



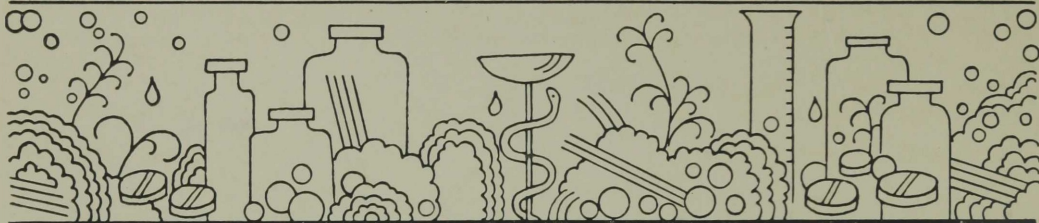
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5 · 1985



CORTISONI ACETAS

Kortisoonatsetaat on glükokortikosteroid. Ravimil on põletikuvastane, desensibiliseeriv, antiallergiline, immunodepressiivne toime.

Näidustatud kollagenoosi, reuma, reumatoidartriidi ning bronhiaalastma korral.

Ravimi algannus on 0,1 . . . 0,2 grammi ööpäevas, toetav annus 0,025 g ööpäevas.

Kodumaine tööstus toodab 0,025- ja 0,05-grammiseid tablette.

PREDNISONI ACETAS

Prednisoonatsetaat on toime ja näidustuste poolest sarnane kortisoonatsetaadiga, kuid tema aktiivsus on 3 . . . 5 korda suurem, mõju mineraalide ainevahetusele aga väiksem.

Ravimi algannus 0,025 . . . 0,05 grammi ööpäevas.

Toetav annus 0,002 . . . 0,01 grammi ööpäevas.

MISCLERON

Miskleroon vähendab triglütseriidide ja kolesteriiniirikaste lipoproteiidide sisaldust veres.

Kasutatakse ateroskleroosi, koronaar-, peaaju- ja perifeersetes veresoonte skleroosi ravis.

Preparaati võetakse sisse 0,5 . . . 0,75 g kolm korda päevas pärast sööki. Ravikuuri kestus 20 . . . 30 päeva.

Misklerooni toodetakse Ungari RV-s kapslitena, mis sisaldab 0,25 g toimeainet.

SISU TERVISHOIUJUHT TÄNAPÄEVAS

U. Sibul — Spetsialiseeritud kirurgiline abi ja selle arenguprobleemid 323

TEORIA JA PRAKTIKA

V. Salupere, H. Hanson, H.-I. Maaroo, E. Peets, R. Kermes — Väike-Maarja kolhoosi liikmete tervisliku seisundi uurimisest 325

L. Mehilane — Anorexia nervosa — interdistsiplinaarne probleem 328

H. Vasar, V. Vasar, A. Ennet — Anorexia nervosa ravi 331

V. Kask — Anorexia nervosa günekoloogia aspektist 333

B. Loogna, A. Värnik — Keemilise etioloogiaga ägedate mürgituste psühhiaatrilisi aspekte 336

R. Linkberg, P. Kõrge — Rasedate südame ja veresoonekonna adaptatsioon ortostaatilise proovi ja kehalise koormuse korral 338

ÜLEVAATED

I. Kalits — Hormonaalsed häired anorexia nervosa korral 341

H. Väre — Alkoholoreksia organismi muutunud reaktiivsuse tunnusena 345

K. Subi — Respiratoorne viirus ja äge respiratoorne viirushaigus 349

K. Dmitriev, A.-E. Kaasik — Hüperbaarilise oksügenatsiooni rakendamine isheemilise ajuinsuldi ravis 353

M. Otter, L. Allikmets — Pikendatud toimeajaga ravimid ja terapeutilised süsteemid 357

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

O. Tamm, R. Silla — Hügienistide osa Eesti NSV rahvastiku tervise kaitses 361

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

I. Kull, H.-I. Maaroo — Anoreksiasündroom sisehaiguste kliinikus 363

MÖTTEVAHETUS

E. Lõuk — Dispanseerimise psühholoogilisi probleeme 365

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

J. Põlluste, I. Maaroo — Teaduslikke kutseid 367
TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1985. aastal 367

Tallinna, Tartu ja Kohtla-Järve meditsiinikoolide lõpetajad 1985. aastal 368

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

H. Kapral — III üleliiduline laboriarstide kongress 370

V. Vasar — Anorexia nervosa alane teaduskonverents 370

M.-A. Riikjärv — Eesti NSV lastearstide XII kongress 371

N. Elstein — Ülevabariigiline juhtivate terapeutide nõupidamine 372

V. Laos — Üleliiduline sanitaarharidusmajade paarstide nõupidamine 373

M.-A. Riikjärv — Ülevabariigiline juhtivate pediatrite nõupidamine 373

V. Vahing — Vabariiklik psühhiaatrite seminar 374

H. Haavel — Teine ülevenemaaline teaduskonverents «Lümfoloogia aktuaalsed probleemid» 375

E. Veski — Transfusioloogiakonverentsid 375

O. Toomla — Üleliiduline konverents «Nüüdisaegse psühhoneuroloogia aktuaalsed probleemid» 375

A. Liiv — Kolmas üleliiduline sümposium alkoholismi bioloogilistest alustest 376

ARSTIDE SELTSIDES 376

MEIE JUUBILARE 379

Ester Kindlam, Hilja Liiskmaa, Asta Uibo, Simeon Ellervee, Semjon Loifermann, Toomas Karu, Vello Roos

VÄLISMAALT

A. Adamsoo — Tähelepanekuid teaduskomandeeringult Prantsusmaale 381

IN MEMORIAM

Udo Luts 26. X 1927...24. II 1985 384
Proviisor Hailo Liias 15. II 1915...14. VII 1985 385

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

E. Kindlam — Mõnest terminist: kas nime-tav või omastav? 386

KROONIKA 387

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 394

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi 395

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Toimetuskolleegium

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

Toimetusnõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 19. 08. 1985. Trükkimisele antud 26. 09. 1985. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspögnaid 9,10. Tell nr. 3043. MB-07346. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Ул.-изд. лист. 9,10. Заказ № 3043. MB-07346. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

Käsitõõkirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Tõõ olgu aktuaalne ja tänapõõeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja tõõ eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõõte ja jõõeldused. Käsitõõkirja peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3. . 7 võõmesõõna lisatud. Uudse termini võõi mõõiste kasutuselevõõtmisel tõõs esitatakse see võõimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatakse kokkusurutult mitte õõle nelja ja õõlevaated mitte õõle kõõmne lehekõõlje, kirjandus seahulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõõend, kas tõõ on plaaniline võõi mitte võõi dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitõõkirjaga. Teadusliku tõõ käsitõõkirja viseerib teaduslik juhendaja. — Andmed kõõikide autorite kohta (perekonna-, eesja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, tõõkoha ja kodune telefon, sõõnniaasta, perekonna-seis, laste arv) lisatakse käsitõõkirja lõõpu koos kõõikide autorite allkirjadega. Kõõrgkõõolide ja uurimisinstiitutiide tõõõtjad mårkigu ka kateedri võõi osakonna nimetus. — Resõõmeed esitatakse vene keeles (15. . 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8. . 12 rida) võõi lisatõõgu tõõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõõte. — Kirjandus. Bibliograafias paigutatakse õõldreeglina ette ladina tåhestikuga ja nende jõõrele venekeelsed kirjandusallikad. Mõõlemas rühmas jårjestatakse autorid tåhestikuliselt. Raamatutel mårgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, våljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja tåielik nimetus, ilmumisaasta, kõõide, anne võõi number, artikli lehekõõlgede algusja lõõpunumbrid. — Fotod ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käsitõõkirja lõõpu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagakõõljele mårkida õõlemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata tõõid, mis on teistes våljaannetes võõi monograafia osana juba trükitud.

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

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

© Kirjastus «Perioodika»
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

Tervishoiujuht tänapäevas

UDK 616-089(474.2)

Spetsialiseeritud kirurgiline abi ja selle arenguprobleemid

Uno Sibul · Tallinn

Tänapäeva kirurgia areng on tihedalt seotud fundamentaalteaduste — keemia, füüsika, bioloogia, biokeemia — ning kirurgiast võrsunud anestesioloogia-reanimatoloogia arenguga. Suurt osa kirurgiapraktika ja teadustöö edukuses etendavad eriotstarbeline meditsiiniaparatuur ning ravibaasid. Eelkõige aga määravad kirurgilise abi kvaliteedi kaader ja spetsialiseeritud arstiabi organisatsioon.

Järjest süveneva spetsialiseerumisega seoses on allakirjutanu arvates kerkinud teravalt päevakorraks küsimus, **kuidas** tagada erialadevahelist tihedat koostööd, s.o. **interdistsiplinaarset integratsiooni**. Seda on vaja juba seepärast, et mitmes meditsiiniprofiilis laialdaste teadmistega ja küllaldaselt ning mitmekülgset kompetentsete arstide (ka kirurgide) arv on pigem vähenenud kui suurenenud, see aga on tingitud asjaolust, et juba ülikooliõpingute päevil algab mitte ainult erialade järgi (terapeut, günekoloog, pediaater, kirurg) diferentseerumine, vaid ka **erialasisene** spetsialiseerumine — ja seda mitte harva! See on üks spetsialiseerumise kaasnähte, meil aga tuleb seda ravi korraldamisel tingimata silmas pidada.

Kitsa eriala (näiteks veresoontekirurgia, koronaarkirurgia jt.) edendamine on muidugi väga vajalik, kuid see kõik peab toimuma kogu **üldkirurgia**, nii kaadri, baaside kui ka teadustöö, samaaegse arendamisega. On ju hulgaliselt selliseid haigeid, keda haiguse tõttu ei ole ette nähtud ravida seni rajatud spetsialiseeritud osakondades, neid tuleb ravida üldprofiiliga osakonnas, näiteks kõiki ägedat mädapõletikku põdevaid haigeid, kelle jaoks ei ole Tallinnas ega ka mujal meie vabariigis profiilset osakonda veel avatud.

Interdistsiplinaarse koostöö koordineerimisest mõeldes kerkib eelkõige küsimus: **kes** seda raskust peab oma õlgadel kandma? Seda peaks tegema see, kes juhib ravitööd polikliinikus või statsionaaris, seega peaarsti asetäitja ravi alal. Tema töö üks olulisemaid lõike on, kuidas ta suudab koordineerida mitme eriala spetsialisti koostööd. Alati aga ei sõltu kõik üksnes tema enda võimetest ega soovist. Näiteks eksisteerib juba viiendat aastat Tallinna Kiirabihaigla baasil veresoonte- ja koronaarkirurgiaosakond. Osakonna tööga seonduvad mitmed TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teaduslaborid, mis tegelevad südame isheemiatõve kirurgiaga. Tehnika viimase sõna järgi sisustatud osakonna töö on veel vähe koordineeritud paar aastat tagasi meie vabariigis asutatud Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi tegevusega, mis samuti tegeleb müokardiinfarkti diagnoosimise probleemidega, ka seal on analoogilised kallihinnalised importseadmed.

Nende kahe asutuse vahelised sidemed on üsnagi tagasihoidlikud, millest tingituna on tänaseni erisugused seisukohad nii koronarograafia kui ka kirurgilise ravi näidustuste osas. Loomulikult ei piisa siin peaarsti asetäitjast ravi alal — optimaalse lahenduse leidmiseks on tõenäoliselt vaja kahe-kolme probleemikomisjoni ühiseid jõupingutusi koos vastavate erialade peaspetsialistidega.

Spetsialiseeritud arstiabi väljakujunemine Tallinnas suurendab paratama-

tult haigete hospitaliseerimist pealinna raviasutustesse, mistõttu enne spetsialiseeritud osakondadele vabariikliku funktsiooni andmist on senisest rohkem vaja arvestada Tallinna raviasutuste keskastme meditsiinkaadriga komplekteritust. Siin on täitmata üle poole tuhande meditsiiniõe koha. See aga avaldab otsesest mõju ka kirurgiaosakonna tööle. Keskastme meditsiinitöötajate nappuse tõttu on suvekuudel tugevasti vähendatud plaanilisi operatsioone mitmes suuremas haiglas. Arvestades seda, et lähemas tulevikus avatakse Tallinna Vabariikliku Haigla Silmaliin, Tallinna Kesklinna Lastepoliiklinik ja Lasnamäe Polikliinik, suureneb puudus õdede järele veelgi. Spetsialiseerumisele avaldab paratamatult mõju keskastme meditsiinipersonal.

Ka voodifondi nappus Tallinnas seab piirangu eriarstiabi väljaarendamisel (kokku on vaja juurde saada ligikaudu 1/3 praegusest haiglavoodikohtade üldarvust). Kuigi parem töökorraldus viimastel aastatel on sama voodikohtade arvu juures 1984. aastal võimaldanud hospitaliseerida (võrrelduna 1980. aasta näitajatega) üle 16 000 haige rohkem, ei ole haiglavoodite veelgi intensiivsem kasutamine võimalik.

Küllaltki suure rühma moodustavad mitmesuguste seedetrakti häirete all kannatavad haiged. Paljud nende hulgast vajavad ka kirurgilist ravi. Ravi tulemused aga sõltuvad suuresti sellest, millal haige kirurgilisele ravile suunatakse. Kahjuks peab nentima, et siin pole kaugeltki kõik korras. Üle 2/3 haavandtõbe põdejatest saadetakse kirurgilisele ravile liiga hilja, alles siis, kui on välja kujunenud orgaanilised muutused mitte ainult maos või kaksteistsõrmikus, vaid ka juba naaberelundites. Õeldu on kehtiv ka sapikivitõbe põdejate kohta, keda on veelgi arvukamalt. On ammu tuntud tõde, et kirurgilise ravi edukus ei sõltu mitte üksnes kirurgi oskustest, anestezioloogilise abi kvaliteedist, vaid see sõltub ka õigeaegselt operatsioonile suunamisest, kirurgilise ravi näidustuste ja vajaduse üle õigeaegselt otsustamisest.

Senikaua kui polikliinikud ei ole veel piisavalt varustatud uurimistehnika ega -aparatuuriga ning seni, kuni püsib terapeutiliste haigete voodikohtade nappus, oleksid allakirjutanu arvates vajalikud järgmised meetmed.

1. Esmajärjekorras tuleks kolm Tallinna suuremat haiglat varustada senisest täiuslikumalt seedetraktihaiguste uurimiseks tarvismineva aparatuuriga (endoskoobid, sonograafid, pH-meetria-seadmed jm.). Nimetatud haiglate diagnoosimiskabinetid (need ei vaja suuri ruumi- ja kaadrireserve) peaksid oma ambulatoorse diagnoosimise koordineerima piirkonna polikliiniku vajadustega.

2. On vaja lõpule viia ja Tallinna Kiirabihaiglas avada ööpäevaringselt töötav endoskoopiasakond (ruumid ja osa kaadrit on olemas), mis peaks endast kujutama ülelinnalist urgentse gastroenteroloogilise diagnoosimise osakonda. See võimaldaks tunduvalt parandada seedetrakti verejooksuga haigete ravi tulemusi, kiirendaks haigete mitmekülgset uurimist, vähendaks terapeutilise profiiliga gastroenteroloogiaosakondade suurt koormust.

Et tallinlased üldprofiiliga kirurgilist-traumatoloogilisi voodikohti lähemas tulevikus juurde ei saa, tuleks ilmselt suurendada kirurgilise töö mahtu polikliinikutes. Mõeldud on siin eeskätt keskmise töömahuga operatsioonide tegemist kvalifitseeritud kirurgide poolt polikliiniku operatsiooniplokkides. Taolist ravikorraldust peame otstarbekohaseks keskealistel haigetel songade, lihtvarikooside ja muude haiguste puhul, kui neil kodus on hooldaja ja telefon. Taolisi operatsioone on Pelgulinna Haigla Polikliiniku kirurgiaosakonnas aastaid tagasi teinud kirurg H. Paldrok. Tahaks loota, et kõikides uutes polikliinikutes suudame avada sellise kirurgiakabineti.

Lõpetuseks veel ühest seni lahti harutamata spetsialiseeritud abi, õigemini küll interdistsiplinaarsest (neuroloogia, neurotraumatoloogia, traumatoloogia) aktuaalsest probleemist — **rehabilitatsioonist** ehk taastusravist. Juba 1964. aastal toimunud tervishoiutöötajate ak-

tiivi nõupidamisel tõstatas Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna esindaja vajaduse rajada tallinlaste tarvis rehabilitatsiooniga tegelev raviasutus. Mitmete objektiivsete ja ka subjektiivsete põhjuste tõttu on selline ravila tänaseni avamata. Vajadus sellise raviasutuse järele on aga ilmne. Traumade läbi kannatada saanute, neurokirurgilise operatsiooni läbiteinud ja neuroloogiliste haigete arv on aastast aastasse suurenenud, koos sellega ka invaliidistumine. Ei ole reaalne, et Lasnamäele ehitatav 600-kohaline haigla saaks voodikohti loovutada haigete rehabilitatsiooni tarvis. Seetõttu peaks enne Tallinna Kiirabihaigla uue traumatoloogiakorpuse valmimist leidma võimalus Tallinna lähikonnas taastusravila avamiseks. Sellises ravilas (võimalik, et koos Eesti NSV Sotsiaaltootusministeriümiga) oleks otstarbekohane peale kehalise taastusravi korraldada ka sotsiaalset rehabilitatsiooni, elukutse ümberõppimist.

Loomulikult ei ole lühikirjutises puudutatud kaugeltki kõiki aktuaalseid eriarstiabi probleeme. Ka pole kirjutise autor arvamusel, et ettepanekud esitatud kujul rakendamist leiaksid, olulisem on aga see, et tekiks elav arutelu ja mõttevahetus, mille kaudu võiks jõuda kirjutises puudutatud kas või mõne probleemi lahendamiseni.

*Tallinna Linna RSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakond*

Teooria **ja praktika**

UDK [614.1:63-051:616-084](474.2)

Väike-Maarja kolhoosi liikmete tervisliku seisundi uurimisest

Vello Salupere Heino Hanson Heidi-Ingrid Maaros Elle Peets Rein Kermes · Tartu

rahvastiku dispanseerimine, Väike-Maarja kolhoosi liikmed, tervisliku seisundi uurimine, haigestumise analüüs

NLKP Keskkomitee 1983. aasta juuniplenium seadis riigi tervishoiusüsteemi lähemate aastate tähtsaimaks ülesandeks ülemineku kogu rahvastiku dispanseerimisele. Eesmärgiks on kõik vaevalteta ja haigusnähtudeta inimesed vähemalt kord aastas arstlikult läbi vaadata. Seetõttu pakuvad praegu huvi töötajate väiksemate kontingentide massuuritud, et saada kogemusi kogu rahvastiku ülddispanseerimisele üleminekuks. Teiste erialade töötajate hulgas on olulisel kohal põllumajandustöötajate uurimine, eriti intensiivse tootmistaseme ja suure tööpingega majandis.

Eespool toodud eesmärkidest lähtudes sõlmiti Väike-Maarja kolhoosi juhatuse initsiatiivil TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedriga leping majandi töötajate tervisliku seisundi põhjalikuks uurimiseks, mille esialgsed tulemused esitamegi.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Töö eesmärk oli esimesel etapil uurida kõikide Väike-Maarja kolhoosi liikmete tervislikku seisundit ja analüüsida haigestumise sõltuvust elukutsest ning töölaadist. Uuriti 1068 inimest. Koguti põhjalik

Tabel 1. Uuritute vanuseline ja sooline koosseis (sulgudes protsentides)

Vanus aastates	Naised	Mehed	Kokku
alla 20	9 (0,8)	7 (0,6)	16 (1,4)
20 ... 29	79 (7,4)	134 (12,5)	213 (19,9)
30 ... 39	122 (11,5)	141 (13,2)	263 (24,7)
40 ... 49	115 (10,7)	137 (12,9)	252 (23,6)
50 ... 59	93 (8,7)	92 (8,7)	185 (17,4)
üle 60	79 (7,4)	60 (5,6)	139 (13,0)
Kokku	497 (46,5)	571 (53,5)	1068 (100)

Tabel 2. Uuritute jaotumus elukutse järgi (sulgudes protsentides)

Elukutse	Naised	Mehed	Kokku
Mehhanisaatorid	7 (0,7)	295 (13,7)	302 (14,4)
Farmitöölised	156 (14,5)	19 (1,8)	175 (16,3)
Teenistujad	85 (7,9)	62 (5,8)	147 (13,7)
Põllutöölised	37 (3,5)	13 (1,2)	50 (4,7)
Abiettevõtete töötajad	78 (7,3)	104 (9,7)	182 (17,0)
Muud	36 (3,4)	18 (1,7)	54 (5,1)
Pensionärid	98 (9,2)	60 (5,6)	158 (14,8)
Kokku	497 (46,5)	571 (53,5)	1068 (100)

anamnees, tehti üldarstlik läbivaatus ja neuroloogiline uurimine. Tehti ka uriinianalüüsi automaatanalüüsiga «Ames Clini-tek», mille abil määrati suhkru, valgu, sapipigmentide, atsetooni ja vere esinemine uriinis. Kui automaatanalüüsiga saadud tulemused olid positiivsed, siis uriini kliinilis-laboratoorsest analüüsi korralti. 357 uuritava registreeriti elektrokardiogramm, südame isheemiatõve kahtluse korral tehti 9 juhul veloergomeetiline uuring, mao- ja kaksteistsõrmikuhaiguste kahtluse korral 24 juhul seedetrakti ülaosa endoskoopiline uuring, jämesoolahaiguste sümptomide korral neljal juhul rektoskoopia. 58 inimest hospitaliseeriti täiendavateks uuringuteks, nendest 34 siseosakondadesse, 16 neuroloogia-, kolm silmahaiguste ja viis kõrvanina-kurguhaiguste osakonda.

Läbivaatuste ja täiendavate uuringute andmed kanti selleks koostatud kaardile.

Töötajate ilmumise arstlikule läbivaatusele oli kolhoosi juhatus organiseerinud eeskujulikult, mille tulemusena tuli läbivaatusele 97 % kolhoosi liikmetest.

Kolhoosi liikmete jaotumus vanuse ja soo järgi on esitatud tabelis 1, jaotumus elukutse järgi tabelis 2. Mehhanisaatorite hulka kuuluvateks arvati traktoristid, autojuhid, lukksepad ja mehhanikud. Abiettevõtete töötajate hulka kuulusid kanatöötledjad, konservitsehhi ja mineraalsöö-

datshehi töötajad, ehitustöölised jt. Osa uuritud töötas mitmesugustel muudel ametikohtadel, näiteks valvurite, katlakütjate ning koristajate-na, need eraldati alarühma «muud». 85,2 % uurituist olid töötavad kolhoosi liikmed ning 14,8 % pensionärid.

Uurimistulemused ja arutelu. Käesolevas kirjutises esitame andmed sisehaiguste esinemise kohta. Kõikidest uuritutest oli terveid 698 (65 %), mitmesuguseid sisehaigusi põdes 370 inimest (35 %). Uuritute tervislik seisund elukutse järgi on esitatud tabelis 3. Haiguste esinemissageduses üksikute elukutsete esindajate hulgas olulist erinevust ei olnud, välja arvatud pensionärid ning töötajad rühmas «muud». Sagedam haiguste esinemine pensionäridel on endast mõistetav ja seotud ealiste muutustega. Elukutsete rühma «muud» kuulujate hulgas on aga tihti neid, kes on üle tulnud teistelt tööaladelt ja kellel tervisehäired on olnud juba varem.

Tabelist 4 selgub, et sisehaigustest kõige sagedam on hüpertooniatõbi — 120 uuritul (11,2 %). Hüpertooniatõbi avastati esmakordselt just sellel läbivaatusel 49 inimesel 120-st. Südame isheemiatõbe leiti 64 uuritul (6,0 %). 23 juhul (2,2 %) leiti muid südamehaigusi, neist 10 juhul oli tegemist reumatismi mitmesuguste vormidega.

Seedeelundite haigusi oli 55 uuritul (5,1 %), neist 20-l mao või kaksteistsõrmiku krooniline haavand. Tähelepanu väärrib asjaolu, et alkohoolset maksatsirroosi oli ainult kahel uuritul, see viitab alkoholipruukimise vähesusele ja kaudselt ka kolhoosi heale töödistsipliinile. Ühel 51-aastaselt meeshaigegel leiti läbivaatusel keskkõhus palpeeritav tuumor, mis edasisel uurimisel osutus maovähiks. Haigel puudusid vaevused ning arsti poole ta omal soovil ei kavatsenud pöörduda.

Hingamiseldunde haigusi esines 24 haigel (2,2 %), neist 19 juhul oli tegemist kroonilise bronhiidi ja kopsuemfüseemiga vanemaealistel. Bronhiaalastma oli kolmel haigel. Neeruhaigustest oli ülekaalus primaarne või sekundaarne püelonefriit, mida leiti 16-l 20 neeruhaigusi põdejast. Ainult kahel esines krooniline glomerulonefriit.

Tabel 3. Uuritute tervislik seisund eri elukutse korral

Elukutse	Üld- arv	Hai- geid	Haigeid üldarvust (%)
Mehhanisaatorid	302	91	30
Farmitöölised	175	54	31
Teenistujad	147	53	36
Põllutöölised	50	16	32
Abiettevõtete töötajad	182	53	29
Muud	54	40	74
Pensionärid	158	63	40
Kokku	1068	370	35

Tabel 4. Sisehaiguste esinemissagedus uurituil

Haigus	Haigete arv	Haigeid uuri- tuist (%)
Südame isheemiatõbi	64	6,0
Hüpertooniatõbi	120	11,2
Müokardiit, müokardiskle- roos, klapirikked	23	2,2
Seedeelundite haigused	55	5,1
Neeruhaigused	20	1,9
Hingamiseldite haigused	24	2,2
Suhkurtõbi	13	1,2
Liigestehaigused	6	0,6
Muud sisehaigused	45	4,2

Kroonilisi liigestehaigusi esines küllaltki vähe — 0,6 %-l uurituist, kusjuures kõikidel juhtudel oli tegemist kroonilise reumatoidartriidi või osteoartroosiga. Suhkurtõve esinemissagedus uurituil (1,2 %) vastab suhkurtõve esinemissagedusele Eestis.

Analüüsides haiguste esinemissagedust eri elukutsete esindajail, võisime kindlaks teha haiguste sagedama esinemise teatud elukutse korral vaid üksikjuhtudel. Nii oli hüpertooniatõbe rohkem abitsehhide töötajail (18,8 %) ja teenistujail (13,5 %). Südame isheemiatõbe diagnoositi sagedamini pensionäridel (17,1 %) ja muude elukutsete esindajail (9,3 %), seevastu ülejäänud elukutsete puhul oli südame isheemiatõve esinemissagedus 3,7 %. Seedeelundite haigusi oli ühtlaselt kõikide elukutsete esindajail. Seos elukutsega puudus ka

hingamisteede ning neeruhaiguste puhul.

Seega andsid töötajaskonna massuuringud Väike-Maarja kolhoosis mõningaid kogemusi, mida tuleks arvestada kogu rahvastiku dispansseerimisel. Massuuringute tulemused sõltuvad eeskätt sellest, kuidas on korraldatud inimeste uuringule tulek. Meie kogemused näitavad, et siin on otsustava tähtsusega see, kuidas asutuse juhtkond suudab tagada kõigi töötajate uuringutele ilmumise. Väike-Maarja kolhoosi juhatus organiseeris seda eeskujulikult.

Uuringute tulemused sõltuvad suuresti ka sellest, milliseid uurimismetodeid kasutatakse. Haiguste varajaseks avastamiseks ei piisa mitte ainult arstlikust läbivaatusest, vaid on vajalik informatiivsete sõeltestide kasutamine. Meie töö kogemuste põhjal võib niisuguste sõeltestidena hinnata näiteks arteriaalse rõhu mõõtmist ja uriini uurimist automaatanalüsaatori abil. Et rahvastiku haigestumise struktuuris on kindlalt esikohal südame- ja veresoonkonna haigused, on küllaltki suurel osal uuritavatest vaja teha elektrokardiogramm. Ja lõpuks, kogu rahvastiku arstlik läbivaatus võimaldab selekteerida haiged, kes vajavad põhjalikku uurimist polikliiniku erialakabinettides või haiglas.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonna-
sisehaiguste kateeder

TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini
kateeder

UDK 616.33-008.44-02-03-08:616.89(047)

Anorexia nervosa — interdistsiplinaarne probleem

Lembit Mehilane · Tartu

anorexia nervosa, olemus, kliinik, ravi printsiibid

Viimastel aastatel on aktuaalseks muutunud psühhosomaatiliste ja somatopsüühiliste häirete all kannatavate haigete ravi (7, 14). Meditsiini spetsialiseerumise ning diagnoosimises ja ravis peamiselt bioloogiliste meetodite kasutamise tingimustes moodustavad nad nn. interdistsiplinaarsete haigete arvuka osa, kes oma arsti otsingule spetsialistide hulgast mõnikord palju aega kulutavad. Meie vabariigis tehtud epidemioloogiline uurimine kinnitab, et enamik neuroosihaigeid (78,4 %) satub psühhiaatri vastuvõtule alles siis, kui haigus on kestnud kaks aastat või kauem (12, 13). On sagenenud juhtumid, kus neuroosihaigetele on diagnoosimisel või koguni ravi eesmärgil tehtud proovilaparotoomia. Osa neist haigetest otsib abi pseudomeditiinilistelt ravitsejatelt.

Üks haigusi, mis oma polümorfse sümptomaatika tõttu võib komplitseerida õigeaegset diagnoosimist ja sellest tulevalt ka adekvaatse ravi alustamisega hilinemist, on *anorexia nervosa*. Käesolev kirjutis põhineb autori tähelepanekutel *anorexia nervosa*'t põdejate kohta ja kirjanduse andmete analüüsil.

Anorexia nervosa't kirjeldati sajan-deid tagasi, kuid tema olemuse, etiopatogeneesi ja ravi suhtes on näiliselt siiani puudunud ühtne seisukoht (10). Erinevatel aegadel on haigust peetud psühhiaatriliseks, endokrinoloogiliseks või neuroloogiliseks. 1930... 1950-ndatest aastatest alates on seda uuesti hakatud käsitlema peamiselt psühhiaatrilise haigusena (7, 10). Praktika on kinnitanud, et psühhiaatrite juurde ravile satub siiski vaid tühine osa *ano-*

rexia nervosa't põdejatest ja needki tavaliselt pärast mitu aastat kestnud edutut ravi mujal (2, 10).

Anorexia nervosa on psühhogeense etioloogiaga, temale tüüpilise patogeneesi, kliinilise pildi ja kuluga omaette haigus. Sündroomina võib ta kuuluda mõne teise somaatilise (Simmondsi tõbi, hüpotalamohüpofüsaarne kahheksia jt.) või psüühilise (skisofreenia, involutsioonipsüühhoosid jt.) haiguse struktuuri. Mõlemal juhul ei piirdu haiguse teravlik kliiniline pilt anoreksiaga.

Teiste psühhogeensete haigustega sarnaselt on ka *anorexia nervosa* põhjuseks psühhotrauma. Samuti on iseloomulik esinemissageduse sõltuvus sotsiaalsest, majanduslikest, kultuurilistest või muudest teguritest ning lisaks ka valitsevast ühiskondlikust arvamusest kehakaalu kohta. Psühhotrauma peamine sisu ongi kehakaal ja sellest sõltuv soov sale olla. Enamik haigestunuid (95... 97 % juhtudest) on 11... 16-aastased tütarlapsed (5, 7, 8). Enamik isutuse juhtumeid poistel (kuni 95 %) on endogeense või somatogeense haiguse tunnus (1, 9). Suhteliselt harva haigestutakse esmakordselt täiskasvanueas (1, 7). *Anorexia nervosa* on psühhotrauma omapärane konstellatsioon puberteedia bioloogiliste, psüühiliste ja psühholoogiliste iseärasustega (1, 11). See kooslus teebki temast omalaadse haiguse.

Anorexia nervosa kliinilises pildis on esiplaanil sekundaarsed, peamiselt somaatilised sümptoomid, mis on arenenud isiku enese poolt söömise tahtlikust ja teadlikust piiramisest. Kirjandusest on tuntud *anorexia nervosa*'le tüüpiline triaad: isutus (*anorexia*), kõhnumine (*amaigrissement*), menstruatsiooni ärajäämine (amenorröa) (3, 6, 8). Kliiniline praktika kinnitab, et mitte kõik triaadi tunnused ei ole *anorexia nervosa*'le obligatoorsed. Vastupidi, haiguse algstaadiumis on söögiisu sageli suurenenud ja isegi aastaid kestnud haigusjuhtudel on isutus vaid osal haigetel ning alles kahhektilises lõppstaadiumis võib ilmuda anoreksia. Pealegi on haiguse tegelik algus välja kujunenud tunduvalt varem kui anoreksia.

Premorbiidsele isiksusele on iseloomulik mõningane epileptoidsus ja/või psühhasteenilisus. Neile tütarlastele on iseloomulik korrektsus, äärmine täpsus, töökus, eesmärgi- ja sihikindlus, ego-tsentrilisus (11, 13). Tavaliselt on nad laitmatu õppeedukusega, ühiskondlikult aktiivsed, sageli on neil mitmeid har-rastusi, kuid seejuures võivad nad olla sotsiaalselt väheküpsed, eakaaslastega võrreldes suuremas sõltuvuses kasvata-jast (emast, vanaemast) (10, 11). Isiksuse põhitüübilt võib *anorexia nervosa*'ga haiged jaotada kahte rühma (8, 10).

1. Aktsentueeritult hüsteeriliste, ego-tsentriliste joontega isikud. Neile on omane kõrge enesehinnang, kõikjal liid-ripositsiooni taotlus. Käitumises võib olla impulsiivsus, kalduvust vargusele, valetamisele, alkoholi liig- ja narkooti-liste ainete tarvitamisele, autoerootiliste harjumustele ning demonstratiivsetele enesevigastustele. Nii patsiendil kui ka tema omastel on mõningane loomu-pärane kalduvus tüsedusele. Hea söögi-isu püsib neil isegi haiguse kahheksia-stadiumis. Kehakaalu alandamiseks kasutavad nad lahtisteid, anorektilisi vahendeid, tahtlikku oksendamist. Kompleksravis ei ole seetõttu nendel haigetel insuliini ega söögiisu tõstvate vahendite kasutamine näidustatud.

2. Ülekaalukalt psühhasteeniliste joontega inimesed. Neil on iseloomu-lik enese alahindamine, kartlikkus, kõhklused, intellektuaalsed huvid. Esi-mese tüübiga võrreldes on nad intellek-tuaalselt sageli ka enam arenenud. Läh-emad sugulased on pigem gratisiilsed kui tüsedad ning perekonnas on grat-siilsus normiks. Madal kehakaal saavu-tatakse peamiselt range dieediga. Meie vabariigis kohtab sagedamini viimati mainitud tüüpi haigeid.

Anorexia nervosa algus on aeglane, märkamatu, seostub menarhe algusega. Haruharva saab haigus alguse enne menarhet (9).

Anamneesist selgub, et lapsepõlves võis neil olla mõningane kalduvus tüse-dusele, tavaliselt aga esines düsmorfo-foobia tüseduse suhtes. Sellest tingituna võib haiguse algperioodil olla

juhuslikke, episoodilisi toidu piiran-guid. Haige peab edaspidi vajalikuks oma kehakuju toidu valiku ja keha-lise koormuse tõstmisega korrigeerida. Järjest enam huvitub ta diee-dialastest nõuannetest, saleduskuuri võimalustest. Püütakse riietusega varja-ta näilist figuuriviga. Süstemaatilise näljutamise vallandab juhuslik repliik ja kaudne vihje, mis haige düsmorfofoo-biat kinnitavad. Seetõttu võib jääda mulje haiguse ägedast algusest.

Haiguse teises etapis tegelevad haiged sihipäraselt ja järjekindlalt kaalu alla-võtmisega. Vähesese kalorsusega toidu va-liku ja piiramisega üheaegselt püütakse tõsta kehalist koormust, kasutatakse lahtisteid. Mõnikord söövad haiged häs-ti, kuid vahetult pärast söömist, enemas-ti salaja, oksendavad toidu välja. Neile on iseloomulik ambivalentne suhtumine toidusse. Nad valmistavad meeleldi teis-tele toitu, söövad vahel salaja, öösiti, varastavad toiduaineid. Küsitlemisel väidavad liigsöömist, eitavad kehakaalu langust, tahtlikku näljutamist, ütlevad endal olevat väga hea söögiisu. Nälj-utamine, aktiivne tegelemine keha-kaalu alandamisega võib haige oskus-liku varjamise ja valetamise tõttu jääda isegi omaste poolt märkamata. Sekun-daarsete somaatiliste häirete tõttu pöör-duvad haige omaksed terapeutide, güne-koloogide, endokrinoloogide poole, kuid tahtlikku regulaarset näljutamist varja-takse ka nende eest. Väljendunud hai-gusjuhtudel võib kahheksia ulatuda 30...50 %-ni algkaalust. Vaatamata sellele on haigete psühhofüüsiline toon-us hea. Nad on endiselt mitmekülgselt aktiivsed, hea õppeedukusega. Tüüpilisel juhul on neil hirm täiskasvanuks saamise, naiselike kehavormide kujne-mise ees. Neil esineb soov jääda lapseks, nad mängivad nukkudega, igatsevad hellitusi vanemalt, suhtuvad vastas-soosse eitavalt. Tihti on amenorröa signaaliks, milleni langetatakse keha-kaalu.

Haiguse raskusastme hindamisel ei ole niivõrd oluline alakaal, kuivõrd psühhopatisatsiooni kujunemise tempo ja ulatus. Köhnumine mõnikord ei olegi

nii ulatuslik, kuid patsiendi iseäralik käitumine, eluviis, ühekülgne huvi põhjustavad tõsise ja püsiva sotsiaalse desadaptatsiooni. Püsiva psühhogeense konflikti olemus seisneb diametraalses vastuolus patsiendi ja teda ümbritsevate isikute erinevas hinnangus kehakaalu kohta. Aastatega on patsiendil välja kujunenud vajadus säilitada madal kehakaal, hirm kaalus juurdevõtmise ees. Vanemate erinevast arvamusest tingituna on patsiendid optimistliku põhimeeleolu foonil mõnikord düsfoorilised, konfliktised, negativistliku hoiakuga.

Haiguse kahheksiastadiumis võib haigel areneda ka püsiv isutus. Väliselt meenutavad nad hüpotalamohüpofüsaarse kahheksiaga haigeid. Selles etapis võib asteeniast tingituna haige aktiivsus olla langenud. Vaatamata raskele üldseisundile on meeolelu sageli eufoorilise varjundiga. Pikaajalisest nälgimisest tingituna ilmneb rohkesti somaatilisi nihkeid. Nahk võib olla ketendav, alanenud turgoriga, kaetud villkarvaga. Esineb akrotsüanoosi, juuste väljalangemist, lihaste atroofiat. Iseloomulik on bradükardia, bradüpnöe ja hüpotermia. Ulatuslikud muutused verepildis, müokardi düstroofia muutused. Häiritud on endokriinsüsteem ja seedimine. Haigetel tekib söömisel kiiresti ebameeldiv täiskõhutunne, millest vabanemiseks nad tahtlikult oksendavad. Mõnikord on tahtlik oksendamine muutunud haigetele meeldivaks, isegi erootilisi elamusi põhjustavaks toiminguks. Haige üldseisund kahheksiastadiumis on raske ja ravi peab elulistel näidustustel alustama üldhaiglas. Pikaajaline haigus põhjustab olulisi hälbeid isiksuse struktuuris, mistõttu üldjuhul on ravi vaja jätkata psühhiaatriahaiglas. Esimesel etapil on esiplaanil mittespetsiifiline sümptomaatiline ravi somaatiliste funktsioonide häirete korribeerimiseks. Edaspidises kompleksravis tuleb juhendada psühhogeensete haiguste ravi põhiprintsiipidest, milles esiplaanil peab olema psühhoteraapia (6, 14). Selle eesmärk on haige mõtteis luua senisest erinev hinnang kehakaalule. Lubamatu on hukkamõistev,

hurjutav suhtumine nälgutamisse, mis enamasti ongi patsiendi saatnud aastaid. Ettevaatlik peab olema söögiisu tõstivate vahendite, sealhulgas insuliini kasutamise, mõningate vormide puhul on insuliinravi koguni vastunäidustatud.

Anorexia nervosa psühhogeensetest olimesest tulenevalt peab neid haigeid ravima psühhiaater vastavuses psühhogeensete haigete ravi põhiprintsiipidega (14). Praktikas kulub lubamatult palju aega diagnostiliste hüpoteeside selgitamiseks. Prognoos on aga otseses sõltuvuses haiguse kestusest.

- KIRJANDUS: 1. *Bhanji, S., Thompsor, J.* Br. J. Psychiatry, 1974, 124, 166—172. — 2. *Bruch, H.* JAMA, 1974, 230, 10, 1419—1422. — 3. *Halmi, K. A.* Psychosom. Med., 1974, 36, 1, 14—26. — 4. *Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., u.o.* Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin—Heidelberg—New York, 1980. — 5. *Gayrae, L. F., Fournie, H. Cl. J.* Med. Hyg., 1971, 78, 949, 1—5. — 6. *Mehilane, L.* Psühhogeensete haigused. Tartu, 1981. — 7. *Ross, A. O.* Psychische Störungen Kindern. Stuttgart, 1980. — 8. *Silverman, J. A. J.* Pediatr., 1974, 84, 1, 68—73. — 9. *Tones, D. T., Fox, M. M., Babigian, H. M. a.o.* Psychosom. Med., 1980, 42, 551—558. — 10. *Коркина М. В.* В кн.: Дистрофия в подростковом и юношеском возрасте. М., 1984, 159—206. — 11. *Личко А. Е.* В кн.: Подростковая психиатрия. Л., 1979, 335. — 12. *Мехилане Л. С.* В сб.: Актуальные проблемы психофармакологии. М., 1980, 55—65. — 13. *Мехилане Л. С., Саарма Ю. М.* В сб.: Тезисы республиканского совещания. Тарту, 1980, 47—50. — 14. *Мехилане Л. С.* В сб.: Вопросы ранней диагностики и лечения нервных и психических заболеваний. Каунас, 1984, 197—198.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

UDK 616.33-008.44-08:616.89

Anorexia nervosa ravi

Heljo Vasar Veiko Vasar · Tartu
Aili Ennet · Tallinn

anorexia nervosa farmakoteraapia,
psühhoteraapia, ravi efektiivsus

Sündroomina võib *anorexia nervosa* esineda mõne endokrinoloogilise haiguse, ajutuumorite, psühhopaatia, harvem ka skisofreenia korral. Iseseisva haigusena on vallandavaks psühhogeensed tegurid (1, 2, 5, 6). *Anorexia nervosa* ravi osutub sageli komplitseerituks, eriti diagnoosi ja adekvaatse ravi hilinemise tõttu. Elektrolüütide tasakaalust ja rasketest ainevahetushäiretest tingituna võib haigus kahheksiastadiumis lõppeda surmaga (2, 3). Kuigi letaalsust ja suitsiidiohtu *anorexia nervosa* korral peetakse väheseks, võib prognoos olla halb ning see on otseses sõltuvuses haige elueast ja haiguse kestusest anamneesi järgi (3, 4).

Uurimismaterjal. Analüüsiti katamnestiliselt 24 *anorexia nervosa* diagnoosiga haigusjuhtu. Uurimisalustel oli kaks poeg- ja 12 tütarlast ning 10 16...22-aastast neidu; 21 õppijat, sealhulgas 5 üliõpilast, kaks teenistajat ning üks mittetöötaja. Pärit olid nad sagedamini linnast või linna tüüpi asulast. 21 haigel oli diagnoositud *anorexia nervosa* ja kolmel *anorexia nervosa* sündroom skisofreenia puhul. Haigestunute perekondades oli perekonnapeaks enamasti ema. Haigete emad olid sageli üliemotsionaalsed, jutukad, uudishimulikud, hälvem emotsionaalselt külmad, isekad, nõudlikud, pedantsed, tihti korpulentsed või korpulentsusele kalduvad.

11 haigest neljal oli isa ja ühel ema alkoholi liigtarvitaja. Analüüsitud 11 perekonnas puudusid perekonnaliikmete vahel mõistvad suhted, mis oli olnud üks komponente nende ebaõigel kasvatamisel lapseas. Rasedus- ja sünnitusaegseid patoloogilisi muutusi esines üle pooltel juhtudel, 8 haiget olid varem põdenud seedetraktihaigusi, viis angiini. Enamik oli kasvanud materiaalselt heades oludes.

Tingituna väärade perekondlikest suhetest, ebaõigest kasvatusest tundsid lapsed end üksikutena, tõrjututena või, vastupidi, oli neil perekonnas valitsev osa. Premorbiidselt esines hüsteroidseid iseloomujooni 14 haigel, epileptoidseid kuuel ja psühhasteenilisi kolmel haigel. Uuritavatest 22 olid vaimselt hästi arenenud, avara silmaringiga, edukad õpilased, kes koolikollektiivis paljudel juhtudel etendasid liidrirolli või seesmiselt taotlesid seda. Haigestumisele eel-

nes järjest süvenev mikrosotsiaalne konflikt, rahulolematu oma positsiooniga perekonnas, koolis, ebaedu spordis, millele haiged reageerisid pahuruse, trotsi, ahastuse, sageli lootusetusega; ilmesid alaväärsusmõtted. Tekkis kalduvus süüdistada kõiges ema. Esines soov jääda lapseks, et mitte saada oma ema sarnaseks.

Näljutamist alustati pärast mõnd juhuslikku märkust, vahel ka treeneri soovitusel. Harvem olid ajendiks alaväärsusmõtted, soov olla väliselt oma edukate kaaslaste sarnane.

Emasteks arsti poole pöördumise põhjusteks olid kehakaalu järsk langus, näiline või tegelik isutus ja menstruaaltsioonihäired. Hilinenult, alles 0,5...9 aasta pärast, pöördusid haiged psühhiaatri poole. Enne seda olid nad käinud pediatra, terapeudi, günekoloogi, endokrinoloogi või neuroloogi vastuvõtul, kes neid nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt olid uurinud ja ravinud. Raviks, ka söögiisu ja kehakaalu tõstmiseks, olid nad sageli kasutanud kortisooni või prednisolooni. Psühhiaatriahaiglasse saabusid haiged enamasti siis, kui haigus oli juba II ja III staadiumis. 11-1 meie poolt hospitaliseeritud ei esinenud isutusel ühelgi. Üheksal oli ülemäärane suur söögiisu, kellest seitsmel lisanud oksendamist 4...10 korda päevas. Oksendamisega kaasnes neljal erootiline mõnutunne. Kehakaalu langust ei täheldatud seitsmel haigel, kolm olid mõeldukalt alakaalulised ning 14 kahhektilised. Üksikutel haigetel ei esinenud menstruaaltsioonihäireid. Haiged vältisid tahtlikult usalduslikku kontakti, varjasid, valetasid, kuigi samal ajal oli neil soov vabaneda ülemäärasest söögiisust, oksendamisest ja toidule mõtlemisest.

Psüühiliselt oli iseloomulik emotsionaalse reaktiivsuse tõus, seesmine ärevus, pingetunne ja düsfooriline depressioon. Küllalt sageli tekkis enesetapumõtteid, tendentse. Teadaolevalt olid kaks haiget teinud enesetapmistakte. Kõigil haigetel olid ülekaalulised ideed seoses söömise ja kehakaaluga. Episoodiliselt esines alaväärsusmõtteid ja lootusetust, harva aga hüpohondrilisi mõtteid, peamiselt residuaalstaadiumis. Prevaleeris ühesuunalise tahteaktiivsuse tõus, harvem loidus, tahtetus, adünaamia ja asteenia. Tajumise ning intellektuaal-mnestilises sfääris olulisi häireid ei sedastatud. Toitumis- või suguinstitinkti vääristumist ei esinenud mõnel üksikul haigel.

Insuliini kasutati 21 haige ravis, neist 12-1 insuliinkoomadena, ühel hüpoglükeemiatena ning 8 juhul väikestes annustes söögiisu tõstmiseks. Neuroleptikumidest ordineeriti kõige sagedamini haloperidooli (11 haigel), frenolooni (4 haigel), majeptiili (6 haigel), neuleptiili (2 haigel), etaperasiini ja lüoogeni (1 haigel), trunkvillisaatoritest eeskätt sedukseeni ärevuse, seesmise pingi ja unehäirete kõrvaldamiseks. Antidepressantidest kasutati pürasidooli, nuredaali ja ammooniumkloriidi krampravisiks.

