



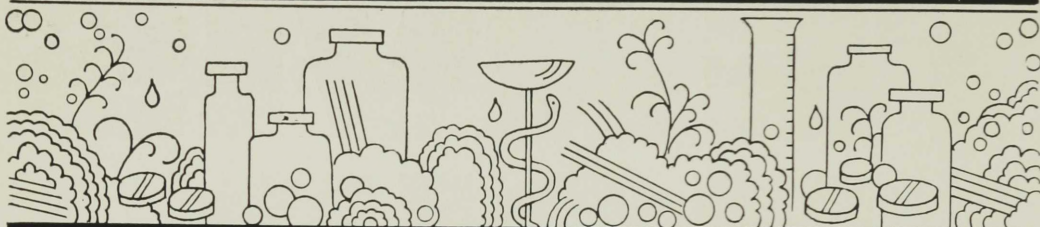
ÕUKOGUDE EESTI

# TERVIS- HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

**3-1976**



---

## **DIFRÜÜL**

Sünonüüme: Corontin, Falicor

Mõjusa toimega südametegevuse kroonilise puudulikkuse korral.

Parandab südamelihase hapnikuvarustust, laiendab pärgartereid.

Avaldab nõrka hüpotensiivset toimet.

Originaalpakendis 100 tabletti à 0,015 ja 100 tabletti à 0,06 g.

---

---

## **MILURIIT (ALLOPURINOOL)**

Tõhusa toimega podagra, sekundaarse hüperurikeemia korral, neeru- ja põiekivide profülaktikas. Vähendab ülemäärast kusi happesisaldust kiiritusravi ajal ja tsütostaatiliste ravimite kasutamisel.

Originaalpakendis 50 tabletti à 100 mg.

---

---

## EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1976 · XIX AASTAKÄIK

### SISU

Meditsiinitöötajate päeva mõtteid 195

#### TEORIA JA PRAKTIKA

H. Vahter — Suguhaiguste epidemioloogilised ja kliinilised iseärasused 198  
M. Majas, J.-A. Utt, V. Granat — Gonorröa ravi 200  
H. Silm — Mikrosporia kliinik ja profülaktika 204  
J. Männiste — Kopsuarteri tromboboolia profülaktika ja ravi 206  
M. Pärlist, J. Karusoo — Histaglobuliinravi bronhiaalastmat põdevatel lastel 209

#### ÜLEVAATED

J. Teras, E. Rõigas — Trichomonas vaginalis ja urogenitaaltrakti trihomonooos 212  
E. Elberg — Lipiidide ainevahetuse muutustest psoriaasahaigeil 217

#### TERVISHOID. TÖÖ TEADUSLIK ORGANISEERIMINE

L. Nurmand — Suguhaigustevastane võitlus Eesti NSV-s 221  
J. Saarma — Psühhiaatriline arstiabi Eesti NSV-s 223

A. Aunap, V. Roos, M. Zeltser — Tööstööliste üldhaigestumuse analüüs suurettvõttes raali «Minsk-32» abil 227  
N. Loogna — Allergilisi haigusi põdevate uurimisele suunamine 230

#### KOGEMUSTE VAHETAMINE JA

#### KASUISTIKA

M. Majas, A. Luts — Skleroomijuht Eestis 232

#### ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

B. Rubinstein — Sügeliste iseärasused ja ravi nüüdisaial 233  
K. Kutsar — Parotiidiviirus 235  
H. Löiv — Mis põhjustab toiduainete helendumist? 236

#### KAADRI ETTEVALMISTAMINE

L. Kaar — Salva Gulordava arstiteaduse doktoriks 237

#### SANITAARHARIDUSTÖÖ

E. Rõigas — Suguhaigustevastase sanitaarharidustöö mõjususe ja adressaadid 238

#### ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kalnin — N. Burdenko tegevus Tartu perioodil 241

#### KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

N. Elsteini ja V. Elsteini Eesti NSV terapeutide kongress 247

M. Mägi — Professor Ludvig Puusepa 100. sünnipäeva tähistamise konverents 249

L. Lavrova — X Eesti NSV lastearstide kongress ja IX Eesti NSV akušööride-günekoloogide konverents 250

B. Schamardin — Tööhügieeni ja kutsehaiguste vabariiklik konverents 251

V. Kalnin — II teaduslik sessioon «Kõrgkooli ajaloo Tartus» 251

V. Valdes, A. Lukaš — Eesti NSV kohuarstide ja patoanatomide IV teaduskonverents 253

K. Leet — Ülevabariigiline spordikaitsevi nööpidamine 254

M. Kuusma — Üleliiduline immunoloogide konverents 254

Üleliiduline teaduslik-praktiline konverents laste kehalise kasvatususe hügieeni alal 255

G. Sabbo — Ühiskondlike sanitaarinspektorite IV vabariiklik konverents 255

N. Loogna — II kõrgkoolidevaheline kutse-nahahaiguste konverents 256

E. Vaqane — Esimene üleliiduline valguprobleemi käsitlev sümposion 256

J. Ruut — II üleliiduline teetanusekonverents 257

J. Ksenofontov — I üleliiduline meditsiinilise geneetika konverents 257

#### ARSTIDE SELTSIDES

H. Vahter — Vabariiklik Dermatoveneroloogide Teaduslik Selts 259

R. Silla — Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisatsioonide Teadusliku Seltsi juhatusel koosolek 261

N. Elsteini — Eesti NSV Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatusel tegevus 261

A. Haavel — Kingisessa Arstide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskoosolek 262

V. Valdes — Üleliidulise Patoanatomide Seltsi juhatusel VIII pleenum 262

#### JURIIDILIST NÕUANNET

Z. Püvi — Suguhaigete kriminaalvastutusele võtmise suguhaiguse teadlikul levitamisel 263

#### TAHTPÄEVAD

M. Gustavson — Helmi Nõugasti tööjuubel 266

#### KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

R. Uuetoa — Brošüür «Suguhaigused ja nende vältimine» 267

A. Kadai — Bibliograafilisi kartoteeke ja soovitusnimestikke meditsiiniaraamatukogus 268

#### MEDITSIINITEHNIKA

E. Sauemägi — Skolioosimeeter ESM 269

#### MITESUGUST

S. Jõks — Nobeli arstiteaduse- ja füsioloogiaauhind onkovioloogidele 271

V. Lään — Meditsiin ja olümpiamängud 273

#### UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Metindioon 274

#### QAESTIONES LINGUAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Keelekilde 275

#### KROONIKA 277

Lühidalt 212, 233, 247, 258, 265, 266, 270, 276

E. Vahasalu — Eesti NSV-s ilmunud meditsiinkirjandust 288

# NB

## «Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 25. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil: Москва Г 200, «Международная книга».

## Toimetuse kolleegium

N. Ajasta, P. Bogovski, N. Elštejn, A. Jananus, L. Keres, V. Laos (peatoimetaja ase-täitja), U. Meikas, E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja)

## Toimetuse nõukogu

J. Aaso (Kohtla-Järve), L. Abram (Viljandi), S. Ellersee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Haapsalu), A. Klink (Võru), R. Markovitš (Harju rajoon), D. Pärn (Hiiumaa), P. Rahu (Valga), M. Sil-land (Narva), G. Sukles (Rapla), A. Tamm (Paide), Ü. Valvere (Kingsisepa), R. Vodja (Pärnu), K. Väin (Rakvere).

Vanemkorrektor L. Art. Tehniline toimetaja T. Vent. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19 Kallaku 3. Tel. 443-70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73. tel. 463-98. Ladumisele antud 1. IV 1976. Trükkimisele antud 18. V 1976. Trükiarv 5500. Trükipaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 6,25+1 kleebis. Tingtrükipoognaid 8,22. Arves-tuspoognaid 10,2. Tell. 1121. MB-04839. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tal-linn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Вы-ходит 6 раз в год. На эстонском языке. Ор-ган Министерства здравоохранения Эстон-ской ССР. Издательство «Периодика», Тал-лин.

© Kirjastus «Perioodika»,  
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsikirjad esitada toimetusele masinakirjas, kahes eksemplaris. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas keskmiselt 60 täheruumi. Avaldami-seks saadetakse töö peab olema sisult aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu järgmistest pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimis-materjal ja -meetodid, tulemused, arutelu ning vajaduse või soovi korral veel kokku-võte või järeldused. Käsikiri peab olema keeleliselt redigeeritud, eriti tuleb kont-rollida terminoloogia, valemite, mõõtühik-ute, tsitaatide, nimede, initsiaalide jne. õig-sust. Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlke-vaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa jne.). — Järjekordade vältimiseks esitada tead-uslikud tööd kokkusurutult, võimalikult mitte üle viie ja ülevaadet võimalikult mitte üle kümne lehekülje, kirjandus vastavalt mitte üle 10 ja 50 nimetuse. Kitsamatel vähest lugejate arvu hõlmavatel erialadel esi-tada töö autoreferaadina. — **Asutuse töend** selle kohta, kas töö on plaaniline, mitteplaa-niline või dissertatsiooni fragment ja kas see on valminud statsioonarses aspirantuuris, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. Töen-dile kirjutab alla asutuse juhataja. Iga tea-dusliku töö peab viseerima teaduslik juhenda-ja. — **Andmed autori kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni numbrid) lisatakse käsikirja lõppu koos all-kirjaga. Kõrgemate õppeasutuste ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ära ka kateedri või osakonna nimetus. Kollektiivsetel töödel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aad-ressid ja muud eespool nimetatud andmed. — Referaat esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja võimalust mööda ka inglise keeles (8...12 rida masinakirjas). Kui inglise-keelset kokkuvõtet ei anta, siis esitada tõlki-miseks sobiv eestikeelne referaat. — **Kirjan-dus**. Kui bibliograafias on teoseid mitmes keeles, paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed teo-sed. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaand-mise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori perekonnanimi ja initsiaa-lid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotode ja jooniste** allkirjad paigaldatakse teksti vii-masena. Tarbe korral foto tagaküljele mär-kida, kumb pool on filimine. — Käsikirju toimetusele ei tagasta ka siis, kui need ilmumata jäävad.

**Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud. Kui töö samal ajal on saadatud avaldamiseks mõnda teise liiduvabariiki või välismaale: tuleb see kaaskirjas tingimata märkida.

## TERVISHOIUTÖÖTAJATE PÄEVA MÖTTEID

Nõukogude meditsiinitöötaja on see, kes realiseerib meie ühiskonna kohustuse hoida ja kaitsta inimese tervist, kelle õiguseks on olla terve. Tervishoiu ühiskondlik tähtsus kasvab tänapäeval tohutult, kasvab ka tervishoiu humanistlik, majanduslik, poliitiline ja rahvusvaheline tähtsus. Nõukogude meditsiinitöötaja auks ja tunnustuseks ongi meie riigis kehtestatud meditsiinitöötajate päev.

Järjekordsel juunikuu kolmandal pühapäeval, mida esmakordselt tähistati 10 aastat tagasi, püüdkem mõelda ja selgusele jõuda selles, milleks oleme kohustatud, mida võiksime veelgi paremini teha, mida oleme unustanud teha.

Nõukogude riigi tervishoiupoliitika elluviimine puudutab meist igauht otseselt ja seetõttu on meie kohus hästi töötada, veelgi enam anda rahvale tervishoiuteadmisi, süvendada usalduslikku vahekorda tervishoiutöötajate, samuti kaasinimeste ja haigete vahel.

Oleme palju edasi läinud, oleme juurde õppinud selle nimel, et oleksime teadlikud ja suutelised kaitsma inimesi haiguste eest, et oleksime võimalised haigetele tagasi andma tervise. See on meie õigus, ka meie kohus, see on arsti ja õe tööroom. Need meditsiinitöötajate pingutused, mis on tehtud kõige selle nimel, on olnud suured.

Tervisekaitsel on nõukogude ühiskonnas tähtis osa meie partei sotsiaalpoliitilise programmi elluviimisel. Samal ajal puudutab tervisekaitse meie linnade ja rajoonide elupraktikat, samuti meie inimeste argielu. Ühisel jõul on kerkinud uued haiglad, polikliinikud, ambulatooriumid. Meie meditsiinitöötajad on mitmeti hoolt kand-

nud, et kõik meie raviasutustes, meie töös oleks parem, otstarbekam, kaunim. Meie ühiskonnas elada ja töötada peab inimesele täit rõõmu valmistama ning selle juurde kuulub ka tervishoiuasutuste puhtus, head töötingimused ning meditsiinitöötajate kollegiaalsus ja hea läbisaamine. Tervishoiutöötaja kodanikumõte peab olema kõikjal tuntav ja ilmselt avalduv.

Moodsa meditsiinitehnika kasutuselevõtt, uusimate uurimismooduste kasutamine, arstiteaduse kiire edasiminek nõuavad niihästi keskastme meditsiinitöötajatelt kui ka kõrgkooli kaadrialt alalist teadmiste täiendamist ja kvalifikatsiooni lakkamatut tõstmist. See ei tähenda mitte üksnes uute faktide passiivset omandamist, vaid aktiivset loometööd. Võime rahuldust tunda, et meie arstide ettevalmistamisel on õppetöö kvaliteet paranenud. Kuid samal ajal on kiiresti kasvav kaadrivajadus koos suurenenud teaduslik-pedagoogilise potentsiaaliga sattunud vastuollu ainelise ja tehnilise baasi mahajäämusega. Selle vastuolu likvideerimine on ajanõue.

Töö teaduslik organiseerimine on tervishoiusüsteemis jäänud aktuaalseks. Püüdkemgi oma tööd asjalikult ja põhjendatult seada, et selle efektiivsus kasvaks ning selle arvel vabaneks rohkem aega haigetega tegelemiseks.

Teame arstiabi, tervishoiusaavutuste mõõdetavuse ja võrdlemise probleemi niipalju, et rahva tervislik seisund, samuti töö- ja elutingimused on tervishoiutöötajate igapäevasest tegevusest mitte viimases järjekorras mõjutatavad. Arstiabi kvaliteeti parendada ja soodsalt mõjutada võivad meditsiinitöötajad oma tööga, isikliku andamiga. Ja sellest seisukohast peab vaatlema nõudeid, mida oleme endale kavandanud. Parimaid tulemusi saadakse seal, kus on täielik ülevaade ja teatakse meditsiinitöötajate võimeid, kus oma saavutusi hinnatakse rangelt ja kõrgeimat meditsiinitaset silmas pidades, kus püüdlused parandada arstiabi kvaliteeti on igapäevasest arstitööst kõikide ettevõtmiste lähtealus.

Tervishoiutöö kvaliteet tähendab konsekvantset nõuet igati tegutseda kaasinimeste heaks. Arstiabi kvaliteet sõltub mitmetest teguritest. Nii on kvaliteedi eelduseks kõrge teaduslik tase, laitmatu meditsiiniaparatuur, samuti teadussaavutuste viivitamatu eluviimine.

Otsustava tähtsusega arstiabi kvaliteedi suhtes on usaldusvahekord haige ja arsti, õe ja teiste kaastöötajate vahel. Arstiabi hindab ka rahvas selle järgi, kuidas tunneb end meie hoolitsuse all haiglas viibiv haige. Hindamatu kaaluga on see, kuidas arst, õde ning iga tervishoiutöötaja kohtleb abivajavat haiget, tema soove kuulab, talle nõu annab ning teda ravib ja tema eest hoolitseb. Haiglas tunnevad ravialused vajadust oma vaimsete ja kultuuritarviduste järele. Seetõttu ei saa me mööda minna haiglaraamatukogudest, filmidest ja paljudest muudest meelelahutustest. Need asjaolud on küll tähtsad, kuid moodustavad ikkagi vaid kvaliteedi ühe külje. Abistame ja ravime ju haiget inimest, kellel endal muret küllaga. See nõuab meilt ka muud, kui ainult meditsiiniteadmisi ja modernset aparatuuri. Haige vajab ja peab tunnetama meditsiinipersonali usaldust ja hoolitsust.

Eetilisi-moraalsete põhimõtete silmaspidamine argitöös, samuti meil äsja alustatud kutsealased võistlused on need hoovad, mis aitavad arstiabi kvaliteeti parandada ja selle kõrval muuta ka patsientide psühholoogilist reaktsiooni, samal ajal soodustab see meditsiinitöötajates sotsialistliku isiksuse väljakujunemist.

Peame mõistma, et haige ja abivajaja sageli seostab meditsiinitöötajate käitumist ja võimeid meie sotsialistliku ühiskonnakorraga. Seega on arstiabi kvaliteedi parandamisel poliitiline tähendus, mistõttu selle küsimuse juurde peame oma argitöös ikka ja jälle tagasi tulema.

Tervishoiutöö nõuab siirust, südame-tunnistust, lõpimatut abivalmidust. Valinud selle elukutse, peame need põhimõtted jäägitult omaks võtma.

Inimese tervist hoida, kaitsta, haigestumise korral seda tagasi anda on sotsialistliku ühiskonna peamine eesmärk ja ülesanne, on üks esmaseid eluvajadusi. Olla töös asjalik ja püüdlük, anda sellesse südametuld, kinkida haigele piiritu arsti- ja õelahkus — sellest peab küllastuma meditsiinitöötajate argitöö. Arstil ja õel olgu mõttes kristalliseerunud ja tegudes selgelt esileküündiv eesmärk ja kohustused. Need püüdlused teha kõike paremini, mõista selgemalt tervishoiu olemust — see muudabki arstiabi paremaks, töökultuuri kaunimaks. Koos sellega kasvame ja muutume ka me ise, avardub meie silmaring, rikastub teadvus. Õpime mõtlema avaralt, oskame vaadata tulevikku — ning meie argitöö kujunebki loometöök. Need on lennilikud tööprintsipiidid.

Need tohutud assigneeringud, mida eraldab riik tervishoiu arendamiseks, on eelduseks meie tervishoiutöötajate viljakaks tööks. Sotsialistliku riigi hoolitsus ja selline tähelepanu kohustavad meist igapäev loominguliselt mõtlema ja tegutsema. Suuremad ressursid, avaramad võimalused nõuavad meilt enam mõtteerksust, loometööd, veelgi suuremat vastutust. See tähendab hästi läbimõtlemit, kuidas materiaalseid võimalusi meditsiinitöötajate kogumõtte kaudu arstiabi parandamiseks realiseerida.

Meie ees seisvate ülesannetega tuleme paremini toime siis, kui me rakendame meditsiinitöötajate võimeid ja töökust otstarbekalt ning parandame koostööd veelgi. See tähendab kvaliteedi tõstmist nii teoorias kui ka praktikas.

Arstiteaduskonna üliõpilased on õpingute alustamisega võtnud endale kohustuse sotsialistliku ühiskonna vastu ning nad peaksid mõistma arstikutse erakordset keerukust, raskust ning pideva õppimise ja juurdlemise vajadust, et üldse suuta arst olla.

