESUGUSTE ÕLIDE TOIMEL

(Kirjanduse ülevaade)

J. EHLVEST

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski)*

Esimesed tähelepanekud mitmesuguste õlide kopse kahjustava toime kohta on seotud nende kasutamisega ülemiste hingamisteede haiguste ravis ja õli sisaldavate kontrastainete viimisega kopsu bronhograafia tegemiseks.

R. Jampolise ja kaasautorite (15) andmetel kirjeldas Laughlen 1925. a. esimesena õlist tingitud muutusi inimese kopsus. Põhjalikumalt uuris seda küsimust H. Pinkerton (18). Ta näitas loomkatsete põhjal, et kopsu viidud õlid kutsuvad esile reaktsiooni kopsukoes, mille iseloom sõltub õli liigist. Nii on taimsetest õlidest põhjustatud reaktsioon tühine. Tugevama ärritava toimega on loomsed õlid, mida seostatakse vabade rasvhapete suurema sisaldusega nendes. Mineraalõli kahjustav toime on tingitud peamiselt sellest, et õli ei resorbeeru kopsust ja kaldub sinna jääma pikemaks ajaks. Õlidest esilekutsutud protsessi kopsus hakati nimetama lipoidpneumooniaks. Peale selle on kasutatud veel teisi nimetusi, näiteks lipiidpneumoonia, oleopneumoonia, oleopneumoniit, oleogranuloom (1, 2, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 19, 21, 22, 23).

Paljud autorid juhivad tähelepanu sellele, et õlide toimel tekib kopsukahjustusi tunduvalt sagedamini, kui arvatakse. Paljudel juhtudel ei osata lahangul vastavaid muutusi lipoidpneumooniaks pidada (1, 21). Õli võib kopsudesse sattuda mitmel viisil.

I. Õli sattumine kopsu haige ravimisel

1. Ülemiste hingamisteede mitmesuguste haiguste ravimisel parafiiniõliga, millele on lisatud mentooli või teisi aineid. On kindlaks tehtud, et tilkadena, instillatsioonidena jne. kasutatav parafiinõli valgub mööda hingamisteid kopsu. Seda soodustab asjaolu, et õli ei põhjusta köharefleksi. Ühtlasi pärsib limaskesta pinda kattev õli ripsepiteeli tegevust. Kuigi hingamisteedesse viidava parafiinõli ühekordne annus on väike, põhjustab selle korduv manustamine tunduva õlihulga kogunemist kopsu. Eriti on selleks võimalused olemas siis, kui haiged kasutavad arsti poolt määratud õli sisaldavat ravimit omal algatusel pika aja vältel. Sageli «õlitavad» mineraalõlidega oma häälepaelu lauljad (eriti asjaarmastajad).

2. Parafiinõli kasutamisel lahtistina. Õli võib pikemat aega lamavate haigete kopsudesse sattuda ka selle tarvitamisel lahtistina. I. Steinberg ja N. Finby (12) kirjeldavad juhtu, mille puhul kardiospasmiga haigele, kellel esines jämesoole divertiikulitest tingitud kõhukinnisus, määrati arsti poolt 30 ml vaseliinõli igal õhtul enne magamaminekut sissevõtmiseks

pikema aja jooksul. Haige suri umbes 2 aasta pärast. Lahangul avastati tal äärmiselt kaugelearenenud lipoidpneumoonia.

3. Õli sisaldavate kontrastainete viimine kopsu. Viimasel ajal on õli sisaldavatest kontrastainetest küll loobutud (20), kuid mõnel juhul neid siiski veel kasutatakse.

II. Toidurasva, piima ja kalamaksaõli aspireerimine

Eriti ohtlik on kalamaksaõli sattumine kopsu selle oskamatul ja vägivaldsel andmisel lapsele. Toidurasvu aspireerivad sagedamini mitmesuguste füüsiliste (suulaelõhed jt. arenemisdefektid) ja vaimsete defektidega lapsed. Sama võib ette tulla ka täiskasvanutel (raskesti haigetel), eriti tserebraalsete kahjustuste puhul, kui esinevad neelamishäired.

III. Õliaerosoolide sissehingamine

Suurt tähelepanu nõuab õliaerosoolide sissehingamise oht mitmesugustes tööstustes. Paljud autorid on kindlaks teinud, et õhk saastub mineraalõlide aerosoolidega vase- ja alumiiniumitööstuses, terase-, auto-, tuletikutööstuses jm. (2, 13). Nii näitavad A. Anissimovi (2) uurimused, et rakendades metallide lõikamisel pihustatud õliemulsioone määrde- ja jahutusvedelikena, tekivad mineraalõlide aerosoolid. Lipoidpneumooniale kui kutsehaigusele ei ole aga seni küllaldast tähelepanu pööratud. Puuduvad normatiivid õlide lubatava kontsentratsiooni kohta tööstusettevõtete õhus.

Patogenees ja patomorfoloogia

Peab märkima, et õlide toimel kopsus tekkivate muutuste iseloom ei ole küllalt selge. Lahangumaterjal on suhtelisest rohkusest hoolimata juhuslikku laadi. Sageli on õlide poolt tekitatud kopsukahjustused tüsistunud muude, sagedamini bakteriaalsete protsessidega.

On teada, et kopsu sattunud õli emulgeerub. Loomsete õlide puhul, mis sisaldavad suhteliselt rohkesti vabu rasvhappeid, eeldatakse otsese reaktsiooni võimalust rasvhapete ja koevalkude vahel. Selle tagajärjel tekivad alveoolides rasvatilkade ümber hüaliinmembraanid (12). Kõikide õlide puhul reageerivad makrofaagid õlile kui võõrkehale. Õliga täitunud makrofaagid on tavaliste meetodite järgi värvitud histoloogilistes preparaatides vahtjad, millest ka nende nimetus — vahtrakud. Loomsete õlide puhul leidub peale makrofaagide rohkesti katarraalset eksudaati. Areneb kopsupõletik, mis on suhteliselt ägeda kuluga ja võib surma põhjustada. Lahangul ilmnevad katarraalse kopsupõletiku tunnused. Kopsu lõikepinnale valgub rasvatilgakesi sisaldavat eksudaati. Preparaatides, mis on värvitud sudaani või sarlakpunasega, leitakse alveoolides asetsevaid rasvatilgakesi või nad on fagotsüteeritud makrofaagide poolt (1).

Loomsed õlid võivad aeglaselt imenduda. Sel juhul meenutab protsess kliiniliselt aeglase kuluga bronhopneumooniat, mis lõpuks vaibub. Säilivad ainult tühised fibroossed muutused kopsus. Selline lipoidpneumooniavorm esineb peamiselt lastel, mistõttu mõned autorid nimetavad seda lipoidpneumoonia imikuvormiks.

Kui kopsu satuvad mineraalõlid, omandab protsess kroonilisema kulu, mis tuleneb sellest, et mineraalõli ei resorbeeru kopsust. Puuduvad andmed selle lõhustumise kohta organismis. Mineraalõli fagotsüteerivad alveoolides makrofaagid. Seejuures täheldatakse alveolaarepiteeli muutumist kuubikuliseks. Alveoolides võib leiduda põletikulist eksudaati. Eksudaat koos fagotsüteeritud ja vaba õliga võib kopsudest hingamisteede kaudu eemalduda. Sel juhul leitakse õlitilgakesi rögas, mida mõned autorid peavad tähtsaks diagnostiliseks tunnuseks (23). On andmeid, mille kohaselt osa parafiinõlist satub lümfiteid kaudu kerkseinandi ja isegi kõhunäärme lähedastesse lümfisõlmedesse (12). Mõned autorid aga eitavad parafiinõli edasikandumist lümfiteede kaudu (13).

Suurem osa õlist sulundatakse granulatsioonkoesse. Makrofaagide vahele, mis täidavad alveoole ja asuvad alveoolide vaheseintes, ilmuvad koos histiotsütaarsete rakkudega kiulised elemendid. Alveoolid umbuvad. Kui protsess edasi areneb, vähenevad rakulised elemendid granulatsioonkoes ja tekib tihe fibroosne kude, milles on inkapsuleerunult mineraalõli. Sklerootiliste muutusteta kopsuosades tekib sel puhul tavaliselt emfüseem.

Lipoidpneumooniale kaasuvad sageli tüsistused, nagu bronhiidid, bronhopneumooniad, abstsessid ja empüeemid. Neist oleneb tihti haiguse prognoos. Taimsete õlide puhul täheldatakse õli sagedasemat ladestumist eelnevalt muutunud kopsuosadesse (3). Vohav granulatsioonkude võib mõnikord põhjustada koguni bronhi sulguse. Nii võib mineraalõlide toimel areneda kopsukoe ulatuslik kahjustus, mille tagajärjel kopsu hingamispind märgatavalt väheneb. Kaugelearenenud protsessi puhul võib järgneda surm südame ja kopsu puudulikkusest või bakteritest põhjustatud protsessidest.

Lahanguleid on väga varieeruv ja sõltub kahjustuskolde ulatusest ning kaasnevatest tüsistustest. Kopsukoes võivad esineda ebakorrapärase kujuga tihkestunud alad. Sellised piirkonnad võivad olla väikesed (läbimõõduga 1 sm ja vähem) ning paikneda difuusselt mõlemas kopsus. Tihkestunud kolle võib aga haarata kogu kopsu. Sel juhul on kops tugevasti deformeerunud, keskseinad on kahjustatud kopsu suunas nihkunud. Teine kops on sel juhul tavaliselt emfüsematoosne (22).

Kahjustuskolded lokaliseeruvad enamikus alumiste sagarate selgmistesse osadesse ja eriti paremasse kopsu (12, 22). Fibroosne kolle on tihke konsistentsiga, värvuselt hallikas. Pleura võib kahjustatud piirkonnas olla sisse tõmbunud või välja võlvunud. Tüsistusteta juhtudel on iseloomulik liidete puudumine pleura lestmete vahel. Kahjustatud kopsukoe lõikepind on varajases staadiumis roosakas, armistunud kolde puhul aga valkjas. Tihti valgub lõikepinnale õlist vedelikku.

M. Siddons (21) kirjeldab kolme juhtu, mille puhul kopsuoperatsioonil leiti kopsudest tihedaid sõlmi, mis olid ümbritsevast koest hästi eristatavad. Nad kujutasid endast ümaraid hallikaid moodustisi läbimõõduga 5,5—10 sm. Ühel juhul oli sõlme lõikepind poolläbipaistev, klaasjas. Kõikidel juhtudel opereeriti haiget kopsuvähi kahtluse tõttu. Sellist granulomatoosse koe tuumoritaolist piirdunud massi kopsukoes nimetatakse parafinoomiks ehk õligranuloomiks. On iseloomulik, et seda võib nii röntgenoloogilisel uurimisel, operatsioonil kui ka lahangul bronhogeense vähi koldeks pidada. Tüsistuste lisandumise korral kaugelearenenud juhtudel muutub makroskoopiline leid kirjuks ja raskesti analüüsitavaks.

Mikroskoopiliselt leiame kopsuosades, kus protsess on suhteliselt värske, suurel arvul makrofaage. Ühetuumaliste makrofaagide seas leidub mitme tuumaga hiidrakke. Osal makrofaagidest võivad olla ka lagunemistunnused. Kaugemalearenenud juhtudel on alveoolid oblitereerunud, esineb massiliselt makrofaage ja hiidrakke. On täheldatav sidekoe moodustumine fibroblastide ja kollageensete kiudude näol. Võib sedastada lümfotsüütide ja plasmarakkude kogumikke. Täiesti armistunud kopsupiirkondades võib näha tihedat rakuvaest fibroosset kude. Selles leiduvad õliga täitunud erineva suurusega alad. Fibroosivabades kopsuosades on tavaliselt emfüseem.

Kliiniline pilt ja ravi

Kõik autorid, kes on kirjeldanud lipoidpneumoonia juhte, kriipsutavad alla ebamäärast kliinilist pilti. Võib esineda kerge kuiv köha, vähesed valud rinnus, aeg-ajalt võib tekkida subfebriilne temperatuur. Teataval määral on iseloomulikud korduvad bronhiidid ja kopsupõletikud, mille puhul tekib palavik. Et ka kopsuvähi esimesteks sümptoomideks võivad olla sellised nähud, siis on arusaadav, et paljudel, kes pöörduvad

arsti poole, oletatakse kopsuvähki. Haiguse hilisemas järgus ja ulatuslikuma kopsukahjustusega juhtudel tekivad kardiopulmonaalse puudulikkuse nähud. Esinevad tursed ja hingeldus. Röntgenoloogiliselt võib leida suhteliselt tihedaid piirdunud varjustusi vastavalt kahjustuse ulatusele ja paiknemisele. Spetsiifiline ravi puudub. Ravi on sümptomaatiline ja seisneb põhiliselt tüsistuste ennetamises. Loomulikult tuleb katkestada mineraalõli kasutamine või võimaluse piires kõrvaldada põhjus, mis tingis toidurasva aspireerimise.

Kui diferentsiaaldiagnostiliselt ei õnnestu vahet teha oleogranuloomi ja bronhogeense vähi vahel, siis tuleb haiget opereerida. Operatsiooni ajal biopsia teel saadud koetükikestest valmistatakse külmutuslõigud, mis värvitakse sudaaniga. Vastavalt uuringute tulemusele tehakse kas kopsu radikaalne resektsioon või eemaldatakse ainult granulomatoosne sõlm (15, 21).

Mitmesuguste õlide kopsu kahjustavat toimet on tarvis silmas pidada pediaatritel, otorinolarüngoloogidel, röntgenoloogidel ja teistel. Ei saa pidada soovitatavaks parafiinõli kasutamist ninatilkadena. Kutsetervishoiu alal töötajad peaksid senisest rohkem tähelepanu pöörama sellele, et tööstusettevõtete õhku ei satuks õliaerosoole. Õlide poolt esilekutsutud muutused kopsus vajavad alati lähemat selgitamist ja täpsustamist.

KIRJANDUS

1. Абрикосов А. И. Клинич. медицина, 1943, 21, 7/8, 32—34. — 2. Анисимов А. Н., Сб. Здравоохранение Советской Эстонии, 1955, 3, 238—251. — 3. Жданов В. С. Архив патологии, 1959, 6, 60—66. — 4. Нечаева М. Е. Архив патологии, 1961, 4, 87—88. — 5. Bruns, G. Zbl. allgem. Pathol. und pathol. Anat., 1951, 87, 7/8, 277—280. — 6. Foe, R. B. and Bigham, R. S. J. Amer. Med. Assoc., 1954, 155, 1. 33—34. — 7. Forbes, G. and Bradley, A. Brit. Med. J., 1958, 5112, 1566—1568. — 8. Friedell, G. H. a. o. Amer. J. Roentgenol., 1962, 87, 5, 847—852. — 9. Gaertner, K. Frankfurter Z. Pathol., 1938, 51, 1, 98—103. — 10. Gartmann, J. Chr. Beitr. Klinik Tuberk., 1961, 124, 1, 71—81. — 11. Giese, W. Die Atemorgane. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. Berlin, 1960, Bd. II, Lfg. 6, S. 1694—1700. — 12. Gunn, J. D. Pathology. St. Louis, 1948, 718—719, — 13. Hendricks, N. V. a. o. Arch. Environmental Health, 1962, 4, 2, 139—145. — 14. Herlemann, A. Virchows. Arch. pathol. Anat. und Physiol., 1939, 303, 3, 744—758. — 15. Jampolis, R. W., McDonald, G. R. and Clagett, O. T. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1953, 97, 2. 105—119. — 16. Lauche, A. Trachea, Bronchien, Lungen und Pleura. Pathologie der Laboratoriumstiere. Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1958, Bd. I, 28—56. — 17. Löblich, H. I. und Arambašic, M. Frankfurter Z. Pathol., 1961, 71, 3, 232—245. — 18. Pinkerton, H. Arch. Pathol., 1928, 5, 380. Tsit.: R. W. Jampolis, G. R. McDonald and O. T. Clagett. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1953, 97, 2, 105—119. — 19. Rewell, R. E. Brit. Med. J., 1947, 4499, 409—411. — 20. Schmidtmann, M. und Dick, H. Virchows Arch. pathol. Anat. und Physiol., 1952, 322, 6, 633—644. — 21. Siddons, A. H. M. Brit. Med. J., 1958, 5066, 305—307. — 22. Steinberg, I. and Finby, N. Amer. J. Roentgenol., 1956, 76, 1, 108—114. — 23. Weissmann, H. Amer. Rev. Tuberc., 1951, 64, 5, 572—576.

О ПОРАЖЕНИИ ЛЕГКИХ ВСЛЕДСТВИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ МАСЕЛ

Ю. Эхльвест

Резюме

Различные масла при попадании в легкие вызывают реакцию легочной ткани. Это выражается в появлении макрофагов, т. н. пенистых клеток в альвеолах и сопровождается эксудативно-инфильтративными и пролиферативно-склеротическими процессами, что приводит к уменьшению дыхательной поверхности легких. Характер названных процессов зависит от природы масла. Животные жиры, содержащие свободные жирные кислоты, действуют более раздражающие, чем минеральные масла и рассасываются в легких. Минеральные масла остаются в легких. Масла попадают в легкие при различных обстоятельствах, например, при использовании парафинового масла для лечения заболеваний верхних дыхательных путей. Особого внимания требует предупреждение загрязнения воздуха в различных промышленных предприятиях аэрозолями минеральных масел.

KIIRGUSKOORMUS HAIGETE RÖNTGENOLOOGILISEL UURIMISEL

Arstiteaduse kandidaat *S. SALZMAN*
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pearadioloog

Meditsiinis, tehnikas ja muudel rahvamajanduse aladel kasutatakse laialdaselt kiirgusallikaid. Suurte kiiritusannuste bioloogilist toimet on juba käesoleva sajandi algul põhjalikult uuritud. Varem arvati, et väikesed ioniseerivad annused on kahjutud, kuid viimastel aastatel tehtud radiobioloogilised uurimised on näidanud, et ioniseeriva kiirguse korral võib erakordselt väikese energiahulgaga kaasneda bioloogiline mõju (11). Näiteks kiiritamisel doosiga 5 r häiritakse nahaepiteelirakkude jagunemist, kuid 25 r kutsub esile lümfotsüütide arvu ajutise vähenemise katseloomade veres (2). Et ioniseeriv radiatsioon läbib platsentaarbarjääri, võib juba väike kiirgusannus (25 r) mõjutada loote arengut emaihus ebasoodsalt (4), mis omakorda võib viia geneetiliste muutusteni (5).

Meditsiinis on röntgenoloogiline uurimine laialdaselt levinud. Et arstidel, sealhulgas ka röntgenoloogidel, pole täielikku ettekujutust kiirguse ulatusest, mis toimib haigesse ühe või teise röntgenidiagnostilise protseduuri sooritamisel, siis vajab nimetatud probleem lähemat käsitlemist.

Seniajani on kiirguse lubatavaks ülemmääraks (seda on ebaõigesti nimetatud ka «tolerantseks annuseks») 100 r nahadoos (7). On kindlaks tehtud, et mao uurimisel haavandite ja vähi suhtes (koos kolme röntgeniülesvõttega) moodustab nahadoos 62,4—122,4 r, ületades seega mõningatel juhtudel lubatava piiri. Kui jämesoole uurimisel kasutatakse kontrastvahendit, on nahadoosiks pool lubatavast ülemmäärast, nimelt 50,4 r. Rindkere tomograafia puhul, kui läbivalgustus vältab 8 minutit (koos 9 röntgeniülesvõttega), moodustab summaarne doos nahale 66,24 r., s. t. $^2/_3$ lubatavast nahadoosist (9). Lülisamba nimme- või vaagnapiirkonnast külgvaates tehtava ühe ülesvõtte nahadoosiks on 17 r, kuid koletsüstograafia või urograafia on seotud vähema kiirguskoormusega nahale; nendel protseduuridel on nahadoosi suuruseks iga ülesvõtte puhul vastavalt 5,88 ja 6,14 r.

Teades igale uuritavale langeva kiirguskoormuse suurust saab arst haigele ohutu seisundi tagada. Vastavad tabelid on trükis avaldatud ja kõigile arstidele kättesaadavad (6).

Nahadoosid ei anna veel täielikke andmeid kiirguskoormuse kohta. Röntgenoloogilisel uurimisel on vaja kindlaks määrata mitmesugustele elunditele ja elundsüsteemidele langev kiirguskoormus, sest teatavasti on erinevad koed ioniseeriva kiirguse suhtes erineva tundlikkusega. Eriti tuleb seda silmas pidada röntgenidiagnostilistel uuringutel, mil suured kiiritusdoosid absorbeeruvad luuüdisse. Sellest seisukohast hakkab eriliselt tähtsat osa etendama angiokardiograafiline uurimine, mida rakendatakse üha sagedamini, eriti südame- ja kopsuhaiguste puhul siis, kui on vaja lahendada kirurgilise ravi vajalikkuse küsimus (13). Samuti tuleb arvestada südamehaigetel esinevat luuüdi hüperplaasiat, mis võib olla eelsoodumuseks kiirituskahjustuse arengule. Vahetu mõõtmise teel (lülisambakanalisse ning õlavarre ja reieluu epifüüsi piirkonda paigutatud mõõteseadise abil) tehti kindlaks, et südame kateteriseerimisel kolmekümne minuti kestel ulatub kiiritusdoos 50 r-ni. Angiokardiograafia puhul on kiiritusannus tunduvalt väiksem; 30 minutit kestnud läbivalgustusel langeb rinnakule 13 r, õlavarreluule 11 r ja lülisamba rinnalülidele 3 r. Sealjuures on kogu lülisamba rinnaosa luuüdi kiiritusdoosiks kõigest 7,5 r.

Öeldu põhjal võib järeldada, et luuüdi kiiritumise oht on südame kateteriseerimisel suurem; angiokardiograafiast põhjustatud kiirguskoormus luuüdile on aga tunduvalt väiksem.

Pole mingeid tõendeid selle kohta, nagu oleks röntgenidiagnostika põhjustanud täiskasvanuil leukoosi. Teatavasti tekkis vereloomehaigusi hilistagajärgedena neil patsientidel, keda oli ravitud röntgenikiirte suurte annustega lülisamba piirkonna mitmesuguste luu- ja perifeerse närvisüsteemi haiguste puhul (3). Aastail 1935—1954 raviti Inglismaal röntgenikiirte suurte annustega (3500 r ja rohkem) 13 352 kroonilise anküloseeruva spondiliidiga haiget. 20 aastat hiljem tekkis 36 inimesel leukeemia või aplastiline aneemia. Arvatakse, et see oli tingitud luuüdi kiiritamisest.

Sõltuvalt tehnilistest tingimustest — voolu tugevusest ja pingest, samuti kiiritusvälja suurusest — oli koormus fantoomi kiiritusdoosi mõõtmisel mitmesugustele elunditele erinev. 9. rinnalüli kõrgusel oli 15×15 sm ulatusega kiiritusvälja keskel doosi võimsuseks 691,6 mr/min [milliröntgenit minutis (12)]. Et rindkere läbivalgustamine kestab kopsude või südame patoloogilise seisundi korral kuni 3 minutit, siis ulatub ühele protseduurile langev doos ligikaudu 1800—1900 mr.

Kuid röntgenoloogiliselt uuritavate patsientide tervise huvides peab teadma ka nn. gonaadset koormust, s. o. hajuva kiirguse tagajärjel suguelundeile langeva kiirguse annust. Sel eesmärgil paigutati mõõteaparaadid kas tuppe või mõlemale poole munandeid. Tehti kindlaks, et rindkere läbivalgustamise ajal ühe minuti kestel on meestel gonaadseks doosiks keskmiselt 1,8 mr ja naistel 0,6 mr. Laste läbivalgustamisel on olukord väikeste kehamõõdete tõttu halvem. Gonaadne koormus imikutel ületab 40 korda 8—14-aastaste laste koormuse.

Röntgeniülesvõtete tegemisel ning fluorograafilisel uurimisel on gonaadne koormus tunduvalt väiksem. Seepärast tuleks läbivalgustamiste sagedust vähendada röntgeniülesvõtete kasuks, seda eriti laste puhul. Keskmiselt arvestatakse, et gonaadne doos on ülesvõtete korral 4,5 korda väiksem kui läbivalgustamisel.

Täiskasvanute kopsudest röntgeniülesvõtete tegemisel on gonaadne doos samuti tunduvalt väiksem kui röntgenoskoopilisel uurimisel. W. Seelentagi ja kaastöötajate (tsit. 1 järgi) andmetel on tagumiseeesmises projektsioonis tehtud kopsuülesvõttel gonaadne doos meestel 0,06 mr ja naistel 0,11 mr. Läbivalgustamisel on aga vastavad doosid 1,12 ja 1,90 mr.

Gonaadne koormus on suurem kõhu- ja vaagnapiirkonna uurimisel: veeni süstitud kontrastainega püelogrammi gonaadseks doosiks meestel on 280 mr, naistel 290 mr. Kahes projektsioonis tehtavate lülisamba nimmepiirkonna ülesvõtete puhul on koormus vastavalt 44 ja 126 mr, vaagna uurimisel aga 370 ja 240 mr. Teiste andmete järgi on gonaadne doos pelvimeetria puhul 197 mr, salpingograafia puhul 906 mr. Sama koormus rasedale tehtud röntgeniülesvõtte korral moodustab 390—550 mr. Sellega seoses on alati vaja arvesse võtta kogu kiiritusdoosi, mille inimese organism on saanud oma eluea kestel, eriti raseduse ajal.

Kirjanduse andmed gonaadsete dooside kohta on erinevail uurijail lahkuminevad. S. Reinberg ja B. Alijev (8) sooritasid dosimeetri abil 55000 mõõtmist ning tegid kindlaks, et gonaadsed doosid on eriti suured vaagna- (1000 mr meestel ja 250 mr naistel) ning reieluu ülesvõtete puhul (vastavalt 120 ja 26 mr). Eriti tähtsad on ka kiiritatava välja mõõtmed ja fookuskaugus, samuti voolu pinge (kV) röntgenitorus. Väiksem kiiritusväli ja fookuse suurem vahemaa ning madalam kilovoltaaž vähendavad tunduvalt gonaadset doosi. V. Petrov kaasautoritega (6) väidab, et kiiritusdoos suguelundite piirkonnas sõltub uuritavast piirkonnast ja on eriti kõrge meestel väikese vaagna elunditest röntgeniülesvõtete tegemisel. Nad soovitavad kõigi diagnoosimisaparaatide puhul kasutada 2 mm Al filtreid.

Eespool toodust ei tule järeldada, et kõik röntgenoloogilised uuringud on seotud suure kiirguskoormusega. Ainult 7—10% diagnostiliste

uuringute üldarvust põhjustavad gonaadset koormust. Siia kuuluvad vaagna ja kuseteede, samuti pelvimeetria ning lülisamba nimme-ristluupiirkonna uurimine. 80% röntgenidiagnostiliste uurimistega (rindkere, kolju ja jäsemete röntgenograafia) kaasneb ainult väike gonaadne kiiritusdoos.

Röntgenidiagnostilisi uuringuid tehtagu põhjendatult. Eesti NSV-s tuleb keskmiselt iga elaniku kohta vähemalt üks röntgeniprotseduur aastas, kusjuures kiirguskoormus näitab tõusutendentsi (massilised fluorograafilised uurimised, torakaalkirurgia juurutamine, tomograafia). Kiirguskoormuse vähendamise teeks on raviarstide poolt tehtavate eelnenud uuringute hoolikas tundmaõppimine, mille tulemusena langeb sageli ära röntgenoloogilise kordusuuringu vajadus. Töö kergendamiseks on soovitatav igas haiglas ja võimaluse korral ka polikliinikutes avada röntgeniarhiiv.

Röntgeniläbivaatuse määramisel arvestatagu haigete vanust (lapsed ja rasedad on kiirguse suhtes tundlikumad), mitmesuguste kehaosade erinevat tundlikkust (kõhupiirkond on tundlikum) ja organismi füsioloogilist seisundit (naised on menstruatsiooni ajal kiirituse suhtes tundlikumad). Haigete uurimine lamamisasendis on seotud suurema kiirguskoormusega kui seistes. Röntgeniülesvõtte tegemisel tuleb kiiritamisele mittekuuluvad kehaosad, sealhulgas ka suguelundid, tinakummiga katta. Kuni 12 aasta vanuste laste rindkerelundite uurimiseks on soovitatav teha röntgeniülesvõtteid ning ainult vastavate näidustuste korral röntgeniläbivalgustust (14).

On vaja rangelt vältida haigete kogunemist röntgenikabinettidesse; läbivaatuse ajal võib kabinetis viibida ainult üks kuni 14 aasta vanune laps või kaks täiskasvanut.

KIRJANDUS

1. Григорьев Ю. Г., Андреева М. П. и др. Мед. радиология, 1959, 6, 3—15. — 2. Лебединский Л. В. Влияние ионизирующей радиации на организм. М., 1957. — 3. Опасности ионизирующего излучения для человека. Перевод с английского. М., 1957. — 4. Рассел Л. Б. Действие излучений на внутриутробное развитие млекопитающих. В кн.: Радиобиология, под ред. А. Холендера. М., 1960, 56—126. — 5. Рассел В. Л. Генетический эффект ионизирующего излучения у млекопитающих. В. кн.: Радиобиология, под ред. А. Холендера. М., 1960, 11—55. — 6. Петров В. А., Палладиева Н. М., Пиванова П. С. Вестн. рентгенол. 1962, 6, 51—55. — 7. Рейнберг С. А. Клинич. медицина, 1958, 4, 3—14. — 8. Рейнберг С. А. и Алиев Б. М. Вестн. рентгенол. 1962, 6, 45—51. — 9. Сунь Бай-вей. Кожные дозы при некоторых рентгенологических исследованиях. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1957. — 10. Храбровски З., Хусар Л. Медикор, Будапешт, 1961, 1—2, 28—37. — 11. Циммер К. Г. Проблема количественной радиобиологии. М., 1962. — 12. Brezina, K., Fuchs, G. Fortschr. Röntgenstrahlen, 1961., 95, 1. — 13. Papagni, L., Rosco, B., Bellini, F. Fortschr. Röntgenstrahlen, 1962, 96, 1, 75—81. — 14. Циркулярное письмо М. З. СССР № 06-14/62 от 29. 08. 1963 «Об упорядочении рентгенологических исследований».

ЛУЧЕВАЯ НАГРУЗКА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ

С. Зальцман

Резюме

В век рентгенорадиологии и атомной медицины стала актуальной проблема действия рентгеновских лучей на человеческий организм, что обусловлено постоянно повышающимся уровнем радиации во внешней среде. Установлено, что повторные малые дозы радиации в живом организме кумулируют, вызывая увеличения скорости спонтанных мутаций клеток, что может неблагоприятно отразиться на потомстве (действие на гонады). В связи с этим необходимо всегда учитывать общую дозу излучения, получаемую человеком в течение жизни и в особенности в его детородный период.

В литературе существуют разногласия по вопросу об удельном значении рентгено-диагностических процедур в лучевой нагрузке населения; одни исследователи считают, что доза при рентгенологических исследованиях составляет лишь незначительную или даже ничтожную долю той, которая заключается в радиоактивном фоне; другие утверждают, что 80—90% лучевой нагрузки населения обусловлено рентгенодиагностикой.

При определении лучевой нагрузки больных придерживаются понятия «предельно допустимой дозы» ионизирующей радиации (доза, которая в свете современных знаний при однократном применении безопасна). Эта условная доза составляет 100 р на поверхности кожи. Ее обозначают как однократно допустимую кожную дозу. При учете типа, аппарата, трубки, характера исследования, напряжения (кV), силы тока (мА), фильтрации лучей, кожно-фокусного расстояния, на основании таблиц может быть легко вычислено допустимое время просвечивания (в минутах) и допустимое количество снимков при однократном исследовании. Допустимое время просвечивания желудочно-кишечного тракта составляет 10—20 минут, а с производством трех снимков не более минут. Лучевая нагрузка на кожу при рентгенографии во много раз меньше чем при рентгеноскопии, и поэтому желательно по возможности чаще пользоваться первым методом .

Для определения биологической реакции человеческого организма на рентгеновские лучи знания величины кожных доз недостаточно, так как необходимо определить дозу для различных органов и систем, что в настоящее время невозможно так как отсутствуют необходимые приборы для этого. Прямые измерения на фантомах показали большую лучевую нагрузку на костный мозг при ангиокардиографии и особенно при катетеризации сердца.

Следует иметь в виду, что гонадные дозы (т. е. дозы, воздействующие на половые органы в результате облучения прямым пучком или от воздействия рассеянных рентгеновских лучей) различны в зависимости от характера процедуры, пола и возраста; они незначительны при исследованиях органов грудной клетки взрослых, черепа, шейных и грудных позвонков, коленного сустава. Бронхография, холецистография, снимки поясничного отдела позвоночника, особенно такие процедуры как сальпингография, контрастная клизма толстого кишечника и исследования таза обуславливают высокую лучевую нагрузку на гонады.

В историях болезни и картах обследования больных, подвергающихся сложным рентгенологическим исследованиям, необходимо отмечать физико-технические условия рентгенологических процедур: продолжительность исследования в минутах, киловольтаж и миллиампераж, качество фильтров, размеры облучаемого поля и кожно-фокусное расстояние, что даст возможность вычислить (хотя бы приближенно) лучевую нагрузку больного.

Для уменьшения лучевой нагрузки больных рекомендуется во время рентгенологических исследований защищать гонады и другие необследуемые части тела просвинцованной резиной. Детям до 12 лет при исследовании органов грудной клетки следует назначать рентгенограммы и только при надобности подвергать их просвечиванию. Обследования органов брюшной полости беременных женщин следует проводить только при наличии строгих показаний.

GINGIVIIDI JA PARODONTOOSI RAVIST PLIIGA KOKKUPUUTUVATEL TÖÖLISTEL

E. OPPI ja arstiteaduse kandidaat *H. KAHN*

(Tallinna Harjumäe Haiglast, peaarst *V. Davidovitš*, ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Parodontoos ja sellega kaasnev gingiviit on stomatoloogilises praktikas laialdaselt levinud ning kuni käesoleva ajani raskesti ravitavad haigused. Isegi kõige täiuslikum kompleksne ravi ei anna kaugelearenenud juhtudel soovitud tulemusi. Haigus progresseerub järjekindlalt, põhjustades varem või hiljem hammaste patoloogilise lõnkuvuse ning lõpuks nende väljalangemise.

Parodontoosi peetakse polüetioloogiaga haiguseks, kusjuures omistatakse suurt tähtsust närvisüsteemi talitluse ja seedetrakti häiretele,

hüpo- ja avitaminoosile (eriti C- ja PP-vitamiin), sisesekretsiooninäärmete haigustele (näiteks suhkruhaigus) ja mitmetele muudele etioloogilistele teguritele. Kõik need tegurid võivad esile kutsuda nihkeid ainevahetuses, sealhulgas ka mineraalainevahetuses, mis etendab tähtsat osa parodontoosi patogeneesis.

Parodontoosi üheks tekitajaks võib pidada ka pliid. Selle metalli kahjulikku mõju hammaskonnale on rõhutanud paljud teadlased. F. Koelsch (2) põhjendab pliiga kokkupuutuvate tööliste sagedast haigestumist parodontoosi sellega, et nimetatud metall ladestub aja jooksul luukoesse, eriti lõualuudesse, mis põhjustab latentselt kulgevat fibroosset ostiiti ühes luukoe atroofiaga. G. Schroerteri (3) andmeil võib pliiga süstemaatiliselt kokkupuutunud inimeste 100 g luukoes leida isegi üle 10 mg pliid. Huvitav on märkida, et ka nende inimeste luukoes, kes pole pliiga kunagi kokku puutunud, leidub seda samuti teataval hulgal, mis inimese vananemisega proportsionaalselt suureneb. Kalduvus luukoesse deponeeruda on omane ka mõnedele teistele metallidele, näiteks uraanile, strontsiumile ja talliumile.

Ei saa aga kindel olla, et pliiga kokkupuutuvate tööliste sagedane parodontoosi haigestumine on tingitud ainult plii ladestumisest lõualuudesse. Viimaste aastate uurimused on näidanud, et isegi niisugused kogused, mis ei kutsu esile iseloomulikke intoksikatsioonitunnuseid, põhjustavad nihkeid endokriinsete näärmete talitluses ja fermentide aktiivsuses. On võimalik, et ka see avaldab mineraalainevahetusele teatavat mõju.

Meie vabariigis on paradontoos tõsiseks probleemiks, eriti just pliiga kokkupuutuvate tööliste hulgas. Näiteks Tartus ja Tallinnas uuritud 115 trükitöölisest põdes gingiviiti ja parodontoosi 84 inimest (E. Oppi). 1960.—1962. a. Meie poolt diagnoositud 51 pliimürgistusega haige seas oli 15 inimesel gingiviit, 22 inimesel parodontoos ja 18 inimesel pliiviirg (1). Nimetatud haigete raviks kasutati etüleendiamiintetraäädikhappe-kaltsiumdinaatriumisoola ($CaNa_2$ EDTA) heade tulemustega. Kõrvuti enesetunde paranemisega, hemoglobiinihulga suurenemisega, basofiilse teralisusega erütrosüütide ja retikulotsüütide arvu vähenemisega perifeerses veres, porfüriini ja plii erituse alanemisega uriinis kadusid pliiviirg ning enamikul juhtudest ka gingiviit.

Etüleendiamiintetraäädikhappe ravitoime seisneb selles, et ta ühineb pliiga helaatsidemete abil ning sel teel suurendab plii elimineerumist organismist. Seega võib $CaNa_2$ EDTA pliimürgistuse puhul õigustatult etiotroopseks ravimiks pidada. Sellise ravimi olemasolu ning hammaskonna kahjustuste sagedane esinemine pliiga kokkupuutuvatel töölistel viiski käesoleva artikli autorid mõttele rakendada $CaNa_2$ EDTA gingiviidi ja parodontoosi raviks. Selleks manustati igemetele 10%-list $CaNa_2$ EDTA vesilahust elektroforeesimeetodil, mis toimus järgmiselt: ravimiga elektroodid (katood) asetati alumistele ja ülemistele igemetele, passiivne elektrood (anood) aga seljale abaluude piirkonda. Olenevalt patsiendi tundlikkusest individualiseeriti voolu tugevust 2—14 mA. Ravikuur koosnes 20 seansist, mis toimus ülepäeviti á 20 minutit. Enne seda saneeriti hambad, puhastati hambakivist ja vajaduse korral teostati igemetaskute küretaaž.

Kokku raviti 10 trükitöölist, neist 6 masinaladujat ja 4 käsiladujat. Ravialuste vanus oli 23—49 aastat. Naisi oli 9, mehi 1. Tööstaaž trükitöö alal 5—30 a. (keskmiselt 14,5 a.). Kroonilist pliimürgistust ravialustel ei diagnoositud. Hemoglobiinisisaldus veres 11,0—12,4 g% (keskmiselt 11,9 g%). Üheksal inimesel puudusid basofiilse teralisusega erütrotsüüdid ja ainult ühel oli neid 100 rakku 1 000 000 erütrotsüüdi kohta. Retikulotsüütide arv oli 7 inimesel normi piirides, kolmel üle 0,8% ja ühel ulatus 1,3-%-ni. Pliiviirgu ei esinenud. Viiel patsiendil diagnoositi komplit-

seerunud parodontoosi (neljal I—II staadium, ühel III staadium), neljal atroofilist parodontoosi (I—II staadium) ja ühel gingiviiti koos algava parodontoosiga.

Ravi tulemusena kadusid 5 inimesel igemete veritsemine ja turse 7—10 raviseansi järel. Kahel, kellel leiti patoloogilisi igemetaskuid ja mädaeritust, kadusid kaebused ja igemed paranesid pärast 15. raviseanssi. Ülejäänud kolmel atroofilise parodontoosiga patsiendil puudusid kaebused ja mingisuguseid muutusi ei sedastatud. Hammaste lõnkuvus jäi endiseks. Röntgenoloogiline leid vahetult pärast ravikuuri ei muutunud.

Saadud ravitulemuste põhjal võib järeldada, et $CaNa_2$ EDTA rakendamine õigustab end gingiviidi ja tõenäoliselt ka parodontoosi ravimisel, kui on tegemist pliiga süstemaatiliselt kokkupuutuvate isikutega. Nimetatud küsimus vajab edaspidi veel põhjalikumat uurimist.

KIRJANDUS

1. Кахн Х. А. Опыт изучения эффективности кальциидинатриевой соли этилендиаминтетраксусной кислоты ($CaNa_2$ ЭДТА) при лечении хронической свинцовой интоксикации. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1963. — 2. Koelsch, F. Zbl. Arbeitsmed. und Arbeitsschutz. 1959, 9, 5, 114—117. — 3. Schroeter, G. Die Berufsschäden der Strütz- und Bewegungssystems. Leipzig, 1961.

О ЛЕЧЕНИИ ГИНГИВИТА И ПАРОДОНТОЗА У РАБОЧИХ ИМЕЮЩИХ КОНТАКТ СО СВИНЦОМ

Э. Оппи и Х. Кахн

Резюме

Пародонтоз и сопровождающий его гингивит являются в стоматологической практике весьма распространенными заболеваниями, лечение которых зачастую не дает удовлетворительных результатов. Из многочисленных этиологических факторов заболевания определенную роль играют тяжелые металлы, в частности свинец. Так например, при медицинском обследовании рабочих, имеющих контакт со свинцом на ряде заводов и предприятий республики, оказалось, что более чем половина обследованных страдает пародонтозом или гингивитом. Столь высокая частота этих заболеваний побудила авторов настоящей статьи применить для лечения вышеуказанного патологического процесса кальций-динатриевую соль этилен-диаминтетрауксусной кислоты ($CaNa_2$ЭДТА), являющейся, как известно, мощным средством выведения свинца из организма.

$CaNa_2$ЭДТА применялась в виде 10% водного раствора, причем электроды накладывались непосредственно на десны. Курс лечения состоял из 20 сеансов ионофореза.

В результате проведенного лечения из 10 больных у 7 человек кровоточивость, зуд и разрыхленность дёсен исчезли. У 3 человек, страдающих атрофической формой пародонтоза, никаких изменений непосредственно после лечения не отмечалось.

Вышеизложенные предварительные данные свидетельствуют о том, что предлагаемый метод заслуживает дальнейшего изучения.

TOOTMISE ESTEETIKA JA TRAUMATISM

V. LEMARINJE

(Tallinna Vabariiklikust Sadama Haiglast, peaarst *G. Radzimovski*)

Viimastel aastatel on meditsiinilises ja tehnilises kirjanduses hakanud ilmuma andmeid tootmisruumide ja tehniliste sisseseadete otstarbeka värvimise positiivse mõju kohta tööstustraumatismi vähendamisel (1, 2). Nii näiteks täheldas M. Merman (3) tööstustraumade kolmekordset vähenemist Moskva tehases «Svetofor» pärast tsehhide seinte ja tööpinkide katmist heledas toonis värvidega.

Nõukogude ja välismaa teadlased on tõestanud erinevate värvitoonide erisugust toimet inimese nägemismeelele ja üldise väsimuse tekkimisele. On kindlaks tehtud, et kõige soodsamat mõju inimese neuro-psüühilisele seisundile avaldavad spektri keskmise lainepikkusega osade värvused, nimelt roheline, rohekaskollane ja nendele lähedased toonid. Kahjuks peab konstateerima, et nii Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla tervishoiupunkti poolt teenindavates käitistes kui ka muudes vabariigi tööstusettevõtteis pole tootmisruumide kujundamisel ja tehnilise sisseseade värvimisel seda alati arvestatud. Pahatihti on kasutatud juhuslikke, ettevõttes käepärast olevaid värve. Seetõttu domineerivad tsehhiruumides üksluised, hallid värvitoonid, mis omakorda kiirendavad nii üldist kui ka nägemismeele väsimist, vähendavad tööliste enesekontrolli ohutute töövõtete kasutamisel ja põhjustavad tööstustraumade sagenemist.

Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla tervishoiupunkti meditsiinitöötajate initsiatiivil hakati 1960. aastast alates nende teenindamisele kuuluvate ettevõtete tööpinke ja tehnilist sisseseadet salatiroheliseks värvima, tsehhide seinad aga kaeti heledamates toonides värvidega, näiteks rohekaskollasega jm. Tööpinkide liikuvad osad (sildkraanad ja talakraanad) kui kõige sagedasemad tööstustraumade põhjustajad kaeti kontrastsuse saavutamiseks must-kollaste vöötidega. See eraldas neid selgesti muudest seadmetest ja tõstis töötajate valvsust nende ohtlikkuse suhtes.

Heledad seinad, salativärvi tööpingid ja muu sisseseade rõõmustavad silma ja loovad hea meeleolu. Selleks aitab kaasa veel luminestsentslampide hubane valgus. Samuti on muutunud töötajate suhtumine seadmetesse ja oma töökoha hooldamisse. Iseenesestmõistetavaks on kujunenud metallijäätmete regulaarne koristamine, töödeldavate detailide täpne lattu paigutamine ja tööpingi korralik hooldamine. Tsehhide juhtkond osutab rohkem tähelepanu kütte- ja ventilatsioonisüsteemi häireteta töö tagamisele, akende ja vahelagede regulaarsele klaasimisele ja puhastamisele. See on tunduvalt parandanud tootmisruumide mikrokliimat.

Rakendatud abinõude tulemusena vähenes 1963. aastal tööstustraumade arv 1960. a. võrreldes 27,9% võrra, peamiselt just tööhügieeni eeskirjade rikkumisest tingitud traumade järsu vähenemise arvel. Muudest üritustest tuleb rõhutada kõikide tööõnnetuste täielikku arvestust, meditsiinitöötaja osavõtmist iga traumajuhtumi põhjuste väljaselgitamisest ja vastavate abinõude rakendamisest nende kõrvaldamiseks. Samuti on tähtis osa laialdasel sanitaarharidustööl, ohutustehnika eeskirjade täitmise kontrollimisel, tööstustraumade arvestamisel tsehhidevahelise sotsialistliku võistluse kohta kokkuvõtete tegemisel.

Olgugi, et üheaegselt tootmisruumide ja tehnilise sisseseade värvimisega toimusid ka eespool mainitud profülaktilised üritused, on otstarbeka värvimise positiivne mõju traumade vältimisel siiski vaieldamatult selge. Selle laialdane kasutusele võtmine on hädavajalik ka vabariigi teistes tööstusettevõtetes.

Tootmisruumide ja tehniliste sisseseadete otstarbekas värvimine on vaid tootmisesteetika probleemi üheks osaks. Selle teiseks tähtsaks lüliks on töötajate varustamine kaasaja nägusa, mugava ja praktilise tööriietusega ning selliste tööriistadega, mille käepidemed vastaksid täielikult peopesa ja sõrmede pinnareljeefile, mis kergendab tööd ja muudab selle ohutumaks. Tootmisesteetika on tähtis ja hädavajalik komponent meie tehaste ja vabrikute muutmisel ettevõteteks, kus puuduvad tööstustraumad.

KIRJANDUS

1. Белецкая В. Техника и эстетика. М., 1962. — 2. Кузьмин В., Нижегородцев В. Вестн. машиностроения, 1963, 8, 77—80. — 3. Мерман М., Сов. здравоохранение, 1963, 8, 38—40.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ЭСТЕТИКА И ТРАВМАТИЗМ

В. Лемаринье

Резюме

В медицинской и технической печати последних лет стали появляться сообщения о положительном влиянии рациональной окраски производственных помещений и оборудования на уровень промышленного травматизма. М. Мерман отмечает, что после того как на Московском заводе «Светофор» стены цехов и станки были окрашены в светлые тона, производственный травматизм снизился в три раза.

С 1960 года, по инициативе медицинских работников здравпункта Таллинской Республиканской портовой больницы, станки и оборудование на обслуживаемом предприятии начали перекрашивать в салатный цвет, а стены цехов в светлые тона, например зеленовато-жёлтый и др. В результате принятых мер производственный травматизм в 1963 году по сравнению с 1960 годом сократился на 27,9%, в основном за счет резкого снижения травм, обусловленных санитарно-гигиеническими причинами.

Хотя наряду с рациональной окраской производственных помещений и оборудования нами проводились и другие профилактические мероприятия, положительная роль рациональной окраски в борьбе с травматизмом очевидна .

KOGEMUSI PÕLETUSTE KIRURGILISE RAVI ALALT

J. ŠULTS

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, kateedri juhataja professor *A. Linkberg*)

Viimaste aastakümnete jooksul on põletuste raviprintsiipides toimunud suured muutused. Endised, kaua aega võtvad konservatiivsed raviviisid on välja tõrjutud kirurgiliste meetodite poolt. Aastatepikkustest kliinilistest kogemustest selgus, et ulatuslike sügavate põletuste ravimisel haige üldseisundi kiireks taastamiseks ei ole niivõrd tähtsad üld- ja paikse toimega ravimid (nagu mitmesuguse koostisega salvid, antibiootikumid jne.), mis kuuluvad üksnes abivahendite hulka, vaid peatähelepanu tuleb pöörata õigeaegsele nahaülekandele. Ainult viimane tagab naha täisväärtuslikuma funktsionaalse taastumise ja statsionaarsel ravil viibimise aja lühenemise.

Eeltoodust ei tohi sugugi järeldada, et põletuse kõik astmed allutatakse kirurgilisele ravile. Siin tuleks eristada: 1) põletusi, mis paranevad

konservatiivsel teel (põletuse I ja II aste); 2) põletusi, mis vajavad opereerimist (põletuse III ja IV aste).

Ajavahemikus 1948—1963 on Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas viibinud 353 termiliste põletustega haiget. Neist 206-l esines I ja II järgu, 147-l aga III ja IVjärgu põletus. Enamikul juhtudest lokaliseerus põletus jäsemeil ja nimelt: alajäsemeil 156, ülajäsemeil 136, rindkerel-kõhul 111, näol 93, kaelal 35 korral jm. Jälgides analüüsitavate haigete ealist jaotumust, esinesid 203 täiskasvanu kõrval põletused 150 lapsel, viimastest oli alla 4 aasta vanuseid 87. Põletushaavade põhjuseks lastel oli peamiselt kukkumine põrandale asetsevasse kuuma või keeva vedelikuga täidetud anumasse või viimase ümberajamine laua või pliidi servalt. 30 juhul oli tegemist küdeva ahju või pliidi ees mängiva järelevalveta lapse riiete süttimisega. Täiskasvanuil. täheldati põletuse põhjustena peale kuuma vee kõige sagedamini tuleohtlike ainete plahvatusi (nagu bensiini, petrooleumi, atsetooni jt.).

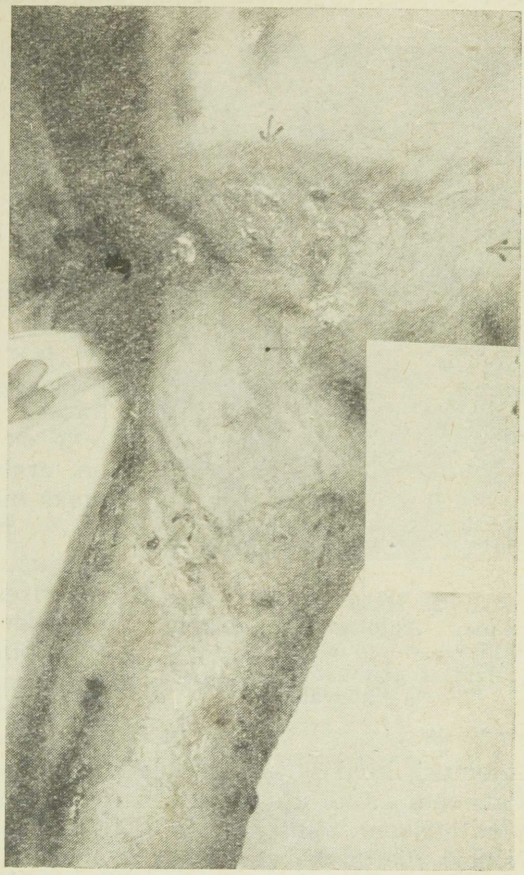


Foto 1. Haige H. 59 aastat vana. Alakõhu, sümfüüsi, perineumi ja mõlema reie laialdased II ja III järgu põletused pärast bensiiniga määrdunud riiete põlemist. Nahaautotransplantatsioon kogusummas 1000 sm^2 suurusel pinnal

Kõik I ja II järgu põletusega haiged paranesid konservatiivse raviga keskmiselt 8—12 päeva jooksul, kuid III ja IV järgu põletuste puhul tuli rakendada kirurgilist ravi. 58 haiget 147-st vajasid nahaülekande tegemist. Kokku teostasime erinevate meetoditega 103 nahaülekannet, neist: 1) Reverdini meetodil 23 juhtu, 2) Thierschi meetodil 34 juhtu, 3) diferentseeritud paksusega dermatoom-lappi kasutati 11 juhul, 4) paksu lappi 9 juhul, 5) homotransplantatsiooni ja auto-homotransplantatsiooni rakendati 13 juhul, 6) mitmesuguseid plastilisi operatsioone, nagu Filatovi varrelapi-meetodit, plastikat Linbergi järgi jt., tehti 13 haigel.

Aastail 1948—1955 oli kliinikus kasutusel põhiliselt nahatransplantatsioon kas Reverdini, Thierschi meetodil või ka paksulapimeetod. Kuid ulatuslike põletushaavade katmiseks on neil meetoditel teatavad negatiivsed küljed. Ühelt poolt on nahalapi suurus piiratud ja naha võtmise tehnika on küllalt keerukas, teiselt poolt jätab soovida kosmeetiline efekt (näiteks ühel juhul tuli põletushaava katmiseks võtta 168 Reverdini lappi ja 36 Thierschi lappi). Põletuste kirurgilise ravi intensiivsemat arengut takistas spetsiaalse instrumendi puudumine praeguse dermatoomi näol. 1956. aastast alates on meie kliinikus esikohal liim-dermatoomiga võetavate diferentseeritud paksusega nahalappide kasutamine. Liim-dermatoom võimaldab kergesti saada soovitud paksuses kuni 200 sm^2 suurusi nahalappe.

Ühelt inimeselt korraga võetava transplantaadi pindala ülemmääraks peetakse 3000 sm^2, millega on võimalik katta kuni 6000 sm^2 suurust defekti, seega ligi $^1/_3$ kogu keha pinnast. Meie haigetel oli suuremaks transplantaadi pinnaks 1000 sm^2. Autotransplantaatide paksus kõikus 0,3—0,6 mm vahel. Diferentseeritud paksusega nahalappe on kasutatud nii perforeeritud kui ka perforeerimata kujul, kinnitatuna defekti servadele siid-üksikõmblustega.



Foto 2. Haige N. 12 aastat vana. Autotransplantatsiooni hilistulemused pärast III järgu laialdast põletust kaelal, näol, kõrval

Kontraktuuride ennetamiseks on autotransplantaatidega võimalikult varakult püütud katta just liigeste piirkonnas paiknevaid defekte. Enamikul juhtudest on kasutatud kirurgilist ravi 3.—4. nädalal pärast põletust. Selleks ajaks on kliinilises pildis toimunud kindlad muutused: II järgu põletus on paranenud epiteliseerumisega ja III ning IV järgu põletuse defekt on kindlapiirilisem. Kärbunud osad on eraldunud ja granulatsioonid puhtamaks ning värskemaks muutunud.

Neil juhtudel, kui on tegemist naha kahjustusega kogu paksuses ja ei ole loota selle iseseisvat taastumist, on kirurgil alati tõsiseks probleemiks põletusest kahjustatud pinna maksimaalse ökonoomsusega katmine. Igal üksikul juhul tuleb küsimus lahendada individuaalselt. Naha autotransplantatsioon annab küll kindlamaid tulemusi, kuid sellega seotud operatsioon on haigele veel lisatraumaks. Patsiendi raske üldseisundi korral, samuti laste puhul ei ole autotransplantatsiooni võimalik teha. Neil juhtudel osutub tõhusaks abivahendiks laibalt võetud konserveeritud naha homotransplantaat. Viimast oleme mitmesugustel näidustustel kasutanud 1960. a. alates, kuid vähesed kogemused sel alal ei luba meil ulatuslikumaid järeldusi teha.

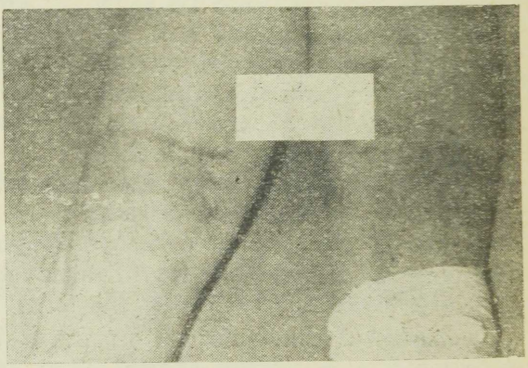


Foto 3. Sama haige. Iseseisvalt epiteliseerunud alad pärast naha võtmist dermatoomiga

Konserveeritud naha homotransplantaate on rakendatud eriti laste puhul ulatuslike põletuspindade katmiseks esmasel korrastusel. Neil juhtudel liibub homotransplantaat tihedalt defekti pinnale ja vähendab sellega plasmakaotust, olles nagu «bioloogiliseks sidemeks». Pärast nekrootiliste pindade puhastamist on haava katmiseks kasutatud autoplastikaga ühteaegu ka homoplastikat. Sel korral oli homotransplantaatide kinnikasvamine alati ajutine, kõikudes 1—3 nädala vahel. Esialgne kinnikasvamine sarnanes autotransplantaadiga, kuid mainitud ajavahemikul tekkisid homotransplantaadis nekrootilised kolded. Kogu transplantaat nagu «sulas», kusjuures paljastusid värsked elujõulised granulatsioonid, millele tehtud autotransplantatsioon lõppes alati edukalt.

Kasutades homotransplantaatidena 6—8-kuuste loodete nahka mõõdukatel, kuid nekroosist ja mädast visalt puhastuvatel pindadel, võisime säilinud epiteelisaarekestel sedastada tavalisest tunduvalt intensiivsemat epiteliseerumist. Efekt tõenäoliselt seisneb embrüonaalse koe laguproduktide stimuleerivas toimes retsipiendi kudede regeneratsiooniprotsessi, millele juhtis tähelepanu juba akadeemik V. Filatov. Meie kogemustel on homoplastika end igati õigustanud ja peaks kliinikus laialdasemat kasutamist leidma.

Edukus põletuste ravis auto- ja homoplastika rakendamisel ei välista sugugi otstarbeka üldtugevdava ravi vajadust. Siinjuures tuleks esile tõsta B. Petrovi seisukohta, kes rõhutab haige üldravis ja naha transplantatsiooniks ettevalmistamisel kahte asjaolu: haige toitmist ja vere normaliseerimist. Vere- ja plasmasülekanded on sel puhul eriti suure tähtsusega. Tartu Linna Kliinilises Haiglas on intensiivistunud vereülekannete tegemine põletushaavadega haigete ravimisel juba 1954. a. alates. Analüüsitava kontingendi haigetele on üle kantud kokku 22,5 liitrit konservverd ja 3,5 liitrit plasmat. Tähelepanekutest selgus, et vere hemoglobiinihulga tõus soodustab tõenäoliselt ka transplantaadi kinnikasvamist.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ

Е. Шульц

Резюме

За последние десятилетия в лечении ожогов произошли значительные изменения. Накопленный опыт показал, что в лечении обширных, глубоких ожогов III-ей степени решающее значение имеет своевременная пересадка кожи.

В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы за время с 1948 по 1963 гг. находилось на лечении 353 больных с термическими ожогами, из них 150 детей. С ожогами I-ой и II-ой степени было 206 больных, с ожогами III-ей и IV-ой степени — 147, из последних 58 больным было сделано 103 операции свободной пересадки кожи различными методами: по Ревердену — 23, по Тиршу — 34, лоскутом, взятым дерматомом — 11, лоскутом всей толщи кожи — 9, гомотрансплантация и аутогомотрансплантация — 13 и другие пластики — 13.

Клинический опыт показал, что наилучший результат дает аутопластика лоскутом, взятым дерматомом. Примененная параллельно с аутопластикой гомопластика значительно облегчает лечение обширных, глубоких ожогов.

MAO SEKRETSIOONIVÕIME MÄÄRAMISEST

V. RÄTSEP

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Maohaigustest esinevad sagedamini gastriit, haavand-, polüüp- ja vähktõbi. Maohaiguse diagnoos leiab harilikult kinnitust kliinilis-laboratoorsete uuringute põhjal. Diagnoosimisel on oluline mao limaskesta funktsionaalse seisundi selgitamine, mida tehakse laialdaselt fraktsioneeritud üld- ja vaba soolhappe määramisega maomahlas.

Maosekretsiooni esilekutsujatena kasutatakse mitmesuguseid proovieineid, millest levinumad on alkoholi- ja kofeiinilahused, leotatud saiakuivikud jt. Eksperimentaalsed ja kliinilis-laboratoorsed uurimised tõestavad, et need proovieined on mitteadekvaatsed ja väga nõrgad ärritid, mille tõttu ei saada objektiivset ülevaadet soolhappe väärtuste dünaami-

kast (2, 3, 4). Mõnevõrra objektiivsemaid andmeid mao sekretsioonivõimest on andnud kuivatatud kapsa 7%-lise leotise kasutamine proovieinena (3, 4). Kõigi nende proovieinete ühiseks puuduseks on segunemine maomahlaga, mis raskendab maomahla üksikute komponentide tõelise hulga määramist. Eriti oluline viga mitteadekvaatse ärriti puhul võib tekkida vähese vaba soolhappe korral maomahlas, mil ekslikult diagnoositakse anatsiidsust.

Histamiiniproovi kasutamisel on need puudused välditud. Histamiini on võimalik täpselt doseerida ning saada nn. puhast maomahla, mis erineb muudest maosekretsiooni stimulaatoritest. Tema suurimaks eeliseks on aga võime stimuleerida mao sekretsiooni neil juhtudel, mil teised ärritid sellist toimet ei avalda (1, 8).

Mao sekretsioonivõime uurimine ainult maomahla hulga ja happeväärtuste suhtes ei ole küllaldane, et hinnata mao limaskesta funktsionaalset seisundit. Sellest lähtudes määrame Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri gastroenteroloogia-osakonnas maohappesust histamiiniprooviga, millele lisanduvad veel uropepsiini, pepsiini ja kloriidide määramine. Saadud esialgsete tulemuste üldistamine ongi käesoleva artikli eesmärgiks.

Tabel

Uropepsiini, pepsiini ja kloriidide määramise tulemused mitmesuguse diagnoosiga maohaigetel

Diagnoos	Uropepsiin				Pepsiin				Kloriidid			
	alanenud	normis 38—80 mg	tõusnud	kokku	alanenud	normis 2,1—4,5 g%	tõusnud	kokku	alanenud	normis 500—600 mg%	tõusnud	kokku
Vähk	52	28	21	101	72	6	4	82	86	5	1	92
Haavand												
a) maos	9	17	18	44	22	13	6	41	23	14	2	39
b) kaksteistsõrmiksooles	—	3	6	9	7	—	2	9	6	2	—	8
Polüüp	13	2	3	18	16	—	1	17	17	—	—	17
Gastriit												
a) atroofiline	11	9	5	25	18	4	1	23	20	1	1	22
b) anatsiidne												
c) krooniline	6	14	6	26	21	1	4	26	20	4	—	24
Kokku	91	73	59	223	156	24	18	198	172	26	4	202

Uropepsiini määramiseks võeti esialgselt kasutusele P. Westi ja kaastööliste meetod (15). Hiljem asendati see tehniliselt lihtsama V. Tugolukovi modifikatsiooniga (8), mis võimaldas kindlaks teha pepsiini ka maomahlas. Kloriidide hulga määramiseks maomahlas rakendati üldtuntud Volhardi meetodit. Saadud tulemused, olenevalt kliinilistest lõppdiagnoosidest, on esitatud tabelis. Kõigil vähk-, haavand- ja polüüptõve juhtudel kasutati kirurgilist ravi koos operatsioonipreparaadi järgneva patoloogilis-morfoloogilise uurimisega. Gastriidijuhtudel võimaldas gastrobiopsia anda haigusprotsessi morfoloogilise iseloomustuse.

Vaadeldes uropepsiini hulga näitajaid erinevate maohaiguste puhul, selgus, et otsest kindlat sõltuvust maomahla soolhappe ja uropepsiini väärtuste vahel ei olnud. Nii näiteks maovähi korral, histamiinrefraktaarse ahhüülia puhul ilmnes ligikaudu 50%-l juhtudest uropepsiini nor-

maalne või suurem väärtus. Analoogiline olukord valitses kroonilise atroofilise anatsiidse gastriidiga haigeil. Kroonilise gastriidi korral, mil olid normaalsed või suuremad soolhappeväärtused, täheldati peaaegu 75%-l juhtudest normaalset või suurenenud uropepsiinihulka, kuna mao haavandtõvega haigeil esines seda 80%-l juhtudest. Kaksteistsõrmiksoole haavandiga haigetel oli uropepsiini näitaja normaalne või enamikul juhtudest suurenenud.

Kirjanduse andmeil on hinnangud uropepsiini määramise diagnostilise väärtuse kohta väga erinevad ja sageli vasturääkivad. Uropepsiini eritumine on otseses sõltuvuses mitte ainult mao limaskesta pearakkude pepsinogeeni produktsioonist, vaid ka neerupäsmakeste ja -kanalikeste talitlusest, mis võtavad osa uropepsiini filtratsioonist ja eritumisest (13). Selle kõrval sõltub uropepsiini eritumine suurel määral organismi adrenohüpofüsaarsest süsteemist (12). I. Skarde (7) andmeil ei olene muutused uropepsiini eritumises maovähi ja vähktõve-eelsete seisunditega haigeil mingil määral neerupealiste koore talitlusest. Erandi moodustavad hüperatsiidse gastriidiga ja haavandtõvega haiged, kellel suurenenud uropepsiinieritumine seostub enamikul juhtudest kõrgenenud adreno-hüpofüsaarse süsteemi aktiivsusega.

H. Cesnik ja W. Kronberger (9) leidsid, et mao haavandtõve korral on uropepsiini väärtused normaalsed (45%) või veidi kõrgenenud (55%), kaksteistsõrmiksoole haavandtõve puhul aga on uropepsiini eritumine suurenenud ligikaudu 90%-l haigetest. Uropepsiini eritumise vähenemist täheldati 87%-l atroofilist gastriiti ja 100%-l pernitsioosset aneemiat põdeval isikul. 23 maovähiga haigel 26-st puudus uropepsiin üldse või oli seda vähesel hulgal. J. Ferreri (11) andmeil esines maovähi korral vähenenud uropepsiinieritumine ainult 42%-l haigetest. Analoogilisi andmeid esitavad ka J. Weintrub ja F. Hollander (14), kes väidavad, et uropepsiini eritumise määramine võib omada mõningat diagnostilist tähtsust ainult kaksteistsõrmiksoole haavandtõve puhul. Viimasel juhul on uropepsiini eritumine suurenenud. G. Simbirtseva (6) andmeil vastab selle eritumine peaaegu 100% maomahla happesusele ja seedevõimele, seega peegeldab mao limaskesta ekskretoorset talitlust. Seevastu L. Corazza ja R. Myerson (10) väidavad, et uropepsiini määramisel ei ole diferentsiaaldiagnostilist tähtsust.

Meie esialgsetest andmetest lähtudes pole uropepsiini määramisele võimalik omistada otsustavat diferentsiaaldiagnostilist tähtsust käsitletud maohaiguste puhul. Samuti on ebatäpne otsustada uropepsiini väärtuste põhjal maomahla soolhappesisalduse üle.

Mao limaskesta pearakkude pepsinogeeni produktsioonist täpsema ülevaate saamiseks tegime enamikul juhtudest üheaegselt uropepsiiniga kindlaks ka pepsiini hulga maomahlas, s. t. makku sattunud pepsinogeeni. Võrreldes pepsiini hulka maomahlas selgus, et enamikul käsitletud maohaiguste juhtudel esines pepsiini eritumise langus. Ainult mao haavandtõve korral täheldati ligikaudu 50%-l juhtudest pepsiini normaalset või suurenenud hulka. Analoogilised nihked saime ka maomahla kloriidide-sisalduse määramisel.

Mao limaskesta kloriide eritav talitlus on fülogeneetiliselt tunduvalt varajasem kui soolhapet moodustav talitlus. Kliinilised tähelepanekud näitavad, et mao limaskestas võivad esineda tunduvad häired soolhappe sünteesis kuni selle täieliku puudumiseni, kuid ilma kloriidide eritumise häireteta. Kloriidide eritumine väheneb ainult neil juhtudel, mil patoloogiline protsess on põhjustanud juba orgaanilisi muutusi mao limaskestas (5).

Meie tähelepanekuil esines kloriidide ja pepsiini vähenemine maomahlas neil juhtudel, mil ilmnesid mao limaskesta atroofilised muutused iseseisvalt (uuritud gastrobiopsia abil) või koos paikse haiguskoldega —

kasvaja, haavand (operatsioonipreparaadi morfoloogiline uurimine). Kloriidide ja pepsiini üheaegne määramine maomahlas võimaldas otsustada mao limaskesta orgaaniliste muutuste ulatuse üle ja objektiivsemalt hinnata mao funktsionaalset seisundit.

KIRJANDUS

1. Бабкин Б. П. Секреторный механизм пищеварительных желез. Л., 1960. — 2. Гордон О. Л. Хронический гастрит и так называемые функциональные заболевания желудка. М., 1959. — 3. Оленева В. А. Вопр. питания, 1957, 6, 34—38. — 4. Петрова М. К. и Рысс С. М. Клинич. медицина, 1930, 8, 15—18.. — 5. Разенков И. П. Новые данные по физиологии и патологии пищеварения (лекции). М., 1948. — 6. Симбирцева Т. Д. Клинич. медицина, 1959, 2, 45—51. — 7. Скарде И. К. Вопросы клиники и лечения злокачественных новообразований, Рига, 1962, т. VIII, 265—272. — 8. Туголуков В. Н. Терапевт. архив, 1962, 4, 87—94. — 9. Cesnik, H., Kronberger, W. Zbl. Chirurg., 1959, 48, 1982. — 10. Corazza, L. J., Myerson, R. M. J. Amer. Med. Assoc., 1957, 14, 146—148. — 11. Ferrer, J. M. Bull. Soc. internat. chirurg., 1958, 17, 4, 222. — 12. Gray, S., Benson, I., Reifenstein, R. Proc. Soc. Exptl. Biol. and med., 1951, 78, 338. — 13. Gregor, O., Schück, O. Časop. lék. Českých, 1957, 21, 646—648. — 14. Weintrub, J. W., Hollander, F. J. Gastroenterology, 1959, 36, 6, 823. — 15. West, P. M., Ellis, F. W., Scott, B. L. J. Lab. and Clin. Med. 1952, 1, 159—162.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТОРНОЙ СПОСОБНОСТИ ЖЕЛУДКА

В. Рятсеп

Резюме

Из заболеваний желудка наиболее часто встречаются гастрит, язвенная болезнь, полипоз и рак желудка. Диагноз болезней обычно подтверждается результатами клинико-лабораторных исследований.

Для того, чтобы вызвать секрецию желудка используют различные пробные завтраки, из которых наиболее распространенными являются растворы алкоголя и кофеина, размоченные сухари и др. Однако экспериментальные и клинико-лабораторные исследования показывают, что эти пробные завтраки являются неадэкватными и очень слабыми раздражителями, вследствие чего невозможно получить объективного представления о динамике выделения соляной кислоты.

Общим недостатком всех этих завтраков является то, что они все смешиваются с желудочным соком, что делает невозможным определение количества отдельных компонентов желудочного сока. Гистаминовая проба лишена этих недостатков — гистамин возможно точно дозировать и получать чистый желудочный сок. Наибольшим преимуществом гистамина является его способность стимулировать секрецию желудка в тех случаях, когда остальные раздражители ее не вызывают. Исследования секреторной способности желудка с получением данных только о количестве и кислотности желудочного сока совершенно недостаточны для оценки функционального состояния слизистой желудка.

В гастроэнтерологическом отделении Таллинского республиканского онкологического диспансера секреторную способность желудка определяют с помощью гистаминовой пробы, а кроме этого определяют уропепсин, пепсин и хлориды.

KAHEPOOLNE MUNASARJA DERMOIDTSÜST 12-AASTASEL TÜTARLAPSEL

E. ESTER

(Mõisaküla Raudtee Ambulatooriumist, juhataja *E. Ester*)

Munasarjakasvajatest moodustavad dermoidtsüstid ehk organoidsed teratoomid kuni 20% (1, 2). Sagedamini täheldatakse ühepoolseid teratoome (2). Kirjeldatud kasvaja võib esineda vastsündinul ja lootel, kuid seda on avastatud isegi 83—84-aastastel naistel. Peab märkima, et teratoome leidub sagedamini 20—40 aasta vanustel naistel (2, 3).

Allpool esitame andmeid 12-aastase tütarlapse kohta, kel avastati kahepoolne munasarja dermoidtsüst.

23. IX 1961. a. tuli Mõisaküla Raudtee Ambulatooriumi 1949. a. sündinud tütarlaps, kes kaebas tihti esineva kõhuvalu üle, millega kaasnes sageli oksendamine. Augusti lõpust alates valud sagenesid, mistõttu vahel isegi puudus koolist. Menstruatsioon algas 11 aasta vanuselt (tüüp 3/28 päeva, valudeta, vähese verehulgaga). Viimane menstruatsioon oli 3. IX 1961. a.

Patsiendi areng vastab eale. Kehaehitus korrapärane. Toitumus hea. Kopsud ja süda patoloogilise leiuta. Kõhukatted komplemisel pehmed. Alakõhus tunda ligi kahe rusika suurune hästi liikuv tuumor, mida saab isegi ülesse roidekaare alla lükata. Palpeerimisel ei ole tuumor valulik. Välised suguelundid normaalsed. Neitsi. Pärasoole kaudu uurimisel leiti, et emaka suurus vastab eale. Vasak adneks vaba, parem moodustab hanemunasuuruse vähe liikuva kasvaja. Suurem tuumor liigub vabalt ülesse ja küljele.

Vereanalüüs: SR 3 mm, hgb. 84%, leukots. 9700. Patsient suunati Tallinna Raudtee Haigla günekoloogiaosakonda kirurgilisele ravile.

Haiglas viibis 25. IX — 7. X 1961. a. (haiguslugu nr. 727/1961). Diagnoos: *Cystoma ovarii bilateralis.*

Vasakus munajuhas tsüstitaoline kasvaja, mis vastab emaka suurusele 16.—18. rasedusnädalal. Paremas munasarjas keskmise õuna suurune tsüstiline kasvaja. Ravi: 29. IX 1961. a. tehti laparotoomia. Haava pikkus 10—12 sm. Punkteerimisega eemaldati suuremast tsüstist vedelik ja tsüst ekstirpeeriti. Samuti ekstirpeeriti parema munasarja tsüst. Haav kasvas kinni esmaspingsalt. Haige kirjutati haiglast välja heas seisundis.

Patoloogilis-histoloogilise uurimuse tulemus (nr. 91/1961): pahaloomususe tunnuseid ei sedastatud. Vasakus munasarjas kaheõõneline tsüst, setserneeriv ja dermoidne (juuste ja rasuga). Paremas munasarjas setserneeriv tsüst.

Praegu on laps terve. Kõhuvalu ei esine. Menstruatsioon normaalne.

KIRJANDUS

1. Скробанский К. Учебник гинекологии, М., 1946. — 2. Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. М., 1954. — Малиновский М .С. Гинекология, М., 1957.

ДВУСТОРОННЯЯ ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА У 12-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ

Э. Эстер

Резюме

Описывается двусторонняя опухоль яичника у 12-летней девочки. Менструация началась у нее с 11 лет.

После постановки диагноза *Cystoma ovarii bilateralis* произведена лапаротомия. На операции обнаружена сецернирующая и дермоидная кисты левого яичника (с волосами и сальным содержимым) величиной с матку при 14—16 недельной беременности и сецернирующая киста правого яичника величиной с крупное яблоко.

После удаления опухолей пациентка чувствует себя хорошо. Менструация протекает нормально.

MONDORI TÕVE JUHT

S. VERNIK

(Narva Linna Haiglast, peaarst *A. Blum*)

Esmakordselt kirjeldas torako-epigastraalveenide tromboflebiiti iseseisva nosoloogilise ühikuna H. Mondor (1939. aastal). Mondori tõve kliiniline pilt on tüüpiline, kuid tema etiopatogenees pole veel täiesti selge. Haigus on mõnikord seotud rindkere traumaga (2). Osal haigetest algab tõbi pärast gripi põdemist. Kahjustatud torako-epigastraalveenide patoloogilis-histoloogilisel uurimisel avastatakse endoflebiiti või periflebiiti, samuti on leitud skleroseeruvat periangiiti, veresoonte tromboosi ning kaasuvat lümfangoiiti. Haigus tabab rindkere üht poolt. Prognoos on soodne.

1962. aastaks oli maailma arstiteaduslikus kirjanduses (1) kirjeldatud ligikaudu 80 Mondori tõvega haiget, neist 16 kodumaises kirjanduses. Seoses sellega otsustasime kirjeldada meie poolt avastatud Mondori tõve juhtu.

38-aastane naishaige N. N. (haiguslugu nr. 456), elukutselt elektrikeevitaja, pöördus 23. I 1962. a. kirurgi poole kaebusega tuima valu üle kaela piirkonnas ja vääditaolise tihkestumise üle parema rindkerepoole eesmis-külgmisel pinnal. Anamneesist selgus, et haige oli 1961. a. detsembri lõpust kuni 1962. a. jaanuari alguseni raskekujulist grippi põdenud (lamas 7 päeva kõrge temperatuuriga). Kahe nädala pärast (15. I 1962) hakkas tundma paremal pool kaelal ja rindkerel tuima valu. Esines peavalu ja enesetunne halvenes. 17 I tundis rindkere kompiemisel vaheldast vääti, mis kahe päeva kestel levis peaaegu parema rinnanibuni. Aegamööda valu tugevnes, põhjustades hingamisel vaevusi. 24. I (10. haiguspäeval) hospitaliseeriti haige Narva Linna Haigla kirurgiaosakonda. Läbivaatusel leiti paremast rinnanibust naba suunas kulgev 2,5—3 sm laiune hüpereemiavöönd. 3 sm rinnanibust allpool naha all kombeldav tihke ja valulik, ümbritsevate kudede suhtes liikuv väät, mis kulges piki nibujoont üle üheksanda roide ning laskus kõhuseinale, kus hargnes kaheks. Vöödi üldpikkus koos kõrvalharudega oli 27,5 sm, laius 5—6 mm. Siseelundeis patoloogiat ei sedastatud. Diagnoos: torako-epigastraalveenide tromboflebiit (Mondori tõbi).

Vereanalüüs: leukots. 8000, hgb. 68%, keppt. 1%, segmentt. 45%, eosinof. 6%, monots. 3%, lümfots. 45%, SR 12 mm tunnis. Hüübimisaeg 1,8 minutit, veritsusaeg 1 minut, protrombiiniindeks 90. Haigel esines esimesel kolmel päeval pärast hospitaliseerimist õhtuti subfebriilne temperatuur (37,2—37,4° C).

Ravi: penitsilliini lihasesse (kokku 2.400.000 TÜ), streptomütsiini lihasesse kokku 4 000 000 TÜ), butadiooni 0,3 2 korda päevas (kokku 3,0), amidopüriini 0,3 3 korda päevas (kokku 7,2), dimedrooli 0,05 3 korda päevas (kokku 0,45), C-vitamiini 0,2 3 korda päevas (kokku 5,0), penitsilliini- ja novokaiiniblokaadid (60 ml 0,5%-lises novokaiinilahuses 100 000 TÜ penitsilliini). Tihkestunud alale asetati kolmel korral Višnevski salviga kompressid. Hiljem rakendati darsonvalisatsiooni.

Hüpereemia kadus pärast esimest blokaadi, väät muutus nädala lõpuks õhemaks, valulikkus kadus. Kahe nädala möödumisel hakkas rindkere seinale tekkima pigmentatsioon ning väädi jäänustena võis kombelda kolme hirsitera suurust moodustist. Viie nädala pärast kadus väät täielikult. Haige viibis statsionaarsel ravil 19 päeva (24. I 1962—12. II 1962) ning teda demonstreeriti arstide seltsi koosolekul. Haige tunneb end praegu rahuldavalt. Kirjeldatud haigusega seoses tal kaebusi ei esine.

KIRJANDUS

1. Робин А. А. 8-я городская научная конференция молодых хирургов. Краткое содержание докладов и демонстрации. Л., 1962, 15—16. — 2. Стоянов П. К. Хирургия, 1961, 5, 122—123.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ МОНДОРА

С. Верник

Резюме

Болезнь Мондора имеет типичную клиническую картину, но этиопатогенез ее еще не совсем выяснен. Иногда заболевание в какой-то мере связано с травмой грудной клетки. У некоторых болезнь развивается после гриппа. При патогистологическом исследовании пораженных торако-эпигастральных вен обнаруживается эндофлебит или перифлебит, находят так же склерозирующий перианги т, тромбоз сосудов и сопутствующий лимфангоит. Заболевание поражает одну сторону грудной клетки. Прогноз благоприятен.

Описывается случай болезни Мондора у 38-летней женщины. Больная находилась на стационарном лечении 19 дней и выздоровела. Впоследствии она жалоб в связи с описываемым заболеванием не предъявляла.

LÜLISAMBA RÖNTGENIÜLESVÕTETE TEHNIKAST

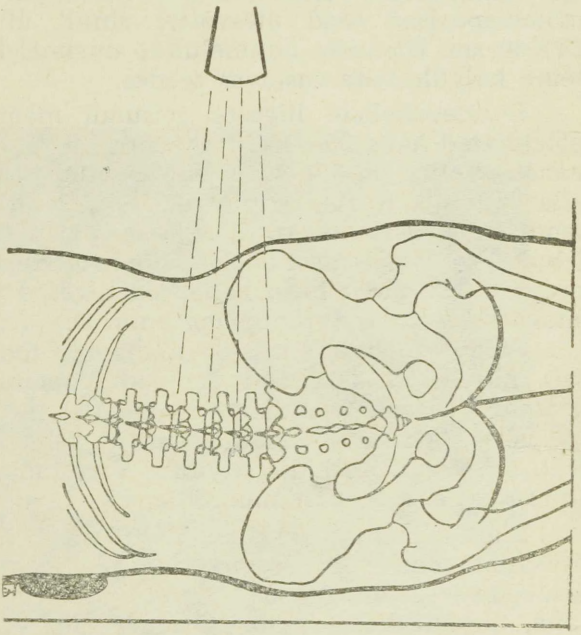
E. HEINSOO

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Lülisambaga seotud haigestumiste toopilises ja diferentsiaaldiagnostikas omab olulist tähtsust röntgenoloogiline uurimine. Selleks on tarvis tehniliselt häid ja täpselt projetseeritud röntgeniülesvõtteid. Lisaks tavalistele ülevaatlikele ülesvõtetele (standardsetest ülesvõtetest tehakse alati otse- ja külgvõte) tuleb teha spetsiaalseid röntgenogramme. Röntgenilaborant peab ülesvõtet vaadeldes oskama hinnata selle kvaliteeti, muuhulgas ka projektsiooni täpsust.

I. Lülisamba nimme-ristluupiirkonna ülesvõtted

Viimasel ajal on selgitatud, et ishiase, nimme-ristluu närvijuurte põletiku põhjustajaks on enamikul juhtudest lülidevahelise diskuse prolaps ehk väljalangemine. Ka meie vabariigis on hakatud selle haiguse puhul kirurgilist ravi heade tulemustega rakendama. Prolaps esineb enamasti neljanda ja viienda nimmelüli vahelisel või viienda nimmelüli ja ristluu vahelisel diskusel. Vastava lülidevahemiku kitsenemine, mis on diskuse kahjustuse üheks olulisemaks tunnuseks, võib olla ainult näiline, mis on tingitud ebatäpsest projektsioonist ülesvõttel. Et röntgenikiired lülikehade lülidevahemikupoolseid pindu ortograadselt tabaksid, peavad divergeerivad kiired läbima mitme diskuse tasapinna (vt. joonis 1). Soovitatav on võimalikult suuremat fookuskaugust kasutada. Ülesvõtted lülisamba nimme-ristluupiirkonnast tehakse hajukiirtefiltriga. Kiirtekimbu piiramiseks tuleb kasutada sobiva kuju ja suurusega diafragmaga tuubust. Soole puhastamiseks on tarvis haigele eelmisel õhtul ja järgneva päeva hommikul teha kõrge puhastusklistiir.



Joonis 1

Sagitaalne ehk otsevõte toimub tavaliselt seliliasendis. Haige asetatakse sirgelt õigele kohale röntgenilaual, haaratakse tal jalgadest ja tõmmatakse teda laual veidi allapoole. Sellega kõrvaldatakse selgroo iuhuslik hoiakuline külgkõverdus, mis vastaselt korral segab diagnostiliselt skolioosi diferentsimist ülesvõttel. Pärast seda tuleb vältida patsiendi igasu-

gust nihutamist laual. Lumbaallordoosi vähendamiseks painutatakse jalgu põlvedest ja puusaliigestest, et lülidevahemikke võimalikult rohkem ortograadselt tabada. Kui arst ei ole ülesvõtte tegemise piirkonda täpsustanud, siis tsentreeritakse keskkiir mediaantasandis viiendale nimmelülile, s. o. kahe põikisõrme laiuselt allapoole niudeluu harja kõrgust. Tugeva nahaaluse rasvkoega haigetele on soovitatav kõhule asetada lai kompressor. Kasutatakse filme 20×40 või 15×40 sm. Kui sellised puuduvad, lõikame vajalikud olemasolevatest suurematest filmidest. Film tuleb asetada nii, et ülesvõttel oleks näha ka viimane rinnalüli ja kogu ristluu.

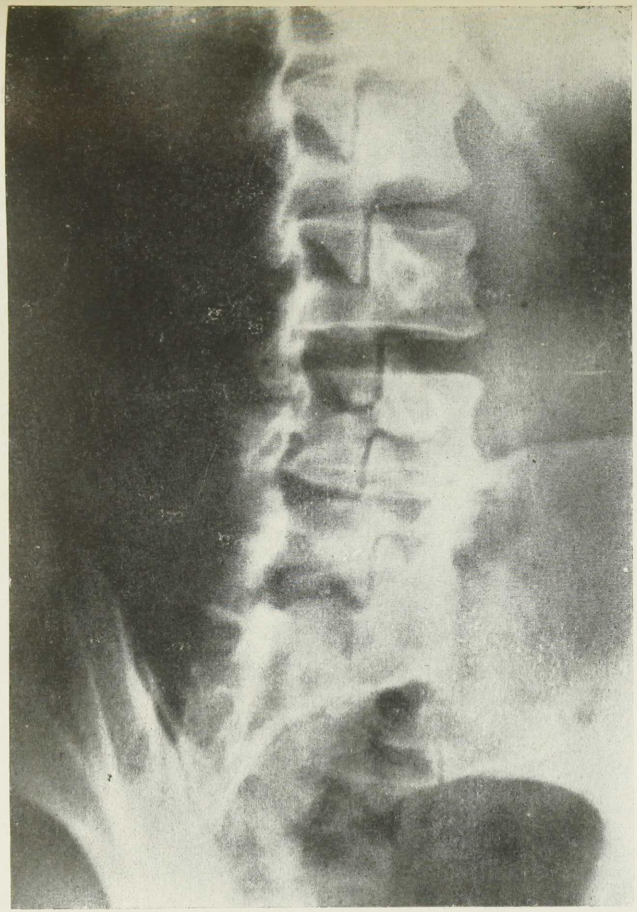
Tugevama lumbaallordoosi puhul tehakse kõhuliasendis olevast haigest sagitaalne ülesvõte pärast sügavat sissehingamist, millega füsioloogiline lordoos väheneb. Lumbosakraalse (viienda nimme- ja esimese ristluulüli) vahemiku ortograadseks esiletoomiseks võib teha sagitaalne ülesvõte seliliasendis, kusjuures uuritava põlved on maksimaalselt vastu kõhtu tõmmatud ja laiali asetatud. Keskkiir seatakse kaldega kraniaalsele (15—30° all), olenevalt lumbaallordoosi sügavusest. Sellisel ülesvõttel ei ole muidugi kraniaalsemaid nimmelülidevahemikke ortograadselt tabatud.

Lateraalse ehk külgmise ülesvõtte puhul peab haige lamama laual täpselt külili, nii et frontaaltasand on lauaga risti. Lülisamba nimmeosa peab kerge kumerusega olema laua suunas, et lülisammas moodustaks keskkiire kui raadiusega vastava kaare (vt. joonis 1). Selleks tuleb haiget pöörata ühele või teisele küljele, olenevalt skolioosi suunast, ja talle peab asendi täpsustamiseks vattpadjakese külje alla panema. Skolioosi suund määratakse varem tehtud sagitaalsel ülesvõttel või haige välisel vaatlemisel. Nii tabab divergeeruvate röntgenikiirte kimp suurema arvu lülidevahemikke ortograadselt. Keskkiir tuleb tsentreerida viienda nimmelüli keha dorsaalse pinna kohta, s. o. 3—4 põikisõrme laiuselt dorsaalsest nahapinnast ventraalsemale. Nii annavad lülikehade dorsaalse pinna mõlemapoolsed osad ülesvõttel ainult ühe kontuuri. Kasutame filmi 24×30 sm. Ülemiste nimmelülide uurimiseks tuleb tarviduse korral teha teine külgülesvõte vastavas seades.

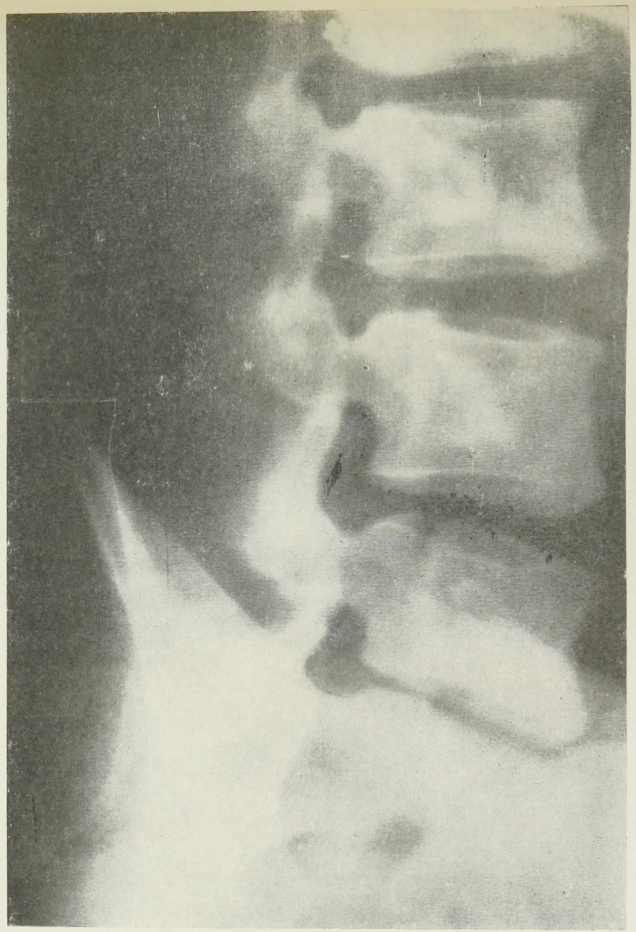
Lülidevaheliste liigeste seisundi määramiseks tehakse lülisambast põikivõtted keha 35—45°-lise pöördega (haige selja frontaaltasandi ja laua vaheline nurk on 35—45°). Ülestõstetud poolel pannakse külje ja vaagna alla rullikud. Keskkiir tsentreeritakse vastava lüli kõrgusele mediaantasandist lateraalsemal (filmist kaugemal olevale kehapoolele). Põikivõtted tehakse alati mõlemast poolest sümmeetriliselt. Ülesvõttel on filmile lähemal asetseva poole lülidevahelised liigesed ja liigesejätked hästi diferentsitavad (vt. tahvel I, röntgenogramm 1).

Lülidevaheliste mulkude nähtavale toomiseks on tarvis põikivõtteid, kus kiired on suunatud lumboingvinaalselt (vt. tahvel I, röntgenogramm 2). Haige asetatakse röntgenilauale küljeli ja pööratakse teda siis 30° võrra ventraalses suunas, nii et keha frontaaltasandi ja laua vahele jääb 60° nurk. Keskkiir seatakse vertikaalasendist 30° võrra kaudaalsele ja tsentreeritakse 5. nimmelülile.

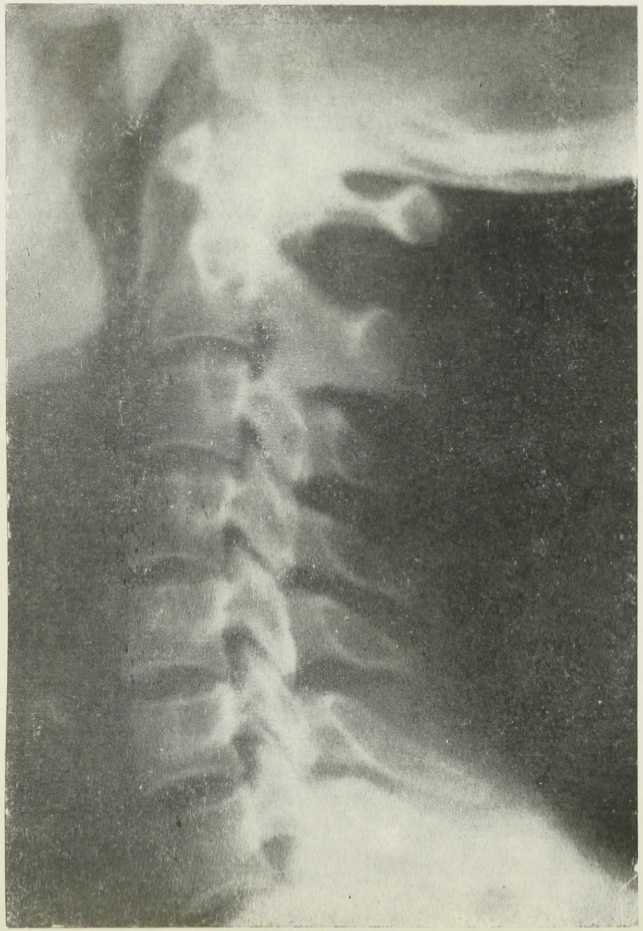
Lülidevaheliste diskuste kahjustuse varajast avastamist võimaldab funktsionaalne spondülograafia. Sel puhul tehakse püstiasendis kaks külgülesvõtet — keha maksimaalse ettepainutusega ja maksimaalse sirutusega taha. Samuti kaks sagitaalset ülesvõtet — paremale ja vasakule külgpainutuse äärmises seisus. Seejuures ei tohi keha pöörata. Sagitaalsete ülesvõtete puhul suunatakse keskkiir kaldu, s. o. horisontaalasendist 10—20° all kraniaalsele. Sobiv kalle määratakse lateraalsel ülesvõttel sõltuvalt vastava lülidevahemiku individuaalsest asendist. Funktsionaalsete ülesvõtete puhul on eriti oluline võimalikult suurem fookuskaugus (soovitatav 2 m). Keskkiir tsentreeritakse vastavalt arsti poolt oletatavale kahjustatud diskusega lülidevahemikule. Kasutatakse filmi 24×30 sm.



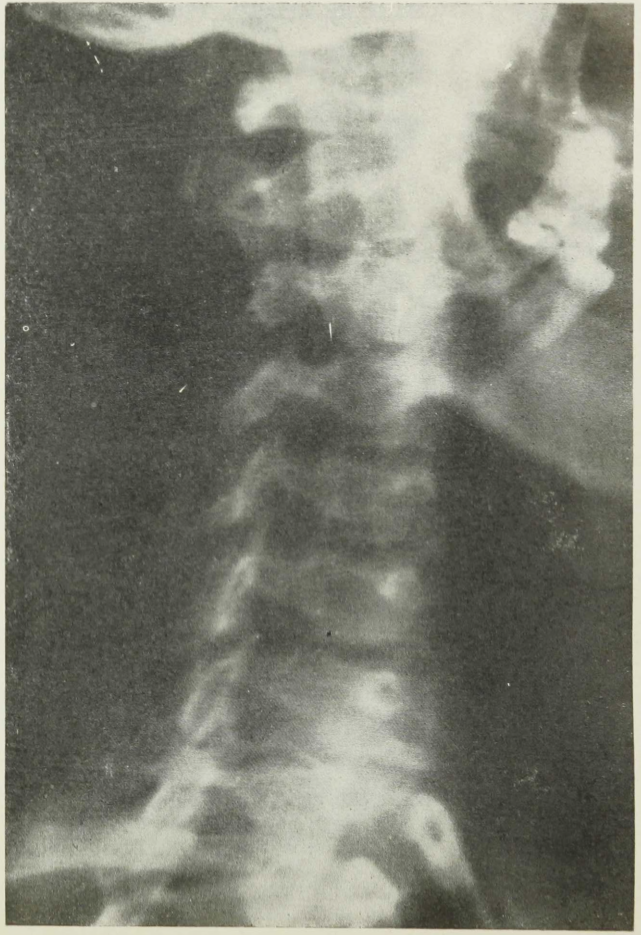
Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 3



Röntgenogramm 4

Patsiendi sugunäärmete kaitseks tuleb alati tarvitada tinakummist katteid. Kõigil ülesvõtteil peab sümmeetrilisi kehapooli märgistama vastavate tähtedega (D — parem, S — vasak).

II. Lülisamba kaelaosa ülesvõtted

Lülide ja lülidevaheliste ketaste degeneratiivsed muutused lülisamba kaelaosas võivad peale närvivalude ja muude radikulaarsete nähtude põhjustada veel mitmesuguseid muid kliinilisi sündroome, nagu seljaaju kompressiooninähte, «tservikaalset migreeni», rinnaangiinile sarnaseid, õlaliigese periartralgilisi vaevusi jt. Niisuguse ühtse geneesiga haiguse avaldusvormide mitmekesisuse põhjuseks on haiguslike muutuste paiknemine lülide erinevates osades. Seetõttu on nimetatud kliiniliste sündroomide diagnostikas ja õigete põhjuste väljaselgitamises oluline osa röntgenoloogilisel uurimisel. Selleks on tarvis tehniliselt häid, vajalikult projetseeritud ülevaatlikke ja spetsiaalseid ülesvõtteid lülisamba kaelaosast. Ka siin esinevad degeneratiivsed muutused peamiselt alumiste diskuste, nimelt viienda-kuuenda või kuuenda-seitsmenda kaelalülidevahemiku piirkonnas.

Sagitaalset ülesvõtet kõigist kaelalülidest korraga teha ei ole võimalik, sest ülemised kaelalülid projetseeruvad alalõualuu varju. Nende nähtavale toomiseks on tarvilik spetsiaalne ülesvõte.

Et saada ülevaatlik sagitaalne ehk otsevõte lülisamba kaelaosast, pannakse haige selili lamama (pea on kergelt kuklasse sirutatud). Pea ja keha sagitaalne tasapind peab olema kassetile täpselt risti. Alumiste kaelalülidevahemike ortograadseks tabamiseks suunatakse keskkiir 10° all kaldu kraniaalsele ja tsentreeritakse keha keskjoonel kuuendale kaelalülile (kaela alumisele osale). Kasutatakse hajukiirtefiltrit. Filmi suurus 18×24 sm. Ülesvõttel on näha ka ülemised rinnalülid.

Et esimesi kaelalülisid sagitaalselt pildistada, pannakse haige selili lamama maksimaalselt avatud suuga. Lõikehammaste vahele asetatakse sobiva suurusega kork või vattpadjake. Siinjuures on olulise tähtsusega pea õige asend: ülemiste lõikehammaste serv ja kuklaluu alumine pind asetsevad ühel, filmiga risti oleval sirgel nii, et kumbki neist ei varjuta ülemisi kaelalülisid. Keskkiir suunatakse risti lauale keha keskjoonel ülemiste lõikehammaste servale. Kui suud ei ole võimalik täielikult avada, on otstarbekohane lasta haigel ülesvõtte eksposítsiooni kestel pidevalt liigutada alalõuga, mille vari sellega hajutatakse.

Lateraalse ülesvõtte tegemisel tekitab sageli raskusi kõigi alumiste kaelalülide nähtavale toomine. Seejuures on diagnostilisest seisukohast tarvis võimalust mööda uurida ka seitsmenda kaela- ja esimese rinnalüli vahelist lülidevahemikku. Moonutuste vältimiseks peab keha sagitaalne tasapind olema kassetiga täpselt paralleelne. Üldiselt on nõutav, et kassett oleks paigutatud selliselt, et ülesvõttel oleks näha ka kuklaluu basaalosa. Paremaid tulemusi saavutatakse järgmisel viisil.



Joonis 2

Haige lamab selili või istub toolil, õlad tugevasti allapoole langetatud. Selle asendi fikseerimiseks hoiab ta laua servast või toolist kätega kinni. Pea on võimalikult üles sirutatud, otse. Filmikassett asetatakse servaga õlanukile (*acromion*'ile), seega peast ja kaelast eemale, paralleelselt

keha sagitaaltasandiga (vt. joonis 2). Õlanukile toetuv ja seal vastava alusega või sanitari poolt fikseeritud kassett soodustab õla nihkumist allapoole ja suurema arvu lülide pildistamist (vt. tahvel II, röntgenogramm 3). Hajukiirtefiltrit ei ole tarvis kasutada; selle aset täidab kaela ja filmikasseti vahele jääv õhukiht. Ülesvõte teostub horisontaalselt kulgevate kiirtega. Keskkiir tsentreeritakse alumistele kaelalülidele.

Kaelalülidevaheliste mulkude nähtavale toomiseks on tarvilikud spetsiaalsed ülesvõtted sümmeetriliselt mõlemast poolest eraldi (vt. tahvel II, röntgenogramm 4). Selleks asetatakse haige küljele lamama, kusjuures teda pööratakse ventraalses suunas (filmist kaugemal olevat õlga ettepoole) 30° võrra. Tuleb jälgida, et pea ja keha pöörduks ühtlaselt. Kõrgemal asetsev käsi toetub lauale kogu küünarvarrega. Pea pannakse padjale sobivas kõrguses selliselt, et lülisammas oleks filmikassetiga paralleelne. Kasutatakse laua-hajukiirtefiltrit. Võib ka kasseti lauale paigutada (ühe otsaga padja, teise otsaga õla alla). Hajukiirtefiltrit asendab sel juhul õhukiht. Keskkiir tsentreeritakse risti kassetiga kaela alumisele osale (kuuendale kaelalülile). Mõnikord, kui lülidevahemikke ei tabata küllalt ortograadselt, on osutunud otstarbekaks suunata keskkiir filmist kaugemal olevale nibujätkele; seejuures tabavad kaelalülisid äärekiired.

Funktsionaalne spondülograafia kaelaosast toimub järgmiselt. Tehakse kaks külgülesvõtet istudes asendis eespool kirjeldatud viisil. Ühel juhul neist on pea maksimaalselt painutatud, teisel juhul maksimaalselt kuklasse sirutatud. Samuti kaks sagitaalset ülesvõtet lamades asendis (pea kallutusega paremale ja vasakule). Seejuures tuleb jälgida, et pead ei pööratks samaaegselt ühele või teisele poole.

Kõigi röntgeniülesvõtete puhul tuleb liigutustest tingitud ebatäpsuse vältimiseks hoolitseda haige stabiilse fikseerimise eest nõutavas asendis. Selleks peab kasutama vastavaid aluseid, liivakotte, kompressoreid jne. Kiirituse vältimiseks on tingimata tarvis silmas pidada vastavaid ohutusnõudeid nii haige kui ka meditsiinipersonali suhtes.

Röntgenilaborant ei tohi unustada, et tema töö täpsus ja kõrge kvaliteet on esimene eeltingimus, mis võimaldab röntgenoloogil filmide abil õiget diagnoosi määrata.

О ТЕХНИКЕ РЕНТГЕНОВСКИХ СНИМКОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Э. Хейнсоо

Резюме

В связи с выявлением дискогенного характера пояснично-крестцового радикулита и применением хирургического лечения его повысилось значение рентгенографического изучения позвоночника. Дегенеративные изменения позвонков и межпозвонковых дисков в шейном отделе позвоночника могут послужить причиной разных клинических синдромов. Для топической и дифференциальной диагностики выпячивания межпозвонковых дисков необходимы технически безупречные, четко проекцированные рентгеновские снимки.

Описывается техника следующих рентгеновских снимок пояснично-кестцовой области позвоночника: сагиттальные снимки на спине и на животе, боковой снимок, косые с поворотом на 35—45° (межпозвонковые суставы), люмбо-ингвинальные косые снимки (межпозвонковые отверстия), функциональная спондилография. Также описывается техника следующих рентгеновских снимок шейного отдела позвоночника: сагиттальные снимки, латеральный снимок, косые снимки с поворотом на 30°, функциональная спондилография.

Подчеркивается необходимость использования защитных средств.

ALLERGIA JA ALLERGILISED HAIGUSED

Arstiteaduse kandidaat *K. VALGMA*

Aastast aastasse kasvav allergiliste reaktsioonide ja haiguste arv nõuab meditsiinitöötajatelt, sealhulgas velskritelt ning meditsiiniõdedelt, allergia olemuse, kliiniliste väljendusvormide ja ravi põhimõtete tundmist. Tihtipeale on just velsker ja meditsiiniõde nendeks isikuteks, kelle teadlikkusest oleneb allergilise reaktsiooni või haiguse ärahoidmine, nendest teatamine ja esialgsete abinõude tarvitusele võtmine.

Allergia on organismi muutunud reageerimisviis, mis võib väljenduda hüperergias, hüpergias ja anergias. Hüperergia puhul on organismi reaktsioon toimivale tegurile normaalsest tugevam ja kiirem, hüpergia korral nõrgem ja aeglasem. Reaktsiooni puudumisel on aga tegemist anergiaga. Kliinilises praktikas tuleb sagedamini kokku puutuda hüperergiaga, mille tõttu termini «hüperergia» asemel kasutatakse sageli terminit «allergia». Kui aga räägitakse allergilistest reaktsioonidest ja haigustest, mõistetakse nende all organismi kõrgenenud tundlikkust ja reageerimist ühele või teisele tegurile.

Oma olemuselt on allergia organismi tõrjereaktsioon, mis tekib kahjustava teguriga kokkupuutumisel. Aineid, mis korduval sattumisel organismi põhjustavad organismi reageerimise *resp.* reaktiivsuse muutumise, nimetatakse allergeenideks. Allergeenid ehk antigeenid on eelkõige kehavõõrad valgud, polüsahhariidid ja lipopolüsahhariidid. Nende kõrval võivad alergia esile kutsuda ka nn. poolantigeenid ehk hapteenid, mis valkudega ühinemisel moodustavad täisantigeeni. Eristatakse ekso- ja endogeenseid allergeene. Esimeste hulka kuuluvad mikroobid, viirused, toksiinid, seerumid, vaktsiinid ja paljud ravimid (eriti antibiootikumid, sulfaniilamiidid, joodi- ja broomipreparaadid) ning aedvili ja marjad (tomatid, maasikad jt.), samuti tolm, lõhnad, värvid jm., mis võivad ümbritsevast keskkonnast organismi pääseda hingamis- ja seedeelundite ning naha ja limaskestade kaudu. Endogeensed allergeenid tekivad organismis kudede kahjustuse, ainevahetuse ja hormonaalsete häirete tõttu. Siia kuuluvad ka autoallergeenid. Need on organismi enda kudedest pärinevad antigeenid, mis on muutunud kehavõõraks mingi kahjustava teguri toimel antud koele.

Allergeeni ehk antigeeni sattumine organismi kutsub esile antikehade moodustumise ja organismi sensibiliseerumise, s. o. organismi reaktiivsuse muutumise hüperergia suunas. Antikehad on plasmarakkudes tekkivad modifitseerunud globuliinid, mis seotakse rakkude poolt või nad ringlevad vabalt veres. Kui reageerimisvõimeliste antikehade hulk on organismis küllaldane, võib allergeeni korduval toimel allergeen ehk antigeen antikehaga ühineda, mis avaldub allergilise reaktsioonina. Nimetatud reaktsiooni võib organismi sensibiliseerinud antigeeni kõrval vallandada ka mõni muu allergeen, s. t. võib tekkida nn. grupiallergia.

Antigeeni ühinemisel antikehaga, mis allergilise reaktsiooni puhul toimub arvatavasti peamiselt kudedes, vabanevad ja aktiveeruvad mitmed bioloogiliselt aktiivsed ained, nagu histamiin, atsetüülkoliin, hepariin, hüaluronidaas, serotoniin, fibrinolüsiin jt. Need põhjustavad (lokaalselt toimides kesk- ja vegetatiivse närvisüsteemi ning endokriinsete näärmete vahendusel) kudedes, eeskätt sidekoes, sageli raskekujulist kahjustust hüperergilise põletiku näol. Sel puhul häirub kapillaarne vereringe, suureneb kapillaaride seinte läbilaskvus ja kujuneb välja sidekoe fibrinoidne degeneratsioon.

Allergiline reaktsioon võib tekkida kohe pärast allergeeniga kokkupuutumist ja kulgeda väga ägedalt (anafülaktilise šokina) või kujuneda välja päevade, kuude, isegi aastate vältel ning kulgeda krooniliselt. Anafülaktiline šokk tekib seerumite ja ravimite manustamisel nende suhtes

sensibiliseerunud inimestel. On tähele pandud, et varsti pärast ravimi või seerumi süstimist tekivad tugev hingeldus, tsüanoos, teadvuse kadu, vererõhu langus ja krambid, millele võib järgneda surm. Vähem ägeda allergilise reaktsiooni puhul tõuseb kehatemperatuur, esineb kuumus- ja nõrkustunne, tekivad pea-, lihase- ja liigesevalud. Väga sageli täheldatakse naha sügelemist, löövet ja erüteemi. Eespool kirjeldatud nähtudele võib lisanduda angioneuroosist tingitud turse näol ja mujal kehapiirkondades, kõhulahtisus jt. sümptoomid.

Nagu juba eespool mainitud, ei põhjusta antigeeni ühinemine antikehaga alati ägedat reaktsiooni, vaid on alguseks mitmete krooniliste, sageli märkamatult algavate allergiliste haiguste arenemisele. Selliselt kulgevat allergilist reaktsiooni seostatakse sageli mikroobidega ja koldenakkusega. Koronilisest põletikukoldest pidevalt organismi sattuvad mikroobid, nende toksiinid ja ainevahetusproduktid, samuti kudede laguproduktid sensibiliseerivad kudesid otseselt ja närvisüsteemi ning humoraalsete mehhanismide vahendusel, luues sellega soodsa pinna allergilise reaktsiooni *resp.* haiguse arenemiseks. Selliselt kujunevate haiguste hulka kuuluvad nn. kollagenoosid — reuma, reumatoidne artriit, sklerodermia, dermatomüosiit jt., samuti glomerulonefriit, mitmed vere- ja vereloomehaigused (hemolüütiline aneemia, agranulotsütoos, panmüeloftiis), allergilised vaskuliidid, ekseem jt.

Põhimõtteliselt pole vahet kahe allergilise reaktsioonitüübi — varajase ja hilise reaktsiooni — vahel. Reaktsiooni tüübi määravad põhiliselt allergeeni omadused, organismi sattunud allergeeni hulk ja resorptsiooni kiirus. Enamik inimesi puutub elu jooksul kokku ühe või teise allergeeniga, kuid haigestuvad ainult vähesed. Selle põhjuseks peetakse organismi pärilikku eelsoodumust ehk dispositsiooni, s. o. organismi normaalsest erinevat reaktsioonilaadi.

Velskri ja meditsiiniõe osa allergiliste haiguste vastu võitlemises on suur ja algab nende ärahoidmisega. Esmajoones puudutab see ravimiallergiat. Iga meditsiinitöötaja peab teadma, et allergiliste haiguste järsk sagenemine viimastel aastakümnetel on suurel määral seotud uute ravimite, eeskätt antibiootikumide massilise kasutamisega. Allergilisi reaktsioone põhjustavatest ravimitest on esikohal penitsilliin, harvemini teised antibiootikumid, antipüreetikumid (amidopüriin, butadioon), sulfaniilamiidid, joodi- ning broomipreparaadid jt. Aastail 1950—1955 kirjeldati väliskirjanduses surmaga lõppenud 78 anafülaktilise šoki juhtu ja rasket anafülaktilist reaktsiooni 260 haigel, mida põhjustasid antibiootikumid, peamiselt penitsilliin. Penitsilliini jt. antibiootikumide kasutamisele järgnenud raskeid allergilisi reaktsioone on kirjeldatud ka Eesti NSV-s. Seepärast tuleb loobuda põhjendamatust ja sagedasest ravimite, eriti antibiootikumide (penitsillini) manustamisest ning soovitamisest mistahes haiguste puhul.

Kui antibiootikumide ja ka muude ravimite kasutamine on näidustatud, on tarvis küsitleda patsienti ja teha kindlaks: a) kas teda on varem mainitud ravimiga (antibiootikumiga) ravitud ja kas ta märkas seoses selle kasutamisega mingisuguseid haiguslikke nähte (naha sügelemine ja lööve nahal, kõhulahtisus, kehatemperatuuri tõus, liigesevalud ja -turse, oksendamine, kuumustunne, hingeldus, tursed näol, peavalud ja valud muudes kehaosades, ängistustunne kõripiirkonnas, nõrkustunne jm.); b) kas patsient pole ülitundlik mõnede toiduainete, sagedamini piima, kala, liha, marjade (maasikad), samuti lõhnade, värvide, teatava tolmu jm. suhtes; c) kas patsient ei põe või pole põdenud mõnda allergilist haigust, nagu heinapalavikku, seerumitõbe, ekseemi, bronhiaalastmat jt.; d) kas mõnel perekonnaliikmetest esineb ülitundlikkus ravimite, toiduainete jne. suhtes ning kas perekonnas pole allergilisi haigusi põdevaid isikuid.

Nende küsimuste esitamine on oluline allergilise eelsoodumuse välja-

selgitamiseks. On teada, et allergilist haigust põdevad inimesed reageerivad ravimitele sageli teistest kiiremini, samuti võib ühe ravimi suhtes ülitundlik inimene olla ülitundlik ka mõne teise ravimi suhtes (grupiallergia printsiip). Et allergiline dispositsioon esineb perekonniti, on tarvilik andmete kogumine ka perekonna kohta. Eriti ettevaatlik tuleb olla antibiootikumide, eeskätt penitsilliini aerosoolina ja parenteraalsel manustamisel. Antibiootikumide andmine suu kaudu põhjustab allergilisi reaktsioone märgatavalt harvemini. Väga kergesti võib allergiline reaktsioon vallanduda bronhiaalastmaga haigetel siis, kui nad inhaleerivad penitsilliini.

Ravimiallergia, esmajoones antibiootikumide suhtes esineva ülitundlikkuse kindlaksmääramiseks tehakse sageli nahateste. Üks tilk manustatavast antibiootikumist viiakse nahale, pärast seda skarifitseeritakse (kriimustatakse) läbi tilga kergelt nahapinda. Ülitundlikkuse korral tekib kirjeldatud piirkonnas umbes 20 minuti jooksul turse, erüteem ja ka papuloosne lööve. Võib tekkida ka organismi üldreaktsioon. Antibiootikumide süstimist naha sisse, tilgutamist silma jt. ravimiallergia kindlakstegemiseks kasutatavaid teste rakendatakse harvemini. Tuleb märkida, et tugevat allergilist reaktsiooni on mõnikord täheldatud ka kirjeldatud proovide tegemisel.

Pärast ravimi manustamist tuleb patsienti jälgida. Penitsilliini süstimisel lihasesse on jälgimisaeg 20 minutit. Kui patsiendile antakse ravimit suu kaudu, tuleb talle kirjeldada tekkida võivaid ülitundlikkuse nähte (peavalud, oksendamine, kõhulahtisus, kehatemperatuuri tõus ja nahalööve). Kuid seda peab tegema väga ettevaatlikult, et haigel mitte tekitada põhjendamata kartust mõne ravimi suhtes.

Kui kõigile ettevaatusabinõudele vaatamata tekib siiski allergiline reaktsioon, tuleb kiiresti tegutseda. Anafülaksia korral annab tulemusi hapniku inhaleerimine, adrenaliini ja efedriini süstimine veeni ja naha alla, kaltsiumkloriidilahuse süstimine veeni, kortisooni parenteraalne manustamine jt. vahendid. Kui anafülaktiline reaktsioon järgnes antibiootikumi lihasesse süstimisele, tuleb süstekohast kõrgemale asetada žgutt, et takistada antibiootikumi sattumist vereringesse. Südameseiskuse korral tehakse südame massaaž. Kui reaktsioon ei ole nii äge ja kujuneb välja aeglasemalt, võib lisaks eespool kirjeldatud ravimitele kasutada prednisolooni, dimedrooli, salitsülaate, B- ja C-vitamiine jt.

Peale ravimiallergia tuleb velskritel ja meditsiiniõdedel tihti kokku puutuda ülitundlikkusega .toiduainete, lõhnade, kemikaalide, teatava tolmu jt. allergeenide suhtes. Nendel juhtudel on esmajärgulise tähtsusega allergeeni laadi selgitamine ja selle välistamine (eliminatsiooniteraapia). Kui allergeeniks osutub mõni toiduaine, tuleb patsiendil selle tarvitamisest loobuda. Kui allergeeniks on lõhn, tolm jne., peab haige neid vältima või elukohta vahetama. Näiteks tuleb nii mõnigi kord töökohta või elukutset vahetada naha-, keemia- ja värvitööstustes töötavatel isikutel, kellel ilmneb ülitundlikkus teatavate värvide ja kemikaalide suhtes. Seda peavad tegema ka meditsiiniõed, kellel esineb allergia mõnede raviainete suhtes, millega nad töö juures kokku puutuvad. Krooniliste allergiliste haiguste tekkimise või progresseerumise vältimiseks tuleb likvideerida kõik organismis leiduvad koldenakkused (krooniline tonsilliit, karioossed hambad, krooniline sapipõiepõletik, krooniline munasarjapõletik jt.).

Kahjuks jääb aga paljudel juhtudel allergeeni päritolu selgitamata, mistõttu allergeeni kontakt sensibiliseeritud inimesega võib korduda või jätkuda ja põhjustada uusi allergilisi reaktsioone (näit. bronhiaalastma hoogusid) või juba kulgevat reaktsiooni süvendada. Sellistel juhtudel rakendatakse patogeneetilist ravi, mille efektiivsus on etioloogilise raviga — allergeeni välistamisega — võrreldes kahtlemata väiksem. Patogeneetiline allergiavastane ravi seisneb peamiselt organismi desensibili-

seerimises, s. o. allergilise reaktsiooni nõrgendamises või kaotamises. Eristatakse 1) spetsiifilist desensibiliseerimist (antigeeni väikeste koguste kindla skeemikohase manustamisega), 2) mittespetsiifilist desensibiliseerimist (kõige mitmekesisemate ravimite rakendamisega), mis kutsuvad organismis esile kolde- või üldreaktsiooni (oma vere süstimine, steriliseeritud piima süstimine, kuderavi, mesilas- ja ussimürk, neobensinool, väävel, röntgenikiiritus jt.) või ei põhjusta desensibiliseerimise käigus nähtavat organismi reaktsiooni (hormoonipreparaadid: kortisoon, prednisoon, AKTH, insuliin, adrenaliin, aspiriin, naatriumsalitsülaat, amidopüriin, butadioon, kaltsiumkloriid, askorbiinhape, rutiin jt.). Ühe või teise ravimi rakendamine sõltub allergilise haiguse laadist, haige individuaalsetest iseärasustest, muude haiguste samaaegsest esinemisest ja paljudest teistest asjaoludest. Ühe või teise ravimeetodi valik sõltub alati konkreetsest olukorrast, samuti ka ravijast, tema teadmiste tasemest, kogemustest ja eruditsioonist.

TÄIENDAVAT KIRJANDUST

1. Аллергия к лекарственным веществам. Москва, 1962. — 2. Кривоглаз Б. А. Фельдшер и акушерка, 1963, 11, 21—24. — 3. Палеес Л. Я. Медицинская сестра, 1963, 5, 8—13. — 4. Eitelberg, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 4, 26—28. — 5. Jannus, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 19—24. — 6. Kõrge, K. Organismi reaktiivsuse ja desensibiliseeriva ravi probleeme, Tallinn, 1963. — 7. Rost, G. A. Praktikum der allergischen Krankenheiten, Leipzig, 1958. — 8. Sundermann, A. Lehrbuch der inneren Medizin. Jena, 1961.

ОБ АЛЛЕРГИИ И АЛЛЕРГИЧЕСТКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

К. Валгма

Резюме

Возрастающее из года в год количество аллергических реакций и заболеваний требует от медицинских работников, в том числе от фельдшеров и медицинских сестер, знания сущности аллергии, клинических форм проявления и принципов лечения.

Роль фельдшера и медицинской сестры в борьбе против аллергических заболеваний велика и начинается с их предупреждения. В первую очередь это относится к лекарственной аллергии. Каждый медицинский работник должен знать, что резкое учащение аллергических заболеваний в последние десятилетия в значительной мере связано с массовым употреблением новых лекарств, в первую очередь — антибиотиков На первом месте среди лекарств, вызывающих аллергические заболевания, стоит пенициллин, реже другие антибиотики, жаропонижающие (амидопирин, бутадион), сульфаниламиды, препараты йода, брома и др. Тяжелые аллергические реакции, возникшие вследствие употребления пенициллина и других антибиотиков, описаны и в нашей республике.

Поэтому необходимо отказаться от часто необоснованных назначений лекарств, в особенности антибиотиков (пенициллин) при любых заболеваниях. Если применение антибиотиков и других лекарственных веществ показано, то необходимо опросить больного и установить, лечили ли его ранее антибиотиками, и не было ли у больного в связи с употреблением антибиотиков каких либо болезненных явлений (зуд и сыпь на коже, расстройство желудка высокой температуры, боли в суставах, рвоты, чувства жары, одышки, отека лица, головной боли, чувства удушья и т. д.). Следует выяснить, нет ли у пациента повышенной чувствительности к какому либо пищевому продукту, напр. — к молоку, рыбе, мясу, ягодам (землянике), а также к запахам, краскам, определенной пыли и т. д. Необходимо спросить, не болел ли пациент какой-либо аллергической болезнью, как например сенная лихорадка, сывороточная болезнь, экзема, бронхиальная астма и др.

Эти вопросы необходимо задавать для выяснения предрасположения к аллергическим реакциям. Для установления лекарственной аллергии, в первую очередь к антибиотикам, зачастую ставят кожные пробы.