Kõigile 24 haigele rakendati ratsionaalset psühhoteraapiat, aga ka perekonna psühhoteraapiat, mille käigus analüüsiti suhtlemisviisi. Kuuete haigele määrati kollektiivne hüpnosugestiivne ravi. Tööravis ja nn. kultuuriravis osalesid haiged passiivselt ning juhuslikult. Tingituna käitumise

ja toitumise iseärasustest oli neid raske lülitada osakonna psühhoterautilisse kollektiivi. Kaas- haiged ja isegi personal kaldus ühest äärmusest teise, haletsemisest tõrjuva hoiakuni.

Ravitulemused ja arutelu. Vahetu raviefekt oli hea 8 haigel, rahuldav või puudus see 15-l. Üks haige suri haiglas esimesel päeval. Pärast aasta möödumist olid kompenseeritud seisundis 11 haiget, mittekompenseeritud 10, surnud oli kaks, ühe haige kohta andmed puudusid. Katamneesiga 2...17 aastat oli kompenseeritud seisundis 11, mittekompen- seeritud seisundis 8 haiget. Kolm haiget olid surnud ja kahe kohta andmed puu- dusid.

Ravitulemused kirjanduse andmetest oluliselt ei erine (4, 6, 7). Ühekülgse farmakoteraapia efekt on tagasihoidlik ja ebapüsiv. Söögiisu tõstmine insu- liini või teiste sama toimega preparaati- dega ei ole õigustatud, sest *anorexia nervosa*'ga haigetel ei ole see sageli alanenud, vaid ülemäära tõusnud. Keha- kaalu langus saavutatakse okserefleksi tahtliku esilekutsumisega, mida insu- liinravi võib intensiivistada, süvenda- des olemasolevaid patoloogilisi mehha- nisme veelgi.

Neuroleptikumide raviefekt piirdub enamasti vaid seesmise pinge, ärevuse vähenemisega. Oksendamisvastane toi- me *anorexia nervosa*'ga haigetel ei ol- nud märkimisväärne. Trankvillisaatorid on rakendatavad vaid öise une korri- geerimiseks.

Antidepressiivsetest meetoditest on efektiivseks osutunud üksnes ammo- niumkloriidkrampravi, mille toimel olu- liselt paranes haigete meeoleu, seoses sellega ka suhtumine ravisse ja kontakt ümbritsevaga. Raviefekt oli kõige stabiilsem neil, kelle õnnestus muuta vä- list sotsiaalset miljööd.

Arvestades asjaolu, et *anorexia ner- vosa* on psühhoogeenne haigus, peame aktsentuatsiooniga isikutel, kelle pere- kondlik miljöö on juba lapseeas alates soodustanud väärade suhtlemismoodus- te, käitumishälvete kujunemist, *ano- rexia nervosa* ravis olulisemaks komp- leksset psühhoteraapiat. See hõlmab nii haige individuaalse ratsionaalse psüh-

hoteraapia, käitumis- ja suhtlemislaadi korrektoori kui ka perekondliku mikro- kliima tervendamise ja vanemate aruka suhtumise kujundamise haige seisundis- se. Seega on ravikompleksis esiplaanil individuaalne ratsionaalne psühho- teraapia, käitumisravi, perekonna psüh- hoteraapia. Seda on rõhutanud ka teised autorid. On ilmne, et seda peab järjepidevalt tegema üks ja sama arst haiglas ja ka ambulatoorsetes tingi- mustes.

Materjali analüüsimisel ilmnes ka *anorexia nervosa* ravi efektiivsuse vahe- tu sõltuvus haige east ja haiguse kestus- est anamneesi järgi. Haiguse kestva ku- lu ja väljendunud sümptomaatika kor- ral on prognoos äärmiselt halb.

KIRJANDUS: 1. *Barbigan, H. M.* Psychol. Med., 1973, 3, 200—203. — 2. *Beaumont, J. V., Russel, J.* In: Handbook of Psychiatry and Endocrinology. New York, 1982, 63—96. — 3. *Bruch, H.* In: American Handbook of Psychiatry. New York, 1975. IV, 787—809. — 4. *Morgan H. G., Russel, G. F. M.* Psychol. Med., 1975, 5, 335—371. — 5. *Vandereycken, N., Piurlost, R.* Psychother. Psychosom., 1981, 35, 1, 55—63.

6. *Коркина М. В., Марилов В. В., Цивилько М. А. и др. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1979, 11, 1562—1568.*

Tartu Vabariiklik Kliiniline Psühho-
neuroloogiahaigla

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

Tallinna Vabariiklik Psühho-
neuroloogiahaigla

Interferoon stafülokokkide vastu. Nakkushai-
guste tekitajate hulgas stafülokoki osa üha kasvab. Põhjendatakse seda stafülokoki ravimiresistent-
suse ilmse suurenemisega. Kemoteraapia toime-
efekti vähenemine soodustab stafülokoki püsima-
jäämist elundites ja kudedes. Moskva uurimis-
instituutide mikrobioloogid ja virooloogid tegid
loomkatseid interferooni toime uurimiseks sta-
fülokoki suhtes. Tulemused näitasid, et interfe-
roon toimib mõjusalt stafülokoki vastu. Praegu
ei ole see toimemehhanism veel päris selge. Siiski
katseid teinud teadlased peavad tõenäoliseks
seda, et interferooni organismi kaitsev mõju on
seoses tema võimega normaliseerida organismi
immuunkaitset.

*Ж. микробиологии, эпидемиологии и
иммунобиологии, 1984, 5.*

UDK [616.33-008.44+616-053.7]:[618.1+616.89]

Anorexia nervosa günekoloogia aspektist

Virve Kask · Tartu

anorexia nervosa, psüühiline anoreksia, enese indutseeritud puberteediaegne kõhnumine, alakaal, tsentraalse genesiga amenorröa

Tsentraalse genesiga amenorröad esineb puberteedias 55,4 %-l (9), olles tütarlastel günekoloogiliste haiguste struktuuris esikohal. Massiliste profülaktiliste läbivaatuste andmeil on amenorröad sedastatud 0,6... 1,2 %-l, lastegünekoloogiakabinettide andmeil aga 8... 11 %-l (8). Põhjustest on esikohal neuropsühhogeensed tegurid, sealhulgas kehakaalu alandamise eesmärgil pikaajaline nälgimine (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Günekoloogias on sageli tulnud kokku puutuda *anorexia nervosa* väga halbade tagajärgedega. Alati on need sekundaarsed ja avalduvad peamiselt amenorröana või väljenduvad reproduktiivse funktsiooni puudulikkusena (lastetus). Eeltoodut arvestades on artikli eesmärk käsitleda *anorexia nervosa* etioloogiat, patogeneesi, kliinikut, ravi ja profülaktikat kirjanduse ning Tartu Kliinilise Sünnitusmaja lastegünekoloogiakabineti andmeil.

Anorexia nervosa s. mentalis ehk neurogeenne ehk psüühiline anoreksia ehk puberteediaegne enese indutseeritud kõhnumine on psühhosomaatiline häire, psühhogeense haiguse eri vorm (1, 2, 6, 8, 10). Esinemissagedus kõigub 0,61... 16 haigusjuhtu 100 000 inimese kohta (8). Tütarlapsed haigestuvad 10... 20 korda sagedamini kui poeglapsed. Haigestutakse peamiselt 15... 20-aastaselt või nooremalt või 23... 25-aastaselt.

Soodumuseks võib olla nii enneaegne suguline küpsemine kui ka sugulise arengu peetus. Psühhogeenset anoreksiat on täheldatud rohkem neil tütarlastel, kes põevad günekoloogilisi ja endokriinseid haigusi. Enamikul haigestunud oli esialgne kehakaal alla normi (2, 4, 8).

Puberteedia füsioloogilise kulu korral esineb paljudel tüüpiline düsmorfofoobiasündroom. Sellele on iseloomulik rahulolematuse oma välimuse, kehaehitusega (pikad käed, paksud reied, rasvakõht, pardinina) (8). Olgugi et neurogeenne ehk psüühiline anoreksia on tervikuna seotud isikliku füüsilise minaga, tuleb haiguse alust otsida tütarlast ümbritsevast keskkonnast. Tihti on perekondlik foon komplitseerunud. On selgunud, et sellise tütarlapse perekonnas on üleliia tähelepanu pööratud toidule. Tütarlast on lapseas üle toidetud. Sageli on ema käitunud kas despootlikult või äärmiselt ennastohverdavalt, isa aga on lapse kasvata misest vähe osa võtnud. Ka tülid konkurentsi pärast venna ja õe vahel võivad olla haiguse vallandajaks.

Kõhnumismotiivid võivad olla väga mitmesugused (8, 10). Peamiseks neist on sageli hirm alanud sugulise küpsemise ees. Need haigused kutsuvad esile vastikustunde kõigi paljunemisega seoses oleva, ka oma organismis toimuva vastu. Tahetakse jääda lapseks ning erilise kirega eitatakse sugulist arengut ja naiseks saamist. Oleskletakse lapsepõlvemaailmas, mängitakse nukkudega ja võidakse teatada, et ei tahetagi täiskasvanuks saada. Kõhnumismotiivideks on ka kaaslaste iroonilised, kohatud ja solvavad märkused täidluse kohta.

Paljudel juhtudel aga ei õnnestu välist põhjust enne haigestumist välja selgitada. Seega düsmorfofoobiasündroom puberteedias kulgeb keeruliste somaatiliste ja psüühiliste ümberkõlastuste foonil. Anoreksia ja amenorröa tekitavad psühhogeense reaktsioonina vastuseks kaaslaste iroonilistele märkustele välimuse kohta.

Käsitletavas diferentseeritud etioloogilist seletust veel ei ole. Alati aga eelneb psühhosotsiaalne häire. Sageli on konfliktsituatsioonid vanemate, kaaslaste ja pedagoogidega, eriti aga iseendaga. Oletatakse isegi, et anoreksigeensed peptiidid võivad etioloogilist osa etendada ja haigus on kui dientsefaalne düsregulatsioon (1).

Haiguse eriline laad, tema tormiline

algus täieliku somaatilise heaolu foonil tõmbab endale õigustatult psühhiaatri- te, neuroloogide, gastroenteroloogide, günekoloogide tähelepanu.

Haiguse kliiniline pilt areneb tüüpiliselt. *Anorexia nervosa* arengus eristatakse kaht perioodi (2, 6). Esimesel, simuleerival anoreksia perioodil, vaata- mata vaevavale näljatundele, tehakse kõik selleks, et alandada kehakaalu (näl- gimine, tugev kehaline aktiivsus, ok- sendamine, lahtistid, klistiirid). Juba esimesel perioodil tekib amenorröa.

Teisel, tegeliku anoreksia perioodil kohanevad haiged näljaga, kaob söögi- isu. Kehakaal on soovitud küll alane- nud, kuid söögiisu kadumisest tingitud progresseeruvad kehakaalu langust ei ole võimalik enam peatada. Haige järsku kõhnub, olgugi et ta seda enam ei soovi. Kehakaal langeb 15... 45 %.

Kehakaalu langusele lisanduvad pal- jude elundite ja süsteemide talitlushäi- red, mis seega on sekundaarsed. Üld- seisund on häiritud. Psüühika häire- teta. Nahk on kuiv, jahe ja hallika varjundiga. Vahel on nahas troofilised muutused, alveolaarne püorröa, vita- miinivaeguse tunnused. Keel kaetud, suust tuleb halba lõhna. Köht pehme, sissetõmbunud. Täheledatakse akrotsüa- noosi, hüpotermiat, hüpotooniat, bra- dükardiat, hüpoglükeemiat, aneemiat, leukopeeniat, mao atooniat, anatsiidset gastriiti või kõhukinnisust. Ekstreemse- tel juhtudel arenevad valguvaegusõdee- mid. EKG-s voltaaži alanemine ja T-sa- ki mittespetsiifilised muutused (düs- troofilised muutused müokardis). Veres kloriidide, naatriumi ja kaaliumi hulk vähenenud. Väga tugevad muutused toi- muvad neuroendokriinses süsteemis. Menstruatsioon kas lakkab või jääb menarhe hoopis tulemata. Sekundaar- sed sugutunnused taandarenevad. Su- guelundite taandareng. Emaka ja muna- sarjade mõõtmed vähenevad.

Anorexia nervosa korral sedastatakse funktsionaalseid muutusi süsteemis hü- potaalamus—hüpofüüs—ovaariumid. Juba düsmorfofoobiasündroomi patoge- neesis häirub paratamatult neuroen-

dokriinne regulatsioon. Nimelt kaob LHRH sekretsiooni tsüklilisus (8). Gona- dotroopsete hormoonide (FSH, LH) ba- saalproduksioon on langenud (4).

FSH sekretsioon on primaarse ame- norröa korral vähenenud rohkem kui LH sekretsioon. FSH-vaegus on tõenäo- liselt see tegur, mis pidurdab ovaariu- mide normaalset arengut ja häirib menstruaalfunktsiooni kujunemist. Sti- mulatsioon sünteetilise LHRH-ga põh- justab FSH sekretsiooni olulist suure- nemist. Primaarse amenorröa puhul anoreksia korral on tegemist FSH puu- duliku endogeense stimulatsiooniga, peamise häirega hüpotalamohüpofü- saarses lülis.

Sekundaarne amenorröa tekib pärast kiiret ja järsku kehakaalu langust. LH tooniline ja östrogeenide sekretsioon on madal. LH tsükliline sekretsioon puu- dub FSH küllaldase sekretsiooni korral. Östrogeenide manustamine kutsub esile LH sekretsiooni vähese tõusu. See tõen- dab, et tegemist on LHRH sekret- siooni keskuste hüpofunktsiooniga. LHRH prooviga suureneb LH ja FSH sekretsioon. Tõus on seda suurem, mida väiksem on kehakaalu defitsiit. Raske- tel *anorexia nervosa* juhtudel on hüpo- füüsi vastus LHRH suhtes langenud.

Hormonaalsete proovidega on tõesta- tud, et ovaariumide ja hüpofüüsi hüpo- funktsioon on alakaalulistel tütarlas- tel ja neidudel sekundaarse ame- norröa kaasnemise korral sekundaarne. Selle sekundaarse amenorröa patoge- neesis mõjutab kehakaalu vähenemine katehoolamiinide ainevahetust ajus nii, et kujuneb välja norepinefriini- ja dopamiinivaegus. Nimetatud kateh- hoolamiinide vaegus pidurdab koore- aluste struktuuride funktsiooni, mis on seotud toitumise motivatsiooni ning LHRH sekretsiooniga. Tekib gonado- troopne, peamiselt LH-puudulikkus ja sellest östrogeenide sünteesi pidurdus ning areneb sekundaarne amenorröa.

Madalast kehakaalust ja ülenormist tingitud menstruaalfunktsiooni häireid, peamiselt amenorröa ja opsomenorröa- na, esines Tartu Kliinilise Sünnitusmaja lastegünekoloogiakabineti andmeil 52

13... 22-aastaselt tütarlapsel. Anoreksia esines neist seitsmel (13,46 %) ja ainult puberteedia lõpul, neiuas, vanuses 15... 18 aastat. *Anorexia nervosa* korral oli tütarlaste keskmine kehakaal 49 kg ja keskmine pikkus 162 cm. Keskmine kehakaalu langus oli 16 %. Kõige suurem langus oli 155 cm pikkusel tütarlapsel — 37 kg.

Vaatlusaluses rühmas oli menarhe õigeaegne, 12... 14 aasta vanuses, vaid ühel tütarlapsel. Menarhe puudus ühel, algus oli hiline kahel. Kaks tütarlast jäid vastuse võlgu.

Lastegünekoloogiakabinetti pöördumise põhjuseks oli kõige sagedamini amenorröa (6), millest sekundaarne viiel ja primaarne ühel tütarlapsel, ning opsomenorröa ühel. Sekundaarne amenorröa oli kestnud kaks aastat. Anamneesi järgi olid uuritud kõige rohkem põdenud laste viirusnakkushaigusi, nagu leetrid, tuulerõuged, ja mumps, ka angiini (viiel).

Hüpofüsaarne gonadotroopne funktsioon määrati FSH ja LH basaalkompleksi kindlakstelemiseks teel veres plasmas radioimmunoloogiliselt. FSH ja LH basaalkompleksi normiks oli nende sisaldus 2,0... 4,9 ng/ml ja LH ning FSH suhte normiks 0,5... 1,0 (6).

Anorexia nervosa juhtudel oli kõikidel FSH basaalkompleksi langenu (keskmine $1,5 \pm 0,3$ ng/ml). LH basaalkompleksi oli normi alumisel piiril (keskmine $2,5 \pm 0,5$ ng/ml). LH ja FSH suhe aga ületas normsuhte mitmekordselt, mis lubab kindlalt öelda, et tegemist on düsfunktsionaalse gonadotroopse seisundiga.

Diagnoosimine ei tohiks raskusi valmistada. Eriti on vaja tähelepanu pöörata anamneesile, antropomeetria, parakliinilistele, hormonaalsetele uuringutele ja hormonaalsetele funktsionaalsetele, röntgenoloogilistele proovidele. Vajalik on psühhiaatrite, neuroloogide, endokrinoloogide ja günekoloogide koostöö.

Diferentsiaaldiagnoosimisel on vaja välistada malignoom, hüpotalamohüpofüsaarne puudulikkus, neerupealise haiguslikud muutused, psühhoneurootilised ja psühhiaatrilised haigused.

Ravi on kompleksne, eelkõige üldtugevdav. Esikohal on psühhoteeraapia ja dieetravi, töö ja puhkuse õige vahetamine, sanatoorne ja kuurordiravi (üldtüüpi), füsioteraapia. Sageli on vajalikud neuroleptikumid. Endokrinoloogilised häired on raviga kõrvaldatavad.

Hormoonravi soovitatakse rakendada siis, kui kehakaal on normaliseerunud.

Pikaajalise amenorröa korral on peetud soovitatavaks hormoonravi (östrogeenid) vaid selleks, et ära hoida tugevaid atroofilisi muutusi genitaaltraktis, mitte aga menstruatsiooni esilekutsumiseks. Selleks manustatakse östrogeene, eelistatult naturaalseid, mikroannustes 20-päevaste ravikuuridena kaks kuni kolm kuud või tsüklilise hormoonravina. Sobilikud on ravikuurid E-vitamiiniga. Kui ravi tulemusi ei anna, on soovitatav stimulatsioon LHRH-ga.

Prognoos: tervistub 40 % haigetest, retsidiive tekib pooltel. Letaalsus on 5... 10 %. Kahjuks ei ole prognoos menstruaal- ja reproduktiivse funktsiooni taastumise suhtes alati soodne.

Väga suur tähtsus profülaktikas on kodul ja koolil. Profülaktika seisneb koolides riskirühmade väljaselgitamises ja õiges sanitaarselgitustöös.

KIRJANDUS: 1. Hesse, V. Endokrinologie des Kindes und Jugendalters. Leipzig, 1982.

2. Богданова Е. А., Мороз М. Г., Котлярская Е. И. Вopr. oхp. мат., 1979, 7, 61—64. — 3. Богданова Е. А. Акуш. и гинек., 1981, 12, 3—6. — 4. Богданова Е. А. Клиника, диагностика и патогенез аменорей у подростков. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1982. — 5. Богданова Е. А., Антипина Н. Н., Долженко И. С. и др. Акуш. и гинек., 1984, 5, 48—50. — 6. Жмакин К. Н. Гинекологическая эндокринология. М., 1980. — 7. Каск В. А., Гросс К. Я., Кыйв И. К., Калликорм А. П., Цильмер К. Я. Уч. зап. ТГУ, выпуск 634. Тарту, 1983, 98—105. — 8. Кобозева Н. В., Кузнецова М. Н., Гуркин Ю. А. Гинекология детей и подростков. Л., 1981. — 9. Крупко-Большова Ю. А., Корнилова А. И., Егорова А. С. Патология полового развития девочек и девушек. Киев, 1980. — 10. Хубер А., Хирше Г. Д. Гинекология детского и подросткового возраста. М., 1981.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekologia kateeder

UDK 615.099.036.11:616.89

Keemilise etioloogiaga ägedate mürgituste psühhiaatrilisi aspekte

Boris Loogna Airi Värnik · Tallinn

ägedad mürgitused, psüühikahäired, psühhoneuroloogiahaiglas arvelolek

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Kirjan-duse andmeil esineb psüühikahäireid tunduval osal keemilistest ainetest tingitud ägeda mürgitusega haigetel. M. Rogovoi ja V. Piskunovi (9) arvates on psühhopatoloogilist sümptomaatikat rohkem kui pooltel nimetatud haigetest. R. Mäkelä (2) andmeil olid 28 % enesemürgitajatest alkohoolikud või narkomaanid ja 32 %-l esines muid psüühikahäireid. J. G. B. Newson-Smith ja S. R. Hirsch (3) konstateerisid kohe pärast mürgitust psühhopatoloogilisi muutusi, valdavalt depressiooni 1/3-l enesemürgitajatest. Kõlme kuu pärast tehtud kordusuuringul aga selgus, et selliseid häireid oli jäänud veel 8 %-l.

Käesoleva töö eesmärk oli selgitada psüühikahäirete esinemissagedust ägeda mürgitusega isikutel ja analüüsida neile antava arstiabi parandamise võimalusi.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Töö on osa Tallinna Kiirabihaiglas ägedate mürgituste alal tehtavast komplekssest uurimistööst. Vaatluse all olid kõik, kes nimetatud haigetest 1980. ja 1981. a. selles raviasutuses olid mürgituse tõttu ravil viibinud Iga mürgitusjuht registreeriti eriperfokaardil, millele teiste andmete kõrval märgiti ka haigel ravi ajal esinenud psühhoneurooloogilised häired. Lisaks täpsustati ka seda, kas kõik nimetatud haiged on Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas arvel.

Uurimistulemused. Uuritaval ajavahemikul oli kokku 409 mürgitusjuhtu. Põhjuse järgi jaotusid need järgnevalt (8): enesetapmiskatsed — 201 (49,1 %), keemilise aine vää- ja kuritarvitamine — 91 (22,2 %), õnnetusjuhtumid — 84 (20,5 %), kutsemürgitused — 11 (2,7 %), tapmiskatse — üks (0,2 %), ebaselge etioloogiaga — 21 juhtu (5,1 %).

Haiglas oleku ajal oli kõige sagedam psühhoneurooloogiline häire toksiline kooma, mida esines 111 haigel. 74 %-l juhtudest oli teadvuseta seisundi põhjuseks ravimimürgitus. Kergemat teadvuse hägunemist, nimelt somnolentsust ja sooporit, esines 88 juhul. Äge intoksikatsioonpsühhos tekkiis 16-l, psühhomotoorne erutus 14-l, krambid 11-l ja mürgitusjärgne toksiline entsefalopaatia 39 haigel. Üldse oli psühhoneurooloogilisi häireid 59 %-l haigetest.

Ägeda mürgitusega haigete Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas arvelolekust annab ülevaate tabel.

Arutelu. Nagu eelnevast selgub, esines Tallinna Kiirabihaiglas ägeda mürgituse tõttu ravil viibinutel sageli (kokku 59 %) mitmesuguseid mürgitusest tingitud psühhoneurooloogilisi häireid. Valdavas osas olid need transitoorset laadi, esiplaanil olid teadvushäired.

Varem oli Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas dispanseeritud 82 haiget, seoses mürgitusega võeti arvele 37. Kokku oli haiglas viibinud 119 haiget, mis on 29 % uuritute üldarvust. Kõige sagedamaks diagnoosiks oli krooniline alkoholism.

Enesetappu katsetanud oli 55 meest ja 146 naist. Neist vanuses 20...29 aastat vastavalt 24 ja 52 (37,8 % haigete üldarvust). Ka kirjanduse andmeil on suitsiidieesmärgilisi enesemürgitamist juhte kõige rohkem just 20...29 aasta vanuste naiste hulgas (4,10). Psühhodispanseerses osakonnas oli arvel 83 haiget (43,2 %), neist 49 juba enne käesolevat enesetapmiskatset. Kõige sagedam diagnoos oli depressiivne neuroos. Sarnaselt teiste autorite tulemustega (10) esines tihti ka psühhopaatiat ja skisofreeniat. Enesetappu katsetanute kontingent ei ole ühesugune. Kõrvuti vaimuhaigetega on siin psühhopaadid, kes teevad enesetapmiskatseid demonstratsiooni eesmärgil, ja ka täiesti terveid, kes mingist raskest olukorrast muud väljapääsu ei ole leidnud. Et isegi spetsialistil on haigega lühiajalisel kokkupuutel tihti raske eristada tõelist enesetapmiskatset de-

Tabel. Ägeda mürgitusega haigete arvelolek Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas

Diagnoos	Arvel enne mürgitust	Arvele võetud seoses mürgitusega	Kokku arvel
Mittepsühhootilised psüühikahäired			
Krooniline alkoholism (303) ⁺	28 (7) ⁺⁺	4 (1)	32 (8)
Neuroos (300)	12 (10)	7 (7)	19 (17)
Psühhopaatia (301)	6 (5)	10 (10)	16 (15)
Adaptatsioonireaktsioon (309)	1 (1)	11 (11)	12 (12)
Traumajärgne ajukahjustus (310)	4 (3)	—	4 (3)
Debiilsus (317)	4 (0)	—	4 (0)
Muud	6 (5)	1 (1)	7 (6)
Psühhootilised psüühikahäired			
Skisofreenia (295)	13 (12)	2 (2)	15 (14)
Alkoholpsühhooos (291)	4 (2)	—	4 (2)
Sümpomaatilised psühhooosid (298,9)	3 (3)	—	3 (3)
Maniakaal-depressiivne psühhooos (296.01)	—	1 (1)	1 (1)
Involutsioonimelanhoolia (296.13)	1 (1)	—	1 (1)
Kokku	82 (49)	37 (34)	119 (83)

⁺ haiguse šiffer RHK-9 järgi

⁺⁺ sulgudes: nendest suitsiidikateid

monstratsioonist (1), on vajalik, et enesetappu katsetanuid lubataks somaatiliste haiguste haiglast välja kirjutada üksnes pärast psühhiaatri konsultatsiooni ja et psühhiaatriaahaglates hospitaliseeritaks takistamatult ning võetaks dispanseersele arvele enesetapuohtlike haigeid (5). Käesoleval juhul suunati Tallinna Vabariiklikku Psühhoneuroloogiahaiglasse 81 haiget, kellest vaid 37 hospitaliseeriti.

91-st keemilise aine väär- ja kuritarvitajast oli 78 meest ja 13 naist. Kõige enam oli 40...49 aasta vanuseid mehi. Olgu mainitud, et selles vanuses on ka kõige rohkem kroonilisi alkohoolikuid (7). Selles haigete rühmas olidki ülekaalus kroonilised alkohoolikud, kellel äge mürgitus oli tekkinud kas alkoholi või toksiliste lahuste joomisest. Psühhodispanseerses osakonnas oli arvel 23 inimest, sealhulgas kroonilise alkoholismi diagnoosiga vaid 16.

Narkoloogiateenistuse üks olulisi ülesandeid on kroonilise alkoholismi all kannatajate võimalikult varajane väljaselgitamine ja ravimine. Selleks soovitatakse muu hulgas isegi nende alkoholi kuritarvitajate profülaktilist arvelevõttu ja preventiivset ravi (6), kellel kroonilise alkoholismi tunnuseid veel ei ole.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti andmeil on vaid väga harva kasutatud teatist vorm nr. 091/y, mille peaks täitma ükskõik millise eriala arst, kui mõnel tema ravialusel ilmnevad kroonilise alkoholismi tunnused.

Kokkuvõte ja järeldused. Ägedast mürgitusest tingitud mitmesuguseid psühhoneuroloogilisi häireid esines 59 %-l haigetest. Teiste psüühikahäirete tõttu oli kas juba enne või võeti seoses mürgitusega psühhodispanseersesse osakonda arvele 29 % ravil viibinutest. Enesetappu katsetanute dispanseerimine on seni olnud ebapiisav. Krooniliste alkohoolikute hõlmamise ja ravile saatmisega peaksid tegelema kõikide erialade arstid. Arvestades psühhopatoloogia suurt osa ägeda mürgitusega haigetel, on kõige otstarbekam neid ravida psühhosomaatilistes osakondades, kus ajakohase detoksikatsiooniravi kõrval saavad haiged järjepidevalt ka psühhiaatrilist abi.

KIRJANDUS: 1. Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S. a.o. Br. J. Med. Psychol., 1979, 52, 4, 353—365. — 2. Mäkelä, R. In: Suicide Research II. Proceedings of the Symposium on Suicide Research by the Yrjö Jahnsson Foundation 1982. Helsinki, 1983, 85—92. — 3. Newson-Smith, J.

G. B., Hirsch, S. R. Tsit. K. Hawtoni järgi. Practitioner, 1981, 225, 1813—1818. — 4. Smith, A. J. Br. Med. J., 1972, 5833, 4, 157—159. — 5. Väärt, E., Värnik, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 1, 3—4.

6. Зеневич Г. В. Вопросы диспансеризации психически и нервнобольных. Л., 1983. — 7. Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм. М., 1983. — 8. Лоогна Б. В. В кн.: Гигиена труда и профессиональная патология в Эстонской ССР. Вып. 11. Таллин, 1984, 123—132. — 9. Роговой М. А., Пискунов В. А. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1982, 2, 253—257. — 10. Стаценко Н. П., Сафьянов Н. Г., Горощенко В. В. и др. В сб.: Особенности диагностики и лечения экзогенных отравлений. Труды Московского НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского. М., 1981, 112—114.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut*

*Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogia-
haigla*

Rinnapiimaga toidetud lapsed on tervemad.

Lapse seedetrakti-, maksa- ja kõhunäärmehaigused on paljudel juhtudel põhjustatud ebakvaliteetsest toidust imikueas. Neid haigusi, sealhulgas ka lehmapiimatalumatust, esineb sagedamini maades, kus imikuid rinnaga toidetakse harva. Saksa DV-s peeti sel teemal pediaatrite erisümposion. Veel ei ole üheski riigis suudetud valmistada sellist imikutoitu, mis oleks adekvaatne ema rinnapiimaga. Väga veenev on argument, et nendes maades, kus imikuid toidetakse emapiimaga, on lehmapiimatalumatusega patsiente hoopis vähem. Sümposioonil rõhutati eriti seda, et üha enam on hakatud mõistma teadlikku põhjendust emapiimaga toitmisel vajalikkuses. Kuid selle põhimõtte õigsust, selle heakskiitmist ja omaksvõtmist tuleb kasvatada kõikides noortes juba koolieas ning kinnistada neid arusaamased ka hiljem. Vaid siis on loota, et laste soolehaiguste sagedus vähenema hakkab, ka lehmapiimatalumatust. Neist viimati nimetatut võib olla äkksurma põhjuseks, mille üle sümposioonil taas elavalt mõtteid vahetati.

Humanitas, 1984, 18.

UDK [618.2+612.17]:612.146.4

Rasedate südame ja veresoonekonna adaptatsioon ortostaatilise proovi ja kehalise koormuse korral

Reet Linkberg Paavo Kõrge · Tartu

rasedus, faasanalüüs, PWC₁₅₀ koormustest, ortostaatiline proov, kortisool

Regulaarsed kehalised harjutused avaldavad soodsat mõju raseda organismile (5, 11), sünnituse kulule (1, 13) ja, nagu näitavad loomkatsed, loote arengule, eriti tema südamele (4). Rasedus ise on naise organismile, sealhulgas ka südamele, täiendavaks koormuseks. Seetõttu rasedusega kaasnevad muutused kardio- ja hemodünaamikas on sarnased muutustega, mis tekivad regulaarse treeningu järgselt (2). Rasedus kutsub esile ulatuslikke nihkeid hormonaalsüsteemis. Tingituna kortisooli olulisest osast organismi kohanemisreaktsioonides (8), sealhulgas adaptatsioonis kehalise koormuse puhul (6) ja müokardi ainevahetuse ja funktsiooni regulatsioonis nii jõudeolekus kui ka kehalise töö puhul (9), pakub huvi võimaliku seose selgitamine rasedusega kaasneva kortisooli kontsentratsiooni tõusu ja südame funktsiooni muutuste vahel (3, 10).

Et mainitud seost selgitada ja rasedate kehalisi koormusi teoreetiliselt põhjendada, on vaja teada nende mõju südame funktsioonile mitte üksnes rahuolekus, vaid ka vahetult pärast koormust. Uuriti kehalist töövõimet, südame ja veresoonekonna ning neerupealiste koore funktsiooni tervetel esmasrasedatel sõltuvalt kehalisest töövõimest raseduse algperioodil, regulaarse kehalise aktiivsuse laadist ja mahust ning raseduse ajast.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 70 praktiliselt tervet esmasrasedat vanuses $22,2 \pm 0,29$ aastat. Sõltuvalt naiste töövõimest (PWC₁₅₀-testi alusel*) ja regulaarsest kehalisest aktiivsusest

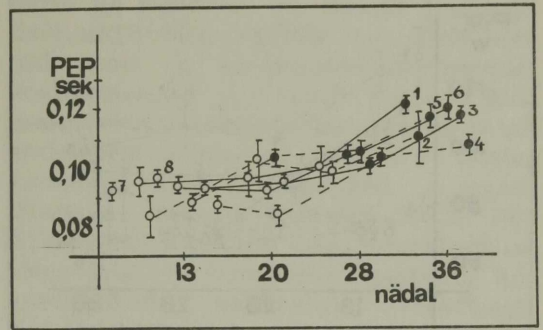
* PWC — Physical Work Capacity

jaotati naised 6 rühma: I ja II rühma moodustasid need, kes raseduse ajal ei tegelnud kehaliste harjutustega ja raseduse algul olid vastavalt suhteliselt kõrge ($PWC_{150} \geq 100W$) ja madala ($PWC_{150} < 100W$) töövõimega. III ja IV rühma kuulusid naised, kes raseduse ajal regulaarselt võimlesid kaks korda nädalas 30 minutit korraga ning kes olid vastavalt kõrge ja madala töövõimega. V ja VI rühma moodustasid need, kes raseduse ajal kaks korda nädalas 30 minutit korraga tegid kiirkõndi ja olid vastavalt kõrge ja madala töövõimega. Kontrollrühma (VII ja VIII) kuulus 25 niisama vana mitterasedat, kes samuti olid kõrge ja madala töövõime alusel jaotatud kahte rühma.

Kõiki uuriti 13., 20., 28. ja 36. rasedusnädalal. Vasaku südamevatsakese süstoli faasistruktuuri analüüsiks (kasutati Karpmani meetodikat Weissleri modifikatsioonis) registreeriti rahuolekus ja lamades polükardiogramm (PKG). Arteriaalset rõhku mõõdeti Korotkovi meetodil. Rahuolekus võeti verd happy-leelise tasakaalu määramiseks Astrupi mikromeetodil ja kortisooli kontsentratsiooni määramiseks radioimmunoloogilisel meetodil. Kehaliseks koormuseks oli kõnd liikuvrajal. Sooritati kaks vieminutist koormust, mille vahel tehti vieminutine puhkepaus. Esimene koormus oli võimsusega 0,75 ja teine 1,25 W kehakaalu ühe kg kohta. Mõlema koormuse viimasel minutil mõõdetud pulsisageduse järgi arutati PWC_{150} . Vahetult pärast mõlemat koormust registreeriti PKG, verd analüüsiks võeti pärast teist koormust. 10-minutilise ortostaatilisel proovil (tõus lamamisasendist püstiasendisse) registreeriti PKG 1., 5. ja 10. seisuminutil.

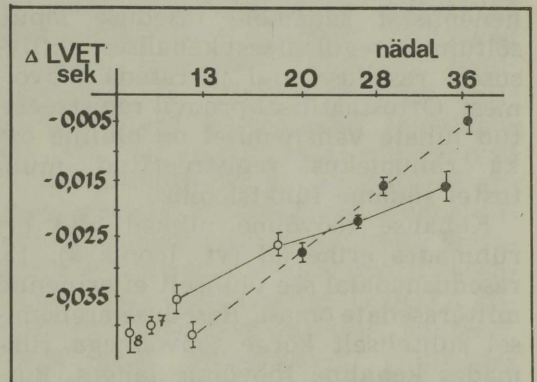
Uurimistulemused ja arutelu. Raseduse algul (13. nädalal) arteriaalne rõhk, südame löögisagedus ja kontraktsioonivõime vasaku südamevatsakese süstoli faasanalüüsi alusel rahuolekus mitterasedate omast ei erinevad. Raseduse arenemisel ilmnes kõigis rühmades hüpodünaamilise faasisündroomi tekke tendents, mis ühtib kirjanduse andmetega (7). Nii täheldatakse raseduse II poolel isomeetrilise kontraktsiooni faasi (IC) ja pingumisperiodi (PEP) piknemist, väljutusperiodi (LVET) lühenemist, süstolisises näitaja (SSN) alanemist ja müokardi pingumisindeksi (MPI) suurenemist. Märkatavad olid need muutused suhteliselt kõrge töövõimega rühmades 36. rasedusnädalal, madala töövõimega rühmades aga juba 28. rasedusnädalal (vt. joonis 1).

Raseduse arenguga kortisooli kontsentratsioon vereplasmas tõuseb. See ühtib teiste autorite andmetega (3) ja on arvatavasti seotud vere transkortiinisalduse suurenemisega, kuigi tea-

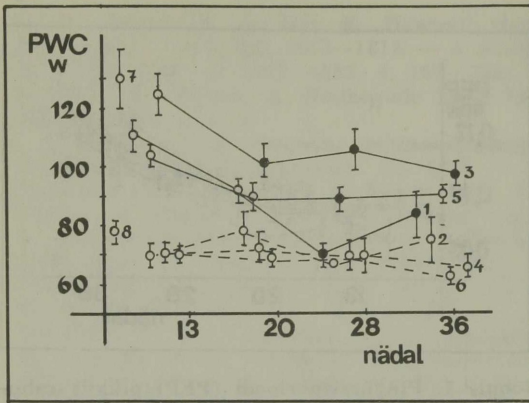


Joonis 1. Pingumisperiodi (PEP) pikkus rahuolekus eri rasedusperiodidel. Tähistuste seletust vt. tekstis. Tumedate figuuridega on tähistatud andmed, mis statistiliselt erinevad I perioodi andmetest ($P < 0,05$).

tud tähtsus seejuures võib olla kortisooli sidumise konkureerival inhibeerimisel progesterooniga glükokortikoidireseptorite poolt mitmetes kudedes. See võib toimuda tänu tunduval progesteroonisalduse suurenemisele veres, vaatamata sellele, et progesterooni glükokortikoidireseptoritega sidumise afiinsus on kortisooli sidumise afiinsusest tunduvalt madalam. Kortisooli kontsentratsioon vereplasmas näitas tõusutendentsi juba 13. rasedusnädalal ning edaspidi tõus jätkus, sõltumata lähtetöövõimest ja regulaarsest kehalisest aktiivsusest, kusjuures oluliselt kõrgeenenud kontsentratsiooni registreeriti kõikides rühmades 28. rasedusnädalal. Need andmed viitavad sellele, et määrav osa meie



Joonis 2. Väljutusperiodi (LVET) pikkuse muutus ortostaatilise proovi 10. minutil suhteliselt kõrge (pidev joon) ja madala (katkendjoon) töövõimega rasedatel.



Joonis 3. Kehaline töövõime raseduse eri perioodidel. Tähistused vt. joonisel 1.

poolt täheldatud muutustest, mis on iseloomulikud hüpodünaamilisele faasisündroomile, lasub mitte müokardi glükokortikoididega varustamisel, vaid teistel reguleerivatel faktoritel.

Muutused, mis tekivad südames ja veresoonkonnas ortostaatilisel proovil (arteriaalse rõhu langus, südamelöögisageduse kiirenemine, südameetsükli faasistruktuuris nihe hüpodünaamilise faasisündroomi poole), on olulised 13. rasedusnädalal ja need vähenevad koos raseduse arenguga (vt. joonis 2). Südamel ja veresoonkonna reaktsiooni ühesuunaline alanemine ortostaatilisel proovil kõigis vaatlusalustes rühmades annab tunnistust vereringe neurohumoraalse mehhanismi stabiilsusest raseduse arenemise korral ja koormuse vähenemisest südamele raseduse lõpul, sõltumata regulaarsest kehalisest aktiivsusest raseduse ajal ja raseda töövõimest. Ortostaatilisel proovil registreeritud nihete vähenemisel on oluline osa ka rahuolekus registreeritud muutustel südame funktsioonis.

Kehalise töövõime nihked olid eri rühmades erinevad (vt. joonis 3). 13. rasedusnädalal see oluliselt ei erinenud mitterasedate omast. Raseduse arenemisel suhteliselt kõrge töövõimega rühmades keheline töövõime langes, kusjuures regulaarne, aeroobset laadi keheline aktiivsus raseduse ajal hoidis ära selle ulatuslikuma languse, mis eriti selgelt tuleb esile 28. rasedusnädalal.

Standardised, aeroobset laadi keheline koormused, mis ei põhjustanud olulist vere happeleelise tasakaalu häirimist ega neerupealiste koore aktiveerumist, kutsusid vaatlusalustes rühmades esile ühesuunalisi muutusi südame ja veresoonte funktsioonis, sõltumata raseduse kestusest. Vasaku südamevatsakese faasistruktuuris täheldati nihet hüperdünaamilise faasisündroomi poole, mis sõltus töövõimest raseduse algperioodil ja oli ulatuslikumalt väljendunud madala töövõimega naistel.

Arvestades ühelt poolt regulaarse kehalse koormuse soodsat mõju naise kehalse töövõime säilitamisele, kirjanduse andmeil ka loote arengule ja sünnituse kulule, teiselt poolt südame ülekormuse tunnuste puudumist kõigis vaatlusalustes rühmades, võib meie kasutatud koormusrežiimi pidada põhjendatuks ja otstarbekaks raseda sünnituseks ettevalmistamisel.

KIRJANDUS: 1. Dale, E., Mullinax, K. M., Bryan, D. H. Can. J. Appl. Sport. Sciences, 1982, 7, 2, 98—109. — 2. Ihrman, K. Acta Soc. Med. Upsalien., 1960, 65, 335—347. — 3. King, R. J., Mainwaring, W. J. P. Steroid Cell Interactions. London, 1974. — 4. Pařízková, J. Basic Res. Cardiol., 1978, 73, 433—441. — 5. Spitzbart, H. Krankengymnastik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Leipzig, 1974.

6. Вирь А. А., Кырге П. К. Гормоны и спортивная работоспособность. М., 1983. — 7. Елиссев О. М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. М., 1983. — 8. Колпаков М. Г. Механизмы кортикостероидной регуляции функций организма. Новосибирск, 1978. — 9. Кырге П. К. Успехи сов. биол., 1984, 97, 3, 384—398. — 10. Паллади Т. А., Поклитарь М. Т., Мукуца Э. В. Глюкокортикоиды в системы мать — плацента — плод. Кишинев, 1978. — 11. Силуянова В. А., Кавторова Н. Е. Учебное пособие по лечебной физкультуре в акушерстве и гинекологии. М., 1977. — 12. Селье Г. Очерки об адаптационной синдроме. М., 1980. — 13. Ягунов С. А. Гимнастика беременных на дому. Л., 1961.

TRÜ kehakultuuriteaduskonna
spordifüsioloogia kateeder

Ülevaated

UDK 616.33-008.44:616.89:612.018(047)

Hormonaalsed häired *anorexia nervosa* korral

Irina Kalits · Tartu

**hüpotaalamus, hüpofüüs, kilpnääre, neerupealis,
gonaadid, regulatsioon, *anorexia nervosa***

Enamik psüühilisi haigusi kulgeb organismi metaboolsete ja hormonaalsete nihetega. Ka endokriinsete haiguste korral on täheldatud mitmesuguseid psüühilisi nihkeid. Nii hüpotalamohüpofüsaarse telje kaudu kui ka otseselt toimub kesknärvisüsteemi ja endokriinnäärmete pidev omavaheline mõjutamine. Hüpotalamohüpofüsaarsete häirete patogeneesis on tähtis koht neuromediaatorite omavaheliste suhete muutmisel kesknärvisüsteemis, hüpotaalamuses ja hüpofüüsis. Nende muutuste arenemisele võivad tõuke anda mitmesugused organismi patoloogilised või füsioloogilised seisundid, nagu puberteet, rasedus, sünnitus, nakkused, eriti viirusnakkused, traumad jne. Tähtsamateks hüpotalamohüpofüsaarsüsteemi regulaatoriteks on neurotransmitterid — biogeensed amiinid, nagu serotoniin ja katehoolamiinid dofamiin ja noradrenaliin. Mitte vähem tähtsat kohta regulatsioonis omavad atsetüülkoliin, histamiin, endorfiinid, neuroaktiivsed aminohapped (asparagiin-, glutamiin-, β -aminovõihape, glütsiin). Kõige rohkem on uuritud dofamiini toimet hüpotalamohüpofüsaarsüsteemi regulatsioonis (42). Paljude neuroendokriinsete sündroomide patogeneesi uurimine on eriti raske, sest kesknärvisüsteemi, hüpotaalamuse ja hüpofüüsi omavaheline side on väga tihe. Keeruline on uuri-

mine ka seetõttu, et enamik bioloogiliselt aktiivseid peptiide (neurohormoonid, mao ja seedetrakti hormoonid, koehormoonid jt.) tekib mitte ainult kesknärvisüsteemis, hüpotaalamuses või endokriinnäärmetes, vaid ka teistes kudedes, kaasa arvatud hea- ja pahaloomulise kasvaja kudedes (5, 28, 33). Niisugused peptiidid nagu neurotensiin, somatostatiin, bombesiin, gastriin, koletsüstokiniin, enkefaliin, endorfiinid, P-substants reguleerivad väga mitmesuguseid funktsioone organismis, sealhulgas ka seedetraktis. Tänapäeval nimetatakse peptiidide regulatsiooni süsteemi organismis difusseks neuroendokriinseks süsteemiks (43). Paljud peptiidid on vastutavad psüühikahäirete eest, mis tekivad endokriinsete haiguste korral (22). Hüpotaalamuse ja hüpofüüsi hormoonide sünteesi ning sekretsiooni muutused võivad tingitud olla ühelt poolt raku morfoloogilistest või ensümaatilistest häiretest, teiselt poolt kesknärvisüsteemi regulatsioonimehhanismide muutustest või perifeerset endokriinnäärmete kudede metabolismi ja funktsiooni häiretest.

Farmakoloogia edusammud uute preparaatide näol näitavad ja tõestavad järjekordselt kesknärvisüsteemi, hüpotaalamuse ja hüpofüüsi ühtsust hormonaalses regulatsioonis. Paljud preparaadid, muutes hüpofüüsi ja hüpotaalamuse hormoonide sekretsiooni, toimides neurotransmissioonisse, mõjutavad kesknärvisüsteemi suuresti: muudavad meeoleu, motoorset aktiivsust, valuaistinguid jm. Tugevatoimelised antipsühhootilised preparaadid fenotiasiinid või butürofenoonid blokeerivad dofamiinireseptoreid, tritsüklilised antidepressandid inhibeerivad monoamiinide-neuromediaatorite sünteesi, amfetamiin kutsub esile serotoniini ja katehoolamiinide vabastamise, L-DOFA stimuleerib katehoolamiinide sünteesi. Seega need preparaadid, mõjutades neurotransmissiooni, reguleerivad hüpotaalamuse hormoonide sünteesi ja sekretsiooni. Niisugused neurohormoonid nagu türeotropne hormoon (TSH) ja somatostatiin on ühtlasi ka neuro-

transmitteriteks, sest nad toimivad otse aju tasemel — türeotropne hormoon kui stimulaator, somatostatiin kui depressor. See tõestab neurohormoonide ja -transmitterite tihedat seost (43).

Nii paljusid endokriinseid kui ka psüühilisi haigusi võib õigusega nimetada psühhoneuroendokriinseteks sündroomideks, kuid neuroendokrinoloogia kiirele arengule vaatamata ei ole siiski selge, missugune patoloogiline nihe mingi sündroomi korral on etiopogeneetiliselts kas primaarne või sekundaarne. Selliseks psühhoneuroendokriinseks sündroomiks on *anorexia nervosa*. Enamik autoreid on arvamusel, et see on psüühiline haigus, mis kulgeb väljakujunenud metaboolsete ja endokriinsete häiretega (26, 36, 40, 41). Viimastel aastatel on tunduvalt tõusnud huvi *anorexia nervosa* hormonaalsete häirete patogeneesi uurimise vastu. Osa autoreid (2, 23) arvab, et hormonaalsed häired *anorexia nervosa* korral on primaarsed ja tingitud hüpotaalamuse ja limbiliste ajustruktuuride düsfunktsioonist, teised (26, 27, 36, 40, 41) aga, et häired on sekundaarsed ning tingitud põhiliselt kehakaalu langusest.