Keskastme meditsiinitöötajad on see osa meie perest, kelle tegevusel ja teadmistel rajanevad arstitöö realiseerimise võimalused. On oluline, et õed

tunnetaksid oma suurt vastutust, niisama oluline on, et nende töö väärtust ja väärikust ning raskust arvestaksid ka arstid, sest tervishoiutöö on ju nendevaheline koostöö, nende ühistöö.

Midagi ei sünni ega teki iseenesest. Me teame, et nooruslikult elurõõmsate, teadmishimuliste, ülla kutsetöö valinud õdede kujundamisel, kasvatamisel on suur roll täita pedagoogidel, nende eeskujul, nende südamesoojusel, nende targal suhtumisel oma õpilastesse. Noortele eeskujuks olla on suur au ja suur kohustus. Olla sihikindel ja sihitadlik, osata esile tuua ja õpetada kutsearmastust igal võimalusel — seda peab silmas pidama.

Tervishoiutöö kvaliteedi tõstmine, nagu öeldud, on otseselt sõltuv nii arstidest kui ka nende lähimatest abelistest — õdedest. Oluline tähtsus seejuures on kaadri õigel paigutusel, ülesannete õigel jaotamisel, nende korrektsel täitmisel, formaalsuste vältimisel.

Teaduse ja tehnika revolutsioon on meditsiini heaks toonud tohutuid võimalusi, kuid ka uusi probleeme. Meie meditsiinitöötajate kohus on lahendada need lähtudes sotsialistliku humanismi põhimõtetest ning oskuslikult ära kasutada teadussaavutused nõukogude tervishoiu praktikas. Arukas isiklike ja tehniliste komponentide koostul tagab edasise progressi nõukogude meditsiinis, mis rajaneb marksistlik-leninlikul metodoloogial.

Sotsialism rajab uue elulaadi, milles valitsevad selged põhimõtted. Ainult need inimesed, kelle teadvuses on kindlalt juurdunud sotsialistlikud ideed, kes hindavad kõrgelt inimväärikust ning on alati valmis inimest abistama, on suutelised inimestevahelisi suhteid humanismi printsiipidel kujundama ja kinnistama. Nõukogude meditsiini humanism on kokkusobimatu ükskõiksusega inimeste vastu. Meie ühiskonna humanism tähendab rahva õnne eest võitlemist, meie inimeste humanism — kõikide oma jõudude,

teadmiste ja võimete andmist kommunistliku ühiskonna ehitamiseks.

Meie vabariigi meditsiinitöötajad on tõestanud, et nad annavad endale selgelt aru, et ka nende teadlikkusest, sotsiaalsest aktiivsusest, nende eeskujulikust ja südamest tulevast tööst olenevad meie tervishoiu edusammud, meie rahva heaolu, meie ühiskonna edasiliikumine.

# Teooria ja praktika

UDK 616.97-036.22

## SUGUHAIGUSTE EPIDEMIO- LOOGILISED JA KLIINILISED ISEÄRASUSED

HERMAN VAHTER · TARTU

Tänapäeva dermatoveneroloogia üks põhiprobleeme on suguhaiguste kliinik ja epidemioloogia. Põhjus on see, et 10...15 aasta jooksul on täheldatud veneerilistesse haigustesse haigestumise sagenemist kogu maailmas (N. Turanov ja K. Jarošlav, L. Cochen jt.).

Kirjanduse andmed suguhaiguste esinemise ja sagenemise põhjuste kohta on kohati vasturääkivad (R. Willcox, A. Pjatikop, A. Antonjev jt.). Meile kättesaadavas kirjanduses, eriti välismaises, rõhutatakse põhiliselt bioloogiliste ja demograafiliste tegurite osatähtsust, vähem aga on tähelepanu pööratud küsimuse sotsiaalsele aspektile (R. Willcox).

Töö ülesanne oli suguhaiguste epidemioloogia põhjalik analüüs meie tingimustes. Uurimistulemused on saadud koostöös vabariigi dermatoveneroloogiaasutuste ja TRÜ arvutuskeskusega.

Analüüsist nähtub, et sagedamini haigestuvad veneerilistesse haigustesse mehed, 58,8% haigestunuist, naised aga 41,2%. Kõige rohkem haigestunud on 20...25 aasta (38,7%) ning 25...30 aasta vanuste hulgas (21,3%). Eriti äratav tähelepanu haigestumine vanuserühmas 15...20 aastat, mis moodustab 14,0% haigete üldarvust ning räägib liiga varajasest suguelu algusest ja seksuaalkasvatuse puudustest. 92,9%

haigetest olid linna- ja 7,1% maaelanikud.

Analüüsist nähtub, et 51,4% haigestunuist on lõpetanud kuni 8 klassi, 39,2% on keskkoolidusega, 4,0% lõpetamata kõrgema ja 3,5% kõrgema haridusega.

Haigestunuist oli kõige rohkem töölisi — 27,5%. Elukutsete järgi: autojuhte 7,1%, ehitustöölisi 6,1%, abitöölisi 5,5%, meremehi 4,9% ja inseneritehnilisi töötajaid 4,2%.

Märkimisväärne on, et uuritute hulgas oli ilma kindla töökohata isikuid. Teenindussfääri töötajaid oli uuritute hulgas 7,8% ning meditsiinitöötajaid 1,0%.

Haigete perekonnaseisu uurimisel selgus, et enamik haigetest olid vallalised (52,6%), kuid küllalt suur protsent oli ka abieluinimesi (31,6%) ja lahutatuid (13,9%). Leski oli haigestunute hulgas 1,9%.

Haigestumise sagedus oli sõltuvuses laste arvust. Lapsi ei olnud 60,3%-l uurituist, üks laps oli 27,5%-l, kaks last 10,4%-l, kolm last 1,5%-l ja üle kolme lapse oli 0,4%-l uurituist. Uuritute põhilise osa moodustasid alalise elukohaga isikud — 97,7%. Alalise elukohata oli 0,7% ning sissesõitnuid 1,6%. Tähtsat osa etendab suguelu algus — juba 15 kuni 17 aasta vanuselt oli suguelu alustanud 31,8% haigetest; 18...19 aasta vanuselt 40,4% ja 20...29 aasta vanuselt 23,5%, kusjuures 2,3% suguelu alustamise aega ei teadnud. Tähelepanu äratav üksikjuhtudel suguelu alustamine vanuses alla 14 eluaasta (1,9%).

Mõningat huvi pakub esimese partneri vanus. 56,5%-l on esimene partner olnud endast vanem, esimesed partnerid on olnud eakaaslased 24,0%-l ning endast nooremad 13,2%-l haigestunuist. 6,3% haigetest esimese partneri vanust ei tea, mis räägib kergemeelsest suhtumisest suguelu.

Tähelepanu äratav veneerilise haiguse korduv põdemine. Esmakordselt põdes gonorröad 86,2%, teist korda 9,7%, kolmandat korda 2,5%, neljandat

korda 0,5% haigetest. Süüfilist oli korduvalt põdenud 0,3% haigetest.

Haiged jagunesid kliinilise diagnoosi järgi: akuutset gonorröad põdes 67,8% haigetest, kroonilist gonorröad 23,9%, torpiidset ja alaägedat 0,5%. Mitmesugused süüfilise kliinilised vormid esinesid 7,8%-l uurituist. Süüfilis oli esmases seronegatiivses perioodis 13,9%-l, esmases seropositiivses perioodis 23,5%-l haigetest, värske teise süüfilis oli 23,5%-l, retsidiveeruv teine 23,5%-l, varajane latentne 10,2%-l ja muud vormid 5,4%-l süüfilishaigetest.

Gonorröa puhul paistab silma värske haigusvormide tunduv ülekaal, mis näitab, et senisest rohkem tähelepanu tuleb pöörata kroonilist gonorröad põdevate haigete väljaselgitamisele ning tuleb täiustada gonorröa diagnoosimise viise.

Täheldasime nakatumise mõningast sagenemist suvekuudel, kuid suhteliselt suur protsent haigetest (29,0%) ei tea nakatumise aega.

Alkoholi suurt osa veneerilistesse haigustesse haigestumisel kinnitab asjaolu, et 40,7% haigetest oli nakatumise momendil alkoholjoobes. Sellest tuleneb vajadus siduda suguhai-guste vastu võitlust senisest enam propagandaga alkoholi kuritarvitamise vastu.

Haiguse avastamise viiside uurimisel tegime kindlaks, et 53,2% haigetest pöördus ise veneroloogi poole, 19,6% on avastatud kui nakkusallikas, 10,1% kontaktsetena. 9,0%-l haigetest on haiguse välja selgitanud günekoloog, 3,8%-l arstid profülaktilisel läbivaatusel, 0,4%-l kirurg, 0,6%-l uroloog, 0,2%-l terapeut, 1,1%-l muude erialade spetsialistid.

Meie poolt uurituist on 0,2%-l süüfilis avastatud seroloogilise uurimise põhjal statsionaarides, 0,2%-l doonorite ning 0,1%-l rasedate seroloogilisel uurimisel. 1,4% haigetest on raviasutusse toimetanud muud organid.

Profülaktilistel läbivaatustel avastatakse veneerilisi haigusi veel üpris

vähe. See kinnitab vajadust tõsta arsti-de kvalifikatsiooni sel alal.

Haigete nappidest teadmistest räägib see, et küllalt suur protsent oli arsti poole pöördunud hilynemisega, vaid 38,5% pöördus arsti poole esimesel haigusnädalal.

Hinnata tuleb, et 94,6% haigetest ei alustanud ravi iseseisvalt. 4,3% haigeil oli meditsiini-asutuses ravi alustatud enne, kui spetsialist oli diagnoosi kinnitanud ning 1,0% ravis end ise arsti korraldusteta.

Enne veneerilise haiguse diagnoosimist oli ravi alustanud haigetest anti-biootikume iseseisvalt kasutanud 10,6%. Arst oli määranud antibiootikume 54,1%-le haigetest, ordineerinud muid ravivahendeid 29,4%-le. Muid vahendeid tarvitas iseseisvalt 12,9%. Need asjaolud võivad tunduvalt raskendada haiguse õigeaegset diagnoosimist ja uurimist üldse.

Nakkusallikate analüüsimisel selgus juhuslike tutvuste suur osatähtsus (29,3% nakkusallikatest), mis veel kord räägib kergemeelsest suhtumisest suguel-lu. Märkida tuleb, et perekondades oli 10,2%-l juhtudest nakkusallikaks mees, 4,3%-l naine.

Enamikul haigetest, 62,7%-l, on kontakt olnud ainult ühe isikuga, 20,1%-l kahe isikuga ja 4,8%-l kolme isikuga. Suhteliselt suur hulk haigeid (43,6%) ei anna objektiivseid andmeid sugulisse kontakti astumise aja kohta. Kergemeelsest suhtumisest suguel-lu räägib see, et 34,7% haigetest astus sugulisse vahekorda juba esimesel tutvuse päeval.

Statsionaaris ravitud süüfilishaigete täiendava uurimise andmeil on haigestumist soodustavad tegurid veel oligofreenia, kliiniliste nähtude polümorfus ning haiguse kulu iseärasused, mis põhjustavad õige diagnoosi ning ravi ja profülaktikaürituste hilynemist. Esmase süüfilise puhul osutusid niisugusteks iseärasusteks inkubatsioonaja pikene-mine, esmaste haavandite arvu suure-nemine, herpesetaoline esmane haavand, haiguse kulg fimoosi või parafi-

möösis, haavandite lokaliseerumine genitaalide ümbruses.

Teise süüfilise puhul väljendusid haiguskulu iseärasused üksikjuhtudel värske teise süüfilise nähtude varajasemal ilmumisel, samuti ilmnedid alopeetsia ja leukodermia juba värske teise süüfilise staadiumis, kusjuures polüadeniit ei kujune välja kõigil haigeil. Harvemaks on jäänud pustuloossed elemendid ja laiad kondüloomid. Esineb psoriaasi ja epidermofütiide meenutavaid süfiliide, mida oma töös peavad arvestama nii dermatoveneroloogid kui ka kõik teised arstid.

Kokkuvõtteks tuleb öelda järgmist.

Suguhaiguste esinemist soodustavateks teguriteks osutuvad meie tingimustes kergemeelne suhtumine suguelu, mitteküllaldane seksuaalkasvatus, alkoholi kuritarvitamine, vähesed teadmised suguhaigustest ja nende tagajärgedest ning haiguskulu kliinilised iseärasused. Antibiootikumide kasutamine ilma arsti korraldusteta vajab piiramist. Sanitaarselgitustööd enam haigestuvate elanikkonna rühmade hulgas tuleb parandada ja tõsta profülaktiliste läbivaatuste kvaliteeti.

*TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder*

UDK 616.973-07

## **GONORRÖA RAVI**

MATI MAJAS JAAK-ALLAN UTT  
VERA GRANAT · TALLINN

Viimastel aastatel on gonorröa kliiniline pilt märgatavalt muutunud. Tunduvalt on suurenenud torpiidsete ja tunnusteta haigusjuhtude arv. Osa autoreid (6) seostab seda uute gonokokitüvede tekkimisega ning nende arvates on gonokokid, mis põhjustavad torpiidseid haigusjuhte, ümbritsetud rohkearvuliste membraanidega. Paljud autorid peavad kliinilise pildi muutmise põhjuseks gonokokkide tund-

likkuse langust antibiootikumide suhtes (3, 5, 8, 9), mis omakorda on põhjustatud gonorröa raviks kasutatavate antibiootikumide annuste ebaõigest määramisest ning ravimiresistentsuse ülekandumisest ühelt rakult teisele (8). Mõned autorid seostavad seda seganakkuse, eriti gonorroilis-triühomnaadsete põletike sagenemisega (7, 10). Kaasuv nakkus võib pidurdada gonokokkide paljunemist, mille tõttu pikeneb inkubatsiooniaeg ning haigust on raskem diagnoosida (1, 7).

Haiguse kulu järgi jaotatakse gonorröa värskeks ja krooniliseks. Esimese korral kulgeb haigus (kestusega kuni kaks kuud) kliiniliselt ägedalt, alaägedalt või torpiidset. Kroonilise gonorröa, kestusega üle kahe kuu, korral on haigus väheste kliiniliste tunnustega. Selles staadiumis võib haigus aeg-ajalt ägeneda.

Gonorröa ravi üldpõhimõtted seisnevad organismi reaktiivsuse tõstmises, antibiootikumidega gonokokkide mõjutamises ning paikses ravis. Arvestada tuleb haige üldseisundit, organismi anatoomilisi ja füsioloogilisi iseärasusi, haiguse kulgu, lokaliseerimist ning kestust. Ravi mõjususe mõõdetakse gonokokkide tundlikkusest antibiootikumide suhtes ning ravimi annusest.

Kui ei ole võimalik määrata gonokokkide tundlikkust antibiootikumide suhtes, valitakse neist esimesena alati penitsilliin, kuigi gonokokkide tundlikkus penitsilliini suhtes on langenud 15 korda. See asjaolu on viinud selleni, et raviks vajalik penitsilliiniannus on võrreldes 1945. aastal gonorröa raviks kasutatud penitsilliiniannusega suurenenud 20...30 korda (2).

Ägeda gonorröa korral, kui ei ole määratud tundlikkust antibiootikumide suhtes, alustatakse penitsilliinravi. Raviskeem on järgmine. Algul süstitakse (esimene süst) füsioloogilises lahuses lahustatud penitsilliini 600 000 TÜ ning seejärel 300 000 TÜ iga 3...4 tunni järel, kogu annus on seega 2 400 000...3 000 000 TÜ. Ööseks võib määrata 600 000 TÜ ekmonovotsilliini või 600 000 TÜ penitsilliini, samal ajal

määratakse ka autohemoteraapia (5 ml verd) 12 tunniks.

Ambulatoorses praktikas on kasutusel bitsilliin-1, bitsilliin-3 või ekmonovotsilliin. Bitsilliin-1 ja bitsilliin-3 süstitakse 600 000 TÜ 24 tunni või 1 200 000 TÜ 48 tunni järel, ekmonovotsilliini 600 000 TÜ 12 tunni või 1 200 000 TÜ 24 tunni möödumisel, kogu annus on ikkagi 2 400 000... 3 000 000 TÜ.

Kui pärast 3... 5 päeva kestnud ravi tekib jälle eritis ureetras või emakakaelakanalist ning leitakse gonokokke, siis vahetatakse antibiootikum teise antibiootikumi vastu ja määratakse immunoteraapia.

Raviks määratakse ka levomütsetiini. Kaks päeva võetakse ravimit kuus korda päevas (ööne vaheaeg kaheksa tundi) à 0,5 g, kokku 6,0 g. Biomütsetiin-, tetratsükliin- ja terramütsetiinravi korral on annus 0,3 g, ravimit võetakse viis korda päevas (ööne vaheaeg seitse tundi) kaks päeva järjest. Ülejäänud päevadel on ravimi koguanus 5,0 g jaotatud viiele korrale päevas 0,2 g korraga.

Oletetriini määratakse esimesel päeval 1 500 000 TÜ (esmane annus 500 000 TÜ), neljal järgmisel päeval à 250 000 TÜ, seejärel aga 250 000 TÜ neli korda päevas (ööne vaheaeg kaheksa tundi), kogu annus peab olema 4 000 000 TÜ.

Erütromütsetiini ordineeritakse 400 000 TÜ kuus korda päevas kahe päeva jooksul. Järgnevalt 400 000 TÜ viis korda päevas, kogu annus peab olema 8 800 000 TÜ.

Monomütsetiini tuleb süstida 500 000 TÜ 0,5%-lises novokaiinilahuses 12-tunniliste vaheaegadega, kokku 2 000 000 TÜ. Kanamütsetiini süstitakse 500 000 TÜ 0,25... 0,5%-lises novokaiinilahuses 12-tunniliste vaheaegadega, kogu annus on 2 000 000 TÜ.

Kui antibiootikumid ei toimi, siis võetakse kasutusele sulfadimetoksiin, mida ordineeritakse 1,5 g kolm korda päevas kahe päeva jooksul, ülejäänud päevadel 1,0 g kolm korda päevas, kokku 15,0 g. Võib kasutada ka sulfa-

monometoksiini samades annustes. Kuigi gonorröahaigeid ravitakse ka rondonmütsetiini, metsilliini ja teiste ravimitega, on eespool nimetatud vahendid ja skeemid praegu siiski põhilised, nende hulgas on juhtiv koht penitsilliinil (1). Streptomütsetiini gonorröa raviks ei kasutata.

Gonorröa ägeda vormi korral on lokaalne ravi näidustatud juhul, kui 10. kuni 12. päeval pärast ravikuuri tekib gonorröajärgne protsess (eritised, niidid uriinis, emakakaelahaavand), kuid gonokokke uurimisel ei leita. Ureetra eesmises osas levinud uretriidi puhul tehakse meestel 3... 5 päeva jooksul iga päev loputusi Janet' järgi 37... 39°-se kaaliumpermanganaadi (1:10 000... 1:6000) vesilahusega ainult ureetra eesmise osa ulatuses, hiljem tehakse sügavaid loputusi. Kui uretriit on ureetras kaugemale levinud ja kui ilmnevad düsuurianähud, määratakse sooje istevanne, soojusprotseduure põie piirkonda, belladonnaküünlaid (0,015 g), alles hiljem ureetra sügavaid loputusi kaaliumpermanganaadilahusega.