Если, несмотря на все меры предупреждения, всётаки аллергическая реакция возникнет, следует быстро действовать. При анафилаксии хорошие результаты дает ингаляция кислорода, внутривенное или подкожное впрыскивание адреналина и эфедрина, введение в вену раствора хлористого кальция, парэнтеральное введение кортизона и др. средства.

Если реакция не имеет острого характера и не развивается бурно, то вместе с вышеуказанными средствами следует использовать преднизолон, димедрол, салицилаты, витамины С и В и др.

TALLINNA GÜNEKOLOOGILISTE VAATLUSKABINETTIDE TÖÖST

Arstiteaduse kandidaat *V. TAIGRO*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

1960. aastal avati Tallinna neljas polikliinikus günekoloogilised vaatluskabinetid. 1961. a. oli neid juba 5 (Tallinna Vabariikliku Haigla polikliinikus, Tallinna Tõnismäe Haigla ja Tallinna Harjumäe Haigla polikliinikus, Nõmme Haigla polikliinikus ja Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikus).

Günekoloogilistes vaatluskabinettides vaadati möödunud nelja aasta jooksul (1960.—1963. a.) läbi 98 771 naist. Ligi 30% nendest olid koduperenaised ja pensionärid, kes polnud aastaid naistenõuandlas käinud. Vaatluskabinette külastavate naiste arv suureneb pidevalt. Kui 1960. aastal oli neid 17 855, 1961. aastal 23 933, 1962. aastal 26 319, siis 1963. aastal juba 30 664. 98 771 uuritud naisest avastati 16,5%-l günekoloogilisi haigusi, 50 naisel (0,05%) leiti pahaloomulisi kasvajaid. 26-l nendest diagnoositi emakakaela-, 5-l emakakeha-, 11-l munasarja-, 7-l piimanäärme- ja 1-l välissuguelundite vähk. Vähktõbi oli 38 haigel (76%) I ja II staadiumis, 12 (24%) III ja IV staadiumis (nendest lokaliseerus vähk munasarjades 9 haigel, emakakehas 1, emakakaelal 1 ja piimanäärmetes 1 haigel).

Vanuse järgi jagunesid haiged alljärgnevalt: 20—29-aastasi 1 haige, 30—39-aastasi 6, 40—49-aastasi 13, 50—59-aastasi 12, 60—69-aastasi 13, 70—79-aastasi 5 haiget. 80-aastaste ja vanemate hulgas haigeid ei olnud. Pahaloomulise kasvajaga 50 naisest olid pensionärid ja koduperenaised 26. Ülejäänud töötasid väiksemates ettevõtetes. Esitatud andmed näitavad, kuivõrd tarvilik on suunata koduperenaisi, pensionäre ja väiksemates ettevõtetes töötavaid naisi süstemaatiliselt läbivaatustele. Läti NSV vaatluskabinettide andmeil [M. Olinja, M. Sopilnjak (2)] avastati vaatluskabinettides pahaloomulisi kasvajaid 1959. aastal 0,04%, 1960. aastal 0,03% ja 1961. aastal 0,02%. Nendest tehti kindlaks vähktõve I ja II staadium 70%-l juhtudest. A. Medvedjeva (1) andmeil diagnoositi vaatluskabinettides pahaloomulisi kasvajaid 0,03%. Vaatluskabinettide kõige olulisemaks ülesandeks on vähieelsete seisundite avastamine — nimelt nende õigeaegne kindlakstegemine ja ravi ongi kõige tõhusam abinõu vähktõve profülaktikas.

98 771 läbivaadatud naisest ilmnes 5401-l (5,4%)vähieelseid protsesse emakakaelal (erosioone, endotservitsiite, leukoplaakiat, erütroplaakiat). Emakakaelapolüüpe leiti 1032 naisel (1,05%). Emaka healoomulisi kasvajaid avastati 1014 juhul (1,02%), munasarja healoomulisi kasvajaid 242 (0,2%), seesmiste suguelundite põletikke 2471 (2,5%), kolpiite ja vulviite 3283 (3,3%), tupeseinte ning emaka alla- ja väljalangemisi 1431 (1,25%) ning piimanäärme healoomulisi kasvajaid 121 juhul (0.1%).

Tabelis on esitatud 1960.—1963. a. vältel Tallinna günekoloogilistes vaatluskabinettides läbivaadatud naiste arv.

Tabelist nähtub, et 1963. a. läbivaadatud naiste arvu poolest on esikohal Nõmme Haigla polikliiniku juures asuv vaatluskabinet (velskerämmaemand S. Ugandi). Samale vaatluskabinetile kuulub esikoht ka vähieelsete seisundite ja pahaloomuliste kasvajate avastamises. Nii leiti 1963. a. Tallinna vaatluskabinettides 10 haigel suguelundite ja piimanäärmevähk, millest 5 juhul määrasid diagnoosi Nõmme vaatluskabineti ämmaemandad. Tähelepanuväärselt on paranenud ka Tallinna Tõnismäe Haigla polikliiniku vaatluskabineti töö. Kuid tuleb märkida, et Tallinna Pelgulinna Haigla polikliiniku vaatluskabineti töö on tunduvalt halvenenud. Kui 1960. aastal uuriti Kalinini rajoonis 8080 naist, (1961. aastal 7668 ja 1962. aastal 7337 naist), siis 1963. aastal käis läbivaatusel ainult

5807 naist. Selle põhjuseks on asjaolu, et polikliiniku arstid ei saatnud neid läbivaatusele ja polikliiniku juhataja ei tegelnud vaatluskabinettide tööga. Paljudel naistenõuandlatel puudub kontakt vaatluskabinettidega. Peab mainima, et viimaste töö edukus oleneb just polikliinikute juhatajatest ja nende nõudlikkusest arstide suhtes.

Tabel

Polikliinikud	Uuritud naiste arv			
	1960. a.	1961. a.	1962. a.	1963. a.
1. Nõmme Haigla polikliinik	2932	5234	5480	7839
2. Tallinna Tõnismäe Haigla polikliinik	3339	5595	5096	7031
3. Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinik	8030	7668	7532	5807
4. Tallinna Harjumäe Haigla polikliinik	3504	2466	3459	5237
5. Tallinna Vabariiklik Haigla	—	2970	4752	4750

Olukorra parandamiseks on tarvis, et naistenõuandlate juhatajad hakkaksid vaatluskabinettide ämmaemandate tööd suuremal määral juhtima.

Järeldused

1. Naiste massilised profülaktilised läbivaatused on peamiseks abinõuks vähieelsete seisundite ja suguelundite vähktõve, samuti teiste günekoloogiliste haiguste avastamisel.
2. Vaatluskabinettide ämmaemandad on diagnoosinud võrdlemisi arvukalt vähieelseid seisundeid, põletikulisi protsesse ja suguelundite vähktõbe.
3. Vaatluskabinettides vaadatakse läbi koduperenaisi, pensionäre jt., kes ise naistenõuandlasse ei pöördu.
4. Kaugelearenenud vähktõvevormidega haigete protsent on ikka veel kõrge, 24%-l haigetest on vähktõbi III—IV staadiumis. Munasarjavähki diagnoositakse sageli veel liiga hilja (11 haigest 9-l oli vähktõbi juba III—IV staadiumis).
5. Polikliinikute juhatajad peavad kõigis arstijaoskondades ja polikliinikutes töötavatelt arstidelt rangemalt nõudma, et vastuvõtule tulnud naised suunataks läbivaatustele.
6. Naistenõuandlatel tuleb parandada koostööd rajooni elanikke teenindavate vaatluskabinettidega.

KIRJANDUS

1. Медведева А. И. Здравоохранение Российской федерации, 1962, 4, 21—23. — 2. Олиня М. И., Сопильняк М. Д. Труды VIII Международного противоракового конгресса, Том I, М., 1963, 149—151.

ОПЫТ РАБОТЫ СМОТРОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ г. ТАЛЛИНА

В. Тайгро

Резюме

За истекшие четыре года (1960—1963 гг.) в смотровых гинекологических кабинетах города Таллина акушерками осмотрена 98 771 женщина. Из них почти 30% составляли домохозяйки и пенсионерки, которые годами, а иногда и десятилетиями не посещали женских консультаций.

Из 98 771 обследованной женщины у 16,5% были обнаружены гинекологические заболевания, в том числе, у 0,5% (50 больных) выявлены злокачественные новообразования.

По данным смотровых кабинетов Латвийской ССР (М. Я. Олиня, М. Г. Сопильняк) злокачественные опухоли акушерками смотровых кабинетов обнаруживаются в 0,02—0,04% случаев. По данным А. И. Медведевой злокачественные новообразования акушерками смотровых кабинетов выявляются в 0,03% случаев. У 26 из 50 больных наблюдался рак шейки матки, у пяти — рак тела матки, у 11 — рак яичников, у 7 — рак молочной железы и рак вульвы у одной больной. Рак I и II стадии обнаружен у 38 больных, III—IV — у 12. Из числа больных III—IV стадией у 9 наблюдался рак яичников, у одной рак тела матки, у одной рак молочной железы и у одной рак шейки матки.

По возрасту больные распределялись следующим образом: 20—29 лет — одна больная, 30—39 лет — 6 больных, 40—49 лет — 13, 50—59 лет — 12, 60—69 лет — 13, 70—79 лет — 5 больных.

Среди больных злокачественными заболеваниями, домохозяек и пенсионерок было — 26, женщин-работниц, занятых на мелких предприятиях — 24.

Приведенные данные указывают на необходимость привлечения домохозяек, пенсионерок, а также женщин-работниц мелких предприятий к систематическим осмотрам.

Из 98 771 обследованной женщины у 5401 (5,4%) обнаружены были так называемые эрозии шейки матки. эродированный эктропион, лейкоплакия, эритроплакия. Полипы шейки матки выявлены у 1032 (1,05%), доброкачественные опухоли матки наблюдались у 1014 (1,02%), доброкачественные опухоли яичников у 242 (0,2%), воспалительные заболевания внутренних половых органов у 2471 (2,5%), вульвиты у 3283 (3,3%), опущения и выпадения стенок влагалища и матки у 1431 (1,25%), доброкачественные опухоли молочной железы у 121 (0,1%) женщины.

Следует отметить, что успех работы смотровых кабинетов во многом зависит от заведующих поликлиниками.

Женским консультациям необходимо наладить более тесный контакт со смотровыми кабинетами и следить за повышением квалификации работающих там акушерок.

KOMMUNISTLIKU TÖÖ LIIKUMISEST VABARIIKLIKUS TUBERKULOOSITÕRJE DISPANSERIS

Meditsiiniõde *V. SPIRKA*

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris sai kommunistliku töö liikumine alguse 1963. a. pärast raviasutuse reorganiseerimist.

Eelnevalt arutas meie asutuse aktiiv läbi kommunismiehitaja moraalikoodeksi põhiprintsiibid. Seejärel omandati kogemusi Tallinna Linna Lastehaiglas, kus esimesena Tallinna tervishoiuasutustest arenes kommunistliku töö liikumine. Hiljem arutati küsimust juba tootmiskoosolekutel. Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris võtab kommunistliku töö liikumisest osa 167 töötajat. Neil kõigil on individuaalsed kohustused, mis peavad tagama mitte ainult töötajate tööalaste saavutuste tõusu, vaid ka nende arengu mitmekülgsuse, samuti laiendama silmaringi.

Individuaalseid kohustusi on võtnud endale nii arstid, keskharidusega meditsiinitöötajad kui ka sanitarid. Eranditult kõigi ülesandeks on oma ideelis-poliitiliste teadmiste taseme tõstmine, seminaridest, poliitinformatsioonidest osavõtmine või marksismi-leninismi õhtuülikoolis käimine. Praegu õpib meie asutuse töötajatest marksismi-leninismi õhtuülikoolis 22 inimest. Mitmed omandavad võõrkeeli iseseisvalt või keeltekoolis. Eesti keelt mittevaldavale personalile on moodustatud õppering. Paljud töötajad õpivad keskkoolis kaugõppe teel.

Arstid kohustuvad kommunistliku töö liikumise korras oma kvalifikatsiooni tõstma ja tegelema teadusliku uurimistööga ning osa võtma mitmesugustest erialastest täienduskursustest. Paljud töötajad on võtnud endale ühiskondlikke kohustusi. Ühiselt on korrastatud territooriumi, oma jõududega tehakse pisiremonti, seatakse sisse töökodasid ja kabinette. Nii sisustati pedagoogide aktiivsel osavõtul haigetele puutöökoda.

Võetakse osa isetegevus- ja kehakultuuriringide tööst. Kaks korda nädalas käib meil koos võimlemisring, mida juhendab vilunud pedagoog Spordiringidest töötab aktiivselt võrkpallisektsioon.

Keskharidusega meditsiinipersonal on võtnud kohustuseks sanitaridele esmaabivõtteid õpetada. Samuti omandavad meditsiiniõed oma kutsetöö kõrval teise kitsama eriala, nagu töötamine füsioteraapiakabinetis, elektrokardiograafiga töötamine, röntgeniülesvõtete ja laboratoorsete analüüside tegemine, operatsiooniõe töö ning vereülekannete tehnika. Kohustuste hulgas on tähtsal kohal ka sotsialistliku omandi hoidmine ning eeskujulik käitumine nii tööl kui ka väljaspool asutust. Kõik kommunistliku töö liikumisest osavõtjad on lubanud hoolitseda oma tervise eest, sest iga üksiku töötaja tervis on ühiskondlik vara. Veel on kohustustes juhitud tähelepanu seltsimehelikule suhtumisele ning kollektiivsustunde süvendamisele.

Mainitud kohustusi kontrollitakse üks kord kvartalis. Selleks on moodustatud aktiiv partei-algorganisatsiooni ja ametiühingu kohaliku komitee liikmetest. Kontrolli tulemused esitatakse partei-algorganisatsioonile ja ametiühingu kohalikule komiteele hindamiseks ja selle alusel kommunistliku töö eesrindlase nimetuse andmiseks.

О ВНЕДРЕНИИ МЕТОДОВ КОММУНИСТИЧЕСКОГО ТРУДА В РЕСПУБЛИКАНСКОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

В. Спирка

Резюме

В 1963 году в Республиканском противотуберкулезном диспансере началось движение за коммунистический труд. В этом участвует 167 медицинских работников, которые приняли на себя индивидуальные обязательства по повышению культуры обслуживания больных. Многие из работников диспансера приняли обязательства и по общественной работе. Территория диспансера благоустроена, помещение диспансера приведено в порядок силами медицинских работников и при участии преподавателей оборудована столярная мастерская для больных. Медицинские сестры усваивают вторую узкую специальность, например, работу в кабинете физиотерапии, электрокардиографии, осваивают технику производства рентгеновских снимков, лабораторных анализов и т. д. Результаты выполнения индивидуальных обязательств проверяются комиссией и в конце каждого квартала представляются партийной организации и местному комитету профсоюза для рассмотрения и на соискание звания ударника коммунистического труда.

Arstiteaduse ajaloost

RAHVAMEDITSIIN JA NÕIAPROTSESSID EESTIS

K. REOLI

(Eesti NSV Riiklikust Ajaloo Keskarhiivist, ülem *I. Larin*)

Rahvameditsiini üheks tähtsamaks allikmaterjaliks eesti ajaloos, eriti XVII ja XVIII sajandi kohta, on nõiaprotsessidest säilinud kohtutoimikud ja muud nõidade jälitamisega seotud dokumendid.

«Nõiad» olid enamasti ainult rahvaarstid, keda süüdistati kuratlike kunstide kasutamises ravimisel. Kuratlikeks nimetas valitsev ideoloogia neil sajandeil võtteid, mida ei osatud seletada ei piibli ega tolleaegse teaduse abil, näiteks ravimist hüpnoosi ja sugestiooniga.

11.—13. augustil 1632. a. arutas Tartu Maakohus oma väljasõiduistungil Kellishofi mõisas (5) kuue talunikust otsuseleidja osavõtul

Kanepi kihelkonna Kõllemäe valla talupoja, kuulsa rahvaarsti Pudelli nõiaprotsessi, kes oli tunnistaja Kickase tõenduse järgi tervistanud palju inimesi ja loomi. Selleks oli ta enamasti sõnalise sugestiooni võtteid rakendanud. Ta oli rääkinud, et maailmas olevat palju haigusi. Kes ravisõnu tunneb, pääseb nende käest; kes aga ei tunne, saab hukka.

Pudell oli esemete ja sõnade abil ravinud inimesi, kel olid kõhuvalud, pisted küljes, «naba paigast ära» või keda oli uss salvanud. Ta oli osanud hobustel väänatud liikmeid paigale panna. Venituse puhul oli lausunud selliseid sõnu: «Kuhu naba, kust too naba, kuhu naba kutsutakse? Alt raaguse aia, läbi pärnase võsa, üle vaskse variku sind kulduhmris surutakse, kuldpetkeliga peksetakse; Maarja vihastas, Maarja, päästa!» See on rahvalaulule väga lähedane rahvaluule liik; poeetilised pöördumised haiguse poole, mille eesmärgiks on haige lohutamine, tema psüühiliste jõudude mobiliseerimine paranemise suunas ja veenmine tervenemise võimalikkuses.

Ayasta küla talumehe Kickas Siimoni tütre tervekstegemise eest oli Pudell saanud neljandikutäie õlut ja pool tükki pekki, Marcus Pape lapse tervistamise eest aga 1 vaka rukkeid, 1 vaka kaeru ja 2 puuda humalaid.

Peale sõnade oli ta ravimisel kasutanud veel hõbešillingit, punast villast lõngajuppi, millesse oli mässitud tükk rohelist sammalt, ja kolme vasktraadist rõngast. Kui need esemed maasse matta, pidi ilmnema tervendav mõju. Tänapäeva lugejale näivad sellised faktid esimesel pilgul küll üsna veidrana, kuid ka neil on ravi seisukohalt oma osa. Nimelt on see tänapäeval hästi tuntud kaudne sisendus, mis osutub tihtipeale tõhusamaks kui otsene. Kohus sellest kõigest muidugi aru ei saanud ja rahvaarst Pudell mõisteti 13. augustil tehtud kohtuotsuse põhjal «rängale piinamisele igasuguse ebauskliku õnnistamise ja palvete eest, mida ta üksteise järel retsiteeris».

Pärnu Maakohtu väljasõiduistungil Karksis (1640. a.) (12) süüdistati nõiana kohalikku talupoega Pavel Willapulcka, kes oli kasutanud ravimisel sõnu: «Jumal, Isa ja Poeg, päästa seda inimest piinast, vaevast ja haigusest.» Nii ütelnud ta kolm korda ja silitanud haiget. Viimane märkus kohtuprotokollis viitab suurele sarnasusele hüpnotiseerimisega (1, 3). Kohtuprotsessil ilmnes muu hulgas, et Pavel Willapulck olevat ka loomi ravinud. Tema mõisniku Johan Krauszi kaebuse peale mõisteti Pavel nõidumise ja kuradiga ühenduses olemise pärast surma.

1672. a. nõiaprotsessil Tartu Maakohtus tunnistas Räpina rahvaarst Nitzka Jürg, et ta ravinud ainult meieisapalvega, mille eest talle mõisteti vitsanuhtlus. On ilmne, et palvetekste kasutasid rahvaarstid ainult oma sisenduste mõjukamaks tegemiseks. 1687. a. Tartu nõiaprotsessil ilmnes, et kaebealune Luka Tenno (Tõnu) oli haigeid ravinud mõningate piiblitekstide ja meieisapalvega. Rasedate aitamiseks lugenud ta «Maria Sanna» («Maria Sõna» — «Ave Maria», katoliiklik palvetekst). Kuid seda teinud ta nii segaselt, et keegi aru ei saanud, mis oli mõeldud teksti salapärasemaks ja sellega ka emotsionaalselt mõjuvamaks muutmiseks.

Nimetatud protsessil esines teiste tunnistajate kõrval ka Maarja-Magdaleena pastor Luigi Johan Gersten Lovey. Ta teatas oma kirjas, et Luka Tõnu käib küll armulaual ja kuulab jumalasõna, kuid on kuulus nõid, kelle juurde tullakse isegi teistest kihelkondadest abi otsima. Kõik tunnistused kujunesid kaebealuse kahjuks, ja kohus tegi otsuse: «Tugedes jumalikele seadusile Exod. 22, 18, Levit. 20, 6 ja Deuter. 18, 11 ja rootsi seadustele mõistetakse kaebealune tulesurma, kuna ta ... ebausklike abinõudega parandas haigeid ja ... pikaajalisest vangistusest hoolimata oma süüd ei tunnistanud.» (8)

1699. a. Tartu Maakohtu nõiaprotsessil (10) rääkis kaebealune

Räpina talupoeg Tattra Santi Michel (Mihkel), et ta tervistanud inimesi järgmiste sõnadega: «Wee algias tulle awwita sedda meest ommast tõbbist» (veehaldjas, tule aita seda meest tema tõvest). See on lihtsalt palve haldja poole. Vaimuhaigete puhul oli ta kasutanud väljendeid, mis on sarnased katoliikliku «kurja vaimu väljaajamise» kirikliku rituaali väljenditega: «Oh, kurat, kurat, tagane ära sellest inimesest»... jne Mihkli oli kohtusse kaevanud tema mõisnik von Güllenschmid, kes oli juba kohapeal kirjalikku ülekuulamist toimetanud. Ta süüdistas Mihklit mõisa viinapruulija Prechi Wilhelmi hulluks nõidumises. Maakohus nimetas Mihklit nõiameistriks ja mõistis talle surmaotsuse mõõgaga hukkamise teel.

1699. aastal istus Tartu Maakohtus (7) nõiana süüpingil paljusid edukalt aidanud ämmaemand Zuchna Jürri Ann selle eest, et ta kasutas oma töö juures nõiasõnu, mida sakslasest kohtusekretär on nii kirja pannud: «Oh, peh, paste, oh ako arraste, oh kuh kosta seda rist innimis katz keh pehhe, nelli gulda jaluitze...» See on ilmselt palve loodusjõudude poole: «Oh, päev (päike), paista, oh agu ..., oh kuu, kosta selle ristiinimese eest ...», mis tõlgitseti nõidumiseks peamiselt sellepärast, et ristiusk pidas isegi kõige süütumat loodusjõudude poole pöördumist väga süngeks paganlik-kuratlikuks nähtuseks. Mõnikord oli Ann lausunud ka kristlikke nõiasõnu: «Issand Jumal vabastagu sind, püha ja hea Maria aidaku sind». Kohus määras talle raske ihunuhtluse

1697. a. (9) süüdistati Tartu Maakohtus rahvaarstina tegutsenud Rasina talupoega Sälli Jacku (Jaaku), kes oli õnnetusjuhtude puhul tekkinud suurte verejooksude sulgemiseks lausunud selliseid sõnu: «Mees merest tuli, vaskkindad käes, vaskvöö vööl, vasksukad jalas... Seisa kinni kui sein, ole kinni kui müür.» Need nõiasõnad osutavad sarnasusele sisendusraviseansi struktuuriga: algul oli kordamistega, veniv, monotoonne poeetiline kirjeldus, millele järgnes verejooksu sulgemise käsk, mida samuti korrati. Ühtlasi vajutanud Jaak haavale kahe või kolme sõrmega. Siin on ilmselt tegemist verejooksu sulgemisega sugestiooni abil, mida teevad ka tänapäeva hüpnotisöörid (2).

Meie rahva suhtumine oma arstidesse oli vastupidine vaimulike ja feodaalide-kolonisaatorite omale. Sellest, kui populaarsed olid maatargad eesti talurahva seas, hoolimata koloniaalvõimude jälitamisest ja vaenulikust propagandast, annab tunnistust kellegi tundmatu ametliku aruandja kaebus, et eesti talupojad ei pea «kuratlikke kunste» keelatud tööks, vaid «vabadeks kunstideks» (4) (nii nimetati tol ajal mitteteoloogilisi õppeaineid ülikoolides ja selle järgi ka mitteteoloogilisi teadusi).

Andmed rahvaarstide tohutust populaarsusest (11) on ka nõiaprotsesside materjalides. Krahvliku Linnusekohtu istungil Pärnus 1636. a. oli mõisnik Fromhold Leps kaevanud, et rahvaarste Rohttzi Andrest ja tema naist Beahtti, kes tervistasid inimesi meieisapalve abil või palvetega apostlite poole, «talupojad austavad kui ebajumalaid, kes oma kunsti ja õnnistuse läbi teisi palju aitavad. Minu majale toovad nad aga palju kurja: ühel päeval suri hobune, teisel päeval kolm paari härgi; samuti nägid minu teenijad naise eluruumis tonti, kes läks sealt talli. Palun süüdlasi mitte karistamata jätta.» Et puudusid tõendid raskema karistuse määramiseks, saatis kohus kaebealused krahvkonnast välja.

Rahvaarstide esinemine oli 16.—17. sajandil Eestis üsna harilikuks nähuks, sest kutselisi arste ja ka apteeke leidus ainult Tallinnas, Riias ja Tartus. Võõramaalastest arstid kui vallutajate esindajad olid eesti talupoegadele vastumeelsed ja vähem usaldusväärsed kui eestlastest rahvaarstid. Viimased said oma suurte teadmiste ja keerulise töö eest abivajajailt küllaltki head tasu, kuid nad elasid kogu aeg surmaohus. Pahasoovlikel inimestel polnud neid raske nõidumises süüdistada. «Nõid»

oli aga tol ajal nii hirmuäratav sõna, et harva julges keegi nõidumises süüdistatut kaitsta.

Nõiaprotsessidega tutvumine rikastab meid uute andmetega Eesti rahvameditsiinist ja näitab, kui raske oli omal ajal haigestumise puhul abi saada.

KIRJANDUS

1. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962, 267. – 2. Рожнов В. Е. и Рожнова М. А. Гипноз и религия. М., 1962, 89. — 3. Таинственные явления человеческой психики. М., 1963, 48. 4. Bibliothek der Estländischen Literärischen Gesellschaft, V., 1847. — 5. F. 914, nim. 1, s.-ü. 1, l. 36—41 (siin ja edaspidi on viidatud ENSV Riikliku Ajaloo Keskarhiivi dokumentaalsete materjalide fondidele). — 6. Sealsamas, s.-ü. 8. — 7. Sealsamas, s.-ü. 24. — 8. Sealsamas, s.-ü. 65 ja 67. — 9. Sealsamas, s.-ü. 75. — 10. Sealsamas, s.-ü. 84. — 11. F, 915. nim. 1, s.-ü. 1.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И ПРОЦЕССЫ ПО ОБВИНЕНИЮ В КОЛДОВСТВЕ В ЭСТОНИИ

К. Рэоли

Резюме

Одним из важнейших источников данных о народной медицине в XVII и XVIII вв. являются судебные дела колдовских процессов и другие связанные с преследованием колдунов документальные материалы. Колдуны были в основном только народные врачи, обвиненные в использовании «дьявольского искусства» при лечении. Дьявольскими называла господствующая идеология в те века приемы, которые не могли быть объяснены ни с помощью библии, ни с помощью науки тех времен, которые в свете современных знаний можно считать внушением (в том числе и гипнозом), прямым и косвенным, которое многие эстонские народные медики применяли уже в те века. Они также останавливали внушением кровотечения из больших ран. Таких народных медиков подозревали в связях с дьяволом. В целях признания вины, в суде их жестоко пытали, и в большинстве случаев приговаривали к смерти на костре.

Konverentsid ja nõupidamised

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI ÕPILASTE TEADUSLIK KONVERENTS

19. II 1964. a. toimus Tartu Meditsiinilise Kooli õpilaste teaduslik konverents, millest võtsid külalistena osa ka Tallinna ja Riia meditsiinikoolide õpilased.

Ettekannetest väärivad esiletõstmist esmajoones eksperimentaalsed uurimused, mida iseloomustavad suur katsete arv, teemade aktuaalsus ja profülaktiline suunitlus. Nii käsitles õpilane M. Särg vibratsioontõbe. Katsete varal tõestas ta, et selle puhul toimuvad muutused naha elektrijuhtivuses. Õpilane A. Samoilov näitas uurimuses «Naha elektrijuhtivuse muutusi tervetel ja parodontoosihaigetel», et nimetatud haigestumise korral on tegemist naha ja osalt kogu organismi vegetatiivse regulatsiooni muutustega.

Üldmeditsiinilistest ja arstiteaduse ajalugu käsitlevatest töödest väärivad esiletõstmist Riia ja Tallinna meditsiinikoolide õpilaste tööd, mis olid ette valmistatud ja esitatud suure põhjalikkusega. H. Kalninja (Riia Meditsiinilisest Koolist) kõneles professor P. Stradõni elust ja tegevusest. M. Raudma (Tallinna Meditsiinilisest Koolist) käsitles kollagenooside küsimust. E. Pärn (Tallinna Meditsiinilisest Koolist) esitas ettekande teemal «Vee ja mineraalsoolade ainevahetusest».

Nimetatud üritus oli ainulaadne, sest sellise ulatusega kesk-eriõppeasutustevahelist konverentsi ei ole meie vabariigis varem toimunud. Konverentsi korraldajateks olid kooli komsomoliorganisatsioon ja teaduslikud ringid.

Ü. Uusma

NÕUPIDAMISED OTORINOLARÜNGOLOOGIA ALAL

26.—29. jaanuarini 1964. a. toimus Moskvas Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi juhatuse laiendatud pleenum, kus arutati kahte põhiküsimust: kroonilise tonsilliidi konservatiivset ravi ja kõrva talitlust parandavaid kirurgilise ravi meetodeid. Kokku kuulati 70 ettekannet. Eesti NSV-st olid kohale sõitnud 3 arsti (dotsent E. Siirde, S. Sibul ja A. Luts).

Põhiettekande kroonilise tonsilliidi konservatiivse ravi printsiipidest esitas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige, teeneline teadlane professor B. S. Preobraženski. Ta märkis, et kroonilise tonsilliidi kiurgilise raviga on kaldutud liialdama.

Kompenseeritud ja dekompenseeritud kroonilise tonsilliidi puhul tuleb rakendada eelkõige konservatiivseid meetodeid, nagu organismi immunobioloogilisi reaktsioone stimuleerivat ja desensibiliseerivat ravi, mandlilakuunide loputamist (vastavalt lokaalsele leiule), mandlite määrimist joodglütseriiniga või infiltreerivat ravi koos füsioteraapiaga (tuubuskvarts ja lühilaine). Kroonilise tonsilliidiga seoses olevate väljaarenenud haiguste puhul jääb põhiliseks tonsillektoomia, samuti eemaldatakse tonsillid konservatiivse ravi ebaedukuse korral.

Kõrva talitlust parandava kirurgia alal kuulati 44 ettekannet. Põhjalikult ja ammendavalt analüüsis teeneline teadlane professor K. L. Hilov kuulmist parandavate operatsioonide küsimust. Otoskleroosi kliiniku, diagnoosimise ja ravi alal esitas ettekande arstiteaduse doktor N. A. Preobraženski. Tema andmeil annab kõige paremaid tulemusi otoskleroosi kirurgiline ravi. Head efekti saadakse sünteetiliste materjalide kasutamisega kuulmeluukeste asendajana stapedoplastika ja stapedoektoomia puhul. Dotsent J. B. Preobraženski käsitles tumpanoplastika aktuaalseid küsimusi.

Tähelepanu äratas arstiteaduse doktor B. M. Sagalovitši ettekanne kuulmishäirete diferentsiaaldiagnostikast ultraheli abil. Inimkõrv on võimeline kuulma luu kaudu ultraheli sagedusega kuni 200 000 Hz.

Professor B. S. Preobraženski rääkis lõppsõnas vajadusest teha kuulmist parandavaid kõrvaoperatsioone kõikides NSV Liidu vabariikides.

*

30. jaanuarist — 1. veebruarini 1964. a. toimus Moskvas Ülevenemaalise Otorinolarüngoloogide Teadusliku Meditsiinilise Seltsi juhatuse laiendatud pleenum ja Riikliku Kõrva-nina-kurgu Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslik sessioon allergia alal otorinolarüngoloogias ja organisatsioonilistes küsimustes. Kokku kuulati 56 ettekannet.

Pleenumi avas seltsi esimees professor B. S. Preobraženski, kes märkis, et üle poole kõrva-nina-kurguhaigustest on seotud allergiaga, mistõttu tuleb kasutada teisi diagnoosimis- ja raviviise kui varem.

Instituudi direktor arstiteaduse doktor N. A. Bobrovski rõhutas, et instituudis on välja töötatud bakterallergeenide tööstuslik valmistamine diagnoosimise ja ravi otstarbeks. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor A. D. Ado andis põhjaliku ülevaate allergiast tänapäeval ja selle tähtsusest otorinolarüngoloogias. Allergiast otorinolarüngoloogias rääkis ka B. S. Preobraženski. Ta märkis, et 30—50% kroonilistest põsekoopapõletikest on seotud allergiaga. Allergiliste otopaatiate (otiitide) puhul tuleb kõrvamäda uurida eosinofiilide suhtes. Allergia mehhanismi selgitas professor P. P. Sahharov. Ta on koos G. A. Kudrinaga avastanud, et bakteriaalse allergia puhul põhjustavad allergeenid esmajoones leukotsüütide ja lümfotsüütide rakutuumade deformatsioone. E. I. Gudkova märkis oma ettekandes samuti, et kroonilisel tonsilliidil, kroonilisel keskkõrvapõletikul, retsidiveeruval sinusiidil ja ülemiste hingamisteede katarridel on palju ühist bakteriaalse allergiaga.

B. M. Sagalovitš kõneles allergilistest teguritest tonsillaarsete kahjustuste tekkemehhanismis ja rõhutas, et organismi jahutamine aktiveerib mikrofloorat kurgumandlites, mis sekundaarselt pärast sensibiliseerimist avab väravad suuremolekulistele valkudele. Sellele järgneb verevoolu aeglustumine mandlites, südames ja neerudes. Kahjustuse profülaktika seisneb verevoolu kiirendamises ja desensibiliseerivas ravis.

Lõppsõnas juhtis B. S. Preobraženski tähelepanu sellele, et allergeeni avastamiseks on tarvis igasse haigusloosse eraldi märkida allergilise haiguse anamnees. Ühtlasi tuleb uurida eosinofiilide esinemist veres ja sekreetides. Medikamentoosse allergia profülaktikaks on tarvis minimaalselt kasutada antibiootikume ja teisi ravimeid lokaalselt. Põsekoopapõletikkude ja krooniliste tonsilliitide puhul tuleb tarvitada eeskätt desensibiliseerivaid vahendeid.

A. Luts

ÜLELIIDULINE SÜMPOOSION ALLERGOLOOGIA ALAL

16. kuni 18. märtsini 1964. a. toimus Bakuus allergoloogia-alane sümpoosion, mille korraldasid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia allergoloogialaboratoorium ja Aserbaidžaani Narimanovi-nimeline Meditsiini Instituut.

Sümpoosionist võtsid osa paljud nõukogude silmapaistvad allergoloogid, nagu selle ala pioneerid professor A. D. Ado, akadeemikud E. M. Tarejev ja B. S. Preobraženski ning hulk allergiaga tegelevaid arste mitmetelt erialadelt. Esitati üle 130 ettekande. Ligi pooled neist käsitlesid allergia patogeneesi ja allergiliste reaktsioonide mehhanismi uurimist. Silmapaistvaid saavutusi sel alal on professor A. D. Adol ja tema juhendamisel töötaval allergoloogia-laboratooriumil. Viljakalt uuritakse mainitud probleeme ka Leningradi, Minski, Kaasani, Bakuu, Kaunase ja mitmete teiste keskuste kliinikuis ja laboratooriumides.

Suurt tähelepanu pöörati allergiliste haiguste sagenemise põhjuste selgitamisele. Professor A. T. Kravtšenko (Moskva) näitas, et polüvalentsete vaktsiinide ja heteroloogiliste immuunseerumite massiline kasutamine põhjustab allergiliste reaktsioonide märgatava sagenemise. M. F. Mahmudbekova (Kaasan) esitas andmeid vaktsiinide sensibiliseeriva mõju vähendamise kohta nende töötlemisel trüptiliste fermentide ja ultraheliga.

Paljud ettekanded käsitlesid autoantikehade esinemist reuma puhul. Erilist huvi pakkusid uurimused südamelihase kahjustuste tekitamisest kardiotsütotoksilise immuunseerumiga, autoantikehade tekkimisest pärast pärgarterite ligeerimist eksperimendi puhul ja autoantikehade moodustumisest müokardi infarkti põdevatel inimestel (A. M. Monajenkov, L. L. Averjanova, J. Kupcinskas, P. N. Jurenev jt.). Organismi sensibiliseerumisega (lipoproteiidide tõttu) peab arvestama ka ateroskleroosi patogeneesis (J. H. Kantserov). D. F. Pletsitõi (Moskva) seisukoha järgi tuleb pidada perspektiivseks ateroskleroosi edasist uurimist allergoloogia aspektist. Bronhiaalastma patogeneesis rõhutati eksogeensete allergeenide kõrval nakkusliik-allergilise ja autoallergiliste tegurite osatähtsust. Praktikas pööratakse vähe tähelepanu seedeelundite allergilise kahjustuse võimalusele. Selles osas oli huvitav M. M. Džalilovi (Andižan) uurimus. Tal õnnestus loomade organospetsiifilisel sensibiliseerimisel esile kutsuda gastriiti, enteriiti ja maohaavandeid. Praktilise tähtsusega oli A. M. Nogalleri ja G. A. Trubnikovi (Astrahan) ettekanne, milles nad näitasid, et krooniline koliit võib tekkida allergiale omase mehhanismiga toiduainete, soole mikrofloora ja soole koe-autoantigeeni sensibiliseerival toimel.

Suurt tööd tehakse Minskis professor D. A. Markovi juhendamisel *sclerosis multiplexi* uurimise alal. Vastavad tähelepanekud näitasid, et mainitud haigust tuleb kesknärvisüsteemi polüetioloogilise allergilise kahjustuse tagajärjeks pidada. Väga huvitavaid uurimusi olid teinud ka psühhiaatrid. S. F. Semjonov (Moskva) ja tema kaastöölised leidsid, et skisofreeniahaigeil on võimalik veres ja seljaajuvedelikus sedastada aju-autoantikehi ning saada aju-antigeeniga ka positiivseid nahateste.

Bakuus tegeldakse intensiivselt naftaprodukti — naftalaani — mõju uurimisega inimese organismile. Nimetatud ainet saab allergiliste seisundite terapeutiliseks mõjustamiseks kasutada (T. G. Pašajev). Sümpoosionil rõhutati, et andmed allergiliste haiguste esinemissageduse kohta on puudulikud, sest nende registreerimine ei toimu küllalt süsteemikindlalt.

Huvi pakkusid Moskvas 1960. aastast alates töötava Arstiteaduse Akadeemia allergoloogialaboratooriumi ja -kabineti töökogemused. Teadusliku uurimistöö kõrval valmistab nimetatud laboratoorium ka allergeen-ekstrakte. Senini on valminud 187 mitmesugust ekstrakti, mida allergoloogiakabinetis kasutatakse diagnoosimiseks ja spetsiifiliseks desensibiliseerimiseks. Viimane on pollinoosiде puhul eriti hea tulemusi andnud.

Sümpoosioni lõpul võeti vastu resolutsioon, milles muuhulgas konstateeriti, et allergia ja allergiliste haiguste kompleksne uurimine on tänapäeva meditsiini tähtsamaid ülesandeid. Allergiliste haiguste sagenemine on olulisel määral seotud antibiootikumide, vaktsiinide, raviseerumite ning mitmesuguste muude ravimpreparaatide üha laialdasema kasutamisega. Suuremat tähelepanu tuleb pöörata aerogeensetele allergeenidele ja mitmesuguste tööstustoodete sensibiliseerivale mõjule. Edasist uurimist vajab desensibiliseeriv ravi. Kõrgemates meditsiiniõppeasutustes tuleks spetsiaalseid allergoloogia-alaseid kursusi korraldada. Peeti vajalikuks Moskvasse asutada allergoloogiakliinik ja liiduvabariikidesse allergoloogiakabinetid. Resolutsioonis märgiti, et Nõukogude Liidus tuleb organiseerida allergoloogide assotsiatsioon, mis ühendaks kõiki selle probleemiga tegelevaid arste mitmelt erialalt. On tekkinud tarvidus ka spetsiaalse allergoloogia-alase ajakirja järele.

Meie vabariigist esinesid sümpoosionil dotsent K. Kõrge ettekandega «Eosinofiilide insuliinitestist ja selle iseärasustest allergiliste haiguste puhul» ja J. Ksenofontov ettekandega «Mõningatest autoimmuunsuse näitajatest bronhiaalastma ja pneumooniate puhul».

K. Kõrge

Tähtpäevad

O. PALU 70-AASTANE

13. juulil 1964. a. tähistati tuntud arsti, kaardiväe erupolkovnik O. Palu 70. sünnipäeva.

Oskar Mihkli p. Palu sündis 13. juulil 1894. a. Tartumaal Meeri vallas rendikohapidaja perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas ta Meeri vallakoolis, H. Treffneri gümnaasiumis ja Tartu Aleksandri gümnaasiumis, mille lõpetas 1914. a. Samal aastal astus O. Palu Tartu ülikooli arstiteaduskonda. I maailmasõja puhkemisel mobiliseeriti ta ja saadeti Petrogradi suurtükiväe kooli ning selle lõpetamise järel Kaukaasia rindele. Pärast sõja lõppu jätkas O. Palu õpinguid Tartu ülikoolis, mille lõpetas 1924. a. Hiljem töötas ta sõjaväearstina ja Tallinna Klinitsistide Haiglas akušöör-günekoloogina. 1926. aastal andis ta koos arst T. Jürgensoniga välja raamatu «Inimese anatoomia ja füsioloogia».



1940. a. teenis O. Palu 180. diviisis diviisiarstina. 1941. a. jaanuaris määrati ta 22. Territoriaalkorpusesse korpusearstiks, mille ridades võttis osa Suure Isamaasõja esimestest lahingutest Pihkva ja Porhhovi all. Pärast korpuse ümberpaigutamist töötas ta Evakuatsioonihospidali nr. 2020 peaarstina. Hiljem, rahvusväeosade formeerimise järel määrati O. Palu algul 7. Eesti Laskurdiviisi diviisiarstiks ja 1942. a. 8. Eesti Laskurkorpusesse korpusearstiks. O. Palu teenis Nõukogude armees Suure Isamaasõja lõpuni. Ta demobiliseeriti 1946. a.

Teenete eest Suures Isamaasõjas autasustati O. Palu Punatähe ja Isamaasõja II järgu ordeniga ning medaliga «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945».

Pärast demobiliseerimist on juubilar töötanud edukalt mitmel vastutusrikkal ametikohal, nimelt Tallinna Linna Tervishoiu Osakonna Riikliku Sanitaarinspektsiooni ülemana, V. Kingissepa nimelise Tallinna Tselluloosi ja Paberikombinaadi arstipunkti juhatajana, puuvillakombinaadi «Balti Manufaktuur» arstipunkti günekoloogina jm. 1960. a. alates töötab O. Palu tehase «Volta» arstipunkti günekoloogina.

Juubilar on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst. Eriti on esile tõstetud tema tegevust Punase Risti Seltsi aktivistide ettevalmistamisel.

Kohusetruu ja hea töö eest on Tallinna Linna Tervishoiu Osakonna juhataja O. Palule korduvalt tänu avaldanud. Juubeli puhul autasustati teda Tallinna Linna TSN Täitevkomitee aukirjaga.

O. Palu 70. sünnipäeva puhul korraldatud koosviibimisest võtsid osa 8. Eesti Laskurkorpuse juhatus, poliittöötajad ja rivikomandörid ning meditsiinitöötajad, kes oma sõnavõttudes meenutasid juubilari energilise, nõudliku, alati abivalmis arsti, hea organisaatori ja inimesena ning soovisid talle head tervist ja pikka iga.

H. Roots

JOHANNES TIITSAR 70-AASTANE

20. mail tähistati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi plaani-rahandusosakonna ülema J. Tiitsare 70. sünnipäeva.

Johannes Karli p. Tiitsar sündis 20. mail 1894. aastal Harjumaal Paunkülas töölise perekonnas. 1898. aastal asus K. Tiitsar koos perekonnaga Tallinna elama. Pärast P. Leisti erakooli lõpetamist võeti J. Tiitsar õpilasena tööle Eestimaa mõisnikkude krediidikassasse, kus töötas kuni sõjaväkke mobiliseerimiseni 1914. aastal. I maailmasõjast võttis ta osa Ukraina rindel.



Pärast I maailmasõda töötas J. Tiitsar lühemat aega Eesti Raudtee Valitsuses arvepidajana ja hiljem mööblitööstuses «Massoprodukt» laovalitsejana. 1925. aastast alates asus juubilar tööle Tallinna Ühises Haigekassas raamatupidajana. 1928. a. määrati ta sama asutuse pearaamatupidajaks.

Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomisel viidi J. Tiitsar üle rahvakomissariaadi plaani-rahandusosakonna vanemfinantsisti ametikohale. 1. oktoobrist 1944. alates töötab juubilar Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi plaani-rahandusosakonna ülemana.

J. Tiitsarel on märkimisväärseid teeneid vabariigi tervishoiuasutuste võrgu planeerimisel ja arendamisel. Tema suured kogemused võimaldavad sageli anda asjalikke juhiseid meie tervishoiuorganisaatoritele.

70. sünnipäeva puhul avaldas Eesti NSV tervishoiu minister käskkirjaga Johannes Tiitsarele tänu kauaaegse tubli töö eest.

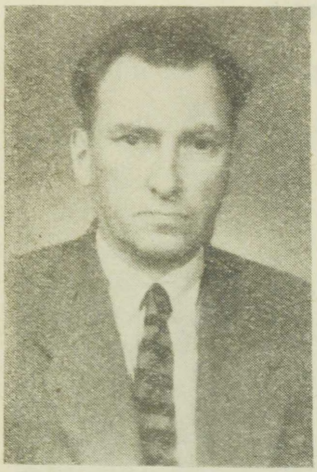
Soovime juubilarile, kes on tervishoiu alal töötanud ligi 40 aastat, veel kauaks jõudu ja energiat tööks armastatud erialal.

J. Ots

EESTI NSV TEENELINE ARST V. PAŠKOV 60-AASTANE

11. juunil k. a. tähistati Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri Peaarsti V. Paškovi 60. sünnipäeva.

Vladimir Nikolai p. Paškov sündis 11. juunil 1904. a. praeguse Läti NSV territooriumil endises Kuramaa kubermangus Illuksti vallas Asserni mõisas teenistuja perekonnas. Õppis Miitavi ja Petrogradi gümnaasiumis ning sooritas 1920. aastal küpsuseksamid Tartu vene gümnaasiumis. Sama aasta sügisel astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas kiitusega 1925. aastal. 1926. a. avanes tal võimalus asuda subassistendina (tasuta ametikoht) professor L. Puusepa juurde Tartu ülikooli närvikliinikusse. 1927. aastal organiseeris V. Paškov Tartu Pärmivabriku vesiravila juures laboratooriumi, kus töötas laborandina, samal ajal jätkas eriala omandamist ülikooli närvikliinikus. 1933. aastast alates tegeles V. Paškov Tartus erapraktikaga närvi- ja sisehaiguste alal kuni 1941. aastani, hiljem oli ta jaoskonnaarst Ristil. 1945. a. määrati ta Tartu Vesiravila juhatajaks. 1946. a. organiseeriti vesiravilast Tartu Vabariiklik III Sisehaiguste Kliinik, mille peaarstiks jäi juubilar. 1951. a. avati selle kliiniku baasil esimene Vabariiklik Struumatõrje Dispanser Baltimaadel, mille peaarstiks määrati V. Paškov.



V. Paškov on mitmete teaduslike tööde autor. Ta on esinenud ettekannetega paljudel teaduslikel konverentsidel. Juubilar on pidevalt hoolitsenud endokrinoloogide kaadri kasvatamise ja täiendamise eest. V. Paškov on 1960. aastast NLKP liige.

Peale arstliku tegevuse on V. Paškovi osavõtt ühiskondlike organisatsioonide tööst olnud nii ulatuslik, et seda käesolevas kirjutises pole võimalik üksikasjaliselt loetleda. Pärast Suurt Isamaasõda taastati ja avati tema algatusel Tartu Vesiravila, hiljem Tartu Tervishoiutöötajate Maja. V. Paškovi on mitu korda valitud Tartu Tervishoiutöötajate Ametiühingu komitee esimeheks ja pleenumi liikmeks, Tervishoiutöötajate Maja nõukogu liikmeks. Juubilar on Tartu Rahvaülikooli tervishoiu fakulteedi juhataja, Loodusuurijate Seltsi bioloogia sektsiooni liige, ühingu «Teadus» liige, ajakirja «Проблемы эндокринологии и гормонотерапии» toimetuse nõukogu liige jne.

V. Paškov oli NSV Liidu Ülemnõukogu V koosseisu (1958—1962) saadik. Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 5. septembrist 1952. a. anti V. Paškovile Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 11. veebruarist 1961. a. anti V. Paškovile Lenini orden. Peale selle on V. Paškovi autasustatud medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. Juubelisünnipäeva puhul autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium V. Paškovi teise aukirjaga ja Eesti NSV tervishoiu minister avaldas juubilarile käskkirjaga tänu kauaaegse hea töö eest.

Tähtpäeva puhul õnnitlesid V. Paškovi rohkearvulised sõbrad ja kaastöötajad, kes soovisid talle palju aastaid ja head tervist.

Kolleegid

DOTSENT SELMA LAANES 50-AASTANE

16. augustil saab 50 aastaseks dotsent Selma Hinriku t. Laanes. Umbes samal ajal täitub 24 aastat tema arstliku tegevuse ja 20 aastat pedagoogilise töö algusest.



S. Laanes sündis 16. augustil 1914. a. Hageris, kus ta isa oli viinameistriks. Lõpetanud Tallinnas Tütarlaste Kommertsgümnaasiumi kiitusega, astus ta 1933. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1940. a. *cum laude*'ga. Pärast ülikooli lõpetamist määrati S. Laanes Leevi jaoskonnaarsti ametikohale. Sealt kutsuti ta 1940. a. lõpul stipendiaadina Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogia kateedri juurde tööle, kus ta 1941. a. kinnitati assistendi kohale. Pärast Tartu vabastamist 1944. a. hakkas S. Laanes mikrobioloogia kateedri vanemõpetajana koos Eesti NSV teenelise teadlase professor F. Lepaga kateedri laboratooriumi täie innuga töökorda seadma.

1946. aastast alates peab ta loenguid arstiteaduskonna üliõpilastele meditsiinilise mikrobioloogia alal. 1951. a. kaitses S. Laanes kandidaadiväitekirja teemal «Imikute ja väikelaste soole mikrofloora nakkusliku kõhulahtisuse puhul». Sama aasta lõpul anti talle dotsendi kutse. Juubilari sulest on ilmunud teaduslikke töid mikrobioloogia ja tuberkuloosi alalt. Tema juhendamisel on valminud paljud üliõpilaste võistlustööd ja üks kandidaadiväitekiri.

S. Laanes töötab arstiteaduskonna õppemetoodilises komisjonis. Ta on I. I. Metšnikovi nim. Vabariikliku Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Seltsi Tartu filiaali esimees. Samuti töötab S. Laanes lektorina Tartu tervishoiu rahvaülikoolis. Juubilaril on suured teened pedagoogina meie noorte arstiteadlaste kasvatamisel ja nende teaduslike tööde juhendamisel, mida hindavad tunnustavalt tema õpilased. S. Laanest on autasustatud medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945».

Soovime juubilarile jätkuvat indu, tervist ja jõudu edaspidiseks tööks.

E. Tallmeister

UUSI RAVIASUTUSI

Igal aastal eraldatakse tervishoiuasutuste ehitamiseks suuri summasid. Eesti NSV-s on 1964. aastal selleks otstarbeks planeeritud 1,75 miljonit rubla. Praegu on ehitamisel Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser. Samuti algavad Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla ehitustööd. Nende ehituste maksumus on enam-vähem võrdne — ligikaudu 1,3 miljonit rubla.

Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri projekti (vt. foto 1) valmistasid Riikliku Projekteerimise Instituudi «Eesti Projekt» töötajad. Selle autoriks on arhitekt K. Luts ja peainseneriks E. Avarsoo. Projekteerimistööde käigus paremate lahenduste leidmiseks ja õige tehnoloogia väljakujundamiseks abistas projekteerijaid kogu dispanseri kollektiiv eesotsas peaarst A. Gavriloviga. Samuti konsulteeriti erialastest küsimustes vastavate uurimisasutustega ning Üleliidulise Tervishoiuasutuste Projekteerimise Instituudi «Giprozdravi» spetsialistidega. Mõndagi on eeskujuks võetud ka välismaa haiglate projektidest. Projekteerijate, arstide ja teiste spetsialistide kollektiivse töö tulemusena valmis dispanseri projekt, mis lahenduselt igati vastab tänapäeva nõuetele.

Dispanserikompleks koosneb peahoonest, radioloogia-, ioonkiirendaja- ja patoloogilis-anatoomilistest korpustest koos alajaamaga ning katlamajast. Vivaarium on kavandatud ehitada ühine koos NSV Liidu Arsteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga. Peahoone on 4-korruseline, milles on ette nähtud 180 voodikohta (sealhulgas 30-kohaline pansion). Peale selle on seal polikliinik läbilaskevõimega 60 tuhat haiget aastas ja apteek. Peahoones paiknevad samuti

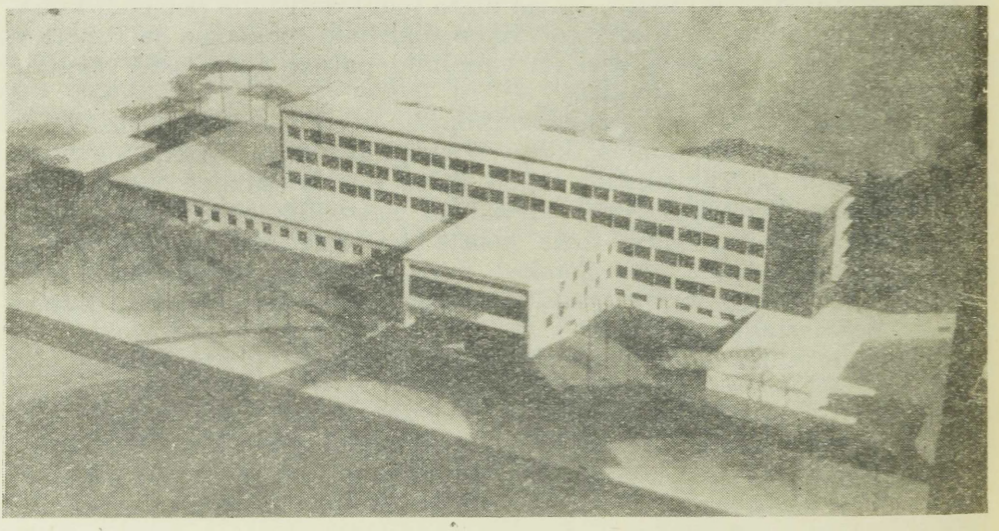


Foto 1

kirurgiablokk, ravi- ja diagnostikakabinetid, köögiblokk, konverentsisaal 125 kohaga, personali puhkeruumid ja mitmesugused kõrval- ning abiruumid.

Kirurgiablokk ja opereeritud haigete palatid varustatakse õhu konditsioneerimise süsteemiga. See tagab alati nendes ruumides ühtlase temperatuuri ja niiskuse, mis on väga tähtis raskesti haigetele. Operatsiooni-

lampi on võimalik monteerida televisioonikaamera. Nii saab teha televisiooniülekandeid operatsioonisaalist konverentsisaali. Operatsiooniruum on varustatud vaakuumseadeldisega operatsioonil tarvitatud sidematerjali kõrvaldamiseks. Osas palatites on tsentraalne hapniku ja lämmastikalahapendi andmise seadeldis.

Peahoones asetseb raadiosõlm, mis võimaldab anda ka haiglasiseseid saateid. Ette on nähtud mitmesugused signalisatsioonisüsteemid. Haiglas paigaldatakse 5 lifti. Radioloogia- ja ioonkiirendajakorpus on blokeeritud ning ühendatud peakorpusega tunneli kaudu. Radioloogiakorpusesse paigutatakse 30 voodit.

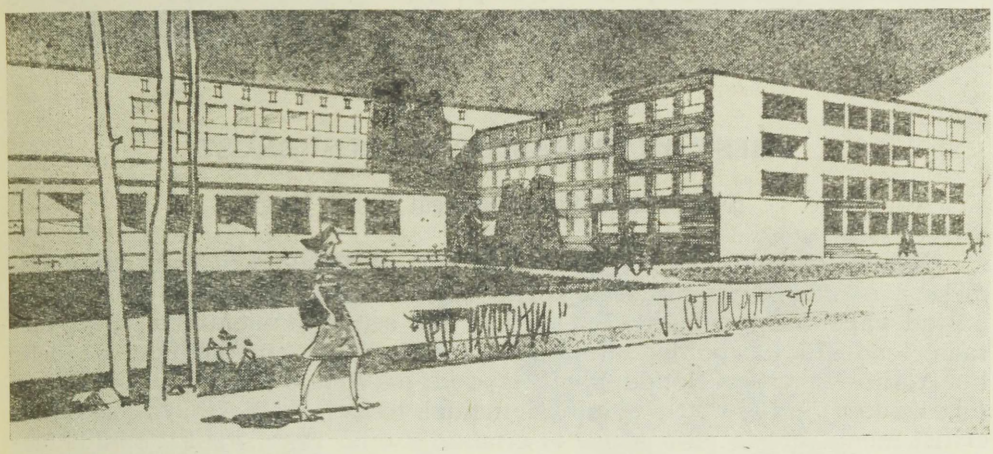


Foto 2

Tartu Kliinilise Haigla (vt. foto 2) ehitamise algus on ühtlasi Tartu Maarjamõisa piirkonda rajatava meditsiinilise keskuse väljaehitamise alguseks. See keskus koosneb tervest reast ravikorpustest ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppekorpustest. Ta teenindab tulevikus linna elanikkonda täielikult, raskemate ning komplitseeritud haigusjuhtude puhul ka ümberkaudseid maaelanikke. Organisatsioonilis-metoodilise raviasutusena juhib ta rajoonihaiglate ravi-profülaktilist tegevust ning on samaaegselt kliiniliseks baasiks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnale ja Tartu Meditsiinilisele Koolile. Seoses suurte kapitaalmahutuste ja ehitustööde mahuga on ravitsentrumi lõplik väljaehitamine planeeritud 1975.—1980. aastateks. Sellest tingituna tuleb keskus projekteerida ja ehitada järkude viisi. Projekteerimistöid teeb Riikliku Projekteerimise Instituudi «Eesti Projekti» III töökoda, mis asub Tartus. Projekti autoriteks on P. Kangur ja M. Hansmann, peainseneriks K. Ruubel. Konsultantidena juhendavad projekteerimistöid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan arstiteaduse doktor J. Saarma, teaduskonna dotsendid E. Raudam, A. Rulli, H. Petlem, Tartu Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst E. Haldre, Tartu Linna Kliinilise Haigla peaarst R. Lepner jt.

Esimeses järjekorras ehitatakse 334-kohaga kirurgiakorpus ühes operatsioonibloki, füsioteraapia- ja röntgenoloogiaosakondadega, kliiniliste laboratooriumide ning apteegiga, samuti katlamaja, pesumaja ja transformaator-alajaamad. Nimetatud ehitused planeeritakse lõpetada 1966. a. Teises järjekorras valmivad Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õpperuumid ja auditooriumid, prosektuur ning garaažid-töökojad.

1964. aastal lõpetatakse järgmiste tervishoiuasutuste ehitamine: Kose Tuberkuloosisanatoorium (150 voodikohta) Harju rajoonis, Pelgulinna Haigla II hoone (125 voodikohta) Tallinnas, Paide Rajoonihaigla (85 voodikohta) ning Elva ja Räpina rajoonihaiglate köögiblokid. Lisaks eespool

mainitule alustatakse Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla uue 150-kohalise ravikorpuse ehitamist. Peale raviasutuste on tervishoiutöötajate elamistingimuste parandamiseks kavandatud ehitada elamud Lustivere ja Taagepera sanatooriumide ning Kodijärve Tuberkuloosihaigla juurde. Samuti tuleb lõpetada Sõmera sanatooriumi katlamaja ehitamine, mis võimaldab personali elamutesse keskkütte sisse seada ning anda köögile ja saun-pesumajale tehnoloogilist auru.

Et 1964. a. kapitaalehituste plaan täita ja ettenähtud ehitused lõpetada, tuleb igal raviasutusel koos ühiskondlike organisatsioonidega pidevalt jälgida ehitustööde käiku. Samal ajal on oluline püsiv side ehitusorganisatsioonidega ja kõikide pidurdavate põhjuste kiire väljaselgitamine ning nende operatiivne kõrvaldamine.

J. Kivimägi

ÜHEST OMAPÄRASEST TEADUSHARUST

(Näo rekonstrueerimisest kolju järgi)

Mõnikümmend aastat tagasi hakkasid antropoloogid katsetama inimese näo rekonstrueerimisega kolju järgi. Selle küsimusega on tegelnud paljud välismaa teadlased. Ent neil ei ole senini õnnestunud välja töötada teaduslikult põhjendatud rekonstrueerimise metoodikat ja selle kontrollimise viise. Nende poolt loodud näod olid väga hüpoteetilised (oletuslikud) ja seetõttu ei olnud nendel töödel teadlaste ringkondades erilist menu. Tööde autorid ise ei eitanudki oma rekonstruktsioonide oletuslikku iseloomu ja, välja arvatud mõni erand, suhtusid kaunis skeptiliselt töö perspektiividesse selles valdkonnas.

Rohkem kui 35 aastat tagasi hakkas Nõukogude Liidus ülalnimetatud küsimusega tegelema tollal veel noor teadlane, praegu ajaloodoktor M. M. Gerassimov. Oma uurimistöödel lähtus ta sellest, et elusas organismis on kõik omavahelises seoses, omavahelises sõltuvuses. Järelikult, kui tuntud prantsuse loodusteadlane Georg de Cuvier võis ühe luu järgi taastada kogu väljakaevatud looma skeleti, siis peaks olema samuti võimalik rekonstrueerida inimese nägu tema näokolju järgi. Sellise ülesande võttis endale ajaloolane, arheoloog ja skulptor M. Gerassimov.

Ülesande lahendamiseks oli aga tarvis küllaldaselt materjali, tuli selgitada seaduspärased seosed näokolju luude ja pehmete kudede vahel. Selle materjali kogumisel on M. Gerassimov ära teinud tohutu töö. Ta uuris inimeste peade profiile röntgeniülesvõtete abil, prepareeris laipu, uuris näo pehmete kudede ehitust. Ta selgitas inimese näo asümmeetria ja selle tähtsuse rekonstruktsioonide valmistamisel, toimetas hulgaliselt vaatlusi ninaluu ja selle pehmete osade vahekorra kohta, mis aitas kaasa nina rekonstrueerimise metoodika väljatöötamisele. Samuti tegi ta hulgaliselt vaatlusi suu ja huulte ehituse kohta, mille erinevusi võib selgitada hammaste ja nende asetuse järgi.

Aastaid vältava visa töö tulemusena selgitas teadlane järk-järgult kõik koljuluude ja näo pehmete kudede vahelised seosed ning seaduspärasused. Selgesti väljendunud mikroreljeefiga ja luu tihke läikiva pealispinnaga kolju tunnistab, et inimene oli tugeva kuivetunud näomuskulatuuriga. Pehme, silenenud koljureljeef tähendab, vastupidi, et nägu oli täidlane ja priske. Liigne rasv ladestub lihasekimpude vahele ja tekitab ka luu pealispinna kohevuse, muutes selle krobeliseks. Uurimised näitasid, et kolju asümmeetria vastab otseselt näo asümmeetriale. Viimane on üks tähtsamaid individualiseerimise põhielemente näo rekonstrueerimisel, millele seni polnud tähelepanu pööranud isegi anatoomid. Selle illustreerimiseks lisame 3 fotot (vt. tahvel IV, fotod 1, 2 ja 3). Esimesel näeme

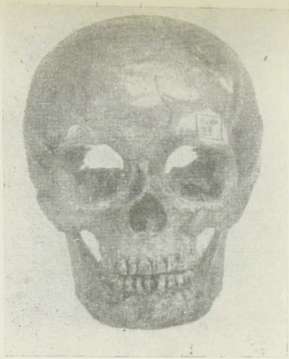


Foto 1. Maria Dostojevskaja näo rekonstrueerimine. Kolju



Foto 2. Pooleliolev rekonstruktsioon



Foto 3. Lõpetatud rekonstruktsioon



Foto 4. Kunstnik Popovi poolt maalitud portree

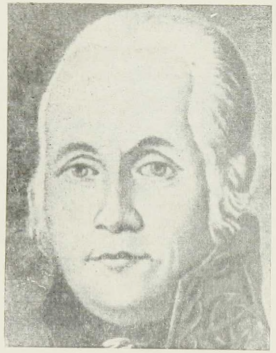


Foto 5. Tolleaegse kombe (maneeri) järgi maalitud admiral F. Ušakovi portree

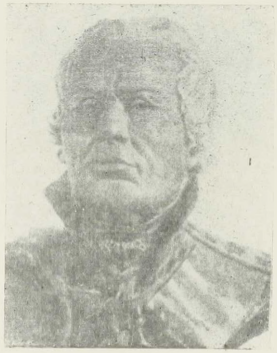


Foto 6. M. Gerassimovi poolt rekonstrueeritud admiral F. Ušakovi rinnakuju



Foto 7. Rekonstrueeritud Jaroslav Targa rinnakuju

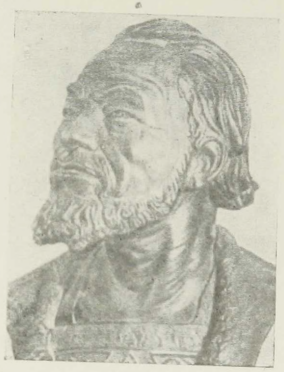


Foto 8. Rekonstrueeritud Andrei Bogoljubski rinnakuju

TAHVEL III



Foto 1. Otsevõte näost (tavaline vähemärgatav asümmeetria)

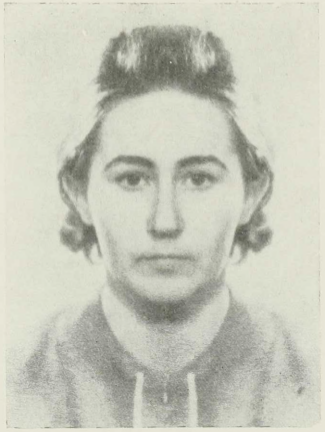


Foto 2. Parempoolne näopool ühendatud fototehniliselt



Foto 3. Vasakpoolne näopool ühendatud fototehniliselt



Foto 4. Puugravüür Ivan Groznõist tema kaasaegselt kunstnikult (Viini raamatukogus)



Foto 5. Maal Ivan Groznõist tema kaasaegselt kunstnikult (Kopenhaagenis)



Foto 6. M. Gerassimovi poolt rekonstrueeritud Ivan Groznõi rinnakuju

inimest näo tavalise vähemärgatava asümmeetriaga, teisel fotol on kokku pandud sama isiku parempoolsed näopooled, kolmandal — vasakpoolsed. Kahe viimase foto vaatlemisel ilmneb, et harilikult märkamatuks jääv näo asümmeetria muudab samade näopoolte kokkupanemisel nägu niivõrd, et ei saa enam öelda, kas on tegemist ühe ja sama isikuga.

Edasised uurimised selgitasid, et silmakoopa ehituse, ninaselja kuju ja silmakoobaste vahelise kauguse järgi saab antropoloog määrata silmade ja laugude välise kuju. Alalõualuu välispinna reljeef määrab lõua ja lauaaluse karakteersuse, kõrva asend on aga seoses alalõualuu ja kolju vahekorra üldise iseloomuga. Ülaltoodut ja veel kümneid teisi tunnuseid arvestades töötas M. Gerassimov välja portreelise rekonstrueerimise metoodika, mida ta oma raamatus üksikasjaliselt kirjeldab.*

Paljude kontrollkatsete põhjal on M. Gerassimov tõestanud oma meetodi seaduspärasust ja õigsust. Neljakümnendate aastate paiku kaevati ühel Moskva kalmistul lahti perekonna matusepaik ja selgitati skelettide kuuluvus. Üks kolju anti M. Gerassimovile ja teatati, et surnu elas umbes 100 aastat tagasi ning oli ühe vene kirjaniku sugulane. Kõrge otsmikuluu peenelt joonistatud kulmukaartega, laiad, peaaegu nelinurksed silmakoopa avad, nõrgalt profileeritud sarnaluud, kerge alalõualuu näitasid uurijale, et oli tegemist noore naise koljuga, kellel arvatavasti olid kõrge otsmik, suured ilusasti asetsevad silmad, väike suu ja kergelt etteulatuv lõug.

M. Gerassimov rekonstrueeris kolletunud näokoljul mälumislihased, siis eest tahapoole kulgevad ja rõhtjoones suunduvad lihased, tõmbas piirjooned, mis näitasid pehmete kudede paksust. Ta valmistas algul parema, siis vasaku näopoole. Koljuvõlvil oli veidi säilinud kõdunenud juukseid, mis olid keskelt lahku kammitud. Sellest ja möödunud sajandi kolmekümnendatel aastatel moes olnud soengutest juhindudes taastas M. Gerassimov ka soengu. Pärast töö lõpetamist teatati uurijale, et ta oli rekonstrueerinud Maria Dostojevskaja pea (vt. tahvel III, fotod 1, 2, 3, 4). Kirjaniku ema säilinud portree, mille oli valmistanud maalikunstnik Popov, tõendab, et M. Gerassimov ei teinud vigu, vaid isegi täiendas mõnevõrra tolleaegse maneeri järgi maalitud teost.

1944. aastal selgitati välja kuulsa vene admirali F. F. Ušakovi matusepaik, kaevati välja tema põrm ja tehti M. Gerassimovile ülesandeks rekonstrueerida admirali rinnakuju. Teatavasti on kuni siiani säilinud laevastiku silmapaistva juhi portree, mis on maalitud Aleksandri-ajastu traditsioonilise maneeri kohaselt, pikendatud näoovaaliga, väheütleva naeratusega. See pidi maalikunstniku arvates väljendama nn. aristokraatlikkust (vt. tahvel III, foto 5). Karakteerne kolju andis teadlasele kohe aluse kinnituseks, et olemasolev maal ei vasta tõelisusele. Katse sobitada graafilisel kujutusel portreed ja koljut kinnitas seda veenvalt. Joonised ei ühtinud, sest kolju osutus lühemaks ja laiemaks kui portreel kujutatud nägu. M. Gerassimov valmistas kaks rekonstruktsiooni, mis asuvad Moskvas Ajaloomuuseumis ja Leningradis Mereväemuuseumis. Rekonstruktsioonil näeme kindla tahtega, mehist, füüsiliselt tugevat inimest, just niisugust, millisena kujutlesime kuulsat vene meremeeste isa (vt. tahvel III, foto 6).

M. Gerassimovi tööd on suure tähtsusega anatoomidele ja antropoloogidele, etnograafidele ja arheoloogidele, muuseumide ja kohtuarstiteaduse alal töötajatele, ajaloolastele ning kriminalistidele. M. Gerassimov on valmistanud väga palju skulptuurrinnakujusid väljakaevatud ajalooliste isikute jt. skelettidest. Ta on rekonstrueerinud Jaroslov Targa, Andrei Bogoljubski jt. (vt. tahvel III, foto 7, 8) skulptuurportreed. M. Gerassimovi skulptuurid kaunistavad muuseumide saale Moskvas, Leningradis, Taškendis, Gorkis ja teistes Nõukogude Liidu linnades.

---

* М. М. Герасимов. Основы восстановления лица по черепу. М., 1949, 187 с.

M. Gerassimovi viimase aja tööde hulgast pälvib erilist tähelepanu tsaar Ivan Groznõi skulptuurportree loomine. Nimelt avati 1963. a. kevadel Moskva Kremli Arhangelski katedraali restaureerimistööde ajal tsaari sarkofaag ja M. Gerassimovile tehti ülesandeks tsaari näo rekonstrueerimine kolju järgi.* Kuidas see õnnestus, näeme tahvlil IV toodud fotolt 6. Võrdluseks esitame foto Ivan Groznõi elu ajal tehtud puugravüürist (vt. tahvel IV, foto 4), mis asub Viini raamatukogus ja on äsja taastatud näole võrdlemisi sarnane. Teine foto on tehtud Kopenhaagenis säilitatavast maalist (vt. tahvel IV, foto 5).

Lõpuks tuleb mainida, et M. Gerassimovi pikki aastaid kestnud uurimistöö tulemusena on tekkinud uus teadusharu, nimelt plastiline antropoloogiline rekonstrueerimismeetod, mis võimaldab meil ammu surnud inimeste nägusid taastada.

J. Ots

ОБ ОДНОМ СВОЕОБРАЗНОМ РАЗДЕЛЕ НАУКИ

(Восстановление лица по черепу)

Я. *Отс*

Резюме

Приводится кратко некоторые данные о многолетней исследовательской работе доктора исторических наук М. М. Герасимова по восстановлению лица по черепу, вследствие чего создан новый раздел науки — метод пластической антропологической реконструкции, которое имеет большое значение для анатомов и антропологов, этнографов и археологов, а также для работников музеев и судебных медиков, историков и криминалистов.

SUITSETAMISEST VÕÕRUTAMINE

Moskva lähistel, Dmitrovski rajooni väikese linnakese Jahromi sanatooriumi «Raaduga» peaarst Mahmud Gafarovitš Mahmudov hakkas suitsetamisest võõrutamiseks kasutama uut ravimeetodit.

M. Mahmudovi poolt rakendatav raviprintsiip on pärit ungari arstilt Willibald Wiltnerilt, kes süstis suitsetajatele 1%-list lobeliinilahust veeni. Et aga viimane manustamisviis on küllalt ohtlik (võib tekkida hingamisseisak, krambid või isegi südamelihaste halvatus) ja raviefekt siiski ebarahuldav (lobeliini toime on liiga lühiajaline), otsustas M. Mahmudov lobeliini lihasesse süstida. Selle tulemusena langesid ära nimetatud ohtlike tüsistuste tekkimise võimalused, samuti pikenes lobeliini toime kestus.

Oma ravimeetodit, mille õigsuses, ohutuses ning kasulikkuses ta veendus katsete tulemusena iseenesel, põhjendab M. Mahmudov järgmiselt. Lobeliin ja tubakas leiduv nikotiin on samasse nn. peamiselt n-koliinreaktiivseid süsteeme ergutavate ainete rühma kuuluvad narkootilised vahendid. Lobeliin lihasesse süstituna asendab sigaretis ja paberossis leiduvat nikotiini ning lobeliini toime ajal ei teki inimesel soovi suitsetada. Selle manustamine kustutab organismi «nikotiininälja» ja nikotiini abstinentsinähud, kusjuures ei toimu organismi harjumist lobeliiniga. Lobeliin asendab organismis suitsetamisest võõrutamise ajal nikotiini. Seega on siin tegemist nn. asendusraviga.

Ravikuur kestab 12—14 päeva, mil süstitakse 1%-list lobeliinhüdrokloriidilahust lihasesse 1 ml kaks korda päevas — pärast hommikueinet ja õhtul kella 17—20 vahel. Ravikuuri ajal lubatakse suitsetada järgmistel tingimustel. Esimesel päeval määratakse sama arv sigarette (paberosse), millise hulga ravitav senini on iga päev ära tarvitanud. Igast sigaretist (paberossist) on lubatud suitsetada ainult pool. Teisel ning järgmistel päevadel suitsetatakse 25% võrra vähem kui eelmisel päeval. See tähendab, kui «haige» suitsetas 20 sigaretti (paberossi) päevas, siis järg-

* Pikemalt selle kohta vt. ajalehe «Известия» lisas «Неделя» 1964, nr. 14.

mistel ravipäevadel (alates esimesest) on selleks ette nähtud vastavalt 20, 15, 12, 9, 7, 5, 3, 1 sigaretti. Lobeliini süstimist jätkatakse kolmel-neljal päeval pärast suitsetamise täielikku mahajätmist. Lobeliiniannust tuleb vähendada (0,5 ml kaks korda päevas või 1,0 ml üks kord päevas) kõrge vanusega, märgatava alatoitumusega või raskete südamehäiretega isikute puhul.

M. Mahmudov on senini ravinud 214 suitsetajat, kellest 198 võõrdus suitsetamisest lõplikult. Vastunäidustusi nimetatud ravimeetodi rakendamiseks ei ole. Huvitav on siinjuures märkida, et eespool mainitud viisil suitsetamisest võõrutatud isikud ei suuda hiljem taas sellega harjuda, mida on ka katsetatud. M. Mahmudovi meetod on võetud Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Kuurortide Valitsemise Moskva Territoriaalnõukogu poolt teaduslike uurimistööde plaani kindla teaduslik-teoreetilise põhjenduse saamiseks. Sanatooriumis «Raaduga» on rajatud nimetatud meetodi põhjalikumaks uurimiseks biokeemialaboratoorium.

M. Mahmudov rõhutas, et lobeliinikuure võib rakendada haiglates, polikliinikutes, velskripunktides, sanatooriumides, puhkekodudes ning isegi kodustel visiitidel, kusjuures ravi korraldamist peab jälgima arst.

V. Trubkini järgi V. Laos

MÕNE REAGA

Tehase «Biofizpribor» konstrueerimisbüroos valmis 16 kanaliga elektroentsefalograaf, mille abil on võimalik samaaegselt registreerida valguse, heli jt. ärritusi. Uuel aparaadil saadud entsefalogrammi põhjal võime diagnoosida peaajukasvajat ning määrata selle täpse asukoha, mis on eriti tähtis neurokirurgilistel operatsioonidel.

Arstiteaduse doktor F. Portnov ja tehnik A. Viltševski konstrueerisid ionotroni, mida kasutatakse edukalt Lätis «Bulduri» sanatooriumis hüpertooniahaigete ravimisel. Ionotron lülitub sisse automaatselt ning täidab palatid ioniseeritud õhuga, kus ioonide kontsentratsioon on ligikaudu kümme korda kõrgem kui tavalises õhus.

Tbilisis loodi diabetoloogide selts, mille liikmeteks on peale mitmesuguste erialaarstide ka suhkruhaiged. Niisugusele algupärasele mõttele juhtis seltsi asutajaid elu ise. Teatavasti on suhkurtõbi pikaajaline haigus. Sellest järgneb, et arsti ja haige vaheline tihe kontakt on hädavajalik. Haige teadlikkuse osatähtsus tema ravimisel on erandlikult suur. Siin pole enam kohustuslik arsti ametisaladuste range pidamine, sest õige ravi ja eduka tulemuse saavutamiseks on tarvis pühendada suhkruhaiguse ravisaladustesse ka haiged.

Donetski kliinilise keskhaigla ordinaatorite tuppa on paigutatud magnetofonid. Lõpetanud hommikuse visiidi, istub arst mikrofoni ette ja dikteerib haigetele raviks vajalikud juhendid. Selleks kulub vaid mõni minut. Seejärel võib arst rohkem aega pühendada haigete ravimisele ja loomingulisele tööle. Varsti rakendatakse diktofoni meetodit haiguslugude pidamiseks veel oblasti kolmes suuremas ravisasutuses.

Sotšis loodi 11 õppegruppi meditsiiniõdede ettevalmistamiseks, kus õppejõud töötavad ühiskondlikul alusel. Õppeprogramm on kavandatud 2-aastane.

Bulgaaria haiglates kasutatakse laialdaselt uut kiirmeetodit SR määramisel. Selle meetodi esitas bulgaaria arst D. Matlijev. Praktiliselt seisneb see vereprooviga klaastorukese asendi muutmises vertikaalsest (nagu senikasutatud meetodil) kaldasendisse, mil kaldenurk on 17°. Klaastoru sellises asendis toimub punaliblede settimine väga kiirelt. Tulemuste saamiseks kulub 12 korda vähem aega kui vere uuringul Pantšenkovi meetodil.

D. Matlijev konstrueeris statiivi, mille abil erütrotsüütide settimisaega fikseeritakse automaatselt, ja portatiivse aparaadi, mis võimaldab igal arstil SR määrata haigevoodi juures.

Ühe ameerika haigla onkoloogid leidsid enam kui pooltel kopsuvähihaigetel vähirakke maoloputusveest. Eeldatakse, et maoloputusvee uurimine võiks olla abimeetodiks kopsukasvaja diagnoosimisel (lisaks bronhoskoopiale jt.). Uurijad peavad otstarbekohaseks kasutada diferentsiaaldiagnoosimiseks tetratsükliiniproovi. Pärast tetratsükliini suu kaudu manustamist 5 päevä jooksul annab maoloputusvesi fluorestsentsi juhul, kui on tegemist pahaloomulise kasvajaga maos. Kui loputusvees leiduvad vähirakud on pärit bronhidest, ei toimu seda efekti.

ANTONINA BLUM

6. V 1917—16. V 1964

16. mail 1964. a. lahkus meie keskelt jäädavalt Narva Linna Haigla peaarst Antonina Ivani t. Blum.

A. Blum sündis 6. mail 1917. a. Omskis veduri- ja vaguniremonditehase treiali tütrena. 1933.—1938. a. õppis A. Blum M. I. Kalinini nim. Omski Meditsiini Instituudis, mille lõpetamise järel määrati ta Omski oblasti Armizoni Rajooni Haigla peaarstiks. 1940. a. lõpul asus ta tööle sama oblasti Ljubinski Rajooni Ambulatooriumi juhatajana. Aasta hiljem aga sai ta sama rajooni tervishoiuosakonna juhatajaks. 1944. a. suunati A. Blum NSV Liidu Tervishoiu rahvakomissari käskkirjaga Leningradi Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi käsutusse. 1944. a. suvel viibis ta koos teiste Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi operatiivgrupi töötajatega tervishoiu organisaatorite kursustel S. M. Kirovi nim. Leningradi Arstide Täiendusinstituudis.



1. augustil 1944. a. määrati A. Blum Viljandi maakonna tervishoiuosakonna juhatajaks. Sellel kohal töötas ta 1. veebruarini 1956. a. Viljandist asus A. Blum elama Narva, kus töötas kuni surmani Narva Linna Haigla peaarstina.

A. Blum kuulus Nõukogude Liidu Kommunistlikku Parteisse 1943. a. alates. Ta on olnud Armizoni rajooni, korduvalt Viljandi maakonna ja rajooni ning Narva linna töörahva saadikute nõukogu saadikuks. A. Blumi on autasustatud medalitega «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», «Eeskujuliku töö eest» ja «Töövapruse eest», rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja Eesti NSV 10. aastapäeva puhul Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Kaastöötajad tundsid A. Blumi võimeka organisaatorina, hea arstina ja südamliku inimesena.

Helge mälestus A. Blumist jääb kauaks püsima.

Kolleegid

NSV LIIDU TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

24. märtsist kuni 11. aprillini k. a. toimus Moskvas liiduvabariikide tervishoiu ministrite asetäitjate ja ravi-profülaktilise abi valitsuse ülemate seminar. Esimesel kolmel päeval arutati Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1960. a. 16. jaanuari määruse nr. 58 «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» täitmise käiku. Samuti analüüsiti elanikkonna ambulatoorset-polikliinilist teenindamist vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri 1960. a. 20. juuli käskkirjale nr. 321.

Kõik esinejad märkisid, et ülalnimetatud määrus ja käskkiri avaldasid tohutut mobiliseerivat mõju partei-, nõukogude, ametiühinguorganisatsioonidele ja tervishoiutöötajaile tervishoiukorralduse parandamisel.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Peavalitsuse ülem A. Safonov rõhutas, et käesoleval ajal on tarvis tähelepanu pöörata peamiselt järgmistele lõikudele: 1) ravi- ja profülaktikaasutuste töö muutmine vastavalt sanitaar-hügieenilistele normidele; 2) keskharidusega meditsiinitöötajate ettevalmistamise intensiivistamine, et lähemate aastate jooksul rahuldada vajadus erineva profiiliga meditsiinitöötajate järele; 3) elanikonna profülaktiliste läbivaatuste mahu ja kvaliteedi suurendamine röntgeno-fluorograafiliste seadeldiste maksimaalse rakendamisega; 4) elanikkonnale antava meditsiinilise vältimatu abi ja kiirabi kvaliteedi järsk parandamine; 5) rajooni keskhaiglate kindlustamine materiaalselt ja juhtiva koosseisuga, voodikohtade õige profileerimine kogu rajooni voodikohtade fondi arvestamisega.

NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja A. Serenko märkis, et eriarstiabi kabinetid (kardio-reumatoloogia, endokrinoloogia-, nakkushaiguste jt.) on organiseeritud ja välja kujunenud ilma kontrollita ning töötavad väikese koormusega. Samal ajal on jaoskonnaarstidel suur ülekoormus, mis takistab neil oma jaoskonna elanike tervise seisundi tundmaõppimist. 80—90%-l juhtudest toimub analüüside kordamine haiglates. Lubamatult on vähenenud ravivõimlemise, elektriravi ja massaaži rakendamine. On tarvis tunduvalt laiendada ravi mahtu polikliinikutes. Selleks tuleb fikseerida haiguste loetelu, mille puhul haiget polikliinikus ravitakse, ning siin tehtavate uuringute maht ja miinimum. Profülaktilise töö õigeks organiseerimiseks ja tervishoiuasutuste võrgu arendamiseks on tingimata tarvis tundma õppida elanikkonna haigestumise struktuuri ja ette näha demograafilisi muutusi. Edasi rääkis A. Serenko sellest, et profülaktilise töö parandamiseks tuleb kohustada iga arsti mõistma oma osatähtsust selles. Haigla peab olema hügieenilise kasvatuse kooliks haigetele, selleks et nad ise pärast raviasutusest lahkumist hakkaksid sanitaarkultuuri propageerima.

Peale tervishoiuorganisatsiooni planeerimist ja sanitaar-statistikat puudutavate küsimuste arutelu esinesid seminarist osavõtjatele loengutega sellised silmapaistvad teadlased nagu A. Mjasnikov (südame ja veresoonkonna haiguste profülaktikast, diagnoosimisest, kliinikust ja ravist), V. Vassilenko (mao- ja soolehaigustest), B. Votšal (mittespetsiifilistest kopsuhaigustest) ja A. Ado (allergilistest haigustest).

Kirurgilisest abist, selle perspektiividest ja arengu põhisuundadest rääkis NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg V. Strutškov. Ta märkis, et kirurgia põhisuundadeks on ulatuslikult levinud kirurgiliste haiguste diagnoosimise ja ravi kvaliteedi parandamine, samuti ka kirurgilise teenindamise (eriti erikirurgilise abi) ja kirurgiliste ravimeetodite (eriti taastavas ravis) edasine täiustamine.

NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov rõhutas, et hea tervishoiuorganisaator peab tundma elanikkonna haigestumist ja demograafiat, mis võimaldab tervishoiukorraldust õigesti suunata ja meditsiinilise teenindamise organisatsioonilisi vorme plaanipäraselt rakendada. Paljudes paikades on kitsaskohaks jäänud ikkagi profülaktiline töö. Tuleb ette dubleerimist ja otstarbetut tegevust. Nii näiteks ei anna pealiskaudsed massilised profülaktilised läbivaatused ainult stetoskoopi kasutades meile soovitud tulemusi, vaid eemaldavad hulgaliselt arste nende otsese töö juurest elanikkonna teenindamisel.

A. Sarap

TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

7. mail 1964. aastal arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ajutise töövõimetuse ekspertiisi ja töövõimetuslehtede hoidmise küsimust Tallinna ja Tartu raviasutustes. Kuulati ära Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeudi A. Gunteri, peakirurgi Š. Gulordava ja peapediaatri A. Varese ettekanded.

Kolleegium märkis, et viimasel ajal on paranenud diagnoosimise kvaliteet ja side polikliinikute ja statsionaaride vahel. Haigete väljakirjutamisel statsionaarist on põhiliselt likvideeritud töötajate töölt vabastamine pikemaks ajaks. Seejuures tuleb ette veel vigu tööstusettevõtete tööliste ja teenistujate meditsiinilisel teenindamisel. Tartu Linna Lastepolikliinik väljastas 100 töövõimetuslehte (kolmeks või rohkemaks päevaks) haigete laste hooldamiseks. Nimetatust 10 töövõimetuslehte oli väljastatud täiesti põhjendamatult. Puudusi töövõimetuslehtede arvestuse ja hoidmise alal esineb Tartu Vabariiklikus Haiglas, Tartu Linna Kliinilises Haiglas, Tallinna II Lastehaiglas ja Tallinna Tõnismäe Haiglas.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonihaiglate peaarste ning vabariiklike ravi- ja profülaktikaasutuste peaarste töövõimetuslehtede väljastamisel ja säilitamisel esinevad puudused lähema aja jooksul kõrvaldama.

Samal päeval arutas kolleegium Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi raviasutuste töö tulemusi 1963. aastal. Peab mainima, et 1959. aastaga võrreldes suurenes 1963. a. arstide arv 16,2% ja voodikohtade arv haiglates 20,4% võrra. Vähenes üldine haigestumus, elanikkonna suremus. Tuberkuloosi haigestumine vähenes aga viimase 5 aasta jooksul 34,6% võrra.

Kolleegium kohustas kaadriosakonna ülem L. Barõševat osutama abi rajoonihaiglatele kaadri ratsionaalsel paigutamisel. Rajoonihaiglates tuleb komplekteerida organisatsioonilis-metoodilised kabinetid kvalifitseeritud spetsialistidega. Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemal A. Sarapil ja Plaani-Rahandusosakonna ülemal J. Tiitsarel tuleb jätkata haiglate võrgu arendamist. Tallinna Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Dispanseri peaarst E. Kama peab tagama sellised tingimused, et kõik isikud alates 12. eluaastast käiksid röntgeno-fluorograafilisel läbivaatusel mitte harvem kui kord kahe aasta jooksul. Samuti tuleb jälgida lastele tuberkuliiniproovide tegemist, mis peab toimuma sagedusega üks kord kuue kuu jooksul.

*

21. mail 1964. a. kuulas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium Narva Linna Haigla peaarsti kt. M. Sillandi aruannet ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeudi A. Gunteri kaasaruannet terapeutilisest teenindamisest Narvas. Kolleegium märkis, et rakendatud abinõude tagajärjel on mõningal määral vähenenud haigestumus ajutise töövõime kaotusega «Kreenholmi Manufaktuuri» tööliste ja teenistujate seas, samuti paranes töövõimetuse ekspertiisi kvaliteet Narva Linna Haigla polikliinikus. Selle kõrval esineb veel Narva linna tööstusettevõtete tööliste ja teenistujate teenindamisel mitmeid puudusi. Narva Linna Haigla polikliinikus ja «Kreenholmi Manufaktuuri» polikliinikus ei toimu haigete vastuvõttu pühapäeviti.

Narva Linna Haigla sisehaiguste osakonnas rikutakse ÜAÜKN ja NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi instruktsiooni töövõimetuslehtede väljastamise kohta. Narvas on terapeutide atesteerimiseks ettevalmistamine nõrgalt korraldatud. Kolleegium märkis Narva Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlise ebarahuldavat juhtimist Narva linna tööstusettevõtete tööliste meditsiinilisel teenindamisel.

*

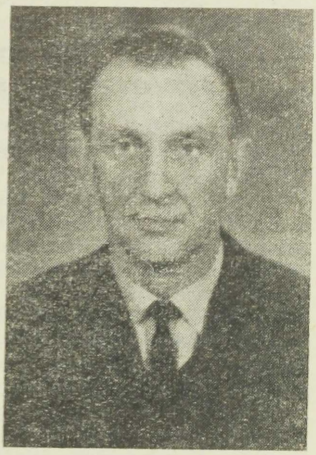
28. mail 1964. a. kuulas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium Kingissepa Rajooni Haigla peaarsti E. Väärdi ja Rakvere Rajooni Haigla peaarsti kt. F. Lodessoni ettekanded nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise kohta. Mõlemad rajoonid on saavutanud märkimisväärset edu võitluses nakkushaigustega. Senisest suuremat tähelepanu tuleb pöörata aga soolenakkuste profülaktikale. Nakkushaiguste kabinetid on Rakveres ja Kingissepas komplekteeritud ainult 0,5 arstikohaga, mistõttu nende töö ei vasta nõuetele. Kuigi kaitsepoogete tegemine on üldiselt paranenud, jätab selle korraldamine üksikutes arstijaoskondades veel soovida.

Kolleegium kohustas Kingissepa Rajooni Haigla peaarsti E. Väärti ja Rakvere Rajooni Haigla peaarsti kt. F. Lodessoni leidma võimalusi nakkushaiguste kabinettide ametikohtade täitmiseks täies ulatuses ja tagama nendes töötavate arstide ettevalmistamise nakkushaiguste alal. Ühtlasi tuleb jaoskonnaarstidelt nõuda ägedate soolenakkuste ja epideemilise hepatiidiga haigete täpset ja süstemaatilist dispanseerimist ja järelevalve parandamist kõhutüüfuse bakterikandjate suhtes. Viivitamatult peab parandama vaktsineerimiste korraldamist Kadrina maa-arstijaoskonnas ja Orissaare internaatkoolis.

A. Kaldma

JÜRI SAARMA — ARSTITEADUSE DOKTOR

10. veebruaril 1964. a. kaitses N. I. Pirogovi nimelise Moskva II Riikliku Meditsiini Instituudi juures doktoriväitekirja «Insuliiniravi toimest skisofreeniahaigete kõrgemasse ja vegetatiivsesse närvisüsteemi» Tartu Riikliku Ülikooli Psühhiaatria ja Kohtuarstiteaduse kateedri dotsent Jüri Martini p. Saarma. Doktorikraadi andmise otsuse kinnitas 23. V 1964. a. NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon.



Jüri Saarma alustas tööd meditsiini alal 1940. a. Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas. 1942. a. asus ta tööle psühhiaatria erialale, tegutsedes algul praktikandina, siis ordinaatorina, osakonnajuhatajana, assistendina, vanemõpetajana ja dotsendi ülesannete täitjana. Nüüd on temast saanud tunnustatud eriteadlane ja pedagoog.

J. Saarma intensiivne teaduslik tegevus algas pärast Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetamist 1945. a. veebruaris. Tema põhiliseks huvialaks kujunes psühhiaatria, eriti aga skisofreenia uurimine. 1947. aastal kaitses ta kandidaadidissertatsiooni teemal «Haigusteadvuse kulgemine skisofreenikuil aktiivse ravi jooksul», mis valmis professor E. Karu juhendamisel. Viimase algatusel loodi varsti pärast seda Tartu Vabarikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla juurde kõrgema närvitegevuse uurimise laboratoorium, mille täiendamiele aitas loovalt kaasa dotsent J. Saarma. Selles laboratooriumis valmiski eespool märgitud doktoritöö. Dotsent J. Saarma on juhendanud üle 10 üliõpilase auhinnatöö kirjutamist. J. Saarma teaduslikud tööd (arvult üle 50) on ilmnud mitmesugustes vennasvabariikide ja meie tööde kogumikes ning ajakirjades. J. Saarma on pidevalt osa võtnud Tartu Teadusliku Arstide Seltsi, üleliidulise, Eesti NSV ja Tartu neuropatoloogide ja psühhiaatrite seltside tegevusest, kuuludes nende juhatusse. Ta on ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse kolleegiumi liige ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan.

Loodame, et arstiteaduse doktori kraadi andmine on J. Saarmale innustuseks ja eelduseks veel ulatuslikumate ning sügavamate uurimuste tegemisele.

E. Karu

37 AASTAT KIRURGIAPÕLLUL

Käesoleva aasta 15. mail siirdus pensionile NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosisektori juhataja arstiteaduse doktor Juhan Ennulo.

Juhan Aadu p. Ennulo sündis 3. jaanuaril 1898. a. Viljandi maakonnas Vana-Võidu vallas talupidaja pojana. Pärast keskhariduse omandamist H. Treffneri gümnaasiumis astus ta Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1927. a. Viis aastat hiljem kaitses J. Ennulo doktoriväitekirja teemal «Mõningate keemiliste ainete fikseerumisest erütrotsüütidega». 1927. a. viibis ta Pariisis ja 1934. a. Viinis täiendusõpingutel kirurgia alal.

Kogu oma elu on J. Ennulo pühendanud kirurgiale. 1927.—1932. a. töötas ta Tartu ülikooli hospitaalkirurgia kateedri assistendina, 1932.—1940. a. Võru Linna Haigla kirurgiaosakonna juhatajana, 1940.—1945. a. Eesti Raudtee Polikliiniku kirurgina, 1945.—1948. a. Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalkirurgia kateedri juhatajana, 1948.—1949. a. Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna juhatajana, 1949.—1950. a. Eesti NSV Teaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kirurgiaosakonna juhatajana, 1950.—1957. a. Tallinna Linna Tuberkuloosihaigla kirurgiaosakonna juhatajana. Ühtlasi oli ta (1953.—1958. a.) Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu sekretäriks. 1957. a. kuni pensionile minekuni töötas J. Ennulo NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosisektori juhatajana, olles samaaegselt ka tuberkuloosi vabariikliku probleemikomisjoni esimeheks.

J. Ennulo sulest on ilmunud üle 20 teadusliku töö, millest valdav osa käsitleb ftisiokirurgia probleeme. Kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi pioneerina vabariigis on J. Ennulo edasi arendanud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme professor L. Boguši poolt Moskvas rajatud koolkonna töid.

Täit tunnustust on leidnud J. Ennulo loodud uued operatsioonimeetodid ja originaalsed kirurgilised instrumendid, mis on kasutusele võetud kogu Nõukogude Liidus. Eesti NSV Teaduste Akadeemia väljaandel ilmub käesoleval aastal J. Ennulo monograafia «Kavernotoomia kopsutuberkuloosi kirurgias», millesse on koondatud autori poolt paljude aastate vältel kogutud uurimisandmed ja tähelepanekud ftisiokirurgia alalt.

J. Ennulo on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esimehe asetäitja, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Bioloogia-, Meditsiini- ja Põllumajandusteaduste Nõukogu liige. Teda on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

J. Ennulot pensionile saates andsid kaastöötajad talle üle mälestusesemeid ning rohkesti lilli, soovides raugematut energiat arstiteaduse edasiarendamisel.

H. Jänes

TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA TEADUSLIK-TEHNILISE ÜHINGU ALGORGANISATSIOONI ARUANDLUS-VALIMISKOOSOLEKUST

16. märtsil 1964. a. toimus Tallinna Vabariiklikus Haiglas möödunud aastal asutatud A. S. Popovi nimelise Raadiotehnika ja Elektriside Teaduslik-Tehnilise Ühingu algorganisatsiooni aruandlus-valimiskoosolek.

Möödunud kümne kuu jooksul on nõukogu pidanud 8 koosolekut. Algorganisatsioonis on 20 tegevliiget. Koostati programm meditsiinis kasutatavate elektroonikaseadmete töötamise aluste ja uusimate seadmete käsitsemise õppimiseks. Selle programmi kohaselt peetakse loenguid ja õppusi kaks korda kuus. Kursustest võtab osa 22 meditsiinitöötajat. Üks algorganisatsiooni liige komandeeriti viieks päevaks Moskvasse Nõukogude Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näitusele ja Jaapani elektroonikanäitusele tutvuma meditsiinis kasutatavate uusimate elektroonikaseadmetega. Võeti osa teaduslike uurimistööde ja teaduse ning tehnika saavutuste plaanide täitmise üleliidulisest ühiskondlikust ülevaatusest.

Töö kiirendamiseks ja teaduslike tööde paremaks korraldamiseks on praegu sisseseadmisel sälkkaardid haiglas kasutatava meditsiinilise aparatuuri ja Põhja-Eestis rakendatavate röntgeniaparaatide, prosektuuris arhiivi ning röntgeniosakonnas erialase kirjanduse kohta. Koguti ettepanekuid uue tehnika kiiremaks ja efektiivsemaks rakendamiseks meditsiinis.

Üldkoosolekul valiti uus, viieliikmeline nõukogu ja kolmeliikmeline revisjonikomisjon. Nõukogu koosseisu kuuluvad A. Roosileht, V. Valdes, A. Põdrus, L. Agudina ja A. Luts. Lähemate ülesannetena märgiti algorganisatsiooni liikmete arvu suurendamist, kommunistliku töösse suhtumise arendamist ning kaadri tehnika- ja elektroonika-alase kvalifikatsiooni tõstmist. Samuti otsustati muretseda meditsiinis kasutatavate radioelektroonikaseadmete kohta kirjandust ja muid materjale, need läbi töötada ja anda vastavasisulist informatsiooni ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» veergudel jne.

Algorganisatsiooni uuel nõukogul tuleb kontakt luua kohapealsete teadusliku uurimise asutuste ja tööstuste Teaduslik-Tehnilise Ühingu algorganisatsioonidega, kes võiksid kasulikud olla radioelektroonika juurutamisele meditsiinis.

A. Põdrus

ÜLIÕPILASTE NEUROLOOGIARINGI XV AASTAPÄEV

11. aprillil 1964. a. tähistasid Tartu Riikliku Ülikooli Üliõpilaste Teadusliku Ühingu (ÜTÜ) neuroloogiaringi liikmed ringi asutamise 15. aastapäeva teadusliku konverentsiga. Üliõpilased H. Haran, U. Noormaa, M. Roose, M. Saare ja A. Lipand esinesid tänapäeva neuroloogia ja neurokirurgia probleeme käsitlevate ettekannetega. Arst R. Põllumaa esitas ühe osa oma üliõpilaspõlves valminud võistlustööst «Kusepõie reflektoorse talitluse häiretest pea- ja seljaaju traumaga haigetel», mis üleliidulisel üliõpilastööde konkursil oli tunnistatud kuldmedali vääriliseks.

Neuroloogiaringi aastapäeva tähistamisele kogunes ringi endisi liikmeid vabariigi paljudest paikadest. Nimetatud ring on TRÜ Arstiteaduskonna neuroloogia kateedri juhataja dotsent E. Raudami juhendamisel 15 aasta jooksul ette valmistanud palju neurolooge ja äratanud üliõpilastes huvi uurimistöö vastu selles valdkonnas.

Ringi vanem V. Sinisalu märkis, et ÜTÜ neuroloogiaringist on 15 tegevusaasta jooksul võrsunud üle 80 neuroloogi, kellest paljud on praegu oma eriala spetsialistidena üle vabariigi tuntud. Ringi liikmed on esinenud oma uurimustega Tartu Riikliku Ülikooli ja vabariikidevahelistel üliõpilaste teaduslikel konverentsidel Minskis, Kaunases, Riias, Vilniuses ja mujal. Mitmete ringi liikmete teaduslikud tööd on avaldatud trükis. Üldse on peetud üle 120 koosoleku, kus on esinetud umbes 150 referaadi ja 160 haige demonstreerimisega. Samuti on uurimuste alusel kirjutatud 45 võistlustööd. Ringi töö on alati olnud tihedalt seotud neuroloogia kateedri ja kliiniku aktuaalsete probleemidega. Kui 15 aastat tagasi uuriti närvisüsteemi reflektoorse tegevuse, kude- ja uneravi küsimusi, siis järgneva 5 aasta jooksul asendusid need poliomüeliidiravi probleemidega. Viimastel aastatel on päevakorral radikuliidi, parkinsonismi, aju-kolju traumade, valgu-, vee- ja mineraalide-ainevahetuse ning komplikatsioonide diagnoosimine ja ravi.

U. Noormaa

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA ÜLIÕPILASTE VÕISTLUSTÖÖDEST

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond esitas käesoleval aastal võistlusele 19 üliõpilaste teaduslikku tööd, millest 17 said esimese ja 2 teise auhinna.

Esimesele kohale tulnuist tõsteti eriti esile 6 tööd. Nii kirjutas U. Noormaa (VI kursus) neuroloogiaringis assistent A. Tiku juhendamisel töö «Vee ja mineraalide ainevahetuse dünaamikast aju-kolju traumaga haigetel». Retsensent prof. E. Karu arvates on nimetatud üliõpilane teinud väga ulatusliku, suurt järjekindlust ja vaeva nõudva uurimuse. Autor uuris 1963. aastal ravil viibinud 71 aju-kolju traumaga haiget.

Hinnatavat teaduslikku tööd tehakse teaduskonna kirurgia kateedri juures töötavas ringis, kust esitati võistlustele 5 tööd, neist 4 sai esimese ja 1 teise auhinna. Esikohale tulnuist tunnistati 3 eriti tähelepanu väärivaiks. Nii esitasid E. Sepp (VI kursus), T. Velgre (IV kursus), U. Truupõld (IV kursus) ja A. Lipping (III kursus) uurimuse teemal «Aordi alloplastikast», mis valmis neil professor A. Linkbergi, arstiteaduse kandidaatide E. Tünderi ja K. Põldvere juhendamisel. Töös rõhutatakse, et mitmete hiliskomplikatsioonide, nagu transplantaadi umbumise, deformatsiooni jt. tõttu ei saa lavsaanist ja terileenist proteese kliinilisel kasutamisel ideaalseteks pidada. T. Sulling (VI kursus), J. Maaroos (IV kursus) ja V. Mölder (IV kursus) tegid eksperimentaalse uurimistöö «Südame pärgarterite plastika võimalusest ajutise venoosse paisu tingimustes», mida juhendasid professor A. Linkberg ja arstiteaduse kandidaat E. Tünder. Uurimusele ansid oma retsensioonis positiivse hinnangu dotsendid Ü. Lepp ja H. Petlem. Nimetatud ringist kolmas töö «Neerude homotransplantatsioonist koertel» [autorid H. Jokst (V kursus), T. Liivorg (V kursus) ja L. Noobel (IV kursus)] valmis professor A. Linkbergi, dotsent U. Arendi, arstiteaduse kandidaadi K. Põdra ja Ü. Hussari juhendamisel. Veel tuleks nimetada uurimistööd, mida esitas D. Rebane (VI kursus) teemal «Südametegevuse ja hingamise vahekordadest kardiovaskulaarse sündroomiga neuroosihaigetel». Selle juhendajaks oli dotsent J. Saarma psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedrist. Mainimist väärib ka H. Koppeli (VI kursus) võistlustöö «Koera pankrease nõre ja vereplasma valguliste komponentide hulga ja suhte paberelektroforeetiline uurimine», mille juhendajateks olid assistent S. Teesalu ja keemik T. Ilomets.

Esimese auhinna said veel järgmised üliõpilased: A. Ojassoo (VI kursus), H. Vainik (III kursus) ja P. Roosaar (V kursus), L. Berštein (VI kursus); kollektiivsete tööde autorid A. Ulla (V kursus), A. Hunt (V kursus) ja M. Tiivel (II kursus), siis M. Uusküla (VI kursus), J. Kirss (V kursus), J. Müürsepp (VI kursus), M. Roose ja M. Saare (VI kursus), V. Muzõka (VI kursus), A. Tühis (VI kursus), P. Loit ja S. Juckum (IV kursus) ja T. Laasning E. Mullamaa (III kursus). Teise auhinna väärilisteks tunnistati E. Vallandi (VI kursus), H. Sivenkova ja A. Sivenkovi tööd.

I. Maaroos

JÄRJEKORDNE TEADUSLIKE TÖÖDE KOGUMIK

Hiljuti ilmus trükist Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi neljanda konverentsi ettekannete kogumik.* Mahukas väljaandes on arvukalt esitatud uurimistööde tulemusi soolenakkuste, parasitaarsete nakkuste, poliomüeliidi ja enteroviiruste, botkini tõve, respiratoorsete viiruste, laste ja noorukite hügieeni ning veehügieeni alalt.

Kogumik sisaldab peale instituudi direktori arstiteaduse kandidaat A. Jannuse ülevaate 62 teaduslikku artiklit. Instituudi teaduslike töötajate kõrval on kirjutiste autoriteks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadlased, Tallinna Polütehnilise Instituudi ja Ed. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi õppejõud ning mitmed arstid-praktikud meie vabariigi tervishoiuasutustest. Arvukalt on esitatud ka Leningradi, Moskva ja teiste vennasvabariikide arstiteadlate uurimusi. Tähelepanu pälvivad eriti professor E. Novgorodskaja ja kaasautorite töö ebaselge etioloogiaga ägedate soolenakkuste uurimise printsiipidest. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige, Lenini preemia laureaat A. Smorodintsev kaasautoritega jagab kogemusi leetrite elusvaktsiini kasutamisest. Põhjaliku analüüsi kõhutüüfusesse ja paratüüfustesse haigestumisest ning profülaktikast esitavad Moskva I. I. Metšnikovi nimelise Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudi teadlased M. Hassanov ja V. Kilesso. Ülevaate gammaglobuliini kasutamise tulemustest botkini tõve profülaktika alal

---

* Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Сборник докладов четвертой научной конференции. Таллин, 1963.

Eesti NSV-s annavad NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. I. Ivanovski nimelise Viroloogia Instituudist arstiteaduse kandidaat E. Paktoris ja aspirant A. Kreek. Kogumik on illustreeritud arvukate joonistega.

E. Tamm

PÄRNU ARSTIDE SELTSI TÖÖST

Pärnu Teaduslik Meditsiiniline Selts asutati 22. veebruaril 1953. Seltsi esimesse juhatusse kuulusid M. Klompus, O. Kolessova, A. Lepik, K. Mõtus ja I. Sahharov. Juhatuse esimeheks valiti I. Sahharov.

Möödunud 11 aasta jooksul on Pärnu Teaduslik Meditsiiniline Selts arendanud ulatuslikku tegevust Pärnu linna ning maarajooni elanike meditsiinilise teenindamise parandamisel ja arstiteaduse uusimate saavutuste ellurakendamisel. Nii näiteks on seltsi liikmete (A. Tölp ja A. Kõre) ettekannete alusel välja töötatud praktilised ettepanekud elanikkonnale antava endokrinoloogilise abi parandamiseks. Need esitati Pärnu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonnale ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile, mille tulemusena avati Pärnu Polikliinikus endokrinoloogiakabinet koos endokrinoloogi ametikohaga. Aktiivset abi osutas sealjuures ka Vabariiklik Struumatõrje Dispanser.

Üheks olulisemaks puuduseks oli Pärnus haiglavoodite vähesus. Pärnu Teadusliku Meditsiinilise Seltsi kaasabil eraldati vastav hoone, mis võimaldas avada neli täiendavat haiglaosakonda, s. o. 2 sisehaiguste osakonda 100 voodiga, lasteosakonna 50 voodiga ja neuroloogiaosakonna 30 voodiga. Selle põhjal võis omakorda ümber organiseerida traumatoloogia- ja günekoloogiaosakonnad, laiendada laboratooriumi ruume jne. Pärnu linna ja rajooni elanikkonna statsionaarne ja polikliiniline teenindamine paranes tunduvalt pärast seltsi poolt tehtud ettepanekute elluviimist.

Seltsi juhatus on korraldanud ühiseid koosolekuid vabariigi teiste arstide seltsidega. Nii näiteks peeti 1957. a. Pärnu, Viljandi ja Tartu seltside ühine koosolek. 1960. a. toimus Pärnus Tartu Akušöör-günekoloogide Seltsi, Vabariikliku Onkoloogide Seltsi ja Pärnu Teadusliku Meditsiinilise Seltsi ühine koosolek.

Seltsi 11-aastase tegevuse jooksul on koosolekutel esitatud 140 ettekannet. Osa neist on avaldatud meditsiinilistes keskajakirjades, nagu I. Sahharovi ja A. Kõre ning K. Pogorelskaja ettekanded. Selts on saatnud oma esindajaid üleliidulistele konverentsidele ja kongressidele.

I. Sahharov

TALLINNA HAIGLATE JA POLIKLIINIKUTE SISEHAIGUSTE OSAKONDADE JUHATAJATE KOOSOLEK

30. märtsil toimus Tallinna haiglate ja polikliinikute sisehaiguste osakondade juhatajate koosolek, kus kuulati ja arutati linna peaterapeudi N. Elšteini ettekannet terapeutide tööst 1963. aastal ja nende ülesannetest 1964. aastal.

Ettekandes pöörati erilist tähelepanu polikliiniku terapeutide töö ümberkorraldamisele ja selle parandamisele kodusteks visiitideks kulutatava aja vähendamise ja ambulatoorse vastuvõtuaja pikendamise arvel. Samuti käsitleti ajutise töövõimetuse ekspertiisi, terapeutiliste haigete dispanseerimise kvaliteedi, terapeutide kvalifikatsiooni tõstmise küsimusi igapäevase töö käigus ja müokardi infarkti profülaktikat ja arsti taktikat selliste haigete ravimisel.

Ettekande arutelust võtsid osa Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi esimees L. Mardna, linna peaepidemioloog I. Urman, Tallinna Linna Kiirabijaama peaarst M. Piskunov, Tallinna Linna tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst I. Krainjaja, haiglate ja polikliinikute sisehaiguste osakondade juhatajad N. Bartelsen, V. Miller, E. Pšenitšnikova jt.

Koosolek kavandas mitmeid ettepanekuid Tallinna terapeutide töö edasiseks parandamiseks.

N. Ilves

UUS PENSIONIMÄÄRUS

Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusega 18. märtsist 1964. a. nr. 121 soovitatakse ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide juhatajatel vajaduse korral tööle võtta töövõimelisi, vanaduspensioni saavaid pensionäre. Sama määrusega kehtestati 1. aprillist 1964. a. alates aastates 1964—1968 töötavatele pensionäridele vanaduspensionide maksmisel järgnev kord.

50% määratud pensionist (mitte vähem riiklike pensionide seaduses kindlaksmääratud vanaduspensionide minimaalmäärast) makstakse tervishoiusüsteemis töötavaile ravi- ja profülaktika- ning lasteasutuste (haiglate, kliinikute, dispanserite, sanatooriumide, lasteaedade, lastesõimede jne.) arstidele, keskharidusega ja nooremale meditsiinipersonalile, farmaatsia alal töötajatele ja teistele apteegitöötajaile. Kui pensioni ja töötasu üldsumma ületab 200 rbl. kuus, siis vähendatakse vastavalt

väljamakstava pensioni määra sellise arvestusega, et pension ja töötasu koos ei ületaks seda summat.

Määrusega kehtestatud vanaduspensioni maksmise kord hõlmab arste, keskharidusega ja nooremat meditsiinipersonali, kes töötavad ravi- ja profülaktikaasutustes, lasteasutustes ja invaliidide- ning vanadekodudes. Arste ja keskharidusega meditsiinipersonali, kes töötavad teistes, määruses mainimata jäetud asutustes (nagu ATEK'id, sanitaar- ja profülaktikaasutused jt.), nimetatud pensionide maksmise kord ei puuduta.

Ravi- ja profülaktikaasutuste hulka kuuluvad: haiglad (jaoskonna-, rajooni-, linna-, vabariiklik haigla, hospidal, kliinik, psühhoneuroloogiahaigla, tuberkuloosihaigla, nakkushaigla jt.), eritüüpi ravi- ja profülaktikaasutused (leprosoorium, psühhiaatriakoloonia), dispanserid (tuberkuloositõrje-, naha- ja suguhaiguste, onkoloogia-, psühhoneuroloogia-, arstlik-kehakultuuri, struumatõrje- ja teised dispanserid), ambulatoorsed-polikliinilised asutused (stomatoloogiapolikliinik, maa-ambulatoorium, arsti-tervishoiupunkt, velskri-tervishoiupunkt, velksri-ämmaemandapunkt jt.), kiirabi- ja vereülekandeasutused (kiirabijaam, sanitaar-aviojaam, vereülekandejaam jt.), emade- ja lastekaitse asutused (sünnitusmaja, kolhoosi sünnitusmaja, emade ja väikelaste kodu jt.), sanatooriumi- ja kuurordiasutused (sanatoorium, öösanatoorium-profülaktoorium, kuurordi polikliinik, balneoloogiaravila, mudaravila, sanatoorne pioneerilaager).

Ravi- ja profülaktikaasutustes töötavate arstide hulka tuleb arvata kõik arstid, kes töötavad meditsiinilistel ametikohtadel (sõltumata nende nimetusest), sealhulgas peaarstid, osakondade juhatajad jt. Teiste apteegitöötajate all tuleb mõista apteegi ja muude apteegiasutuste (apteegikioskid, apteegikauplused ja kontroll-analüütilised laboratooriumid) töötajaid, sõltumata ametikoha nimetusest.

Määrus näeb veel ette, et kõikidele töölistele ja nooremale teenindavale personalile tuleb maksta vanaduspensioni ettenähtud korras, sõltumata sellest, millises ettevõttes, asutuses või organisatsioonis nad töötavad (vaatamata ametkondlikule kuuluvusele või alluvusele). Määrusega kohustati ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide juhatajaid teatama 5 päeva jooksul vastavatele sotsiaalkindlustuse osakondadele pensionäride tööle võtmisest, kellele hakatakse pensioni maksma koos töötasuga.

A. Kaldma

SISUKORD

Š. GULORDAVA — Traumatoloogiline ja ortopeediline abi Eesti NSV-s . 3

Teooria ja praktika

V. SOLOVJOV ja A. UIBO — Südamehaavade diagnoosimisest ja kirurgilisest ravist 6

B. ÄNILINE — Jäsemete luumurdude ravimeetodite valikust 9

A. KLEMENT — Plasmat asendava želatinoolilahuse raviefektiivsusest . 13

A. KAASIK — Karbamiidi (*urea pura*) kasutamine ajuturse vältimisel ja ravimisel 15

Ü. VALVERE — Pärasoolevähi radikaalse operatsiooni järgsed kusepõie tüsistused 20

J. RAUDSEPP — Hemostimulaatorite kasutamisest kasvajate eksperimentaalses kemoteraapias 22

J. EHLVEST — Kopsukahjustustest mitmesuguste õlide toimel (Kirjanduse ülevaade) 25

S. SALZMAN — Kiirguskoormus haigete röntgenoloogilisel uurimisel . 29

СОДЕРЖАНИЕ

Ш. ГУЛОРДАВА — Травматологическая и ортопедическая служба в Эстонской ССР

Теория и практика

В. СОЛОВЬЕВ и А. УЙБО — К диагностике и хирургическому лечению ранений сердца

Б. ЭНИЛИНЕ — О выборе методов лечения переломов костей конечностей

А. КЛЕМЕНТ — Лечебная эффективность замещающего плазму раствора желатиноля

А. КААСИК — Использование карбамида (*urea pura*) в профилактике и лечении отека мозга

Ю. ВАЛЬВЕРЕ — Осложнения со стороны мочевого пузыря после радикальной операции рака прямой кишки

Ю. РАУДСЕПП — О применении стимуляторов кроветворения в экспериментальной химиотерапии опухолей

Ю. ЭХЛЬВЕСТ — О поражении легких вследствие воздействия различных масел (Обзор литературы)

С. ЗАЛЬЦМАН — Лучевая нагрузка при рентгенологическом обследовании больных

E. OPPI ja H. KAHN — Gingiviidi ja parodontoosi ravist pliiga kokkupuutuvatel töölistel 32

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

V. LEMARINJE — Tootmise esteetika ja traumatism 35
J. ŠULTS — Kogemusi põletuste kirurgilise ravi alal 36
V. RÄTSEP — Mao sekretsioonivõime määramisest 39
E. ESTER — Kahepoolne munasarja dermoidtsüst 12-aastasel tütarlapsel . 42
S. VERNIK — Mondori tõve juht . . 43

Abiks velskritele ja õdedele

E. HEINSOO — Lülisamba röntgeniülesvõtete tehnikast 45
K. VALGMA — Allergiast ja allergilistest haigustest 49
V. TAIGRO — Tallinna günekoloogiliste vaatluskabinettide tööst 53
V. SPIRKA — Kommunistliku töö liikumisest Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris 55

Arstiteaduse ajaloost

K. REOLI — Rahvameditsiin ja nõiaprotsessid Eestis 56

Konverentsid ja nõupidamised

Ü. UUSMA — Tartu Meditsiinilise Kooli õpilaste teaduslik konverents . . 59

A. LUTS — Nõupidamised otorinolarüngoloogia alal 60
K. KÕRGE — Üleliiduline sümpoosion allergoloogia alal 61

Tähtpäevad

O. PALU 70-aastane 62
JOHANNES TIITSAR 70-aastane . . 63
Eesti NSV teeneline arst V. PAŠKOV 60-aastane 64
Dotsent SELMA LAANES 50-aastane . 65

Mitmesugust

J. KIVIMÄGI — Uusi raviasutusi . . 66

J. OTS — Ühest omapärasest teadusharust (Näo rekonstrueerimisest kolju järgi) 68
V. LAOS — Suitsetamisest võõrutamine 70

Nekroloog

ANTONINA BLUM 72

Kroonika

Õiendus

Э. ОППИ и Х. КАХН — О лечении гингивита и пародонтоза у рабочих имеющих контакт со свинцом

Обмен опытом и казуистика

В. ЛЕМАРИНЬЕ — Производственная эстетика и травматизм
Е. ШУЛЬЦ — Опыт хирургического лечения ожогов
В. РЯТСЕП — Определение секреторной способности желудка
Э. ЭСТЕР — Двусторонная дермоидная киста яичника у 12-летней девочки
С. ВЕРНИК — Случай болезни Мондора

В помощь фельдшерам и сестрам

Э. ХЕЙНСОО — О технике рентгеновских снимков позвоночника
К. ВАЛГМА — Об аллергии и аллергических заболеваниях
В. ТАЙГРО — Опыт работы смотровых гинекологических кабинетов г. Таллина
В. СПИРКА — О внедрении методов коммунистического труда в республиканском противотуберкулезном диспансере

Из истории медицины

К. РЭОЛИ — Народная медицина и процессы по обвинению в колдовстве в Эстонии

Конференции и совещания

Ю. УУСМА — Научная конференция учеников Тартуской медицинской школы
А. ЛУТС — Совещания по оториноларингологии
К. КЫРГЕ — Всесоюзный симпозиум по аллергологии

Юбилейные даты

70-летие О. ПАЛУ
70-летие ЙОХАННЕСА ТИЙТСАРА
60-летие заслуженного врача Эстонской ССР В. ПАШКОВА
50-летие доцента СЕЛЬМА ЛААНЕСА

Разное

Ю. КИВИМЯГИ — Новые лечебные учреждения
Я. ОТС — Об одном своеобразном разделе науки (Восстановление лица по черепу)
В. ЛАОС — Об отвыкании от курения

Некролог

АНТОНИНА БЛУМ

Хроника

Ajakirja 1964. a. 3. numbrisse on sattunud eksitav viga. Lk. 20 12. rida alt on trükitud ... 10%-lise keedusoolalahusega. Lugeda ... 1%-lise keedusoolalahusega.

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), E. Raudam, H. Roots (vastutav sekretär), J. Saarma ja A. Sarap.