Hüpotalamohüpofüsaarne neerupealiste süsteem. Tavaliselt ei ole *anorexia nervosa* korral täheldatud neerupealiste koore puudulikkuse kliinilisi nähte. Sellele vaatamata oleme uurimisel täheldanud mitmesuguseid häireid selles süsteemis. Kortisoolipeegel veres on kehakaalu ühe kilogrammi ja 1 m² kehapinna kohta normist kõrgem (39). Osa autoreid leiab (34), et paljudel on kortisooli ööpäevase sekretsiooni rütmi häired ning enamikul on tagasisidemehhanismid muutenud. Seega deksametasooni supressiooni test on häirunud. Kõrvuti sellega on aga täheldatud normaalset reaktsiooni metopirooni ja adrenokortikotroopse hormooni (AKTH) stimulatsiooni suhtes. Deksametasooni puudulik supressioon ei ole spetsiifiline ainult *anorexia nervosa*'le, vaid seda on ette tulnud ka endogeensete depressioonide korral (8). Relatiivselt suurenenud kortisooliproduktiooni tõestab vaba kortisooli kontsent-

ratsioon tõus uriinis umbes 2...3 korda (39). Keskmise kortisooli nivoo vereplasmas ja 24 tunni väärtuste profiil on kõrgenenud, eriti suur on vahe võrreldes normiga öhtu- ja öötundidel, sest *anorexia nervosa*'ga haigetel kortisooli produktsioon ei lange, vaid jääb samaks mis päevatundidel (6). Kõrgem on ka kortisooli poolestusaeg vereplasmas, mis nähtavasti on kortisooli metabolismi häire väljenduseks maksas. See omakorda on osaliselt tingitud kilpnäärme hormooni trijoodtüroniini (T₃) produktsiooni vähenemisest. Siiani ei ole selged selletaolised muutused hüpotalamohüpofüsaarses neerupealiste süsteemis. Adaptatsiooniteooria seisukohalt oleks loogiline oodata kortisooli produktsiooni langust, sest viimane on üks tähtsamaid kataboolse aktiivsusega hormone. Analogilisi muutusi, nagu kortisooli produktsiooni nihkeid ööpäevas, anormaalset reaktsiooni deksametasooni suhtes ja kortisooli metabolismi häireid, on leitud ka endogeense depressiooniga haigetel, kellel need taanduvad mõjusa ravi korral (24, 29). Arvatakse, et need muutused on põhiliselt seotud ainevahetuse laadi muutumisega, mida täheldatakse alatoitluse korral. Nii on samasuguseid muutusi leitud isikuil, kes pikemat aega on kannatanud alatoitluse all (11, 31). Vahe seisneb vaid selles, et viimastel on kortisooli ööpäevane produktsioon vähenenud, kuid vaba kortisooli sisaldus ööpäevas eritunud uriini põhjal normaalne (1, 31). Näljaepideemiade korral kerkib esile proteiinivaegus, *anorexia nervosa* korral aga on see vähe väljendunud. Edaspidine uurimine peab näitama, kas hüpotalamohüpofüsaarse neerupealiste süsteemi muutused on primaarsed või sekundaarsed.

Hüpotalamohüpofüsaarne kilpnäärme süsteem. Ühelt poolt on *anorexia nervosa* kliinilises pildis täheldatavad teatavad hüpotüreooosi sümptoomid, nagu naha kuivus, külmakartus, kõhukinnisus, madal kehatemperatuur, hüpotoonia. Teiselt poolt aga täheldatakse hüpotüreosile mitteomaseid sümptomeid — hüperaktiivsus, reflekside elavnemine, müksodematooosete tursete puu-

dumine (14, 36). Hormonaaluuringud on näidanud, et nii vaba kui ka seotud türoksiini (T_4) nivoo veres on normis. Trijoodtüroniini kontsentratsioon on tavaliselt langenud ning tema nivoo korreleerub kehakaalu langusega (14). Kehakaalu tõusu korral trijoodtüroniini nivoo normaliseerub. Analoogilist oleme märganud ka rasvunute näljadieetravi korral, aga ka pikemaajalise valguvaeguse korral (32). Hüpotüreosist erinevalt ei ole *anorexia nervosa* korral vastuseks trijoodtüroniini nivoo langusele hüpofüüsi türeotropse hormooni (TSH) kontsentratsiooni tõusu. Paljud autorid (10) on aga konstateerinud TSH kontsentratsiooni hilinevad tõusu hüpotalamuse türoliberiini (TRH) stimulatsiooni suhtes. See hilinevad korreleerub kehakaalu langusega. Niisugune paradoksaalne hüpotalamuse ja hüpofüüsi tundlikkuse häire trijoodtüroniini nivoo languse suhtes ei ole selge. Neid muutusi oleme märganud ka teistsuguse geneesiga nälguuse korral ning see ei olene psüühikahäiretest. Nähtavasti on trijoodtüroniini nivoo langus adaptatiivse tähendusega, sest *anorexia nervosa* korral saadakse energeetilisi ja plastilisi substraate toiduainetega vähem. Trijoodtüroniini vähenenud sünteesi taustal on aga konstateeritud bioloogiliselt mitteaktiivse trijoodtüroniini ja reversiivse trijoodtüroniini nivoo tõusu (17). Need muutused tingivad trijoodtüroniini kasutamist *anorexia nervosa* ravis (6).

Kasvuhormoon ja prolaktiin. Prolaktiini sekretsioon on *anorexia nervosa* korral tavaliselt normaalne (37). Ka TRH stimulatsiooni suhtes on see enamiku autorite järgi normaalne, ehkki üksikud autorid (36) on leidnud sekretsiooni hilinevad. Erinevalt prolaktiini sekretsioonist on kasvuhormooni (STH) sekretsioon tunduvalt muutunud. Paljude autorite arvates on STH basaalsekretsioon tõusnud (7, 9, 30, 37). Ilmneb korrelatsioon mitte vähenenud kehakaaluga, vaid saadud kalorsusega. Mida vähem patsiendid uurimise ajal söövad, seda kõrgem on STH nivoo vereplasmas. Kalorsuse normaliseeru-

misel ka STH nivoo normaliseerub. STH kontsentratsiooni tõus ei ole *anorexia nervosa* spetsiifiline sümptoom, vaid on täheldatav ka teiste alatoitlusega kulgevate haiguste korral. Erinevus tervetest on selles, et STH kontsentratsioon pärast glükoosi manustamist ei lange, nagu see toimub normaalse ainevahetuse korral, vaid võib isegi tõusta (9, 12, 23). Osa autoreid seda fenomeni ei täheldanud (7). Erinevalt reageerib *anorexia nervosa* all kannatajate organism dopamiinagonistidele, nimelt apomorfiinile, L-DOPA-le, parloodeelile jt. Need ei tõsta STH nivood, nagu see on tervete puhul (9, 30). Ka TRH stimulatsioonile on iseloomulik paradoksaalne reaktsioon. TRH ei stimuleeri tervetel STH sekretsiooni. *Anorexia nervosa*, akromegaalia, gigantismi ja endogeense depressiooni korral on esinenud STH nivoo tunduv tõus TRH stimulatsiooni suhtes (18, 19, 20). Seda testi kasutatakse nende haiguste diferentsiaaldiagnoosimisel. Paradoksaalsed reaktsioonid interpreteeritakse kui hüpotalamuse funktsioonihäired dopamiinireseptorite tasemel (14). Tõenäoliselt on need muutused primaarselt seotud puuduliku toitumisega. STH kõrgeenenud produktsioon ja nivoo ei kutsu siiski *anorexia nervosa*'ga haigetel kunagi esile akromegaalianähte. Arvatakse, et see on seostatav somatomeediinide produktsiooni langusega (36). STH produktsiooniga analoogiliselt normaliseerub ka somatomeediinide nivoo, kui kalorsus on piisav. *Anorexia nervosa* korral on täheldatud ka somatostatiini nivoo langust. Nähtavasti on viimane tähtis paradoksaalse TRH efekti suhtes STH nivoole, sest normis inhibeerib somatostatiin STH nivoo tõusu.

Hüpotalamohüpofüsaarne gonaadide süsteem. Peamine sümptoom *anorexia nervosa* korral on amenorröa. 1/3-l võib see tekkida juba vähese kehakaalulanguse puhul. Amenorröa kulgeb luteiniseeriva hormooni (LH) ja folliikulit stimuleeriva hormooni (FSH), östrooni, östradioli ja progesterooni nivoo langusega, kusjuures on täheldatav testosterooni ja östrioli nivoo selektiivne

tõus (3). Nii on tavaliselt östradiooli tase 2...2,5 korda madalam normist follikulaarfaasis (35). LH ja FSH tase korreleerub kehakaalu reduktsiooniga (16, 21). Pärast mõjusat ravi, mille puhul kehakaal saavutab vähemalt 80 % esialgsest, östradiooli tase normaliseerub (4). Östradiooli ja progesterooni tase on tõenäoliselt sekundaarne ning tingitud gonadotroopsete hormoonide puudulikkusest stimuleerimisel. Põhjalikult on LH tase uuritud ööpäeva jooksul tsükli vältel (15, 25). *Anorexia nervosa*'ga haigeil täheldati kehakaalu tugeva languse korral infantiilset LH sekretsiooni, mis vastab puberteedieelse lapse LH sekretsiooni tüübile. Kehakaalu juurdevõtmisega hakkab algul LH tase tõusma uue ajaga, mis vastab pubertediaegsele LH tasemele. Pärast vähemalt 80 % normaalse kehakaalu saavutamist muutub LH tase ööpäeva- ja kuukõver reproduktiivsele eale vastavaks, kuid amenorröa võib püsima jääda. Viimasel ajal on tagasisidemehhanisme uuritud klomifeentestiga östradiooli abil ning on leitud, et *anorexia nervosa*'ga patsientidel normaalne tagasisidestumine puudub. Pooltel *anorexia nervosa* all kannatavatel haigetel ei normaliseeru see mehhanism ka pärast normaalse kehakaalu saavutamist. Sellel osal haigetel ei taastu ka menstruaaltsükkel (38). Menstruaaltsükli taastumine sõltub kõige enam kehakaalu normaliseerumisest ja teatava rasvavaru olemasolust (13). Osa autoreid (25) väidab, et LH sekretsioon ja menstruaaltsükkel taastuvad tavaliselt pärast mõjusat ravi neil, kes on haigestunud nooremas eas, vanemas eas haigestunud taastub see funktsioon harvem.

KIRJANDUS: 1. Alleyne, G. A. O. Young, V. H. Clin. Sci., 1967, 33, 189. — 2. Aro, A., Lamberg, G., Pukonen, R. Acta endocrinol. (Kbh.), 1977, 15, 673—683. — 3. Baranowska, B., Zgliezynski, S. Acta endocrinol. (Kbh), 1979, 90, 238—245. — 4. Beumont, P. J. V., George, G. C. W., Pimstone, B. L. a. o. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1976, 43, 487. — 5. Bewsher, P. D. Scot. Med. J., 1980, 25, 2, 142—145. — 6. Boyar, R. M., Hellman, L. D., Raffwarg, H. P. a. o. N. Engl. J. Med., 1977, 296, 190. — 7. Brown, G. M., Garfinkel,

P. E., Jeuniewicz, H. a. o. In: Anorexia nervosa. New York, 1977, 123. — 8. Carroll, B. J., Curtis, G. C., Mendels, J. Arch. Gen. Psychiatry, 1976, 33, 1039. — 9. Casper, R. C., Davis, J. M., Pandey, G. N. In: Anorexia nervosa. New York, 1977, 137. — 10. Casper, R., Frohman, L. Psychoneuroendocrinology, 1982, 7, 59—68. — 11. Cooke, J. N. C., James, V. H. T., Landen, J. a. o. Br. Med. J., 1964, 1, 662. — 12. Frankel, R., Jenkins, J. Acta endocrinol. (Kbh), 1975, 78, 209—221. — 13. Frisch, R. E. In: Anorexia nervosa. New York, 1977, 149—162. — 14. Jerrell, B., Meltzer, S., Tolis, G. In: Clinical Neuroendocrinology. New York, 1979, 355—365. — 15. Katz, J. L., Boyar, R., Raffwarg, H. a. o. Psychosomat. Med., 1978, 40, 549. — 16. Knuth, V., Schneider, H. Horm. Metab. Res., 1982, 14, 142—146. — 17. Limanova, Z., Šonka, J., Kratochvil, D. u. a. Endokrinologie, 1981, 77, 70—78. — 18. Macaron, C., Wilber, S., Green, O. a. o. Psychoneuroendocrinology, 1978, 3, 181—185. — 19. Maeda, K., Kate, V., Ohgo, S. a. o. J. Clin. Endocrinol. Metab., 1975, 40, 501. — 20. Maeda, K., Kato, Y., Yamaguchi, N. a. o. Acta Endocrinol. (Kbh), 1976, 81, 1, 1—8. — 21. Morimoto, Y., Oishi, T., Hanosoki, N. a. o. Endocrinol. Jap., 1980, 27, 191—200. — 22. Niedemann, E., Saite, T., Linfoot, J. A. a. o. J. Clin. Endocrinol., 1979, 49, 3, 478—480. — 23. Nishimura, N., Suchire, F., Mitani, H. a. o. Folia endocrinol. Jap., 1979, 55, 171—182. — 24. Ping-Antan, J. Psychoneuroendocrinology, 1979, 4, 194—197. — 25. Pirke, K. M., Fichter, M. M., Lund, R. a. o. Acta endocrinol. (Kbh), 1979, 92, 193—204. — 26. Pirke, K. In: Anorexia nervosa. Stuttgart, 1981, 32—41. — 27. Pirke, K., Fichter, M., Holsboer, N. a. o. Acta endocrinol. (Kbh.), 1982, 99, 246, 83—84. — 28. Rees, L., Ratcliffe, J. Clin. Endocrinol., 1974, 3, 263—299. — 29. Reus, V. Biol. Psychiatry, 1982, 17, 317—326. — 30. Sherman, B. M., Halmi, K. A. In: Anorexia nervosa. New York, 1977, 211. — 31. Smith, S. R., Belsoe, T., Chatri, M. K. J. Clin. Endocrinol., 1975, 40, 43. — 32. Sorbis, R., Petersson, B., Willsson-Ehle, P. Int. J. Obesity, 1982, 6, 101—111. — 33. Sönekens, P., Ayres, A., Braimbridge, M. a. o. Clin. Endocrinol., 1976, 5, 503—513. — 34. Zuzuki, M., Kamijo, K. Folia Endocrinol. Jap., 1979, 55, 739—760. — 35. Travaglini, P., Beck-Pessoz, P., Ferrari, C. a. o. Acta Endocrinol., 1976, 81, 252. — 36. Vigersky, R., Loriaux, D., Anderson, A. Clin. Endocrinol., 1976, 5, 517—535. — 37. Vigersky, R. A., Loriaux, D. L. In: Anorexia nervosa. New York, 1977, 109. — 38. Wakeling, A., Marshall, J. C., Beardwood, C. J. a. o. Psychological Med., 1977, 6, 371. — 39. Walsh, B. T., Katz, J. K., Levin, J. a. o. Psychosomat. Med., 1978, 40, 499.

40. Балаболкин М. И., Герасимов Г. А. Ж. им. С. С. Коржакова (Москва), 1984, 4, 603—606. — 41. Коржина М. В., Марилов В. В. Ж. им. С. С. Коржакова (Москва), 1974, 10, 1574—1583. — 42. Старкова Н. Т. Вестн. АМН СССР, 1980, 7, 32—33. — 43. Старкова Н. Т. В кн.: Клиническая эндокринология. М., 1983, 6—37.

Vabariiklik Struumadispanser

UDK 616.33-008.44:613.81:616-009.6(047)

Alkoholnoreksia organismi muutunud reaktiivsuse tunnusena

Hans Väre · Jämejala

alkoholanoreksia, hüpoglükeemia, katehoolamiinid, maokatarr, reaktiivsus

Mõõdukas koguses alkoholi pruukimine kutsub tervetel esile söögiisu ja maosekretsiooni suurenemise, millest võtavad osa tsentraalsed, interoretseptiivsed ja tingreflektorsed mehhanismid (14).

Kliiniline sümptomaatika. Kroonilise alkoholmürgituse tagajärjel häiruvad söögiisu ja maotalitus. Kroonilist maokatarr, hommikust oksendamist (*vomitus matutinus potatorum*) ning vaegtoitumust on kirjeldanud mitmed autorid (13, 15, 18). I. Streltšuki (18) järgi esineb maokatarr 95%-l alkohoolikutest. Perioodiliselt kaebavad nad isutust, iiveldust, ebameeldivat maitset suus ja valulikkust ülakõhu piirkonnas; raskeimatel juhtudel esineb hommikune oksendamine tühja kõhuga. Varajasemas alkoholismistaadiumis mao sekretoorne talitus väikeste alkoholi annuste puhul kiireneb, kestev liigtarvitamine viib maomahla happesuse progresseeruvale vähenemisele kuni aküüliani (13).

A. Portnov (15) on neid alkohoolikutel täheldatavaid häireid nimetanud alkoholnoreksiaks, mis ilmneb praktiliselt üheaegselt unetusündroomiga. Alkoholismi algstaadiumis avaldub anoreksia pärast mitmepäevaseid joominguid, mille järel söögiisu mõne päeva pärast taastub või koguni suureneb. Süsteemiline alkoholi kuritarvitamine on sageli põhjustanud toitumiskeskuse ülerutust. Selle väljenduseks on buliimia ja öösi ületamatu näljatunde tekkinemine. A. Solovjovi (17) andmeil alkoholismi esmaste sümptomide ilmnemisel alkoholi söögiisu stimuleeriv toime kaob ning tekib vastupidine toime.

Vastavalt söögiisu ja anoreksia eespool kirjeldatud dünaamikale võivad

alkohoolikud kehakaalus esialgu juurde võtta, hiljem aga areneb vaegtoitumus ning järgneb kehakaalu langus. Alkohol kui süsivesik on alkohoolikute organismis arvestatav energiaallikana: 1 g annab 7 kcal energiat. Anoreksia korral aga tekib organismis asendamatute aminohapete ja vitamiinivaegus. Hüpo-vitamiinosis on seostatud alkoholpühhooside ja alkoholentsefalopaatiate teket, eriti efektiivseks on osutunud B-rühma vitamiinide kasutamine. Kuigi alkoholnoreksiat, iiveldust ja hommikuti oksendamist on kirjeldanud mitmed autorid, on seda sündroomi tõlgendatud alkoholismi tagajärjena või animaal-vegetatiivse düsfunktsioonina, mis on sünenenud somaatilistest tüsistustest, nagu maokatarr, hepatiit (15).

Meie kliinilise sümptomaatika dünaamika ja alkoholismi bioloogilise patogeneesimehhanismi analüüs (11) on näidanud, et alkoholnoreksia on üks organismi muutunud reaktiivsuse ilminguid, nagu tolerantsuse tõus alkoholi suhtes. Alkoholnoreksia manifesteerub alkohoolikutel kahel kujul. Esiteks tekib ta alkoholi kasutamisel, jooke kestel. See avaldub koos sekundaarse patoloogilise alkoholitungi tekkimisega, mis vallandub alkoholi kasutamisel: iga piti järel söögiisu väheneb. See vorm on sekundaarse alkoholisõltumuse üks ilmekamaid näitajaid — alkohoolik jooibes ei tunne nälga, ta vajab alkoholi.

Teine vorm on anoreksia ilmunine alkoholabstinentsisündroomi ühe sümptomina, olles seotud somaatilise sõltuvusega alkoholist. Isutus, iiveldus ja oksendamine kaovad, kui alkohoolikul on joomisega õnnestunud kupeerida pohmelusnähud, kuigi söögiisu normaalseks ei muutu.

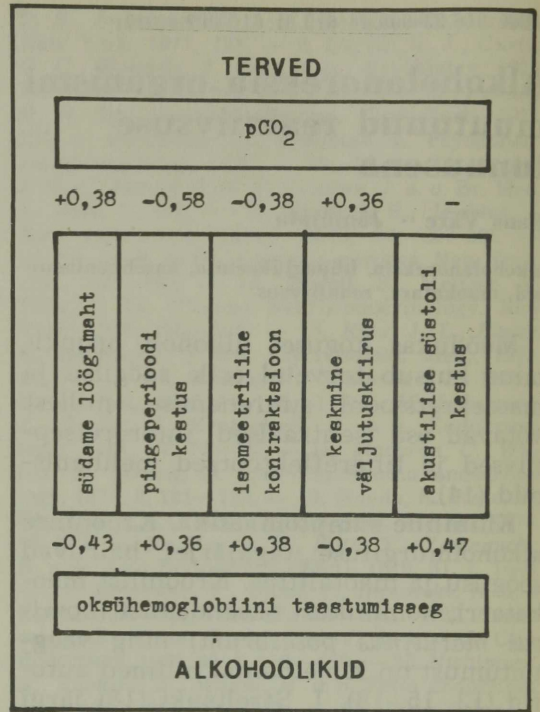
Alkoholnoreksia häiretest alkoholismi kulus on omapärasem okserefleksi muutumise dünaamika: okserefleks kui kaitserefleks ülemääraste koguste vastu alkoholismi algstaadiumis kaob (15), ilmub aga uuesti alkoholabstinentsisündroomi tunnusena. Selles paradoksaalses ilmingus väljendub organismi muutunud reaktiivsus.

Alkoholismi teises staadiumis ilmneb alkoholanoreksia ühel ja samal ajal unetussündroomiga. Uneaja lühenemist võib hinnata kui organismi vastureaktsiooni alkoholi narkootilise efekti suhtes. Nii alkoholi ühekordne kasutamine kui ka pidev manustamine lühendab une REM-faaside kestust (4). Une REM-faaside ärajäämine kutsus katseloomadel esile toitumis- ja seksuaalkäitumise häireid (10).

A. Portnov (15) on alkoholi üledoseerimise puhul esinevat okserefleksi kadumist hinnanud tegurina, mis avab tee alkoholi suurte koguste kasutamisele ja alkoholi suhtes tolerantsuse suurenemisele. Meie arvates eelneb okserefleksi kadumisele organismis hüposensitiivsuse ja harjumuse kujunemine alkoholi suhtes, avaldades alkoholitolerantsuse kasvus. Harjumus — ravimite toimeefekti vähenemine nende süstemaatilisel kasutamisel — on peale alkoholi omane paljudele ravimitele, näiteks uinutitele ja neuroleptikumidele. Tao-line retseptorite tundlikkuse muutus on iseloomulik katehoolamiini retseptoritele. Neid mehhanisme on uurinud TRÜ farmakoloogia kateeder (8).

Arvatud on, et hommikune oksendamine on tingitud maokatarrist, mis on põhjustatud alkoholi otsesest mõjust mao limaskestale (13, 18). Uurimine on aga näidanud, et alkoholanoreksiat on täheldatud ka neil alkohoolikutel, kelle seedetrakti kahjustust ei ole (17). Hommikune oksendamine on omane ka parenteraalselt manustatud narkootiliste ainete (morfiini) toimel arenenud abstinentsisündroomile. Kliiniliste alkoholismi tunnuste analüüs on näidanud, et alkoholanoreksia kujuneb eelneva liigse söögiisu järel, millel on alkoholitolerantsusega ühetaoline dünaamika. Okserefleksi kustumine alkoholi süstemaatilise kasutamise tõttu toimub kasvava tolerantsuse ning sekundaarse alkoholitungi foonil. Selle tõttu ei saa alkoholanoreksiat hinnata gastriidi tunnusena, vaid organismi alkoholi suhtes muutunud reaktiivsuse tunnusena.

Kirjanduse andmed alkoholismi patogeneesi uurimistulemuste kohta on



Joonis 1 (seletus tekstis leheküljel 347).

sageli vastuolulised. Sekundaarse alkoholisõltumuse mehhanismi leidmine on meie arvates võimalik üksnes alkoholi manustamise tingimustes.

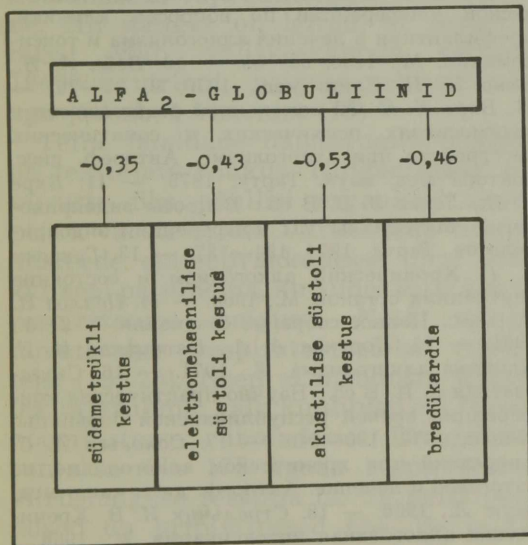
Biooloogilised mehhanismid.

Energiavahetus. Isutus ning sellega kaasnev kehakaalu muutus on seotud energiavahetusega. Koos E. Laanega tehtud alveolaarse hingamise uuringud näitasid (12), et tervetel toimus ühekordne alkoholiannus sõltuvalt gaasivahe- tuse foonist erinevalt: kõrgemate väärtuste korral energiavahetus aeglustus, madalamate korral kiirenes. Alkohooli- kutel aga kiirenes ainevahetus 43,21-lt kuni 47,39 kcal-ni 1 m² kehapinnale tunnis ning suurenes süsihappegaasi eritus. Alkohoolikutel täheldatud alkoholiaine- vahetust stimuleeriv efekt võib olla nendel alkoholi kasutamise motiiviks ja alkoholisõltumuse biooloogiliseks meh- hanismiks.

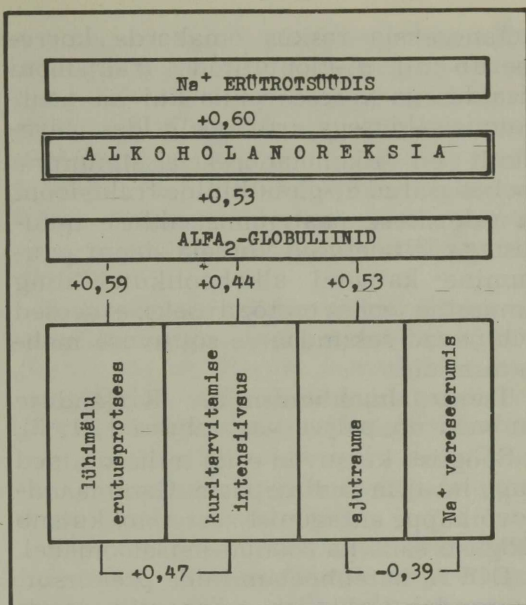
Tervetega võrreldes oli alkohoolikutel suurenenud üldise ja alveolaarse venti- latsiooni maht, kusjuures süsihappe- gaasi partsiaalrõhk (pCO₂) alveolaar- õhus oli langenud (pCO₂ vastavalt

38,9 mmHg ja 35,1 mmHg). Järelikult on kainetel alkohoolikutel hapnikuvajadus suurenenud ja alkoholi kasutamine aktiveerib alveolaarset ventilatsiooni ning süsihappegaasi eritumist. Teatavasti toimub organismi adekvaatne gaasivahetus kemoretseptorite ja hingamiskeskuse vahendusel, mis reguleerivad nii ventilatsiooni kui ka gaaside edasitoimetamist vereringe kaudu. Korrelatsioonanalüüs tõi selle seose esile tervetel (vt. joonis 1), millest näeme, et $p\text{CO}_2$ tõusmisel suureneb südame minutimaht ning muutuvad mõningad südamegevuse näitajad. Alkohoolikutel korreleerusid samad hemodünaamika näitajad oksühemoglobiini muutustega veres. Sellest tuleneb, et gaasivahetuse normaalse regulatsiooni asemel esineb alkohoolikutel muutunud regulatsioon, mis on orienteeritud hapnikuvajadusele. Sellele viitas ka alkohoolikutel täheldatud hemoglobiinisisalduse suurenemine.

Hemodünaamika. Ühekordne alkoholiannus tervetel südame minutimahtu oluliselt ei muutnud, kuid alkohoolikutel minutimaht oluliselt suurenes ning arenes müokardi hüperdünaamiline sündroom (7). Eespool kirjeldatud hemodünaamika muutus alkohoolikutel on kooskõlas alkoholi toimel arenenud gaasivahetuse intensiivistumisega.



Joonis 2 (seletus tekstis leheküljel 347).



Joonis 3 (seletus tekstis leheküljel 347).

Korrelatsioonanalüüsi andmetest ilmnes, et südame tsükli ja tema faaside kestusel on tihedaid seoseid α_2 -globuliinide fraktsiooni sisaldusega perifeerse vere seerumis (vt. joonis 2), need seosed aga puudusid kontrollrühmas. Järeldub, et südamegevuse kiirenemine ja hüperdünaamilise sündroomi areng seostuvad maksa globuliinisünteesi muutumisega. Meie andmed on kooskõlas kliiniliste tähelepanekutega, mille järgi alkoholismi II staadiumis muutub joobe normaalne adrenolüütiline efekt adrenergiliseks (15). Meie tähelepanekuist nähtub, et alkoholjoobe vegetatiivse komponendi muutus on seoses maksa funktsiooniga, mis muutub korrelatsiooniliselt alkoholi kuritarvitamise intensiivsusega.

Maksa globuliinisünteesi funktsioon. Teatavasti toimub alkoholi biotransformatsioon põhiliselt maksas. Selle tõttu on maksa funktsiooni häirumine esmaseks tunnuseks. Mida intensiivsem on alkoholi kuritarvitamine, seda enam suureneb alkoholi kasutamisel α_2 -globuliinide sisaldus vereseerumis (vt. joonis 3). Korrelatsiooniliselt kuritarvituse intensiivsusega halveneb lühimälu erutusprotsess, millel omakorda on α_2 -globuliinide fraktsiooniga tihe seos. Alko-

holanoreksia raskus omakorda korreleerub nii α_2 -globuliinide fraktsiooni sisaldusega vereseerumis kui ka naatriumisaldusega erütrotsüütides. Järelikult on alkoholanoreksia ilmumine joores seotud α_2 -globuliinide fraktsiooni ja rakusise naatriumisalduse muutustega. Nimetatud korrelatsiooni puudumine kainetel alkohoolikutel ning ilmumine joores on tõestuseks, et seosed põhinevad sekundaarse sõltuvuse mehhanismidel.

Tsentraalmehhanismid. Kirjanduse andmed on paljus vastuolulised (1, 6).

Söögiisu kutsuvad esile sellised ained nagu insuliin ja diasepaam. Gammaaminovõihappe antagonist *muscimol* kutsub söögiisu esile ka söönud katseloomadel. L-DOPA, katehoolamiinide prekursor, suurendab söögiisu. Fenamiin, mis katehoolamiinid vabastab, aga, vastupidi, on tuntud söögiisu pärssiva aina. Söögiisu pärssivat toimet on kirjeldatud ka dopamiin- β -hüdroksülaasi inhibiitoritel ning toitumiskäitumist muudavad noradrenaliini antagonistid (1). Ollakse arvamusel, et puriinid on endogeenseteks aineteks, mis reguleerivad näljatunnet bensodiasepiinireseptorite vahendusel (6). Teine hüpotees aga väidab, et noradrenergilised ja dopaminergilised neuronalsed juhteteed on toitumise, reproduktiivse käitumise ja stressist sõltuva agressiooni põhilülid (1). Pidev sümpatoadrenergilise süsteemi stimuleerimine väliste ärritajatega põhjustab β -adrenergilise süsteemi ülitundlikkuse tekkimist, millega kaasneb kortikosteroidide ja katehoolamiinide produktsiooni suurenemine. Eespool kirjeldatud hüperdünaamilise sündroomi ja hüperventilatsiooni arenemist alkoholi toimel võib hinnata sümpatoadrenergilise süsteemi ülitundlikkusena. Katehoolamiinide metabolismi aktiveerumist on kirjeldanud mitmed autorid (9, 16). Hüpootees katehoolamiinide osast alkoholismi patogeneesis (9) näeb alkoholis noradrenaliini vabastajat ning lammutajat, millest on tingitud joores psüühiline ja vegetatiivne erutus. Pidevast alkoholi kasutamisest sugeneb noradrenaliinivaegus, kusjuures dopamii-

ni süntees on aktiveeritud. Võib arvata, et retseptorite ülitundlikkuse muutused on nii hüpotalaamiliste keskuste tundlikkuse kui ka aktiivsuse muutumise põhjus. Oleme täheldanud lisaks hingamise ja hemodünaamika regulatsiooni muutusele ka baroretseptorite tundlikkuse muutusi (11).

Alkoholanoreksia on organismi reaktiivsuse ilming, mis avaldub kesk-närvisüsteemi kaudu, ning on omakorda järgnevate haigusprotsesside vallandajaks. Et valguvaegus põhjustab nii alkoholi biotransformatsiooni aeglustumist (2) kui ka hormoonide ja ensüümide sünteesi pärssumist (5), siis on alkoholanoreksia teguriks, millest sugeneb lõppstaadiumi põhitunnus — tolerant-suse alanemine alkoholi suhtes.

KIRJANDUS: 1. Antelman, S. M., Caggiola, A. R. Science, 1977, 195, 646—653. — 2. Bode, Ch., Bochwald, B., Goebell, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1971, 40, 1576—1577. — 3. Graff, I., Winkler, G. Klin. Wochenschr., 1971, 49, 981. — 4. Greinberg, R., Pearlman, O. Am. J. Psychiatry, 1967, 124, 133—142. — 5. Huttunen, M. O., Ylikahri, R. H., Härkönen, M. Pharmacol. Biochem. Behav., 1980, 13. Suppl. 1, 131—137. — 6. Levine, A. S., Morley, J. E. Science, 1982, 217, 77—79. — 7. Väre, H., Sibul, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 6, 488—492.

8. Алликметс Л. А. В сб.: Тезисы совещания по актуальным проблемам психофармакологии. Тарту, 1980, 8—10. — 9. Анохина И. П. В сб.: Сборник третьей всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикомании. М., 1980, 33—35. — 10. Вейн А. Н., Яхно Н. Н. Клин. мед., 1970, 9, 23—29. — 11. Вярэ Х. Я. Об измененной реактивности и взаимосвязях психических и соматических расстройств при алкоголизме. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Тарту, 1975. — 12. Вярэ Х. Я., Лаане Э. Я. В сб.: Вопросы эндокринологии. Материалы VII конференции эндокринологов. Тарту, 1974, 184—187. — 13. Лукасян А. Г. Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов. М., 1968. — 14. Павлов И. П. В кн.: Полное собрание сочинений. Т. 2 М., 1951. — 15. Портнов А. А., Пятницкая И. И. Клиника алкоголизма. Л., 1971. — 16. Скугаревская Е. И. В сб.: Научно-практическая конференция врачей республиканской больницы. Минск, 1972, 130—143. — 17. Соловьев А. С. Анорексия при хроническом алкоголизме, ее патогенез и лечение. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1966. — 18. Стрельчук И. В. Хроническая алкогольная интоксикация. М., 1966.

Jämejala Vabariiklik Psüühoneuroloogiahaigla

UDK 616.988.7-02(047)

Respiratoorne viirus ja äge respiratoorne viirushaigus

Kiira Subi · Tallinn

respiratoorne viirus, äge respiratoorne viirushaigus, etioloogiline struktuur

Äge respiratoorne viirushaigus on üks sagedamaid ja levinumaid haigusi inimestel (19, 21). Arvatakse, et 25...30% täiskasvanute ajutise töövõimetuse juhtudest ja 70...80% koolieelikute puudumistest lasteaedadest ja sõimedest on sellest põhjustatud (4, 7, 20, 23). Täiskasvanu põeb ägedat respiratoorset viirushaigust aastas keskmiselt 2...3 korda, lapsed aga kuus korda (1, 6, 21, 29). Sellest kõigest nähtub, et äge respiratoorne viirushaigus on muret tekitav meditsiiniline ja sotsiaal-ökonomiline probleem (2, 6).

Elanike laialdase haigestumise üks põhjusi on haiguse levik piisknakkuse teel, mille tõttu üks haige võib korruga nakatada mitut inimest. Köhimisel või aevastamisel hulgaliselt õhku paisatud haigusetekitajaid võib seal püsida teatud aja, seejuures on haiguse esilekutsumiseks vaja suhteliselt vähe virione. Nii näiteks on leitud, et aevastamisel võib väliskeskkonda sattuda 1940000 virioni, haiguse tekitamiseks aga jätkub 7 virionist (19).

Teine laialdane haigestumise põhjus on tekitajate rohkus. Hingamisteed on viiruste üks põhilisi organismi sissepääsu värateid, osa viirusi jääb hingamisteede epiteelirakkudesse ning hakkab seal paljunema, kutsudes esile ägeda respiratoorse haiguse. Neid viirusi nimetatakse respiratoorseteks viirusteks (19, 25). Need ei moodusta ühtset tekitajarühma, vaid kuuluvad eri taksonoomilistesse rühmadesse. Tänapäeval tuntakse üle 175 ägeda respiratoorse viirushaiguse tekitaja (2, 5), neist peamised on gripiviirused (A-, B- ja C-serotüüp), paragripiviirused (4 serotüüpi), adenoviirused (>30 serotüübi),

respiratoor-süntsütiaalviirus ehk RS-viirus (1 serotüüp), rinoviirused (>100 serotüübi), koronaviirused (>3 serotüübi) (2, 5, 6, 20, 23). Respiratoorse viirushaiguse tekitajate hulka on sageli arvatud ka pneumooniamükoplasma, kuigi viimane oma omaduste poolest erineb nii viirusest kui ka bakterist (8, 27).

Kolmas sage haigestumise põhjus on ebapüsiv haigusjärgne immuunsus, kusjuures see on viiruse serotüübi suhtes spetsiifiline (19). Seetõttu võivad haigestumist üheaegselt või vahetult üksteise järel põhjustada mitu eri viirust või serotüüpi ning teatava aja järel sama viirus või serotüüp.

Kõik respiratoorsed viirused võivad paljuneda epiteelirakkudes kogu hingamisteede ulatuses, mille tõttu eri viirused võivad anda ühesuguse kliinilise pildi ning üks ja sama viirus võib anda erineva sümptomatoloogia — riniidist pneumooniani (6, 8, 19, 23). Siinjuures aga on igal viirusel oma eeliskoht hingamisteedes, kus ta kõige soodsamalt paljuneb, mille tõttu sümptoomid viitavad tekitajale (5, 19, 22, 23, 25, 26). Skemaatiliselt võiks selliseid viiruste eeliskohti hingamisteedes projekteerida järgnevalt: kõige kõrgemal, ninas, paiknevad kõige sagedamini rino- ja koronaviirused, mille tõttu on neile iseloomulikuks sümptomiks nohu. Neelus lokaliseeruvad kõige enam adenoviirused, neile on iseloomulikud angiinid. Adenoviirus kahjustab ka silma limaskesta. Kõris paiknevad sagedamini paragripiviirused, nende puhul tekivad hääle muutused, kõri ärritus, tugev haukuv köha ja krupinähud. Hingetoru piirkonnas paiknevad põhiliselt gripiviirused, mis vallandavad valuliku rinnaköha. Kõige madalamal asetseb RS-viirus, tema puhul on üsna sage astmaatiline bronhiit. Seepärast nimetatakse RS-viirust ka bronho- ehk pneumoviiruseks. Üldiselt, mida raskem on haigus, seda sügavamal hingamisteedes on levinud kahjustus, mida noorem on laps, seda rohkem on kahjustunud alumised hingamisteed. Need respiratoorsed viirused, mis paljunevad eelkõige

alumistes hingamisteedes, nagu näiteks RS-viirus, põhjustavad haigestumist peamiselt väikelastel; need aga, mis paljunevad eeskätt ülemistes hingamisteedes, nagu rino- ja koronaviirused, kutsuvad haiguse esile sagedamini täiskasvanutel (5, 6, 8).

Kui gripile on iseloomulik järsk algus, kõrge kehatemperatuur ja tugevad üldnähud hingamisteede tagasihoidlikumate haigusnähtude foonil, siis paragripi kliiniline pilt on vastupidine. Kõrget kehatemperatuuri ja tugevaid üldnähte täheldatakse ka adenoviirusnakkuse korral. Adenoviirusnakkuse juhtudel on kliiniline pilt äärmiselt mitmekesine, esiplaanil on lümfikoe reaktsioon (23). Siiski tuleb arvestada, et kliiniline sümptomatoloogia üksnes viitab mingile viirusnakkusele, tekitaja täpsustamiseks tuleks aga teha laboratoorseid uuringuid (6, 8, 9, 22).

Kõik respiratoorseid viirused levivad igal pool ja igal ajal (8, 19). Küsimus ei ole mitte selles, milline viirus antud perioodil ringleb, vaid hoopis selles, kui aktiivne ta on. Ägeda respiratoorse viirushaiguse etioloogilise struktuuri all mõeldaksegi seda, millist osa eri viirused haiguse tekkes antud perioodil etendavad. Suvel, haigestumise madal seisus, diagnoositakse kõiki respiratoorseid viirusnakkusi vähe, kuid enam-vähem ühesugusel määral, viiruste osa etioloogilises struktuuris on seega enam-vähem võrdne (23). Sügisel üks või mitu respiratoorset viirust aktiveerub, millega kaasneb haigusjuhtude sagenemine, haigestumine on rühma- või isiline, tekivad haiguspuhangud. Haiguse etioloogiline struktuur sõltub sellest, kui sageli satuvad nakatunud arstid abi vajajate hulka. Selles mõttes on oluline silmas pidada, et haigusjuhtude sagenemisega käib kaasas ka haiguse raskenemine. Kõik respiratoorsed viirused võivad põhjustada kerget, keskmise raskusega või raskeid haigusvorme, kõikide respiratoorsete viirusnakkuste puhul võivad tekkida tüsistused (19, 20, 21, 23). Kui respiratoorne viirushaigus on kergekujuline, on sümptomatoloogia napp, haiguse raskemaks

muutumisel haigusnähud mitmekesis-
tuvad (23). See kehtib ka laboratoorse leiu kohta. Need nähud, mida uuritakse laboratoorselt diagnoosimise eesmärgil, võivad kergetel haigusjuhtudel kas puududa või esineda neid osaliselt, haiguse raskenemisel aga tugevnevad ja rohke-
nevad. Seega haiguse raskemaks muutu-
misel laboratoorse diagnoosimise efek-
tiivsus tõuseb (9).

Esitatud arvesse võttes on arusaadav, et aktiveerumisel viiruse osa ägeda respiratoorse viirushaiguse etioloogilises struktuuris suureneb. Etioloogiline struktuur sõltub ka respiratoorsete viiruste omavahelisest proportsioonist haiguse tekkes. Kui gripipuhangu ajal muid viirusnakkusi ei diagnoosita, nagu see esines meil 1960-ndate aastate lõpul (12), siis võib arvata, et gripijuhte oli teiste respiratoorsete viirusnakkuste juhtudest niivõrd palju rohkem, et viimased jäid tabamata. Kui gripipuhangu ajal diagnoositakse ka muid respiratoorseid viirusnakkusi, nagu meil viimasel aastakümnel (12, 14, 16, 25), siis gripiviirusega üheaegselt peavad ka teised viirused olema niivõrd aktiivsed, et haiguse sageduse ja raskuse poolest gripile konkurentsi pakkuda.

Ägeda respiratoorse viirushaiguse etioloogiline struktuur muutub, sest igal viirusel on oma tõusu- ja mõõnaperioodid. Mõnel aastal on haigestumisssoonil ülekaalus adenoviirusnakkus, teisel jälle paragripp või RS-viirusnakkus (11, 17, 30, 31). Etioloogiline struktuur võib haigestumisssoonil järsku muutuda, näiteks gripipuhangu korral. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni 1983. aasta bulletäänide andmeil (24, 28) on A-gripiviiruse aktiivsus 1978. aastast langenud.

Järeldub, et kirjanduse protsentuaalsetel andmetel mingi respiratoorse viirushaiguse esinemissageduse kohta ei ole üldistavat väärtust, sest nad peegeldavad teatud perioodi või haigestumissiooni. Seetõttu ei ole vasturääkivad ka erinevad andmed ühe ja sama respiratoorse viirusnakkuse leviku kohta.

Kui gripipi ja kõiki muid respira-

toorseid viirusnakkusi tervikuna võrrelda, siis võib öelda, et nagu gripi-viirused moodustavad väiksema osa ägeda respiratoorse viirushaiguse tekitajate spektrist, nii on ka grippi muudest respiratoorsetest viirusnakkustest vähem. Tähelepanu on aga pööratud põhiliselt gripile. Miks?

Peamine põhjus on ehk see, et grippi haigestumine kontsentreerub lühikesele ajaperioodile: 3...4 nädala jooksul võib haigestuda kuni pool linna või asula elanikest (29). Haigus tekib järsku ja levib laialdaselt, haigestuvad terved perekonnad, klassiruumid jäävad peaaegu tühjaks, asutuste töö takerdub, arstiabi on ülekoormatud, meedikud ise langevad rivist välja. Seega meenutab gripiepideemia katastroofi (18). Teistes respiratoorsetesse viirushaigustesse haigestub samuti praktiliselt kogu elanikkond, see aga toimub pikema aja vältel igapäevasemalt, ilma elu- ja töörütmi eriliselt häirimata.

Igal sügisel enne haigestumisesooni seab kogu elanikkond, ka tervishoiuvõrk, end valmis ainuüksi gripi vastu võtuks. Gripi osatähtsust tõstab ka haigete ühekülgne uurimine ainult gripi suhtes ja tulemuste konkurentsita korreleerumine kogu ägedasse respiratoorsetesse viirushaigustesse haigestumise dünaamikaga. Teised respiratoorsed viirusnakkused jäävad sellisel juhul diagnoosimata ja nende osa etioloogilises struktuuris välja selgitamata. Kuid haigestumuse järsu suurenemise põhjuseks ei pruugi alati olla mitte gripiviirus, vaid selleks võib olla ka mõni teine tekitaja (13).

Nii igapäevases praktikas kui ka kirjanduses (1) on levinud seisukoht, et ägeda respiratoorse viirushaiguse tekitaja täpsustamisel ei ole praktilist tähtsust, sest see arsti ravitaktikat ei mõjutavat. Selline seisukoht aga on põhjendamata. Tekitaja kindlakstegemine on oluline järgmistel kaalutlustel.

1. Haigele õige ravi määramiseks. Viimasel aastakümnel on hakanud intensiivsemalt arenema selektiivne kemoterapia, kusjuures huvipakkuv on asjaolu, et ravim võib olla spetsiifiline

mitte viiruse suhtes tervikuna, vaid ainult selle ühe serotüübi suhtes, nagu näiteks remantadiin, mis toimib ainult gripiviiruse A-serotüübis (3). Erinev raviskeem on ka viirustel ja mükoplasmal (1).

2. Haige seisundi õigeks hindamiseks.

Kui gripi puhul raske seisund avaldub kõrges kehatemperatuuris ja tugevates üldnähtudes, siis teiste respiratoorsete viirusnakkuste puhul, näiteks paragripil, võib seisund küll raske olla, kuid selliseid markantseid kliinilisi pilte ei ole (23). Veelgi enam, viimastel aastatel on meil laialdaselt levinud seganakkused, gripi-paragripi kombinatsioon (12). Seganakkused on kliinilise kulu poolest raskemad, kestvamad ja rohkem tüsistusi põhjustavad kui üksiknakkused, kuid kliiniliselt võivad nad avalduda ainult ühe nakkusena, näiteks paragripina (10).

3. Haiguse kestuse õigesti hindamiseks. Gripp kuulub lühema kuluga haiguste hulka, teiste respiratoorsete viirusnakkuste puhul võib kestus hoopis pikem olla. Adenoviirusnakkuse puhul võib kõrge kehatemperatuur kesta üle nädala või olla kahefaasiline (23). Seetõttu on haiguse pikema kulu korral vaja selgusele jõuda, kas on tegemist gripi ja tüsistusega või tüsistuseta kulgeva teise respiratoorse viirusnakkusega. Mõlemal juhul on ravitaktika erinev.