Naistel tehakse uretriidi korral pärast põie tühjendamist loputusi kaaliumpermanganaadilahusega, seejärel instilleeritakse ureetrat 1... 2%-lise protargoolilahusega. Endotservitsiidi korral määratakse tupevanne protargooli 3%-lise lahusega. Pärast seda viiakse tuppe kuulikesed (protargool 1,5, valge suhkur 4,0, piimasuhkur 3,0, kakaovõi 1,0).

Haiged, kes põevad ägedas vormis gonorröad ja kellel nakkusallikas on avastamata jäänud, samuti need, kellel ei ole kindlat töö- või elukohta, peavad lisaks gonorröaravile saama veel süüfilist vältiva penitsilliinkuuri haiglas või ekmonovotsilliin-, bitsilliin-1- või bitsilliin-3-kuuri ambulatoorselt; üldannuseks on ette nähtud 100 000 TÜ keha kaalu ühe kg kohta ja mitte vähem kui 6 000 000 TÜ. Kui haigel, kelle nakkusallikas on jäänud välja selgitamata, on kindel töö- ja elukoht, määratakse talle antibiootikumkuur, ravimi annus on sama mis eespool toodu. Haige jääb

seroloogilisele kontrollile kuueks kuuks.

Üheaegselt võib kasutada mitut antibiootikumi järgmistel juhtudel: 1) tüsistunud ning raskelt kulgeva gonorröa korral; 2) üleneva gonorröa, ka seganakkuse puhul ning 3) siis, kui mitu järjestikku kasutatud antibiootikumi ei ole toiminud. Keelatud on kasutada penitsilliini üheaegselt tetratsükliini või levomütsetiiniga, erütromütsiini oleandomütsiiniga, ristomütsiini levomütsetiiniga, monomütsiini kanamütsetiiniga nende kombinatsioonide toksilisuse või mõjususe vähenemise tõttu (4). Pärast antibiootikume määratakse neil juhtudel immunoteraapiat ning hiljem füsioteraapiat.

Kroonilise või torpiidse gonorröa korral kasutatakse üheaegselt ravi ühe antibiootikumiga ja immunoteraapiat, hiljem aga paikset ravi. Sama ravi on ette nähtud ka oletatavatele haigusallikatele, kuigi neil puuduvad haiguse kliinilised tunnused, ja neile, kellel ka kõige hoolikamal uurimisel ei õnnestu gonokokke leida. Antibiootikumide ühekordsed annused ja manustamise kord on toodud eespool. Tuleb vaid teada, et koguannus on suurem: penitsilliini, bitsilliini ja ekmonovotsilliini 4 200 000 TÜ... 6 000 000 TÜ; ampitsilliini 4,5 g; biomütsiini, tetratsükliini, terramütsiini 10,0 g; oletetriini 7 000 000 TÜ; erütromütsiini 12 800 000 TÜ; monomütsiini 8 000 000 TÜ; kanamütsiini 6 000 000 TÜ; sulfamonometoksiini, sulfadimetoksiini 20,0 g. Levomütsetiini koguannus on 10,0 g, kusjuures alates kolmandast päevast kuni ravikuuri lõpuni antakse ravimit 0,5 g neli korda päevas (esimesed kaks päeva nagu haiguse ägeda vormi korral).

Immunoteraapiaks kasutatakse gonovaktsiini, pürogenaali, autohemoteraapiat. Autohemoteraapiat kasutatakse tüsistunud gonorröa raviks algannuses 3 ml 1...2 päeva järel, annust suurendatakse 1,5...2 korda. Kui haige üldseisund on paranenud, minnakse üle aktiivsemale immunoteraapiale (gonovaktsiin või pürogenaal).

Gonovaktsiini kasutatakse torpiid-

sete, antibiootikumide suhtes resistentsete ja krooniliste vormide puhul. Algannus on 200...300 miljonit mikroobikeha (tavaliselt 250 miljonit). Süstimist korratakse 2...3 päeva järel kahekordses või algannuses (olenevalt organismi reaktsioonist). Süstide arv on 6...8, annust võib suurendada kuni kahe miljardi mikroobikehani.

Pürogenaal on näidustatud haiguse torpiidsete ja krooniliste vormide korral. Algannus on meestel 100...150 MPD (MPD — minimaalne pürogeenne doos), naistel 25...50 MPD. Olenevalt organismi tundlikkusest annust 2...3 päeva pärast kahekordistatakse. Ravikuur koosneb 12...15 süstist ning ravimi maksimaalannus on 100 MPD.

Laktoteraapialt võib abi loota kõige raskemini ravitavate gonorroiliste põletike puhul, nagu paraprostaatit, paravesikuliit, parametriit jt. Algannus on 1,0...2,0 g; süstimist korratakse olenevalt organismi tundlikkusest 2...4 päeva järel ja annust suurendatakse 2,0 võrra, maksimaalne annus on vajaduse korral 10,0. Vastunäidustused on tuberkuloos, neerude, maksa- ja südame- ning veresoonte kahjustused. Pärast antibiootikumkuuri ja immunoteraapiat määratakse paikne ravi.

Meestel instilleeritakse ureetra tagumisse ossa ureetriidi korral 0,25...0,5% list põrgukivilahust või 1...2% list protargoolilahust ühe-kahe päeva järel 8...10 korda, kusjuures enne uuritakse hoolikalt eesnäärme ja seemnepõiekestes seisundit.

Uretriiti põdevatel naistel tehakse täispõie korral ureetra massaaži. Pärast põie tühjendamist peitsitakse ureetrat 1%-lise Lugoli lahusega või siis ihtüooliga ja 1%-lise põrgukivilahusega, kokku 8...10 seansi. Endotserviitsiidi korral tehakse tupevanne 2%-lise põrgukivilahusega kolme-nelja päeva tagant ning määratakse erosiooni ravi. Proktiidi korral tehakse 3%-lise protargoolilahusega mikroklistiire, erosioone peitsitakse, määratakse 5...10%-lise põrgukivilahusega.

Gonorröa ravi koosneb kahest osast. Esimese moodustavad raviprotseduurid,

teise ravi tõhususe kontroll. Ravi ajal võivad gonokokid jääda kuse- ja suguteedesse kapseldunud kolletena. Seetõttu alustatakse kontrolli seitse päeva pärast ravikuuri lõpetamist. Kontroll algab vaatluse ja eesnäärme sekreedi uurimisega, seejärel tehakse provokatsioon. Nüüdisajal kasutatakse tavaliselt kombineeritud provokatsiooni: ureetra massaaž, gonovaktsiini süst (500 miljonit mikroobikeha) ja meestel 0,5% -lise põrgukivilahuse instillatsioon ureetrasse, naistel 1...2% -lise lahusega. Emakakaelakanalit peitsitakse 5% -lise põrgukivilahuse või Lugoli lahusega. Lugoli lahusega peitsitakse ka pärasoolt. 48., 72. ja 96. tunnil pärast provokatsiooni uuritakse meestel ureetra limaskestast kaabet gonokokkide suhtes. Kui gonokokke ei leita, siis kombineeritud provokatsiooni kuu aja pärast korratakse. Tehakse ka uretroskoopia. Kui ka nüüd puuduvad põletiku tunnused ja gonokokid preparaatides, arvatakse haige terveks.

Naistel võetakse preparaate järgmise menstruaalverejooksu ajal ning selle lõppemisel tehakse kombineeritud provokatsioon ja uuritakse ureetra, emakakaelakanali ning pärasoole materjalist valmistatud preparaate samade vaheaegade järel. Taolist uuringut korratakse 2...3 menstruaaltsükli jooksul ning negatiivse leiu korral võib patsienti terveks pidada.

Nagu praktika näitab, tehakse Eesti NSV-s gonorröa ravimisel küllalt palju vigu. Levinumad neist on immunoteeraapia puudulik ja oskamatu läbiviimine ning preparaadi ebaõige valik, antibiootikumide ühekordsete annuste ülepakkumine, sealjuures liiga väike üldannus, lokaalsete raviprotseduuride vähesus ning monotoonsus, ravi mõjuse puudulik kontroll jne. Sagenenud on juhtumid, mil haiged, kellel puudusid nakkusallikad, võetakse arvelt maha, ilma et neil eelneva kuue kuu vältel oleks seroloogilisi uuringuid tehtud, ning alles hiljem selgub, et lisaks gonorröale oli haige nakatunud ka süüfilisse.

Paljud autorid (1, 10) rõhutavad, et

eriti hoolikalt tuleb jälgida trihhomonoosi põdevaid haigeid, sest gonokokk võib saprofüüdina pesitseda trihhomonoosi tekitaja sees ning alles viimase hävimisel tekitab spetsiifilise põletiku. Kahjuks uurivad nii dermatoveneroloogid kui ka günekoloogid trihhomonoosi põdevaid haigeid gonorröa suhtes puudulikult. Ebapiisavalt uuritakse gonorröa suhtes ka neid patogeneesi, kes kaebavad steriilsuse üle, ning kroonilist adneksiiti ning muid günekoloogilisi põletikke põdejaid. Kui ka kõige hoolikamal uurimisel ei leita gonokokke, tuleb neile määrata täielik kroonilise gonorröa ravikuur. Lapsed nakatuvad gonorröasse teatavasti harva, seepärast ei ole artiklis käsitletud nende ravi iseärasusi.

Eeltoodust selgub, et gonorröa ravi on nüüdisajal keerukas ja suurt vastutust nõudev. Üksnes asjatundlik ravi tagab haige tervistumise.

#### KIRJANDUS:

1. Анто́ньев А. А., Скуратович А. А. Вестн. дерматол., 1975, 1, 50—54. — 2. Дашевский Н. В. Вестн. дерматол., 1975, 7, 82—85. — 3. Кириенко Л. В. Вестн. дерматол., 1975, 3, 83—85. — 4. Максимович Е. Б. Прописывание, несовместимость и побочное действие лекарственных средств. Киев, 1974. — 5. Нюникова О. И., Потапнев Ф. В., Скуратович А. А., Николаева И. В., Данилова Т. Н., Яцуха М. В., Калинин Я. Н. Вестн. дерматол., 1975, 1, 80—83. — 6. Овчинников Н. М., Делекторский В. В., Дмитриев Г. А. Вестн. дерматол., 1976, 1, 45—47. — 7. Туранова Е. Н., Нюникова О. И. В кн.: Методические материалы по диагностике, клинике, лечению и профилактике кожных и венерических заболеваний. М., 1974, 55—82. — 8. Туранова Е. Н., Мирходжаева И. Р., Яшкова Г. Н., Жмурина Г. А., Яцуха М. В., Лапманова А. П. Вестн. дерматол., 1975, 5, 70—74. — 9. Туранова Е. Н., Мирходжаева И. Р., Никитина Л. В., Яцуха М. В., Афанасьев Б. А., Данилова Т. Н., Жмурина Г. А. Вестн. дерматол., 1975, 6, 75—78. — 10. Шалсуддинова Р. Х. Вестн. дерматол., 1975, 4, 79—81.

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser

## MIKROSPoorIA KLIINIK JA PROFÜLAKTIKA

HELGI SILM · TARTU

Viimastel aastatel on mikrospooriasse haigestumine sagenenud (tekitaja *Microsporon lanosum*). Samal ajal esineb hulgaliselt andmeid antropofiilsetesse trihhomükoosidesse haigestumise vähenemise kohta (3, 4).

Tartu Linna Kliinilises Naha- ja Suguhaiguste Dispanseris registreeriti 1975. a. 85 trihhomükoosijuhtu. Haigestest 64 (75,3%) põdes mikrospooriat ja 21 trihhofiüütiat.

Enamik mikrospooriahaigeist moodustasid Tartu linna (50,2%) ja rajooni (42,2%) elanikud. Tartu rajoonis registreeritud 28 juhust esinesid pooled Kallastes. Ka viis last Tartust nakatusid suvisel koolivaheajal Kallastes.

Nii ambulatoorselt kui ka statsionaaris ravitud haigeil pandi diagnoos kulturaalse uurimise alusel. Külvis kasvas *Microsporon lanosum*. Täpsemalt analüüsisime statsionaaris ravitud 68,7% mikrospooriahaigete haiguslugusid, millest ilmnes, et üksnes 12,5%-l diagnoositi juuste kahjustust. Ravialuste hulgas olid esikohal lapsed (75%).

Epidemioloogilise anamneesi alusel selgus, et 47,7%-l uuritustest oli haiguse allikaks kass. Ülejäänud ravialused olid nakatunud oma perekonnaliikmete või mängukaaslaste kaudu. Haigete sõnade järgi sattusid ainult kaks kassi veterinaararsti kontrolli alla. Enamikul juhtudel kassid kas hävitati või lihtsalt «kadusid ära». Selline suhtumine nakusallikasse on äärmiselt ohtlik.

Nagu andmetest nähtub, oli vaatlusalustel ülekaalus silenaha kahjustus (87,5%), kirjanduse andmeil aga esineb sagedamini juuste kahjustust (47,7%-l, juuksed ja silenahk 35%-l ja ainult silenahk 18%-l) (3). Juustega kaetud peanahal lokaliseerusid tervest nahast hästi piiristunud ühtlaselt murdunud juustega haiguskolded, mis paiknesid kas parietaal- ja oimu- või kuklapiirkonnas.

Põhikoldest eemal täheldasime osal haigeil üksikuid väiksemaid koldeid. Kahjustunud juuksed fluorestseerusid lumineestsentslambi all erkroheliselt.

Silenahal lokaliseerus haigus sageli katmata kehaosadel: näol, kaelal, öla- ja käsivartel, rinnal, jalgadel (kokkupuutepinnal haige loomaga). Kolded olid tervest nahast hästi piiristunud, vähesete põletikunähtudega ning enamikul juhtudest puudus ka lumineestsentsmakroanalüüsil spetsiifiline roheline fluorestsents. Mikrospooria diagnoosimine tüüpilisel juhul tavaliselt raskusi ei valmista. Viimasel ajal on sagenenud haiguse atüüpilised vormid (3). Selle üks väljendusvorm on haiguskollete laialikülvumine juustega kaetud peanahal. Haigus meenutab kliiniliselt pildilt pindmist trihhofiüütiat. Erinevus on ainult selles, et kolded on tervest nahast teravalt piiristunud, juuksed on murdunud ühtlasemalt ja põletikunähtud on tagasihoidlikumad, tavaliselt täheldatakse ka rohekat fluorestsentsi. Arvestada tuleb seda, et põhikoldest eemal olevates väikestes kolletes võivad juuksed olla murdunud osaliselt.

Harva esineb eksudatiivseid põletikulisi mikrospooriavorme, mis esimesel pilgul meenutavad *impetigo*'t. Kliinilises pildis on sellisel juhul ülekaalus mädased koorikud. Juuksed on murdunud osaliselt. Nähtavale ei tule ka haiguskolde järsk piiristumine. Näitena esitame kaks haigusjuhtu.

**Juht 1.** 1. oktoobril 1975 hospitaliseeriti seitsmeaastane I klassi õpilane (haiguslugu nr. 905/1975) mädapõletiku ja juuste väljalangemise tõttu. Laps oli haigestunud augustis. Et haige ambulatoorse ravi tulemuseks ei paranenud, suunati ta haiglasse. Diagnoosiks oli pandud mädapõletik. Haiglas leiti koldest võetud preparaadis mikrospooriale iseloomulikke mütseele.

**Juht 2.** Kuueaastane kodune poeglaps hospitaliseeriti 5. novembril 1975 (haiguslugu nr. 1015/1975). Diagnoos: *microsporia capilliti et cutis glabrae*. Huvi pakub anamnees. Perekonnas oli kolm last, kes kõik olid haigestunud oktoobri algul. Lapsed olid sageli mänginud kassidega. Kohalik jaoskonnaarst olevat diagnoosinud tuulerõugeid. Nahahaiguste arsti juurde saadeti lapsed konsultatsioonile alles siis, kui olid haigestunud ka täiskasvanud perekonnaliikmed: isa, ema ja vanaema.

Sagedased on juhud, kui mikrospooria asemel diagnoositakse ekseemi ning ravitakse kortikosteroidhormoonisalgiga, mille tulemusena lööve laieneb.

Mikrospooria diagnoosimisel tuleks eelkõige arvestada epidemioloogilist anamneesi, tüüpilist kliinilist pilti, teha korduvalt nii bakterioskoopilisi kui ka bakterioloogilisi uurimisi haiguskoldest. Ühekordne proov võib sageli olla negatiivne, eriti siis, kui eelnevalt on kasutatud mõnd antibakteriaalset ravimit määrimiseks või kui kollet on äsja pestud. Sama kehtib ka haige uurimise kohta luminestsentslambi all. Tüüpiline kollete erkroheline fluorestsents ajutiselt kustub, kui koldeid on ravitud või pestud. I. Šeklavov soovitab seepärast kõiki mikrospooriakahtlasi ja ka kontaktseid uurida korduvalt luminestsentslambi all 3...4-päevaste vaheaegadega.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 1969. a. väljaantud metoodilise kirja järgi kuuluvad eranditult kõik juuste kahjustusega trihhomükoosihai-geid statsionaarsele ravile. Silenaha haigestumise korral on lubatud ravida ka ambulatoorselt, kuid loomulikult ei tohi haige ravi ajal viibida kollektiivis ning kindlasti tuleb korduvalt kontrollida haigega kokkupuutunuid.

Mikrospooria ravi on küllalt pikk. Kirjanduse andmeil kestab praegu ravi juustega kaetud peanaha haiguse korral keskmiselt 51 päeva, kui kolded on ainult silenahal, siis 39 päeva (1, 2). Põhiliselt ravitakse griseofulviiniga (21...22 mg/kg). Meil statsionaaris olnud *microsporia cutis glabrae* diagnoosiga ravialustest raviti griseofulviiniga 56,8%. Teistel piisas lokaalsest ravist fungitsiidsete preparaatidega.

Mikrospooriasse haigestumine on meil suhteliselt sage, mistõttu tuleks senisest enam rõhku panna profülaktikale. A. Šibajeva andmeil ei olnud 59% mikrospooriat põdevate laste vanemat-est varem midagi kuulnud sellest nakkusest ega ka nakatumisteedest. 16% lastevanematest keeldus hospitaliseerimisest kategooriliselt ning 34% ei lasknud teha kodust desinfektsiooni.

Kui vestelda lastevanematega, siis selgub meil samasugune olukord: haigusest ei ole midagi kuulnud ning ei teata isegi seda, et lastel on ohtlik mängida kasside ning koertega, sest need võivad olla nakkusallikad. Mõnele lapsevanemale on üpris raske selgeks teha, et mikrospooria on nakkushaigus. Näiteks esitame järgmise haigusjuhu.