5
September–Oktoober

7. AASTAKAIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1964

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР

На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 10. VIII 1964. Trükkimisele antud 24. IX 1964. Trükiarv 4200. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvestuspoognaid 7,93. Tellimise nr. 6302. MB-06086.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82

Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

ARSTIDE JA PROVIISORITE KVALIFIKATSIOONI TÕSTMISEST

Dotsent *E. RAUDAM*

Eesti NSV Ülemnõukogu alalise tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimees

Käesoleval ajal, mil bioloogia ja arstiteadus kiiresti edasi arenevad, on esmase tähtsusega ülesandeks hoolitseda selle eest, et kõik kõrgema meditsiinilise haridusega spetsialistid teaduse arenguga pidevalt kaasas käiksid ja kõike uut ning progressiivset nii ravi- kui ka profülaktilises töös järjekindlalt ellu rakendaksid. Sellest lähtudes arutas Eesti NSV Ülemnõukogu alaline tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon koos Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumiga 9. detsembril 1963. a. (väljasõiduistungil Tartus) arstide ja proviisorite spetsialiseerumist ja kvalifikatsiooni tõstmist vabariigis. Võeti vastu ühine otsus, mille järjekindlal rakendamisel peaks paranema kõrgema haridusega tervishoiutöötajate teoreetiliste teadmiste ja praktiliste oskuste tase. Istungi ettevalmistamisest võtsid aktiivselt osa rahvasaadikud (Eesti NSV Ülemnõukogu, rajoonide ja linnade töörahva saadikute nõukogude alaliste tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjonide liikmed), Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi töötajad ning valdav enamik meie arstidest ja proviisoritest, kes vastasid neile saadetud ankeedi küsimustele. Sel teel õnnestus olemasolevast olukorrast ja arstide ning proviisorite soovidest hea ülevaade saada. See omakorda võimaldas Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjonil koos tervishoiu ministeeriumi kolleegiumiga välja töötada abinõud olukorra parandamiseks.

Kõrgema meditsiinilise haridusega spetsialistide kvalifikatsiooni tõstmine on meie vabariigis üldiselt rahuldav. Pärast NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi vastavasisulise käskkirja ilmumist 1960. a. (nr. 78) on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakond (ülem L. Barõševa) ja peaspetsialistid oma tööd, eriti viimastel aastatel, parandanud. Arstide kvalifikatsiooni tõstmiseks on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi poolt kinnitatud kohalikud baasid, kus on üle mindud tsüklilistele kursustele. Neile suunatakse spetsialiste gruppidena. 1963. a. saadeti eriala omandama juba 10% arstide arvust. Arste ja proviisoreid lähetatakse rohkem keskinstituutidesse, kusjuures laieneb õppimine kaugõppe teel jne. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond on aktiivselt lülitunud arstide kvalifikatsiooni tõstmisse. Ta organiseeris ühiskondlikel alustel töötava arstide spetsialiseerumise ja täiendamise kateedri. Intensiivsemaks on muutunud ka arstide seltside tegevus.

Kuid positiivsetele tulemustele vaatamata esineb arstide, eriti aga proviisorite kvalifikatsiooni tõstmisel veel nii sisulisi kui ka organisatsioonilisi puudusi. Arstid märkisid, et kursustele suunamine toimub sageli plaanipäratult, mille tõttu tuleb ette juhtumeid, et ühed ja samad isikud käivad kursustel korduvalt. Juhiti tähelepanu ka sellele, et raviasutustel ja tervishoiuosakondadel puuduvad arstide kvalifikatsiooni tõstmise plaanid. Proviisorite kvalifikatsiooni tõstmine hõlmab ainult apteekide juhatajaid ja nende asetäitjaid.

Et vabariigis toimuvad esmased spetsialiseerumiskursused, kuhu suunatakse peamiselt noori arste, oli komisjon huvitatud sellest, kuidas

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetanud on oma kutsetööks ette valmistatud. Et õppe- ja ravitöö oleks nõutaval tasemel, peavad spetsialiseerumiskursuste õppejõud lähtuma kursantide teoreetiliste teadmiste ja praktiliste oskuste tasemest. Ankeedist selgus, et noored arstid hindasid oma erialast ettevalmistust vastavalt sellele, kuidas nad oma töökohal toime tulid. Noortel jaoskonnaarstidel oli vähe praktilisi oskusi sisehaiguste, kirurgia ja sünnitusabi ning günekoloogia alal, eriti töötamisel ambulatooriumides. Vähe oli teadmisi ka dispanseerse töö ja tervishoiuorganisatsiooni valdkonnas. Tervishoiuorganisatsiooni soovitati hakata õpetama nii, et käsitletaks eraldi tervishoiukorraldust arstijaoskonnas ja rajoonis. Samuti tuleb üliõpilasi tutvustada nõukogude tervishoiuasutuste juhtimise alustega. Kitsastele erialadele tööle saadetud spetsialistidel, nagu röntgenoloogidel, otorinolarüngoloogidel, neuroloogidel jne., keda ülikool otseselt ette ei valmista, tuli puudu nii teoreetilistest teadmistest kui ka praktilistest oskustest. Seepärast otsustati, et tulevikus ei suunata noori arste, kes pole spetsialiseerumiskursusi lõpetanud, tööle eriarstidena paikadesse, kus nad on ainukesteks vastava eriala spetsialistideks. Seda võiks lubada ainult erialakateedri ja Üliõpilaste Teadusliku Ühingu soovitusel.

Proviisoreid ülikooli lõpetamisel saadud teadmiste tase üldiselt rahuldab, kuid sooviti farmakoloogia ulatuslikumat ja põhjalikumat käsitlemist. Puudujääke praktiliste oskuste alal viimastel aastatel ülikooli lõpetanute hulgas ei märgitud.

Arstide kvalifikatsiooni tõstmise põhivormiks vabariigis on 3—4-kuulised spetsialiseerumiskursused, mida korraldatakse nii Tallinna kui ka Tartu ravi- ja profülaktikaasutustes. Selgus, et kursustel ei peetud erialaseid loenguid süstemaatiliselt või nad puudusid hoopis, samuti ei käsitletud üldteoreetilisi küsimusi. Tartus jäi arstiteaduskond tervikuna arstide kvalifikatsiooni tõstmisel pealtvaataja ossa. Kliinilistelt kateedritelt erilist tööd kursantidega ei nõutud. Peamiseks kursandi õpetajaks oli peaarsti poolt kinnitatud raviasutuse arst või harva ka õppejõud. Praktiliste oskuste omandamise alal ettevalmistus kursante küll rahuldas, kuid avaldati soovi, et töökohal tarvisminevate oskuste omandamisele senisest enam tähelepanu (eriti kirurgia valdkonnas) pööratak.

Eriti rõhutati maa-arstijaoskondades töötavate arstide kvalifikatsiooni tõstmise küsimust, sest see on veel üleliiduliselt lahendamata. Maal töötavad arstid ja alalised tervishoiukomisjonid avaldasid soovi, et regulaarselt korraldataks lühiajalisi seminare ja umbes üks kuu kestvaid täienduskursusi, kus käsitletaks mitmete erialade küsimusi jaoskonna erinevatest töötingimustest lähtudes. Kehtiva korra alusel võib maa-jaoskonnaarst spetsialiseerumisel käia iga 3 aasta tagant sisehaiguste, kirurgia või muul erialal. Kvalifikatsioon omandatakse sel juhul alles 9—12 aasta pärast, mil kõigi põhiliste erialadega on tutvutud. Teadus aga areneb vahepeal jõudsalt edasi, mistõttu mahajäämus on paratamatu. Komisjon ja kolleegium pidasid vajalikuks, et maal töötavatele jaoskonnaarstidele hakataks korraldama kursusi nende töö laadile vastava õppeprogrammi alusel. Peale selle tuleb neile organiseerida 3—4-päevaseid seminare üks kord aastas.

Arstide spetsialiseerumise parandamiseks kohustati kursantidele pidama erialaseid loenguid. Nendel loengutel tuleb esmajärjekorras tähelepanu pöörata haiguste profülaktika, ravi ja tööekspertiisi küsimustele. Peeti vajalikuks, et peale selle korraldataks kursantidele (erialale vaatamata) umbes 30-tunniline loengute sari meditsiini ja bioloogia uusimatest saavutustest. Kiideti heaks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna algatus ühiskondlikel alustel töötava arstide spetsialiseerumis- ja täiendamiskateedri loomise kohta, mis tervishoiu ministeeriumi juhtimisel hakkab arstide kvalifikatsiooni tõstmist pidevalt organiseerima. Esi-

mene selline kursus toimuski 2.—31. märtsini k. a. (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 3, 77—78).

Arstid avaldasid soovi, et enne kursustele suunamist varustataks neid vastava kirjanduse loetelu ja muu materjaliga, mis võimaldaks neil juba enne kursuste algust end teoreetiliselt ette valmistada. Loodame, et vastav kateeder ka kursuste ettevalmistusega tegelema hakkab.

Proviisorite kvalifikatsiooni tõstmise senised vormid osutusid ankeedi andmeil sellisteks, et need ei hõlma kõiki vabariigis töötavaid proviisoreid. Samal ajal suunatakse vähe proviisoreid täiendusele ka väljapoole vabariiki. Apteekide osatähtsus rajoonis töötavate proviisorite kvalifikatsiooni tõstmisel on olnud minimaalne. Otsustati, et nii Tallinnas kui ka Tartus hakataks korraldama plaanipäraselt seminare üks kuni kaks korda aastas.

Rajoonihaiglad ei ole arstide kvalifikatsiooni tõstmisega senini veel küllaldaselt tegelnud. Rajooniarstide konverentsidel on enamikul juhtudest piirdutud ainult organisatsiooniliste küsimuste aruteluga.

Üheks otsustavaks lülgks arstide kvalifikatsiooni tõstmisel on iseseisev töö kirjandusega ja teaduslik uurimistöö ning osavõtt arstide seltside tööst. Arste aitavad selles osas, nagu ankeedi andmeist selgus, tõhusalt ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» ja Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu. Ajakirja hinnatakse sisuliselt kõrgelt ja soovitakse selle mahu suurendamist. Tahetakse näha rohkem artikleid stomatoloogia, farmaatsia, sanitaar-hügieeni jt. erialadelt ning kasuistilisi kirjutisi. Eriti ollakse huvitatud praktikaga seotud probleemidest. Arstid jälgivad oma erialal keskajakirju ja laenutavad raamatuid Riiklikust Meditsiinilisest Raamatukogust, mille teenustega ollakse üldiselt rahul. Arstide seltside tegevuse tase on vabariigis väga erinev ning leidub rajoone, kus neid ei ole veel organiseeritud. Maa-arstijaoskonnas töötavate arstide osavõtt seltside tööst on nõrk, mille üheks põhjuseks peetakse asjaolu, et koosolekuid korraldatakse hilisõhtuti. Komisjon ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kutsuvad arstkonda üles aktiivselt osa võtma arstide seltside tööst ning soovitavad igal arstil olla vähemalt ühe arstide seltsi aktiivne liige.

Peeti vajalikuks, et vabariigis hakataks arstide kvalifikatsiooni tõstmiseks rakendama veel teisi organisatsioonilisi vorme, nagu arstidepäevi erialade järgi 1—2 korda aastas, selleks et kogu meie arstkonda teaduse uusimate saavutustega pidevas kontaktis hoida.

Praegusel etapil, mil enamik meie kõrgema meditsiinilise haridusega spetsialistidest on suhteliselt noored, sõltub tervishoiu parandamine esmajärjekorras nende kvalifikatsioonist ja entusiasmist. Seepärast on tarvis, et kõigis tervishoiuasutustes ja iga spetsialisti töös oleksid esikohal teoreetiliste teadmiste tõstmine ning praktiliste oskuste täiendamine.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ И ПРОВИЗОРОВ

Э. Раудам

Резюме

Постоянная комиссия по здравоохранению и социальному обеспечению Верховного Совета Эстонской ССР совместно с коллегией Министерства здравоохранения ЭССР 9 декабря 1963 г. рассмотрела на выездной сессии вопросы специализации и повышения квалификации врачей в республике. Было принято совместное решение направленное на повышение уровня теоретических знаний и практических навыков работников здравоохранения с высшим образованием. В подготовке сессии принимали активное участие депутаты, члены постоянных комиссий по здравоохранению и социальному обеспечению городских и районных Советов депутатов трудящихся и Верховного Совета Эстонской ССР, работники Министерства здравоохранения и подавляющее большинство наших врачей и провизоров, ответивших на вопросы разосланной им анкеты. Этим путем удалось получить хороший обзор о состоянии

изучаемого вопроса и пожеланий врачей и провизоров. Это позволило постоянной комиссии по здравоохранению и социальному обеспечению Верховного Совета Эстонской ССР совместно с коллегией Министерства здравоохранения разработать мероприятия повышению квалификации врачей и провизоров.

Для повышения квалификации врачей Министерством здравоохранения Эстонской ССР выделены местные базы, где проводятся циклические курсы для специалистов. В 1963 году 10% от общего количества врачей получили специальность. При медицинском факультете Тартуского государственного университета была организована кафедра специализации и усовершенствования врачей, работающая на общественных началах.

Особое внимание было обращено на повышение квалификации врачей работающих на селе. Сельские врачи высказали пожелание о регулярном проведении для них краткосрочных семинаров и месячных курсов усовершенствования по специфическим вопросам работы на селе. Комиссия и коллегия признали необходимым организацию для сельских участковых врачей курсов с программой соответствующей специфике их работы. Кроме этого ежегодно следует проводить для них 3—4 дневные семинары.

Решающим звеном в повышении квалификации врачей являются самостоятельная работа с литературой, научно-исследовательская работа и участие в работе врачебных обществ. Как выяснилось из анкет большую помощь врачам оказывают журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» и Государственная научная медицинская библиотека.

Для повышения квалификации врачей в республике будут использованы и другие организационные формы, например, совещания врачей по специальностям, созываемые каждые 1—2 года и т. д. Для того, чтобы наши врачи были бы постоянно в курсе новейших достижений науки, необходимо во всех учреждениях здравоохранения, также как и в работе каждого специалиста на первое место выдвинуть повышение теоретических знаний и приобретение практических навыков.

Teooria ja praktika

MAKSAPATOLOOGIAST PÕHJUSTATUD HAIGUSLIKEST MUUTUSTEST NAHAS

(Kirjanduse ülevaade)

Dotsent *L. NURMAND*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *Z. Saar*)

Paljud autorid märgivad, et nahahaigused esinevad sageli üheaegselt siseelundite haigestumisega [L. Popov (5), G. Korting ja W. Adam (23), W. Rahmanov, I. Šahtmeister (6) jt.]. G. Kortingi ja W. Adami arvates (23) võib seda seostada nelja järgmise võimalusega: 1) nahahaigus on primaarne, nähud siseelundites aga sekundaarsed; 2) nahahaigus tekib sekundaarselt siseelundite haigestumise tagajärjel; 3) nii naha kui ka siseelundite haigestumine on sekundaarne mingi kolmanda teguri suhtes; 4) naha- ja siseelundite haiguste üheaegne esinemine on vaid juhuslik kokkusattumus.

Mitmed autorid vihjavad tihedale seosele naha ja maksa vahel. Nahas võivad kajastuda nii maksa talitlushäired kui ka maksa orgaanilised haigused. Viimaste puhul võivad nahal tekkida mitmesugused haiguslikud nähud.

1. Naha värvuse muutused. a) Naha värvumine kollaseks kollatõbe põdevatel haigetel, mis on tingitud kas sapiteede mehaanilisest sulgusest, maksarakkude vigastamisest (nn. parenhümatoosne ikterus) või

sapipigmentide hulga suurenemisest [F. Hoff (16)]. b) Kollakashall värvus tekib maksatsirroosiga haigeil, kusjuures K. Beckman (11) seletab seda hemosideriini ladestumisega nahas. E. Urbach (29) leidis sel puhul melaniinihulga suurenemist nahas. c) Nn. maksaplekid (*Chloasma faciei*) tekivad ainevahetus- ja sisesekretsioonihäirete tagajärjel [M. Fiebig (15)].

2. Hemokromatoos (nn. pronksdiabeet) areneb rauaainevahetuse häirete tõttu organismis. Selle haiguse tüüpiliseks tundemärgiks on naha värvumine pronksi värvi, kusjuures limaskestad jäävad puutumata. Ühtlasi tekib maksa ja pankrease tsirroos. Veres on raua hulk 3—4 korda suurenenud (norm 120 mg%).

3. Naha sügelemine. Arvamus, et naha sügelemist põhjustab sapipigmentide hulga suurenemine haige veres, on vananenud. M. Jenko (19) jt. on seisukohal, et hepatiidi puhul sapipigmentide hulk veres isegi väheneb. K. Beckmann (11) seostab naha sügelemist allergiaga, E. Urbach (29) valgu ainevahetuse häiretega ja O. Roth (27) histamiini kuhjumisega nahas.

4. Nahakahjustused nn. maksatähekeste [H. Kalk (21)], apigmenteerunud laikude ja laienenud veresoonte kujul. a) Maksatähekesed on ämblikukujulised hemangioomid. Nende paiknemist seostatakse *vena cava superiori*'ga. Säärased hemangioomid võivad aga tekkida ka täiesti tervetel inimestel, eriti lastel, samuti ka rasedatel, kusjuures nad kaovad enamasti iseenesest. b) Apigmenteerunud laike nahal täheldasid maksahaiguste puhul H. Kalk (21) ja teised autorid. Valged laigud võivad tekkida ka raseduse ajal, kusjuures madala õhutemperatuuri juures on nad eriti nähtavad. c) Veresoonte laienemist maksahaigusi põdevatel inimestel kirjeldavad H. Eppinger (14) jt. Ülderüteemi täheldasid H. Horsters ja S. Rust (17). Naha piirdunud punetust võib näha peopesadel (harvem jalataldadel), mis mõnikord kandub ka küüntele [H. Kalk (21)]. H. Walsch, S. Becker (30) jt. peavad erüteemi põhjuseks verevarustuse häireid.

5. Juuste kasvu häired. Maksa haigestumisel hakkavad juuksed välja langema. Sama toimub ka karvadega kubeme ja kaenlaaluse piirkonnas.

6. Küünte muutused. Nn. trummilööja sõrmed ja kellaklaasi kujuga küüned esinevad mitte ainult kopsuhaiguste puhul, vaid ka maksatsirroosi põdevatel haigetel. Nurk küüne juure ja naha vahel kaob, küüne poolkuujas ala väheneb. Küüned võivad muutuda lamedaks ja valgeks. G. Martini (25) ja H. Kalk (21) peavad neid nähte maksatsirrooside hilisteks sümptoomideks. Mõnikord tekib küüne ümber pruun rõngas, mis H. Kalgi (21) arvates on hemokromatoosi üks varajasemaid tundemärke. Kõik need muutused on tingitud verevarustuse häiretest.

7. Keele muutused. Seoses maksa haigestumisega võivad tekkida muutused keelel, mida on täheldanud H. Axenfeld ja W. Nonnenbruch (10) jt. Keel on sel puhul helepunane, sile ja kergelt atroofiline. Mõnikord lähevad ka huuled siledaks ja helepunaseks (nagu lakituks). Maksa tervistumisel need nähud kaovad. R. Pannhorst ja H. Hoffmann (26) seletavad seda punetust paisu tekkimisega *vena porta*'s. G. Martini (25) aga peab peapõhjuseks B-avitaminoosi. H. Jakoby (18) leidis 84%-l maksahaigetest lõhesid keele pinnal.

8. Hemorraagiline diatees. Maksaparenhüümi raskete kahjustuste puhul võivad tekkida verevalumid nahas ja limaskestades [G. Korting ja W. Adam (23)]. Selle põhjuseks peetakse ühelt poolt vere hüübimishäireid, teiselt poolt aga laienenud veresoonte haprust. Maksahaiguste korral vere hüübimine langeb. Sellised häired võivad tekkida mitmel viisil: a) Sapihapete vähesus sooltes võib tingida K-vitamiini puuduliku imendumise (näiteks mehaanilise ikteruse juhtudel). Sel puhul tekivad suured verevalumid, kuid haige tervistub pärast K-vitamiini manustamist. b) Kuigi haigestunud maksa parenhüüm pole suuteline küllaldasel määral verehüübimise tegureid valmistama, on siiski K-vita-

miini hulk organismis küllaldane. Tekib tasakaaluhäire verehüübimist soodustavate ja takistavate tegurite vahel. c) Osa autoreid peab verevalumite tekkimise põhjuseks toksilisi produkte, mis arenevad maksas valguainevahetuse tagajärjel ja vigastavad veresoonte seinu. d) H. Eppinger (14) põhjendab kapillaaride suurenenud läbilaskvust globuliinide rohkusega vereseerumis. Düsproteineemiat sedastasid kapillaaride suurenenud läbilaskvuse puhul G. Martini ja H. Engelkamp (24). Nõukogude teadlastest leidsid düsproteineemiat nahahaigustega haigete vereseerumis A. Studnitsin, I. Winokurov ja G. Rohlina (7). E. Jagodnikova, K. Kopiti (8), N. Iljina (2) jt. andmeil esineb seda psoriaasi (*lupus erythematodes*'e) korral. Seoses maksahaigustega võivad ka veenid laieneda, nagu *Caput medusae*, hemorroidide jm. esinemine.

9. Kui maksahaiguste puhul vere sünteesimisprotsess on häiritud, võib tekkida porfüriinihaigus. Porfüriini leidub rakkude hingamisprotsessidest osavõtvas hemoglobiinis ja ensüümides. Porfüriini (uroporfüriin I ja III, porfobilinogeeni jt.) suurenenud eraldumist uriiniga nimetatakse porfüriinuuriaks.

Porfüriinihaigus on healoomuline, krooniline tõbi, mille puhul valguse, kuumuse või trauma toimel tekivad nahal seroossed villid. Uriinis leidub uroporfüriini I ja III. Üheaegselt arenevad maksa parenhümatoosne ja ka talitluslik kahjustus [J. Kimming (22), E. Urbach (29) jt.]. Histoloogiliselt täheldatakse maksa rasvväärastust ja tsirroosi. Lisaks sellele võivad tekkida koolikud, neuroloogilised ja psüühilised häired. Sellised haigushood võivad tekkida pärast uinutite, analgeetikumide, sulfaniilamiidide ja muude ravimite manustamist. I. Brugsch (12) eristab porfüriinihaiguse korral veel ühte haigusvormi — melanodermiat. Sel puhul esineb porfüriinuuria koos difuusse melaniini tekkimisega, eriti katmata kehaosadel, kusjuures villid puuduvad. Uriinis ja roojas leitakse uroporfüriini I ja III, täheldatakse hüperglobulineemiat ja rauaainevahetuse häireid. Selle haigusvormi põhjuseks peetakse alkoholismi, samuti arseeni ja barbituraatide manustamist. Haige anamneesis leidub mõnikord andmeid süüfilise põdemise kohta [E. Urbach (29)]. Osalt võivad siin haiguse tekkimist soodustada raskemetallide soolad, mida kasutatakse süüfilise raviks. I. Brugschi (12) andmeil täheldatakse porfüriinihaigust sageli koos suhkurtõvega.

Maksa talitlushäireid leidsid *lupus erythematodes*'ega haigetel J. Kimmig (22) jt. Need tekivad ka ekseemi, medikamentoosse dermatiidi, psoriaasi ja eksudatiivse erüteemi puhul. M. Karalitski (3) uuris maksa talitlust 25 fotodermatoosiga haigel (6-l neist esines porfüriinuuria, 4-l *lupus erythematodes*, 2-l *prurigo solaris*, 2-l *xeroderma pigmentosa* ja 10-l *eczema solaris*). Selgus, et pooltel neist oli Takata-Ara reaktsioon positiivne ja oli häiritud süsivesikute-ainevahetus, 5-l oli häiritud maksa pigmenttalitlus. Antitoksiline talitlus oli häiritud $^3/_4$ haigetest; uroporfüriini leiti uriinis ainult kahel porfüriinihaigust põdeval isikul.

H. Ippen (20) sedastas elektroforeesi teel 15 porfüriinihaige vereseerumis globuliinide hulga (eriti α_2- ja β-fraktsioonide) suurenemist. W. Laptev ja I. Vedrova (4) leidsid, et porfüriinihaiguse puhul on häiritud süsivesikute süntees maksas. Sedasama konstateeris T. Glavinskaja (1) melanodermiaga haigetel.

10. Maksa haigestumine võib põhjustada ksantomatoosi, mis on naharakkude lokaalne reaktsioon lipoidide hulga suurenemisele veres. Kõige rohkem tekib ksantoome silmalaugudel, küünarnukkidel, põlvedel ja tuharatel, kuid nad võivad ilmuda ka teistele kohtadele, isegi limaskestadele.

E. Urbach (29) soovitab kasutada terminit «ksantelasma», sest siin pole tegemist blastoomidega, vaid granuloomidega, mis sisaldavad ksantoomrakke. F. Hoff (16) leidis hüperlipideemiat maksatsirroosiga haigetel, kusjuures nahal tekivad ksantelasmid. E. Urbach (29) täheldas neid tsir-

roosi, sapiteede kividega sulguse, vähi ja maksas leiduvate süüfilise tagajärjel tekkinud armide puhul. E. Ahrens ja H. Kunkel (9) on arvamusel, et ksantoomide arenemine oleneb rasvade hulgast veres, F. Hoffi (16) järgi sõltub see aga rasvhapete hulga suurenemisest veres, kuid F. Schaafi (28) andmeil on sellistel haigetel häiritud maksa regulatoorsed mehhanismid. Etioloogiliste teguritena võivad samuti esineda mehaaniline trauma, kroonilised põletikulised protsessid, pH tasakaalu ning rakkude rasva stabiilsuse häired.

Nagu eespool toodud kirjanduse ülevaatest selgub, on maksal suur osatähtsus haiguslike muutuste tekkimisel nahas, ja ka vastupidi.

KIRJANDUS

1. Главинская Т. А. В сб. Ученые записки Горьковского института дерматологии и венерологии Минздрава РСФСР, 1953 ,48—55. — 2. Ильина Н. В. Вестн. дерматол. и венерол. 1956, I, 25—28. — 3. Каралицкий Е. М. В кн: Дерматологический сборник врачей Молдавии. Кишинев, 1959. I, 104—106. — 4. Лаптев В. А. и Ведрова И. Н. Вестн. дерматол. и венерол. 1956, 3, 15—18. — 5. Попов Л. Х. Синтетическая дерматология. София, 1961. — 6. Рахманов В. А. и Шахтмейстер И. Я. Патогенез и терапия дерматозов. М., 1961, 31—36. 7. Студницин А. А., Винокурова И. И. и Рохлина Р. А. Тезисы докладов V Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л., 1959, 41—42. — 8. Ягодникова Е. Н. и Копит К. К. В кн.: Сборник научных работ Свердловского научно-исслед. кожно-венерологич. института III. Свердловск, 1959, 86—88. — 9. Ahrens, I. and Kunkel, H. G. J. Clin. Invest., 1949, 28, 1565—1568. — 10. Axenfeld, H. und Nonnenbruch, W. M. Med. Wochenshr., 1951, 93—97. — 11. Beckmann, K. Handbuch der inneren Medizin. Bd. III, Teil 2, Berlin, 1953. — 12. Brugsch, I. Z. ges. innere Med., 1956, 11, 1—5. — 13. Bürger, M. Die Hand des Kranken M. München, 1956. — 14. Eppinger, H. Die Leberkrankheiten, Wien, 1937. — 15. Fiebig, H. Dtsch. med. Wochenscrh. 1956, 81, 1207—1208. — 16. Hoff, F. Klinische Physiologie u. Pathologie. Stuttgart, 1957. — 17. Horsters, H. u. Rust, S. Klin. Wochenschr. 1951, 29, 565—568. — 18. Jacoby, H. Med. Wochenschr., 1958, 16, 670—673. — 19. Jenke, M. Arch. expetl. Pathol. und Pharmakol. ,1931, 163, 175—181. — 20. Ippen, H. Arch. klin. und expetl. Dermatol., 1959 ,208—210. — 21. Kalk, H. Dtsch. med. Wochenschr. 1957, 82, 1637—1641. — 22. Kimmig, J. Arch. Dermatol. und Syphilis, 1955, 200, 68—72. — 23. Korting, G. W. u. Adam, W. Dermatol. Wochenschr. 1955, 1, 131, 121—125. — 24. Martini, G. A. u. Engelkamp, H. Dtsch. med. Wochenschr. 1952, 77, 833—837. — 25. Martini, G. A. Z. klin. Med. 1955, 153, 470—526. — 26. Pannhorst, R. u. Hoffmann, H. Dtsch. med. Wochenschr. 1957, 8, 232—236. — 27. Roth, O. Schweiz. med. Wochenscher. 1949, 79, 1—26. — 28. Schaaf, F. Arch. Dermatol. und Syphilis, 1937, 175, 279—283. — 29. Urbach, E. N. u. Becker, S. V. Arch. Dermatol. and Sypilol. 1941, 44, 616—621.

РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

(Обзор литературы)

Л. Нурманд

Резюме

Заболевания кожи протекают зачастую одновременно с болезнями внутренних органов. Иногда заболевание кожи может быть первичным, явления же со стороны внутренних органов — вторичными. Заболевание кожи может быть вторичным, возникнув в результате болезни внутренних органов. В некоторых случаях заболевание кожи и болезнь внутренних органов могут быть вторичными, возникнув под воздействием какого-нибудь третьего фактора. Иногда одновременно протекание кожного заболевания и болезни внутренних органов бывает случайным совпадением.

Расстройства функции и органические болезни печени могут вызвать различные поражения и болезни кожи. Например, при болезнях печени на коже могут возникнуть так называемые «печеночные пятна» (Chl asma faciei), гемохроматоз, появиться кожный зуд, геморрагический диатез, порфириновая болезнь, ксантоматоз и др.

ALLERGILIS-TOKSILISTEST NAHANÄHTUDEST KOPSU-TUBERKULOOSIGA HAIGEIL ETOKSÜÜDIRAVI VÄLTEL

Arstiteaduse kandidaat *H. SILLASTU*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*, ja Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *G. Arro*)

Üks uuemaid tuberkuloosihaigete ravimisel kasutatavaid antibakteriaalseid preparaate on tiokarbaniliidi derivaat — etoksüüd (*aethoxydum*). See on 4,4'-dietoksütiokarbaniliid, vees lahustumatu valge kristalne pulber.

Etoksüüd avaldab tugevat bakteriostaatilist toimet *Mycobacterium tuberculosis*'esse, kuid ei mõju teistele mikroobidele. Teda manustatakse kombinatsioonis streptomütsiini, isonikotiinhappe ja hüdrasiidide rea ning teiste preparaatidega. Ta toimib tuberkuloosikepikestesse, millel on arenenud resistentsus streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i suhtes (1). V. Gavrilenko, N. Kossova ja F. Lifšits (2) soovitavad PAS-i asemel anda etoksüüdi neile haigetele, kellel PAS kutsub esile kõrvalnähte mao-sooletraktis. Ravimit määratakse täiskasvanuile annuses 1,0 kuni 2,0 grammi ööpäevas, mis on jaotatud 3—4 korraks.

Et etoksüüdi kasutatakse meil alles suhteliselt lühikest aega, siis puuduvad esialgu ulatuslikumad kogemused selle toime, talutavuse ja kõrvaltoime kohta. Vähestest kirjanduse andmetest (1, 2, 3) on teada, et bakteriostaatiliselt toimiva ravimina pidurdab etoksüüd kombinatsioonis teiste preparaatidega ka ravimiresistentsuse arengut, on hästi talutav ning põhjustab väga harva selliseid kõrvalnähte nagu peavalu, pearinglemist, sügelemist, nõgesetõvele omast nahalöövet, düspeptilisi häireid ja kehatemperatuuri tõusu.

Tartu Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaaris ravitakse kopsutuberkuloosi etoksüüdiga 1962. a. septembrist alates. Selle ravimi lühiajalise kasutamise kogemused ei võimalda teha üldistusi terapeutilise efektiivsuse kohta. Tähelepanu on aga äratanud sageli tekkivad allergilis-toksilised nahanähud dermatiidi näol, kuid seejuures pole me täheldanud neurotoksilisi nähte, mis on isonikotiinhappe hüdrasiidi ja selle derivaatide kasutamisel sagedased. Alljärgnevalt esitame oma tähelepanekud.

Etoksüüdi koos teiste antibakteriaalsete preparaatidega (streptomütsiin, ftivasiid, PAS või INHA-17) kasutati 26 kopsutuberkuloosihaige (11 naist ja 15 meest) ravimisel. Haigete vanus oli 19—60 a. Kliinilise diagnoosi järgi jaotati haiged järgmiselt: tuberkuloosne primaarkompleks infiltratiivses faasis — 1 haige; koldeline kopsutuberkuloos infiltratiivses faasis — 2 ja tihkenemise faasis — 2 haiget; infiltratiivne kopsutuberkuloos infiltratiivses faasis — 3 ja destruktiivses faasis — 8 haiget; krooniline hematogeenne dissemineerunud kopsutuberkuloos destruktiivses faasis — 1 haige ja krooniline fibrokavernoosne kopsutuberkuloos — 9 haiget. Etoksüüdi manustati enamasti järgmise skeemi alusel: 0,25 üks kord päevas 1—2 päeva vältel, 0,25 kaks korda päevas järgneva 2—3 päeva vältel ja hiljem 0,5 kaks korda päevas.

21 haiget talus etoksüüdi hästi ilma igasuguste kõrvalnähtudeta (kasutati kuni 90,75 grammi etoksüüdi). 5 haigel 26-st (ühel haigel infiltratiivse kopsutuberkuloosi destruktiivses faasis ja neljal kroonilise fibrokavernoosse kopsutuberkuloosiga haigel) tekkis aga kõrvalnähuna nahalööve. Ükski neist patsientidest ei olnud enne etoksüüdiravi alustamist allergilise iseloomuga nahahaigusi põdenud. Lööbe esmasteks elementideks olid punakad, enamikus ümmarguse ja ovaalse kujuga ning ebaselgete piirjoontega laigud (roseoolid), sõlmekesed ja villikesed. Sõlmekesed olid pehme konsistentsiga, 2—8 mm suurused. Lööve tekkis sage-

damini põlve- ja küünarliigese piirkonnas, mis hiljem levis teistele kehaosadele (käsivars, rind ja selg). 3 haigel ilmus see etoksüüdiravi rakendamise 7.—10. päeval, ühel haigel 13. päeval ja ühel haigel 27. päeval. Lööve oli nõrk ja piirdunud (esinesid üksikud laigud — roseoolid — küünarliigeste ja põlvede painutuskülgedel) kolmel haigel. Kaks neist said etoksüüdi samaaegselt koos streptomütsiiniga, üks koos INHA-17-ga. Pärast etoksüüdiravi katkestamist (kusjuures jätkati streptomütsiini manustamist kahele haigele koos INHA-17-ga) kadus lööve 3—5 päeva jooksul kõigil kolmel haigel. Ühel neist, kellel koos etoksüüdi andmise lõpetamisega katkestati ajutiselt ka INHA-17 manustamine, jätkati hiljem selle ravimi tarvitamist, kusjuures tüsistusi ei täheldatud.

Kahel haigel tekkis tugev ja ulatuslik nahalööve. Et nende kliiniline pilt oli erinev, siis esitame alljärgnevalt mõlemad haigusjuhud.

S. A., 25-aastane naispatsient (haiguslugu nr. 229/1962). Kliiniline diagnoos: krooniline fibrokavernoosne kopsutuberkuloos $B \frac{1}{1, 2c, 3c}$ BK+. Etoksüüdi manustati koos ftivasiidiga. 10. ravipäeval (paar päeva enne seda halvenesid isu ja üldine enesetunne) tekkis algul vasaku, hiljem ka parema käe kubitaalpiirkonnas kerge sügelemine, millele järgnes vähene lööve, mis hiljem kandus üle ka rindkerele ja näole koos naha sügelemisega. Haige määris end piiritusega, mis intensiivistas lööbe arengut veelgi: hommikuks oli see levinud juba üle kogu keha. Lööve koosnes punakatest erineva suurusega laikudest (roseoolid), sõlmekestest ja villikestest. Sügelemine, mis algul oli kergekujuline, kadus hiljem täielikult. Kehatemperatuur püsis pidevalt normaalsena. Pärast ravimite manustamise katkestamist ja dimedrooli ning loksutusmikstuuri (mentool, tsinkoksüüd, talk, glütseriin, destilleeritud vesi) kasutusele võtmist taandusid laigud, sõlmed ja villikesed, jättes järele üksikuid pigmendilaike. Kogu lööve kadus 5 päeva jooksul. Antibakteriaalset ravi jätkati hiljem INHA-17 ja PAS-iga.

L. T., 28-aastane meespatsient (haiguslugu nr. 250/1962). Kliiniline diagnoos: infiltratiivne kopsutuberkuloos destruktiivses faasis $B \frac{1c, 2, 3}{3}$ BK+. Raviks määrati etoksüüdi ja INHA-17. Etoksüüdiravi rakendamise 27. päeval tekkisid tuharate piirkonnas, randmetel ja küünarvarre painutuskülgedel ebaühtlase suurusega punakad ja punakas-sinakad laigud (roseoolid), mis olid valulikud ja sügelesid tugevasti. Kehatemperatuur normaalne. Lööve tugevnes. See koosnes erineva suurusega laikudest (roseoolid, ka üksikud erüteemid), sõlmekestest ja vähestest villikestest. Järgnevatel päevadel levis lööve üle kogu keha. Kehatemperatuur, mis algul oli normaalne, muutus subfebriilseks ja ulatus kuni 37,9 °-ni. Ravimite manustamise lõpetamise ja samuti ka ravi vältel (dimedrool, aminasiin, prednisoloon, $CaCl_2$, loksutusmikstuur, B_{12}-vitamiin) taandusid lööbe esmased elemendid, jättes järele üksikuid pigmendilaike. Normaliseerus ka kehatemperatuur. Lööve kadus täiesti 8 päeva jooksul, kuid sügelemine püsis pärast seda veel paar päeva. Hiljem jätkati antibakteriaalset ravi streptomütsiini ja INHA-17-ga.

Esitatust selgub, et etoksüüdi kasutamine kopsutuberkuloosihaigete ravimisel võib põhjustada kõrvalnähuna küllaltki sageli allergilist dermatiiti, s. t. allergilis-toksilist nahareaktsiooni. On võimalik, et siinjuures tuleb arvesse ka ravimi tehnoloogiline puhtus, samuti eelnenud kestev antibakteriaalne ravi. Sellele viitab asjaolu, et viiest haigest, kellel tekkis dermatiit, põdes kroonilist fibrokavernoosset kopsutuberkuloosi neli, keda varem oli ravitud pikemat aega mitmesuguste teiste antibakteriaalsete, eriti isonikotiinhappe hüdrasiidide rea preparaatidega. Võib aga märkida, et etoksüüdist põhjustatud nahanähud taandarenesid kiiresti pärast ravimi manustamise katkestamist ja desensibiliseeriva ravi kasutusele võtmist.

KIRJANDUS

1. Каминская А. А., Мирзоян Э. З. Пробл. туберкулеза, 1959, 8, 47—53. — 2. Гавриленко В. С., Косова Н. Я., Лифшиц Ф. Б. Пробл. туберкулеза, 1963, 5, 45—49. — 3. Машковский М. Д. Лекарственные средства, М., 1960.

ОБ АЛЛЕРГИЧЕСКО-ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТОКСИДОМ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Х. Силласту

Резюме

В стационаре Тартуского противотуберкулезного диспансера начиная с сентября месяца 1962 г. для лечения туберкулеза легких используется этоксид, которым совместно с другими антибактериальными препаратами лечили 26 больных (11 женщин и 15 мужчин). 21 больной хорошо перенесли лечение этоксидом и у них не возникло побочных явлений, а у пяти больных появилась кожная сыпь. До лечения этоксидом никто из пациентов не страдал заболеваниями кожи аллергического характера. Первичными элементами сыпи были красноватые розеолы, узелки и пузырьки преимущественного округлого или овального очертания с неясными границами. Сыпью поражались наиболее часто область коленных и локтевых суставов, затем сыпь распространялась на другие части тела (предплечье, грудь и спину). У трех больных сыпь появилась на 7—10 день, у одного больного на 13 день и у одного больного на 27 день лечения этоксидом.

Применение этоксида для лечения больных туберкулезом легких может вызвать в качестве побочных явлений появление аллергического дерматита, т. е. аллергическо-токсической кожной реакции. На основании наших наблюдений можно сказать, что эти кожные явления быстро проходят после прекращения приема лекарства и проведения десенсибилизирующего лечения.

GONORRÖA JA UROGENITAALTRAKTI TRIHHOMONOOSI DIAGNOOSIMINE KÜLVIMEETODIL

Arstiteaduse kandidaat *E. RÕIGAS* ja *J. RUBANOVITŠ*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*, ja Eesti NSV Vabariiklikust Naha- ja Suguhaiguste Dispanserist, peaarst *R. Uuetoa*)

Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri (VNSD) töö analüüsimisel ilmnes, et gonorröad diagnoositi meil, eriti viimastel aastatel, suhteliselt sagedamini kroonilise vormina; seejuures naistel umbes neli korda rohkem kui meestel. Kroonilist gonorröad põdevatest naistest pöördus VNSD-sse aga ainult väike osa omal algatusel, rõhuv enamik (88%) ilmus alles vastava kutse põhjal, kusjuures nad olid kas nakkusallikateks või kontaktseteks. Uhtlasi selgus, et naistenõuandlate ja Arstliku Läbivaatuspunkti töö gonorroahaigete väljaselgitamisel oli puudulik. Samuti väärib märkimist, et võrdlemisi sagedasti võib tähelepanda raskesti diagnoositavaid oligo- või asümptomaatilisi gonorröasse haigestumise juhte, mille esinemissageduse tõusu, eriti viimasel ajal, on kirjeldanud juba mitmed autorid (1, 2, 4 jt.). Sageli avastati sellistel haigetel gonorröa alles korduvatel provokatsioonijärgsetel ja eriti kulturaalsetel uuringutel.

Eeltoodut arvestades jõudsime järeldusele, et gonorröavastases võitluses tuleb erilist tähelepanu pöörata just naiste kroonilise gonorröa senisest palju intensiivsemale väljaselgitamisele. Seejuures pidasime tingimata vajalikuks hõlmata kuse-suguteede põletikke põdevate naiste võimalikult suuri kontingente ja rakendada patoloogilise materjali uurimisel alati külvimeetodit, mille kasutamise vajadusele praktilises ravivõrgus viimasel ajal järjest suuremat tähelepanu pööratakse (1, 2). Ka VNSD-s diagnoositakse gonorröad kulturaalselt juba võrdlemisi kaua (1952. aastast alates), kusjuures kuni 1960. aastani tehti kokku ligi 45000 külvi. VNSD-s külvatakse uuritav materjal Oganesjani poolt soovitatud söötmele, mida kasutatakse ka Moskva Naha- ja Suguhaiguste Keskinstituudis.

Dispanseri edaspidiste ülesannete kavandamisel leidsime ühtlasi, et tõsist tähelepanu tuleb pöörata ka urogenitaaltrakti trihhomonoosile, arvestades selle veneerilist laadi haiguse laialdast levikut. Seejuures pidasime silmas trihhomonoosihaigete katselisel dispanseerimisel saadud tulemusi (6), mis kinnitasid trihhomonoosi kulturaalse diagnoosimise suuremat efektiivsust bakterioskoopiliste meetoditega võrreldes. Nii rakendatakse ka VNSD-s 1960. aasta aprillist alates trihhomonoosi diagnoosimisel külvimeetodit, milleks kasutatakse J. Terase poolt soovitatud TV-l-söödet (5).

Seoses eeltooduga tegime Tallinna naistenõuandlatele ettepaneku saata 1960. aasta novembrist alates nende poole pöörduvad günekoloogiliste kaebustega naised VNSD-sse bakterioloogilisele uurimisele niihästi gonorröa kui ka trihhomonoosi suhtes. Varsti pärast seda hakati vastu võtma ka Arstlikust Läbivaatuspunktist ja mitmete tööstuste tervishoiupunktidest suunatud naisi.

Saadud tulemused näitasid peagi, et see uudne üritus õigustab end igati. Nii moodustasid naistenõuandlate, Arstliku Läbivaatuspunkti ja ka tööstuste tervishoiupunktide poolt kulturaalsetele uuringutele suunatute hulgast avastatud gonorröahaiged üsna kaaluka osa VNSD-s registreeritud gonorröahaigete üldarvust; seejuures kõigist naiste kroonilise gonorröa juhtudest 1961. aastal 21% ja 1962. aastal koguni 33%, kuna naiste ägeda gonorröa juhtudest 1961. aastal 2% ja 1962. aastal 17%. Nende naiste nakkusallikate ja kontaktsete väljaselgitamisel õnnestus meil arvele ja ravile võtta ka terve rida meeshaigeid. Väärib märkimist, et viimaste osatähtsus VNSD-s registreeritud gonorröajuhtude hulgas oli samuti küllaltki suur: 1961. aastal 2% ägeda ja 30% kroonilise gonorröa juhtudest, 1962. aastal aga vastavalt 4% ja 33%. Seni avastamata haigete selline intensiivne väljaselgitamine andis varsti ka epidemioloogiliselt häid tulemusi — juba 1962. aastal langes VNSD-s arvele ja ravile võetud gonorröahaigete üldarv 1961. aastaga võrreldes ligi 15%.

Tuleb rõhutada, et gonorröa väljaselgitamisel oli eriti tähtis osa kulturaalsel diagnoosimisel. Viimase 5 aasta (1958—1962) andmetest selgus, et eriti efektiivne oli kulturaalne diagnoosimine just naiste kroonilise gonorröa avastamisel: 66,5%-l juhtudest võimaldas gonokokke leida ainult külv. Tänu üksnes külvimeetodile tehti kindlaks ka 15% naiste ägeda ja 12,5% meeste kroonilise gonorröa juhtudest.

Analüüsides tulemusi, mis on saadud VNSD-s 1960. aastast kuni 1962. aastani urogenitaaltrakti trihhomonoosi diagnoosimisel, selgub, et ka selle nakkuse avastamisel on külvimeetod dispanseri praktikasse kindlalt juurdunud. Kui trihhomonoosi diagnoosimine kuni 1959. aastani tugines ainult natiivpreparaatide uurimisele, siis 1960. aastal tehti juba 587, 1961. aastal 2962 ja 1962. aastal koguni 8312 külvi. Samal ajavahemikul (1960—1962) kasutati *T. vaginalis*'e uurimiseks natiivpreparaate ainult 3547 juhul, s. o. üle kolme korra vähem kui külve.

Trihhomonoosi kulturaalse diagnoosimise kiire praktikasse juurdumise peamiseks põhjuseks on kahtlemata selle meetodi suur diagnostiline efektiivsus. Nii selgus, et samal ajal kui natiivpreparaatides leiti *T. vaginalis*'t ainult 11%-l juhtudest, osutus 38% külvidest positiivseks. Kummagi meetodi erinevus ilmnes eriti selgesti meestelt võetud materiali uurimisel. Aastail 1960—1962 uuritud natiivpreparaatides leiti trihhomoonaseid ainult 1,5%-l, samal ajavahemikul tehtud külvides aga 11,5%-l juhtudest. Meestega võrreldes sedastati naistel natiivpreparaatides *T. vaginalis*'t tunduvalt sagedamini (29,0%), kuid ka siin andis külvimeetod märksa paremaid tulemusi (44%). Esitatu kinnitab paljude autorite tähelepanekuid külvimeetodi vajalikkusest trihhomonoosi diagnoosimisel (6, 8, 9 jt.), seda eriti meeste urogenitaaltrakti põletike trihhomonaalse etioloogia selgitamisel (3, 7 jt.).

Kokkuvõttes võib märkida, et niihästi gonorröa kui ka urogenitaaltrakti trihhomonoosi diagnoosimine külvimeetodi abil on väga efektiivne ja praktikas edukalt kasutatav. Ühtlasi meenutame, et NSV Liidu tervishoiu ministri 27. veebruari 1963. aasta käskkiri nr. 86 kohustabki vabariiklike, kraide, oblastite ja suuremate linnade veneroloogiaasutusi gonorröa ja urogenitaaltrakti trihhomonoosi diagnoosimisel rakendama kulturaalset meetodit hiljemalt 1963.—1964. a. jooksul. VNSD kogemuste põhjal on selle nõude kiire täitmine ka meie vabariigi suuremates keskustes väga vajalik ja otstarbekohane.

KIRJANDUS

1. Ильин И. И. Вестн. дерматол. и венерол., 1960, 5, 55—56. — 2. Порудоминский И. М. Вестн. дерматол. и венерол., 1961. 11, 3—9. — 3. Рыйгас Э. М. Вестн. дерматол. и венерол., 1960, 9, 46—50. — 4. Сергеева В. Г. Вестн. дерматол. и венерол., 1960, 3, 71—73. — 5. Терас Ю. Х. Изв. АН Эст. ССР. Сер. биол., 1961, т. 10, 1, 19—26. — 6. Терас Ю. Х., Рыйгас Э. М., Лаан И. А. Акушерство и гинекология, 1963, 2, 111—115. — 7. Durel, P., Roiron, V. Les infestations à Trichomonas. Premier Symposium Européen, Reims 28—30 mai 1957. Masson et C-ie. Paris, 1957, 114—122. — 8. Kean, B. H. Gynaecologia, 1960, 149, Suppl., 97—100. — 9. Whittington, J. Brit. J. Venereal Diseases, 1957, 33, 2, 80—89.

КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ И ТРИХОМОНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

Э. Рыйгас и И. Рубанович

Резюме

В республиканском кожно-венерологическом диспансере* Эстонской ССР пользуются методом посева для диагностики гонореи с 1952 г., а для диагностики трихомоноза урогенитального тракта с 1960 г. До конца 1962 г. сделано около 85.000 посевов на гонококки и около 12.000 посевов на *Trichomonas vaginalis*. Метод культуральной диагностики оказался очень эффективным, особенно при воспалительных процессах с незначительными симптомами. Так, у 66,5% женщин больных хронической гонореей диагноз был поставлен только благодаря культуральному методу. При обследованиях на трихомоноз метод посева оказался особенно эффективным для выявления трихомонадной этиологии в малосимптомных случаях воспалений урогенитального тракта у мужчин.

Начиная с 1960 г. в РКВД стали обследовать методом посева на гонорею и трихомоноз новые значительные контингенты. Женские консультации г. Таллина, врачебный пункт медицинского осмотра и здравпункты ряда промышленных предприятий направляют в РКВД, по договоренности, женщин, страдающих воспалительными процессами урогенитального тракта неясной этиологии. Этими обследованиями удалось выявить больных, у которых раньше гонорея не была диагностирована, и кроме того большое число больных трихомонозом. 33% из всего числа взятых на учет в РКВД женщин больных хронической гонореей были выявлены этим путем, а при обследовании их контактов и источников заражения еще ряд больных гонореей мужчин. Следует отметить, что такое интенсивное выявление больных гонореей вскоре дало эпидемиологически хорошие результаты — общее число зарегистрированных в 1962 г. больных гонореей снизилось почти на 15% по сравнению с 1961 г.

Опыт РКВД показывает, что следует быстро, по возможности во всех больших центрах Эст. ССР, выполнить приказ Министра здравоохранения СССР от 27. 02 1963 г. за № 86, который обязывает в течение 1963—1964 гг. обеспечить бактериологическую диагностику гонореи и трихомоноза во всех республиканских, краевых и областных, а также крупных городских кожно-венерологических диспансерах. Несомненно, что при этом необходимо обследовать по возможности всех больных, страдающих воспалительными процессами урогенитального тракта на гонорею и на трихомоноз.

* В дальнейшем тексте: РКВД.

MÕNINGATEST VALGU-AMIINOHAPETE AINEVAHETUSE MUUTUSTEST REUMA PUHUL LASTEL

(Autoreferaat)

I. PILV

(NSV Liidu Arstiteaduste Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor P. Bogovski)

Reuma algfaasidele on omane kollageen-polüsahhariidse kompleksi lõhustumine ja happeliste mukopolüsahhariidide kuhjumine kahjustuskolletes, millele järgneb antud ainete kontsentratsiooni tõus vereseerumis. Protsessi aktiivsuse ja ravi efektiivsuse hindamisel on kliinilises praktikas laialdast kasutamist leidnud sialo- ja mukoproteiinide määramine. Tunduvalt vähem on uuritud sidekoe tähtsaima valgu — kollageeni — muutusi reuma puhul (A. Strukov, A. Tustanovski, G. Orlovskaja jt.). Kollageeni amiinohappelisest koostisest moodustavad tunduva osa glütsiin, proliin ja oksüproliin, milledest viimane esineb ainult kollageeni tüüpi valkudes. Kirjanduse andmetel sõltub oksüproliini eritus uriinis kollageeni ainevahetuse intensiivsusest ja selle patoloogilistest muutustest (M. Ziff kaastöötajatega, H. Jasin kaastöötajatega, J. Smiley ja M. Ziff, A. Titajev jt.).

Lähtudes kollageeni kui sidekoe tähtsaima valgulise komponendi uurimise vajalikkusest, püstitasime ülesande jälgida amiinohapete, eriti oksüproliini ja proliini ainevahetuse muutusi reuma puhul. Määrasime vaba amiinolämmastiku, üldise oksüproliini ja proliini eritumise ööpäevases uriinis 118 reumahaigel lapsel 6—15 aasta vanuses. Äge reuma esines 55 lapsel, protsessi vaibumisfaas 20 ja kliiniliselt mitteaktiivne reuma 43 lapsel. Uurimised teostati NSVL Arstiteaduse Akadeemia Pediaatria Instituudi reumatoloogiaosakonnas (juh. prof. O. D. Sokolova-Ponomarjeva) ja kohalikes reumasanatooriumides aastail 1961—1963. Vaba amiinolämmastik määrati Anteneri, üldine oksüproliin Neuman-Logani ja proliin meie poolt modifitseeritud meetodil. Uurimised teostati enne ravi algust, korduvalt ravi vältel ja selle lõpetamisel. Töötulemuste analüüsimisel kasutati variatsioonstatistilisi meetodeid. 10 tervel 7—10-aastasel lapsel oli keskmine amiinolämmastiku eritus 3,8 mg/kg kohta, oksüproliini 40,8 mg ja proliini 40 mg ööpäevas; kümnel 11—14-aastasel olid vastavad näitajad 4,8 mg/kg, 60,2 mg ja 46 mg. Enamikul uuritud haigetest reuma aktiivses faasis esines hüperamiinoatsiduuria, kusjuures amiinolämmastiku ekskretsiooni suurus ei sõltunud haigusprotsessi iseloomust. Reuma ägeda ja retsidiveeruva kulu puhul täheldati oksüproliini ja proliini erituse tunduvat tõusu, mis vastas protsessi aktiivsusele. Oksüproliini eritus ägeda reuma algstaadiumis ulatus 169 mg-ni, retsidiveeruva kulu puhul 130 mg-ni, latentse kulu puhul aga 86 mg-ni. Oksüproliini ja proliini endogeenset päritolu kinnitas nende eritumise paralleelne muutumine reumaatilise protsessi vältel. Vastavalt reuma kliiniliste nähtude vaibumisele vähenes amiinolämmastiku, oksüproliini ja proliini eritus, kusjuures paljudel juhtudel haiglast lahkumisel amiinohapete ainevahetus ei normaliseerunud täielikult.

Sanatooriumis toimunud uurimised näitasid amiinolämmastiku ja oksüproliini normaalsest kõrgemat eritumist reumahaigetel lastel protsessi vaibumisfaasis, vahetult hoojärgsel perioodil ja subkompenseeritud hoovahelisel perioodil. Amiinohapete ainevahetus normaliseerus enamikul haigetest sanatoorse ravi vältel.

Arvesse võttes kirjanduse andmeid toidu valgusisalduse ja amiinohappelise koostise tähtsusest reuma profülaktikas ja ravis (A. Coburn, A. Wallis, J. Johnston jt.), samuti meie uurimustega sedastatud amiinohapete ainevahetuse häiret, on näidustatud vastava dieedi rakendamine

reumahaigetele. Patogeneetilise ravi seisukohalt osutub oluliseks kollageeni ainevahetust reguleeriva askorbiinhappe rikkalik manustamine. Ainevahetusprotsesside aeglase normaliseerumise puhul on tarvis ravi jätkata kodus või sanatooriumis. Nimetatud protsesside labiilsus hoovahelisel perioodil nõuab aga ravi-profülaktiliste abinõude rakendamist.

К ВОПРОСУ О БЕЛКОВО—АМИНОКИСЛОТНОМ ОБМЕНЕ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

(Автореферат)

И. Пильв

Резюме

У 118 больных ревматизмом детей было проведено динамическое исследование аминокислотного обмена. Процесс в активной фазе наблюдался у 55 детей, в фазе стихания у 20, и у 43 детей был межприступный период заболевания. Определяли суточное выделение общего аминного азота, оксипролина и пролина с мочой.

Гипераминоацидурию наблюдали у большинства детей в активной фазе заболевания, причем зависимость выделения азота аминокислот от характера течения ревматизма установить не удалось. Повышение выделения оксипролина и пролина соответствовало степени активности процесса и было более выражено в начальной стадии заболевания. Особенно высокие показатели наблюдались при формах ревматизма с преобладанием экссудативного компонента воспаления. Стихание активности процесса сопровождалось понижением выделения аминокислот, причем полная нормализация обмена их наступала при благоприятном течении острого ревматизма. Затяжное и непрерывно рецидивирующее течение заболевания характеризовалось медленным снижением выделения аминокислот при уменьшении клинической активности.

При обследовании санаторных больных в фазе стихания заболевания, в послеприступный период и в субкомпенсированный межприступный период, довольно часто наблюдались изменения аминокислотного обмена.

Исследование выделения оксипролина позволяет характеризовать изменения обмена коллагена в соединительной ткани и следить за динамикой патологического процесса в продолжении лечения. Медленная нормализация белково—аминокислотного обмена еще раз убедительно указывает на необходимость этапного лечения и применения лечебно—профилактических мероприятий в межприступный период.

RANGLUU JA ÕLANUKI BIOFÜÜSIKALISE UURIMISE TULEMUSI

U. VIIRES

(Maardu Keemiakombinaadi meditsiinilis-sanitaarosakonnast, ülem *J. Luberg*)

Käesoleval ajal kasutatakse kirurgias väga mitmesuguseid operatsioonimeetodeid (alates lihtsast siid- või kätgutomblusest ja lõpetades keerukate alloplastiliste konstruktsioonidega), mis on suunatud tugi- ja liikumisaparaadis tekkinud häirete kõrvaldamiseks. Kõigi nende meetodite eesmärgiks on ühe või teise koe või elundi anatoomiliste suhete ja talitluste taastamine.

Kahjuks mitte alati ei peeta silmas elundi bioloogilisi omadusi ja kaugeltki mitte kõik tugi- ja liikumisaparaadi operatsioonid ei ole biofüüsika seisukohalt küllaldaselt põhjendatud. Seni ilmunud kirjanduses leidub rohkesti mitmesuguseid andmeid tugi- ja liikumisaparaadi kohta, kuid biofüüsikalisi probleeme käsitlevaid töid on kirjanduses avaldatud suhteliselt vähe. Rekonstruktiivsed luu-, liigese- ja lihaskoeoperatsioonid pole aga mõeldavad ilma vastava piirkonna biofüüsikaliste omaduste tundmiseta.

Organismi tugi- ja liikumisaparaati võime mõnes suhtes vaadelda kui keerukat, füüsikaseadustele alluvat süsteemi [E. Žukov (3), W. Beier, E. Dörner (4), W. Beier (5), R. Stacy, D. Williams (7)]. Bioloogilise eksperimendi põhiprintsiipe arvestades [L. Nikolajev (1, 2), E. Ernst (6) ja R. Stacy kaasautoritega (7)] saame analüüsida meile ravi eesmärgiks tar-

visminevaid näitajaid. Luu-, liigese- ja sideaparaat on organismile toestikuks. Selle koormus tegevuse ajal, näiteks seismine, kõndimine, haaramine, raskuste tõstmine ja löökide vastuvõtmine, on seotud mitmesuguste jõumomentidega. Viimaste näitajaid ühe või teise liigutuse puhul (koormusega või ilma) on võimalik välja arvutada. Luude füüsikalisi omadusi võib analüüsida nagu mitmesuguste teiste materjalide (puit, metall jne.) omadusi, millel on spetsiifilisi tõmbe, surve, painde jt. näitajaid. Viimased aga alluvad mehaanikaseadustele. Üks põhiline neist on Hooke'i seadus: deformatsioon on võrdeline koormusega.

Et käesoleva ajani kasutatavad rohkearvulised rangluu supraakromiaalsete nihestuste ravimeetodid ei anna alati küllaldaselt tulemusi, seadsime eesmärgiks välja töötada biofüüsikal põhineva ravimeetodi. Selleks tegi autor Tallinna Polütehnilise Instituudi tugevuslaboratooriumis rangluu ja õlanuki mõõtmisi. Uurimiseks tarvisminevad rangluud ja õlanukid võeti laipadelt, kusjuures mõõtmised toimusid 24 tunni jooksul pärast surma. Andmete matemaatilisel läbitöötamisel saadi järgmised näitajad (vt. tabel).

Rangluu ja õlanuki luu tugevuse näitajad

Jrk. nr. Sugu	Vanus	Rangluu plinkollus		Rangluu käsnollus		Õlanuki plinkollus		Õlanuki käsnollus	
		muljumispinge (σ) kg sm^2	lõikepinge (τ) kg sm^2	muljumispinge (σ) kg sm^2	lõikepinge (τ) kg sm^2	muljumispinge (σ) kg sm^2	lõikepinge (τ) kg sm^2	muljumispinge (σ) kg sm^2	lõikepinge (τ) kg sm^2
1. M	18	1136,0	118,7	176,0	12,0	704,0	125,0	144,0	—
2. M	24	1280,0	128,1	—	14,0	976,0	137,5	160,0	10,0
3. M	31	1120,0	—	—	—	528,0	—	176,0	16,0
4. M	32	1088,0	106,6	80,0	—	640,0	118,7	144,0	—
5. N	34	880,0	130,0	144,0	8,0	768,0	126,6	160,0	—
6. M	36	1120,0	—	—	8,0	—	—	—	16,0
7. M	43	960,0	—	—	10,0	—	143 3	112,0	—
8. N	46	1184,0	133,3	—	12,0	—	136,6	192,0	14,0
9. N	50	1216,0	—	176,0	—	672,0	121,4	176,0	—
10. Sama		—	—	128,0	—	704,0	—	—	—
11. M	56	960,0	100,0	128,0	—	528,0	133,3	—	12,0
12. N	57	992,0	103,5	144,0	—	592,0	120,0	—	10,0
13. M	58	672,0	103,3	—	—	720,0	—	128,0	12,0
14. M	60	1024,0	125,0	—	8,0	640,0	—	144,0	—
15. Sama		1040,0	118,7	96,0	10,0	688,0	—	—	12,0
Keskmised näitajad:		1046,5	116,2	134,0	10,2	688,3	129,1	153,6	12,7

On arusaadav, et luude tugevus oleneb nende struktuuri iseärasustest. Seda, millist jõudu on suutelised tasakaalustama ühe või teise piirkonna luud, saab otsustada ainult füüsikaliste mõõtmiste alusel. Rangluu ja õlanuki mõõtmistel saadud andmed võimaldavad analüüsida ja hinnata selles piirkonnas rakendatavate mitmesuguste fikseerimismeetodite otstarbekust ja kõlblikkust.

KIRJANDUS

1. Николаев Л. П. Руководство по биомеханике. Киев, 1947. — 2. Николаев Л. П. Руководство по биомеханике, т. II, Киев, 1950. — 3. Жуков Е. К., Котельникова Е. К., Семенов Д. А. Биомеханика физических упражнений. М., 1963. — 4. Beier, W., Dörner, E. Die Physik und ihre Anwendung in Medizin und Biologie. Band I, Leipzig, 1960. — 5. Beier, W. Biophysik. Leipzig, 1962. — 6. Ernst, E. Die Muskeltätigkeit. Budapest, 1958. — 7. Stacky, R. W., Williams, D. T. Worden, R. E., McMorris, R. O. Biological and Medical Physics. New York, 1955.

РЕЗУЛЬТАТЫ БИОФИЗИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КЛЮЧИЦЫ И ПЛЕЧА

У. Вийрес

Резюме

Применяющиеся до настоящего времени многочисленные методы лечения супраакромиальных вывихов ключицы не всегда дают желаемые результаты, вследствие чего автор поставил перед собой задачу разработать биофизически обоснованный метод лечения.

Приводятся показатели, полученные при математической разработке данных физикального измерения ключицы и плеча (проводившегося в лаборатории сопротивления материалов Таллинского политехнического института), которые позволяют анализировать и оценивать целесообразность и пригодность различных хирургических методов фиксации при реконструктивных операциях на костях-суставах и мышечной ткани.

RÖNTGENIKIIRTE TOIME SKELETILIHASTE VALGU KOOSTISSE

J. KEERIG

(Lenini ordeniga autasustatud S. M. Kirovi nimelise Sõjaväe-meditsiini Akadeemia biokeemia kateedrist, juhataja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetajaliige professor *I. Ivanov*)

Käesoleval ajal puuduvad kirjanduses peaaegu täielikult andmed skeletilihaste valgu fraktsioonide muutuste kohta kiiritamisel röntgenikiirtega subletaalsetes annustes. Seda küsimust uurisime eksperimentaalselt. Katseks võeti 60 päeva vanused küülikud ühest pesakonnast. Loomade jaotamisel katsealuseks ja kontrollgrupiks peeti silmas nende enamvähem võrdset kaalu. Katsealust gruppi kiiritati röntgenikiirtega annuses 800 r, mis kirjanduse andmeil kutsub täiskasvanud küülikutel esile keskmise raskusega kiiritustõve (2). Kuus päeva pärast kiiritust surmati mõlema grupi küülikud ja nende skeletilihaste valgud fraktsioneeriti I. Ivanovi ning tema kaastöötajate meetodil (1).

Tabel 1

60 päeva vanuste normaalsete ja kiiritatud küülikute skeletilihaste koevalgu koostis (mg lämmastikku lihase 1 g eluskoes)

	Üldlämmastik	Jääklämmastik	Koevalgu lämmastik	Sarkoplasma valkude lämmastik	Müofibrillide valkude lämmastik			Strooma valkude lämmastik
					üldse	aktomüosiin	T-fraktsiooni valgud	
Kontrollgrupi küülikud	29,95± 0,079	3,45 ±0,16	26,50 ±0,082	157,28 ±0,22	15,64 ±0,14	12,79 ±0,15	2,85 ±0,060	3,45 ±0,26
Kiiritatud küülikud	30,09 ±0,044	3,73 ±0,045	26,36 ±0,073	7,66 ±0,05	14,37 ±0,050	11,23 ±0,05	3,14 ±0,021	4,17 ±0,11

Saadud andmed töödeldi statistiliselt läbi. Nagu tabelist 1 nähtub, väljenduvad skeletilihaste valgu koostise muutused pärast kiiritust T-fraktsiooni valkude ($t-4{,}5, p>0{,}95$) ja stroomavalkude lämmastiku hulga suurenemises ($t-11{,}2, p>0{,}95$) ning müofibrillide valkude hulga ($t-8{,}3, p>0{,}95$), eriti aktomüosiini kompleksi kuuluvate valkude ($t-10{,}15, p>0{,}95$), vähenemises.

Tekib küsimus: kas need muutused on primaarsed (kiirituse toimest lihasesse otseselt tingitud) või sekundaarsed? Kiiritatud loomade vähest liikuvust arvesse võttes on otstarbekohane võrrelda lihase valgu fraktsioonide muutusi kiirituse mõjul analoogiliste muutustega immobilisatsiooni puhul. Kirjandusest on teada (3), et jäseme immobilisatsiooni ajal toimub valkude hulga vähenemine skeletilihaste müofibrillides ja nende hulga suurenemine stroomas (vt. tabel 2). Tabelis 1 ja 2 esitatud andmete võrdlemisel ilmnevad selgesti valgu koostise ühesugused muutused nii kiirituse kui ka immobilisatsiooni toimel.

Tabel 2

Normaalsete ja immobiliseeritud küülikute skeletilihaste koevalkude koostis (3)

(mg lämmastikku lihase 1 g eluskoes)

	Koe üld-lämmastik	Koe jääk-lämmastik	Sarkoplasma valkude lämmastik	Müofibrillide valkude lämmastik	Strooma valkude lämmastik
Normaalsed lihased	32,4	3,3	7,9	18,7	2,7
Immobiliseeritud lihased	30,4	3,6	8,9	14,9	3,3

Asjaolu, et valgu koostise muutused immobilisatsiooni puhul (toodud tabeli andmeil) on suuremad kui kiiritusest tingitud muutused, võib seletada katsete pikema kestusega (20 päeva). Sellest võib järeldada, et täheldatud muutused skeletilihaste valgu koostises ei ole kiirituse puhul röntgenikiirte toimele spetsiifilised, vaid on tingitud kiiritusest põhjustatud vähesest liikuvusest. Seetõttu vajab adünaamia probleem praktikas erilist tähelepanu. Paljude adünaamia sündroomiga kulgevate haigestumiste puhul võib haigus komplitseeruda vöötlihase valgu fraktsioonide muutustega ja sellest tuleneva kliinilise pildiga.

KIRJANDUS

1. Иванов И. И. и др. Биохимия, 1959, 224, 451. — 2. Славнов В. И. В сб.: Материалы научной конференции по вопросам биофизики и механизма действия ионизирующей радиации. Киев, 1960, 163—164. — 3. Helander, E. Acta Physiol. Scand., 1957, Supp. 141.

ДЕЙСТВИЕ РЕНТГЕНОВСКИХ ЛУЧЕЙ НА СОСТАВ БЕЛКА СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ

Ю. Кериг

Резюме

Опыты на кроликах показали, что изменения состава белка скелетных мышц, возникающие при иммобилизации значительнее чем изменения при облучении, из чего следует, что наблюдаемые изменения не являются специфическими для рентгеновского облучения, а зависят от малой подвижности, вызванной облучением.

Указывается на особое значение проблемы адинамии для практики, так как при многих заболеваниях протекающих с синдромом адинамии, болезнь может осложниться изменениями фракций белков поперечнополосатой мышцы и зависящей от этого клинической картиной.

HAIGESTUMISEST PAHALOOMULISTESSE KASVAJATESSE EESTI NSV-s

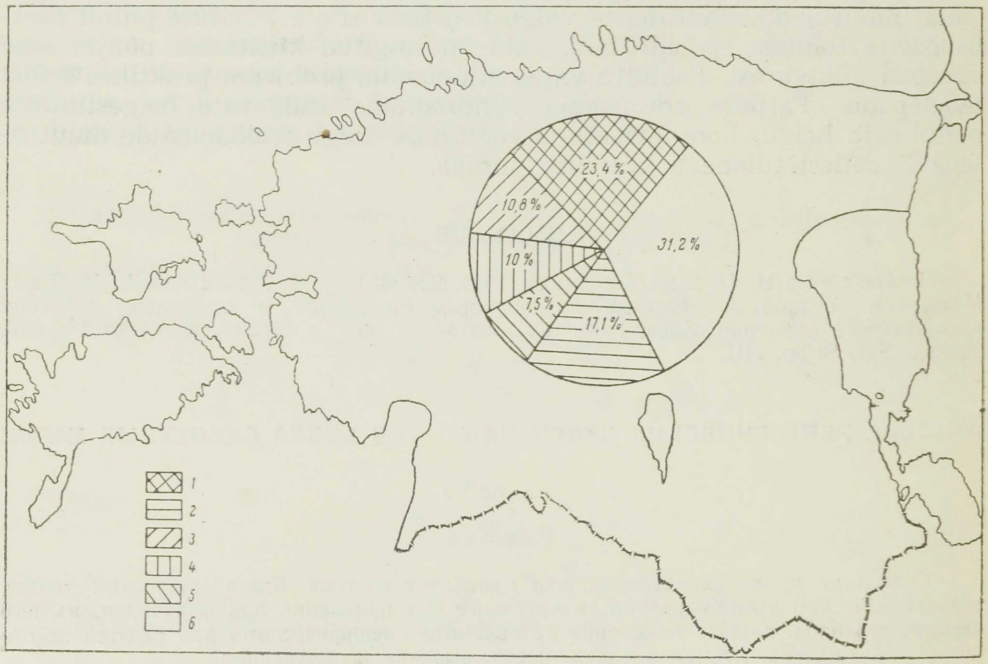
Arstiteaduse kandidaat *M. PURDE*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Pahaloomuliste kasvajate kohalike iseärasuste uurimine on oluliseks suunaks onkoloogias. Haigestumine pahaloomulistesse kasvajatesse Eesti NSV-s pälvib erilist tähelepanu, sest neid avastatakse iga aastaga üha rohkem (5). Kirjanduse andmeil haigestumine tõuseb, mis on tingitud haigete paremast avastamisest ja nende arvelevõtmisest (1, 2 jt.) ning elanikkonna keskmise eluea pikenemisest (3, 4 jt.). Põhilise osa (68,8%) pahaloomulistest kasvajatest moodustavad mao-, emaka-, naha-, kopsu- ja piimanäärmevähk, mille intensiivsuse näitajate alusel koostasime kartodiagrammid. Näitajad tuletasime 1958., 1959. ja 1960. aastate teatiste keskmistest. Andmed on toodud eraldi meeste ja naiste kohta.

Olgu mainitud, et Eesti NSV-s haigestub suhteliselt palju mehi kopsuvähki ja palju naisi piimanäärme- ja emakavähki. Haigestumise kõrge tase on osaliselt tingitud sellest, et vanemate inimeste arv Eesti NSV-s ületab Nõukogude Liidu keskmise. Meie poolt tehtud standardiseerimine võrdsustas aga Eesti NSV üldised näitajad Nõukogude Liidu keskmistega. Arvestada võib ka seda, et piimanäärme-, emaka- ja kopsuvähki avastatakse profülaktilistel läbivaatustel sagedamini kui näiteks maovähki, mille puhul näitajad meie vabariigis on vastavalt madalamad.

Kartodiagramm 1

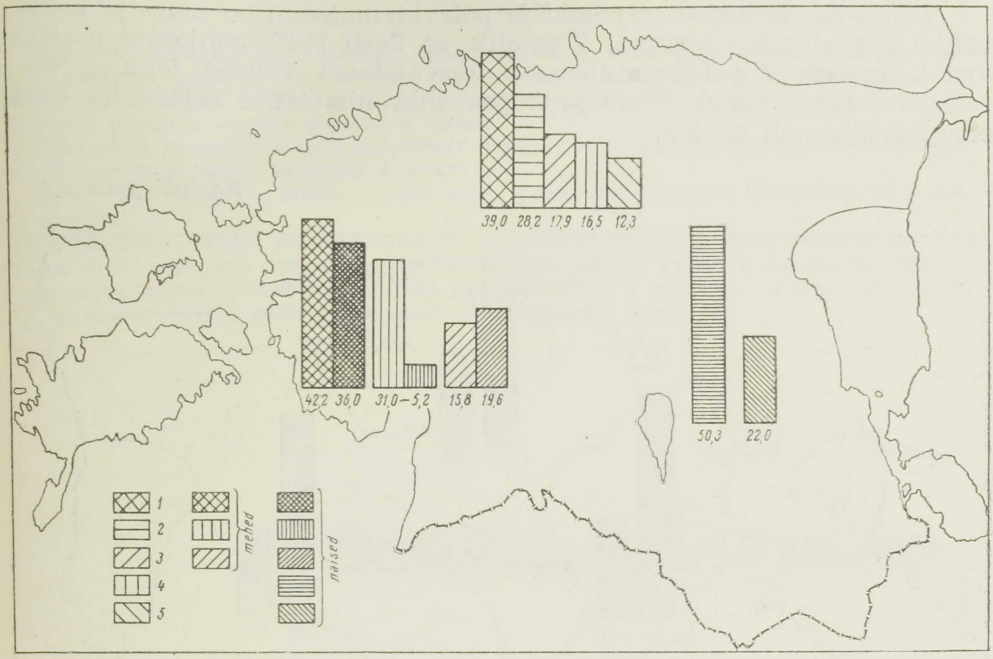


Haigestumine Eesti NSV-s pahaloomulistesse kasvajatesse protsentides (1958.—1960. a.).
1 — maovähk, 2 — emakavähk, 3 — nahavähk, 4 — kopsuvähk, 5 — piimanäärmevähk, 6 — muud

Nagu Märjamaa ekspeditsiooni andmetest nähtub (5), ei diagnoosita pahaloomulisi kasvajaid küllalt varakult ega võeta vähktõbiseid kaugeltki täielikult arvele. Eesti NSV-s esineb teatavate vähktõvevormide

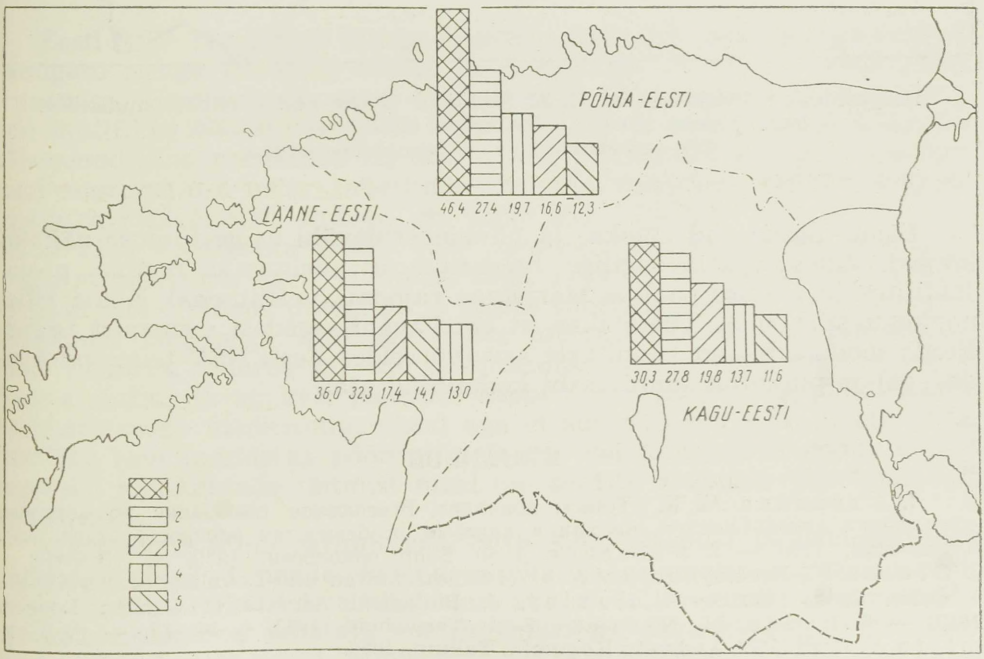
puhul piirkonniti kõrgeid intensiivsuse näitajaid, mida ei saa seletada ainult elanikkonna vanuselise koosseisu või parema arvelevõtmisega vastavates rajoonides. Et andmed oleksid ühtlasemad, jaotasime Eesti

Kartodiagramm 2



Haigestumine Eesti NSV-s pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta (1958., 1959. ja 1960. a.)
1 — maovähk, 2 — emakavähk, 3 — nahavähk, 4 — kopsuvähk, 5 — piimanäärmevähk

Kartodiagramm 3

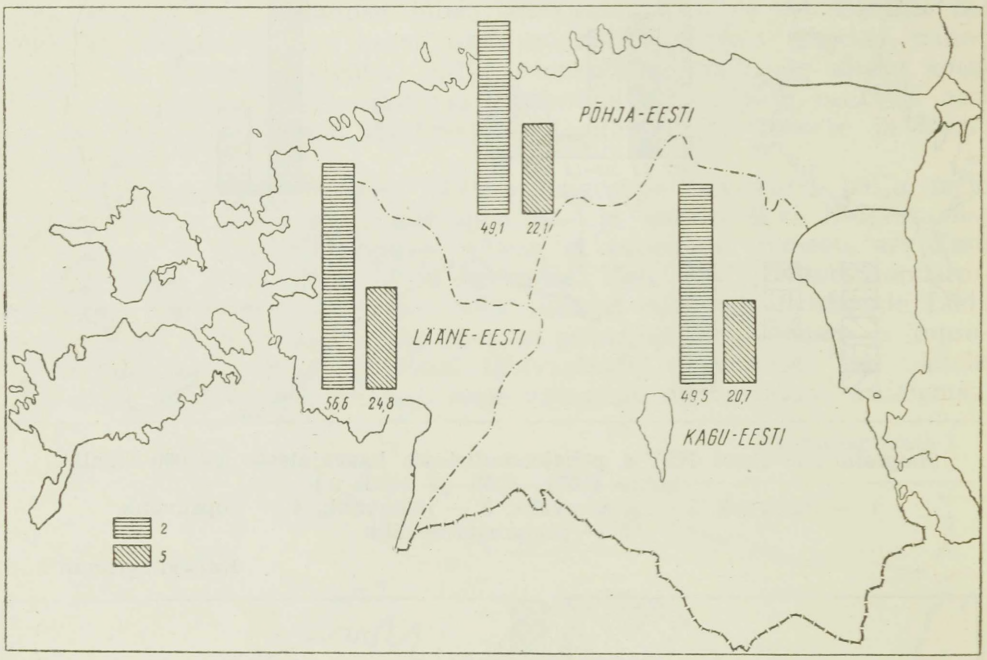


Haigestumine Põhja-Eestis, Kagu-Eestis ja Lääne-Eestis pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 elaniku kohta (1958, 1959 ja 1960. a.)
1 — maovähk, 2 — emakavähk, 3 — nahavähk, 4 — kopsuvähk, 5 — piimanäärmevähk

NSV territooriumi kolmeks osaks, koondades vähktõppe haigestumuse andmed vastavalt nendele aladele. See Eesti NSV jaotus vastab majandusgeograafilisele jaotusele (6). Näitajad tuletasime 1958., 1959. ja 1960. aastate teatiste keskmisest.

Põhja-Eestis (tööstusrajoonid ja põlevkivibassein) on mao- ja kopsuvähki haigestumine levinud. Võimalik, et Eesti NSV põhjaosas mõjutavad haigestumist pahaloomulistesse kasvajatesse välised tegurid (näiteks õhu saastumine). Mao- ja kopsuvähki nimetatud rajoonides tuleb edaspidi lähemalt uurida.

Kartodiagramm 4



Haigestumine Põhja-Eestis, Kagu-Eestis ja Lääne-Eestis pahaloomulistesse kasvajatesse 100 000 naise kohta (1958., 1959. ja 1960. a.)
2 — emakavähk, 5 — piimanäärmevähk

Lääne-Eestis olid emaka- ja piimanäärmevähi haigestumuse näitajad kõrged. Elanike onkoloogilise haigestumise uurimiseks tegime profülaktilise läbivaatuse endises Märjamaa rajoonis ja Hiiumaal, Käina külanõukogu piirkonnas. Oletatakse, et emakavähi sagedast esinemist Lääne-Eestis soodustab suur sünnituste arv (võrreldes Eesti NSV teiste piirkondadega) ja puudulik sünnitusabi kodanlikul ajal.

KIRJANDUS

1. Стуконис М. К. Тезисы докладов. Всесоюзное совещание по вопросам организации онкологической помощи и краевым особенностям распространения рака. Сталинград, 1960. — 2. Ястребов А. Ф. Вопр. онкологии. 1959, 4, 476—480. — 3. Grosse, H., Krebssyntropien Wahlverwandtschaften und Lokalisationsgesetze des Krebses. Jena, 1960. — 4. Huxley, J. Biological Aspects of Cancer. London, 1958. — 5. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 4, 14—17. — 6. Tarmisto, V. Eesti NSV Andmete Kogumik. Tallinn, 1959.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

М. Пурде

Резюме

Изучение местных особенностей заболеваемости злокачественными новообразованиями является важным направлением исследовании в онкологии. Необходимо отметить, что в Эстонской ССР сравнительно высока заболеваемость мужчин раком легких, а женщин раком молочной железы и матки.

В Северной Эстонии (в промышленных районах и сланцевом бассейне) распространено заболевание раком желудка и легких.

Весьма вероятно, что этому способствует и внешние факторы (например, загрязнение воздуха).

В Западной Эстонии высокие показатели заболеваемости раком матки и грудной железы. Предполагают, что частым заболеваниям раком матки в Западной Эстонии способствует большое количество родов (по сравнению с другими частями Эстонской ССР) и недостаточное родовспоможение в буржуазное время.

Tervishoiu organisatsioon

KAEBUSED JA AVALDUSED

T. REKK

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsusest, ülem *A. Sarap*)

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi saabub iga päev kodanikelt mitmesuguse sisuga avaldusi, tänukirju ja kaebusi. Seoses tervishoiuvõrgu arenemise, voodikohtade arvu suurenemise, kaadri juurdekasvu ja arstide kvalifikatsiooni tõusuga on kaebuste ja avalduste arv aasta-aastalt vähenenud ning muutunud ka nende sisu. Mõned aastad tagasi moodustasid suurema osa neist tuberkuloosihaigete taotlused haigla- ja sanatoorse ravi saamiseks. Praegu on vabariigis tuberkuloosihaigetele eraldatud 3475 voodikohta (neist 1650 sanatooriumides), samuti on pikendatud statsionaaris ravil viibimise aega. 1963. a. ei saanud Ravi-Profülaktilise Abi Valitsus ühtegi kirja seoses tuberkuloosihaigete statsionaari suunamise taotlusega, küll aga esines pretensioone mõnede sanatooriumide (Sõmera, Uderna jt.) kultuurmassilise töö ja toitlustamise kohta. Varem saabus kodanikelt pidevalt kaebusi, et jaoskonnas puudus arst, keskharidusega meditsiinipersonal aga ei suutnud küllaldaselt abi anda, mistõttu ravi saamiseks pöörduti rajooni- või linnahaigla poole. Pärast enamiku arstikohtade täitmist maal on selliste kaebuste arv tunduvalt vähenenud.

Tervishoiu Ministeerium analüüsib kõiki kaebusi ja avaldusi ning rakendab abinõud nende lahendamiseks ja puuduste kõrvaldamiseks. Süstemaatiliselt (kord kvartalis) kuulatakse kolleegiumil vähemalt ühe tervishoiuosakonna juhataja või rajoonihaigla peaarsti ettekannet kaebuste lahendamise kohta. Ministeeriumis töötab alaline kaebuste ja avalduste lahendamise komisjon (esimees — tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus), mille koosseisu kuuluvad kõik peaspetsialistid ning kõikide osakondade esindajad. Komisjoni koosolekutel, mis toimuvad üks kord

nädalas, arutatakse eelmise nädala jooksul saabunud kaebusi ning nende lahendamise käiku. Komisjon kuulab ära osakondade aruanded ja teeb otsuse, mille põhjal vastatakse asjaosalistele kirjalikult.

Ravi-Profülaktilise Abi Valitsusse saabuvate kaebuste ja avalduste arv on eelmiste aastatega võrreldes mõnevõrra vähenenud, kuid püsib ikkagi 700 piirides. 15% nendest on ebaõige diagnoosimise ja ravi ning meditsiinipersonali käitumise kohta, 8% üldarvust aga saadetakse meile kõrgemalseisvate organite kaudu, 14% saame ajalehtede ja ajakirjade toimetustelt ning raadio- ja televisioonikomiteelt. 18% kaebustest moodustavad anonüümsed avaldused, kusjuures kontrollimisel on selgunud, et 70% neist vastab tõele, mis kohustab meid sellistesse signaalidesse tähelepanelikumalt suhtuma. Leidub ka veel niisuguseid anonüümkirjade sepitsejaid, kes kirjutavad meditsiinitöötaja või halvemal juhul kaastöötaja laimamise eesmärgil (Taagepera sanatoorium jt.). Isikuid, kes valekaebustega häirivad raviasutuste tööd ja rahu, tuleb edaspidi rohkem paljastada ning vajaduse korral vastutusele võtta.

Suure osa kaebustest ja avaldustest moodustavad kirjad kroonilistelt haigetelt, kes paluvad endid vabariiklikesse või väljaspool vabariiki asuvatesse raviasutustesse suunata. Meditsiinitöötajad ei tegele kroonilise haigetega küllaldaselt. Sageli antakse neile väga suuri lootusi tervenemiseks, mis aga ei täitu. See tingib korduvate kaebuste saabumist ministeeriumi ja teistesse valitsusasutustesse. Mõnikord suunatakse haiged vabariigi ühest raviasutusest teise, kuigi rajoonis on olemas kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistid, kes aga nähtavasti ei soovi või ei oska patsienti huvitavaid küsimusi selgitada. Leidub ka arste, kes kohapeal ei tee tarvilikke uuringuid, ei selgita esialgset diagnoosi ega kutsu kokku konsiiliumi, vaid iga vähemagi komplitseeritud haigusjuhu puhul saadavad haige konsultatsioonile või ravi saamiseks Tallinna või Tartu raviasutustesse.

Tervishoiutöötajad ei hinda veel küllaldaselt Punase Risti Seltsi aktiivi abi krooniliste haigete ravimisel ja hooldamisel. Suuremates linnades esineb raskusi lamavate krooniliste haigete hooldusravi korraldamisega. Oleme neid püüdnud maahaiglatesse paigutada, kuid selline lahendusviis ei ole küllaldane. Tuleb senisest rohkem rakendada Punase Risti Seltsi aktiivi abi krooniliste haigete põetamisel, nende varustamisel ravimite ning toiduainetega jne.

Viimasel aastal moodustasid suure osa kaebustest pretensioonid meditsiinipersonali ebakorrektse käitumise või valesti organiseeritud ravi- ja profülaktilise abi kohta. Kirjades ja ka suulistes kaebustes kajastuvad tihti arusaamatused ambulatooriumide ja polikliinikute registraatorite, kiirabidispetšerite ja jaoskonnaõdedega, kes ei võta vaevaks haigetele või nende sugulastele küsimusi õigesti selgitada ning satuvad abivajajatega konflikti. Haiglate juhtkond tegeleb veel vähe arstide, keskharidusega ja noorema meditsiinipersonali kasvatamisega. Puudulikult selgitatakse noortele töötajatele, et nad on haigete jaoks, mitte aga haiged nende jaoks. Iga patsient loodab meditsiinitöötajalt abi ning südamlikku suhtumist. Esineb ka ebakollegiaalsust, näiteks juhtumil, kui arst, kes tahab oma autoriteeti haige silmis tõsta, imestab, et tema kolleeg ravis valesti ning kirjutab patsiendile ise «kõige paremad ning õigemad ravimid». Mõned õed ja velskrid ning sanitarid arvustavad arste ja nende tööd haigete juuresolekul, eelistades üht arsti teisele. Samuti juhtub, et arstid halvustavad keskharidusega meditsiinitöötajaid. Nõnda kirjutavadki patsiendid meile oma usaldamatusest arstide või keskharidusega meditsiinitöötajate vastu, mis aga pahatihti on tekkinud meditsiinitöötajate endi süü läbi.

Kontrollimine kohapeal näitas, et mõnedes tervishoiuosakondades ja haiglates analüüsitakse käesoleva ajani kaebusi ja avaldusi puudulikult. Mõnikord võtab nende lahendamine lubamatult palju aega või

tehakse seda pinnapealselt (Kohtla-Järvel, Narvas jm.). Sageli piirdub kogu lahendus bürokraatliku ja formaalse vastusega, osutamata kodanikule tegelikku abi. Tuleb veel ette juhtumeid, et tervishoiuosakonna juhataja või haigla peaarst saadab kirja allasutusele lahendamiseks, kuid ei kontrolli selle täitmist. Puudusi esineb ka kaebuste ja avalduste registreerimisel ja nende säilitamisel, millest tingituna pole sageli võimalik leida vastust, mis selgitab nende kaebuse-avalduse lahendamise käiku. Ei peeta kinni tervishoiu ministeeriumi poolt määratud tähtaegadest, mis omakorda ei võimalda meil kõrgemalseisvatele asutustele õigeaegselt vastuseid anda.

Mõnes raviasutuses ei ole suuliste kaebuste ja avalduste registreerimise raamatut. Kodanik, soovides meditsiinipersonali tänada, on sunnitud oma tänuavalduse paberitükile kirjutama. Halvemal juhul, kui haige tahab esitada pretensioone, teatatakse talle, et asutuses pole üldse kaebuste ja avalduste raamatut. Kõik kaebused ja avaldused, nii kirjalikud kui ka suulised, peavad olema raamatusse registreeritud koos andmetega lahendamise käigu, tähtaegade ja selle eest vastutavate isikute kohta. Nende lahendamisest peavad osa võtma ametiühinguorganisatsiooni esindajad, samuti tuleb kasutada haigla kaastöökomisjoni abi. Iga kaebust peab arvestama kui erakordset juhtu; tuleb välja selgitada põhjus ja tarvitusele võtta abinõud selle kõrvaldamiseks. Kaebuste ja avalduste hoolikas analüüsimine võimaldab meil parandada elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel esinevaid puudusi.

ЖАЛОБЫ И ЗАЯВЛЕНИЯ

Т. Рекк

Резюме

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР все жалобы и заявления граждан рассматривает постоянная комиссия работающая под председательством заместителя министра и членами которой являются все главные специалисты и представители отделов. Заседания комиссии происходят еженедельно. На заседании разбираются поступившие за неделю жалобы и ход разрешения вопроса. Комиссия заслушивает отчеты отделов и выносит решение, которое письмом доводится до сведения жалобщика.

Ежеквартально коллегия Министерства слушает доклад по меньшей мере одного из заведующих отделом здравоохранения или главного врача больницы о положении с рассмотрением жалоб.

Количество жалоб и заявлений, поступающих в Управление лечебно-профилактической помощи, по сравнению с предыдущими годами, несколько уменьшилось, но всеже составляет около 700 жалоб в год. Из общего количества жалоб 15% составляют жалобы на постановку неправильных диагнозов и на неправильное поведение медицинского персонала, 8% направляется вышестоящими органами, 14% — редакциями газет и журналов, а также Комитетом по радио и телевидению. Анонимных жалоб и заявлений было 18%, причем 70% из них соответствовали действительности.

Имеются недостатки в деле регистрации и хранения жалоб и заявлений. В некоторых лечебных учреждениях нет журнала (книги) регистрации устных жалоб и заявлений. В рассмотрении жалоб должны принимать участие и представители профсоюзной организации. Необходимо использовать помощь больничных комиссий содействия. Тщательный анализ жалоб и заявлений содействует исправлению недостатков в медицинском обслуживании населения.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

MAOVÄHI TSÜTOLOOGILISEST DIAGNOOSIMISEST

T. VANASELJA

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Maohaiguste tsütoloogiline diagnoosimine sai alguse pärast seda, kui T. Billroth 1881. a. tegi esimese maoresektsiooni püüloruse piirkonnas paikneva vähiga haigel. Selgus, et operatsiooni edukus sõltub kõigepealt haiguse varajasest diagnoosimisest. Põhjaliku ülevaate maohaiguste tsütoloogilise diagonoosimise arengust annab oma monograafias R. Schade (12). Kodumaistest autoritest tegelevad maotsütoloogiaga edukalt A. Altgausen (1, 2), J. Arapova (3), N. Bulitš (5), I. Sevtšenko (9, 10, 11), M. Ptohhov (7) ja A. Kazantseva (6).

Käesoleval ajal kasutatakse tsütoloogilise materjali saamiseks maost ühte kolmest järgnevast meetodist: 1) maoloputust, 2) eksfoliatsiooni keemiliste vahendite (alfa-hemotrüpsiin) toimel, 3) mehaanilist meetodit (harja või abrasiivballooniga).

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris tehakse mao tsütoloogilist uurimist haigetel, kelle puhul tekib kahtlus maovähi, kroonilise maohaavandi või polüübi malignisatsiooni esinemise suhtes. Oleme uurinud 50 haiget (33 naist ja 17 meest) ning valmistanud üle 500 tsütoloogilise preparaadi. Maovähi lõplik diagnoos määrati 33 juhul. 8 juhul oli tegemist kroonilise maohaavandiga, 4-l polüübiga ja 2 juhul gastriidiga; 3 haigel maopatoloogiat ei leitud. Tsütoloogilise materjali saamiseks kasutasime 9 juhul abrasiivballooni. Preparaatides leidus massiliselt suuõõnest ja söögitorust pärinevat lame-epiteeli ning väga vähe silinderepiteeli. Kasvajarakud enamasti puudusid. Balloon kattus juba suus sülje ja limaga ning kaotas oma abrassiivse toime. Nii oli 7 maovähiga haigest 6-l tsütoloogiline leid negatiivne. Peale selle on ballooni makku viimine haigele väga ebamugav ja seetõttu tuleb neeluruum tingimata tuimastada. Neist puudustest tingituna loobusime abrasiivballooni kasutamisest ja võtsime tarvitusele sond-harjakese (vt. foto). Sond-harjakese abil saame tsütoloogilise preparaadi valmistamiseks küllaldaselt materjali. Haiged taluvad protseduuri hästi. Samuti langeb sellise uuringu puhul ära tuimastamise vajadus.

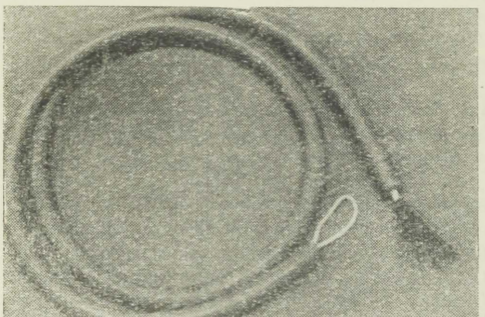
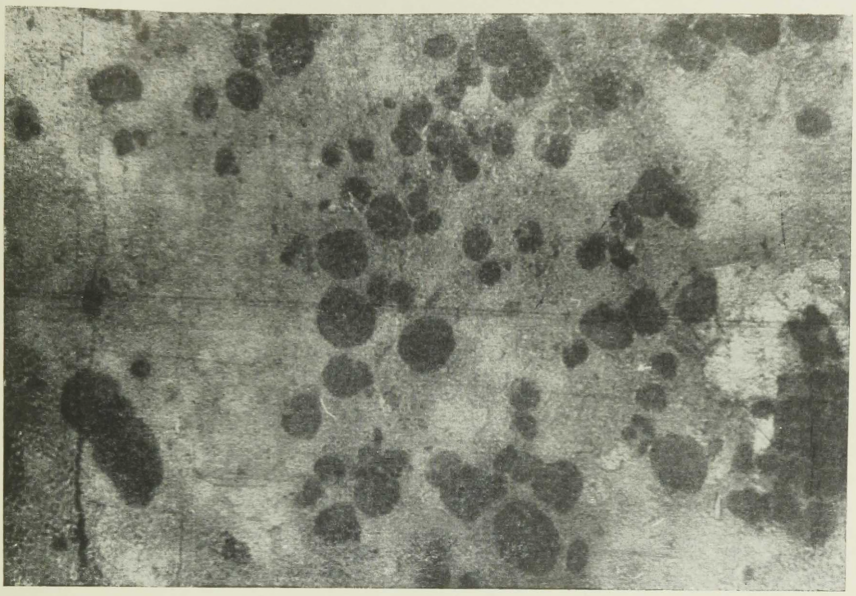
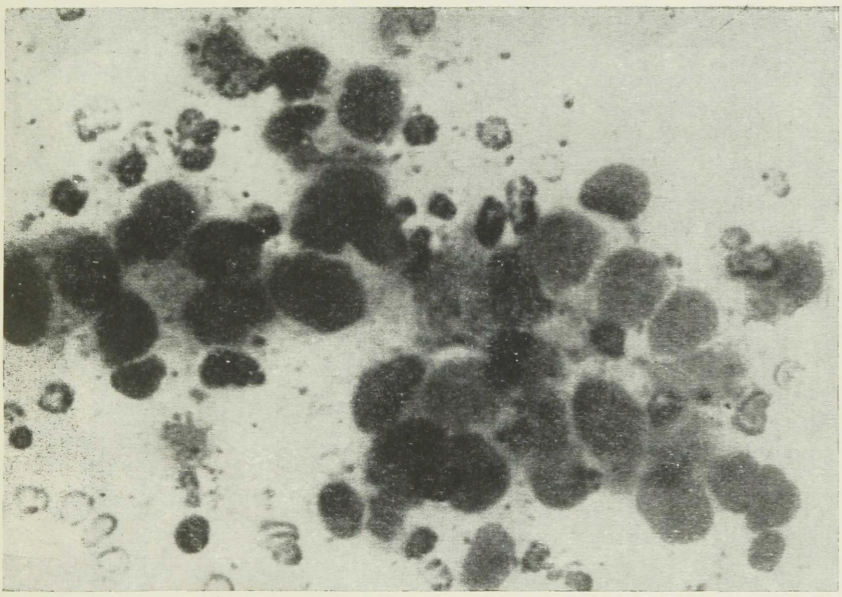


Foto. Sond-harjake tsütoloogilise materjali saamiseks maost

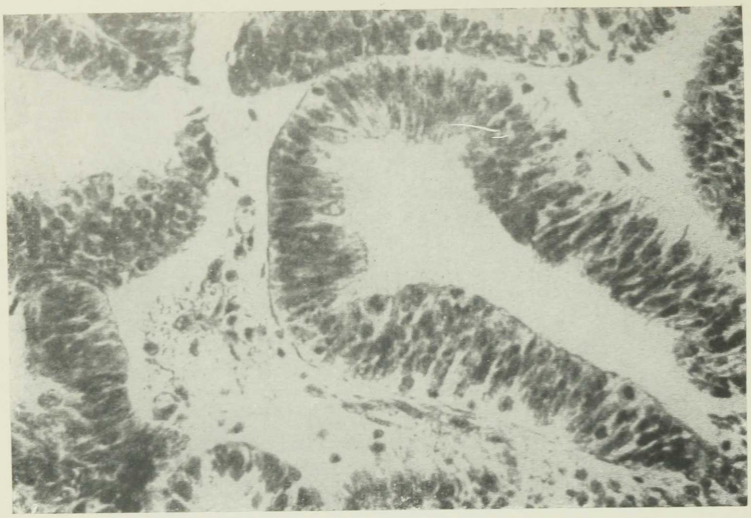
Metoodika: haige jäetakse hommikul söömata. Kui esinevad püüloruse stenoosi nähud, tehakse eelnevalt maoloputus. Sond koos tema sees asetseva harjakesega viiakse makku kuni teise märgini. Siis lükatakse harjakene sondist välja (makku), tehakse roteerivaid ning üles-alla liigutusi. Sond koos harjakesega nihutatakse pisut väljapoole ja taas korratakse liigutusi. Seejärel tõmmatakse harjakene läbi sondi välja ja selle külge jäänud materjalist valmistatakse 4—5 tsütoloogilist preparaati.



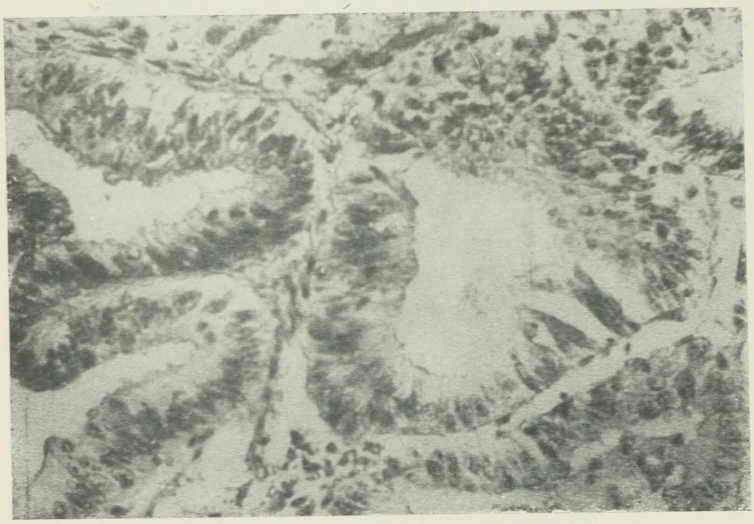
Mikrofoto 1. Mao tsütoloogilisest preparaadist. Üksikud vähirakud. (Värvitud Gimsa-Romanovski j. Suurendus objektiiv 24, okulaar 6)



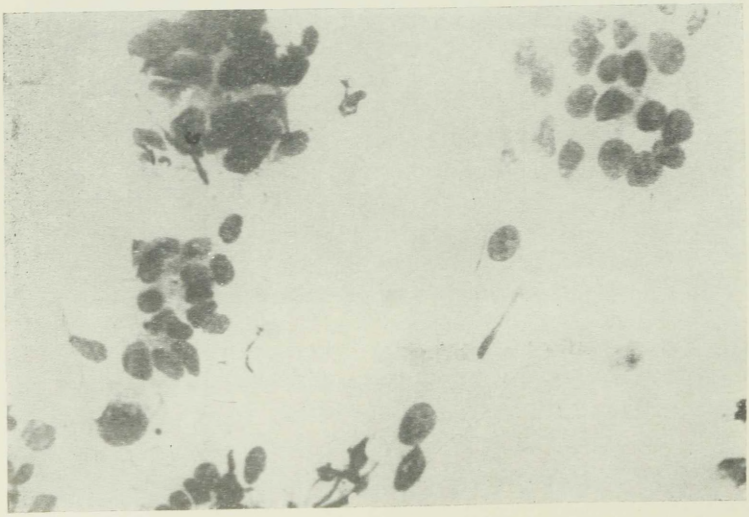
Mikrofoto 2. Mao tsütoloogilisest preparaadist. Vähirakkude kompleks. (Värvitud Gimsa-Romanovski j. Suurendus objektiiv 24, okulaar 6).



Mikrofoto 1. Vahtkummibiopsiaga võetud koe pato-histoloogiline preparaat nr. 22602/I, diagnoos: *carcinoma adenopapillare corporis uteri* (K. Titkin). Värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurend. obj. 6, okul. 6



Mikrofoto 2. Samalt haigelt küreteerimisel saadud koe patohistoloogiline preparaat nr. 22602/II, diagnoos: *carcinoma adenopapillare corporis uteri* (K. Titkin). Värvitud hematoksüliin-eosiiniga suurend. obj. 6, okul. 6.



Mikrofoto 3. Samalt haigelt vahtkummibiopsiaga saadud tsütogramm nr. 269-63, diagnoos: vähirakud (T. Beljovskaja). Värvitud Gimsa-Romanovski järgi, suurend. obj. 24. okul. 6

Sondi kaudu viiakse makku ligikaudu 500 ml füsioloogilist lahust, mis kohe uuesti aspireeritakse. Pärast ühetunnilist seismist lahus tsentrifugeeritakse ja sademest valmistatakse veel 5—6 preparaati. Preparaadid fikseeritakse Nikiforovi lahusega, seejärel värvitakse need akridiinoranži lahusega 1 : 20 000 3—5 minuti vältel. Preparaate vaadeldakse luminestsentsmikroskoobiga. Kasvajarakkude tuumad fluorestseeruvad helekollaselt, protoplasma oranžikalt. Et metaplaseerunud epiteel võib samuti fluorestseeruda kollakalt, on tähtis tähelepanu pöörata rakkude paiknemisele, tuumade suurusele ja kujule (4, 8, 13).

Luminestsentsmikroskoobiga vaatluse järel määrasime esialgse diagnoosi ja valisime välja preparaadid värvimiseks Gimsa-Romanovski järgi (vt. tahvel I, mikrofoto 1 ja 2). Preparaatide hindamiseks koostasime tsütogrammi, millel märkisime ära vähirakkude üksikud iseloomulikud tunnused, mao rakulised elemendid ja mikroobid (9). Positiivseteks pidasime juhud, kui esinesid kas kõik või suurem osa pahaloomulisuse tunnustest, näiteks tuumade polümorfism, hüperkromaasia, paljad tuumad, rakkude kuhjumine, mitmetuumalisus, mitoosid ja tingimata kasvajarakkude kompleksid. Üksikute atüüpiliste rakkude olemasolu preparaadis hindasime kui kahtlast, kuigi esines nn. vähifoon — segmenttuumalised neutrofiilid, lümfotsüüdid, histiotsüüdid ja bakterid.

Sond-harjakesega uuritud 26 maovähiga haigusjuhust leidusid 19-l preparaadis kasvajarakkude kompleksid ja 5-l üksikud atüüpilised vähikahtlased rakud; 2-l oli tsütoloogiline leid negatiivne. Maovähi infiltratiivse vormi puhul avastati suurenenud tuumadega korrapärase ehitusega metaplaseerunud silinderepiteel ja ainult ühel juhul sedastati atüüpiliste rakkude grupp. Esialgsete tähelepanekute järgi võib märkida, et sond-harjakese kasutamisel esineb märksa vähem diagnoosimist raskendavat lame-epiteeli kui abrasiivballooni puhul. Maolukuti stenoosiga haigetel leitakse tavaliselt sagedamini pärmseeni, sartsiine ja mikroobe.

Maovähi tsütodiagnostika tulemused olenesid veel: 1) haigusprotsessi ulatusest, 2) selle asukohast (maokeha ülemise osa ja maolävise kasvajad annavad rohkem positiivseid tulemusi) ja 3) kasvaja vormist. Eksofüütse haavandunud vormi puhul võib alati leida kasvajarakkude komplekse. Infiltratiivse vormi korral esinevad väga harva tüüpilised vähirakud, kuid täheldatakse metaplaasiat.

Need on vaid esialgsed tähelepanekud. Edaspidi peab uurimist jätkama, samuti tuleb hakata kasutama maohaigete tsütoloogilist diagnoosimist kõikidel vähikahtlastel juhtudel ja ka anatsiidse gastriidiga haigete profülaktilisel läbivaatusel, sest tihti võib kasvajaline protsess haarata ainult mao limaskesta, mis ei ole röntgenoloogiliselt diagnoositav.

KIRJANDUS

1. Альтгаузен А. Я. Диагностика злокачественных новообразований при микроскопическом исследовании секретов и экскретов. Киев, 1948. — 2. Альтгаузен А. Я. Лабор. дело, 1957, 4, 3—7. — 3. Арапова Е. П. Клинич. мед. 1958, 2, 88—91. — 4. Бергольц В. М. Люминесцентная микроскопия. М., 1953. — 5. Булич Н. П. Цитодиагностика рака желудка по осадкам промывных вод. Одесса, 1960. — 6. Казанчева А. М. Клинич. медицина, 1957, 6, 65—67. — 7. Птохов М. П. Архив библ. наук, 1940, 2—3. — 8. Черникова В. Е. Фазоконтрастная и люминесцентная микроскопия в клинико-лабораторной диагностике злокачественных новообразований. Харьков. 1960. — 9. Шевченко И. А. Лабор. дело, 1962, 6, 28—31. — 10. Шевченко И. А. Вопр. онкологии, 1962, 3, 48—57. — 11. Шевченко И. А. Медицинская газета, 26. VI 1963. — 12. Schade, R. O. K. Gastric Cytology. Principles, methods and results. London, 1960. — 13. Chliner, S. L., Davis, R. E. Arch. Surg. 1962, 6, 948—954.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Т. Ванаселья

Резюме

Для получения цитологического материала из желудка в настоящее время используют преимущественно три метода: 1) промывание желудка, 2) эксфолиацию химическими веществами (альфа-гемотрипсин), 3) механический метод (щеткой или абразивным баллоном).

В Таллинском республиканском онкологическом диспансере цитологическое исследование желудка проводят при подозрении на заболевание раком или на злокачественное перерождение (малигнизацию) хронической язвы или полипа желудка. Исследованию подверглись 50 больных (33 женщины и 17 мужчин) и из полученного материала было изготовлено свыше 500 цитологических препаратов. Окончательный диагноз рака желудка был поставлен в 33 случаях, в 8 случаях была хроническая язва желудка, в 4 случаях полип и в 2 случаях гастрит. У трех больных патологических явлений обнаружено не было.

В 9-ти случаях использовали абразивный баллон. Так как введение баллона в желудок очень неудобно для больного (необходимо обезболивание глотки), то от применения этого метода пришлось отказаться и использовать зонд-щеточку. Последний метод дает достаточно материала и больные хорошо переносят эту процедуру.

Зонд вместе с находящейся в нем щеточкой вводится в желудок до второй отметки. Затем щеточка выталкивается из зонда в полость желудка и ею производят движения вверх-вниз и вокруг оси. Затем зонд немного вытягивают и повторяют движения щеточки. После этого щеточку вытягивают через зонд и из материала приставшего к ней изготовляют 4—5 цитологических препаратов. Через зонд вводят в желудок около 500 мл физиологического раствора, который сразу же аспирируют обратно. После отстаивания в течение одного часа раствор центрифугируют и из осадка приготовляют еще 5—6 препаратов. Препараты фиксируют в жидкости Никифорова, окрашивают раствором акридиноранжа (1 : 20000) в течение 3—5 минут, и просматривают под люминисцентным микроскопом. Ядра опухолевых клеток флуоресцируют светло-желтым, протоплазма оранжевым цветом. Так как метаплазированный эпителий может также давать сходный эффект, необходимо уделять внимание расположению клеток, величине и форме ядер.

EMAKAVÄHI DIAGNOOSIMISE METOODIKAST

V. RAUDSEPP

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Emakavähi diagnoosimine on tänapäeval suunatud haigusprotsessi varajasele avastamisele. Selleks kasutatakse laialdaselt emaka küreteerimisel saadud koe pato-morfoloogilist uuringut. Mainitud meetodi olulisteks puudusteks on: 1) uuritava haige hospitaliseerimise vajadus; 2) pato-morfoloogilise preparaadi valmistamiseks kuluv aeg; 3) emakaverejooksu oht ja 4) emaka-veresoonte ulatuslik avamine, mis võib vähiprotsessi levikut soodustada. Nendest seisukohtadest lähtudes oleme 1963. a. alates Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris emakavähi tsütoloogiliseks diagnoosimiseks hakanud kasutama vahtkummibiopsiat. Vahtkummibiopsia eeliseks on kõigepealt selle sooritamise lihtsus ja kiire vastuse saamise võimalus, kusjuures protseduur ei traumatiseeri emaka limaskesta. Mainitud uuringut võib edukalt polikliinikus rakendada. Koetükikese saamiseks emakaõõnest kasutame meie poolt konstrueeritud lihtsat instrumenti. See koosneb mandrääniga varustatud hülsist ja vardast, mille otsas olevast aasast on läbi pistetud vahtkummiriba (vt. foto).

Põhimõtteliselt sarnaneb vahtkummibiopsia metoodika emakaõõne küreteerimisega. Välised suguelundid ja tupp puhastatakse sublimaadilahusega, emakakael jodeeritakse. Emaka suue haaratakse kuultangidega, kaelakanalit laiendatakse vastavalt hülsi laiusele. Seejärel viiakse hülss

koos mandrääniga emakaõõnde. Mandrään eemaldatakse ja läbi hülsi lükatakse vahtkummiribaga varras emakaõõnde, kus vahtkummiriba võtab oma esialgse kuju. Seejärel tehakse paar roteerivat liigutust, vahtkumm tõmmatakse hülssi tagasi ning koos viimasega tuuakse emakaõõnest välja. Emakakael jodeeritakse, millega protseduur lõpebki.

Hülsi kasutamine tagab koetükikeste saamise ainult emakaõõnest. Seal tekib vahtkummiriba taga vaakuum ja selle tõttu täitub hülss vähiprotsessi korral tuumorikoega. Sellega saame samaaegselt küllaldaselt materjali tsütoloogiliseks ja vajaduse korral ka pato-morfoloogiliseks uuringuks. Instrument on steriliseeritav keetmise teel. Vahtkummiriba vahetatakse iga haige puhul.

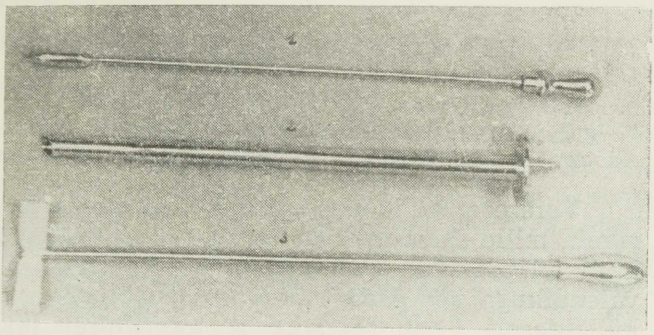


Foto. Vahtkummibiopsiaks kasutatav instrument. 1 — mandrään, 2 — hülss, 3 — varras vahtkummiribaga

Kirjeldatud vahtkummibiopsiat oleme siiani kasutanud 21 haige puhul. 17 juhul teostati kontrolliks biopsiajärgne emakaõõne küreteerimine koos pato-morfoloogilise uuringuga. 4 juhul ei olnud selleks tarvidust, sest saadud koematerjali hulk oli küllaldane nii tsütoloogiliseks kui ka pato-morfoloogiliseks uuringuks (vt. tahvel II, mikrofoto 1 ja 2). 17 emakavähiga haigel leidis diagnoos kinnitust tsütoloogiliselt 16 juhul (vt. mikrofoto 3). 1 juhul ebaõnnestus preparaadi fikseerimine. 4 ülejäänud haigel ei leitud nii tsütoloogiliselt kui ka pato-morfoloogiliselt pahaloomulist protsessi. Uuring toimus ambulatoorselt 9 juhul ja statsionaaris 12 juhul. Komplikatsioone ei tekkinud ühelgi haigel.

Esialgsed tähelepanekud näitavad, et kirjeldatud meetod ei traumeeri eriliselt emaka limaskesta ega põhjusta verejooksu, mistõttu see on ambulatooriumides hästi rakendatav. Menetlus ise on suhteliselt lihtne ja selle puhul kasutatav instrument kergesti valmistatav. Eriti hinnatav on veel kohese tsütoloogilise diagnoosi määramise võimalus.

Kirjeldatud meetodit võib soovitada laialdasemaks kasutamiseks.

О МЕТОДИКЕ ДИАГНОСТИКИ РАКА МАТКИ

В. Раудсепп

Резюме

Задачей диагностики рака матки является раннее выявление заболевания. Для этого проводят патоморфологическое исследование ткани, полученной при кюретаже матки. Недостатками этого метода являются. 1) необходимость госпитализации больной; 2) продолжительное время необходимое для изготовления препарата; 3) опасность маточного кровотечения и 4) обширное повреждение кровеносных сосудов матки, могущее благоприятствовать распространению ракового процесса.

В Таллинском республиканском онкологическом диспансере с 1963 года для цитологической диагностики рака матки используют пенопластбиопсию.

Преимуществом пенопластбиопсии прежде всего является простота выполнения и возможность получения скорого ответа, причем эта процедура не травматизирует слизистую матки. Это исследование может с успехом проводиться в поликлинике.

Для получения кусочка ткани из полости матки используют сконструированный нами инструмент, который состоит из гильзы снабженной мандреном и стержня имеющего на конце петлю, в которую продевается полоска пенопласта (см. фото).

Применение гильзы обеспечивает получение кусочка ткани только из полости матки. В полости матки за полоской пенопласта возникает вакуум, вследствие чего при раковом процессе гильза наполняется опухолевой тканью. Таким образом, одновременно можно получить достаточно материала для цитологического и для патоморфологического исследования. Инструмент стерилизуют кипячением. Для каждого забора материала берут новую полоску пенопласта.

MIKROMEETRILISED VEREUURINGUD IMIKUTEL

L. KERES

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Vereseerumi biokeemiliseks uurimiseks vajatakse tavaliselt 1 ml seerumit, mille saamiseks on tarvis 2,5—3 ml verd. Selliste uuringute puhul imikutel põrkame kokku paljude raskustega. Et imiku veenid on väikese valendikuga, siis peene nõela (nr. 0625) viimisel veeni ei voola sealt alati küllaldaselt verd; süstlaga aspireerimisel tekib aga vahtu ja toimub veres hemolüüs. Sageli saab imikutel veeni punkteerida ainult 1—2 korda. Kui veenidest võetakse korduvalt vereproove, võivad need trombоseerumise või hematoomi tõttu ajutiseks sulguda, mis ravi otstarbel toimuvat süstimist edaspidi veelgi raskendab. Tuleb ka arvestada, et isegi 3 ml vere võtmine kujutab endast suhteliselt suurt verekaotust imikul. Olgu mainitud, et vastsündinu kehakaal (3,2 kg) on täiskasvanu kehakaalust (64 kg) keskmiselt 20 korda väiksem. Kui 3 kg raskuselt lapselt võtta 3 ml verd, siis võrdub see kehakaalu kg kohta arvestatult 60 ml vere kaotusega 60 kg raskusel täiskasvanul. Kui aga vastsündinul tehakse 3 uuringut, siis on tarvis kokku 9 ml verd; täiskasvanul vastaks see 180 ml (!) vere kasutamisele uurimise otstarbeks. Eeltoodu põhjal on selge, et imikueas on võimalik teha kõiki tänapäeva kliinilises praktikas vajalikke vereseerumi uuringuid ainult mikromeetodite rakendamisel. Nende puhul on üheks biokeemiliseks uuringuks tavaliselt ette nähtud ainult 0,05—0,1 ml seerumit, mille saamiseks piisab 0,15—0,25 ml verest.

Vereseerumi vähese hulga võtmiseks kogutakse veri õhukeseseinalisse klaaskapillaari [J. Homolka (7), M. Schloss (9), M. Peterson (5), O. Kobozeva, G. Kobozev (3) jt.]. Seerum eraldatakse tsentrifugeerimisega ja kapillaar viilitakse katki rakkude massi ning seerumi piirist veidi kõrgemalt. Kapillaari saab kasutada ainult üks kord. Kui õhukeseseinalised kapillaarid puuduvad, võib tarvitusele võtta ka paksuseinalisi klaaskapillaare. Alljärgnevalt kirjeldatakse Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedris rakendatavat moodust vereseerumi vähese koguse saamiseks.

Vere võtmiseks valmistati 2—2,5 mm sisemise läbimõõduga klaastorust 7 sm pikkused kapillaarid, mille üks ots on ahenev. Sellise kapillaari maht on 2 mm läbimõõdu puhul 0,22 ml ja 2,5 mm puhul 0,34 ml. Klaastoruna võib edukalt kasutada 1 ml-list gradueeritud pipetti, mis katkise otsa tõttu on muuks otstarbeks kõlbmatu. Ühest pipetist saab teha 4 kapillaari. Gradueeritud kapillaari võib valmistada 1 ml mahuga pipetist, mille alumise otsa ava on küllalt suur. Viilimisega eraldatakse pipeti 7 sm pikkune alumine osa, mille maht on 0,3—0,4 ml. Kapillaaride valmistamisel sulatatakse otste servad täiesti kumeraks, sest teravad servad purustavad vereliblesid ja soodustavad nii hemolüüsi tekkimist kui ka vere enneaegset hüübimist.