4. Spetsiifiliste epideemiatõrjevahendite, vaksineerimisprogrammide efektiivsuse õigesti hindamiseks (6).

5. Seganakkuste vältimiseks (10).

Respiratoorse viirusnakkuse diagnoosimisel lähtutakse haiguse kliinilisest pildist, laboratoorsetest uuringutest, haiguse etioloogilisest struktuurist ja epidemioloogilisest situatsioonist. Kliinilisest pildist oli juttu eespool. Kõige tähtsam diagnoosimisel on laboratoorne uurimine, mis võimaldab kindlaks teha haigusetekitaja, selle serotüübi või alatüübi. Kuid negatiivne laboratoorne leid uuritavat viirusnakkust veel ei eita. Kuigi on mitmesuguseid uurimismeetodeid, ei ole ükski neist absoluutne. Seetõttu tuleb neid raken-

dada komplekselt. Uurimine on küllalt aeganõudev ning vastus võib hilineda, kuid kõik positiivsed uurimistulemused on väärtuslikud respiratoorse viirushaiguse etioloogilise struktuuri kindlakstegemisel, mis omakorda annab orientatsiooni analoogiliste haigusjuhtude kliinilis-laboratoorseks diagnoosimiseks (9). Etioloogiline struktuur näitab, milline respiratorne viirus põhjustab kõige suuremat haigestumust, kuid ta ei näita, kas haigus esineb sporaadiliste juhtudena või puhanguna. Puhangu korral on etioloogilise struktuuri alusel võimalik järeldada, missugune viirus või viirused puhangu tekkes osalevad. Puhangu korral on respiratoorset viirusnakkust kliinilis-epidemioloogilistel andmetel diagnoosida kergem kui sporaadilistel juhtudel, samal ajal aga on eksidiagnoose inertse mõtlemise tõttu kirjeldatud just epideemiaste ajal (23). Gripipuhangu ajal ei pruugi veel kõik haiged olla gripahaiged.

Kokku võttes võib öelda, et äge respiratorne viirushaigus on polüetioloogiline ning ei ole õigustatud kasutada haiguse kliinilise pildi, kulu ja kestuse hindamisel etalonina vaid üht respiratoorset viirusnakkust, näiteks grippi. Igal haigusjuhul eraldi on vaja välja selgitada haigusetkitaja.

KIRJANDUS: 1. *Bretschneider, R., Witzleb, W., Witzleb, H. u. a.* Dtsch. Gesundheitsw., 1981, 36, 49, 2066—2070. — 2. *Fröhlich, V., Schuster, R., Thal, W. Z.* Erkr. Atmungsorgane, 1980, 154, 1, 36—47. — 3. *Galasso, G. J.* Bull. WHO, 1981, 59, 4, 503—512. — 4. *Henne, K. Z.* Erkr. Atmungsorgane, 1980, 154, 1, 48—59. — 5. *Ogra, P. L., Fishaut, M., Wellver, R. C.* In: Seminars in Infections Disease. New York—Stuttgart, 1980, 225—271. — 6. *Schmidt, J., Brunnehan, H., Stelzner, A. u. a.* Z. Erkr. Atmungsorgane, 1980, 154, 1, 18—35. — 7. *Schmidt, J., Kittlick, M., Süß, J. Z.* Erkr. Atmungsorgane, 1980, 154, 1, 4—17. — 8. *Starke, G. Z.* ärztl. Fortbild., 1976, 70, 8, 385—391. — 9. *Subi, K.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 4, 265—268. — 10. *Subi, K.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 1, 37—39. — 11. *Subi, K., Kasesalu, G., Ruut, J., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V., Laja, E.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 3, 168—169. — 12. *Subi, K., Lember, A., Tapupere, V. J.* Hyg. Microbiol., Epidemiol. Immunol., 1981, 25, 3, 270—276. — 13. *Subi, K., Lember, A., Tapupere, V., Vorobjova, A., Hannus, L., Vodja, R., Lääne, V.* Nõukogude Eesti Tervis-

hoid, 1975, 3, 209—210. — 14. *Subi, K., Lember, A., Tapupere, V., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 2, 112—114. — 15. *Subi, K., Lember, A., Tapupere, V., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V., Vodja, R.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 1, 24—26. — 16. *Subi, K., Tapupere, V., Lember, A., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 6, 453—454. — 17. *Subi, K., Tapupere, V., Kasesalu, G., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 2, 89—90. — 18. *The Influenza Viruses and Influenza.* New York — San Fransisco — London, 1975. — 19. *Viral Infections of Human. Epidemiology and Control.* New York — London, 1976. — 20. *Williams H. E.* Respiratory illness in children. Oxford — London — Edinburgh — Melbourne, 1975. — 21. *Vodja, R.* Nohu, kõha, gripp. Tallinn, 1970. — 22. *Verliac, F.* In: Influenza Prophylaxis and Treatment. I Soviet-French Symposium Materials. Leningrad, 1976, 123—131.

23. *Злыдников Д. М., Смородицев Ал. А.* Острые респираторные заболевания. Л., 1974. — 24. *Иммунные реакции человека на вирусные антигены и их значение для создания вакцин: выводы и рекомендации совещания ВОЗ.* Бюлл. ВОЗ., 1983, 61, 6, 29—36. — 25. *Кетиладзе Е. С.* В кн.: Профилактика и лечение гриппа. Л., 1976, 117—123. — 26. *Кетиладзе Е. С.* В сб.: Актуальные вопросы вирусологии и вирусных инфекций. М., 1973, 96—118. — 27. *Прозоровский С. В., Покровский В. И., Васильева В. И.* Микоплазма пневмонии инфекция. М., 1978. — 28. *Скелел Я. Я., Даниелс Р. С., Дуглас А. Р. и др.* Бюлл. ВОЗ, 1983, 61, 4, 64—69. — 29. *Смородицев Ал. А.* Грипп и его профилактика. Л., 1984. — 30. *Суви К. Х., Лембер А. Э.* В сб.: Сборник докладов II республиканского съезда эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов. Таллин, 1972, 228—229. — 31. *Суви К. Х., Лембер А. Э., Таупере В. О., Кутсар К. К., Ханнус Л. Х., Ляяне В. Я., Водья Р. А.* В сб.: Грипп и острые респираторные инфекции. Тезисы симпозиума. Таллин, 1978, 80—82.

Epidemiologia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

UDK 616.274:616.831(047)

Hüperbaarilise oksügenatsiooni rakendamine isheemilise ajuinsuldi ravis

Katrin Dmitriev Ain-Elmar Kaasik · Tartu

hüperbaariline oksügenatsioon, kasutamise ajalugu, kliinilis-füsioloogiline olemus, isheemiline ajuinsult, kasutamise vastunäidustused

Kõrgendatud atmosfäärirõhu kasutamine meditsiinipraktikas algas 1662. aastal. Kahjuks ei leidnud tollal pakutud meetod rakendamist ja unustati aastakümneteks (2, 4, 25, 30). Möödunud sajanditest teatakse vaid üksikuid katseid kasutada kõrgendatud atmosfääri rõhku ravi eesmärgil. 1783. aastal asutas Brüsselis Belgia Teaduste Akadeemia preemia sellele, kes esimesena konstrueeriks aparaadi, mis võimaldaks uurida kõrgendatud rõhu toimet elusorganismidele (25). 1855. aastal ehitati Prantsusmaal kamber, milles raviti arvukalt haigeid. 1860. aastal ilmusid taolised aparaadid Inglismaal ja Šveitsis, 1861. aastal Saksamaal, 1862. aastal Venemaal, kus seda meetodit esmakordselt rakendas A. Katamenski (2, 4, 25).

1878. a. ilmus P. Berti fundamentaalne töö «Baromeetiline rõhk. Eksperimentaalsed füsioloogilised uurimised». P. Bert uuris kõrgendatud atmosfäärirõhuga õhu ja hapniku toimet elunditesse ja elundüsteemidesse. Esimesena leidis ta, et sellistes tingimustes võib hapnik kesknärvisüsteemisse ning kudedesse avaldada mitte üksnes ravivat, vaid ka toksilist toimet. P. Bert kirjeldas ka hapniku toksilise toime kliinilist pilti (2, 4).

1927. a. konstrueeris O. J. Cunningam 3 m laiuse ja 25 m pikkuse kambri. Selles püüti ravida hüpertooniat ja suhkurtõbe, süüfilist ning vähktõbe põdevaid haigeid (4, 25).

Ravis hõlpsasti ja ohutult kasutatavad barokambrid pärinevad põhiliselt viimasest veerandsajandist. Et kliinikud

olid aparatuuriga hästi varustatud, on sel perioodil tehtud rohkesti uurimisi hüperbaarilise oksügenatsiooni mõju- suse väljaselgitamiseks.

I. Boerema kaastöölistega (1956) ja C. F. W. Illingworth kaastöölistega (1961, 1963) kasutasid hüperbaarilist oksügenatsiooni südameoperatsioonidel (2, 3, 4). Nõukogude Liidus olid suunda- andvaks K. Rapoporti tööd (20, 25).

Hüperbaarilise oksügenatsiooni kliinilis-füsioloogiline olemus. Hingamine seisneb gaasivahetuses ümbritseva keskkonna ja kudede vahel. Enne kui hapnikumolekulid tungivad mitokondritesse, tuleb neil inimese organismis läbida pikk ja keeruline tee. Selle käigus O_2 osarõhk (pO_2) pidevalt langeb (16,34). Atmosfäärirõhul 760 mmHg on õhu pO_2 159 mmHg. Alveoolides langeb see väärtuseni 100...110 mmHg, arteriaalses veres 85...105 mmHg; venoosses veres 20...60 mmHg. Kudedes see näitaja langeb 20...45 mmHg, rakkudes 8...10 mmHg, mitokondrites 6...8 mmHg (7, 31). Hapniku sattumine kudedesse on seotud kopsuventilatsiooniga, hemoglobiini oksügenatsiooni ja deoksügenatsiooniga, samuti vereringega.

Kopsude normaalse funktsiooni korral satub 2/3 kogu sissehingatavast õhust alveoolidesse, kus toimub gaasivaetus. See on piisav, et hoida alveolaarset pO_2 ja pCO_2 normaalsel tasemel, nimelt 100 mmHg ja 40 mmHg (2, 4, 16, 34). Alveoolide ventilatsioonis on tähtis osa ka sissehingatava gaasisegu koostisel — indiferentsed gaasid, nende hulgas lämmastik, imenduvad alveoolist aeglasemalt kui hapnik ega lase neil täielikult kokku langeda. Puhta hapniku sissehingamisel ja indiferentse gaasi vähesel sisaldusega segude puhul on kopsude atelektaasid sagedad (16, 29, 30, 31).

Hapniku difusioon alveoolist verre sõltub partsiaalarõhkude vahest kahel pool alveolaarkapillaari membraani, samuti selle membraani võimest hapnikku läbi lasta (34). Läbinud alveolaarmembraani, satuvad hapnikumolekulid vereplasmasse, tingituna partsiaalarõhkude erinevusest difundeeruvad seejärel läbi erütrotsüütide membraani ja

ühinevad hemoglobiiniga. Hapniku lahustuvus plasmas on väike. See hapniku kogus (100 ml arteriaalses veres on rõhul 760 mmHg lahustunud 0,3 ml O₂) ei ole koehingamiseks küllaldane. Siiski suudavad organismi koed kasutada vaid plasmas lahustunud hapnikku, mille kogus pidevalt täieneb oksühemoglobiini dissotsiatsiooni teel (2, 3, 4, 16).

Hüperbaarilise oksügenatsiooni toime aluseks on organismi kõigi koevedelike hapnikumahutavuse tunduv suuremine, mis võimaldab kiiresti suurendada hapnikusisaldust hüpoksia all kannatavates rakkudes (2, 4, 16). Hüperbaarilise oksügenatsiooni puhul säilitab veri juhtiva osa hapniku depoona, kuid rohkeneb põhiliselt plasmas lahustunud hapniku hulk (4, 31). Kogu hemoglobiini oksügenatsiooniks piisab, kui alveoolide pO₂ tõuseb 170...180 mmHg-ni, arteriaalse vere pO₂ tõuseb seejuures 130...140 mmHg-ni (27). Alveolaarõhu pO₂ edasine tõus hemoglobiini küllastusele enam mingit mõju ei avalda, küll aga põhjustab veres lahustunud hapniku koguse suurenemist. See kajastub arteriaalse pO₂ praktiliselt piiramatul ulatusega proportsionaalses tõusus. Arteriaalse vere pO₂ küllalt kõrgete väärtuste puhul rahuldatakse kudede hapnikuvajadus täielikult ainult füüsikaliselt lahustunud hapniku arvel, mis on hüperbaarilise oksügenatsiooni efektiivsuse põhiline alus (2, 3, 4, 16, 31).

Alates 3 atm rõhust saavutab ka venoosse vere pO₂ fooni, mille puhul hemoglobiin on täielikult küllastunud. Venoosse vere pO₂ peab selleks tõusma 130...150 mmHg-ni. Hemoglobiini mittetäielikku küllastumist veenides, vaatamata väga kõrgele pO₂-le arterites, seletatakse verevoolu aeglustumisega hüperbaarilise oksügenatsiooni puhul. Nimelt avaldub protseduuri veresooni ahendav toime (3, 16). Hüperbaarilise oksügenatsiooni tingimustes paraneb ka kapillaaridest kaugemal asetsevate rakkude hapnikuga varustus. Paraku on difusiooni ulatus sel puhul suhteliselt väike ja kudede ulatusliku isheemia puhul on hüperbaarilise oksügenatsiooni mõju piiratud.

Hüperbaarilise oksügenatsiooni tingimustes võivad rakkudes sisalduva hapniku hulka suurendada ravimid (antibiootikumid) ja hüpotermia. Kui kehatemperatuur langeb 32° C piiresse, langeb ka kudede hapnikutarbimine poole võrra; temperatuuril 20° C on see vaid 10...15% normist (16, 31).

Eelised võrreldes hapnikraviga on tavalisel rõhul järgmised: hüperbaariline oksügenatsioon kompenseerib praktiliselt hapnikupuuduse kõiki vorme, eelkõige hüpoksiat, mis on tingitud välisingamise funktsiooni häiretest; suurendab vere hapnikumahtu haiguste puhul, mis on seotud hemoglobiini inaktiveerimisega; suurendab ka kudede hapnikudifusiooni; loob organismis kindla hapnikureservi ja tagab kudede metabolistlikud vajadused vähenenud verevoolu korral.

Hüperbaarilist oksügenatsiooni kasutatakse väga mitmesuguste haiguste puhul. Ravitulemuste tõhususe järgi jaotatakse seisundid, mille puhul seda meetodit rakendatakse, nelja kategooriasse: 1) haigused, mille puhul hüperbaariline oksügenatsioon on haiget efektiivselt abistavaks protseduuriks ja millel sageli on eluline näidustus; 2) eelmisega analoogsed näidustused, mille puhul hüperbaarilise oksügenatsiooni terapeutiline efektiivsus on väiksem; 3) haigused, mis on hästi ravitavad ka teistel meetoditel; 4) häired, mille ravimine hüperbaarilise oksügenatsiooniga pakub vaid teoreetilist huvi (1, 5, 6, 18, 19).

Sageda esinemise tõttu on kõige ohtlikumaks kesknärvisüsteemi haiguseks saanud ajuinsult, põhjustades varajast surma või invaliidistumist. Umbes pooled haiged surevad insuldi ägedas staadiumis (30). Ellujäänud aga vajavad hästi korraldatud taastusravi. Umbes pooled ajuinsultiga pödenud jäävad töö võimetuks (27, 30).

Ajuinsultiga pödenud haigete ravi võimalused on üsnagi piiratud ja ajanõuetest maha jäänud. Ajuinsuldi patogeneesi uurimisel on viimasel aastakümnel märgatavat edu saavutatud. Sellele vaatamata ei ole ravi tulemusi suudetud

oluliselt parandada (30). Selle üks põhjusi on, et ajukude on äärmiselt tundlik hapnikuvaeguse suhtes. 3...5 minutit kestva hüpoksia järel tekivad ajurakkudes pöördumatud patomorfoloogilised muutused (31). Ajuinfarkti korral tekivad muutused nendes ajupiirkondades, kus ajuarterite verevarustus trombide või embolite tõttu lakkab.

Ajuinsuldi ravi põhieesmärk on võitlus ajuhüpoksia ärahoidmiseks, sest edu korral on ka teised ainevahetustsüklid vähem häiritud.

Meie kirjanduses on hüperbaarilise hapnikravi võimalust väga vähe analüüsitud, ilmselt seetõttu, et ülerõhukambreid on vaid üksikutes suurtes haiglates, mistõttu hüperbaarilist hapnikku saab aju isheemilise kahjustuse ravis kasutada vaid erandjuhtudel.

Kõrgendatud rõhku on juba aastakümneid kasutatud spetsiifiliste haiguste raviks. «Nõukogude Eesti Tervishoius» on varem ilmunud kirjutis (20) kessoontõve ja kopsude gaasembooliaga tüsistunud barotrauma hüperbaarilise oksügenatsiooni ravimise kohta — haige paigutatakse kõrgendatud rõhu alla tagasi, millele järgneb rõhu alandamine erirežiimi järgi. Rõhu tõstmise ajal väheneb vastavalt Boyle'i-Mariotte'i füüsikaseadusele proportsionaalselt rõhu tõusuga gaasembooli ruumala (2, 4, 20). Vastavalt Henry-Daltoni füüsikaseadusele suureneb välisrõhu tõusmisel peale selle ka organismi gaasimahtuvus.

Hapnikravi on kasutama hakatud ka tserebraalse hüpoksia, ajuturse ja aju isheemilise kahjustuse ärahoidmiseks nii eksperimendis kui ka kliinikus (1, 5, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 30, 31). Siiski on vaid üksikuid publikatsioone, mis käsitlevad hüperbaarilist oksügenatsiooni isheemilise ajuinsuldi korral, kuid needki vähese arvu vaatlusalustega. Seetõttu ei ole siiani tehtud ühiseid kokkuvõtteid selle meetodi rakendamise kohta (7, 10, 11, 14, 30, 31).

Välismaal (1, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 23), ka NSV Liidus (24, 26, 27, 28, 30, 31, 32) on ilmunud publikatsioone hüperbaarilise oksügenatsiooni kasutamise kohta isheemilise ajuinsuldi

juhtudel. Näiteks ravis A. Heyman sel meetodil 22 haiget ja sai neist neljal hea tulemuse. 12 haigel ta märkimisväärselt paranemist ei täheldanud (7). J. Issakov aga leidis, et hüperbaariline oksügenatsioon vähendab tüsistuste tekkesagedust isheemilise insuldi juhtudel (27, 28). Raviseansi tulemusena teadvushäire tavaliselt nõrgeneb, mootorika ja kõnefunktsioon paranevad. Ajuhüpoksia ja -turse vähenemine hüperbaarilise oksügenatsiooni mõjul on nähtavasti üks tegureid, mille mõjul psüühikahäired nendel haigetel taandarenevad (7, 8, 9, 10, 11).

J. Issakovi andmeil ei avalda hüperbaarilise hapnikravi seansid mõju isheemilise insuldiga ega ajutraumaga haigete arteriaalsele rõhule (27, 28). Ühelgi juhul ei ole märgitud haigete üldseisundi halvenemist (7, 10, 12, 13, 14, 15, 30, 31).

Hüperbaariline oksügenatsioon vähendab verevoolu peaaegu kooses. M. Sukoff konstateeris kõikidel mõningat paranemist juba pärast esimest raviseansi (21).

Hüperbaariline oksügenatsioon parandab peaaegu hapnikuga varustatust ja alandab koljusisest rõhku, samal ajal võib ta vähendada tursest tingitud isheemiat ja hüpoksiat. Kuigi hüperbaariline oksügenatsioon aju verevoolu aeglustab, ei pidurdu seejuures aju varustamine hapnikuga. Protseduur soodustab kudede hapnikuga varustatust, mille tagajärjel pO_2 seljaajuvedelikus tõuseb, süsihappegaasi osarõhku muutmata (17).

A. Kamennõi jõudis järeldusele, et isheemilise insuldi ägedal perioodil ilmneb hingamispuudulikkus, mis avaldub kopsude hüperventilatsioonis ja hingamissageduse kiirenemises. Hüperbaariline oksügenatsioon vähendab viimast, ühtlasi normaliseerub hingamirütm; pooltel haigetel hüperventilatsioon väheneb (30).

H. Mogami, uurinud hüperbaarilise oksügenatsiooni mõju ajuveerevoolu väga mitmesuguste häirete all kannataval 66 patsiendil, leidis, et pooltel oli neuroloogiline sümptomaatika muutunud positiivses suunas, põhiliselt tead-

vushäire, afaasia ja mootorika osas, kolmandikul täheldas ta EEG normaliseerumist. Kuid ka tema mainib, et muutused ilmnevad vahetult pärast hüperbaarilise oksügenatsiooni seansi lõppu ning et neil on kalduvus väheneda pärast ravi lõpetamist (18).

J. P. Kapp soovib hüperbaarilist oksügenatsiooni haigetel, keda kavatsetakse opereerida, eriti siis, kui on plaanis ekstraintrakraniaalne šunteerimine. Kui hüperbaarilise oksügenatsiooni korral muutus on soodne, on mõttekas neid haigeid opereerida, kui aga muutus soodne ei ole, siis, nagu arvatakse, ka kirurgiline ravi tulemusi ei anna (12, 13, 14, 15, 22).

Kahel viimasel aastal oleme ka meie Tartu Kliinilise Haigla neuroloogia- ja neurokirurgiaosakonnas ajuinfarktihaigete ravikompleksis kasutanud baroteraapiat. Oleme jõudnud järeldusele, et kõige enam mõjutab see ravi teadvuse seisundit, afaasiat, mootorikat. Eriti kasulik oleks hüperbaarilist oksügenatsiooni kasutada kergemate ajuinsultide (kaasa arvatud transitoorsete ajuinfarktide) korral, välistamaks korduvaid atakke. Nagu mõned autorid (4, 5, 7, 30), nii ka meie arvame, et baroteraapia ei välista ega takista muude ravimeetodite samaaegset rakendamist.

Hüperbaarilise oksügenatsiooni tüsistusi on tekkinud suhteliselt harva. Kõige raskemaks peetakse hapnikintoksikatsiooni. Siiski avaldub see vaid kõrge rõhu ja protseduuri pika kestuse korral. Oleme kasutanud 1,8... 2,0 atm-st O₂ rõhku, enamasti on seda kasutatud ka mujal (1, 16, 30, 31). Koos rõhu tõstmise ja langetamisega kestab protseduur 60 minutit.

Absoluutseid vastunäidustusi hüperbaariliseks oksügenatsiooniks ei ole. Suhtelised vastunäidustused on:

Eustachi tõrvede ja kanalite läbitavuse häire, protsessid keskkõrvas, mitmesugused nina-neelu anomaaliad; kopsuprotsessid (kavernid, abstsessid); kõik haigused, millega kaasneb paroksüsmaalne köha; epilepsia või ükskõik millised krambihood anamneesi järgi; ar-

teriaalne hüpertensioon; kõrge tundlikkus hapniku suhtes; klaustrofoobia.

KIRJANDUS: 1. *Beltranema, H. J.* Am. Osteopath. Assoc., 1982, 81, 5, 105—107. — 2. *Brown, I. W., Fuson, R. L., Mauney, F. M. a. o.* Adv. Surg., 1965, 1, 285—330. — 3. *Boerema, I., Meyne, N. G., Brummelkamp, W. K. a. o.* J. Cardiovasc. Surg. (Torino), 1960, 1, 133—146. — 4. *Chew, H. E. R., Hanson, G. C., Slack W. K.* Br. J. Dis. Chest, 1969, 63, 113—139. — 5. *Davis, J. C., Dunn, J. M., Heimbach, R. D.* Tex. Med., 1980, 76 (8), 44—47. — 6. *Felmeier, J. J., Workman, W. T.* Milit. Med., 1983, 148, 2, 118—121. — 7. *Heyman, A., Saltzman, H., Whalen, R. E.* Circulation, 1966, 33, 5, suppl. 2, 20—27. — 8. *Holbach, K.-H., Wassmann, H., Sanchez, F. J.* Neurol., 1978, 219, 227—240. — 9. *Hollin, S. A., Espinosa, O. E., Sukoff, M. H. a. o.* J. Neurosurg., 1968, 29, 9, 229—235. — 10. *Ingvar, D. H., Lassen, N. A.* Acta neurol. scand., 1965, 41, 92—95. — 11. *Jacobson, I., Lawson D. D.* J. Neurosurg., 1963, 20, 849—859. — 12. *Kapp, J. P.* Surg. Neurol., 1979, 12, 6, 457—461. — 13. *Kapp, J. P.* Surg. Neurol., 1981, 15, 1, 43—46. — 14. *Kapp, J. P.* Contemp. neurosurg., 1982, 4, 24, 1—6. — 15. *Kapp, J. P., Phillips, M., Markov, A. a. o.* Neurosurgery, 1982, 11, 4, 496—499. — 16. *Lanphier, E. H., Brown, I. W.* In: Fundamentals of Hyperbaric Medicine. Publication No. 1298, Washington, 1966, 33—55. — 17. *Miller, J. D., Fitch, W., Ledingham, I. M. a. o.* J. Neurosurg., 1970, 33, 287—296. — 18. *Mogami, H., Hayakawa, T., Kanai, N. a. o.* J. Neurosurg., 1969, 31, 12, 636—643. — 19. *O'Quigley, S.* Irish Med. J., 1983, 76, 4, 193—194. — 20. *Rapoport, K. M., Rozov, E. E., Heifets-Tetelbaum, B.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 3, 178—181. — 21. *Sukoff, M. H., Hollin, S. A., Jakobson, J. H.* Surgery, 1967, 62, 1, 40—46. — 22. *Wassmann, H.* Fortschr. Med., 1982, 7, 285—288. — 23. *Whalen, R. E., Heyman, A., Saltzman, H.* Arch. Neurol., 1966, 14, 1, 15—20.

24. *Белокуров Ю. Н., Каменный А. Н. Ж.* невропатол. психиатр., 1971, 71, 11, 1632—1634. — 25. *Березин И. П.* Гипербарическая оксигенизация. М., 1974. — 26. *Елинский М. П.* В сб.: Труды Ленинградского научно-исследовательского нейрохирургического института Т. 5, Л., 1973, 254—260. — 27. *Исаков Ю. В., Праведникова С. В., Иоффе Ю. С.* Вopr. нейрохир., 1982, 1, 34—39. — 28. *Исаков Ю. В., Праведникова С. В.* Вopr. нейрохир., 1980, 5, 38—41. — 29. *Кайшибаев С. К., Айткужина Б. С., Мусабаева Ф. А. и др.* Применение гипербарической оксигенизации в комплексном лечении острых нарушений мозгового кровообращения (методические указания). Алма-Ата, 1983. — 30. *Каменный А.* Оксигенотерапия ишемических инсультов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ярославль, 1972. — 31. *Петровский Б. В., Ефуни С. Н.* Основы гипербарической оксигенизации. М., 1976. — 32. *Праведникова С. В., Исаков Ю. В., Иоффе Ю. С.* Анестезиол. реаниматол., 1983, 6, 26—30.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateeder

UDK 615.03:616-085(047)

Pikendatud toimeajaga ravimid ja terapeutilised süsteemid

Margareete Otter Lembit Allikmets
Tartu

farmakoni biosaadavus, pikendatud toimeajaga ravimid, terapeutilised süsteemid

Viimastel aastakümnetel on farmakoteraapias toimunud suur murrang peamiselt farmakokineetiliste uuringute täiustumise, ainete toimemehhanismi selgitamise, uute ainete kasutuselevõtmise ja farmaatsiatööstuse kiire arengu tõttu. Farmaatsiatööstuse areng omakorda tugineb biofarmaatsia kui iseisva teadusharu väljakujunemisele viimasel ajal (16).

Ravim toimib organismi viiduna siis, kui ta on reageerinud farmakoretseptoritega. Mitte kogu manustatud ravimi kogus ei jõua retseptoriteni, vaid peatatakse bioloogiliste membraanide poolt, seotakse kudedes või lammutatakse enne sihtmärgini jõudmist. Retseptoriteni jõudnud ravimi koguse suhet ravimivormina (preparaadina) manustatud ravimi kogusesse käsitletakse kui ravimi biosaadavust. Ravimi biosaadavus või üldisemalt võttes ravimi kontsentratsioon vereplasmas sõltub farmakoloogilise toimeaine füsikokeemilistest omadustest, ravimivormist, kasutatud abiainetest, manustamiskohast ja -viisist, imendumistingimustest. Ravimi biosaadavuses peegelduvad arvukad ravimiga organismis toimuvad farmakokineetilised protsessid, nagu imendumine, jaotumine, biotransformatsioon ja ekskretsioon. Tavapäraste ravimivormide (tabletid, dražeed, lahused, salvid, süstelahused) puhul toimuvad need protsessid küllalt kiiresti ja vastavalt sellele annavad need ravimi kontsentratsiooni suuri kõikumisi vereplasmas. Ravimi kontsentratsiooni maksimumid ja miinimumid vereplasmas võivad manustamisjärgselt ja -eelselt erineda kuni 20 korda. Seega ravimi kontsentratsioon võib mingil ajal tõusta toksiki-

liseni, peatselt aga langeda toimivast madalamale.

Ravimi kontsentratsiooni suurempli- tuudilisi kiireid kõikumisi vereplasmas saab vähendada, kui muuta ravimi annust ja lühendada manustamise vaheaegu (9, 10). Annuse suurendamine ja manustamiskordade tihendamine saavad toimuda ainult teatud piires. Ravimi püsiva kontsentratsiooni tagamisega vereplasmas on raskusi kroonilise kulguga haiguste ravis, kus sage ravimi manustamise protseduur koormaks haiget. Selliste haiguste hulka kuuluvad näiteks diabeet ja teised ainevahetushaigused, krooniline südame- ja vereringepuudulikkus, hüpertooniatoobi, Parkinsoni tõbi, epilepsia, skisofreenia (7, 10, 11, 16). Manustamissagedust võimaldab vähendada pikendatud toimeajaga ravimite kasutuselevõtmine. Ravim imendub ravimivormist seda kergemini, mida disperseeritumas olekus aine seal esineb või mida kiiremini ta disperseerub. Ravimivormidest imendumise kiirus langeb järgmiselt: lahused, suspensioonid, pulbrid, tabletid, dražeed, katetega vormid, pikendatud toimeajaga vormid. Pikendamine puudutab siin põhiliselt ravimi imendumiskiiruse vähenemist. Ravimi toimeaja pikendamiseks on leitud mitmeid võimalusi (vt. tabel) (15, 16). Üks lihtsamaid on toimeaine farmakokineetiliste parameetrite muutmine, sidudes teda aeglasemalt vabanevateks sooladeks, estriteks või muudeks ühenditeks. Sellised preparaadid on näiteks östrogeensete hormoonide propioon- või kapronhappe estrid või neuroleptikumi flufenasiini dekanooat. Insuliini imendumise aeglustamiseks ja toimeaja pikendamiseks on juba ammu kasutatud tema tsiingi- või protamiiniühendite suspensioone. Teine võimalus on toimeaega pikendavate abiainete kasutamine. Sughormoonide toime kestuse pikendamiseks kasutatakse näiteks neid õililahustena, millest nende vabanemine on tunduvalt aeglasem kui vesilahusest. Lokaalanesteetikumist novokaiinist on tselluloosilisandi abil valmistatud pikendatud toimeajaga preparaat — tselnovokaiin.

Tabel. Pikendatud toimeajaga ravimite mõningaid näiteid

Ravim	Pikendatud toimeajaga ühend, preparaat	Toimeaja pikendamise meetod
Thiethylperazinum	Thiethylperazini maleas	Estrate moodustamine,
Fluphenazinum	Fluphenazini decanoas	kasutusel suspensioonina
Prochlorperazinum	Prochlorperazini maleas	või õilalahusena
Oestradiolum	Oestradioli dipropionas	
Oxyprogesteronum	Oxyprogesteroni caproas	
Testosteronum	Testosteroni propionas	
	Testosteroni phenylpropionas	
	Testosteroni isocapronas	
	Testosteroni capronas	
	Testosteroni oenanthas	
Nandrolonum	Nandroloni phenylpropionas (Fenobolinum)	
	Nandroloni decanoas (Retabolilum)	
	Nandroloni trimethylsililas (Silabolinum)	
Desoxycorticosteronum	Desoxycorticosteroni acetas	
	Desoxycorticosteroni trimethylacetas	
Nitroglycerinum	Solutio Nitroglycerini 1 % oleosa in capsulis	Mitmesuguste ühendite
Insulinum	Suspensio Zinc-insulini amorphi pro injectionibus	moodustamine (tavaliselt
	Suspensio Zinc-insulini pro injectionibus	kasutusel suspensioonina)
	Suspensio Protamin-Zinc-insulini pro injectionibus	
	Suspensio Zinc-insulini crystallisatum pro injectionibus	
Benzylpenicillinum-natrium	Benzylpenicillinum-novocainum	
	Bicillinum-1, -3, -5	
Desoxycorticosteroni acetas	Suspensio Desoxycorticosteroni trimethylacetatis	
Corticotropinum	Suspensio Zinc-corticotropini	
Novocainum	Celnovocainum	Pikendatud toimeajaga ravimi vormid
Validolum	Validolum in capsulis	a) kapslid
Erythromycinum	Erythromycinum in capsulis	
Laevomycesinum	Laevomycesinum in capsulis	
Nitroglycerinum	Sustac	(mikrokapslid)
Erynitum	Dilcoran 80	b) karkassiga või kihilised tabletid
Laevomycesinum	Tablettaa Laevomycesini 0,65 prolongae	
Gramicidinum	Tablettaa Gramicidini S	
Thioridazinum	Melleril-retard	
Solizyum	Tablettaa Solizymi 20000 TÜ enterosolubiles	c) kaetud tabletid
Cytochromum C	Tablettaa Cytochromi C 0,01 enterosolubiles	
Acidum glutaminicum	Tablettaa acidi glutaminici enterosolubiles	
Furadoninum	Tablettaa Furadonini 0,1 enterosolubiles	
Naphthamonum	Tablettaa Naphthamoni enterosolubiles	
Nitroglycerinum	Trinitrolong	a) kiled
Furacilinum	Furaplastum cum Perchlorvinilo	
Fibrinogenum	Membranula fibrinosa isogena	
	Spongia haemostatica collagenica	(käsn)
Sulfapyridazinum-natrium	Membranula ophthalmica cum Sulfapyridazinonatrio	e) silmakiled
Pilocarpinum	Membranula ophthalmica cum Pilocarpini hydrochlorido	

Toimeaja pikendamiseks kasutatakse toimeainet erineva farmakokineetikaga ühendi kujul. Bensüülpenitsilliinist on valmistatud pikema toimeajaga sool novotsilliin, ka bitsilliinid 1, 3, 5.

Paljudel juhtudel valmistatakse toimeaja pikendamiseks mitmekihilisi ja katetega ravimivorme. Tuntud on mit-

mekihilised ja lahustumatu skeletiga tabletid. Viimaste skelett koosneb baariumsulfaadist, kipsist, kaltsiumfosfaadist, polüetüleenist, polüvinüülkloriidist, millest ravim vabaneb pikaajalise väljapeseamise teel. Toimeaja pikendab farmakoni sadestamine aniooniitidel (barbituurhape) või kationiiti-

del (alkaloidid). Ravimi toimeaega pikendab ka tema kasutamine graanulites ja mikrodražeedes. 50 . . . 400 mikrodražeed paigutatakse tahkesse želatiinkapslisse tööstuslikult, sel teel saadakse uus pikendatud toimeajaga ravimivorm — spansul (3, 15). Spansulid võivad mõnikord sisaldada 3 . . . 4 liiki mikrodražeesid, millest ravimid vabanevad erineva kiirusega. Spansulites väljastatakse nitroglütseriini, uinuteid, hüpotensiivseid ja sedatiivseid aineid. Mikrodražeesid väljastatakse ka suspensioonidena.

Ka enteraalsete ravimite imendumiskoht ja -tingimused on suunatavad. Mitmekihilistes ravimivormides kaitsevad kattekihid (kiled) selektiivselt ravimeid seedenõrede toime eest ja imendumine algab sellest sõltuvalt seedetrakti kindlas osas ning võib vastavalt ravimivormile toimuda kogu seedetrakti passaaži ulatuses (2).

Nii lokaalse kui ka resorptiivse pikendatud toimeaja saamiseks on sageli kasutatud ravimikilesid. Nii on NSV Liidus tootmises 9 polümeeri silmakilede valmistamiseks. Kiledes säilivad ravimite omadused kaks aastat igasugusel temperatuuril ja ükskõik millise valguse korral. Ravikuuri seisukohalt on oluline, et igas kiletükis sisalduks kindel annus preparaati, mis vabaneb näiteks kahe ööpäeva vältel. Kilede kasutamine ei piirdu oftalmoloogiaga. Stomatoloogid on kasutusele võtnud ravimikile hambakaariese, larüngoloogid kõrva-nina-kurguhaiguste ravis, suitsetamisest loobumiseks on kasutusel keele alla pandav okserefleksi esilekutsuva ainega kile, nitroglütseriini asemel trinitrolongikile (15). Lokaalse toimega on näiteks pestav rivafilmgeel (0,1% rivanooli), mittepestav tsetafilmaerosool (0,1% tsetüülpüridiinkloriidi) ja farmaplastaerosool, see ravimeid ei sisalda. Lokaalse toimega ravimikiledel on eeliseid sidematerjali ees. Nad tagavad haava pikaajalise ravimproteksiooni ja välismõjudest isoleerituse. Nad on viskoossed ja elastsed, lasevad läbi gaase, aure ja ultraviolettkiiri haava kiiritamisel. Eelistatakse hüdrofoobseid

(veega mitte pestavaid) aerosoolpakendis kilesid, nende pealepanekuga tuleb haige ise toime. Õhukesed kiled kuivavad juba 2 . . . 4 minuti jooksul ja seejärel võivad vabalt puutuda riiete või voodipesu vastu.

Paljudes ravimirühmades on ühe ja sama toimeaine preparaate, mis juba ühekordse manustamisega võimaldavad saavutada erisuguse toimekestuse. Eriti peaks siin mainima steroid- ja peptiidhormoonide, neuroleptikumide, antibiootikumide, sulfaniilamiidide või muude ainete preparaate, mille hulgas esineb 2 . . . 5 eri toimekestusega ravimivormi (vt. tabel). See sunnib arste hästi kursis olema nende preparaatide täpsete kasutamisskeemidega. Pikendatud toimeajaga (depoo-) preparaatide lubatust sagedam ordineerimine võib põhjustada kiiret toimeaine kumuleerumist ja eluohtlikke mürgitusi.

Kontrollitud kiirusega vabaneva ravimi pideva manustamise vajadus on viinud uute ravimivormide, nn. terapeutiliste süsteemide loomisele. Terapeutilised süsteemid on ravimi manustamise viis, kus ravimi vabanemine organismis toimub eelnevalt kindlaksmääratud (tavaliselt konstantse) kiirusega kindlal ajal soovitud koes või sihtelundis (13).

Üks liik terapeutilisi süsteeme töötab infusioonipumba põhimõttel. Kliiniku tarvis on loodud mitmeid implanteeritavaid ja ka välispidiselt kantavaid infusioonipumpasid. Need on kasutusel hepariini manustamiseks antikoagulantina, kemoterapeutikumide arteriseks manustamiseks pahaloomuliste kasvajate korral ja valu vaigistamiseks analgeetikumidega. Mõned süsteemid tunduvad paljulubavad, kuigi nende suurus ja paigaldamise tehnika piiravad kasutamisala kindla meditsiinivaldkonnaga (10). Teine liik terapeutilisi süsteeme on membraanisüsteemid. Nendes kontrollivad ravimi vabanemis- ja imendumiskiirust membraanid ja energiaallikaks on sealjuures kas difusioon (kontsentratsioonigradiendid kui ravimi vabanemist juhtiv jõud) või osmoos (osmootne rõhk kui ravimi vabanemist

kontrolliv jõud). Membraanisüsteemide terapeutilise kasutamise näideteks võivad olla emakasisene rasestumisvastane süsteem *progestasert*, mis vabastab progesterooni emakasse kiirusega 65 µg päevas ühe aasta jooksul, ja pilokarpiini manustamise süsteem *ocuser*, mis vabastab pilokarpiini silma kiirusega 20 või 40 µg tunnis ühe nädala jooksul (1, 5). Osmootsisüsteemide kasutamise puhul ei sõltu farmakoni vabanemine tema molekuli omadustest. Osmootses minipumbas ümbritseb kokkusurutud ravimireservuaari osmootset jõudu omav kiht. Energiaallikaks on tavaliselt anorgaaniline sool, mis imab vett ja sellega avaldab hüdrostaatilist rõhku reservuaarile, millest ravim väljub läbi jaotusportaali. Vee imamist reguleerib poolläbilaskev kile (10). Ravimi vabanemise kiirus on sõltuvalt pumba tüübist näiteks 5 µl tunnis kahe nädala jooksul või 1 µl tunnis pikema aja jooksul. Sellised minipumbad paigutatakse kirurgilisel teel naha alla. See *in vitro* konstantne vabanemiskiirus kajastub kindlasti *in vivo* konstantses ravimi jaotumises ja elimineerumises.

Osmootset minipumpa on seni kasutatud peamiselt farmakoloogilises uurimistöös katseloomadel. Tema eelisteks peetakse: konstantset pikendatud toimeajaga ravimi vabastamist, ravimi manustamist kindlasse elundisse lokaalselt, primaarse farmakodünaamilise reaktsiooni lokaliseerimist (9, 11, 12, 13).

Osmootset minipumpa on kasutatud ravimite eksperimentaalseks kestvaks manustamiseks neeruarterisse, silma, emakasse ja tuppe, mitmetesse ajustruktuuridesse. Sel teel saab ravimi kõrge kontsentratsiooni kindlas elundis tema suhteliselt madala süsteemse sisalduse taustal. Osmootse minipumba abil on näidatud, et ravimi tsütotoksiline toime sõltub manustamise planeerimisest (manustamisgraafiku koostamisest), sest kasvaja arengu pidurdamiseks on tsütotoksiliste ainete pidev infusioon tõhusam kui üksikannustena manustamine. On rakendatud ka meetodit (7), mille puhul osmootset minipumpa on

tavalise pideva programmi asemel võimalik üle viia vaheldumisi sisse- ja välja-režiimile.

Organismis toimuvate endogeensete füsioloogiliste protsesside dünaamilise regulatsiooniga võrreldes on ravimi konstantse kiirusega manustamise meetod tänini veel üsna primitiivne. Jääb üle loota, et tehnika areng lisab võimalusi siseelundite funktsioneerimise parameetrite kontrollimiseks, nagu näiteks praegu arenev glükoositundlik kunstlik pankreas suhkurtõbe põdejaile. Huvitavad perspektiivid ootavad farmaatsiatööstust juhul, kui ravimite rakendamise korral hakatakse igal erijuhul kasutama sobivaid optimaalseid ravimi terapeutilisest süsteemist vabanemise kiirusi. Tänapäev on sellised manustamisvormid olnud ainult teofüllüüni ja nitroglütseriini jaoks (4, 6).

Senini ei ole ravis saanud veel efektiivselt kasutada mitmeid bioloogiliselt aktiivseid aineid, nagu mediaatoreid, sest nende totaalne kliirens on väga suur. Terapeutiliste süsteemide kasutamine kõrvaldaks ka selle piirangu.

KIRJANDUS: 1. Beck, L. R., Pope, V. Biol. Reprod., 1983, 28, 1, 186—195. — 2. Doelker, E., Buri, P. Pharm. acta helv., 1981, 56, 4—5, 111—118. — 3. Fouli, A. M., El-Sayed, A. A., Bodawi, A. A. Int. J. Pharmacol., 1983, 14, 1, 95—102. — 4. Krim, A. R. Angiology, 1983, 34, 1, 11—22. — 5. Kozo, T., Naza Kazu, K. Shigeru, G. Chem. Pharm. Bull., 1983, 31, 269—273. — 6. Leska, L., Canada, A. T., Eastwood, G. a. o. J. Pharm. Sci., 1979, 68, 11, 1392—1394. — 7. Lynch, H. J., Rivest, R. W., Wurtman, R. J. Neuroendocrinology, 1980, 31, 106—111. — 8. Shaw, J., Urquhart, J. Trends Pharmacol. Sci., 1980, 1, 208—211. — 9. Smiths, J. E., Struyker Boudier, H. A. J. J. Pharmacol. Exp. Ther., 1979, 209, 317—322. — 10. Struyker Boudier, H. A. J. Trends Pharmacol. Sci., 1982, 1, 4, 162—164. — 11. Yale, H. L. Drug Metab. Rev., 1978, 8, 2, 251—262. — 12. Woodcock, B. G., Lassmann, A. Z. Allgemeinmed., 1980, 56, 3, 2263—2267. — 13. Yates, F. E. Am. J. Physiol., 1979, 237, R, 251—253. — 14. Zafferoni, A. Drug. Metab. Rev., 1978, 8, 22, 191—221.

15. Машковский М. Д. Лекарственные средства, I. II. М., 1984. — 16. Тенцова А. И., Ажгихин И. С. Лекарственная форма и терапевтическая эффективность лекарств. М., 1974.

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder

Tervishoiutöö korraldus

UDK 614.2(474.2)

Hügienistide osa Eesti NSV rahvastiku tervise kaitses

Oku Tamm Raiot Silla · Tallinn

rahvatervishoid, hügienistid, sanitaararstid, sanitaarjärelevalve, keskkonnakaitse, teaduslik uurimistöö, teadusproduksioon, sanitaarpropaganda

NLKP ja Nõukogude valitsuse suur tähelepanu nõukogude rahva tervise tugevdamisele ja keskkonnakaitsele kajastub NLKP XXVI kongressi otsustes ja ka hilisemates valitsuse määrustes. Nimetatud ülesande täitmisel on Eesti NSV riikliku sanitaar- ja epidemioloogiatalituse töö olnud märkimisväärseid tulemusi.

Meie vabariigis on järjekindlalt vähenenud kutsehaiguste esinemissagedus, ka ajutise töövõimetusega haigestumus, laste haigestumine koolieelsetes lasteasutustes, vähenenud on ka toksikoinfektsioonide, ägedate soolenakkuste, suguhaiguste jt. sagedus. On ilmnunud sündimuse ja rahvastiku loomuliku iibe soodus tendents.

See kõik on saavutatud arstiabi parandamise, rahva üldkultuuri tõusu ning elutingimuste paranemise tulemusena, samuti meie vabariigi territooriumi sanitaarseisundi paranemisega mitmesuguste profülaktikaürituste elluviimise teel.

Pidevalt on suurenenud selliste ettevõtete ja asutuste arv, kus on olemas reovete puhastusseadmed, rangemalt

on hakatud kontrollima mitmesuguste ehituste projekte profülaktilise sanitaarjärelevalve korras, laialdsemalt ja põhjalikumalt on toimunud sanitaarkontroll ettevõtete eksploatatsiooni ajal. Siinkohal mõned näited. Tallinnas anti eksploatatsiooni reovete puhastusseadmete kompleksi esimene järk, Narvas juba teine järk. Projekterimisorganisatsioonide koosseis on nüüd akustiku ametikohad, kes koostavad praegu kahe linna mürakaarte. Toiduainete toiteväärtuse suurendamiseks on palju kasulikku ära teinud ratsionaalse toitumise nõukogu. Alalise sanitaarkontrolli all on ligikaudu 6000 toitlustusobjekti. Uuringud, mida tehakse 84%-l juhtudest laboratoorsel instrumentaalsel meetodil, näitavad nende ettevõtete sanitaarseisundi järjekindlat paranemist. Rühmaviisilist haigestumist toidumürgitustesse ei ole meie vabariigis enam täheldatud 1978. aastast alates. Koostöös teiste ametkondadega on tegus sanitaarkontroll kõikides piimafarmides. On paranenud ka ravi- ja profülaktikaasutuste, eriti haiglate kirurgiaosakondade, sünnitusmajade ja lasteasutuste sanitaarseisund, patogeense stafülokoki kandlus on personali hulgas vähenenud ligi kaks korda. 1983. aastal avati terve lapse profülaktikatoad. Eestis on asutatud meditsiinilis-geneetilise konsultatsiooni keskus, igal aastal toimuvad looduskaitsekuud.

Õeldut ei tule mõista nii, nagu meil muresid ei oleks. Probleemiks jääb ka edaspidi atmosfääriõhu saastamine, milles on süüdi peamiselt suured tehased ja autotranspordivahendid. Suure võimsusega saastajad on Eesti põhja- ja idaladel põlevkivitööstus — seal asuvad suured elektriijaamad ja keemiakombinaadid, Tallinnas aga tselluloosi- ja paberikombinaat ning Maardu Keemiatehas. Kahes meie suuremas linnas on atmosfääriõhu saastumine kartustäratav, need linnad on üleliidulise tsentraliseeritud järelevalve all. Kahjuks on veel ettevõtteid, kes ei tegele atmosfääriõhku sattuvate kahjulike heitainete hulga piiramisega. Meil on ka veel suuri tööstusettevõtteid, mil-

lel puhastusseadmed puuduvad. Nagu teadlaste uurimused on näidanud, on rahva tervis, eriti laste ja noorukite tervis mõningal määral halvenenud neil territooriumidel, kus atmosfääriõhu saastatus on suurenenud. Paljudes tööstusettevõtetes on mürafoon ja vibratsioon, samuti kahjulike ainete sisaldus õhus üle normi suurenenud, ka mikrokliima ei ole soodne.