**Juht 3.** 8-aastaselt II klassi tütarlapsel (haiguslugu nr. 946/1975) Tartu linnast lokaliseerus haiguskolle vasaku reie lateraalsel küljel. Ema oli last ravinud koduste vahenditega. Arsti poole pöördus ta alles siis, kui kolle ravile vaatamata oli tunduvalt suuremaks läinud. Hospitaliseerimisel oli kolde diameeter 15 cm. Laps oli mänginud kassiga. Ema ei viinud looma veterinaararsti juurde kontrollile, sest ta oli veendunud, et haiguse põhjustas ehmatus. Samal põhjusel oli raskusi teiste perekonnaliikmete kontrollimisega.

Ei ole üksikjuhud ka need, kui hospitaliseerimisest hoopis keeldutakse. Alles pärast korduvaid vestlusi nõustatakse lapse paigutamisehaiglasse. Et olukorda parandada, korraldatakse dermatoloogide osavõtul lasteasutustes ja koolides profülaktilisi läbivaatusi. Senisest enam tuleks profülaktilistel läbivaatustel kasutada luminestsentsmakroanalüüsi, mis võimaldaks avastada haigust varajases staadiumis. Rohkem tähelepanu peame pöörama sanitaarselgitustööle elanike hulgas.

#### KIRJANDUS:

1. Гафуров Х. Х. Вестн. дерматол., 1975, 6, 73—75. — 2. Дворников М. М., Наумова Н. М. Вестн. дерматол., 1975, 4, 74—76. — 3. Фолин К. Ф., Алексеева Л. П., Саврасов В. П., Северин М. Г. Вестн. дерматол., 1975, 10, 79—82. — 4. Шеклаков Н. Д., Милич М. В. В кн.: Грибковые заболевания человека. М., 1970, 67—71. — 5. Шибалева А. Н., Лозовская А. С. Вестн. дерматол., 1975, 10, 56—59.

TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder

# KOPSUARTERI TROMBEMBOOLIA PROFÜLAKTIKA JA RAVI

JURI MANNISTE · TALLINN

Trombembooliliste tüsistuste hulga pidevast suurenemistendentsist viimasel aastakümnetel on kirjutatud nii mitmed teadlased kui ka praktiseerivad arstid (1, 3, 4). Eriti suur on suremus kopsuarteri trombemboolia korral, mille puhul nii konservatiivne kui ka kirurgiline ravi ei ole seni soovitud tulemusi andnud.

Artiklis püütakse analüüsida kopsuarteri emboolia kliinilisi ohutegureid, profülaktikat ja ravi. Kopsuarteri emboolia profülaktika seisneb esmajoones tromboosi ja embooliat soodustavate tegurite kindlakstegemises ning võimaluse korral nende kõrvaldamises. Paljudes mitmesugustes kombinatsioonides loobki ebasoodsate tingimuste üheaegne kuhjumine eeldused tromboosi ja emboolia tekkeks. Selliste ohutegurite mitmekülgne analüüs võimaldab välja selgitada haiged, kellel on eelsoodumus embooliate tekkeks ning kes vajaksid juba sihipärast profülaktikat. Vere hüübimisvõime muutuste re-

gistreerimine või ainuüksi antikoagulantide manustamine profülaktika eesmärgil ei ole siiski laialdaselt levinud meetodid, millele võiks usaldusväärset toetuda embooliaohu hindamisel, samuti tromboosist hoidumisel. Emboolia profülaktika on ülimalt aktuaalne pindmiste, eriti aga magistraalveenide tromboosi korral.

Analüüsisime tromboosi ja emboolia kliinilisi ohutegureid nende esinemissageduse järgi 229 juhul (115-l kopsuarteri emboolia juhul, mis lõppesid kõik surmaga, ning 114-l magistraalveeni tromboosi põdeval haigel, kellest mikroemboolia tekkis ainult 30-l).

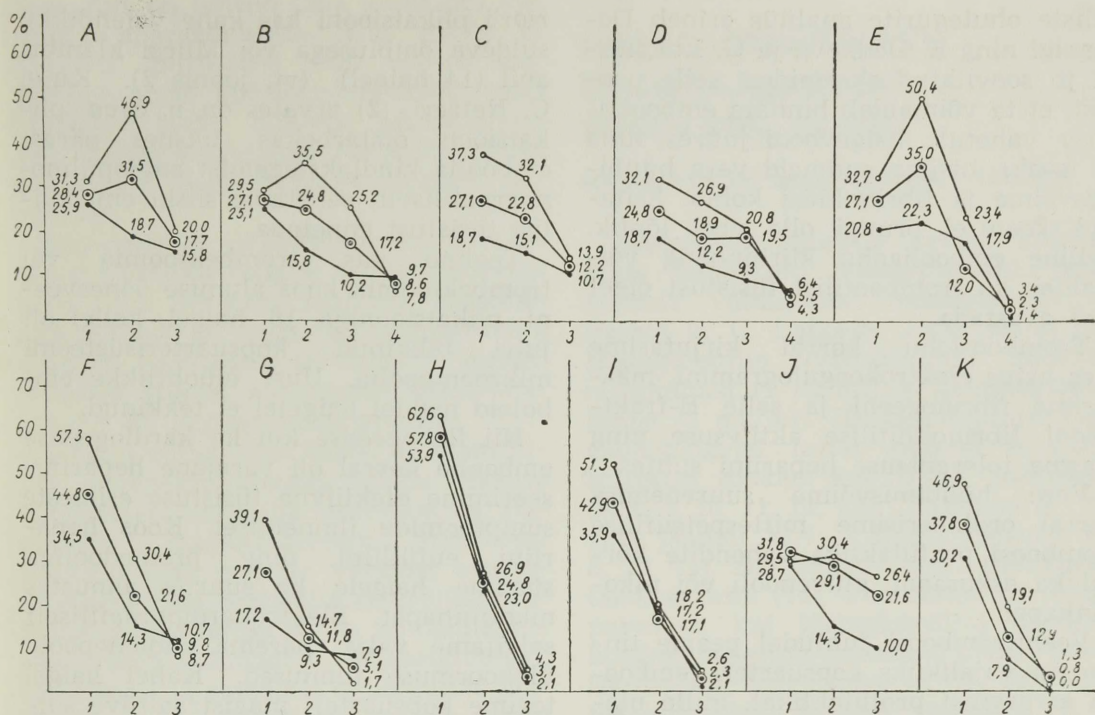
Käsitledes veenitromboosi kui kopsuarteri emboolia allikat, identifitseerisime trombemboolia kliinilised ohutegurid mõlemasse rühma kuuluvate haigusjuhtude põhjal.

Tromboosi ja emboolia kliinilised ohutegurid reastusid esinemissageduse järgi järgnevalt (vt. tabel).

Emboolia korral leidsime mitmesuguseid kliinilisi ohutegureid tunduvalt rohkem kui tromboosijuhtudel. Analüüs näitas, et emboolia oli tekkinud kõige sagedamini 7...8 ohuteguri olemasolul, tromboosi ajenditeks piisas juba 3...4, sagedamini siiski 5...6 tegurist.

Tromboosi ja emboolia kliiniliste ohutegurite esinemissagedus

Kliiniline ohutegur	Emboolia % ± m	Tromboos % ± m	t (kui $t > 2,0$ , on erinevus oluline)
Voodirežiim üle seitsme ööpäeva	93,0 ± 2,3	53,9 ± 4,2	8,0
Vanus üle 50 aasta	86,9 ± 3,1	41,7 ± 4,1	8,6
Igasuguse lokalisatsiooniga ateroskleroos	85,2 ± 3,3	39,5 ± 4,1	8,6
Südamerike	74,7 ± 4,0	45,3 ± 4,2	5,0
Hüpertooniliste ja veeni seina ärritavate ravimilahuste infusioon	63,4 ± 4,4	30,9 ± 3,9	5,4
Äge infektsioon	53,9 ± 4,6	32,3 ± 3,9	3,5
Operatsioonijärgne periood	51,3 ± 4,6	24,4 ± 3,6	4,5
Kopsuhaigused	39,1 ± 4,5	19,2 ± 3,3	3,4
Pahaloomuline kasvaja	34,7 ± 4,4	7,9 ± 2,2	5,3
Aneemia	28,7 ± 4,2	25,9 ± 3,7	0,4
Rasedus, sünnitusjärgne periood, günekoloogilised haigused	22,6 ± 3,9	17,9 ± 3,2	0,9
Prokoagulantide kasutamine	22,6 ± 3,9	15,8 ± 3,1	1,3
Trauma	20,8 ± 3,7	25,9 ± 3,7	0,9
Jala veenide haigused	15,6 ± 3,3	26,6 ± 3,7	2,1
Rasvumine	13,9 ± 3,2	5,7 ± 1,9	2,1



Joonis 1. Tromboosi ja emboolia kliiniliste ohutegurite tüüpilisemate kombinatsioonide esinemissagedus. 1, 2, 3, 4 — ohutegurite arv; punktiga on tähistatud tromboosijuhud, ringikesega embooliajuhud, punkt ringis tähistab tromboosi- ja embooliajuhte kokku.

Huvipakkuv on mitmesuguste kliiniliste ohutegurite tüüpilisemate kombinatsioonide esinemissagedus veenitromboosi- ja embooliajuhtudel. Uurisime järgmisi kombinatsioone:

A — voodirežiim, aneemia, hüpertooniliste ja veeni seina ärritavate ravimite infusioon;

B — voodirežiim, aneemia, hüpertooniliste lahuste ülekannet, prokoagulantide kasutamine;

C — operatsioonijärgne periood, aneemia, hüpertooniliste lahuste infusioon;

D — operatsioonijärgne periood, aneemia, hüpertooniliste lahuste infusioon, prokoagulantide kasutamine;

E — voodirežiim, aneemia, hüpertooniliste lahuste infusioon, trauma;

F — voodirežiim, aneemia, prokoagulantide kasutamine;

G — rasedus, sünnitusjärgne periood, günekoloogilised haigused, aneemia, prokoagulantide kasutamine;

H — voodirežiim, trauma, jala veenide haigus;

I — operatsioonijärgne periood, aneemia, jala veenide haigus;

J — operatsioonijärgne periood, infektsioon, hüpertooniliste lahuste infusioon;

K — operatsioonijärgne periood, prokoagulantide kasutamine, rasvumine (vt. joonis 1).

Vanuses üle 50 aasta oli embooliaoht veelgi suurem: emboolia oli tekkinud isegi vähem kui 7...8 ohuteguri korral.

Kõige sagedamini leidsime surmaga lõppenud embooliajuhtudel A-kombinatsiooni (20,0%) ja J-kombinatsiooni (26,0%).

Seega võib oletada, et nii veenitromboosi kui ka emboolia oht on suur operatsioonijärgsel perioodil, lamavatel haigetel, infektsioosse protsessi korral, hüpertooniliste ja veeni seina ärritavate ravimilahuste infundeerimisel, samuti verevaeguse juhtudel. Sel korral on tromboosi ja embooliat varakult avastada mõnikord hoopis raske. Taoaliste ebasoodsate tegurite kokkusattumisel on surmaga lõppevate embooliajuhtude arv suur.

Esitatud emboolia ja tromboosi klii-

niliste ohutegurite analüüs erineb Do-  
manigi ning E. Dedkova ja G. Lukoms-  
ki jt. soovitatud skeemidest selle poo-  
lest, et ta võimaldab hinnata emboolia-  
ohtu vahetult haigeveodi juures, ilma  
et peaks otsima andmeid vere hüübi-  
misvõime ja fibrinolüüsi kohta. Esita-  
tud skeem ei pruugi olla veel lõplik.  
Selline embooliaohu kiirhinnang või-  
maldab ka trombootilist tüsistust õigel  
ajal avastada.

Tromboosiohu korral kirjutasime  
üles haige elektrokoagulogrammi, mää-  
rasime fibrinogeeni ja selle B-frakt-  
siooni, fibrinolüütilise aktiivsuse ning  
plasma tolerantsuse hepariini suhtes.

Vere hüübimisvõime suurenemise  
korral ordineerisime mittespetsiifilise  
tromboosi profülaktika vahendite kõr-  
val ka eskusaani, glüvenooli või niko-  
tiinhapet.

Veenitromboosi juhtudel peame tin-  
gimata vajalikuks kopsuarteri emboo-  
lia kirurgilist profülaktikat, mille ula-  
tus sõltub trombootilise protsessi asu-  
kohast. Jala pindmise tromboflebiidi  
juhtudel ligeerime *v. saphena magna*  
tema suubumiskohal reieveeni, kusjuu-  
res alati kontrollime ka reie- ja niu-  
deveeni läbitavust. Kui haigel oletatak-  
se tromboosi, aitab diagnoosi kinnitada  
vältimatus korras tehtud flebograafia.

Magistraalveeni tromboosi korral  
osutus kõige efektiivsemaks emboolia  
profülaktikas nn. ideaalne ehk täielik  
trombektoomia koos järgneva antikoag-  
ulantraviga (48 haigel). Kui täielik  
trombektoomia ei õnnestunud või olid  
selleks kaaluvad vastunäidustused,  
pidasime valikmeetodiks *v. cava infe-*

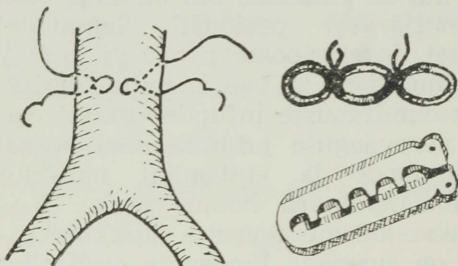
*rior*'i plikatsiooni kas kahe valendikku  
sulgeva õmblusega või Milesi klambri  
abil (14 haigel) (vt. joonis 2). Kuigi  
C. Netzeri (2) arvates on *v. cava* pli-  
katsioon otstarbekas üksnes pärast  
emboolia kindlakstegemist angiopulmo-  
nograafiliselt, eelistame siiski embooli-  
list tüsistust ennetada.

Tegime kas trombektoomia või  
trombektoomia koos alumise õnesvee-  
ni plikatsiooniga 16 haigel, kellel oli  
juba tekkinud kopsuarterisüsteemi  
mikroemboolia. Uusi eluohtlikke em-  
boleid nendel haigetel ei tekkinud.

Nii flebogeense kui ka kardiogeense  
emboolia korral oli varajane heparini-  
seerimine efektiivne tüsistuse esimeste  
sümptomide ilmnemisel. Koos hepa-  
riini, eufüllüüni ning promedooliga  
süstime haigele ka suurtes annustes  
nikotiinhapet. Elektrokardiograafiliselt  
selgitame välja parema südamepoole  
ülekoormuse tunnused. Kahel haigel  
tegime kopsuarteri magistraaltüve sul-  
guse kahtluse korral ravi ja diagnoosi-  
mise eesmärgil angiopulmonograafia  
Seldingeri järgi (P. Mardna, P. Laane)  
(vt. tahvel VII). Kopsuarterisse süstisi-  
me rõhu all reopolüglükiini koos hepa-  
riiniga otseselt trombi ning vahetult  
oklusiooni ette. Kopsuarteri põhitüve  
sulguse korral püüdsime trombi sondi-  
ga purustada, teda aspireerida pare-  
masse südamekotta või siis peenestatult  
lükata perifeersematesse kopsuarteri-  
tesse. Oklusiooni ulatuse määrasime  
kindlaks selektiivsel angiopulmono-  
graafial.

Arteriaalse vere  $pO_2$  langus alla 50%  
oli prognostiliselt ebasoodne tunnus,  
mille korral nähtavasti üksnes Trende-  
lenburgi operatsioon (kopsuarteri  
trombektoomia) kunstliku vereringe  
tingimustes võiks anda tulemusi. Meie  
neli katset eemaldada *truncus pulmo-  
nalis*'t täielikult sulgevad trombid ilma  
kunstliku vereringe aparadi abita olid  
tulemusteta.

Esialgsetest arteriopulmonograafia  
kogemustest nähtus, et hepariini ja reo-  
polüglükiini viimine vahetult kopsuar-  
terisse võib anda paremaid tulemusi  
võrreldes Trendelenburgi operatsioo-



Joonis 2. Alumise õnesveeni plikatsioon  
skemaatilisel. Samas Milesi klamber.

niga, mis on tehtud ilma kunstliku vereeringe aparadi abita. Kui trombi ei õnnestu purustada või aspireerida, järgneb surm kardiopulmonaalse puudulikkuse tõttu. Trombi purustamine või väljaaspireerimine on siiski mõeldav ainult ägeda emboolia varajasel perioodil.

Kopsuarteri segmentaarse või väiksemate harude sulguse korral õnnestus intensiivse antikoagulantravi, reopolüglükiinravi ja spasmolüütikumraviga oluliselt parandada 16 haige seisundit. Nendest kolmel kasutasime diagnoosimiseks ka angiopulmonograafiat.

Kokku võttes võib öelda, et siiani tuleb perspektiivsemaks pidada üksnes kopsuarteri emboolia profülaktika abinõusid: magistraalveeni tromboosi profülaktikat ja selle varajast avastamist ning ravi, emboolia kirurgilist profülaktikat, tromboosi- ja embooliaohtlike haigerühmade väljaselgitamist. Tromboosi ja emboolia ohutegurite hindamine avab võimalused uurida nende haigete vere hüübimissüsteemi nihkeid ning rakendada üksikjuhtudel isegi antikoagulantravi.

Süstemaatiline tromboosi ja emboolia profülaktika aitab kahtlemata vähendada suremust paljude haiguste ravimisel.

KIRJANDUS: 1. Jansen, H. Acta chir. scand., 1972., 427, 1—73. — 2. Netzer, C. O. James, J. J. Bone Joint Surg. (Br.), 1954, 36, 1397—1404.

3. Дедкова Е. М., Лукомский Г. И. Профилактика послеоперационных тромбозов. М., 1969. — 4. Ключков Н. Д. Патологическая анатомия и патогенез некоторых форм повышенной кровоточивости и флеботромбозов. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Л., 1973.