Kapillaarid peavad olema hästi puhtad. Seepärast leotatakse neid pärast pesemist bikromaadi-väävelhappelahuses, loputatakse esialgu kraani- ja seejärel destilleeritud veega. On tähtis, et kapillaar oleks verevõtmise ajal täiesti kuiv. Kapillaari sulgemiseks kasutatakse 1,5 sm laiust

ja 1,5 sm raadiusega kummirõngast (lõigatud jalgratta sisekummist), mis üle kapillaari otste tõmmatuna sulgeb mõlemad avad.

Francke nõela lõikeservad moodustavad tavaliselt täis- või nürinurkse tipu. Katsetel selgus, et vabalt väljavoolava vere kogus on suurem siis, kui nõela lõiketera ihutakse tasaseks ja hästi teravaks. Tasast lõikeserva on kergem teravaks ihuda. Kogemused näitavad, et mida teravam on instrument, seda enam veresooni lõigatakse läbi. Sellise peitlitaolise otsaga 2 mm pikkuse lõikeservaga Francke nõela kasutamisel saab 3 mm sügavuse lõike puhul tavaliselt 0,2—0,3 ml verd. Francke nõela otsikud steriliseeritakse 30-minutilise keetmise teel [N. Aleksejev (1)].

Vere võtmisel kapillaaridest nahalõike meetodil tuleb vältida koemahla lisandumist verele ja hemolüüsi teket. Hemolüüs ei võimalda saada õigeid tulemusi enamike biokeemiliste uuringute tegemisel, eriti verevalkude määramisel. Seetõttu soovitavad P. Bulgakov ja B. Dobrjakov (2) enne valkude määramist teostada filterpaberil uuritava seerumiga bensidiiniproov. Autorid märgivad, et nimetatud prooviga on võimalik kindlaks teha juba sellist vähest hemoglobiinihulka, mille puhul seerumil ei ole veel punakat värvust.

Verd võetakse imikutel kas sõrme või suure varba viimase falangi volaarküljele Francke nõelaga tehtud haavast. Nahka puhastatakse 70°-lise alkoholiga, seejärel eetriga ja lastakse õhu käes täiesti kuivada. Nahal ei tohi olla alkoholi jääke, mis soodustab hemolüüsi teket. Esimene veretilgake eemaldatakse kuiva vatt-tupsutiga. Kui haavakesest väljub teine veretilk, siis asetatakse kapillaari ots õrnalt tilga vastu; kapillaari teine ots kallutatakse horisontaaltasapinnast veidi allapoole. Veri valgub kapillaarsuse ja raskuse tõttu torukesse. Kapillaari otsa ei tohi läbi veretilga vastu nahka suruda, sest sellega võib vereliblesid purustada. Mõned autorid (6, 8) soovitavad enne vere võtmist nahka isegi silikoniseerida, arvestades, et naha karedus võib soodustada hemolüüsi teket ja vere enneaegset hüübimist. Haavakese lähedal olevaid kudesid ei tohi muljuda, sest siis lisandub verele koevedelikke. Kui verd ei välju küllaldaselt, tuleb teha veel teine lõige.

Pärast küllaldase verehulga kogumist suletakse kapillaari otsad kummirõngaga ja pööratakse kapillaar vertikaalasendisse. Kui veri on hüübinud, võetakse kummirõngas korraks ära ja lükatakse fibriinikiud õrnalt klaasniidi abil kapillaari seina küljest lahti. Järgnevalt suletakse kapillaar kummirõngaga uuesti ja kohe alustatakse tsentrifugeerimist, mis vältab 15 minutit (kiirusega 2000 tiiru minutis).



Joonis

Kui seerum on eraldunud, eemaldatakse kummirõngas ja asetatakse kapillaar vertikaalasendisse; selleks surutakse kapillaari alumine ots plastiliinblokki. Seerumit võetakse mikropipetiga, mille otsa on pandud 1 mm valendiku läbimõõduga süstlanõel (nr. 1060). Pipett peab olema nõelaga õhukindlalt ühendatud. Selleks kinnitatakse pipeti otsa 1 sm laiune peenikese kummivooliku tükike, mille seina paksus peab olema selline, et ta koos pipeti otsaga mahuks nõela pea valendikku ja täidaks selle õhukindlalt (vt. joon.). Mikropipeti teise otsa pannakse 45 sm pikkune kummivoolik selleks, et imemise ajal oleks võimalik nõela otsa asukohta jälgida. Vereseerumi imemise ajal mikropipetti hoitakse nõela ots kogu aeg ainult mõne millimeetri võrra seerumi-nivoost allpool. Imetakse aeglaselt, et saada võimalikult rohkem rakuvaba seerumit. Eespool toodud meetodil saadakse vere üldkogusest keskmiselt 40% uurimiseks kõlblikku seerumit, õhukeseseinalise kapillaari katkiviilimise puhul aga keskmiselt 50% seerumit; seega veidi rohkem kui paksuseinalise kapillaari kasutamisel.

Eespool mainitud viisil saadud vereseerumi vähene kogus võimaldab mitmesuguseid mikromeetrilisi uuringuid teha. 0,15 ml verest eraldub ligi 0,06 ml seerumit, millest piisab C-reaktiivse valgu kindlakstegemiseks. Verekämbu retraktsioonivõime hindamiseks jälgitakse kapillaaris oleva vere seerumi eraldumise kiirust ja rohkust 24 tunni vältel.

0,15 ml vere hulk on küllaldane vereseerumi bilirubiiniindeksi määramiseks Meulengrachti järgi [J. Homolka (7)]. Selleks kogutakse verd 2 mm läbimõõdulise valendikuga klaastorust tehtud 5—7 sm pikkusesse kapillaari. Täpselt samast klaastorust valmistatakse ka torukesed kaaliumbikromaadi standardlahuste jaoks, millega võrreldakse uuritava seerumi värvust.

Pärast bilirubiiniindeksi määramist on võimalik kapillaaris oleva väikese seerumihulgaga teha ka diasoreaktsiooni. Reaktiiv viiakse seerumi pinnale süstlanõelaga, mis on ühendatud pipetiga kummitihendi abil (joon.). Jälgitakse punase värvuse tekkimist seerumi ja reaktiivi kokkupuutekohal. Niimoodi saame ka vereseerumi väikese koguse puhul kindlaks teha, kas olemasolev bilirubiin annab diasoreaktiiviga otsese reaktsiooni.

0,25 ml verest saab 0,1 ml seerumit, millest piisab järgmisteks uuringuteks: valkude-sisalduse kvantitatiivne määramine refraktomeetriliselt ja valgufraktsioonide protsentuaalse vahekorra määramine elektroforeesi meetodil, kloriidide-sisalduse määramine Rucznyaci meetodil, naatriumisisalduse määramine leekfotomeetriliselt, üldkolesteriini-sisalduse ja diastaasi aktiivsuse määramine. On võimalik teha ka mitmeid seroloogilisi proove, nagu Widali, Huddlesoni ja Paul-Bunneli reaktsioone, kasutades ainult 0,1 ml seerumit.

Protrombiiniaja määramiseks Quicki meetodil on tarvis 0,1 ml vereplasmat. Seda saadakse 0,25 ml verest, mis kohe vere võtmisel antikoagulandiga segatakse. Anorgaanilise fosfori määramiseks Fiske-Subbarovi meetodil piisab 0,3 ml verest.

Vereseerumi leelisreservi on võimalik täpselt kindlaks teha ainult Kopp-Natelsoni mikrogasomeetri abil, mille puhul vajatakse ainult 0,03 ml vereseerumit. Kui nimetatud aparaat puudub, on võimalik vereseerumi väikeses hulgas leelisreservi määrata ainult väga ligilähedaselt H. Lehmani meetodil [P. Perfiletova (4)].

Eeltoodust selgub, et mikromeetriliste uurimismeetodite rakendamise puhul on võimalik ka varaealistel imikutel küllaldasel hulgal mitmesuguseid biokeemilisi ja seroloogilisi uuringuid teha. Need on tänapäeva kliinilises praktikas hädavajalikud haiguse olemuse kindlakstegemiseks ja otstarbekohase ravi määramiseks.

KIRJANDUS

1. Алексеев Н. Г. Лабор. дело, 1962, 3, 55—57. — 2. Булгаков П. П., Добряков Б. С. Лабор. дело, 1962, 5, 34—35. — 3. Кобозева О. М., Кобозев Г. В. Лабор. дело, 1960, 3, 57. — 4. Перфилетова П. Е. Лабор. дело, 1963, 9, 26—27. — 5. Петерсон М. П. Лабор. дело, 1962, 8, 40—41. — 6. Heine, W. Z. med. Labortechnik, 1963, 4, 171—172. — 7. Homolka, J. Chemische Diagnostik im Kindesalter, Berlin, 1961, — 8. Sanz. tsit. 6 j. — 9. Schloss, M. F. Im Buche: M. Büchner, H. C. Gabsch. Moderne chemische Methoden in der Klinik. Leipzig, 1961, S. 772.

МИКРОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Л. Керес

Резюме

Для одного биохимического исследования сыворотки крови требуется обычно 1 мл сыворотки. Такое количество возможно получить из 2,5—3 мл крови. Взятие крови у грудного ребенка в количестве 3 мл представляет относительно большую для него кровопотерю. Вес новорожденного (3,2 кг) в среднем в 20 раз меньше веса взрослого

(64 кг) Следовательно, взятие 3 мл крови у грудного ребенка весом 3 кг равняется 60 мл потери крови у взрослого человека, вес которого равен 60 кг. Если кровь новорожденного нужно исследовать 3 раза, то потребуется всего 9 мл крови; это равно 180 мл(!) крови у взрослого человека. Таким образом, совершенно ясно, что при серологических исследованиях крови у грудных детей мы должны применять микрометрические методы. Тогда для проведения одного биохимического анализа потребуется 0,005—0,1 миллилитра сыворотки, такое количество возможно выделить из 0,15—0,25 мл крови.

Кровь у грудного ребенка берут проколом иглой Франка на подушке последней фаланги пальца руки или же большого пальца стоп. В результате опыта выяснилось, что количество свободно вытекающей крови больше тогда, когда режущий кончик иглы ровный и острый. Таким резцообразным кончиком иглы Франка (ширина режущего края которого равна 2 мм) можно добывать 0,2—0,3 мл крови. Из-за малого количества получаемой сыворотки кровь собирают в толстостенный стеклянный капилляр.

С полученной вышеописанным методом в малом количестве сывороткой крови можно провести различные микрометрические исследования: определение количества С-реактивного белка, индекса билирубина, содержания белков рефрактометрическим методом. определение процентуального отношения фракций белков крови при помощи электрофореза на бумаге, определение содержания хлоридов, также содержания натрия при помощи пламенного фотометра, содержания общего холестерина и активности диастаза и т. д.

SULFOSALITSÜÜLHAPPE REAKTIIVI VALMISTAMISEST VALKUDE MÄÄRAMISEKS URIINIS

B. LUMI

(Nõmme Haiglast, peaarst *A. Joosing*)

Valgu kvantitatiivseks määramiseks uriinis kasutatakse kõige sagedamini sulfosalitsüülhappe reaktsiooni. Meetod on üks tundlikumaid.

Paraku kuulub sulfosalitsüülhape defitsiitsete reaktiivide hulka. Üldiselt aga ei teata, et reaktiivi on ise võimalik igas laboratooriumis E. Dannenbergi meetodi järgi valmistada. Et lähteaineid on alati saada, siis ei ole reaktiivi valmistamine raske.

Võetakse 26 g salitsüülhapet (*Acidum salicylicum*), millele lisatakse 18—20 ml kontsentreeritud väävelhapet. Pidevalt segades kuumutatakse segu aeglaselt vesivannil. 95—100° C juures muutub segu sulfosalitsüülhappe kristallide massiks. Jahtunud segule lisatakse destilleeritud vett kuni 150 ml-ni. Seejärel filtritakse. Filtraat ongi soovitav 20%-line sulfosalitsüülhappe lahus. Meetodit kasutatakse Nõmme Haiglas.

KIRJANDUS

1. Й. Тодоров. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. Перев. с болгарского языка. София, 1963, 48.

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ИЗ СУЛЬФОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ РЕАКТИВА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕЛКА В МОЧЕ

Б. Луми

Резюме

Для количественного определения в моче белка наиболее часто используют реакцию с сульфосалициловой кислотой.

Реактив из сульфосалициловой кислоты можно изготовить по методу Э. Даннен-берга в каждой лаборатории.

GARGOILISM *

M. STRUNKO

(Tallinna I Lastehaiglast, peaarst *T. Ustinova*)

Gargoilism (prantsuse keelest — gargouille — sünonüüm Pfaundler-Hurleri tõbi) on kondroosteodüstroofia, s. o. luustiku kaasasündinud süsteemse kahjustuse üks teisendeid. Erinevalt kondroosteodüstroofiast pole gargoilismi puhul luude süsteemi kahjustused eriti tunduvad, kuid muutused luudes esinevad koos mitmete tähtsate elundisüsteemide järsult väljendunud kahjustuste kliinilise pildiga. Kondroosteodüstroofia pole arstide laialdastes ringkondades varajase lapseea haigusena veel küllaldaselt tuntud. Kuid mainitud haigust ei esinegi nii harva ja praegu on see juba täiesti iseseisev, täpselt piiritletud nosoloogiline ühik.

Esmakordselt kirjeldas gargoilismi 1917. aastal Inglismaal C. Hunter. 1919. aastal demonstreeris M. Pfaundler kaht haiget, G. Hurler aga andis ülevaate selle haiguse kliinikust. 1954. aastaks oli arstiteaduslikus kirjanduses toodud ligikaudu 200 haigusjuhu kirjeldust. Gargoilismi on röntgenoloogiliselt üksikasjalikult iseloomustanud S. Reinberg (2).

E t i o l o o g i a. Gargoilism on kaasasündinud haigus. Seda tuleb ette sporaadiliselt, vahel perekonniti, kusjuures täheldatakse pärilikkuse võimalust vanemate alkoholismi puhul.

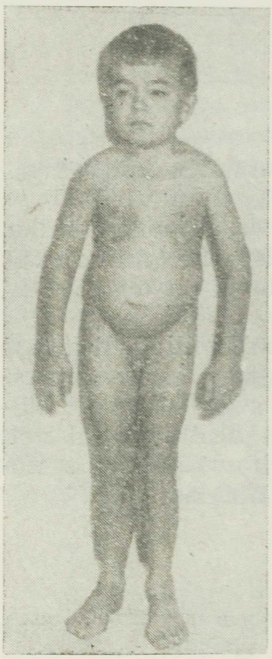


Foto 1

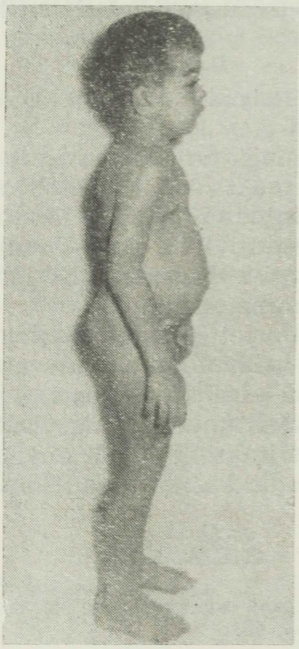


Foto 2

P a t o g e n e e s ei ole veel täiesti selge. Elundeis ja kudedes tekivad muutused mingi (normaalsele organismile mitteomase) aine ladestumisest rakkudesse. Selle aine seostumine valkudega põhjustab nii kahjustuse universaalsuse kui ka kliiniliste nähtude mitmekesisuse.

S ü m p t o m a a t i k a. Haigestunud lapse välimus on tüüpiline ja meeldejääv. Haigusnähud avalduvad 1.—2. eluaastal. Haiguse kestus 10—12 aastat. Surma otsesteks põhjusteks on südamepuudulikkus, kopsupõletik ja tuberkuloos. Diferentsiaaldiagnoosimise puhul tuleb arvestada kondroosteodüstroofia, rahhiidi, üldise hüpotüreoosi, kretinismi, Urovi (Kašin-Beki) tõve ja Downi tõve võimalust. Esitame kirjelduse ühest gargoilismijuhust.

9-aastane poisslaps K. P. viibis haiglas 30. märtsist 4. maini 1962 (haiguslugu nr. 535) ja 14. oktoobrist 16. novembrini 1963 (haiguslugu nr. 1763). Sündinud esimesest rasedusest, mis kulges raske toksikoosiga. Ema on terve, isa alkohoolik. Sünnitus normaalne. Sünnikaal 3 kg 100 g. Kuni aasta vanuseni arenes normaalselt, mille järel märgati mõningat mahajäämust psüühilises arengus. 3-aastaselt hakkas

* Ette kantud Tallinna Pediaatrite Seltsis 31. X 1963. a.

M. Strunko



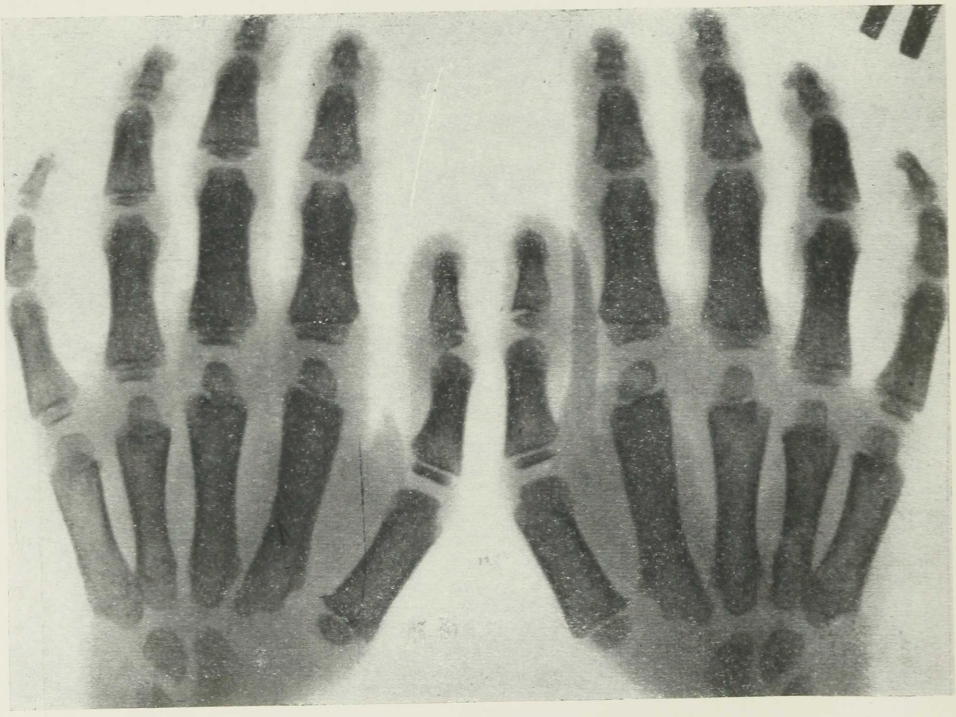
Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 3



Röntgenogramm 4

kõnelema. Enne kolme aastaseks saamist diagnoosisid arstid rahhiiti. 4-aastaselt hakkas lapse välimus muutuma ja tekkis liigeste jäikus. 7 aasta vanuselt täheldati punnsilmsust. Haigust peeti endokrinopaatiaks. Varem põetud haigused: sarlakid, läkaköha, leetrid, tuulerõuged, 4 korda kopsupõletik, nakkuslik kollatõbi ja sageli gripp. Opereeritud nabasonga tõttu. Vanemate suguvõsas pole keegi selliseid haigusi põdenud.

Saabumisel laps mõnevõrra eufooriline, kõne selge. Kasv väike, kere ettepoole kallutatud, kael lühike, rindkere lehtrikujuline, nimmeküfoos (vt. foto 1 ja 2). Kõigi liigeste (eriti randmeliigeste) liikuvus järsult piiratud.

Pea ümbermõõt 53,5 sm. Kolju hüdrotsefaalne, eesmis-tagumises suunas välja veninud, esileulatuvate otsmikukühmudega. Juuksed karedad ja kuivad, näojooned jämedad. Kuulmine nõrgenenud. Eksoftalmia. Laialt avatud sõõrmetega lamenenud nina. Ninasõõrmeist eritub limajas-mädast eritist. Kopsudes kare hingamiskahin. Südametoonid tuhmid. Kõht suur ja pehme. Esineb nabasong.

Maks 10—12 sm roietekaare alt väljas, tihke. Põrn tihke, ulatub 10 sm võrra roietekaarest allapoole. Maks ja põrn pole palpeerimisel valulikud. Kliinilis-laboratoorsete ja biokeemiliste uuringute põhjal mingeid olulisi muutusi ei leitud.

Röntgenoloogiline pilt: kolju hüdrotsefaalne, lambdaõmbluse lahknemine, veresoonte joonis tugevnenud, näokolju vähenenud (tahvel III, röntgenogramm 1). Lülisamba lülide lülikehade eesmis-ülemiste osade väljendunud alaareng, XII rinnalülikeha ülemises osas esineb puue (tahvel III, röntgenogramm 2). Vaagnaluud alaarenenud, puusanapad lamenenud, reieluukaelad paksud ja pikad, epifüsaarsed pead lamedad, laienenud ning suurenenud. Luustumisprotsess jääb east järsult maha, skeleti luud hõrenenud (tahvel IV, röntgenogramm 3), sõrmelülid lühenenud ja paksenenud (tahvel IV, röntgenogramm 4). Röntgenoloogiline uurimine on lõpliku diagnoosi määramisel suureks abiks. Meie haigel olid röntgenoloogiline pilt ja kliinik tüüpilised ning gargoilismi diagnoos ei põhjustanud kahtlusi.

Ravi: soovitatav sümptomaatiline ja üldtugevdav. Patogeneetilist ravi ei ole.

KIRJANDUS

1. Дымман Л. А. Педиатрия, 1961, 7, 58—63. — 2. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1955.

ГАРГОИЛИЗМ

М. Струнко

Резюме

Дается обзор этиологии, патогенеза и симптоматики гаргоилизма. Приводится описание случая гаргоилизма в Таллинской I детской больнице. Автор рекомендует симптоматическое и общеукрепляющее лечение, так как патогенетическое лечение этого заболевания неизвестно.

Abiks velskeitele ja õdedele

SUHKURTÕVE RAVIST

K. KÕRGE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, kateedri juhataja dotsent *K. Kõrge*)

Suhkurtõve — ühe sagedamini esineva ainevahetushaiguse ravirežiimi kindlaksmääramisel ja ravi korraldamisel on keskharidusega meditsiinitöötajail täita oluline osa.

Enne nimetatud küsimuste juurde asumist peatuksime mõne sõnaga selle haiguse diagnoosimisel, sest ka suhkurtõve puhul sõltub ravi edukus haiguse õigeaegsest avastamisest. Suhkurtõppe haigestumise võima-

lusele tuleb igal meditsiinitöötajal mõtelda juba siis, kui tema poole pöördutakse kaebustega tugeva janu, sagedase urineerimise ja kehakaalu ning jõudlusvõime languse üle. Mõnel juhul võivad suhkurtõve tunnused olla hoopis teist laadi. Nii võib mõni suhkruhaige pöörduda arsti või velskri poole kestva, ravile visalt alluva furunkuloosi tõttu, teistel võib aga esineda ekseem või nahasügelus. Leidub haigeid, kellel suhkurtõvesse haigestumise esimesteks signaalideks on nägemishäired, piinavad närvivalud või algav gangreen jalas.

Eksidiagnoose võivad põhjustada suhkurtõve koomaeelsed seisundid. Tuleb silmas pidada, et sel puhul võib välja kujuneda nn. ägedat kõhtu meenutav haiguspilt: ägedad valud kõhus, gaaside peetus, oksendamine, valutundlikkus kõhu komplemisel. Niisuguse haiguspildi põhjal võidakse mingit ägedat kirurgilist haigust (maomulgustust või soolesulgust) diagnoosida ja haige operatsioonile suunata. Seetõttu tuleb kõigil operatsioonile saadetavail muude hädavajalike analüüside kõrval uurida ka uriini suhkru-, atsetooni- ja atseetäädikhappe sisalduse suhtes.

Suhkruhaiguse vormi ja raskuse kindlaksmääramine peab harilikult toimuma haiglas, kus on võimalik patsienti kindla režiimi järgi jälgida. Ülevaate haige seisundist annavad uriini analüüs suhkru, atsetooni ja atseetäädikhappe suhtes ning veresuhkru määramine. Oluline on uriini koguse täpne mõõtmine, mis võimaldab hinnata neerude kaudu eritatava suhkru hulka grammides. Mida rohkem suhkrut organism neerude kaudu kaotab, seda rohkem vajab ta insuliini. See viitabki uriinikoguse täpse mõõtmise tähtsusele. Meditsiiniõde peab selgitama nii haigele kui ka sanitarile ööpäeva jooksul eritatava kogu uriini jäägita kogumise vajadust, ühtlasi peab ta kontrollima selle korralduse täpset täitmist.

Haiglas määratakse kindlaks nn. süsivesikute tolerantsus, s. t. selgitatakse, kui suurt süsivesikute hulka toidus haige talub. Suhkurtõve kergete vormide puhul on organismi süsivesikute- talutavus veel üsna rahuldav. Ravimine võib neil juhtudel piirduda ainult dieediga, mille puhul vähendatakse süsivesikute hulka toidus. Suhkurtõve selline vorm tuleb peamiselt ette vanemas elueas alanud haigusjuhtudel.

Suhkurtõve keskmise raskuse puhul ei piisa ainevahetuse tasakaalustamiseks ainult dieedist, vaid haige vajab peale selle veel insuliini (kümme kuni paarkümmend ühikut päevas) või suhkurtõvevastaseid tablette (oraniil, diaboraal jt.). Viimaseid manustatakse vastavalt vajadusele 1—2 tabletti 1 kuni 3 korda päevas. Peab meeles pidama, et tablette võetakse pärast söömist. Algul antakse mainitud preparaati suuremas annuses, seejärel vähendatakse annust järk-järgult. Haigele selgitatakse, et ka tablettide tarvitamise ajal tuleb dieedist kinni pidada.

Suhkruhaige dieedi määrab kindlaks arst. Dieedi koostis sõltub nii haiguse vormist kui ka haige elueast, kehakaalust ja elukutsest. Üldiselt peab suhkruhaige toit sisaldama 1,5—2 g valke, 0,75—1,5 g rasvu ja 6—12 g süsivesikuid kehakaalu kilogrammi kohta. Dieetõe ülesandeks on kontrollida, et menüü vastaks kindlaksmääratud koostisele. Suhkruhaige toit peab olema mitmekesine ja maitsev ning rahuldama patsiendi kaloritetarviduse, s. t. haige ei tohi tühja kõhtu kannatada. On arusaadav, et vastasel juhul hakkab ta endale toidulisa hankima. Et see toimub sageli arsti ja meditsiiniõe teadmata, ei ole niisugusel juhul võimalik haige tervise seisundist selget pilti saada. Palati-meditsiiniõe ülesandeks on ka jälgida, kas haige temale määratud toiduhulga ära sööb või osa sellest järele jätab. Viimasel juhul tuleb toidu kogus kindlaks teha ja see haigele antava toidu hulgast maha arvata.

Suhkurtõve keskmise ja raskema vormi puhul, s. t. enamikule patsientidest, tuleb samaaegselt vastava dieediga hakata süstima insuliini — süsivesikute-ainevahetust reguleerivat hormooni. Tänu insuliini avastamisele 1921. aastal osutus võimalikuks mitte ainult suhkruhaiget ohus-

tavaid tüsistusi vältida, vaid säilitada patsientidel enamikul juhtudest ka töövõime.

Insuliini süstitakse tavaliselt naha alla. Suhkurtõve raskete vormide puhul, kui insuliini kiire mõju on eriti tarvilik (näiteks suhkurtõve kooma puhul), süstitakse seda ka veeni. Insuliini doseeritakse ühikutes. Enamik insuliiniliike sisaldab ühes milliliitris 40 toimeühikut. Et mõne margi puhul võib ühes milliliitris olla 20 või 80 toimeühikut, tuleb enne süstimist tingimata kontrollida flakooni etiketilt ühes milliliitris sisalduvat ühikute arvu. Vastavalt haiguse raskusele süstitakse insuliini 1 kuni 3 korda päevas, tavaliselt 30 minutit enne söömist.

Insuliin põhjustab veresuhkru hulga languse. Liiga tugev langus (50—60 mg%-le või veelgi madalamale) kutsub organismis esile üsna tugevaid häireid. Niisugune tugev veresuhkru langus ehk hüpoglükeemia võib tekkida järgmistel põhjustel: 1) haigele süstiti eksikombel liiga suur annus insuliini; 2) insuliini süstiti küll ettenähtud koguses, kuid patsient ei söönud pärast süstimist, sõi liiga vähe või suure hilinemisega. Olgu mainitud, et mõnel juhul soodustab hüpoglükeemia arengut ka füüsiline töö.

Veresuhkru langusest (hüpoglükeemiast) tingitud nähte peab iga meditsiinitöötaja hästi tundma, et osata haigele õigeaegset ja otstarbekohast abi anda. Kerge hüpoglükeemia puhul esinevad nõrkus- ja näljatunne, südamepekslemine, higistamine. Haige muutub uniseks, ja kui hüpoglükeemia veelgi süveneb, kaotab ta teadvuse. Edasi võivad tekkida üldised krambid. Hüpoglükeemia on mõne minuti jooksul korvaldatav süsivesikute (suhkur, tärklis) manustamise abil. Kui haige on veel teadvuse juures ja saab neelata, antakse talle juua magusat teed, suhkruvett või süüa midagi magusat või ka leiba. Kui aga haige on teadvuse kaotanud, tuleb talle viinamarjasuhkrulahust veeni süstida, mis tekkinud häired varsti kõrvaldab.

Teadvuse kadumise põhjuseks võivad olla nii insuliini üledoseerimisest tingitud hüpoglükeemia kui ka suhkurtõve progresseerumisest põhjustatud diabeetiline kooma. Mõlema seisundi eristamine on õige ravitaktika valimise seisukohalt suure praktilise tähtsusega. Eelkõige tuleb silmas pidada järgmist: hüpoglükeemia areneb kiiremini kui sunkurtõve kooma. Hüpoglükeemia puhul on nahk higine, diabeetilise kooma puhul aga kuiv. Diabeetilise koomaga haigete hingamine on aeglane ja väga sügav ning hingeõhul on värsket puuvilja (atsetooni) meenutav lõhn. Diabeetilise kooma puhul ei esine krampe. Kui hüpoglükeemiat on võimalik kiiresti kõrvaldada suhkru manustamise teel, siis diabeetilise koomaga haige vajab suuri insuliiniannuseid.

Kui teadvuseta haige puhul ei ole selge, kas on tegemist hüpoglükeemia või diabeetilise koomaga, tuleb ravi alustada viinamarjasuhkrulahuse süstimisega veeni. Hüpoglükeemia puhul ärkab haige umbes 10 minuti möödudes, diabeetilise kooma puhul tema seisund pärast glükoosisüstet ei muutu, seepärast on tarvis insuliiniravi kiiresti alustada.

Diabeetiline kooma tekib siis, kui suhkruhaige ravirežiim ei vasta vajadustele, eelkõige juhul, kui raskema haigusvormiga suhkruhaige ei saa insuliini või saab seda ebapiisaval hulgal. Kooma arenemisele võib kaasa aidata ka mõni lisanduv haigus, nagu näiteks kopsupõletik, mingi trauma või operatsioon. Niisugustel juhtudel tuleb suhkruhaiget eriti hoolikalt jälgida. Nimetatud komplikatsioone soodustavad toidu vähene süsivesikutesisaldus ja samaaegselt rasvade küllus.

Kooma on suhkurtõve väga tõsiseks tüsistuseks, mis ohustab haige elu. Ravi edukus oleneb sellest, kui kiiresti alustatakse insuliinisüstetega. Kui süstimine hilineb üle 24 tunni (kooma tekkimisest arvates), siis on väljavaated haige elu päästmiseks üsna väikesed. Et häid tulemusi saada, tuleb ravi alustada võimalikult varakult. Insuliini peab süstima küllaltki suurtes annustes. Süstemaatilist ravi tuleb jätkata kuni kooma ja atsi-

doosi täieliku kadumiseni, s. t. atsetooni ja atseetäädikhappe reaktsiooni negatiivseks muutumiseni uriinis.

Komatoosses seisundis olevale haigele süstitakse algul 50—100 TÜ insuliini naha alla ja 50 TÜ veeni. 2 tunni pärast süstitakse naha alla veel 50 TÜ insuliini ja seda korratakse kuni teadvuse taastumiseni. Seejärel jätkatakse ravi juba väiksemate annustega, kusjuures süstete intervalle pikendatakse. Üheaegselt insuliiniga niristatakse veeni glükoosi- ja füsioloogilist keedusoolalahust ning süstitakse strofantiini, kordiamiini ja kofeiini. Pärast kooma möödumist jätkatakse ravi küllalt suurte insuliiniannustega ja süsivesikuterikka dieediga.

Et hariliku insuliini mõju kestab ainult 5—6 tundi, süstitakse suhkruhaigele insuliini 2—3 korda päevas, mis on haigele muidugi ebameediv. Süstete arvu päevas saab kestvama toimega insuliinipreparaatide kasutusele võtmisega vähendada. Niisuguse, nn. depooinsuliini iseärasuseks on see, et teatavate lisandite abil aeglustatakse insuliini imendumist süstekohast verre, mille tulemusena preparaadi mõju kestab 12—24 tundi, mõne preparaadi puhul veelgi kauem. Üheks selliseks depooinsuliini preparaadiks on näiteks triprotamiin-tsinkinsuliin. Välimuselt on depooinsuliin piimjas. Enne tarvitamist tuleb seda loksutada.

Harilikku insuliini depooinsuliiniga otsekohe asendada ei tohi. Depooinsuliini manustamine peab toimuma katseliselt kindlakstehtud režiimi kohaselt. Tavaliselt süstitakse preparaati kas varahommikul või õhtul. Insuliini kasutamisel tuleb silmas pidada, et preparaat ei oleks aegunud. Säilitada tuleb insuliini jahedas kohas. Ka insuliiniravi puhul peab haige temale määratud dieedist kinni pidama. Sellest kõrvalekaldumisel võivad välja kujuneda nii hüpoglükeemilised seisundid kui ka diabeetiline kooma.

Esmakordselt haiglaravil viibivale suhkruhaigele, kellel tuleb insuliiniravi kodus jätkata, peab meditsiiniõde insuliini süstimise tehnika juba haiglas selgeks õpetama. Sel puhul on tähtis patsiendi tähelepanu eelkõige juhtida steriilsuse nõuetele. Talle tuleb näidata süstla ja nõelte keetmist, steriilse süstla hoidmist, samuti õpetada insuliini õiget doseerimist ning insuliini võtmist flakoonist, naha puhastamist jne. On tähtis, et haige teeks endale süsteid juba raviasutuses meditsiiniõe kontrolli all. Parimaks süstekohaks on reie esikülg, kuid aastaid kestva insuliiniravi puhul tuleb süsteid teha ka muudesse kehapiirkondadesse. Suhkruhaige ravis on olulise tähtsusega isikliku hügieeni nõuete hoolikas täitmine; siinjuures peab erilist tähelepanu pöörama naha puhtusele. Ravi tulemused on paremad siis, kui haige teeb mõõdukat kehalist tööd, sest sel puhul paraneb suhkru kasutamine organismis.

Suhkruhaiged kuuluvad dispanseerimisele, sest nad vajavad tervise seisundi perioodilist kontrollimist ning mõnikord ka ravirežiimi korrigeerimist. Täpse ja järjekindla raviga on võimalik suhkruhaigetel pidevalt töövõimet säilitada.

О ЛЕЧЕНИИ САХАРНОЙ БОЛЕЗНИ

К. Кырге

Резюме

При лечении сахарной болезни ряд ответственных задач, как наблюдение за состоянием больных и выполнение назначений, возлагают на средних медицинских работников. Необходимо проверять, соблюдает ли больной диету, следить, чтобы через 30 минут после введения инсулина больной обязательно съедал всю свою порцию. Если больной при проведении инсулинотерапии не будет съедать всю назначенную ему пищу, т. е. не будет получать необходимое количество углеводов — у него может развиться гипогликемическое состояние.

Сестра должна хорошо знать симптомы гипогликемического состояния: потливость, слабость, дрожание, сердцебиение, а в более тяжелых случаях — потеря сознания и судороги. Чтобы предотвратить развитие гипогликемии, больному нужно

дать выпить сладкой воды или ввести внутривенно раствор глюкозы. Суточное количество мочи необходимо измерять точно — без этого невозможно правильно оценить ход обменных процессов в организме больного. После выписки из больницы нужно продолжать лечение в домашних условиях, избегая при этом состояния диабетической комы — самого опасного осложнения у больных сахарной болезнью, возникающего при недостаточном поступлении инсулина в организм.

Лечение диабетической комы может быть успешным только в том случае, если его начинают достаточно рано и достаточно большими дозами инсулина (первое введение инсулина — минимум 50 единиц подкожно и 50 единиц внутривенно). Прогноз становится плохим, если лечение комы начинают спустя 24 часа или позже после начала ее.

RASKESTI HAIGE LAPSE TOITMINE

I. MUUGA

(Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Täiesti terve imiku ainevahetus on väga intensiivne, kuid seejuures tasakaalust kergesti väljaviidav. Näiteks on üheaastase lapse põhiainevahetus (55 kalorit 1 kg kehakaalu kohta ööpäevas) 2 korda kiirem kui täiskasvanul. Seoses kiire kasvuga vajavad imikud täiskasvanutest rohkem valke, mineraale ja vitamiine. Kasvava organismi kudedele on omane veel veerohkus ja kalduvus kiiresti tekkivateks veevahetushäireteks. On teada, et imiku ööpäevane veetarvidus 1 kg kehakaalu kohta ületab täiskasvanu veetarviduse 5 korda.

Raskesti haigel lapsel väheneb liikumisega seotud energiakulu lamamise tõttu, kuid teiselt poolt see tõuseb, mis on tingitud nutmisest ja motoorsest rahutusest. Kui laps nutab, võib ta kaloritarve tõusta kahekordseks. Sellest järeldub, et energiatarbe vähendamiseks tuleb haigele tagada rahu. Energia kulu suureneb haiguste puhul ka seoses palavikuga. Kui temperatuur tõuseb ühe kraadi võrra üle 37°, intensiivistub põhiainevahetus 13%. Kudede lagunemise tagajärjel võib põhiainevahetus tõusta 20%. Tuleb arvestada ka seda, et haiguste puhul esineb tihti toitainete kadu sagedase oksendamise ja seedimise puudulikkuse tõttu.

Et tagada lapse normaalne elutegevus ja vastupanuvõime haigustele, on tarvis organismi viia küllaldasel hulgal toitaineid. Nälguse puhul elab organism oma kudede arvel. Näiteks on kolm päeva nälginud imiku maksas ja lihastes olevad glükogeenivarud lõpukorral. Nälgimise ja kudede lammutamise tõttu kuhjuvad organismis ainevahetuse vaheproduktid ja tekib atsidoos.

Haiglas määrab toidu koostise ja söötmise kellaajad arst. Raskesti haigele imikule on soovitatav anda toitu, mis vastab 1 kuu võrra nooremale lapsele. Toidu jagamise ja söötmisega tegelevad meditsiiniõed. Nende tööd raskendab tihti laste isutus, mille tõttu söötmine nõuab erilist hoolt, palju aega ja kannatust. Raskesti haige puhul on iga söödud suutäis väga tähtis. Toitmisel tuleb eriti arvestada lapse maitse iseärasusi, kapriise; tarviduse korral peab menüüd sageli muutma. Kui seisund lubab, tuleb laps söötmise ajaks sülle võtta. Toita tuleb kiirustamata, samal ajal meelitavalt sööma ergutades. Terveid lapsi ei ole lubatud mängimise ajal sööta, kuid haigete puhul võib seda siiski teha.

Meditsiiniõel tuleb jälgida lapse käitumist söömise ajal. Ta peab oskama tähele panna neelamishäireid söögitoru ja suurte veresoonte anomaaliate puhul, imemise raskusi nohu esinemisel, valulikkust neelatamisel keskkõrvapõletiku korral, iivelduse algust jne. Kui laps pärast ravimite andmist oksendab, siis peab meditsiiniõde selgitama, millise ravimi toimel see juhtub. Nendest andmetest on kasu haiguste diagnoosimisel ja söötmisega seotud takistuste analüüsimisel.

Kui laps ei söö selle meditsiiniõe käest, kes talle on valudega seotud protseduure teinud, peab teda toitma ema või mõni teine meditsiiniõde. Vägisi söötmine ei ole lubatud, sest sellele võib järgneda oksendamine, samuti on sel ajal seedefermentide eritus madal. Kui laps on juba üle 1 aasta vanq, kuid teda on kodus toidetud veel luti abil, siis ei või teda haigena hakata ümber õpetama. Laps võib keelduda lusikast söömast ka siis, kui ta on sellest korduvalt mõru ravimit saanud. Sellisel juhul tuleb teda võimaluse korral sööta teistsuguse välimusega lusikast või suurema avaga luti abil. Kui laps tahab ise lusikast süüa, siis tuleb seda igati soodustada.

Söötmise ajal peab laps olema rahulik, sest nutmine võib põhjustada toidu aspireerimise. Pärast söötmist tuleb ta asetada küljeli, et oksendamise puhul vältida toidu sattumist hingamisteedesse. Erilist tähelepanu vajavad oksendamisele kalduvad haiged, kellel esineb suulaelõhe, maolukuti spasm, seederikked jne. Neid tuleb sööta pool-istuvas asendis. Kui laps söömise ajal toitu aspireerib ja läkastama hakkab, tuleb söötmine kohe ajutiselt katkestada ja laps kummuli asetada (näoga allapoole), et soodustada toidu väljaköhimist hingamisteedest. Kõigil teadvusel olevatel ja oksendamisele kalduvatel lastel on pärast toitmist soovitatav ülakeha veidi kõrgemale tõsta. Selleks pannakse voodi päitsipoolsete jalgade alla 10—15 sm kõrgused plokid. Laps pööratakse paremale küljele. Imikut ei tohi pärast söötmist istuli asetada ega sülle võtta. Et ta rahulikult lamaks, antakse talle kätte mõni meeldiv mänguasi. Kõik teadvuseta seisundis oksendamisele kalduvad lapsed on soovitatav pärast söötmist panna külili (ülakeha veidi allapoole). Kui oksendamine tekib pärast mõne ravimi andmist, tuleb seda teha kahe söögikorra vaheajal, mitte vahetult pärast söötmist. Suulae- ja huulelõhedega lapsi peab söötma kas tavalisest pikema luti abil, või kui imemine on takistatud, siis lusikaga. Raskesti haiget last tuleb toita tavalistest söögikordadest sagedamini, isegi 2—3 tunni järel. Kui haige ei jõua lutist imeda, siis peab lusika tarvitusele võtma. Toitmise ajaks uinunud last on soovitatav sööta pool tundi hiljem.

Halva isuga lastele ei tohi söögikordade vaheajal maiustusi anda. Kui laps nõuab maiustusi tungivalt, lubatakse neid talle pärast söötmist, millega ühtlasi meelitatakse teda ettenähtud toitu ära sööma. Maiustustena on näidustatud puuvili, marjad ja mahl, mis ühtlasi tõstavad ka söögiisu. Isu tõstvate vahenditena kasutatakse vaeghappesuse puhul naturaalset maomahla pepsiiniga. Söögiisu parandamiseks peab last võimalikult regulaarselt värskesse õhku viima. Samuti tuleb hoolitseda, et palatid oleksid hästi tuulutatud.

Raskesti ja pikaldaselt põdevate haigete jälgimisel on tähtis kogu aeg silmas pidada nende kaalu. Kui kaaluiive on väike, siis tuleb välja selgitada selle põhjus: kas organismi viiakse liiga vähe toitaineid (osaline nälgus) või eritub neid organismist liigsel hulgal (näiteks suhkruhaigel suhkrut, neeruhaigel valku jne.).

Pahatihti tehakse lapsele halva isu korral glükoosilahuse süsteid veeni ega nähta vaeva hoolikama söötmisega. Veeni süstimine on küllaltki ebameeldiv protseduur, mis võib olla seotud valu ja füüsilise pingutusega. Tuleb arvestada seda, et vere suure suhkrusisalduse puhul ei suuda maks alati kogu glükoosihulka talletada ja see eritub uriiniga. Kui imikule süstida veeni 40%-list glükoosilahust 50 ml päevas, saab organism 20 g süsivesikuid, mis annab ainult 82 kalorit. On aga teada, et imik vajab ööpäevas keskmiselt 120 kalorit kg kehakaalu kohta. Seega ei rahulda süstitud glükoosi hulk isegi mitte 1 kg kehakaalu vajadusi. Sama kaloritehulga oleks laps saanud, kui meditsiiniõde oleks päeva jooksul jootnud talle 110 g rinnapiima või 100 g 5%-lise suhkrusisaldusega lehmapiima või 130 g 15%-lise glükoosisisaldusega morssi. Eeltoodust sel-

gub, et glükoosilahuse süstimisega veeni ei saavutata parenteraalsel toitmisel eriti suurt efekti.

Äärmiselt tähtis on haige hoolikas jootmine. Veeainevahetus on seda labiilsem, mida noorem on laps. Imiku ööpäevane vedelikutarve moodustab 150 ml iga kg kehakaalu kohta. Eriti kalduvad imikud veevahetushäiretele siis, kui neil esineb toksiline düspepsia või soolenakkuse toksiline või toksilis-septiline vorm. Laps kaotab sel puhul oksendamisel ja roojamisel palju vett ja mineraalaineid. Vee vähesuse tõttu ei suuda organism vabaneda toksilistest ainevahetuse lõpp-produktidest, mis peaksid uriiniga erituma. Puuduliku jootmise puhul häiritakse palavikuga haigetel soojuse tasakaalu, sest veepuuduse tõttu on soojuse äraandmine higistamise teel mitteküllaldane.

Oksendamisele kalduv imik talub hästi jahedat (18—20°) vett väikestes hulkades. Seetõttu ei ole alati tarvis vedelikku organismi viia süstimiste teel, vaid haiget tuleb joota 10—15-minutiliste vaheaegade järel kahe teelusikatäie kaupa. Ainuüksi vedeliku andmisega sellises koguses 8 tunni jooksul saab laps kokku 480 ml vedelikku, millest jätkub näiteks 4 kg raskuse imiku veevahetuse tasakaalustamiseks.

Eespool toodust selgub, et meditsiiniõe ülesanded raskesti haige lapse põetamisel ja ravimisel ei ole sugugi väikesed.

КОРМЛЕНИЕ ТЯЖЕЛО БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

И. Муугa

Резюме

Описываются особенности обмена веществ грудного ребенка и подчеркивается значение необходимых для роста белков, минеральных веществ и витаминов в питании больных детей.

Приводится описание способов кормления больных детей, применяемых в Тартуской городской клинической детской больнице. Указывается на нецелесообразность частого внутривенного вливания раствора глюкозы и других лекарственных веществ и показывается как на практике возможно обеспечить организм больного ребенка необходимыми для него количеством воды и пищи путем продуманного и тщательного кормления ребенка.

C-REAKTIIVSE VALGU MÄÄRAMINE HAIGETE VERESEERUMIS

V. MOSSIN

Käesoleval ajal on ilmunud arvukalt artikleid C-reaktiivse valgu kohta nii kodu- kui välismaistelt autoritelt. On kindlaks tehtud, et C-reaktiivne valk puudub tervete inimeste veres ning tekib ainult haiges organismis, kus ta hulk suureneb samaaegselt põletikuliste või destruktiivsete protsesside arenemisega. Paranemise ajal langeb kiiresti C-reaktiivse valgu kontsentratsioon veres.

Nimetatud valgu avastasid W. Tillett ja T. Francis (9) 1930. aastal, kuid oli tarvis umbes 30 aastat selleks, et valmistada küllaldasel hulgal C-reaktiivse valgu antiseerumit. Nõukogude Liidus alustati viimase tööstuslikku tootmist 1962. aastal, mis võimaldas C-reaktiivse valgu proovi laialdaselt kasutama hakata. Suhteliselt lühikese aja jooksul lisas nõukogude arstiteadus C-reaktiivse valgu uurimisele palju uut. Nii on lihtsustatud tootmise tehnoloogiat ja parandatud antiseerumi kvaliteeti, samuti on lihtsustatud ning praktikas kontrollitud C-reaktiivse valgu määramise metoodikat kapillaaride abil. Nõukogude autorid uurisid esimestena C-reaktiivse valgu kliinilist tähtsust põletuste puhul. 1963. a.

lõpuks oli Nõukogude Liidus kodumaistelt autoritelt ilmunud üle 100 C-reaktiivset valku käsitleva artikli. C-reaktiivse valgu määramiseks haige vereseerumis on välja töötatud mitu meetodit [P. Pašinin (3)], millest kõige laialdasemalt on praktikas levinud kapillaarides tehtav pretsipitatsioonireaktsioon. Nimetatud meetod on rajatud sellele, et C-reaktiivne valk sadestub haigelt võetud seerumi segamisel antiseerumiga.

Reaktsiooni metoodika, tulemuste hindamine ja arvestus on väga lihtne. Reaktsiooni võib rakendada haiglas, ambulatooriumis ja koguni haige külastamisel kodus.

Reaktsiooni metoodika

C-reaktiivse valgu määramiseks on vajalikud antiseerum, 9—10 sm pikkused kapillaarid (need saadakse koos antiseerumiga), uuritava haige vereseerum ja statiiv plastiliiniga (valmistatakse ise).

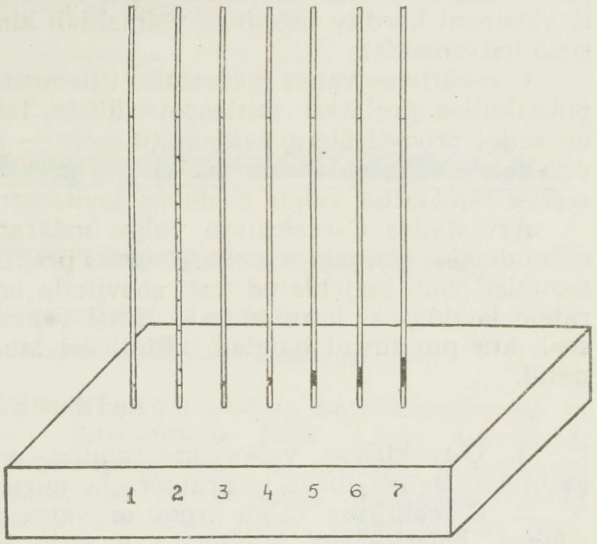
Haigelt võetakse sõrmest (Francke nõelaga) aseptiliselt 6—7 tilka verd mikrokatseklaasi (0,5 sm diameetriga ja 5 sm pikkune) põhja. Veri jäetakse toatemperatuuri juures 20—30 minutiks katseklaasi seisma. Seejärel eemaldatakse hüübinud veri katseklaasi seintelt (klaaspulgaga). Pärast seda paigutatakse katseklaas külmutuskappi (+4° C). 1—2 tunni järel eraldub 2—3 tilka läbipaistvat seerumit, mis on küllaldane reaktsiooni tegemiseks. Statiiviks on plastiliiniga täidetud metallist või puidust karp (võib kasutada süstalde või süstlanõelte karpe). Statiivi mõõtmed: kõrgus 1—1,5 sm, laius 3—5 sm, pikkus 10—20 sm. Kapillaaride märgistamiseks soovitame statiivi servale kirjutada järjekorranumbrid.

Kapillaar täidetakse 1/3 ulatuses C-reaktiivse valgu antiseerumiga (kapillaari hoitakse sel ajal 40—45° kaldenurga all). Seejärel võetakse kapillaari sama palju uuritava haige vereseerumit. On oluline, et seerumi piiril poleks õhumullikesi! Seerum tõuseb kapillaari kapillaarsuse seaduse põhjal. Kapillaar kuivatatakse vati või salvrätiga ja mõlemad seerumid segatakse edasi-tagasi kallutamise teel (5—8 korda). See kapillaari ots, mille kaudu võeti seerumit, surutakse statiivis olevasse plastiliini nii, et seerumi alumine nivoo oleks 1 sm võrra plastiliinist kõrgemal, s. o. seerumite segu peab toetuma õhusambale (vt. joonis).

Et kapillaari fikseerimisel seerumite segu välja ei voolaks, tuleb kapillaari hoida horisontaal-, statiivi aga vertikaalasendis. Pärast ühe või mitme kapillaari fikseerimist jäetakse statiiv lauale toatemperatuuri juures seisma. Umbes 1/2—1 tundi pärast katse algust toimub kapillaaris pretsipitatsioon — tekivad peened helbed, mis pikkamööda alla sadestuvad (õhusambale). Teise tunni lõpuks võime ligilähedaselt reaktsiooni tulemuse määrata, kuid lõplik vastus antakse mitte varem kui 16—18 tunni pärast. Statiiv kapillaaridega paigutatakse heledasse valgusse. Reaktsiooni hinnatakse pretsipitaadi sademe hulga põhjal, mille kõrgust mõõdetakse millimeetrites. Pretsipitaadi puudumisel on tegemist negatiivse reaktsiooniga. Kui sademe sammas on 1 mm kõrgune, on reaktsioon nõrgalt positiivne (+), 2—3 mm kõrguse samba puhul positiivne (++ ja +++), 4 mm kõrguse sademesamba korral on reaktsioon tugevasti positiivne (++++).

Paljude autorite uurimused näitasid, et C-reaktiivset valku esineb stabiilselt kõige erinevamate põletikulis-nekrootiliste protsesside puhul, sõltumata nende etioloogiast. C-reaktiivset valku on leitud reuma, müokardi infarkti, tromboflebiidi, lümfogranulomatoosi, põletushaavade, kopsutuberkuloosi, sarlakite, düsenteeria, Botkini ja kiiritustõve ning paljude muude haiguste ajal. Samuti esineb seda kasvajate lagunemisel ja nende infitseerumisel, operatsioonijärgsel perioodil ning pärast vaktsineerimist mitmesuguste antigeenidega. [A. Goškina ja E. Kolessov (1), T. Kassalitsa (2), P. Pašinin (4), G. Rajevskaja (5), P. Hedlund (6), R. Yocum, A. Doerner (10) jt.].

On kindlaks tehtud, et reumahaigeil on C-reaktiivse valgu proov SR-i, leukotsütaarse reaktsiooni, temperatuurikõvera ja muuga võrreldes kõige tundlikum ja täpsem haigusprotsessi aktiivsuse näitaja. See aitab täpsemalt jälgida haiguse kulu dünaamikat ja ravi efektiivsust ning kontrollida tervistumist. C-reaktiivset valku avastatakse alati müokardi infarkti puhul, stenokardia korral aga mitte. See on nimetatud haiguste diferentsiaaldiagnostikas otsustava tähtsusega, sest tuleb ette müokardi infarkti juhte, mille puhul haigus kulgeb normaalse SR ja leukotsüütide arvu juures, samuti ei esine palavikku ega täheldata muutusi EKG-s. C-reaktiivse valgu kiire kadumine haigete verest, kel oli seda varem tunduval hulgal, on tervistumise alguse tunnistajaks. Ja vastupidi: kui korduvates proovides täheldatakse C-reaktiivse valgu hulga suurenemist, siis viitab see seisundi halvenemisele (retsidiiv, ägenemine, tüsistused jm.). Igal juhul võimaldas C-reaktiivse valgu dünaamiline määramine patoloogilist protsessi iseloomustada mitte ainult kvalitatiivselt, vaid ka kvantitatiivselt.



Joonis. C-reaktiivse valgu määramine. 1 — negatiivne reaktsioon, 2 — pretsipitatsiooni algus, 3 — nõrgalt positiivne reaktsioon, 4, 5 — positiivsed reaktsioonid, 6, 7 — tugevalt positiivsed reaktsioonid

Meie uurisime C-reaktiivset valku kopsupõletikuga (7), angiini ja kroonilise tonsilliidiga (8), gripi, ägeda hingamisteede katarri, kopsutuberkuloosi, eksudatiivse pleuriidi, leptospiroosi, kõhutüüfuse ja Botkini tõvega haigetel. Üldse uurisime 930 20—25 aasta vanust isikut, kellel analüüsiti vereseerumit 3000 korral. Tulemuste põhjal veendusime, et C-reaktiivse valgu proov on tähtis patoloogilise protsessi mittespetsiifiline näitaja. Seda kasutati diagnoosimisel, haigusvormi akuutsuse ja kulu raskuste hindamisel, ravi efektiivsuse ja lähima prognoosi määramisel, tervistumise kontrollimisel ning raviprotsessi täiustamisel. Haiguse akuutsuse ja kulu raskuse hindamisel osutus C-reaktiivse valgu proov kõige tundlikumaks ja mobiilsemaks näitajaks. See suurenes põletikulise protsessi ägenemisel ja vähenes vastavalt protsessi vaibumisele. Samal ajal olid SR ja leukotsüütide arv sageli kogu haiguse kestel normi piirides.

C-reaktiivse valgu proovi kasutati edukalt ka ravi efektiivsuse hindamisel. Seejuures täheldati, et mida kiiremini C-reaktiivne valk kadus, seda efektiivsem oli ravi. Tähelepanekutest nähtub, et angiini, kopsupõletiku, gripi, ägeda hingamisteede katarri ja teiste haiguste põdemisel kadus C-reaktiivne valk vereseerumist kiiremini siis, kui kompleksses ravis võeti kasutusele toksikatsiooni vähendavaid vahendeid (40% glükoosilahust C- ja B_1-vitamiiniga, 1—2 süstet ööpäevas palavikuperioodil) ja nn. palavikku vähendavaid ravimeid 0,5 g × 4 päevas (aspiriini, amidopüriini jt.). Neid manustati mitte ainult palaviku ajal, vaid ka pärast temperatuuri normaliseerumist. Nimetatud ravimite kasutamine kergendas haiguse kulgu ja kiirendas tervistumist.

C-reaktiivse valgu proovi rakendamisel tervistumise kontrollimiseks tuleb lähtuda sellest, et C-reaktiivne valk on nn. ägeda faasi valguks. Ta tekib haiguse ägeda faasi alguses ja kaob selle lõppemisel. Meie tähelepanekute järgi langes C-reaktiivse valgu kadumine ühte täieliku tervistumisega 53%-l juhtudest; 14%-l esinesid haiguse jääknähud või tüsistused. 33%-l oli kiirenenud SR või leukotsütoos. Teisest küljest oli 12%-l rekonvalestsentidel ainsaks jätkuva põletikulise protsessi näitajaks C-reaktiivse valgu positiivne proov, mis on eriti suure praktilise tähtsusega.

Äsja kadunud C-reaktiivne valk võib haige vereseerumisse uuesti ilmuda haiguse retsidiveerumisel, tüsistuste tekkimisel või kaasneva kroonilise haiguse aktiviseerumisel (tuberkuloos, reuma jt.). C-reaktiivse valgu proov on abiks kopsupõletike, kopsutuberkuloosi, eksudatiivse pleuriidi ja reuma atüüpiliste ning pühkunud vormide diagnoosimisel. Reaktsiooni korduv tegemine võimaldab kindlaks teha patoloogilise protsessi halvenemist.

C-reaktiivse valgu määramise tulemuste põhjal võisime veenduda, et põletikulise protsessi mittespetsiifiliste, laboratoorsete näitajate hulgas on sellel proovil üks vaieldamatu eelis — nimelt C-reaktiivne valk puudub terve inimese vereseerumis. Sel põhjusel viitab patoloogilisele protsessile nimetatud valgu mistahes kontsentratsioon veres.

Arvestades C-reaktiivse valgu määramise lihtsat metoodikat, selle rakendamise võimalust ambulatoorses praktikas ja kodumaise antiseerumi tootmist, võib kirjeldatud testi soovitada arstidele, velskritele ja akušööridele laialdaseks kasutamiseks. Eriti väärtuslik on nimetatud metoodika seal, kus puuduvad haiglad, kliinilised laboratooriumid ja röntgenikabinetid.

Järeldused

1. C-reaktiivse valgu määramine pretsipitatsioonireaktsiooni abil kapillaarides on uueks laboratoorseks uurimismeetodiks.

2. C-reaktiivse valgu proov on suure praktilise tähtsusega diagnoosimisel, haigusvormi akuutsuse ja kulu raskuse ning ravi efektiivsuse hindamisel, samuti ka tervistumise kontrollimisel paljude erinevate haiguste puhul.

3. Proovi lihtne metoodika ja C-reaktiivse valgu kodumaise antiseerumi tootmine lõid soodsad tingimused nimetatud testi laialdasemaks rakendamiseks haiglates ja ambulatooriumides.

KIRJANDUS

1. Гошкина А. И. и Колесов Е. В. Вестн. хирургии, 1961, 8, 24—26. — 2. Касалица Ч. Л. Терапевт. архив, 1963, 4, 106—108. — 3. Пашинин П. М. Лабор. дело, 1961, 5, 3—8. — 4. Пашинин П. М. Сов. медицина, 1961, 6, 61—66. — 5. Раевская Г. А. Сов. медицина, 1961, 4, 16—22. — 6. Heglund, P. Acta med. scand., Suppl. 361, 1961, 7—64. — 7. Mossin, V. ja Pašinin, P. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 2, 33—36. — 8. Mossin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 6, 28—30. — 9. Tillett, W. S., Francis, T. J. Exptl. Med., 1930, 52, 4, 561—571. — 10. Yocum, R .S., Doerner, A. A. Arch. Internal. Med., 1957, 99, 1, 74—81

ОПРЕДЕЛЕНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ

В. Мосин

Резюме

Установлено, что С-реактивный белок отсутствует в сыворотке крови здоровых людей и возникает только в больном организме, причем количество С-реактивного белка увеличивается одновременно с развитием в организме воспалительных и деструктивных процессов. При выздоровлении концентрация С-реактивного белка в крови начинает быстро уменьшаться.

Для определения С-реактивного белка в сыворотке крови существует несколько методов, причем наиболее широко распространена реакция преципитации в капилляр-

ных трубочках. Метод этот основывается на выпадении белка в осадок при смешивании сыворотки больного с соответствующей антисывороткой. Методика постановки реакции, оценка и учет результатов очень просты. Реакцию можно ставить в больнице, амбулатории и даже при посещении больного на дому.

Автор провел исследование содержания С-реактивного белка в сыворотке крови больных пневмонией, ангиной, хроническим тонзиллитом, гриппом, острым катаром дыхательных путей, туберкулезом легких, эксудативным плевритом, лептоспирозом, брюшным тифом и болезнью Боткина. Вообще было обследовано 930 лиц в возрасте 20—25 лет, кровь которых подвергли исследованию в 3000 случаях. На основании результатов можно сказать, что реакция на С-реактивный белок является важным неспецифическим показателем патологического процесса. Эту пробу использовали для диагностирования, оценки остроты и тяжести течения заболевания, определения эффективности лечения и прогноза, контроля результатов лечения и для улучшения процесса лечения. При оценке остроты заболевания и тяжести течения его результат пробы на С-реактивный белок оказался самым чувствительным и наиболее мобильным показателем. Он увеличивался при обострении воспалительного процесса и уменьшался соответственно стиханию процесса, тогда как РОЭ и количество лейкоцитов в течение заболевания зачастую не выходили за пределы нормы.

Kaadri ettevalmistamine

ARSTIDE JA FARMATSEUTIDE TÄIENDUSKURSUSED

Arstiteaduse kandidaat *L. BARÕŠEVA*
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna ülem

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium on arstide spetsialiseerumis- ja täienduskursuste korraldamisel juhendunud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjast nr. 78 (20. veebruarist 1960. a.) «Arstide ja proviisorite spetsialiseerumise ja täiendamise parandamise abinõudest» ning 1963. a. jaanuaris toimunud üleliidulise nõupidamise materjalidest. Mainitud käskkirja põhjal tuleb maarajoonide ravi- ja profülaktikaasutustes töötavaid arste täienduskursustele saata iga kolme aasta järel, linnades töötavaid aga iga 5 aasta järel.

Tabelites 1 ja 2 on toodud vabariiklikest ja üleliidulistest täienduskursustest osavõtnud arstide arv (aastail 1959—1963 erialade järgi). Meie vabariigis on arstid viibinud spetsialiseerumis- ja täienduskursustel järgmiselt: 1959. aastal 127, 1960. aastal 123, 1961. aastal 192, 1962. aastal 201 ning 1963. aastal 243 isikut. Seega on meil täidetud ülalmainitud käskkirjas esitatud nõue 10% arstide spetsialiseerumis- ja täienduskursusele suunamise kohta.

Spetsialiseerumisele tuleb saata peamiselt neid, kes on oma erialal töötanud vähem kui viis aastat. Käesoleval ajal toimub vajadusest tingituna nn. esmane spetsialiseerumine, mille puhul arst läheb eriala omandama kohe pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist. See on vajalik sellepärast, et äsja lõpetanud arstid on meil üldprofiiliga raviarstid ja nad pole tööks kitsal erialal (röntgenoloogia, oftalmoloogia jt.) küllaldaselt ette valmistatud.

Spetsialiseerumise kohalikeks baasideks on vabariigi suuremad ravi- ja profülaktikaasutused, nagu Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla, Tartu Linna Kliiniline Haigla, Tallinna Vabariiklik Haigla, Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, vabariiklikud eriprofiiliga dispanserid jt. Suur tähtsus kursuste kvaliteedi parandamisel on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistidel ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna professoritel-õppejõududel. Arstide spetsialiseerumise parandamiseks organisatsioonilises mõttes ja kursuste teoreetilise taseme

tõstmiseks on vabariigis aastatel 1962—1964 hakatud kursustel pidama loenguid (õppetunde) eraldi rühmades. Loengud 4—6 isikust koosnevates rühmades võimaldavad parandada arstide teoreetilist ettevalmistust.

Kohalike spetsialiseerumisbaaside võrdleval hindamisel tuleb märkida arstide-pediaatrite head ettevalmistust nii Tallinna kui ka Tartu tervishoiuasutustes, neuropatoloogide head ettevalmistust Tartu Vabariiklikus Haiglas, ftisiaatritel Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris. Peab märkima, et sanitaararstide ja epidemioloogide spetsialiseerumine toimub ebarahuldavalt. Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade bakterioloogid on viibinud kursustel küll Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis, kuid Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam pole epidemiolooge ette valmistanud. See töö on piirdunud ainult seminaride korraldamisega. On teada, et ka onkoloogide spetsialiseerumine toimub nõrgalt.

Tabel 1

Eesti NSV kohalikkudes baasides spetsialiseerunud arstide arv 1959.—1963. a.

Jrk. nr.	Eriala nimetus	1959. a.	1960. a.	1961. a.	1962. a.	1963. a.
1.	Sanitaaria	—	4	—	—	—
2.	Bakterioloogia	—	—	—	7	—
3.	Röntgenoloogia	7	2	9	10	13
4.	Onkoloogia	3	3	1	—	3
5.	Uroloogia	—	—	—	—	1
6.	Kirurgia	4	2	4	3	8
7.	Anestesioloogia	—	1	5	2	1
8.	Otolarüngoloogia	3	—	1	1	3
9.	Oftalmoloogia	6	1	1	—	3
10.	Teraapia	9	2	9	10	13
11.	Endokrinoloogia	1	1	1	—	1
12.	Elektrokardioloogia	6	1	5	—	12
13.	Füsioteraapia	—	—	1	—	
14.	Nakkushaigused	1	—	1	—	2
15.	Laboratoorne töö	1	—	1	1	3
16.	Pediaatria	9	8	7	4	12
17.	Günekoloogia	4	4	5	5	7
18	Neuropatoloogia	2	1	4	—	5
19.	Ftisiaatria	5	4	8	6	4
20.	Dermatoloogia	1	—	—	—	—
21.	Histoloogia	1	—	—	—	—
22.	Seroloogia	1	—	1	—	—
23.	Stomatoloogia	3	7	13	11	12
		67	41	77	60	103

Tähtsaks lõiguks on täienduskursuste korraldajate endi ettevalmistamine. Selleks organiseeriti 1962. a. üleliidulistes riiklikes arstide täiendusinstituutides lühiajalised (kuni kahekuulised) kursused osakonnajuhatajatele — spetsialiseerumise kohalike baaside lektoritele. Tervishoiu ministri ettepanekul kinnitasid nende haiglate peaarstid ,kus täiendamine toimub, käskkirja alusel lektorite koosseisu. Nimetatud käskkirjade põhjal pidas kaadriosakond arvestust kursuste lektorite kohta, selleks et neid plaani järgi täiendamisele saata. Kursustel omandavad nad teadmisi mitte ainult oma erialal, vaid õpivad tundma ka õppeprotsessi metoodilist juhtimist. 1964. a. täiendasid end 17 arsti-lektorit. 1964. aastal alustas tegevust ühiskondlikul alusel töötav arstide täiendamis- ja spetsialiseerumiskateeder Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna juures (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 3, 72—78).

Proviisorite spetsialiseerumist praegu meie vabariigis ei toimu. Sellega tegelevad üleliidulised asutused Kiievis, Moskvas ja Leningradis. Spetsialiseerumisel viibisid 1959. aastal 5 proviisorit, sealhulgas 2 aptee-

Tabel 2

ARSTIDE KVALIFIKATSIOONI TÕSTMINE VÄLJASPOOL VABARIIGI PIIRE AASTATE JÄRGI

Jrk. nr.	Eriala nimetus	1959		1960		1961		1962		1963	
		Spetsialiseerumine ja täiendamine	Kaugõppe teel täiendamine	Spetsialiseerumine ja täiendamine	Kaugõppe teel täiendamine	Spetsialiseerumine ja täiendamine	Kaugõppe teel täiendamine	Spetsialiseerumine ja täiendamine	Kaugõppe teel täiendamine	Spetsialiseerumine ja täiendamine	Kaugõppe teel täiendamine
1.	Tervishoiukorraldus	—	—	1	2	1	—	—	4	1	11
2.	Nakkushaigused	1	—	1	—	4	—	3	—	5	—
3.	Teraapia, endokrinoloogia, kardioloogia	7	—	9	—	18	—	16	3	19	—
4.	Kirurgia, traumatoloogia, ftisiokirurgia, anestesioloogia	7	—	11	—	8	—	12	—	15	1 —
5.	Pediaatria	4	—	5	1	8	—	8	1	12	—
6.	Sünnitusabi-günekoloogia	4	—	7	—	2	—	10	—	6	—
7.	Sanitaaria, epidemioloogia, bakterioloogia	9	—	3	—	8	2	9	5	10	3
8.	Ftisiaatria	2	—	3	—	4	8	3	11	5	—
9.	Oftalmoloogia	2	—	1	—	4	—	1	—	1	—
10.	Otorinolarüngoloogia	1	—	1	—	—	—	3	—	3	—
11.	Luutuberkuloos	1	—	2	—	1	—	3	—	1	—
12.	Tsiviilõhukaitse	1	—	13	—	11	—	10	1	10	—
13.	Psühhiaatria	1	—	2	—	1	—	2	—	2	1
14.	Röntgenoloogia	5	—	1	—	6	—	9	2	7	1
15.	Füsioteraapia ja ravivõimlemine	2	—	3	—	6	—	2	—	3	—
16.	Uroloogia	1	—	4	—	2	—	1	—	1	—
17.	Dermatoloogia	—	—	1	—	1	—	1	1	4	—
18.	Kliinilise laboratooriumi töö	1	—	5	—	2	—	1	—	1	—
19.	Neuropatoloogia	1	—	1	1	4	—	3	—	5	—
20.	Stomatoloogia	—	—	3	—	7	—	11	—	9	—
21.	Onkoloogia	1	—	—	—	1	—	—	1	1	—
22.	Kohtumeditsiini ekspertiis	3	—	—	—	2	—	3	—	3	—
23.	Muud erialad	6	—	1	—	2	1	1	—	—	—
		60	—	78	4	104	11	112	29	124	16

gijuhatajate erialal, 2 retseptaar-kontrolöri, 1 analüütiku erialal; 1960. aastal 5 proviisorit (3 apteegijuhatajat, 1 analüütik, 1 retseptaar-kontrolör); 1961. aastal 5 proviisorit (4 apteegijuhatajat, 1 farmatseut-inspektor); 1962. aastal 8 proviisorit (1 apteegiala organisaator, 3 apteegijuhatajat, 3 analüütikut, 1 retseptaar-kontrolör); 1963. aastal 5 proviisorit (3 apteegijuhatajat, 2 analüütikut).

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium peab hädavajalikuks proviisorite täienduskursuste korraldamist meil kohapeal. Senini on proviisoritest viibinud täiendusel ja spetsialiseerumisel keskmiselt 5 isikut aastas. Vabariigis töötava 500 proviisori (kaasa arvatud haigla apteekides töötavad) kohta pole see arv kahtlemata küllaldane. Seejuures tuleb aga arvestada veel asjaolu, et meil puudub võimalus hulgaliselt proviisoreid pikemaks ajaks eemaldada nende igapäevase töö juurest. Sellest lähtudes on soovitatav organiseerida kursusi, mis toimuksid 2—3-päevaste tsüklitena kogu aasta jooksul. Tingimata peab selleks olema koostatud programm. Täienduskursuste efektiivsuse tõstmiseks peaksid kursandid materjali varem läbi töötama, mis kursuste ajal tuleks täpsustada ning lõplikult omandada. Tähtis on samuti uue metoodika selgeksõppimine. Sellisel viisil on igal aastal võimalik tõsta 50 proviisori kvalifikatsiooni.

Meie vabariigist suunatakse arste täiendamisele Arstide Kesktäiendusinstituuti Moskvasse ja riiklikesse arstide täiendusinstituutidesse Leningradi, Harkovi, Minski ja Tbilisi. Sinna saadetakse eriarste, kelle tööstaaž on üle 5 aasta ning kes on viibinud spetsialiseerumisel vähemalt üks kord mõnes kohalikus asutuses. Aastail 1959—1963 täiendamisel viibinud arstide arvust annab erialade järgi ülevaate tabel 2. Eelnevalt ettevalmistatuna õppisid täienduskursustel 1960. aastal 4, 1961. aastal 11, 1962. aastal 29, 1963. aastal 16 arsti. 1964. aastaks on saabunud 73 avaldust. Iga aastaga suureneb arstide arv, kes täiendavad end Moskvas. Kui 1959. aastal Arstide Kesktäiendusinstituudis viibinud arstidest oli 20% ka varem täiendusel olnud, siis oli 1962. a. selliseid 41% ning 1963. a. umbes 50%. Eesti NSV tervishoiu ministri ja Arstide Kesktäiendusinstituudi direktori M. Kovrigina kokkuleppe põhjal suunati 1963. a. instituuti väljaspool konkurssi meie vabariigist 56 arsti.

Suhteliselt vähe arste spetsialiseerub tervishoiuorganisatsiooni alal. Meie ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad lähevad meeleldi õppima oma kohakaasluse erialal, mitte aga oma põhitöökoha erialal. Vähe suunatakse kursustele bakteriolooge, arste-laborante, epidemiolooge ja psühhiaatreid. Viimase kahe aasta jooksul on suurenenud täienduskursustest osavõtvate kirurgide, pediaatrite, terapeutide, sanitaararstide, ftisiaatrite ja stomatoloogide arv.

Perspektiivne on Arstide Kesktäiendusinstituudi temaatiliste väljasõidutsüklite organiseerimine. Sel puhul sõidab professorite-õppejõudude brigaad mõnda liiduvabariiki. Kuu aja jooksul loetakse arstidele erialane tsükkel nende teadmiste täiendamiseks. Niisuguse tsükli korraldas 1963. a. Tallinnas Leningradi Riiklik Arstide Täiendusinstituut infektsionistidele. 1964. a. mais-juunis toimus ühekuuline väljasõidutsükkel ftisiaatritele, mille organiseerisid Arstide Kesktäiendusinstituudi tuberkuloosi kateedri õppejõud. Nendel kursustel täiendasid oma teadmisi 30—50 arsti.

Järgmiseks tähtsaks küsimuseks on kursustele suunatavate isikute õige valik. Nagu eespool mainitud, tuleb arstide ja proviisorite kursustele saatmise planeerimisel lähtuda põhimõttest, et maal töötavaid arste on soovitatav lähetada täiendusele iga 3 aasta, linnades töötavaid aga iga 5 aasta järel. Tehakse ka erandeid. Tuleb arvestada, et spetsialist puudub oma töökohalt 3—4 kuud ja teda peab ajutiselt asendama. Ordinatuuri lõpetanud arsti ei ole otstarbekas pikema aja vältel täienduskursustele suunata. Samuti pole tarvis spetsialiseerumisele ja täiendamisele saata arsti, kes kohe pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist hakkab tööle suures haiglas või kliinikus.

Nimetatud asjaolusid arvestades on tervishoiu ministeerium koostanud individuaalplaanid täienduskursuste korraldamiseks. Kaadriosakond teeb nimekirja rajoonide ja vabariiklike haiglate peaarstide, tervishoiuosakondade ja organisatsioonilis-metoodiliste kabinettide juhatajate ning vabariigi peaspetsialistide ettepanekute ja tellimuste põhjal. On soovitatav, et niisugused nimekirjad koostataks ka vabariiklikes ravi- ja profülaktikaasutustes ning rajoonides.

Pole ükskõik, kas täiendusel olnud arstid töötavad oma erialal või kas raviasutuste juhatajad kasutavad spetsialiste õigesti. Kaadriosakond on teinud suure töö spetsialiseerumisel viibinud arstide rakendamise kontrollimisel. Selgus, et enamik arste jätkab omandatud erialal töötamist kas põhitöökohal või kohakaasluse korras. Kuid tuleb ette ka kahetsusväärseid ja põhjendamatuid juhte arstide sellisele erialale spetsialiseeruma suunamisel, kus nad varem pole töötanud ega ole suutelisedki töötama, või siis eriala muutmises, mil näiteks senini terapeudina töötanud arst pärast kursuste lõpetamist peagi läheb üle mõnele kitsale erialale.

Loomulikult ei lahenda arstide ja proviisorite täienduskursused kvalifikatsiooni tõstmise probleemi lõplikult. On väga tähtis arstide kvalifikatsiooni tõstmise õige organiseerimine ja läbiviimine nende igapäevase töö käigus. Selles osas on meie vabariigis nii mõndagi ära tehtud. Korraldatakse arstide konverentse, jaoskonnaarstide plaanilist ettevalmistamist haiglates, seminare, perioodiliselt ilmuva meditsiinilise kirjanduse levitamist ja tundmaõppimist. Senisest rohkem tuleb kasutada Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilist Raamatukogu, hoogustada arstide seltside tegevust ja kommunistliku töö eesrindlase nimetust taotlevate meditsiinitöötajate vabatahtlikult kohustuseks võetud eriala omandamist. Igal aastal astub meil 10 arsti kliinilisse ordinatuuri. Paljud arstid õpivad aspirantuuris statsionaarselt või mittestatsionaarselt.

Arstide erialaste teadmiste plaanikindel täiendamine tagab elanikkonnale kvalifitseeritud arstiabi andmise.

КУРСЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ И ФАРМАЦЕВТОВ

Л. Барышева

Резюме

Из врачей нашей республики на курсах специализации и усовершенствования находилось в 1959 году — 127 человек, в 1960 г. — 123, в 1961 г. — 197, в 1962 г. — 201 и в 1963 г. — 243 (см. таблицы 1 и 2). В качестве местных баз для специализации врачей были использованы крупные лечебно-профилактические учреждения республики, как Тартуская республиканская клиническая больница, Тартуская городская клиническая больница, Таллинская республиканская больница, Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены, республиканские диспансеры и др. Врачи направляются также на усовершенствование в Центральный институт усовершенствования в Москве и государственные институты для усовершенствования врачей в Ленинграде, Харькове, Минске и Тбилиси.

Специализация и усовершенствование врачей проходят в основном хорошо, только специализацию санитарных врачей и эпидемиологов нельзя признать удовлетворительной. Сравнительно мало врачей проходит специализацию по организации здравоохранения.

Специализация провизоров в республике не проводится и происходит во всесоюзных учреждениях в Киеве, Москве и Ленинграде. Министерство здравоохранения Эстонской ССР считает необходимым организацию курсов усовершенствования для провизоров на месте.

Важным вопросом является правильный подбор лиц направляемых на курсы. При этом желательно чтобы врачи, работающие в сельской местности, направлялись на усовершенствование через каждые 3 года, а врачи из городов через каждые 5 лет.

Не следует думать, что курсы усовершенствования смогут полностью разрешить проблему повышения квалификации. Большое значение имеют правильные организация и проведения повышения квалификации врачей в процессе их повседневной работы. В этой части в республике имеются некоторые достижения.

TERAPEUTIDE IGAPÄEVASEST KVALIFIKATSIOONI TÕSTMISEST

Arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN*
Tallinna peaterapeut

Sisehaiguste arstide kvalifikatsiooni tõstmine on sageli tervishoiuorganite, arstkonna ja meditsiinilise ajakirjanduse arutlusobjektiks. Mõned terapeudid arvavad, et kvalifikatsiooni tõstmises on peamine tähtsus täiendusinstituutidesse suunamisel. Selle seisukoha lükkas ümber I. Davõdovski (4). Ta kirjutas noortele arstidele: «... ärge igatsege täiendusinstituudi järele. Kursusteks võib olla iga haigla... ja kui selles haiglas on arukad ning haritud kirurgid, terapeudid, patoloogid ja teised spetsialistid, siis leidub igas rajoonis noorte arstide teadmiste täiendamiseks nii õppebaase kui ka õpetajaid».

Vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 395 (31. juulist 1963. a.) tuleb terapeutidel töötada haiglas perioodiliselt 6—12 kuud. Sellega seoses suureneb eriti osakonnajuhataja osatähtsus. Ta peab olema terapeutide kasvatajaks ja õpetajaks. See ülesanne on talle kohustuslik (vt. I ja II kategooria terapeutide atesteerimise juhend).

V. Katerov (4) tõstab esile kümmekond omadust, mida iga arst peab endas kasvatama. Need on järgmised: täpsus, arstlik vaatlemisoskus, süstemaatilisus töös, tähelepanelikkus haige seisundi hindamisel, kriitiline suhtumine vaatlusandmeisse ja objektiivsus otsustamisel, kiire otsustusvõime, rangelt loogiline mõtlemine, töö süsteemipärane ratsionaliseerimine (jõu, aja ja vahendite kokkuhoid), hoolikas ja südamlik suhtumine haigesse. Rõhutada tuleks eriti süsteemi tähtsust nii haige läbivaatamisel, diagnoosimisel kui ka ravimisel. Ütleksime nõnda: terapeutide kvalifikatsiooni tõstmine algab siis, kui nende töö muutub süsteemipäraseks.

Kvalifikatsiooni tõstmisel igapäevase töö käigus tuleks jälgida nelja põhisuunda: 1) arstiteadusliku kirjanduse süstemaatiline ja kontrollitav tundmaõppimine; 2) jooksva töö õige korraldamine; 3) osavõtt teaduslike seltside, seminaride ja konverentside tööst; 4) referaatide kohustuslik koostamine või teaduslik-praktiline töö. Allpool käsitleme mainitud küsimusi üksikasjalikumalt. 1. Haiglas töötamise aja pikenemist arvesse võttes koostasime sisehaiguste osakonnajuhatajate ja arstide abistamiseks terapeutide kvalifikatsiooni tõstmise programmi. Selle esimene osa käsitleb üldpõhimõtteid arstide töötamisel haiglas, kus kõige enam tähelepanu nõuavad: a) anamneesi võtmise õige metoodika, kaasa arvatud epidemioloogilised andmed ja teated varem kasutatud ravimite kohta; b) objektiivse läbivaatuse õige metoodika; c) varajase ja diferentsiaaldiagnostika küsimused; d) funktsionaaldiagnostika probleemid; e) kompleksravi, kaasa arvatud dieet, füsioteraapia, funktsionaalne ravi, samuti ka ravimite toimemehhanism; f) haigete töövõime ekspertiis; g) haiguste kulu ja ravi iseärasused eakatel inimestel; h) haiguste nomenklatuur ja diagnooside teaduslikult õige sõnastus.

Keskmise eluea pikenemisest tingituna kasvab arstiabi vajavate hulgas eakate inimeste arv. Samal ajal ei ole terapeutide teadmised gerontoloogias ja geriaatrias nõutaval tasemel. Arvame, et iga statsionaaris töötav terapeut peab tutvuma L. Binet' ja Fr. Bourliere' toimetatud käsiraamatuga «Gerontoloogia alused» (7).

Haiglas töötades peab arst omandama: a) elektrokardiograafia alused; b) teiste instrumentaalsete uurimismeetodite põhimõtted (fonokardiograafia, bronhoskoopia, laparoskoopia jne.); c) röntgenidiagnostika alused, ka röntgenogrammide hindamine ja haige ettevalmistamine röntgeniläbivaatuseks; d) funktsionaaldiagnostika alused (venoosse rõhu mõõtmise tehnika, oksühemomeetria, südame ja veresoonkonna funkt-

sionaalsete proovide tegemine jms.); e) laboratoorse töö alused, ka SR, hemoglobiini hulga ja leukotsüütide arvu määramine perifeerses veres ning suhkru määramine uriinis; f) diagnoosimise ja ravikehakultuuri põhimõtted, füsioteraapia ning kuurordiravi näidustused ja vastunäidustused; g) tähtsaimad diagnoosimis- ja ravivõtted.

Programmi esimese osa lisana esitatakse soovitatava kirjanduse nimestik, kus peale sisehaigusi käsitlevate käsiraamatute leiduvad niisugused monograafiad nagu L. Šeputo «Dialektilise materialismi küsimused ja meditsiin» (10), V. Vograliku ja N. Jordanski toimetatud «Sisehaiguste ravi üldised alused (6), M. Dali «Patoloogilis-anatoomiliste ja kliiniliste diagnooside sõnastus» (3) jt.

Programmi teises osas käsitletakse sisehaiguste alaseid tähtsamaid küsimusi. Iga peatüki juurde kuulub (süda ja veresoonkond, hingamiselundid jne.) kirjanduse loetelu. Soovitatavast 10—15 monograafiast tuleb 1—2 kohustuslikult läbi töötada. Teraapia eriprobleemidele on pühendatud peatükk «Sisehaiguste üldküsimused», milles leiavad käsitlemist neuroosid sisehaiguste kliinikus, dientsefaalsed sündroomid, kollagenoosid, allergoosid ja subfebriilse temperatuuriga haigete uurimise, antibiootikumide ning kortikosteroidhormoonide ratsionaalse kasutamise põhimõtted. See omalaadne sissejuhatus sisehaiguste kliinikusse on erakordselt tähtis, sest loetletud küsimusi ei tunne arstid veel küllaldaselt. Märgime, et Rumeenia arstide ja farmatseutide täiendusinstituudis loengutega esinenud akadeemik I. Hatieganu (11) puudutas sisehaiguste eriprobleemidena niisuguseid küsimusi nagu närvisüsteem ja siseelundite korrelatsioon, komatoossed seisundid, subfebriilne temperatuur jne. Edaspidi kavatseme Tallinnas korraldada sel alal spetsiaalseid seminare. Erilist tähelepanu pööratakse funktsionaaldiagnostikale ja töövõimetusekspertiisile. Eeldatakse, et arst peaks aasta jooksul 25—30 erialast raamatut läbi lugema. Osakonnajuhataja on sealjuures eelkõige konsultandiks. Tööprotsessis on ka täiesti võimalik tutvuda sellega, kuivõrd regulaarselt arst arstiteaduslikku kirjandust loeb.

2. Suurt tähtsust terapeudi kvalifikatsiooni tõstmisel omab tema vahetu töötamine haiglas, samuti osakonnajuhataja töö ordinaatoritega. Raske on osakonnajuhataja visiidi kasvatuslikku ja õpetuslikku tähtsust üle hinnata. Sealjuures ei ole viimaste aastate arstiteaduslikus kirjanduses visiidi metoodikat ja tehnikat peaaegu üldse valgustatud. Möödunud 15 aasta kestel on sellele küsimusele pühendatud meie üks artikkel [G. Reinberg (8)]. Näib, et osakonnajuhataja «suuri visiite», millest võtavad osa kõik osakonnaordinaatorid, pole otstarbekohane korraldada (siin ei mõelda instituutide ja ülikoolide kliinikuid). Niisuguse visiidi õigustamiseks on ainult üks argument: ordinaatoril on võimalus tutvuda osakonna kõikide haigetega. Peab mainima, et isegi see põhjendus on vaieldav. Praktika näitab, et sellised visiidid, mida haiged õigustatult nimetavad «läbilendudeks», ei võimalda iga patsiendi haigust sügavamalt analüüsida.

Visiit koosneb kolmest osast: algul (mitte palatis) tutvub osakonnajuhataja haiguslooga, pöörab tähelepanu selle vormistamisele ja diagnoosimise ning ravi küsimustele, mis on raviarstile ebaselgeks jäänud. Sellele järgneb visiit. On otstarbekohane, et osakonnajuhataja ka ise pööraks tähelepanu anamneesile. Teatavasti tulenevad paljud diagnoosimisvead just anamneesi oskamatust võtmisest. Lõpuks (jällegi mitte palatis) toimub iga patsiendi haiguse arutelu. See algab saatekirjal oleva diagnoosi analüüsimisest, ambulatoorse kaardi (seal, kus see on olemas) läbivaatamisest ja raviarsti määratud diagnoosi analüüsimisest. On tarvilik, et ordinaator põhjendaks (suuliselt) diagnoosi ja ravi. Ühelt poolt õpetab see arstlikult mõtlema ja haiguse patogeneesi mõistma, teiselt poolt selgitab motiveeritud ravimist ja vabanemist küllaltki levinud polüpragmaasiast. Suurt tähelepanu pöörame diagnoosi õigele pato-

geneetilisele formuleerimisele. Pärast seda võtab osakonnajuhataja seisukoha diagnoosi ja raviarsti taktika suhtes.

Mis puutub terapeutide töösse polikliinikus, mida ei saa eraldada arstide tööst ja kvalifikatsiooni tõstmisest haiglas, siis on ka siin suur osa täita osakonnajuhatajal. Polikliiniku sisehaiguste osakonna juhataja peaks aeg-ajalt 1—1½ tundi viibima iga jaoskonnaarsti vastuvõtul. Hiljem analüüsitakse vastuvõtu kvaliteeti.

3. Kord nädalas korraldatakse haiglas arutelu. Aruteluks tuleb valida sageli põetavaid haigusi, mille diagnoosimisel või ravimisel tehakse vigu. Enamikul juhtudest esitatakse anamneesi ja objektiivse läbivaatuse andmed, diagnoos määratakse aga ühiselt. Tallinna Harjumäe Haiglas võtavad niisugustest aruteludest osa kuni 30 terapeuti. Me veendusime, et sellised kliinilised mõttevahetused aktiviseerivad arste tunduvalt.

Rohkem tähelepanu tuleb pöörata kõigi vigade põhjuste väljaselgitamisele ja õige diagnoosimise metoodikale. Peab märkima, et arstid ei tunne neid küsimusi veel küllaldaselt. Seepärast on soovitatav, et iga terapeut õpiks tundma niisuguseid töid nagu G. Reinbergi «Diagnoosimise metoodika» (8), S. Giljarovski «Diagnostikast» (1), N. Krakovski ja J. Gritsman «Vead kirurgia praktikas» (5). Pole mõeldav, et nende raamatutega tutvumine lahendab kõik diagnoosimisraskused. Ent siiski aitavad mainitud tööd arstidel paremini mõista diagnoosimise elemente ja tehtud vigade põhjusi.

Terapeutide kvalifikatsiooni tõstmisel etendab tähtsat osa polikliinikus ja statsionaaris määratud diagnooside õige analüüsimine. Selles peab peegelduma üksikute arstide diagnoosimisoskuse tase ja diagnoosimise kvaliteet üksikute haiguste järgi. Niisugust analüüsi tehakse praegu enamikus Tallinna raviasutustes. Sõltuvalt sellest, missuguste haiguste alal esineb enam vigu, võetakse vastavad ettekanded ka seminaride ja konverentside plaani. Enamikus raviasutustest on arstide kvalifikatsiooni tõstmise konverentside jaoks määratud üks tund nädalas.

Kord kuus toimuvad patoloogilis-anatoomilised konverentsid. Ka nendel tuleks vähem tähelepanu pöörata kasuistilistele juhtudele ja enam käsitleda sagedamini esinevaid haigusi. Väga kasulik on temaatiliste seminaride korraldamine. Me planeerime konverentse ja seminare sisehaiguste piirialade küsimustes. Nii toimuvad terapeutide ja akušöörgünekoloogide, terapeutide, infektsionistide jt. ühised konverentsid.

4. Terapeudi kvalifikatsiooni igapäevane tõstmine on tihedalt seotud teaduslik-üldistava tegevusega. Peab tunnistama, et ettepanek tegelda teaduslik-praktilise tööga ei leia arstide poolt mitte alati küllaldast tähelepanu. Millegipärast arvatakse, et selleks on tarvis spetsiaalseid laboratooriume ja aparaate ning niisuguse töö tegemiseks on eesõigus vastavatel teaduslikel asutustel. Kahtlemata on need vaated ekslikud.

Kes siis peab arsti abistama esimeste sammude tegemisel selles suunas? Kahtlemata osakonnajuhataja. On väga oluline, et arstide-praktikute teaduslik-üldistava töö planeerimisel ei esineks šablooni. Tuleb eriti rõhutada individuaalset lähenemist arstile, kusjuures peab arvestama tema eelnevat ettevalmistust. Oleme arvamusel, et statsionaaris töötamisel peab iga terapeut koostama referaate või vormistama teaduslik-üldistava iseloomuga kirjutisi või kirjeldama kasuistilisi tähelepanekuid. Referaadi maht ei tohi tavaliselt ületada 8—10 lehekülge. Selle lõplikuks redigeerimiseks peab osakonnajuhataja 2—3 korrektuuri tegema. Harilikult on tarvis arstile soovitada üht-kaht kõige kättesaadavamat kirjanduse allikat (ülejäänud leiab ta ise) ning anda näitlik referaadi plaan. Mis teaduslik-praktilistesse uurimistesse puutub, siis tuleb eelkõige arvestada autori soovi; kuid linna ulatuses peab temaatika koordineerima peaspetsialistidega. Käesoleval ajal tegeleb Tallinnas teaduslik-praktilise uurimistööga üle 30 terapeudi. Tallinna terapeutide kva-

lifikatsiooni tõstmise programmi kohaselt toimub pärast arsti tööaja lõppemist haiglas temaga vestlus, millest võtavad osa osakonnajuhataja ja peaarsti asetäitjad.

Arstide igapäevane kvalifikatsiooni tõstmine nõuab tunduvalt suuremat tähelepanu, kui seda on senini osutatud. Teadmiste süstemaatiline täiendamine võimaldab arstil mitte maha jääda neist suurtest nõuetest, mida tänapäeva arstiteadus meile esitab.

KIRJANDUS

1. Гиляревский С. А. О диагностике. М., 1953. — 2. Давыдовский И. В. Врачу-гражданину. Мед газета, 14. VI 1963 (2211). — 3. Даль М. К. Формулировка патологоанатомического и клинического диагноза Киев, 1958. — 4. Катеров В. И. Введение по врачебно-клиническую практику. Казань, 1960. — 5. Краковский Н. Я., Грицман Ю. Я. Ошибки в хирургической практике. М., 1959. — 6. Общие основы терапии внутренних органов. Под. ред. Вогралик В. Г. и Йорданский Н. Н., Горький, 1961. — 7. Основы геронтологии. Под ред. Бине Л. и Бурльер Ф. Перев. с франц. М., 1960. — 8. Рейнберг Г. А. Сов. медицина, 1947, 8, 41—44. — 9. Рейнберг Г. А. Методика диагноза. М., 1961. — 10. Шепуто Л. Л. Вопросы диалектического материализма и мендицина. М., 1963. — 11. Hatieganu, I. Clinica si patologie medicala. Bucuresti, Vol. I, 1955, Vol. II, 1958.

О ПОВСЕДНЕВНОМ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

Н. Эльштейн

Резюме

При повышении квалификации терапевтов в процессе повседневной работы необходимо следить, чтобы: 1) врачи систематически читали медицинскую литературу, 2) организовали правильно свою работу, 3) принимали участие в работе научных обществ, семинаров и конференций, 4) составляли рефераты и занимались научной работой.

Одновременно с повседневной работой врачи должны прорабатывать определенный минимум рекомендуемой литературы (по соответствующему списку).

Для правильной организации работы врача ему должен помогать и руководить им заведующий отделением.

Раз в неделю в больнице проводят обсуждение. Для обсуждения следует выбрать часто встречающихся заболеваний, при диагностировании или лечении которых делают ошибки. В Таллинской больнице Харьюмяэ в таких обсуждениях принимают участие до 30 терапевтов. Такие клинические обмены мнениями активизируют врачей. При повышении квалификации терапевтов важное значение имеет правильный анализ диагнозов поставленных в поликлинике и стационаре. В анализе должно быть отражено уровень диагностической способности и качество диагностирования по отдельным болезням. Такой анализ проводится в настоящее время в большинстве таллинских лечебных учреждений.

Предложения заниматься научно-практической работой находят не всегда требуемый отклик у врачей. Полагают, что для этого необходимы специальные лаборатории и аппараты и такой деятельностью должны заниматься соответствующие научные учреждения. Несомненно, что взгляды эти ошибочны.

На первых шагах в этом направлении врачу должен оказать помощь заведующий отделением. К врачу необходимо подходить индивидуально, учитывая предшествующую подготовку врача и его интересы. В настоящее время в Таллине заняты научно-практической исследовательской работой более 30 терапевтов.

Повседневное повышение квалификации врачей требует гораздо большего внимания, чем ему уделялось до настоящего времени.

UUT TÄIENDUST ARSTIDE JA FARMATSEUTIDE PERELE

Käesoleva aasta kevadel andis Tartu Riiklik Ülikool meie vabariigile järjekordse lennu uusi arste ja farmatseute-proviisoreid. Arsti kvalifikatsiooni said 143, arst-stomatoloogi 21 ja proviisori kutse 23 noort spetsialisti. Olgu märgitud, et seekordne lõpetaja sai kätte ajutise tunnistuse. Uue korra kohaselt tuleb noorel spetsialistil töötada temale määratud kohal üks aasta ja alles siis, kui ta on näidanud end tubli ning küllalt küpse spetsialistina, saab ta kätte diplomi.

Arstid

1. Malle Aaver
2. Madis Allik
3. Viivi Ansip
4. Maia Arutalu
5. Kai Eiland
6. Helgi Erilane
7. Tiiu Friedland
8. Dmitri Golovats
9. Aili Haamer
10. Anne Haldre
11. Kai Haosalu
12. Elvi Haran
13. Anne Heinberk
14. Imbi Helari
15. Ivi-Mai Helenurm
16. Paul-Aleksander Holvandus
17. Tiiu Härm
18. Leelu Jaama
19. Juta Jalango
20. Asta Kaelas
21. Arnold Kaldma
22. Kersti Kerson
23. Moonika Kippasto
24. Jaan Kirss
25. Ene Kirch
26. Helju Kivi
27. Viive Kivisaar
28. Saima Koit
29. Helvi Koppel
30. Maimu Kukk
31. Samuel Kuulmann
32. Tiina Kuusk
33. Aili Kõll
34. Hilja Köhler
35. Urmo Kööbi
36. Maia Kööse1
37. Elmut Laane (kiitusega)
38. Helgi Laurits
39. Ly-Meedi Leesik
40. Asta Lepik
41. Aade Liigant (kiitusega)
42. Andrus Lipand
43. Tiiu Lipand
44. Aita Luts
45. Anne-Eliisabet Lõhmus
46. Eha Lõhmus
47. Enn Lõuk
48. Helgi-Aime Maamets
49. Tiiu Malleus
50. Malle Margus
51. Milvi Martinson
52. Inge Merioja
53. Järvi Metspalu
54. Heino Mirme
55. Iivi Mõttus
56. Maimu Mõtt
57. Tiiu Nilson
58. Liina-Riina Nymann
59. Urve Noormaa
60. Milvi Nupp
61. Ants Nääb
62. Ingrid Paal
63. Lea Padar
64. Aleksei Panov
65. Mai Parmas
66. Ene Pau
67. Maie Peets
68. Jüri Pihl
69. Erene Pogemaa
70. Helgi Pohla
71. Juhan Prints
72. Antonina Purru
73. Aime Põld
74. Hilja Pärt
75. Metta Päsok
76. Otto Raud
77. Diotima-Tiiu Rebane
78. Mati Ress
79. Lehte Ristimägi
80. Mai Roose (kiitusega)
81. Reet Rosental
82. Andrus Rumm
83. Maris Saare
84. Aime Salajõe
85. Viivi-Ann Saluvere
86. Leida Sauemägi
87. Luule Savisaar
88. Ennu Sepp
89. Helbe Simon
90. Liivi Soha
91. Niina Sokolova
92. Ruth Soonets
93. Toomas-Andres Sulling
94. Mare Summatavet
95. Harry Tamm
96. Made Tamm
97. Piia Tarm
98. Külli-Mai Teesalu
99. Airi Tiks
100. Helgi Tohver
101. Liidia Tohver
102. Olli Toomik
103. Ene-Mai Torm
104. Vello Tubli
105. Urve Tõrva
106. Ants Turo
107. Inge Täheväli
108. Mare-Liis Täll
109. Arvi Tühis
110. Elve Urm
111. Sirli Urvaste
112. Maido Uusküla
113. Tatjana Vainik
114. Elle Vallandi
115. Ann Vask (kiitusega)
116. Anu Vedler
117. Helvi Viira
118. Vilja Välimaa
119. Kelli Änilane
120. Galina Ananjeva
121. Lev Berštein
122. Tatjana Borovskaja
123. Galina Butorina
124. Viktor Fedossejev
125. Maja Frolova
126. Maria Gavrilova
127. Lempi Kirs
128. Tatjana Kossinova
129. Rita Malahhova
130. Vladimir Muzõka
131. Ljudmila Potapova
132. Valentina Reisenbuk
133. Tiiu Saar
134. Nadežda Samsonova
135. Anatoli Sivenkov
136. Henrietta Sivenkova (kiitusega)
137. Isidora Smirnova
138. Sofija Strutsovskaja
139. Ljudmilla Žoltikova
140. Larissa Uusküla

141. Galina Veressova
142. Nelli Vill
143. Maria Voronina (kiitusega)

Arst-stomatoloogid

1. Tiiu Anton
2. Vaike Arpo
3. Elvi Erik
4. Hingi Holm
5. Ivi Kink
6. Anne-Liis Kork
7. Maie Kornel
8. Piia Kurvet
9. Silja Kutsar
10. Vellu Lehtla
11. Aino Leita
12. Ene Lindvere
13. Maire Lõokene
14. Aita Mändre
15. Maie Nilson
16. Erika-Felicia Pedraudse
17. Anu Protsin
18. Eve-Marju Raotma
19. Marje Rosin
20. Valve Tajur
21. Noimi Vaher

Proviisorid

1. Merle Alet
2. Tiiu Allandi
3. Ina Hallik
4. Ann Insler
5. Enn Kanter
6. Pilvi Kattel
7. Siivi-Sirje Kriisk
8. Helju Kusma
9. Maret Männik
10. Mai Müür
11. Vello Nisu
12. Eha Nurmiste
13. Laine Pakkanen
14. Liina Pärni
15. Piia Pärni
16. Aime Pikker
17. Viivi Raudsepp
18. Aime Rohtmaa
19. Malle Sujev
20. Malle Sutt
21. Ene Tandru
22. Ene Uusna
23. Urve Väljaots

I. Maaroos

JÄRJEKORDNE LEND TALLINNA MEDITSIINILISEST KOOLIST

Tallinna Meditsiinilise Kooli XIX lend sai 27. juunil diplomid kätte. Kooli direktor N. Tihane, riikliku eksamikomisjoni esimees, Eesti NSV teeneline arst A. Gavrilov ja õppejõud võisid rõõmustada lõpetajate heade teoreetiliste ja praktiliste oskuste üle. Lõpetajaid oli kokku 94, neist kaugõppeosakonnas 33. Kiitusega lõpetajaid oli tänavu 6.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Anne Aarman
Galina Avtonomova
Alevtina Bogdanova (kiitusega)
Ludmilla Fesko
Maimu Flink (kiitusega)
Tiina Hiiemäe
Urve Hünerson
Galina Jablotškova
Jekaterina Juditš
Eneken Järvis
Malle Kaljas
Jevgenia Kask
Mare Kingsepp (kiitusega)
Marju Kivi
Vilma Kivisäk
Jekaterina Klüiko
Tamara Kovalenko
Aida Krull
Ene Kääp
Evi Liivak
Maire Lintner
Liina Lipp
Reet Maamets
Maimu Maaslepp
Maria Markieva
Roza Mironenko
Tatjana Mitšurova
Tamara Moor
Leili Nõmm
Maie Nõmm
Liilia Oja
Tiia Olde (kiitusega)
Mare Ollesk
Mall Oruste
Anne Piirisaar
Ellen Prand
Nelli Pružanova
Irja Pärg
Ene Pärn (kiitusega)
Malle Randva
Emilia Rikkinen
Vilja Rohtsalu
Anne-Liis Rokk
Larissa Russinova
Anne Saar
Valentina Sergejeva
Tamara Sivkova
Tatjana Šiškina
Elsi Tabur
Elvi Tever
Ellen Tomingas
Maire Vanda

Riina Veersalu
Linda Velling
Mare Viilo
Silvi Viira
Maria Vladimirova
Ludmilla Volkova (kiitusega)
Nadežda Vostrikova
Lidia Žukova-Nekrassova
Galina Žurina

Kaugõppeosakond

Meditsiiniõed

Taisia Afanasjeva
Vaike Aljasmäe
Viktor Andra
Tiiu Arusoo
Jekaterina Efremova
Galina Einbaum
Elve Elson
Lii Keba
Elvi Korbelainen
Olga Kustašova
Ella Kägu
Helju Laak
Aino Männik
Elviira Neiman-Tarassova
Maarja Paul
Galina Pesljak
Tüüne Piir
Henriette Pommer
Helju Preast
Anne Purje
Irene Puutükk
Maimu Sivi
Martre Soone
Nadežda Sursoho
Marin Sõber
Benita Tamtik
Elsa Tiivoja
Arnold Toho
Armilda Uluots
Olga Usgam
Helju Vaibla
Maire-Johanna Varato
Asja Veges

Velskrid

Ilme Rannik
K. Sõerde

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI LÕPETAJAD 1964. A.

3. juulil 1964. a. toimus Tartu Meditsiinilises Koolis lõpuaktus, kus anti diplomid 72 lõpetajale. Seekordsed lõpetajad on kooli 32. lennuks, kellest 60 õppis päevases osakonnas ja 12 kaugõppeosakonnas meditsiiniõdede erialal. Statsionaarse osakonna lõpetajate hulgas oli 26 meditsiiniõde, 14 velsker-laboranti ja esimene lend lasteasutuste meditsiiniõdesid (20 lõpetajat).

Lõpuaktusel esinesid sõnavõttudega kooli direktor V. Parvet, klassi juhataja T. Kudu jt. Lõpetajaid oli tulnud tervitama ka Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri peaarst, vabariigi teeneline arst V. Paškov.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Luule Algma
Aime Ilves
Tiiu Iskül
Ilmi Kaseväli (kiitusega)
Mari-Aime Kikas
Lia Kiudorf
Tiiu Koppel
Anne Kuningas
Mai Laanemets
Lea Lapp
Mare Michelson
Silvi Näro
Viiu Pajuväli
Anu Palk
Tiiu Parts
Külli Pütsepp
Maimo Riisenberg
Juta Rääk
Mai Saar
Reet Saar
Hele-Rut Saaroja
Tiina Saron
Mai Siider
Aime Säre
Marje Uuk
Eda Vaher

Lasteasutuste meditsiiniõed

Irene-Ilona Aljas
Riina Anni
Helga Böning
Tiina Kallaste
Kaja Kalle
Viia Kull
Silvi Laumets
Ene Liiv

Helju Liiv
Asta-Hele Lupp
Liisu Muttik
Reet Pae
Elvi Plaado
Svetlana Smirnova
Anne-Reet Soidla
Silvi Tamm
Livia Teder
Taimi Truupõld
Anne Veinmann (kiitusega)
Tiiu Vinnal

Velsker-laborandid

Tiiu Haviko (kiitusega)
Tiina Juksaar
Enda Kahu
Maie Kallaste
Urve Kaur
Kaja Leis
Helgi Nõmm
Helgi Oja
Aino Pastik
Linda Piir
Kersti Sillaste
Maie Tipka
Tiia Tõnisson
Leili Tölp

Kaugõppeosakond

Meditsiiniõed

Maie Alliksaar
Leida Kaseste
Lea Leesik
Aasa Loidap
Milvi Loorents
Elvi Maaring
Lya Martinson
Vaira Moks
Ilse Männik (kiitusega)
Eha Prost
Valve Pääslane
Liidia Soosaar

A. Horn

Arstiteaduse ajaloost

MÄRKMEID LAHINGUTEEDELT

Arstiteaduse kandidaat *A. NORDBERG*

1944. a. suve algul valmistus 8. Eesti Laskurkorpus Nõukogude Eesti vabastamiseks. Laskurkorpuse väeosad paiknesid sel ajal Kingissepast lääne pool, Narva jõe kalda lähistes metsades. Meditsiinitöötajad ja sanitaarallüksused olid lahinguüksuste juures, andsid haigestunutele arstiabi ning jätkasid samal ajal ka lahingulist väljaõpet.

7. Eesti Laskurdiviisi 86. Üksik Meditsiinilis-Sanitaarpataljon (ÜMSP) paiknes Kingissepa äärelinnas, elektrijaama ümbruses. Enamik pataljoni koosseisust elas telkides, sest nii elamud kui ka elektrijaam olid sõjategevuses purustatud. ÜMSP arstid ja keskharidusega meditsiinipersonal olid kõrge kvalifikatsiooniga. Nad omasid rikkalikke kogemusi Velikije Luki lahingute päevilt, samuti olid nad läbi teinud lahingulise ettevalmistuse kõik etapid.

Sõjaväelaste üldine haigestumus oli madal, üksikuid nakkushaigustesse haigestumise juhtumeid täheldati haruharva. Niisugune oli olukord, kui 7. Eesti Laskurdiviis alustas lahingutegevust Nõukogude Eesti vabastamiseks. Et meie diviisi võitlejad olid hästi ette valmistatud ja treenitud, näitasid nad ka üles imestusväärset vaprust ja vastupidavust, liikudes lahinguid pidades edasi 30—40 kilomeetrit päevas.

24. juulil 1944. a. jõudis eelgrupp, kuhu kuulusid arstid A. Seppo ja B. Pšenitšnikov, velsker A. Haljas ning mitmed meditsiiniõed ja sanitarid, koos suurtükiväepolguga Narva jõe kaldale, kus polk lahingupositsioonid sisse võttis. 25. juuli hommikul kell 7.00 avati katjuušade kolme kogupauguga suurtükiväe ettevalmistustuli. See kanonaad igakaliibrilistest relvadest kestis umbes 2 tundi. Üle meie lendavad suure-

kaliibrilised mürsud panid õhu vappuma ja raske oli isegi püsti seista võimsate õhulainete tõttu. Pärast seda algas Narva jõe forsseerimine ja rünnak linnale. Jõest üleminek toimus parvede, paatide ning muude käepärast olevate vahenditega. Samal päeval ehitati kahes kohas üle jõe ujuksillad.

Pärast Narva vabastamist selgus, et vaenlase ründamine Soome lahe ja Peipsi järve vahelisel alal, kus ta oli end erakordselt tugevasti kindlustanud ja rohkesti miinivälju rajanud, nõuab suuri ohvreid. Tuli arvestada ka selle piirkonna halba teedevõrku ja läbimatuid soid. Asjatute ohvrite vältimiseks otsustas Punaarmee juhtkond 8. Eesti Laskurkorpuse koos Punaarmee teiste väeosadega suunata ligi 200 kilomeetri kaugusele Narvast, et forsseerida mõne kilomeetri laiune väin Peipsi ja Pihkva järve ühinemiskohal. 13. septembril transporditi ÜMSP üle väina. Sama päeva õhtuks jõuti sihtkohta — Tartu lähedale Sootaga asulasse (vt. skeem).

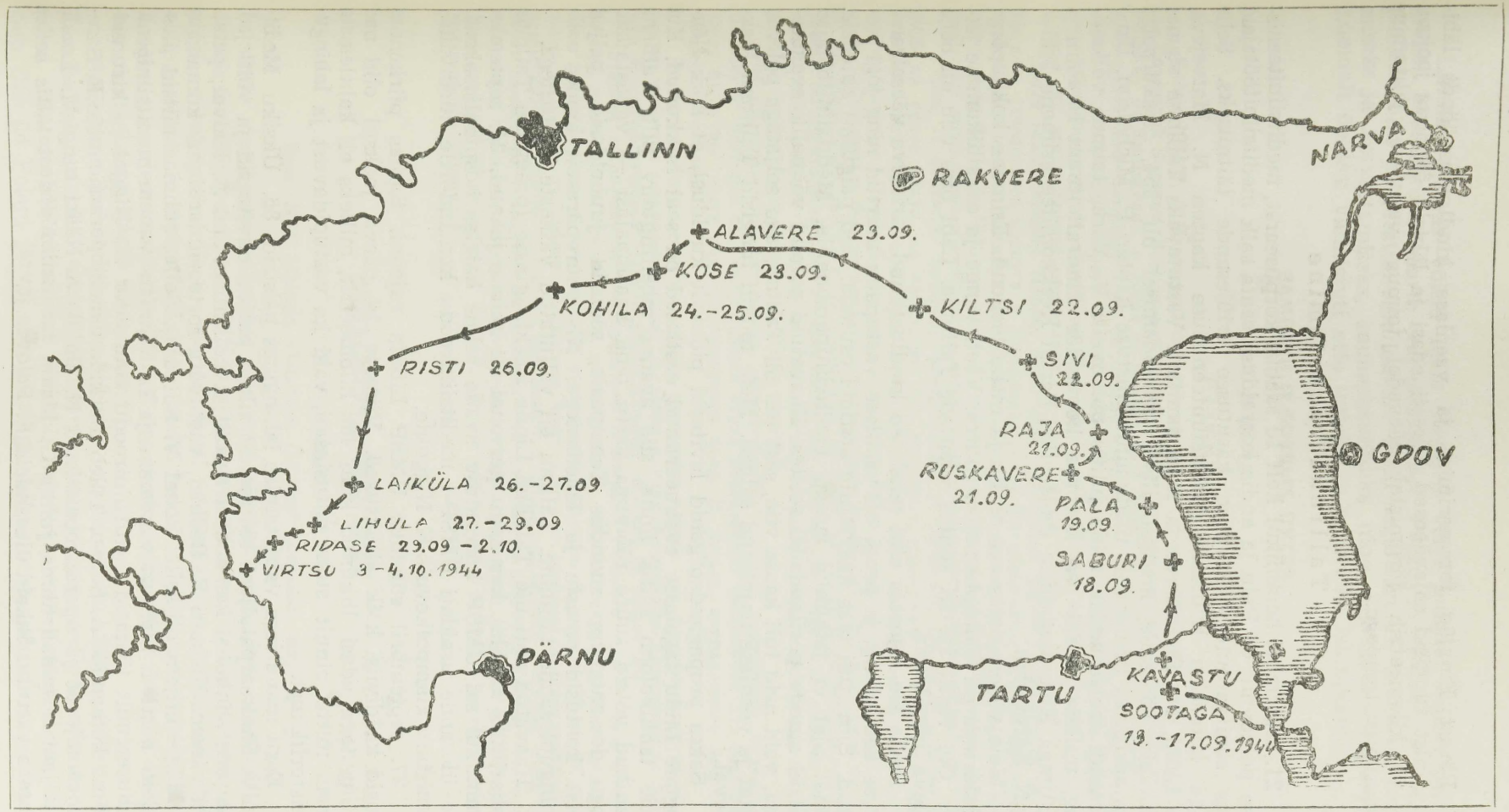
Emajõe ületamine

Diviis sai ülesande forsseerida Emajõgi, s. t. läbi murda 3—4 kilomeetri laiuses frondi lõigus saksa armee tugevad kindlustused jõe vasakul kaldal ja jälitada Tartust põhja-ida suunas taganevat vaenlast. ÜMSP oli paigutatud Sootaga asulasse kahte teineteisest 500 meetri kaugusel asuvasse talusse. Ühes nendest olid majandusblokk, köök, ladu, autopark ja paranejate haigete rühm. Teises, talu 4-toalises elumajas organiseeriti operatsiooniblokk ja palat šokihaigete ravimiseks. Kõik muud osakonnad oli mahutatud telkidesse. Peale selle olid kergesti haavatute jaoks küünis sisse seatud narid 80—100 inimesele. Seejuures pöörati erilist tähelepanu võimalusele, et haavatuid võib saabuda massiliselt. ÜMSP-i töötajad olid paigutatud telkidesse ja osaliselt ka heinaküünidesse.

15. ja 16. septembril valmistuti Emajõe forsseerimiseks. 17. septembri hommikul algas pealetung. Täpselt kell 7 avati suurtükiväe ettevalmistustuli, mis läks üle tohutuks kanonaadiks ja kestis ligi tund. Kella 10 paiku saabusid esimesed haavatud. Lahingu alguses suunati 8 autot polgu meditsiinipunkti käsutusse, 3 autot oli ÜMSP komandöri reservis. Kogu ÜMSP koosseis töötas väsimatult, haavatute vastuvõtt ja nende abistamine kulgesid kiiresti.

Peatselt saadi teada, et Emajõgi on ületatud ja vaenlase kindlustusvöönd läbi murtud ning lahingud ja pealetung edukalt kandunud 8—10 kilomeetrit jõest põhja poole. Kella 18 paiku oli ÜMSP-isse saabunud juba umbes 200 haavatut. Ligi pooled neist evakueeriti kohe edasi hospidali, mis asus 4 kilomeetri kaugusel. Välipeaevakueerimispunkt (ГОПЭП) oli 12 kilomeetri kaugusel männimetsas. 18. septembril alustati juba haavatute evakueerimist Tartusse. ГОПЭП-i autod töötasid vaheaegadeta kuni kella 18-ni ning suutsid edasi saata kõik ÜMSP-ist saabuvad haavatud. Seejärel sai ÜMSP käsu edasi liikuda. Kell 20.30 pandi kõik hädavajalik varustus autodele ning sõideti uude kohta lahinguüksustele järele. Paigale jäid pooled hospidalirühma töötajatest ja 18 haavatut, keda polnud võimalik nende raske seisundi tõttu transportida, samuti ka evakueerimisosakond ning staap.

Ajutise diviisimeditsiinipunkti (DMP) organiseerimiseks jõest ülemineku kohal suunati 267. ÜMSP-ist korpusearsti korralduse põhjal salk järgmises koosseisus: arst Š. Gulordava, operatsiooniõde E. Sibul ja mõned sanitarid kahel sanitaarautol. Samuti saadeti sinna arst N. Matvejeva koos meditsiiniõdede ja sanitaridega (86. ÜMSP-ist). Pärast 86. ÜMSP ärasõitu toimetati haavatud ja haiged sellesse ajutisse meditsiinipunkti, mis oli paigutatud ühte majja Kavastu asulas (Emajõe ääres), kus õhtu ja öö jooksul võeti vastu ja anti arstiabi üle 60 haavatud sõdurile.



86. ÜMSP liikumise skeem Eesti NSV mandri vabastamise lahingute ajal

Pärast Emajõe forsseerimist ja vaenlase kindlustusvööndi läbimurdmist tungisid sõjaväeosad kiiresti edasi ja läbisid ööpäeva jooksul 30—40 kilomeetrit. Järgmistel päevadel toimus vaenlase jälitamine samasuguse tempoga.

Tallinna vabastamine

21. septembri hommikul kell 10 saabus korpusearst, meditsiiniteenistuse polkovnik O. Palu ja andis korralduse saata salk meditsiinitöötajaid koos sanitaarautoga korpuse käsutusse eriülesande täitmiseks. Selle salga koosseisu kuulusid meditsiiniteenistuse kapten N. Matvejeva, M. Lund, N. Tšernõšova ja kaks sanitari. Vastutavaks Tallinna suunas liikuvate väeosade meditsiinilisel teenindamisel oli 354. laskurpolgu sanitaarroodu komandör, meditsiiniteenistuse kapten P. Michelson. Enne dessandi teeleasumist, mida juhtis polkovnik V. Võrk, toimus välkmiiting, millest võtsid osa korpuse komandör kindralleitnant L. Pärn ja Eestimaa Kommunistliku (bolševike) Partei Keskkomitee esimene sekretär N. Karotamm.

Meie väeosi ootas ees ohtlik ja raske teekond. Esimene kokkupõrge sakslastega oli Tamsalu mõisa juures. Võeti vange ja edasiliikumine jätkus. Ööl vastu 22. IX süütas vaenlane Tallinna. Läbi öise udu oli näha põleva linna kuma.

Pirita jõe rajoonis olid sakslased kindlustunud varitseva väesalgana. Algas äge lahing, ja peagi oli vaenlase vastupanu murtud ning jõgi ületatud. Siin tuli taas haavatuile arstiabi osutada. Nad paigutati autodele, samal ajal ei jätkunud ruumi meditsiinipersonalile. Meditsiinitöötajad sõitsid autode porilaudadel seistes. Haavatuid polnud võimalik evakueerida, vaid neid tuli kaasa viia, sest ees oli Tallinn, aga seljataga põlevad talud ja vaenlase hajutatud salgad. Meie tankid tungisid Tallinna keskpäeval.

Saksa propagandaorganid levitasid pidevalt kuuldusi, et kõik Nõukogude Liidu tagalasse evakueerunud eestlased on seal hukkunud. Kui meie tankikolonn sõitis linna, siis avanes meeliliigutav pilt: Tallinna elanikud võtsid suure rõõmuga vastu oma kaasmaalasi — vabastajaid. Kogu dessantgrupp suundus Toompeale, sõdurid juubeldasid, paljud neist kohtusid omaste ja lähedastega. Nii suurepäraselt lõppes selle lahinguülesande täitmine. Tallinn oli vallutatud väikeste kaotustega.

Haavatud anti üle Tallinna Linna Keskhaiglasse (praegune Tallinna Vabariiklik Haigla), kus kogu personal oli kohale jäänud. 24. septembri hommikul sai ÜMSP korralduse avada selles haiglas hospidaliosakond. See ülesanne usaldati ÜMSP-i meditsiiniroodu komandörile, meditsiiniteenistuse alampolkovnik K. Niggolile.

27. septembril suundus ÜMSP Lihula rajooni. Samas piirkonnas asusid ka diviisi kõik allüksused. Viimase 10 päeva jooksul olid nad lahingutega edasi liikunud kuni 400 kilomeetrit, milleks oli kahtlemata tarvis mitte ainult suurt entusiasmi, vaid ka vastupidavust ja lahingumeisterlikkust.