Vaatamata sellele, et rahvastiku enamik tarbib kvaliteetset veevärgivett, jätab mitmes linnas joogivee kvaliteet soovida ega vasta GOST-i nõuetele, üheksas linnas on veepuudus. Ligikaudu 10% reovetest meie vabariigis lastakse veekogudesse eelnevalt puhastamata või puudulikult puhastatult. Ehkki on puudu veel mõningatest tehnikavahenditest (pumbad, korrosioonikindlad torud, kloraatorid), võib kommunaalalituse ainelis-tehnilist baasi tervikuna rahuldavaks pidada. Tõsi küll, meil ei jätku buldoosereid ega veerikuid heitmete tihkestamiseks prügimägedel, mis on üks prügimägede eksploatatsioonirežiimi rikkumise põhjusi.

Sovhoosid ja kolhoosid ehitavad pestitsiidide ja mineraalväetiste hoidlaid, kuid 14% neist ei vasta üldsegi sanitaarnõuetele. Lubatud piirmäärad toiduainetes sisalduvate pestitsiidide osad olid aastail 1982...1983 ületatud vaid 0,26%-l juhtudest.

Meie vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiatalituse praktiline tegevus toetub teadusuuringutele, kusjuures hügieenialased uurimistööd on viimastel aastatel laienenud. Nii loodi 1979. aastal Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis atmosfääriõhu toksikoloogia laboratoorium, hügieenialasele uurimistegevusele läks üle sama instituudi sanitaarbakterioloogialaboratoorium. 1978. aastal alustas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis tööd looduskeskkonnas sisalduvate kantserogeenide kontrolli laboratoorium. Balti mere vett uurivad mitmed teadusasutused ja organisatsioonid. Intensiivne on koostöö Soome, Saksa DV, Poola RV, Rootsi, Taani, USA teadlastega.

Kõik peamised hügieenialad on jaotatud kahe eespool nimetatud uurimisinstituudi tööplaanides: laste ja noorukite hügieen, vee-, atmosfääriõhu-, toitlustus-, töö- ja kutsehaiguste hügieen. Peaaegu kõik hügieenialased uurimistööd toimuvad praegu NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Teaduse ja Tehnika Komitee programmide järgi või tellimisel. Sellest lähtuvalt on karakterne uurimistööde kompleksus (eriti koostöös juhtivate keskinstituutidega — A. Sõssini nim. Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituudiga, Laste ja Noorukite Hügieeni Instituudiga jt.). Mitmel korral oleme teinud ettepaneku alustada meie vabariigis teadusuuringuid lisaks veel kolmes hügieenivaldkonnas: maa-asulate hügieen, mere- ja sotsiaalhügieen, kuid seni ei ole need püüdlused vilja kandnud. Lisaks rõhutagem, et Eestis ei ole emade ja laste tervise kaitse ühtset teaduskeskust, ehkki selle järele on tungiv vajadus.

Hügienistide ja sanitaararstide tööle avaldab soodsat mõju Eesti Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Seltsi tegevus. Selts ühendab 75% nimetatud eriarstidest, osaleb sanitaaria ja epideemiatorje aktuaalsete probleemide lahendamises, eriti aga teadusuuringute tulemuste tervishoiupraktikasse juurutamises. Viie aasta jooksul on lisaks seltsi koosolekutele peetud veel 17 teaduskonverentsi ja sümposiooni, nende hulgas IV vabariiklik epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügienistide kongress, viis rahvusvahelist konverentsi (üks laste ja noorukite hügieeni alal, kolm Balti mere looduskeskkonna kaitse rahvusvahelise konventsiooni täitmise küsimustes koos välisriikide esindajatega, üks põlevkivitoodete toksikoloogia alane koos USA teadlastega).

Viie aasta jooksul on trükist ilmunud 14 raamatut, neist 5 konverentsiteeside kogumikku ja 9 monograafiat. On esitatud ligikaudu 200 ratsionaliseerimisetepanekut ja 10 leiutisetootlust. On koostatud, välja antud ja kasutusele võetud 108 meetodilist soovitusi või juhendit, on korraldatud seminare. Meie

hügienistid on osa võtnud mitmete üleliiduliste ametlike dokumentide koostamisest (joogivee kvaliteeti puudutavatest, nitraatide ja nitritite sisalduse normeerimisest toiduainetes jms.).

Suur on olnud hügienistide töö meditsiiniteadmiste populariseerimisel. Viie aasta kestel on esitatud 2400 ettekannet suure auditooriumi ees, on toimunud 370 esinemist televisioonis, 965 raadios, on publitseeritud 292 kirjutist ajalehtedes. Teadusartikleid on selle aja jooksul avaldatud ligikaudu 800.

Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumide ning hügieeniprobleemidega tegelevate uurimisinstituutide üks muresid on raskused uusima aparatuuri hankimisel, mida on vaja looduskeskkonna seisundi ja keskkonda saastavate ainete kiireks ja täpseks kindlakstegemiseks.

Eesti NSV hügienistid ja sanitaararstid tegutsevad sanitaarseisundi parandamisel ja rahva tervise kaitsel ka edaspidi innukalt.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

*Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituut*

C-vitamiin takistab nitrosoamiinide moodustumist. Selle kohta tuuakse andmeid ajakirja «Krankenpflegejournal» tänavuses esimeses kaksiknumbris. C-vitamiini sisaldava aed- ja puuvilja või ka preparaatide rohke tarbimine võib takistada suitsusingis, suitsutatud loomalihas ja suitsukalas sisalduvatest nitrititest nitrosoamiinide moodustumist. Samuti ei toimu nitroseerimisreaktsiooni liha soolamisel, kui lihale on lisatud C-vitamiini. Et nitrosoamiinid võivad pika aja kestel põhjustada maovähi arenemist, soovitatatakse tõenäoselt suure nitritisisaldusega toiduainete tarbimisel samal ajal tarvitada toiduks ka C-vitamiini-rikkaid köögivilju, nagu kartulit ja kapsast, ka puuvilju.

Die Heilberufe, 1985, 6.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.33-008.44:616-07-08

Anoreksiasündroom sisehaiguste kliinikus

Ingrid Kull Heidi-Ingrid Maaros
Tartu

isutus, kõhnumine, amenorröa, diarröa, malabsorptsioonisündroom

Sisehaiguste kliiniku andmeil esineb isutust väga paljude haiguste korral, eriti raskes seisundis ja eakamatel haigetel. Nii täheldatakse söögiisu puudumist südame- ja veresoonkonnapuudulikkuse, nakkushaiguste, kasvajate, tuberkuloosi korral.

Isutuse ja kehakaalu vähenemise juhtudel mõeldakse sageli pahaloomulise kasvaja võimalusele. Peab aga märkima, et pahaloomulise kasvaja korral kõhnumist ega isutust pahatihti ei ole. Need tunnused võivad ilmnedas alles vähktõve hilisstaadiumis, kui on tegemist organismi tugeva intoksikatsiooniga. Ka üksnes raske haiguse, näiteks kasvaja kartus võib põhjustada isutust. Ent samal ajal on ka haigeid, kes kaebavad pikka aega kestnud isutust, kuid kehakaal neil objektiivselt vähenenud ei ole.

Diferentsiaaldiagnoosimisel tekib raskesti siis, kui just nooremaelisel seostub isutus kehakaalu märgatava langusega. Sellisel juhul tuleb muu hulgas arvestada ka *anorexia nervosa*'t, sest

ka mainitud haigusi põdevad haiged satuvad tihti sisehaiguste arsti juurde ning alles seejärel, kui on eitatud orgaanilist haigust, psühhiaatri juurde.

Isutuse ja kõhnumise korral tuleb arvestada eelkõige endokriinset häiret, peamiselt hüpotalamohüpofüsaarsüsteemi kahjustust. Nii tulevad arvesse türeotoksikoos ja hüpofüüsi eessagara vaegtalitus, näiteks Simmondsi tõbi. Põhjusteks võivad olla hüpofüüsikasvajad, tuberkuloos, süüfilis, vereringehäired (Sheehani sündroom), granuloomide moodustumisega kulgevad haigused, samuti iatogeensed põhjused ning traumad. Olulist informatsiooni nende diagnoosimiseks annavad anamneesi kõrval hormonaalsed testid, mis võimaldavad kindlaks teha türeotroopse hormooni defitsiidi, somatotroopse hormooni hulga vähenemise, AKTH-vaeguse või selle ebanormaalse reaktsiooni ärritite suhtes.

Sisehaiguste kliinikus on olnud ka haigeid, kellel lisaks kõhnumisele ja isutusele esineb kõhulahtisus. Sellisel juhul peab arvestama malabsorptsioonisündroomi võimalust. Haigel on sel puhul ühe või mitme toitainete imendumise häire. Malabsorptsioonisündroom ei ole lõplik kliiniline diagnoos ja seetõttu on arsti ülesanne välja selgitada ka haiguse põhjused. Viimastest tuleb arvestada pankrease puudulikkust, sapi-oolade vähesust, peensoole limaskestast või seina ja lümfisüsteemi kahjustust, peensoole resektsioonijärgset imendumispinna vähenemist, fistuleid, mikrofloora muutusi ning peensoole ensüümide puudust.

Malabsorptsioonisündroomi diagnoosimisel tuleb kõigepealt kindlaks teha, kas haigel on steatorröa. Selleks on vaja teada väljaheite üldkogust ja keemiliselt leida erituvat rasva hulka. Steatorröa puudumise korral on kõhulahtisuse sagedam põhjus disahharidaaside puudus, mille täpsustamiseks omakorda sobivad laktoosi ja glükoosi-galaktoosi koormustestid. Maldigestiooni eristamisel malabsorptsioonist abistab imendumisfunktsiooni uurimine testaine D-ksüloosiga. Kui sündroomi suhtes on sel-

gusele jõutud, on vaja kindlaks teha selle põhjus. Selles on suur osa peensoole röntgenuuringul ja biopsial. Biopsia võimaldab diagnoosida gluteenenteropaatiat, Whipple'i tõbe, sklerodermiat ja amüloidooosi. Pankrease puudulikkuse väljaselgitamiseks tuleb teha sekretiin-pankreotümiintest ja kroonilise pankreatiidi diagnoosimiseks ka endoskoopiline retrograadne pankreatograafia. Sellise järkjärgulise uurimise varal saabki välja selgitada sündroomi põhjuse, mis on ravi aluseks.

Haigusjuht. 28-aastane naishaige V. K. (haiguslugu nr. 20023/1985) hospitaliseeriti Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonda uuringutele kõhnumise, kõhulahtisuse ja amenorröa tõttu. Nelja aasta jooksul pärast sünnitust oli tal kehakaal vähenenud 63 kg-lt 38-le. Esimesed kolm aastat oli väljaheide püdel, iste 1...3 korda päevas. Söögiisu oli esialgu rahuldav, hiljem tekkis isutus. Kõhuvalu ei olnud. Eelnevalt olid endokrinoloogid eitanud Sheehani sündroomi, türeotoksikoosi ja neerupeatiliste puudulikkust. Menstruatsioonihäireid seostati kehakaalu tunduva vähenemisega. Tehti rektoskoopia ja panendoskoopia, määrati rasvasisaldus väljaheites, mis aga olid normis. D-ksüloosi imendus 0,63 g viie tunni jooksul (norm 1,30 g), mis sundis oletama peensoole limaskestast haigust. Peensoole biopsiapreparaadis leiti hattude subtaalne atroofia, mille alusel diagnoositi gluteenenteropaatiat. Juba haiglaravi ajal, kui haigele oli määratud gluteenivaba dieet, kõhulahtisus kadus ja haige võttis kaks kilogrammi kaalus juurde.

Seega tuleb rõhutada, et isutusest tingitud kõhnumine on siiski harva esinev näht. Kui haige on kõhn ja tal söögiisu puudub, siis tuleb oletada eelkõige endokriinhaigusi, näiteks Simmondsi tõbe, Sheehani sündroomi. Kui aga isutusele ja kõhnumisele lisandub veel kõhulahtisus, siis tuleb haiget tingimata uurida ka malabsorptsioonisündroomi suhtes, püüdes muu hulgas kindlaks teha haiguse, mis sündroomi on põhjustanud. Vaid sellisel juhul on ravi edukas.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Maaroos, H.-I. Malabsorptsioonisündroomi diagnoosimine (Metoodiline juhend). Tartu, 1981. — 2. Salupere, V. Gastroenteroloogia. Tallinn, 1973. — 3. Kõrge, K., Meipalu, V. Endokrinoloogia. Tallinn, 1977.

4. Балаболкин М. И. Ж. им. С. С. Корсакова, 1984, 4,603-606.

Tartu Kliiniline Haigla
TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste
kateeder

Mõtte- vahetus

UDK 616-084(049.2)

Dispanseerimise psühholoogilisi probleeme

Enn Lõuk · Pärnu

dispanseerimine, psühholoogiline tegur, uuritavad, ankeetküsitlus

Tänavu alustasid meie ravi- ja profülaktikaasutused kogu rahvastiku dispanseerimist. Seda mahukat ja tähtsat tööd ei ole võimalik korrektselt teha, tundmata psühholoogiat.

Tervele inimesele on omane haiguse eitamine. Meditsiinasutusest kui haiguse meenutajast hoiab ta eemale. Profülaktilistel läbivaatustel ei soovi terve kohtuda (ega lävida) haigetega. Dispanseerimise organisatsioon ja baas peaksid võimaldama praktiliselt tervete vähe aega nõudva ja suure informatiivsusega läbivaatuse korraldada meeldivates ning mugavates tingimustes.

Tundsime huvi selle vastu, kuidas suhtuvad dispanseerimisse haiged ja arstid. Mis neid selles kahepoolset usaldust ja lugupidamist nõudvas protsessis segab, mis häirib? Kas ja kuidas mõjutavad psühholoogilised tegurid dispanseerimise kvaliteeti? Kas on vaja patsientide ja arstide sättumist dispanseerimisse muuta ja kuidas seda teha?

Uurimisaluseks võtsime kroonilise terapeutilise haiguse tõttu arvel oleva iga kümnenda patsiendi. Saatsime 12 küsimusega ankeedi kokku 313 patsiendile, vastuseid saime 152-lt. Küsitluslehe andsime kõigile jaoskonnaarstidele ja saime ka vastused. Vastused haigetelt ja arstidelt olid anonüümsed.

Võrdlesime ankeediküsimustele vastanute ja tegelikult polikliinikus arvel olijate suhet vanuserühmade järgi. Tulenused on tabelis toodud protsentides.

Nagu nähtub, on üle 60-aastasi arvel 43 %, kuid ankeedile vastanuist moodustasid nad 50,7 %. Töökohustus-eas inimesed hoolivad oma tervisest liialt vähe.

12 % dispanseerituist ei teadnud, et nad arvel on, ja 25 % ei teadnud, kui sageli peaksid nad kontrollis käima. Tervise huvides tuleb kontrolli teadlikult iga neljas dispanseeritu, ülejäänud tulevad arsti juurde üksnes tervise halvenemise korral või pärast üht või mitut kutset. Pooled arvelolevatest kroonilisi haigusi põdejaist külastavad polikliinikut meeleldi, ülejäänud aga vastumeelselt. Selle põhjuseks on pikka aega ootamised labori ja uuringukabinettide uste taga ning ebaseadmisega seotud uuringud (pärasoole digitaalne kontroll jne.).

Režiimist peab kinni kaks kolmandiku haigetest. Enamik rikub režiimi tingituna iseloomunõrkusest või ei pea nad seda vajalikuks. Vähesed ei saa nõuet kinni pidada töö laadi tõttu.

Oma haigusest on teadlikud kõik dispanseeritud. Üllatab, et 13 % ei ole informatsiooni saanud oma arstilt. Haige huvitatuist tõestab fakt, et enamik neid täiendab oma teadmisi enda hangitud juhusliku kirjanduse vahendusel või saavad nad informatsiooni tuttavalt.

73 % dispanseerituist kannatab vaevuste all, ülejäänuid häirib haiguse olemasolu, 54 % haigetest arsti juurde minnes ei närveeri, 42,1 % närveerib mõõdukalt ja 3,9 % tugevasti. Objektiivseteks põhjusteks on võimalus sattuda võõra arsti juurde, hirm arstilt kuulda saada tervise halvenemise kohta, eriti siis, kui ei ole täidetud režiimi. Vastuvõtt annab kergendustunde 65,8 %-le haigetest. Määravaks on siin arsti isikus, tema kogemused, ka haige suhtumine meditsiini.

Ravimeid on tarvitanud regulaarselt 96,1 % haigetest. Hoopis tagasihoidlikumalt on toimitud režiimi ja füüsilise ravi osas. Oma jaoskonnaarsti hindab

Tabel. Ankeediküsimustele vastanute ja polikliinikus arvelolijate suhe

Vanus (aastad)	alla 30	31...40	41...50	51...60	61...70	üle 70
Arvel	4,3	9,8	20,0	23,0	27,3	15,7
Vastasid ankeedile	2,7	10,4	11,9	24,3	31,5	19,2

kõrgelt üks kolmandik haigetest, arstiga on rahul enamik vastanuid.

Ka arstidelt oli huvipakkuvaid vastuseid. Dispanseersest tööst saab rahuldust 29,4 % jaoskonnaterapeutidest. Kõigile kroonilisi haigusi põdejaile on režiimi vajadust selgitanud 35,3 % ja enamikule 64,7 % arstidest. Kõiki oma haigeid tunneb üks terapeut, enamikku 83,3 % ja väheseid 11,2 %. Viimati öeldu käib lühemat aega töötanud arstide kohta. Kasutusel olevat dispanseerimishendit peab liialdatuks 61,8 % arstidest. Arvamust põhjendatakse nõudmistele ja diagnoosimisvõimsuse mittevastavusega.

Jaoskonnaterapeutid on veendunud, et kogu rahvastiku dispanseerimiseks on vaja eraldi profülaktikaosakonda, kus toimuks komplekselt arstlik läbi vaatamine, kus tehtaks sihipäraselt diagnostilisi uuringuid. Väljaselgitatud tervisehäiretega inimesed saadetakse jaoskonnaarsti juurde. 83,4 % jaoskonnaterapeutidest usub, et tervete kontroll võimaldab haigusi diagnoosida varajases staadiumis ja haiguse latentse kulu korral. Oma dispanseeritusega on rahul 29,4 % arstidest. 44,4 % arstidest vastab enesekriitiliselt, et nende poolt tehtav tervisepropaganda jääb nõuetele alla. Ülejäänud on tehtuga rahul. Tervisepropaganda on arstilt kõige enam nõudev tööloik. 72,2 % terapeutidest peab haigete passiivsuse põhjuseks labori ja diagnoosimiskabinettide vähest võimsust, ooteruumide puudumist ja uurimiskabinettide laialipaisatust ning paljude uuringute ebameeldivust.

Kõiki jaoskonnaarste rahuldab enam haigete ravimine kui dispanseerne töö, sest ravi tulemused on vahetult tajutavad. Dispanseerne töö nõuab arstilt

palju enamat ja tulemusi ei ole vahetud. Kõige enam häirib jaoskonnaterapeut haigete hoolimatus oma tervise suhtes, millest tuleneb arvel olijate pidev tagaotsimine ja väljakutsumine.

Kokkuvõte. Dispanseerse töös esineb veel palju formaalsust, mis suures osas tuleneb psühholoogilist laadi küündimatusest. Selle tõttu kannatab dispanseerse meetodi maine haigete silmis ja arstid ei saa oma tööst küllaldast rahuldust. Kannatavad haiged ja langeb jaoskonnaterapeutide kutse maine.

Üleminekul kogu rahvastiku dispanseerimisele ei piisa üksnes kaadrist, materiaal-tehnilise baasi tugevdamisest ega ajakohastamisest. Kõrgkoolides on vaja enam rõhku panna suhtlemisoskuse, psühholoogia, eriti meditsiinipsühholoogia õpetamisele. Jaoskonnaterapeutideks kvalifitseerujatel tuleks arvestada psüühilist sobivust selleks tööks, nagu arstikutseks üldse. Kogu rahvastiku dispanseerimine õnnestuks paremini, kui polikliinikutes oleksid profülaktikaosakonnad.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. Lunge, A. Emotsioonide psühholoogia. Tln., 1980.

2. Богорад И. В. Больной и врач. М., 1982. — 3. Мохина И. В. Медицинская психология. Ростов на Дону, 1978. — 4. Харди И. Врач, сестра, больной. Вудapest, 1973. — 5. Эльштейн Н. В. Терапевты и специализация медицины. Таллин, 1975.

Pärnu Haigla Polikliinik

Kaadri ettevalmis- tamine

Teaduslikke kutseid

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegium andis vanemteadurikutse järgmistele Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduritele: 6. aprillil 1983 gastroenteroloogiaosakonna vanemteadurile meditsiinikandidaat **Helga Pärnale** sisehaiguste erialal, 1. juunil 1983 pulmonoloogiaosakonna vanemteadurile meditsiinikandidaat **Elvi Lillakule** sisehaiguste erialal, kantserogeneesimehhanismide labori vanemteadurile meditsiinikandidaat **Jaak Uibule** ja väliskeskonna kantseroogeneid labori vanemteadurile bioloogiakandidaat **Sergei Bogovskile** onkoloogia erialal, 7. märtsil 1984 gastroenteroloogiaosakonna vanemteaduritele meditsiinikandidaat **Urve Mardnale** ja meditsiinikandidaat **Ene Londile** sisehaiguste erialal, kliinilise onkoloogia osakonna vanemteadurile bioloogiakandidaat **Mati Rahule** ja väliskeskonna kantseroogeneid labori vanemteadurile bioloogiakandidaat **Aino Itrale** onkoloogia erialal ning 10. mail 1984 tööhügieeni ja tööfüsioloogiabori vanemteadurile pedagoogikakandidaat **Viktor Agudinile** inimese ja loomade füsioloogia erialal.

Jaak Põlluste

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidium andis kahele TRÜ arstiteaduskonna meditsiinidoktorile professorikutse: 22. märtsil 1985. a. **Märt Saarmale** psühhiaatria ning 21. juunil 1985. a. **Oie Reintamile** füsioloogia erialal. Sama asutuse kolleegium kinnitas 6. märtsil 1985. a. dotsendikutse meditsiinikandidaat **Aleksandr Žarkovskile** farmakoloogia ja 8. mail 1985. a. meditsiinikandidaat **Sulev Ulbile** kirurgia erialal. Bioloogiakandidaatidest said dotsendikutse 7. märtsil 1984. a. **Toivo Hinrikus** farmaatsia ning 27. märtsil 1985. a. **Teet Seene** spordifüsioloogia erialal. Meditsiinikandidaatidest anti vanemteadurikutse 31. oktoobril 1984. a. **Mari Käosaarele** geneetika ning 6. märtsil 1985. a. **Raivo Uibole** allergoloogia ja immunoloogia erialal.

Irene Maaroo

TRÜ arstiteaduskonna 1985. aasta lõpetajad

Andres Adams, Kaarel Ader, Maria Aleksandrova, Ene Allmäe, Hannes Amjärv, Kadri Andresen, Ljubov Anikina, Jüri Anissimov, Viljar Ansko, Jaan Anvelt, Meeme Appelberg, Kersti Armipaik, Kadi Arula, Vitali Bernatski, Nonna Bigvava, Ljubov Borovik, Natalia Doronina, Egilis-Uldis Dzerve, Alevtina Dvorkina, Sergei Dõranov, Ly Eidast, Ülle Einberg, Ülle Erik, Alla Fominõhh, Viktor Frolov, Jelena Furs, Boris Gabovitš, Mavrik Gevorgjan, Olga Gontšarenko, Galina Gorjeva, Igor Grišin, Külliki Haav, Helle Ibis, Gerry Inso, Ly Jaanson, Peeter Jaanson, Marju Jallai, Bella Jankulina, Rita Janušaускаite (kiitusega), Aleksandr Jassinski, Natalia Jedinak (kiitusega), Eleonora Jegorenkova (kiitusega), Leevi Juurik, Peeter Jõers, Tõnu Jõgi (kiitusega), Tiina Järs, Vladimir Järv, Sirje Järvesaar, Elin Jürgens, Lia Jürine, Ülle Kaart, Tiia Kaasiku, Heiti Kaio, Juri Kadatski, Eha Kalda, Tõnu Kalvet, Anne Kannik, Jelena Kardava, Mai Kargu, Lüüli Karise, Anneli Kask, Piret Kask, Vahur Keldrima (kiitusega), Ene Kenkmann, Einar Kesküla, Vallu Kiis, Merike Kiisla, Raul-Allan Kiivet (kiitusega), Kalle Kisand (kiitusega), Eve Kits, Margarita Klimova, Lea Klitsner, Urmas Kohu, Rein Kolk, Krista Konks, Niina Koor, Sven Kosenkra-nius, Kai Kostabi (kiitusega), Reet Kriisa, Merike Kruus (kiitusega), Ingrid Kruusenber, Lembit Kuhlberg, Külliki Kukk, Marika Kukk, Karin Kulper, Aivar Kuusik, Eva Kuusik, Margit Kõivomägi, Liia Käis, Helle Känd, Jaanus Laanoja, Liivi Laikask, Ülle Lainurm, Liis Lamesoo, Ilme Last, Mare Latt, Ilona Latoš, Maia Leisner, Margus Lember (kiitusega), Marika Lepik, Katrin Liivamägi, Siiri Liivrand, Priit Lill, Sirje Lill, Virge Lillemäe, Ellind Lind, Ülle Lipre, Alla Liškus, Kersti Lokko, Tiina Loone, Marge Loorents, Evelin Lumiste, Küllike Lõo, Ingrid Lõuk, Jelena Mahhova, Külli Mand, Sirje Mangus, Eva Maran, Ljubov Mardassova, Anne Marits, Sirje Masik, Merike Matt, Anna Melnitšuk, Maarit Merila, Eda Merisalu, Andres Mesila, Eliko Musting, Tilekmat Musuralijev, Ene Mäeots, Kersti Mägi, Marina Mägi, Külli Männik, Tiina Männik, Har-ras Mölder, Made Müsler, Leena Nagla, Kadria Nasserova, Ivan Naumets, Karin Neilinn, Riina Neissaar, Andres Niisuke, Anu Niisuke, Sergei Nikolajev (kiitusega), Jelena Nikolajeva, Eve Nikopensius, Aleksei Oborin, Ruben Oganjesjan, Anneli Ojasalu, Marika Oksaar, Sirje Ortus, And-

rei Ossipov, Gili Pajenson, Rain Paju, Mare Pajumets, Viiu Paljak, Andreas Paluteder, Helve Pappel, Maire Parder, Peeter Peil, Juri Peljušonok, Gea Petersell, Mall Petersen, Irina Peterson, Sirje Peterson, Riina Pettai, Sirje Pirbe, Mai Plado, Tatjana Polušina, Lea Poola, Nadežda Popenko, Svetlana Popova, Natalia Portnovskaja (kiitusega), Aleksandra Preobraženskaja, Aivar Pukk, Riina Pulges, Lembit Pähklmägi, Marika Pähn, Sirje Pärn, Tatjana Radenkova, Ave Raieste, Valentina Ramm, Kaja Rand, Mae Randala, Tiina Rebane, Jaan Reimand (kiitusega), Mari Reimand, Ain Reimets, Andres Reinold, Riina Reissaar, Tiina Reikand, Kristin Rosma, Jüri Saar, Mare Saar, Siiri Saarik, Anu Sapar, Ovanes Sarkisjan, Andres Sell, Svetlana Semjonova, Ave Sepp, Tõnis Siir, Niina Silla, Leie Sillaste, Marina Sirotkina, Nune Sogomonjan, Ülle Soll, Andres Soosaar, Nikolai Sopranenko, Vassili Sotška, Tatjana Spirkova, Isabella Spivak (kiitusega), Kaja Sui, Ester Sults, Anu Susi, Aleksandr Suštšik, Maris Steinberg, Tiiu Sõlg, Ester Süld, Jakov Slik, Alla Zubakova, Pille Taba, Toomas Talving, Karin Tamberg, Eda Tamm, Eva Tamm, Irja Tamm, Marje Tamm, Maret Tamme, Tiia Tamp, Marika Tarkmeel, Riina Tarvo, Viivi Tedre, Tiina Teearu, Andres Teppo, Reet Tikk, Mai Timmusk, Maret Timotheus, Hillar Tint, Irina Tokareva, Liis Toome (kiitusega), Raivo Toots, Eve Traumann, Andres Trei, Anne Treu, Vassili Tropin, Sergei Tsvetajev, Kjastutis Tšereška, Merike Tubli, Lily Tuisk, Kai Ulst, Tiina Vagur, Ülle Vahesaar, Vigantas Valantas, Tiina Vanaaseme, Heili Varendi (kiitusega), Raivo Varik, Arvi Vask, Andris Vavere, Tiina Vendik, Jelena Vider, Ande Vihrov, Ants Viiklepp (kiitusega), Piret Viiklepp, Vesta Viirmaa, Marju Vikat, Ivar Vipp, Almantas Viruišis, Ene Völma, Karin Vötting, Tiina Väljas, Aksa Väär, Pille Ööpik, Tiina Ööpik, Krista Ühtegi.

Tallinna Meditsiinikooli 1985. aasta lõpetajad

Imbi Aasa, Eini Adel, Irina Aleksandrova, Piret Algma, Irina Altesar (kiitusega), Riina Andrejeva, Agnes Arjakse, Svetlana Arutjunova, Jelena Baranova, Zoja Bassan, Larissa Batjahhina, Svetlana Belikova, Natalia Beljajeva (kiitusega), Alla Bogdanova, Anžela Bogdanova, Olga Bolšakova (kiitusega), Alla Borodavko, Jelena Brõzgalova, Reneta Bräntigam, Tatjana Budzeva, Olga Dekatš, Marika Donald, Inna Dremļuga (kiitusega),

Aleksandr Dubonossov, Irene Dumanskaja (kiitusega), Ene Eenpõllu, Helve Ess, Jaroslava Fedirkiv, Inna Fjodorovitš (kiitusega), Alla Fomina, Viktor Frantsevitš (kiitusega), Ljudmila Gerassimova, Irina Gljoža (kiitusega), Tatjana Gnitsevitš, Jelena Golubova, Natalia Gordejeva, Larissa Groševa, Jelena Gusseva, Svetlana Guštšuk, Heili Hank, Silja Hirv (kiitusega), Iige Hoogand, Katrin Härm, Sirje Ilves, Tiina Ingelberg, Galina Ivanova, Ljudmila Ivanova, Marina Ivanova (kiitusega), Svetlana Ivantsova, Oksana Jegorova, Viktor Jeremenko (kiitusega), Milvi Jõgi, Külli Jõgisaar, Taimi Järvelt, Eleonore Kala, Anneli Kalle, Pille Kant, Vera Kamenova, Marika Karel (kiitusega), Margarita Karpuškina, Irina Kasvand, Anžela Kazakova, Galina Kernjuššina, Siiri Kivilätte, Anu Kiviraiuja, Ehtel Kivissaar, Kadri Koha, Jekaterina Kondrašinova, Katrin Koppel, Natalia Konjuh, Zoja Kossenko, Riina Koster, Alissa Kozubenko, Olga Kozõreva, Ljubov Kovalovitš (kiitusega), Maria Kovalevitš, Jelena Krikuhhina, Olga Krupe, Galina Krõmtsova, Tatjana Kudrjašova, Alevtina Kukk, Siry Kuldkapp, Külli Kull (kiitusega), Lea Kurg, Tiina Kurisoo, Mai Kuum, Anu Käsk, Rita Lapina, Vera Larionova, Tatjana Latõšina, Natalia Laugason, Heli Lauter, Svetlana Lavruhhina, Valentina Leesment, Kaire Leigri, Riina Liipalu, Katri Liiv (kiitusega), Anna Livšits, Svetlana Lomakina, Oksana Lotšinova, Anžella Lukjanenko, Diana Lumina, Galina Lõlo, Jelena Magurjak, Natalia Mahhotina, Liilia Maidla (kiitusega), Natalia Mastruk, Jelena Makarova (kiitusega), Jelena Makarova, Jelena Maksimova, Eve Martin (kiitusega), Inešanna Martõnjuk, Inna Martõnova, Ljubov Mazurõk, Žanna Melnikova, Eha Mendel, Inga Meristu, Maie Mesi, Nina Mihhaltšuk, Galina Mikulskaja, Olga Morozova, Irina Morskova (kiitusega), Jelena Mostovitš, Kaja Mulla, Jelena Muratova, Alla Mussajeva, Ljudmila Mužujeva, Marika Männik, Reet Männik, Galina Nagornaja, Vera Nazarenko, Oksana Naum, Tatjana Nejolova, Nadežda Nepljujeva, Kairi Nigul, Tatjana Niit, Jelena Nikolaitšuk, Inno Obuhhova, Galina Orhimenko, Loreen Ojapõld, Katrin Olopsson, Olga Onegina, Eha Orav, Aasa Otstavel (kiitusega), Marju Paala, Lii Pahhurina, Pille Pai, Diana Panaštšenko, Reet Pappel, Eve Perek, Aleksei Parfentjev, Tatjana Parfjonovitš, Anneli Parts, Irina Pavlova, Maria Pavlovskaja, Leida Paulmann, Ülle Pihlak, Maiu Piiri, Valentina Pogonjalina, Tatjana Possatš, Meri Pozova, Valentina Potaninova, Lilia Prus, Ursula Pulk, Heli Põluuas, Tiiu Päev, Aivi Raak, Israpil Rabadanov,

Livi Raidna, Anne Raihmann (kiitusega), Evelyn Raud, Leegi Randmets, Veronika Rannak, Rita Rapkauskaitte, Örne Reialu, Eve Reinvard, Mari-ka Rink, Jelena Rjazantseva, Merle Rohde (kiitusega), Malle Roode (kiitusega), Gendre Roosimäe, Gerta Saluste, Merike Saks, Marina Savinskaja, Olga Sedova, Heli Sepnik, Merike Sepp, Viktor Serebrjanski, Galina Seržantova, Jelena Sidorova, Jevgeni Sorokin (kiitusega), Irina Stepanova, Irina Stepanova, Marina Stoljar, Ljudmila Strelkovskaja, Ingrid Sumbak (kiitusega), Inga Suomolainen, Jelena Surova, Tatjana Šikun, Ljudmila Špiljeva, Ilona Štšeborkina, Irina Zassienko, Ljubov Zinkevitš, Inara Zirdzinja, Natalia Zorinova, Tatjana Žigalova, Svetlana Žurakova, Monika Tamm, Marge Tartu (kiitusega), Svetlana Teemo, Irina Teterina, Vera Tihhomirova, Siiri Tool, Merike Toots, Marionelle Treimann, Jelena Trokai, Ene Trubok (kiitusega), Olga Tšipina, Svetlana Tsöpova, Svetlana Tšelõsjova, Dzamilia Tšidžavadze, Tamara Tšudnova (kiitusega), Natalia Tšulkova, Marina Turba, Marina Tverdovskaja, Tatjana Tõšuk, Elina Tärn, Lilia Ulinova, Roza Umarova, Irina Ungemahh, Margit Vaadevits, Valve Vahtramäe, Liliana Vainonen, Vahur Vares, Irina Vassiljeva, Ene Vatsel, Larissa Vedenjeva (kiitusega), Maria Vetšernjuk, Silvi Vilt, Vilve Visser, Piret Voosemaa.

Tartu Meditsiinikooli 1985. aasta lõpetajad

Kersti Aljes, Helle Anja, Maret Ant (kiitusega), Raili Asusaar, Anne Aun, Katrin Groševa, Elina Hanson, Karin Hindrikson, Kaja Hink, Hele Hongonen, Külli Horn, Made Ilves, Urve Imelik, Merike Joosani, Piret Juurmann, Kersti Kallaste, Anne Kannu, Tiiu Kase (kiitusega), Angela Kask (kiitusega), Karin Kask, Veikko Keimann, Epp Kihvelt, Janika Kiidjärv, Kai Kirikmäe, Pille Kirt (kiitusega), Edita Kobjalka, Marina Koger, Maire Kohandi, Maarika Kongi, Siiri Kullamaa, Hannes Kullerkupp, Maris Kägo, Mae Külaots, Liivi Laan, Aire Laumets, Kersti Laursoo, Mare Leppik, Katrin Letlane, Tiina Luig (kiitusega), Urve Lõhmus, Pille Lümat, Taimi Marjapuu, Maila Markus, Helin Maurer, Anne Mesen, Ülle Mustallikas, Marju Mäeots, Anneli Mägi, Ülle Määr, Ülle Nael, Helve Niedrais, Ruth Niine, Ilve Nool, Ivi Nõmm, Ingrid Ots, Helin Ottoson (kiitusega), Eda Pardel, Raili Pihle, Liilia Ploom, Piia Pärn, Rutt Pärna, Maret Pärt, Krista Rebane, Meeli Rehesaar, Irina Reinumäe (kiitusega), Piret

Reisenbuk (kiitusega), Maive Roosipuu, Inga Roomäe (kiitusega), Reet Rütli, Ervin Saik (kiitusega), Dagmar Selli, Eve Siilbaum, Madli Sissak, Ene Suislep, Eliko Sõmer, Karin Škiparov, Signe Zoo, Ija Talja, Ilmi Tolmik, Ülle Täht, Irina Udu, Viljar Variko, Anne-Ly Varuson, Kaja Verhohljadova, Merle Volt.

Kohtla-Järve Meditsiinikooli 1985. aasta lõpetajad

Tatjana Afonina, Svetlana Aljoksa, Žanna Antonova, Pjotr Babjak (kiitusega), Lesja Balitskaja, Lidia Baran, Galina Bek, Galina Bodnar, Svetlana Bogan, Lilia Danilišin, Valentina Dedovets, Nina Deduhh, Ilona Degteva (kiitusega), Tatjana Dovbak (kiitusega), Ljubov Džugan, Nadežda Dumanskaja, Nadežda Dumitš, Irina Dõnja, Tatjana Gerassimova (kiitusega), Irina Gumnitskaja, Maria Gorzov, Svetlana Haljavina, Lola Igamberdõjeva, Svetlana Istomina, Jelena Ivanova, Viktoria Ivanova, Maria Ivaško, Oksana Jus- kiv, Galina Karpõšin (kiitusega), Valentina Kaširova, Marina Kekštas, Olga Kissil, Galina Kissiljevitiš, Nadežda Koljada, Nina Kondratjeva (kiitusega), Anna Konjevši, Natalia Kornejeva, Galina Krilvortšuk, Irina Kuprejeva, Ljubov Kutsan (kiitusega), Ljudmila Lepjakina, Irina Levitskaja, Anna Lipskaja, Julia Ljašovskaja, Jekaterina Luštšuk, Valentina Luts, Olga Martintsiv, Žanna Massalova, Ljubov Mironova, Tatjana Murova, Rõsja Mõsko, Marta Nakonetsnaja, Svetlana Nakonetsnaja (kiitusega), Lidia Novzalevitš, Galina Niskoklon, Olga Ogurtsova, Maria Oleksiv, Olga Olesnevitš, Galina Ozeruga, Galina Ožogina, Ljudmila Pavlova, Svetlana Pavlova, Svetlana Parhomets, Natalia Petriv, Inna Petrova, Jelena Petrova, Lia Plistkina, Svetlana Pontelejeva, Irina Popova, Anna Posnelova, Jelena Postnova, Julia Poško. Alla Primakovskaja. Nadežda Primakovskaja, Olga Prišljak, Inna Põld, Galina Remorenko, Marina Rešetnikova, Viktoria Rodionova, Orõsja Ruda, Lidia Segin, Ljudmila Siduhhina, Natalia Sitar, Oksana Skalskaja, Anna Slepko, Oksana Smatšilo, Julia Sokruto (kiitusega), Jelena Soldatenko, Ljudmila Sorokina, Galina Stadarskaja, Ljudmila Stadnik, Maria Sudõtš, Badžihanum Šahvepanova, Irina Šapova, Galina Sevtšuk, Jelena Sigapova (kiitusega), Jelena Šilova, Anika Širjajeva, Nadežda Sozda, Marina Zaitšenko, Galina Zapotitsnaja, Magdali- na Zeikan, Natalia Tafitšuk, Natalia Tšelak, Nadežda Tširkunova, Galina Tšubata, Galina Vavrikovitš, Svetlana Vidussova (kiitusega).

Konverentsid ja nõupidamised

III üleliiduline laboriarstide kongress toimus 15...17. maini Tallinnas. Osavõtjaid oli ka välisriikidest. Mitmed sotsialismimaade firmad tutvustasid omi laboripraktikas kasutatavaid reaktiive ning Rootsi firma LKB väikest biokeemia automaatanalüsaatorit «Corona».

Kongressist võttis osa 701 laboriala spetsialisti, neist 94 meditsiinidoktorit ja 159 meditsiinkandidaati.

Kongressist võtsid osa NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi juhtivad töötajad. Avakõne pidas NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige prof. J. Vorobjov. Ta toonitas, et laboratoorse diagnoosimise osatähtsus on aasta-aastalt suurenenud. Laboratoorsed uuringud võimaldavad organismi haiguslikke muutusi paljudel juhtudel avastada juba varakult, sageli aga võivad need osutada diagnoosimisel määravaks. Suur on laboratoorsete uuringute osa ravilõpetuste hindamisel.

Meditsiinilise mikromeetodi rakendamiseks on ette nähtud kolm suurt arengusuunda: fotomeetrilised, immunoensüümsed ja radioimmunooloogilised uurimismeetodid. Selle kõige realiseerimiseks on vaja automaatmikrofotomeetreid, automaatleekfotomeetreid, lasernefelomeetreid, happe-leelise tasakaalu automaatmäärajaid. Nende tarvis aga läheb vaja reaktiivide komplekte ja diagnostikume. Selle mahuka programmi realiseerimisest võtavad osa kümned ministeeriumid ja suured tööstuskompleksid. Järgmisel viisaastakul on laboratoorse diagnoosimise osas oodata murrangut.



Foto. Üleliidulise laboriarstide kongressi presiidiumis.

Päevakorrale kerkib ka kaadriprobleem. Uus, eesrindlik tehnika nõuab kvalifitseeritud kaadrit.

Adapteerimisel on Soome biokeemiapoolautoomaat FP-900 töötamiseks kodumaiste reaktiividega. Jätkeb bakterioloogiliste analüüsimeetodite unifitseerimine ja standardiseerimine. Oluline on, et laboratoorseid analüüsitulemusi ja nende kombinatsioone osataks õigesti hinnata. Laboratoorsete analüüside hindamisel tuleb kasutada ka algoritme. Vajalik on laboriarstide ja klinitsistide koostöö.

Laboralitse ees seisab suur ülesanne — tagada laboratoorsed analüüsid ülddispanseerimise tarvis.

Plenaaristungi üldteemaks oli «Kliinilis-laboratoorse diagnostika olukord riigis ja selle arenguperspektiivid». Kuulati põhiettekandeid igalt laboratoorselt erialalt. Edasi toimus töö 8 sektsioonis. Biokeemia alal kuulati ja arutati läbi 41 ettekannet, immunoloogiasektsioonis 36, hematoloogias 34, koagulatsiooni alal 24, tsütoloogias 22, bakterioloogias 6, organisatsioonisektsioonis 17 ja dispanseerimise sektsioonis 10, kokku 203 ettekannet.

Kongressist osavõtjad külastasid ja tutvusid Tallinna Kiirabihaigla ja Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla laborite tööga ning Vabariikliku Onkoloogiadispanseri tsütoloogiakesklaboriga.

Esmakordselt nõukogude meditsiinis rakendati kongressil infosüsteemi raalil, mille tagas Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi arvutuskeskus. See võimaldas igal momendil saada täpset informatsiooni iga kongressist osavõtja kohta, teada saada toa hotellis, telefoninumbri, kas ta vajab tagasisõidupiletit jne. Ühtlasi sai mandaatkomisjon põhjalikud andmed kätte juba kongressi algul.

Üleliidulise kongressi ettevalmistamine ja selle läbiviimine rikastas meie vabariigi laboriteenistust tunduvalt. Kõigest sellest võttis osa enamik meie vabariigi laboriarste. Suur tänu kõikidele, kes kongressi kordaminekule kaasa aitasid.

Heljut Kapral

Anorexia nervosa alane teaduskonverents toimus 26. aprillil Tartus. Konverentsist, mis oli pühendatud TRÜ ÜTÜ psühhiaatriaringi 35. aastapäevale, võttis osa palju meie vabariigi psühhiaatreid, terapeute, günekolooge, pediaatreid ja endokrinolooge.

Konverentsi avas TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juhataja dotsent L. Mehilane, kes käsitles *anorexia nervosa* levikut, etiopatogeneesi, klassifikatsiooni ja diagnoosimist. Vabariikliku Struumadispanseri peaarst I. Kalits andis ülevaate *anorexia nervosa* etiopatogeneesi neuroendokrinoloogilistest aspektidest ja hormoonsete rakendamise võimalustest haiguse diferentsiaaldiagnoosimisel. Neuroendokriinsed mehhanismid seoses günekoloogiliste haigustega leidsid käsitlemist dotsent V. Kase ettekandes, kes rõhutas nende häirete sekundaarset laadi *anorexia nervosa* korral, mida peab arvestama ravimisel. Hormoonravi tohib rakendada alles siis, kui keha-

kaal on normaliseerunud. Ebasoodsast prognoosist lähtudes on ravitulemuste seisukohalt oluline haiguse varajane diagnoosimine (riskirühmade väljaselgitamine profülaktilistel läbivaatustel) ning adekvaatne sanitaarselgitustöö. Terapeut I. Kull andis ülevalte anoreksiasündroomi esinemisest ja diagnoosimise iseärasustest sisehaiguste kliinikus. *Anorexia nervosa* ravi tulemusi Tartu Vabariiklikus Kliinilises Pühhooneuroloogiahaiglas ja Tallinna Vabariiklikus Pühhooneuroloogiahaiglas analüüsisid H. Vasar ja A. Ennet.

Diskussiooni käigus vahetati arvamusi *anorexia nervosa* etiopatogeneetilise ravi põhimõtete ning diagnoosimise ja raviga seotud organisatoorsete küsimuste kohta. Leiti, et ravi tulemuste parandamiseks on vaja tihendada koostööd mitme eriala spetsialistide vahel (pediaater, neuroloog, günekoloog, terapeut, psühhiaater). Kuigi *anorexia nervosa* ravis on esikohal psühhiaatriline abi, jõuavad need haiged tavaliselt psühhiaatri juurde alles kõige viimases järjekorras. *Anorexia nervosa* ga haigete ravi peab juhtima psühhiaater tihedas koostöös teiste erialade spetsialistidega. Mitmes sõnavõtus rõhutati psühhoterapia ja perekonnapsühhoterapia vajalikkust *anorexia nervosa* ga haigete ravikompleksis (L. Mehilane, V. Kask, H. Vasar, M. Taal). Leiti vajalik olevat oluliselt parandada noorukite ja piiriseisundis haigete psühhiaatrilist abi meie vabariigis.

Veiko Vasar

Eesti NSV lastearstide XII kongress toimus 21... 22. maini 1985 Tallinnas. Korraldajateks olid Eesti Lastearstide Selts ja Eesti NSV Tervishoiuministeerium. Istungid toimusid V. Kingissepa nimelises TRA Draamateatris ja Lagedi Kultuurikeskuses.

16-liikmeline organiseerimiskomitee (esimees V. Rätsep, aseesimehed L. Tamm ja E. Tomberg) kavandas kongressi teemaatika aktuaalsematel pediatriteemadel — pediatrilise abi organisatsioon, neonatoloogia ja allergoloogia. Esma-



Foto 1. Kongressi presiidiumis. Kõnepuldis NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peavalitsuse juhataja I. Grebeševa.

kordselt Eesti lastearstide kongresside ajaloos osalesid lastekirurgid omaette sektioonina.

Kongressile registreerus 322 delegaati ja 109 küllalist 14 liiduvabariigist. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi esindajatena võtsid kongressist osa Emade ja Laste Ravi ja Profülaktilise Abi Peavalitsuse ülem I. Grebeševa ja mittekooesiselise peapediaater prof. K. Sotnikova.