Tallinna Vabariiklik Haigla

UDK 616.231-08-053.12

## HISTAGLOBULIINRAVI BRONHIAALASTMAT PÕDEVATEL LASTEL

MARJA PÄRLIST JAAN KARUSOO · TALLINN

Allergiliste haiguste raviks kasutatakse laialdaselt histaglobuliini. Seda ravimit valmistasid esmakordselt J. Parrot ja C. Laborde 1956. aastal (1). Histaglobuliin (histaglobiin) koosneb histamiinist (1 µg/ml) ja gammaglobuliinist (6 mg/ml). Histaglobuliinravi on astmahaigetel lastel andnud soodsaid tulemusi rohkem kui 50%—1 juhtudest (6, 7, 8, 10, 11, 12, 13). Tulemuseta on ravi jäänud 12,4... 32%—1 haigeist (7, 8, 10, 12). See ületab ravi tulemused täiskasvanuil (14). Tulemused on olnud paremad, kui histaglobuliini kasutati hoogudevahelisel perioodil pärast põletikuliste saneerimist (8, 11, 13). Ravi tõhusus sõltub haiguse raskusest (6, 7, 10, 12), ravikuuride arvust (4, 6, 13) ja varajasemast ravist ning on nõrgem hormoonravi saanud haigetel (7, 12). Histaglobuliinravi peetakse soovitatavaks ka pikaleveninud kuluga ja krooniliste kopsupõletike korral, kui neile lisanduvad astmaatilised nähud (9). On veel selgusetu, mis põhjustel histaglobuliinravi mõnikord ei toimi.

Histaglobuliinravi tulemusena on positiivseid nihkeid saadud ka histamiiniainevahetuses (4, 6, 11, 13). Kuid andmed histamiiniainevahetuse nihestest seoses histaglobuliinravi tõhususega on lünklikud.

Meie töö ülesanne oli uurida histaglobuliinravi tõhusust bronhiaalastmat ning adenosinobronhopaatiat põdevatel lastel, samuti histaglobuliini toimet histamiiniainevahetusse.

Uuriti 155 last. Histaglobuliinravi määrati 127 lapsele. Võrdlusrühmas oli 28 last, keda raviti muude vahenditega. Adenosinobronhopaatiat põdes 17 ja bronhiaalastmat või astmaatilist bronhiiti 138 last. Laste vanus oli 1,5... 14 aastat. Allergoloogiliste uurimiste alusel (anamnees ja na-

hatestid) oli 15 lapsel bronhiaalastma atoopiline vorm, ülejäänutel infektsioos-allergiline vorm. Histaglobuliinravi määrati lastele, kes ei kuulunud spetsiifilisele hüposensibiliseerivale ravile.

Histaglobuliinkuur koosnes neljast viiest süstist, mis tehti kolme- kuni neljapäevase vaheaja järel. Ühekordne annus oli 0,3...2,0 ml. Algannus valiti lapse vanuse ja nahatesti tulemuse järgi. Kuuride arv oli 1...5, kuuride vaheaeg 3...4 kuud. Raviks kasutati farmaatsiatehasest väljastatud või kohapeal Borodini meetodil (4, 13) valmistatud histaglobuliini. Ravikuure alustati pärast ägedate haigusnähtude möödumist või täielikus remissiooniafaasis. Haigeid jälgiti kuus kuud kuni kolm aastat.

Pärast süstimist jälgiti lapsi 15...20 minutit. Üldreaktsiooni ei tekkinud. Kahel lapsel tekkis lokaalne urtikaria, mis kujunes välja süstimise päeva õhtuks ning taandus ravita. Neil lastel ravikuur katkestati. Katarraalsed nähud või astmaatiline bronhiit ägenes ravikuuri ajal 10 lapsel. Osal juhtudel oli ilmselt tegemist respiratoorse viirusnakkusega.

Histaglobuliini toimet histamiiniainevahetusse uuriti 30 haigel. Võrdlusrühmas oli 28 haiget, kellel uuriti histamiiniainevahetust üldise põletikuvastase ja desensibiliseeriva ravi vältel (antihistamiinsed preparaadid, bakteritevastased vahendid, füsioteraapiast ultralühilaine ja keerisvoolud). Histamiiniainevahetuse üle otsustati histamiini kontsentratsiooni alusel veres, diaminooksüdaasi aktiivsuse ja vere-seerumi histaminopektilise võime järgi. Neid näitajaid määrati fluorestsentsi-

meetodil (2, 3, 5). Analüüsid võeti enne esimese ravikuuri algust ja pärast ravikuuri lõppu.

Tabelist 1 selgub, et histaglobuliinravi tulemused olid paremad adenosi-nusobronhopaatiate korral, seega haiguse algjärgus, mil tüüpilised astmahood ei ole veel välja kujunenud. Ravitulemuste sõltuvusele haiguse kestusest viitavad ka A. Getlik ja V. Stan-kova (7, 12).

Ravi tulemused sõltuvad suuresti ravikuuride arvust. Tabelis 2 esitame ravitulemused seoses ravikuuride arvuga.

Korduvate ravikuuride tulemusena on ravi tunduvalt mõjusam.

Esmajoones suureneb rahuldavate ravitulemustega haigete arv, väheneb aga haigete arv, kellel histaglobuliinravi jäi tulemusteta. Soodsate ravitulemuste korral ning juhtudel, kui ravi tulemusi ei andnud, soovitatakse läbi viia kolm histaglobuliinkuuri. Kui esialgsed tulemused on rahuldavad, siis soovitatakse ravikuuride arvu suurendada viieni või isegi rohkem (4, 12, 13).

Tabelis 3 esitame histamiiniainevahetuse näitajate muutused histaglobuliinravi toimet sõltuvalt haiguskulust ja ravitulemustest ning ka võrdlusrühma haigetel, keda raviti desensibiliseerivate vahenditega.

Tabelist 3 selgub, et histaglobuliinravi soodsate tulemuste korral histaglobuliini kontsentratsioon veres langes ja diaminooksüdaasi aktiivsus tõusis ( $P < 0,05$ ), ilmnes ka histaminopeksiaindeksi tõusu tendents. Haigetel, kellel ravi ajal põhihaigus ägenes või tekkis hingamisteede katarr ja kellel ka ravitulemused osutusid mõnevõrra vähem soodsaks, täheldati diaminooksü-

Tabel 1

**Histaglobuliinravi tulemused diagnooside järgi**

Diagnoos	Laste arv	Ravi tulemused					
		head		rahuldavad muutusteta			
		arv	%	arv	%	arv	%
Adenosi-nusobronhopaatia	17	7	40	5	30	5	30
Bronhiaalastma ja astmaatiline bronhiit	110	30	27,3	52	47,3	28	25,4

Ravikuuride arv	Laste arv	Ravi tulemused					
		head		rahuldavad tulemusteta			
		arv	%	arv	%	arv	%
Üks ravikuur	28	7	25	7	25	14	50
Kaks ravikuuri	41	13	31,7	19	46,3	9	22
Kolm ja enam ravikuuri	58	17	29,3	31	53,4	10	17,3

Tabel 3

## Histamiiniainevahetuse muutused bronhiaalastmat põdevatel lastel seoses raviga

Uuritavad haiged	Laste arv	Histamiini kontsentratsioon veres $\mu\text{g}/100\text{ ml}$		Diaminooksüdaasi aktiivsus $\mu\text{g}/\text{ml}/\text{t}$		Histaminopeksia-indeks %	
		enne ravi	pärast ravi	enne ravi	pärast ravi	enne ravi	pärast ravi
		Histaglobuliiniga ravitud haiged:	30	19,7 $\pm$ 1,3	16,3 $\pm$ 1,2	0,26 $\pm$ 0,04	0,31 $\pm$ 0,03
ravi tüsistusteta	22	20,3 $\pm$ 2,1	14,7 $\pm$ 1,2	0,2 $\pm$ 0,03	0,36 $\pm$ 0,03	14,1 $\pm$ 3,1	17,1 $\pm$ 3,3
ägenemine ravi ajal	8	16,6 $\pm$ 3,26	19,4 $\pm$ 3,4	0,4 $\pm$ 0,08	0,2 $\pm$ 0,06	12,7 $\pm$ 5,6	8,7 $\pm$ 4,6
Üldine hüposensibiliseeriv ravi	28	15,4 $\pm$ 1,6	10,8 $\pm$ 0,9	0,27 $\pm$ 0,04	0,2 $\pm$ 0,004	12,6 $\pm$ 2,6	15,7 $\pm$ 3,5

daasi aktiivsuse langust ( $P < 0,05$ ), mõningal määral langes ka histaminopeksia-indeks ja suurenes histamiini kontsentratsioon veres. Võrdlusrühma haigetel histamiini kontsentratsioon veres küll vähenes, kuid samal ajal langes ka diaminooksüdaasi aktiivsus.

Kõrvutades histamiiniainevahetuse muutusi üldise hüposensibiliseeriva ja histaglobuliinravi toimet, näeme, et mõlemal juhul histamiinisisaldus veres vähenes ning ilmnes histaminopeksia-indeksi tõusu tendents. Kuid selgelt väljendunud erinevus ilmnes diaminooksüdaasi aktiivsuse muutustes: histaglobuliinravi korral aktiivsus tõusis, teistel juhtudel aga langes. Sellest selgub, et histaglobuliinravi toimib histamiini neutraliseerivate mehhanismide aktiveerimise kaudu. Diaminooksüdaasi aktiivsuse ja ka histaminopeksia tõus eeldavad histamiini inaktiveerivate mehhanismide funktsionaalsete reservide olemasolu. Nende reservide puudulikkuse korral võib histaglobuliini süstimine põhjustada diaminooksüdaasi aktiivsuse ja histaminopeksia languse ning histamiinisisalduse suurene-

mise veres. Seda tuleb arvestada histaglobuliinravi määramisel.

**Järeldused.** 1. Histaglobuliinravi on astmaatilist bronhiiti, bronhiaalastmat ja adenosinobronhopaatiat põdevatel lastel edukam, kui ravi alustada haiguse varajasel perioodil.

2. Ravi tuleb alustada pärast põletikukollete saneerimist ja ägedate nähtude täielikku möödumist. Ravi ei ole soovitatav alustada ajal, kui haige on kokku puutunud ägedaid respiratoorseid hingamisteede haigusi põdejatega.

3. Histaglobuliinravi avaldab toimet histamiiniainevahetusele.

4. Soodsate ravitulemuste korral histamiini kontsentratsioon veres väheneb, diaminooksüdaasi aktiivsus ning histaminopeksia aga tõusevad.

KIRJANDUS: 1. Parrot, I. P. Laborde, C. tsiteeritud 13 järgi. — 2. Shore, P. A., Burhalter, A., Cohn, V. H. A. J. Pharmacol. Exp. Therap., 1959, 127, 182—186. — 3. Zachariar, H. Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1963, 15, 183—178.

4. Бородин Ю. П. Врачебн. дело, 1966, 7, 53—56. — 5. Вайсфельд И. Л. Система гистамин-диаминоксидаза — гистаминопексия при некоторых физиологических и па-

тологических состояниях организма. Автореф. дисс. доктора биол. наук. М., 1969. — 6. Елунина С. К. Динамика некоторых биологически активных веществ у детей, больных бронхиальной астмой инфекционно-аллергического генеза. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Алма-Ата, 1972. — 7. Гетлик А., Грушкович И. В кн.: Аллергия в патологии детства. М., 1969, 151—158. — 8. Исаков Т. К., Петрице И. П. В сб.: Актуальные вопросы педиатрии. (Материалы V пленума научного общества детских врачей Казахстана). Алма-Ата, 1979, 129—132. — 9. Комаров Г. А. Аллергия и аутоаллергия в процессе трансформации острой пневмонии в хронические бронхо-легочные заболевания у детей раннего возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Фрунзе, 1972. — 10. Орн М. Я. В сб.: Специализированная поликлиническая помощь детям. Вопросы патологии. (Материалы к X съезду детских врачей Эстонской ССР), Таллин, 1975, 60—62. — 11. Соколова Т. С., Федотова А. М., Исаков Т. К. Вопр. охр. мат., 1968, 8, 32—36. — 12. Станкова В. П. Структура и распространенность аллергических заболеваний у детей города Фрунзе. Принципы лечения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Фрунзе, 1972. — 13. Студеникин М. Я., Соколова Т. С. Аллергические заболевания у детей. М., 1971. — 14. Тюрин Н. А. Бронхиальная астма у детей. М., 1974.

Tallinna I Lastehaigla  
Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut

**Muusikaravi** on kasutamist leidnud eelkõige psühhiaatrias, sealhulgas neuroosi põdevate haigete ja arengutakistustega laste ravimisel. Kõiki olulist arvesse võetult koostatud muusikaprogramm võimaldab arstil patsiendi emotsionaalset barjääri kõrvaldada ning kutsub haigel esile lõõgastuse ja rahumise.

Hiljuti koostasid Gdanski muusikud, psühhiaatrid ja veel muude erialade arstid uued põhjalused kliinilises muusikaravis. Need ongi juba kasutusele võetud Gdanski soovitudkonnahaigla günekologia- ja raseduspatoloogiaosakondades ravil olevate haigete tervistamiseks. Muusikaravi seansid toimuvad kolm korda nädalas. Esialgused uurimistulemused kinnitavad, et uus ravimeetod avaldab soodsat mõju enamikule patsientidele. Niisugune ravi põhjustab emotsionaalse pingele langust, soodustab enesetunde paranemist ja suurendab patsiendi aktiivset kaasmõju tervenemisprotsessis.

Humanitas, 1976, 8.

---

# Ülevaated

---

UDK 616.99:576.893.161.21(047)

## TRICHOMONAS VAGINALIS JA UROGENITAALTRAKTI TRIIHOMONOOS

JURI TERAS ELMAR RÕIGAS · TALLINN

*Familia Trichomonadidae* seni avastatud enam kui sajast liigist on kolme liigi, s. o. *Trichomonas vaginalis*'e, *Trichomonas hominis*'e ja *Trichomonas tenax*'i, ainsaks peremeheks inimene. Neist kolmest liigist on kõige põhjalikumalt uuritud A. Donné poolt juba 1836. a. avastatud urogenitaaltraktis parasiteerivat *T. vaginalis*'t. Eriti suurt huvi hakati selle alglooma vastu tundma pärast saksa günekoloogi O. Hoehne (15) tööd, kes väitis esimesena, et *T. vaginalis* on tupepõletike üks sagedasemaid tekitajaid. Olgugi et O. Hoehne veendumust ei jaganud kaugeltki kõik tema kaasaegsed, juurdus trihhomonaadse tupepõletiku mõiste praktikasse siiski küllalt kiiresti. Seejuures jäi *T. vaginalis*'e patogeensus aastakümneteks ägedate diskussioonide põhjuseks, sest küllalt sageli leiti seda alglooma mitte ainult tupepõletiku korral, vaid ka tervete naiste tupest. Seetõttu käsitleti *T. vaginalis*'t kui fakultatiivselt patogeenset alglooma, mis võib põhjustada urogenitaaltrakti põletikke ainult makroorganismi nõrgenenud vastupanuvõime või tupe limaskestas eelnenud kahjustuse korral (3, 37).

Seisukoht *T. vaginalis*'e fakultatiivsest patogeensusest (4) oli valdav selle alglooma puhaskultuuride saamiseni (35). Alles pärast seda õnnestus katseliselt tõestada nii trihhomoonaste patogeensus kui ka primaarne etioloogia.

giline osa mitte üksnes naiste, vaid ka meeste urogenitaaltrakti põletikkude tekkes (31, 47, 50, 52, 54).

Lõplikult kummutasid isegi kõige suuremate skeptikute kahtlused *T. vaginalis*'e primaarsest patogeensusest tupe ja ureetra mikrofloora uurimise tulemused enne ja pärast trihhomonoosi ravi. Sellest selgus, et tupepõletiku ja ureetriidi taandarenemine olenevad ainult trihhomoonastest vabanemisest, sest muu mikrofloora jääb muutumatuks (62).

Nüüdisajaks on kogunenud küllaldaselt andmeid, mis lubavad väita, et *T. vaginalis* põhjustab naistel vulvovaginiite, millele on iseloomulik limaskestast hüperemia ja turse, samuti rohekaskollane, sageli gaasimullikesi sisaldav rohke voolus (13, 41, 58). Ka on tõestatud, et *T. vaginalis*'ega nakatunud naistel võivad tekkida välissuguelundeil teravad kondüloomid ja haavandid. Kaebustest on esikohal välissuguelundite piinav sügelemine, valulikus suguuhtel ja sageli ka düspareunia (27, 51).

Meestel põhjustab *T. vaginalis* naistega võrreldes suhteliselt väiksemaid objektiivseid nähte ja subjektiivseid kaebusi. Enamikul juhtudest tekib *T. vaginalis*'ega nakatunud meestel vaid vähese, kuid vahel ka rohke mädaeritisega uretriit (40, 47, 49, 50, 52). Peale ureetriidi võivad trihhomoonased põhjustada parauretraalsete põletikku, balanopostiiti, samuti ekstra- ja intrauretraalseid teravaid kondüloome (38, 40).

Trihhomonaadsete põletikkude kulg ei ole kõikidel juhtudel ühesugune, eristatakse ägedat, alaägedat ja kroonilist (28, 51, 52, 54), samuti latentset trihhomonoosi (60). Millest olenevad trihhomonaadse põletiku tugevus ja kulg ning miks manifestsete tunnustega trihhomonoosi põdevate haigete kõrval võib *T. vaginalis*'t leida ka nende naiste ja meeste urogenitaaltraktis, kellel kliinilised nähud puuduvad, on tänini veel lõplikult selgitamata.

Artikli autorite (50, 54) eksperimentaaltööde põhjal oleneb trihhomonaadse

põletiku tugevus suurel määral *T. vaginalis*'e tüve patogeensusest. *T. vaginalis*'e kõik tüved ei ole ühesuguse patogeensusega, kusjuures selgus, et tugeva patogeensusega tüved põhjustavad naistel ja meestel üldiselt raskema iseloomuga põletikke kui keskmise ja nõrga patogeensusega tüved. Tugeva patogeensusega tüvesid võib leida isegi haiguslike muutusteta urogenitaaltraktis. See on kindlaks tõendiks, et trihhomonoosi kulus etendab tähtsat osa ka makroorganismi tundlikkus.

Seni ei ole suudetud veel kindlaks teha, milline komponent makroorganismi tundlikkuses trihhomonoosi tekkel ja kulus on määrav. Osa autorite arvates kaitseb organismi trihhomonoosi manifesteerimise eest suguhormoonide normaalne tasakaal, kusjuures manifestsed nähud tekivad ainult sugunäärmete väärtalitlusest tingitud bioloogilise kaitsevõime häirete korral. Intaktsete sugunäärmetega inimestel *T. vaginalis* haiguslikke muutusi urogenitaaltraktis nende autorite arvates ei põhjusta.

Vastupidisel seisukohal on G. Candiani (5) ja J. Pundel kaasautoritega (30). Nad arvavad, et trihhomonoosi tekkes ei etenda sugunäärmete funktsioon kuigi tähtsat osa, sest enamikul trihhomonoosi põdevaist haigeist on suguhormoonide tasakaal täiesti normaalne. Autorid on veendunud, et kõige soodsamad tingimused *T. vaginalis*'e elutegevuseks on just intaktsete sugunäärmetega inimeste urogenitaaltraktis. Selle oletuse poolt on ka need autorid (3, 48, 52), kes leidsid, et menopausi korral, samuti ka lastel kuni murdeani on trihhomonoosi esinemissagedus märksa väiksem kui suguliselt aktiivses eas.