Eesti mandriosa vabastamise lahingutes paistsid 86. Üksiku Meditsiinilis-Sanitaarpataljoni töötajatest silma paljud ohvitserid ja võitlejad. Mainime siinkohal komandöri asetäitjat poliitilisel alal A. Kalvot, pataljoni vanemadjudanti E. Rääbist, vastuvõtu-sorteerimisrühma komandöri A. Mäge (hiljem oli sellel kohal V. Silivask). Selles rühmas täitsid ülesandeid hästi I. Šteinart vanemana ja L. Vihman vanem-meditsiiniõena. Kohusetruult töötasid meditsiiniroodu komandör K. Niggol ja kirurgiarühma komandör A. Seppo. Tuleb märkida vanemoperatsiooniõe E. Säre-Vahramejevat ja operatsiooniõdesid N. Golubeva-Nääri ning M. Lundi. Pataljoni hospidalirühma juhtis G. Maak, meditsiiniõdedest täitis selles rühmas vastutusrikkaid ülesandeid E. Pelovas jt.

Lihula rajoonis võisid meie üksused veidi puhata. Siin algas ka diviisi koondamine saarte vabastamiseks. Polgu ja diviisi meditsiinipunktid olid paigutatud rahuldavalt. Seda aega kasutati varustuse kogumiseks ja korrastamiseks, saunaskäimiseks ning erialasteks õppusteks. Lühidalt öeldes: valmistuti ette uuteks ja rasketeks lahinguteks.

ЗАМЕТКИ О БОЕВЫХ ПУТЯХ

А. Нордберг

Резюме

Летом 1944 г. 8 Эстонский стрелковый корпус готовился к боям за освобождение Советской Эстонии. Воинские части входившие в состав корпуса находились тогда к западу от Кингисеппа, в лесах на подступах к берегу р. Наровы. 86 отдельный медико-санитарный батальон 7-ой Эстонской стрелковой дивизии был расположен на окраине г. Кингисеппа. Врачи и мед. работники со средним образованием были высоко квалифицированы, приобрели богатый опыт в боях под Великими Луками и прошли все этапы боевой подготовки.

После освобождения Нарвы, в котором принимали участие артиллерия 7. Эстонского стрелкового корпуса и передовая группа 86. отдельного медико-санитарного батальона, в начале сентября последний был переброшен на 200 км от Нарвы к переправе через Псковско-Чудское озеро. 13 сентября медико-санитарный батальон был переправлен через озеро и вечером того же дня прибыл в пос. Соотага вблизи г. Тарту.

Утром 17 сентября началось форсирование р. Эмайыги. После передислокации МСБ на новое место, на переправе был развернут временный дивизионный медицинский пункт (ДМП), в котором вечером и ночью была оказана врачебная помощь многим раненым. После форсирования Эмайыги наши войска прорвали линию укреплений противника и быстро продвигаясь проходили в течение суток в среднем по 30—40 км. Медсанбат двигался за воинскими частями уступами и развертывался ежедневно. За десять дней боев прошли около 400 километров и достигли поселка Вирцу Лихулаского района. Санитарные роты частей не были поэтому загружены работой и могли свободно следовать за своими частями.

По распоряжению начальника медсанслужбы корпуса полковника медслужбы О. Палу 21 сентября был сформирован отряд медицинских работников для сопровождения десантной части под командованием полк. В. Вырка, направляемой для освобождения Таллина.

Перед выходом десантной части состоялся митинг, на котором выступили командир корпуса генерал-лейтенант Л. Пярн и первый секретарь Центрального Комитета Коммунистической Партии (большевиков) Эстонии Н. Каротамм.

Нашим десантным частям предстоял опасный и тяжелый путь. Первое столкновение с противником произошло у мызы Тамсалу, сопротивление его было сломлено, были взяты пленные и продвижение вперед продолжалось. В ночь на 22 сентября фашисты подожгли г. Таллин. Десантные части с боями преодолели сопротивление закрепившихся в районе р. Пирита неприятеля и форсировали реку. Раненым была оказана помощь, их поместили на машины для следования вперед в Таллин, так как в тылу были горевшие хутора и рассеянные отряды неприятеля. Наши танки ворвались около полудня 22 сентября в Таллин, где жители города с радостью встретили своих земляков-освободителей.

VÕITLEJATE ELU EEST

Z. TÕNISSOO

Eesti NSV Ühingu «Teadus» juhatuse vastutav sekretär

1944. aasta septembrikuu esimestel päevadel sai 267. Üksik Meditsiinilis-Sanitaarpataljon (ÜMSP) korralduse siirduda uude rajooni, kust algas Nõukogude Eesti territooriumi vabastamine fašistlikest saksa okupantidest. 7. septembril 1944. aastal laaditi ÜMSP Leningradi oblasti Kingissepa rajoonis rongile. Pärast õnnelikku kohalejõudmist pidime valmis olema Lämmijärve ületamiseks.

Sünnimaa kohal lõi juba lõkkele vabaduse koit. Saksa fašistid olid Emajõe taha surutud. Õhtul laadisime autod ja inimesed praamidele ning öösel sõitsime üle väina. See kõik oli kakskümmend aastat tagasi. Meenub ilus öö Peispi järvel. Ümberringi vaikus, aeg-ajalt oli vaid kuulda

üksikuid plahvatusi. Inimesed olid sügavaisse mõtteisse vajunud, nende silmad otsisid lähenevat kallast. Südamed olid kõikidel täis ärevust — pärast paljusid raskeid ja pingutavaid päevi oli jõutud taas kodulävele. Sel vaiksel hetkel hakkas praamil kostma: «Kas tunned maad, mis Peipsi rannalt...» Paljudel tugevatel, lahingutes karastatud sõjameestel tungisid sel hetkel pisarad tahtmatult silma.

Jõudsime Mehikoorma alla ja kiirustasime kaldale. Peagi nägime metsi, mille miinid olid tüükaliseks närinud. Põldudel lömitasid koristamata rukkihakid. Külad olid tühjad. Ent polnud aega mõttemõlgutusteks. Pataljoni ülema, meditsiiniteenistuse major O. Otsmani juhtimisel laaditi praamid kiiresti tühjaks ja varustus ning ravimid paigutati autodele. 13.—14. septembril oli ÜMSP haavatute vastuvõtuks valmis.

Diviisi väeosad valmistusid Emajõe forsseerimiseks, sama tegi ka ÜMSP. Iseseisvaks ülesannete täitmiseks komplekteeriti eelsalgad, keda juhtisid meditsiiniteenistuse kaptenid P. Kalju ja A. Borodinov. 17. septembri hommik algas kanonaadiga. Diviisi väeosad läksid pealetungile ja meilgi tuli asukohta vahetada. Pärast uude kohta saabumist pidime telgid minimaalse ajaga üles seadma. Seejuures abistasid meid sanitarid K. Kask, E. Serg, V. Konsa, H. Pulver jt. Siis saabus diviisi komandör kindralmajor I. Lombak, kes oli Emajõe ääres haavata saanud. Sidumistelgis vaatas major O. Otsman I. Lombaku haavad üle, uuendas sidemed ning evakueeris ta hospidali, kus ta ise teda ka opereeris. I. Lombak ja paljud teised haavatud meenutavad praegugi tänutundega meditsiinitöötajate ennastsalgavat tööd neil raskeil päevil.

Meie väeosad forsseerisid Emajõe ja lahingud kandusid põhja poole. Kui Emajõe äärde jõudsime, kestis veel suurtükituli ja lennukid pommitasid taanduvat vaenlast. Väeosad liikusid üle ujuksilla. Kell 4 hommikul sõitsid üle õõtsuva silla ka ÜMSP autod. Liikusime edasi umbes 25 km ja peatusime Sõõru metsavahi talu lähedal, kus lõime telgid kiiresti üles. Kogu päeva jooksul saabus haavatuid ja õhtuks olid palatid neist tulvil. Arst V. Viskubova ja velsker L. Maasing ning sanitaarinstruktorid P. Kesküla ja B. Rodionov sidusid haavatuid väsimatult. L. Aug ja L. Linnas hoolitsesid aga nende toitlustamise eest.

Väeosade pealetung oli hoogne. Polkude kannul liikus ÜMSP eelsalk. Vaevalt jõuti telgid üles seada, kui jälle tuli edasi liikuda. Et kõiki haavatuid ei jõutud evakueerida, jätsime nende abistamiseks grupi meditsiiniõdesid ja sanitare Laekvere külla. 21. septembri keskpäeval hakkas ÜMSP põhikoosseis edasi liikuma. Operatsioonirühma komandör, meditsiiniteenistuse kapten P. Kalju, kirurgid Š. Gulordava ja O. Roos, vanemoperatsiooniõed E. Gulordava, L. Kangur, meditsiiniõed A. Konts ja käesoleva kirjutise autor, naissanitarid F. Karamnova ja L. Kask laadisid telgid, sidematerjalid ja kõik ravimid autodele, et olla kell 16.00 Loksa külas. Kilomeetri kaugusel Loksalt peatasid meie diviisi luureroodu luurajad, kes juhtisid meie tähelepanu lähikonnas toimuvale lahingule. Loksa külast põhja pool asusid raevunud hitlerlased rünnakule. Ümberringi vingusid lõhke- ja süütekuulid. Kuulide rahele vaatamata sõitsid meie autod ikkagi Loksa koolimaja juurde. Seal tuli operatsiooniruum kiiresti ette valmistada, sest aega oli jäänud äärmiselt vähe. Haavatuid kanti ÜMSP-i otse eesliinilt. Tankitõrjedivisjoni autojuhil T. Õkval oli kuul makku tunginud. Teda opereerisid arstid Š. Gulordava ja O. Roos. Mõlemad olid noored, äsja instituudi lõpetanud kirurgid, kuid nad olid juba Velikije Luki lahingute ajal teinud hulgaliselt operatsioone, päästes paljude sõdurite ja komandöride elu.

Õhtuks olid telgid ja kooliruumid raskesti haavatuist tulvil. Kogu öö ja järgmise päeva enne arstide P. Bogovski, H. Prossi, A. Joakimovi, I. Bogovski ja teiste saabumist tegid vahetpidamata töötanud arstid P. Kalju, Š. Gulordava ja O. Roos ühe keeruka operatsiooni teise järel. Eraldi majas valmistas hospidalirühm ette spetsiaalse ruumi kõhukoopa-

haavade tõttu opereeritud haigetele. V. Tukatšjova, T. Eriksoo, Z. Karin, A. Mitrofanova, L. Vilson ja E. Kaevats hoolitsesid ööd ja päevad nende eest. Meenutades seda, tahaks öelda, et tundsime suurt rõõmu, kui hiljem saime nendelt haavatutelt hospidalidest kirju. Kui olime Kloogal, saabus meile külla tervistunud seltsimees T. Õkva, keda esimesena opereerisime Loksal. Ta tänas siiralt kõiki ÜMSP töötajaid, kes ta elu päästsid.

Samal ajal kui meie võitlesime veel Loksal iga haavatu elu päästmise eest, vabastasid meie korpuse väeosad Tallinna. Suust suhu kandus teade sellest, et leitnant Lumiste heiskas Pika Hermani torni võidu ja vabaduse lipu.

1944. aasta septembrikuu viimasel päeval pidasid diviisi väeosad lahinguid Muhu saare vabastamiseks. Tund-tunnilt ootasime käsku edasiliikumiseks. Siis andis diviisi arst alampolkovnik K. Karin korralduse tunni aja jooksul valmis olla väina ületamiseks. Öö oli tormine. Sellise ilmaga oli ohtlik praamiga merele minna. Ometi pidi seda tegema, sest väina taga vajasid abi haavatud. Kui selgus, et kirurgiabrigaadi autot ei ole võimalik üle toimetada, kandsime sidematerjali ja ravimid kaatrile. Kaater kõikus lainetel tugevasti, kuid siiski me saabusime õnnelikult Muhu randa, laadisime kiiresti varustuse vastusaadetud autole ning sõitsime Muhu külla. Operatsiooniruumideks valisime vallamaja. Peagi tõid sanitarid R. Piir ja A. Papp esimesed haavatud. Palju kangelaslikkust ja ohvrimeelsust näitasid üles meditsiiniõed A. Konts, J. Petova, L. Kristofor ja sanitarid A. Rütsa, S. Kalev, L. Kask, S. Palts ning vanem-meditsiiniõed E. Uibo, E. Gulordava, L. Kangur, samuti ka arstid, kes väsimusele vaatamata tervete päevade ja ööde viisi ei lahkunud operatsioonilaudade juurest.

Lahingud käisid juba Muhu tammil. Vaenlane tulistas kahuritest ja miinipildujatest. Mürsud langesid tihedalt, vesi lausa kees plahvatustest. Sapööripataljoni velsker Valja Kikas liikus roomates võitlejate kannul, andes haavatuile abi. Järsku lõhkes mürsk Valja juures. Mehed nägid, kuidas ta paiskus kõrgele õhku ja langes tammiäärsetele kividele. Ta toodi kohe ÜMSP-isse, kust samal ööl toimetati edasi hospidali. Kuid vaprat velskrit V. Kikast polnud võimalik päästa. Kaks kuud hiljem suri ta saadud vigastuste tagajärjel Leningradi hospidalis.

Pärast Väikese väina forsseerimist sõitis meie pataljoni eelsalk Tagavere külla. Salgale anti abiks ka diviisi muusikarühm. Kaks ööpäeva saabusid haavatud Ratla ja Räägla rajoonist, kus toimusid ägedad lahingud. Vaenlane tulistas meie positsioone kahuritest ja miinipildujatest. Vapralt võitlesid 925. ja 917. laskurpolk ja tankitõrjedivisjon. Pealetungivatele polkudele järgnedes asus ÜMSP 7.—8. oktoobri ööl Mõnuste külla Kärla valda. Meie väeosad liikusid Sõrve poolsaare suunas. ÜMSP-i autod saadeti polkudesse haavatute järele. Varsti jõudiski sorteerimisrühma juurde autojuht A. Siiguri auto. A. Siigur väljus sõidukist ja varises kokku, ta oli õlgadest ja mõlemast käest haavatud. Haavadele vaatamata oli A. Siigur parandanud autorikke vaenlase tule all ja tõi selle järel endaga kaasa 15 raskesti haavatut.

E. Uibol ja allakirjutanul tuli kakskümmend neli tundi vahetpidamata olla eetriaurudega küllastatud õhus. Operatsioonilaual oli järjekordne haavatu, kes oli nõrkenud verekaotuse tagajärjel. Ilma kohese vereülekandeta ei saanud operatsiooni alustada, kuid reservis ei olnud enam vastava grupiga verd. ÜMSP-il oli oma töötajate hulgas 50 doonorit. Sanitar R. Piir teatas, et tema veri kuulub tarvisminevasse gruppi, mille järel toimuski vereülekanne.

Nelja ööpäeva vältel seoti üle 800 haavatu ja tehti ligi 40 keerukat operatsiooni. Kui palju aga oli vereülekandeid? Praegu on seda raske ette kujutada, kuidas seisti mitmeid ööpäevi vahetpidamata operatsioonilaua juures ja sooritati üks raske operatsioon teise järel. Oli hetki, mil näis,

et ei jätku enam jõudu. Kuid soov abistada haavatuid, päästa nende elu, ergutas meid kõiki.

9. oktoobri hommikul saabus komandöri asetäitja poliitalal I. Metsavas tagasi Tehumardi küla piirkonnast, kus ta pidi meile uue asukoha leidma. Ta jutustas vaenlasega peetud kangelaslikust öölahingust ja tankitõrjedivisjoni suurtükiväelaste kangelastegudest, kes sammugi ei taganenud fašistide tankide eest ja hukkusid oma kahurite juures. Tehumardi lahingus sai kangelaseks sanitar Maria Vitsut. Pimedal ööl, kahurite ja miinipildujate tule all, granaatide lõhkemise ja käsitsivõitluse keerises andis ta abi haavatutele. Ta kandis haavatuid seljas võitlusväljalt ja kaitses neid, automaat käes.



16. oktoobril, pärast mõnepäevast hingetõmbeaega suunati ÜMSP eelsalk Tatarselja külla. See toimus öösel. Kuidagi leidsime üles metsatalu, kus pidime peatuma. Kohe algas haavatute vastuvõtt. Saksa fašistlikud okupandid olid surutud Sõrve säärele. Poolsaare keskosas toimusid ägedad lahingud. Algasid jälle pingerikkad päevad. Sakslaste laevad tulistasid merelt, lennukid heitsid pomme, meie väed aga lähenesid kindlalt Sõrve sääre tipule.

24. novembril heisati punalipp Sõrve poolsaare tuletorni varemetele. 27. novembril rivistati kõik ÜMSP-i töötajad. Lahinguis silmapaistnud arstidele, meditsiiniõdedele ja sanitaridele andis juhtkond üle valitsuse autasud. Meie pataljon lahkus diviisi väeosade järel Saaremaalt ja pöördus tagasi mandrile, kus hiljem koos väeosadega võttis osa Kuramaa vabastamisest (vt. foto).

Pärast sõja lõppu on enamik ÜMSP arstidest ja meditsiiniõdedest jäänud truuks oma kutsealale ja töötavad praegugi meie töötava rahva tervise kaitsel.

ЗА ЖИЗНЬ БОЙЦОВ

З. Тыниссоо

Резюме

Очерк о самоотверженной работе медицинских работников 267. отдельного медико-санитарного батальона участвовавшего в боях за освобождение Советской Эстонии.

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED NAKKUSHAIGUSTE ALAL

14.—16. aprillini 1964. a. toimus Leningradi Pasteuri-nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi konverents. Seal esitati arvukalt ettekandeid mitmesuguste viirusnakkuste (leetrid, epideemiline parotiit, poliomüeliit, Botkini tõbi), soolenakkuste (düsenteeria, kolienteriit, salmonelloosid) ja looduskoldeliste nakkuste (ornitoos, leptospiroos, tulareemia jt.) valdkonnast.

Konverentsi tööst võtsid külalistena osa ka esindajad Eesti NSV-st. Nii kirjeldas E. Tallmeister (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnast) soolekepikese mitmesuguste seroloogiliste tüüpide patogeenseid omadusi. Oma uurimustes täheldas ta, et enteropatogeenne soolekepike põhjustab koekultuurides tsütopatogeense efekti tunduvalt varem kui tavaline soolekepike. A. Jannus (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist) esitas andmeid epideemilist müalgiat põdenud isikute seroimmuunsuse kohta. H. Pihl (samast instituudist) rääkis aga salmonellooside võrdlevast uurimisest inimestel ja loomadel, mida ta viis läbi koos veterinaariakandidaat V. Leesmendiga.

*

7. ja 8. mail 1964. a. toimus Narvas Eesti Tervishoiu Ministeeriumi ja Narva Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna korraldusel konverents nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise küsimustes. Narva Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlise avasõnale järgnes Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloogi K. Vassiljeva ettekanne, milles ta analüüsis põhjalikult nakkushaigustesse haigestumist vabariigis. Narva Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst T. Tsinjajeva andis ülevaate võitlusest nakkushaigustega Narvas 1963. a. ning ülesannetest 1964. a. Difteeriasse haigestumist Narvas iseloomustas kohaliku sanitaar- ja epidemioloogiajaama epidemioloog E. Dubrovkina. Narva Linna Nakkushaigla peaarst V. Zdorenko juhtis aga tähelepanu vigadele, mida tuleb ette Narvas Botkini tõve diagnoosimisel.

Konverentsil esinesid ka mitmed Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad. Nii kõneles J. Reinaru Botkini tõve laboratoorsest diagnoosimisest, S. Jõks viroloogiliste diagnoosimismeetodite rakendamisest praktikas, H. Pihl salmonellooside epidemioloogiast, A. Svitškarjeva kolienteriidist ja R. Sudakova soolenakkustest lastekollektiivides. Viimane uurimus toimus koos Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloogide A. Fuksi ja A. Zalkindiga. Mainitud instituudi kollektiivist esines veel A. Jõgiste ülevaatega toksoplasmoosi probleemidest.

Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast kõneles A. Fominõhh kõhutüüfuse tõrjeabinõudest vabariigis ja A. Vorobjova iseloomustas düsenteeriasse haigestumist ning selle profülaktikat meil. Sama asutuse parasitoloog I. Andrejeva selgitas järjekordseid ülesandeid võitluses helmintoosidega (ettekande kaasautoriks oli G. Kondratjeva).

Konverentsil äratas tähelepanu Tallinna Linna peaterapeudi N. Elšteini ettekanne lamblioosi diagnoosimisest ja ravist ning E. Müllerbeki (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist) esinemine reuma ja krooniliste koldenakkuste küsimustega. Tallinna Linna Nakkushaigla arst V. Ustinova kõneles defteeria bakterikandmisest ja diagnoosimisest immuniseeritud lastel ning R. Mai Botkini tõve diagnoosimisest, kliinikust ja ravist.

*

15. ja 16. mail toimus Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri korraldusel Tartu ja Lõuna-Eesti infektsionistide ja epidemioloogide seminar. Seal käsitleti kõigepealt düsenteeria epidemioloogia (Z. Saar), düsenteeriahaigete ravi (J. Aasov) ja düsenteeria rekonvalestsentide dispanseerimist (T. Koppel).

Muudest soolenakkustest pöörati tähelepanu kõhutüüfusele (H. Kiili), kolienteriidile (H. Raudsik) ja salmonelloosidele (H. Pihl). Botkini tõve epidemioloogiast kõneles E. Tammepõld, selle tõve kollasuseta vormide diagnoosimisest J. Reinaru ja ravist A. Danilovitš. Kogemusi toksikoosiga laste ravimisest jagas M. Arro, kes ühtlasi demonstreeris haigeid ja nende ravimisel rakendatavaid meetodeid. E. Sachris andis ülevaate haavanditega koliitidest.

Seminaril esinesid ka Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogia kateedri õppejõud. Nii peatus E. Tallmeister bakterite geneetika küsimustel, S. Laanes antibiootikumide toimemehhanismil ja A. Lenzner tänapäeva andmeil rooja mikrofloorast. Esinejatele esitati rohkesti küsimusi. Samuti võeti elavalt osa läbirääkimistest.

*

4.—6. juunini 1964. a. toimus Vilniuses Valgevene, Leedu, Läti ja Eesti NSV nõupidamine nakkushaiguste likvideerimise ja vähendamise ning riikliku sanitaarjärelevalve organiseerimise küsimustes. Eesti NSV delegatsioon, mille koosseisu kuulus ka tervishoiu minister A. Goldberg, koosnes ligikaudu 20 esindajast.

Konverentsi esimesel päeval esines NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Peavalistuse ülem P. Ljarski teemal «NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1960. a. 14. jaanuari määruse nr. 58 täitmise käigust nakkushaiguste likvideerimise ja järsu langetamise alal ning sanitaar-epidemioloogia teenistuse ülesannetest seoses NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusega 1963. a. (29. oktoobrist nr. 1107) Riikliku Sanitaarjärelevalve kohta NSV Liidus.»

Ettekandja märkis muuhulgas, et Eesti NSV-s on tähelepanuväärseid saavutusi paljude nakkushaiguste likvideerimisel (poliomüeliit, difteeria) ja vähendamise alal (läkaköha jt.). Tõsist tähelepanu aga tuleb pöörata soolenakkuste tõrjele. Eestis ei ole senini organiseeritud iseseisvalt töötavaid desinfektsioonijaamu. Ebarahuldav on ka desinfektsiooni tulemuste laboratoorne kontrollimine.

Pärast P. Ljarski ulatuslikku ettekannet esinesid Leedu, Valgevene, Läti ja Eesti NSV tervishoiu ministrid. Sellele järgnesid arvukad sõnavõtud, milleks kulus tervenisti üks päev. Kokkuvõtte ettekannetest ja läbirääkimistest tegi NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja J. Danilov. Ta juhtis kõigepealt tähelepanu ebanormaalsele olukorrale nakkushaiguste teadusliku uurimise alal ning näitas, et rõhuv enamik teadlasi tegeleb vähem tähtsate nakkustega, tagaplaanile on aga jäänud düsenteeria, Botkini tõve ja gripi uurimine. Tänapäeval on ka nakkushaiguste kliinilised nähud tunduvalt muutunud. Sellepärast on tarvis kõikjal parandada jaoskonnaarstide ja pediaatrite teadmisi nakkushaiguste diagnoosimise alal. Otsustavaid samme tuleb astuda nakkuste leviku vältimiseks lastekollektiivides. Organisatsioonilisi küsimusi analüüsides mainis J. Danilov, et iseseisvate sanitaar- ja epidemioloogiajaamade kõrval on end täiesti õigustanud ka haiglate sanitaar-epidemioloogiaosakonnad. Uue määruse põhjal suurenevad sanitaararstide õigused. Seetõttu peavad vastavad arstid oma nõudlikkust tõstma ja olema leppimatud sanitaareeskirjade rikkumise suhtes.

Kava kohaselt oli konverentsi viimasele päevale planeeritud teaduslikud ettekanded. Nendes käsitleti immunoloogia (G. Svet-Moldavski), soolenakkuste (K. Bunin, N. Nissevitš, L. Vorontsova), Botkini tõve (A. Blüger) ja puukentsefaliidi (S. Tšerkinski) küsimusi. Eestist esitas ettekande A. Jannus teemal «Eesti NSV-s esinevate ägedate soolenakkuste etioloogiline struktuur», mille autoriteks olid Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad (A. Jannus, R. Sudakova, A. Svitškarjeva ja H. Pihl) ja Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arstid A. Fominõhh ning J. Didenko. Päevakorras olid veel ettekanded veehügieeni ja toksikoloogia alalt.

*

15. ja 16. juunil 1964. a. peeti Pärnus sanitaar- ja epideemiatõrje arstide, infektsionistide ning terapeutide konverents, mis oli analoogiline 7. ja 8. mail Narvas toimunud konverentsiga. Konverentsi avas Pärnu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja kt. M. Kulla. Ülevaate nakkushaiguste esinemisest ja profülaktikast Pärnu linnas ja rajoonis andis linna sanitaar-epidemioloogiajaama peaarst A. Poeld. R. Brjanskaja (Pärnu Linna Haiglast) kõneles ravimite kõrvaltoimest nakkushaigete ravimisel. Ülejäänud ettekanded olid samadelt autoritelt, kes esinesid konverentsil Narvas.

H. Pihl

TALLINNA KESKHARIDUSEGA MEDITSIINITÖÖTAJATE II KONVERENTS

20. mail 1964. a. toimus Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate II ülelinnaline konverents, millest võttis osa üle 250 meditsiiniõe, velskri ja ämmaemanda.

Konverentsil esitati mitmeid sisukaid ja aktuaalseid ettekandeid. Terminaalses seisundis viibivate haigete abistamisest kõneles Tallinna Vabariikliku Haigla arst B. Lehepuu. Tallinna II Lastehaigla peaarst V. Rubinštein käsitles invaliidsust tekitavaid haigusi lastel. Ravimite ratsionaalsest kasutamisest ja selle tähtsusest andis ülevaate Tallinna peaterapeut arstiteaduse kandidaat N. Elštein. Dotsent A. Seppo (Tallinna Tõnismäe Haiglast) rääkis keemilistest ravimitest ja näitas mõnede keemiliste reaktsioonide varal ka praktiliselt nende toimet. Isotoopide kasutamisest meditsiinis puudutas oma ettekandes Tallinna Vabariikliku Haigla arst L. Aun. Kroonilistest kopsupõletikkudest ja nende ravimise meetoditest andis ülevaate arst S. Künnapuu. Esinejatele esitati arvukalt küsimusi.

E. Uibo

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI ÕPETAJATE METOODILINE KONVERENTS

Tartu Meditsiiniline Kool korraldas 27. märtsil 1964. a. õpetajate metoodilise konverentsi, millest võtsid osa ka Tallinna Meditsiinilise Kooli õppejõud.

Konverentsi avas Tartu Meditsiinilise Kooli direktor V. Parvet. Esimesena

anti sõna Eesti NSV Ministrite Nõukogu Riikliku Kõrgema ja Kesk-eriharidu se Komitee Teaduslik-Metoodilise Kabineti juhatajale E. Kipperile, kes kõneles mõningatest õpetamise ja kasvatamise ühtsuse probleemidest.

Tallinna Meditsiinilise Kooli tsüklikomisjoni esimees V. Pedak peatus teemal «Kommunistlik kasvatustöö klassijuhataja töös». Tartu Meditsiinilise Kooli kaugõppeosakonna juhataja A. Rähni valgustas kaugõppeosakonna tööd Tartu Meditsiinilises Koolis. Järgmisena rääkis teemal «Kommunistlikust kasvatusest kliiniliste õppeainete õppeprotsessis» Tallinna Meditsiinilise Kooli tsüklikomisjoni esimees A. Saks. Ta rõhutas teatavate eetiliste omaduste (ausus, otsekohesus, distsipliinitunne jt.) kasvatamisest õpilastes, mis on tähtis nende tulevases kutsetöös. Tartu Meditsiinilise Kooli õpetaja T. Kudu peatus kirurgiapraktikumide korraldamisel statsionaaris. Anatoomia õpetamise kogemusi jagas Tartu Meditsiinilise Kooli õpetaja, anatoomiakabineti juhataja S. Valmra. Tartu Meditsiinilise Kooli õpetaja R. Markovitš kõneles sanitaarharidustöö erimetoodika käsitlemisest üldmeditsiiniliste ja kliiniliste ainete tundides. Ühtlasi oli tal ettekanne mõnedest naha füsioloogilistest parameetritest kui organismi reaktiivsuse näitajatest. Õpilaste teadmiste hindamisest laboratooriumi praktikumidel kõneles Tartu Meditsiinilise Kooli tsüklikomisjoni esimees A. Mitt, kes tutvustas koolis väljatöötatud praktikumide hindamisjuhendit. Tartu Meditsiinilise Kooli õpetaja E. Allik käsitles mikrobioloogia õpetamise metoodikat. Pärast ettekandeid toimusid läbirääkimised.

A. Horn

VENE NFSV TUBERKULOOSISANATOORIUMIDE ARSTIDE II TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

26.—30. maini 1964. a. toimus Moskvas Vene NFSV tuberkuloosisanatooriumide arstide II teaduslik-praktiline konverents.

Konverentsi programmis olid järgmised põhiprobleemid: tuberkuloosisanatooriumide organisatsioonilised küsimused, kopsutuberkuloosihaigete sanatoorse ravi efektiivsus, kirurgilise ravi efektiivsus sanatooriumides, funktsionaalne diagnostika ja funktsionaalne ravi sanatooriumides, tuberkuloosihaigete laste ravimise efektiivsus sanatooriumis, kopsuvälise tuberkuloosi ja luu-liigese tuberkuloosi ravimise efektiivsus sanatooriumis. Kokku kuulati 81 ettekannet. Eesti NSV-st võttis konverentsist osa Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarst L. Tiigimäe.

L. Tiigimäe

EESTI NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONVERENTS

20. ja 21. detsembril 1963. a. toimus Tartus Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Looduseuurijate Seltsi korraldusel Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents, millega koos tähistati ka Tartu Riikliku Ülikooli endise õppejõu professor Henrik Koppeli 100. sünni-aastapäeva. Konverentsist võttis osa rohkesti kõrvaarste ja teisi asjahuvilisi Eesti NSV-st ning külalisi Riiast. Konverentsil esitati palju huvitavaid ettekandeid.

M. Akers (Riia) rääkis geograafilise meetodi rakendamisest otorinolarüngoloogias. Aeroionisatsiooni toimet haava regeneratsioonisse käsitles S. Sibul. A. Tuch peatus oma ettekandes teiseste angiinide küsimusel. Ta rõhutas, et angiini diferentsiaaldiagnostikas tuleb silmas pidada selle teisese iseloomu võimalust (näiteks tuberkuloosi puhul), samuti metastaatilist angiini. Üheks angiini etioloogiliseks momendiks on raske negatiivne anergiline seisund.

R. Talva ja T. Reino esitasid andmeid angiini ja hambakaariese seosest kooliõpilastel. Nad leidsid, et vigaste hammastega lastel esines angiini suhteliselt sagedamini kui tervete hammastega lastel. Hammaste korrapärane saneerimine ja suuhügieen on seega olulised angiini profülaktikas. Tonsillektoomia-järgseid verejookse Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonna andmetel jälgis H. Prikk. 2148 tonsillektoomiast tekkis pärast operatsiooni verejooks 143 juhul (6,65%). H. Prikk leidis, et eluea tõusu kõrval on verejooksu soodustavaks teguriks reuma ja antireumaatiliste ravimite kasutamine operatsioonieelsel perioodil, samuti on seda vahetult enne operatsiooni läbipõetud angiin või ülemiste hingamisteede äge põletik.

Professor N. Hodjakov (Riia) rääkis tänapäeva olukorrast onkoloogilises otorinolarüngoloogias. Ta rõhutas onkoloogilise valvsuse ja varajase diagnoosimise vajadust. A. Jents näitas, et aerosooliravi vältel on soovitatav kontrollida mikrofloora tundlikkust ja tarviduse korral asendada üks antibiootikum teisega. J. Müürsepp uuris ninalima pH muutusi jalgade mõjustamisel külma või soojaga. Sinobronhopulmonaalset sündroomi põlevkivitöölistel käsitles A. Luts. M. Kukk rääkis eosinofiilsete leukotsüütide esinemisest ninaeritises ja selle tähendusest, E. Laamann ja K. Gerassimova esitasid tähelepanekuid bronhoskoopiast, mille puhul kasutati lokaalanesteesiat.

Ettekande ostsillograafiast kui fonatsiooni uurimise objektiivsest meetodist esitas E. Siirde. T. Aljas jälgis kõrikahjustusi intubatsiooninarkoosi puhul. 104 intubatsiooninarkoosi all opereeritud haigest tekkis 13,5% tüsistusi (peamiselt larüngiit), mis tavaliselt möödusid paari päeva jooksul. H. Alev kõneles logoneurootikute ravist süsihappegaasiga. 25 süsihappegaasiga ravitud kogelejast tervistus täielikult 3, seisund paranes märgatavalt 9 juhul.

E. Gaudinš (Riia) rõhutas, et lindudega tehtud vaatlused lubavad järeldada, et on alus kriitiliselt suhtuda kolumellaprintsiibi tähendusse tümpanoplastika puhul. Kuulmise kirurgilise parandamise küsimust käsitlesid ka H. Kruuse ja L. Espar Tallinnast ning V. Särgava, E. Laamann ja K. Gerassimova Tartust. Nad andsid ülevaate otoskleroosi kirurgilise ravi näidustustest ja selle tulemustest.

L. Burmeister (Riia) puudutas lätikeelse kõneaudiomeetria testide valiku metoodikat. Eestikeelsest kõneaudiomeetriast rääkis aga V. Särgava.

E. Siirde
V. Särgava

LEEDU NSV KARDIOLOOGIDE KONVERENTS

26.—28. märtsini 1964. aastal toimus Kaunases Leedu NSV Vabariikliku Kardioloogide Seltsi asutamiskonverents, kus kuulati üle 70 ettekande, millest enamikes käsitleti südame koronaararterite puudulikkust. Ettekannetega esinesid ka Moskva, Kiievi, Odessa, Jerevani, Tartu jt. linnade teadlased. Kardioloogia alal on Leedu NSV-s professor Z. Januškevičiuse juhtimisel märkimisväärset edu saavutatud. Esiletõstmist väärib südame koronaararterite puudulikkuse uurimine. Kogu uurimistööd iseloomustab komplekssus ja kollektiivi laialdane osavõtt.

Z. Januškevičius rõhutas, et südame koronaarpuudulikkust tuleb käsitada kui regulatsioonihaigust, mille puhul häiritakse organismi tasakaalu paljude talitluste vahel, nagu müokardi verevarustus, selle energeetiline bilanss, vere hüübivus, aterogenees, elektrolüütide vahekord jm. Koronaarpuudulikkuse küsimus on muutunud paljude distsipliinide vaheliseks uurimisobjektiks, kusjuures tuleb rakendada matemaatika, küberneetika, biokeemia, elektroonika ja muude erialade abi. Nii kasutas A. Baubinienė müokardi infarkti paljude etioloogiliste tegurite vahelise korrelatsiooni leidmiseks elektronarvutusmasinat. Saadi positiivne korrelatsioon loomsete rasvade tarvitamise intensiivsuse, pingsa vaimse töö, seerumi kõrgenenud kolesteriinipeegli, kõrgenenud arteriaalse rõhu, geneetiliste tegurite ja koronaararterite puudulikkuse tekkimise vahel. Patogeneetilist seost südame koronaarhaiguse ja adreno-sümpaatilise süsteemi talitlusliku seisundi vahel rõhutasid oma ettekannetes P. Vileišytė ja J. Riiv, A. Kliiman, M. Lööper ning H. Kärstna. Mitmed uurijad (J. Kupčinskas, M. Jasinovski, R. Ptašekas) näitasid, et reumal on küllalt oluline osa koronaarpuudulikkuse tekkimises.

Leedu NSV terapeutidel on müokardi infarkti ravikompleksis kindlal kohal antikoagulandid, kusjuures makroinfarktide puhul tarvitatakse kodumaist fibrinolüsiini. Vere hüübimise kontrollimisel on muude näitajate kõrval näidustatud originaalne tromboelastograafi kasutamine. Südame rütmihäirete, eriti Adam-Stokes-Morgagni sündroomi korral rakendatakse edukalt implanteeritud elektrostimulaatoreid (J. Brėdikis). Huvi pakkus veel elektrokardiogrammi ülekandmise moodus telefoni teel. Kaunase haiglates on kõik arstid ja meditsiiniõed sooritanud reanimatsioonikursuse. Nad oskavad vajaduse korral teha südame välist massaaži ja suusuule hingamist. Ainuüksi viimaste kuude jooksul elustati kolm südame vatsakeste virvendusega haiget.

J. Riiv

Tähtpäevad

DOTSENT B. LUIK 50-AASTANE

16. augustil 1964. a. tähistati Tartu Riikliku Ülikooli galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateedri dotsendi, farmaatsiakandidaat Boris Rudolfi p. Luige 50. sünnipäeva ja 25-aastase pedagoogilise tegevuse juubelit.

B. Luik sündis Tartus 16. augustil 1914. aastal. Pärast keskhariduse omandamist Tartu Reaalgümnaasiumis astus ta Tartu ülikooli, kus õppis aastail 1934—1940 arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas. 1938. aastast alates kuni tänaseni on B. Luige kui pedagoogi ja teadlase elutee olnud seotud ülikooli galeenilise farmaatsia ning farmatseutilise keemia kateed-

riga, kus ta algul töötas ajutise abijõuna, seejärel assistendina, siis vanemõpetajana, 1946.—1949. a. dotsendi kohusetäitjana ja 1949. aastast alates kuni tänaseni dotsendina.

Pikaajalise pedagoogilise tegevuse vältel on juubilar pidanud loenguid ja juhendanud laboratoorseid töid mitmetes farmatseutilistes põhidistsipliinides: meditsiinilise kauba tundmises, farmaatsia ajaloos ja farmaatsia-ala organisatsioonis ning 1950. aastast alates kuni käesoleva ajani farmatseutilises keemias. Teaduslikku tööd alustas juubilar juba üliõpilaspõlves, mil ta 1938. aastal 178-leheküljelise töö eest «Müügil olevate eeterlike õlide väärtuse määramisest» sai II auhinna. 1946. a. anti talle farmaatsiakandidaadi kraad uurimuse «Tinktuuride valmistamisest nõrgema kontsentratsioonilise alkoholiga» eest.



Tema teaduslike tööde temaatika haarab mitmeid tähtsaid probleeme, nagu tinktuuride valmistamismenetluste ratsionaliseerimine, kakaorasva asendamine, alkoholi kvantitatiivne määramine preparaatides, silikoonide ja plastmasside kasutamisvõimaluste uurimine, meetodite väljatöötamine ravimite analüüsimiseks jt. B. Luik on konstrueerinud seadeldise Burovi lahuse valmistamiseks elektrolüüsi teel ja aparatuuri alkoholi kvantitatiivseks määramiseks alkoholi sisaldavates vedelikes ruumpaisumise kaudu.

Pingerikka töö kõrval on B. Luik aastate vältel aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst, täites mitmesuguseid ülesandeid. Samuti on B. Luik sagedane esineja vabariigi apteegitöötajate nõupidamistel, Teadusliku Farmaatsia Ühingu koosolekutel, arstiteaduskonna teaduslikel konverentsidel ja ühingus «Teadus». Juubilari on autasustatud medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945.»

Dotsent B. Luike tervitavad kahekordse tähtpäeva puhul kõik kolleegid ja õpilased ning soovivad talle jätkuvat tervist ja tööindu.

Kaastöötajad

Mitmesugust

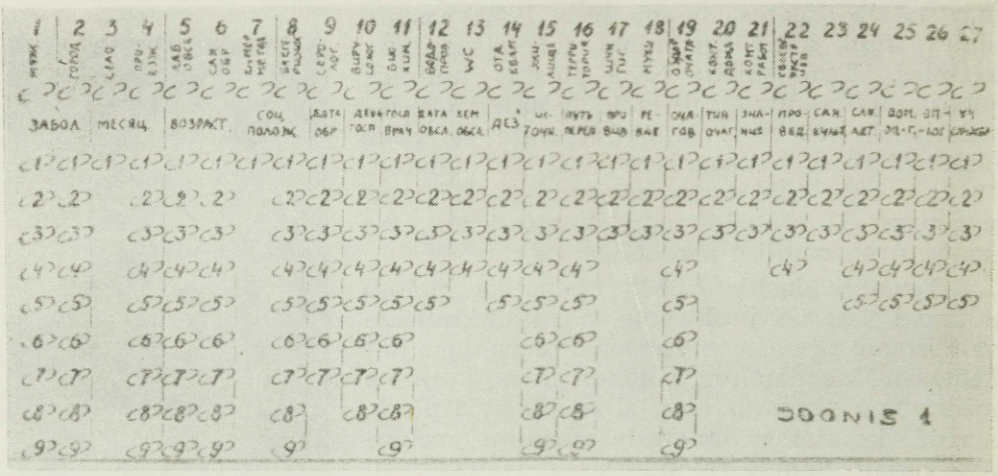
ELEKTRONARVUTUSTEHNIKA KASUTAMISE VÕIMALUSEST EPIDEMIOLOOGIAS

L. VÕHANDU ja *O. TAMM*

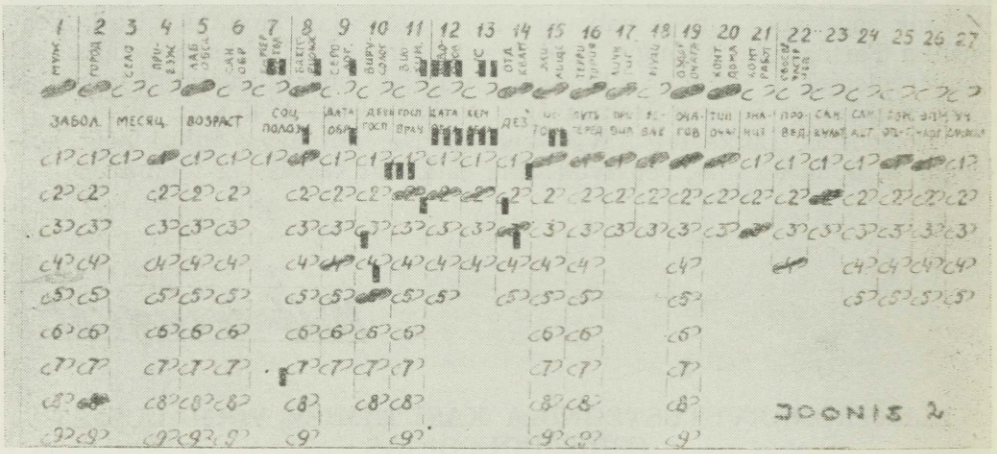
(Tartu Riikliku Ülikooli biofüüsika- ja elektrofüsioloogia laboratooriumist, juhataja dotsent *L. Võhandu*, ja Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *O. Tamm*)

Elektronarvutite kasutusele võtmine on kündnud esimesi vagusid ka meditsiinipõllul. Nii Tallinna kui ka Tartu tervishoiutöötajad on juba rakendanud matemaatikute abi mitmesuguste meditsiiniliste probleemide lahendamisel. Üheks suuremaks probleemiks elektronarvutite kasutamisel meditsiinis näib olevat algandmete hankimise ja masina jaoks sobivale kujule teisendamise mehhaniseerimine. Praegused statistilised arvestus- ja aruandevormid nõuavad arstidelt ja keskharidusega meditsiinitöötajatelt küllaltki suurt käsitsitööd. Peale selle kulub vähemalt samapalju aega elektronarvutile andmete ettevalmistamiseks.

Järgnevalt kirjeldame esimest katset hakata meditsiinilist informatsiooni koguma läbitöötamiseks elektronarvutusmasinal. Sanitaar- ja epidemioloogiajaamades kulutatakse palju aega nakkuskollete epidemioloogilise uurimise kaartide täitmiseks ja hilisemaks läbitöötamiseks. Et aga kaardil olevad küsimused on küllaltki standardsed, siis nende märkimiseks ja läbitöötamiseks võib kasutada lihtsamat süsteemi.



Statistiliste aruannete koostamiseks epidemioloogiliste vaatlusandmete salvestamisel kasutati masinperfokaarte (joonis 1). Sellele kaardile kantakse andmed vastavaid lahtreid pehme pliiatsiga (nr. 3—7) läbi kriipsutades (joonis 2). Pärast seda perforeeritakse need kaardid pliiatsi



kriipsude põhjal automaatselt kiirusega 6000 kaarti tunnis. Seejuures langeb täielikult ära tavalistes masinarvutusjaamades paratamatu käsitsi perforeerimine. Pärast perforeerimist on vaatluskaardid sobivad nii elektronarvutil «Ural-4» kui ka tavalistel tabulaatoritel töötlemiseks. Eriti efektiivne on nende kaartide kasutamine elektronarvutil «Ural-4», sest vastava eriprogrammi abil võib kokkuvõtlikke andmeid lasta masinal trükkida juba lõpliku aruande kujul. See on võimalik seepärast, et arvutil «Ural-4» saab trükkida nii tähelist kui ka numbrilist informatsiooni. Kui veel lisada, et «Ural-4» teeb sekundis 5000—6000 tehet, siis on selge, millist suurt ajavõitu võib selle meetodi abil saavutada.

Kuidas toimub algandmete perfokaardile kandmine?

Vastavalt NSV Liidu Statistika Keskvalitsuse poolt kinnitatud epidemioloogilise uurimise kaartide neljale põhitüübile koostati üks ühine

kaart, mis hõlmab kogu statistilisele töötlemisele kuuluva informatsiooni. Vaatluskaart (vt. joonis 1) koosneb ülemisest ja alumisest osast. Ülemises osas, kus leidub ainult üks horisontaalrida, märgitakse kõik tunnused ja-ei-vormis. Näiteks esimeses veerus on kõige ülemine ovaal mõeldud patsiendi soo tähistamiseks. Selle ovaali juures on märge «муж». Kui on tegemist mehega, siis tõmbame vastavasse ovaalikesse pehme pliiatsiga tugeva kriipsu. Kui on tegemist naisega, siis mingit märget ei tehta. Teine, kolmas ja neljas veerg on ette nähtud haige elukoha kirjeldamiseks. Haige võib olla kas linnast, maalt või sissesõitnu; sel juhul tõmbame sobivasse ovaalikesse jälle kriipsu.

Ülemise rea ülejäänud tunnuste tähendused on järgmised: 5 — laboratoorne uurimine, 6 — sanitaarne töötlus, 7 — kamberdesinfektsioon, 8—11 laboratoorse diagnoosi kinnitamine [(bakterioloogiliselt (8), seroloogiliselt (9), viroloogiliselt (10), biokeemiliselt (11)]. Sellele järgneb kolde sanitaarne kirjeldus (12 — veevärk, 13 — WC, 14 — eraldi korter, 15 — elamu sanitaarne seisund, 16 — territooriumi sanitaarne seisund, 17 — haige isikliku hügieeni olukord, 18 — kärbeste esinemine, 19 — nakkuskolde tervendamine, 20 — koduste kontaktsete ja 21 — töökoha kontaktsete uurimine, 22 — kiirteatise õigeaegne saamine.

Vaatluskaardi alumises osas kirjeldatakse kõiki tunnuseid tinglike koodide abil; seejuures ei tohi kaardi alumise osa üheski veerus olla rohkem kui üks märge. Kaks esimest veergu annavad haiguse tingliku numbri. Siia võib vastava kokkuleppelise loetelu põhjal märkida kuni 99 erinevat haigust. Järgmised kaks veergu on ette nähtud haigestumise kuu tähistamiseks. Veerud viis ja kuus annavad informatsiooni haige vanuse kohta, veerud seitse ja kaheksa aga näitavad sotsiaalset seisundit vastava loetelu põhjal. Järgmistes veergudes märgitakse arsti poole pöördumise päev (9), hospitaliseerimise päev (10), hospitaliseerimine arsti poole pöördumise päevast (11), kolde epidemioloogilise uurimise päev (12), kes uuris kollet (13), kolde lõppdesinfektsiooni aeg (14), nakkusallikas (15), nakkuse ülekandmise teed (16), vaktsineerimine (17) ja revaktsineerimine (18), haigestunute arv nakkuskoldes (19), nakkuskolde tüüp (20), haige sanitaaralased teadmised (21), sanitaarharidustöö nakkuskoldes (22), sanitaarkultuuri juurutamine (23), nakkuskolde korduv külastamine (24—27). Veerud 21 ja 23 on kaardile võetud sanitaarharidustöö efektiivsuse kontrollimiseks. Vastav punkt organiseerib ka arste ja keskharidusega meditsiinitöötajaid nakkuskoldes sanitaarharidustööd tegema.

Nagu loetelust nähtub, on sellele kaardile tõepoolest mahutatud kogu statistilisele töötlusele kuuluv informatsioon.

Mida annab meile informatsiooni selline salvestamisviis?

1. Perfokaardi tarvitusele võtmine tervishoiu praktikas võimaldab senisest tunduvalt kiiremat ja põhjalikumat algandmete läbitöötamist. Kõigepealt saab nende kaartide põhjal automatiseeritult aruandeid koostada. On oluline märkida, et nende abil võib linna või rajooni haigusjuhte epidemioloogiliselt põhjalikult analüüsida. Näiteks on perfokaartide abil väga kerge kindlaks teha veevarustuse osa haigestumises jne. 2. Algandmete automaatne perforeerimine väldib käsitsi ümberperforeerimisel tekkivaid vigu ja garanteerib kokkuvõtete õigsuse. 3. Perfokaartide säilitamine arhiivis on tunduvalt lihtsam ja vähem ruumi nõudev kui seniste kaartide säilitamine. Seejuures on eriti tähtis asjaolu, et kogu arhiivi saab vajaduse korral kohe kasutada eri uurimiste tegemiseks elektronarvutil või tabulaatoril. 4. Sellise süsteemi sisseseadmine kogu vabariigi ulatuses võimaldaks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumil senisest tunduvalt efektiivsemalt analüüsida üksikutes piirkondades tehtavat profülaktilist tööd. Ühtlasi on sel puhul ministeeriumi käsutuses täielik algandmestik, mis võimaldab sanitaar-epidemioloogilist tööd analüüsida ja hinnata üksikute linnade ning rajoonide lõikes.

Käesolevas artiklis kirjeldatud perfokaart on võetud kasutusele Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas samaaegselt ametlikult kehtivate vormidega. Tegelik töö peab näitama, kas valitud kaardivorm on sobiv või tuleb selles teha veel mõningaid muutusi. Võib loota, et pärast esimeste katsetuste lõpetamist peaks see süsteem olema rakendatav kogu meie vabariigi ulatuses.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭЛЕКТРОННОЙ ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ

Л. Выханду и. О. Тамм

Резюме

Работники санитарно-эпидемиологических станций затрачивают много времени на заполнение и обработку карт эпидемиологического обследования очагов инфекции. Так как вопросы, на которые необходимо дать ответ при заполнении карты — стандартны, то для ответа на них разработки данных можно использовать более простую систему.

При составлении статистических отчетов для занесения данных эпидемиологического обследования использовали машинные перфокарты (см. рис. 1). Данные на перфокарту наносятся путем прочеркивания мягким карандашом соответствующих граф. На основании этих прочерков карты перфорируются автоматически со скоростью 6000 карт в час. Таким образом отпадает необходимость в обычной манипуляции, производимой на обыкновенных машинно-счетных станциях т. е. в ручной перфорации перфокарт. После перфорирования карты подготовлены для обработки данных как на электронно-вычислительной машине «Урал-4», так и на обыкновенных табуляторах. Особенно эффективно использование карт на электронно-вычислительной машине «Урал-4», так как данные обработанные по специальной программе выходят из машины ввиде окончательного отчета. Машина «Урал-4» производит в одну секунду 5000—6000 операций, то становится ясно какой выигрыш во времени можно получить при использовании этого метода.

Введение этой системы в республике позволило бы Министерству здравоохранения республики значительно эффективнее, чем сейчас, анализировать санитарно-эпидемиологическую и профилактическую работу и давать ей оценки в разрезе отдельных городов и районов республики.

ABIVAHEND PERFOKAARTIDE SORTEERIMISEKS

T. KARU

(Moskva Kehakultuuri Uurimise Kesk-teaduslikust Instituudist, direktor professor *A. Korobkov*)

Perfokaartide kasutamisel on sageli tõsiseks probleemiks nende kiire ja lihtne sorteerimine. Kirjandusest võib leida hulgaliselt andmeid toodetavate nn. statsionaarsete sorteerimiskastide ja aparaatide kohta (1, 2, 3, 4, 5). Seni pole meil aga õnnestunud leida vahendi kirjeldust, mis vastaks järgmistele nõuetele: oleks lihtne, võimaldaks kaartide kiiret sorteerimist, oleks igal pool kaasaskantav ja hinnalt odav. Ülaltoodu viis mõttele konstrueerida järgmine väga lihtne abivahend (vt. foto 1). $^3/_4$ tolli paksusest lauast saetakse välja perfokaardi kujuline käepidemega alus, mille ülemine serv on 5 mm võrra kaardist suurem. Edasi kinnitatakse üks perfokaart rõhknaeltega sellele alusele ja puuritakse vertikaalselt varraste diameetrist veidi suuremad augud alusesse (vastavalt kaardi perforatsioonile). Varraste soovitatav diameeter on 1,8 mm, aluse aukudel 1,85—1,9 mm. Aluse materjalina võib eelistada puud plastmassile, sest ta fikseerib vardaid paremini.

Abivahendi käsitsemine on lihtne. Algul pistetakse nn. juhtaukudesse 3 varrast (vt. foto 1, vardad I, II, III), mille vastu toetatakse perfokaartide pakk selleks, et mulgud satuksid kohakuti. Seejärel asetatakse kohale kaardipakk koos kõige peal asetseva koodiga (vt. foto 2) ja fikseeritakse nurkadest 2 hoidevardaga A ja B.

Koodile vastavalt torgatakse vajalik hulk vardaid otsitavatele tunnustele vastavatesse perforatsiooniavadesse (alati korraga vaid ühes servas asetsevatesse mulkudesse). Järgneb sorteerimine. Selleks eemalda-

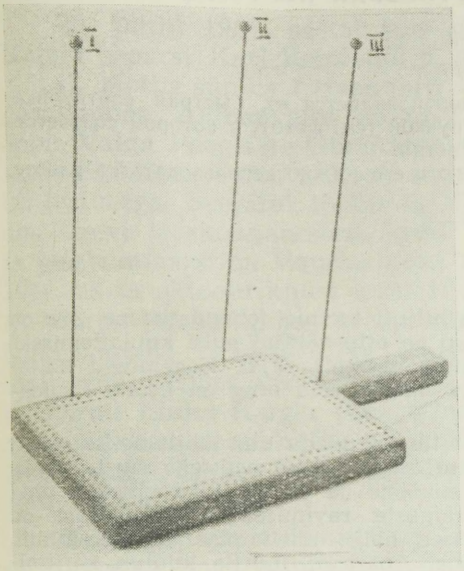


Foto 1

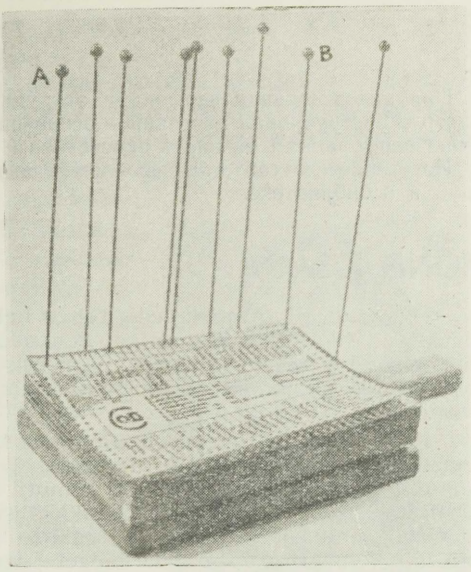


Foto 2

takse hoidevardad A ja B, tarviduse korral ka vardad I, II, III. Massiiv pööratakse käepideme abil vertikaalasendisse. Kerge raputamise puhul jaotuvad kaardid ühtlaste vahedega kohevalt piki vardaid, samal ajal langevad välja otsitavad kaardid, mis kogutakse teise kätte (vt. foto 3). Et kaardid ei kuku vastu kõva alust, siis hoiab see ära nende nurkade murdumise ja kulumise, mis muidu servperforatsiooniga kaardid ruttu kõlbmatuks muudab. Ühes servas asetsevate tunnuste leidmiseks kulub keskmiselt 15—20 sekundit.

Selline abivahend on odav ja ta on kasutatav nii tööl, kodus kui ka raamatukogus. Aluslaua puuduseks on piiratud sorteerimismaht (mitte üle 200—300 kaardi korraga), kuid seda kompenseerib täielikult sorteerimise lihtsus ja kiirus.

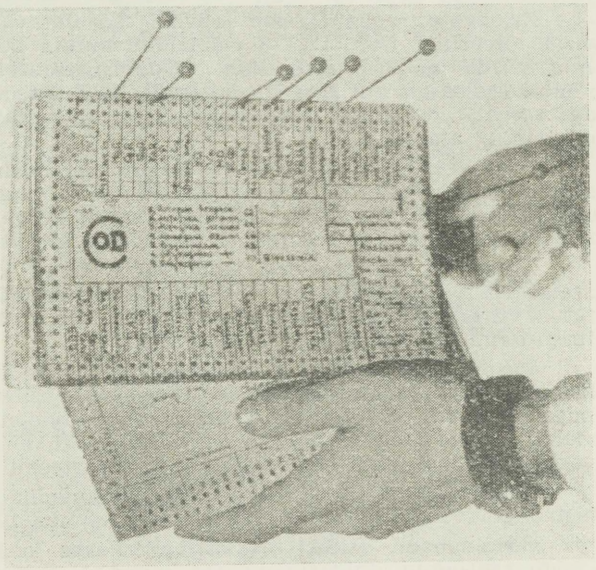


Foto 3

KIRJANDUS

1. Гродецкая, Т. Д. Использование средств малой механизации в информационной работе. Механизация информационных и архивных работ. Ц.-Б. Т. И. Л. 1962. — 2. Casey, R. S., Perry, J. W. Punched cards. Their applications to science and industry. New York, 1951. — 3. Davies, J. Punched cards in the library and information fields. Aslib proceedings, 1960, vol. 12, 3, 101—108. — 4. Juke, G.

Quellen medizinischen Literaturangaben und Methodik ihrer Bearbeitung. Jena, 1960. — 5. Lõiv, H. Uut tüüpi kartoteek. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 5, 51—54.

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ СОРТИРОВКИ ПЕРФОКАРТ

Т. Кару

Резюме

При использовании перфокарт затруднительной является их быстрая сортировка. Автор сконструировал деревянное основание с ручкой (см. фото), в котором соответственно перфорациям на карте просверлены отверстия.

Изготовление этого приспособления не дорого и его можно использовать на работе, дома и в библиотеке.

MÕNE REAGA

Nižnje-Tagili Arstiriistade Tehas hakkas hiljuti tootma fonendoskoope, mis on varustatud fikseeriva mansetiga. Fonendoskoop on ette nähtud pulsi kuulatlemiseks perifeersetel veresoontel haige narkoosiseisundis viibimise ajal. Kogemused näitavad, et uus fonendoskoop on hästi kinnitatav haige käele ning on heade kuulde-omadustega.

Füsioterapeutidel on võimalus oma kabinette täiendada uue lühilainelise ultravioletkiiritajaga ОКУФ-5. Aparaat on ette nähtud naha paikseks kiiritamiseks (kontakt- või distantsmeetodil), samuti ka suuõõne ja kurgu kiiritamiseks ning mitmesuguste haavade ja günekoloogiliste haiguste ravimiseks. Uus aparaat on võimsam senikasutatavatest ja seetõttu lüheneb haige kiiritamise aeg, järelikult, muutub võimalikuks paljude haigete ravimine. Aparaadi juurde kuulub ka tuubuste komplekt. Lühilainelise ultravioletkiirituse allikaks on elavhõbe-kvartslamp.

Kilpnäärme ja maksa pahaloomuliste kasvajate diagnoosimiseks on konstrueeritud aparaat gamma-topograaf ГТ-60, mille abil on võimalik saada ülevaade diagnostilisel või ravieesmärgil haige organismi manustatud gamma-radioaktiivsete ainete lokaliseerumisest. ГТ-60 käsitsemine on automatiseeritud ning mehhaniseeritud. Uut aparaati on soovitatav rakendada onkoloogia, endokrinoloogia ja neurokirurgia kliinikuis ning teadusliku uurimise instituutides, kus on kasutusel radioaktiivsed isotoobid diagnoosimise ja uurimise eesmärgil.

Erinevate nahahaiguste raviks kasutatavat ultraheliaparaati УПТ-1 on moderniseeritud. Uus УПТ-3 võimaldab muuta kõrgsagedusega võnkeid ultraheliks ning saada ajaliselt stabiilseid väljumisparameetreid. Aparaadi ultraheli on suurema sagedusega kui seni kasutatavail. УПТ-3 töötab alalis- ja impulss-voolul ning on varustatud protseduurikellaga, mis katkestab automaatselt ultrahelikiirituse ettenähtud ajal.

Hambakivi eemaldamine on haigele küllaltki valutekitav ja ebameeldiv protseduur ning nõuab isegi stomatoloogilt tõsist pingutust. Mõlemale on abiks tulnud ultraheliaparaat. See on portatiivne, kaalult kerge, lihtne käsitseda ning võimaldab hambakivi eemaldada valutult, veretult ning kiirelt.

Ameerika Ühendriikide teadlased uurivad katselisel teel poliomüeliidiviiruse arenemist toakärbeste organismis. Uurimiste eesmärgiks on kindlaks määrata nimetatud viiruse kärbse organismis viibimise aja kestus ning selgitada, millised muutused toimuvad viirusega selle aja vältel.

Pariisi silmaarstid on arvamusel, et tööl kantavate prillide kõige otstarbekamaks värviks on roosa värvus. See tõstab esile kontraste ja seetõttu suureneb nägemisteravus, kaitseb silma ärritava ultravioletkiirituse eest, muudab mahedamaks teravad sinised ja violetsed värvitoonid, mis sageli esinevad meid ümbritsevas keskkonnas. See kõik avaldab närvisüsteemile rahustavat toimet.

Tuntud ameerika teadlane Salk, poliomüeliidivastase surmatud vaktsiini looja, töötab polüvaktsiini saamise kallal, mis toimiks 10 viiruse vastu.

Birminghami (USA) teadlased F. Peace ja K. Bisset näitasid, et mõningad graamnegatiivsed bakterid võivad muutuda graampositiivseiks (enamik parasiitmikroobe, mis arenevad suukoopas ja limaskestadel). Nimetatud teadlased arvavad, et mõningad viirused arenevad välja bakteritest. Võib eeldada, et antibiootikumide läbimõtlematu kasutamise suurim oht ei seisne mitte niivõrd uute resistentsete bakteritüvede tekkimises,kuivõrd uute viiruste väljaarenemises.

Mõned ameerika arstid arvavad, et nikotiinhape suurtes annustes vähendab efektiivselt kolesteriini hulka veres. Sealjuures võivad aga peale niisuguste tüsistusnähtude nagu tugev naha punetus, sügelemine, nõgesetõbi, kõhulahtisus, iiveldus, naha kollasus, silmalaugude turse areneda mitmesugused nägemishäired ning võib tekkida isegi osaline pimedaksjäämine. Nimetatud nähud kaovad kohe pärast nikotiinhappe manustamise katkestamist.

KARL MÕTUS

7. I 1910 — 26. VII 1964

26. juulil 1964. aastal suri pärast pikaajalist haigust Pärnu Linna Haigla peaarst Karl Reinholdi p. Mõtus.

K. Mõtus sündis 7. jaanuaril 1910. aastal Antsla lähedal kooliõpetaja perekonnas. Alghariduse sai ta Kiltsi ja Urvaste algkoolis, mille järel õppis Valga Poeglaste Gümnaasiumis. Pärast selle lõpetamist 1929. aastal astus K. Mõtus Tartu ülikooli arstiteaduskonda ja lõpetas selle 1936. aastal kiitusega. Seejärel töötas ta Võru maakonnas Leevi jaoskonnaarstina kuni 1940. aastani ja jaoskonnaarstina Varstus kuni 1944. aastani. 1944. aasta oktoobrikuust kuni 1948. aastani oli K. Mõtus Pärnu linnas terapeudiks ja tervishoiuosakonna inspektoriks ravi-profülaktika alal. 1948. aastast alates kuni elu lõpuni töötas ta Pärnu Linna Haigla peaarstina ning samal ajal patoloog-anatoomina. K. Mõtus kuulus Nõukogude Liidu Kommunistlikku Parteisse 1961. aastast alates.



K. Mõtust on autasustatud linna- ja maaelanikkonna meditsiinilise teenindamise eeskujuliku organiseerimise eest 1961. aastal ordeniga «Austuse märk» ning medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». K. Mõtus tegi ulatuslikku ühiskondlikku tööd. Ta oli Pärnu Linna Töörahva Saadikute Nõukogu saadikuks. 1953. aastast alates oli kadunu Pärnu Teadusliku Arstide Seltsi juhatuse liige, kellena tegi suurt tööd arstiteaduse uusimate saavutuste praktikasse juurutamisel. K. Mõtus oli Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee pleenumi liige. Teda on autasustatud kahe aukirjaga tulemusrikka töö eest sanitaar-aktiivi ettevalmistamisel.

K. Mõtus omas suurt autoriteeti Pärnu tervishoiutöötajate hulgas, oli suurepärane, südamlik ja abivalmis seltsimees. Mälestus temast jääb kauaks püsima.

Kaastöötajad

Kroonika

NÕUPIDAMINE EESTIMAA KOMMUNISTLIKU PARTEI KESKKOMITEES

22. juulil 1964. a. toimus Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitees nõupidamine elanikkonna meditsiinilise teenindamise küsimustes, millest võtsid osa vabariigi juhtivad partei- ja nõukogude töötajad ning tervishoiuasutuste peaarstid. Nõupidamise avas EKP Keskkomitee esimene sekretär J. Käbin, kes märkis tervishoiutöötajate tähtsat osa meie rahva tervise kaitsmisel, mida partei ja valitsus on ka vääriliselt hinnanud. Seda näitab kujukalt tervishoiu- ja teiste rahvamajandusharude töötajatele uute kõrgemate palgamäärade kehtestamine alates 1. novembrist s. a. Kõrvuti saavutuste ja edusammudega tervishoiu alal esineb meil veel mitmeid puudusi, mille kõrvaldamine on kõigi meditsiinitöötajate esmaseks ülesandeks. Lõpuks avaldas J. Käbin lootust, et meditsiinitöötajad viivad meie tervishoiukorralduse sellisele järjele, mis rahuldaks meie rahva — kommunismiehitajate — üha kasvavaid nõudeid ja vajadusi.

Seejärel esines pikema ettekandega Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, kes rõhutas, et seoses rahvamajanduse kiire edasiarendamisega on paranenud elanikkonna heaolu ja töötingimused ning tõusnud hariduse ja kultuuri tase. Medit-

siinitöötajate püüdluste tulemusena paraneb pidevalt elanikkonna tervis, väheneb haigestumine ja üldine ning laste suremus. Vabariigis viiakse laialdaselt ellu abinõusid tuberkuloosi varajaseks avastamiseks. Meil on saavutusi ka teiste nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise alal. Viie aasta jooksul ei ole registreeritud ühtegi marutaudi juhtu. Ei ole ette tulnud uusi brutselloosi haigestumisi ega kohaliku päritoluga malaariat. Pole esinenud tulareemiat. 1961. aastast alates ei ole registreeritud haigestumist poliomüeliiti. Kangestuskramptõbe on registreeritud 2—3 juhul, difteeriat 1962. ja 1963. a. aga ainult mõned üksikud juhud. Läkaköhasse haigestumine on 1963. aastal järsult vähenenud. 1964. aastal alustati uue elusvaktsiiniga massilist vaktsineerimist leetrite vastu.

Saavutuste kõrval märkis A. Goldberg ka tervishoiutöös esinevaid puudusi. Vabariigis tuleb veel ette haigestumisi soolenakkustesse. Nende haiguste vähendamiseks peavad nakkushaiguste kabinetid ja teised epideemiatõrjeasutused oma tööd tunduvalt tõhustama. Suure tähtsusega on sanitaarharidustöö laiendamine ja parandamine. Kõikides vabariigi linnades ja rajoonides töötavad tervise ülikoolid ning mitmetes kolhoosides ja sovhoosides tervisekoolid. Korraldatakse tervisekuid ja -päevi. Praegu toimub sanitaar-epidemioloogiaalase teenistuse tugevdamine vabariigis. Senisest suuremat tähelepanu pööratakse erialase kaadri ettevalmistamisele ja laboratooriumide arvu suurendamisele ning nende sisseseade täiustamisele, samuti ka uute uurimismeetodite juurutamisele.

Vabariigis on üle 200 polikliiniku, ambulatooriumi ja dispanseri. Rajoonikeskustes annavad abi kuni 12 eriala arstid. On pikendatud haigete vastuvõtuaega. 1. jaanuaril 1964. a. oli vabariigis 215 territoriaalset terapeudi-, 195 pediaatri-, 111 akušöör-günekoloogi- ja 27 tsehhijaoskonda. Mõnes linnas (Paide, Narva, Pärnu, Tartu jm.) on territoriaalsed arstijaoskonnad, eriti ümbrusejaoskonnad, veel liiga suured. Seetõttu on jaoskonnaarstid ambulatoorse tööga üle koormatud, mille pärast kannatab profülaktiline töö. Arstijaoskondade territooriume tuleb viivitamatult väiksemaks muuta. Peab aga märkima, et ambulatoorse abi edasine parandamine ei sõltu ainuüksi tervishoiuorganitest. Paljud ambulatooriumid ja polikliinikud on kitsastes ja ebasobivates ruumides, mis tunduvalt takistab tööd. Siin peavad vastavate rajoonide ja linnade töörahva saadikute nõukogude täitevkomiteed võimalusi otsima nende asutuste sobivamatesse ruumidesse paigutamiseks.

Käesoleval ajal on tervishoiuorganite tähtsamaks ülesandeks tööstustööliste ja põllumajandustöötajate haigestumise vähendamine. Tuleb tagada juhtivate tööstusharude tööliste eelisteenindamine. Käesoleval aastal on Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium välja andnud mitu käskkirja, juhendit ja metoodilist kirja tööstustööliste meditsiinilise teenindamise parandamiseks ning ajutise töövõimekaotusega seotud haigestumiste vähendamiseks. Nende küsimustega tegelevad senisest põhjalikumalt vabariigi peaspetsialistid. Kontrollitakse haiguslehtede arvestust, säilitamist ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi tööd.

Statsionaarse abi alal esineb samuti mitmeid puudusi. Haiglavoodite koormatus on veel ebaühtlane. Mõnes rajoonis ja linnas seisab osa haiglavoodeid tühjalt, teistes kohtades (Viljandi, Kohtla-Järve ja Paide) ei ole ruumipuuduse tõttu võimalik kõiki haigeid haiglasse paigutada. Mõned haiged saabuvad haiglasse eelneva põhjaliku uurimiseta polikliinikus. Seega kaotatakse haiglas uurimiseks palju aega (5—6 päeva). Paljudes haiglates ei rakendata küllaldaselt kompleksseid ravimeetodeid. Vajalikul määral ei hinnata ravikehakultuuri ja füsioteraapia tähtsust. Ei saa enam leppida sellega, et mudaravi on kasutusel ainult kolmes haiglas, kuna samal ajal leidub vabariigis rikkalikult ravimuda varusid. Lähema 2—3 aasta jooksul peavad haiglate peaarstid, esimeses järjekorras Tallinna ja Tartu vabariiklikes haiglates ning Pärnus, Kohtla-Järvel ja Narvas, organiseerima hästi korrastatud füsioteraapiaosakonnad, kus rakendatakse ka muda- ja vesiravi.

Tervishoiuorganite suurte ülesannete lahendamine sõltub suurel määral kaadrist. Meditsiinitöötajate uued palgamäärad, seda esmajoones jaoskonnaarstidele ja maal töötavale meditsiinipersonalile, soodustavad kaadri komplekteerimist. Praegu on meil raskusi keskharidusega meditsiinitöötajate ettevalmistamisega. Teatavasti peab kõrgema ja keskharidusega meditsiinipersonali vahekord olema 1:4, meie vabariigis on see aga 1:3,5. Peab mainima, et 1965. a. lõpetab õpingud tunduvalt vähem keskharidusega meditsiinitöötajaid kui on tarvis. Seepärast tuleb uuesti alustada meditsiiniõdede kursuste korraldamist Punase Risti Seltsi juures.

Vabariigis toimub laialdaselt arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmine, kuid see meid veel täielikult ei rahulda. Peamine rõhk tuleb panna sihipärasele ja otstarbekohasele täienduskursustele saatmisele. Kursustele tuleb suunata ainult neid arste, kes samal erialal töötavad ja jäävad sellel erialal tööle ka edaspidi. Suureks ergutuseks kvalifikatsiooni tõstmisel ja kaadri tundmaõppimisel on atesteerimine. Seni on vabariigis atesteeritud 1042 arsti, s. o. 38 protsenti meie arstide üldarvust. Kuid mõnes linnas ja rajoonis ei pöörata atesteerimisele küllaldaselt tähelepanu. Üheks ülesandeks on ka juhtivatele tervishoiuorganisaatoritele järelkasvu kindlustamine. Iga tervishoiuasutuse peaarsti ametikoha jaoks tuleb ette valmistada tulevane asetäitja. Ei saa leppida olukorraga, et mingit töölõiku juhib mahajäänud, väikese initsiatiiviga töötaja; mõnikord ainult sellepärast, et teda

ei ole kellegagi asendada. Mõningaid tulemusi kaadri järelkasvu ettevalmistamisel on Tallinna Linna Tervishoiu Osakonnal.

Vabariigi tervishoiuasutustes kasvab ja laieneb kommunistliku töö liikumine. Seda peavad kõigiti toetama nii administratsioon kui ka partei- ja ametiühinguorganisatsioonid. Meie tervishoiuasutustes on palju häid töötajaid, aktiivseid ühiskondlikust tööst osavõtjaid, kes ennastsalgavalt täidavad oma ülesandeid ja suhtuvad haigetesse tähelepanelikult ning südamlikult. Neid meditsiinitöötajaid tuleb igati aidata ja nende ettepanekud ellu viia. Peale administratsiooni poolt töö parandamiseks rakendatavate abinõude tuleb selleks üldsust laialdaselt kaasa tõmmata. Seni on üle 100 raviasutuse juures loodud ühiskondlikud nõukogud, kuid need ei tööta veel rahuldavalt. Sellepärast peab sellele töölõigule suuremat tähelepanu pöörama. Eriti tähtis on Punase Risti Seltsi aktivistide kasvatamine, kellest paljud aitavad edukalt kaasa tervishoiukorralduse parandamisele. Samuti peab sanitaarharidustöö muutuma iga meditsiinitöötaja oluliseks töölõiguks, mis aitab tõsta elanikkonna sanitaarkultuuri ning parandada töö- ja elutingimusi.

Iga meditsiinitöötaja kohus on maksimaalselt kasutada kõiki reserve ja võimalusi ning heaperemehelikult käsutada nende kätte antud suuri materiaalseid väärtusi, mida meie riik tervishoiule ohtralt eraldab.

Läbirääkimistel võtsid sõna Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst A. Roosileht, Valga rajooni Keskhaigla peaarst P. Rahu, Narva Linna Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlis, Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja F. Lodeson, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Emade ja Laste Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna ülem L. Lavrova, Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarst M. Martinson, Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla peaarst G. Radzimovski ja Tervishoiutöötajate Vabariikliku Ametiühingukomitee esimees U. Meikas.

Nõupidamise lõpetas EKP Keskkomitee teine sekretär A. Vader, kes mainis, et meie rahvas hindab meditsiinitöötajate tööd kõrgelt. Tervishoiu alal esineb aga ka mitmeid puudusi, mille kõrvaldamisele tuleb kohe asuda. Sõnavõtu lõpul avaldas A. Vader lootust, et tervishoiutöötajad rakendavad kõik oma oskused ja teadmised elanikkonna teenindamise parandamiseks.

H. Roots

TERVISHOIUTÖÖTAJATE PALGA TÕSTMISEST

1. novembrist 1964. a. (Kaug-Põhja rajoonides 1. oktoobrist 1964. a.) hakkab kehtima NSV Liidu Ülemnõukogu kuuenda koosseisu neljandal istungjärgul 15. juulil 1964. a. vastuvõetud seadus haridusala, tervishoiu, elamu- ja kommunaalmajanduse, kaubanduse, ühiskondliku toitlustamise ja teiste vahetult elanikkonda teenindavate rahvamajandusharude töötajate palga tõstmise kohta.

Arstide palgad tõusevad keskmiselt 19,2 protsenti, hambaarstidel 22,5, keskharidusega meditsiinitöötajatel 24,2, farmatseutidel 25,2, nooremal meditsiinipersonalil 26,6 ning administratiiv-juhtival ja majandus-teenindaval personalil 42,4 protsenti.

Arstide, farmatseutide ja keskharidusega meditsiinipersonali töötasu maksmisel jääb kehtima sõltuvus tööstaažist, peale selle tõuseb nende palk veel vastavalt kvalifikatsioonile. Atesteerimisel kõrgema ja esimese kategooria kvalifikatsiooni saanud arstide ja farmatseutide palk tõuseb 15—30 rubla võrra. Esimese kategooria hambaarstidele, ämmaemandatele ja velskritele, epidemioloogi abidele ning sanitaararsti abidele makstakse lisaks 8 rubla.

Arsti töötasu sõltub asukohast (maal või linnas) ja ametikohast. Kõige kõrgema töötasuga rühma kuuluvad maa-jaoskonnahaiglate ja ambulatooriumide arstid, seejärel maarajoonide asutuste arstid (sõltumata sellest, kas rajoonikeskus asub maal või linnas). Järgmise rühma moodustavad muude maal asuvate tervishoiuasutuste arstid, terapeudid ja pediaatrid linnades, kiirabijaamade ja sanitaar-aviojaamade arstid ning sanitaarala spetsialistid. Edasi järgnevad haiglate ja polikliinikute arstid linnades. Viimasesse, viiendasse rühma kuuluvad sanatooriumide ja puhkekodude arstid linnades, töölisasulates ja linna tüüpi asulates.

Maa-jaoskonnahaiglate ja ambulatooriumide arstide minimaalne palk uue seaduse järgi on 105 rubla kuus (praegu 75 rbl.). Seega tõuseb nende töötasu ligikaudu 40 protsenti. 25—30-aastase tööstaaži puhul on arsti palk maal 140 rubla (praegu 108 rbl.). Samuti säilib maal töötavatel meditsiinitöötajatel õigus tasuta korteri, kütte ja valgustuse saamiseks.

Linnahaiglate ja polikliinikute arstide minimaalseks töötasuks on 90 rubla (praegu 72. 50 rbl), maksimaalseks 125 rubla. Peaarstide palgad jagunevad 11 gruppi, sõltuvalt ravi- ja profülaktikaasutustes töötavate arstide arvust. Nad hakkavad saama 145—250 rubla kuus. Peaarsti asetäitjate (ravi alal) palk on peaarsti palgast 10 protsenti madalam, asetäitja administratiiv-majanduse alal töötasu on 40 protsendi võrra väiksem kui peaarstil.

Struktuursete ühikute (osakonnad, laboratooriumid, polikliinikud jne.) juhatajate-arstide palk on diferentseeritud. Näiteks arst-juhataja palk on 10 rubla võrra suurem siis, kui struktuurses ühikus on kolm voodikohta või kolm arstikohta, ilma voodikohtadeta (näiteks polikliinikus jm.) aga kuus arsti ametikohta.

Praegu kehtiv keskharidusega meditsiinipersonalile töötasu maksmise kord (sõltuvalt tööstaažist, haridusest ja ametikohast) jääb muutmata. Hambaarstide minimaalseks töötasuks on 72 rubla kuus (senise 55 rbl. asemel), 25—30-aastase tööstaaži korral 85 rubla (75 rbl. asemel). Velskrid, ämmaemandad, vanem-meditsiiniõed saavad vastavalt 65—80 rubla, (senise 50—70 rbl. asemel). Samasse gruppi kuuluvad ka patronaaži- ja jaoskonnaõed. Meditsiiniõed ja laborandid hakkavad saama 60—75 rubla (senise 45—67 rbl. 50 kop. asemel), keskharidusega meditsiinipersonal, kellel puudub vastav eriharidus, 50—65 rubla (praegu 37 rbl. 50 kop. — 55 rbl.). Keskharidusega meditsiinitöötajate — tervishoiuasutuste ja struktuursete ühikute juhatajate töötasu tõuseb veel 5—15 rubla. Näiteks 15 rubla võrra tõuseb hambaarstide — stomatoloogiaasutuste juhatajate palk. Velskripunktide juhatajad saavad lisaks 10—15 rubla (sõltuvalt teenindatavate elanike arvust).

Rakendatakse vanem-meditsiiniõdede töö tasustamise uus printsiip. Nendele makstakse palka samade gruppide järgi nagu peaarstidele. Seega saavad vanemõed 78 kuni 125 rubla kuus.

Sanitaride ja muu teenindava personali minimaalne töötasu tõuseb 45 rublani (senise 36 rbl. asemel). Üle 10-aastase tööstaaži korral aga 50 rublani (praegu 45 rbl.).

Kõrgema farmatseutilise haridusega apteegitöötajate minimaalseks töötasuks on 80 rubla kuus, 25—30-aastase tööstaaži korral 110 rubla (praegu 65—90 rbl.). Farmatseutilise keskharidusega töötajad hakkavad saama 60—76 rubla (praegu 45—65 rbl.), farmatseutilise keskhariduseta töötajad aga 50—65 rubla (praegu 37 rbl. 50 kop. — 55 rbl.).

Eriti hinnatakse nende arstide, farmatseutide ja keskharidusega meditsiinitöötajate tööd, kellel on 30-aastane tööstaaž linnas või 25-aastane maal. Nende arstide palk ulatub 165—170 rublani kuus, hambaarstidel 120 rublani, keskharidusega meditsiinipersonalil 110 rublani, kõrgema farmatseutilise haridusega 140 rublani ja farmatseutilise keskharidusega töötajatel 105 rublani.

Seoses kõrgemate palkade kehtestamisega muudetakse pensionide maksmine väljateenitud aastate eest nendele isikutele, kes jätkavad tööd meditsiiniasutustes. Pensionile siirdujad aga saavad pensioni endise korra kohaselt.

Kehtestatakse preemiate maksmise kord vereülekandejaamade, hambaproteeside, arstliku kosmeetika ja profülaktilise desinfektsiooni asutuste töötajatele plaaniliste ülesannete ületamise eest.

Hakatakse tasu maksma kutsete ühendamise eest. Näiteks autojuht, kes aitab haigeid kanda, saab 20 protsenti sanitari palgast. Lisatasu makstakse samuti liikuvate apteegikioskide juhatajatele, kui nad täidavad ka apteegikioskit transportiva auto juhi ülesandeid.

Jääb kehtima endine töötasu maksmise printsiip tervistkahjustavates, ohtlikes ja eriti rasketes tingimustes. Samuti hakatakse rakendama mõistet «kahekordne kahjustus». Näiteks nakkus-, tuberkuloosi- või psühhiaatriahaiglates (rahulikkude haigetega) töötavate röntgenoloogide palka kõrgendatakse 25 protsendi võrra (praegu 15 protsenti).

Uute palkade kehtestamine meditsiinitöötajatele ja teiste rahvamajandusharude töötajatele kinnitab järjekordselt NLKP ja valitsuse hoolitsust meie maa töötajate heaolu eest. Sellele vastavad kõik tervishoiutöötajad vääriliselt ja rakendavad kõik oma teadmised ja oskused nõukogude inimese tervise kaitseks.

J. Ots

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMILT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 23. juulil 1964. a. tuberkuloosi vastu võitlemise küsimust Tartu, Põlva ja Kingissepa rajoonis. Kolleegium kuulas ära Tartu rajooni peaarsti asetäitja M. Siku, Põlva Rajooni Keskhaigla peaarsti A. Juhasoo ja Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti E. Väärti aruanded ja Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti E. Kama kaasaruande. Ettekannetest selgus, et viimastel aastatel on voodite arv tuberkuloosihaigetele tunduvalt suurenenud. Seoses uute bakterioloogialaboratooriumide avamisega Tartus, Sõmeral ja Elvas ning tomograafide kasutuselevõtmisega Tartu ja Kingissepa rajoonis on diagnoosimise kvaliteet tunduvalt paranenud. Kõik tuberkuloosiasutused omavad küllaldaselt ravimeid ja summasid pikaaegse ravi läbiviimiseks statsionaaris või ambulatooriumis.

Tartu, Kingissepa ja Põlva rajoonid on kindlustatud ftisiaatritega. Ka profülaktiline töö on rajoonides paranenud, eriti Kingissepa rajoonis, kus rakendati tööle poolliikuv fluorograaf ja organiseeriti hästi 1963. a. maaelanike fluorograafiline läbivaatus. 1962. ja 1963. a. ületati kõigis nimetatud rajoonides vaktsineerimise plaanid. Hästi on läbi viidud revaktsineerimine 1964. a. Kingissepa rajoonis, kus I poolaasta jooksul täideti 87% aastaplaanist.

Vaatamata edusammudele esineb tuberkuloositõrje töös veel tõsiseid puudusi. Põlva ja Tartu rajoonis ei ole tuberkuloosivastaseid kaitsepookeid planeeritud kvartalite lõikes ning mõned arstijaoskonnad (Laeva, Kuuste, Värska, Mustjõe) pole veel asunud revaktsineerimiste teostamisele. Vähe on revaktsineeritud noorukeid ja

täiskasvanuid kuni 30 eluaastani. Põlva rajoonis esineb puudusi tuberkuloosi varajases avastamises maaelanike seas. Ei ole kasutatud kõiki võimalusi bakterioloogiliste analüüside tegemiseks.

Kolleegium kohustas Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti S. Ellerveed, Põlva Rajooni Keskhaigla peaarsti A. Juhasood ja Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti E. Väärti pöörama erilist tähelepanu tuberkuloositõrje tööle maaelanike hulgas, kusjuures maaelanikke tuleb aasta jooksul hõlmata profülaktiliste röntgenoloogiliste ja fluorograafiliste uurimistega vähemalt 50% ulatuses. Tuberkuloositõrjele on vaja kaasa tõmmata kõik meditsiinitöötajad ja laialdane ühiskondlik aktiiv.

A. Kaldma

H. RIIS — TEENITUD VANADUSPUHKUSELE

15. juulil 1964. a. saatis apteegitöötajate pere pidulikult pensionile oma kauaaegse töökaaslase, Apteekide Peavalitsuse ülema asetäitja proviisor Helmi Riisi.

Helmi Oskari t. Riis sündis 24. juunil 1905. a. Tallinnas. Lõpetanud 1924. a. Tallinna Tütarlaste Gümnaasiumi, sai ta Tallinnas asuvasse Thubergi apteeki õpilaseks. Ajavahemikus 1926—1931 õppis Helmi Riis Tartu ülikoolis, mille lõpetas *cum laude*'ga. Aastail 1931—1944 töötas ta apteegi retseptaarina ja aastail 1944—1949 apteegi juhatajana. 1949. a. määrati Helmi Riis Kesk-apteegilao kaubandusosakonna juhatajaks, kust 1951. a. siirdus Apteekide Peavalitsuse varustusosakonna juhataja ametikohale. 16. aprillist 1958. a. alates töötas ta Apteekide Peavalitsuse ülema asetäitja vastutusrikkal kohal.

40-aastase töötamise aja vältel on H. Riis end näidanud kvalifitseeritud ja oma tööd hästi tundva spetsialistina. Suuri teeneid on tal vabariigi meditsiinilise varustusala korraldamisel. Proviisor H. Riis on olnud initsiaatoriks apteegivõrgu kaubavaru normatiivide väljatöötamisel, mida on seatud eeskujuks teiste liiduvabariikide apteekide peavalitsustele. Tööalaste küsimuste lahendamisel on teda alati iseloomustanud suur tööarmastus ja energilisus. Kollektiivis on H. Riisil alati olnud suur autoriteet. Kõikidest ühiskondlikest üritustest on ta suure innu ja huviga osa võtnud.

Kaastöötajad soovivad H. Riisile helgeid aastaid ja jätkuvat töölusti ka edaspidiseks kaasaaitamiseks armastatud tööalal.

Kaastöötajad

TERVISHOIUTÖÖTAJATE TENNISEVÕISTLUSED

12.—14. juunil 1964. a. toimusid Viljandis kolmandat korda tervishoiutöötajate ametiühingu spartakiaadi tennisevõistlused, millest võtsid osa kuus võistkonda (Kingissepa, Pärnu, Tallinna, Tartu, Viljandi ja Võru võistkonnad).

Juba esimesel päeval selgus, et peamine võistlus esikoha pärast toimub möödunudaastase karikavõitja Tallinna ja tänavuse tugeva Viljandi võistkondade vahel, kuid kohtumise saatus otsustati alles viimase võistluspäeva viimase mänguga — segapaarismängu finaaliga. Selles mängus näitas Tallinna paar Põldoja—Koovit üles üle ootuste kindlat mängu ja saavutas võidu 6:2, 6:4 Viljandi paari Sütt—Adari üle, otsustades sellega ka kogu võistluse Tallinna kasuks. Kolmandaks jäi Pärnu võistkond ja neljandaks südilt esinenud saarlased, kes täisarvulise võistkonna korral oleksid võinud ka parema koha saavutada.

Võistluste tulemused kujunesid järgmisteks. Naisüksikmäng: 1. Lellep (Tallinn), 2. Põldoja (Tallinn), 3. Purre (Pärnu). Meesüksikmäng: 1. Pütsepp (Viljandi), 2. Adari (Viljandi), 3. Treufeld (Pärnu). Naispaarismäng: 1. Lellep—Põldoja (Tallinn), 2. Adari—Sütt (Viljandi), 3. Purre—Remmel (Pärnu). Meespaarismäng: 1. Adari—Pütsepp (Viljandi), 2. Ehvärt—Koovit (Tallinn), 3. Meritam—Saar (Kingissepa). Segapaarismäng: 1. Põldoja—Koovit (Tallinn), 2. Sütt—Adari (Viljandi), 3. Hark—Saar (Kingissepa).

H. Ehvärt

UUS JUHEND *

Hiljuti ilmus NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-epidemioloogia Peavalitsuse uus juhend rahatrahvi määramise ja sissenõudmise kohta sanitaar-hügieeniliste ja sanitaar-epideemiatõrje eeskirjade rikkumise korral.

Juhendi on kinnitanud NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja, NSV Liidu peasanitaararst J. Danilov. Uue korra kohaselt toimub trahvi määramine peasanitaararstide poolt järgmises ulatuses:

— NSV Liidu peasanitaararst ja tema asetäitjad kuni 50 rubla ametiisikutelt ja kuni 10 rubla eraisikutelt;

---

* Инструкция о порядке наложения и взыскания штрафов за нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил. № 120—8/4—21. Москва — 1964.

— Liiduvabariigi peasanitaararst ja tema asetäitjad kuni 30 rubla ametiisikutelt ja kuni 10 rubla eraisikutelt;

— Linna, linna- ja maarajooni, sadama, veetranspordi liinijaoskonna peasanitaararst kuni 10 rubla ameti- ja eraisikutelt.

Rahatrahv määratakse ainult sel juhul, kui distsiplinaarsed karistusabinõud ja ühiskondlikud mõjustusvahendid ei anna tulemusi. Uue juhendi ilmumisega kaotasid kehtivuse varem väljaantud vastavasisulised eeskirjad.

Juhendile on lisatud trahvi vormistamiseks vajalike dokumentide vormid.

H. Mikk

SISUKORD

E. RAUDAM — Arstide ja proviisorite kvalifikaktsiooni tõstmisest 3

Teooria ja praktika

L. NURMAND — Maksapatoloogiast põhjustatud haiguslikest muutustest nahas (Kirjanduse ülevaade) 6

H. SILLASTU — Allergilis-toksilistest nahanähtudest kopsutuberkuloosiga haigeil etoksüüdiravi vältel 10

E. RÕIGAS ja J. RUBANOVITS — Gonorrõa ja urogenitaaltrakti trihhomonoosi diagnoosimine külvimeetodil 12

I. PILV — Mõningatest valgu-amiinohapete ainevahetuse muutustest reuma puhul lastel (Autoreferaat) 15

U. VIIRES — Rangluu ja õlanuki biofüüsikalise uurimise tulemusi 16

J. KEERIG — Röntgenikiirte toime skeletilihaste valgu koostisse 18

M. PURDE — Haigestumisest pahaloomulistesse kasvajatesse Eesti NSV-s . . . 20

Tervishoiu organisatsioon

T. REKK — Kaebused ja avaldused . . . 23

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

T. VANASELJA — Maovähi tsütoloogilisest diagnoosimisest 26

V. RAUDSEPP — Emakavähi diagnoosimise metoodikast 28

L. KERES — Mikromeetrilised vereuuringud imikutel 30

B. LUMI — Sulfosalitsüülhappe reaktiivi valmistamisest valkude määramiseks uriinis 33

M. STRUNKO — Gargoilism 34

Abiks velskritele ja õdedele

K. KÕRGE — Suhkurtõve ravist . . . 35

I. MUUGA — Raskesti haige lapse toitmine 39

V. MOSSIN — C-reaktiivse valgu määramine haigete vereseerumis 41

Kaadri ettevalmistamine

L. BARÕŠEVA — Arstide ja farmatseutide täienduskursused 45

N. ELSTEIN — Terapeutide igapäevasest kvalifikatsiooni tõstmisest 50

I. MAAROOS — Uut täiendust arstide ja farmatseutide perele 53

K. SÕERDE — Järjekordne lend Tallinna Meditsiinilisest Koolist 55

A. HORN — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1964. a. 56

Arstiteaduse ajaloost

A. NORDBERG — Märkmeid lahinguteedelt 57

Z. TÕNISSOO — Võtlejate elu eest . . 61

Konverentsid ja nõupidamised

H. PIHL — Konverentsid ja nõupidamised nakkushaiguste alal 65

E. UIBO — Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate II konverents . . . 66

СОДЕРЖАНИЕ

Э. РАУДАМ — Повышение квалификации врачей и провизоров

Теория и практика

Л. НУРМАНД — Роль печени в возникновении поражений кожи. (Обзор литературы)

Х. СИЛЛАСТУ — Об аллергическо-токсических поражениях кожи при лечении этоксидом больных туберкулезом легких

Э. РЫЙГАС и И. РУБАНОВИЧ — Культуральная диагностика гонореи и трихомоноза урогенитального тракта

И. ПИЛВ — К вопросу о белково-аминокислотном обмене при ревматизме у детей (Автореферат)

У. ВИИРЕС — Результаты биофизического исследования ключицы и плеча

Ю. КЕРИГ — Действие рентгеновских лучей на состав белка скелетных мышц

М. ПУРДЕ — Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Эстонской ССР

Организация здравоохранения

Т. РЕКК — Жалобы и заявления

Обмен опытом и казуистика

Т. ВАНАСЕЛЬЯ — Цитологическая диагностика рака желудка

В. РАУДСЕПП — О методике диагностики рака матки

Л. КЕРЕС — Микрометрические исследования крови у грудных детей

Б. ЛУМИ — Приготовление из сульфосалициловой кислоты реактива для определения белка в моче

М. СТРУНКО — Гаргоилизм

В помощь фельдшерам и сестрам

К. КЫРГЕ — О лечении сахарной болезни

И. МУУГА — Кормление тяжело больных детей

В. МОСИН — Определение С-реактивного белка в сыворотке крови больных

Подготовка кадров

Л. БАРЫШЕВА — Курсы усовершенствования врачей и фармацевтов

Н. ЭЛЬШТЕЙН — О повседневном повышении квалификации терапевтов

И. МААРООС — Новое пополнение в семье врачей и фармацевтов

К. СЫЭРДЕ — Очередной выпуск Таллинской медицинской школы

А. ХОРН — Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1964 г.

Из истории медицины

А. НОРДБЕРГ — Заметки о боевых путях

З. ТЫНИССОО — За жизнь бойцов

Конференции и совещания

Х. ПИХЛ — Конференция и совещания по инфекционным заболеваниям

Э. УЙБО — II конференция среднего медицинского персонала Таллина

A. HORN — Tartu Meditsiinilise Kooli õpetatajate metoodiline konverents . . . 67
L. TIIGIMÄE — Vene NFSV tuberkuloosisanatooriumide arstide II teaduslik-praktiline konverents 67
E. SIIRDE, V. SÄRGAVA — Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents . . . 67
J. RIIV — Leedu kardioloogide konverents . 68

Tähtpäevad

Dotsent B. Luik 50-aastane 68

Mitmesugust

L. VÕHANDU ja O. TAMM — Elektronarvutustehnika kasutamise võimalusest epidemioloogias 69
T. KÄRU — Abivahend perfokaartide sorteerimiseks 72

Nekroloog

Karl Mõtus

Kroonika

А. ХОРН — Методическая конференция преподавателей Тартуской медицинской школы
Л. ТИИГИМЯЕ — II научно-практическая конференция врачей туберкулезных санаториев РСФСР
Э. СИИРДЕ, В. СЯРГАВА — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР
Ю. РИИВ — Конференция кардиологов Литовской ССР

Юбилейные даты

50-летие доцента Б. Луйка

Разное

Л. ВЫХАНДУ и О. ТАММ — О возможности использования в эпидемиологии электронной вычислительной техники
Т. КЯРУ — Приспособление для сортировки перфокарт

Некролог

Карл Мытус

Хроника

UUSI RAAMATUID RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

RAMUL, K. Loomapsühholoogia. Tln., 1964, 203 lk.
LJAPUNOV, B. V. ja NIKOLAJEV, N. A. Läbi raskuste tähtede poole. (Kosmoselendude meditsiinilisi probleeme). Tln., 1963, 148 lk.
VEIDERPASS, N. Ravimite tehnoloogia põhijooned. Tln., 1964, 442 lk.
KAHN, H. Veresoonte lupjumine. Tln., 1964, 35 lk.
PERGAMENT, A. J. ja STAVTSEVA, A. I. Nõukogude seadusandlus naiste õigustest. Tln., 1964, 136 lk.
Справочник медицинской сестры по уходу. Под ред. В. В. Кованова. Изд. 2-е. М., 1964, 422 стр.
ЛЕВИТ М. М. Медицинская периодическая печать в России и СССР. (1792—1962). М., 1963, 244 стр.
УРЛАНИС Б. Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. М., 1963, 136 стр.
ТАРАСЕНКО Н. Ю. Гигиена труда при работе с торием. М., 1963, 88 стр.
КОБАНОВ В. В. и ТРАВИН А. А. Хирургическая анатомия нижних конечностей. М., 1963, 566 стр.
МАЙСТРАХ Е. В. Гипотермия и анабиоз. М.—Л., 1964, 327 стр.
КОРЖУЕВ П. А. Гемоглобин. Сравнит. физиология и биохимия. М., 1964, 267 стр.
МАТРОСОВА Е. М. Двигательная деятельность желудка и ее связь с секрецией желудочного сока. М.—Л., 1964, 189 стр.
ШАНТРЕН Ю. Биосинтез белков. Пер. с англ. М., 1963, 323 стр.
ВЕСЕЛКИН П. Н. Лихорадка. (Очерки по общей патологии теплорегуляции и лихорадочной реакции). М., 1963, 376 стр.
ЛЕМПЕРТ Г. Л. Основы электрокардиологии. М., 1963, 327 стр.
ДОЛАБЧЯН З. Л. Синтетическая электрокардиология. Ереван, 1963, 411 стр.
МИХНЕВ А. Л. и др. Клиническая фонокардиография. Киев, 1963, 137 стр.
ДОРОФЕЕВА З. З. Принципы векторкардиографии. М., 1963, 212 стр.
ЛЕМПЕРТ М. Д. Биохимические методы исследования. Практ. руководство для мед. лаборантов-биохимиков. Изд. 2-е. Кишинев, 1964, 227 стр.
ПЕРЛИ П. Д. и др. Лечение больных на курортах Латвии. Рига, 1963, 215 стр.
ИВАНОВ С. М. Врачебный контроль и лечебная физкультура. (Учебник для мед. ин-тов). Изд. 2-е. М., 1964, 430 стр.
ГАНДЕЛЬСМАН А. Б. и СМИРНОВ К. М. Спорт и здоровье. М., 1963, 264 стр.
Лекарственные препараты. (Справочник). Под ред. И. Ф. Урванцева. Изд. 3-е. Минск, 1963, 551 стр.
ВАЙСМАН Г. А. и ПРОКОПОВИЧ Н. Н. Несовместимые сочетания ингредиентов в лекарственных формах. Киев, 1963, 289 стр.
КУДРИН А. Н. и др. Руководство к практическим занятиям по фармакологии. (Для фармацевтич. ин-тов). М., 1964, 211 стр.
АЛЕКСЕЕВА Л. Н. Антибактериальные препараты — производные 5-нитрофурана. Рига, 1963, 219 стр.
Вредные вещества в промышленности. Справочник для химиков, инженеров и врачей. Под общ. ред. Н. В. Лазарева. Изд. 4-е. Л., 1963. Ч. 1. 831 стр. Ч. 2. 619 стр.
Лучевая опасность в перспективе. (Пер. с англ.) М., 1963, 54 стр.
ЛИПКАН Н. Ф. Элементы радиационной биологии и биохимии. Киев, 1963, 165 стр.

Hind 40 kop.
Цена 40 коп.

Индекс
78191

ГОЛЬДБЕРГ Е. Д. Изменения системы крови при хроническом действии малых доз ионизирующих излучений. Томск, 1964, 69 стр.
КОВАЛЕНКО В. Я. и РЫБАСОВ В. А. Оказание медицинской помощи пострадавшим от ядерного оружия. Вопросы организации. М., 1964, 108 стр.
ШЕЛАГУРОВ А. А. Методы исследования в клинике внутренних болезней. Изд. 2-е. М., 1964, 475 стр.
ФАДЕЕВА М. Н. Радиоактивные изотопы в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний. М., 1963, 92 стр.
СИНИЦИНА Т. А. Экспериментальный атеросклероз коронарных сосудов сердца. Л., 1964, 168 стр.
АНДРЕЕВА-ГАЛАНИНА Е. Ц. и АРТАМОНОВА В. Г. Экспертиза трудоспособности при вибрационной болезни. Л., 1963, 179 стр.
ЮЛЕС М. и ХОЛЛО И. Диагностика и патофизиологические основы невроэндокринных заболеваний. (Перевод с венгерского). Будапешт, 1963, 882 стр.
КАХАНА М. С. Кортико-висцеральная регуляция функций щитовидной железы. Кишинев, 1960, 237 стр.
Эндемический зоб. Сост. Ф.У. Клемент (и др.) Пер. с англ. М., 1963, 452 стр.
КРАКОВ В. А. Синдром Иценко-Кушинга. М., 1963, 107 стр.
КОНЬ Я. С. и ПАРЕЦКАЯ М. С. Диагностика и лечение гельминтоза человека. Изд. 3-е. М., 1964, 132 стр.
БРЕГАДЗЕ И. Л. и КОНСТАНТИНОВ В. М. Альвеолярный эхинококкоз. (Альвеококкоз). М., 1963, 223 стр.
БИЛИБИН А. Ф. Учебник инфекционных болезней. (Для мед. ин-тов). Изд. 2-е М., 1964, 415 стр.
БЕССМЕРТНЫЙ Б. С. и ХЕЙФЕЦ Л. Б. Оценка эффективности мероприятий по профилактике инфекционных болезней. М., 1963, 207 стр.
БОГДАНОВ И. Л. Внутрибольничные инфекции и их профилактика. Киев, 1963, 210 стр.
ТКАЧЕВ П. Г. Эпидемический гепатит. (Для сред. медработников). М., 1964, 80 стр.
Питание детей, перенесших эпидемический гепатит. (Стадия реконвалесценции). Метод. указания. Сост. М. Н. Небытова-Лукьянчикова. Л., 1964, 36 стр.
СМОРОДИНЦЕВ А. А. и др. Вирусные геморрагические лихорадки. Л., 1963, 292 стр.
СЕЛИМОВ М. А. Пути ликвидации гидрофобии. М., 1963, 294 стр.
ГОРЯИНОВА Р. В. Рентгенодиагностика состояния костно-суставного аппарата после полиомиелита. Л., 1963, 127 стр.
ЛУБЕГИНА З. П. Профилактика и лечение деформаций стопы после полиомиелита. М., 1963, 182 стр.
Справочник врача-фтизиатра. Под общ. ред. Н. А. Шмелева и В. Л. Эйнеса. М., 1963, 395 стр.
ЗЕБОЛЬД А. Н. и СЕМЕНОВА Н. В. Организация работы операционной сестры. Изд. 2-е, Л., 1963, 64 стр.
САКОВ Б. А. Механизмы общих осложнений термических травм. Киев, 1963, 292 стр.
УГЛОВ Ф. Г. и КОРЯКИНА Т. О. Хирургическое лечение портальной гипертонии. Л., 1964, 220 стр.
АВЕДИСОВ С. С. Выпадение прямой кишки. М., 1963, 216 стр.
ЧУХРИЕНКО Д. П. Выпадение прямой кишки. Киев, 1963, 288 стр.
САДОФЬЕВ А. И. Рентгенологические показатели для оценки трудоспособности после резекции легкого. Л., 1964, 166 стр.
БИЕЗИНЬ А. П. и ЛИЕПИНЬ Х. Ю. Осанка, ее пороки и их исправление. Метод. письмо. Рига, 1963, 25 стр.
КАСАТКИН М. Р. Урологическая помощь при травме спинного мозга. М., 1963, 103 стр.
БУЛАВИНЦЕВА В. И. и ВОЩАНОВА Н. П. Предраковые заболевания желудка и роль диспансеризации в их выявлении и лечении. М., 1964, 96 стр.
ЛАЗАРЕВ Н. И. Теоретические основы профилактики и терапии дисгормональных опухолей. М., 1963, 212 стр.
ГУТНЕР Я. И. Практикум по терапевтической стоматологии. Изд. 2-е. М., 1964, 387 стр.
Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. М. В. Мухина. Л., 1963, 359 стр.
Карманный рецептурный справочник офтальмолога. М., 1963, 155 стр.
ДУБОВЫЙ Е. Д. и КАЛЬФА С. Ф. Бета-лучевая терапия в офтальмологии. Киев, 1963, 202 стр.
Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях центральной нервной системы. Под. ред. Н. К. Боголепова. М., 1964, 268 стр.
ЗЕНЕВИЧ Г. В. Ремиссии при шизофрении. О., 1964, 216 стр.
АСТВАЦАТУРОВ К. Р. Врожденный сифилис. М., 1963, 59 стр.

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg (toimetaja), E. Raudam, H. Roots (vastutav sekretär), J. Saarma ja A. Sarap.

6
November–Detsember

7. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1964

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР

На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 19. X 1964. Trükkimisele antud 26. XI 1964. Trükiarv 4200. Paber 70×108,1/16. Trükipoognaid 5+0,5 +2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 8,05. Arvutuspoognaid 9,19. Tellimise nr. 8022. MB-10115.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7, Telefon 456-82

Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn.

JAOSKONNATERAPEUT

A. SARAP

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

Nõukogude tervishoiusüsteemi ajalugu on juba ammu tõestanud, et parimaks organisatsiooniliseks vormiks elanikkonna ambulatoorsel ja polikliinilisel teenindamisel on territoriaalne arstijaoskond, milles keskseks töötajaks on jaoskonnaterapeut. Niisugune meditsiinilise teenindamise vorm on end täiesti õigustanud. See võimaldab tervishoiuorganisaatoreil, jaoskonnaterapeutidel ja teistel eriarstidel saada põhjalikku ülevaadet sellest, missugused haigused on elanikkonna hulgas levinud, kuidas neid ravitakse ja milliseid tulemusi on saavutatud teatavate sanitaar-hügieeniliste ning epideemiatõrje abinõude rakendamisel. Ühtlasi on võimalik süvendada elanikkonna tervishoiualaseid teadmisi. Kui arst pidevalt ning süstemaatiliselt jälgib haige ja tema perekonnaliikmete tervise seisundit, ning õpib tundma nende elukondlikke tingimusi, siis saab ta kõige otstarbekamalt rakendada individuaalset ravi ja vältida tüsistusi. Ta võib kaasa aidata haige elamistingimuste parandamisele ning samme astuda temale jõukohase töö leidmiseks.

Jaoskonnaterapeudi kohustused ja ülesanded on fikseeritud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjas nr. 321 (20. juulist 1960. a.). Selles on öeldud, et jaoskonnaarsti põhikohustusteks on: 1) kvalifitseeritud arstiabi andmine jaoskonna piirkonnas elunevatele inimestele nii polikliinikus kui ka kodus; 2) profülaktilise töö organiseerimine ja läbiviimine elanike hulgas haigestumise ja suremise vähendamiseks.

Et nimetatud ülesandeid edukalt täita, peab jaoskonnaterapeut haigusi avastama juba varakult ja tagama õigeaegse ravi nii vastuvõtul ambulatooriumis kui ka haigete kodusel külastamisel. Terapeudil tuleb haige läbi vaadata samal päeval, mil väljakutse saadeti, ning anda talle kvalifitseeritud arstiabi. Käesoleval ajal on vabariigis ligikaudu 600 terapeuti, enamikul neist tuleb aeg-ajalt töötada ka jaoskonnas. Rahvas hindab jaoskonnaarste kõrgelt. S. Repson, J. Prokofjev, D. Rebane, M. Kundla ja paljud teised on elanikkonna hulgas väga lugupeetud. Nad on osanud luua laialdase sanitaaraktiivi, kelle liikmed aitavad jaoskonnas sanitaar-tervistavaid üritusi korraldada. Paljude Tallinna jaoskonnaterapeutide heaks algatuseks on kohtumised elanikega. Nad esinevad aruannetega oma tööst, jutustavad elanikele haiguste profülaktikast ja individuaalsetest kaitsevahenditest.

Jaoskonnaterapeudi väga tähtsaks töölõiguks on arstiabi osutamine haigele kodus. Ta peab süstemaatiliselt jälgima patsiendi tervise seisundit ning teda põhjalikult ja igakülgselt uurima. Vajaduse korral tuleb tal organiseerida eriarstide konsultatsioone ja haige haiglasse paigutada. Nakkushaiguste korral on jaoskonnaterapeudi kohustuseks rakendada profülaktilisi abinõusid haige ja temaga kokkupuutuvate isikute suhtes. Kui haiget ravitakse kodus, on erakordselt tähtis tema hooldamise organiseerimine, samuti mitmesuguste raviprotseduuride tegemine ja arsti ettekirjutuste täitmine. Seda peab täpselt tegema jaoskonna-meditsiiniõde. Kahjuks ei ole jaoskonnaterapeudid vabariigi mitmes linnas (Narva, Valga, Viljandi, Tallinn jt.) küllaldaselt aktiivsed. Päevas tuleb neil keskmiselt 1,7—2,0 visiiti, millest ainult 25—35% on aktiivsed; seega

normatiividest tunduvalt vähem. Samal ajal on aga polikliinikud tugevasti üle koormatud. Siin võetakse vastu keskmiselt 7—8 inimest tunnis.

Et haigete teenindamine ja profülaktiline töö oleksid eeskujulikud, tuleb jaoskonnaterapeutidele luua normaalsed töötingimused. Esmajärjekorras on tarvis normaalseks muuta jaoskondade suurus, s. o. 2000 täiskasvanud isikut jaoskonnas, mille teenindamiseks peab olema 1,5 terapeudikohta. Arsti ja meditsiiniõe tööd tuleb kergendada. Neid peab varustama küllaldasel määral standardsete trükitud retseptide ja muude plankide ning vahenditega.

Sisehaiguste osakonna ja polikliiniku juhatajad on kohustatud iga päev arvestama jaoskonnaterapeutide töökoormust, analüüsima ambulatoorse vastuvõtu kvaliteeti jne. Heaks eeskujuks on Tallinna peaterapeudi N. Elšteini algatus, kes rakendas jaoskonnaterapeutide ambulatoorse vastuvõtu kvaliteedi analüüsimiseks uut metoodikat. See seisneb selles, et vastuvõtul võetakse magnetofonile terapeudi ja patsiendi vaheline kõnelus, mida hiljem ühiselt kuulatakse ja arutatakse. Samuti koostas ta ühtse süsteemi dispanseerimise efektiivsuse tundmaõppimiseks. Esmakordselt tervishoiu praktikas dispanseeritakse Tallinnas ägedat kopsupõletikku põdenud ja kroonilise kopsupõletikuga haigeid. Suurt tähelepanu väärib ka müokardi infarktiga haigetele antava arstiabi kontrollimise meetod, samuti ka nende dispanseerimine kodus.

Üheks juhtmõtteks, mis võimaldab polikliiniku tööd, eriti aga jaoskonnaterapeutide tööd, tervikuna otstarbekamalt korraldada, on elanike teenindamine arstide brigaadi poolt. Selle meetodi praktikasse rakendamise initsiaatoriks on Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinik (juhataja S. Aru). Meetodi olemus seisneb järgmises: polikliiniku iga sisehaiguste osakonna juurde, mille koosseisu kuulub 7—9 jaoskonnaterapeuti, määratakse personaalselt kirurg, neuropatoloog, akušöör-günekoloog, okulist ja otorinolarüngoloog. Nimetatud brigaad teenindab vastavatesse jaoskondadesse kuuluvaid haigeid nii polikliinikus kui ka kodus. Sellisel viisil organiseeritud töö korral pole jaoskonnaterapeut enam dispetšeriks eriarstide suunamisel, vaid eriarstid planeerivad koduseid visiite juba ise ning — mis eriti oluline — spetsialistide omavahelise koostöö tõttu paranevad elanike dispanseerimise efektiivsuse näitajad.

Mõnevõrra keerulisem on maa-arstijaoskonnas terapeudi töö korraldamine. Siin on arsti ülesannete ja kohustuste ring laialdasem ning mitmekülgsem. Arst peab üksikasjalikult tundma õppima kolhoosnikute, sovhoositöötajate, mehhanisaatorite ja põllumajandusspetsialistide eluning töötingimusi. See on eriti tähtis just selle tõttu, et põllumajanduses töötavad spetsialistid ja mehhanisaatorid on hõlmatud sotsiaalkindlustusega. Maa-arstijaoskonna terapeudi kohustuseks on võidelda kõigi nähtuste ja tegurite vastu, mis võivad avaldada kahjustavat mõju põllumajandustöötajate tervisele ja töövõimele. Profülaktiliste ürituste korraldamine, haiguste ennetamine ja velskri-ämmaemandapunktide töö juhendamine — sellele peab olema keskendatud arsti peamine tähelepanu maal.

Mitmed meie vabariigi maa-jaoskonnaarstid on loetletud ülesannete lahendamisega hästi toime tulnud. Palju aastaid on maal edukalt töötanud arstid T. Fuks, A. Niinemäe, J. Rannaveer, J. Pilv ja paljud teised. Maa-arstijaoskondade veteranide kõrval on populaarsuse omandanud ka alles lühikest aega töötanud noored arstid, nagu H. Ers Muhu saarelt ja V. Mäe Tootsi jaoskonnahaiglast ning teised. Nad on võitnud elanikkonna armastuse ja lugupidamise oma heasüdamlikkuse ja vastutulelikkusega, samuti uute mõtete ja heasoovlike püüdlustega. Nad on arstid ja samal ajal võimekad tervishoiuorganisaatorid. Ei saa mainimata jätta, et väikeses, kümne voodikohaga Muhu jaoskonnahaiglas tehakse peaaegu kõiki samasuguseid kliinilis-laboratoorseid uuringuid kui Kingissepa rajoonihaiglas.

Jaoskonnaterapeutide töös on väga tähtis, et terapeutilised haiged oleksid dispanseeritud. Kõige olulisem on arvelevõetud isikute süstemaatiline jälgimine ja kõigi ravialaste, profülaktiliste ning tervistavate abinõude rakendamine. Säärased abinõud on efektiivsed üksnes siis, kui nende määramisel on aluseks võetud dispanseeritud haigete elu- ja töötingimused.

Dispanseerimise kvaliteedi ja õige organiseerimise üle võib otsustada selliste üldtuntud näitajate põhjal nagu avastatud haigete dispanseerimisega hõlmamine, selle õigeaegsus, läbivaatuste plaanipärasus jne. Viimaste aastate jooksul dispanseeritakse terapeutilisi haigeid ulatuslikumalt. Ühe jaoskonnaterapeudi kohta tuleb keskmiselt 122 tervet ja 146 haiget vaatlusalust isikut. Viimastest 21% on hüpertooniatõvega, 5% haavandtõvega, 8% reumaga ja 5% stenokardiaga haigeid. Käesoleval ajal on meie kohustuseks haigete dispanseerimist igati parandada. Selleks on esmajärjekorras vaja tagada haigete aktiivne jälgimine ja nendele määratud kompleksravi läbiviimine ettenähtud aja jooksul ning seejärel uurida dispanseerimise efektiivsust. Üksikute jaoskonnaterapeutide töö oluliseks puuduseks on lohakalt, mõnel juhul meditsiini seisukohalt isegi asjatundmatult tehtud märkmed ambulatoorsetel kaartidel. Siinjuures peab mainima, et mitte kõik arstid ei analüüsi haigete kaebusi ja objektiivseid andmeid õigesti ja mitte alati ei mõtestata õigesti lahti uuringute tulemusi. Seetõttu tekivad vead nii diagnoosimisel kui ka ravimisel. Vastutusrikas ja olulise tähtsusega on jaoskonnaterapeudi tegevuses ajutise töövõimetuse ekspertiis.

Jaoskonnaterapeudi üllas ja tänuväärne töö nõuab, et kõik tervishoiuasutuste ja polikliinikute juhatajad suhtuksid sellesse alalise hoolitsuse ja tähelepanelikkusega. Selleks kohustavad meid ülesanded, mis on suunatud nõukogude rahva meditsiinilise teenindamise edasisele parandamisele.

УЧАСТКОВЫЙ ТЕРАПЕВТ

А. Сапп

Резюме

История развития советского здравоохранения давно уже доказала, что лучшей организационной формой амбулаторно-поликлинического обслуживания населения является территориально-участковый принцип и центральной ее фигурой — участковый терапевт. Задачи участкового терапевта определены положением «Об участковом терапевте», утвержденным приказом Министра здравоохранения СССР № 321 от 20 июля 1960 г.

Для обеспечения обслуживания больных и проведения профилактической работы на высоком уровне, надо прежде всего создать нормальные условия работы для участкового терапевта и, в первую очередь, привести величину терапевтических участков к норме. Труд врача и медицинской сестры должны быть облегчены путем обеспечения их достаточным количеством стандартных бланков, наиболее распространенных рецептов и др. Зав. терапевтическими отделениями и поликлиник должны повседневно учитывать трудовую нагрузку участковых терапевтов, анализировать качество амбулаторного приема. Хороший пример показал главный терапевт города Таллина Н. Эльштейн внедривший методику разбора качества амбулаторного приема участковыми терапевтами с использованием магнитофонных записей.

Одним из ведущих методов, способствующих более рациональной организации работы поликлиники в целом и в частности участковых терапевтов считается бригадно-участковый метод. Инициатором практического внедрения этого метода в нашей республике является поликлиника Тартуской городской клинической больницы, (заведующая Зигрид Ару).

Особо важным разделом работы участковых терапевтов является диспансеризация терапевтических больных и экспертиза временной нетрудоспособности.

VIIMASEST POLIOMÜELIIDIEPIDEEMIAST EESTI NSV-s JA SELLE TAGAJÄRGEDE LIKVIDEERIMISEST

E. RAUDAM

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Raudam*)

1958. a. puhkes poliomüeliidiepideemia, millist oma ulatuse ja raskuse poolest Eesti NSV-s varem pole esinenud.

Epideemia leviku piiramiseks rakendati energiliselt kõiki epideemiatõrje abinõusid. Tartus (6) ja Põltsamaal süstiti nakkuskolletes haigetega kontaktsetele Salki vaktsiini, mis epideemia raskust mõnevõrra vähendas. Tartus organiseeriti respiratsioonitsentrum (5), kus kasutati kunstliku hingamise kaasaegset aparatuuri eluohtliku seisundiga poliomüeliidihaigete ravimiseks. 1959. a. jaanuarist kuni juunini (1,3) ja hilisematel aastatel korduvalt korraldatud massilise vaktsineerimisega (Sabin-Tšumakovi elusvaktsiin) on poliomüeliiti haigestumist Eesti NSV-s suudetud 1961. aastast alates vältida. Praegu võib põhjendatult väita, et 1958. a. poliomüeliidiepideemia jääb viimaseks tingimusel, kui elusvaktsiiniga vaktsineerimist jätkatakse.

1958. a. vallandus poliomüeliidiepideemia eelmistel aastatel intensiivistunud poliomüeliidiviiruste tsirkuleerimise ja nende suureneva virulentsuse tagajärjel. Selle näitajateks olid poliomüeliiti haigestumise tõus 1954. a. alates ning poliomüeliidi paralüütilistesse vormidesse haigestumise sagenemine kuni 7 aasta vanuste laste hulgas (3).