Kongressi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm. Pikema sõnavõtuga esines plenaaristungil I. Grebeševa. Ta rääkis, et kõige olulisemaks pediatrite töös on laste suremuse vähendamine. NSV Liidu Tervishoiuministeerium on selleks kavandanud materiaalse baasi tunduva parandamise — 30% meditsiini arendamiseks eraldatud vahendeist suunata laste arstiabi arendamiseks — perinataalse suremuse tunduva vähendamise, enneaegsete ning alakaaluliste laste hooldamise tingimuste parandamise (võrreldes 1984. a. näitajatega suureneb sünnitusmajade ja vastsündinute patoloogiaosakondade varustatus tehniliste vahenditega 20 korda) ning arstiabi kvaliteedi tõstmise kaudu. Kõneleja hindas laste arstiabi Eestis. Kuigi laste suremus on suhteliselt väike, tuleb tunduvalt enam tähelepanu pöörata naiste, eriti rasedate tervisele, sest sellest sõltub tulevase lapse seisund. Vaja on tõhustada pediatrite ja akušöörigünekoloogide koostööd, välja arendada meditsiinilise geneetiline konsultatsioon.

Polikliinilises võrgus peavad jaoskonnapediaater ja meditsiiniõde tegema perekonnaga sihipäraselt tööd tervete eluviiside juurutamisel ning oma teadmiste tõstmisel kõikides pediatriavaldkondades, eriti aga vastsündinua füsioloogia ja patoloogia alal.

Statsionaarne abi peab esteetilise ja hügieenilise mikrokliima kõrval haigete tagama kõrgekvaliteedilise, individuaalse ja põhjendatud arstiabi kõikidel erialadel.

Meie vabariigi pediatrilise abi tulemustest ja ülesannetest rääkis allakirjutanu. Ajavahemikul 1980... 1985 paranes laste meditsiiniasutuste materiaalne baas tunduvalt, eriti rajoonikeskuste haiglates. Suurenes pediatrite arv, täideti NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu



Foto 2. Lastearstide kongressi plenaaristung toimus V. Kingissepa nim. TRA Draamateatris. K. Mirka fotod.

määruse nõue pediatrizaoskondade laste arvu vähendamise kohta. Eelmisest kongressist möödunud aja jooksul on paranenud laste arstiabi iseloomustavad statistilised näitajad, paranenud ka arstiabi kvaliteet nii profülaktika kui ka ravi ja diagnoosimise osas. Siiski jääb materaal- tehnilise baasi parandamisel veel palju ära teha, on vaja saavutada vastavus pediatrite arvu ja pediatrizaoskondade arvu vahel, tõsta kõigi lastearstide kvalifikatsiooni. See on laste tervise tagamise ja suremuse vähendamise eelduseks. Suurt tähelepanu tuleb järgmistel aastatel pöörata teadlaskaadri ettevalmistamisele ja teadustöö edendamisele.

Sektsiooniistungitel olid kavandatud ka ettekanded kongressile saabunud teeside alusel, millele lisandusid fikseeritud sõnavõttud ja stendil esitatud ettekanded. Neonatoloogia-sektsioonis kuulati nelja ettekannet vastündinute adaptatsiooni (dotsent A. Ormisson), kardiovaskulaar-süsteemi haiguste (meditsiinikandidaat L. Suurorg), perinataalse neuroloogia (dotsent T. Talvik) ja infektsioonide alalt (dotsent G. Mitrofanova). Anti ülevaade tähtsamatest sellealastest saavutustest NSV Liidus, samuti suunad neonatoloogia-teenistuse arendamiseks ja suremuse vähendamiseks. Sektsiooni tööd juhtinud prof. K. Sotnikova mainis lõppsõnas, et neonatoloogia on täiesti eriline arstiabi vorm, mis nõuab eriettevalmistust, väga põhjalikke teadmisi mitmetel meditsiinierialadel (iga 2. laps sünnib suure riskiteguriga). Intrauteriinese infektsiooni, vastündinute adaptatsiooni ja hoolduse küsimused tuleb lahendada vastavuses nüüdisaja teaduse saavutustega.

Allergoloogia-sektsioonis kuulati nelja ettekannet (meditsiinidoktor V. Botvinjeva, M. Pärlist, prof. T. Sukovatõh, allakirjutanu) immunoloogilistest nihestest allergiliste haiguste puhul, bronhiaalastma diagnoosimisest ja ravist, ravimiallergiast ning obstruktsioonisündroomist varaealistel lastel. Rasedate ravimabi ja laste allergiseerumise seostest rääkis prof. S. Gavalov (Novosibirsk), psüühiliste faktorite osatähtsusest astma arenemisel prof. I. Pagava (Tbilisi). Kongressil tõsteti meie vabariiki esile tulemuste eest, mis on saadud laste allergiliste haiguste diagnoosimisel ja ravimisel. Ühtlasi märgiti vajadust varakult välja selgitada allergilisi riskiteguritega lapsed ja leida rohkem võimalusi keeruliste, kuid informatiivsete laboroorsete uuringute tegemiseks.

Pediatrilise abi organisatsiooni sektsioonis kuulati nelja ettekannet (E. Tomberg, meditsiinikandidaat I. Pilv, R. Soonets, prof. R. Silla) varaealiste laste profülaktilise teenindamise, riskirühma laste väljaselgitamise ja dispanseerimise, tihti haigestuvate laste tervistamise ning kehalise kasvutase teemadel. Erilist huvi pakkus prof. R. Silla ettekanne noorsoo tervise tugevdamise reservidest meie vabariigis. Prof. J. Barašnjov (Moskva) rõhutas pärilikkuse osatähtsust lapsea patoloogias, mistõttu on näidustatud geneetiliste, biokeemiliste ja immunoloogiliste uurimismeetodite sisseviimine pediatrizaose pärilike haiguste avastamiseks. Autor on välja töötanud diferent-

siaaldiagnostiliste tabelite süsteemi pärilike haiguste diagnoosimiseks eri etappidel.

Dotsent M. Zaprudnov (Moskva) käsitles laste gastroduodenaalse piirkonna haigusi. Lastel on ülekaalus mao- ja kaksteistsõrmikuhaigused, mille patogeneesis tähtsaim on refluks. Sapiteede patoloogilised muutused on sekundaarsed ja enamasti funktsionaalsed.

Lastekirurgia-sektsioonis käsitleti vastündinute mädaseptilisi haigusi ja nefroloogia- ning uroloogiaprobleeme lapseas.

Eesti Lastearstide Seltsi aruande esitas juhatause esimees dotsent L. Tamm. Seltsi töö hinnati rahuldavaks. Sõnavõttudes märgiti pediatrite vähest aktiivsust seltsi üritustest osavõtul: mitte kõikides rajoonides ei tööta seltsi filiaalid. Kohtadel ja juhtorganites tuleb päevakorrale võtta teadustöö arendamine (I. Laan, A. Vares, A. Ormisson ja allakirjutanu). Uus seltsi juhatus valiti 24-liikmeline, esimeheks valiti taas L. Tamm.

Lastearstide kongressi otsuses määrati pediatrite esmase ülesandena kvalifikatsiooni tõstmise vajadust ja näidati selleks võimalused.

Mall-Anne Riikjärv

Ülevabariigiline juhtivate terapeute nõupidamine, millest võttis osa ligikaudu 200 terapeuti, tervishoiujuhti ja teadustöötajat, toimus 14. mail 1985 Tallinnas.

Nõupidamise avas tervishoiuminister V. Rätsep. Ta analüüsis terapeute tööd ja nende ülesannetest rääkides rõhutas jaoskonnaterapeudi tegevuse intensiivistamist, ülddispanseerimist, voodifondi ratsionaalset kasutamist, terapeute kvalifikatsiooni tõstmise vajadust. Põhiettekanne meie vabariigi teraapiaprobleemidest oli allakirjutatult. Ettekandes oli peatähelepanu pööratud terapeutilise abi parandamisele polikliinikes, diagnoosimise ja ravi kvaliteedi täiustamisele, tervete ja haigete dispanseerimisele, mida kõike peaks soodustama arstiiaoskondade suuruse vähendamine. Voodifondi kasutatakse ebaotstarbekalt, sageli on riigipühadel ja puhkepäevadel haiglavoodid tühjad. Haiglaravi kestus paljude haiguste korral on pikk Pärnu, Jõgeva ja Haapsalu rajoonis. Tallinna haiglates valitseb suur puudus terapeutiliste haigete voodikohtade järele, seda märkis ära ka NSV Liidu Tervishoiuministeriumi kontrollkomisjon 1984. aastal. Arstide kasvutusprobleemid, arstietika ja meditsiinideontoloogia jäävad päevakorrale ka edaspidi. Liiga harva kutsutakse kokku arstide konsiiliume. Peaterapeutide tegevus terapeute täienduskursustele saatmisel on puudulik.

Ettekandes oli juttu ka 1986. aastal toimuvast Eesti terapeute VIII kongressist, mille põhi-teemad on terapeutilise abi järjepidevus ja etapilisus seoses spetsialiseerumisega, polüsüsteemsete haiguste diagnoosimine ning uut terapeutiliste haiguste profülaktikana, diagnoosimises ja ravis. Kongressiks ettevalmistamises peaksid osalema kogu meie vabariigi, mitte ainult Tallinna ja Tartu terapeudid ning kohe tuleks alustada oma

töö- ja teadusuuringute tulemuste analüüsi ning üldistamisega.

Terapeutide ülesannetest ajutise töövõimetusega haigestumise vähendamisel peatus tervishoiministeeriumi peaekspert L. Maurer, tervishoiministri abi I. Plakso kõnele Suure Isamaasõja veteranidele ja nende perekondadele antava arstiabi parandamisest. Tallinna Vabariikliku Haigla terapeuti T. Joabi ettekanne käsitles rasedate terapeutilist abi. Läbirääkimistel võtsid sõna Seli Haigla peaarst J. Viidebaum, Tartu peaterapeut S. Aru, Kohtla-Järve peaterapeut L. Liblik, tervishoiministeeriumi peakardioloog B. Liberman ja peapulmonoloog L. Jannus.

Natan Elštejn

Üleliiduline sanitaarharidusmajade peaarstide nõupidamine toimus 27. ja 30. maini 1985 Tallinnas. Seminarnõupidamise põhiteema oli joomarluse- ja alkoholismivastane propaganda.

Avaettekannet oli NSV Liidu Tervishoiministeeriumi peavalitsuse juhatajalt V. Kovšilolt, kes analüüsis alkoholismivastase selgitustöö mitmeid vaatekohti, samuti tervishoiutöö ja rahvahariduse kvaliteedi eri aspekte. Tulevikueesmärk peab olema alkoholismi ja joomarlust ründav sanitaarharidustöö. Tervishoiministri esimese asetäitja O. Tamme ettekanne andis ülevaate meie vabariigis tehtud tööst alkoholi kuritarvitamise tõkestamisel. Üleliidulise Sanitaarharidustöö Instituudi direktori V. Popovi ettekanne käsitles tervete eluviiside propagandat, meedikute teadmisi alkoholismivastase sanitaarharidustöö meetoodikas ning laialdase koostöö vajadust paljude ametkondadega.

Nõupidamisest osavõtjad said meie vabariigi tervishoiutöötajate ettekannetest teada mitmeid huvipakkuvaid andmeid, sanitaarharidustöös rakendatud uudeid põhimõtteid ja mõjutamisviise. Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst M. Kivilo tutvustas tegelikku tervishoiuõpetust ja sanitaarpropagandat meie vabariigis: see toimub koostöös raadio ja televisiooniga, kunstnike ja filmitootjatega, kirjastajate ja polügrafistidega, pearaskus aga on muidugi arstide õlgadel nende igapäevatöös. T. Aitsam ja S. Jõks rääkisid terve rahvaülikoolide osast laialdases sanitaarharidustöös, A. Volmer tööstus- ja põllumajandustöötajate tervishoiualasest väljaõppest, V. Baron sanitaarpropagandaalasest koostööst Eesti NSV ühinguga «Teadus», E. Striž alkoholivastase hoiaku kujundamisest laste ja noorte elulaadis.

Meditsiinidoktor L. Jannus tutvustas meie vabariigi tervise rahvaülikoolide tegevussuundi ja -põhimõtteid, haridustöötaja A. Ehala õpilaste hügieenialase kasvatuses eesrindlikke kogemusi, Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja A. Klink tervishoiuõpetuse propageerimise võimalusi rajooniajalehe veergudel.

Seminarnõupidamine läks hästi korda. Ava-meelsed mõttevahetused ja üksteise kogemustega tutvumine andis kasu kõigile.

Vello Laos

Ülevabariigiline juhtivate pediatrite nõupidamine toimus 6. ja 7. juunini Viljandis. Nõupidamise avas EKP Viljandi Rajoonikomitee esimese sekretär R. Elvak. Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarst R. Kariis tutvustas uue haigla sõlmprobleeme. Meie lastearstide ülesannetest 1984. aasta töötulemustest lähtudes rääkis allakirjutanu.

Mullu paranesid laste arstiabi iseloomustavad mõningad statistilised näitajad. Kahjuks ei tegelda kohtadel nende näitajate kompleksse analüüsiga ega võrrelda neid teiste rajoonide statistiliste näitajatega, mistõttu jäävad kavandamata ja rakendamata meetmed töö paremaks korraldamiseks. Lastearstide töös esinevaid puudujärke püütakse põhjendada ülekoormusega. Pediatrite kvalifikatsiooni tõstmisele ei pöörata küllaldaselt tähelepanu, vaid üksikutes rajoonides on alustatud pediatrite ja keskastme meditsiinipersonali teadmiste kontrolliga. Resultatiivse tervishoiutöö eelduseks on eelkõige kõrge kvalifikatsiooniga pediatater ja jaoskonnameditsiiniõde. Eriti tähtis on lastepolikliinikute osakonnajuhatajate ja rajoonipeapediatrite töö — nende nõudlikkusest ja suhtumisest oleneb suuresti osakonna või rajooni arstiabi kvaliteet. Samuti on vaja parandada nii tervete (eriti varaealiste laste) kui ka haigete dispanseerimist, polikliinikutes moodustatud komisjonide töö peab olema enam tähtsusutatud.

Haiglate juhatajad, eriti rajooni keskhaiglate peaarstid, peavad koos haigla administratsiooni ja rajoonipeapediatritega lahenduse leidma kõikidele küsimustele, mis kerkivad seoses lasteosakondade voodipäevaplaani alatäitmisega. Jaoskonnapediatrite kvalifikatsiooni tõstmiseks on vaja igakülgset analüüsida haiglatööd, eriti hilinevad hospitaliseerimise, üliiraske seisundis haigete hospitaliseerimise seisukohalt.

Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla lasteosakonna tööd tutvustas osakonnajuhataja M. Pertel. Et osakonnas on kõige rohkem neuroosihaigeteid ja oligofreenikuid, on töö korraldamine seal komplitseeritud. Väike on olnud pediatrite osa laste õigeaegsel suunamisel psühhiaatri konsultatsioonile. Kahjuks ei tegele osakond teaduslik-praktilise uurimistööga, mis meie vabariigis üldse on lastepsühhiaatria alal vägagi tagasihoidlik.

Lapse psüühilisel arengust perekonnas, selle eeldustest ja seda mõjutavatest teguritest rääkis pedagoogikakandidaat I. Ebber. On tähtis, et lastevanemad oleksid lastekasvatusest igakülgset teadlikud. Lapse harmooniliseks arenguks on esmatähtis tema tarvete rahuldamine, milleks on kindlustunne, emotsionaalne kontakt, liikumine, puhkus, normaalne ainevahetus, materiaalne kindlustatus, enese maksmapaneku võimalused. Nimetatud tarvete rahuldamisel, eriti esimestel eluaastatel, on lahutamatuks komponendiks kontakt emaga ja harjumuspärane ümbrus. Siit kerkivad probleemid ka meditsiinilistele, eriti varaealiste laste hospitaliseerimise puhul. Kui varaealine laps hospitaliseeritakse ilma emata ning ta sellega harjub, siis ongi tema psüühikas juba toimunud raske muutus, mis avaldub alles hiljem, täiskasvanueas. Ühiskondliku

kasvatuse tulemuseks võib olla emaarlastuse kadumine (vähenemine) laste vastu.

Viljandi rajooni prokuratuuri vanemuurija M. Aru tutvustas pediaatreile laste ja noorukite õiguserikkmisi Viljandi rajoonis. Prokuratuuri andmeil on õiguserikkmiste alged perekonnas ja kasvatuses — lastesõimed, üksikisad, kadunud emaarlastus, alkoholism. M. Aru pidas vajalikuks keelata sünnitamine neil, kes oma lapsi kasvatada ei suuda. Vaja on tõhustada rajoonidevahelist (nii meditsiinitöötajate kui ka täitevkomiteede vahel) informatsiooni rändavate hälvikperekondade kohta. Meedikud peaksid jälgima just hälvikperekondade lapsi. Ebanormaalsest olukorrast perekonnas tuleks kohe informeerida prokuratuuri.

Koosolijatele tutvustati Viljandi Rajooni Keskaigla laste- ja nakkusosakonda ning töökorraldust, samuti uut Nuia ambulatooriumi. Käidi ka hea töökorraldusega lasteasutustes ja koolides (Longi Algkool, Nuia Keskkool, Polli Lastepäevakodu). Ülevabariigilise nõupidamise kordamineku eest oleme tänuvõlgu Viljandi rajooni pediaatreile.

Mall-Anne Riikjärvi

Vabariiklik psühhiaatrite seminar toimus 7. juunil 1985 Tarvastu Psühhoneuroloogiahaiglas. Osales ligemalt sada psühhiaatrit kõikidest psühhiaatriaiglastest, rajoonide psühhiaatriakabinetidest ning internaatkodudest. Seminari sisustasid kaks külalisesinejat Moskvast: P. Muzõtšenko NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi farmakoloogiakomiteest ja A. Avedissova vaimse tervise keskusest. Farmakoloogiakomitee esindaja andis ülevaate antidepressantide kasutamiset depressiivses seisundis haigetel. Pikemalt peatus ta viimastel aastatel kasutuselevõetud originaalsetel kodumaistel antidepressantidel. Esineja mainis, et on saanud aeg, mil seni paarkümend aastat kasutusel olnud tritsükliliste antidepressantide ja MAO-inhibiitorite kõrval on üha rohkem hakatud tähelepanu pöörata nn. teise põlvkonna antidepressantidele. Huvitava faktina mainis ta, et mitmel maal on MAO-inhibiitorite kasutamisest loobutud. Pikemalt peatus P. Muzõtšenko sellistel antidepressantidel, mis on tuntud ka meie kliinilises praktikas, nagu inkasaan, asafeen, pürasidool ja tsefedriin. Muu hulgas mainis esineja, et ka meie vabariigi psühhiaatrid, eriti Tartu kliiniku ja psühhiaatria kateedri töötajad, on teinud inkasaani ja pürasidooli mahukaid kliinilisi uurimisi. Inkasaanil on mõõdukas antidepressiivne toime stimuleeriva komponendiga. Teda kasutatakse eelkõige tsüklotüümsete psühhikahäirete korral. Tritsüklilistest antidepressantidest erinevalt saabub inkasaani terapeutiline efekt kiiremini, juba 3...4 päeval. Inkasaani toimel ei teki ka märkimisväärseid kõrvalnähte, mis põhjustaksid patsiendi sotsiaalse staatuse häireid. Kui mõnel patsiendil kõrvalnähte esinebki, siis põhiliselt seemise ärevus ja erutuvusena. Selline pehme toime võimaldab inkasaani laialdasest kasutamisest ambulatoorselt, mida aga tritsükliliste antidepressantide puhul (isegi amitrüptiliini) ei saa esineja arvates alati

rakendada ega soovitatavaks pidada. Teise põlvkonna kodumaine antidepressant on ka asafeen. Inkasaani stimuleerivast toimekomponendist erinevalt on asafeenil kerge sedatiivne toime. Näidustusteks on somatogeensed neurootilised depressioonid, asafeeni võib edukalt kasutada ka gerontoloogias. Optimaalsed annused on 150...200 mg piires. Pikemalt peatus esineja mainitud preparaadidest pürasidoolil, omistades ka sellele pehme toime. Pürasidooli näidustuste spekter aga on laiem kui inkasaanil ja asafeenil. Annuse varieerimisel avaldab pürasidool soodsat toimet, alates neurootilistest depressiivsetest seisunditest kuni endogeensete depressioonideni. Eriti soovitatav on pürasidooli kasutada larveeritud depressioonide ravis. Viimast, kõige uudemat preparaati tsefedriini iseloomustades mainis esineja, et selle kohta teatakse suhteliselt vähe. Preparaat ei ole veel populaarne. Sageli on teda ravi ajal ennatlikult välja vahetatud mõne teise antidepressandi vastu. Üheks taolise ravitaktika põhjuseks arvas esineja seda, et enamikul juhtudel on tsefedriini seni kasutatud veel suhteliselt väikestes annustes. Ravikuuri on soovitatav alustada 50 mg tsefedriiniga kolm korda päevas, annust suurendada järk-järgult 400...500 mg-ni ööpäevas.

A. Avedissova rääkis piirseisundis haigete psühhiaatrilisest abist polikliinikutes ja üldhaiglates. Selliste haigete arv on aastast aastasse suurenenud. Üheks põhjuseks arvas ta psühhiaatrilise konsultatiivse abi laienemist. Piirseisundite põhikontingendi moodustavad psühhovegetatiivsete häiretega haiged, olenemata sündromoloogilisest või nosoloogilisest erinevusest. Neil on somaatiliste haigete sarnased funktsionaalsed somatovegetatiivsed häired. Siit ka nende nimetus — psühhosomaatilised haigused. Sellest tulevalt figureerib ebamääraseid diagnoose, nagu «vegetopaatia», «vasopaatia», «neurotsirkulatoorne düstoonia», «kardiopaatia». Mis aga oluline, neil haiguslikel seisunditel ei ole põhjuslikku seost elundüsteemide patoloogiliste muutustega. Sageli satuvad sellised haiged konsultatsioonile teiste erialaarstide juurde. On olnud juhtumeid, kus näiteks kirurgid on neid korduvalt opereerinud haigust leidmata. Olulise osa nendest moodustavad larveeritud depressioonidega haiged. Esineja tõi näite, et ühes Moskva linna rajoonis, kus kogu elanikkond oli dispanseeritud, oli esmaselt piirseisunditega haiged 31%. Põhjalikumalt peatus ta hüpohondriils-senestopaatiliste vaevuste all kannatajatel, tuues diferentseeritult ja kindlapiirilisel määral välja erinevaid vorme. Üks olulisemaid ja enam ettetulevaid taolisi seisundeid on senestopsühhalgia, mis ajalooliselt on tuntud psüühiliste valude nime all. Just nendele haigetele on kirurgid põhjendamatult teinud kõikvõimalikke operatsioone. Ettekande lõpus tegi A. Avedissova järgmised ettepanekud: polikliinikud ja üldmeditsiinivõrk vajavad psühhiaatrilist teenistust selliste arstidega, kellel on kogemusi nii suures kui ka väikeses psühhiaatrias ning kellel on küllaldaselt teadmisi psühhosomaatikas ja funktsionaalses patoloogias. Lähemas tulevikus on polikliinikute juures vaja avada

psühhiaatria konsultatiivkabinetid. Seejärel luua piirialase psühhosomaatilise profiiliga osakonnad suurtes haiglates. Ettekanded tõstatasid rohkesti küsimusi ja kutsusid esile elava mõttevahetuse psühhiaatrilis-psühholoogiliste teadmiste ja oskuste laialdasema õpetamise üle.

Vaino Vahing

Teine ülevenemaaline teaduskonverents «Lümfologia aktuaalsed probleemid» toimus 29. . . 30. maini 1985 Moskvas Arstide Täiendamise Keskinstituudis. Arutati eksperimentaalse ja kliinilise lümfologia kui noore teadusharu saavutusi ja uurimissuundi. Töö toimus kolmes sektsioonis. Kuulati ära 45 ettekannet ja esitati 40 ettekannet stendil.

Plenaaristungi avasõnavõtus kõneles instituudi operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri juhataja prof. J. Võrenkov lümfologia ajaloo kohta. Ta käsitles tänapäeval domineeriva mikrolümfologia edusamme, mille osa kliinilises meditsiinis on suurenenud. Prof. A. Georgadze ettekanne tutvustas kolme korduvalt retsidiveerunud kroonilise pneumoonia juhtu, mille tegelik põhjus oli *ductus thoracicus*'e perforatsioon, lümfotooraks, mis oli diagnoosimata jäänud. Pärast lümfijuha defekti kõrvaldamist kirurgilisel teel patsiendid tervistusid (järelkontroll 5 aastat). Plenaaristungil esitati ka ainus ettekanne Eesti NSV-st, selleks oli H. Ainsoni ja E. Ainsoni «Lümfimoodustumise hormonaalse regulatsiooni iseärasusi».

Kliinilise lümfologia sektsioonis käsitlesid ettekanded endolümfiaalset antibiootikumravi kui roospõletike, mittespetsiifiliste kopsuhaiguste, meningoentsefaliitide ja mädapõletike kompleks-ravi osa; endolümfiaalset tsüstostaatikumide manustamist onkoloogiliste haiguste ravis, lümfoloogilisi uurimismeetodeid mao- ja pärasoolekasvaja diagnoosimises ning ravis, lümfosorptiooni kasutamise võimalusi, lümfireinfusiooni variante, mikrokirurgilist tehnikat lümfokirurgias.

Eksperimentaallümfologia sektsiooni istungil arutati lümfokorreksiooni probleeme nii kliiniku kui ka eksperimendi aspektist, lümfovenoossete anastomooside rajamist lümfiringluse häirete kõrvaldamiseks, *ductus thoracicus*'e kanüülimise tehnikat ja meetodeid, siiratud neeru lümfisoonte rekonstrueerimist.

Lümfisüsteemi struktuuri ja funktsiooni sektsiooni ettekanded käsitlesid südame mikrolümfisoonte anatoomiat, maksa lümfiringet eri patoloogiliste seisundite korral, peensoole ja selle lümfiringe ökoloogilisi muutusi, lümfisüsteemi morfofunktsionaalset seisundit südameinfarkti ägedal perioodil, südame lümfiringet pärast suurt verekaotust tekkinud kliinilist surma, elustamist.

Konverentsil tuli esile tees, et mikrolümfologia teeb NSV Liidus esimesi samme, põhiline töö on alles ees. Lümfologia probleemidest peab senisest enam kirjutama, teadusartikleid trükkis avaldama, sellest on kasu ka üldarstidele.

Järgmine lümfoloogide konverents toimub 1987. aastal Moskvas. Eesti NSV-st olid konverentsil H. Ainson ja E. Ainson (Tallinnast) ning allakirjutanu (Saaremaalt).

Hannes Haavel

Transfusioloogiakonverentsid «Immuundoonorlus» ja «Transfusioloogia aktuaalsed küsimusi» toimusid 4. . . 6. juunini Kirovis. Kolme päeva jooksul esines hulgaliselt instituutide ja verejaamade spetsialiste.

NSV Liidu Meditsiiniakadeemia teadusnõukogu «Hematoloogia ja transfusioloogia» uurimistöödest 1984. aastal ja arenguprobleemidest 1985. aastal rääkis nõukogu esimees prof. A. Fedotenkov. Järgnesid veel probleemikomisjonide esimeeste V. Kotšemasovi, V. Klimanski jt. ettekanded. Konverentsidel käsitletud probleemidest nimetaksin eelkõige järgmisi.

Doonorivere varumise näitajate planeerimisel on edaspidi vaja arvestada rahvastiku struktuuri, raviasutuste vajadusi ja verejaamade materiaaltehnoloogilist baasi. Doonorivere verekomponentideks ja -preparaatideks ümbertöötlemist tuleb veelgi laiendada; on vaja plasma täielikult ära kasutada, senisest laialdasemalt peaks kasutama erütrotsüüte. Plasma saamisest tuleks sagedamini üle minna plasmafereesi meetodile, seejuures enam kasutada kahekordset plasmafereesi. Seda meetodit on vaja rakendada ka krüopretsipitaadi, natiivplasma, seerumite saamisest ka reservdoonoritelt. Doonoriverd tuleks koguda täisannustes, s. o. 400 ml igalt doonorilt. On vaja laiendada immuunpreparaatide tootmist, välja jätta intravenoosselt manustatavate immunoglobuliinide valmistamise meetodika, samuti leida ja toota parema kliinilise tulemusega vereasendajaid piisaval hulgal. On vaja uusi normatiivse doonorivere, selle komponentide ja preparaate ning vereasendajate kulu ja vajaduse üldkoguse arvestamiseks, seda tulenevalt haigla ja haiglavoodikohtade profiilist. Väga paljudes verejaamades on suur vajadus mitmesuguse aparatuuri, ka plastikaara järele. Oluliseks peeti, et doonorivere fraktsioonideks eraldamine toimuks tööpäeval kahes vahetuses, selle järele on tungiv vajadus. On vaja süvendada üliõpilaste ja arstide transfusioloogiaalast ettevalmistust, nende teadmiste täiendamist uusimate andmetega, mille hulk üha kasvab.

Konverentsi resolutsioonis nähti ette meetmed verejaamade töö täiustamiseks.

Epp Veski

Üleliiduline konverents «Nüüdisaegse psühhoneuroloogia aktuaalsed probleemid» toimus 6. . .

7. juunini Voronežis. Kavas oli neli uurimisprobleemi: skisofreenia etioloogia, neuroimmunoloogia, immunopatoloogia osatähtsus psüühiliste haiguste patogeneesis ning skisofreeniahaigete ravi mittetraditsiooniliste vahenditega.

Skisofreenia etioloogias on endiselt päevakorral viirused, kuid uurimistulemused ei ole veenvalt kinnitanud nende osa skisofreenia tekkes.

Neuroimmunologia valdkonna tööd käsitlesid immuunsüsteemi ja kesknärvisüsteemi omavahe-
liste seoste uurimist. Praeguseks on avastatud
mitmeid ühendeid, mis produtseerituna kesknär-
visüsteemi poolt mõjutavad oluliselt immuunsüs-
teemi talitlust (endorfiinid, enkefaliinid), ning on
ühendeid, mis produtseerituna immuunsüsteemi
poolt mõjutavad kesknärvisüsteemi tegevust
(müelopeptiidid).

Üha põhjalikumalt on tundma õpitud immuun-
süsteemi patoloogia osatähtsust psüühiliste hai-
guste patogeneesis, on leitud mitmeid ajukoe
suhtes spetsiifilisi valke, mille antikehi leidub
skisofreeniahaigete veres (S-100 valk, närvisüs-
teemi suhtes spetsiifiline enolaas). Samuti nenditi
mitmes töös lümfotsüütide funktsionaalse aktiiv-
suse langust skisofreenia puhul.

Viimasel ajal on neuroleptikumide kõrval hakat-
ud uurima ka immuunsüsteemisse toimivate
ainete kasutamise võimalusi psüühiliste häirete
ravis. Esitati levamisoolravi tulemusi skisofreenia
korral. Eriti efektiivne on levamisool ravimi-
resistentsetel skisofreeniajuhtudel.

Lõppsõnas märgiti, et tööd olid aktuaalsed ning
juhtisid tähelepanu psühhiaatria perspektiivsetele
uurimissuundadele.

Tartust olid konverentsil prof. L. Allikmets,
ÜMPI vanemteadur L. Toomaspoeg ja allakirju-
tanu, kelle ettekandeid hinnati kõrgelt. Külalisi-
tena võtsid konverentsist osa nimekad bioloogilise
psühhiaatria spetsialistid Tšehhoslovakkiaast ja
Jugoslaaviast.

Olev Toomla

**Kolmas üleliiduline sümposium alkoholismi
bioloogilistest alustest** toimus Kiievis 18... 20.
juunini 1985.

Sümposiumionit võttis osa ka võrdlemisi palju
väliskülalisi. J. P. von Wartburg Sveitsist esines
huvitava ettekandega ägedast ja kroonilisest alde-
hüüdsündroomist, B. Tabakoffi (USA) ülevaadet
alkoholi mõjust neuromediatoorsele retseptorile
teile illustreeris slaidiprogramm, sama probleemi
käsitlesid ka Soome firma «Alko» teadlased
E. Korpi ja K. Kiianmaa, G.-E. Kühne (Saksa DV)
kõneles kaltsiumi ja kalmiduliini osast alkoholismi
patogeneesis, B. Nickel (Saksa DV) mõninga-
test elektrofüsioloogilistest muutustest ajus alko-
holismi eri staadiumeis.

Mitmed väliskülalised — K. Sharma, S. Subrah-
manyam (India), W. Feuerlein (Saksamaa LV),
S. Simek (Ungari RV), V. Hudolin (Jugoslaavia
SFV) — tutvustasid oma maa narkoloogilise abi
organisatsiooni.

Meie teadlaste ettekanded olid väga erinevatel
teemadel, esile võiks tõsta uurimuse dofamiinisüs-
teemi ja alkoholismi seoste ning aldehyüdsünd-
roomi aspekteid kohta (I. Anohhina, J. Ostrovski,
L. Pantšenko jt.).

Kiievi sümposiumion andis ülevaate tänasest olu-
korrast alkoholismi bioloogiliste aluste uurimisel.
Laialdastele erisuunalistele uuringutele vaata-
mata ei olnud n.-õ. sensatsioonilisi teateid ei
alkoholismi patogeneesi ega ka uute ravivõima-
luste kohta.

Anti Liiv

Arstide seltsides

Eesti Gastroenteroloogide Seltsis peeti 1984...
1985. aastani neli koosolekut. Kõige ulatuslikum
neist oli 18. ja 19. oktoobril 1984 Tartus toimunud
TRÜ arstiteaduskonna (organiseerimiskomitee
esimees prof. V. Salupere) ja seltsi ühissümposi-
on «Maovähieelsed haigused». Epidemioloogii-
liste, kliiniliste, morfoloogiliste ja immunoloogii-
liste uurimiste tulemuste põhjal arutati kroonilise
gastriidi, maohaavandi, maopolüpoosi ja varajase
maovähi probleeme. Peale meie spetsialistide
ettekannete oli lisa ka Dnepropetrovski, Riia,
Kurgani ja Moskva gastroenteroloogidelt ja mor-
foloogidelt. Sümposiumionit ettekannete kohta ilmub
1985. aastal artiklite kogumik.

10. detsembril toimus Tallinnas koosolek, kus
H. Pärn, A. Koldits, Ü. Heinla, H. Jaanson, P. Pais,
R. Tammur, I. Kuusk ja A. Tamm analüüsisid
teemade kaupa Leningradis 1984. a. oktoobris
toimunud III üleliidulise gastroenteroloogide
kongressil arutatut. Esinejate arvates olid kong-
ressil käsitletud teemad aktuaalsed ning ette-
kanded huvitavad, soovida aga jättis organisatoo-
ne külg. Puuduseks peeti programmi ülekoor-
matust, mistõttu paljud päevakorras olnud ette-
kanded ajapuudusel ei toimunud ning arutelu
ettekannete kohta jäi kongressil kesiseks.

19. märtsil Tartus toimunud koosolekul käsit-
leti maosekretsiooni uurimist. Põhiettekande
esitas pH-meetria metodika alal üks tuntumaid
spetsialiste NSV Liidus, prof. E. Linar Riias.
Mao pH-meetria pikaajaliste kogemuste varal
käsitles ta pH-meetria põhiluseid ja kliinilise
kasutamise võimalusi. Prof. E. Linar tutvustas
mao pH uurimise uut aparatuuri, mida toodetakse
Riias ka teiste liiduvabariikide tarbeks. Penta-
gastriintestist rääkis R. Salupere, esitades oma
andmed, mida ta on saanud suhkruhaigete ma-
sekretsiooni uurimisel nimetatud meetodil.
R. Taru ettekanne käsitles maosekretsiooni uuri-
mist enne ja pärast vagotoomiat, arutluse all
olid haavandi paranemise ja maosekretsiooni
vahelised seosed. A. Tammelt oli ettekanne see-
rumi pepsinogeeni määramisest ning selle tähtsu-
sest maosekretsiooni kaudsel hindamisel. Ta tõi
andmeid, mis on saadud koostöös Helsingi Mei-
lahti Haigla biokeemialaboriga.

19. aprillil toimus Tallinnas käesoleva tööaasta
viimane koosolek, kuhu olid esinema kutsutud
Z. Lemeško ja G. Grigorjeva Moskva I Meditsiini-
instituudist. Neist esimene kuulub akadeemik
V. Vassilenko akadeemilisse tööruhmasse ning tege-
leb ultrahelidiagnoosimisega. Tema põhjalik ja
hästi illustreeritud ettekanne käsitles ultraheli-



Foto. Eesti Gastroenteroloogide Seltsi järjekordsel koosolekul Tartus.

diagnoosimise meetodikat, näidustusi ja tulemuste interpreteerimist. Mainitud uurimisviis on esineja kogemuste põhjal haigele mugav ning sobib ambulatoorseks kasutamiseks. Arsti küllaldaste kogemuste puhul võimaldab see uurimisviis paljusid haigusi varakult avastada ning selle rakendamine oleks meie vabariigi suuremates gastroenteroloogiakeskustes hädavajalik. G. Grigorjeva ettekanne oli koloskoopias ning põhines esineja rikkalikel kogemustel ning Moskva I Meditsiiniinstituudi endoskoopialabori mahukal materjalil. Olgu lisatud, et juba 15 aasta jooksul on igal tööpäeval tehtud keskmiselt 7 koloskoopiat. Seetõttu demonstreeris G. Grigorjeva muu hulgas ka meil harva diagnoositavaid soolehaigusi, nagu sooletuberkuloosi ja Crohni tõbe.

Lõpetuseks veel paar tähelepanuväärset saavutatut seoses gastroenteroloogide tegevusega Eestis. Esiteks oli rõõmustav, et seltsi esimees prof. K. Villako valiti 1985. a. mais Tampere Ülikooli audoktoriks. Kõrgeks hinnanguks kogu meie vabariigi gastroenteroloogidele on fakt, et Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Meditsiini-seltside Nõukogu tunnistas Eesti Gastroenteroloogide Seltsi töö vabariiklike seltside hulgas parimaks. Arvestades gastroenteroloogide aktiivset tegevust ning seda, et Eesti gastroenteroloogide kongressi seni ei ole toimunud, pidasid seltsi liikmed vajalikuks lähemal aastail selle korraldada. Kongress ja selleks valmistumine soodustaks mainitud erialaarstide kvalifikatsiooni tõstmist ning uute teadussaavutuste kasutuselevõttu.

*Heidi-Ingrid Maaroo*s

Eesti ja Leedu NSV Kardioloogide Seltsi ühis-konverents toimus 31. mail 1985 Tallinna Kiirabihaiglas. Põhiteemaks oli ägeda müokardiinfarkti konservatiivne ja kirurgiline ravi 80-ndail aastail.

Konverentsi juhatas prof. K. Valgma (Tartu), kes ütles ka avasõnad tervituseks. Prof. J. Blužas (Kaunas) esitas esimese planeeritud ettekande, kokkuvõtte Kaunase Kardioloogiakeskuse viimase 10 aasta tööst konservatiivsete ravivõtete kasutamisel ägeda müokardiinfarkti ravis. Kui aastaid tagasi tekitas muret kõrge üldletaalsus (nii müokardiinfarkti haiglaravieelsel kui ka haiglaravi etapil), siis praegu tänu südametegevuse monitor-jälgimise ning intensiivravimeetodite kasutuselevõtmisele on haiglaravil viibivate ägedat müokardiinfarkti põdejate letaalsus suuresti langenud, jäädes püsima 18% piirimaile. Prof. J. Blužase sõnade kohaselt ei ole haiglaravi ajal, hoolimata uutest ravimpreparaatidest (beetablokaatorid, kaltsiumiantagonistid, nitritid, antiagregaadid jt.), nende annustamise ning omavahelise kombineerimise viisidest, toimunud letaalsuses olulist nihet 18%-st allapoole. Seetõttu leiab prof. J. Blužas vajaliku olevat intensiivsemalt uurida ja kasutusele võtta trombolüütiline ravi, samuti koronaarangioplastika ja aortokoronaarne šunteerimine. Ehkki nimetatud ravimeetodid on veel mõndagi ebaselget, on ravitulemused nii NSV Liidus kui ka mõnes teises riigis paljulubavad, võimaldades vähendada senist letaalsusprotsenti. Kõneleja rõhutas ka kardioloogi ja kirurgi koostöö vajadust ägeda müokardiinfarkti ravis ning avaldas lootust, et alustatud lepinguline koostöö Kaunase Kardioloogiakeskuse ja TRÜ ÜMPI kardiologia- ja koronaarkirurgiasakonna vahel ägeda müokardiinfarkti ravivõtete senist kompleksi täiustab.

Järgmine ettekanne oli TRÜ ÜMPI röntgenangiokardiograafia laboratooriumi juhatajalt meditsiini kandidaadist J. Ehalt. Ta tutvustas ägeda müokardiinfarkti puhul trombolüütilise ravi näidustusi ning ravitulemusi, mis on saadud Tallinna Kiirabihaigla röntgenangiokardiograafia kabinetis. Et

medikamentoosse ja kirurgilise ravi vahele mahub uus ravimeetod — koronaarangioplastika, mis osal haigetel võimaldab soone ahenemise likvideerida ilma koronaaršunteerimiseta, ka sellest said kohalviibijad kuulda ja tulemusi röntgeniülesvõtetelt hinnata. Kõlama jäi, et kui ägeda müokardiinfarktiga haige saabub (saadetakse) röntgenangiokardiograafia kabinetti 4...8 tundi pärast valu algust, on pärgarteris oleva trombi lahustamise (trombolüüsimise) edukus 70...80%. Pärgarteri ahenemise võib koronaarangioplastika abil likvideerida kas vahetult pärast trombolüüsi või võimaluse puudumise korral ka järgmistel päevadel.

Meditsiinidoktor T.-A. Sullingu ettekandest nähtus, et pärgarteri ahenemise või seda arterit ummistanud trombi eduka lahustamise korral on edasises ravitaktikas aortokoronaarne šunteerimine selleks võimaluseks, mis 1980-ndail aastail on tunnistatud ägeda müokardiinfarkti ravi võtetest tõhusaimaks, suunates täiendavaid koguseid värsket verd hapnikuvaeguse all kannatavasse infarktipiirkonda. Ka ägeda müokardiinfarkti kirurgilise ravi puhul kehtib põhimõte, mida varem haige koronaarkirurgiakeskusesse jõuab (saadetakse), seda vähem on hapnikunälja läbi hukkunud müokardi ja seda suurem operatsiooni abil tagasivõidetava (päästetava) südamelihase mass ning seda madalam letaalsus. Praeguseks on Tallinna Kiirabihaiglas rakendatud kirurgilist ravi 108 haigele südamelihase infarkti ägedas staadiumis, kusjuures letaalsus haiglaravi ajal moodustab 5,5%. 6...96 kuud pärast aortokoronaarset šunteerimist tehtud kontrolluuringul on sedastatud, et 80% siiratud šuntidest on verevoole läbitavad ning funktsioneerib rahuldavalt.

Viimasena kõneles meditsiinikandidaat Ü. Plancken (Tallinn), kelle esitatud materjal kajastas järelkontrolli tulemusi nii konservatiivse kui ka invasiivse ravi korral. Saime teada, et kui edukale trombolüüsile oli järgnenud koronaarangioplastika või koronaaršunteerimine, oli 66...73% ravialustest poolteist aastat pärast ägedat müokardiinfarkti stenokardiavaevustest vabad. Nende koormustaluvus velergomeetria andmeil osutus kõrgemaks kui haigetel, kellel edukale trombolüüsile oli järgnenud vaid medikamentoosne ravi. Pooltel viimati mainitud puudusid järelkontrollil vaevused, pärgarter tromboseeris uuesti aga 37,5%-l haigetest. Esimese võrdleva süvauuringu (ühesugune vanus, sugu, ägeda müokardiinfarkti lokalisatsioon ja suurus, pärgarterite kahjustuste arv ja aste) tulemused näitasid, et kui konservatiivselt ravitust vabanen stenokardiavaevustest 33%, siis kirurgiliselt ravitustest 75%. Kui medikamentoosel ravil olijatest registreeriti korduvaid infarkte 7,8%-l, siis koronaaršunteerimise järgselt neid ei täheldatud.

Ägeda müokardiinfarkti ravi taktika on arstide seas 1980-ndatel aastatel saamas uue suhtumise osaliseks. Prof. J. Bluzase ettepanekut hakata Eesti ja Leedu Kardioloogide Seltsi ühisel töökoosolekuid korraldama kord aastas tuleks tervitada. Arutelu ägeda müokardiinfarkti

ravi alal lahtiseks jäänud küsimustes aitaks vastustele vaieldamatult lähemale jõuda.

Tiit Meren

Eesti Reumatoloogide Seltsi ja Viljandi Arstide Seltsi ühiskoosolek toimus Viljandi uues haiglas 29. mail 1985. Koosoleku avas haigla peaarst R. Kariis, kes andis uue haigla struktuurist lühikese ülevaate.

Esimeses ettekandes vaatlesid allkirjutanu, T. Jõgi ja K. Ulst podagrahaigete dispansseerimise tulemusi Tartus aastail 1982...1984. Dispansseeritud podagrahaigete arv Tartus on pidevalt suurenenud, sest seda haigust diagnoositakse nüüd paremini. 1982. aastal oli dispansseerisel arvel 23, 1983. aastal 34, 1984. aastal juba 60 haiget. Paranenud on ravi kvaliteet. Vaja oleks podagrahaigeid rohkem saata sanatoorsele ravile. M. Esko ettekandest selgus, et ka Viljandis on paranenud podagra diagnoosimine ja ravimine. Järgmises ettekandes analüüsis T. Päi pulssteraapia tulemusi süsteemset erütematoosset luupust põdevatel haigetel. Ettekandest selgus, et pulssteraapia (glükokortikoidide kasutamine ülisuurtes doosides) mõjub soodsalt nimetatud haiguse ägenemise korral. Viimane ettekanne oli prof. L. Päilt, kes andis ülevaate uuest reumaatiliste haiguste klassifikatsiooni projektist.

Ettekannetele järgnes elav mõttevahetus. Pärast koosolekut tutvuti uue Viljandi Rajooni Keskhaigla diagnoosimis- ja ravikorpustega, millest jäi meeldiv mulje.

Artemi Vapra

Üleliidulise Terapeutide Seltsi juhatus asutas 1984. aastal S. Botkini nimelise mälestusmedali, millega juhatuse presiidium või tema nimel ka vabariikliku terapeutide seltsi juhatus autasustab teenekaid teraapia erialal tegutsevaid arste.

S. Botkini mälestusmedali pälvivad meie vabariigist tervishoiuministrieriumi peaterapeut prof. N. Elšteini, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna kateedrijuhatajad professorid L. Päi ja V. Salupere, Eesti NSV teeneline arst A. Mardna ja Suurest Isamaasõjast osavõtnu, arst N. Bartelsen.

Mälestusmedalid anti autasustatuile üle 14. mail ülevabariigilisel juhtivate terapeutide nõupidamisel, kus neile tervitussõnu ütles tervishoiuminister prof. V. Rätsep.

Ljubov Piel

Meie juubilare



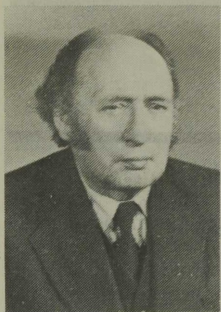
Ester Kindlam, kauaaegne ajakirja «Keel ja Kirjandus» vastutav sekretär, nimekas keeleteoimetaja ja meditsiinterminoloogia tundja, kes ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» on avaldanud üle 30 meditsiiniõhkoskeelt ja terminikorrastust käsitleva artikli, saab 27. oktoobril 70-aastaseks. Sündinud Narvas, seal sai ka alg- ja keskhariduse. Lõpetanud TRÜ ajaloo-keeleteaduskonna, kus õppis eesti keelt, eesti ja maailmakirjandust, rahvaluulet ja etnograafiat. Aastail 1945...1950 oli kirjastuse «Teaduslik Kirjandus» korrektooriosakonna juhataja, 1950...1953 ajalehe «Edasi» keeleteoimetaja. Juubilar on «Keele ja Kirjanduse» toimetuses töötanud aastail 1958...1984, ajakirja ilmumisest peale, vastutava sekretärina 1959. aastast alates. Kirjastuses «Teaduslik Kirjandus» töötades ja V. Tonkovi kolmekõitelist «Inimese anatoomiat» toimetades õppis ta tundma eestikeelse meditsiinterminite süsteemi loojat prof. A. Valdest, Temaga Uues Anatoomikumis sageli konsulteerides ja meditsiinterminite tuletamist arutades sai alguse juubilar tänaseni püsinud huvi meditsiinikeele vastu. Auväärselt teadlaselt sai ta kogemusi ning nägi imetusega, milliseid sõnavarasüsteeme keeles saab luua ja peab looma — nii on juubilar ise seda meenutanud. Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetusel on põhjust juubilar E. Kindlamit südamest tänada. Toimetuse pidev koostöö temaga on kestnud juba 1963. aastast, ta on olnud toimetuse keele- ja terminikonsultant, tema artikliseeria meie ajakirjas ja tema artiklikogumik «Meie igapäevane keel» on toimetusele ja lugejaile püsiväärtusega juhendandmestik tänaseni. E. Kindlam on pälvinud meie ajakirja laureaadi nimeuse, tema täpselt ja selgelt antud nõuanded ning soovitusel toimetusele, ka meditsiinterminoloogia komisjonile mis tahes terminiküsimustes on kaalukad ja suurt tänu väärt.