Tänaseks on kogunenud rohkesti veenvaid andmeid, mis lubavad väita, et urogenitaaltrakti trihhomonoosi kulg oleneb suuresti organismi immunobioloogilisest seisundist. Eelkõige räägib sellest asjaolu, et *T. vaginalis* on tugevate anti- ja immunogeensete omadustega algloom (17, 22, 24, 35, 56, 59). Urogenitaaltrakti trihhomonoosi põde-

vate haigete vereseerumid sisaldavad antiikehi, mis pidurdavad haiguslike muutuste tekkimist *T. vaginalis*'e puhaskultuuriga intraperitoneaalselt nakatatud valgete hiirte kõhuõõnes (45, 57). Seejuures on ilmnenud, et haigete vereseerumite kaitsetoime tugevus ei olene sellest, kas see pärineb patsiendilt, kes põeb trihhomonoosi ägedas, alaägedas, kroonilises või latentses vormis. Samuti on selgunud, et antiikehad, mis pidurdavad katseloomadel patoloogiliste muutuste arenemist, kaovad kõigi trihhomonoosist tervistunud inimeste vereseerumist hiljemalt kuue kuu jooksul pärast ravi, kusjuures vereseerumite kaitsetoime oluline nõrgenemine oli täheldatav juba kolm kuud pärast organismi vabanemist *T. vaginalis*'est.

Kuigi seni ei ole veel teada, kas ja millisel määral mõjutab immuunsus *T. vaginalis*'e kontagioossust, trihhomonoosi kliinilist kulgu, ravitulemusi ja tervistumisperiodi, võib kirjanduses nende küsimuste kohta leida küllalt huvitavaid oletusi. Nii leiavad W. Coutts ning E. Silva-Inzunza (7), et *T. vaginalis*'e kontagioossus ja trihhomonoosi kliiniline kulgu olenevad eelkõige makroorganismist, kellel võib olla 1) nõrk immuunsus ja ülimalt piiratud võime seda omandada; 2) nõrk immuunsus, kuid siiski potentsiaalne võime omandada ka tugevat immuunsust või 3) omandatud tugev immuunsus, mille korral organismi sattunud trihhomoonased hävitatakse juba nakatumise piirkonnas. Viimati nimetatute hulka kuuluvad W. Couttsi ning E. Inzunza arvates *T. vaginalis*'e kandjad, kes seetõttu, et nende seksuaalpartnerid põevad trihhomonoosi, on aastate jooksul parasiidiga pideva kokupuute tagajärjel omandanud tugeva immuunsuse ja tugeva lokaalse resistentsuse.

Seevastu nõrga immuunsuse korral võib naiste ja meeste urogenitaaltraktis esineda trihhomonoosi tüsistusi. Nii on kirjanduse andmeil *T. vaginalis*'t leitud naistel ka Bartholini näärmetes, emakakaelakanalis, uretras, parauret-

raalnäärmetes ja Skene näärmetes (4, 28, 41).

Paljud autorid on veendunud, et trihhomoonased võivad tungida ka kusepõide ja põhjustada tsüstiiti (18, 41). Seda kinnitavad rohked tsüstoskoopilised uurimised, mida on tehtud *T. vaginalis*'e leiu korral uriinis. Seejuures on kirjeldatud niihästi hemorraagilist tsüstiiti kui ka tavaliste bannaalsete tsüstiitidega sarnanevat tsüstoskoopilist leidu. Üksikjuhtudel on *T. vaginalis*'t leitud isegi põeliitide korral (18, 21), kuid nende tekkes ei ole trihhomoonaste etioloogilist osa seni veel tõestada suudetud.

Samuti on trihhomoonaseid leitud emakaõõnes, operatsiooni teel eemaldatud munajuhades, pseudomutsionioosises tsüstis, kõhuõõne abstsessides, samuti pelveoperitoniidi korral (26, 43). On kirjeldatud ka trihhomonaadseid prostatiite, epididümiite, vesikuliite ja Cowperi näärmete põletikke (39, 40, 53).

Arvatakse, et põletikud tekivad nii genitaalides kui ka kusetees *T. vaginalis*'e kudedesse tungimise ja koerakke otseselt kahjustava toime tagajärjel, sest loomkatsetes on täheldatud trihhomoonastel väga tugevaid invasiivseid omadusi (17, 47, 50, 54).

Viimasel aastakümnel on kirjanduses väga palju andmeid trihhomonaadse tupepõletiku korral esinevatest tugevatest tsütokolposkoopilistest muutustest (10, 16, 41). *T. vaginalis*'ega nakatunud naistel esinevad tupe lameepiteelirakkude tsütoplasmas sageli perinukleaarne halo ja vakuolisatsioon (29). Samuti on täheldatud muutusi lameepiteelirakkude tuumades, kusjuures esiplaanil on makronukleos, kuid haruldaseks ei peeta ka polünukleosi, tuuma polümorfismi ega hüperkromasiasiat (9, 14).

Tupe lameepiteelirakkude atüüpilised muutused on mõnede autorite andmeil *T. vaginalis*'ega nakatunud naistel vahel sedavõrd tugevad, et need meenutavad pahaloomulisi kasvajaid, mistõttu võivad tekkida isegi diagnoosimisvead.

Üksikasjalikke andmeid võib kirjan-

duses leida ka emakakaela muutuste kohta *T. vaginalis*'ega nakatunuil, mida on põhjalikult uuritud eriti seetõttu, et trihhomonoosi korral tekivad väga sageli emakakaela limaskesta haavand ja endotservitsiit (20, 41). Nende muutuste histoloogilisel uurimisel on leitud nii emakakaela lameepiteelis kui ka aluskoes põletikulisi muutusi, mis avalduvad eelkõige eksudatiiv-destruktiivse protsessina. Samal ajal on paljud autorid trihhomonoosi korral täheldanud ka emakakaela lameepiteeli sagedast atüpsismi, millega seoses on püstitatud koguni hüpotees *T. vaginalis*'e etioloogilisest osast emakakaela pahaloomuliste kasvajate arengus (9, 14).

Tänu *T. vaginalis*'e patogeensuse ja etioloogilise osa veenvale tõestamisele urogenitaaltrakti mitmesuguste põletikkude tekkes on viimase kahe aastakümne jooksul hakatud üha rohkem tähelepanu pöörama ka trihhomonoosi õigeaegsele diagnoosimisele ja selle ravi tulemuste hoolikamale kontrollile. Seetõttu, et urogenitaaltrakti trihhomonoosi, nagu paljude muudegi nakkuste diagnoosimisel on määrav tekitaaja leidmine, on püütud eelkõige täiustada uurimismaterjali võtmise viise ja laboratoorseid uurimismeetodeid. Iga aastaga on üha rohkem kasutatamist leidnud külvimeetod, sest nii värvitud kui ka natiivpreparaatide uurimine ei võimalda trihhomoonaseid leida küllalt suurel osal haigetest (8, 25, 42, 61). Eriti väärtuslikuks peetakse külvimeetodit neil juhtudel, kui patoloogilises materjalis on trihhomoonaseid vähe, peamiselt kroonilise ja latentse trihhomonoosi diagnoosimisel, samuti ravitulemuste kontrollimisel. Leidub ka selliseid autoreid (40, 52), kes ei näe külvimeetodi erilisi eeliseid, mis on tõenäoliselt tingitud nende kasutatud söötmete puudustest.

See, et külvimeetodi tõhusus oleneb söötmete kvaliteedist, ongi takistanud selle väärtusliku meetodi laialdast kasutamist, sest enamikus naistenõuandlates puuduvad efektiivsete söötmete valmistamise võimalused. Meetodi eelistest räägitakse küll palju, kuid

trihhomonoosi diagnoosimiseks kasutatakse endiselt natiivpreparaate. Osalt on see tingitud ka praktiseerivate arstide endi ükskõiksest suhtumisest külvimeetodi kasutamise vajadusse, kuid peamine viga on ikkagi selles, et enamik *T. vaginalis*'e kultiveerimiseks ettenähtud söötmeid eeldab hästi sisustatud bakterioloogialaboratooriumi olemasolu. Seetõttu ongi hakatud intensiivselt selgitama seroloogiliste ja allergoloogiliste meetodite kasutamise võimalusi urogenitaaltrakti trihhomonoosi diagnoosimisel (1, 22, 24, 45, 56, 58, 63).

Tänu diagnoosimismeetodite täiustamisele ja eelkõige külvimeetodi kasutamisele on nüüdisajaks kogunenud küllalt tõepäraseid andmeid urogenitaaltrakti trihhomonoosi esinemissageduse kohta, olgugi et ametlikku statistikat selle nakkuse kohta ei peeta, sest urogenitaaltrakti trihhomonoos ei kuulu veel kohustuslikult registreeritavate nakkuste hulka. Sellele vaatamata on kindlaks tehtud, et täiskasvanud naistest on *T. vaginalis*'ega nakatunud umbes 15...20% (19, 51), mõnede autorite andmeil isegi 20...30% ja enam (32, 52). Andmeid meeste urogenitaaltrakti trihhomonoosi esinemissageduse kohta leidub kirjanduses märksa vähem, kusjuures viited massläbivaatuste kohta üldse puuduvad. Teatava ettekujutuse trihhomonoosi suurest esinemissagedusest ka meestel võib saada selle põhjal, et mittespetsiifilistest uretriitidest on umbes 20...30% trihhomonaadsed, samuti selle põhjal, et trihhomonoosi põdevate naiste seksuaalpartnereist on 60...75% samuti *T. vaginalis*'ega nakatunud (3, 33, 39). Lähtudes eeltoodust, samuti UNESCO andmetest (46), tuleb urogenitaaltrakti trihhomonoosi pidada levinumaks nakkushaiguseks kogu maailmas.

Seoses *T. vaginalis*'e väga sagedase leiuga nii naiste kui ka meeste urogenitaaltraktis on eriti tähelepanu pööratud trihhomonoosi epidemioloogia selgitamisele. See, kuidas satub *T. vaginalis* inimese urogenitaaltrakti, on tegelikult juba väga vana probleem, mille üle on

vaieldud niisama palju kui selle alglooma patogeensuse ja etioloogilise osa üle urogenitaaltrakti põletikkude tekkimisel. Ja alles viimastel aastatel on kirjanduses hakanud prevaleerima andmed urogenitaaltrakti trihhomonoosi sugulisest levikust, sest kõik versioonid trihhomoonaste sattumisest suguelundeisse mingil teisel teel on kontrollimisel ekslikuks osutunud. Seetõttu ongi kõigil viimase 20 aasta jooksul peetud rahvusvahelistel erialasümposioonidel (1957. a. Reimsis, 1959. a. Montrealis, 1961. a. Olsztynis, 1963. ja 1972. a. Lublinis, 1965. a. Bilaystokis, 1968. a. Zakapanes ja 1975. a. Wrocławis) korduvalt rõhutatud, et urogenitaaltrakti trihhomonoos on suguhaigus, mille tõrje saab olla edukas üksnes siis, kui rakendatakse konfrontatsiooni, patronaazi, kui kõiki trihhomonoosi põdevaid haigeid ja nende seksuaalpartnereid ravitakse süstemaatiliselt ja kui ravitulemusi kontrollitakse.

Kõigi nende suguhaiguste tõrje kõige olulisemate elementide vajalikkus ilmnes eriti selgelt trihhomonoosi põdevate haigete katselisel dispanseerimisel, mis toimus aastail 1959...1961 esmakordselt Tallinnas\* (33, 34).

Veel tänapäevalgi, mil on ülima veenvusega tõestatud urogenitaaltrakti trihhomonoosi veneeriline laad ja kummutatud kõik võimalikud hüpoteesid selle nakkuse mittesugulistest levikuteedest, ilmub kirjanduses aeg-ajalt üksikuid töid, milles endiselt ja visalt püütakse tõestada, et trihhomoonased võivad naiste suguteedesse sattuda sageli ka vanni, vee, pesu, klosetilaudade jne. kaudu (36). Kuigi selliseid meetoodiliselt eranditult väga nõrgalt tehtud töid ilmub ainult üksikuid, kahjustavad needki tugevasti trihhomonoosi tõhusat tõrjet. Eelkõige desorienteerivad sellised tööd praktiseerivaid arste, sest need välistavad vajaduse välja selgitada nakkusallikat. Samuti mõjutavad nad elanike suhtumist trihhomonoosi.

Nagu *T. vaginalis*'e patogeensuse ja

\* Vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 2, 26—31.

etioloogilise osa selgitamine urogenitaaltrakti põletikkude tekkes, samuti trihhomonoosi diagnoosimise ja epidemioloogia uurimine, nii sai pärast selle alglooma kultiveerimisega seotud küsimuste lahendamist täiesti uued teaduslikud alused ka trihhomonoosi ravi uurimine. Väga paljud praktiseerivad arstid jätkasid küll endiselt trihhomonoosi ravimite otsimist empiiriliselt, kuid samal ajal tehti tohutul hulgal katseid nii *in vitro* kui ka katseloomadel (11, 47, 55). Kõige edukamad olid C. Cosari ning L. Julou (6) katsed, kelle avastatud metronidasool osutus suu kaudu võetuna esimeseks mõjusaks trihhomonoosi ravimiks. Metronidasool ja selle derivaadid on parimad trihhomoonasevastased preparaadid tänaseni.

Märkimata ei saa aga jätta asjaolu, et viimastel aastatel on kirjanduses ilmunud mitmeid töid (23, 44), milles juhitakse tähelepanu *T. vaginalis*'e tüvede resistentsusele metronidasooli suhtes. Näib olevat tõenäoline, et selle tekkimist on soodustanud haiguse organiseeritud tõrje puudumine, sest nagu juba öeldud, urogenitaaltrakti trihhomonoosi ei ole suguhaiguseks seni veel ametlikult tunnustatud, mistõttu ei ole tagatud ravimi õige doseerimine, seksuaalpartnerite samaaegne ravi ning ravitulemuste nõuetekohane kontroll.

KIRJANDUS: 1. Ackers, J. P., Lumsden, W. H. R., Catterall, R. D., Coyle, R. Br. J. Vener. Dis., 1975, 51, 5, 319—323. — 2. Alvarez-Bravo, A., Lopez-Santibanez, L., Garcia-Hidalgo, T. In: Premier Symp. European, Reims. Paris, 1957, 166—169. — 3. Bedoya, J. M. Gynecol. prat., 1957, 8, 6, 413—422. — 4. Bender, W. Arch. Gynäkol., 1935, 159, 2, 141—149. — 5. Candiani, G. B. Compt. rend. Soc. franc. gynecol., 1958, 2, 102—105. — 6. Cosar, C., Julou, L. Ann. Inst. Pasteur Lille, 1959, 96, 2, 238—241. — 7. Coutts, W. E., Silva-Inzunza, E. In: Premier Symp. European, Reims. Paris, 1957, 185—188. — 8. Cow, P. J., Nicol, C. S. Br. J. Vener. Dis., 1973, 49, 6, 536—539. — 9. Dražančić, A., Ivič, J., Krustulović, B. Wiadom. Parazytol., 1966, 12, 2—4, 203—204. — 10. Dylewski, M. In: Vth Polish Symposium on Trichomoniasis. Abstracts. Lublin, 1972, 6—7. — 11. Filadoro, F., Orsi, N. Nuovi Ann. ig. Microbiol. 1958, 9, 1, 89—90. — 12. Freed, L. F. In: Premier Symp. European, Reims. Paris, 1957, 216—219. — 13.

Froewis, J. Wiener Klin. Wochenschr., 1963, 75, 5, 89—92. — 14. Frost, J. K., Ann. N. Y. Acad. Sci., 1962, 97, 3, 792—799. — 15. Hoehne, O. Zentralbl. Gynäkol., 1916, 40, 1, 4—15. — 16. Holtorff, J., Krimmenau, R. Geburtshilfe Frauenheilkol., 1960, 20, 3, 229—243. — 17. Kelly, D. R., Schumacher, A., Schnitzer, R. J. J. Immunol., 1954, 73, 1, 40—43. — 18. Kemkes, H. B. Zentralbl. Gynäkol., 1962, 84, 49, 1889—1898. — 19. Korte, W. Therapiewoche, 1973, 23, 23, 2040—2058. — 20. Koss, L. G., Wolinska, W. H. Cancer, 1959, 12, 6, 1171—1193. — 21. Kostić, P. Gynaecologia, 1960, 1949 (Suppl.), 70—75. — 22. Kott, H., Adler, S. Trop. Dis. Bull., 1961, 3, 300—301. — 23. Kurnatowska, A. Wiad. Parazytol., 1969, 15, 3—4, 351—352. — 24. Lanceley, F. Br. J. Ven. Dis., 1958, 34, 4, 4—8. — 25. McCann, J. S. Br. J. Ven. Dis., 1974, 50, 6, 450—452. — 26. Misolim, M. Medical Microbiol., Immunol., Serol., 1965, 18, 4, 4, 570 — 27. Netter, A. Sem. méd., 1959, 35, 21—22, 638—640. — 28. Nicoletti, N. Br. J. Ven. Dis., 1961, 37, 3, 223—228. — 29. Papanicolaou, G. N., Wolinska, W. H. Internat. Rec. Med., 1955, 168, 9, 551—556. — 30. Pundel, J. P., Schwachtgen, F., Ost, E., Moitzheim, P. Compt. rend. Soc. franc. gynecol., 1958, 2, 98—102. — 31. Schnitzer, R. J., Kelly, D. R. Proc. Soc. Exptl. Biol. Med., 1953, 82, 3, 404—406. — 32. Starynowicz, W. In: Vth Polish Symp. on Trichomoniasis. Abstracts. Lublin, 1972, 64—65. — 33. Teras, J., Rõigas, E., Laan, I. ENSV TA Toimet., Biol., 1962, 11, 4, 262—274. — 34. Teras, J., Rõigas, E., Laan, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 2, 26—31. — 35. Trussell, R. E. Trichomonas vaginalis and trichomoniasis. Springfield, Illinois, 1947.