Tabel 1

Poliomüeliidi kliinilised vormid Eesti NSV-s 1958. a. haigete vanuse järgi

Vanus	Paralüütilised vormid	Meningeaalsed vormid	Abortiivsed vormid	Mehi	Naisi	Kokku
0— 1 a. *	13 (2,8%)	8 (5,0%)	—	11	10	21 (2,2%)
1— 3 a.	68 (14,5%)	12 (8,1%)	3 (1,0%)	56	27	83 (9,0%)
3— 7 a.	55 (11,9%)	17 (10,5%)	32 (10,6%)	53	51	104 (11,6%)
7—15 a.	117 (25,3%)	60 (37,3%)	104 (35,8%)	117	164	281 (30,0%)
15—20 a.	77 (16,7%)	23 (14,3%)	46 (14,5%)	65	81	146 (16,6%)
20—25 a.	33 (7,3%)	17 (10,5%)	46 (14,5%)	33	63	96 (10,1%)
25—64 a.	99 (21,5%)	23 (14,3%)	71 (23,6%)	87	106	193 (20,5%)
Kokku	462 (100%)	160 (100%)	302 (100%)	422	502	924 (100%)

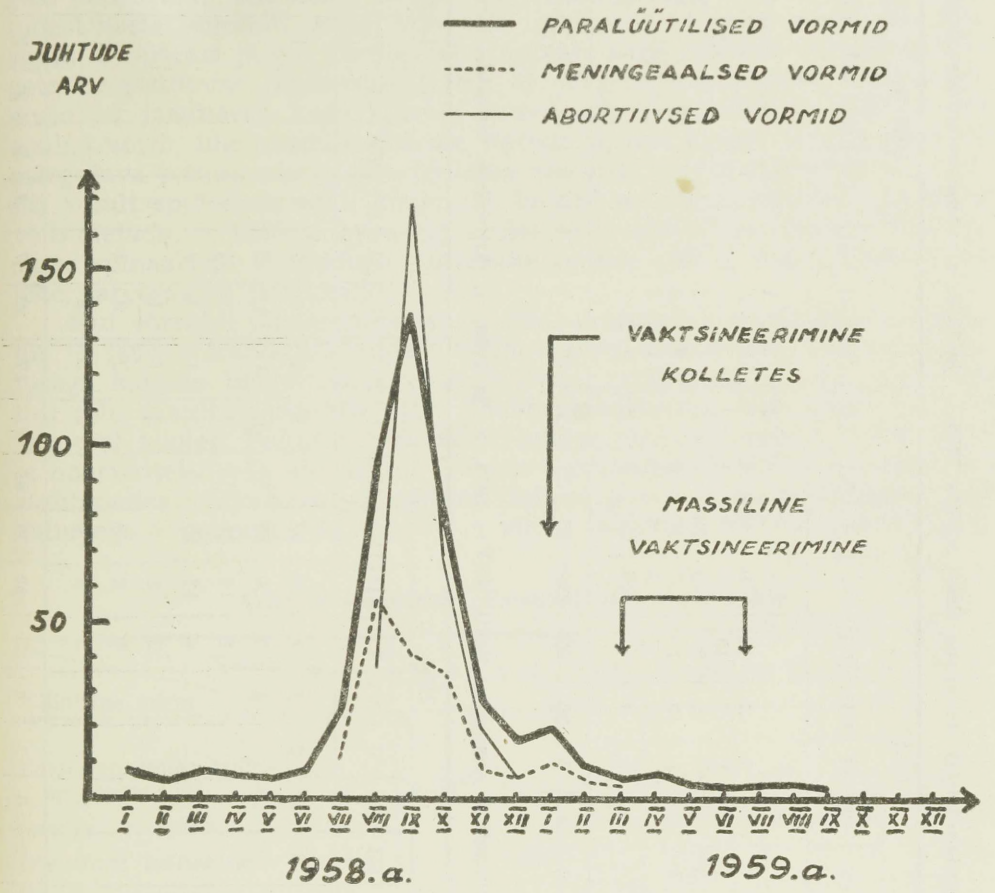
* Ühest aastast vanemad isikud on tabelites arvatud 1—3-aastaste, kolmest aastast vanemad 3—7-aastaste vanuserühma jne.

Poliomüeliidiepideemia puhkes 1958. a. juulis, saavutas haripunkti septembris ja kestis veel 1959. a. jaanuaris. Talvine puhang likvideeriti 1959. a. veebruaris elusvaktsiiniga vaktsineerimise teel, mis korraldati jaanuarikuus nendes rajoonides, kus haigestumisi esines (1).

1958.—1959. a. diagnoositi poliomüeliidi paralüütilisi vorme 49,9%-l, meningeaalseid vorme 17,4%-l ja abortiivseid vorme 23,7%-l haigeist. Poliomüeliidi paralüütilisi vorme tuli üksikjuhtudena ette juba aasta esimesel poolel, meningeaalseid ja abortiivseid haigusvorme avastati aga ainult epideemia ajal.

Ülevaade haiguslugude läbitöötamisel saadud andmetest on esitatud tabelis 1.

Noorimaks patsiendiks oli imik, kes haigestus 4. elupäeval palavikuga 37,5°, mis püsis ühe päeva. Laps ei söönud. 8. elupäeval tõusis palavik uuesti 38,5°-ni. Imik ei võtnud rinda. 9. elupäeval konstateeriti tal käte ja jalgade lõtva halvatust. 7 päeva kestel toideti haiget sondiga. Mõne päeva pärast hakkas laps paremat üla- ja vasakut alajäset liigutama ning jälle imema. Pärast 60-päevast ravi kirjutati ta haiglast välja tetrapareesi nähtudega. Praegu, s. o. 5 a. hiljem, on patsient liikumisvõi-



Joonis. Poliomüeliiti haigestumine Eesti NSV-s 1958. ja 1959. a. kliiniliste vormide järgi

meline, lonkab käies ja kannatab kõhukinnisuse all. Haige sai nakkuse emalt, kellel sünnitusperioodil püsis kehatemperatuur 40° piires ning mõni päev hiljem arenes vasaku ülemise jäseme proksimaalne parees.

Vanimaks patsiendiks oli 64-aastane mees, kes haigestus Landry paralüüsi. Kui halvatuse tekkimisest oli möödunud 7 päeva, suri ta «raudsetes kopsudes» äkksurma tagajärjel pool tundi pärast lõunasööki. Lahkamisel selgus, et surma põhjuseks oli vedela toidu aspireerimine.

Haigestumisi esines kõige sagedamini 7—20-aastaste vanuserühmas, kokku 427 juhtu. Sellele järgnesid 289 juhuga üle 20 aasta vanused isikud. 3—7 aasta vanuseid oli 104, 1—3 aasta vanuseid 83 ja alla ühe eluaasta 21 last.

Tabel 2

Paralüütilise poliomüeliidi sesoonsus Eesti NSV-s 1958. a. ja 1959. a. vanuserühmade järgi

Vanus \ Aastad ja kuud	1958. a.												1959. a.									Kokku
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
0—1 a.					1			3	1	1		1	2	1	1	2						13
1—3	2		1	1	1	5	4	18	19	9	2	3	2			1						68
3—7			3	1	1	1	6	15	18	6	1	2				1						55
7—15	5	2	2	3			2	20	40	23	7	5	1	3	2				1	1		117
15—20	1	1		1		1	3	10	17	16	8	3	9	2	1		2		1		1	77
20—25			1				2	6	9	7	5		1	1				1				33
25—64						1	8	20	35	21	4	3	5			1				1		99
	8	3	7	6	3	8	25	92	139	83	27	17	20	7	4	5	2	1	2	2	1	462

Tabel 3

Paralüütilise poliomüeliidi sesoonsus Eesti NSV-s 1958. a. ja 1959. a. kliiniliste vormide järgi

Kliinilised vormid \ Aastad ja kuud	1958. a.												1959. a.									Kokku
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
Alumine spinaalne	3	1	3	3	2	4	8	29	42	36	9	7	6	1	3	2	1	1	1		1	163 (35,3%)
Dissemin. spinaalne	1			2		2	5	20	29	17	7	3	4	2		2	1		1	1		97 (21,0%)
Ülemine spinaalne	1	1					2	14	31	12	2		1	1								65 (14,1%)
Entsefaloponto-bulbo-spinaalne							4	12	18	5	1	1	3	2						1		47 (10,2%)
Fatsio-spinaalne							2	3	5		2	1	1		1							15 (10,2%)
Landry paraliüüs			1				1	8	6	6	1	2	3	1		1						30 (6,5%)
N. facialis'e parees	3	1	3	1	1	2	3	6	8	7	5	3	2									45 (9,7%)
Kokku	8	3	7	6	3	8	25	92	139	83	27	17	20	7	4	5	2	1	2	2	1	462 (100%)

Kui analüüsida paralüütilise vormi sesoonsust 1958. a. võrdlevalt imikutel, väikelastel ja eelkooliealistel, koolieelistel ja täiskasvanuil (tabel 2), võib väita, et poliomüeliiti haigestusid aasta esimesel poolel harvemini imikud (0—1 a.) ja täiskasvanud (vanemad kui 15 aastat). Seevastu aga 3—7 ja 1—3 ning 7—15-aastaste vanuserühmades konstateeriti nimetatud ajavahemikus haigestumisi sagedamini. Sellest võib järeldada, et 1958. a. oli immuunsus suhteliselt kõrge imikuil ja täiskasvanuil, võrreldes laste ja noorukitega.

Et ECHO ja Coxsackie viirused võivad (eriti kevadel ja varasuvel) väikelastel ja lastel poliomüeliidiga kliiniliselt sarnaseid paralüütilisi haigusi põhjustada, siis tuleb oletada, et osa kergemalt kulgenud haigusjuhtudest aasta esimesel poolel võis olla nimetatud viiruste poolt esile kutsutud. Seepärast jälgiti võrdlevalt erinevate paralüütiliste vormidega haigete haigestumise sesoonsust (tabel 3). Tähelepanu vääriva faktina selguski, et jaanuarist kuni juunini domineeris poliomüeliidi alumine spinaalne vorm, ühe alumise jäseme pareesiga, mis lõppes tervistumise või märgatava paranemisega (3). Mõlema alumise jäseme halvatust diagnoositi ainult epideemia ajal, kusjuures haiged paranesid halvasti (3). Seega võib oletada, et 1958. a. esimesel poolel poliomüeliidina diagnoositud alumiste spinaalsete vormidega juhtumite hulgas leidus mittepoliomüeliitiliste pareesidega juhtumeid.

Kui võrreldi fatsio-spinaalse vormiga (miimilise muskulatuuri halvatus + jäseme halvatus) haigete haigestumise sesoonsust näonärvi halvatusega haigete haigestumise sesoonsusega, selgus, et esimesi juhtumeid tuli ette ainult epideemia ajal. Näonärvi halvatust diagnoositi ka aasta esimesel poolel. Poliomüeliidi fatsio-spinaalne vorm esines ainult lastel ja noorukitel 0—15 eluaastani. Näonärvi halvatust täheldati kõigis vanuserühmades, välja arvatud imikud. Sellest järeldub, et ka näonärvi halvatustega poliomüeliidihaigetel võis leiduda mittepoliomüeliitilise

Tabel 4

Andmed eluohtlike poliomüeliidivormide kohta

Kliiniline vorm \ Vanus	0—1 a.	1—3	3—7	7—15	15—20	20—25	25—64	Kokku
Entsefalo-ponto-bulbo-spinaalne	—	5 (2)*	7 (1)	12 (1)	6 (2)	5 (1)	12 (4)	47 (11)
Landry paralüüs	—	1	—	7 (3)	6 (1)	6 (1)	10 (5)	30 (10)
Dissemin. spinaalne	1	1	4 (2)	5	5 (2)	1	7 (1)	24 (5)
Ülemine spinaalne	1	—	1	2 (1)	—	—	3	7 (1)
	2	7 (2)	12 (3)	26 (5)	17 (5)	12 (2)	32 (10)	108 (27)

* sulgudes surnute arv haigete üldarvust.

etioloogiaga haigusjuhte. Epideemia ajal teostatud viroloogiliste uurimistega selgitati, et epideemia peamiseks põhjustajaks oli poliomüeliidiviiruse esimene tüvi (4). See aga ei välista võimalust, et epideemia puhkemisele eelnenud kuudel võis osa paralüütilisi vorme olla põhjustatud Coxsackie, ECHO või muudest viirustest.

Paralüütilise poliomüeliidi juhtudest täheldati kõige sagedamini alumise spinaalse vormiga haigeid (163 juhtu). Sellele järgnesid disseminеerunud spinaalse vormiga haiged (97 juhtu). Ülemine spinaalne poliomüeliidivorm esines 65 isikul. Raskemateks haigusvormideks olid Landry paralüüs ja entsefalo-ponto-bulbo-spinaalne poliomüeliit (vastavalt 30 ja 47 juhtu). Hingamishäirete, neelamisraskuste, hüpersalivatsiooni, koma-

toosse seisundi jm. tõttu oli 108 haiget eluohtlikus seisundis (tabel 4), mis moodustas 23,4% kõigist paralüütilise poliomüeliidi juhtudest. Neist suri 27 inimest ehk 25%. Kõigist haigetest, kes põdesid paralüütilist poliomüeliiti, suri 5,9%. Kaasaegsete ravimeetodite puudumise korral oleks letaalsus võinud tõenäoliselt poole suuremaks kujuneda.

Paralüütilist poliomüeliiti põdenute järelraviks avati Haapsalus 1958. a. lõpul sanatoorium (praegu 90 voodikohaga Haapsalu Vabariiklik Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla). 1960. a. rajas Eesti NSV Haridusministeerium poliomüeliiti põdenutele samas 120 kohaga internaatkooli. Nii haiglas kui ka koolis on hästi sisustatud ravikorpused, kus teostatakse kompleksravi. Ravikehakultuuri ja ortopeedilise ravi kõrval on siin tähtis koht ka muda-, vesi- (bassein, veealune massaaž), elektri- ja medikamentoossel ravil.

Poliomüeliidi järelravi efektiivsuse hindamiseks esitatakse andmed 66 raskete halvatustega haige kohta, kes põdesid poliomüeliiti 1958. a. ning on viibinud Haapsalus viie aasta kestel korduvalt (1—2 korda aastas) kolmekuulistel ravikuuridel.

Tabel 5

Poliomüeliidihaigete järelravi tulemused

Halvatuste lokalisatsioon	1958. a.			1963. a.				
	Lamaja	Liigub tugede najal	Käib longates tugedeta	Lamaja	Liigub tugede najal	Käib longates tugedeta	Terve	Kokku
Ülä- ja alajäsemete halvatused	18	21	1	2	8	29	1	40
Alumiste jäsemete halvatused	7	17	2	—	6	19	1	26
Kokku	25	38	3	2	14	48	2	66

Nagu tabelist 5 selgub, on viieaastase perioodi vältel iseseisva liikumisvõime tagasi saanud 25 lamavast haigest 23 ning kõigil ülejäänutel on liikumisvõime märgatavalt paranenud. Hingamise kroonilise puudulikkusega haigetest pärineb 1958. a. epideemia ajast üks haige. Viimasel on rindkerelihaste halvatus ja diafragma parees, mille tõttu tal pole saadud trahheaalkanüüli eemaldada. Aeg-ajalt tekkiva bronhiidi korral vajab ta abistavat hingamist kunstliku hingamisaparaadiga.

1958. ja varajasemate aastate poliomüeliidi tagajärgede likvideerimine pole veel lõppenud. Haapsalu Vabariiklikus Neuroloogia ja Ortopeedia Haiglas ning Haapsalu Internaatkoolis on loodud soodsad tingimused nii ravimiseks kui ka edasiõppimiseks keskkooli kursuse ulatuses. Kõiki neid võimalusi tuleb maksimaalselt kasutada, et vähendada terviserikkeid miinimumini, mida on tekitanud nüüd juba ohtlikkuse kaotanud haigus — poliomüeliit.

KIRJANDUS: 1. Васильева К. А. Авторефераты Эстонской Республ. научно практической конференции по проблеме полиомелита. Таллин, 1961, 14—17. — Куслап Т., Мянник К. Авторефераты Эстонской Республ. научно-практической конференции по проблеме полиомелита. Таллин, 1961, 46—53. — 3. Раудам Э. И. Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Тарту, 1962, 2, 35—54. — 4. Раудам Э. И. Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Тарту, 1963, 3, 244—257. — 5. Raudam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 1, 18—23. — 6. Raudam, E. ja Tamm, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 3, 10—17.

О ПОСЛЕДНЕЙ ЭПИДЕМИИ ПОЛИОМИЕЛИТА И ЛИКВИДАЦИИ ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. Раудам

Резюме

Эпидемия полиомиелита вспыхнувшая в 1958 г. была наиболее распространенной и тяжелой из всех эпидемий полиомиелита в Эстонской ССР.

Для прекращения распространения эпидемии были применены все противоэпидемические мероприятия. В Тарту и Пыльтсамаа контактные в очагах были вакцинированы вакциной Солка, что несколько уменьшило тяжесть эпидемии. В Тарту был организован дыхательный центр, где применяли современную аппаратуру для искусственного дыхания больным, находящимся в опасном для жизни состоянии. В результате проведенных с января по июнь 1959 г. и повторно в последующие годы массовых вакцинаций (живой вакциной Сэбина-Чумакова) заболеваний полиомиелитом в Эстонской ССР с 1961 года уже не было.

Можно без преувеличения сказать, что эпидемия полиомиелита 1958 года будет последней, если будет продолжена вакцинация живой вакциной.

GLÜKEEMILISE REGULATSIOONI MUUTUSTEST REUMAHAIGETEL LASTEL

Arstiteaduse kandidaadid *E. MÜLLERBEK* ja *L. KOOK*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

M. Maslov näitas, et haiguste patogeneesi tundmaõppimisel on väga oluline glükeemilise regulatsiooni häirete uurimine. Ühelt poolt aitab see selgitada vegetatiivse-endokriinse süsteemi seisundit, teiselt poolt maksa talitlust ja kudede ainevahetust. Kirjanduses leidub rohkesti andmeid glükeemilise regulatsiooni häiretest reuma puhul [D. Pletnev (6), A. Greiser (2), N. Mešalkina kaasautoritega (5) jt.]. Samal ajal esitatakse vasturäägivaid seisukohti medikamentoosse ja hormoonravi mõjust glükeemilisele regulatsioonile [J. Glin (1), H. Latotzki (7), N. Davidovitš (3), T. Krõlova (4) jt.].

Uurisime haiguse aktiivses faasis olevat 135 reumahaiget last. Neist

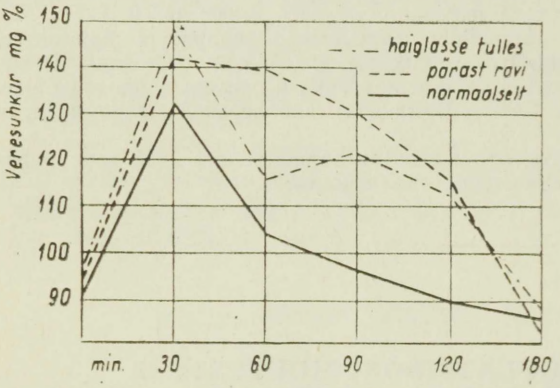
Tabel

Hüpoglükeemiliste koefitsientide aritmeetiline keskmine seoses raviga

Ravi viis		Haigete arv	Hüpoglükeemiline koefitsient	
			enne ravi	pärast ravi
I hoog				
	aspiriin	10	1,22	1,09
	Petrjajeva ravi	29	1,21	1,07
	aspiriin + hormoonravi	32	1,16	1,14
korduvad hood				
	aspiriin	16	1,12	1,02
	Petrjajeva ravi	13	1,29	1,12
	aspiriin + hormoonravi	35	1,02	1,17

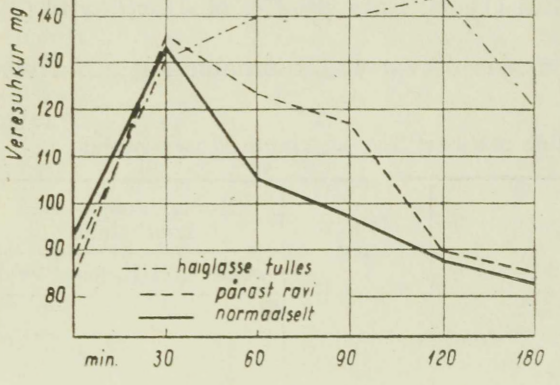
oli: esmase reumahooga 71, korduva hooga 64; kuni 7-aastasi 20, 7—11-aastasi 59, 12—14-aastasi 56; tütarlapsi 69, poisslapsi 56. 135 haigest põdes 30 endomüokardiiti, 57 reumokardiiti koos polüartriidiga, 23 reumokardiiti koos südame klapirikkega, 14 reumokardiiti (klapirikkega) koos polüartriidiga ja 11 reumokardiiti koos tantstõvega (*Chorea minor*).

Kõigile reumahaigetele lastele tehti ravi eel ja kestel korduvalt vere kliinilisi analüüse, määrati vereseerumi valgufraktsioone, sooritati elektro- ja fonokardiograafilisi ning teisi uuringuid. Glükeemilise regulatsiooni uurimiseks määrati kõigil haigeil veresuhkru peegel Haggedorni järgi ja suhkrukõver pärast suhkrulahuse joomist. Veresuhkrukõveraid määrati ravi kestel korduvalt. Nende hindamisel arvestati välja hüpo- ja hüperglükeemilised koefitsiendid. Saadud andmeid võrreldi haigusrühmade ja ravimeetodite järgi. Enamikul haigetest täheldati reuma aktiivses faasis mitmesuguseid glükeemilise regulatsiooni häireid, mis väljendusid patoloogiliste nihetena suhkrukõverais. Hüperglükeemilise koefitsiendi patoloogilisi nihkeid vähenemise või mõõduka suurenemise näol esines esmaste hoogude puhul $^1/_2$-l ja korduvate hoogude puhul $^2/_3$-l juhtudest.



Joonis 1. Haige Merike P., 12 a. vana. Diagnoos: reuma, korduv atakk, äge kulg, endomüokardiit

Hüpoglükeemilise koefitsiendi nihked olid ulatuslikud. Koefitsient oli suurem kui 1 esmaste hoogude puhul $^4/_5$-l ja korduvate hoogude puhul $^5/_6$-l juhtudest. Hüpoglükeemiline koefitsient üle 1,3, mida täheldati $^1/_3$-l nii esmaste kui ka korduvate hoogudega haigeist, räägib tõsistest häiretest suhkrukõvera vago-insulaarses (glükogenosünteetilises) faasis. Suuremad või väiksemad nihked, mis ilmnesid peamiselt suhkrukõvera teises faasis, viitavad vago-insulaarse regulatsiooni häirele ja maksa glükogenosünteetilise talitluse halvenemisele.

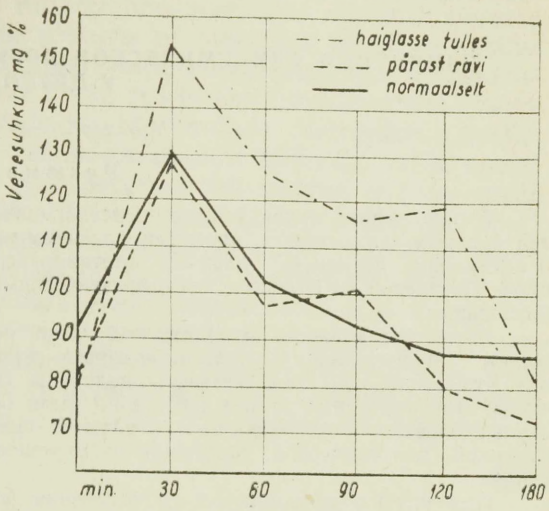


Joonis 2. Haige Anatoli S., 14 a. vana. Diagnoos: reuma, korduv atakk, äge kulg, polüartriit, endomüokardiit

Pärast kliinilise seisundi paranemist haiglas muutusid ka andmed glükeemilise regulatsiooni kohta paljudel juhtudel paremaks, kusjuures iga ravimeetod andis mõnevõrra erinevaid tulemusi. Patoloogiliselt suurenenud hüperglükeemiline koefitsient langes ravi kestel normini 14-l 32 juhust. Kõrge hüperglükeemilise koefitsiendiga 18 haigest sai 13 (s. o. üle $^2/_3$) hormoonravi, mille tulemusena langes ka hüpoglükeemiline koefitsient. Tuleb märkida, et viimase normaliseerumine toimus aeglasemalt kui hüperglükeemilise koefitsiendi normaliseerumine.

Hüpoglükeemilise koefitsiendi täielikumaks iseloomustamiseks arvutati välja (enne ja pärast ravi) aritmeetilised keskmised iga grupi kohta, mis on statistiliselt läbi töötatud (vt. tabel).

Nagu tabelist nähtub, esineb hüpoglükeemilise koefitsiendi märgatav langus nendes haigete rühmades, keda raviti aspiriini või tuberkuloosivastaste vahenditega. Kui võeti kasutusele hormoonravi, siis koefitsient korduvate hoogude korral tõusis, kuid jäi esmaste hoogude puhul muutumata. Suhkrukõverate normaliseerumise tendents ilmnes selgesti esmaste hoogudega haigetel, eriti aga aspiriini või tuberkuloosivastaste vahendite kasutamisel. Kõige vähem soodustas suhkrukõverate normaliseerumist ravi steroidhormoonidega. Esitame mõned iseloomulikud kõverad (vt. joonised 1, 2, 3).



Joonis 3. Haige Tatjana O., 13 a. vana. Diagnoos: reuma, korduv atakk, äge kulg, reumokardiit

Seega on tõenäoline, et glükeemilise regulatsiooni normaliseerumise tendents suureneb reumahaigetel lastel seoses ägeda hoo möödumisega. Esimeste reumahoogude puhul väljendub see selgemini kui korduvate hoogude korral.

Järeldused

1. Reuma aktiivses faasis esinevad haigetel lastel glükeemilise regulatsiooni häired.

2. Korduvate hoogude puhul glükeemilise regulatsiooni häired tugevnevad, mida tõestavad patoloogilised veresuhkrukõverad ja nihked hüperning hüpoglükeemilistes koefitsientides.

3. Suhkrukõverate tüübid ja hüpoglükeemilise koefitsiendi tõus näitavad glükeemilise regulatsiooni vago-insulaarse häire olemasolu ja maksa glükogenosünteetilise talitluse halvenemist.

4. Haigete kliinilisel paranemisel esineb hüpo- ja hüperglükeemiliste koefitsientide normaliseerumise tendents, mis näitab ka glükeemilise regulatsiooni paranemist. See ilmneb selgemini aspiriini ja tuberkuloosivastaste preparaatide kasutamisel.

5. Steroidhormoonide preparaatide tarvitamisel on suhkrukõverates tugevam patoloogiline nihe ja hüperglükeemilise koefitsiendi patoloogiline suurenemine. See näitab steroidhormoonide ebasoodsat toimet vago-insulaarsesse regulatsiooni ja maksa glükogenosünteetilisse talitlusse.

6. Järelikult tuleb ka pärast hormoonravi lõpetamist jälgida haigete seisundit, määrata neile sobiv dieet ja õige režiim.

KIRJANDUS: Глин Х. Кортизонотерапия (Перевод с английского). М., 1960. — 2. Грейсер А. Е. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 4, 77—81. — 3. Давидович Н. Я. Лечение больных бронхиальной астмой адренокортикотропным гормоном

(АКТГ). Л., 1959. — 4. Крылова Т. В. В сб. Кортизон и АКТГ при лечении ревматизма у детей, Львов, 1959, 86—92. — 5. Мешалкина Н. И., Попова В. Н., Захо В. Н. В сб. Вопросы ревматизма в Горьковской области, 1954, 14—15. — 6. Плетнев Г. Г. Цит. по Сокольников О., Луковатая А., Толчская М. Клинич. медицина, 1934, 4, 539—547. — 7. Latotzki, H. Endokrinologie, 1960, 1/2, 583—590.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Э. Мюллербек и Л. Коок

Резюме

В работе приводятся данные об исследовании гликемической регуляции у 135 детей больных ревматизмом, леченных различными способами. Стероидными гормонами и аспирином лечили 67 больных, противотуберкулезными препаратами по методу проф. Петряевой 42 больных, антиревматическими средствами (аспирин, пирамидон) — 26 больных.

Было установлено, что активной фазе ревматизма у детей отмечаются нарушения гликемической регуляции: сахарные кривые после нагрузки сахаром имеют патологический характер, изменены величины гипо- и гипергликемического коэфициентов. При повторных атаках изменения были более отчетливы, чем при первых приступах болезни. Наблюдавшиеся изменения свидетельствовали о нарушении вагоинсулярной гликемической регуляции и ухудшении гликогеносинтетической функции печени.

При улучшении клинического состояния больных наблюдалась тенденция улучшения всех вышеуказанных показателей.

Особенно отчетливо улучшилась гликемическая регуляция при применении аспирина и противотуберкулезных препаратов.

При применении стероидных гормонов клиническое улучшение состояния больных часто сопровождалось даже сдвигами гликемических кривых и ухудшением показателей гипер- и гипогликемических коэфициентов (данные обработаны статистически).

Эти изменения указывают на неблагоприятное воздействие стероидных гормонов на вагоинсулярную регуляцию гликемии и гликогеносинтетическую функцию печени.

В связи с этим при применении стероидных гормонов для лечения ревматизма у детей необходимо наблюдение за ними и после окончания лечения.

Желательно, очевидно, шире применять и изучать эффективность полигормональной терапии (стероидные гормоны, инсулин, тиреоидин и т. д.), которая позволит избежать отклонения в обмене, наступающих при применении отдельных гормонов.

REUMA HOOVÄLISE PERIOODI MÕNINGATE NÄITAJATE HINDAMISEST LASTEL

S. TAMM

(Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*)

Reumaatilise protsessi aktiivsuse hindamine hoovälisel perioodil osutub sageli tõsiseks probleemiks. Juba A. Kissel (1) ja järgnevalt mitmed teised pediaatrid (2, 3, 4, 5) näitasid, et sel ajal tekivad mitmesugused patoloogilised muutused. Seetõttu ei saa antud perioodi alati samastada haiguse inaktiivse järguga ega haiget tervistunuks pidada. Samal ajal on aga kliinilised nähud vähesed ja jäävad sageli tähele panemata, mistõttu haigeid peetakse tavaliselt terveks ning lapsed isegi jätkavad õpinguid hariliku režiimiga koolides.

Seadsime eesmärgiks välja selgitada kliinilis-laboratoorsed näitajad, mis võimaldaksid määrata reumaatilise protsessi aktiivsuse astet hoovälisel perioodil. Ajavahemikul 1. I — 1. V 1963. a. uuriti 62 kooliealist (7—14 aasta vanust) last, kes olid arvel Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla polikliinilise osakonna reumakabinetis. Kõiki vaatlusaluseid dispanseeris reumatoloog. Õpilastel oli lubatud koolis käia, kusjuures osa neist oli vabastatud kehalise kasvatuse tundidest, kuid üldiselt oli nende koormus

tavaline. Analüüsiks kasutasime esimesel läbivaatusel saadud andmeid. Kontrollrühma moodustas 15 kliiniliselt tervet kooliõpilast.

A. Strukovi ja T. Sutškova (6) poolt tehtud histokeemiliste uuringute andmeil suureneb reumaatilise protsessi aktiviseerumisel (desorganisatsiooni tagajärjel) happeliste mukopolüsahhariidide sisaldus südame sidekoes ja nende hulga järgi võib hinnata reumaatilise protsessi aktiivsuse astet. Rohkearvulistest meetoditest valgu-süsivesikuühendite määramiseks veres peavad paljud autorid (7, 13 jt.) üheks tundlikumaks reuma aktiivsuse näitajaks mukoproteiidide sisalduse tõusu. Eeltoodut arvestades selgitasime välja mukoproteiidide (seromukoidi) üldhulga, mida senini on uuritud ainult üksikjuhtudel (7). Seromukoidisisaldus vereseerumis tehti kindlaks H. Weimeri ja J. Moshini meetodil (14). Vähesed ja samal ajal erinevad on kirjanduse andmed C-reaktiivse valgu kliinilise väärtuse kohta reuma hoovälisel perioodil (3, 4, 8). C-reaktiivset valku määrasime kodumaise, tööstuslikult valmistatud C-antiseerumi abil. Samaaegselt tehti veel mitmesuguseid proove, nagu tavaliselt reumapuhangu ajal: tehti kindlaks vereseerumi valgufraktsioonid paberelektroforeesi teel, kapillaaride resistentsus Nesterovi aparaadi abil (240 mm Hg alarõhuga 2 minuti jooksul), kardiovaskulaarse süsteemi reaktsioon koormuskatsu

Tabel

Kliinilis-laboratoorsete näitajate esinemissagedus reuma hoovälisel perioodil

Näitaja	Uuritute arv	Patoloogiliste muutustega haiged	
		arv	%
Uuringud:			
Kapillaaride resistentsus (langus)	62	45	72
Seerumalbumiinid rel. % (langus)	62	44	71
Gammaglobuliinid rel. % (tõus)	62	43	69
Fraktsioneeritud SR	59	37	63
Seromukoid optilise tiheduse üh. (tõus)	62	32	51
Hemoglobiinisisaldus (langus)	62	29	47
α_2-globuliinid rel. % (tõus)	62	28	44
β-globuliinid rel. % (tõus)	62	27	43
α_1-globuliinid rel. % (tõus)	62	24	37
Leukopeenia	62	22	35
C-reaktiivne valk	62	19	31
Kiirenenud SR	61	16	26
Aeglustunud SR	60	14	23
Eosinofiilia	62	15	25
Leukotsütoos	62	10	16
Neutrofiilia	62	8	13
Anamneesi ja läbivaatuse andmeil:			
Koormuskats nr. 6 Šalkovi järgi	62	39	63
Üldkaebused	62	38	61
Tahhükardia	62	18	29
Valud südames	62	17	27
Artralgia	62	14	22
Auskultatoorselt sedastatav südametegevuse halvenemine	62	13	21
Subfebriilsus	41	6	15

suhtes (20 kükitust 30 sekundi kestel Šalkovi järgi). Sooritati ka perifeerse vere morfoloogiline uurimine ja fraktsioneeritud erütrotsüütide settereaktsioon (fraktsioneeritud SR) $1^1/_2$ tunni jooksul.

Tabelis on esitatud 62 reumahaige lapse uurimise tulemused hoovälisel perioodil. Näitajad on reastatud esinemissageduse järgi.

Tabelist nähtub, et kõige sagedamini täheldati kapillaaride resistentsuse muutusi. Selle näitaja hindamisel tuleb arvestada ka sesoonset C-hüpovitaminoosi, mis samuti võib põhjustada kapillaaride resistentsuse

langust. 25 uuritust oli 12 tervel õpilasel resistentsus samal ajal langenud, kuid ainult vähesel määral (II aste). Reumahaigetel lastel moodustas see aga 72% juhtudest, kusjuures 40%-l ilmnes kapillaaride tugev kahjustus (III aste). Olgu mainitud, et kapillaaride resistentsuse määramine reuma hoovälisel perioodil on olulise tähtsusega, sest ta näitab ka C-hüpovitaminoosist põhjustatud kapillaaride kahjustust, mis on reumaatilise protsessi ägenemise üheks soodustavaks teguriks.

Seroloogilise uurimise näitajatest esines kõige sagedamini düsproteineemia: albumiinide langus 71%-l ja gammaglobuliinide tõus 69%-l haigeist, samuti α_1-, α_2- ja β-globuliinide tõus. Vereseerumi üldvalk kontrollrühma kuuluvate laste üldvalgust oluliselt ei erinenud. Seromukoidisisaldus vereseerumis oli mõõdukalt tõusnud pooltel (51%) uurituist, C-reaktiivset valku leiti 31%-l juhtudest, kuid ainult madalas kontsentratsioonis (+, ±, harvem + +).

Esitatud seroloogilise uurimise andmed näitavad, et osal haigetest tekib reuma hoovälisel perioodil organismis äge põletikulis-destruktiivne protsess. Nende proovide mittespetsiifilisuse tõttu tuleb aga arvestada ka interkurrentse haiguse ja kroonilise infektsioonikolde ägenemise võimalust. Kirjanduse andmeil muutub C-reaktiivse valgu proov angiini ja teiste interkurrentsete haiguste korral negatiivseks 5.—11. päeval, kroonilise tonsilliidiga haigeil (15) on ta aga alati negatiivne. Valk-süsivesikuühendite sisaldus kroonilise tonsilliidi puhul normaalsest oluliselt ei erine (9, 10), küll aga suureneb mukoproteiidide üldhulk interkurrentsete haiguste puhul vähesel määral, kuid kliiniliste nähtude kadumisel see normaliseerub. Kui reumaatiline protsess ägeneb, tõuseb nende sisaldus rohkem ja püsib samal tasemel pikemat aega (11). Ka meie andmeil (12) esines ülemiste hingamisteede katarri puhul esimestel haiguspäevadel C-reaktiivse valgu kõrge kontsentratsioon veres, kuid seromukoidisisaldus oli ainult veidi kõrgenenud. Eespool toodut silmas pidades arvestasime ainult uuringute andmeid, mis tehti vähemalt 2 nädalat pärast interkurrentset haigust.

Hematoloogilistest muutustest täheldati osal lastest hemoglobiinisisalduse vähest langust, leukopeeniat, eosinofiiliat, harvem leukotsütoosi ja neutrofiiliat (tabel). Erütrotsüütide settereaktsioon oli mõõdukalt kiirenenud 26%-l ja tugevasti aeglustunud (alla 5 mm 1. tunni jooksul) 23%-l haigeist. Fraktsioneeritud SR osutus patoloogiliseks 63%-l uurituist. Seega esines patoloogilist fraktsioneeritud SR (peamiselt hüpo- ja areaktiivne kõvera tüüp) tunduvalt sagedamini kui tavalist kiirenenud SR.

Uuritud haigete süstemaatilise küsitlemise teel oli võimalik kindlaks teha mitmesuguseid subjektiivseid kaebusi. Kõige sagedamini kaebasid nad väsimuse, isutuse, peavalu, erutuvuse ja suurenenud higistamise üle. Tunduvalt harvem esinesid ajutised valud liigestes ja südame piirkonnas ning hingeldus füüsilise koormuse puhul. Seejuures enamik lapsi ise kaebusi ei esitanud, need selgitati välja küsitlemise teel. Suuremal osal neist (63%) täheldati kardiovaskulaarse süsteemi mitterahuldavat reaktsiooni pärast 20 küki tegemist. Hiljem tekkisid tahhükardia 29%-l ja kuulatlemisel sedastatav südametegevuse halvenemine 21%-l haigeist. Subfebriilne temperatuur esines (mõõdeti 3 korda päevas) 10 päeva jooksul 15%-l juhtudest. Kõik kliinilised sümptoomid olid nõrgalt avaldunud, mistõttu lapsed pidasid endid terveks ja jätkasid õpinguid.

Kui tutvuda reuma hoovälisel perioodil täheldatud kõigi kliinilis-laboratoorsete näitajatega nende esinemissageduse järgi (tabel), siis selgub, et kõige rohkem patoloogilisi nihkeid ilmnes kapillaaride resistentsuse korral verevalkude gammaglobuliini fraktsioonides, fraktsioneeritud SR-is ja koormuskatsu puhul. Ägeda protsessi näitajad: seromukoidisisalduse tõus, α-globuliinide fraktsiooni suurenemine ja C-reaktiivne valk olid $^1/_3$—$^1/_2$-l juhtudest. Teistest näitajatest, mida laboratoorsete uuringute seas peetakse haiguse aktiivsuse peamisteks näitajateks, esines kii-

renenud SR-i, leukotsütoosi ja neutrofiiliat tunduvalt harvemini. Ainult 3-l 62 reumahaigest lapsest olid kliiniline leid ja kõik uuringud normaalsed. Suurel osal neist sedastati samaaegselt mitut reumaatilise protsessi aktiivsuse näitajat (nagu tavalise ägeda puhangu ajalgi). 1—4 näitajat oli 21 haigel, 5—8 näitajat 27-l ja 9—11 näitajat 10 reumahaigel lapsel.

Et uuritud lastel oli reuma hoovälisel perioodil võimalik samaaegselt kindlaks teha mitmesuguseid kliinilisi sümptoome ja laboratoorsete näitajate nihkeid, siis pakkus teatavat huvi välja selgitada, kas nende näitajate vahel on statistiliselt olulist seost ja millised näitajad osutuvad reuma aktiivsuse määramisel paremaks.

Dotsent L. Võhandu juhendamisel arvutati elektronarvuti abil näitajatevahelised korrelatsioonikordajad. Selgus, et kliiniliste nähtudega korreleerusid kõige paremini seromukoid, fraktsioneeritud SR ja C-reaktiivne valk. Kapillaaride resistentsuse ja vereseerumi gammaglobuliini hulga seos haiguse nähtudega ei olnud aga statistiliselt oluline. Näitajate omavahelise suhte arvutamisel selgus, et ka varjatud kulu puhul on reuma aktiivsuse tundlikeks näitajateks kõrgenenud seromukoidisisaldus, C-reaktiivne valk ja patoloogiline fraktsioneeritud SR. Kui vaadelda neid lapsi, kel eespool nimetatud proovid olid positiivsed (seromukoidisisaldus veres tõusnud, C-reaktiivne valk positiivne ja fraktsioneeritud SR patoloogiline), siis esines neil haigeil samaaegselt veel 5—11 reumaatilise protsessi aktiivsuse näitajat. Peale mainitute ilmnes neil veel kapillaaride resistentsuse vähenemine, osal ka α_1- ja α_2-fraktsioonide tõus.

Kliiniliselt täheldati peamiselt kaebusi ja muutusi seoses südame-vereringega: mitterahuldav reageerimine koormuskatsule, tahhükardia, valud südames ja artralgia. Peaaegu kõigil esinesid üldkaebused. Tavaline SR oli aga pooltel neist normaalne. 17 kirjeldatud lapsel oli aktiivne reumaatiline protsess, mis osal neist tõenäoliselt ägenes pärast interkurrentseid haigusi. Ainult 3-l neist võis reumakabinetis kliinilise leiu, verepildi ja SR põhjal mikroatakki diagnoosida. Peale mainitud 17 oli veel 20 reumahaiget last, kel kompleksel uurimisel avastati 5 ja rohkem reuma aktiivsuse näitajat, kusjuures C-reaktiivse valgu proov oli negatiivne, seromukoidisisaldus ja fraktsioneeritud SR viitasid aga enamikul juhtudest patoloogiale. Tõenäoliselt kulges ka neil reumaatiline protsess organismis varjatult, kuid madalamal aktiivsuse astmel. Seega ilmnes 37-l (60%) 62 uuritud lapsest hoovälisel perioodil antud kliinilis-laboratoorsete uuringutega kindlakstehtav aktiivne reumaatiline protsess.

Meie poolt tehtud proovidest ei ole ükski reuma suhtes spetsiifiline. Kui reuma hoovälisel perioodil avastatakse lapsel patoloogilisi nihkeid, siis tuleb kõigepealt kaaluda, kas nende põhjuseks ei ole mõni muu tegur (kroonilise kolde ägenemine, interkurrentne haigus jt.). Reumaatilise protsessi ägenemist on tarvis arvestada sel juhul, kui samaaegselt leitakse mitu reuma aktiivsuse näitajat. Et reumaatilise protsessi aktiivsuse astet õigesti hinnata, peab uurimismeetodeid ainult kompleksselt rakendama.

Kokkuvõttes võib öelda, et osal lastest, kes iga päev koolis käisid, esines hoovälisel perioodil varjatud aktiivne reumaatiline protsess. Peab aga mainima, et reumakabinetis seni kasutatud laboratoorsed uuringud ei võimalda reumaatilise protsessi ägenemist sageli avastada. Selle aktiivsuse astet hoovälisel perioodil lubavad objektiivsemalt hinnata kliinilise läbivaatusega üheaegselt teostatud uuringud, mis annavad meile ülevaate sidekoe funktsionaalsest seisundist ja destruktsiooni ulatusest. Reumahaigete laste dispanseerimisel (ka pärast interkurrentseid haigusi) tuleb neid põhjalikult uurida, kusjuures on vaja rohkem tähelepanu pöörata kliinilistele mikrosümptoomidele ja määrata kapillaaride resistentsus, fraktsioneeritud SR, C-reaktiivse valgu proov ning seromukoidi hulk vereseerumis. Vastavalt hoovälise perioodi näitajatele tuleb individuaalselt organiseerida retsidiivivastane ravi ning õppe- ja füüsilise koormuse režiim.

KIRJANDUS: 1. Кисель А. А. Ревматизм у детей. М.—Л., 1940. — 2. Горницкая Э. А. В сб. Ревматизм. Л.—М., 1934, 120—145. — 3. Гатаулина Л. Д. Определение активности ревматического процесса у детей во внеприступной фазе. Автореф. дисс. канд. мед. наук М., 1958. — 4. Рапопорт Ж. Ж. Материалы к клинико-иммунологической характеристике ревматизма у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1960. — 5. Любавин Я. Т. и др. Вопр. охраны материнства и детства, 1963, 9, 10—13. — 6. Струков А. И., Сучкова Т. И. Вопр. ревматизма, 1961, 1, 5—9. — 7. Борисова Т. П. Труды института педиатрии АМН СССР М., 1962, 17—35. — 8. Сафиулина С. К., Ананьина И. В., Блинова Н. Е. Вопр. охраны материнства и детства, 1963, 2, 22—26. — 9. Афанасьев Е. Н. Педиатрия, 1963, 4, 24—27. — 10. Приходько В. С. Сов. медицина, 1962, 5, 99—104. — 11. Борисова Т. П., Корбубан Т. А. Тезисы докладов сессии с участием педиатрических институтов в кафедр мед. институтов, М., 1962, 7—9. — 12. Тамм С. И. Труды по медицине Тартуского гос. университета, VIII, Тарту, 1963, 140—145. — 13. Shetlar, M., Payne, R., Strenge, H. J. pediatr. 1957, 51, 510—518. — 14. Weimer, H. E. and Moshin, J. R. Amer. Rev. Tuberc., 1953, 68, 4, 594. — 15. Mossin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 6, 28—30.

ОБ ОЦЕНКЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

С. Тамм

Резюме

Оценка активности ревматического процесса во внеприступном периоде часто является серьезной проблемой. В этот период возникают различные патологические риодом болезни и считать больного выздоровевшим. Во внеприступный период клиниизменения. Поэтому внеприступный период нельзя отожествлять с неактивным печеские явления настолько незначительны и остаются незамеченными, что больных зачастую считают здоровыми и дети продолжают учиться в школах с обыкновенным режимом.

Мы поставили целью выяснить клинико-лабораторные показатели, которые позволили бы определять во внеприступный период степень активности ревматического процесса. С 1. I 1963 г. по 1. V 1963 г. были обследованы 62 ребенка (в возрасте от 7 до 14 лет) взятые на учет в ревматологическом кабинете поликлиники Тартуской городской клинической детской больницы. Все обследованные были диспансеризованы ревматологом. Школьники посещали школу, причем часть их была освобождена от уроков физической культуры, общая же нагрузка была обычной. Для анализа были использованы данные полученные при первом обследовании. В качестве контрольной группы были обследованы 15 клинически здоровых учащихся.

Мы сделали попытку выяснить, какие из клинико-лабораторных исследований производимых во внеприступный период являются лучшими для определения активности ревматизма. Выяснилось, что у некоторых детей (37) которые ходили в школу каждый день, в межприступный период протекал скрытый активный ревматический процесс.

При диспансеризации детей больных ревматизмом следует тщательно обследовать, причем значительно больше внимания нужно обращать на клинические микросимптомы, определять хрупкость капилляров, ставить фракционированную РОЭ, пробу на С-реактивный белок и определять количество серомукоида в крови. Соответственно с показателями активности ревматизма во внеприступный период следует назначить противорецидивное лечение и определить режим учебной и физической нагрузок.

TUBERKULOOSIST TINGITUD HÜPERERGIA PÕHJUSTEST RÖNTGENOLOOGILISE UURIMISE ANDMEIL

Arstiteaduse kandidaadid *L. JANNUS* ja *A. REINVALD*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Mycobacterium tuberculosis'ega nakatumise tagajärjel tekib organismi immunobioloogiline ümberkõlastus, mille üheks avaldusvormiks on positiivne tuberkuliinireaktsioon (TR). Viimane võib olla mitmesuguse intensiivsusega. Paljude autorite andmeil on TR tuberkuloosi haigestumisel tugevamini väljendunud kui ainult tuberkuloosibakteritega naka-

tumisel. Peale selle täheldatakse tuberkuloosi haigestumisel, kuigi mitte alati, parallelismi protsessi aktiivsuse ja tundlikkuse vahel tuberkuliini suhtes [G. Jaccard (4), H. Trautwein (6), H. Butzengeiger ja W. Geissen (3)]. Kuigi selline reaktiivsuse vahe on statistiliselt registreeritav, ei ilmne see kaugeltki kõigil juhtudel. C. Jaccard rõhutab, et pole olemas kindlat diagnostilist tuberkuliiniannust, tugev TR viitab ainult aktiivse protsessi esinemise võimalusele. Teoreetilise aluse sellele nähule andsid V. Ravitš-Štšerba ja tema kaastööliste katsed (1), mille põhjal loodi teooria tuberkuloosikollete ümber olevatest hüperergilistest tsoonidest.

Samal ajal kui haigete naha tuberkuloossele hüperergiale pööratakse üsnagi suurt tähelepanu, jääb kõrgenenud reaktiivsuse olemasolu tervetel isikutel paljudel juhtudel arusaamatuks ja esimesel pilgul näib ülaltoodud seisukohtadega isegi vastuolus olevat. Et tugeva TR põhjuseks võib olla ka varjatult kulgev ning diagnoosimata jäänud aktiivne tuberkuloos, on käesoleva küsimuse lähem uurimine suure praktilise tähtsusega. Kasutasime Märjamaa rajoonis 1962. a. kevadel NSV Liidu Teaduste Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri töötajate poolt korraldatud ühise ekspeditsiooni andmeid. Ekspeditsiooni ajal vaadati läbi valdav osa rajooni elanikkonnast. Ühtlasi tehti Pirquet' tuberkuliiniproov puhastatud valguvaba tuberkuliiniga. TR tulemus määrati 48 tunni järel. Selgus, et 42,6%-l uurituist oli TR positiivne. Pirquet' tuberkuliiniproovi infiltraadi läbimõõt moodustas neil palpeerimisel vähemalt 5 mm. Nende hulgas esines tugevaid reaktsioone — infiltraat läbimõõduga 15 mm ja enam — ainult 1,36%-l vaatlusalustest.

Täiendavalt uuriti praktiliselt terveid isikuid, kellel TR infiltraadi läbimõõt oli üle 14 mm, ja neid, kellel reaktsiooni infiltraat oli 10—14 mm, kuid hüpereemia läbimõõt ületas 30 mm. Arvestades spetsiifilise reaktiivsuse langust vanemas eas [C. Jaccard (4) ja A. Rabuhhin (2)] pidasime peale selle tugevasti reageerivaiks ka üle 50 aasta vanuseid isikuid, kellel TR infiltraadi läbimõõt oli vähemalt 10 mm. Uuritavate grupp koosnes 105 isikust, kes olid 15—71 a. vanad; neist oli mehi 71 ja naisi 34. Neilt võeti anamnees, tehti rindkere-elundite röntgenotomograafia ja vere ning uriini analüüsid. Röga uuriti bakterioskoopiliselt ja paljudel juhtudel ka bakteriolcogiliselt tuberkuloosikepikeste suhtes. Rindkere-elunditest tehti üldröntgenogramm, parem külgvõte ja tomogrammid (röntgenikiirte suunaga eest taha 1 sm vahedega 7 erinevas tasapinnas) ning arvestati ka rindkere sagitaalset läbimõõtu.

Röntgenotomograafilise uurimise tulemuste põhjal võis kõiki vaatlusaluseid jaotada kolme gruppi. Esimese grupi moodustas 42 isikut, kellel kopsudes ega keskseinandi lümfisõlmedes ei leitud mingeid patoloogilisi muutusi. Teises grupis oli 9 isikut, kellel kopsudes avastati normist mittespetsiifilisi kõrvalekaldumisi, peamiselt mitmesuguse laadiga kopsujoonise muutusi. Kolmas grupp koosnes 54 isikust, kellel olid tuberkuloosist põhjustatud mitteaktiivsed muutused kopsudes ja keskseinandi lümfisõlmedes. Viimastest 12-l esinesid üheaegselt suurenenud lümfisõlmedega ka muutused kopsudes. Muutusi ainult lümfisõlmedes täheldati 25 ja ainult kopsudes 11 * isikul. Pleura oli paksenenud 6 isikul, kusjuures kopsud ja lümfisõlmed olid kahjustamata. Andmed suurenenud lümfisõlmede asukoha esinemissageduse kohta on esitatud tabelis 1.

Tabelist 1 nähtub, et tuberkuloosist tingitud muutusi täheldati kõige sagedamini bronhopulmonaalsetes lümfisõlmedes. Täiendavast anamnestilisest uurimisest selgus, et tuberkuloos või pleuriit, kontakt tuberkuloosihaigetega ja nn. tuberkuloosimaskid (sellised haigusseisundid nagu

* Kopsukollete laad oli erinev. 2 juhul täheldati infiltratiivse kopsutuberkuloosi jääknähte, 13 juhul oli ilmselt tegemist hematogeensete kolletega, 8 juhul olid kopsus Ghoni kolded.

atüüpiline gripp, kopsupõletik jne., mille puhul tuberkuloos haiguse põhjusena jääb lahtiseks) esinesid peaaegu ühtlase sagedusega niihästi negatiivse kui ka positiivse leiuga haigete gruppides.

Erilist huvi pakub nende lähem uurimine, kellel kopsudes ega kesksеinandi lümfisõlmedes röntgenoloogiliselt ei avastatud mitte mingisugu-

Tabel 1

Andmed suurenenud lümfisõlmede asukoha esinemissageduse kohta

Jrk. nr.	Lümfisõlmed	Suurenenud lümfisõlmedega isikute arv
1.	Bronhopulmonaalsed	25
2.	Trahheobronhiaalsed	8
3.	Paratrahheaalsed	5
4.	Botallo juha	4
5.	Trahhea bifurkatsiooni	2
6.	Aordi	2

seid jälgi varem põetud tuberkuloosist. Need isikud moodustasid uuritavate esimese ja teise grupi (vt. tabel 2).

Tabelis 2 toodud andmeist nähtub, et 51 isikust, kes röntgenoloogilise uurimise andmeil kuulusid esimesse ja teise gruppi, põdes varem tuberkuloosi või pleuriiti 13. Tuberkuloosne protsess oli neil juba ammu vaibunud ning peale spetsiifilise hüperergia polnud jätnud mingeid märgatavaid jälgi. Ülejäänud esimesse ja teise gruppi kuuluvat 38 isikut polnud tuberkuloosi ega pleuriiti põdenud. Hoolikal anamnestilisel uurimisel selgus, et 17-l esinesid varem sellised haigused nagu kopsupõletik, korduv atüüpiline gripp, krooniline bronhiit jne., mis osal juhtudest võisid kergesti olla tuberkuloosimaskid. Ülejäänud 21 esimesse ja teise gruppi kuuluval haigel tuberkuloosimaske ei leitud, kuid selgus, et 9-l

Tabel 2

I ja II gruppi kuuluvate isikute täiendava anamnestilise uurimise tulemused

Isikute üldarv	Nendest isikud, kes			Tuberkuloosist tingitud hüperergia põhjus selgitamata
	varem põdesid tuberkuloosi või pleuriiti	põdesid tuberkuloosimaske	olid tuberkuloosihaigega ainult kontaktis	
51	13	17	9	12

neist oli perekonnas kontakt tuberkuloosihaigetega. On loomulik, et kauaaegne lähedane kontakt põhjustas organismi tugeva sensibiliseerumise ka juhul, kui haigestumist tuberkuloosi ei toimunud.

Jäi järele 12 esimesse ja teise gruppi kuuluvat isikut, kelle hoolikal uurimisel ei õnnestunud avastada ei läbipõetud tuberkuloosi, võimalikke tuberkuloosimaske ega olnud ka teada kontakti tuberkuloosihaigetega. Nende isikute kõrgenenud tundlikkuse põhjus tuberkuliini suhtes jäi selgitamata.

Tugeva TR-iga, kuid praktiliselt terve 105 isiku anamnestilisel uurimisel avastati mitmesuguseid kaebusi. Selgus, et nende laad ja arv ei sõltunud röntgenoloogilisest leiust. Küll aga ilmnes üksikutes röntgenoloogiliselt uuritud isikute gruppides teatav erinevus vere settereaktsiooni kiiruse ja verepildi muutuste vahel. Kuid selliste muutustega isikute arv oli oluliste järelduste tegemiseks liiga väike. Nagu teada, esinevad hüper-

ergilised TR-id mitte ainult aktiivse tuberkuloosiga haigetel, vaid neid tuleb üsna sageli ette ka isikutel, kellel ei õnnestu avastada aktiivset tuberkuloosi.

Kliinilis-röntgenoloogilise uurimise tulemusena osutus võimalikuks välja selgitada sagedasemad tuberkuloosse hüperergia põhjused praktiliselt tervetel inimestel. 63,7%-l kõigist juhtudest oli selle esilekutsujaks varem põetud tuberkuloos, mille tõttu jäi kauemaks ajaks püsima kõrgenenud tundlikkus tuberkuliini suhtes. Peale selle leidus anamneesis (16,2%-l isikuist) tuberkuloosimaskideks peetavaid haigusi. Vähemalt osal neist isikuist võib oletada varem varjatult kulgenud tuberkuloosi. Koos teiste tuberkuloosi põdenutega moodustavad nad ligi 80% kõigist uurituist.

Väiksemasse gruppi (8,6% uuritute üldarvust) kuulusid isikud, kelle uurimisel ei õnnestunud avastada mitte mingisuguseid andmeid läbipõetud tuberkuloosi kohta, kuid perekonnas oli kontakt tuberkuloosihaigetega. Toodud andmete põhjal on ilmne, et osal juhtudest esinesid hüperergilised tuberkuliinireaktsioonid üheaegselt suhteliselt kindla immuunsusega tuberkuloosi suhtes.

Järeldused

1. Valdaval osal juhtudest on hüperergilised tuberkuliinireaktsioonid seotud tuberkuloosi haigestumisega. Ülitundlikkus tuberkuliini suhtes võib säilida ka pikema aja vältel pärast tervistumist.

3. Pidev kontakt lahtist vormi põdeva tuberkuloosihaigega võib esile kutsuda tuberkuloosist tingitud hüperergia, ilma et tekiks haigestumist. Sellist hüperergilise tuberkuliinireaktsiooni geneesi esineb praktiliselt tervetel isikutel võrdlemisi harva — vähem kui 10% kõigist tuberkuloosiga seotud hüperergiajuhtudest.

3. Tuberkuloosne hüperergia ei ole iseseisva praktilise väärtusega täiskasvanud elanikkonna massilisel läbivaatusel. Nad võivad fluorograafilisel uurimisel saadud andmeid ainult täiendada.

KIRJANDUS: 1. Драбкина Р. О., Равич-Щербо В. А. Иммунитет и аллергия при туберкулезе. Многотомное руководство по туберкулезу. т. I, М., 1959, 125—182. — 2. Рабухин А. Е. Эпидемиология и профилактика туберкулеза. М., 1957, 132—133. — 3. Butzengeiger, H. H. Geissen. W. Dtsch. med. Wochenschr., 1959, 4, 142—147. — 4. Jaccard, C. Schweiz. med. Wochenschr,. 1957, 21, 842— 846. — 5. Palmer, G. E., Bates, L. E. Bull World Hlth. Org. 1952, 7, 171—188. — 6. Trautwein, H. Münch. med. Wochenshr. 1958, 4, 137—142.

О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГИПЕРЭРГИИ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Л. Яннус и А. Рейнвальд

Резюме

В результате массового обследования населения на туберкулез при помощи флюорографии и постановки туберкулиновых реакций Пирке наряду с больными туберкулезом была выявлена и группа практически здоровых лиц с сильно выраженными туберкулиновыми реакциями. Из последних выделили, по возможности соблюдая принцип случайной выборки, 105 лиц, которые впоследствии были дополнительно обследованы. Они подверглись общеклиническому обследованию и рентгено-томографии легких и органов средостения.

В результате проведенной работы было установлено, что туберкулезная гиперэргия у здоровых лиц в 60—80% случаев связана с ранее перенесенным туберкулезом, в большинстве случаев оставившим различные следы в лимфоузлах средостения или в легких. Контакт с больными открытым туберкулезом, не приведший к заболеванию, как аллергизирующий фактор встречается сравнительно редко — менее чем у 10% всех высокочувствительных к туберкулину здоровых лиц.

Из полученных данных видно, что гиперэргические туберкулиновые реакции у взрослых, в условиях массового обследования, не имеют самостоятельного диагностического значения.

KÕHUAORDI JA NIUDEARTERITE SEGMENTAARSETE ATEROSKLEROOTILISTE UMBUMISTE KIRURGILISEST RAVIST

Professor *A. LINKBERG*, arstiteaduse kandidaat *E. TÜNDER*, arstiteaduse kandidaat *K. PÕDER*, *K. KULL* ja *A. KIVIK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna kirurgia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Alajäsemete arteriaalse verevarustuse puudulikkuse põhjuseks on küllaltki sageli ateroskleroos, mis lokaliseerub kõhuaordi ja vaagnaarterite piirkonnas. Tavaliselt on tuiksoone kahjustus segmentaarne. Kõhuaordi või vaagnaarterite täieliku sulguse puhul tekivad alajäsemetes rasked isheemia tunnused. Nii tunnevad haiged pärast 10—100 meetri pikkuse maa läbikäimist tugevaid valusid säärtes ja reites. Senised kogemused on näidanud, et konservatiivsete ravimeetoditega on eespool kirjeldatud haigetel võimalik saavutada ainult lühiajalist subjektiivset paranemist. Seetõttu on viimastel aastatel üha laialdasemalt hakatud aordi ja niudearterite segmentaarsete umbumiste korral rakendama taastavaid operatsioone. Nii on saadud häid tulemusi aordi ja niudearterite šunteerimisel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Südame-Veresoonte Instituudi veresoonte kirurgia osakonnas (juhataja prof. J. Berjozov) (3), Leningradi Vereülekande Instituudi kirurgiakliinikus (juhataja akad. A. Filatov), Moskva I Meditsiini Instituudi hospitaalkirurgia kliinikus (juhataja akad. B. Petrovski) (2, 4) jm. Edukalt on aordi bifurkatsiooni šunteerinud M. De Backey kaastöölistega (1, 7). Positiivse hinnangu aordi aterosklerootiliste kahjustuste kirurgilise ravi kohta annavad ka E. Whitman (10), L. Hill (9), T. Cocett (6) jt.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on aordi segmentaarsete aterosklerootiliste oklusioonide puhul kasutatud alajäsemete arteriaalse verevarustuse taastamiseks bifurkatsiooni šunte 8 haigel. Kõik nimetatud patsiendid kannatasid jalgade verevarustuse tugeva puudulikkuse all. Haigetel tekkis tugev valu säärte, reite ja tuharate piirkonnas pärast 10—50 meetri pikkuse maa läbikäimist. Valu tõttu olid nad sunnitud seisatama 2—5 minutit, mille vältel see möödus. Haigete jalad olid kahvatud, esines naha ja lihaste atroofia. Pulss põial, põlveõndlas ja kubemes ei olnud palpeeritav. Naha temperatuur põial 24—26° piires. Süstoolne rõhk reie ülemises kolmandikus oli tunduvalt madalam vastavast rõhust õlavarrel. Umbumise asukoha täpseks määramiseks rakendati aortograafiat. Uuritud kaheksast haigest neljal paiknes oklusioon aordi bifurkatsiooni piirkonnas, kahel alates *a. mesenterica inferior*'i lähtekohast (joon. 1) ja kahel haigel vahetult allpool neeruarterite lähtekohta.

Korduva konservatiivse raviga ei saavutatud 4—10 aasta vältel ühelgi juhul märkimisväärset paranemist. Vaatamata erinevate konservatiivsete ravimeetodite kasutamisele mitmetes raviasutustes haigusnähud süvenesid. Haiguse pideva progresseerumise tõttu šunteeriti kirjeldatud 8 haigel aordi bifurkatsioon. Enne operatsiooni uuriti haigeid põhjalikult (EKG, neerude ja maksa funktsiooni proovid). Neid opereeriti üldnarkoosi all, kusjuures rakendati juhitavat hingamist. Narkootikumidena kasutati kas eetrit, eetri ja naerugaasi segu või tsüklopropaani.

Operatsiooni metoodika oli järgmine: esiteks prepareeriti välja mõlemapoolsed reiearterid vahetult allpool *lig. inguinale*'t, mis tehti lateraalse lõike abil läbi *m. sartorius*'e tupe. Sellega välditi kubeme piirkonna lümfisõlmede vigastamist ja proteesi infitseerumise võimalust. Järgnevalt kontrolliti reiearterite seisundit *a. profunda femoris*'e lähtekohal. Enamikul haigetel oli reiearter vere poolt läbitav ja aterosklerootilised muutused arteri seinas olid vähesed. Aordi ülesleidmiseks tehti laparotoomia piki keskjoont *processus xiphoideus*'est kuni sümfüüsini.

Joonis 3

Joonis 2

Joonis 1

Joonis 6

Joonis 5

Joonis 4

Peensool nihutati paremale poole meso- ja epigastriumi, sigma ja *colon descendens* lükati aga vasakule hüpo- ja mesogastriumi. Hiljem preparеeriti kaksteistsõrmiksoole lõpposa lahti ja viidi haagi abil paremale poole. Järgnevalt läbiti *peritoneum parietale* lõike abil. Kõhuaort koos harudega vabastati ümbritsevatest kudedest kuni neeruarterite lähtekohani. Seejärel rajati sõrme abil mõlemapoolselt retroperitoneaalne tunnel piki umbunud niudeartereid, kusjuures ureeter jäi tunneli eesmisse seina. Tunneli distaalne osa *lig. inguinale* all moodustati läbi *lacuna musculorum*'i.

Bifurkatsiooni šuntide valmistamiseks kasutati Leedu NSV tekstiilivabrikus «Kaspinas» toodetud 12 mm läbimõõduga lavsaan-ftorloonproteese. Proteeside proksimaalsetest otstest lõigati (45° nurga all) poole läbimõõdu ulatuses 2,5 sm pikkune osa ära. Seejärel ömmeldi proteeside lõigatud servad $^2/_3$ ulatuses omavahel kokku. Selliselt valmistatud bifurkatsiooniproteese on kasutanud P. Firt, V. Mikhal, J. Hejnal ja L. Hejhal (5, 8). Kirjeldatud viisil saadud bifurkatsiooni šundi harud toodi läbi tunnelite reiele. Anastomoosid proteeside distaalsete otste ja reiearterite vahel moodustati ots-küljega meetodil *a. profunda femoris*'e lähtekoha piirkonnas. Ainult ühel haigel, kellel leiti lisaks vaagnaarterite oklusioonile veel reiearteri ülemise ja keskmise kolmandiku segmentaarne sulgus, ühendati proteesi distaalne ots *a. poplitea*'ga ots-küljega, kusjuures lisaks eelnevale tehti anastomoos külg-küljega veel *a. profunda femoris*'e lähtekohal. Proksimaalne anastomoos bifurkatsiooni šundi ja aordi vahel moodustati ots-küljega (joon. 2). Kahel patsiendil, kellel oklusioon ulatus kuni neeruarteriteni, eemaldati aordist tromb. Seejärel osutus võimalikuks teha bifurkatsiooni šundi ja aordi vaheline anastomoos neeruarteritest distaalsemal.

Operatsiooni lõpul taastus kõikidel patsientidel pulss reiearteritel ja pöidadel. Haavad paranesid enamikul haigetest *per primam*. Pärast operatsiooni raskeid komplikatsioone ei tekkinud, haiged kirjutati haiglast välja 2—3 nädala pärast. Bifurkatsiooni šunteerimise järel on neid jälgitud 2 kuust kuni 1,5 aastani. Kõikidel patsientidel paranes jäseme verevarustus tunduvalt. Enamikul neist *claudicatio intermittens*'i sümptoomi ei täheldatud, jalad olid soojad ja pulss põiaarteritel palpeeritav. Järelkontrolli ajal tehtud aortogrammidel olid bifurkatsiooni šundid ja jala perifeersed arterid kontrastaine poolt läbitavad (joon. 3).

Haigetel, kellel niudearteri oklusiooni tõttu on ühel pool kasutatud aortofemoraalset šunti, tekib teise niudearteri umbumise korral raskusi jäseme verevarustuse taastamisega. Nimelt sel ajal kui aort on proteesi külge õmblemiseks suletud, võib vastaspoolses šundis tekkida tromb. Seepärast oleme ühepoolse aortofemoraalse šundi korral hoidunud vastaspoolele samasuguse šundi panemisest ja oleme kasutanud muid võimalusi jäseme verevarustuse parandamiseks.

Allpool toome haigusjuhu kirjelduse, kus reiearterite vaheline šunt on asetatud aordi-niudearteri šundist distaalsemale.

Patsient E. O., 52 aastat vana. 1960. a. tekkis tal vahelduv lonkamine paremas jalas. Vaatamata korduvale konservatiivsele ravile süvenes haigusprotsess pidevalt, ja 1962. a. algul sai haige ühtejärge vaevaliselt käia ainult 60—70 meetrit, mille järel tekkisid valud paremas sääres ja reies. 1962. a. veebruaris (haiguslugu nr. 577, 1962. a.) diagnoositi parema niudearteri ateroskleerootilist oklusiooni ja asetati paremale poole aordi-niudearteri šunt. Pärast operatsiooni isheemianähte jalas ei ilmnenud ja haige siirdus tagasi endisele tööle. Aasta hiljem tekkisid häired vasakus jalas, nimelt sai patsient vaevaliselt käia 50 meetrit, mille järel pidi seisatama valude tõttu sääres ja reies. 5. novembril 1963. a. (haiguslugu nr. 3436, 1963. a.) sooritati translumbaalne aortograafia (joon. 4). Aortogrammidel oli aordi bifurkatsiooni oklusioon nähtav, kusjuures parempoolne aordi-niudearteri šunt oli kontrastaine poolt läbitav; vasakpoolne niudearter ei olnud nähtav. 21. jaanuaril 1964. a. (haiguslugu nr. 14, 1964. a.) asetati šunt paremalt reiearterilt vasakule reiearterile (üle sümfüüsi läbi nahaaluse rasvkoe). Pärast operatsiooni taastus pulss ka vasaku jala põial. 8 kuud hiljem tehtud aortogrammil on näha, et nii aordi-

niudearteri kui ka reiearteri šunt on kontrastaine poolt läbitav (joon. 5). Samaaegselt tehtud arteriogrammidel on kontrastaine poolt läbitavad mõlema jala reie-, põlveõndla ja sääreearterid (joon. 6). Haigel vahelduvat lonkamist ja muid kaebusi ei esinenud, ta oli suuteline endist tööd jätkama.

KIRJANDUS: 1. Де Бекей М. Е. и др. Хирургия аорты и крупных периферических артерий. Перев. с англ., М., 1960. — 2. Гринберг А. А. Клиника и диагностика окклюзий аорты и подвздошных артерий в свете показаний к хирургическому лечению. Диссертация канд. мед. наук. М., 1963. — 3. Князев М. Д. Клиника, диагностика и хирургическое лечение атеросклеротических окклюзий бифуркации аорты и подвздоршных артерий. Дисс. канд. мед. наук. М., 1962. — 4. Крылов В. С. Постоянное обходное шунтирование и протезирование в хирургии сосудов. Диссертация доктора мед. наук. М., 1960. — 5. Фирт П. и др. Хирургия, 1964, 7, 75—83. — 6. Cocett, T. B. Brit. Med. Journ., 1958, 5073, 727—734. — 7. De Bakey, M. E., and oth. Ann. surg., 1958, 148, 3, 306—324. — 8. Hejnal, J., Hejhal, L., Firt, P. Contribution to the surgical treatment of aorto-iliac occlusions. Comptes Rendus du IV Congrés International d'Angiologie. Praha, 1962, 143—145. — 9. Hill, L. D., Lawrence, G. H. J. Surg. Obst. Gynec. 1958, 66, 5, 276—281. — 10. Whitman, E. J. J. Amer. Med. Ass. 1962, 179, 12, 923—929.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕГМЕНТАРНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ И ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

А. Линкберг, Э. Тюндер, К. Пыдер, К. Кулль и А. Кивик

Резюме

В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы произведено 8 операций шунтирования бифуркации аорты при сегментарных окклюзиях брюшной аорты и подвздошных артерий. Оперированные больные были в возрасте от 40 до 61 года. У всех больных был выраженный синдром ишемии нижних конечностей.

Для изготовления бифуркационных шунтов использовали лавсанфторолоновые протезы отечественного производства (фабрика «Каспинас», Литовская ССР). Общий ствол бифуркационного шунта зашивали перед операцией. Дистальные концы бифуркационного шунта соединяли с бедренными артериями — конец в бок на месте отхождения глубоких бедренных артерий. При сопутствующих сегментарных окклюзиях бедренной артерии накладывали дистальный анастомоз с подколенной артерией и производили дополнительный боковой анастомоз на месте отхождения глубокой бедренной артерии. Проксимальный конец шунта соединяли с аортой — конец в бок выше окклюзии. При дохождении окклюзии до почечных артерий перед наложением анастомоза делали тромбоэктомию аорты.

При наличии у больного одностороннего аортально-феморального шунта повторная операция на аортально-подвздошной области противоположной стороны опасна ввиду возможности тромбирования ранее наложенного шунта. В таких случаях при окклюзии подвздошной артерии противоположной стороны проводилось поперечное шунтирование между бедренными артериями ниже аортально-бедренного шунта.

У всех больных после операций восстанавливалась пульсация артерий стопы. При наблюдении в течение 1,5 лет полученное улучшение кровоснабжения сохранялось.

KIRURGI TAKTIKAST KAKSTEISTSÕRMIKSOOLE MADALAL ASETSEVATE JA PENETREERUVATE HAAVANDITE PUHUL

I. SKORODKO ja *A. LUTSUVER*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Esimese maoresektsiooni tegi 1879. aastal J. Péan Prantsusmaal. Hiljem on seda operatsiooni palju täiustatud ja modifitseeritud. Paljud meetodid, mida soovitavad nõukogude ja välismaa autorid, räägivad sellest, et meil puudub veel senini ühtne viis kaksteistsõrmiksoole köndi sulgemiseks. Köndi töötlemise täiustamisega tegeldakse paljudes silmapaistvates kliinikutes. Nõukogude autorite andmetel [V. Krivošejev (1)] esineb kaksteistsõrmiksoole köndi õmbluste pidamatust radikaalsete operatsioonide puhul küllaltki sageli (0,4—1% juhtudest). Väljalülitamisresektsioonid põhjustavad veelgi rohkem tüsistusi (H. Finstereri järgi 7,8%).

Maohaavandite puhul kasutame kaksteistsõrmiksoole köndi sulgemiseks tavaliselt kaherealist õmblust. Kolme- ja neljarealine õmblus tehakse ainult neil juhtudel, mil pärast kaherealist õmblust tekib kahtlus köndi hermeetilisuse suhtes.

Enamik autoreid püüab radikaalset maoresektsiooni koos haavandi eemaldamisega teha ka kaksteistsõrmiksooles asetsevate haavandite puhul. Ainult üksikud autorid eelistavad tehniliste raskuste korral väljalülitamisresektsiooni. Meie haiglas sooritatakse nimetatud operatsioone enamasti radikaalselt, selleks et eemaldada ka madalal asetsevaid ja penetreeruvaid kaksteistsõrmiksoole haavandeid, eriti nende veritsemise korral. Erandi moodustavad ainult haavandid, mis on penetreerunud *lig. hepatoduodenale*'sesse. Sel puhul tekib maksaarteri, ühissapijuha ja värativeeni vigastamise oht. Et väljalülitamisresektsioonid põhjustavad hulgaliselt tüsistusi, siis neil juhtudel, kui pole võimalik teha tüüpilist operatsiooni, kasutame meie ja veel paljud kirurgid mitmesuguseid plastilisi kaksteistsõrmiksoole köndi sulgemise meetodeid. S. Judin (4) soovitas rakendada nn. tigumeetodit ja K. Sopoškov (3) aga nn. lapimeetodit.

Üks lihtsamaid plastilisi kaksteistsõrmiksoole köndi sulgemise viise madalal asetsevate haavandite korral on üksikõmbluste tegemine, sest nende asetamiseks vajame tunduvalt vähem sooleseina kui nn. tubakakottõmbluse puhul.

Meil ilmnes kolmel juhul pärast tigumeetodi kasutamist köndi osaline pidamatus. Ka lapimeetodi rakendamisel ei õnnestunud meil mõningatel juhtudel köndi sulgemine, sest alati polnud võimalik limaskesta haavandi ümbrusest lahti prepareerida tugeva infiltratsiooni tõttu. Sobivate meetodite otsingutel kasutasime S. Judini (4) ja K. Sapõškovi meetodite modifitseerimist. S. Judini meetodi modifitseerimine seisnes järgmises: madalal asetsevate kõhunäärmesse penetreerunud kaksteistsõrmiksoole haavandite puhul teeme kõhunäärme pea osalise resektsiooni. Kaksteistsõrmiksoole vabast eesmisest või külgmisest seinast moodustame koonusekujulise lapi ja resetseerime mao koos haavandiga. Lapi õmbleme kinni analoogiliselt S. Judini meetodile. Kinniõmmeldud lapi sopistame kaksteistsõrmiksoole valendikku. Pärast seda on veel küllaldaselt olemas kaksteistsõrmiksoole eesmist või külgmist seina, mille kinnitame kõhunäärme kapsli külge seromuskulaarsete üksikõmblustega. Paljude autorite kartust, et kõhunäärme pea osalise resektsiooni korral tekib tugev verejooks, peame liialdatuks. Haavandi ettevaatlikul väljalõikamisel esineb infiltreerunud ja armistunud kõhunäärme pea piirkonnas ainult vähene verejooks, mida on kerge üksikõmblustega sulgeda.

Juhul, kui kaksteistsõrmiksoole seinast ei saa küllaldaselt laia lappi moodustada, kasutame köndi sulgemiseks K. Sapoškovi (3) meetodit modifitseeritud kujul. K. Sapoškov jätab haavandi välja lõikamata ja prepareerib haavandist kõrgemal limaskesta lahti ning õmbleb lapi säilinud sooleseina külge. Et õmblused võivad lahtiprepareeritud limaskesta piirkonnas läbi lõikuda, ei saa selle meetodiga rahulduda. Meie, nagu esimesegi modifikatsiooni korral, lõikame haavandi välja ja õmbleme kaksteistsõrmiksoole vaba serva üksikute siidõmblustega kõhunäärme kapsli külge. Seejärel asetame teise rea õmblusi. Kirjeldatud modifikatsioonide puhul, eriti K. Sapoškovi meetodi kasutamisel, ei ole tagatud köndi õmbluste küllaldane vastupidavus. Sellest lähtudes tegime maoresektsiooni Balfouri meetodil, mille puhul kaksteistsõrmiksoole köndi koormus väheneb, mis omakorda väldib õmbluste lahtiminekut.

Kahe viimase aasta jooksul (1961—1963) on meie haiglas sooritatud 105 maoresektsiooni, neist 87 haavandtõve ja nende tüsistuste ning 18 maovähktõve tõttu. Madalal asetsevaid kaksteistsõrmiksoole haavandeid oli 44, perforatsioone 13 haigel. Viimaste korral õmmeldi kaksteistsõrmiksoole haavand kinni 3 haigel. 78 haigel töödeldi kaksteistsõrmiksoole kõnt mõne standardse meetodi järgi, 11 haigel asetses haavand väga

madalal, kaksteistsõrmiksoole sein oli infiltreerunud ja armistunud, mistõttu tüüpiline köndi töötlemine ei osutunud võimalikuks. Nendel juhtudel kasutasime meie poolt kirjeldatud nn. tigumeetodi modifikatsiooni. 9 haigel, kel esines haavandi perforatsioon kõhunäärmesse, resetseeriti kõhunäärme pea osaliselt ja kaksteistsõrmiksoole kõnt suleti ühe eespool kirjeldatud meetodi järgi.

105 maoresektsiooni tulemused on head. Ainult ühel haigel täheldati mao-soole anastomoosi õmbluste osalist lahtiminekut. Kuuel haigel tekkisid tüsistused, mis polnud seotud operatsiooni metoodika ja tehnikaga (kahel haigel tekkis kopsupõletik, ühel subdiafragmaalne abstsess, ühel kopsu atelektaas, ühel pankreatiit, ühel haava supuratsioon ja ühel tromboflebiit). Surmaga lõppenud juhtumeid ei esinenud.

Järeldused

1. Kirurgi küllaldaste kogemuste puhul maokirurgia alal õnnestub maoresektsioon koos haavandi eemaldamisega ka madalal asetsevate kaksteistsõrmiksoole haavandite korral.
2. Väljalülitamisresektsioon on näidustatud ainult juhtudel, kui haavand on penetreerunud *lig. hepatoduodenale*'sse ja esineb suurte veresoonte ja ühissapijuha vigastamise oht.
3. Kui kaksteistsõrmiksoole kõnti ei õnnestu tüüpiliselt sulgeda, on võimalik seda teha ühe meie poolt kirjeldatud meetodi järgi.
4. Kaksteistsõrmiksoole köndi atüüpilise sulgemise puhul on otstarbekohane sooritada maoresektsioon Balfour'i meetodil.
5. Kõhunäärme pea osaline resektsioon kaksteistsõrmiksoole köndi sulgemiseks ei raskenda operatsioonijärgset kulgu.

KIRJANDUS: 1. Кривошеев В. С. Хирургия, 1951, 2, 26—27. — 2. Руссанов А. А. Резекция желудка. Л., 1956. — 3. Сапожков К. П. Хирургия, 1951, 2, 31—37. — 4. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ НИЗКОРАСПОЛОЖЕННЫХ И ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. Скородько и А. Лутсувер

Резюме

В хирургическом отделении Таллинской республиканской больницы с 1961 по 1963 гг. 105 больным была произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни или ракового поражения его. Причем у 78 больных культя двенадцатиперстной кишки была обработана одним из типичных способов, а у 27 больных с низкорасположенной или пенетрирующей в поджелудочную железу язвой двенадцатиперстной кишки возникла необходимость в атипичной обработке культи.

В этих случаях мы применили своеобразную и довольно надежную методику: во время отсечения желудка из свободной от язвы стенки двенадцатиперстной кишки выкраивается лоскут, а язва ее удаляется вместе с резецированной частью желудка. Указанный лоскут подшивается к капсуле поджелудочной железы таким образом, чтобы серозная оболочка его прилегала к капсуле. Накладывается второй ряд единичных шелковых швов. При возможности выкраивания более широкого лоскута, его ушивают кетгутом в виде капюшона, а затем инвагинируют в двенадцатиперстную кишку. Сверху накладываются единичные шелковые швы, захватывающие серозомышечный слой двенадцатиперстной кишки и капсулу поджелудочной железы.

В случаях пенетрации язвы в головку поджелудочной железы производится частичная резекция ее с последующим закрытием культи по одной из вышеописанных методик. Нам удалось удалить низкорасположенные и пенетрирующие в поджелудочную железу язвы с последующей обработкой культи двенадцатиперстной кишки по предлагаемой методике с хорошим непосредственным послеоперационным исходом.

Во всех случаях атипичной обработки культи двенадцатиперстной кишки целесообразно накладывать переднее желудочно-кишечное соустье с межкишечным анастомозом по Брауну.

PÕLEVKIVIKAEVURITE HAIGESTUMISEST NIMME-RISTLUU RADIKULIITI JA SELLE PROFÜLAKTIKAST

A. SILLAM

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Perifeerse närvisüsteemi haigustele põlevkivikaevureil, eriti nimme-ristluu radikuliidile, pöörasid esimesena tähelepanu 1955. aastal A. Chevalier (7) ja V. Üprus (10). Ka hiljem on neil täheldatud küllaltki sagedast radikuliidi esinemist (1).

Analüüsisime perifeerse närvisüsteemi haigustesse haigestumist aastail 1958—1962 töövõimetuslehtede ja aruandlusvormi Z-1 alusel Kiviõli ja Kukruse kaevanduses ning kaevanduses nr. 10. Selgus, et nimme-ristluu radikuliit moodustas perifeerse närvisüsteemi haigustest 85%, Tallinna Vineeri- ja Mööblivabriku ning V. Kingissepa nim. Tallinna Tselluloosi- ja Paberikombinaadi töölistel aga 1960.—1962. a. 69%. Seega täheldati kaevureil nimme-ristluu radikuliiti sagedamini kui puidutööstuse töölistel. Siinjuures peab mainima, et põlevkivikaevurite sagedasem haigestumine esines 1962. aastal, kusjuures iga neljas koristuseetööline põdes radikuliiti. Samal ajal muud allmaatöölised haigestusid kolm ja pool korda, pealmaatöölised kaheksa korda harvemini (8).

Kaevanduse nr. 10 kamberjaoskonnas, kus koristustööd toimuvad laadimismasinate abil, oli haigestumine perifeerse närvisüsteemi haigustesse 1962. ja 1963. aastal madalam kui laavadega jaoskondades (29 haigusjuhtu 100 töölise kohta kamberjaoskonnas ja 51 haigusjuhtu 100 töölise kohta laavadega jaoskonnas). Samal ajal grippi ja ülemiste hingamisteede katarri haigestumises ei olnud nende jaoskondade vahel märgatavat vahet. Sellest võib järeldada, et nn. külmetushaigused radikuliidi teket oluliselt ei mõjusta. Mitmed autorid (3, 6) märgivad perifeerse närvisüsteemi haiguste sesoonset sagenemist, eriti kevad- ja talvekuudel. Põlevkivikaevureil me seda ei täheldanud (tabel 1).

Tabel 1

Perifeerse närvisüsteemi haigustesse haigestumise näitajad Kiviõli ja Kukruse kaevanduste ning kaevanduse nr. 10 põlevkivikaevureil aastail 1958—1962

Kuu / Näitajad	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Haigusjuhtude arv 100 töölise kohta	1,2	1,1	1,4	1,3	1,1	1,4	1,3	1,2	1,5	1,5	1,3	1,3
Haiguspäevade arv 100 töölise kohta	13,7	12,0	14,7	13,4	10,5	12,8	12,8	12,1	12,1	13,2	12,0	12,9
Haiguse keskmine kestus	11,1	10,4	10,2	10,5	9,4	9,3	10,5	9,9	8,4	9,4	9,3	9,5

Et kaevandustes põdesid nimme-ristluu radikuliiti valdavas enamikus mehed (92,7% haigetest), siis analüüsime järgnevalt ainult meestööliste haigestumist. Andmete statistilisel läbitöötamisel nähtus, et aastail 1958—1962 haigestunud koristuseetöölised olid nooremad kui pealmaa- või muud allmaatöölised (vastavalt keskmised vanused ja standardhälbed: $34{,}1 \pm 7{,}3$; $41{,}3 \pm 9{,}9$; $36{,}6 \pm 8{,}7$). Näitajate võrdlemisel selgus, et koristuseetöölised olid sagedamini korduvalt haiged ($1{,}37 \pm 0{,}7$) kui pealmaatöölised ($1{,}2 \pm 0{,}5$).

Samuti tehti kindlaks, et koristuseetööliste vanuse ja tööstaaži tõusuga suurenes ka haiguse kestus, kuna muudel allmaa- ja pealmaatöölis-

tel selline seos puudus. Haigestumise sagenemisel pikenes haiguse vältus nii koristuseetöölistel kui ka muudel allmaatöötajail. Kui esmakordse haigestumise puhul oli keskmine haiguspäevade arv 9, siis korduvatel juhtudel ulatus see 12 päevani. Tähelepanu väärib veel see, et haiguse kestus ühe puidutööstuse töölise kohta oli märgatavalt lühem kui kaevureil. See kõik viitab kaevurite raske füüsilise töö suuremale tervistkahjustavale toimele. Radikuliiti põdenud põlevkivikaevurite töövõimelisuse kohta peab ütlema, et pärast paranemist jätkasid paljud neist endist tööd. Invaliidsusgruppe (peamiselt kolmas) oli ümberkvalifitseerumise perioodiks määratud 1,8%-le radikuliidiga haigeist. Mainitud kolmes kaevanduses radikuliidi tõttu invaliidistunud kaevurite arv moodustas ligikaudu $^1/_5$ põlevkivibasseinis perifeerse närvisüsteemi haiguste tagajärjel invaliidistunute arvust.

Aastail 1958—1962 raviti kohalikes statsionaarides vaid 6% haigestunud kaevureist. Samal ajal viibis aga haiglates suhteliselt rohkem muude ettevõtete töötajaid ja koduseid. Nii moodustasid kaevurid haiglates ravitud radikuliidiga haigeist ainult $^1/_3$, kuigi samal ajal oli põlevkivibasseinis enamik töölistest kaevurid. Nähtavasti soodustas selline olukord kaevuritel radikuliidi krooniliseks muutumist. Neuroloogiaosakonna avamisega Ahtme haiglas on võimalused nende haigete statsionaarseks raviks märgatavalt paranenud.

Haigestumise vähendamiseks hakati NSV Liidu kivisöekaevandustes 1948. aastast alates töölisi ultraviolettkiirtega kiiritama (4). Meie põlevkivikaevandustes võeti nimetatud profülaktiline meetod tarvitusele alles 1962. aastal. 1962. a. märtsi- ja aprillikuu jooksul kiiritati ultraviolettkiirtega pärast tööd 84 kaevurit 15—20 päeva jooksul [seejuures kasutati lampi ПРК-7, kiiritus toimus V. M. Matošini metoodilises kirjas antud juhiste järgi (2)]. Sama aasta jaanuarist alates kuni juulini said nad C- ja B_1-vitamiini (iga päev enne tööd anti 100 mg C-vitamiini ja 5 mg B_1-vitamiini). Pärast mainitud profülaktiliste abinõude rakendamist võis märgata nimme-ristluu radikuliiti haigestumise vähenemist, seda eriti ajavahemikul jaanuarist kuni juulini. Kaevurite hulgas, kes ei saanud vitamiine, konstateeriti 1962. ja 1963. aastal nimme-ristluu radikuliidi sagenemist. Ka haigestumine grippi ja angiini oli vaatlusaluses grupis madalam, võrreldes kontrollgrupiga.

Vitaminiseerimise tulemusena C-vitamiini sisaldus kaevurite vereplasmas kevadperioodil ei langenud. Tavaliselt aga tekkis neil sel ajal C-hüpovitaminoos (9). Püroviinamarjahappe eritumisest uriiniga nähtus, et B_1-vitamiini tase vaatlusaluse rühma kaevureil püsis oluliste kõikumisteta.

Nimme-ristluu radikuliiti haigestumise vähendamiseks võib profülaktilise abinõuna soovitada vitamiinide (nagu C ja B_1) andmist kaevureile talve- ja kevadkuudel ning nende kiiritamist ultraviolettkiirtega. Kahjuks ei suhtuta paljudes kaevandustes fotaariumide avamise küsimusse veel täie tõsidusega, kaevanduses nr. 10 koguni aga suleti olemasolev fotaarium. Meie varajasematest uurimistest põlevkivikaevureil (5) on teada, et radikuliiti põhjustab enamasti lülidevahelise diski prolaps. Seetõttu raviti alates 1962. aastast Kukruse kaevanduse tervishoiupunktis kaevureid nimme-ristluu valude korral venituse abil ja füsioterapeutiliste protseduuridega. Esialgsete andmete põhjal olid tulemused head, mille tõttu tuleb kaevanduste tervishoiupunktides venitusravi laialdasemalt rakendada. Oluline tähtsus on kaevurite töö täielikul mehhaniseerimisel, et likvideerida raske füüsiline töö kui nimme-ristluu radikuliidi peamine põhjus.

KIRJANDUS: 1. Лутс А. Э., и др. Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР, Сб. IV, Таллин, 1960, 67—77. — 2. Матошин В. М. Организация и методика проведения профилактических ультрафиолетовых облучений

подземных рабочих угольных шахт. Информационно-методическое письмо № 5, Сталино-Донбасс, 1958. — 3. Мустаева Н. А. Казанский мед. журнал, 1962, 1, 77—79. — 4. Приходько П. Г. Гигиена труда в горной промышленности. М., 1963. — 5. Силлам А. Т. Вопр. клинич. неврол. и психиатрии, 1963, 3, 292—300. — 6. Сомов В. М., Загоскина В. Н. Вопросы санитарной статистики. Ученые записки № 10, М., 1962, 77—80. — 7. Шевалье А. В. Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР, Сб. II, Таллин, 1955, 176—197. — 8. Sillam, A. NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi X teadusliku sessiooni ettekannete teesid põlevkivitööstuse kutsehügieeni küsimustes. Kohtla-Järve, 1963, 10—11. — 9. Vagane, E., Kildema, L., Kõpman, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 34—36. — 10. Üprus, V. Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР. Сб. II, Таллин, 1955, 191—197.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЕГО У ШАХТЕРОВ СЛАНЦЕВЫХ ШАХТ

А. Силлам

Резюме

Изучалась заболеваемость болезнями периферической нервной системы шахтеров сланцевых шахт «Кивиыли», «Кукрузе» и шахты № 10 за 5 лет (1958—1962). Наибольший удельный вес в общей заболеваемости шахтеров, кроме гриппа, имеют заболевания периферической нервной системы (за 5 лет в среднем 15,6 случаев на 100 рабочих). Выяснилось, что из заболеваний периферической нервной системы преобладает пояснично-крестцовый радикулит.

Анализировалась заболеваемость пояснично-крестцовым радикулитом у шахтеров и была установлена корреляция между возрастом и стажем больного и длительностью болезни. Пояснично-крестцовый радикулит встречался среди рабочих очистного забоя в 3,5 раза чаще чем у других подземных и в 8 раз чаще чем у наземных рабочих.

При сравнении заболеваемости шахтеров с заболеваемостью рабочих Таллинской фанерно-мебельной фабрики и Целлюлозно-бумажного комбината найдено, что шахтеры болели чаще и течение заболевания было длительнее.

Результаты статистического анализа показали неблагоприятное воздействие тяжелого физического труда на возникновение заболеваний пояснично-крестцовым радикулитом.

Проводилась витаминизация одной группы шахтеров (витаминами CB_1 по 5 драже в день) в течение первого полугодия 1962 года и один курс ультрафиолетового облучения. Эти профилактические мероприятия способствовали некоторому снижению заболеваемости пояснично-крестцовым радикулитом.

Для снижения заболеваемости пояснично-крестцовым радикулитом рекомендуем проводить вышеназванные профилактические мероприятия и применять раннее лечение в здравпунктах — вытяжение.

Необходимо полностью механизировать процесс добычи сланца.

SANATOORSELE JA KUURORDIRAVILE SUUNAMISE MÕNINGATEST KÜSIMUSTEST

R. TRINK ja *L. VEINPALU*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Sanatoorne ja kuurordiravi on omandanud tähtsa koha elanikkonna ravialasel ja profülaktilisel teenindamisel. Et enamik Nõukogude Liidu kliima-, balneo- ja mudaravi-sanatooriume on spetsialiseerunud teatava kindla haiguse alal, etendab tähtsat osa sanatooriumidesse õige suunamine. Seejuures peab arst teadma nii üldisi näidustusi kui ka vastunäidustusi sanatoorseks ja kuurordiraviks. Üldisteks vastunäidustusteks on enamik akuutses faasis olevaid haigusi, kasvajad, verehaigused, tuberkuloos, rasedus, südame ja veresoonkonna puudulikkus II ja III staadiumis, raskekujuline diabeet ja türeotoksikoos, sagedaste hoogudega bronhiaalastma, maksatsirroos, vaimuhaigused jt.

Eesti NSV-s paiknevad ametiühingute sanatooriumid on spetsialiseerunud muda- ja balneoraviks. Haigete suunamise näidustused neisse on

trükitud väljaandes «Meditsiinilised näidustused haigete suunamiseks Pärnu, Haapsalu ja Pühajärve sanatooriumi» (Tallinn, 1957). Selle kohaselt kuuluvad ravile Pärnu kuurordi sanatooriumis «Estonia» (endine sanatoorium nr. 1) tugi- ja liikumisaparaadi, perifeerse närvisüsteemi ja günekoloogiliste haigustega haiged. Sanatoorium «Rahu» (endine sanatoorium nr. 2) on ette nähtud mao ja sooletrakti ning liikumiselundite haiguste, sanatoorium «Sõprus» (endine sanatoorium nr. 3) aga südame-

Tabel

Haiged, kel esinesid vastunäidustused muda- ja balneoraviks

Jrk. nr.	Saatediagnoos	Sanatooriumi diagnoos	Saatja raviasutus	Märkused
1.	*Insufficientia cardio-vascul.*	*Cardioscl. atherosclerotica. Insuff. cardio vascularis chr. IIa. Emphysema pulm.*	Kõpu jaoskonnahaigla	haige 69 aastat vana
2.	*Radiculitis lumbosacralis chr. Polyneuralgia. Coronarocardiosclerosis. Bronchitis chr.*	*Polyneuralgia. Coronarocardiosclerosis. Insuff. cardio vascularis chr.* IIa. *Bronchitis chr.*	Tallinna Kalinini Rajooni Haigla polikliinik	
3.	*Adnexitis chr. dex. Endocervicitis.* Seisund pärast emakavälise raseduse operatsiooni	Sama	Väike-Maarja polikliinik	Operatsioon toimus 10 päeva enne sanatooriumi tulekut
4.	*Osteomyelitis chr. Arthrosis coxae bilater. Cardiosclerosis*	*Osteomyelitis chr. Arthrosis coxsae bilater. Tbc. pulm. in ph. indurat.* A $\frac{I}{0}$	Kallaste Linna Haigla polikliinik	
5.	*Endometritis chr. Lymphadenitis chr. Anaemia*	*Lymphogranulomatosis*	Suure-Jaani ambulatoorium	
6.	*Cardiosclerosis atherosclerotica. Status post infarctum myocardii*	Sama	Siseministeeriumi polikliinik	Infarkt tekkis 3 kuud enne sanatooriumi suunamist
7.	*Status post infarctum cerebelli. Hemiataxia dext. et hemihypaesthesia sin.*	Sama	Elva Linna Haigla polikliinik	15 päeva enne sanatooriumi saabumist esinesid haigel aju vaskulaarsete häirete sümptoomid
8.	*Myocardiodystrophia. Arrhythmia absoluta*	*Myocardiodystrophia rheumatica. Arrhythmia absoluta*	Põltsamaa Haigla polikliinik	
9.	*Polyneuralgia et polyarthralgia. Morbus hypertonicus* IIb. *Insuff. cardio-vascularis chr.* IIa	*Polyneuralgia et polyarthralgia. Morbus hypertonicus* IIb. *Cardiosclerosis atherosclerotica. Insuff. cardio-vascularis chr.* IIa	Rõuge Haigla —	

vereringesüsteemi haiguste ning Haapsalus asuv sanatoorium «Laine» mao ja sooletrakti haiguste all kannatavate isikute jaoks.

Et selgitada, milliseid vigu esineb haigete sanatoorsele ravile suunamisel meie vabariigis, otsustasime teha haiguslugude sellealase analüüsi. Vaadati läbi Eesti NSV-st 1962. aastal sanatooriumi «Estonia» suunatud 800 ravialuse haiguslood (võetud valikuta). Selgus, et neid, kel esinesid

vastunäidustused kuurordiraviks või kelle haigus ei vastanud sanatooriumi profiilile, oli kokku 88 isikut (11%.) 18-l neist ilmnesid absoluutsed vastunäidustused muda- ja balneoraviks põhihaiguse või kaasneva haiguse tõttu. Toome mõned näited (vt. tabel).

Sagedasemateks haigusteks, mis ei vastanud sanatooriumi «Estonia» profiilile, olid südame ja veresoonkonna, mao ja sooletrakti ning kesknärvisüsteemi orgaanilised kahjustused. Haiguslugude analüüsimisel jääb mulje, et sanatooriumi suunatavaid haigeid uuritakse sageli pealiskaudselt. Sellega võib seletada asjaolu, et 800 haigest 4 saabus diagnoosimata kõrge vererõhuga (neist kahel oli maksimaalne rõhk üle 200 mm Hg), kolm emaka fibromüoomiga, kaks kaasneva rasedusega jne. Loomulikult ei saanud need isikud oma põhihaigusele vastavat sanatoorset ravi. Mõnel juhul tuli neid koguni haiglasse suunata või elukohta tagasi saata. Sageli leiti diagnoosimata kaasnev adneksiit või mõni muu günekoloogiline haigus kroonilise lumbosakraalse radikuliidiga haigetel, lampjalgsus või endarteriit polüartralgiaga haigetel. Neil kulus hulk päevi sanatooriumis analüüside tegemiseks ja diagnoosi määramiseks. Neljal haigel ei olnud sanatooriumi-kuurordikaarti (kaks neist arsti teatisega sanatoorse ravi vajalikkuse kohta).

Paljud kroonilisi haigusi, näiteks mitmesuguseid liigesepõletikke, põdejad vajavad korduvat sanatoorset ravi. Tuusikute jaotamisel ollakse kohalikes ametiühingukomiteedes tihti arvamusel, et haige, kellele anti ühel aastal tuusik sanatooriumi, ei ole seda järgmisel aastal enam õigustatud saama, sest sanatoorse ravi vajajaid on veel teisigi. Sageli vaadatakse tuusikule kui premeerimisvahendile ja neid antakse mitte ravi vajavatele haigetele, vaid tööeesrindlastele, kellele siis arst peab kiiruga ka mingisuguse haiguse leidma. Selliste ebaõigete seisukohtade vastu tuleb arstidel pidevalt võidelda ja teha vastavat selgitustööd asutuste juhatajate ja ametiühingutöötajate hulgas. Sanatoorium on siiski raviasutus, kuhu tuleb saata haigeid meditsiiniliste näidustuste järgi.

Kokkuvõttes võiksime öelda.

1. Paljudes ravi- ja profülaktikaasutustes ei vasta haigete sanatoorsele ja kuurordiravile saatmine veel ettenähtud nõuetele.
2. Raviarstidel tuleb kuurorti suunatavaid patsiente põhjalikumalt uurida ja sanatooriumidesse saatmise eeskirjadest rangemalt kinni pidada. Sanatooriumi-kuurordikaarti kinnitavad meditsiinitöötajad (osakonnajuhatajad ja peaarstid) peavad haigete sanatooriumi saatmisel alluvate arstide tööd hoolikamalt kontrollima.
3. Tuusikute õige jaotamise tagamiseks peavad arstid asutustes rohkem selgitustööd tegema.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ, КАСАЮЩИХСЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА САНАТОРНОЕ И КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Р. Тринк и Л. Вейнпалу

Резюме

Было просмотрено 800 историй болезни больных, направленных в течение 1962 года на лечение в санаторий «Эстония» из различных мест Эстонской ССР. Установлено, что количество больных направленных в противопоказанный и непрофильный для них санаторий составило 11%. Таким образом санаторно-курортный отбор больных еще не во всех лечебно-профилактических учреждений республики отвечает требованиям соответствующих инструкций.

Лечащие врачи должны более углубленно обледовать больных, направляемых на санаторно-курортное лечение и следовать требованиям инструкции о показаниях и противопоказаниях для направления больных в специализированные санатории. Главным врачам и заведующим отделениями следует усилить контроль за точным выполнением требований к санитарно-курортному отбору больных. Среди медицинского персонала необходимо проводить разъяснительную работу о необходимости правильного с медицинской точки зрения распределения лечебных путевок в санатории.

RÖNTGENMEETER VÄIKESTE DOOSIVÕIMSUSTE MÕÕTMISTEKS

H. EHVÄRT

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Kiirguskaitse mitmete küsimuste lahendamine nõuab väikeste dooside ja doosivõimsuste mõõtmist, mis siiani aga suhteliselt madalate kiirgusenergiate (alla 150 keV) korral pole teostatav vastavate mõõteriistade puudumise tõttu. Olemasolevate mõõteriistade peamiseks puuduseks on mittepiisav tundlikkus ja näitude tugev sõltuvus kiirgusenergiast. Viimane asjaolu on põhjuseks, miks väikeste doosivõimsuste mõõtmiseks muidu nii laialdaselt kasutatavad Geiger-Mülleri ja stsintillatsioonilugejad pole leidnud rakendamist madalate kiirgusenergiate korral. Ionisatsioonikambritele rajatud mõõteriistad (ionisatsioonikambrite otstarbekohase konstruktsiooni puhul õnnestub vältida suurt sõltuvust kiirgusenergiast) on aga väikeste dooside ja doosivõimsuste mõõtmiseks mittepiisava tundlikkusega.

Allpool kirjeldame röntgenmeetrit, mis on määratud väikeste doosivõimsuste (alates looduslikust gammakiirguse foonist) mõõtmiseks madalate kiirgusenergiate korral. Nimetatud röntgenmeetri iseärasuseks on see, et ionisatsioonikambris röntgeni- või gammakiirguse mõjul tekkinud ionisatsioonivoolu mõõdetakse pingelangu järgi kõrgeoomilisel resistoril (takistil). Sellele järgneb alalispinge muundamine vahelduvaks pingeks dünaamilise kondensaatori abil ja vahelduvpinge võimendamine madalsagedusvõimendiga. Väljundpinge detekteeritakse sünkrodetektoriga.

Anduriteks on erinevates kiirgusenergia piirkondades erinevad ionisatsioonikambrid, sest nagu ionisatsioonikambrite teooriast on teada (1, 3, 4), pole võimalik ühe ionisatsioonikambriga katta kuigi laia kiirgusenergia piirkonda. Seepärast osutus otstarbekohaseks kasutada kolme ionisatsioonikambrit:

1) kiirguse efektiivne kvandienergia* 9—21 keV — lame paralleelsete elektroodidega polüstüroolist seintega kamber, mille maht on ligi 2 sm^3; 2) kiirguse efektiivne kvandienergia 21—60 keV — sfääriline grafiidist ja polüstüroolist seintega ionisatsioonikamber mahuga ligi 500 sm^3; 3) kiirguse efektiivne kvandienergia 60—200 keV — silindriline tselluloidist seintega ionisatsioonikamber mahuga ligi 2000 sm^3. Kvandienergiate korral üle 200 keV võib kasutada sama kambrit täiendava kattega.

Võrdluseks esitame rakenduspiirkonnad praegu kasutusel oleva meditsiinilise röntgenmeetri MPM-I, lähemal ajal tootmisse antava röntgenmeetri РП-I ja kirjeldatava röntgenmeetri kohta (tabel 1).

Et kehtivad sanitaarnormid eeldavad doosivõimsuste mõõtmist alates suurusest 0,010 milliröntgenit tunnis, siis tabelist 1 nähtub, et kirjeldatav röntgenmeeter võimaldab otseselt mõõta just kiirguskaitse seisukohalt

---

* Kiirguse efektiivne kvandienergia on antud kodumaiste röntgeniaparaatide PYM-3, PYM-11, PYT-200-20 ja PYM-7 poolt genereeritavate kiirgusspektrite kohta ja vastab ligikaudu järgmistele anoodpinge, filtri ja poolestuskihi väärtustele [A. Krongaus (2)]:

Kvandi efekt. energia keV	Anoodpinge kV max.	Filter		Poolestuskiht	
		mm Al	mm Cu	mm Al	mm Cu
8	20	0,11	—	0,08	—
21	40	1,0	—	0,90	—
35	60	2,5	—	3,10	—
46	140	5,0	—	6,0	—
112	200	—	2,0	—	1,95

vajalikke suurusi. Ühe laialdase rakendusalana tuleb kõne alla kiirgustasemete mõõtmine röntgenoteraapia ja röntgenidiagnostika kabinettides (efektiivne kvandienergia 21—112 keV), kus selliseid mõõtmisi polnud siiani võimalik teha vastava mõõteriista puudumise tõttu.

Tabel 1

Kvandi efekt. energia keV	Mõõtepiirkond MPM-1	milliröntgen/tunnis РП-1	Kirjeldatav
8— 21	—	—	5,0 —150 000
21— 60	—	—	0,025—750
60— 100	—	0,3—30 000	0,006—180
100— 200	0,72—3600	0,3—30 000	0,006—180
200—2500	0,72—3600	0,3—30 000	0,006—180

Erinevalt teistest on kirjeldataval röntgenmeetril väike nullitriiv (vähem kui 6 mikroröntgenit 24 tunni jooksul), mis võimaldab seda koos isekirjutajaga kasutada pikaajalistel mõõtmistel.

KIRJANDUS: 1. Аглинцев К. К. Дозиметрия ионизирующих излучений. М., 1957, 132. — 2. Кронгауз Н. Н. Медицинская радиология, 1961, 6, 78—82. — 3. Сегре Э. Экспериментальная ядерная физика. Перев. с англ. М., 1955. — 4. Berger, H. Krebsbehandlung, Strahlenbehandlung u. Strahlenforschung. Sonderband zum Strahlentherapie. Band 43, 1959, 17.

РЕНТГЕНОМЕТР ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ МАЛЫХ МОЩНОСТЕЙ ДОЗ

Х. Эхвярт

Резюме

Описываемый рентгенометр сконструирован для измерения доз рентгеновского излучения малой мощности — в пределах 8—150 кэв эффективной энергии квантов. Датчиком служат понизационные камеры. Прибор имеет следующие пределы измерения в диапазонах (энергии): 8—21 кэв — 5,0—150 000 мр/час; 21—60 кэв — 0,025—750 мр/час; 60—200 кэв — 0,006—180 мр/час. Благодаря небольшому дрейфу нула (меньше 0,006 мр за 24 часа) прибор вместе с самописцем может быть применен для непрерывной записи уровней излучения. Прибор пригоден для измерения уровней излучения как в рентгенотерапевтических, так и в рентгенодиагностических кабинетах.

LOKAALANESTEETIKUMIDE — BENKAIINI JA TRIMEKAIINI — KASUTAMISE VÕIMALUSTEST DERMATOLOOGIAS

(Autoreferaat)

R. MARKOVITS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *Z. Saar*, ja Tartu Naha- ja Suguhaiguste Dispanserist, peaarst *V. Bogdanova* ning Tartu Rajooni Haiglast, peaarst *H. Järv*)

1958. aasta sügisest alates rakendasime benkaiiniravi 102 sügelevate dermatoosidega ja 40 psoriaasiga haigel. Üksikute piirdunud sügelevate kollete puhul kasutasime eduga kolde infiltratsiooniblokaadi 0,5%-lise lahusega (10—60 ml korraga). Difuussete protsesside korral saime häid tulemusi regionaarse või paravertebraalse blokaadiga. Üheks kuuriks tegime tavaliselt 2—3 blokaadi 6—7-päevaste vaheaegadega. Ravile allusid eriti hästi eksematoossed protsessid, rahuldavaid tulemusi saime

neurodermiidi puhul. Positiivne efekt oli ka mükootiliste protsesside korral siis, kui rakendati lokaalset fungitsiidset järelravi. Psoriaasi ravimisel oli tulemus ebakindel. Kui 5,0 ml benkaiini 2%-list lahust süstiti lihasesse iga päev (üldse 12—15 korda), paranesid 10 psoriaasiga haiget ajutiselt 6 kuust kuni 2 aastani. Benkaiini 0,5%-list lahust võib anda suu kaudu 15,0 ml neli korda päevas enne söömist. Neurodermatooside ravimisel ilmnes sügelemisvastane toime 3.—5. ravipäeval. Blokaadiravi korral on benkaiini sügelemisvastane toime, võrreldes novokaiiniga, pikemaajalisem; novokaiiniblokaadi järel 2—3 päeva, benkaiiniblokaadi järel 3—5 päeva. Benkaiini kasutamisel ei täheldatud kõrvaltoimet, allergilisi reaktsioone jt. tüsistusi, nagu esineb mõnikord novokaiini kasutamisel. Benkaiiniravi võib rakendada korduvalt retsidiivide vältimiseks ja raviks.

Trimekaiini (mesokaiini) kasutasime 1962. aasta maist alates kolde infiltratsiooniblokaadiks 0,5%-lise lahusena 10—30 ml korraga 47 ekseemi ja neurodermiidiga haigel. Preparaati manustati 7 haigel ka suu kaudu 15,0 ml neli korda päevas enne söömist ühe nädala vältel. Preparaadil on tugev sügelemisvastane toime, mis ilmnes kõigil juhtudel ja püsis 6—10 päeva veel pärast blokaadi. Ravikuuriks piisab tavaliselt 2—3 blokaadist. Haigusnähud taandarenesid täielikult 33 haigel, ülejäänutel täheldati tunduvat paranemist. Ühel juhul esines pärast blokaadi allergiline reaktsioon. Sellel haigel oli aga kompressimeetodil trimekaiiniga tehtud nahatest negatiivne. Pärast reaktsiooni vaibumist sai sama haige 0,5%-list trimekaiinilahust suu kaudu, mis andis häid tulemusi. Haigeid jälgisime 10—18 kuu vältel pärast ravi lõppemist. Vähema ulatusega retsidiive täheldasime 16 isikul, mis aga allusid hästi samale ravile.

Benkaiin ja trimekaiin normaliseerivad nahaelektrijuhtivuse (NEJ) kõrgeid näitajaid. Madalate NEJ väärtuste puhul on soovitatav kasutada lisaks veel stimuleerivaid vahendeid (efedriin, kofeiin jt.) NEJ kõrged väärtused hea kliinilise tulemuse korral viitavad retsidiivide tekkimise võimalusele, mistõttu järelravi saab õigeaegselt rakendada. Nende haigete ravi korraldamisel on soovitatav pärast kliinilist paranemist jälgida funktsionaalseid näitajaid (NEJ jt.) pikema aja (1—2 aasta) vältel. Benkaiini ja trimekaiini võib kasutada valikuliselt eespool nimetatud dermatooside raviks.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИИ МЕСТНЫХ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ВЕЩЕСТВ — БЕНКАИНА И ТРАМЕКАИНА

(Автореферат)

Р. Маркович

Резюме

Начиная с осени 1958 г. лечению бенкаином подверглись 102 больных зудящими дерматозами и 40 больных псориазом. При отдельных ограниченных зудящих очагах применяли инфильтрационную блокаду очага 0,5% раствором бенкаина (по 10—60 мл). При диффузных процессах хорошие результаты дала регионарная или паравертебральная блокада. Курс лечения состоял из 2—3 блокад с 6—7 дневными промежутками. Хорошие результаты были получены при лечении экзематозных процессов, удовлетворительные — при невродермитах.

Тримекаин (мезокаин) применялся с мая месяца 1962 г. для инфильтрационной блокады очага в виде 0,5% раствора по 10—30 мл. Лечению подверглось 47 больных экземой и невродермитами. 7 больных получали препарат per os четыре раза в день до еды по 15,0 мл в течение одной недели. Препарат имеет выраженное противозудное действие. Больных наблюдали в течение 10—18 месяцев после окончания лечения, незначительные рецидивы наблюдали в 16 случаях, причем они хорошо излечивались при использовании тех же лекарственных веществ.

KÜÜLIKU SKELETILIHASTE VALGU FRAKTSIOONIDE DÜNAAMILISED MUUTUSED ONTOGENEESIS

(Autoreferaat)

J. KEERIG

(Lenini ordeniga autasustatud S. M. Kirovi nimelise Sõjaväe Meditsiini Akadeemia biokeemia kateedrist, juhataja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetajaliige prof. *I. Ivanov*)

Mitmesuguste haiguslike seisundite puhul tuleb teada skeletilihaste valkude fraktsioonilist koostist ja selle muutusi organismi kasvamise ajal. Et vöötlihaste arengu üldised seaduspärasused on inimesel ja loomal põhiliselt ühesugused (2), siis võib loomkatsetega saadud tulemusi teataval määral üle kanda ka kliinikusse.

Uurisime küüliku skeletilihaste valgu fraktsioone looma mitmesugustel arenemisastmetel. Valke fraktsioneeriti I. Ivanovi ja tema kaastöötajate meetodil (1). Saadud andmed näitavad, et erinevates fraktsioonides suureneb lihaste valgu hulk ebaühtlaselt. Kõige enam suureneb müofibrillide valkude, eriti aktomüosiini hulk. Viimane on lihase kokkutõmbetegevuse substraadiks. Lihase kokkutõmbetegevuse arengu väliseks väljenduseks on muuseas üleminek roomamiselt jäsemetel liikumisele, mis küülikul toimub 6.—7. elupäeval. Sel ajal vastab aktomüosiini hulk lihastes 6,0—7,0 mg lämmastiku hulgale ühe grammi lihaskoe kohta, millist taset võib nimetada aktomüosiini läveks.

Nagu selgus lihaste valgu sünteesi uurimisel radioaktiivsete isotoopidega, on kõige aktiivsemaks valgufraktsiooniks T-fraktsiooni valgud, mis koos aktomüosiiniga moodustavad müofibrillide valke. Tõenäoliselt peetakse T-fraktsiooni valke või neist vabanevaid amiinohappeid lihaskoe kontraktiilsete valkude sünteesi allikaks. Seetõttu on lihaskoe valgufraktsioonide uurimine, eriti T-fraktsiooni valkude tundmaõppimine selliste haiguslike seisundite puhul nagu paralüüs, düstroofia, sünnitustegevuse patoloogia, südame ja veresoonkonna haigused jne. suure tähtsusega.

KIRJANDUS: 1. Иванов И. И. и др. Биохимия, 1959, 24, 3, 451—458. — 2. Dickerson, J. W. T., Widdowson, E. M., Biochem. J., 1960, 74, 247—257.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ КРОЛИКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

(Автореферат)

Ю. Кеериг

Резюме

При многих заболеваний необходимо знать фракционный состав белков скелетных мышц и возрастную динамику изменения этих фракций. Так как общие закономерности развития скелетных мышц у человека и животных в основном одинаковы, то получаемые в опытах на животных результаты могут быть использованы клиницистами.

Нами был исследован фракционный состав белков скелетной мышцы кроликов в разные периоды постнательной жизни — от первого дня с момента рождения до 75-суточного возраста.

Фракционирование производилось по методике И. И. Иванова с сотрудниками, азот белковых фракций определялся по Къельдалю (микрометод). Полученные данные подверглись статистической обработке.

Результаты исследования показывают, что наиболее активное включение радиоактивного глицина наблюдается не в актомиозин, а в белки фракции Т, которые вместе с актомиозином входят в состав миофибриллярных белков.

Эти результаты, находящиеся в полном согласии с данными И. И. Иванова с сотрудниками, указывают на чрезвычайно высокую метаболическую активность белков фракции Т и позволяют думать, что эти белки, или освобождающиеся из них аминокислоты, вероятно, играют роль предшественников при синтезе контрактильных белков миофибрилл.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

KOGEMUSI ALAJÄSEMETE TUIKSOONTE TROMBOBLITEREERUVATE HAIGUSTE DIAGNOOSIMISEL ARTERIOGRAAFIA ABIL

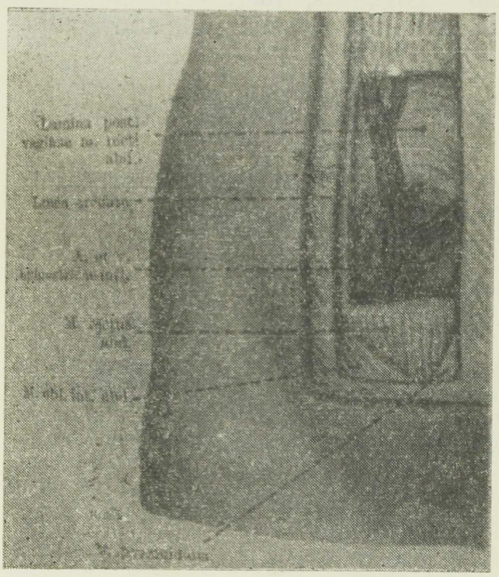
B. PÕDER

(Paide Rajooni Keskhaiglast, peaarst *K. Pärn*)

Seoses jäsemete trombobliterееruvate haiguste kirurgilise raviga omandab diagnoosimisel üha suurema tähtsuse arteriograafia. Arteriograafia annab kirurgile ülevaate veresoonte arhitektoonikast ja hemodünaamikast, mida ei võimalda ükski teine laboratoorne ega kliiniline uurimismeetod. Kuigi nimetatud meetodit hakati kasutama juba 1923. a., pole see seni veel küllaldaselt levinud. Jäsemete vereringe häirete sagedasemaks põhjuseks on ateroskleroos, mis haiguse algjärgus omab segmentaarset laadi ja lokaliseerub aordi-niudearteri piirkonnas, reiearteris ja õndlaarteris.

Jäsemete arteriograafias on kasutusel kaks põhilist meetodit: 1) arteriograafia magistraalarteri paljastamisega kirurgilisel teel vahetult *lig. inguinale Poupart*'i all; 2) reiearteri direktne perkutaanne punktsioon.

Paide Rajooni Keskhaigla haavaosakonnas on arteriograafiat rakendatud 1961. a. alates 35 haigel (neist mehi 33 ja naisi 2) vanusega 44 kuni 78 aastat. Oleme kasutanud nii direktset perkutaanset punktsiooni kui ka lahtist meetodit. 1963. a. kevadest alates tegime diagnoosimise ja ravi eesmärgil *a. epigastrica inferior*'i ligatuuri koos arteriograafiaga. *A. epigastrica inferior*'i ligeerimisel suunatakse veri *a. iliaca externa* kaudu alajäsemesse, mille tõttu viimase verevarustus muutub tunduvalt paremaks. Seda kinnitavad patsiendi subjektiivse enesetunde paranemine ja ka objektiivsed näitajad: suureneb ostsillograafiline indeks ja naha temperatuur tõuseb keskmiselt 1,5—2 kraadi. Siinkohal tuleb märkida, et viimane pole aga püsiv. Arteriograafia tegemine *a. epigastrica inferior*'i kaudu on näidustatud peamiselt neil haigetel, kellel femoraalarteri pulss on nõrgenenud või see ei ole üldse kindlaks määratav kubeme suurenenud lümfisõlmede tõttu.