Hilja Liiskmaa, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla ordinaator, sai 1. augustil 60-aastaseks. Sündinud Hiiumaal väiketalupidaja perekonnas. Õppis Käina Algkoolis, Kärdla Reaalkoolis, 1945. aastal lõpetas Tallinna 4. Keskkooli. Aastail 1945...1952 õppis Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Kogu aeg on juubilar töötanud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas, kuni 1966. aastani oli ta jaoskonnapediaater, seejärel stationaaris ordinaator. Juubilar on esimese kategooria pediaater, korduvalt viibinud täienduskursustel. H. Liiskmaa on kõiki ülesandeid täitnud ääretu täpsuse ja suure vastutustundega. Aastaid on ta olnud Lõuna-Eesti lastearstide konsultant, aktiivselt ja püüdlikult on ta dispanseerinud ja ravinud suhkurtõbe põdevaid lapsi. Viljakas on olnud ka dietoloogiaalane tegevus Tartu lastekollektiivides ja ka lastehaiglas. H. Liiskmaa on väsimatu terviseõpetuse propageerija, raamatu «Lapse tervishoid» üks autoreid. Ta on hea diagnoosija, hea ja abivalmis kolleeg, kes muheda huumoriga lahendab nii mõnegi pingelise olukorra. Jõudu ja tahet on juubilaril jätkunud tööks rahvakontrolligrupis. Hea töö eest on H. Liiskmaad autasustatud paljude aukirjadega.



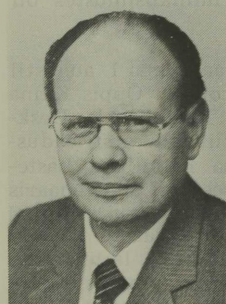
Asta Uibo, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja, sai 16. augustil 60-aastaseks. Sündinud Tartus töölis perekonnas. 1939. aastal lõpetas Uhla Algkooli, 1945. aastal Tartu 3. Keskkooli, ajavahemikul 1945...1951 õppis Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Tööle määrati Tartu Rajooni tervishoiuosakonda ravi- ja profülaktikainspektoriks. Samal ajal töötas Tartu Rajooni Kiirabijaamas arstina, 1952. aastast samas juhatajana, kohakaaslasena töötas ka Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. 1955. aastal asus lõplikult tööle sellesse haiglasse jaoskonnapediaatrina. Järgmisest aastast alates on ta olnud osakonnajuhataja. A. Uibo on esimese kategooria pediaater. Ta on täpne, nõudlik enda ja kolleegide suhtes, laia silmaringi ja suurte kogemustega lastearst. Eriti on ta huvitunud lastepulmonoloogiast, end pidevalt täiendanud. Juubilar on aktiivselt osalenud ametiühingutöös, olnud seltsimeheliku kohtu ja rahvakontrolligrupi liige. A. Uibot on autasustatud paljude aukirjade ja tervishoiu eesrindlase ning kommunistliku töö eesrindlase rinnamärgiga.



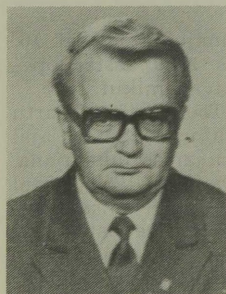
Simeon Ellervee, Eesti NSV teeneline arst, Tartu Rajooni Keskpolikliiniku peaarst, sai 29. augustil 1985 60-aastaseks. Sündinud Petserimaal talupidaja perekonnas. Lõpetas 1943. aastal Valga Kaubanduskeskkooli ja 1947. aastal Valga 1. Keskkooli. Aastail 1947. . . 1953 õppis TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas. Ajavahemikul 1953. . . 1957 töötas Tõrva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarstina ja kirurgina, seejärel oli Rapla Rajoonihaigla kirurgiaosakonna juhataja ning 1960. aastast samas peaarst. 1962. aastal määrati S. Ellervee Tartu Rajooni TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhatajaks. Hiljem oli ta Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst ja alates 1983. aastast praegusel ametikohal, olles rühtlasi ka Tartu rajooni peaarst. S. Ellervee on esimese kategooria tervishoiuorganisaator. Ta on olnud Tartu rajooninõukogu rahvasaadik, EKP Tartu Rajoonikomitee liige, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee liige. Hea töö eest on ta pälvinud V. I. Lenini juubelmedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, tema nimi on kantud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aaraamatusse.



Semjon Loifermann, Kohtla-Järve 3. Linnahaigla peaarsti asetäitja poliiklinilisel alal, Eesti NSV teeneline arst, sai 25. oktoobril 60-aastaseks. Sündinud Vinnitsa oblastis käsitöölise perekonnas. Aastail 1943. . . 1945 võitles Suure Isamaasõja rinnetel. Sõjas ülesnäidatud vaprust eest on teda autasustatud mitme ordeni ja medaliga. 1951. aastal lõpetas S. Loifermann Vinnitsa Meditsiiniinstituudi, seejärel määrati Märjamaa rajooni tervishoiuosakonna juhatajaks. Ajavahemikul 1955. . . 1975 oli ta Kohtla-Järve 2. Linnahaigla peaarst, kellena tegi palju ära laste arstiabi täiustamisel. 1975. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Tähelepanu keskmes on eriti olnud tootmiskoondise «Eesti Põlevkivi» töötajate arstiabi, dispanseerimine Uus-Ahtme polikliinikus. Juubilar on aktiivne olnud ka ühiskondlikus tegevuses. S. Loifermanni hea töö on pälvinud Tööpunalipu ordeni, V. I. Lenini juubelmedali, Eesti NSV Ülemnõukogu ning mitmeid teisi aukirju. Juubilar on kuulunud NLKP ridadesse 1950. aastast alates.



Toomas Karu, Tartu Riikliku Ülikooli spordimeditsiini ja viikehakkultuuri kateedri juhataja, professor, NSV Liidu Spordimeditsiini föderatsiooni presiidiumi liige, sai 22. augustil 50-aastaseks. Sündinud Tartus psühhiaatriaprofessor Elmar Karu esimese pojana. Lõpetas Tartu 1. Keskkooli 1953. a. ja astus samal aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonda, mille lõpetas 1959. a. kiitusega. 1959. . . 1961 töötas Tartu Linna Arstlikus Kehakultuuridispenseris spordiarstina, 1961. . . 1964 õppis Moskva Kehakultuuri Teadusliku Uurimise Keskinstituudi spordimeditsiini sektoris aspirantuuris. Kandidaadiväitekirja kaitses 1966. a., doktoriväitekirja 1976. a. Alates 1964. a. on töötanud TRÜ spordimeditsiini kateedris, 1971. a. selle juhatajana. Juubilar on 106 teadustöö autor, on osa võtnud enamikust vabariiklikest ning üleliidulistest spordimeditsiini konverentsidest ja korduvalt esinenud rahvusvahelistel spordimeditsiini konverentsidel. T. Karu juhendamisel töötati välja meditsiiniandmete automatiseeritud infosüsteem Moskva Olümpiamängudeks. Juubilari käe alt on võrsunud praegune Baltimaade spordiarstide pere, ta on juhatanud TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiinosakonda selle asutamisel alates. Juubilar on tuntud tööka ja organiseerimisvõimelise teadlasena, südamliku ja alati abivalmis kolleegina.



Vello Roos, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalkindlustusosakonna juhataja, sai 1. septembril 50-aastaseks. 1954. aastal lõpetas Jõhvis keskkooli ning 1960. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1960. . . 1962 oli Jõhvi Haiglas ordinaator, 1962. . . 1966 Kohtla-Järve 2. Linnahaigla peaarsti asetäitja, 1966. . . 1967 Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu usaldusarst, 1967. . . 1975 Kohtla-Järve Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja, 1975. . . 1976 Kohtla-Järve 3. Linnahaigla peaarsti asetäitja, 1976. . . 1983 Eesti NSV Rahvakontrollikomitee haridus-, teadus-, kõrgkoolide, tervishoiu- ja sotsiaalkindlustusosakonna inspektor. 1983. aastast on V. Roos töötanud taas Eesti NSV Ametiühingute Nõukogus. Juubilar on kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator. V. Roos on NLKP liige 1969. aastast, praegu Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu parteibüroo sekretäri asetäitja. Korduvalt on teda valitud Kohtla-Järve linna rahvasaadikuks. Ta on olnud Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee liige. V. Roosi hea töö on pälvinud V. I. Lenini juubelmedali, Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu aukirja.

Tähelepanekuid teaduskomandeeringult Prantsusmaale

Nõukogude Liidu ning Prantsuse Vabariigi koostöö teaduse ja kultuuri valdkonnas näeb ette vastastikust stažeerimist ja teadustöökomandeeringuid ka meditsiini alal. Vastavalt varem kooskõlastatud programmile õnnestus siinkirjutajal 1984. aastal viibida kolmekuulisel teaduskomandeeringul Pariisi V (René Descartes'i) Ülikooli Vaimuhaiguste- ja Ajukliinikus, Riiklikus Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudis ja firma «Rhône-Poulenc Santé» psühhofarmakoloogialaboratoriumides (kõik Pariisis). Peale selle õnnestus osa võtta prantsuse keelt kõnelevate maade gerontopsühhiaatria kongressist Marseille's ja samade maade psühhiaatrite psühhopatoloogia objektiveeritud registreerimise alasest konverentsist Pariisis. Programmi kohaselt oli komandeeringu põhieesmärk osavõtt kliinilise psühhofarmakoloogia ja psühhotropsete ainete farmakokineetika alastest töödest, selle kõrval tutvumine tervishoiu, eriti psühhiaatriapraktika ja uurimistööga laiemas mõttes ning meditsiinkaadri ettevalmistamisega.

Väljaspool ametlikku programmi külastasin prantsuse kolleegide küllakutsel veel Reimsi (Champagne'i regioon) psühhiaatriaasutusi.

Põhibaasiks komandeeringu vältel oli ülikooli kliinik, mida juhatab professor P. Pichot, Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooni eelmise juhatuse president. Kliinik asub ligikaudu 1000 voodikohaga Sainte Anne'i psühhiaatrialinnakus, mis asutati 1869. aastal, seega

8 aastat enne Tartu psühhiaatriakliinikut. Olgu öeldud, et viimases töötanud Emil Kraepelini mainimine seoses Tartuga kutsus alati esile tunnustava reaktsiooni. Psühhiaatrialinnakut, sealhulgas ka samas töötavaid ülikoolikliinikuid, majandab Pariisi linnavalitsus ja nad alluvad tervishoiuministeeriumile; ülikooli kliinikute juhtimises on ülikoolipoolne juhtkond autonoomne. Peale kateedri õppejõudude tegeleb kliinikus teadustööga veel eraldi finantseeritav teadustöörühm. Suure osa kliinilisest tööst haiglas teevad ära internid, paljudest maailma maadest pärinevad stažöörid ja arstiteaduskonna praktikan did, kelle tööd peale kateedri õppejõudude kontrollisid veel sageli vahetuvad osakonnajuhatajad. P. Pichot' kliinik töötab lahtiste uste režiimil ja ravialused võivad ravikuuri katkestada oma äranägemise järgi, mis raskendab süstemaatilist ravi tunduvalt. Sellele vaatamata võis haiglat ümbritsevas linnajaos majaseintelt lugeda loosungeid süüdistustega psühhiaatrilises represseerimises. Raskemalt haigeid raviti suletud režiimiga korpustes. Ühes sellises töötab psühhofarmakoteraapia pioneer P. Deniker, kloorpromasiini esmakasutaja psühhiaatrias (koos J. Deley'ga, kes 1960-ndate aastate üliõpilasrahutuste ajal ülikoolitööst tagasi tõmbus). Varem Sainte Anne'is töötanud psühhiaatria suurkujudest on meie psühhiaatritele vast tuntuim J. Magan.

Organisatsiooniliselt on 1960-ndatel aastatel alanud üleminek nn. asüüli-



Foto 1. Sorbonne'i Ülikooli sisehoovil.

psühhiaatrialt sektoripsühhiaatriale lõpule jõudmas. Sektoripsühhiaatria printsiip kujutab endast haiglavälise ja -sisese teeninduse koondumist samadesse psühhiaatriaüksustesse geograafilisest printsiibist lähtudes ja meenutab paljus meie ambulatoorsete tervishoiuasutuste koostööd statsionaariga. Sektoriprintsiip on üks Prantsusmaa sisepoliitikas praegu väga aktuaalse deentraliseerimise avaldusi. Sektor hõlmab umbes 70 000 elanikuga piirkonda, sektoripsühhiaatrias töötab kogu Prantsusmaal umbes 2500 psühhiaatrit. Rangat dispanseerimist ei ole veel välja arendatud. Üldiselt on psühhiaatrilise abi süsteem nagu kogu tervishoiukorralduski üpris heterogeenne. Näiteks ei ole psühhiaatria haiglate liigitamine riiklikeks, munitsipaalseteks, autonoomseteks-heategevuslikeks ja erahaiglateks veel täielik. Voodipäeva maksumus mitterahaiglates oli 1981. aastal esimese kategooria osakondades 1350 franki (üldhaiglates 1070 franki), teise kategooria osakondades 540 franki. Ravi psühhiaatria haiglas kestis keskmiselt 45 päeva. Psühhiaatriaalse konsultatsiooni eest tuleb maksta umbes 150 franki. Võrdluseks niipalju, et 1984. aastal oli minimaalpalk 40-tunnise töönädala puhul 4200 franki kuus. Ka ravikulude katmise süsteem sotsiaalhoolduse poolt on keerukas. Praegune sotsialistide valitsemisaeg on sotsiaalhoolekande ja meditsiini jaoks olnud varajasemaga võrreldes mõneti soodsam.

Diagnoosimisel lähtuvad prantsuse kolleegid enamasti ajalooliselt väljakujunenud prantsuse koolkonna põhimõtetest, millel rajaneb ka seal kasutusel olev psüühikahäirete klassifikatsioon. Paralleelselt peetakse silmas ka rahvusvahelist ja ameeriklaste DSM-III klassifikatsioone, eriti psühhiaatria- ja psühhofarmakoloogiaalaste uurimistööde publitseerimisel. Psüühikahäirete ravis võis tähele panna psühhoterapia mitmesuguste meetodite suhteliselt suurt osa, kusjuures sellega tegelevad ka psühholoogid. Psühhooanalüüs, käinud vahepeal üle lombi oma hiilgeaega ära elamas, on nüüd Prantsusmaale

tagasi jõudnud killustunud, süsteemitu järellainetusena, mis näis etendavat enamasti atraktiivse garneeringu osa tuntud psühhoterapiameetodite rakendamisel. Ortodokssed psühhooanalüütikud on koondunud kahte ühingusse, seal toimub ka väljaõpe. Bioloogilise ravi printsiibid ja meetodid ei erine põhimõtteliselt meil kasutusel olevaist. Nagu muudki ravimid, on ka psühhofarmakonid Prantsusmaal kõik kodumaise päritoluga. See eeldab arenenud farmakoloogia ja farmaatsiatööstuse olemasolu. Kasutusel on kõik psühhofarmakonide klassid samadel põhimõtetel nagu meie ravipraktikas. Annused on keskmiselt mõnevõrra suuremad, kus võimalik, kasutatakse depoovorme. Sageli kasutatakse ka elekterkonvulsioonravi. Keerukamaks teeb psühhiaatri töö sealmail, eriti Pariisis, patsientide etniline, rassiline ja keeleline kirevus. Nii juhtus minulgi esimeseks patsiendiks kodumaalt põgenenud Senegali noormees. Psüühikahäired, nende avaldumisvormid sealsetel haigetel ei erine siiski sellistest ilmingutest meie haigetel rohkem kui nende all kannatajad seal- ja siinmaal. Personali töö pinge ja täpsus on tugevasti mõjutatud ohust kaotada töökoht praegu valitseva senisest kõrgeima tööpuuduse tingimustes. Ametiühinguvõitlus on terav, minu sealviibimise ajal toimus internide streik palga kõrgendamise taotlusega, streik aga soovitud tulemusi ei andnud.

Psühhiaatria- ja psühhofarmakoloogiaalases uurimistöös valitseb suur huvi andmete objektiveerimise, unifitseerimise ja analüüsi mitmesuguste, sealhulgas automatiseeritud meetodite väljatöötamise vastu. Selleks evitatakse universaalseid kompuuterprogramme, mis on kohaldatavad mitmesuguste diagnostiliste kriteeriumide ja kliiniliste skaalade andmete töötlemiseks.

Ülikoolides tehtav teadustöö psühhofarmakoloogilise uurimistöö osas jääb materiaal-tehniliste võimaluste poolt farmaatsiafirmades tehtavast teadustööst tunduvalt maha, firmad omakorda on huvitatud ravimite kliinilisest apro-



Foto 2. Farmaatsiafirma «Rhône Poulenc Santé» hoone.

beerimisest (ka reklaami huvides) hea mainega keskustes. Sellest tingituna on välja kujunenud mõlemapoolselt kasulik tihe koostöö. Firma «Rhône-Poulenc Santé» biofarmaatsiainstituudi laboratooriumides torkas farmakokineetilistel uuringutel silma kõrge tehniline tase ja automatiseeritus, mis koos rangete töö täitmise tähtaegadega meenutas mõneti moodsat tootmist. Firma infokeskuses sai tellida teavet rahvusvahelise infopangaga ühendatud raali kaudu. Soovitud temaatikaga bibliograafia väljatrükkimiseks teatud ajavahemiku kohta kulus soovi esitamisest arvates mõni minut. Firma «Rhône-Poulenc Santé» koostöö NSV Liidu Farmakoloogiakomiteega näeb ette firma psühhotropsete preparaatide aprobeerimise Nõukogude Liidus. Osutus võimalikuks saavutada esialgne põhimõtteline kokkulepe Tartu uurimisrühmaga sellest koostööst osavõtuks.

Meditsiiniüliõpilasi oli Prantsusmaal 1983. aasta seisuga 139 000. Suuremad teaduskonnad (üle 13 000 üliõpilase) on Pariisi V ja VI ülikooli juures. 1980. a. alates on üliõpilasi arstiteaduskondadesse vastu võetud vähem (umbes 10% võrra aastas). Õpiaeg on jaotatud kolme tsükklisse. 1. tsükkel kestab kaks aastat, mille vältel võetakse läbi üldained. 2. tsükli kestus on neli aastat, alates 2. tsükli teisest aastast algab töö kliinikus, mis viimasel aastal on olnud tasuline. Pärast eksami sooritamist 2. tsükli lõpul pääsevad üliõpilased 3. tsükklisse, mis kujutab endast internatuuri üldmeditsiini, sanitaarteenistuse, meditsiinialase uurimistöö või kitsama eriala, sealhulgas psühhiaatria alal. Internatuur psühhiaatrias kestab neli aastat. Psühhiaatrite ettevalmistuses torkas silma iseseisva praktilise tegevuse suur osatähtsus. Et töökoha leidmine jääb enamasti igapäev oma asjaks, annab konkurentsiohkkond enesetäiendamise võimaluste aktiivse otsimise näol end selgesti tunda. Õppetöös on üha laiemalt kasutama hakatud videotehnikat.

Kolmekuulise komandeeringu muljete põhjal ei ole kahtlust, et vaimse tervise probleemid omandavad ka Prantsusmaal üha suuremaid mastaape. Psühhiaatria ja temaga seonduvad distsipliinid põimuvad üha tihedamalt ühiskonna ellu, nende osatähtsus meditsiinis suureneb.

Arno Adamsoo

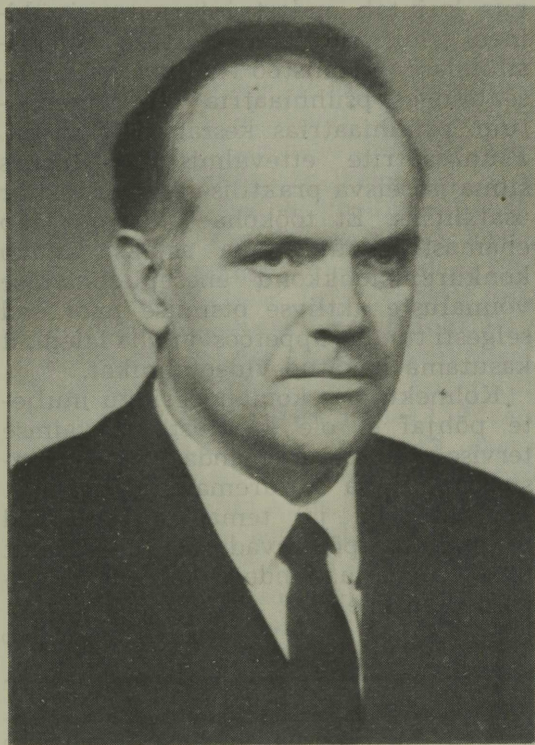
Emakakaelavähist põhjustatud suremus meditsiiniliselt läbivaatamata Islandi naiste hulgas on kümme korda suurem kui arstide poolt kontrollitutel Islandil alustati 1960-ndatel aastatel Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) finantsabiga laialdast sõeluurimist, mille eesmärk oli meditsiiniliselt kontrollida kõiki üle 25 aasta vanuses naisi. 1982. aastaks oli vähemalt üks kord kontrollitud 80 % naistest. Selle tulemusena suremus, mille põhjustas emakakaelavähk, vähenes 60 %. Sõeluurimisel tehakse emakakaela pinnalt võetud ägekihist preparaat, mida uuritakse patoloogiliselt muutunud rakkude suhtes. ÜTO peadirektor H. Mahler on öelnud, et Islandil õnnestub näidata, mida on võimalik ja mida tuleb teha vähitõrjes, kui vähiprofülaktilikas toimitakse õigesti.

Здоровье мира, 1985, 6.

In memoriam

Udo Luts

26. X 1927...24. II 1985



24. veebruaril lakkas tuksumast Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla kauaaegse peaarsti Udo Lutsu süda. Ligi 19 aastat oli ta juhtinud haigla kollektiivi. Keset parimat keskiga tabas teda raske haigus, mille vastu tänane meditsiin veel võimetu on.

U. Luts sündis 26. oktoobril 1927 Valgamaal Aakres talupidaja perekonnas kolmanda lapsena. Kooliteed alustas Aakre algkoolis, keskkooli sai Otepääl ja Tartus, kus 6. Keskkooli lõpetas hõbemedaliga. TRÜ arstiteaduskonnas

lõpetas õpingud ravi erialal 1954. aastal. U. Lutsu tööaastad algasid juba üliõpilaspõlves — juhtis kirjandusringi Tartu Pioneeride Palees, oli ordinaatori kohusetäitja Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas. Pärast ülikooli lõpetamist töötas Vändra Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti ametikohal 1959. aastani, seejärel Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarstina kuni 1978. aastani, mil jäi invaliidsuspensionile.

U. Luts oli teadmisjanuline, kes põhitöö kõrval töötas rajoonipsühhiaatrina, ka haiglais ordinaatorina, samuti kohtupsühhiaatriaekspertina, pidevalt tegeldes erialakvalifikatsiooni tõstmisega. Ta oli viibinud täienduskursustel Moskvast, Leningradist, Tartust, Stavropolis, Vilniuses ja mujalgi. Ta oli tervishoiu eesrindlane, kutsumusega psühhiaater, kelle aktiivne eluhoiak avaldus nii üliõpilaspõlves kui ka tööaastail. Ta kuulus rahvasaadikuna Vändra Rajooni RSN Täitevkomiteesse, EKP Tallinna Kalinini Rajoonikomiteesse, oli aastaid Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi liige. Eeskujuliku töö eest oli teda autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja teiste aukirjadega.

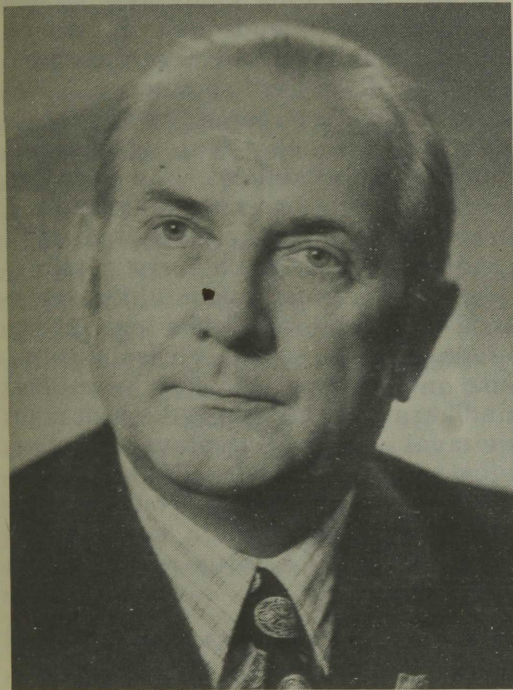
U. Luts oli võimekas peaarst, laia silmaringiga ja erudeeritud raviarst. Oma kolleegidesse ja haigetesse suhtus ta alati austavalt, oli väga taktitundeline ja abivalmis inimene. Tema korraldused peaarstina olid selged, suurt tervishoiuasutust ja selle töötajate peret juhtis ta arukalt ja hästi mõistetavalt.

Eriti tähelepanuväärsed on U. Lutsu teened haigete sotsiaalse rehabilitatsiooni ja tööravi kompleksel väljaarendamisel Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas.

Udo Lutsu surmaga kaotas meie arstikond suurepärase kolleegi, sõbra, võimeka peaarsti ja tervishoiujuhi.

Tallinna Vabariiklik
Psühhoneuroloogiahaigla

Proviisor Hailo Liias 15. II 1915 . . . 14. VII 1985



Viimased kolmkümmend viis aastat on tallinlased ja kaugemalt tulnud, kel olnud asja Raeapteeki, märganud seal asjalikku ja soliidset meest — apteegijuhatajat Hailo Liias. Paraku ei ole tublit proviisorit nüüd enam meie hulgas.

H. Liias sündis 15. veebruaril 1915 Härjanurme vallas Tartumaal raudteelase perekonnas. Ta lõpetas Tartus H. Treffneri Gümnaasiumi 1934. aastal ning Tartu Ülikooli farmaatsiaosakonna 1940. aastal. Kohe algas ka praktiline töö tervishoiu alal: mõned kuud Paide apteegis, seejärel komissarina natsionaliseeritud Rutikvere apteegis, edasi juhatajana Tamsalu ja Kehra apteegis. Järgnes küllalt palju energiat ja head tahtmist nõudev tegevus Eesti NSV Apteekide Peavalitsuses vanemfarmaatsiaainspektorina, mis kestis kuni oktoobri lõpuni 1950. Ja 1. novembril astus H. Liias Tallinna Raeapteegi uksest

sisse, et võtta oma kätte igivana tervishoiuasutuse juhtimine. Ta jäi oma kohale pensionipõlveni, mis algas käesoleva aasta veebruaris. Kogu pika aja vältel, mis ei nõudnud mitte üksnes ametikunsti, vaid ka oskust väarikalt esindada maailmakuulsat Tallinna Raeapteeki, olla hea peremees Eesti Apteegimuseumi väikesele ekspositsioonile, suutis H. Liias olla meelegi kindel ja sõbralik suhtlemises omade ja võõras-tega.

Pingelise töö kõrvalt õppides lõpetas ta 1963. aastal Tallinna Marksismi-Leninismi Õhtuülikooli ning kolm aastat hiljem proviisorite täienduskursused TRÜ arstiteaduskonna juures. Tal jätkus head tahet olla Eesti NSV Apteekide Peavalitsuse mittekoosseisuline farmaatsiaainspektor (1951), Apteeginõukogu liige (1955), Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee organisatsioonilis-metoodikakomisjoni liige (1963 . . . 1967) ja Tallinna Linna Keskrajooni TSN rahvasaadik (1969 . . . 1973). H. Liias kuulub ka au olla Eesti Farmatseutide Seltsi asutajaliige.

H. Liias põlvnis 1955. aastal tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, 1970. aastal V. I. Lenini juubelimedali. Ta oli Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja, väärides seda nimetust igati. Isegi viimastel aastatel, tervise halvenedes, säilitas ta pea-püsti-hoiaku ega kaotanud huumorimeelt. Kuigi, tõsi küll, naljatlustesse imbus vahetevahel üsna nukraid noote.

Nii see oli kuni 14. juulini 1985, mil Hailo Liias tabas kodus, keset ilusat päeva, kõige elava saatus — surm. Taas tuleb pöörata lehekülge vana Raeapteegi kroonikas, sest üks raeapteeker on igaveseks ära läinud . . . Huvastijätt kadunuga oli 18. juulil, tema põrm sängitati maamulda Kuusalus.

Heino Gustavson

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

Mõnest terminist: kas nimetav või omastav?

Ester Kindlam · Tallinn

Preparaat. Sõnal *preparaat* on teatavasti mitu tähendust, olenevalt kasutus-alast (kas keemia, bioloogia, farmakoloogia vm.). Tegevarst puutub kõige rohkem kokku **ravimpreparaatidega**. See liitsõna on moodustatud mõlema osise vahel valitseva ligikaudse sisulise mahuvõrdsuse printsiibil. Peamist tähendust kannab siiski liitumi viimane komponent — põhisõna *preparaat* —; nimetavaline esiosa ütleb, et tegemist on preparaadiga, mis on medikament. Niisuguse malli järgi kokkuseatud sõnakombinatsioone käibib keeles üsna rohkesti ja lisandub pidevalt. Tavakeelest sobivad siia näited internaatkool (s. o. kool, mis ühtlasi toimib internaadina), diivanvoodi, kittelkleit, kohviksöökla, kööktuba, näidendfilm, teatmikkalender, püksseelik ja — siinseile lugejaile lähemale tulles — *ravimtee*, *ravimpuder*, *ravimküünel* jne.

Moodustusviisilt pole vale ka *ravi-preparaat* (s. o. preparaat ravimise tarbeks, ravimispreparaat). Ja küllap on see vahel vajalik sisuliseltki, näiteks tekstis, kus on juttu eri laadi preparaadidest, nagu uurimispreparaadid mingi aine koostise või struktuuri kindlaks-

tegemiseks, demonstreerimispreparaadid bioloogiliste objektide näitlikustamiseks jne.

Annus. Seda sõna kaldutakse lisama nimetavalisele täiendsõnale ja nii on käibima pääsenud *ravimannus*, mida sellisel kujul on isegi soovitatud. Väär-tarvituse leviku tõrjumiseks selgitagem juhtumit lähemalt. Kui igapäevases lävimises oleks kellelgi vaja kasutada näiteks sõnu toiduannus, suhkruannus, vürtsiannus, rääkimata jäätise- ja söögiportsjonist, vedelikukogusest, piimahulgast, siis ta juba loomuliku keeletunde toel küll ei eksiks ega ütleks toitannus, suhkurannus, vürtsannus jne. Sõna *annus* (*doos*) tähistab ju millegi (kindlaksmääratud) hulka, kogust, meid huvitava juhtumil (teatavat) *ravimihulka*, *ravimikogust*. Järelikult moodustusviisilt ainukorrektne on esitatud näitesõnade analoogial kokkuseatud **omastavaline** liitum **ravimiannus** (**ravimidoos**).

Mis puutub **raviannusesse**, siis sedagi moodustist läheb tarvis, ja nimelt siis, kui mingi aine puhul tuleb eristada raviannuseid (s. o. terapeutilisi annuseid), mürgiseid (toksilisi) annuseid ja surmavaid annuseid.

Leebema suhtumise korral oleks mõeldav jätta rangelt taunimata, kui ravimi(te)st rääkides (näiteks ajalehekirjutistes) kasutatakse liitumit *raviannus* — s. o. annus, mis mingi tõve puhul toimib terapeutiliselt.

Sõltumus. Sellegi sõna liitumistüübi määramiseks pöörakem pilgud analoogilistele, keeles juba kindlaks kujunenud liitumitele (oskuskeel peab oma sõnavara kujundamisel järgima keeles üldiselt kehtivaid norme ja reegleid). Vaadeldaval juhul saab eeskujuna pakkuda liitsõnu filmitüdimus, s. o. tüdimus filmi(de)st, tõeteadlikkus, s. o. teadlikolemine tõest, tõelisusekaugus, s. o. kaugus tõelisusest, inimesekäsitlus, s. o. arusaamine inimesest, inimesemõistmine jne. Esitatud liitumite lahtimõtestamisel selgub, et sisuliselt on tegemist *st*-käändelise rektsiooniga (mida, muide, keele-

teaduses tähistatakse samuti *sõltumussõnaga*). Seega on õige liitsõna **ravimisõltumus**, mitte vägisi endale (teadmatusel) teed rajav nimetaviline **ravimisõltumus**.

Resistentsus. Et resistentsus tähendab vastupanuvõimet, vastupidavust, siis saavad sellel juhtumil abiks olla näited nagu tõvetundlikkus, s. o. tundlikkus tõve suhtes, tõvekindlus, s. o. kindlus tõve suhtes, ja teised seesugused *suhtes*-rektsiooniga konstrueeruvad moodustised. Et käibel on sõnakujud nakkusohtlik, haiguskindel, nakkustundlik, see ei kummuta eespool esitatud analoogia kehtivust: ka nende puhul on sisuliselt tegemist **omastavalise liitumisega**, kust aga *e*-häälik on kadunud, nii et on tekkinud nn. konsonantliitumused (vrd. haigusehoog = haigushoog, haigusekolle = haiguskolle, loodusekirjeldus = looduskirjeldus, looduseuurija = loodusuurija). **Vastupanuvõime** ehk **resistentsus** *ravimis* suhtes on järelikult (omastaviline) **ravimiresistentsus** (mitte **ravimiresistentsus**).

Selle eeskujul saame konstrueerida ka muid *resistentsus*-termineid, nagu organismi **bakteriresistentsus**, **antibiootikumiresistentsus** jts. Seda, et näiteks bakteritel endil on vastupanuvõime millegi suhtes, tuleb väljendada lahkukirjutuse abil: bakteri(te) resistentsus (külma või kuuma suhtes).

Ajakirja «Keel ja Kirjandus» toimetuse

Kroonika

Tervishoiuministeriumis

13. juuni kolleegiumi koosolekul kuulati Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori L. Priimäe ettekannet instituudi tegevuse kohta. Arutlust tegi kokkuvõtte tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, kes mainis, et instituudi tööd on kontrollitud NSVL Tervishoiuministeriumi algatusel ning eriti teadussaavutuste kasutuselevõtmist tervishoiupraktikas. Selles osas on instituudi töö regulaarne ja sihipärane olnud. Teadustöö teemaatika planeerimisel on silmas peetud direktiivdokumentide nõudeid, eesmärgiks on võetud tervishoiuasutuste ja tegevarstide abistamine. Tallinna Sanitaar- ja Epidemioloogiajamas hakkab peagi tööle viroloogialabor, siis alustatakse ka gripi diagnoosimiseks vajalike analüüside tegemist igal tööpäeval. Meie teadusasutused ongi ju selleks, et nad oleksid tänaste aktuaalsete meditsiiniprobleemide uurijad ja analüüsijad ning ka teadussaavutuste tervishoiupraktikas kasutuselevõtu algatajad. Edaspidigi jääb päevakorraks leitud leitud ja ratsionaliseerimisprobleemidega tegelemine, samuti teadlas-kadri järjepidev ettevalmistamine. Arvestades praegust kaadrit, on institutut oma ülesannetega toime tulnud. Arutelu sõna võtnud prof. P. Bogovski rõhutas, et progress oleneb eelkõige fundamentaaluurimistest, praktika abistamine on vaid osa teadusalasest tegevusest.

Koosolekul arutati veel nakkushaiglate desinfitseerimisprobleemide kinnipidamist, mille kohta andis üksikasjaliku ülevaate S. Propst, ja tervishoiuasutuste tuleohutuskoo tulemusi, millest tegi kokkuvõtte tervishoiuministeriumi valitsusjuhataja I. Intso.

Kolleegiumi koosolekust võttis osa EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna tervishoiusektori juhataja S. Nazarenko.

Vello Laos

Eesti NSV Tervishoiuministeriumi kolleegiumi eesotsas ministri esimese asetäitja O. Tammeaga arutas 17. juulil toimunud väljasõiduistungil koos Hiiumaa Rajooni RSN Täitevkomiteega 1983. aasta ühisotsuse «Hiiumaa rajooni elanike meditsiinilise abi olukorrast ja selle parandamise abinõudest» täitmist.

Hiiumaa Rajooni Keskhaiгла peaarst R. Mihelson märkis ettekandes, et kahe aasta jooksul on saare meditsiinasutuste võrk täienenud ajako-

hase Käina ambulatooriumiga, keskhaigla polikliiniku lasteosakond on saanud uued ruumid, remonditakse Emmaste ja Kõrgessaare ambulatooriumi ruume. Endiselt on väike ajutise töövõimetusega haigestumus ja madal laste suremus. Hästi on korraldatud laste ja rasedate patronaaz. Et Hiiu maal ei ole endiselt silma- ega kõrva-ninakurguarsti, on pidevalt konsultatiivset abi andnud Tallinna Vabariikliku Haigla spetsialistid. Liikuvu optikatöökoha tegevuse tulemusena on paranenud elanike prillidega varustamine. Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja A. Roosileht rääkis arstiabi andmisel esinevatest puudustest. Rajooni keskhaigla sanitaarseisund jätab soovida, ruumipuudus on nii statsionaaris kui ka polikliinikus. Ambulatooriumite asutuste töörežiim ei vasta nõuetele, pole õhtuseid ega laupäevaseid arstivastuvõtte. Puudusi on ka dispensaarseite haigete meditsiinidokumentide vormistamises. Rajoonis on joogivee kvaliteet viimastel aastatel halvenenud, aeglaselt lahendatakse Kärda kanalisatsiooniprobleeme. Sagenenud on soolenakkustesse haigestumine.

Hiiu maa Rajooni RSN Täitevkomitee esimehe esimene asetäitja E. Lepisto mainis, et kõigil rajooni majandevil on kavandatud plaanid looduskaitse- ja taimetäitmisel ja looduse reostuse vältimiseks XII viisaastakul. Plaanikomisjoni esimees M. Udurand teatas, et uuel viisaastakul ehitatakse Kärddlasse uued puhastusseadmed, projekteeritakse tsentraalne veevarustussüsteem. Täitevkomitee esimehe asetäitja L. Toom rõhutas, et rajooni sanitaarseisundi parandamist on vaja arutada Hiiu maa rajooni täitevkomitee istungjärgul.

Kinnitati ühine otsus, mis näeb ette abinõud, tagamaks rajooni elanikele kättesaadava kvalifitseeritud arstiabi. Lähemal ajal täpsustatakse Hiiu maa rajooni tervishoiuvõrgu materiaalse baasi arendamise perspektiivkavad, pidades silmas keskhaigla kompleksis uue hoone projekteerimist XII viisaastakul ning selle ehitamist XIII viisaastakul.

Inge Plakso

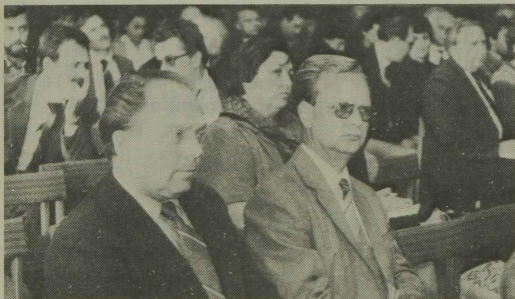


Foto 1. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi laiendatud koosolekule alkoholismi teemal olid kutsutud tervishoiujuhid kogu vabariigist. Foto 2. Koosoleku presiidiumis. Vasakult: Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu peausaldusarst N. Belova, tervishoiuministeeriumi kaadrivalitsuse juhataja A. Sivenkov, EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna sektorijuhataja S. Nazarenko, tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm nõupidamist juhatamas, tervishoiuministri asetäitja E. Palo, ravi- ja profülaktilise abi valitsuse juhataja V. Jänes. H. Maasikmetsa fotod.

30. juulil 1985 toimus tervishoiuministeeriumi kolleegiumi, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidiumi ja Punase Risti Seltsi Keskkomitee Presiidiumi ühine istung, millest tervishoiujuhtide kõrval võtsid osa ka Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe esimene asetäitja I. Toome ja EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna sektorijuhataja S. Nazarenko.

Põhiettekandega «Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi 1985. aasta esimese poole töötulemustest ning ülesannetest töö edasisel korraldamisel lähtuvalt NLKP Keskkomitees 11. ja 12. juunini s. a. toimunud nõupidamise suunistest teaduslik-tehnilise progressi kiirendamisel» esines ministri esimene asetäitja O. Tamm. Kahjuks ei kasutata teaduslik-tehnilise progressi kiirendamise võimalusi kaugeltki veel täielikult, puudusi on organisatsioonilises töös, samuti tervishoiujuhtide suhtumises sellesse. Tuleb tõsta tervishoiuorganite ja -asutuste töö efektiivsust, parendada teadusasutuste juhtimist, laiendada uurimistöid, sealhulgas ära kasutada ka teiste ametkondade teaduspotsentsiaali ning pöörata suuremat tähelepanu töödistsipliinile. Progressiivsete uuenduste kiire rakendamise poolest võib teistele eeskujuks seada Tallinna Pelgulinna Haiglat, Võru Rajooni Keskhaiglat ning Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama.

Kaadritöös teeb muret teadlaste vähenemine lepingulistest ja otsingulistest uurimistöödest ning doktoridissertatsioonide, samuti leiutus- ja ratsionaliseerimisetepanekute vähesus. Teadussaavutuste tervishoiupraktikasse juurutamist ja selle efektiivsust tuleks järjekindlalt kontrollida ja analüüsida. Arstiabi kvaliteedi tõstmisel on tähtis töötajate erialaettevalmistus ja kvalifikatsiooni tõstmine, meditsiinilise deontoloogia ja arstietika põhimõtete omakehvõtte. Eriti suured nõuded on pandud tervishoiujuhtidele.

On vaja otsida ja katsetada uusi töövorme ja -meetodeid (näiteks areneb brigaaditöökorraldus Vabariiklikus Laevanduse Keskhaiglas). Kvalifitseeritud arstiabi ja selle kättesaadavus ei ole



mõeldav ilma tervishoiuasutuste ainelise baasi tugevdamiseta. Sel aastal tuleb avada kaheksa uut tervishoiuasutust. Arstiabi kvaliteet sõltub üha enam tervishoiuasutuste varustatusest meditsiinitehnikavahenditega. Esmajärjekorras on vaja muretseda nüüdistehnika sünnitusabi- ja lasteraviasutustele, eelkõige laboriaparatuur ning intensiivjälgimisseadmed, kusjuures orienteeruda ei tohiks mitte ainult importaparatuurile, vaid täielikumalt tuleks ära kasutada ka kodumaist meditsiiniaparatuuri. Meditsiiniaparatuur peaks töötama täie võimsuse ja koormusega. Ka arvutus- tehnika osatähtsust tuleb suurendada, paremini korraldada ravimabi. Teaduslik-tehnilise progressi kiirendamine seab uued ülesanded ka sanitaar- ja epidemioloogialatituse ette.

Enim tekitas küsimusi uus tehnika (V. Jänes, V. Ilmoja, M. Silland, L. Priimägi, E. Tomberg, M. Toomessoo, B. Liberman, B. Lehepuu). Rõhutati, et nüüdisaegne aparatuur nõuab eriettevalmistusega kaadrit, samuti eriruume. Kahjuks on tööjõudu vähe ja seetõttu ei leia kallis aparatuur paljudes kohtades veel täielikku rakendust, kuid olemasolevat meditsiinitehnikat on vaja täielikult ära kasutada. Puudulik on hooldus- ja põetusravis vajaminevate väikevahenditega varustamine. Ehituse õige planeerimise vajalikkusest, meditsiinasutuste omapärast ehitustegevuses ning kapitaalremondi venimisest rääkisid mitmed sõnavõtjad (T. Hendrikson, L. Priimägi, R. Tombu). Arvustustehnika ulatuslikuma rakendamise vajalikkusest tervishoiusüsteemis, samuti uurimistöö ning kasulike kogemuste vahetamise tähtsusest kõnelesid V. Jänes, M. Silland, E. Tomberg, V. Nisu. Ravimabi täiustamisest rääkis ka V. Nisu, kaadri ettevalmistamisest M. Silland.

EKP Keskkomitee sektorijuhataja S. Nazarenko rõhutas oma sõnavõtus, et pole oluline, kus inimene arstiabi saab, tähtis on, et see oleks alati ja kõikjal kvaliteetne. Ülesannete lahendamine peab arenema põhiliselt kolmes põhisuunas: kaadri otstarbekas kasutamine, meditsiiniaparatuuri täielikum rakendamine ning uue ja prioriteetse uurimistöö laiendamine. Kogu tööd peab juhtima tervishoiuministerium koostöös Tartu Riikliku Ülikooliga.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe esimene asetäitja I. Toome, tehes arutelust kokkuvõtet, märkis tervishoiuprobleemide rohkust ning avaldas mõtteid nende lahendamise viisidest. Rohkem tuleks rakendada etapiviisilist ehitamist, alati ei ole otstarbekas mitte uue objekti püstitamine, vaid hoopis olemasoleva remont. Parima meditsiiniaparatuuri kasutamisel tuleb arvestada kogu meie vabariigi rahvastiku, mitte aga ühe asutuse huve. Esmaabi-, põetus- ja hooldusväikevahendite tootmine peaks olema võimalik oma vabariigis, ei ole vaja oodata nende üleliidulist tootmisse võtmist. I. Toome rõhutas, et väga oluline tööloik on tervishoiupropaganda. Tervete eluviiside levitamisel, samuti mitmete meditsiini-probleemide avalikul arutamisel peaksid meedikud senisest tunduvalt rohkem kaasa lööma.

Istungil võeti vastu otsus, milles määrati ülesanded elanike arstiabi parendamiseks ja teaduslik-tehnilise progressi kiirendamiseks meditsiini ja tervishoiu valdkonnas.

Helle Brus

21...23. maini 1985 oli Eestis ametlikul külaskäigul Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) Euroopa Regionaalbüroo profülaktika ja haigestumuse kontrolli osakonna direktor meditsiinidoktor J. Leparski.

Juba aasta on Tallinnas tegeldud programmiga, milles meedikud koostöös ühiskondlike organisatsioonidega osalevad peamiste mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika kompleksis. Selline tegevussuund on levinud paljudes maailmamaades, sealhulgas ka Euroopa riikides. Nõukogude Liidust osaleb selles koostöös viis liiduvabariiki, sealhulgas ka Eesti NSV. Kogu töö on algstaadiumis. J. Leparski, tutvunud meil koostatud plaanide ja esimeste uurimistulemustega, tunnustas Tallinnas alustatud töö põhi-kontseptsioonide õigsust ja nende teataval määral algupärasust. Vasteldi edasise tegevuse üle, sellest mõttevahetusest võtsid osa profülaktika-programmis osalejad: Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, pulmonoloogia- ja gastroenteroloogiaosakonna, vabariikliku arvutuskeskuse ja Tallinna Pelgulinna Haigla töötajad O. Volož, E. Lillak, U. Mardna, A. Sinisalu, V. Ilmoja ja allakirjutanu.

J. Leparski külastas Tallinna Kiirabihaiglat ning võttis osa Eesti NSV lastearstide XII kongressist. Külaline viibis veel tervishoiuministri esimese asetäitja O. Tamme vastuvõtul. Vestluses, milles osales ka allakirjutanu, puudutati mõningaid mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika programmi küsimusi. Külaline mainis, et paljud ÜTO eksperdid peavad meditsiini praegusel arenguetapil tervisliku seisundi parandamise võimaluseks eelkõige profülaktikat. Seetõttu peaks strateegilises plaanis just profülaktilise meditsiini huvides ette nägema materiaalseid vahendeid ja planeerima kulutusi uurimistööks.

Natan Elštejn

TRÜ arstiteaduskonnas

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 18. juunil 1985 arutati õppeainete õppemetoodiliste komplektide koostamisteaduskonnas. Ülevaate esitas metoodikakomisjoni esimees prof. L. Nurmand. Õppemetoodilised komplektid vastavalt kõrgharidusministeeriumi ettepanekule olid täies ulatuses koostatud esimese kolme kursuse kohta. Vanematel kursustel õpetatavate ainete komplektide koostamine jätkub. Komplekt haarab nii õppetöö ajajaotuse, programmi kui ka õppevahendit vastavas aines ja ka erialal.