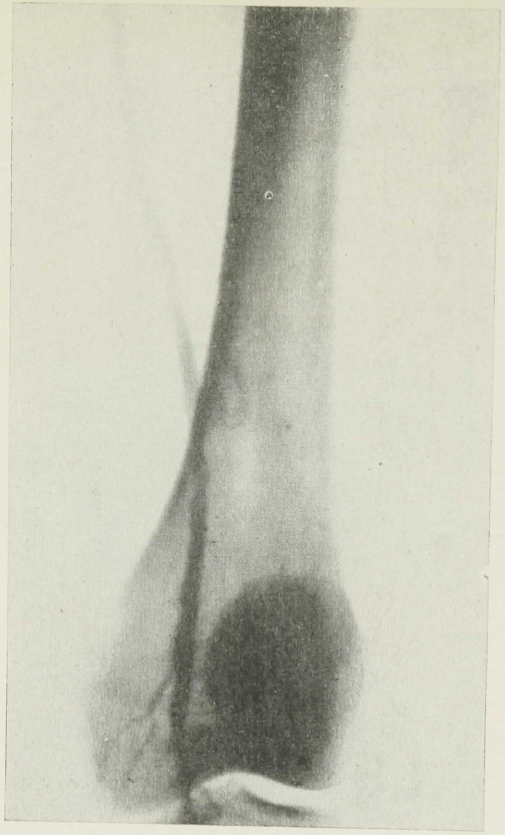


Joonis

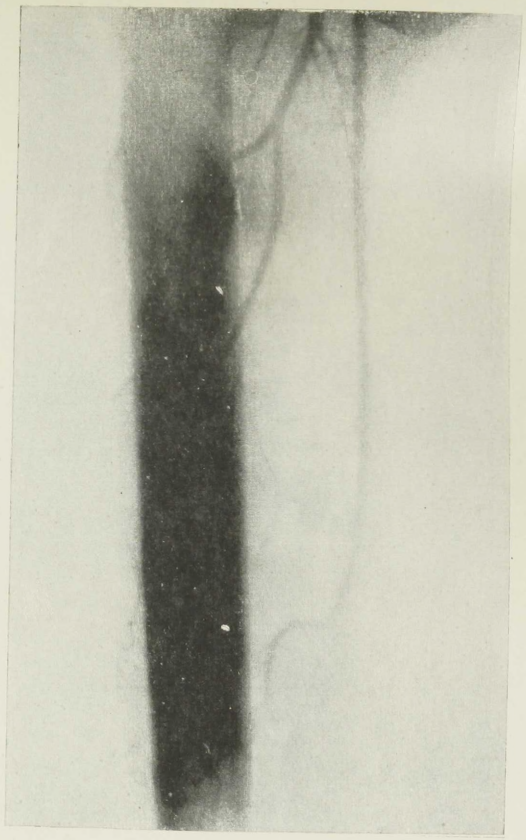
Arteriograafia metoodika: *a. epigastrica inf.* (joon.) ülesleidmiseks tehakse 4—5 sm pikkune pararektaalne lõige *lig. inguinale*'st vahetult kraniaalsemal. Arter tõstetakse siidist hoideniidi abil üles ja punkteeritakse nõelaga. Nõela asemel oleme viimasel ajal hakanud kasutama elastset polüetüleentoru, mis viiakse arterisse 2—3 sm ulatuses (suunaga allapoole). Toru fikseeritakse siidligatuuriga. Spasmi vältimi-



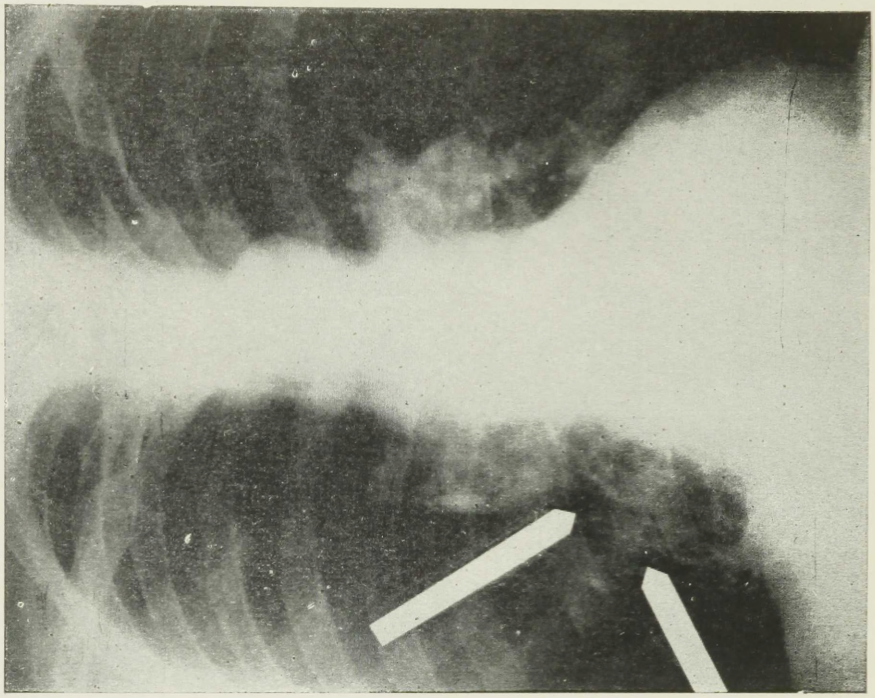
Röntgenogramm 1. Haige L. V., 59 aastat vana. Reiearteri segmentaarne oklusioon laialdase kollateraalvõrguga.



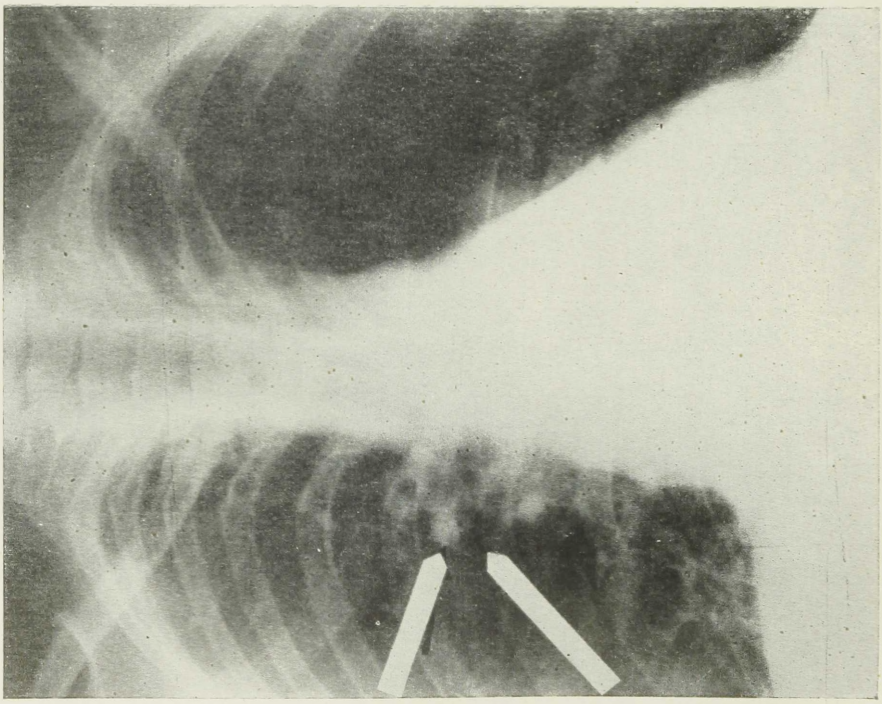
Röntgenogramm 2. Haige K. L., 73 aastat vana. Reiearteri difuusne deformatsioon. Kollateraalvõrk puudub.



Röntgenogramm 3. Haige O. L., 59 aastat vana. Reiearteri umbumine alumises kolmandikus. Umbumiskohalt algab loogakujuline kollateraalharu.



Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 1

seks ühendatakse plastmasstoru vaba ots vahelüli abil 20 ml süstlaga ja viiakse arterisse 10—20 ml 0,5%-list novokaiinilahust. Kontrastaine (50%-line kardiotrasti- ehk diodone lahus) süstitakse arterisse 3—4 sekundi vältel. Süstimise lõpul tehakse röntgeniülesvõte portatiivse röntgeniaparaadi РУ-780 abil. Seejärel eemaldatakse arterist polüetüleentoru ja arter ligeeritakse. Haav suletakse kihiti.

Kirjeldatud arteriograafilise uurimismeetodi eelised, võrreldes teiste meetoditega, on järgmised:

1) välditakse kontrastaine sattumist süstimise ajal nii paraarteriaalselt kui ka intramuraalselt; 2) seoses arteri ligeerimisega ei teki laialdast hematoomi ning operatsioonihaav paraneb tüsistusteta; 3) välditakse arme reiearteri piirkonnas, mis hiljem raskendavad taastavate operatsioonide tegemist; 4) *a. epigastrica inferior*'i ligeerimine parandab alajäseme verevarustust.

Nendel haigetel, kellel esines aordi ja niudearterite ateroskleerootiline kahjustus, tehti translumbaalne aortograafia ja pärast seda reiearteri arteriograafia kirjeldatud meetodil (vt. tahvel III, röntgenogr. 1, 2, 3).

KIRJANDUS: 1. Тихонов К. Б. Ангиография. Л., 1962. — 2. Linkberg, A. jt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 2, 17—22. — 3. Linkberg, A. jt. Samas, 1962, 3, 5—8. — 4. Tünder, E. ja Põder, K. Samas, 1961, 3, 41.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ АРТЕРИОГРАФИИ

Б. Пыдер

Резюме

В хирургическом отделении Пайдеской районной центральной больницы начиная с 1961 года применяли артериографию у 35 больных (33 мужч. и 2 женщ.) в возрасте от 44 до 78 лет для чего использовали как прямую чрезкожную пункцию, так и открытый метод.

Методика артериографии: для нахождения *a. epigastrica inferior* выше *liginguinale* делается параректальный разрез длиной 4—5 см. Артерию придерживаемую шелквой ниткой пунктируют иглой. Вместо иглы в последнее время стали использовать эластичную полиэтиленовую трубку, которую вводят на 2—3 см в просвет артерии (по направлению вниз). Трубку фиксируют шелковой лигатурой. Для предупреждения спазма свободный конец полиэтиленовый трубки соединяют с помощью соединительной муфточки со шприцем (20 ксм) и в артерию вводят 10—20 мм 0,5% раствора новокаина. Контрастное вещество (50%-ный раствор кардиотраста или диодона) вводят в артерию в течение 3—4 секунд. В конце введения производят снимок портативным рентгеновским аппаратом РУ-780. После этого полиэтиленовую трубку извлекают из артерии и накладывают лигатуру. Рану зашивают послойно.

Преимущества описанного артериографического метода исследования следующее: исключается как параартериальное так и интрамуральное введение контрастного вещества, в связи с лигированием артерии не возникает гематомы и операционная рана заживает без осложнения, не остается рубцов в области бедренной артерии; лигирование артерии улучшает кровоснабжение нижней конечности.

BRONHOGEENSETEST PSEUDOTSÜSTIDEST

Arstiteaduse kandidaadid *A. VAPRA* ja *V. SAARMA*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja kt. *V. Saarma*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Kopsutsüstid võivad olla kaasasündinud või omandatud. Viimaseid nimetavad mõned autorid (4, 5) ka pseudotsüstideks. Bronhogeensed tsüstid võivad esineda üksikult, kuid ka hulgaliselt. Nad on väga mitmesuguse suurusega, õhukeseseinalised ja sisaldavad enamasti õhku. Ainult infitseerunud tsüstides leidub vedelikku või mäda.

Pseudotsüste põhjustavad sklerootilised või destruktiivsed muutused bronhiseinas ja õhu tungimine kopsu sidekoesse. Pseudotsüstide etioloogia on mitmekesine. Need võivad tekkida ägeda kopsupõletiku, kroonilise interstitsiaalse kopsupõletiku, kroonilise bronhiidi või bronhiektaasiate tüsistustena (2, 3, 4, 5). H. Hirschi (6) andmeil on bronhogeensete tsüstide põhjustajaks esimestel elukuudel stafülokokkide poolt esilekutsutud kopsupõletik. Kopsupõletiku puhul soodustavad tsüstide teket põletikulis-infiltratiivsed, krooniliste mittespetsiifiliste protsesside puhul aga sklerootilised muutused bronhide ja bronhioolide seintes.

Omandatud bronhogeenseid tsüste esineb suhteliselt harva (1, 6). Arvatakse, et osa neist jääb isegi diagnoosimata, sest kopsutsüstide kliiniline pilt võib kulgeda sümptoomideta, eriti üksiktsüsti olemasolu korral (2, 3, 4, 5). Bronhogeense tsüsti nähtudeks on köha (rögaeritusega või ilma, harvemini veriröga), pisted vastavas rindkerepooles ja kehatemperatuuri tõus, kusjuures haigete üldseisund püsib suhteliselt hea. Ainult väga suurte tsüstide või mitmesuguste komplikatsioonide puhul esinevad õhupuudus ja hemodünaamilised häired. Iseloomulike sümptoomide puudumise tõttu avastatakse tsüstid peamiselt (sageli juhuslikult) röntgenoloogilisel uurimisel.

Diferentsiaaldiagnoosimisel tuleb omandatud bronhogeenseid tsüste eristada alveolaarbulladest, tuberkuloossetest kavernidest, kopsuabstsessist, osalisest või totaalsest pneumotooraksist, ehhinokokkide tsüstidest, diafragma herniatest jne. Veelgi suuremaid raskusi tekitab omandatud tsüstide diferentseerimine kaasasündinuist, ehkki viimaseid iseloomustab enamasti nn. polütsüstoosse kopsu pilt (4). Bronhogeensete kopsutsüstide ohtlikumate komplikatsioonidena kirjeldatakse nende infitseerumist, kopsuverejooksu ja spontaanset pneumotooraksit (4, 5). Mainitud tüsistuste vältimiseks on oluline tsüstide varajane avastamine ja vajaduse korral kirurgiline ravi, kuna konservatiivne ravi ei anna soovitud tulemusi.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas on viimastel aastatel ravil viibinud kaks haiget, kellel kroonilise kopsupõletiku tüsistusena arenesid bronhogeensed pseudotsüstid. Alljärgnevalt kirjeldame mõlemaid haigusjuhte.

J u h t 1. (vt. röntgenogramm 1). 30-aastane naispatsient T. K., elukutselt kirjakandja (haiguslood nr. 608, 1960. a. ja nr. 1561, 1963. a.). Lapsena põdes korduvalt kopsupõletikku. Pärast raskekujulist kopsupõletikku tekkis tal sageli subfebriilne temperatuur ja vähese rögaeritusega köha. Patsienti uuriti korduvalt Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseris, kuid kopsutuberkuloosi ei leitud.

Esmakordselt viibis ravil Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas 1960. a. Haige kuulatlemisel sedastati parema kopsu all- ja keskväljas teravnenud, bronhiaalse varjundiga hingamiskahinat, üksikuid peenemullilisi räginaid ning kiunusid mõlemas kopsus. Veri: SR 19 mm, hgb. 76 üh., leukots. 6050. Valgevere valem: eosinof. 3%, segmentt. 30%, lümfots. 62%, monots. 5%. Röga halkjas ja limane ning mikroskoopilisel uurimisel leiti selles üksikuid leukotsüüte. Röga bakterioloogilise uuringu vastus: *Sarcina. Diplococcus pneumoniae.* Röntgenoskoopiline diagnoos: *Adhaesiones pleurae basalis dextra et sinistra. Calculi mediastini. Pneumonia interstitialis chronica dextra et sinistra.* Patsient reageeris hästi aerosoolravile antibiootikumidega ja lahkus kliinikust rahuldavas seisundis.

Kuigi arstid soovitasid valida füüsiliselt kergemat ja tubasemat elukutset, jätkas ta tööd kirjakandjana ning loobus talle määratud ambulatoorsest ravist. 1963. a. hilissügisel hospitaliseeriti haige uuesti, sest viimaste kuude jooksul tema tervis halvenes, köha tugevnes, pidevalt «vilistas rinnus» ning füüsilisel pingutusel tekkis õhupuudus. Huuled ja käed olid tsüanootilised. Nii kopsu auskultatoorne leid kui ka laboratoorsed näitajad ei erinenud märgatavalt varem teostatud uuringute andmetest. Röntgenoskoopiliselt täheldati parema kopsu suure sälgu peal, ülasagara allosas, rohkeid rõngasvarje ning nende ümbruses tugevnenud interstitsiaalset joonist. Tugevnenud ja teataval määral deformeerunud joonis ilmnes nii paremas kui ka vasakus kopsus. Diagnoos: *Adhaesiones pleurae basalis dextra et sinistra. Calculi mediastini. Pneumonia interstitialis chronica dextra et sinistra. Cystae pulmonis dextri.*

J u h t 2. (vt. röntgenogramm 2). 38-aastane meespatsient P. O., elukutselt metsavaht (haiguslood nr. 1055, 1954. a. ja nr. 795, 1962. a.). Haige põdes 1947. a. kopsu-

põletikku. Pärast paranemist esines veel mitu kuud subfebriilne kehatemperatuur ja köhimisel eritus röga, samuti oli settereaktsioon kõrgenenud. 1953. a. kevadest alates on patsient maohaavandi tõttu viibinud uuringutel ja ravil (1954., 1955. ja 1956. a.) Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla polikliinikus ja statsionaaris. Samal perioodil ägenes parempoolne krooniline kopsupõletik, aga tsüste veel ei täheldatud, kuid 1962. a. kevadel ägenes krooniline kopsupõletik juba korduvalt. Röntgenoskoopilisel uurimisel leiti paremas kopsus tsüste. Patsient suunati sisehaiguste osakonda. Koputlemisel sedastati parema kopsu allosas koputluskõla lühenemist ja kuulatlemisel märgi räginaid. SR 6 mm, hgb. 95 üh., erütr. 4590000, leukots. 6050, valgevere pilt: basof. 1%, eosinof. 4%, keppt. 6%, segmentt. 54%, lümfots. 28%, monots. 7%. Röga (korduval uuringul) kollakas ja limane. Bakterioskoopiliselt avastati selles graampositiivseid kokke (*Streptococcus viridans*). Röga uurimisel (flotatsioonimeetodil) tuberkuloosikepikesi ei leitud.

Röntgenoskoopiliselt: diafragma paremal adherentne. Parem kopsuvärat halvasti diferentsitav. Paremal, rangluust allpool, ebaühtlane varjutusala, mille mõnes projektsioonis tuleb nähtavale helendus. Parema kopsu allvälja keskmises osas rohked mitmesuguse suurusega õhukeseseinalised õõned. Külgprojektsioonis projitseeruvad nad allsagara keskmisse ossa. Kopsujoonis paremal deformeerunud, teravalt kontureerunud. Vasakul allväljas selgesti kontureerunud võrkjas joonis. Süda: 4+11 sm, ristmõõdus, vasaku vatsakese kaar pikenenud ja ümardunud. Pulsatsioonid regulaarsed. Röntgenoskoopiline ja röntgenograafiline diagnoos: *Cystae pulmonis dextri. Hypertrophia ventriculi sinistri cordis. Adhaesiones pleurae basalis dextra. Pneumonia interstitsialis chronica pulmonis dextri.*

Eespool kirjeldatust nähtub, et mõlemal haigel tekkisid bronhogeensed kopsutsüstid kroonilise mittespetsiifilise kopsupõletiku komplikatsioonina. Näib, et kroonilise interstitsiaalse kopsupõletiku puhul tuleb samuti arvestada mainitud tüsistuse tekkimise võimalust seda enam, et kirjanduse andmeil (7, 8) on tõusnud krooniliste mittespetsiifiliste kopsupõletike arv.

Et omandatud bronhogeenseid kopsutsüste on võimalik diagnoosida ainult haigete perioodilisel komplekssel uurimisel, tuleb kõiki kroonilise mittespetsiifilise kopsupõletikuga haigeid dispanseerselt hoolikalt jälgida.

KIRJANDUS: 1. Базилевич А. В. и Евдокимова М. Н. Врачебн. дело, 1959, 1. 78. — 2. Вербицкая Л. П. Врачебн. дело, 1956, 11, 1159—1162. — 3. Гуревич Б. Е. Вестн. хирургии, 1956, 12, 60—65. — 4. Гуревич Б. Е. Воздушные бронхогенные кисты легких. Автореф. канд. мед. наук. М., 1962. — 5. Зворыкина И. А. Кисты и кистоподобные образования легких. М., 1959. — 6. Hirsch, H. Lungenkrankheiten in Röntgenbild. B. I. Leipzig, 1958. — 7. Liberman, B. ja Peets, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 1, 41—46. — 8. Vapra, A. ja Ruubel, A. TRÜ Toimetised, 1963, 134, 294—300.

БРОНХОГЕННЫЕ ПСЕВДОЦИСТЫ

А. Вапра и В. Саарма

Резюме

Цисты легких могут быть врожденными или приобретенными. Последние называются также псевдоцистами. Бронхогенные цисты могут быть единичными или множественными, различной величины, имеют тонкую стенку и содержат воздух. В инфицированных цистах содержится жидкость или гной.

Причиной псевдоцист являются склеротические или деструктивные изменения в стенке бронха и проникновение воздуха в соединительную ткань легких. Псевдоцисты могут возникнуть в виде осложнения воспаления легких, хронической интерстициальной пневмонии, хронического бронхита или бронхоэктазии.

Приобретенные бронхогенные цисты встречаются сравнительно редко. Предполагают, что часть их остается не диагностированной, так как они могут протекать бессимптомно.

При дифференциальной диагностике приобретенные бронхогенные цисты нужно отличать от альвеолярных булл, туберкулезных каверн, абсцессов легких, частичного или полного пневмоторакса, эхинококковых цист, диафрагмальной грыжи и др. Опасными осложнениями бронхогенных цист являются инфицирование их, легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс. Для предупреждения этих осложнений необходимо раннее выявление цист и в случае необходимости хирургическое лечение, так как консервативное лечение не дают желаемых результатов.

Описывается два случая заболевания бронхогенными цистами, возникновение которых было связано с повторными заболеваниями пневмонией.

ELEKTROFOREESI RAKENDAMISEST PARODONTOOSI KOMPLEKSSEL RAVIMISEL

A. LEPIK

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedrist, kateedri juhataja *N. Vihm*, ja Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikust, peaarst *G. Veerma*)

Parodontoos on polüetioloogiaga haigus, mis pole tingitud mitte ainult paiksetest häiretest, nagu varem arvati, vaid selle põhjusi tuleb otsida kogu organismist. On selgunud, et parodontoosiga haiged kannatavad sageli mingi orgaanilise või funktsionaalse haiguse all, näiteks südame ja veresoonkonna, seedetrakti-, närvisüsteemihaigused jt. (1). Paljud teadlased väidavad, et parodontoosi tekke põhjuseks on neurotroofilise talitluse häired või veresoonte neurogeensed muutused (2). Veresooned on parodontoosi puhul haiguskolde piirkonnas ahenenud ja nende seinte läbilaskvus on muutunud (3).

Parodontoosi neurogeensest teooriast lähtudes on kompleksravis õigustatud ravimine elektroforeesiga (4). Elektrivoolu toimel paraneb ainevahetus rakkudes. Kaela sümpaatiliste närvisõlmede ärritamisel galvaanilise vooluga laienevad suukoopa veresooned, ühtlasi suureneb nende läbilaskvus. Paraneb parodondi vere- ja lümfivarustus (5). Elektroforeesi puhul lisandub galvaanilise voolu toimele veel ravimi spetsiifiline toime. Et sel viisil manustatud ravimi hulk on minimaalne, puudub viimase toksiline toime, mis võib esineda teiste meetodite puhul. Elektroforeesi abil tungib ravim naha pindmistesse kihtidesse, kus moodustub selle depoo. Aeglase imendumise tõttu on ravimi toime kestvam kui muul viisil manustatuna.

Kirjanduse andmeil on parodontoosi ravimine galvanisatsiooni ja elektroforeesiga häid tulemusi andnud (6). Elektroforeesi on tehtud B_1-vitamiini-, novokaiini- ja kaltsiumkloriidilahustega. Galvanisatsiooniga võrreldes on elektroforeesi efekt parem. On leitud, et seni parodontoosi kompleksravis rakendatavatest võtetest on elektroforees üks tõhusamaid (7). Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus kasutasime parodontoosi elektroforeesraviks tavalist galvanisatsiooniaparaati.

Ravi metoodika: aktiivsed elektroodid (suurusega ligi 1×5 sm), mis olid niisutatud ravimi vesilahusega, asetati nii üla- kui alalõua alveolaarjätketele. Passiivse elektroodi (suurusega ligi 8×14 sm) paigutasime VI, VII kaelalüli ja I rinnalüli piirkonda. Ravimina kasutasime kõige enam B_1-vitamiini, siis novokaiini, PP-vitamiini ja kaltsiumkloriidilahust. B_1-vitamiini ja nikotiinhappe tarvitamine on parodontoosi iga vormi puhul näidustatud. Novokaiinilahust manustasime juhtudel, kui igemetes esinesid valud, paresteesia ja hammaste ülitundlikkus temperatuuri suhtes. Kaltsiumkloriidilahust kasutasime igemete tugeva veritsemise korral. Voolu tugevus oli 2—4 mA. Raviseansid kestsid 20 minutit. Kogu kuuriks rakendati 15 seanssi ülepäeviti. Raviti I ja II staadiumi parodontoosiga haigeid (kokku 74 inimest 20—60 aasta vanuses).

Enne elektroforeesi puhastati hambad hambakivist ja tehti igemetaskute küretaaž. Mingi üldhaiguse ilmnemisel suunati patsient vastava eriarsti juurde. Ravi tulemusena vähenesid või kadusid valud, kihelemistunne igemetes ja hammaste tundlikkus temperatuuri suhtes. Objektiivselt sedastasime igemete turse, tsüanootilise värvuse, hammaste lõnkumise ja igemete veritsemise kadumist või vähenemist. Paremaid ravitulemusi saime noortel patsientidel parodontoosi algava või I staadiumi puhul. Kaugelearenenud haigusjärgus olid tulemused minimaalsed ja lühiajalised. Subjektiivsed vaevused ei kadunud 5 juhul. Neist 4 haigel esines tugev vegetatiivne neuroos, üks patsientidest oli krooniline alkohoolik. Ravikuure kordasime 3—4 kuu järel. Selle aja jooksul haigus ei

ägenenud. Neil patsientidel, kes ei ilmunud kordusravile õigeaegselt, tekkis ägenemine umbes 0,5—1 aasta pärast.

Elektroforeesravi efektiivsuse hindamiseks mõõtsime naha elektrijuhtivust S. Rosenthali (8) meetodil. Selle meetodi põhjal esineb naha elektrijuhtivuse muutumine mitmete haiguste puhul vastava segmendi piirkonnas. Parodontoosiga haigeil märkasime elektrijuhtivuse tõusu näonahal. Pärast elektroforeesi vastavad näitajad alanesid, mõnel juhul muutusid isegi normaalseks. Et mainitud ravi annab häid tulemusi ja on kergesti teostatav, soovitame seda meetodit laialdasemalt rakendada.

KIRJANDUS: 1 Скоркина Н. Ф. Стоматология, 1961, 6, 22—26. — 2. Энтин Д. А. Стоматология, 1951, 3, 3—12. — 3. Радченко В. С. Стоматология, 1962, 3, 41—46. — 4. Кириченский А. Р. Рефлекторная физиотерапия. Киев, 1959. — 5. Пасыпков Е. И. Общая физиотереапия. М., 1962. — 6. Бильдюквич М. А. Стоматология, 1959, 2, 24—25. — 7. Кальян Г. А., Миронова Н. В., Алаева А. Д. и др. Стоматология, 1957, 6, 18—21. — 8. Розенталь С. К. Клинич. медицина, 1937, 8, 1023—1027.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТОЗА

А. Лепик

Резюме

Исходя из нейрогенной теории пародонтоза лечение этого заболевания электрофорезом вполне оправдано. Под воздействием электрического тока улучшается обмен веществ в клетках. При раздражении гальваническим током шейных симпатических узлов расширяются кровеносные сосуды полости рта, одновременно увеличивается их проницаемость и улучшения крово- и лимфоснабжение пародонта. К действию тока при электрофорезе присоединяется специфическое воздействие лекарственного вещества.

В Тартуской городской стоматологической поликлинике для электрофореза при пародонтозе использовали обыкновенный аппарат для гальванизации. В качестве лекарственных веществ наиболее часто применяли витамин B_1, затем новокаин, витамин РР и раствор хлористого кальция. Сила тока равнялась 2—4 mA. Продолжительность сеанса 20 мин. Курс лечения состоял из 15-ти сеансов через день. Лечению подверглись 74 больных (в возрасте от 20—60 лет) пародонтозом в первой и второй стадии.

Описанное лечение дает сравнительно хорошие результаты, легко проводимо и может быть рекомендовано для широкого применения.

THORNI TEST

Arstiteaduse kandidaat *J. KARUSOO*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Neerupealiste koore talitluse üle otsustamiseks kasutatakse laialdaselt G. W. Thorni poolt kirjeldatud proovi — Thorni testi. Nimetatud proov põhineb vere eosinofiilsete leukotsüütide arvu langusel, mis on tingitud hüpofüüsi eessagara adrenokortikotroopse hormooni (AKTH) toimel tekkivast neerupealiste koore hormoonide erituse tõusust. Seega näitab Thorni test neerupealiste koore võimet vastata stimulatsioonile talitluse tõusuga.

Thorni testi tehakse järgmiselt. Haige on proovi teostamise ajal voodirežiimil, enne proovi ja ka selle ajal ei saa ta süüa ega ravimeid, samuti on keelatud kõik raviprotseduurid. Et vältida hommikust füsioloogilist eosinofiilide arvu langust, ei alustata prooviga enne 9.00. Algul määratakse eosinofiilide absoluutne arv ja kohe pärast seda süstitakse 25 TÜ AKTH-d. Eosinofiile soovitatakse lugeda 2, 3, 4 ja ka 5 tundi pärast

AKTH süstimist (originaalmeetodi järgi ainult 3—4 tunni järel). Siinjuures olgu märgitud, et AKTH stimuleeriv toime neerupealiste koorese ei sõltu niivõrd AKTH hulgast, kuivõrd just manustamise kestusest. 25 TÜ depoo-AKTH süstimine või 25 TÜ AKTH niristamine (lahustatuna 300—500 ml füsioloogilises lahuses) naha alla või veeni 1—4 tunni jooksul stimuleerivad neerupealiste koort tunduvalt tugevamini kui sama hulga ühekordne manustamine.

Vere eosinofiilsete leukotsüütide absoluutse arvu määramiseks kasutatakse atsetoon-eosiini vesilahust (Dungeri lahus): eosiini 1%-list vesilahust 2.5, atsetooni 2.5 ja destilleeritud vett 50,0. Pärast valmistamist lahus filtreeritakse. Lahus püsib kasutamiskõlblikuna kuni 2 nädalat.

Verd võetakse leukotsüütide pipetti kuni märgini 1 ja lahust kuni märgini 11 (lahjendus 1 : 10). Pipetis olevat lahust loksutatakse ja 5—10 minuti pärast loendatakse eosinofiilide arv. Eosinofiilsete leukotsüütide sõmerad värvuvad intensiivselt punaseks ja nad on roosal foonil selgesti eraldatavad, kuna ülejäänud leukotsüüdid on varjudena nähtavad. Eosinofiilsete leukotsüütide arv tehakse kindlaks Fuchs-Rosenthali kambris, kusjuures kamber täidetakse kaks korda (arvestamisel võetakse keskmine). Arvestus: eosinofiilide arv 1 $mm^3 = \frac{\text{Eosinof. arv kambris} \times 10}{3{,}2}$. Gorjajevi või Bürkeri kambri puhul loendatakse eosinofiile üheksas suures ruudus. Saadud arv jagatakse üheksale ja korrutatakse sajaga. Kui eosinofiilide lähteväärtused on madalad, pole Thorni test kasutatav.

Eosinofiilide arvu langust 50% või rohkem lähteväärtusest peetakse füsioloogiliseks (normaalseks) — positiivne Thorni test, kuid langust vähem kui 50% lähteväärtusest aga patoloogiliseks — negatiivne Thorni test; test on negatiivne ka eosinofiilide arvu suurenemise korral. Siin võib tegemist olla organismi sensibiliseerumisega AKTH suhtes, mille puhul eosinofiilide arvu muutused neerupealiste koore talitlust ei näita. Negatiivne test viitab neerupealiste koore funktsionaalsete reservide puudulikkusele. Thorni test AKTH ühekordse manustamisega võib osutuda negatiivseks nii kerge pidurduse kui ka neerupealiste koore ulatuslikuma kahjustuse korral; viimast aitab diferentseerida AKTH manustamine tilkinfusioonina.

Peale AKTH-ga tehtava Thorni testi on tuntud veel selle modifikatsioonid adrenaliini (1 ml 0,1% lahust lihasesse) või insuliiniga (10—15 TÜ lihasesse), mille puhul eosinofiilide arv määratakse 4 tunni vältel. Mainitud ravimite kasutamisel ei sõltu eosinofiilide arvu muutused mitte ainult neerupealiste koore talitlusvõimest, vaid ka kõrgemate neuro-endokriinsete keskuste talitlusest. Adrenaliini või insuliini tarvitamisel tuleb arvestada haige üldseisundit, kuna Thorni testi teostamist AKTH-ga ei peeta vastunäidustatuks isegi raskesti haigete puhul. AKTH manustamisel tekkivate komplikatsioonidena on vaid üksikjuhtudel kirjeldatud allergilisi nähte — urtikaariat ja isegi anafülaktilist šokki.

Thorni test kui organismi reaktiivsuse näitaja võimaldab meil hinnata neerupealiste koore funktsionaalseid reserve. See on oluline haigete üldisel komplekssel uurimisel selliste endokriinsete infektsioos-allergiliste haiguste korral nagu astma, reuma, tuberkuloos jt. Ka kirurgias kasutatakse Thorni testi edukalt haigete üldseisundi hindamiseks. Eriti oluliseks tuleb pidada neerupealiste koore uurimist Thorni testi abil hormoonravi ajal.

ТЕСТ ТОРНА

Я. Карусоо

Резюме

Для наблюдения за функциональным состоянием коры надпочечников широко используется проба предложения Г. В. Торном — тест Торна и его модификации.

Проба Торна как показатель реактивности организма позволяет давать оценку

функциональных резервов коры надпочечников. Это имеет большое значение при общем комплексном обследовании больных такими эндокринными инфекционно-аллергическими заболеваниями как астма, ревматизм, туберкулез и др. Теест Торна с успехом используется и в хирургии для определения общего состояния больных. Особенно ценны результаты пробы Торна при исследовании коры надпочечников во времея гормонотерапии.

Abiks velskeitele ja õdedele

«ÄGEDA KÕHU» DIAGNOOSIMISEST

Arstiteaduse kandidaat *Š. GULORDAVA*
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg

Kui ei ole võimalusi ägedate kõhuvaludega haigete üksikasjalikuks uurimiseks ja puuduvad kõhuõõne teatava kindla haiguse klassikalised sümptoomid, on väljaspool haiglat lubatud kasutada diagnoosi nimetust «äge kõht». Nimetatud diagnoos viitab raske haigusprotsessi olemasolule kõhuõõnes (ära näitamata selle kindlat asukohta) ja on häiresignaaliks, mis nõuab haigete viivitamatut hospitaliseerimist. «Äge kõht» on üldistav mõiste, mitte konkreetne diagnoos. Seetõttu ei ole see haiglas diagnoosina kasutatav.

Milliste tunnuste põhjal võib määrata «ägeda kõhu» diagnoosi? Kõige sagedasemaks sümptoomiks sel puhul on valude tekkimine kõhuõõnes. Valude algus, lokalisatsioon ja laad võivad olla mitmesugused. Terav valu «torkas nagu noaga kõhtu», tekib kõige sagedamini kõhuõõne õõneselundite mulgustumisel (näiteks mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi mulgustus). Järk-järgult tugevnev valu viitab põletikule, kuid hoogvalud esinevad kõige sagedamini soolesulguse puhul. Valude lokaliseerumise järgi võib määrata kahjustatud elundi asukoha.

Esinemissageduselt järgmiseks «ägeda kõhu» sümptoomiks on oksendamine. See tekib pärast valude ilmumist ja on sageli reflektoorset laadi. Varajast oksendamist täheldatakse ägeda pankreatiidi ja koletsüstiidi puhul, kuid hilisem (2—3 tunni pärast) on omane soolesulgusele. Luksumine viitab aga peritoniidile.

Sageduselt kolmandaks sümptoomiks on gaaside ja iste peetus, mis kaasneb kõige sagedamini mehaanilise või dünaamilise soolesulgusega. Kõik need tähelepanekud on väärtuslikud, kuid mitteküllaldased «ägeda kõhu» diagnoosi määramiseks. Neid tuleb täiendada objektiivse uurimise andmetega.

Patsiendi üldseisundi, kehaasendi ja käitumise hindamine võib õigele diagnoosimisele sageli kaasa aidata. Raske üldseisund, rahutus, tugevad valud ja lakkamatu oksendamine viitavad kõige sagedamini ägedale pankreatiidile. Sundasend, mil haige lamab selili, põlvedest kõverdatud jalad vastu kõhtu surutud, on iseloomulik mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi mulgustusele.

«Ägeda kõhu» diagnoosimisel on olulise tähtsusega ka naha ja skleerade värvuse, näoilme jt. muutused. Aukuvajunud silmad, näojoonte teravnemine koos teiste sümptoomidega on iseloomulikud peritoniidile. Naha ja skleerade kollasus koos tugevate valudega kõhuõõnes viitab maksa- ja sapiteede patoloogiale.

Erinevate kõhuõõneelundite ägedate haigestumiste puhul võib olla muutunud ka kõhuseinte kuju. Ühtlast kõhupuhitust võib täheldada soolepareesi ja peritoniidiga haigeil. Ebaühtlane kõhupuhitus koos kõhuseina osalise sisselangemisega esineb sageli mehaanilise soolesulguse

Kliinilised tunnused		Apenditsiit	Ileus (mehaaniline)	Mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandi mulgustumine
Üldseisund		Mulgustamata usssjätke puhul — rahuldav; difuusse peritoniidi puhul — raske	Sageli raske	Raske, vahel isegi šokiseisund
Algus		Äge	Äge	Äge
Valud	laad ja lokalisatsioon	Algul epigastriumi või naba piirkonnas, hiljem paremal allkõhus, pidevalt tugevnevad	Valude lokalisatsioon mitmesugune olenevalt takistuse asukohast, hoogvalud	Äge, järsku algav valu — «torkas nagu noaga kõhtu», kõige sagedamini epigastriumi piirkonnas
	irradieerumine	Puudub	Puudub	Puudub
Oksendamine		Vahel esineb	Sage, vahel sisaldab okse väljaheidet	Vähene, harva
Iste ja gaasid		Vahel peetunud	Puuduvad	Peetunud
Kõhu kuju		Muutusteta	Algul vahel puhitunud ainult soole takistuse piirkonnas, hiljem puhitunud	Sissetõmbunud
Kõhu kompluse andmed	valulikkus	Tavaliselt paremal alakõhu piirkonnas	Üle terve kõhu, vahel soole takistuse piirkonnas	Algul epigastriumi piirkonnas, hiljem ka paremal ja vasakul alakõhus
	kõhuseina lihaste pinge	Paremal alakõhu piirkonnas	Algul puudub, tekib peritoniidi arenedes	Tugev pinge (kõht on «laudkõva»)
	Štšetkin-Blumbergi sümptoom	Positiivne	Algul negatiivne	Positiivne
	teised tunnused	Rovsingi, Sitkovski, Obrastsovi jne. sümptoomid positiivsed	Vahel on palpeeritav puhitunud sooleling	—
Kõhu koputluse andmed		Normaalne koputluskõla, infiltraadi korral tumestus	Esineb eriline kõla	Eriliste muutusteta või esineb tümpaaniline kõla maksa piirkonnas
Kõhu kuulatluse andmed (peristaltilised kahinad)		Muutusteta	Soolekahinate tugevnemine või muutumine (urin, kukkuva tilga heli)	Muutusteta
Pasternatski sümptoom		Retrotsökaalselt ja retroperitoneaalselt paikneva ussjätke puhul positiivne	—	—
Temperatuur		Sageli kõrgenenud	Algul normaalne, tõuseb peritoniidi arenedes	Normaalne, tõuseb peritoniidi arenedes
Pulss		Sagenenud	Enamikel juhtudel muutusteta	Pärast lühiajalist aeglustumist sagenenud
Laboratoorsete uuringute andmed	veri	Leukotsütoos, SR kiirenenud	Muutused ei ole iseloomulikud või alguses puuduvad	Algstaadiumis muutusteta, hiljem leukotsütoos
	uriin	Muutusteta	Uriini hulk vähenenud, valgu ja silindrite esinemine uriinis	Muutusteta
Muud tunnused		—	Pärasool on tühi, sfinkter lõtv. Röntgenoloogiliselt näha sageli Kloiberi «kausikesi»	Röntgenoloogiliselt näha sageli gaase diafragmaaluses piirkonnas

diferentsiaaldiagnoosimise tabel

Peritoniit	Koletsüstiit	Pankreatiit	Neerukoolikud
Raske	Keskmise raskusega	Raske, vahel kollaps	Rahuldav
Järk-järguline	Äge või järk-järguline	Äge	Äge
Difuussed, pidevalt tugevnevad valud	Paremal roidekaarealuses piirkonnas, vahel väga tugevad, pidevad, tugevnevad valud	Väga tugevad valud epigastriumi piirkonnas (rohkem vasakul)	Valud paremal või vasakul kõhupoolel, väga tugevad, hooti — koolikud
Puudub	Parema õla, abaluu piirkonda	«Vöökujuline»	Ristluu, väliste suguelundite, reie piirkonda
Sage, vahel lakkamatu	Sage, algul reflektoorne, hiljem vastab protsessi arengule. Sageli sisaldab okse sappi	Sage, lakkamatu, rohke (tüüpiline sümptoom)	Reflektoorne, sage
Puuduvad	Vahel peetunud	Vahel peetunud	Peetunud
Ühtlaselt puhitunud	Eriliste muutusteta	Vähe puhitunud	Muutusteta
Üle terve kõhu	Paremal roidekaarealuses piirkonnas	Olenevalt protsessi intensiivsusest epigastriumi piirkonnas (rohkem vasakul) ja mesogastriumis	Vasakul või paremal kõhupoolel, olenevalt protsessi lokalisatsioonist
Difuusne pinge	Paremal roidekaarealuses piirkonnas	Sageli puudub või on vähe väljendunud	Puudub
Tugevalt positiivne	Positiivne paremal roidekaarealuses piirkonnas	Sageli positiivne	Negatiivne
—	Vahel on palpeeritav, suurenenud, valulik sapipõis. Freenikuse sümptoom sageli positiivne	—	—
Tümpaaniline kõla, vedeliku esinemisel tumestus kõhu külgmistes osades	Eriliste muutusteta	Eriliste muutusteta	Eriliste muutusteta
Soolekahinate järk-järguline nõrgenemine ja kadumine («hauavaikus»)	Muutusteta	Vahel puuduvad	Muutusteta
—	—	—	Positiivne
Kõrgenenud	Kõrgenenud	Enamikel juhtudel normaalne	Normaalne või vähe kõrgenenud
Sagenenud	Sagenenud	Sagenenud, nõrga täitumusega	Sagenenud
Leukotsütoos, SR kiirenenud	Leukotsütoos, SR kiirenenud	Suhkrusisaldus tõusnud, leukotsütoos	Muutusteta
Uriini hulk vähenenud, valgu ja silindrite esinemine uriinis	Vahel uriinis valk ja silindrid	Sageli diastaas kõrgenenud	Sage ja valulik urineerimispakitsus, vahel uriinipeetus ja veri uriinis (hematuuria)
Luksumine	Vahel kollasus ja värvitu — akooliline väljaheide	Komplusel puudub kõhuaordi pulsatsioon	—

puhul. Seega avastab haige vaatlemine mitmeid «ägedale kõhule» iseloomulikke tunnuseid.

Kõige väärtuslikumad andmed saadakse komplemisel, koputlemisel ja kuulatlemisel. Näiteks: 1) koputluskõla tumenemine kõhu külgmistes osades viitab sisemisele verejooksule või vedeliku olemasolule kõhukoopas; 2) koputluskõla kõrgenemist õhuga täitunud sooleosa kohal täheldatakse soolesulguse korral; 3) kõhulihaste reflektoorne pinge esineb kaitsereaktsioonina õõneselundite mulgustuse ja kõhuõõneelundite muude ägedate haiguste korral; 4) komplemisel sedastatav valulikkuse intensiivsus ja lokalisatsioon võivad otseselt tähelepanu juhtida kahjustatud elundi asukohale; 5) positiivne Štšetkin-Blumbergi sümptoom (valu tekkimine käe kiirel eemaldamisel pärast kõhuseinale vajutamist) viitab kõhukelmepõletikule; 6) Rovsingi sümptoom (valu tekkimine paremal alakõhus vasakule poole vajutamisel) on positiivne 60—80%-l ägeda appenditsiidi juhtudest; 7) positiivne Sitkovski sümptoom (valude tugevnemine paremal alakõhus siis, kui patsienti kiiresti pööratakse vasakule küljele) on tingitud põletikulise ussjätke mesenteeriumi venitusest; 8) vedeliku loksumist meenutav heli kõhuõõnes osutab tavaliselt soole läbitavuse häiretele; 9) soole peristaltiliste kahinate tugevnemine või puudumine kuulatlemisel viitab kas mehaanilisele soolesulgusele või peritoniidi olemasolule. Kõiki eespool mainitud «ägeda kõhu» tunnuseid on võimalik kindlaks teha juba väljaspool haiglat. Statsionaaris täiendatakse neid röntgenoloogilis-laboratoorsete uuringutega, ja sõltuvalt saadud andmetest määratakse konkreetne diagnoos ning vastav ravi.

Mida peab siis meditsiinitöötaja ambulatooriumis silmas pidama? Kõigepealt on «ägedale kõhule» iseloomulik haiguse äge algus hea üldseisundi puhul, tugevate kõhuvalude tekkimine, iiveldus, oksendamine, mõnikord ka gaaside ja iste peetus. Objektiivselt: pulsi kiirenemine või aeglustumine, kuiva katuga keel, mõõdukalt puhitunud või sissetõmbunud kõht, mis hingamisest täielikult või osaliselt osa ei võta. Komplemisel on valulik kogu kõht või osa sellest vastavalt haigestunud elundi asukohale, esinevad kõhulihaste pinge ja positiivne Štšetkin-Blumbergi sümptoom. Kõigi või osa nimetatud tunnuste ilmnemisel tuleb haige viivitamatult haiglasse suunata. Alati peab meeles pidama, et «ägeda kõhuga» haigetele on kategooriliselt keelatud manustada narkootikume ja lahtisteid, mis võivad muuta haiguse kliinilist pilti ja põhjustada vigu diagnoosimisel, mis omakorda tingib kirurgilise ravi hilinemise.

Oleme uurinud «ägeda kõhuga» haigete haiglasse suunamise aegu. Selgus, et suuremate kogemustega meditsiinitöötajad on neid hospitaliseerinud esimese 6 tunni jooksul, arvates haiguse algusest; kuid kahjuks tuleb ette ka juhtumeid, mil «ägeda kõhuga» haigeid hoitakse kodus täiesti põhjendamatult ööpäev või enam. See põhjustab aga surmajuhtude arvu tõusu (4—5 korda), eriti laste ja vanemate inimeste hulgas.

Täienduseks öeldule esitame tabeli «ägeda kõhu» haiguspilti esilekutsuvate kõhuõõneelundite haiguste diferentsiaaldiagnoosimise kohta.

О ДИАГНОСТИКЕ «ОСТРОГО ЖИВОТА»

Ш. Гулордава

Резюме

Диагноз «острый живот» разрешается ставить вне больницы в случаях невозможности проведения детального обследования больных с острыми болями в животе и отсутствия классических симптомов определенного заболевания органов брюшной полости. Этот диагноз указывает на наличие тяжелого болезненного процесса в брюшной полости (без указания локализации процесса) и является тревожным сигналом требующим немедленной госпитализации больного. «Острый живот» является обобщающим понятием, но не конкретным диагнозом.

Далее приводятся симптомы «острого живота» и даются указания по диагно-

стике этого состояния. Указывается, что опытные медицинские работники госпитализируют этих больных в течение первых шести часов заболевания. К сожалению еще имеются случаи, когда больных с «острым животом» оставляют на дому в течение суток и дольше. Это повышает число смертных случаев, в особенности детей и пожилых людей.

STOMATOLOOGILISEST ESMAABIST VELSKRI-ÄMMAEMANDAPUNKTIS

Arstiteaduse kandidaat *M. LÕVI*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedrist, juhataja *N. Vihm*)

Ägedaid põletikulisi protsesse suuõõnes iseloomustab tugev valu. Maal sunnib see haigeid pöörduma lähemasse meditsiiniasutusse, milleks on enamasti velskri-ämmaemandapunkt. Aegsasti antud meditsiiniline abi ägedate valude puhul mitte üksnes ei vähenda haige kannatusi, vaid takistab ka põletiku levikut.

Kõige sagedasemaks suuõõne haiguseks on hambakaaries ehk -sööbija, mille tüsistustena võivad tekkida pulpiit, periodontiit ja osteomüeliit. Hambasööbija esimeseks tunnuseks on tumeda laigukese ilmumine hambavaabal, millele järgneb hambaluu pehmenemine — dekaltsinatsioon. Sööbija edasiarenemisel tekib hambasse õõs ehk hambaauk, nagu seda tavaliselt nimetatakse. Hammas muutub tundlikuks külma, kuuma, magusa ja hapu vastu. On oluline meeles pidada, et sööbija puhul on keemilistest ja termilistest ärritustest tekitatud valu lühiajaline ja lakkab kohe pärast selle põhjuse kõrvaldamist. Tüsistusteta hambasööbija korral ei vaja patsient esmaabi ja teda tuleb stomatoloogi või hambaarsti juurde suunata. Kui hambasööbijat ei ravita õigeaegselt, suureneb karioosne auk veelgi ja seal leiduvad mikroobid pääsevad läbi dentiinikanalite hambasäsisse, kus tekitavad säsipõletiku ehk pulpiidi. Et hambasäsi on rikkalikult varustatud närvide ja veresoonte võrguga, siis esinevadki põletiku puhul väljakannatamatult teravad valud.

Pulpiidid jagunevad ägedateks ja kroonilisteks. Ägedale pulpiidile on iseloomulikud intensiivsed, näiliselt ilma põhjuseta tekkivad valud, mille kestus pikeneb vastavalt haigusprotsessi arenemisele; hiljem muutuvad need aga pidevaks. Valu ägenemist võivad põhjustada välised ärritused, näiteks õhutemperatuuri muutus, külma või kuuma toidu sattumine hambaauku jne. Eriti piinavaks muutub valu öösel. See võib kolmiknärviharude kaudu levida kõrva ning sarna- ja oimuluu piirkonda. Sagedasti võib haigele tunduda, et korraga valutab rohkem kui üks hammas.

Pulpiidi ravimeetodina on laialdaselt kasutamist leidnud põletikulise säsi suretamine ehk hamba devitaliseerimine arseenishapet sisaldava pasta abil. Ka esmaabi andmisel võib ägeda pulpiidi korral tarvitada järgmise koostisega arseenishappepastat.

1. *Rp. Acidi arsenicosi* 5,0
   Cocaini hydrochlorici 2,0
   Acidi carbolici liquefacti
   q. s. ut f. pasta

2. *Rp. Ac. carbolici crystall.* 1,0
   Chloroformii 3,0
   M. D. S. 1 tilk vatil asetada hamba auku

Esmalt tuleb hambaauk sooja veega loputamise teel puhastada sinna sattunud toiduosadest ja väikese luulusika või hambaekskavaatori abil eemaldada pehmenenud dentiinikihid. Seejärel asetatakse kuiva hambaauku, avatud säsile nööpnõelapea-suurune arseenishappepasta tükike. Et arseenishappe ja fenooli sattumist limaskestale ja selle põletust ära hoida, tuleb hambaauk hoolikalt sulgeda. Kattematerjalina võib kasutada spetsiaalset dentiinipastat, samuti kleooli või kolloodiumiga niisuta-

tud vatt-tampoonikest. Kuni kattematerjali (pasta ja kleooli) kivistumiseni, mis toimub 5—10 minuti vältel, peab haige suu lahti hoidma. Tugevatoimelist ravimit ei tohi hambasse jätta kauemaks kui 24—48 tunniks. Selle aja jooksul säsi kärbub ja selle võib valuta eemaldada ning hamba plombeerida (stomatoloogiakabinetis).

Seoses antibiootikumide ja sulfaniilamiidide hea toimega on käesoleval ajal võimalik osa pulpiite ravida nii, et säilib isegi hambasäsi talitlus. Seepärast tuleb arseenishappepastat kasutada esmaabi puhul ainult valikmeetodina. Valuvaigistava vahendina võib edukalt manustada fenooli või fenoolkamprit tilkadena (vt. retsept 2 ja 3) või segatuna dikaiinpulbriga pastataolise konsistentsiga massiks.

3. *Rp. Ac. carbolici crystall.* 1,0
Olei Camphorati 3,0
M. D. S. 1 tilk vatil asetada hamba auku

Lühiajalist valuvaigistavat efekti annab 2%-lise novokaiinilahusega (2 ml) tehtud infiltratsioontuimastus suuesiku üleminekuvoldi piirkonnas. Hambaauku võib asetada ka novokaiinilahusega niisutatud vattkuulikese. Sageli püütakse ägedat hambavalu vaigistada tugevatoimeliste ainete (kreosoot, jooditinktuur, väävelhape jt.) viimisega hambaauku, samuti määritakse iget odekolonni või viinaga. On aga teada, et sellised «ravivahendid» ei anna soovitavat efekti, vaid rikuvad hammast ja kahjustavad limaskesta. Kui äge pulpiit jääb ravimata, areneb hambasäsi roiskkärbus ehk gangreen. Säsi kärbumisel tekkinud laguained ja mikroobid koos toksiinidega satuvad hambajuurekanalist juuretipu ava kaudu periodondi kudedesse, kus nad võivad esile kutsuda hambajuureümbrise põletiku — periodontiidi.

Periodondi põletik võib kulgeda ägedalt või krooniliselt. Ägedad periodontiidid jagunevad omakorda seroosseteks ja mädasteks. Hambajuureümbrise ägeda põletiku korral ilmuvad tugevad, pakitsevad ja püsivad valud. Väliselt tumedamaks muutunud hammas on puudutamisel hell ja tundub teistest pikemana. Hammast ümbritsev ige on tursunud ja punetav ning mäda kogunemisel periodondipilusse hakkab hammas liikuma. Kui põletik levib lõualuusse, tekib osteomüeliit. Sellega kaasneb pehmete kudede turse, mis võib üle minna silmalaugudele või kogu näopoolele (fluss). Kui mäda tungib läbi luu luuümbrise alla, areneb subperiostaalne abstsess (*parulis*); kui mäda levib aga lihaste vaheruumidesse, moodustub flegmoon. Haige üldseisund raskeneb: temperatuur tõuseb (38°—39°), enesetunne halveneb, pulss sageneb, tekivad peavalu ja külmavärinad.

Ägeda periodontiidi või osteomüeliidi puhul seisneb esmaabi selles, et eksudaadile luuakse väljapääs põletikukoldest. Kõigepealt tuleb hambaauk puhastada toidujäänustest ja hävinud, lahtisest dentiinist. Selleks kasutame väikest teravaservalist luulusikat või hambaekskavaatorit. Hambaauku sellisel viisil töödeldes vabastame hambajuurekanalite suudmed ja võimaldame mädal ning gaasidel põletikulisest periodondist välja pääseda, mis valusid tunduvalt vähendab. Tulemusi annavad sagedased soojad suuloputused söögisooda- või boorhappelahusega (embakumba 1 teelusikatäis klaasi vee kohta). Hästi mõjuvad ka suuloputused kummeli- või salveiteega. Ei ole soovitatav kasutada viina-, piiritus- ja teisi hautava toimega kompresse (niisket soojust), mis ainult soodustavad infektsiooni levikut. Hoopis teise toimega on mõõdukas (alla 38—40°) kuiv soojus (sollukslamp, sinine valgus, ultralühilaineravi jne.).

Valude puhul võib suu kaudu anda amidopüriini, aspiriini, fenatsetiini, analgiini jt. valuvaigisteid koos kofeiiniga. Põletikuvastastest ravimitest on soovitatavad sulfaniilamiidid ja laia toimespektriga antibiootikumid (monomütsiin, tetratsükliin jt.).

Kui avastatakse subperiostaalne või subgingivaalne mädakolle, siis tuleb see avada. Abstsessi avamiseks tehakse suuesiku üleminekuvoldi või alveolaarjätke kohale 1,5—2 sm pikkune lõige. Tuimastamiseks kasutatakse klooretüüli või süstitakse 1—1,5 ml 1—2%-list novokaiinilahust. Mäda täielikuks eemaldamiseks ja suuõõne desinfitseerimiseks on otstarbekohane teha suuloputusi 5—6 korda päevas nõrga kaaliumpermanganaadi- (1 : 10 000) või furatsiliinilahusega (1 : 5000).

Lagunenud krooniga purihambad, eespurihambad ja nende juured tuleb ägeda periodontiidi või osteomüeliidi puhul välja tõmmata. Lastel eemaldatakse ka põletikku põhjustanud hävinenud krooniga piimahambad; jäävhambaid püütakse nii lastel kui ka täiskasvanuil säilitada. Põletikku esilekutsunud hamba eemaldamine annab paremaid tulemusi. Seda tehakse paikse tuimastuse all, kusjuures täiskasvanute puhul kasutatakse 2%-list, laste puhul aga 1%-list novokaiinilahust (2 ml koos ühe tilga 0,1%-lise adrenaliinilahusega). Velskri-ämmaemandapunkti instrumentaariumi komplekteerimisel on soovitatav hankida ka mõni paar sagedamini kasutatavaid hambatange üla- ja alalõua hammaste jaoks.

Peale hammastest vahetult põhjustatud haiguste võib sageli täheldada ka ägeda kuluga suuõõne limaskesta põletikke ehk stomatiite. Ägedale stomatiidile on omane põletav valu, mis takistab söömist, neelamist ja kõnelemist, seda eriti keele limaskesta kahjustuse puhul. Katarraalset stomatiiti (gingiviiti) iseloomustavad limaskesta hüpereemia ja turse. Igeme näsakesed on paistetanud, võib esineda valusaid limaskestaerosioone. Keel on kaetud valkja katuga, suureneb süljevoolus. Aftoosse stomatiidi korral leiame hüpereemilisel limaskestal valkjaskollakaid ümara kujuga afte, mis põhjustavad teravat valu vähimalgi puudutamisel. Gangrenoosse stomatiidi puhul on aga limaskest sügavamalt haavandunud ja igeme ääred on hallika kärbuva massiga kaetud. Haigusega kaasnevad ka üldised intoksikatsioonինähud.

Ägeda stomatiidi kõikide vormide puhul on tähtis suuõõne korrashoid ja põletikulise limaskesta loputused nõrkade desinfitseerivate ja desodoreerivate lahustega, näiteks rivanooli-, furatsiliini-, kaaliumpermanganaadilahusega või vesinikülihapendiga. Kahte viimast vahendit on soovitatav kasutada samaaegselt, vaheldumisi üksteise järel. Loputusi võib teha ka soodalahusega ja kummeliõie- või salveileheteega.

Valusaid afte ja limaskesta erosioone peitsitakse 1—2%-lise metüleensinise vesilahusega. Haavandeid ja afte võib tupsutada anestesiini sisaldava puistepulbriga (vt. retsept 4):

4. *Rp. Natrii usninici* 1:5 — 1,0
Sulfacyli solubilis
Anaesthesini ää 2,5
M. f. pulv.
S. Puistepulber

Üldtugevdavatest vahenditest on soovitatavad kaltsiumpreparaadid ja vitamiinid, eriti C-vitamiin ja B-rühma vitamiinid (B_1, B_{12}, B_6), mida manustatakse kas suu kaudu või süstetena. Kui stomatiit ei ole allergilise etioloogiaga, võib kasutada antibiootikume ja sulfaniilamiide. Ägeda limaskestapõletikuga haige ei tohi suitsetada ega tarvitada limaskesta ärritavaid ja teravamaitselisi toite.

Et suuõõne ja hammaste haigusi vältida, tuleb pidevalt hoolitseda suuõõne puhtuse eest — õigeaegselt plombeerida karioossed hambad, eemaldada lagunenud hammaste juured ja hambakivi ning ravida põletikulisest protsessist haaratud igemeid.

KIRJANDUS: 1. Алексеев Г. А. Фельдшер и акушерка, 1963, 8, 26—29. — 2. Альбов Н. А. Сов. медицина, 1959, 7, 12—19. — 3. Патрикеев В. К. Фельдшер и акушерка, 1954, 2, 37—39. — 4. Рубин Л. Р. Физиотерапия заболеваний зубов и челюстей. М., 1959.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОМ ПУНКТЕ

М. Лыви

Резюме

Приводятся методы оказания первой помощи и описание лекарственных веществ, используемых при болезнях зубов и полости рта.

BRONHIIT

K. VALGMA

Nii haiged kui ka meditsiinipersonal peavad bronhiiti sageli teisejärguliseks haiguseks, mille ravi ja profülaktika piirduvad nii mõnigi kord ainult pinnapealsete soovituste või juhuslikku laadi retseptide kirjutamisega. Sellise suhtumise põhjuseks on bronhiidi üldiselt tagasihoidlik sümptomatoloogia, tema tavaliselt kiire möödumine ja arvamus, nagu kaasneks bronhiit paratamatult halva ilma, ilma muutuse ning kevade ja sügise saabumisega. Kui aga meenutada polikliinikutes ja haiglates ravil viibivaid haigeid, vähegi lähemalt uurida hingamisteede haiguste struktuuri ja põhjusi ning heita põgus pilk käsiraamatute lehekülgedele, siis taandub ettekujutus «süütust bronhiidist» ja me mõistame, et sellele haigusele tuleb kõige tõsisemat tähelepanu pöörata.

Äge bronhiit tekib sagedamini sellest, et külmetumise ja muude organismi kaitsevõimet nõrgestavate tegurite toimel aktiviseerub bronhide mikrofloora, muutub virulentseks ja kutsub esile põletiku bronhide limaskestas. Kõige sagedamini leitakse siin pneumo-, stafülo- ja streptokokke. Tihti kuulub äge bronhiit ülemiste hingamisteede katarraalse põletiku ja gripi sümptoomide kompleksi ning kaasneb tüüfuse, sarlakite, leetrite ja teiste nakkushaigustega. Äge bronhiit võib olla ka allergilise päritoluga ja tekkida hingamisteede limaskesta ärritavate gaaside ja aurude ning tolmu sissehingamisel. Arenev põletik piirdub tavaliselt bronhide limaskestaga, raskematel juhtudel haaratakse ka sügavamad kihid ja peribronhiaalne sidekude. Põletik võib olla katarraalne, fibrinoosne, hemorraagiline, putriidne ja nekrotiseeriv.

Ägeda bronhiidi puhul on esikohal üldine halb enesetunne, isutus, pidev köhaärritus ja väheldane sitke, klaasja rõga eritus, mis 3—4 päeva möödudes muutub limas-mädaseks ja kergesti väljaköhitavaks. Sageli esinevad valud rindkeres, eriti köhimisel. Kehatemperatuur on 4—5 päeva vältel kas mõõdukalt kõrgenenud või puudub hoopis. Võib kuulda difuusseid kuivi ja märgi räginaid. SR võib olla kiirenenud. Suureneda võib ka leukotsüütide arv perifeerses veres. Röntgenoloogiline leid osutub enamikul juhtudel negatiivseks. Peribronhiaalsete muutuste korral täheldatakse kopsujoonise tugevnemist ja deformatsiooni ning kopsuväratite haaratust. Äge bronhiit kestab tavaliselt 4—7 päeva ja lõpeb tervistumisega. Kui kliinilised nähud nimetatud aja vältel ei vaibu, tuleb mõelda tüsistuste, kõige sagedamini bronhopneumoonia võimalusele.

Eespool nimetatud etioloogiliste tegurite kordumine võib olla aluseks krooniliste bronhiidi väljakujunemisele. Väga sageli on selle põhjuseks krooniline riniit, sinusiit, farüngiit ja tonsilliit. Krooniline bronhiit kaasneb tihti südamekahjustuste (mitraalstenoos, kardioskleroos jt.) ja kopsutuberkuloosiga ning on nii mõnigi kord tingitud bronhide kompressioonist (lümfadeniit, tuumorid), kopsukoe ja pleura krooniliste põletikest, küfoskolioosist, rindkere opereerimisest jt. põhjustest. Kroonilist bronhiiti esilekutsuvatest ja soodustavatest teguritest on olulise

tähtsusega tolmu ja bronhide limaskesta ärritavate gaaside pidev sissehingamine ning kahtlemata ka suitsetamine. Kroonilise bronhiidi väljakujunemisel etendab tähtsat osa samuti konstitutsionaalne eelsoodumus, mille tõendiks on selle haiguse levik perekonniti.

Kliinilist pilti iseloomustab laineline, ägenemistega kulg, kusjuures ägenemised on seotud temperatuuri järskude kõikumistega, niiskuse ja külmaga, organismi kaitsevõime langusega, põhihaiguse süvenemise või ägenemisega jm. põhjustega. Sümptomatoloogias on esikohal pidevalt või perioodiliselt esinev köha ja rögaeritus. Röga võib olla vähene, sitke ja raskesti väljaköhitav või rohke, limas-mädane ja kergesti erituv. Tihti sisaldab see verekiude. Tüüpilised on hommikused köhahood, mille puhul köhitakse välja öö vältel bronhidesse kogunenud sekreet. Kehatemperatuur on normaalne või perioodiliselt kõrgenenud. Kroonilise bronhiidiga haige on väga tundlik välistemperatuuri muutuste suhtes, kusjuures temperatuuri iga vähimgi kõikumine võib köhahoo esile kutsuda. Haige uurimisel võib kuulda hajutatult kuivi ja märgi räginaid. SR on normaalne või vähesel määral kiirenenud. Mõnikord võib rögas leida tavalisest rohkem eosinofiilseid leukotsüüte, mis viitab allergiale. Kui põletik on haaranud kogu bronhiseina ja peribronhiaalse sidekoe, on krooniline bronhiit diagnositav ka röntgenoloogiliselt kopsujoonise tugevnemise ja deformatsiooni põhjal. Teatavaid diagnostilisi võimalusi pakub bronhograafia. Bronhogrammidel täheldatakse bronhide kontuuri sakilisust ja väikeste kontrastainega täidetud kotjate väljete olemasolu, mis pärliketina paiknevad bronhide kontuuril.

Ravimata krooniline bronhiit on pidevalt progresseeruv haigus, mille edasiarenemine oleneb ägenemise sagedusest. Seejuures on krooniline bronhiit sageli väga mitmesuguste tüsistuste ja hingamisteede haiguste põhjuseks. Kroonilisest bronhiidist lähtuvatest ja sellega kaasnevatest haigustest tuleks eelkõige nimetada kroonilist interstitsiaalset kopsupõletikku, bronhiektaasiatõbe, pneumoskleroosi, kopsuemfüseemi ja bronhiaalastmat. Just nimetatud, kroonilise bronhiidiga pahatihti kaasnevad haigused on need, mis muudavad prognoosi tõsiseks. Piisab ainuüksi bronhiaalastma raskesti ravitavuse ja pneumoskleroosist ning kopsuemfüseemist tingitud kardiopulmonaalse puudulikkuse, samuti bronhiektaasiatõve prognoosi meenutamisest, et mõista kroonilise bronhiidi kohta hingamisteede haiguste hulgas ja selle profülaktika ning ravi vajadust. Peale selle võib krooniline bronhiit, eriti suitsetamisest tingitud bronhiit, olla aluseks kopsuvähi arenemisele. Eespool toodust nähtub, et bronhiidi profülaktikale ja ravile tuleb kõige tõsisemat tähelepanu pöörata.

Milles seisneb siis bronhiidi ravi? Ägeda bronhiidiga haigele tuleb anda kuuma teed sidruni või konjakiga, kuuma piima soodaga või leelisese reaktsiooniga sooja mineraalvett. Kasutada võib palavikku vähendavaid vahendeid — aspiriini, amidopüriini ja fenatsetiini. Tugeva köha puhul on näidustatud kodeiin. Kui röga on raskesti väljaköhitav, on haigele otstarbekohane anda röga lahtistavaid vahendeid. Soodsalt toimivad bronhe laiendavad ja hingamist ning röga eritamist kergendavad ravimid (efedriin ja teofedriin). Sageli saadakse häid tulemusi sinepiplaastrite ja kuppude panemisega rindkerele. Levinud ja soovitatav on kummeli- ning 2%-lise soodalahuse sissehingamine, mida võib teha kodus. Võimaluse korral tuleb aerosoolravi puhul kasutada inhalaatoreid. Viimase eeliseks on ravimite pihustamine väikesteks osadeks (0,2—30 mikronit), mis tagab ravimi sattumise peenimatesse bronhidesse. Kõige enam rakendamist on leidnud leelise ja antibiootikumide (penitsilliin ja streptomütsiin) inhaleerimine. Leelise (näiteks söögisooda) inhaleerimine soodustab sitke röga veeldumist, vere ringlemist bronhide limaskestas ja bronhiaalnäärmete tegevust. Antibiootikumide inhaleeri-

mine on aga otseselt põletikuvastase toimega. Mõnikord on otstarbekohane antibiootikumidele lisada efedriini, adrenaliini või dimedrooli nende spasmolüütilise toime tõttu. Inhalatsioone tehakse kord päevas 10—20-minutilise seansina. Sissehingatav antibiootikumi hulk on 50 000—200 000 TÜ 4—6 ml lahuses. Antibiootikume süstitakse lihasesse ainult siis, kui tekib kahtlus bronhopneumoonia tüsistuse suhtes. Sama kehtib sulfaniilamiidide (norsulfasooli, sulfadimesiini jt.) tarvitamise kohta.

Ägeda bronhiidiga haige tavaliselt ei vaja hospitaliseerimist. Palavikuta kerget bronhiiti põetakse tihti püstijalu. Lastel ja vanematel inimestel kulgeb äge bronhiit raskemini ning põhjustab sageli tüsistusi, mistõttu nendel juhtudel on tingimata vajalik voodirežiim, üldtugevdav ravi ja südamevahendite (kofeiini, kordiamiini, kampri jt.) manustamine. Kroonilise bronhiidi korral on tarvis esmajoones ravida bronhiidi põhjust — kroonilist riniiti ja sinusiiti, südamekahjustust, kopsutuberkuloosi jt. Haigel tuleb tingimata loobuda suitsetamisest ja ka alkoholi tarvitamisest. Kui elukutse on seotud tolmu või kahjulike gaaside sissehingamisega, peab töökohta vahetama. Häid tulemusi annab kliimavahetus. Kuiva kõha ja vähese rögaeritusega katarraalsele bronhiidile mõjub hästi niiske merekliima, näiteks Krimmi rannikul. Rikkaliku rögaeritusega kroonilise bronhiidiga haige paranemist soodustab aga kuum kliima, näiteks Kesk-Aasias. Väga oluline on kehakultuuriga, eriti hingamisharjutustega tegelemine, samuti organismi regulaarne karastamine õhu, päikese ja vee abil.

Kroonilise bronhiidi medikamentoosne ravi sarnaneb ägeda bronhiidi omaga. Nagu ägeda bronhiidi korralgi, kasutatakse ka kõha vaigistavaid (kodeiini, dioniini) ja rögа lahtistavaid vahendeid (joodkaaliumi 3—5%-list lahust üks supilusikatäis kolm korda päevas, termopsise ürdi leotist, guajakipreparaate jt.). Kroonilise bronhiidi ravimiseks manustatakse efedriini, teofedriini ja eufülliini ning kummeliteed, soodat ja antibiootikume (inhalatsioonid). Viimasel ajal on hakatud tarvitama trüpsiini-inhalatsioone selle tugeva rögа veeldava toime tõttu (trüpsiini 50 mg, kaltsiumglükonaati 1 mg ja destilleeritud vett 9 ml). Peab mainima, et antibiootikume ja sulfaniilamiide kasutatakse kroonilise bronhiidi korral tunduvalt rohkem ja pikemate kuuridena kui ägeda bronhiidi puhul, kusjuures eelistatud on laia spektriga antibiootikumid — tetratsükliin, terramütsiin ja biomütsiin 500 000—1 000 000 TÜ päevas 10—14 päeva vältel. Kui kroonilisele bronhiidile on lisandunud astmaatiline komponent, määratakse raviks antibiootikume kombinatsioonis desensibiliseeriva, s. o. ärritusteraapiaga (autohemo-, proteinoteraapia), hormoone (prednisoloon, kortisoon, AKTH, insuliin), butadiooni, kaltsiumkloriidi jt. Ei tohi unustada vitamiine ja südamevahendeid.

Kroonilise bronhiidi ravi on kompleksne ja pikaajaline, mis nõuab patsiendilt ja meditsiinipersonalilt kannatlikkust ja distsipliini. Võib kindlalt öelda, et ravi edukus peitub eelkõige selle süstemaatilisuses.

Bronhiidi profülaktikas on kõige olulisem koht organismi süstemaatilisel karastamisel kehakultuuri, õhuvannide ja veeprotseduuride abil. Sel teel saavutatakse organismi kiire ja otstarbekohane adaptsioon väliskeskkonna tingimuste muutumise suhtes, millel on väga suur tähtsus organismi sattumisel ebasoodsatesse tingimustesse. Erilist tähelepanu tuleb pöörata riniidi, larüngiidi, sinusiidi ja tonsilliidi hoolikale ravimisele, sest praktika näitab, et suur osa bronhiitidest on tingitud või neid soodustavad eespool nimetatud põletikud. Gripiepideemiate levimisel on vajalik vaktsineerimine spetsiaalsete vaktsiinidega ja antibiootikumide profülaktiline kasutamine (penitsilliin koos ekmoliiniga ninna tilgutatuna). Kevaditi aitab bronhiiti haigestumist vältida C-vitamiini tarvitamine. Bronhiidi profülaktikas on tähtsal kohal tööruumide ventilee-

rimine ning suitsetamisest loobumine. Vältida tuleks ka liiga kuiva õhku töö- ja eluruumides. Kevaditi ja sügiseti, s. o. bronhiidi ägenemise perioodidel, võib korraldada profülaktilisi kuure sulfaniilamiidide ja antibiootikumidega. Kroonilise bronhiidi ägenemiste profülaktikas on esmajärgulise tähtsusega bronhiidi põhjuste avastamine ja nende likvideerimine (tonsilliidi, sinusiidi, südamehaiguste, kopsu põletikuliste haiguste jt. ravimine). Senini, kui püsib põhjus, säilib ka uute ägenemiste oht.

KIRJANDUS: 1. Смирнов Г. А. Медицинская сестра, 1963, 4, 35—39. — 2. Тушинский, М. Д., Цигельник А. Я., Щукарев К. А. Болезни системы дыхания. М., 1960. — 3. Sundermann, A. Lehrbuch der inneren Medizin. Jena, 1962.

БРОНХИТ

К. Валгма

Резюме

Часто не только больные, но и медицинские работники считают бронхит второстепенной болезнью, профилактика и лечение которой ограничивается беглым советом или выпиской рецепта случайного характера. Причиной такого отношения является очевидно довольно скромная симптоматология бронхита. Но если учесть состояния больных лечащихся в больницах и поликлиниках от бронхита и более тщательно изучить структуру заболеваемости болезнями дыхательных путей, то становится ясно, что на бронхит следует обратить самое серьезное внимание.

Описывается течение и лечение острого бронхита и течение хронического бронхита. Хронический бронхит, если его не лечить является прогрессирующим заболеванием, развитие которого зависит от частоты обострений. Часто хронический бронхит осложняют или сопутствуют ему хроническая интерстициальная пневмония, бронхоэктатическая болезнь, пневмосклероз, эмфизема легких и др. заболевания. Эти сопутствующие заболевания ухудшают прогноз заболевания хроническим бронхитом. Лечение хронического бронхита — комплексное и продолжительное, что требует как от пациента, так и от медицинского персонала терпения и дисциплины. Результат лечения прежде всего зависит от систематического его проведения. Поэтому на профилактику и лечение бронхита следует обратить очень серьезное внимание.

Sanitaarharidustöö

SANITAARHARIDUSTÖÖ SUUNDADEST

O. TAMM, Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja ja *H. ROOTS*, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» vastutav sekretär

Nõukogude riigi loomise algpäevadest alates pööras V. I. Lenin suurt tähelepanu rahva tervise eest hoolitsemisele. V. I. Lenini poolt väljaantud dekreetide ja rohkearvuliste riigi elu juhtivate dokumentide hulgas on tähtsal kohal rahva tervishoidu käsitlevad määrused, mis rajasid aluse nõukogude tervishoiu organisatsioonile ja selle arendamisele. Tollal määrati kindlaks ka nõukogude tervishoiukorralduse profülaktiline põhisuund, mis seisnes selles, et kergem on haigusi vältida kui haigeid ravida.

Tervete eluviiside propageerimisel ja haiguste ennetamisel etendab tähtsat osa sanitaarselgitustöö. Vastavalt meie riigi arenemisperioodidele on muutunud ka selle vormid ning meetodid.

NLKP XXII kongressi otsustes ja NLKP programmis on kõrvuti kom-

munismi materiaal-tehnilise baasi loomisega suurt tähelepanu pööratud elanike kultuuritaseme tõstmisele ja nende tervise säilitamisele. Ka NLKP Keskkomitee juunipleenumil rõhutati ideelise kasvatuse ja propagandatöö edasise parandamise vajadust, mille üheks lahutamatuks osaks on sanitaarharidustöö. NSV Liidu Ülemnõukogu kuuenda koosseisu neljandal istungjärgul pöörati tõsist tähelepanu sanitaar-hügieeniliste teadmiste laialdase levitamise vajadusele. Muuhulgas rõhutati, et meditsiinitöötajad peavad mitte ainult omandama uusimaid teaduse saavutusi, vaid varustama ka töötajaid meditsiiniliste teadmistega ning elanikke ja ühiskondlikke organisatsioone linnade ja külade sanitaarse olukorra parandamisele rohkem kaasa tõmbama.

Allpool vaatleme, kuidas meie vabariigis on sanitaarharidustööd seni korraldatud ja mida tuleks ette võtta selle edasiseks parandamiseks.

Teatavasti on meie vabariigis sanitaarharidustöö peamisteks juhtijateks olnud Tartus Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja ja Tallinna Sanitaarhariduse Maja ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamad. Sanitaarselgitustöös on kasutusele võetud mitmeid uusi vorme, näiteks terviseülikoolid ja -koolid, mis elanikkonna hulgas on leidnud suurt poolehoidu. Paljud tervisekoolide lõpetajad abistavad edukalt tervishoiuasutusi ühiskondlike aktivistidena. Vabariigi paljudes koolides on korraldatud huvitavaid temaatilisi õhtuid tervishoiu alal, mille tulemusena on paranenud isikliku hügieeni reeglite täitmine õpilaste hulgas. Elanikkonna tervishoiualaste teadmiste tõusu tagajärjel on paranenud sanitaarne olukord tööstusettevõtetes, sovhoosides ja kolhoosides. Linnades suureneb elanike endi poolt heakorrastatavate elamute arv. Mitmed ühiskondlikud organisatsioonid, eriti aga Eesti NSV Punase Risti Selts oma rohkearvulise aktiiviga, on palju ära teinud sanitaarhariduslike teadmiste levitamisel.

Eespool loetletud ja mitmed teised saavutused ei suuda aga varjata suuri lünki ja puudusi sanitaaralase propaganda korraldamisel vabariigis. Peamiseks lüngaks sanitaarharidustöös on põhisuunast kõrvalekaldumine. Haigustest, nende diagnoosimisest ja ravist on kirjutatud ja räägitud piisavalt, kuid tunduvalt vähem on tegeldud tervete eluviiside propageerimisega, tervise säilitamise ning haiguste vältimise küsimustega.

Tervishoiuasutuste sanitaarharidustöö aruannetega tutvumisel paistab juba pealiskaudsel vaatlemisel silma loengute, vestluste ja muude ürituste suur arv. Lähemal analüüsimisel aga selgub, et rohkearvulistele üritustele vaatamata on tulemused kesised. Tundub, et aruannete koostajad on läinud kergema vastupanu teed, püüdes peamiselt arvude varal näidata töö kvaliteeti.

Millest siis on selline olukord tingitud?

Hiljuti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil toimunud arutlus sanitaarharidustöö seisukorrast Pärnu linnas ja Võru ning Haapsalu rajoonis näitas, et üheks olulisemaks puuduseks on see, et sanitaarharidustööga tegelevatel meditsiinitöötajatel ei ole andmeid tehtud töö efektiivsusest. Nimetatud küsimust on meie vabariigis veel vähe uuritud. Seda on aga vaja teha, sest töö tulemusi teadmata ei ole võimalik seda ka õigesti planeerida. Mõni aeg tagasi alustas Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam sanitaarharidustöö efektiivsuse kompleksset uurimist. Esialgsed andmed näitavad, et sanitaarharidustöö tulemused on oodatavast tunduvalt väiksemad. Seda algatust tuleb jätkata ja süvendada, kuid on tarvis, et niisugust uurimist teostaksid ka teiste linnade ja rajoonide sanitaarharidustööga tegelevad tervishoiuasutused.

Teiseks puuduseks on asjaolu, et sanitaarselgitustöö ei toimu küllalt diferentseeritult, kuigi sellest on palju kõneldud. Seetõttu pole midagi imestada, et kuulajad loengute ja vestluste kaudu levitatavaid teadmisi tarvilikul määral ei omanda, mille tõttu ka nende eluviis ei muutu, s. o. nad ei rakenda propageeritavaid soovitusi igapäevases elus. Ei saa märki-

mata jätta ka seda, et teatav osa elanikkonnast ei ole otsese sanitaarharidustööga veel üldse hõlmatud. Ilmselt ei anna mitte kõik senini kasutatavad sanitaarharidustöö vormid soovitavaid tulemusi. Elu ise nõuab uute töövormide ja meetodite rakendamist, seda enam, et aasta-aastalt tõuseb elanikkonna üldine haridus- ja kultuuritase. Seepärast muutub näiteks asutustes ja ettevõtetes kohustuslikus korras toimuvate loengute efektiivsus väga küsitavaks (rääkimata lõunavaheajal peetavatest loengutest ja vestlustest, mis on tervishoiu seisukohalt täiesti lubamatu). Samuti tekib küsimus, mis kasu saab lugeja aastaid tagasi kirjutatud brošüüride lugemisest, mida pealegi kordustrükkidena aastast aastasse välja antakse ja kus korrutatakse kõigile ammu tuntud tõdesid. Pealegi ei satu enamik sanitaarhariduslikust kirjandusest üldse tervete kätte, vaid neid levitatakse haiglates, polikliinikutes ja teistes asutustes, kus viibivad või mida külastavad peamiselt haiged.

Ministeeriumi kolleegiumil ilmnes arutluse käigus, et sanitaarhariduse alal töötajad ei ole selgitustöö korraldamisel tarvitusele võtnud kaugeltki kõiki kaasaja meetodeid. Puudulikult on kasutatud võimalusi esinemiseks raadios ja televisioonis, samuti ei ole piisavalt kasutatud ajakirjanduse abi. Nähtavasti ei ole suudetud luua tihedat sidet ülalmainitud asutustega. Meie raadio- ja televisioonisaadete tase paraneb kogu aeg ja on võrdlemisi kõrge. Sellele vaatamata kuuleme ja näeme aeg-ajalt tervishoiualaseid saateid, mis ei ole veel vajalikul määral sisukad ja huvitavad ning jätavad kvaliteedilt soovida. Nähtavasti konsulteerivad raadio- ja televisioonitöötajad enne saate eetrisse andmist veel vähe vastava ala eriteadlastega.

Eespool öeldust nähtub, et sanitaarharidustöö praegune tase ei ole veel jõudnud tänapäeva nõuete kõrgusele. Kõrvuti mõningate ettevõetavate organisatsiooniliste muudatustega tuleb edaspidi hakata rohkem rõhku panema sanitaarharidustöö uute vormide ja meetodite rakendamisele ning töö kvaliteedi parandamisele.

Sanitaarharidustöö tähtsamaks lõiguks on selgitustöö lastevanemate ja koolinoorte hulgas. Just siin on tegevusväli kõige laiem ja töö kõige tänuväärsem. Varajases nooruses omandatud sanitaar-hügieenilised harjumused püsivad kogu elu jooksul. Tervete eluviiside kasvatamine noortes säilitab nende tervise ja tagab pika eluea. Koolinoorte hulgas tuleb eriti intensiivselt propageerida alkoholi ja suitsetamise kahjulikkust. Ei saa unarusse jätta ka seksuaalkasvatuse küsimusi. Vaja on luua pedagoogidega senisest tihedam kontakt ja neid sanitaarhügieeni ja teiste tervishoiualaste küsimuste õpetamisel rohkem abistada. Meie noorsoo õige kasvatamine ja tervislike eluviiside õpetamine olenevad ju suurel määral pedagoogidest.

Arvestades tööstuse jõudsat arenemist tuleb sanitaarharidustöös erilist tähelepanu pöörata ohutustehnika ja tööstustervishoiu küsimustele, sest need on tihedalt seotud traumatismi, kutsehaiguste ja samuti üldhaigestumisega. Siin tuleb lähtuda konkreetsetest töö- ja elutingimustest ning valida sellele vastavad sanitaarharidustöö vormid ja meetodid.

Viimasel ajal on meie maaelanike töö laad ja samuti asulate ilme tunduvalt muutunud. Põllutöö muutub üha enam mehhaniseerituks. laialdaselt rakendatakse mitmesuguseid uut tüüpi põllutöömasinaid. Kasutatakse rohkesti mitut liiki mürkkemikaale. Siinjuures peab aga märkima, et sanitaar-hügieeniliste küsimustega on maaelanikkonna hulgas seni liiga vähe tegeldud, millest tingituna ka sanitaarselgitustöö ei ole siin nõutaval kõrgusel. Aasta-aastalt suureneb sovhoosi- ja kolhoosikeskuste arv, kuid pahatihti ei ole uute ehituste püstitamisel järgitud sanitaarnõudeid. Piisab sellestki, kui mainida, et mitmes rajoonis (näiteks Paide, Haapsalu, Jõgeva jm.) ei rahulda olemasolevate saunade arv kaugeltki elanikkonna vajadusi.

Eespool on räägitud ülesannetest, mida meditsiinitöötajatel tuleb vahetult täita. Kuid siinkohal peab kohe märkima, et kui hästi ja energiliselt nad ka töötaksid, sellest üksi ei jätku. Sanitaarhariduse alal töötajatel tuleb senisest rohkem tähelepanu pöörata organisatsioonilistele küsimustele. On vaja kaasa tõmmata kõige laialdasem üldsus, eelkõige kooliõpetajad, kultuuritöötajad jt. Mingil juhul ei tohi kõrvale jääda ka tööstusettevõtete ja põllumajanduse juhtivad töötajad. Seal, kus sanitaarharidustöötajatel ei ole tihedat sidet asutuste ja ettevõtete administratsiooniga, jätab harilikult ka sanitaar-hügieeniline olukord tsehhides, farmides jm. soovida, ning vastupidi: seal, kus vastutavate isikute endi sanitaarhariduslikud teadmised on head, näeme ka paremaid tulemusi töös, kõrget tööviljakust ja tootmiskultuuri.

Sanitaarharidustööd ei saa teha šablooni järgi. Nagu iga teinegi töö, peab see olema loov, uudsust taotlev ja ajaga kaasaskäiv. Miks ei võiks Tartus Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja korraldada rohkem elanikkonda huvitavaid üritusi, näiteks näitusi otstarbekast toitlustamisest, elamuhügieenist jne. Koostöös Tallinna Kinostuudioga ei peaks olema võimatu valmistada kohalikele oludele vastavaid sanitaarhariduslikke filme. Samuti ei tohiks raske olla korraldada huvitavaid tervishoiualaseid viktoriine televisioonis ja mitmeid teisi üldsust kaasatõmbavaid üritusi.

Vabariigi sanitaarhariduse majad ja teised organisatsioonid annavad sanitaarselgitustööks välja mitmesugust kirjandust. See töö on aga kuni käesoleva ajani toimunud teataval määral isevoolu teed, seepärast on selle kirjanduse kvaliteet olnud kõikuv. Heade raamatute ja brošüüride («Varaealise lapse tervishoid», toim. L. Keres, H. Kadastik «Vestlusi noorukitele» jt.) kõrval on ilmunud ka mittevajalikke ja halvasti koostatud trükiseid.

Hiljuti loodi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi toimetus- ja kirjastusnõukogu, kes hakkab läbi vaatama ja planeerima kogu ministeeriumi allasutuste poolt väljaantavat, sealhulgas ka sanitaarhariduslikku kirjandust. Vaatamata igal aastal ilmuvate sanitaarhariduslike trükiste hulgale ei saa öelda, et selle kasvatav osatähtsus oleks piisav. Vabariigis on vaja hakata välja andma populaarteaduslikku tervishoiualast ajakirja, mis aitab tunduvalt kaasa elanikkonna kõige laialdasemate hulkade sanitaar-hügieeniliste teadmiste tõstmisele.

Meie vabariigi elanikkonna sanitaar-hügieeniliste teadmiste tõstmine, tervete eluviiside propageerimine ja võitlus terve kasvava põlvkonna eest kujutavad endast laia tööpõldu. Paljud ülesanded ootavad veel lahendamist. Nendega tulevad meie vabariigi tervishoiutöötajad kindlasti toime, kui nad oma töös esinevate raskuste puhul pöörduvad abi saamiseks partei ja nõukogude organite poole.

О НАПРАВЛЕНИЯХ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

О. Тамм и Х. Роотс

Резюме

В пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний значительную роль играет санитарно-просветительная работа. В санитарно-просветительной работе применяются различные новые формы, как например, университеты и школы здоровья, во многих школах проводятся интересные тематические вечера по охране здоровья и т. д. Общество Красного Креста Эстонской ССР и его многочисленный актив много сделали по распространению санитарно-просветительных знаний. В результате подъема знаний населения в области охраны здоровья улучшилось санитарное состояние в промышленных предприятиях, совхозах и колхозах. Перечисленные выше, а также многие другие достижения не могут заслонить больших недостатков по линии организации санитарно-просветительной работы в республике. Основным недостатком в санитарно-просветительной работе является отклонение её от главного направления. О болезнях, их диагностике и лечении говорилось и писалось достаточно, но значительно меньше внимание было обращено на пропаганду здорового образа

жизни, на вопросы охраны здоровья и предупреждение заболеваний. Одним из недостатков является отсутствие у медицинских работников сведений об эффективности проделанной санитарно-просветительной работы. Этот вопрос у нас в республике еще мало изучен. Это однако нужно делать, так как без сведений о результатах работы нельзя правильно планировать эту работу. Тартуская санитарно-эпидемиологическая станция начала недавно комплексное исследование эффективности санитарно-просветительной работы. Предварительные данные показывают, что результаты санитарно-просветительной работы значительно меньше предполагаемых. Необходимо, чтобы такое же исследование было бы проведено и учреждениями, проводящими санитарно-просветительную работу в других городах и районах республики. Недостаточно были обследованы возможности выступления в радио и по телевидению, также недостаточно была использована помощь периодической печати и т. д.

Из сказанного видно, что настоящий уровень санитарно-просветительной работы не отвечает требованиям предъявляемых к ней сегодняшним днем. Впредь необходимо обратить большее внимание на использование новых форм и методов санитарно-просветительной работы. Важнейшим отрезком санитарно-просветительной работы является разъяснительная работа среди родителей и школьной молодежи, так как санитарно-гигиенические навыки приобретенные в детстве сохраняются в течение всей жизни. Воспитание здорового образа жизни сохраняет здоровье молодых людей и способствует долголетию. Среди школьной молодежи нужно особенно интенсивно вести пропаганду о вреде алкоголя и курения. Нельзя забывать вопросы полового воспитания. Необходимо создать более тесный контакт с педагогами и больше помогать им в работе по обучению школьников санитарно-гигиеническим навыкам. Необходимо больше организовать различных мероприятий, интересующих население — выставки о рациональном питании, гигиене жилища, викторины на темы по охране здоровья в телевидении и т. д.

Несмотря на количество ежегодно издающейся санитарно-просветительной литературы, нельзя сказать, что воспитательное значение было бы достаточно. В республике необходимо издавать научно-популярный санитарно-просветительный журнал, который несомненно значительно содействовал бы повышению уровня санитарно-гигиенических знаний широких масс населения.

Arstiteaduse ajaloost

MÄRKMEID LAHINGUTEEDELT

(Eesti NSV saarte vabastamisest 1944. a.)

Arstiteaduse kandidaat *A. NORDBERG*

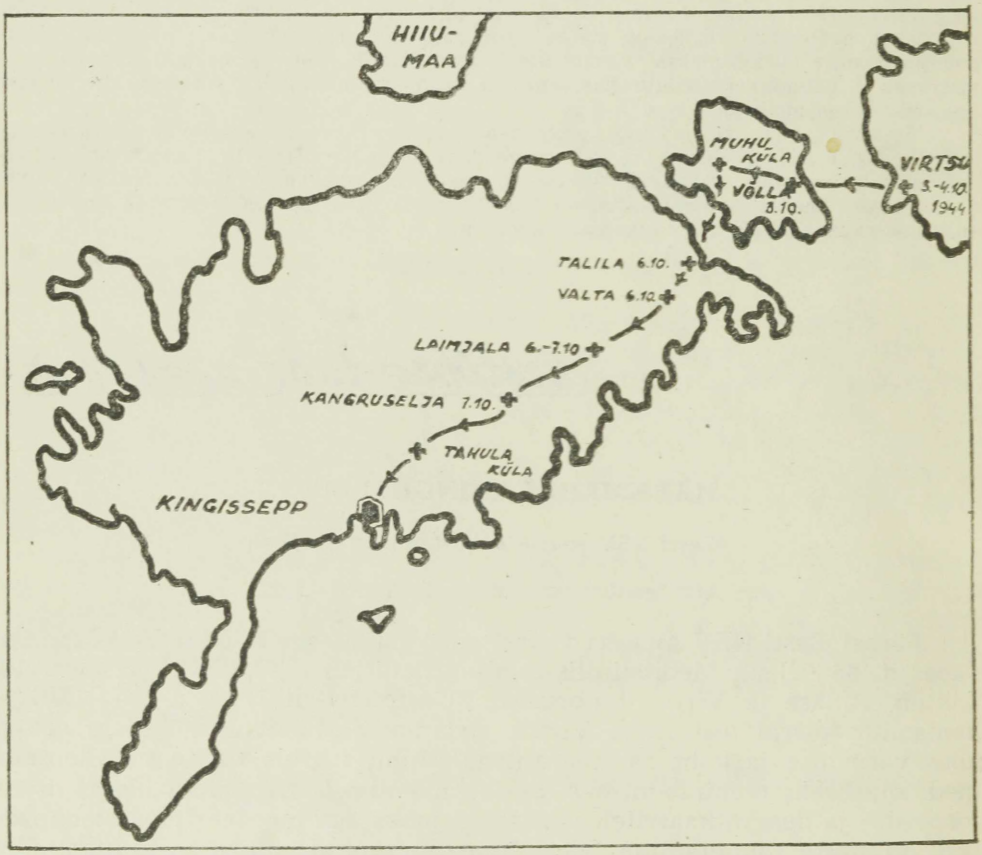
Pärast Eesti NSV mandri vabastamist paiknesid 7. Eesti Laskurdiviisi väeosad [86. Üksik Meditsiinilis-Sanitaarpataljon (ÜMSP) kaasa arvatud] Lihula, Ridase ja Virtsu ümbruses. 30. septembril 1944. a. sai ÜMSP-i komandör korralduse saata Virtsu sadamasse meditsiinitöötajate grupp koos varustuse ja kahe sanitaarautoga Muhu saarele tungivate väeosade meditsiiniliseks teenindamiseks. 8—9 km laiuse Suure väina ületas diviis torpeedo- ja dessantkaatritel, varustuse jaoks aga monteeriti pontoonparved. Viimaste toimetamine üle väina oli seotud suure ajakuluga: ühe parve ülesõit kestis 4—5 tundi. Tuulise ilmaga ei saadud parvi aga üldse kasutusele võtta, mistõttu oli raskusi autode transportimisega Muhu saarele.

Virtsu sadamas avati meditsiinipunkt, mille juhatajaks määrati arst E. Müllerbek. Haavatute kandmine kaatritelt meditsiinipunkti oli 15 sanitari-kanduri ülesandeks. Nende brigaad töötas meditsiiniteenistuse vanemleitnant M. Asovi juhtimisel. Hiljem võttis selle meditsiinipunkti kohustused endale 138. Välipeaevakueerimispunkt (ГОПЭП).

Et sanitaarautosid ei olnud veel võimalik Muhu saarele toimetada, siirdus sinna grupp meditsiinitöötajaid, kel oli kaasas ainult hädavajalik varustus (sidumismaterjal, kanderaamid, instrumendid jms.). Nad avasid Kuivastus meditsiinipunkti, kus olid operatsiooniruum, sidumistuba

ja osakond evakueerimisele kuuluvate haavatute paigutamiseks. Haigete saatmiseks mandrile kasutati tühjalt tagasisõitvaid transpordivahendeid.

2. oktoobril viidi üle Suure väina veel teine ÜMSP-i grupp, mida juhtis operatsiooni-sidumisrühma komandör, meditsiiniteenistuse kapten A. Seppo. Nemadki said ühes võtta ainult kaasaskantava varustuse. 3. oktoobril avati diviisi meditsiinipunkt Võlla asulas ja juba järgmisel päeval Muhu külas. 4. oktoobril õnnestus Muhu saarele suunata ka esimene auto meditsiinilise varustusega, mida oodati juba pikisilmi. Auto ja täiendava varustuse päralejõudmine võimaldas täies ulatuses tööle asuda nii operatsiooni-sidumisrühmal kui ka hospidalirühmal. See oli hädavajalik, sest ees seisid lahingud Väikese väina (laius ligi 2 km) ületamiseks ja Saaremaale jõudmiseks. Diviisi meditsiinipunkt sai korralduse haavatute vastuvõtuks valmistuda. Väikese väina forsseerimise eel oli Muhu saarel asuvate polkude sanitaarroodudel kaasas samuti ainult kantav varustus, kuna ka nende transpordivahendid ei olnud veel Virtsust kohale jõudnud. ÜMSP-i käsutuses oli siis küll juba 4 sanitaarautot,



86. ÜMSP-i liikumise skeem Eesti NSV saarte vabastamise lahingute ajal

kuid saabumata olid veel telgid ja köök. ÜMSP kooskõlastas oma tegevusplaani väeosade lahinguplaanidega. Et 300. laskurpolgu ülesandeks Väikese väina ületamisel oli vaenlasele pealöögi andmine, suunati ÜMSP-ist selle polgu sanitaarroodudele abiks veel grupp meditsiinitöötajaid ja 2 sanitaarautot.

Pärast Muhu saart ja Saaremaad ühendava tammi vabastamist ja selle korrastamist sõitis Saaremaale kirurgiagrupp, mis diviisikomandöri korraldusel asus tööle Valta külas. Siin avati ajutiselt ka diviisi meditsiinipunkt.

Valtasse jõudmisel valitses külas täielik vaikus. Elumajade ja teiste hoonete uksed olid pärani lahti. Polnud näha ühtegi inimest. Oma autod peatasime küla keskel, et selgitada, milles asi seisab. Minuti kümne pärast väljus ühe hoone nurga tagant ärritunud ilmega naine, kes ajas enda ees lehma. Ta seletas, et sakslased olid külast alles tund aega tagasi lahkunud, viies kaasa kõik võimaliku. Kiiruga olid nad tapnud ka enamiku külaelanike loomadest, jättes tänavale ja õuedele vedelema nende sooled.

Diviisi meditsiinipunktile uue asukoha otsimise ajal ründasid vaenlase lennukid 27. laskurpolgu edasiliikuvaid kolonne. Et polgu võitlejad ja ohvitserid varjusid maanteekraavides ja võsastikus, ei olnud nende keskel haavatuid.

Diviisi meditsiinipunkti järgmiseks asukohaks valisime Laimjala küla. Kohalikus vallamajas avati operatsiooniruumid ja evakueerimisosakond. 7. oktoobri hommikuks olid kõik haavatud polkudest ÜMSP-i saadetud ja neile anti kirurgilist abi. Hiljem transporditi haavatud sadamasse. Et väeosad kiiresti edasi liikusid, venis haavatute evakueerimistee kuni 50 kilomeetri pikkuseks. Saabus korraldus ÜMSP-i ümberpaigutamiseks Kuressaarest 20 kilomeetri kaugusel asuvasse Kangruselja külla. Uude asukohta sõitis esialgu vastuvõtu-sorteerimisrühm, kuid kohale jäi hospidalirühm meditsiiniteenistuse major J. Mäe juhtimisel. Kangruseljal majutati diviisi meditsiinipunkt kahte tallu, tööle asusid vastuvõtu-sorteerimisrühm ning samuti ka sidumisrühm. Et hospidalirühm jäi Laimjalasse, pidi haavatuid teenindama evakueerimis-transpordirühm.

ÜMSP-i tegevus oli sel perioodil võrdlemisi keerukas ja suurte raskustega seotud. Kui meditsiinipataljoni eelgrupp jõudis 7. oktoobril Kangruseljale ja valmistus Kuressaare vabastamise lahinguteks, siis asus ülejäänud osa koosseisust ja ka varustusest hajutatuna saarte asulates ja koguni mandril. Nii jäi hospidaliroodu komandör koos haavatutega Laimjalasse. Valtas viibis kirurgiagrupp arst H. Prossi juhtimisel, kus hoolitseti haavatute eest, keda ei olnud võimalik transportida. Hospidalirühma ordinaator G. Maak asus raskesti haavatutega Muhu asulas. Kuivastu sadamas korraldas meditsiiniteenistuse kapten E. Melts kümne sanitari-kanduri kaasabil haavatute paigutamist kaatritele, Virtsu sadamas juhtis haavatute edasisaatmist aga meditsiiniteenistuse vanemleitnant M. Asov. ÜMSP meditsiiniroodu komandör, meditsiiniteenistuse alampolkovnik K. Niggol töötas aga juba 23. septembrist alates Tallinna Linna Keskhaiglas. Rohkem kui pool meditsiinilisest varustusest ootas edasisaatmist Virtsus. Alles 8. oktoobril toimetati 2 autot ja köök Saaremaale. Polnud tagasi jõudnud ka auto Palalt, kuhu sõitis varustust ära tooma meditsiiniteenistuse kapten B. Pšenitšnikov. Seega hõlmas ÜMSP-i tegevus sadu kilomeetreid. Saaremaal transportisid haavatuid vajaduse korral isegi kohalikud elanikud oma hobuveokitel. Peab ütlema, et mõnes keerukas olukorras osutasid Saaremaa elanikud meditsiinitöötajatele hindamatut abi. Polkude sanitaarroodudel polnud autosid, sest need ei olnud mandrilt veel kohale jõudnud. Polkude meditsiinitöötajad kogusid haavatud üksikutesse punktidesse, kust ÜMSP-il tuli neid edasi toimetada.

9. oktoobril jõudis ÜMSP-i koosseis äsja vabastatud Kuressaare linna, kus asuti kohalikku haiglasse. Siin valitses lausa kaos. Kõikjal paistis silma, et sakslased olid lahkunud ülepeakaela. Operatsioonisaalide ja sidumisruumide põrandatel olid värske vere jäljed. Kõikjal vedelesid verised instrumendid, sidemed ja pesu. Jäi mulje, et vaenlase kirurgid olid pooleli jätnud isegi käimasolevad operatsioonid ja kiiresti transportinud oma haavatud laevadele. Mõne tunniga korrastasime haigla ja olime jälle valmis haavatuid vastu võtma.

Tänu Kuressaare kiirele vabastamisele olid säilinud suuremad ehitused ja ettevõtted. Osa hooneist oli küll mineeritud, kuid kohalikud elanikud eemaldasid süütenöörid neilt õigeaegselt. Kui hospidal 10. oktoobril Kuressaarde jõudis, andsime haigla ja haavatud sellele üle. ÜMSP paigutati aga Pruuli tänavas nr. 8 asuvasse kahte kahekorruselisse majja, mis rahuldas täielikult meie vajadusi.



86. ÜMSP-i endised võitlejad kokkutulekul 1963. a.

12. oktoobril siirdus 300. laskurpolk dessandile Sõrve sääre vabastamiseks. Lõuna paiku hakkas ÜMSP-i haavatuid saabuma, kusjuures kogu päeva jooksul anti abi 52 inimesele. Tegime väljasõidu ka Sõrve säärele, kus otsisime sobivat kohta diviisi meditsiinipunkti avamiseks. 24. oktoobril toodi ÜMSP-i juba 130 haavatut. Pärast nende abistamist ja tagalasse evakueerimist saime loa järgneda Saaremaalt lahkuvatele diviisi väeosadele. 1. novembriks jõudsid viimased ÜMSP-i autod mandrile. Sellega oli lõppenud 7. Eesti Laskurdiviisi 86. ÜMSP-i tegevus meie saarte vabastamisel. Okupandid olid meie sünnimaalt välja kihutatud. Et vaenlane polnud veel mujal lõplikult purustatud, hakkasime valmistuma uuteks lahinguteks.

ЗАМЕТКИ О БОЕВЫХ ПУТЯХ

А. Нордберг

Резюме

После освобождения материковой части Эстонской ССР Эстонская 7. стрелковая дивизия, а также ее 86. отдельный медико-санитарной батальон (ОМСБ), дислоцировались около Лихула, Ридасе и Виртсу.

Перед форсированием пролива Суур-Вяйн, в гавани Виртсу был развернут медицинский пункт, задачей которого было обслуживание воинских частей перебрасываемых на о. Муху. Начальником медпункта была врач Е. Мюллербек. Транспортировкой раненых с катеров в медпункт руководил ст. лейтенант м/сл М. Азов. После освобождения о. Муху из ОМСБ туда были направлены две группы. Дивизионные медицинские пункты были развернуты 3 октября в поселке Выллa и деревне Муху. Уже на следующий день операционно-перевязочное отделение и транспортный взвод работали с полной нагрузкой.

Деятельность ОМСБ была согласована с боевым планом воинских частей. Так как предстояло форсирование пролива Вяйке-Вяйн и задачей 300 стрелкового полка было

нанесение основного удара, по этому санитарной роте полка была придана еще группа медработников и санитарные автомашины.

За продвигавшимися частями на Сааремаа проследовала группа хирургов, начавших работать в дер. Вальта. Тамже был временно развернут дивизионный медпункт, который позже был перенесен в дер. Лаймъяла. Так как части стремительно продвигались, путь эвакуации раненых удлинился до 50 км и ОМСБ был перенесен в дер. Кангруселья.

Деятельность ОМСБ в период освобождения островов была довольно сложной и связанной с большими трудностями. Подразделения ОМСБ находились друг от друга иногда на большом расстоянии, так как часть из них находилась еще на материке. Несмотря на все трудности и сложность рабочей обстановки ОМСБ справился с возложенной на него задачей. После окончания боев за освобождение Сааремаа ОМСБ последовал за покидавшими остров частями дивизии. 1 ноября последние автомашины ОМСБ переправились на материк, закончив таким образом деятельность 86-го ОМСБ по освобождению наших островов.

---

20 AASTAT TAGASI

Arstiteaduse kandidaat *H. PIHL*

Suur Isamaasõda oli kestnud juba ligi kolm aastat. Vaatamata Punaarmee hiilgavatele võitudele tallasid hitlerlaste sõdurisaapad ikka veel meie kodumaa pinda. Okupatsiooniahelais vaevles ka meie sünnimaa — Eesti.

1944. aasta algul alustasid edukat pealetungi Leningradi ja Volhovi rinde väed. 19. jaanuaril kihutati vaenlane välja Krasnoje Selost ja Peterhofist. 1. veebruaril oli Moskvas saluut Kingissepa linna vabastamise puhul. Nõukogude Informatsioonibüroo teateis hakati kõnelema juba Narva rindejoonest. Need sündmused erutasid kõiki sel ajal Moskvas viibivaid eestlasi. Kadus ka rahulik asjalikkus Sobinovi põiktänavas asuvas Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu alalise esinduse hoones. Kõigil muutus järsku väga kiireks: otse jooksusammul ületati valgest marmorist trepiastmeid, nobedasti tippisid masinakirjutajad, pidevalt toimusid telefonikõned. Leningradi suunamiseks hakati looma operatiivgruppe, kes said ülesandeks taastada nõukogude kord vabastatud Eesti maakondades.

Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi (Eesti NSV TRK) tööd juhtisid tol ajal rahvakomissar V. Hion ja tema asetäitja A. Reiman. 1941. a. lõpul ja 1942. a. algul tegelesid nad meditsiinikaadri koondamisega formeeritavatesse Eesti rahvuslikesse väeosadesse. Punaarmees võitlevatele eestlastele puhkekodu loomisel Tutajevos (Jaroslavli lähedal) suunasid nad sinna meditsiinipersonali. Nii asusid seal tööle Š. Haitov, A. Striž, V. Haldre jt. Tambovis avati Eesti Velskrite-Ämmaemandate Erikool, mille direktoriks oli algul V. Saulin, hiljem V. Savi. 1943. aastal korraldati Eesti NSV TRK algatusel Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudis kuuekuulised kursused tervishoiuorganisatsiooni alal, millest võtsid osa Punaarmeest G. Maak, P. Kalju ja A. Kuusik ning eraisikutest R. Jakobson, V. Savi ja R. Vigodski. 1943. a. novembrist kuni 1944. a. veebruarikuuni toimus Sverdlovskis Uraali sõjaväeringkonna juures sanitaararsti abide ettevalmistamine. Kursantideks olid peamiselt Eesti rahvusliku väekoondise tagavarapolgu meditsiinitöötajad, nagu E. Kivilo, V. Kovalenko, A. Saar jt.

1943. a. sügisel hakkas Moskvasse saabuma ka eestlastest üliõpilasi, kes Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu taotlusel demobiliseeriti. Nii jõudsid tagavarapolgust siia E. Vagane ja D. Faiman, kes suunati õppima Moskva Farmaatsiainstituuti, samuti K. Klenski, kes jätkas õpinguid Moskva 2. Meditsiiniinstituudis. Viimases jätkasid õpinguid ka novembris kohalejõudnud arstiteaduse üliõpilased M. Eitelberg, G. Loogna, A. Räni ja käesolevate ridade kirjutaja. Üheaegselt õppetööga anti

meile Eesti NSV TRK-lt pidevalt mitmesuguseid ülesandeid. Tõlkisime eesti keelde mitmesuguste tervishoiuasutuste juhendeid ja eeskirju. Töötasime NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadi kaadriosakonnas, kus kartoteegi andmeil koostasime nimekirju eesti rahvusest arstide ja farmatseutide kohta. Hankisime mitmesugustest asutustest ja ettevõtetest ravimeid ning meditsiinilist varustust. G. Loogna muretses juba tollal Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu jaoks raamatuid, ning Eesti NSV-sse tagasijõudmisel oli neid ligi 4000.

Meditsiinilise varustuse valitsuse ülema funktsioone täitis sel ajal J. Pakkin. Plaani- ja rahandusküsimustega tegeles A. Koppel, kes V. Hioni taotlusel NSV Liidu Tervishoiu Rahvakomissariaadist üle toodi, Punase Risti Seltsi tööd hakkas korraldama armeest äsja demobiliseeritud A. Kuusik.

Varsti tuli meil aga õpingud katkestada, sest oli oodata Eesti NSV peatset vabastamist. 7. veebruaril 1944. a. jõudsin koos teiste operatiivgruppi kuuluvate seltsimeestega Leningradi. Eesti NSV TRK rühmitus sellega kaheks. Moskva grupi tegevust jäi juhtima V. Hion, Leningradi sõitis koos meiega A. Reiman. Kangelaslinna jõudsime erirongiga külmal varahommikul. Meid majutati Moskva vaksali naabruses asuvatesse võõrastemajadesse «Oktoober» ja «Severnaja». Leningrad oli sel ajal omandamas juba tagalalinna ilmet. Ainult harva kostis veel Karjala maakitsuselt kauge kahurite mürin. Kui mõnel üksikul vaenlase lennukil õnnestuski linna õhuruumi jõuda, pidi ta marulise õhutõrjetule tõttu kiiresti põgenema. Nevski prospektil ja teistel kesklinna tänavail polnud sõja jälgi peaaegu märgatagi. Purustatud hoonete fassaadid olid siin-seal parandatud vineeriplaatidega. Ainult üksikud mürsu- või pommikillud olid täksinud Iisaku katedraali graniitsambaid ja Talvepalee seinu. Endiselt sirutusid kõrgustesse Peeter-Pauli kindluse ja admiraliteedihoone nooljad tornid. Mälestusmärkidelt hakati eemaldama liivakotte ja kaitsetellinguid.



Foto 1. Grupp Eesti NSV kursante. Vasakult paremale 1. O. Nuutre, 2. L. Schwartz, 3. H. Pihl, 4. A. Blum, 5. H. Nigol, 6. M. Heger, 7. K. Klenski, 8. S. Kõiv, 9. Š. Haitov, 10. A. Kuusik. Foto on tehtud 1944. a. suvel Leningradi S. M. Kirovi nim. Riikliku Arstide Täiendusinstituudi peahoone ees (Saltõkov-Štšedrini t. nr. 41). Uksest vasakul näha Leningradi kaitsmise perioodil seinasse raiutud laskeava

Arvamus, et Leningradis viibimine kujuneb meil ainult lühikeseks vahepeatuseks, osutus ekslikuks. Sõltuvalt sündmustest rindel ei jõudnud me Eestisse mitte 1944. aasta kevadel, vaid alles sügisel. Nii olime Leningradi kodanikeks ligi pool aastat. Meie pere suurenes jõudsasti: pidevalt saabus juurde arste, farmatseute ja keskharidusega meditsiinitöötajaid. Nende seas oli rindevõitlejaid, evakueerituid ja ka pikemat

aega nõukogude korra tingimustes elanud ning töötanud eestlastest spetsialiste, nagu A. Blum, E. Luht, S. Kõiv, L. Sipelgas jt.

Leningradis viibimise periood kujunes üsna tegevusrohkeks. Siin jätkus juba Moskvas alanud kaadri ettevalmistamine ja ravimite ning meditsiinilise varustuse hankimine. Peatselt avanes meil võimalus mõne nädala kestel tutvuda Leningradi naha- ja suguhaiguste asutuste tööga. Sellele järgnesid linna sanitaar- ja epidemioloogiajaamas lühiajalised õppused nakkushaiguste bakterioloogilise ja seroloogilise diagnoosimise alal. Kesksemateks kujunesid aga Leningradi S. M. Kirovi nim. Arstide Täiendusinstituudis korraldatud kursused tervishoiu organisatsiooni ja epidemioloogia alal (vt. foto 1). Mõlematest võttis osa paarkümmend isikut. Instituut võimaldas meil kasutada ka oma sööklat ja ühiselamut. Kursustel esinesid loengutega ja korraldasid praktikume tuntud spetsialistid, nagu hügienist S. Frenkel, prof. E. Ben jt. Õppetöö raames planeerisime konkreetselt Eestis avamisele kuuluva ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu ja koosseisud, arvestades elanike arvu ning kohalikke tingimusi. Kui asuti komplekteerima peatselt vabastatava Eesti NSV üksikute maakondade ja linnade operatiivgruppe, siis lülitati igasse ühte neist vähemalt üks meditsiinitöötaja, kes peatselt võisidki kursustel omandatud teadmisi ka praktiliselt rakendada. Nii määrati Võru maakonna operatiivgruppi tervishoiuosakonna juhataja kohuseid täitma S. Kõiv, Valga maakonna gruppi K. Klenski, Tartu linna A. Kalju, Tartu maakonda V. Haldre, Viljandi maakonda A. Blum, Pärnusse Š. Haitov, Haapsalusse M. Heger, Harju maakonda V. Miländer, Virumaale T. Feiman ja Saaremaale O. Oberschneider.

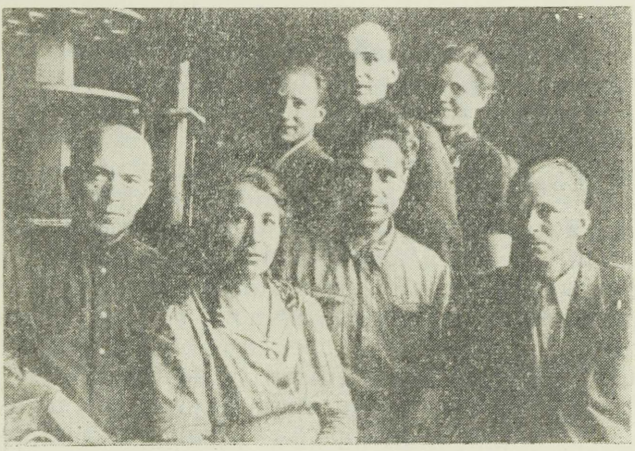


Foto 2. Grupp Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi apteegitöötajaid Leningradis 1944. a. suvel. Esimeses reas vasakult paremale 1. E. Liiv, 2. R. Pustõnskaja, 3. J. Pats, 4. E. Telliskivi. Teises reas: 1. D. Faiman, 2. E. Vagane, 3. G. Rodionova

Tublit tööd tegid sel ajal Leningradis apteegitöötajad S. Telliskivi (Eesti NSV TRK Apteekide Peavalitsuse ülem), E. Vagane, D. Faiman jt. (vt. foto 2). Rahvakomissar V. Hioni energilise tegevuse tulemusena koondati sel perioodil Leningradi üle 3 miljoni rubla eest ravimeid ja meditsiinilist varustust. Aeg-ajalt tuli meil kõigil käed külge panna saabuvate vagunite mahalaadimisel ja kauba ladudesse paigutamisel.

1944. aasta kevadel asusid leningradlased linna taastamistöödele. Loomulikult ei saanud ka kangelaslinnas viibivad eestlased jääda pealtvaatajateks. Kõigepealt hakkasime korrastama Marsi väljakut. Blokaadi ajal oli seda avarat haljasala kasutatud kartulipõlluna — häda ju sundis selleks. Nüüd aga rajati siia uuesti kõnniteid ja tulbi- ning roosipeenraid. Marsi väljakult siirdusime Ohta silla ümbruses asuvaid varemeid lammutama. Nähtavasti ründasid sakslased Smolnõi läheduse tõttu seda rajooni eriti raevukalt. Smolnõi, Suure Oktoobrirevolutsiooni peastaap, jäi aga nende poolt tabamata. Luure- ja pommituslennukite eksiteele viimiseks kasutati selle ajaloolise hoonete ansambli maskeerimiseks varje-

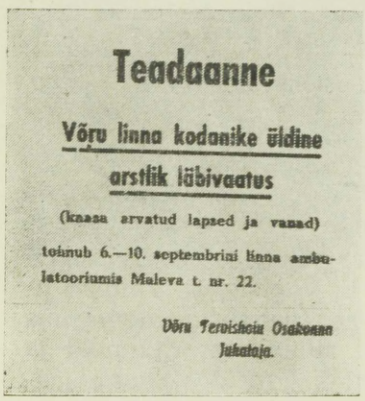
võrke ja isegi asfaldile maalitud pettehooneid. Leningradi TSN Täitevkomiteelt saime kangelaslinna taastamisest osavõtu eest kaunilt kujundatud tõendid.

Narva rindel võitlevad väed vabastasid esimesed Virumaa vallad, mis tõi suuri muutusi ka meie ellu. Lahingupiirkondade elanikud evakueeriti Eesti NSV-st ajutiselt Kingissepa ümbruse küladesse. Uusasukate keskuseks kujunes siin Kaibolovo küla. Meile tehti ülesandeks korraldada oma kodukohtadest lahkunud kaasmaalaste meditsiiniline teenindamine.

Esimest korda sõitsime Kingisseppa lahtisel veoautol. Jätnud seljataha Leningradi varemeis äärelinnad, jõudsime hiljutiste hiigellahingute rajooni. Kohati oli siin pinnas mürskudest ja pommidest lausa pahupidi pööratud. Metsatukkadest olid säilinud ainult üksikud mustendavad puutüved. Kõikjal laiusid miiniväljad hoiatussiltidega. Siin ja seal konutasid abitult mitmesuguse suuruse ja kaliibriga sõjamasinad, ühel terassoomuses haigutav mürsuauk, teisel purustatud roomikud. Mõnegi hiigelkahuri toru oli aga piibuna kõverdunud.

Kingissepast Kaibolovosse läksime jalgsi. Peale Kaibolovo olid evakueeritud paigutatud veel mitmesse naaberkülla. Nendes rajasime ambulatooriumid. Avati ka apteek ja V. Saulini juhtimisel haigla koos sünnitusosakonnaga. Evakueeritute endi keskelt valisime sanitaaraktiivi, kelle liikmed pärast lühiajalist ettevalmistust asusid tööle ühiskondlike sanitaarvolinikena. Nende ülesandeks oli käia majast majja haigete õigeaegseks avastamiseks, samuti kuulus neile elamute, kaevude ja saunade sanitaarse olukorra kontrollimine. Korraldasime evakueeritute kaitsesüstimise kõhutüüfuse ja paratüüfuste vastu. Lapsi vaktsineerisime difteeria anatoksiiniga. Kõik need abinõud vältisid nakkushaiguste puhangute tekkimist. Toimus ka evakueeritute loendus ja profülaktiline arstlik läbivaatus. Saadud demograafilised ja meditsiinilised andmed võimaldasid teha mõningaid oletusi kogu Eesti elanikkonna tervisliku olukorra kohta.

10. juunil murdsid meie väed läbi soomlaste kindlustusliini Karjala maakitsusel. 26. juulil vabastati Narva. Juba juuli viimastel päevadel avati Narvas esimene ambulatoorium, mida hakkas juhtima meie keskelt kohalesõitnud arst T. Feiman.


Teadaanne

Võru linna kodanike üldine arstlik läbivaatus

(kaasa arvatud lapsed ja vanad)

toimub 6.—10. septembrini linna ambulatooriumis Maleva t. nr. 22.

Võru Tervishoiu Osakonna Juhataja.

Foto 3

Neil päevil pakkisime kõik oma kohvreid ja seljakotte, sest hakkas saabuma rõõmustavaid teateid Pihkva järvest lõuna pool asuvatest rindelõikudest. 31. juulil vabastati Izborsk ja 11. augustil Petseri. Võru vabastamise järel 13. augustil otsustati Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu Leningradist üle viia Võrru. Lahkusin Leningradist ühe esimese Eesti NSV-sse suunduva ešeloniga. Reis kestis 2—3 päeva. Sünnimaa pinnale jõudsime päikesepaistelisel õhtupoolikul. Rong aeglustas käiku ja peatus lõpuks. Hardumuses väljusime vagunitest. Oli saabunud hetk, mida olime oodanud üle kolme aasta nii rindel kui ka karmi sõja tagala raskustes. Meeleliigutusest pigistasime üksteise käsi, paljude silmad täitusid pisaratega. Südamlike sõnadega pöördus meie poole kirjanik August Alle.