Dotsent S. Russak esitas ülevaate õppe- ja kasvatustööst stomatoloogiaosakonnas. Osakonda juhib stomatoloogia kateeder, milles on 10 õppejõukohta. Igal aastal võetakse esimesele kursusele 40 üliõpilast. Õpetatakse terapeutilist, kirurgilist, ortopeedilist ja lastestomatoloogiat stomatoloogiaosakonnas, lisaks stomatoloogiakursused ravi- ja pediaatriaosakondades ning arstide täiendusteaduskonna kursantidele-stomatoloogidele (kaks täiendustükli aastas). Õppejõudude kvalifikatsioon on pidevalt tõusnud. Viimastel aastatel on noori tulnud õppejõudude hulka aspirantuurist. Teadustöö on toimunud plaanipäraselt, on koordineeritud Moskva Stomatoloogia Kesk-täiendusteadustööga. Publikatsioonid ilmuvad aastas 25...30. Kõik õppejõud juhendavad ka üliõpilaste teadustööd, aastas esitavad üliõpilased 6...8 võistlustööd ja kümneid ÜTÜ konverentsiatekandeid. Osakonna õppepuudus on arstiteaduskonna keskmisel tasemel, 90...94%. Õppetööd takistab suur ruumipuudus polikliinikus. Jääb üle vaid oodata Tartu uue polikliiniku valmimist järgmise viisaastaku lõpul, üksnes see muudab olukorda. Õppebaaside parandamise kohta võttis nõukogu vastu otsuse.

Arstiteaduskonna lõpuaktus toimus 28. juunil. Kokku lõpetas teaduskonna 272 üliõpilast ravi, spordimeditsiini, farmaatsia, stomatoloogia ja pediaatria erialal. 17 lõpetajat said diplomi kiitusega.

Lembit Allikmets

Suurte teenete eest teaduse arendamisel andis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium Tartu Riikliku Ülikooli teadusprorektorile prof. **Ants Kalikormile** Eesti NSV teenelise teadlaste aunimetus.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri professor H. Sillastu valiti Soome Tuberkuloositõrje Liidu liikmeks. TRÜ rektorile prof. A. Koobile saadetud kirjas, milles talle sellest sündmusest teatati, tõstetakse esile prof. H. Sillastu töid ja teeneid tuberkuloosi ning ka teiste kopsuhaiguste uurimisel, tema teadusalast ja kliinilist tööd õppejõuna ning eriti tema rahvusvahelist tegevust Rahvusvahelises Tuberkuloositõrje Liidus ja Euroopa Regiooni Nõukogus. Prof. H. Sillastu on Soome Tuberkuloositõrje Liidu esimene välisliige.

Kauaaegse viljaka ja laitmatu töö eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium oma aukirjaga Tartu Kliinilise Sünnitusmaja peaarsti **Irina Veermat**, TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri konsultantprofessorit **Ernst Raudamit** nende juubelisünnipäeval.

Punase Risti Seltsis

VII vabariiklikud sanitaarpostide võistlused toimusid 14. juunil 1985 Paide rajoonis Saunametsas. Osalesid rajooni- ja linnavõistlustel esi-

kohale tulnud — kokku 23 sanitaarposti. Ava-sõnad ütles Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur. Võistluspäiga ettevalmistamisel olid suure töö ära teinud Paide Rajooni Keskaigla, Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemiooloogiajaama ning Punase Risti Seltsi rajoonikomitee töötajad.

Esikoha saavutas Harju rajooni Kuusalu Remonditehase sanitaarpost (ettevalmistaja meditsiinitöötaja E. Krasmus), järgnesid Paide Lihakombinaadi (M. Saue) ja ETKVL Tartu rajooni Kaubabaasi sanitaarpost (S. Poolakese). Tuumakolde oli parim Kuusalu Remonditehase ning keemiakolde Paide Lihakombinaadi sanitaarpost.

Võistlused näitasid, et paljude sanitaarpostide ettevalmistus on veel puudulik. Lubamatult palju eksiti gaasimaskide kasutamisel, osa sanitaarposte ei olnud varem üldsegi harjutanud kunstliku hingamist ega kaudset südamemassaazi mannekeenil, mistõttu tehti rohkem vigu. Kahjustuskolletes tegutsemisel oli kõige rohkem eksimusi keemiakoldeks.

Vabariiklikud sanitaarsalkade ja -postide võistlused on näidanud, et parem on olnud ettevalmistus Tartu, Paide, Rakvere ja Rapla rajoonis, halvem aga Hiiumaa, Jõgeva ja Võru rajoonis ning Narvas. On vaja, et rajoonide ja linnade tervishoiujuhid koos tsiviilkaitsestaabi ning Punase Risti Seltsi komiteega analüüsiks võistluste tulemusi ning parima sanitaarsalga või -posti esinemist vabariiklikul võistlusel, teeksid sellest järeldused ning tagaksid kõigi sanitaarformeerin-gute laitmatu ettevalmistuse.

Vabariiklikud sanitaarpostide võistlused läksid korda. Võitjaid autasustas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee karika, vimplite, aukirjade ning mälestusesemetega, Eesti NSV Tsiviil-kaitse Staap aukirjade ning tsiviilkaitse eesrind-lase rinnamärgiga. Aukirjadega autasustati ka võistluste kordaminekule kaasaaidanud organi-satsioone ja üksikisikuid.

Gunnar Sukles

* * *

Meditsiinitöötajate päeva aktus toimus 14. juunil V. Kingissepa nim. TRA Draamateatris.

Pidupäevakõne pidas Eesti NSV tervishoiu-ministri esimene asetäitja O. Tamm. Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe asetäitja M. Leosk andis meditsiinitöötajatele kätte tunnistused Eesti NSV teenelise arsti ja Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetuse andmise kohta ja muud autasud.

Aktusel olid EKP Keskkomitee osakonnajuha-taja A. Aben ning Tallinna RSN Täitevkomitee esimees H. Lumi.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlu-sega 13. juunist 1985 anti kauaaegse eduka töö ja teenete eest tervishoiu edendamisel ning elanikele meditsiinilise abi andmisel Eesti NSV teenelise arsti aunimetuse järgmistele arstidele:

Koemets, Silvi-Silja Augusti t. — Tartu rajooni Rannu ambulatooriumi juhataja

Korotkova, Nelli Georgi t. — Narva Linna Keskhaigla Polikliiniku osakonnajuhataja
Maastik, Lea Johannese t. — Tartu Linna Polikliiniku jaoskonnaarst

Piel, Ljubov Leonti t. — Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peaterapeut

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

Amon, Hilja Karli t. — Valga Rajooni Keskhaigla öde

Eerik, Helmi Pauli t. — Tallinna Oktoobri Rajooni Keskapteegi juhataja

Kangro, Svetlana Arkadi t. — Harjumäe Haigla Tallinna Trikotaažitootmiskoondise «Marat» tervishoiupunkti juhataja

Tiks, Reet Eduardi t. — Võru Rajooni Keskhaigla velsker

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autastatus NSV Liidu Tervishoiuministerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Agzamova, Marjam Sabirzjani t. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloog

Altermann, Silvi Juhani t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispenseri vanemöde

Ambur, Helve Leonhardi t. — Rapla Rajooni Keskhaigla dermatoveneroloog

Arpo, Kaie Alfredi t. — Harju Rajooni Keskpolikliiniku peaarsti asetäitja

Baikov, Nikolai Nikolai p. — Kohtla-Järve Linna Kiirabihaigla osakonnajuhataja

Benström, Ivi Eduardi t. — Tallinna Pelgulinna Haigla Tehastevahelise Polikliiniku vanemöde

Bondarenko, Maria Filipi t. — Tallinna Pelgulinna Haigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Brin, Viktor Markuse p. — Viljandi Rajooni Keskhaigla neuroloog

Butšelovskaja, Leontina Paveli t. — Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri laboratooriumijuhataja

Eller, Aadi Jaani p. — Eesti NSV Tervishoiuministeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Eller, Nonna Augusti t. — Tartu Linna Polikliiniku öde

Gadž, Pavel Pjotri p. — Narva Linna Stomatoloogiapolikliiniku stomatoloog

Golovtšov, Oleg Juri p. — Maardu Keemiatehase meditsiinilis-sanitaariosakonna juhataja

Grauberg, Maaja Vladimiri t. — Pärnu Linna Haigla vanemöde

Gretško, Nina Sergei t. — Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse inspektorarst

Holova, Maria Nikiti t. — Põlva Rajooni Räpinc Haigla öde

Ivanov, Nikolai Ivani p. — Narva Linna Keskhaigla laborant

Kanter, Marve Rudolfi t. — Harju Rajooni Keskapteegi juhataja

Koiduste, Vilve-Koidula Elmari t. — Tallinna Nõmme Haigla Polikliiniku vanemöde

Korosteljeva, Tatjana Jemeljani t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla vanemöde

Laan, Ilmar Aleksandri p. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi osakonnajuhataja

Lodde, Alefina Vassili t. — Tartu Kliinilise Haigla velsker

Lukk, Laine Jaani t. — Helme Internaatkooli peadiaater

Lukk, Maret Voldemari t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla vanemöde

Markova, Ljudmila Sergei t. — Tallinna Lastekodu peaarst

Maurer, Lembi Antoni t. — Tallinna Nõmme Haigla peaarst

Melts, Helju Emili t. — Võru Rajooni Keskhaigla vanemöde

Mähar, Anne Valteri t. — Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

Nemvalts, Virge Eduardi t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Nohrin, Mihhail Dmitri p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla tööline

Ott, Reet Mardi t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla vanemöde

Pavlov, Helle Nikolai t. — Tallinna Tõnismäe Haigla jaoskonnaarst

Raave, Silvia Juliuse t. — Rapla Rajooni Keskapteegi juhataja

Rim, Paul Pauli p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» Remondiettevõtte mehhaanik

Ronžin, Vassili Pjotri p. — Tallinna Vabariikliku Haigla laboratooriumijuhataja

Smirnova, Valentina Nikolai t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla laboratooriumijuhataja

Soonets, Ruth Alfredi t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarsti asetäitja

Stavinskaja, Galina Danieli t. — Tallinna Harjumäe Haigla Polikliiniku arst

Suškov, Mihhail Konstantini p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi autojuht

Suurväli, Ivi Edgari t. — Tallinna I Lastehaigla peaarsti asetäitja

Särg, Heino Eduardi p. — Tartu Rajooni Võnnu Jaoskonnahaigla peaarst

Teaste, Maimu Aleksandri t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi laborant

Teljatkin, Aleksei Nikonori p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla meditsiinitöötaja

Toropkina, Nadežda Aleksandri t. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborant

Ugandi, Uno Riho p. — Paide Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Ustimenko, Antonina Vassili t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla öde

Varik, Gerhard Kristjani p. — Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama instruktor

Viidebaum, Laine Mihkli t. — Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peaakušöör-günekoloog



Foto 1. Piduliku koosoleku presiidiumis. Vasakult: M. Tedremaa, Moskva Riikliku Meditsiini-keskraamatukogu osakonnajuhataja L. Fedotkina, tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm, Leedu NSV Riikliku Meditsiiniiraamatukogu asedirektor G. Mičkinene, prof. P. Bogovski, J. Ennet, prof. E. Sepp. Kõnepuldis on Riikliku Teadusliku Meditsiiniiraamatukogu esimene direktor G. Loogna.

Heade töötulemuste ja ühiskondlikust elust aktiivse osavõtu eest autasustati Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.

Kauaaegse eduka töö ja teenete eest tervishoiu arendamisel andis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.

Teenete eest kehakultuuri ja spordi edendamisel andis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi meditsiinilis-bioloogiliste distsipliinide kateedri juhatajale dotsent **Tiiu Olmile** Eesti NSV teenelise sporditegelase aunimetuse.

Kauaaegse eduka töö eest elanikele meditsiinilise abi andmises autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium oma aukirjaga Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.

Kauaaegse eduka töö eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium oma aukirjaga Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.



Foto 2. Meditsiiniiraamatukogu juubeliaktusele olid tulnud endised ja praegused töötajad, tervishoiuasutuste ning meditsiiniüldsuse esindajad. T. Malsroosi fotod.

Riiklik Teaduslik Meditsiiniiraamatukogu Tallinnas Laial tänaval on paik, kus meedikuil on võimalik leida uusimat erialakirjandust, igauks võib siit lisa saada oma teadmistele. Siinses meeldivas vaikus on isegi võimalik argipäeva töömuredest välja lülituda, sest raamatukogu ruumid on väga hubased ning kaunid (vt. ka «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1985, nr. 1, lk. 50—53). Raamatukogu 40. aastapäeva tähistamise koosolek toimus viimase kohani külalistest täidetud Stomatoloogia Polikliiniku konverentsisaalis.

Avasõnad ütles tervishoiu- ja tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.

Pidulikul koosolekul oli palju külalisi, ka palju tervistute toojaid, sest raamatukogu töötajaid oli tähtpäeva puhul ka palju eest tänada. Eesti NSV Ametkondadevahelise Raamatukogukomisjoni raamatukogutöö teenetemedaliga, mis on kõrgeim raamatukogunduse tunnustus, autasustati raamatukogu direktorit M. Tedremaad, pikka aega raamatukogu direktori asetäitjana töötanud V. Aumeret, sektori juhatajat A. Hiiesalu, osakonnajuhatajat E.-M. Tikast ja asedirektorit V. Kaintsi. Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.

Riikliku Teadusliku Meditsiiniiraamatukogu medali või aukirja hea koostöö ja mõistva abistamise eest pälvisid mitmed tervishoiu- ja tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 25 ning Eesti NSV Tervishoiu- ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 40 töötajat. Eesti NSV tervishoiu- ja tervishoiutöötajate kaskkirjaga avaldati tänu 85 tervishoiutöötajale.

Vello Laos



Foto. Sõjaveteranid kohtumisel meditsiinikoolis. V. Vihlajevi foto.

Võidupüha künnisel, 7. mail kohtusid Tallinna Meditsiinikooli õpilased järjekordselt meedikute Suure Isamaasõja veteranidega. Tava sai alguse 1983. aastal, mil meditsiinikoolis avati püsiekspositsioon, mis kajastab Eesti meditsiinitöötajate tegevust Suures Isamaasõjas.

Kohtumise avas Tallinna Meditsiinikooli direktori asetäitja L. Ehatamm. Õpetaja D. Rodinkina, kes meenutas karme sõjapäevi, ütles, et inimestel ei ole õigust unustada maailma kõige julmemat sõda. Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi nimel tervitas veterane ministri esimene asetäitja O. Tamm. Võit fašistliku Saksamaa üle oli ka moraalne võit, mille aluseks oli sõdurivaprus, aga ka meedikute suur panus võidusse, andes väga paljudele sõduritele tagasi tervise. Prof. P. Bogovski, pöördudes veteranide ning noorte poole, rääkis tollal noorte meedikute kohusetundest, sisedistsipliinist ning internatsionalismist, mis aitasid neid sõjaväljal. Ta soovis, et need omadused oleksid ka praeguse noore põlvkonna juhtmoteteks elus ja töös. Veteranide nimel kõnelesid H. Noor, M. Talik, E. Pelovas.

Kohtumisest võttis osa ning südamlike tänusõnadega pöördus sõjaveteranide poole EKP Tallinna Oktoobri Rajoonikomitee sekretär A. Ingermann.

Maie Keerma

Terviseülikoolide Vabariiklik Nõukogu analüüsis 1984/1985. õppeaasta tulemusi, mille alusel meie terviseülikoolid reastasid järgmiselt. Paremusjärjestuses on esimene Põlva rajoon, järgnevad Pärnu linn ja Tallinn, Viljandi ja Hiiu- ja Pärnu linn, seejärel Tartu ja Kohtla-Järve linn, nende järel tuleb 10 rajooni (Haapsalu, Jõgeva, Kohtla-Järve, Harju, Võru, Paide, Kingissepa, Rakvere, Rapla, Tartu) ja lõpuks Narva linn ning Pärnu ja Valga rajooni terviseülikoolid.

Möödunud õppeaastal töötas Eesti NSV-s 26 terviseülikooli 169 fakulteedi ja 479 õpperühmaga, kuulajaid oli 24401 (rahvastiku hõlmatus 1,6%). Nõukogu istungil märgiti, et kuulajate arv on 334 võrra suurenenud. Samas tuli aga tõdeda,

et mitme terviseülikooli aruannetes on andmeid, millest sugeneb kahtlus nii töö sisu kui selle toimumise suhtes üldse. Nõukogu esimees, tervishoiuministri esimene asetäitja O. Tamm tegi ülesandeks taolistel juhtudel täpsustada tegelikku olukorda.

Aruandluse usaldatavus oli keskseks teemaks ka tervise rahvaülikoolide rektorite nõupidamisel. Eesti NSV Rahvaülikoolide Nõukogu esimehe asetäitja Ö. Torv märkis töö analüüsi metoodika efektiivsust ja selle rakendamise otstarbekust. Terviseülikoolide töö kvaliteedi hindamiseks tegi huvitava ettepaneku Valga Rajooni Keskaigla peaarst P. Rahu. Seda metoodikat otsustati katseks rakendada Valga ja Põlva rajoonis, hea tulemuse korral aga kõikides terviseülikoolides.

Maano Kivilo

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi osakonnajuhataja meditsiinkandidaat I. Laan on ekliibriste kollektsoonäär, kes paneb suurt rõhku selle omapärase pisigraafika populäriseerimisele kolleegide hulgas. Nii on ta varem korraldanud juba kolm suuremat meditsiinitemaalist ekliibriste näitust.

Esimene oli avatud Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis 1979. a märtsis-aprillis (160 ekliibrist), teine samas 1980. a jaanuaris (130 ekliibrist) ja kolmas Kohtla-Järve Põlevkivimuseumis 1980/1981 a. detsembris-jaanuaris (490 ekliibrist). Seekord võimaldas eksponeerimispinna Vabariikliku Sanitaarharidusmaja Tervishoiuuseum, kus lisaks püsinaäitusele «Elu ja tervis» on alates 18. veebruarist avatud ka näitus «Nõukogude Eesti meedikute ekliibrised».

Disainer A. Reieri kunstiliselt kujundatud näitusel on esitatud 180 ekliibrist 52 autorilt, alates Hando Mugasto 1935. a loodud proviisor Marta Kiisa ja lõpetades alles tänava veebruaris valminud Edith Kruus-Helingu perekond Ernstsoni raamatumärgisega.

Antud on küllaltki ulatuslik ülevaade meie ekliibriseloojatest, kelle hulgas on nii rahvakunstnikke, nagu Günther Reindorff, Evald Okas ja Vive Tolli, kui ka andekaid taitlejaid, nagu Johannes Juhansoo, Romeo Läänlan ja noorelt surnud arst Otto Raud. Kuigi õige mitmed meistrid (E. Okas, B. Mäger jt.) on karika ja mao jüngritele loonud rohkem kui 30 raamatumärgist, on autorite arvu suurendamiseks ühelt kunstnikult väljas ainult kuni viis tööd. Samal ajal on ilmselt püütud näidata ka graafiliste tehnikate mitmekesisust ja nii on esitatud pea kõik kõrg-, lame- ja sügavtrükitehnikad, mida meie kunstnikud kasutavad.

Nagu näituselt nähtub, on kunstiväärtusliku raamatumärgise endale muretsenud mitte ainult paljud tegevarstid ja juhtivad teadlased, vaid ka apteekrid, meditsiiniõed, haiglates ja muudes tervishoiuasutustes töötavad mittemeedikute raamatuseõbrad ning isegi mitmed asutused ja organisatsioonid, nagu meditsiiniraamatukogu (E. Tikerpae), tervishoiuuseum (V. Krutov) ja

TRÜ arstiteaduskonna Üliõpilaste Teaduslik Ühing (K. Põllu).

Enamik esitatud ekliibriseid pakub kunstilist rahuldust, kusuures väärrib märkimist see, et paljud kunstnikud ei kasuta elukutse tähistamiseks küllaltki tavapärasest karikat ja madu, koljut või meditsiiniinstrumentaariumi, vaid on püüdnud leida teisi väljendusvõimalusi. Nii on E. Okka loodud Linda Rumbi ekliibrisel õe kujutis, Arno Metsa (Kr. Raud) raamatumärgisel näeme madu kotka küninestes, vähiteadlast Pavel Bogovskit (J. Kuusik) iseloomustab vähk, tervishoiuministri esimese asetäitja Oku Tamme (E. Tikerpää) publitsistikatööd hanesulg, lastearste tunneme lapse kujutisest jne.

Et tervishoiuuseumi külastatavus on küllaltki suur, võib nii mõnigi tervisehuviline avastada seal endale ka raamatumärgise. Eeskujuga nakatab ja loodetavasti täiendab kollektsionääri kogu peagi uute meditsiiniteemaliste ekliibrigete.

Hillar Kurul

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Aareleid, T. Survival patterns of female breast cancer patients in the Estonian SSR in 1968—1981. — *Neoplasma*, 1985, 32, 2, p. 257—263.

Aareleid, T., Staneczak, W., Haas, J., Rahu, M. Comparison of epidemiologic features of female breast cancer in the German Democratic Republic and the Estonian SSR, 1968—1980. — *Arch. Geschwulstforsch*, 1985, 55, 2, S. 139—146.

Bogovski, P. Analytik und hygienische Bewertung kanzerogener N-Nitrosverbindungen. — *Z. ges. Hyg.*, 1983, 29, 9, S. 510—512.

Bogovski, P. N-nitrosocompounds. — In: *Biological Monitoring and Surveillance of Workers Exposed to Chemicals*. Washington—New York—London, 1984, p. 193—207.

Bogovski, P. Modulators of Experimental Carcinogenesis. Concluding remarks. — In: *Modulators of Experimental Carcinogenesis*. Lyon, 1983, p. 303—305. (IARC Scientific Publications №. 51).

Bogovski, P., Rooma, M. A. Studies on the excretion of endogenously formed N-nitrosoproline. I. Percutaneous excretion of N-nitrosoproline in humans. — In: *N-nitroso Compounds: Occurrence, Biological Effects and Relevance to Human Cancer*. Lyon, 1984, p. 199—204. (IARC Scientific Publications №. 57).

Bogovski, P., Veldre, I., Itra, A., Paalme, L. Polynuclear aromatic hydrocarbons in Estonian water, sediments and aquatic organisms. — In: *Symposium. Carcinogenic Polynuclear Aromatic Hydrocarbons in the Marine Environment*. Florida, Gulf Breeze, 1982, p. 260—267.

Ehlvest, J., Veidebaum, T., Pöldvere, E. Role of mitotic activity in target tissues in N-nitrosodiethylamine carcinogenesis. — In: *Modulators of Experimental Carcinogenesis*. Lyon, 1983, p. 295—301. (IARC Scientific Publication №. 51).

Hakulinen, T., Rahu, M., Aareleid, T., Pukka, E., Teppo, L., Vanaselja, T. Syöpä Suomessa ja Virossa. — *Duodecim*, 1983, 99, p. 1741—1751.

Kirso, U., Lopp, A., Küng, A. Effects of phenolic antioxidants on skin carcinogenesis and in vivo metabolism of benzo(a)pyrene. — In: *VIII International Symposium on Polynuclear Aromatic Hydrocarbons*, October 26—28, 1983. Abstracts. Columbus, 1983.

Loogna, N., Tatar, T. On occupational photosensitization. — In: *Proceedings of Fourth Finnish-Soviet Joint Symposium on Industrial Hygiene, Toxicology, Work Physiology and Psychology*. Helsinki, 1984, p. 177—180.

MacMahon, B., Purde, M., Cramer, D., Hint, F. Association of breast cancer risk with age at first subsequent births: a study in the population of the Estonian Republic. — *J. Nat. Cancer Inst.*, 1982, 69, 5, p. 1035—1038.

Pokk, L. Postoperative myocardial infarction. — Abstracts of IX European Congress of Cardiology. Düsseldorf, 1984, p. 105.

Raudsepp, J., Rahu, M. Smoking among school-teachers in Estonia 1980. — *Scand. J. Soc. Med.*, 1984, 12, p. 49—53.

Rooma, M., Uibu, J. Influence of various milk products on the concentration of nitrite and the formation of nitrosodimethylamine in vitro. — *Nutr. Cancer*, 1983, 4,3, p. 171—175.

Siirde, E., Sibul, S., Jents, A., Reinet, J. On Defense Mechanisms of Nasal Mucosa Under Action of Ionization. — Conference on Environmental Ions and Related Biological Effects. American Institute of Medical Climatology. Philadelphia, Pennsylvania (USA), Oct., 1982, p. 158-159.

Sillastu, H., Kallikorm, A., Raukas, E., Tani, P. Pituitary-thyroid correlation in patients with pulmonary tuberculosis and bronchial asthma. — Bulletin of the International Union Against Tuberculosis. Proceedings of the XXVth World Conference of the IUAT - 2, Buenos Aires 15-18 Dec. 1982, 1983, V. 58, No 2, p. 136-137.

Trükivigade õiendus

Eelmisesse numbrisse on sattunud eksitavad trükivead. Palume lugeda lk. 301 vasakpoolse veeru viimast lauset järgmiselt.

Põhiteemaks oli peaaajutrauma, sellealast uurimistööd Eesti NSV-s juhib edaspidigi prof. A. Tikk. Ta rääkis, et kesknärvisüsteemi traumaahtiline kahjustus on eri riikides levinud erisuguse sagedusega, 20...50 juhtu 10 000 inimese kohta aastas.

Lk. 308 parempoolse veeru teise lõigu viimase lause algust lugeda järgmiselt.

Teine eesti arst tollest perioodist, Fr. R. Faehlmann, kavatses keeleliste raskuste ületamiseks. . .

Toimetus

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Половые особенности влияния генетических факторов на развитие физической работоспособности у детей и подростков (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ ЭССР. Шварц В. Б. Таллин, 1983 г. 20 с.

Дети, подростки, физическая работоспособность, пол, близнецовый метод.

Близнецовым методом обследовано 200 пар (400 человек) детей и подростков 5...18 лет. Изучено влияние генетических факторов на развитие физической работоспособности в зависимости от пола, для чего рассмотрены две близнецовых модели — мужская и женская. Изучались морфологические, физиологические и психологические показатели физической работоспособности. Достоверные различия между моно- и дизиготными близнецами по изученным показателям указывали на влияние генетических факторов.

Влияние генетических факторов вне зависимости от пола обнаружено для продольных, широтных и отчасти обхватных размеров тела и их соотношений, для максимального потребления кислорода и пробы PWC₁₇₀, для абсолютной и относительной силы мышц, мощности дыхания при вдохе и выдохе, для ЖЕЛ и гипоксемической устойчивости.

Влияние генетических факторов только в мужской группе обнаружено для показателей состава тела, рабочей суммы пульса, суммы пульсовосстановления при физических нагрузках и только в женской группе — для характера подкожного жирораспределения и качеств гибкости и равновесия.

Психологические особенности не обнаружили влияния генетических факторов ни в мужской, ни в женской группе.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здраво- охранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь 1985 г.

У. Ф. Сибул — Специализированная хирургическая помощь и проблемы ее развития

В. П. Салупере, Х. М. Хансон, Х.-И. Г. Маароос, Э. Э. Пеэрс, Р. А. Кермес — Об обследовании состояния здоровья членов Вяйке-Маарьяского колхоза

Всего было обследовано 1068 человек, что составило 97% общего числа членов колхоза. Наряду с тщательным анамнезом и обследованием у всех был проведен анализ мочи с автоматическим анализатором «Ames Clini-tek». Электрокардиограммы были сняты у 357 человек.

Различные внутренние болезни обнаружены у 370 обследованных (35%). Наиболее распространенными среди членов колхоза оказались гипертоническая болезнь (у 120 человек — 11,2%) и ишемическая болезнь сердца (у 64 человек — 6,0%). При анализе заболеваемости не было установлено взаимосвязи между болезнями и различными профессиями.

Таким образом, массовое обследование членов предприятия может быть успешным только при условии полного охвата им всех работников. В этом отношении чрезвычайно важной представляется организаторская роль руководства учреждения. Помимо врачебного обследования, нами были применены тесты выявления, наиболее эффективными из которых оказались анализ мочи с автоматическим анализатором и измерение давления крови. Если выявляются какие-либо отклонения, больных следует направлять на дополнительное стационарное обследование. В результате настоящего обследования было госпитализировано 58 человек.

Л. С. Мехилане — *Anorexia nervosa* — интердисциплинарная проблема

В ходе эпидемиологических исследований проведенных в Эстонской ССР, было выявлено,

что больные с психогенными расстройствами обращаются к психиатрам с большим опозданием. К числу т. н. интердисциплинарных больных, которые в поисках своего врача теряют много времени, относятся и больные с *anorexia nervosa*. В обзоре рассматриваются особенности преморбидной личности, а также этиопатогенеза, симптоматики и течения *anorexia nervosa* как самостоятельной болезни психогенного происхождения. Подчеркивается, что при лечении больных *anorexia nervosa* психиатру следует придерживаться принципов лечения больных психогенными заболеваниями.

Х. Р. Васар, В. Э. Васар, А. Ю. Эннет —
О лечении *anorexia nervosa*

В статье анализируются катамнестические результаты лечения 24 больных *anorexia nervosa*, которые были госпитализированы в Республиканской Тартуской клинической психоневрологической больнице и в Республиканской Таллинской психоневрологической больнице. Непосредственный лечебный эффект был хорошим у 8 больных, отсутствовал у 15 и 1 больной умер в первый день пребывания в больнице. По истечении одного года компенсация отмечалась у 11 больных, у 8 она отсутствовала, 3 больных умерли, относительно 2 больных данные отсутствовали. Эффективность лечения зависела от возраста больного и продолжительности анамнеза. В лечебном комплексе *anorexia nervosa* существенными следует считать индивидуализированную рациональную психотерапию, поведенческую терапию и семейную психотерапию.

В. А. Каск — **Нервная анорексия в гинекологии**

Нейропсихические факторы, в том числе и длительное голодание в целях снижения массы тела, играют важную роль в этиологии различных заболеваний.

В гинекологии последствиями нервной анорексии являются аменорея и бесплодие. В структуре гинекологических заболеваний у девочек аменорея центрального генеза занимает первое место.

Развитию нервной анорексии в пубертатный период способствуют синдром дисморфофобии, гинекологические и эндокринные заболевания, а также различные причины, связанные с окружающей ребенка средой.

Заболевание возникает типично и подразделяется на два периода. Снижение массы тела сопровождается вторичными функциональными нарушениями в деятельности многих органов и систем. Определяются функциональные сдвиги в системе гипоталамус—гипофиз—яичники. Отсутствует цикличность в секреции ЛГРГ. Развивается вторичная гипофункция гипофиза и яичников.

Нервная анорексия имеет место, по данным кабинета детской гинекологии Тартуского кли-

нического родильного дома, у девушек в 13,46% случаев. Гормонально выявлено дисфункциональное гонадотропное состояние. Обсуждаются вопросы лечения. Первое место отводится психотерапии и общеукрепляющему лечению. Хороший эффект дают санаторное лечение, лечебная физкультура, водная терапия. Эндокринологические нарушения ликвидируются в ходе комплексного общеукрепляющего лечения.

Большое внимание следует уделять профилактической санитарно-просветительной работе и осмотрам в школе.

Б. Б. Лоогна, А. А. Вярник — **О психиатрических аспектах острых отравлений химической этиологии**

Изучались психические расстройства у больных с острыми отравлениями, лечившихся в 1980...1981 гг. в Таллинской больнице скорой помощи, и были выявлены лица, стоящие на учете в Таллинской республиканской психоневрологической больнице. Всего было зарегистрировано 409 случаев острого отравления. В остром периоде отравления у 59% больных наблюдались психоневрологические расстройства, в основном транзиторного характера. Самыми частыми были нарушения сознания (токсическая кома). До отравления на диспансерном учете в психиатрической больнице по поводу психической болезни состояли 82 человека, в связи с отравлением взято на учет 37 человек. Наиболее часто диагностировали хронический алкоголизм — 32 случая, невроз — 19 и психопатию — 16 случаев. Сделан вывод о том, что диспансеризация лиц с суицидальными отравлениями и хроническим алкоголизмом является пока недостаточной.

Р. А. Линкберг, П. К. Кырге — **Адаптация сердечной функции беременным к ортостатической пробе и физическим нагрузкам в зависимости от работоспособности и регулярной физической активности**

Исследовались сократительная функция сердца по данным фазового анализа сердечной деятельности, адренокортикальная функция надпочечников и адаптивные возможности этих функций у 70 первобеременных в возрасте 22 лет, в зависимости от периода беременности, регулярной физической активности и работоспособности организма. Полученные данные сравнивали с данными небеременных того же возраста. Установлено, что существенное понижение работоспособности во время беременности, оцениваемое по тесту Р С₁₅₀, происходит только у женщин с относительно высокой исходной работоспособностью; регулярная физическая активность заметно уменьшает ее падение. Исследованиями в состоянии покоя установлено, что по мере развития беременности происходят сдвиги в фазовой структуре сердечного сокращения в сторону синдрома гиподинамии, причем более быстрое развитие этих сдвигов характерно для беременных с относительно низкой работоспособностью. Изменения.

возникающие при ортостатической пробе в артериальном давлении, частоте сердечных сокращений и фазовой структуре сердечного сокращения, наиболее существенны в начале беременности и уменьшаются по мере ее развития.

Выраженность сердечно-сосудистой реакции на стандартные физические нагрузки является относительно стабильной вне зависимости от срока беременности и во многом определяется исходным уровнем работоспособности.

И. А. Калите — Гормональные расстройства при нервной анорексии

В обзоре представлены данные о тесной взаимосвязи между центральной нервной и гипоталамо-гипофизарно-эндокринной системами. Показана роль нейротрансмиттеров в регуляции эндокринной системы, а также при нарушениях нормальных взаимоотношений в регуляции в случае различных психонейро-эндокринных синдромов, в том числе нервной анорексии. На этом основан ряд дифференциально-диагностических тестов для оценки нормы и патологии.

Обобщены имеющиеся в литературе данные о характере нейроэндокринных сдвигов при нервной анорексии. Отдельно рассматриваются нарушения со стороны гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной, -надпочечниковой и -гонадной систем, выделены также сдвиги со стороны гормона роста.

Анализ современных литературных данных дает основание предположить, что первичным звеном гормональных расстройств, характерных для нервной анорексии, является снижение массы тела и сопряженные с ним обменные нарушения.

Х. Я. Вяре — Алкогольная анорексия — симптом измененной реактивности организма

В обзорной статье приводятся данные о клинических проявлениях нарушения аппетита у больных алкоголизмом. Из патогенетических механизмов алкогольной анорексии (Аа.) представлены изменения энергетического обмена, гемодинамики и кислородного транспорта под влиянием алкоголя. Алкоголь стимулирует функцию внешнего дыхания и выделения углекислого газа у больных алкоголизмом. У них наблюдаются изменения чувствительности хемо- и барорецепторов и дыхательного центра, возбудимость симпатической системы понижается. В прямой зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем находится нарушение глобулинообразовательной функции печени. С этим изменением связано проявление адренергической формы опьянения и Аа., которые являются симптомами измененной реактивности организма, проявляющимися во второй стадии алкоголизма. Аа., в свою очередь, нарушает синтез гормонов и энзимов, вследствие чего углубляются характерные для алкоголизма изменения реактивности.

К. Х. Суби — Респираторный вирус и острое респираторное вирусное заболевание

В статье рассматриваются респираторные вирусы и респираторные вирусные заболевания. На основании литературных и собственных данных описываются этиологическая структура острых респираторных заболеваний, их симптоматология и основы диагностики.

К. К. Дмитриев, А.-Э. А. Каасик — Гипербарическая оксигенация и применение этой процедуры у больных с ишемическим инсультом

В обзорной статье приведены основные данные о применении гипербарической оксигенации (ГО). Основой ГО является повышение парциального давления кислорода в жидких средах организма. Это приводит к соответствующему увеличению кислородной емкости и сопровождается увеличением диффузии кислорода в гипоксических участках тканей.

Использование ГО в клинике показано почти при всех выраженных случаях острой и хронической кислородной недостаточности.

М. Я. Оттер, Л. Х. Алликметс — Лекарственные средства пролонгированного действия и «терапевтические системы»

В статье кратко рассматриваются лекарственные препараты пролонгированного (продленного) действия, применяемые главным образом при хронических заболеваниях. Описываются пути и возможности пролонгирования действия лекарственных средств. В виде таблицы приводятся некоторые примеры таких препаратов, выпускаемых в Советском Союзе. В статье рассматриваются терапевтические системы, выделяющиеся лекарства постоянной скоростью и применяемые уже в экспериментальных целях и ограничено для коррекции некоторых хронических патологических состояний человека.

О. М. Тамм, Р. В. Силла — Роль гигиенистов Эстонской ССР в охране здоровья населения

И. К. Кулль, Х.-И. Г. Маароос — Синдром анорексии в клинике внутренних болезней

Понижение аппетита является симптомом многих заболеваний. Полное отсутствие аппетита (анорексия) иногда сопровождается значительным уменьшением веса тела и аменореей у молодых женщин. При такой симптоматологии имеют место психические нарушения или соматические заболевания, которые кратко описываются в статье. Более подробно рассматриваются синдром малабсорбции и вопросы выявления его причин. Приводится эпикриз большой глютенэнтеропатией.

Э. А. Лыук — Психологические проблемы диспансеризации

Подготовка кадров

Х. А. Капрал — III Всесоюзный съезд лаборантов

В. Э. Васар — Конференция по проблемам *anorexia nervosa*

М.-А. Ф. Рийкъярв — XII съезд педиатров Эстонской ССР

Н. В. Элыштейн — Республиканское совещание терапевтов

В. А. Лаос — Всесоюзное совещание главных врачей домов санитарного просвещения

М.-А. Ф. Рийкъярв — Республиканское совещание ведущих педиатров

В. А. Вахинг — Республиканский семинар психиатров

Х. А. Хаавель — II Всероссийская конференция по вопросам лимфологии

Э. В. Вески — Конференции по проблемам трансфузиологии

О. Х. Тоомла — Всесоюзная конференция «Актуальные проблемы современной психонейроиммунологии»

А. А. Лийв — III Всесоюзный симпозиум по биологическим основам алкоголизма

Х.-И. Г. Маароос — В Обществе гастроэнтерологов Эстонии (1984...1985)

Т. Р. Мерен — Совместная конференция обществ кардиологов Эстонии и Литвы

А. Н. Вапра — Общее собрание Эстонского общества ревматологов и Вильяндского врачебного общества

Л. Л. Пиель — Памятная медаль С. Боткина вручена терапевтам

Юбилейные даты

А. М. Аадамсоо — Заметки психиатра о научной командировке во Францию

Некрологи

Э. К. Киндлам — О некоторых терминах: номинатив или генитив?

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH] Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 5 September, October 1985

U. Sibul — Specialist surgical service and its development

V. Salupere, H. Hanson, H.-I. Maaros, E. Peets, R. Kermes — A study of general health among members of the Väike-Maarja Collective Farm

A total of 1,068 subjects were examined, of those 97 per cent were collective farm members. The subjects underwent a detailed medical check-up. Urine analyses were done with the help of the automatic analyser "Ames Clini-tek". Electrocardiograms were made in 357 patients. As a result, different internal diseases were revealed in 370 subjects (35 per cent) as follows: arterial hypertension in 20 cases (11.2 per cent) and ischaemic heart disease in 64 cases (6.0 per cent). In the sick persons studied no dependence of the disease on occupation was revealed. 58 patients were hospitalized as a result of that population survey.

It is concluded that such a survey of the population would have been more successful if a larger proportion of people had participated in the study. The authors point out that different screening tests are necessary for population surveys.

L. Mehilane — *Anorexia nervosa* — an interdisciplinary problem

Epidemiological surveys carried out in the Estonian SSR suggest that an overwhelming majority of so-called interdisciplinary patients have psychogenic disorders; they spend a lot of time in search of "their own doctor".

In the present review the etiopathogenesis, peculiarities and clinical picture of *anorexia nervosa* is dealt with as an independent disease.

It is emphasized that not all the symptoms of the *anorexia nervosa*'s triad described in the literature (*anorexia*, emaciation and amenorrhea)

are obligatory ones. On the contrary, appetite often increases in the initial stage of the disease.

The author points out that a psychiatrist should proceed from the general principles of the management of mental disorders and should take into consideration a long-standing contradiction between the patient and other people (his or her parents, doctors, etc.), especially in evaluating the patient's body weight changes.

H. Vasar, V. Vasar, A. Ennet — **Management of anorexia nervosa**

This article deals with treatment results in 24 patients suffering from *anorexia nervosa*, who were admitted to the Republican Tartu Clinical Psycho-Neurological Hospital and to the Tallinn Republican Psycho-Neurological Hospital. A good immediate therapeutic effect was achieved in 8 cases, but the effect was absent, however, in 15 cases and 1 patient died within the first day of hospitalization. A year later, 11 patients were in a state of compensation, 10 were in a state of subcompensation and 2 patients had died, no data was available on 1 patient. From 2 to 17 years afterwards, 11 patients were in a state of compensation, 8 — in subcompensation and 3 patients had died. No data was available on 2 patients.

It is concluded that the effect of treatment depends upon the age of the patient suffering from *anorexia nervosa* and the duration of the history of the disease. An individualized rational psychotherapy, behavioural therapy and familial psychotherapy should be used in the management of *anorexia nervosa*.

V. Kask — **Anorexia nervosa in gynaecology**

Anorexia nervosa is most common in female adolescents. The result is amenorrhoea or even sterility. The underlying cause of *anorexia nervosa* is a psychological illness in which the patients have no desire to eat in order to lose weight. Dysmorphophobia, gynaecological and endocrine disorders and psychological atmosphere are regarded as precipitating factors for *anorexia nervosa*.

The illness has two stages — loss of body weight and secondary functional disturbances in several systems and organs of the body. There are disturbances in the functioning of the hypothalamic-pituitary-ovarian system. The periodicity of LHRH secretion disappears. The basal secretion of both FSH and LH is decreased. The hypofunction of the pituitary gland and ovaries is of secondary nature.

According to the Tartu Clinical Maternity Hospital, *anorexia nervosa* was diagnosed in 13,46 per cent of adolescent girls. General treatment such as psychotherapy, health resort treatment, baths, physical exercises are useful in easing the endocrine disorders. In many instances the illness is of good prognosis. Pre-

ventive examinations and health education at school are necessary in the prevention of *anorexia nervosa*.

B. Loogna, A. Värnik — **Psychiatric aspects of acute chemical poisoning**

A total of 409 patients with acute intoxication, admitted to the Tallinn Emergency Hospital, in 1980-81, were investigated. A large proportion of those patients had been under observation at the Tallinn Republican Psychoneurological Hospital (TRPNH). It was found that, during acute poisoning, 59 per cent of those patients had developed various mental disturbances, mainly a state of unconsciousness (toxic coma). Prior to the poisoning, 82 of those subjects had been under constant observation at the TRPNH, whereas 37 of those had attempted suicide and were taken under strict psychiatric observation. It was found that the referral to the mental hospital of persons with suicidal tendencies and chronic alcoholics was inadequate. The majority of those patients who received emergency treatment for acute poisoning were suffering from chronic alcoholism, neurosis, psychopathy and schizophrenia.

R. Linkberg, P. Kõrge — **Cardiovascular adaptation to ortostatic test and physical load in relation to regular physical activity and working capacity during pregnancy**

Cardiac function in pregnant women was evaluated by systolic time intervals of heart contractions. Adrenocortical function and adaptive reaction were assessed in seventy 22-year-old primigravidas regarding the duration of the pregnancy, regular physical activity and working capacity. The results obtained were compared with those in non-pregnant women at the same age. During pregnancy, a decline in physical working capacity (PWC₁₅₀) occurred only in relatively strong women in early pregnancy while regular physical activity significantly slowed down this tendency. The heart function at rest became less dynamic. Cardiovascular response to standing upright during the 10-minute test was markedly pronounced in early pregnancy and weakened during the second half of pregnancy. The extent of cardiovascular response to standardized physical exertion did not depend upon the period of pregnancy, but it seemed to be correlated with the initial working capacity.

I. Kalits — **Hormonal disturbances in anorexia nervosa**

This review deals with the integration of the central nervous system with the endocrine system of the body particularly through the hypothalamic-pituitary axis. Such an integration is brought about by neurotransmitters which regulate endocrine system activity and also participate in the disturbances of several psychoendo-

crine syndromes, including *anorexia nervosa*.

The author also presents a review of current literature data on hormonal disturbances in patients with *anorexia nervosa*. An analysis is made of disturbances of the hypothalamic-pituitary-thyroid-adrenal-gonad system and the disturbances of growth hormone function.

The author points out that it is not yet clear whether hormonal disturbances in *anorexia nervosa* are associated with general bodily decline.

H. Väre — *Anorexia alcoholica* — a manifestation of changed reactivity

In this review alcoholic anorexia, loss of appetite due to heavy drinking, is regarded as a withdrawal symptom of secondary alcohol dependence. The author points out that alcohol causes changes in energy exchange and haemodynamics within the body. In an alcoholic, a single intake of alcohol stimulates external respiration and the release of carbon dioxide from the blood into alveolar air. In chronic alcoholism, the sensitivity of chemo- and baro-respiration and the release of carbon dioxide is changed and the irritability of the sympathetic nervous system is reduced. As heavy drinking gets more severe, dysproteinaemia and haemodynamic disturbances become more pronounced. This leads to the development of alcoholic anorexia. The development of adrenergic alcoholic intoxication and alcoholic anorexia are the manifestations of the second stage of alcoholism which are connected with changed reactivity of the body. Alcoholic loss of appetite in its turn causes a diminished hormone and enzyme production and the depression of alcohol biotransformation which, eventually, lead to the disturbances characteristic of the third stage of alcoholism.

K. Subi — The respiratory virus and acute respiratory disease

In this article a review of respiratory viruses and respiratory viral diseases is presented. On the basis of relevant literature and personal findings, the author elucidates the etiology, symptoms and diagnosis of acute respiratory diseases.

K. Dmitriev, A.-E. Kaasik — Hyperbaric oxygenation and its application to victims of ischaemic cerebral infarction

This article deals with some important data on the use of hyperbaric oxygenation (HBO). HBO is a technique for exposing a patient to oxygen at high pressure. It brings about an increase in the partial pressure of oxygen in the body which in its turn leads to an increased flow of blood and oxygen diffusion to an hypoxic area. HBO is used in hospital to treat acute and chronic oxygen deficiency.

M. Otter, L. Allikmets — Drug forms for prolonged dosage and rate-controlled drug delivery system

A review of prolongation of the effect of dosage is given. Examples of reproducible bioavailability of drugs are given in a table form. The authors discuss some perspectives for creating new forms of drugs for prolonged dosage, i. e. «therapeutic systems» that can be specified by the rate at which they deliver a pharmacological agent.

O. Tamm, R. Silla — The hygienist's role in health protection in the Estonian SSR

I. Kull, H.-I. Maaros — Anorexia — loss of appetite in internal diseases

Anorexia is an illness, most common in female adolescents, in which the patients have no desire to eat. The illness is characterised by the failure to eat, low body weight, amenorrhoea and low basal metabolic rate. Some patients have to have psychotherapeutic treatment, others may suffer from several somatic disorders leading to anorexia.

The author also deals with malabsorption syndrome and its causes. A case of gluten enteropathy is presented as an example of malabsorption syndrome.

E. Lõuk — Some psychological aspects of so-called "dispensarization"

Training of personnel

Conferences and meetings

Physicians' societies

Our heroes of the day

A. Aadamsoo — A psychiatrist's recollections of a scientific business trip to France

Necrologies

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

Chronicle

Soviet Estonian scientists' publications abroad

*English text edited and translated
by E. Saarnok*

KES KOOLIST KAASA
ANTUD TEADMISI
EI TAHA TÄIENDADA,
JÄÄB PARATAMATULT
AJAST MAHA,
SEST ARSTITEADUS
TOOB IGA PÄEVAGA
JUURDE PALJU UUT.
SEDA UUT ON VAJA
TEADA IGAL MEDITSIINI-
TÖÖTAJAL.

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG
1986. AASTAKS ON

31. OKTOOBER



CETAMIPHENUM

Tsetamifeen pidurdab kolesteriini sünteesi
ja tal on mõõdukas
kolesteriinisaldust vähendav toime.

Kasutatakse ateroskleroosi, hüperfoonia-
tõve, kroonilise südamepuudulikkuse
kompleksravis.

Ravimi annus on 0,5 g 3 . . . 4 korda
päevas. Ravikuur kestab 1 . . . 3 kuud.

Kodumaine tööstus toodab 0,25-grammi-
seid tablette.