Võrru jõudsime järgmise päeva õhtul. Ka siin oli rohkesti sõjast tingitud purustusi. Suurem osa kesklinnast oli varemetes. Tervishoiuosakonna juhatajalt S. Kõivult, kes oli meist mõni päev varem kohale saabunud, kuulsime, et Võru vabastamisel töötas maakonnas ainult kolm

tervishoiuasutust: Võru Linna Haigla eesotsas kirurg A. Kõrega ja Räpina ning Varstu maa-arstijaoskonna ambulatooriumid. Paljud tervishoiuasutused ja apteegid olid kas põletatud või purustatud. Võru jättis tol ajal täielikult rindelähedase linna mulje. Aeg-ajalt oli kuulda kaugenevat kahurimürinat. Vaatamata tugevale õhutõrjetulele õnnestus üksikuil vaenlase lennukeil mõnikord tungida linna kohale ja pilduda siia-sinna isegi mõne pommi.

Juba esimestel päevadel pärast kohalejõudmist kogesime, et okupatsioonivõimud olid Eestis osutanud vähe tähelepanu nakkushaiguste profülaktikale. Võru linnas ja maakonnas esines kõhutüüfusesse ja tähnilisse soetõppe haigestumise juhte. Võrdlemisi laialdaselt oli levinud difteeria. Tuli hakata rakendama mõjusaid abinõusid selle okupatsiooniperioodi ebameeldiva pärandi kõrvaldamiseks. Et avastada kõiki haigeid, hakkasid meditsiinitöötajad käima majast majja. Nakkushaiged isoleeriti, kolded desinfitseeriti ja haigetega kokkupuutunud isikud võeti arvele. Korraldati kaitsesüstimisi kõhutüüfuse ja difteeria vastu. Toimus kogu Võru linna elanikkonna arstlik läbivaatus ja sanitaarkorrastus. Nende abinõude heaks kordaminekuks aitasid mõnevõrra kaasa ka elanikkonna keskel levitatavad lendlehed (vt. foto 3 ja 4).

Teadaanne

Võru linna kodanikele

VTK Tervishoiuosakonna korraldusel toimuvad:

1. Kõigile kodanikele **alates 12. eluaastast tüüfusevastased kaitsesüstimised:**

11. sept. kella 9—6 p. l. elanikud Roosi ja Tartu tänavate vahel asuvaist elumajadest (Tartu tänav kaasa arvatud).

12. sept. kella 9—6 p. l. elanikud Tartu ja Liiva tänavate vahel asuvaist elumajadest (Liiva tänav kaasa arvatud).

13. sept. kella 9—6 p. l. elanikud Liiva tänava ja raudteejaama vahel asuvaist elumajadest.

2. Kõigile Võru linna lastele **6. kuust kuni 12. eluaastani difteriidivastased kaitsesüstimised on 11.—13. septembrini kella 9—6 p. l. Kaitsesüstimiste koht:** Võru linna ambulatoorium Maleva t. 22.

Märkus: Kaitsesüstimiste suhtes maakonnas järgneb erikorraldus.

Tervishoiu Osakonna Juhataja.

Foto 4

Pärast Valga vabastamist suunati mind TRK esindajana abistama sinna tervishoiuosakonna juhatajana tööle asunud K. Klenskit. Tallinna jõudsin alles 1944. a. hilissügisel, kus ootasid töörohked päevad TRK Epideemiatõrje Valitsuse vaneminspektorina.

See kõik oli 20 aastat tagasi. Vahepeal on mitmed eespool nimetatud isikutest meie keskelt jäädavalt lahkunud. Mälestame neid suurima austuse ja hardusega. Mõnigi meist viibib juba väljateenitud vanaduspuhkusel. Paljud aga jätkavad senini oma tööd.

20 ЛЕТ ТОМУ НАЗАД

Х. Пихль

Резюме

Очерк о работе находившихся в период Великой Отечественной войны в тылу работников Народного комиссариата здравоохранения Эстонской ССР.

---

20 AASTAT RIIKLIKKU TEADUSLIKKU MEDITSIINILIST RAAMATUKOGU

1943/1944. a. talvel, mil Suure Isamaasõja käigus oli toimunud otsustav murrang ja Nõukogude armee andis fašistlikele okupantidele üha purustavamaid hoope, hakkas tollal Moskvas asuv Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaat tegema mitmekülgseid ettevalmistusi tervishoiuvõrgu taastamiseks peatselt vabastatavas Eestis. Muude ürituste hulgas

alustati Moskvas ka Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu (RTMR) rajamisega, mis 3. novembril 1944. a. avas uksed Tallinnas, Uus t. 3. Tänavu tähistab see, meie vabariigi üks rikkalikumaid erialaseid raamatukogusid oma 20-aastase tegevuse juubelit. Esialgsest 4000 köitest, mis Moskvast kaasa toodi, on raamatufondid kasvanud nüüd peaaegu 204 000 trükiseni, neist üle 100 000 eksemplari ajakirju arstiteaduse ja selle piirialadelt. Praegu saabub raamatukogusse 133 kodumaist ja üle 100 välismaise ajakirja paljudes keeltes. Siin leidub ka ajaloolise väärtusega raamatuid, alates XVIII sajandi teisest poolest.

Kahekümne aasta jooksul on RTMR kujunenud oluliseks asutuseks, mille kaasabil toimuvad meie meditsiinikaadri kvalifikatsiooni tõstmine ning teaduslik uurimistöö. Olles põhiliselt ainult ühe teadusharu teenistuses on raamatukogul võimalik oma lugejaid väga mitmekülgselt ja üksikasjalikult teenindada. Peale fondi on raamatukogu suurimaks «aardeks» märksõna- ehk ainekataloog, mis on koostatud väga läbimõeldult ja detailselt ning sisaldab juba üle 200 000 kaardi. Selles kataloogis on kajastatud mitte ainult raamatud, vaid ka rohkesti ajakirjade ja kogumikkude artikleid, kusjuures need on paigutatud mitme rubriigi alla paljude viidetega muudele rubriikidele. See kõik võimaldab lugejatel enestel väga kiiresti isegi kõige kitsamates küsimustes materjali leida. Seda hõlbustavad veel perioodika, alfabeetiline, (60 000 kaarti) ning teatmekirjanduse ja süstemaatiline kataloog. Rikkalik teatmebibliograafiline fond informeerib lugejat praktiliselt kogu maailmas ilmuvast meditsiinilisest kirjandusest. Kui vastavat raamatut või ajakirja kohapeal ei ole, siis võib lugeja selle saada raamatukogudevahelise abonemendi kaudu või fotokoopiate näol.

Raamatukogu teatmebibliograafiline töö on mitmekesine, alates kirjanduse temaatiliste loetelude koostamisest ja lõpetades informatsiooni andmisega isegi telefoni teel. Sellega osutab raamatukogu arstidele hindamatut abi nii praktiliste küsimuste lahendamisel kui ka ettekannete koostamisel, eriti aga teadusliku uurimistöö tegijatele. Peale selle korraldab raamatukogu uudiskirjanduse näitusi oma ruumides ja spetsiaalseid näitusi arstiteaduslikel konverentsidel. Samuti avaldatakse ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» saabuva uudiskirjanduse valiknimestikke. Olgu mainitud, et teatmebibliograafilise teenindamise alal on suure töö ära teinud J. Rochlin.

NLKP ja Nõukogude valitsuse poolt rahva tervishoiu alal kavandatud ülesannete lahendamisel omandab üha suurema tähtsuse kiire ja laialdane teaduslik informatsioon, mille keskuseks meil meditsiini alal ongi RTMR. Tema tegevus peab juba lähemal ajal veelgi laienema ja mitmekesistuma, kusjuures eriti tähtis on töö lugejatega. On tarvis välja anda raamatukogu tutvustav brošüür juhistega meditsiinilise bibliograafia kasutamise kohta, samuti tuleb süstemaatiliselt korraldada bibliograafia-alaseid seminare. Raamatukogu tähtsaks töölõiguks on eesti meditsiinilise bibliograafia koostamine ja tervishoiuasutuste raamatukogude metoodiline juhendamine. Eespool mainitud tööd on aga viimastel aastatel unarusse jäänud. On vaja, et eesti meditsiinilise bibliograafia koostamine viiakse lõpule ning see trükis avaldatakse. RTMR abistamiseks ning tema töö kooskõlastamiseks vabariigi tervishoiu ja arstiteaduse vajadustega loodi hiljuti raamatukogu nõukogu. Loodame, et ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium raamatukogule senisest märksa rohkem tähelepanu pöörab ning energiliselt samme astub uute nõuetekohaste ruumide saamiseks.

Vabariigi meditsiinitöötajad ja mitmete teiste erialade spetsialistid, kes samuti raamatukogu kasutavad, õnnitlevad tema kollektiivi 20. aastapäeva puhul ja soovivad edu edaspidiseks tööks.

G. Loogna

Konverentsid ja nõupidamised

KONVERENTS VEEHÜGIEENI KÜSIMUSTES

11.—13. juunini 1964. a. toimus Tallinnas vabariiklik konverents, kus käsitleti Eesti NSV veeressursside kaitse ja kasutamise küsimusi. Konverentsist võtsid osa mitmesuguste erialade teadlased, kes tegelevad veehügieeni ja veekogude sanitaarse kaitse probleemidega, samuti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi, Eesti NSV Ministrite Nõukogu Geoloogia ja Maapõuevarade Kaitse Valitsuse, Eesti NSV Ministrite Nõukogu Hüdrometeoroloogia Teenistuse ning mitmesuguste projekteerimisinstituutide töötajad. Nõupidamisel viibis ka külalisi Moskvast, Leningradist ja Novotšerkasskist.

Kokku kuulati 19 ettekannet. Põhjavete ekspluatatsioonilistest varudest andis ülevaate E. Tšeban (Geoloogia ja Maapõuevarade Kaitse Valitsus). Samu küsimusi valgustas ka A. Verte (Eesti NSV Teaduste Akadeemia Geoloogia Instituut). L. Kuik (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) iseloomustas Eesti NSV põhjavete sanitaar-hügieenilist olukorda. Kolhooside ning sovhooside veevarustusest rääkis professor M. Kask (Tartu Riiklik Ülikool). T. Eipre (Hüdrometeoroloogia Teenistuse Valitsus) käsitles pinnaveevarude küsimusi. Lahtiste veekogude sanitaarse seisundi uurimise tulemusi valgustati kahes ettekandes. Pärnu jõe sanitaar-hügieenilise iseloomustuse andsid I. Veldre ja I. Maasik (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut). A. Saava (Tartu Riiklik Ülikool) ja H. Velner (Tallinna Polütehniline Instituut) käsitlesid Pedeli ning Väike-Emajõe reostumist.

Neeva lahe sanitaarsest seisundist ja isepuhastumisvõimest rääkis professor N. Feodorov (Leningradi Ehitusinseneride Instituut). L. Kuik kaasautoritega (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) valgustas Tallinna lahe komplekssе uurimistöö tulemusi. Andmeid Eesti NSV pinnavete mineraalide-sisalduse kohta esitas H. Simm (Eesti NSV Teaduste Akadeemia Zooloogia ja Botaanika Instituut). N. Mikelsaar käsitles veekogude reostatuse mõju kalamajandusele. Z. Muratova (Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium) kõneles sanitaarkaitse tsoonist ja veest tingitud haigestumistest. Hinnangu Kiviõli Põlevkivikeemia Kombinaadi reovete defenoleerimisele aurutusmeetodil andsid I. Veldre ja I. Maasik, kes kirjeldasid ka nimetatud kombinaadi reovete mõju looduslikele veekogudele. Samas anti ka fenoolsete reovete (enne ja pärast puhastusseadme läbimist) sanitaar-toksikoloogiline iseloomustus.

Eesti NSV veeressursside komplekssе kasutamise ja kaitse perspektiividest kõneles J. Kaljumäe (Riiklik Projekteerimise Instituut «Eesti Projekt»). M. Tarassov (Nõukogude Liidu Ministrite Nõukogu Hüdrometeoroloogia Teenistuse Valitsuse Novotšerkasski Hüdrokeemia Instituut) esitas hüdrometeoroloogia-alaste uurimistööde programmi. Mõningaid andmeid ja teooriaid reostunud vete hapnikubilansi määramisel esitas H. Velner kaasautoritega.

Arvukad küsimused ja elav diskussioon näitasid, et veeressursside sanitaarkaitse ja kasutamise küsimuste vastu tuntakse suurt huvi.

I. Veldre

BALTIMAADE TEADUSE AJALOO V KONVERENTS

18.—21. juunini 1964. a. korraldas Tartu Riiklik Ülikool Baltimaade teaduse ajaloo V konverentsi. Töö toimus peale kolme plenaaristungi neljas sektsioonis (füüsika ja matemaatika, keemia ja tehnika, bioloogia ja geograafia ning arstiteaduse ja tervishoiu ajaloo sektsioonis). Esinejaid oli peale Eesti ka Läti ja Leedu NSV-st, Moskvast, Leningradist, Harkovist jm. Kokku kuulati üle 80 ettekande.

Konverentsi avas Tartu Riikliku Ülikooli rektor professor F. Klement. Plenaaristungite ettekannetest oli arstiteaduse ajaloo uurijatele suure tähtsusega NSV Liidu Teaduste Akadeemia Loodusteaduse ja Tehnika Ajaloo Instituudi direktori B. Kedrovi sõnavõtt teemal «Internatsionaalne ja rahvuslik teaduse ajaloos». Senise uurimistöö tulemustest ja ülesannetest arstiteaduse ajaloo alal NSV Liidus (NLKP programmi ja NLKP Keskkomitee juunipleenumi otsuste valgusel) rääkis professor B. Petrov (N. A. Semaško nim. Tervishoiuorganisatsiooni ja Meditsiiniajaloo Instituudist). Seoses läheneva Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevaga rõhutas ta, et rohkem tähelepanu on tarvis pöörata nõukogude perioodi arstiteaduse ajaloole. Akadeemik H. Habermann käsitles bioloogiateaduste arengut Eestis. Arstiteaduse ajaloo uurimise seisukohalt pälvis tähelepanu ka E. Kudu ja A. Traadi ettekanne «Tartu Riikliku Ülikooli raamatukogu kui materjalide allikas loodusteaduse ajaloo alal».

Kõige rohkem ettekandeid (30) kuulati arstiteaduse ajaloo sektsioonis. Esimesel istungil käsitleti Baltimaade arstiteaduse ja tervishoiu ajalugu pärast 1917. aastat. Dotsent E. Raudam iseloomustas uues valguses ülemaailmselt kuulsat klinitsisti-teadlast L. Puuseppa neurokirurgia pioneerina. Professor V. Girdzijauskas (Vilnius) näitas suure ja huvitava materjali põhjal saavutusi mikrobioloogia ja epidemioloogia alal Leedu NSV-s. Väärtusliku uurimuse leepratõrje ajaloost Eestis esitasid E. Rõigas ja R. Uuetoa. Dotsent F. Grigoraš ja K. Aron (Riia) käsitlesid Nõukogude Läti meditsiini arengu periodiseerimist. Sanitaar-topograafilistest uurimustest Eestis aastail 1922—1938 rääkis professor M. Kask. A. Nordberg andis ülevaate meditsiinitöötajate osavõtust Nõukogude Eesti vabastamise lahingutest. Tuberkuloositõrjet kodanlikus Eestis iseloomustas dotsent Z. Saar. Näitlik oli A. Kaikarise (Kaunas) uurimus farmaatsia õpetamise arengust Kaunase ülikoolis ja meditsiini-instituudis. V. Šalajev ja V. Pärtelpoeg esitasid andmed onkoloogia-alaste uurimuste ja vähitõrje ajaloost Tartus XX saj. esimesel poolel. Sanitaar-epidemioloogilisest olukorrast Tallinnas I maailmasõja ajal rääkis R. Pullat Eesti NSV Teaduste Akadeemia Ajaloo Instituudist. R. Markovitš tõi oma ettekandes «Rahva tervise kaitse küsimused J. Vares-Barbaruse publitsistikas aastail 1919—1924» esile J. Vares-Barbaruse kui arsti ja poeedi tegevuse senitundmatuid külgi ja vaateid.

Teine istung oli pühendatud Tartu ülikooli arstiteaduskonna ajaloole (XIX sajandil ja XX sajandi algul). Professor E. Käer-Kingisepp iseloomustas Tartu ülikoolist võrsunud füsiolooge eksperimentaalse suuna arendajatena, tuues eriti väärtuslikke andmeid A. Filomafitski kohta. Dotsent M. Kuzmin (Moskva) tutvustas Tartus 1848. a. N. Jakubovitši poolt kaitstud füsioloogia ajaloo seisukohalt suure tähtsusega ladinakeelset väitekirja «Süljest». Ülevaate psühholoogia arengust Tartu ülikoolis aastail 1802—1918 andis professor K. Ramul, kes näitas ka psühhiaatrite E. Kraepelini ja V. Tšiži osa eksperimentaalse psühholoogia viljelemise alal. Professor G. Kingisepp tõi esile Tartu ülikooli prioriteedi meditsiini tähtsas harus — eksperimentaalses farmakoloogias (maailmas esimese laboratooriumi asutamine). O. Rajavee näitas seniajani ebapiisavalt uuritud väga produktiivse teadlase R. Koberti panust farmakoloogia arendamisel. Väärtusliku referaadi anatoom A. Rauberi osteoloogia-alastest töödest esitas E. Kogermann. Mitmekülgse uurimuse tuntud patoloogist ja klinitsistist professor D. Balkist kui teadlasest, pedagoogist ja ühiskonnategelasest, kes etendas suurt osa arstiteaduse ja tervishoiu arengus Baltikumis XVIII ja XIX sajandi vahetusel, esitas M. Suhhodrev (Riia) V. Kalnini kolm ettekannet [Profülaktika- ja hügieeniküsimused XIX saj. alguse Tartu ülikooli professorite M. Styxi ja D. Balki töödes (koos A. Priiduga), «S. Bubnovi osatähtsus hügieeni kui iseseisva teadusliku distsipliini arendamisel Tartu ülikoolis» ja «Uusi andmeid N. Gamaleja tegevusest Tartus»] käsitlesid hügieeni arengut. A. Loit ja R. Loit (Leningrad) rääkisid teemal «Tartu ülikooli arstiteaduskonna üliõpilaste teaduslikud tööd aastail 1802—1917».

Viimasel istungil kuulati P. Stradini nim. Meditsiini Ajaloo Muuseumi direktorit G. Hansenit, kes tutvustas Balti vabariikide meditsiiniajaloo eksponeerimist selles muuseumis. Hästi dokumenteeritud oli V. Derumsi (Riia) uudne ettekanne «Luuvigastustest ja rahvalikust arstimisviisist arheoloogilistel kaevamistel saadud leidude põhjal Baltikumis». Palju uut ja huvitavat feodalismiajastu meditsiini kohta Eestis esitas B. Schamardin töös «Meditsiiniasutustest Tallinnas XIII—XVII sajandil». Loeti ette Bulgaaria arstiteadlase V. Bakardjiewi (Sofia) referaat «Tartu arstide osavõtt 1877.—1878. a. Vene-Türgi sõjast Bulgaarias». Elava diskussiooni arstivande vajalikkusest ja arstieetika mõiste ümber põhjustas dotsent E. Mihhailova (Moskvast) ettekanne «Arstieetika aktuaalsed probleemid». V. Kalnin ja E. Vilu esitasid arhiivist ja arstidelt-pensionäridelt kogutud materjalide põhjal illustreeritud ettekande «Esimesed naisarstid Eestis». Selles tõestati vajadus tähistada 1965. a. professor M. I. Rostovtsevi 100. sünni-aastapäeva, kellel on suuri teeneid naistele hariduse võimaldamisel. Soojalt võeti vastu J. Rochlini poolt etteloetud arsti ja poeedi, Tartu ülikooli endise kasvandiku J. G. Polonskaja ajaloolise sisuga luuletus «Tartu». Seoses Krakovi ülikooli 600-aastase juubeliga demonstreeris V. Kalnin arhiivimaterjale Tartu ja Krakovi ülikoolide sidemete kohta XIX sajandi meditsiini alal.

Ettekannetele järgnes elav arutelu. Sõna võeti 24 korral. Professor B. Petrov (Moskva) andis ettekannetele kiitva hinnangu ja seadis konverentsi eeskujuks teistele liiduvabariikidele, juhtides samaaegselt tähelepanu vajadusele uurida enam eesti rahvusest arstide tegevust, rahvameditsiini ratsionaalset tuuma jm. Peeti vajalikuks asutada teiste liiduvabariikide eeskujul ka Eesti NSV-s Teaduslik Meditsiiniajaloo Selts, mis tõstataks ja koordineeriks uurimisprobleeme ning esmajärjekorras looks Tartus Arstiteaduse Ajaloo Muuseumi. Seltsi organiseerimiskomiteesse valiti Tartust V. Kalnin, Z. Saar, R. Markovitš ja Tallinnast A. Nordberg ning B. Schamardin. Külastati ka Tartu Riikliku Ülikooli raamatukogu väljapandud näitust ülikooli peahoones ja vaadati anatoomikumis arstiteaduse ajaloo kabineti ruumides vanu arstiteaduslikke raamatuid. Konverentsi viimasel päeval korraldati ekskursioon Lõuna-Eestisse.

V. Kalnin

BALTI VABARIIKIDE NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE KONVERENTS

23. kuni 25. juunini 1964. a. toimus Tartus Balti vabariikide neuroloogide ja psühhiaatrite konverents, mille päevakorras olid närvisüsteemi traumatismi ja psühhofarmakoloogia küsimused. Konverentsist võttis osa üle 230 arsti. Kokku esitati 93 ettekannet, millest 48 närvisüsteemi traumatismi ja 45 psühhofarmakoloogia alalt. Meie vabariigi arstide poolt oli 33 ettekannet. Konverentsil viibisid mitmed Üleliidulise Psühhiaatrite ja Neuroloogide Seltsi juhatuse liikmed eesotsas juhatuse esimehe professor V. Banštšikoviga.

Närvisüsteemi traumatismi alal käsitleti ajukolju kinniste traumade kliinikut ja kirurgilist ravi, ajutraumade hilisnähtude kliinikut ning ravi, samuti ka diskogeensete radikuliitide kirurgilist ravi. Tähelepanu äratas Tartu Respiratsioonitsentrumi töö eluohtlike seisundite ravi valdkonnas, millest avaplenaaristungil andis ülevaate dotsent E. Raudam kaastöölistega. Huvi pakkus ka V. Lesnitskaja ja G. Inkina (Simferoopol) uurimus närvisüsteemi traumatismi kohta lastel. Üldise tunnustuse leidsid konverentsil diskogeensete radikuliitide kirurgilise ravi alal saavutatud tulemused Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas, millest refereerisid mitmed selle kliiniku arstid eesotsas dotsent E. Raudamiga.

Psühhofarmakoloogia sektsioonis olid arutluse peamisteks objektideks skisofreenia ravimise kogemused neuroleptikumidega, antidepressantide võrdlev efektiivsus, psühhotroopsete ainete toime närvisüsteemi kõrgematesse ja vegetatiivsetesse funktsioonidesse ning nende ainete toimemehhanismid. Paljudes ettekannetes esitati andmeid mitmete uute kodumaiste psühhotroopsete, eeskätt antidepressiivsete ainete kohta. Huvi äratas avaplenaaristungil I. Lapini (Leningrad) ettekanne antidepressantide farmakoloogilisest efektiivsusest ja kliinilisest toimest. Positiivse hinnangu said ka Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla tööd antidepressantide toime kliinilise ja eksperimentaalse uurimise valdkonnas. Tuleb märkida, et väga paljude ettekannete autoriteks olid arstid-praktikud perifeersetest raviasutustest, mis annab tunnistust teadusliku uurimistöö kiiduväärsest avardumisest.

Konverentsi lõpp-plenaaristungil, mis oli ühtlasi Üleliidulise Psühhiaatrite ja Neuroloogide Seltsi juhatuse presiidiumi väljasõiduistungiks, kuulati ära kolme Balti vabariigi seltside juhatuste aruanded. Resolutsioonis tunnistati Balti vabariikides väljakujunenud suunad närvisüsteemi traumatismi ja psühhofarmakoloogia-alases teaduslikus uurimistöös aktuaalseks. Resolutsioonis märgiti, et ajakohase psühhoneuroloogiahaigla ehitamine Tartusse on hädavajalik, samuti tuleb Tartus laiendada neuroloogia- ja neurokirurgiaosakondi ning Tallinna Vabariiklikus Haiglas on vaja avada neuroloogiaosakond. Konverents otsustas Eesti NSV Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsile taotleda professor L. Puusepa nime andmist.

Konverents demonstreeris neuroloogia- ja psühhiaatria-alase teadusliku uurimistöö märgatavat intensiivistumist Balti vabariikides viimaste aastate jooksul ja selle kontsentreerumist kaasaja aktuaalsemate probleemide ümber. Ühtlasi konstateeriti, et järjest tugevnevad sidemed uurijate vahel niihästi Balti vabariikides kui ka üleliidulises ulatuses.

J. Saarma

VABARIIKLIKU FARMATSEUTIDE TEADUSLIKU ÜHINGU KONVERENTS KOHTLA-JÄRVEL

28.—29. augustini 1964. a. toimus Vabariikliku Farmatseutide Teadusliku Ühingu konverents Kohtla-Järvel. Sellest võtsid osa farmatseudid mitmest rajoonist (kokku 49 inimest).

Konverentsi esimesel päeval külastati V. I. Lenini nimelist Põlevkivitöötlemise Kombinaati, kus tutvuti õli- ja gaasivabriku ning mitmete abikäitistega. Samuti käidi Kohtla-Järve piirkonna suuremates apteekides. Õhtul sõideti Kurtna nõmmele, kus on meie vabariigi suuremad leesika kasvukohad, ja veedeti lõkkeõhtu kauni järve kaldal.

Konverentsi teine päev algas Põlevkivitootmise ja Ümbertöötlemise Teadusliku Uurimise Instituudi külastamisega, kusjuures jälgiti mitmete uurimislaboratooriumide tööd.

Kokkutuleku pidulik avamine toimus Kohtla-Järve kultuurihoones. Tööpresiidiumi valiti S. Pedak, S. Tomingas, J. Tammeorg ja E. Vagane. Avasõna ütles Vabariikliku Teadusliku Farmatseutide Ühingu esimees S. Pedak. I. Podolski rääkis tervishoiutöötajate palga tõstmisest ja vabariigi farmatseutide ülesannetest. Huvitav oli A. Jürisoni rusujuurt (*Lithospermum*) käsitlev ettekanne, millest Eesti NSV-s kasvab kaks liiki. I. Tammaru tegi kokkuvõtte Eesti Põllumajanduse Akadeemia juures tehtud eksperimentaalsest tööst, mille eesmärgiks oli parema lubiväetise väljaselgitamine ja selle mõju okasõuna alkaloidide-sisaldusele. J. Tammeorg rääkis Tartu Riikliku Ülikooli farmakognoosia kateedri saavutustest taimede analüüsimise alal.

E. Vagane käsitles ainevahetuse küsimust, illustreerides oma põhjalikku

ettekannet hulgalise näitliku materjaliga. Ülevaate bioonikast andis S. Sumberg. Ettekanded põhjustasid elava erutelu. Kõigiti kordaläinuks tunnistatud konverents lõppes ühise väljasõiduga looduskaitse all olevasse Toila parki.

P. Zobel

VABARIIKLIK DERMATOLOOGIDE SEMINAR

24.—26. septembrini 1964. a. korraldas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedri ettepanekul vabariigi dermatoloogide kvalifikatsiooni tõstmiseks seminari. Selle eesmärgiks oli arstide-praktikute tutvustamine naha- ja veneeriliste haiguste uute diagnoosimis-, ravi- ja profülaktikavahenditega. H. Vahter ja N. Schamardin käsitlesid ettekannetes elukutsega seotud nahahaiguste varajase diagnoosimise võimalusi tööstuses ja põllumajanduses ning tööekspertiisi küsimusi nahahaiguste puhul. L. Nurmand pööras tähelepanu mõnede siseelundite häirete osatähtsusele krooniliste dermatooside patogeneesis. Käsitleti ka sügavate dermatomükooside (G. Sillard) ja nahamädanike (L. Kukk) vältimist. V. Bogdanova rääkis seminaril dermatoosidega haigete dispanseerimisest. Meeste ja naiste urogenitaaltrakti põletikulisi haigusi käsitlesid E. Rõigas ja A. Aamer.

Seminari ajal külastasid arstid Tartu Aparaaditehase tervishoiupunkti ja tutvusid Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri laboratooriumi tööga.

N. Schamardin

BIOFLAVONOIDIDE ALANE SÜMPOOSION MOSKVAS

18. mail 1964. a. toimus Moskvas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Riikliku Vitaminoloogia Teadusliku Uurimise Instituudi juures bioflavonoididealane sümpoosion.

Bioflavonoidide keemiast rääkis bioloogiateaduste doktor M. N. Zaprometov (Moskva). Bioflavonoidide (polüfenoolide) füsioloogilisest toimemehhanismist andis ülevaate Kiievi Meditsiiniinstituudi biokeemia kateedri juhataja professor E. F. Šamrai. Seda täiendas omakorda arstiteaduse kandidaat N. N. Berezovskaja (Moskva) ettekanne bioflavonoidide mõjust loomorganismide fermentreaktsioonidele. Arstiteaduse kandidaat K. M. Tikotskaja (Moskva) esitas andmeid bioflavonoidide muutustest loomorganismi ainevahetuses .Professor N. N. Matusis (Altai) püüdis näidata, et P-vitamiin ei ole toidu tõeline koostisosa. professor A. R. Kasantsev iseloomustas P-vitamiini kasutamise võimalusi kliinikus.

Sümpoosionil leidis suurt poolehoidu professor E. F. Šamrai ettekanne, mille järgi bioflavonoidid muutuvad organismis lihtsamateks polüfenoolideks ning moodustavad sellistena koos askorbiinhappe, ning valgu ja lipoidse osaga bioloogiliselt aktiivse komplekssе ühendi, mille akumuleerimist ta täheldas neerupealistes. Autori arvates tagab see kompleks organismi mitmesugustes kudedes toimuvate taastavate protsesside efektiivsuse. Ka galloaskorbiinhape koos kortisooniga osutus efektiivseks vahendiks loomade elus hoidmisel pärast adrenalektoomiat. Uudse seisukohana rõhutas professor E. F. Šamrai, et dehüdroaskorbiinhappe muutumine askorbiinhappeks on juhtivaks toimereaktsiooniks.

Ettekannetele järgnenud sõnavõtud täiendasid oluliselt kõiki sümpoosionil ülestõstetud küsimusi. Märgiti ka, et lähemal ajal on oodata uute bioflavonoidipreparaatide tootmist. Samuti leiti, et dieettoitlustuse seisukohalt tuleb välja selgitada, millised toiduained on bioflavonoidide poolest rikkad ning milline tähtsus neil on ravitoitlustuses. Paljud sõnavõtjad viitasid vajadusele täpsemalt selgitada bioflavonoidide endi muutusi loomorganismis. Märgiti, et bioflavonoidide mõju on erinev sõltuvalt kilpnäärme üle- või alafunktsioonist, samuti ka B_1-vitamiiniga varustatusest. Rõhutati vajadust kõigiti süvendada uurimistöid bioflavonoidide raviomaduste väljaselgitamiseks.

I. Sibul

ENDOKRINOLOOGIDE XII ÜLELIIDULINE DEKAAD

19.—30. maini 1964. a. toimus Harkovis endokrinoloogide XII üleliiduline dekaad, millest võttis osa 840 arsti, neist 461 endokrinoloogi ja 249 terapeuti. Eesti NSV-st oli dekaadil 4 arsti.

Nõupidamise põhiküsimuseks oli endokriinsete haiguste diferentsiaaldiagnoosimine. Teeneline teadlane prof. B. Aljošin käsitles oma ettekandes kilpnäärmehaiguste võrdlevat patogeneesi. Suhkruhaiguse erinevate vormide patogeneesist ja mõningatest häiretest süsivesikute-ainevahetuses andis ülevaate prof. S. Genes. Esineja märkis, et suhkruhaigus ei teki mitte ainult insuliini vähesusest organismis, vaid teatavat osa etendavad kõik ülejäänud sisenõristusnäärmed. E. Tihhonova kõneles türeotoksikoosi, L. Lobanovskaja hüpotüreoosi ja L. Šifram komatoossete seisundite diferentsiaaldiagnoosimisest.

Ettekandeid esitati veel neerupealiste puudulikkuse (L. Lobanovskaja), kliimaksi patoloogia (J. Bessedina), rasvumise ja kahheksia (J. Tihhonova), meeste suguelundite talitlushäirete (L. Lobanovskaja) ning ovariaal-menstruaaltsükli häirete erinevate vormide diagnoosimise alal (prof. I. Arist). Märkimist väärib veel prof. I. Merkulovi ettekanne endokriinse ja mitteendokriinse päritoluga silmahaiguste diferentsiaaldiagnoosimisest. Esineja mainis, et ühepoolset eksoftalmiat tuleb ette peamiselt pahaloomuliste kasvajate puhul.

Lõppsõnas rõhutas dotsent V. Aber suhkruhaigete õige dispanseerimise vajadust. Järgmine analoogiline dekaad otsustati korraldada 1965. aastal.

R. Sein

KAUNASE MEDITSIINIINSTITUUDI JA NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA REUMAINSTITUUDI KONVERENTS

18.—20. juunini 1964. a. toimus Kaunase Meditsiiniinstituudis reumatoloogiaalane konverents. Sellest võttis osa NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumainstituudi tuumik eesotsas akadeemik A. I. Nesteroviga, professorite A. V. Dolgopolova, V. I. Satškovi, A. A. Tustanovski ja A. N. Kvjatkovskajaga. Novosibirski uurijate grupist oli kohale sõitnud professor V. P. Kaznatšejev, Volgogradist esines professor A. B. Zborovski, Minskist akadeemik M. F. Merežinski, Riiast professor K. Rudzit ja palju teisi külalisi. Konverentsil esitati 74 ettekannet (neist 52 oli leedu teadlastelt), mis käsitasid aktuaalseid reumatoloogia küsimusi. Eesti NSV esindajatelt oli kolm ettekannet. S. Tamm kõneles mõningatest reuma aktiivsuse näitajatest lastel reuma atakivabal perioodil. I. Kõo, U. Kööbi, L. Päi selgitasid mõningaid autoantikehade ja külmaglutiniinide avastamise iseärasusi reuma ja kroonilise mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidi puhul. Allakriipsutamist väärib see, et meie autoritest kaks olid üliõpilased, mis näitab noorte võimekust ja huvi teaduslike probleemide vastu.

Kliinilistest ettekannetest oli üks põhjapanevamaid A. I. Nesterovi töö, milles rõhutati anamneesi ja kliinilise pildi tähtsust haiguste diagnoosimisel, kuna laboratoorsete testide andmed pole seni kaugeltki täielikud. Autor tuli järeldusele, et seni üldiselt kasutatud reuma diagnostiline klassifikatsioon vajab parandamist. Sellesse on tarvis sisse viia reuma aktiivsuse astmete mõiste. Oletatavasti juba käesoleval aastal töötatakse välja reuma uus klassifikatsioon.

Konverentsi puuduseks oli selle kava ülekoormatus. Arvukate ettekannete tõttu kannatas ka diskussioon, sest selleks ei jätkunud küllaldaselt aega. Konverentsi lõpul avaldati mõtteid selle kohta, et tulevikus tuleks rohkem piirata ettekannete arvu ja valida neist selliseid, mis põhjustaksid mõttevahetusi.

L. Päi

EPIDEMIOLOOGIDE, MIKROBIOLOOGIDE JA INFEKTSIONISTIDE XIV ÜLELIIDULINE KONGRESS

22.—27. juunini 1964. a. toimus Moskvas epidemioloogide, mikrobioloogide ja infektsionistide XIV üleliiduline kongress. Selle avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor V. D. Timakov.

Plenaaristungil esines sissejuhatava ettekandega «Nakkushaiguste likvideerimine — nõukogude tervishoiu kaasaegne ülesanne» NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja J. E. Danilov. Ta märkis suuri saavutusi nõukogude tervishoiu alal. Praegu töötab meie maal 466 tuhat arsti ja üle pooleteise miljoni keskharidusega meditsiinitöötaja. Ühiste jõupingutuste tulemusena on saavutatud suurt edu võitluses difteeriaga; poliomüeliiti haigestumisi esineb ainult üksikjuhtudel, mistõttu võib püstitada ülesande selle nakkuse täielikuks likvideerimiseks. Kahjuks on veel haigestumine leetritesse kõrge. Puuduvad efektiivsed vahendid võitluseks sarlakitega. Paljudes vabariikides, kraides ja oblastites valitseb ebarahuldav olukord helmintooside alal. Erilist tähelepanu tuleb pöörata soolenakkustele, eeskätt düsenteeriale, siis epideemilisele hepatiidile ja ka gripile. Teaduslikel uurimisasutustel on tarvis energilisemalt leida senisest mõjusamaid profülaktilisi abinõusid nende nakkuste vältimiseks. Plenaaristungil võtsid sõna veel professorid F. I. Ševtšenko, I. I. Jolkin, V. A. Rjazanov jt.

Epidemioloogiasektsioonis oli tähelepanu keskpunktis kõhutüüfuse, paratüüfuse, epideemilise hepatiidi, difteeria ja läkaköha profülaktika. Professor M. P. Pokrovski jt. ettekannete põhjal on kõhutüüfuse likvideerimise peamiseks teeks uute, väikese reaktiivsuse ja suure efektiivsusega vaktsiinide väljatöötamine. Professor L. V. Gromaševski ja E. A. Paktoris märkisid, et epideemilise hepatiidi probleemi lahendamiseks tuleb eeskätt välja selgitada selle haiguse ülekandemehhanism.

Viroloogiasektsioonis kuulati 22 ettekannet. Huvitavamaks osutus professor M. P. Tšumakovi ettekanne teemal «Poliomüeliit ja teised enteroviiruslikud

nakkused NSV Liidus». Ta märkis, et kui poliomüeliidi likvideerimine on ainult aja küsimus, siis on võitlus teiste enteroviiruste poolt põhjustatud (ECHO ja Coxsackie viirused) nakkustega märksa raskem. Nimetatud viiruste grupid sisaldavad erakordselt palju erinevate antigeenidega seroloogilisi tüüpe, mis teeb efektiivsete vaktsiinide valmistamise esialgu võimatuks.

Immunoloogiasektsioonis arutati peamiselt elusvaktsiinide edaspidise valmistamise perspektiive. Peeti tarvilikuks elusvaktsiinide tootmist kuivatatud kujul. Huvi pakkus professor A. A. Smorodintsevi ettekanne leetrivastase elusvaktsiini kasutamise kohta.

Nakkushaiguste kliiniku sektsioonis esitati mitmeid ettekandeid ägedate nakkushaiguste kliiniku, organismi detoksikatsiooni ja ravi alal (E. S. Gurevitš, G. E. Latsinik, P. N. Kisseljov jt.). Märgiti, et nakkushaiguste kliiniline pilt on oluliselt muutunud ja kaotanud oma tüüpilisuse. Seetõttu on nende haiguste evolutsiooni uurimine igati oluline nii teooria kui ka praktika seisukohalt.

Mikroorganismide geneetika sektsioonis avaldati uurimiste tulemusi mikroobide ja viiruste geneetiliste funktsioonide, nukleiinhapete antigeensete omaduste ja klassifikatsiooni kohta. Põhjalikuma ettekande sellel alal esitas professor D. M. Goldfarb.

Kongressi lõppistungil esines aruandega I. I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Üleliidulise Teadusliku Seltsi juhatuse esimees professor V. D. Timakov. Ühtlasi kuulati ära sektsioonide juhatajate teadaanded. Kongress valis seltsi juhatuse uue koosseisu ja revisjonikomisjoni. Meie vabariigist kuuluvad uude juhatusse K. Vassiljeva, A. Lenzner ja A. Jannus.

A. Jannus

NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA XX SESSIOON

Käesoleva aasta 30. juunist kuni 1. juulini toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkogu XX sessioon, mis oli pühendatud akadeemia asutamise 20. aastapäevale. Sessioonist võttis osa üle 1500 esindaja kõikidest liiduvabariikidest.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia (NSVL AA) akadeemik V. Parin esitas ülevaate akadeemia tööst ja arstiteaduse saavutustest viimase kahekümne aasta jooksul. Muuhulgas mainis ta, et akadeemial on praegu juba 54 teadusliku uurimise instituuti.

NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov käsitles tervishoiu kaasaja probleeme. Ta jaotas tinglikult viimased kakskümmend aastat kaheks perioodiks: esimene — Teise maailmasõja lõpust kuni Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XX kongressini, ning teine — XX kongressist alates kuni tänapäevani. Eriti silmatorkavad muutused on toimunud meie maal viimase kümne aasta vältel. Mainitud aja jooksul on tohutult paranenud inimeste majanduslikud ja kultuurilised tingimused. Märgatavalt on muutunud elanikkonna meditsiiniline teenindamine. Kõige selle tulemusena on tunduvalt vähenenud üldine ja nakkushaigustesse haigestumine, samuti üldine ja laste suremus. Inimeste keskmine eluiga on pikenenud, samuti on muutunud ka elanikkonna haigestumise ja surmapõhjuste struktuur. Nakkushaiguste osatähtsus, mis esimestel aastatel pärast sõda oli domineerivaks, väheneb iga aastaga ning loovutab oma koha mittenakkavatele haigustele, esmajärjekorras sellistele nagu südame ja veresoonte haigused ning vähktõbi. Mitmes ettekandes analüüsiti tervishoiu olukorda kapitalistlikes maades.

NSVL AA akadeemik A. Tur kõneles nõukogude pediaatria edusammudest ja ülesannetest. Ettekandes rõhutati, et pediaater peab olema ka pedagoog.

Üks huvitavamaid oli NSVL AA akadeemik V. Vassilenko ettekanne. Ta peatus sisehaiguste uurimise arenemisperspektiividel ning märkis, et südame ja veresoonte haiguste tundmaõppimise alal on saavutatud suuri edusamme, kuid tuleb nentida veel mõningat mahajäämust gastroenteroloogia ja pneumoloogia valdkonnas.

Akadeemik A. Bakulev käsitles ettekandes südamekirurgiat NSV Liidus. Esineja pidas eriti vajalikuks rakendada kirurgilist ravi kaasasündinud südamerikete korral juba esimesel eluaastal.

Pahaloomuliste kasvajate ravimise perspektiividest rääkis NSVL AA akadeemik N. Blohhin. Ta rõhutas pahaloomuliste kasvajate etioloogia veel põhjalikuma uurimise vajadust. Kuigi viiruse ja vähktõve probleemid tekitavad praegusel ajal meile kõige enam muret, on uurimused vähktõve immunoloogia valdkonnas küllaltki lootustandvad. N. Blohhin mainis ühtlasi vähktõve epidemioloogia uurimise tähtsust.

Patogeneesi probleemidest kõneles NSVL AA akadeemik I. Davõdovski, kes pidas etioloogia ja patogeneesi küsimusi juhtivaks nii arstiteaduse teoorias kui ka praktikas.

NSVL AA akadeemik D. Birjukovi ettekanne puudutas I. Pavlovi õpetust närvitalitlusest ja selle arengut viimase kahekümne aasta jooksul. NSVL AA

akadeemik S. Anitškovi sõnavõtt oli pühendatud nõukogude neurofarmakoloogia arengu suundadele. Antikehade tekkimise protsessist, selle regulatsioonist ja mittespetsiifilisest stimulatsioonist kõneles NSVL AA akadeemik P. Zdrodovski. NSVL AA akadeemik F. Krotkov rõhutas, et tähtsaimaks probleemiks käesoleval ajal on uute keemiliste ühendite põhjalik hügieeniline tundmaõppimine, maa-asulate hügieeni, toitlustus- ja uute toiduainete hügieeni edaspidine uurimine.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia XX sessioon etendab tähtsat osa arstiteaduse ja tervishoiu edasisel arengul.

N. Elštein

Tähtpäevad

PROFESSOR ALBERT VALDES 80-AASTANE

Eesti arstiteadlaste pere üks silmapaistvamaid esindajaid Eesti NSV teeneline teadlane, professor arstiteaduse doktor Albert Valdes tähistas 1. detsembril 1964. aastal 80. sünnipäeva.

Üle kolme aastakümne oli professor A. Valdes Tartu Riikliku Ülikooli patoloogilise anatoomia kateedri juhatajaks. Selle aja jooksul rajas ta eesti patoloog-anatoomide koolkonna, jagas teadmisi tuhandetele üliõpilastele, kasvatas üles palju teadlasi. Samuti organiseeris, juhtis ning korraldas ta pedagoogilist ja teaduslikku tööd Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas.



Juubilari teaduslik looming kuulub mitme olulise probleemi valdkonda, eriti on ta koos oma õpilastega arendanud kudede paranemisprotsesside puhul täheldatavate morfoloogiliste muutuste uurimist. Juubilari mitmed teaduslikud tööd on ilmunud keskajakirjades ja neid on tsiteeritud ka õpikutes. Professor A. Valdes on avaldanud üle 65 töö.

Professor A. Valdese elukäik võib olla kõigile edasipüüdlikele noortele heaks eeskujuks. Ta sündis Harjumaal Järvakandi mõisas tisleri pojana. Algul õppis juubilar külakoolis, siis Tallinnas kõrgemas linnakoolis ja Tartus H. Treffneri gümnaasiumis, mille lõpetas 1908. aastal. 1914. aastal lõpetas juubilar arstiteaduskonna, kuid juba üliõpilasena alustas ta professor V. Afanasjevi juhendamisel teaduslikku tööd patoloogilise anatoomia alal. 1912. aastal sai ta teadusliku uurimuse eest kuldmedali.

I maailmasõjast võttis A. Valdes osa arstina. 1920. aastast alates töötas juubilar Tartu ülikoolis patoloogilise anatoomia kateedri prosektorina ja kaitses 1922. a. doktoriväitekirja. Mõne aasta pärast valiti ta sama kateedri juhatajaks. 1962. aastal läks professor A. Valdes teenitud vanaduspensionile.

Professor A. Valdese elutööks tuleb pidada eesti arstiteadusliku oskuskeele loomist koostöös akadeemik J. Veskiga. Sel ajal kui juubilar oma doktoriväitekirja ette valmistas, ei olnud eestikeelseid arstiteaduslikke oskussõnu veel olemas, teaduslikke mõisteid oli peaaegu võimatu emakeeles väljendada. Tuli luua uusi sõnu, leida rahvakeelest sobivaid väljendeid, kohandada neid õigekeelsuse põhimõtetega, kindlustada mõistete täpsust ning vastavust teiste keelte terminoloogiale. 1921. aastal tehtud algus oli raske, kuid peagi olid suure töö tulemused käegakatsutavad — 1922. a. avaldas A. Valdes trükis oma väitekirja, mis oli

esimene trükitud eestikeelne doktoridissertatsioon. Tuli ära teha tohutu töö, et hakata üliõpilastele eesti keeles loenguid pidama, eestikeelseid teaduslikke artikleid kirjutama jne. Seda tööd jätkab professor A. Valdes ka praegu, vanaduspuhkusel viibides. Kaasautorluses akadeemik J. Veskiga on viimistlemisel ladina-eesti-venę arstiteaduslike oskussõnade sõnastiku käsikiri.

Eesti arstiteaduse ja tervishoiu arenemisel on professor A. Valdesel suured teened. Ta on organiseerinud ja juhtinud mitut arstide teaduslikku seltsi, võttes nende tööst aktiivselt osa. Palju aastaid on juubilar toimetanud ajakirja «Eesti Arst», on korraldanud arstide päevi, esinenud arvukate ettekannetega arstide ja laia kuulajaskonna ees jne.

Armastust töö vastu, järjekindlust ning püsivust, piinlikku täpsust ning absoluutset ausust igas eluavalduses, eriti aga teaduslikus ning erialases töös, sisendas juubilar kõigisse õpilastesse.

Soovime juubilarile südamest head tervist ning energiat veel paljudeks aastateks.

P. Bogovski

ENDEL HEINSOO 50-AASTANE

14. oktoobril 1964. a. tähistas Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla röntgeniosakonna juhataja Endel Heinsoo 50. sünnipäeva. E. Heinsoo astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda 1942. a. ja lõpetas selle 1949. a. Üliõpilasena töötas ta abijõuna anatoomia ja patoloogilise anatoomia kateedrites ning laborandina Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonnas. Pärast arstiteaduskonna kiitusega lõpetamist suunati E. Heinsoo kliinilisse ordinatuuri neuroloogia alal. Pärast seda viibis ta täienduskursustel Leningradis. Edaspidi hakkas ta erilist huvi tundma neuroröntgenoloogia vastu, viibides korduvalt täiendamisel Moskvas. Juubilar on praegu Eesti NSV-s ainukeseks spetsialistiks-neuroröntgenoloogiks. E. Heinsoo on välja töötanud uusi või täiendanud neuroröntgenoloogilisi uurimismeetodeid. Neist väärivad eriti esiletõstmist kinnise süsteemiga fraktsioneeritud ja suunatud pneumoentsefalograafia meetod, pneumomüelograafia, lülisamba lülidevaheliste ketaste patoloogia diagnoosimisel, neuroröntgenoloogilise uurimise metoodika stereotaktiliste operatsioonide puhul jm.



Ta on avaldanud erialaseid artikleid mitmetes ajakirjades, mille tõttu teda tuntakse ka väljaspool Eesti NSV-d. E. Heinsoo on korduvalt esinenud vabariiklikel, vabariikidevahelistel ja üleliidulistel teaduslikel konverentsidel. Juubilar on juhendanud arste nende erialase kvalifikatsiooni tõstmisel röntgenoloogia ja neuroröntgenoloogia alal. Ta on Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilastele lugenud neuroröntgenoloogiat fakultatiivse kursusena ning juhendanud praktikume.

Kolleegid hindavad E. Heinsood põhjalike ja mitmekülgsete teadmistega lektorina ja pedagoogina. Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga anti talle 1961. aastal arst-röntgenoloogi esimene kategooria. Tema poolt juhatatav röntgeniosakond püsib aastaid Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla osakondadest eesrindlikumate hulgas.

Soovime juubilarile edasist viljakat tegevust neuroröntgenoloogia arendamisel ja röntgenoloogide kaadri kasvatamisel.

E. Raudam

GEORG LOOGNA 50-AASTANE

20. novembril 1964. a. sai 50-aastaseks NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogialaboratooriumi juhataja Georg Oskari p. Loogna.

G. Loogna sündis 20. novembril 1914. a. Petrogradis meremehe pojana. Lõpetanud Narva Ühisgümnaasiumi, astus ta 1935. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonda, kuid õpingud katkestas sõda. Suure Isamaasõja ajal teenis G. Loogna eesti rahvusväeosades vanemvelskrina ja võttis osa lahingutest Velikije Luki all. 1943. a. suunati ta Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu käsutusse Moskvasse. Jätkates lühemat aega õpinguid Moskva II Meditsiinilises Instituudis tegi G. Loogna samaaegselt ettevalmistustöid Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu asutamiseks, mille direktoriks ta määrati Tallinnasse saabumisel 1944. a. sügisel. Ühtlasi oli ta Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi kolleegiumi vastutavaks sekretäriks.



1947. a. suunati G. Loogna Tartusse, kus ta jätkas õpinguid arstiteaduskonnas. Ühtlasi organiseeris ta Tartu Vabariikliku Sanitaaraviojaama, mille ülemaks ta oli 1951. aastani. Pärast Tartu Riikliku Ülikooli lõpetamist 1950. a. asus G. Loogna tööle Tartu Riikliku Ülikooli patoloogilise füsioloogia kateedri assistendina. 1951. a. siirdus ta Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku sekretäri ametikohale. 1953. a. alates on G. Loogna pühendunud teaduslikule tööle, algul noorema, siis vanema teadusliku töötajana ja käesoleval ajal laboratooriumi juhatajana. Pärast väitekirja «Mõningate tuberkuloosivastaste preparaatide toimest aseptilise nekrootilise kolde organisatsiooniprotsessisse» kaitsmist 1959. a. anti G. Loognale arstiteaduse kandidaadi kraad ja 1962. a. vanema teadusliku töötaja nimetus patoloogilise anatoomia alal. Juubilari sulest on ilmunud üle 20 teadusliku töö nii kodu- kui ka välismaistes väljaannetes.

1955. a. alates kuulub G. Loogna Nõukogude Liidu Kommunistlikku Parteisse. Teda on korduvalt valitud instituudi parteialgorganisatsiooni sekretäriks. Juubilari ühiskondlik tegevus on mitmekülgne. Eriti aktiivselt on G. Loogna osa võtnud kirjastustegevusest, toimetades ja retsenseerides arstiteaduslikke väljaandeid. Ta on tõlkinud eesti keelde üle 20 meditsiinilise raamatu, õpiku ja brošüüri. G. Loogna on tuntud ka populaarse lektorina. Samuti on ta avaldanud kümneid populaarteaduslikke kirjutisi.

G. Loogna on mitmeid aastaid tegutsenud kõrgemates õppeasutustes õppejõuna. Ta on koostanud originaalse õpiku «Plastiline anatoomia». G. Loognat on autasustatud medaliga «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 19. novembrist 1964. a. autasustati G. Loognat Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Soovime juubilarile jätkuvat indu ja tervist edaspidiseks tööks.

Kaastöötajad

MÕNE REAGA

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia N. Burdenko nimelise Neurokirurgia Instituudi elektrofüsioloogia laboratooriumis toimub mitmete haiguste diagnoosimine korrelatiivse analüüsimise teel. Originaalne arvutusmasin-korrelaator töötab entsefalogrammid matemaatiliselt läbi ja registreerib automaatselt arvutustulemused liikuvale paberilindile graafiku näol. Selline graafik võimaldab selgitada uuritava haige peaajus kulgevaid protsesse. Peaaju koldeliste kahjustuste (näiteks ajukasvaja) puhul muutub aju korrelatiivne talitlus tunduvalt ning selle põhjal saame haigusliku protsessi asukoha kindlaks määrata. Vastastikune korrelatsioon näitab sealjuures funktsionaalsete seoste häireid aju kahjustatud ja teiste piirkondade vahel.

Korrelatiivne ja teistsugused matemaatilise analüüsi meetodid võimaldavad peaajus toimuvate protsesside subjektiivselt hindamiselt üle minna täpsetel arvutustel põhinevatele hinnangutele.

*

Vähktõve Teadusliku Uurimise Instituudis Inglismaal töötab 37-aastane itaalia bioloog doktor Negroni. Ta uuris 25 leukeemiahaiget. 10-l neist õnnestus eraldada luuüdist selline viirus, mida ta ühelgi tervel inimesel polnud leidnud.

Viirus, millele anti nimeks IKRF-HL I, meenutab mitmeti rottidel, hiirtel ja lindudel esineva leukeemia juba tuntud tekitajat. Nagu katsetest selgus, kahjustab ja hävitab see viirus tervelt inimeselt võetud seljaajurakke. Leukeemiahaigete vereseerumis viirus neutraliseerub, mida aga ei sedastata tervete inimeste vereseerumis. See kõik lubab eeldada, et tegemist on leukeemiatekitajaga. Käesoleva aasta veebruaris teatati, et Houstoni linnas (Ameerika Ühendriigid, Texase osariik) töötavad teadlased leidsid 80 leukeemiat põdeva lapse vereseerumis viirusetaolisi agenseid, samasuguseid agenseid avastati ainult 10%-l uuritud tervetest lastest. Ameerika teadlased kasutavad siinjuures terminit «viirusetaoline», sest senini pole neil õnnestunud nimetatud agensitega nakatada terveid katseloomi. Grupp arste, kes töötavad tuntud teadlase J. Melnicki juhendamisel, eraldas tsentrifuugimise teel vererakud vereplasmast. Seejärel tsentrifuugiti viimast ultratsentrifuugis uuesti. Niiviisi õnnestus vereplasmast eraldada 90—250 millimikroni suurused kehakesed. Elektronmikroskoobiga vaatlemisel selgus, et need on hämmastavalt sarnased loomadel esineva leukeemia tekitajatega.

Huvitavad on ka Houstoni teadlaste uurimistööde kõrvaltulemused. Nakkuslikku mononukleoosi põdevate laste verest eraldasid nad võõra päritoluga kehakesi, mis elektronmikroskoobiga uurimisel osutusid leukeemiaviirusega väga sarnasteks. Siiani teati ainult, et mononukleoos on nakkushaigus, kuid haiguse tekitaja on jäänud senini avastamata. J. Melnick avaldas viroloogide nõupidamisel New-Yorgis arvamust, et mononukleoos ja leukeemia võivad olla ühe ja sama haiguse kaks eri vormi, mis erinevad teineteisest ainult sellega, et esimese haiguse puhul tekivad organismis antikehad, teise puhul aga mitte. Tõepoolest, mononukleoosi ja leukeemia sümptoomid on omavahel väga sarnased.

Kui leukeemia põhjustajaks osutub tõesti viirus, siis sel juhul võime loota, et nimetatud tõve vastu on võimalik valmistada ka vastavat vaktsiini.

(Ajakirjast «За рубежом», 3 okt. 1964 a.)

*

Clevelandi Tehnoloogilise Instituudi teadlased katsetavad halvatusega haigete ravimiseks uut meetodit. Nad kavatsevad halvatud lihastesse monteerida miniatuursed raadiovastuvõtjad selleks, et raadiosignaalide abil anda lihastele «käske».

Tavaliselt tekib halvatus lihaste närvide «elektrijuhtivuse» katkemise tagajärel. Seda juhtivust on võimalik asendada vastavate elektriliste signaalide edasiandmisega väljastpoolt. Sel viisil taastub elektromagnetilisel teel närvikiudude talitlusvõime.

Signaalide uurimisel, mille põhjal toimub alajäseme lihaste talitlus, on saadud juba konkreetseid kogemusi tervete lihaste elektrilise aktiivsuse tugevnemisest. On valmistatud teatud hulk miniatuurseid raadiovastuvõtjaid, mis koos juurdekuuluva elavhõbepatareiga pole suuremad tavalisest aspiriinitabletist. Raadiovastuvõtja monteerimine lihastesse ei valmista erilisi raskusi.

Käesoleval ajal, mil on juba olemas spetsiaalne elektriaparaat südametegevuse alalhoidmiseks, võib signaalide elektrilise asendamise meetod avada üllatavaid perspektiive halvatud lihaste talitluse taastamisel.

V. Järv

TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

31. juulil 1964. a. kuulasid Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidium Tartu Linna Tervishoiu Osakonna juhataja E. Kolsari, Tartu rajooni peaarsti S. Ellervee, Pärnu Linna Tervishoiu Osakonna juhataja M. Kulla ettekandeid ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimehe U. Meikase ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi administratiiv-majandusosakonna ülema R. Eriksoo kaasaruandeid töökaitse ja ohutustehnika olukorrast Tartu linna, Tartu rajooni ning Pärnu linna ravi- ja profülaktikaasutustes. Nendest selgus, et ülalnimetatud linnade ja rajoonide ravi- ja profülaktikaasutustes on töökaitse ning ohutustehnika olukord paranenud; on määratud töökaitse ja ohutustehnika eest vastutavad isikud, samuti on töötajaid instrueeritud ohutustehnika küsimustes jne.

Sellele vaatamata esineb veel tõsiseid puudusi Sindi Linna Haiglas, Kilingi-Nõmme Haiglas, samuti ka Uderna Tuberkuloosihaiglas, kus ei ole täidetud Eesti NSV tervishoiu ministri töökaitse- ja ohutustehnika-alaseid käskkirju.

Kolleegium kohustas Tartu ja Pärnu tervishoiuosakondade juhatajaid ning Tartu rajooni peaarsti ning ametiühingu kohalikke komiteesid viivitamatult tarvitusele võtma abinõud töökaitse ja ohutustehnikaalaste puuduste kõrvaldamiseks ja Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirja nr. 26 (5. II 1964. a.) täitmiseks. Meditsiinilise Tehnika ja Abikäitiste Valitsuse ülemal I. Isrinil tuleb kohtadel korraldada autoklaavide ja meditsiinilise aparatuuri kvaliteetset profülaktilist läbivaatust ning remonti. Kohalikud ametiühingukomiteed peavad aga suuremat tähelepanu pöörama töökaitse ja ohutustehnika nõuete täitmise kontrollimisele.

A. Kaldma

*

10. septembril 1964. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kodanike kaebuste ja avalduste lahendamise käiku Põlva ja Tartu rajoonis. Kolleegium märkis, et viimasel ajal on kodanike kaebuste ja avalduste lahendamine paranenud. Sellega tegelevad peaarstid isiklikult või nende asetäitjad. Tõsisemate kaebuste puhul organiseeritakse komisjon ja vajaduse korral sõidetakse kohapeale olukorda kontrollima. Tervishoiuvõrgu arengule ja meditsiinikaadri kasvule vaatamata esitatakse elanikkonna poolt veel võrdlemisi sageli tõsiseid kaebusi meditsiinilise teenindamise kohta. Pahatihti ei olda rahul diagnoosimise ja raviga, meditsiinitöötajatele heidetakse ette jämedat, formaalset ning bürokraatlikku käitumist. Kolleegium juhtis peaarstide tähelepanu sellele, et kaebuste ja avalduste lahendamisel tuleb sageli ette põhjuseta venitamist, mille tõttu vastamine kodanikele ning kõrgemalseisvatele organitele hilineb. Põlvas esines puudusi ka kaebuste ja avalduste registreerimisel.

Kolleegium kohustas peaarste edaspidi tugevdama kontrolli kodanike kaebuste ja avalduste lahendamise üle ning pöörama erilist tähelepanu meditsiinitöötajate formaalse ja bürokraatliku tööstiili võõrutamisele.

*

Samal istungil kuulas kolleegium Kohtla-Järve TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja J. Lebedevi aruannet elanikkonna stomatoloogilise teenindamise olukorrast Kohtla-Järvel. Aruandest selgus, et Kohtla-Järve ravi- ja profülaktikaasutused on teiste rajoonidega võrreldes arstidega hästi kindlustatud, kuid elanikkonna stomatoloogilisel teenindamisel esineb veel mitmeid puudusi. Kohtla-Järvel ei ole stomatoloogiapolikliinikut, stomatoloogiakabinetid on aga väikesed ja nende varustus ei vasta kaasaja nõuetele. Stomatoloogid ja hambaarstid ei tegele Kohtla-Järvel profülaktilise tööga, ebarahuldavalt on korraldatud kooliõpilaste, eelkooliealiste laste, töölisnoorukite, kutseealiste, dispanseersete haigete, rasedate jt. plaaniline saneerimine. Samuti märgiti veel, et ei ole korraldatud tööstustööliste eelisteenindamist. Kohalik tervishoiuosakond ja haiglate peaarstid ei juhenda ega kontrolli stomatoloogiakabinettide tööd. Tervishoiuosakond ei ole tööle määranud rajooni peastomatoloogi, puudub ka stomatoloogide selts. Suuri puudusi märgiti hambaproteeside tegemisel, nende saamiseks on järjekorrad üle 3—4 kuu. Kullast hambaproteese ei valmistata. Peale selle jätab soovida ortodontiline abi.

Kolleegium tegi märkuse Kohtla-Järve TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhatajale J. Lebedevile stomatoloogilise abi halva korraldamise pärast ja kavandas ülesanded olukorra parandamiseks.

T. Rekk

MIKROBIOLOOGIDE KURSUSED

1. septembril k. a. algasid Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis mikrobioloogide neljakuulised kursused. Viimastest võtavad osa järgmised arstid: M. Kurvits Paidest, U. Taos Raplast, U. Tõrva Jõgevalt, M. Burova Loksalt, S. Malõgina Räpinast, J. Papanova

Narvast ja V. Smirnova Kohtla-Järvelt. Kursused on mõeldud esmaseks spetsialiseerumiseks mikrobioloogia alal. Peale instituudi teaduslike töötajate on kursuste lektoriteks ja praktikumide juhendajateks Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama, Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama jt. spetsialistid.

H. Mikk

PROFESSOR A. LINKBERG — RAHVUSVAHELISE KIRURGIDE ÜHINGU LIIGE

Hiljuti saabus Tartusse rõõmustav teade: Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri juhataja professor arstiteaduse doktor A. Linkberg on valitud Rahvusvahelise Kirurgide Ühingu (Société Internationale de chirurgie) liikmeks. Tänu suurele ja produktiivsele tööle kliinilise meditsiini ja teadusliku uurimistöö valdkonnas on prof. A. Linkberg üks tunnustatumaid kirurge Nõukogude Liidus. Tal on silmapaistvaid saavutusi veresoonte kirurgia alal. Juba ühes oma loengus, mille prof. A. Linkberg pidas 1930. a. eradotsendina Tartu ülikoolis, käsitles ta arteriograafiat veresoonte haiguste diagnoosimismeetodina. Professor A. Linkberg on kudede siirdistutamise initsiaatoriks meie vabariigis. Ainuüksi veresoonte kirurgia alalt (arterite plastilised operatsioonid) on tema sulest ilmunud ligi 30 teaduslikku tööd. Prof. Linkbergi juhendamisel on valminud mitu kandidaadidissertatsiooni (E. Tünder, K. Põder jt.) ning ta on 6 aspirandi (H. Tikko, H. Tihane, K. Kull jt.) teaduslikuks juhendajaks. Energilise ja suurte kogemustega kirurgina on prof. A. Linkberg ära teeninud lugupidamise oma kaastöötajate ning elanikkonna hulgas.

K. Põder

J. TIITSAR — TEENITUD VANADUSPUHKUSELE

9. septembril 1964. a. saatis Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium pidulikult pensionile plaani-rahandusosakonna ülema Johannes Karli p. Tiitsari, kes 20. mail sai 70-aastaseks. J. Tiitsari lahkumise puhul kogunesid Eesti NSV Tervihoiu Ministeeriumi saali tema lähemad töökaaslased ja paljud esindajad Tallinna ning Tartu tervishoiuasutustest. Südamliku sõnavõtuga esines minister A. Goldberg, kes iseloomustas J. Tiitsarit oma ala suurepärase spetsialistina, kel on suuri teeneid meie tervishoiuasutuste võrgu planeerimisel ja arendamisel. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ametiühingualgorganisatsiooni nimel tervitas ja tänas teda H. Funk. J. Tiitsarile anti rohkesti lilli ja väärtuslikke kinke.

H. Lipp

JÄRJEKORDNE TEADUSTE KANDIDAAT

8. oktoobril 1964. a. kaitses Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogiasektori juhataja S. Jõks edukalt oma kandidaadiväitekirja teemal «Mitteinfektsioosse polioantigeeni moodustumise mehhanismist mõnede akridiiniühenditega töödeldud rakkudes». Selle uurimise teostas S. Jõks aspirandina NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudis. Dissertatsiooni juhendajateks olid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor M. Tšumakov ja bioloogiakandidaat V. Agol. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Instituutidevaheline Mikrobioloogia ja Epidemioloogia Nõukogu otsustas anda arst S. Jõksile bioloogiakandidaadi kraadi.

L. Miller

HUVITAV JA KASULIK TEATMIK

1964. a. maikuus ilmus trükist Tartu Riikliku Ülikooli kirjastuse väljaandel J. A. Kimbarovski ja F. Lepa teos «Uriini värvus-sadestusreaktsioon» *.
Uriini värvus-sadestusreaktsioon (J. Kimbarovski järgi) on laialdast kasutamist leidnud Nõukogude Liidus ja samuti ka välismaal. Seda reaktsiooni võib rakendada eriti haigusseisundi raskuse, haiguse kulu ja ravitulemuste objektiivseks hindamiseks. Reaktsioon on äärmiselt lihtne ja selle teostamine ei nõua mingit erilist aparatuuri, tarvis on ainult *Argentum nitricum*'i 5%-list vesilahust, mille tõttu seda võib laialdaselt kasutada iga haigla laboratooriumis.
Teatmiku esimeses osas antakse ajalooline ülevaade reaktsiooni tegemise kohta, tuuakse ära metoodika kirjeldus. On esitatud bibliograafiline ülevaade 310 autori tööst, mille puhul on rakendatud mitmesuguste haiguste uurimiseks eelmainitud reaktsiooni. Peale nende on ära toodud veel tööde nimestik, mis on antud trükki või trükki saatmiseks vormistatud; eraldi on esitatud nende kandidaadi- ja doktoridissertatsiooni pealkirjad, kus on rakendatud eelmainitud reaktsiooni.

* Я. А. Кимбаровский и Ф. Я. Лепп. Цветная осадочная реакция мочи (ЦОРК). Второе издание. Тарту, 1964.

Nimetatud reaktsioon on kasutamist leidnud reuma, infektsioosse artriidi, kopsupõletiku, tüüfuse, Botkini tõve, mitmesuguste kirurgiliste, närvi-, dermato-veneroloogiliste haiguste uurimisel. Eesti NSV-s on seda reaktsiooni heade tulemustega rakendanud A. Sildver, J. Reinaru jt. Bibliograafiline teatmik võib huvi pakkuda laialdasele arstkonnale ja teaduslikele töötajatele.

A. Vapra

VAJALIK NÕUPIDAMINE JA SEMINAR

5. ja 6. oktoobril 1964. a. toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstide ja haiglate sanitaar- ja epidemioloogiaosakondade juhatajate ning 1964. a. sanitaar-epidemioloogia alal tööle asunud noorte spetsialistide nõupidamine. Juhtiv ettekanne oli ministri asetäitjalt ja vabariigi peasanitaararstilt O. Tammelt. Nõupidamisel esinesid veel Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap, peaepidemioloog K. Vassiljeva, Meditsiinilise Tehnika ja Abikäitiste Valitsuse ülem I. Isrin, Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist H. Pullisaar, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees U. Meikas ja Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektorid U. Hallikso o, O. Simson, Z. Muratova, G. Kulkina ning T. Faizulina. Sõna võtsid ka mitmed sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstid.

Nõupidamisest osavõtnud noortele arstidele korraldati 7.—14. oktoobrini Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas seminar. Sel ajal külastasid nad ka mitmeid Tallinna ravi- ja profülaktikaasutusi.

H. Pihl

SISUKORD

A. SARAP — Jaoskonnaterapeut . . 3

Teooria ja praktika

E. RAUDAM — Viimasest poliomüeliidiepideemiast Eesti NSV-s ja selle tagajärgede likvideerimisest 6

E. MÜLLERBEK ja L. KOOK — Glükeemilise regulatsiooni muutustest reumahaigetel lastel 11

S. TAMM — Reuma hoovälise perioodi mõningate näitajate hindamisest lastel 14

L. JANNUS ja A. REINVALD — Tuberkuloosist tingitud hüperergia põhjustest röntgenoloogilise uurimise andmeil 18

A. LINKBERG, E. TÜNDER, K. PÕDER, K. KULL ja A. KIVIK — Kõhuaordi ja niudearterite segmentaarsete ateroskleroo tiliste umbumiste kirurgilisest ravist . 22

I. SKORODKO ja A. LUTSUVER — Kirurgi taktikast kaksteistsõrmiksoole madalal asetsevate ja penetreeruvate haavandite puhul . . 24

A. SILLAM — Põlevkivikaevurite haigestumisest nimme-ristluu radikuliiti ja selle profülaktikast . 27

R. TRINK ja L. VEINPALU — Sanatoorsele ja kuurordiravile suunamise mõningatest küsimustest 29

H. EHVÄRT — Röntgenmeeter väikeste doosivõimsuste mõõtmisteks 32

R. MARKOVITŠ — Lokaalanesteetikumide — benkaiini ja trimekaiini — kasutamise võimalustest dermatoloogias (Autoreferaat) . 33

J. KEERIG — Küüliku skeletilihaste valgufraktsioonide dünaamilised muutused ontogeneesis (Autoreferaat) 35

СОДЕРЖАНИЕ

А. САРАП — Участковый терапевт 3

Теория и практика

Э. РАУДАМ — О последней эпидемии полиомиелита и ликвидации ее последствий в Эстонской ССР 6

Э. МЮЛЛЕРБЕК и Л. КООК — Изменения гликемической регуляции при ревматизме у детей 11

С. ТАММ — Об оценке некоторых показателей внеприступного периода ревматизма у детей 14

Л. ЯННУС и А. РЕЙНВАЛЬД — О причинах возникновения туберкулезной гиперэргии по данным рентгенологического обследования 18

А. ЛИНКБЕРГ, Э. ТЮНДЕР, К. ПЫДЕР, К. КУЛЛЬ и А. КИВИК — Хирургическое лечение сегментарных атеросклеротических окклюзий брюшной аорты и подвздошных артерий 22

И. СКОРОДЬКО и А. ЛУТСУВЕР — Тактика хирурга при низкорасположенных и пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки 24

А. СИЛЛАМ — О заболеваемости пояснично-крестцовым радикулитом и профилактике его у шахтеров сланцевых шахт 27

Р. ТРИНК и Л. ВЕЙНПАЛУ — О некоторых вопросах, касающихся направления больных на санаторное и курортное лечение 29

Х. ЭХВЯРТ — Рентгенометр для измерения малых мощностей доз 32

Р. МАРКОВИЧ — О возможности использования в дерматологии местных обезболивающих веществ — бенкаина и тримекаина (Автореферат) 33

Ю. КЕЕРИГ — Динамика изменения белковых фракций скелетной мышцы кролика в онтогенезе (Автореферат) 35

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

B. PÕDER — Kogemusi alajäsemete tuiksoonte trombobliterееruvate haiguste diagnoosimisel arteriograafia abil 36
A. VAPRA ja V. SAARMA — Bronhogeensetest pseudotsüstidest . . 37
A. LEPIK — Elektroforeesi rakendamisest parodontoosi komplekssel ravimisel 40
J. KARUSOO — Thorni test . . . 41

Abiks velskritele ja õdedele

Š. GULORDAVA — «Ägeda kõhu» diagnoosimisest 43
M. LÕVI — Stomatoloogilisest esmaabist velskri-ämmaemandapunktis 47

K. VALGMA — Bronhiit 50

Sanitaarharidustöö

O. TAMM ja H. ROOTS — Sanitaarharidustöö suundadest 53

Arstiteaduse ajaloost

A. NORDBERG — Märkmeid lahinguteedelt (Eesti NSV saarte vabastamisest 1944. a.) 57
H. PIHL — 20 aastat tagasi . . . 61
G. LOOGNA — 20 aastat Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilist Raamatukogu 65

Konverentsid ja nõupidamised

I. VELDRE — Konverents veehügieeni küsimustes 67
V. KALNIN — Baltimaade teaduse ajaloo V konverents 67
J. SAARMA — Balti vabariikide neuroloogide ja psühhiaatrite konverents 69
P. ZOBEL — Vabariikliku Farmatseutide Teadusliku Ühingu konverents Kohtla-Järvel 69
N. SCHAMARDIN — Vabariiklik dermatoloogide seminar 70
I. SIBUL — Bioflavonoidide alane sümpoosion Moskvas 70
R. SEIN — Endokrinoloogide XII üleliiduline dekaad 70
L. PÄI — Kaunase Meditsiiniinstituudi ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumainstituudi konverents 71
A. JANNUS — Epidemioloogide, mikrobioloogide ja infektsionistide XIV üleliiduline kongress . . 71
N. ELŠTEIN — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia XX sessioon 72

Tähtpäevad

BOGOVSKI, P. — Professor Albert Valdes 80-aastane 73
RAUDAM, E. — Endel Heinsoo 50-aastane 74
GEORG LOOGNA 50-aastane . . 75

Mitmesugust 76

Kroonika 77

Обмен опытом и казуистика

Б. ПЫДЕР — Опыт диагностики тромбооблитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей с помощью артериографии
А. ВАПРА и В. СААРМА — Бронхогенные псевдоцисты
А. ЛЕПИК — Применение электрофореза при комплексном лечении пародонтоза
Я. КАРУСОО — Тест Торна

В помощь фельдшерам и сестрам

Ш. ГУЛОРДАВА — О диагностике «острого живота»
М. ЛЫВИ — Стоматологическая первая помощь в фельдшерско-акушерском пункте
К. ВАЛГМА — Бронхит

Санитарно-просветительная работа

О. ТАММ и Х. РООТС — О направлениях санитарно-просветительной работы

Из истории медицины

А. НОРДБЕРГ — Заметки о боевых путях (Об освобождении островов Эстонской ССР в 1944 г.)
Х. ПИХЛ — 20 лет тому назад
Г. ЛООГНА — Государственной научной медицинской библиотеке 20 лет

Конференции и совещания

И. ВЕЛЬДРЕ — Конференция по вопросам гигиены воды
В. КАЛНИН — V конференция по истории науки Прибалтики
Ю. СААРМА — Конференция неврологов и психиатров Прибалтийских республик
П. ЗОБЕЛЬ — Конференция республиканского научного общества фармацевтов в Кохтла-Ярве
Н. ШАМАРДИН — Республиканский семинар дерматологов
И. СИБУЛЬ — Симпозиум по биофлавоноидам в Москве
Р. СЕЙН — XII Всесоюзная декада эндокринологов
Л. ПЯЙ — Конференция Каунаского медицинского института и Института ревматизма Академии медицинских наук СССР
А. ЯННУС — XIV Всесоюзный съезд эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов
Н. ЭЛЬШТЕЙН — XX сессия Академии медицинских наук СССР

Юбилейные даты

П. БОГОВСКИЙ — 80-летие профессора Альберта Вальдеса
Э. РАУДАМ — 50-летие Энделя Хейнсоо
50-летие Георга Лоогна

Разное

Хроника

AJAKIRI

„NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID"

1964. a.

SISUKORD

ЖУРНАЛ

„НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД"

1964 г.

СОДЕРЖАНИЕ

GOLDBERG, A. ja MASIK, I. — Rohkem tähelepanu võitlusele nakkushaigustega . . . . II— 3

GULORDAVA, Š. — Traumatoloogiline ja ortopeediline abi Eesti NSV-s . . . . . IV— 3

KURAŠOV, S. — Nõukogude inimese huvides . . . . . I— 3

RAUDAM, E. — Arstide ja proviisorite kvalifikatsiooni tõstmisest . . . . . V— 3

SARAP, A. — Jaoskonnaterapeut . VI— 3

VARES, A. — Laste meditsiinilisest teenindamisest Eesti NSV-s . III— 3

ГОЛЬДБЕРГ А. и МАЗИК И. — Больше внимания борьбе с инфекционными заболеваниями

ГУЛОРДАВА Ш. — Травматологическая и ортопедическая служба в Эстонской ССР

КУРАШОВ С. — В интересах советского человека

РАУДАМ Э. — Повышение квалификации врачей и провизоров

САРАП А. — Участковый терапевт

ВАРЕС А. — Медицинское обслуживание детей в Эстонской ССР

Teooria ja praktika

EHLVEST, J. — Kopsukahjustustest mitmesuguste õlide toimel. (Kirjanduse ülevaade) . . . IV—25

EHVÄRT, H. — Röntgenmeeter väikeste doosivõimsuste mõõtmiseks VI—32

GULORDAVA, Š. ja PÄSMEL, M. — Gerontoloogia küsimustest kirurgias . . . . . I—30

JANNUS, L. ja REINVALD, A. — Tuberkuloosist tingitud hüperergia põhjustest röntgenoloogilise uurimise andmeil . VI—18

Теория и практика

ЭХЛЬВЕСТ Ю. — О поражении легких вследствие воздействия различных масел (Обзор литературы)

ЭХВАРТ Х. — Рентгенометр для измерения малых мощностей доз

ГУЛОРДАВА Ш. и ПЯСМЕЛЬ М. — Вопросы геронтологической хирургии

ЯННУС Л. и РЕЙНВАЛЬД А. — О причинах возникновения туберкулезной гиперэргии по данным рентгенологического обследования

KAASIK, A. — Karbamiidi (*urea pura*) kasutamine ajuturse vältimisel ja ravimisel . . . . IV—15
KAMA, E. — Tuberkuloositõrjest Eesti NSV-s . . . . . II—11
KEERIG, J. — Küüliku skeletilihaste valgu fraktsioonide dünaamilised muutused ontogeneesis (Autoreferaat) . . . VI—35
KEERIG, J. — Röntgenikiirte toime skeletilihaste valgu koostisse V—18
KERES, L. — Katastroofilistest seisunditest imikutel kopsupõletiku põdemise esimestel päevadel . III— 9
KLEITSMANN, S. — Fonokardiograafiast laste südamehaiguste diagnoosimisel . . . . . I—16
KLEMENT, A. — Plasmat asendava želatinoolilahuse raviefektiivsusest . . . . . IV—13
LINKBERG, A. ja PÕDER, K. — Hemorroididega haigete ravist II—40
LINKBERG, A., KULDEVA, D., KULL, K. ja LIIVAMÄGI, M. — Hirschsprungi tõbi ja selle ravi III—18
LINKBERG, A., TÜNDER, E., PÕDER, K., KULL, K. ja KIVIK, A. — Kõhuaordi ja niudearterite segmentaarsete aterosklerootiliste umbumiste kirurgilisest ravist VI—22
LUKAS, A. Ateroskleroosi patoloogilis-anatoomiline iseloomustus I—22
LUTS, A. ja MARIPUU, I. — Ülemiste hingamisteede ja kopsude seisundist tsementitehase «Punane Kunda» töölistel . . I— 7
MARIPUU, I., SCHAMARDIN, B. ja KASK, E. — Tallinna tööliste ja teenistujate haigestumine südame ja veresoonkonna haigustesse . . . . . III—31
MARKOVITŠ, R. — Lokaalanesteetikumide — benkaiini ja trimekaiini — kasutamise võimalustest dermatoloogias (Autoreferaat) . . . . . VI—33
MUUGA, I., HEINMAA, H., KALEVA, E., KUBJAS, E. ja VAASNA, T. — Laste vaimse ja kehalise puudulikkuse põhjustest ning nende vältimise võimalustest . . . . . III— 6
MÜLLERBEK, E. ja KOOK, L. — Glükeemilise regulatsiooni muutustest reumahaigetel lastel . VI—11
NURMAND, L. — Maksapatoloogiast põhjustatud haiguslikest muutustest nahas (Kirjanduse ülevaade) . . . . . V— 6
OPPI, E. ja KAHN, H. — Gingiviidi ja parodontoosi ravist pliiga kokkupuutuvatel töölistel IV—32
ORŠANSKAJA, R. — Listerioos vastsündinutel . . . . . II—27
ORŠANSKAJA, R. — Tsütomegaalia III—22
PILV, I. — Mõningatest valguamiinohapete ainevahetuse muutustest reuma puhul lastel (Autoreferaat) . . . . . V—15

КААСИК А. — Использование карбамида (*urea pura*) в профилактике и лечении отека мозга
КАМА Э. — Борьба с туберкулезом в Эстонской ССР
КЕРИГ Ю. — Динамика изменения белковых фракций скелетной мышцы кролика в онтогенезе (Автореферат)
КЕРИГ Ю. — Действие рентгеновских лучей на состав белка скелетных мышц
КЕРЕС Л. — О катастрофических состояниях в первые дни заболевания грудных детей пневмонией
КЛЕЙТСМАН С. — Фонокардиография при диагностике заболеваний сердца у детей
КЛЕМЕНТ А. Лечебная эффективность замещающего плазму раствора желатиноля
ЛИНКБЕРГ А. и ПЫДЕР К. — О лечении больных геморроем
ЛИНКБЕРГ А., КУЛДЕВА Д., КУЛЛЬ А. и ЛИЙВАМЯГИ М. — Болезнь Гиршпрунга и ее лечение
ЛИНКБЕРГ А., ТЮНДЕР Э., ПЫДЕР К., КУЛЛЬ К. и КИВИК А. — Хирургическое лечение сегментарных атеросклеротических окклюзий брюшной аорты и подвздошных артерий
ЛУКАШ А. — Патологоанатомическая характеристика атеросклероза
ЛУТС А. и МАРИПУУ И. — О состоянии верхних дыхательных путей и легких у рабочих цементного завода «Пунане Кунда»
МАРИПУУ И., ШАМАРДИН Б. и КАСК Э. — О заболеваемости сердечно-сосудистой системы среди рабочих и служащих города Таллина
МАРКОВИЧ Р. — О возможности использования в дерматологии местных обезболивающих веществ — бенкаина и тримекаина (Автореферат)
МУУГА И., ХЕЙНМА Х., КАЛЕВА Э., КУБЬЯС Э. и ВААСНА Т. — О причинах психической и физической неполноценности детей и ее предупреждение
МЮЛЛЕРБЕК Э. и КООК Л. — Изменения гликемической регуляции при ревматизме у детей
НУРМАНД Л. — Роль печени в возникновении поражений кожи (Обзор литературы)
ОППИ Э. и КАХН Х. — О лечении гингивита и пародонтоза у рабочих имеющих контакт со свинцом
ОРШАНСКАЯ Р. — Листериоз новорожденных
ОРШАНСКАЯ Р. — Цитомегалия
ПИЛЬВ И. — К вопросу о белково-аминокислотом обмене при ревматизме у детей (Автореферат)

PURDE, M. — Haigestumisest pahaloomulistesse kasvajatesse Eesti NSV-s . . . . . V—20
PÄI, L. — Dieet ateroskleroosi profülaktikas . . . . . I—26
RATNIK, E. — Saavutusi ja perspektiive laste suremise vähendamisel Tartus . . . . . III—13
RAUDAM, E. — Viimasest poliomüeliidi-epideemiast Eesti NSV-s ja selle tagajärgede likvideerimisest . . . . . VI— 6
RAUDSEPP, J. — Hemostimulaatorite kasutamisest kasvajate eksperimentaalses kemoteraapias . . . . . IV—22
RÕIGAS, E. ja RUBANOVITŠ, J. — Gonorröa ja urogenitaaltrakti trihhomonoosi diagnoosimine külvimeetodil . . . . V—12
SAARMA, J. — Pidurdusest skisofreeniahaigetel . . . . . I—38
SALZMAN, S. — Kiirguskoormus haigete röntgenoloogilisel uurimisel . . . . . IV—29
SALUPERE, V. Haavandtõve medikamentoossest ravist (Kirjanduse ülevaade) . . . . . II—37
SIBUL, I. — Arstiteadus ja bioloogia . . . . . II— 8
SILLA, R. ja PIHL, H. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tööst . . . II—15
SILLAM, A. — Põlevkivikaevurite haigestumisest nimme-ristluu radikuliiti ja selle profülaktikast . . . . . VI—27
SILLASTU, H. — Allergilis-toksilistest nahanähtudest kopsutuberkuloosiga haigeil etoksüüdiravi vältel . . . . . V—10
SKORODKO, J. ja LUTSUVER, A. — Kirurgi taktikast kaksteistsõrmiksoole madalal asetsevate penetreeruvate haavandite puhul VI—24
SOLOVJOV, V. ja UIBO, A. — Südamehaavade diagnoosimisest ja kirurgilisest ravist . IV— 6
ŽELANDOVSKAJA, J., USTINOVA, V., TSARIK, M. SIDOROV, M. ja RANNIT, M. — Ägeda düsenteeria ja kolienteriidi kliinikust ja ravist . . II—20
TALLMEISTER, E. ja RAUDSIK, T. — Õhu mikrofloora uurimisi nakkushaigete palatites . . II—33
TAMM, S. — Reuma hoovälise perioodi mõningate näitajate hindamisest lastel . . . . . VI—14
TERAS, J., RÕIGAS, E., JAAKMEES, H., TOMPEL, H. ja NIGESEN, U. — Urogenitaaltrakti trihhomonoosi peroraalsest ravist III—41
TILGA, V., LEESMENT, L. ja PARIS, R. — Loomade listerioosist Eesti NSV-s . . . . . II—31
TRINK, R. ja VEINPALU, L. — Sanatoorsele ja kuurordiravile suunamise mõningatest küsimustest . . . . . VI—29

ПУРДЕ М. — Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Эстонской ССР
ПЯЙ Л. — Диэта в профилактике атеросклероза
РАТНИК Э. Смертность детей в гор Тарту и перспективы ее снижения
РАУДАМ Э. — О последней эпидемии полиомиелита и ликвидации ее последствий в Эстонской ССР
РАУДСЕПП Ю. — О применении стимуляторов кроветворения в экспериментальной химотерапии опухолей
РЫЙГАС Э. и РУБАНОВИЧ И. — Культуральная диагностика гонореи и трихомоноза урогенитального тракта
СААРМА Ю. — О торможении у больных шизофренией
ЗАЛЬЦМАН С. — Лучевая нагрузка при рентгенологическом обследовании больных
САЛУПЕРЕ В. — Медикаментозное лечение язвенной болезни (Обзор литературы)
СИБУЛЬ И. — Медицина и биология
СИЛЛА Р. и ПИХЛ Х. — О работе Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены
СИЛЛАМ А. — О заболеваемости пояснично-крестцовым радикулитом и профилактика его у шахтеров сланцевых шахт
СИЛЛАСТУ Х. — Об аллергическо-токсических поражениях кожи при лечении этоксидом больных туберкулезом легких
СКОРОДЬКО И. и ЛУТСУВЕР А. — Тактика хирурга при низкорасположенных и пенетрирующих язвах двенадцатиперстной кишки
СОЛОВЬЕВ В. и УЙБО А. — К диагностике и хирургическому лечению ранений сердца
ЖЕЛАНДОВСКАЯ Е., УСТИНОВА В., ЦАРИК М., СИДОРОВ М. и РАННИТ М. — О клинике и лечении острой дизентерии и колиэнтерита
ТАЛЛМЕЙСТЕР Э. и РАУДСИК Т. — Исследования микрофлоры воздуха в палатах для инфекционных больных
ТАММ С. — Об оценке некоторых показателей внеприступного периода ревматизма у детей
ТЕРАС Ю., РЫЙГАС Э., ЯАКМЭЭС Х., ТОМПЕЛЬ Х. и НИГЕСЕН У. — Пероральное лечение трихомоноза урогенитального тракта
ТИЛГА В., ЛЭЭСМЕНТ Л. и ПАРИС Р. — Листериоз животных в Эстонской ССР
ТРИНК Р. и ВЕЙНПАЛУ Л. — О некоторых вопросах, касающихся направления больных на санаторное и курортное лечение

TŠAPLINSKI, J. — Gripivastase vaktsineerimise efektiivsusest . II—23

VAGANE, E. — Toitumisest Eesti NSV-s . . . . . III—26
VALDES, V. — Kopsuvähi esinemisest ja diagnoosimisest Tallinna Vabariikliku Haigla prosektuuri andmetel 1950.—1962. a. III—36
VALDMETS, A. ja BUROVAJA, F. — Eesnäärme adenoomi ravist . I—35

VALGMA, K. — Mittespetsiifilise interstitsiaalse kopsupõletiku diagnoosimisest . . . . . I—11
VALVERE, Ü. — Pärasoolevähi radikaalse operatsiooni järgsed kusepõie tüsistused . . . . IV—20
VIIRES, U. — Rangluu ja õlanuki biofüüsikalise uurimise tulemusi V—16
ÄNILINE, B. — Jäsemete luumurdude ravimeetodite valikust . IV— 9

ЧАПЛИНСКИЙ Е. — Результаты исследования эффективности вакцинации против гриппа
ВАГАНЕ Э. — О питании в Эстонской ССР
ВАЛЬДЕС В. — О заболеваемости раком легких и его диагностике по данным прозектуры Таллинской республиканской больницы за 1950—1962 гг.
ВАЛЬДМЕТС А. и БУРОВАЯ Ф. — О лечении аденомы предстательной железы
ВАЛГМА К. — Диагностирование неспецифического интерстициального воспаления легких
ВАЛЬВЕРЕ Ю. — Осложнения со стороны мочевого пузыря после радикальной операции рака прямой кишки
ВИЙРЕС У. — Результаты биофизического исследования ключицы и плеча
ЭНИЛИНЕ Б. — О выборе методов лечения переломов костей конечностей

Tervishoiu organisatsioon

Организация здравоохранения

MASIK, I. — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistus uuel tööetapil II—44
REKK, T. — Kaebused ja avaldused V—23
ROOSILEHT, A. — Tööstusettevõtete tööliste meditsiinilisest teenindamisest . . . . . I—44
SARAP, A. — Tööstustööliste meditsiinilise teenindamise ümberkorraldamisest tsehhipõhimõttel . I—41
VOLOŽ, O. — Mõningate sisehaigustega haigete dispanseerimise efektiivsuse hinnangust . . . I—49

МАЗИК И. — Новый этап работы санитарно-эпидемиологической службы
РЕКК Т. — Жалобы и заявления
РООЗИЛЕХТ А. — Медицинское обслуживание рабочих промышленных предприятий
САРАП А. — О реорганизации медицинского обслуживания промышленных рабочих по цеховому принципу
ВОЛОЖ О. — Оценка эффективности диспансеризации больных некоторыми внутренними заболеваниями

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

Обмен опытом и казуистика

ERNITS, H. — Emakakaelavähi üheaegne esinemine ühemunakaksikutel . . . . . I—55
ESTER, E. — Kahepoolne munasarja dermoidtsüst 12-aastasel tütarlapsel . . . . . IV—42
KADASTIK, A. — Lihtne ja praktiline . . . . . III—49
KARUSOO, J. — Thorni test . . VI—41
KASELAID, V. — Vastsündinute asfüksia ravist . . . . . III—45
KERES, L. — Mikromeetrilised vereuuringud imikutel . . . V—30
KÕRGE, K. ja PODAR, U. — Surmaga lõppenud bronhiaalastma juhtudest . . . . . II—49
LEMARINJE, V. — Tootmise esteetika ja traumatism . . . . IV—35
LEPIK, A. — Elektroforeesi rakendamisest parodontoosi kompleksel ravimisel . . . . . VI—40
LUMI, B. — Sulfosalitsüülhappe reaktiivi valmistamisest valkude määramiseks uriinis . . . . V—33
MAIMETS, O. ja PODAR, U. — Eosinofiilse leukemoidse reaktsiooniga lümfosarkoomi juht . . I—56
MÜLLERBEK, E. — Laste kaitsesüstimine ja allergia . . . . III—47
PAULSON, J. — Fotograafiline abimeetod röntgenifilmide kopeerimisel . . . . . II—46

ЭРНИТС Х. — Одновременное заболевание однояйцевых близнецов раком шейки матки
ЭСТЕР Э. — Двусторонняя дермоидная киста яичника у 12-летней девочки
КАДАСТИК А. — Просто и практично
КАРУСОО Я. — Тест Торна
КАСЕЛАЙД В. — О лечении асфиксии новорожденных
КЕРЕС Л. — Микрометрические исследования крови у грудных детей
КЫРГЕ К. и ПОДАР У. — О случаях бронхиальной астмы с летальным исходом
ЛЕМАРИНЬЕ В. — Производственная эстетика и травматизм
ЛЕПИК А. — Применение электрофореза при комплексном лечении пародонтоза
ЛУМИ Б. — Приготовление из сульфосалициловой кислоты реактива для определения белка в моче
МАЙМЕТС О. и ПОДАР У. — Случай лимфосаркомы с эозинофильной лейкемоидной реакцией
МЮЛЛЕРБЕК Е. — Предохранительные прививки детей и аллергия
ПАУЛЬСОН Ю. — Фотографический вспомогательный метод копирования рентгеновских фильмов

PÕDER, B. — Kogemusi alajäsemete tuiksoonte trombobliterееruvate haiguste diagnoosimisel arteriograafia abil . . . . . VI—36
RAUDSEPP, V. — Emakavähi diagnoosimise metoodikast . . . V—28
RÄTSEP, V. — Mao sekretsioonivõime määramisest . . . . IV—39
STRUNKO, M. — Gargoilism . . V—39
ŠULTS, J. — Kogemusi põletuste kirurgilise ravi alalt . . . . IV—36
VALDMA, A. — Kogemusi profülaktiliste reumavastaste ravikuuride rakendamise alal . . . III—48
VANASELJA, T. — Maovähi tsütoloogilisest diagnoosimisest . . V—26
VAPRA, A. ja KANTER, H. — Pika toimeajaga sulfaniilamiidi — spofadasiini — kliinilise kasutamise kogemustest . . . . I—52
VAPRA, A. ja SAARMA, V. — Bronhogeensetest pseudotsüstidest . . . . . VI—37
VERNIK, S. — Mondori tõve juht IV—43

ПЫДЕР Б. — Опыт диагностики тромбобластерирующих заболеваний артерий нижних конечностей с помощью артериографии
РАУДСЕПП В. — О методике диагностики рака матки
РЯТСЕП В. — Определение секретной способности желудка
СТРУНКО М. — Гаргоилизм
ШУЛЬЦ Е. — Опыт хирургического лечения ожогов
ВАЛДМА А. — Опыт проведения профилактических антиревматических курсов
ВАНАСЕЛЬЯ Т. — Цитологическая диагностика рака желудка
ВАПРА А. и КАНТЕР Х. — О результатах клинического применения сульфаниламида пролонгирующего действия спофадазина
ВАПРА А. и СААРМА В. — Бронхогенные псевдоцисты
ВЕРНИК С. — Случай болезни Мондора

Abiks velskritele ja õdedele

В помощь фельдшерам и сестрам

GULORDAVA, Š. — «Ädega kõhu» diagnoosimisest . . . . . VI—43
HEINSOO, E. — Lülisamba röntgeniülesvõtete tehnikast . . . IV—45
KAHN, H. — Hüpotoonia . . . III—55
KIVILO, M. — Narkoosiaparaatide kasutamisest . . . . . I—66
KÕRGE, K. — Suhkurtõve ravist . V—35

LÕVI, M. — Stomatoloogilisest esmaabist velskri-ämmaemandapunktis . . . . . VI—47
MAURER, L. — Keskharidusega meditsiinipersonali töö parandamisest . . . . . II—57
MOSSIN, V. — C-reaktiivse valgu määramine haigete vereseerumis V—41

MUUGA, I. — Raskesti haige lapse toitmine . . . . . V—39
PIKKSAAR, O. — Tuberkuloosidispanseri jaoskonna-meditsiiniõe ülesanded . . . . . II—60
SALUPERE, V. — Kroonilist gastriiti põdevate haigete ravist . . III—51
SALUPERE, V. — Maosekretsiooni uurimisest . . . . . II—53
SCHAMARDIN, N. — Nahahaigustega haigete ravitoitlustamisest . I—63
SPIRKA, V. — Kommunistliku töö liikumisest Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris . . . IV—55

TAIGRO, V. — Tallinna günekoloogiliste vaatluskabinettide tööst IV—53

UIBO, E. — Keskharidusega meditsiinipersonali töö korraldamisest III—54
VALGMA, K. — Allergia ja allergilised haigused . . . . . IV—49
VALGMA, K. — Bronhiit . . . VI—50
VAPRA, A. — Ägedate kopsupõletikkude kliinikust ja ravist . I—59

ГУЛОРДАВА Ш. — О диагностике «острого живота»
ХЕЙНСОО Э. — О технике рентгеновских снимков позвоночника
КАХН Х. — Гипотония
КИВИЛО М. — Использование наркозных аппаратов
КЫРГЕ К. — О лечении сахарной болезни
ЛЫВИ М. — Стоматологическая первая помощь в фельдшерско-акушерском пункте
МАУРЕР Л. — Улучшение работы среднего медицинского персонала
МОСИН В. — Определение С-реактивного белка в сыворотке крови больных
МУУГА И. — Кормление тяжело больных детей
ПИККСААР О. — Обязанности участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера
САЛУПЕРЕ В. — О лечении больных хроническим гастритом
САЛУПЕРЕ В. — Исследование секреции желудка
ШАМАРДИНА Н. — О лечебном питании больных кожными заболеваниями
СПИРКА В. — О внедрении методов коммунистического труда в Республиканском противотуберкулезном диспансере
ТАЙГРО В. — Опыт работы смотровых гинекологических кабинетов г. Таллина
УЙБО Э. — Упорядочение работы среднего медицинского персонала
ВАЛГМА К. — Об аллергии и аллергических заболеваниях
ВАЛГМА К. — Бронхит
ВАПРА А. Клиника и лечение острого воспаления легких

Kaadri ettevalmistamine

BARÕŠEVA, L. — Arstide ja farmatseutide täienduskrusused V—45
ELŠTEIN, N. — Terapeutide igapäevasest kvalifikatsiooni tõstmisest V—50
HORN, A. — Järjekordne lend sanitaarvelskreid Tartu Meditsiinilisest Koolist III—59
HORN, A. — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1964. a. V—56
MAAROOS, I. — Uut täiendust arstide ja farmatseutide perele V—53
SÕERDE, K. — Järjekordne lend Tallinna Meditsiinilisest Koolist V—55
SÕERDE, K. — Uus lend akušööre ja farmatseute Tallinna Meditsiinilisest Koolist III—60

Sanitaarharidustöö

TAMM, O. — Tervisenädalate läbiviimisest Tartus. II—62
TAMM, O. ja ROOTS, H. — Sanitaarharidustöö suundadest VI—53

Arstiteaduse ajaloost

KASK, M. — H. Koppel tervishoiualaste teadmiste populariseerijana II—65
LOOGNA, G. — 20 aastat Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilist Raamatukogu VI—65
NORDBERG, A. — Märkmeid lahinguteedelt V—57
NORDBERG, A. — Märkmeid lahinguteedelt (Eesti NSV saarte vabastamisest 1944. a.) VI—57
PIHL, H. — 20 aastat tagasi VI—61
REOLI, K. — Rahvameditsiin ja nõiaprotsessid Eestis IV—56
ROOTS, H. — 70 aastat rahvaliku arstiteadusliku raamatu «Tervise õpetus» ilmumisest III—60
TÕNISSOO, Z. — Võitlejate elu eest V—61

Konverentsid ja nõupidamised

ELŠTEIN, N. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia XX sessioon VI—72
HORN, A. — Tartu Meditsiinilise Kooli õpetajate metoodiline konverents V—66
ILVES, N. — Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate esimeselt konverentsilt I—70
ILVES, N. — Terapeutide seminar Tallinnas II—70
JANNUS, A. — Epidemioloogide, mikrobioloogide ja infektsionistide XIV üleliiduline kongress VI—71
KAHN, H. — Juubelisessioon põlevkivitööstuse kutsehügieeni alal II—69
KALNIN, V. — Baltimaade teaduse ajaloo V konverents VI—67

Подготовка кадров

БАРЫШЕВА Л. — Курсы усовершенствования врачей и фармацевтов V—45
ЭЛЬШТЕЙН Н. — О повседневном повышении квалификации терапевтов V—50
ХОРН А. — Очередной выпуск санитарных фельдшеров Тартуской медицинской школы III—59
ХОРН А. — Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1964 г. V—56
МААРООС И. — Новое пополнение в семье врачей и фармацевтов V—53
СЫЭРДЕ К. — Очередной выпуск Таллинской медицинской школы V—55
СЫЭРДЕ К. — Новый выпуск акушеров и фармацевтов Таллинской медицинской школы III—60

Санитарно-просветительная работа

ТАММ О. — Недели здоровья в г. Тарту II—62
ТАММ О. и РООТС Х. — О направления санитарно-просветительной работы VI—53

Из истории медицины

КАСК М. — Х. КОППЕЛЬ — популяризатор медицинских знаний II—65
ЛООГНА Г. Государственной научной медицинской библиотеке — 20 лет VI—65
НОРДБЕРГ А. — Заметки о боевых путях V—57
НОРДБЕРГ А. — Заметки о боевых путях (Об освобождении островов Эстонской ССР в 1944 г.) VI—57
ПИХЛ Х. — 20 лет тому назад VI—61
РЭОЛИ К. — Народная медицина и процессы по обвинению в колдовстве в Эстонии IV—56
РООТС Х. — 70 лет со дня выхода в свет популярной медицинской книги «Учение о здоровье» III—60
ТЫНИССОО З. — За жизнь бойцов V—61

Конференции и совещания

ЭЛЬШТЕЙН Н. — XX сессия Академии медицинских наук СССР VI—72
ХОРН А. — Методическая конференция преподавателей Тартуской медицинской школы V—66
ИЛВЕС Н. — Первая конференция средних медицинских работников Таллина I—70
ИЛЬВЕС Н. — Семинар терапевтов в Таллине II—70
ЯННУС А. — XIV Всесоюзный съезд эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов VI—71
КАХН Х. — Юбилейная сессия по вопросам профессиональной гигиены в сланцевой промышленности II—69
КАЛНИН В. — V конференция по истории науки Прибалтики VI—67

KARU, E. — Neuroloogide ja psühhiaatrite kongressist Dresdenis . II—70
KONDRATJEVA, G. — Viroloogide teaduslik sessioon . . . . II—71
KUIK, L. — Konverents veehügieeni ja veekogude sanitaarse kaitse küsimustes . . . . II—71
KÕRGE, K. — Üleliiduline sümpoosion allergoloogia alal . IV—61
LAIGNA, K. — Tuberkuloosiasutuste meditsiiniõdede konverents II—69
LENZNER, A. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslik konverents . . . . III—65
LIIV, E. — I üleliiduline traumatoloogide ja ortopeedide kongress . . . . . III—67
LUTS, A. — Nõupidamised otorinolarüngoloogia alal . . . IV—60
MARDNA, L. ja ELŠTEIN, N. — Terapeutide XIII üleliiduline teaduslik konverents . . . . I—72
MEDINSKI, G. — Läti NSV hügienistide, mikrobioloogide, epidemioloogide ja infektsionistide II konverents . . . . . III—69
PIHL, H. — Konverentsid ja nõupidamised nakkushaiguste alal . V—65
PÄI, L. — Kaunase Meditsiinilise Instituudi ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumainstituudi konverents . . . . . VI—71
RIIV, J. — Leedu NSV kardioloogide konverents . . . . . V—68
RÄTSEP, I. — Gastroenteroloogiaalane konverents Riias . . . III—68
SAARMA, J. — Balti vabariikide neuroloogide ja psühhiaatrite konverents . . . . . VI—69
SALZMAN, S. ja OTS, J. — Eesti NSV röntgenoloogide, radioloogide ja onkoloogide IV teaduslik-praktiline konverents . . III—65
SCHAMARDIN, N. — Vabariiklik dermatoloogide seminar . . . VI—70
SEIN, R. — Endokrinoloogide XII üleliiduline dekaad . . . . VI—70
SIBUL, I. — Bioflavonoidide alane sümpoosion Moskvas . . . VI—70
SIIRDE, E. ja SÄRGAVA, V. — Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents . . . . . V—67
SUI, V. — Kurortoloogide konverents Kemeris . . . . . I—71
ZOBEL, P. — Vabariikliku Farmatseutide Teadusliku Ühingu konverents Kohtla-Järvel . . . VI—69
TIIGIMÄE, L. — Vene NFSV tuberkuloosisanatooriumide arstide II teaduslik-praktiline konverents . V—67
TÄLLI, H. — Vabariiklik kooliarstide seminar . . .. III—67
UIBO, E. — Tallinna keskharidusega meditsiinitöötajate II konverents . . . . . V—66
UUSMA, Ü. — Tartu Meditsiinilise Kooli õpilaste teaduslik konverents . . . . . IV—59
VELDRE, I. — Konverents veehügieeni küsimustes VI—67

КАРУ Э. — Съезд неврологов и психиатров в Дрездене
КОНДРАТЬЕВА Г. — Научная сессия вирусологов
КУЙК Л. — Конференция по вопросам гигиены водоснабжения и санитарной охраны водоемов
КЫРГЕ К. — Всесоюзный симпозиум по аллергологии
ЛАЙГНА Э. — Конференция медицинских сестер туберкулезных учреждений
ЛЕНЦНЕР А. — Научная конференция медицинского факультета Тартуского государственного университета
ЛИЙВ Э. — I Всесоюзный съезд травматологов и ортопедов
ЛУТС А. — Совещания по оториноларингологии
МАРДНА Л. и ЭЛЬШТЕЙН Н. — XIII Всесоюзная научная конференция терапевтов
МЕДИНСКИЙ Г. — II конференция гигиенистов, микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов Латвийской ССР
ПИХЛ Х. — Конференции и совещания по инфекционным заболеваниям
ПЯЙ Л. — Конференция Каунасского медицинского института и института ревматизма Академии медицинских наук СССР
РИЙВ Я. — Конференция кардиологов Литовской ССР
РЯТСЕП И. — Конференция по вопросам гастроэнтерологии в Риге
СААРМА Ю. — Конференция неврологов и психиатров Прибалтийских республик
ЗАЛЬЦМАН С. и ОТС Я. — IV научно-практическая конференция рентгенологов и онкологов Эстонской ССР
ШАМАРДИН Н. — Республиканский семинар дерматологов
СЕЙН Р. — XII Всесоюзная декада эндокринологов
СИБУЛЬ И. — Симпозиум по биофлавоноидам в Москве
СИЙРДЕ Э. и СЯРГАВА В. — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР
СУЙ В. — О курортологической конференции в Кемери
ЗОБЕЛЬ П. — Конференция республиканского научного общества фармацевтов в Кохтла-Ярве
ТИЙГИМЯЭ Л. — II научно-практическая конференция врачей туберкулезных санаторией РСФСР
ТЯЛЛИ Х. — Республиканский семинар школьных врачей
УЙБО Э. — II конференция среднего медицинского персонала Таллина
УУСМА Ю. — Научная конференция учеников Тартуской медицинской школы
ВЕЛЬДРЕ И. — Конференция по вопросам гигиены воды

Konsultatsioone

KALDMA, A. — Juriidilist nõuannet I—72, II—72

Tähtpäevad

BOGOVSKI, P. — Professor Albert Valdes 80-aastane . . . . . VI—73
Dotsent B. Luik 50-aastane . . . V—68
Eesti NSV teeneline arst V. Paškov 60-aastane . . . . . IV—64
Emil Laur 75-aastane . . . . I—74
Georg Loogna 50-aastane . . . VI—75
M. Epštein 80-aastane . . . . III—70
OTS, J. — Johannes Tiitsar 70-aastane . . . . . IV—63
RAHU, P. — H. Lepp 60-aastane . III—70
RAUDAM, E. — Endel Heinsoo 50-aastane . . . . . VI—74
ROOTS, H, — O. Palu 70-aastane . IV—62
TALLMEISTER, E. — Dotsent Selma Laanes 50-aastane . . . IV—65

Nekroloogid

Antonina Blum . . . . . IV—72
Proviisor Oskar Kook . . . . III—74

Kriitika ja bibliograafia

KERES, L. — Profülaktilist tööd abistav raamat . . . . . I—74
PÄI, L. — Huvitav ja kasulik raamat . . . . . II—73

Küsimusi ja vastuseid . . I—76, II—75

Referaate . . . . . II—74

Mitmesugust

KARU, T. — Abivahend perfokaartide sorteerimiseks . . . . V—72
KIVIMÄGI, J. — Uusi raviasutusi . IV—66
LAOS, V. — Suitsetamisest võõrutamine . . . . . IV—70
OTS, J. — Ühest omapärasest teadusharust (Näo rekonstrueerimisest kolju järgi) . . . . . IV—68
PAULSON, J. — Perfokaartide kasutamisest tööstustööliste dispanseerimisel Maardu Keemiakombinaadis . . . . . III—71
VÕHANDU, L. ja TAMM, O. — Elektronarvutustehnika kasutamise võimalusest epidemioloogias V—69

Mõne reaga . . IV—71, V—74, VI—76

Kroonika . . . I—76, II—76, III—74, IV—73, V—75, VI—77

Консультации

КАЛДМА А. — Консультация по юридическим вопросам

Юбилейные даты

БОГОВСКИЙ П. — 80-летие профессора Альберта Вальдеса
50-летие доцента Б. Луйка
60-летие заслуженного врача Эстонской ССР В. Пашкова
75-летие Эмиля Лаура
50-летие Георга Лоогна
80-летие М. Эпштейна
ОТС Я. — 70-летие Йоханнеса Тийтсара
РАХУ П. — 60-летие Х. Леппа
РАУДАМ Э. — 50-летие Энделя Хейнсоо
РООТС Х. — 70-летие О. Палу
ТАЛЛМЕЙСТЕР Э. — 50-летие доцента Сельма Лаанеса

Некрологи

Антонина Блум
Провизор Оскар Коок

Критика и библиография

КЕРЕС Л. — Книга содействующая профилактической работе
ПЯЙ Л. — Интересная и полезная книга

Вопросы и ответы

Рефераты

Разное

КАРУ Т. — Приспособление для сортировки перфокарт
КИВИМЯГИ Ю. — Новые лечебные учреждения
ЛАОС В. — Об отвыкании курения
ОТС Я. — Об одном своеобразном разделе науки (Восстановление лица по черепу)
ПАУЛЬСОН Ю. — Использование перфокарт при диспансеризации промышленных рабочих на Маардуском химическом комбинате
ВЫХАНДУ Л. и ТАММ О. — О возможности использования в эпидемиологии электронной вычислительной техники

В нескольких строках

Хроника

UUSI RAAMATUID RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

AHELIK, S. Arstiabist ja sotsiaalkindlustusest kodanlikus Eestis. Tln., 1964, 211 lk.
JÄNES, H. Sõnelemisest haiguseni. Tln., 1964, 32 lk.
Tartu Riikliku Ülikooli toimetised. Vihik 147. Arstiteaduslikke töid. 7. Sünnitusabi ja günekoloogia. Trt., 1964, 192 lk.
ПОТУЛОВ Б. М. В. И. Ленин и советское здравоохранение. М., 1964, 182 стр.
ИЗУТКИН А. М. Программа КПСС и социальные проблемы медицины. М., 1964, 174 стр.
БЕЙЛИ Н. Статистические методы в биологии. Пер. с англ. М., 1963, 271 стр.
ИОЖИЦА Н. А. и ГИНДЕНТУЛЕР Д. М. Опыт медицинского обслуживания сельского населния. М., 1964, 116 стр.
БОРИСОВЕЦ Л. Ф. Опыт изучения заболеваемости механизаторов сельского хозяйства. М., 1964, 62 стр.
ЖОГОВА В. М. Вопросы радиационной микробиологии в санитарной охране водоемов. М., 1964, 158 стр.
ПРОКОФЬЕВ В. П. Производственная санитария на предприятиях пищевой промышленности. М., 1964, 296 стр.
Техника безопасности и производственная санитария в химической промышленности. Сборник постановлений, правил, норм и инструкций. М., 1964, 654 стр.
Международная анатомическая номенклатура. Под ред. Д. А. Жданова. Изд. 2-е. М., 1964, 79 стр.
ФРОЛЬКИС А. В. Функциональные взаимосвязи кишечника и желудка. Л., 1964, 207 стр.
СТЕПАШКИНА К. И. Клиническое толкование сдвигов белков крови. Киев, 1963, 202 стр.
Здравницы профсоюзов СССР. Справочник. Изд. 2-е. М., 1964, 560 стр.
ДАЙСОН Г. и МЕЙ П. Химия синтетических лекарственных веществ. Пер. с англ. М., 1964, 660 стр.
МОЗЖУХИН А. С. и РАЧИНСКИЙ Ф. Ю. Химическая профилактика радиационных поражений М., 1964, 244 стр.
ЛИТВИНОВ Н. Н. Радиационные поражения костной системы М., 1964, 236 стр.
ПАВЕЛЬСКИ С. и ЗАВАДСКИ З. Физиологические константы в клинике внутренних болезней. Пер. с польского. М., 1964, 264 стр.
КЕЧКЕР Л. Х. и ГЛЕЗЕР Г. А. Карманный рецептурный справочник по кардиологии. М., 1964, 184 стр.
КАССИРСКИЙ И. А. и КАССИРСКИЙ Г. И. Звуковая симптоматика приобретенных пороков сердца. 2-е изд. М., 1964, 320 стр.
ЛАЧИНЯН С. Р. Гипертоническая болезнь и туберкулез легких. М., 1964, 131 стр.
МАМАМТАВРИШВИЛИ Д. Г. Болезни вен. М., 1964, 386 стр.
КАРНУХОВ В. К. Неспецифический язвенный колит. М., 1963, 183 стр.
ШИЛОВ П. И. и ЯКОВЛЕВ Т. Н. Основы клинической витаминологии. Л., 1964, 368 стр.
ДЫГИН В. П. Аутоиммунные заболевания системы крови. Л., 1964, 222 стр.
НЕЙМАН И. М. Физиология и патофизиология желез внутренней секреции. М., 1964, 135 стр.
Методы изучения природных очагов болезней человека. Под ред. П. А. Петрищевой и Н. Г. Олсуфьева. М., 1964, 308 стр .
ШУР И. В. Заболевания сальмонеллезной этиологии. М., 1964, 226 стр.
Методические указания по количественному микробиологическому исследованию при дизентерии. Л., 1964, 44 стр.
ГОРБУНОВА А. С. и ХОУ ЮНЬ-ДЭ. Вирус Сендай — возбудитель гриппоподобных заболеваний человека и животных. М., 1964, 196 стр.
ТЕРСКИХ В. И. и КОКОВИН И. Л. Лептоспирозные заболевания людей. М., 1964, 268 стр.
МАКОВСКАЯ Г. Г. Туберкулезный менингит у детей. (Ранняя дифференциальная диагностика). Л., 1964, 168 стр.
ЕЛАНСКИЙ Н. Н. Хирургические болезни. (Учебник для мед. ин-тов). М., 1964, 650 стр.
БИЕЗИНЬ А. П. Детская хирургия. (Учебник для педиатрич. фак. мед. ин-тов). М., 1964, 334 стр.
АРХАНГЕЛЬСКАЯ-ЛЕВИНА М. С. Основные этапы ведения хирургических больных. Л., 1964, 227 стр.
ЖОРОВ И. С. Общее обезболивание. М., 1964, 686 стр.
ВАГНЕР Е. А. Хирургическое лечение проникающих ранений груди в мирное время. М., 1964, 191 стр.
МЕЙЕР А. и др. Спонтанный нетуберкулезный пневмоторакс у взрослых и его лечение. Пер. с франц. М., 1964, 138 стр.
ДАРБИНЯН Т. М. Современный наркоз и гипотермия в хирургии врожденных пороков сердца. М., 1964, 238 стр.

Hind 40 kop.
Цена 40 коп.

Индекс
78191

КРАКОВСКИЙ Н. И. и МАЗАЕВ П. Н. Ангиография в хирургии сосудов конечностей и шеи. М., 1964, 288 стр.
ПШЕНИЧНИКОВ В. И. Повторные операции на желудке при язвенной болезни. М., 1964, 146 стр.
КОЛЧЕНОГОВ П. Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. М., 1964, 235 стр.
ГАЛЬПЕРИН Э. И. и ОСТРОВСКАЯ И. М. Контрастное исследование в хирургии желчных путей. М., 1964, 170 стр.
МИРОНОВИЧ Н. И. Краткий очерк развития отечественной нейрохирургии. М., 1964, 163 стр.
УГРЮМОВ В. М. и др. Лечебная гимнастика при повреждениях позвоночника и спинного мозга. 1964, 184 стр.
РОКИТЯНСКИЙ В. И. Повреждения и ортопедические заболевания при занятиях физкультурой и спортом. М., 1964, 236 стр.
ГОЛЬДИН Г. И. К истории отечественной урологии. М., 1964, 80 стр.
ДЖАВАД-ЗАДЕ М. Д. Поликистоз почек. М., 1964, 243 стр.
СТРЕЛЬЦОВА В. Н. и МОСКАЛЕВ Ю. И. Бластомогенное действие ионизирующей радиации. М., 1964, 383 стр.
ЧЕРНОВ В. А. Цитостатические вещества в химиотерапии злокачественных новообразований. М., 1964, 319 стр.
РЫБАКОВ А. И. Стоматиты. М., 1964, 147 стр.
КОПЕЙКИН В. Н. и др. Зубопротезная техника. [Учебник для зуботехн. и зубоврачебных отд-ний мед. училищ]. М., 1964, 344 стр.
КАШИРИН В. Н. Зуботехническое материаловедение. [Учебник для зуботехн. отд-ний мед. училищ]. М., 1964, 264 стр.
ЗОЛОТАРЕВА М. М. Глазные болезни. (Пособие для практ. врача-офтальмолога). 2-е изд. Минск, 1964, 619 стр.
ГОЛЬДФЕЛЬД Н. Г. Организация работы медицинской сестры в глазном отделении и глазном кабинете поликлиники. М., 1964, 218 стр.
ФЕЛЬДМАН А. И. и ВУЛЬФСОН С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. [Учебник для педиатрич. фак. мед. ин-тов]. 6-е изд. М., 1964, 400 стр.
АРАПОВ Д. А. и ИСАКОВ Ю. В. Трахеотомия как лечебный метод при неотложных состояниях. М., 1964, 164 стр.
НИКИТИН К. Ф. и НЕЙМАРК Е. З. Вопросы сероводородной терапии нервных заболеваний. М., 1964, 211 стр.
ДОЦЕНКО С. Н. и ПЕРВОМАЙСКИЙ В. Я. Неврозы. (Клиника и лечение). Л., 1964, 187 стр.
АВРУЦКИЙ Г. Я. Современные психотропные средства и их применение в лечении шизофрении. М., 1964, 304 стр.
СЕЛИССКИЙ А. Б. Справочник по кожным болезням. Изд. 3-е. Минск, 1963, 476 стр.
МАШКИЛЛЕЙСОН Л. Н. Лечение и профилактика кожных болезней. 2-е изд. М., 1964, 544 стр.
ЖОРДАНИНА И. Ф. Учебник акушерства. [Для мед. ин-тов]. 4-е изд. М., 1964, 600 стр.
Многотомное руководство по акушерству и гинекологии. Т. 3. Кн. 1. Патология беременности. М., 1964, 440 стр.
МАКАРОВ Р. Р. и ФИГУРНОВ К. М. Клинические лекции по избранным главам акушерства. Вып. 1. Л., 1963, 336 стр.
АГАРОНОВ А. М. Оперативное акушерство. Краткое руководство для врачей и студентов. Изд. 3-е. Ереван, 1963, 151 стр.
ЦИРУЛЬНИКОВ М. С. и др. Предупреждение беременности. М., 1963. 132 стр.
Гипогалактия, ее причины, методы профилактики и лечения. Метод. пособие для врачей. Л., 1964, 34 стр.
ФРИНОВСКИЙ В. С. Регионарная анестезия при гинекологических операциях. М., 1963, 110 стр.
ЦЕЙТЛИН А. Г. Физическое развитие детей и подростков. М., 1963, 204 стр.
МАСЛОВ М. С. Лекции по факультетской педиатрии. Изд. 2-е. Ч. 1. 1963, 224 стр.
ЛАПИНА К. В. Хроническая пневмония у детей и роль физических факторов в комплексном ее лечении. М., 1963. 280 стр.
ГОРНИЦКАЯ Э. А. Основы учения о ревматизме в детском возрасте. Л., 1964, 220 стр.
ДМИТРИЕВА Н. М. Лечение детей на курортах СССР. М., 1963, 227 стр.
БРОННИКОВА М. А. и ГАРКАВИ А. С. Методика и техника судебномедицинской экспертизы вещественных доказательств. М., 1963, 278 стр.
ТОМИЛИН В. В. Физиология, патология и судебномедицинская экспертиза письма. М., 1963, 235 стр.
СЕРДЮКОВ М. Г. Судебная гинекология и судебное акушерство. 2-е изд. М., 1964, 302 стр.