36. Бакшеев Н. С., Падченко И. К. Мочеполовой трихомоноз у женщин. М., 1971. — 37. Беллев Е. И. Казанск. мед. ж., 1930, 26, 5—6, 578—585. — 38. Василев Т. В., Топоваский Л. М., Шибанов В. А., Овсянникова Л. М. В сб.: Актуальные вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических болезней. М., 1971, 452—458. — 39. Жуков В. И. Актуальные проблемы посттрихомонадных воспалительных заболеваний у мужчин. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1966. — 40. Ильин И. И. Негонококковые венерические уретриты у мужчин. Л., 1962. — 41. Каарма Х. Т. Диагностика трихомоноза уrogenитального тракта женщин, цитология влагалища и гистология шейки матки при этой инфекции. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1967. — 42. Каарма Х. Т., Коплус М. О. В сб.: Трихомоноз уrogenитального тракта. Таллин, 1963, 87—96. — 43. Каарма Х. Т., Лоолайд В. Э., Сярв А. А. Акуш. и гинек., 1965, 3, 145. — 44. Карагъзов И. Медико-библиографическая информация, 1975, 5, 18—20. — 45. Нигесен У. К. Реакция агглютинации и тест серопротекции при трихомонозе уrogenитального тракта. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1966. — 46. Оже П. Современные тенденции в научных исследованиях. ЮНЭСКО. М.,

1963. — 47. Пароникян Г. М. Экспериментальное обоснование химиотерапии трихомонадной инфекции (*Trichomonas vaginalis*). Автореф. дисс. канд. биол. наук. Ереван, 1954. — 48. Петер Р. Акуш. и гинек., 1959, 5, 94—98. — 49. Порудоминский И. М. В сб.: Труды Всесоюзного съезда дерматовенерологов. Л., 1961, 463—468. — 50. Рыйгас Э. М. О трихомонадной этиологии воспалений уrogenитального тракта мужчин. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1961. — 51. Степанов Л. Г. Акуш. и гинек., 1957, 5, 107—110. — 52. Теохаров Б. А. Эпидемиология трихомониаза мочеполовых органов и вопросы патогенности влагалитических трихомонад. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Томск, 1958. — 53. Теохаров Б. А. Гоноррея, трихомониаз и другие мочеполовые венерические болезни. М., 1968. — 54. Тeras Ю. Х. Экспериментальное исследование патогенности *Trichomonas vaginalis*. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1954. — 55. Тeras Ю. Х. Антибиотики, 1959, 2, 66—69. — 56. Тeras Ю. Х. В сб.: X совещ. по паразитол. пробл. и природно-очаг. болезням. Л.-М., 1959, 2, 262—263. — 57. Тeras Ю. Х. Изв. АН ЭССР. Биол., 1961, 1, 19—26. — 58. Тeras Ю. Х. Диагностика, эпидемиология и лечение трихомоноза уrogenитального тракта. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Таллин, 1964. — 59. Тeras Ю. Х. В сб.: Итоги науки и техники. Зоопаразитология. М., 1973, 3, 63—96. — 60. Тeras Ю. Х., Лаан И. А., Рыйгас Э. М. В сб.: Труды Всесоюзного съезда дермато-венерологов. Л., 1961, 498—500. — 61. Тeras Ю. Х., Рыйгас Э. М., Лаан И. А. В сб.: Трихомоноз уrogenитального тракта. Таллин, 1963, 63—78. — 62. Тeras Ю. Х., Рыйгас Э. М., Яакмээс Х. Я., Нигесен У. К. В сб.: Трихомоноз уrogenитального тракта. Таллин, 1963, 7—15. — 63. Яакмээс Х. П. Реакция связывания компонента и внутрикожная проба при трихомонозе уrogenитального тракта. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1965.

NSV Liidu Teaduste Akadeemia  
Üleliidulise Protozooloogide Ühingu  
Eesti Osakond

UDK 616.517(047)

## LIPIIDIDE AINEVAHETUSE MUUTUSTEST PSORIAASIHAI GEIL

ELLE ELBERG · TARTU

Psoriaasi käsitletakse enamasti kui multifaktorilise olemusega dermatoosi (37, 39). Paljude autorite andmeil (5, 6, 27, 28) etendavad määravad osa pärilikkud tegurid. O. Grütz (8, 9), O. Grütz ja

M. Bürger (10), C. Huriez (12), N. Melzer (18), R. Fedorovskaja (40, 41, 43) aga omistavad erilist tähendust lipiidide ainevahetusele ja vaatlevad psoriaasi kui lipidoosi.

Lipiidide ainevahetuse häireid psoriaasihaigetel on täheldanud nii kodu- kui ka välismaa autorid (8, 9, 12, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 43). Enamik andmeist põhineb biokeemiliste uurimiste tulemustel (26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 41, 45, 46). L. Nardelli (21), C. Huriez (12), A. Kuta (15) ja K. Hashimoto ning W. Lever (11) peavad psoriaasile iseloomulikuks lipiidide kogunemist kahjustuskolde nahasse. R. Fedorovskaja ja B. Rapoport (42), F. Novotny (22) ning J. Konopiku (14) arvates toimub lipiidide oluline kogunemine mitte üksnes kahjustuskolde, vaid ka näiliselt kahjustamata nahka. N. Melzeri ja J. Bodzay (19) järgi on psoriaasilööbe tekkel eriline tähtsus fosfolipiididel — letsitiinil. Autorid ei pea oluliseks kolesteriini, koliini ega neutraalseid rasvu. Psoriaatilise põletiku ja parakeratoosi teket seostavad nad rasvade ainevahetuse muutumisega, mis tekib lipiididega toitumisel. B. Jablennik (46) peab aga neutraalsete rasvade (triglütseriidide) kolesteriini ja fosfolipiidide ilmumist vereseerumi esmaseks teguriks, mis soodustab psoriaasi teket. N. Melzer (18) täheldas, et lipiidide sisalduse suurenemine psoriaasihaige nahas (ärrituskohas) eelneb isomorfse reaktsiooni tekkele. N. Melzeri ja J. Bodzay (19) andmetel on üldine rasvade sisaldus psoriaasikettudes 1,88 korda suurem kui normaalses epidermises.

O. Braun-Falco (1) on leidnud psoriaasihaigetel parakeratoosis sarvkihi (Bakeri tehnikaga) intensiivse positiivse reaktsiooni. Lipiidide esinemist rakkude sõmer- ja ogakihi täheldas O. Braun-Falco (2) mitte ainult psoriaasi, vaid ka ksantomatoosete protsesside korral. Psoriaasihaigete epidermise sõmer- ja sarvkihi rakkudes leidsid elektronmikroskoopilisel uurimisel rohkesti lipoidkehakesi ka K. Hashimoto ja W. Lever (11).

Normaalses nahas on rasvsubstantsid (fosfolipiidid, rasvhapped jt.) kindlaks tehtavad ainult võttaoliselt intermediaartsoonis sarvkihi baasil ning parakeratoosi korral ilmnevad kogu parakeratoosse sarvkihi laiuses (2). Normaalse naha sõmer- ja ogakihi ülemiste rakuhiite rakuvaheruumis on O. Braun-Falco ja G. Weber (3) sedastanud sudanofiilseid lipoide. Arvatakse, et psoriaasihaigete epidermise rakkude suurenenud glükolipodermia stimuleerib nende ainevahetust ja regeneratsiooni (15). E. Bozadžijeva, G. Vrbanoj ja R. Ratšev (29) täheldasid mereravi mõjul lipiidide ainevahetuse intensiivistumist ja tugevnenud lipolüüsi psoriaasihaigetel. See kaasnes patoloogilise protsessi tunduva kliinilise paranemisega.

Praeguseni on lipiidide histokeemia uurimise meetodika edusammud tagasihoidlikud (16). Seetõttu on uuemad kirjandusandmed lipiidide esinemise kohta nahas, eriti nahahaiguste puhul, vähesed ning vasturääkivad. O. Braun-Falco (2) järgi kujutavad rakulipiidid endast protoplasma üht koostisosat ning neid esineb ka nahas, eriti epidermises. Rakulipiidid, mis on tsütoplasma tähtsad koostisosad, asuvad rasvade ainevahetuse keskpunktis. Rakulipiidid on oma sidemete tõttu valguga enamasti maskeeritud ja haiguslike seisundite korral kindlaks tehtavad nagu vabad lipiididki, samuti ilmnevad nad proteiini-lipoidi kompleksi lahutamisel.

O. Grütz (8, 9), liigitades psoriaasi lipidooside hulka, eristab ühelt poolt lipiidide pindmist esinemist papillaarkehades, kust lipiidid, tunginud läbi epidermise rakuvaheruumide, lõpuks koos sarvkihiga välja tõugatakse. Teiselt poolt eristab ta lipiidide korpuskulaarset eraldumist, mille puhul rasvaga täidetud rändrakud nn. lipofaagid läbi pärisnaha ja epidermise veresoonte kuni sarvkihini tungivad. Eeltoodut kinnitavad uuel meetodil saadud G. Steigleleri (24) ja M. Dogliotti (4) andmed. Võrdleva uurimisega *lichen ruber planuse*, *granuloma annulare* ja *neurodermitis diffusa* korral saadi

negatiivne tulemus, seborroilise ekseemi puhul leidis M. Dogliotti (4) psoriaasiga sarnase haiguspildi.

C. Inceday ja B. Ottensteini (13) andmetel toimub pärast kolesteriinikoormust naha kapillaarsüsteemi kaudu rasvade edasitoimetamine epidermisesse. A. Midana ja M. Dogliotti (20) leidsid, et nahasse süstitud mitut liiki rasvad (kolesteriin, oliiviõli, lanoliin jt.) fagotsüteeritakse retikulo-histiotsütaarse rakkude (lipofaagide) poolt ja transporditakse epidermiseni psoriaasahaigete kliiniliselt terves nahas palju kiiremini ja suuremal määral kui normaalses nahas. Lipoide kandvate rakkude väljarändamine veresoonest ei ilmne mitte ainult psoriaasi, vaid ka teiste dermatooside korral ja neil ei ole G. Steigleleri (24) arvates psoriaasile iseloomulikku tunnust. G. Steigleler (25), tsiteerides R. Borni avaldamata töö tulemusi, nendib, et oliiviõli- ja kolesteriinikoormuskatsu järel ei ole leitud sõltuvust epidermise ning pärisnaha rasvasisalduse ega lipofaagide väljarändamise vahel. Tänapäevani veel ei tunta lipofaneroosi\* põhjusi psoriaasi ja muude dermatooside korral, kuid mitmete autorite arvates on naha rasvasisaldus nii kvantitatiivselt kui ka kvalitatiivselt sõltuv toidust (7, 9, 17). M. Prunierasel (23) õnnestus pärast histiotsüütide ja fibroblastide trüpsiniga töötlust leida tsütoplasmas sudanofiilseid graanuleid. Pärisnaha rakuväline osa on tavaliselt lipoididevaene (2). Üksnes elastsed kiud on sudaan III ja IV-ga ning B-sudaanmustaga väga nõrgalt kindlaks tehtavad (2). M. Prunierase (23) järgi on allergiline nahareaktsioon pärisnaha ülemistes kihtides B-sudaanmustaga nähtavaks tehtav, B-sudaanmusta fagotsüteerivad monotsütoidsed histiotsüüdid. Mitteallergiliste reaktsioonide, sealhulgas psoriaasi korral, ei ole sellist fenomeni täheldatud

\* Rakulipoidid on oma seoste tõttu valkudega enamasti maskeerunud olekus. Alles haiguslike tingimuste toimel tulevad nad esile maskeeritud valguseostest ning omandavad kuju nagu vabad lipoidid. See nähtus ongi lipofaneroos.

(23). S. Dovžanski ja kaasautorite (33) uurimiste tulemused tõendavad küllalt tähtsaid lipiidide vaheainevahetuse nihkeid. Need muutused ilmnevad psoriaasi kõigis arenguetappides ja nende iseärasus on lokaalsete muutuste prevaleerimine naha kahjustuskolletes, kus täheldati ainevahetushäirete suurt intensiivsust ja püsivust. S. Šibajeva (44) arvates viitab lipiidide ulatuslik esinemine nende füsioloogilisele tähtsusele, kuid lipiidide konkreetne osa rakkude ja organismi kudede elutegevuses jääb paljuski ebaselgeks. Oletatakse, et lipiidide kogunemine raku membraanides soodustab rasvas lahustuvate komponentide läbimist nendest.

Meie uurisime lipiidide histotopograafiat 94 psoriaasahaigel ja 19 dermatoloogiliselt tervel kontrollrühma isikul. Patsientidest oli naisi 40 ja mehi 54. Psoriaasikoldes uuriti lipiidide histotopograafiat 81 psoriaasahaigel (progresseeruvast staadiumis 25, statsionaarses 49 ja regressioonistaadiumis 7 haigel). Ravi ajal uuriti haiguskollet korduvalt 16 psoriaasahaigel (neljal statsionaarse ja 12-l regressioonistaadiumi ajal). Psoriaasahaigete näiliselt terves nahas uuriti lipiidide histotopograafiat 20 haigel.

Lokaalanesteesia teel võetud nahatükike fikseeriti Bakeri fiksaatoris. Lõigud valmistati külmutusmikrotoomiga, värviti propüleenglükoolis lahustatud sudaani mustaga. Uurimisel ilmnes, et sarvkiht ja ketud värvusid psoriaasikoldes haiguse kõigis staadiumides, näiliselt terves nahas ja kontrollrühmas sageli sudanofiilselt. Sarvkihis ei ilmenud lipiidide vähenemist psoriaasi statsionaarses ega regressioonistaadiumis, nagu seda on märkinud S. Dovžanski (33). Parakeratoosikoldes ja Munro mikroabstsessid värvusid peaaegu kõikides preparaatides sudanofiilselt. Ka O. Braun-Falco (1, 2) andmeil ilmnevad rasvsubstantsid kogu parakeratoosse sarvkihi laiuses. Oga- ja põhi-kihis täheldati sagedamini intertsellulaarse paigutusega sudanofiilseid graanuleid haigusikoldes (progresseeruvast staadiumis 8-l 25 haigest, statsionaarses

staadiumis 20-1 49 haigest, regressioonistaadiumis 4-1 7 haigest ning korduval uuringul regressioonistaadiumis 3-1 12 haigest) ning näiliselt terves nahas (6 haigel 20-st), harvem kontrollrühmas uurituil (2 haigel 19-st). Elastsed kiud värvusid psoriaasikoldes (kõigis haiguse staadiumides) ja näiliselt terves nahas sudanofiilselt umbes  $\frac{1}{3}$ -l juhtudest, kontrollrühmas uurituist aga enamikul. Veresooneid ja perivaskulaarse infiltraadi rakud värvusid sudanofiilselt nii haiguskoldes, näiliselt terves nahas kui ka kontrollrühmas uurituil.

Veresooneid värvusid sudanofiilselt psoriaasikoldes haiguse progresseeruvast staadiumis 12-1 25 haigest, statsionaarses staadiumis 15-1 49 haigest ja regressioonistaadiumis 4-1 7 haigest, näiliselt terves nahas 4-1 20 haigest ning kontrollrühmas 17-1 19 haigest. Perivaskulaarsete rakuliste elementide sudanofiilne värvumine sarnanes veresoonte värvumisega.

Uurimistulemustest nähtub, et lipiidide ainevahetuse muutusi esineb psoriaasahaigete nahas nii haiguskoldes kui ka näiliselt terves nahas, mis viitab süsteemsele lipiidide ainevahetuse häirele.

KIRJANDUS: 1. Braun-Falco, O. Klin. Wochenschr., 1957, 35, 23, 1182—1184. — 2. Braun-Falco, O. Die Histochemie der Haut. Dermatologie und Venerologie. Stuttgart, 1961, 1, 1, 366—472. — 3. Braun-Falco, O., Weber, G. Arch. klin. exp. Dermatol., 1958, 207, 459—471. — 4. Dogliotti, M. Hautarzt, 1953, 4, 1, 17—21. — 5. Farber, E. M. JAMA, 1972, 219, 8, 1061—1064. — 6. Farber, E. M., Nall, M. L., Watson, W. Arch. Dermatol. 1974, 104, 2, 207—211. — 7. Frey, R. W., Clarke, I. D., Stuart, L. S. J. Amer. Leather Chemist. Assoc., 1933, 28, 10, 490—511. — 8. Grütz, O. Arch. Dermatol. und Syphilis, 1938, 177, 246—252. — 9. Grütz, O. Zentralbl. Haut- und Geschlechtskrankh., 1939, 62, 386. — 10. Grütz, O., Bürger, M. Arch. Dermatol. und Syphilis, 1932, 166, 542—575. — 11. Hashimoto, K., Lever, W. Dermatol. Wochenschr., 1966, 152, 28, 713—722. — 12. Huriez, C. Hautarzt, 1960, 11, 4, 149—155. — 13. Incedayi, C. K., Ottenstein, B. Zentralbl. Haut- und Geschlechtskrankh., 1940, 63, 222—223. — 14. Konopik, J. Ceskoslovenska dermatologie, 1963, 38, 5, 346—351. — 15. Kuta, A. Dermatol. Wochenschr., 1960, 141, 21, 541—556. — 16. Lennert, K. Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für Mikroskopische Technik, 1955, 62, 368—393. — 17. Madden,

J. F. Cholesterol Balance and Low Fat Diet in Psoriasis. Zbl. Haut- und Geschlechtskrankh., 1939, 62, 387—388. — 18. Meiczner, N. Ceskoslovenska dermatologie, 1963, 38, 5, 337—340. — 19. Meiczner, N. Bodzay, J. Dermatol. Wochenschr., 1958, 137, 23, 608—611. — 20. Midana, A., Dogliotti, M. Minerva Dermatologica Rivista Mensile di Dermatologia Sifilologica Venerologia, 1954, 29, 7, 235—242. — 21. Nardelli, L. Dermatol. Wochenschr., 1957, 46, 1235—1237. — 22. Novotny, F. Ceskoslovenska dermatologie, 1966, 41, 3, 168—181. — 23. Prunieras, M. Semaine Höp. Paris, 1957, 7, 278—291. — 24. Steigleder, G. K. Arch. Dermatol. und Syphilis, 1952, 194, 296—307. — 25. Steigleder, G. K. Arch. klin. exp. Dermatol., 1957, 206, 276—317. — 26. Ticner, A., Mier, P. D. Br. J. Dermatol., 1960, 72, 131—137.

27. Балявичене Г. Р. Некоторые особенности клиники, патогенеза и наследственности псориаза. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Каунас, 1969. — 28. Балявичене Г. Р. Вестник дерматол., 1971, 12, 73—75. — 29. Бозаджиева Е., Върбанов Г., Рачев Р. Дерматология и венерология (София), 1969, 8, 1, 5—9. — 30. Виленчик Б. Т. Вестн. дерматол., 1971, 6, 71—72. — 31. Гнзубев Г. Н., Епанов М. Д. Вестн. дерматол., 1971, 7, 60—63. — 32. Грашкина И. Г. В кн.: Вопросы патологии кожи. Труды Саратовского гос. мед. ин-та, Саратов, 1974, 103, 36—43. — 33. Довжанский С. И., Грашкина И. Г., Суворов А. П. Вестн. дерматол., 1974, 2, 15—18. — 34. Довжанский С. И., Игнатов В. В., Шерстнева В. Н., Суворов А. П., Иванова К. Н. Вестн. дерматол., 1972, 4, 58—62. — 35. Довжанский С. И., Суворов А. П., Гамина В. И. Вестн. дерматол., 1972, 5, 23—26. — 36. Златков Н. Б. Вестн. дерматол., 1970, 2, 17—19. — 37. Мордовцев В. Н., Кешилева-Нурланова З., Лягушкина М. П. Вестн. дерматол., 1975, 12, 11—16. — 38. Нестеренко Г. Б., Коган Г. Х., Улановская Ф. Л. Вестн. дерматол., 1971, 6, 31—34. — 39. Ухин А. Ф. Руководство по дермато-венерологии. М., 1964, 181—207. — 40. Федоровская Р. Ф. Вестн. дерматол., 1964, 6, 16—21. — 41. Федоровская Р. Ф., Добротина Н. А. Вестн. дерматол., 1964, 11, 3—10. — 42. Федоровская Р. Ф., Рапопорт Б. Н. В кн.: Научные записи Горьковского НИИ дерматологии и венерологии МЗ РСФСР и кафедры кожных и венерических болезней ГГМИ им. С. М. Кирова Горький, 1966, 25, 31—38. — 43. Федоровская Р. Ф. Материалы к клинике и патогенезу чешуйчатого лишая. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Горький, 1967. — 44. Шубаева С. М. Липиды. В кн.: Принципы и методы гистоцитохимического анализа в патологии. М., 1971, 88—131. — 45. Ябленник Б. С. Вестн. дерматол., 1946, 2, 29—31. — 46. Ябленник Б. С. Чешуйчатый лишай. Л., 1964, 88—103.

TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatologia ja venerologia kateeder

---

# **T**ervishoid. **Töö teadus- lik organi- seerimine**

---

UDK 616.97:614.2(474.2)

## **SUGUHAIGUSTEVASTANE VÕITLUS EESTI NSV-S**

LUDMILLA NURMAND · TARTU

1940. aastal, pärast nõukogude korra taaskehtestamist Eesti NSV-s, loodi laialdane veneroloogiaasutuste võrk üle kogu meie vabariigi. Tallinnas hakkas tööle Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser (10 arstikohaga), Tartus dispanser viie arstiga, teistes linnades avati kokku 13 naha- ja suguhaiguste punkti, mida juhtisid veneroloogid. Statsionaarne ravi toimus 120 voodikohaga haiglas Tallinnas ja kahes haiglas Tartus (meestele 40 ja naistele 65 voodikohta).

Esikohale seati suguhaiguste profülaktika. Võeti kasutusele dispanseerne meetod: haigeid registreeriti ja hoiti arvel ravi ajal ning edasi kuni kontrollaja möödumiseni. Ravi oli tasuta ja kohustuslik ning haigeid raviti kindlate skeemide järgi. Ravi tulemusi kontrolliti pidevalt ning ravist kõrvalehoidjaid kutsuti korraks miilitsa- ja kohtuorganite abiga. Kohtu alla anti need, kes teisi olid teadlikult nakatanud («Eesti NSV kriminaalkodeks» § 119). Kõik süüfilishaiged hospitaliseeriti ning selgitati välja nakkusallikad. Korduvale arstlikule kontrollile kuulusid suguhaigete kokkupuutunud isikud ja haigete perekonnaliikmed. Veneroloogiaasutuste juurde asutati profülaktikapunktid, kus ööpäeva vältel võisid

esmaabi saada need, kellel oli tekkinud kahtlus suguhaigusesse nakatumise suhtes. Samuti avati läbivaatuspunktid, kus arstid regulaarselt kontrollisid toitlustus- ja kommunaalasutuste töötajaid. Kaasasündinud süüfilise profülaktika huvides tehti kõikidele rasedatele Wassermanni reaktsioon ning süüfilist põdevatele emadele määrati sundravi raseduse ajal. Tihendati koostööd veneroloogia- ja günekoloogiaasutuste vahel. Kõik meditsiinitöötajad olid kohustatud sanitaarselgitustööd tegema.

Saksa fašistliku okupatsiooni ajal suleti Eestis peaaegu kõik veneroloogiaasutused. Tallinnas jäi avatuks vaid naha- ja suguhaiguste nõuandla, kus töötasid kolm arsti. Sellele liideti ka kodanliku Eesti aegse kombulvalve töö (prostituutide arstlik kontroll). Polikliinikutes ja nõuandlates hakkasid haigeid vastu võtma eraarstid üksnes tasu eest, mistõttu osa haigeid pidi ravi raha puudusel katkestama. Sundravi määrati ainuüksi neile, kelle kohta oli esitatud kaebus suguhaigusesse nakatamises. Sõja ajal suguhaigete arv suurenes, sest hakkas õitsema prostitutsioon. Haigete registreerimine oli puudulik, mistõttu täielik ülevaade suguhaigete üldarvust okupatsiooniaastail meil puudub.

Kogemused on näidanud, et suguhaigete arv sõjajärgsetel aastatel ja sõja-aastatel suureneb. Seda on täheldatud kogu maailmas. Nii oli suguhaigete arv kapitalismaades Teise maailmasõja ajal A. Rubakini andmeil (5) ennesõjaaegsete andmetega võrreldes suurenenud 120%, sealhulgas Norras 6,5 korda ja Taanis 4,8 korda. Isegi neis maades, mis sõjast osa ei võtnud, täheldati suguhaiguste esinemissageduse suurenemist: Hispaanias 3,5, Rootsis 14 korda.

Suguhaigete arv suurenes ka nendes NSV Liidu liiduvabariikides, mis olid Saksa fašistlike vägede poolt ajutiselt okupeeritud, näiteks Ukrainas 20 korda. 1945. aastal tehti kindlaks, et sõja-aastatel oli Eesti NSV-s süüfilishaiged viis ja gonorröahaigeid 1,5 korda rohkem kui enne sõda. Veelgi suurem oli

suguhaigete arv 1946. aastal, millal paranenud haigete kohta peeti täpset arvestust. Seejärel pandi suguhaiiguste levikule Eesti NSV-s piir ja 1947. aastal oli gonorröajuhte juba niisama vähe kui enne sõda. Seda võimaldasid sotsialistlik kord ja dispanserimine (1). *Ulcus molle* likvideeriti meil ja kogu NSV Liidus täiesti.

Ka pärast Esimest maailmasõda oli suguhaigete arv Eestis suurenenud, kulus veel kümme aastat, enne kui haigestumist suudeti mõneti pidurdada (2).

Möödunud kolme aastakümne vältel oleme juurde saanud neli dispanseri (Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel), 23 veneroloogiakabinetti rajoonides, kaks polikliinilist osakonda (Viljandis ja Kiviõlis). Uued, ajakohased ruumid on Tallinna Vabariiklikul Naha- ja Suguhaiiguste Dispanseril (100 voodikohta) ning Tartu Naha- ja Suguhaiiguste Dispanseril, mis muudeti esimese kategooria haiglaks (75 voodikohta). Praegu töötab meil 53 dermatoveneroloogi.

TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri juures on juba 25 aastat tegutsenud üliõpilaste dermatoloogia teaduslik ring. Sealt algabki tulevaste spetsialistide ettevalmistus, spetsialiseerumine jätkub juba internatuuris. Igal aastal toimuvad praktiseerivate arstide kahepäevased seminarid ja kuuenädalased täienduskursused ning jaoskonnaarstide loengutsükkel kateedri juures. Enamik dermatoveneroloogidest on käinud täienduskursustel Moskvas ja Leningradis.

Muretsetud on uus, ajakohane aparaatuur ja instrumentarium, paranenud on töö kvaliteet. Tihenenud on koostöö teiste ravi- ja profülaktikaasutustega, eriti naiste- ja lastenõuandlatega.

Põhjalik haigestumise analüüs epidemioloogilise kaardi SP-2 alusel on aidanud meil suguhaiiguste leviku põhjusi osaliselt välja selgitada.

Põhjused on laialdane turism, samuti linnastumine, mis loovad soodsad tingimused juhuslikeks tutvusteks.

Teatavat mõju avaldavad ka varajane suguküpsus ja noorte huvi seksuaalelu vastu, mistõttu haigestunute hulgas on üha rohkem noori. Samal ajal on seksuaalkasvatus puudulik. Sotsiaalsetest teguritest tuleb paljudel juhtudel kõne alla muutunud suhted perekonnas, suur lahutuste arv, mis toob kaasa noorsoole ebaterved kasvutingimused (4). Laialt on levinud alkoholi kuritarvitamine — 42,5% haigetest nakatus suguhaiigusesse ebakaines olekus. Kergemeelselt suhtutakse seksuaalvahekordadesse — 33,2% haigetest nakatus juba esimesel tutvumisõhtul. Suguhaiiguste levitajate hulgas on vaimsete defektidega (oligofreenia, debiilsus) inimesi, samuti neid, kellel on kalduvus seksuaalperverssusteks (homoseksualism). Nendel juhtudel on haigusallikate väljaselgitamine raskendatud. Üks põhjus on ka laialdane antibiootikumide kasutamine, mis on vähendanud mikroobide virulentsust ja muutnud haiguse kulgu (4).

Süüfilise korral on ilmnenud hakanud uued iseärasused, nagu inkubatsiooni-perioodi pikenemine, mitme kõva šankri tekkimine, spiroheetide esinemine tsüstide kujul, esmashaavandi ebatüüpiline paiknemine (*anus'e* piirkonnas) jms. (4).

Ka süüfilise teises staadiumis võivad ilmned aatüüpilised nähud: roseoolide ja paapulite varajane ilmumine, leukodermia olemasolu juba teise väärske süüfilise puhul, ka polüadeniit võib nõrgalt arenenud olla või üldse puududa (4). Süüfilise hilisvormide puhul on sümptoomid sageli muutunud, näiteks varajase neurosüüfilise puhul võib ilmned vaid mononeuriit või hiline silmasündroom. Muutunud haiguspilt ja kulg põhjustavad sageli diagnoosimisvigu, mis kaudselt soodustavad haiguse levikut.

Sageli ei pööra veneroloogid küllaldaselt tähelepanu limaskestade ja suguelundite uurimisele, kuna nad ei mõtle süüfilise esinemisvõimalusele, ei kogu põhjalikku anamneesi ega tee laboratoorseid analüüse, eriti vereproove (Wassermann'i reaktsioon). Ka teised eriarstid, nagu terapeutid, larüngoloogid

gid, akušöörid-günekoloogid jt., ei pööra sellele küsimusele erilist tähelepanu. Viimasel ajal on suurenenud haiguse retsidiivide arv, millest nähtub, et süüfilist ei diagnoositud õigel ajal.

Selle lühiülevaate eesmärk on juhtida kõikide arstide tähelepanu vajadusele rohkem mõelda suguhaiguste esinemisvõimalusele.

**KIRJANDUS:** 1. Nurmand, L. Suguhaiguste esinemine ja nende vastu võitlemine Eesti NSV-s. Kandidaadidissertatsioon. Tartu, 1949. 2. Spindler, A. Eesti Arst, 1924, 3, 78.

3. Вахтер X. В сб.: Материалы XII республиканской конференции дермато-венерологов Эстонской ССР. Таллин, 1974, 3—5. — 4. Луйксаар Л. Об эпидемиологии венерических болезней. Призовая работа. Тарту, 1975. — 5. Рубакин А. Вестн. АМ СССР, 1949, 243, 1—44.

*TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder*

UDK 616.89:614.2(474.2)

## **PSÜHHIAATRILINE ARSTIABI EESTI NSV-s**

JÜRI SAARMA . TARTU

Psühhiaatria osa nüüdisaja arstiteaduses suureneb pidevalt. Kõigi tsiviliseeritud riikide elanikkonna hulgas täheldatakse psüühiliste häirete esinemissageduse suurenemist. Tänu meie eesrindlikule tervishoiukorraldusele esineb Nõukogude Liidu elanikel psüühilisi häireid tunduvalt harvem kui kapitalimaades. Kuid teatav psüühiliste häirete rohkenemise tendents ilmneb ka meie maal.

Põhiliselt on psühhiaatria osa suurenemine arstiteaduses seotud siiski tema piiride laienemisega. On selgunud psüühiliste ja emotsionaalsete tegurite tähtsus paljude, sealhulgas ka seni somaatiliseks peetud haiguste etiopatogeneesis ja ravis. Üha enam mitmesuguste funktsionaalsete ja ka orgaaniliste kahjustuste all kannatavaid hai-

geid vajab psühhiaatri abi haiguste komplekssses diagnoosimises ning ravis. Psüühilise komponendi osa on suur mitmete haiguste tekkimisel ja sümptomogeneesis. Haiguse kulgu mõjutavad tunduvalt haige psüühiliste omaduste kompleks ja psühhogeensed tegurid. Tihtipeale lisandub somaatilisele haiguspildile neurootilisi ja neuroidseid tunnuseid. Järjest rohkemate haiguste ravi kompleksis ilmneb psühhoterapia vajalikkus. See kõik on muutnud aktuaalseks arstiteaduse kõigi erialade koostöö tihendamise psühhiaatriaga. Sellest tingituna on psühhiaatrite tööpõld tunduvalt avardunud, psühhiaatria on ammugi väljunud ainuüksi psühhoside valdkonnast ja järjest enam hõlmanud piirialasid. Meie vabariigis 1975. a. lõpul dispansseersel arvel olevatest psüühiliste häiretega isikuist oli ainult 30% psühhosidega haigeid, sõna otseses mõttes vaimuhaigeid, 70% arvelolijaist olid aga mittepsühhootiliste, s. t. peamiselt neuroidse tasemel psüühikahäiretega isikud.

Tänapäeva psühhiaatriale on iseloomulik terapeutiline aktiivsus. Psüühiliselt haigete haiglaravi on muutunud komplekssemaks ning mõjusamaks. Veelgi enam on täiustunud haiglaväline psühhiaatriline ravi ning rehabilitatsioon. Eeskätt tänu farmakoterapia edusammudele kahe viimase aastakümne jooksul on enamiku psüühiliselt haigete ravi ja rehabiliteerimise võimalik põhiliselt ekstramuraalselt — psühhiaatriadispanserites, psühhiaatriakabinettides ja arstijaoskondades. Igal aastal vajab meie dispansseersel arvel olevaist haigeist haiglaravi vaid 20%, enamikku ravitakse väljaspool haiglat. Olgu teadmiseks, et nõuetele vastava haiglavälise ravini ja rehabilitatsioonini võib jõuda ainuüksi siis, kui psühhiaatrite ning kõigi teiste eriarstide vahel on tihe koostöö.

Järjest rohkem on hakatud tähelepanu pöörama laste psühhiaatrilisele teenindamisele. Lapseeas ilmnevate psüühikahäirete õigeaegne diagnoosimine ning ravi nõuavad lastepsühhiaatrite tihedat koostööd akušööride,

pediaatrite ja kooliarstidega, samuti pedagoogidega.

Seoses üldrahvaliku võitlusega alkoholismi vastu omandab psühhonarkoloogiline abi järjest tähtsamat kohta rahvatervishoius. Esmajärguline ülesanne on alkoholismi profülaktika, varajane diagnoosimine ning mõjus kompleksne ravi. See kõik nõuab tihedat koostööd rahvatervishoiu kõikide lülide vahel.

Järjest rohkem on vaja täiendada psühhiaatriliste ravi- ja profülaktikasutuste võrku ning mitmekesistada psühhiaatria töömeetodeid. Esmajoones tuleb psühhiaatrilist abi elanikele lähendada ja tagada psühhiaatria ühendamine kogu rahvatervishoiusüsteemiga. Selle kõigelega on viimastel aastatel tegelnud Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja meie vabariigi psühhiaatriaasutused.

Rahuldustundega võime nentida, et üheksa viisaastak oli meie vabariigi psühhiaatrilise abi valdkonnas edukas. Eesti NSV psühhiaatrilise abi organisatsioonis ning tasemes toimus üheksandal viisaastakul mitmeid märkimisväärsed muutusi.

Tänu Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ning mitmete kohalike tervishoiuorganite aktiivsusele paranes psühhiaatriaasutuste süsteem meil märgatavalt. Palju aastaid koosnes meie psühhiaatriaasutuste võrk viiest psühhiaatriahaiglast ja kolmest dispanseersest osakonnast, mis suutsid elanikele psühhiaatrilist abi anda üksnes hädapäraselt. Üheksandal viisaastakul avati mitmeid uusi psühhiaatriaasutusi.

Eriti paranes haiglaväline psühhiaatriline abi. Viisaastaku jooksul avati seitsmes rajoonis keskhaiglate polikliinikute psühhiaatriakabinetid. See samm lähendab psühhiaatrilist abi elanikkonnale, ühtlasi tiheneb koostöö psühhiaatrite ja muude eriarstide vahel ning see tagab operatiivse kompleksse diagnoosimise ning ravi. Lühikesele tegevusajale vaatamata on rajoonides psühhiaatriakabinetid juba kujunemas tähtsaks lüliks rahvatervishoiu ühtses süsteemis. Psühhiaatriakabinettide

rajamine rajoonides on aluseks haiglavälise psühhiaatrilise abi edasisele laiendamisele.

On paranenud ka statsionaarse psühhiaatrilise abi baas, voodikohtade arv on meie vabariigis suurenenud 12% võrra. Üheksandal viisaastakul suurendati kahes haiglas voodikohtade arvu ja avati kaks statsionaari. Narva ja Kohtla-Järve linnahaiglas alustasid tööd psühhiaatriaosakonnad, mille tulemusena paranesid tunduvalt Kirde-Eesti elanike psühhiaatrilise abi võimalused. Tegemist oli meie vabariigi tervishoiuvõrgus põhimõtteliselt uue sammuga — psühhiaatriaosakonna arvamiseiga üldhaigla koosseisu. See on väga tähtis samm kliinilise meditsiini ajanõuetele vastava kompleksuse ning erialade integratsiooni tagamiseks. See on psühhiaatrilise abi arengu progressiivne suund, selle otstarbekust on kinnitanud nii meie maa kui ka teiste riikide kogemused.

Käsitähtsaks psühhiaatriaasutuste võrgu laiemisega suurenes viisaastakul ka psühhiaatrite arv: eriarstide pere sai juurde 25 noort spetsialisti. Tunduvalt avardasid arstide erialase täiendamise võimalused ja paranes arstide kvalifikatsioon. Üleliiduliste programmide kohaselt viidi noorte arstide esmaseks spetsialiseerumiseks sisse üheaastane internatuur, sealhulgas ka psühhiaatria alal. Süstemaatilistelt toimustelt üldpsühhiaatria täienduskursused TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatria katedri juures. Arvukalt võttis meie vabariigi psühhiaatriteid osa spetsialiseerumise ja täienduskursustest psühhiaatria kitsamatel erialadel NSV Liidu kesksetes täiendusinstituutides. Reeglipäraselt on korraldatud seminare meie vabariigi psühhiaatrite teadmiste täiendamiseks. Need toimuvad kõigis suuremates psühhiaatriahaiglates. Viisaastakul täienes meie vabariigi psühhiaatrite pere kahe arstiteaduse doktori ja viie arstiteaduse kandidaadi võrra, kaks psühhiaatrit atesteeriti kõrgema kateegooria spetsialistideks. Kahele psühhiaatritele anti vabariigi teenelise arsti nimetus, vabariigi peapsühhiaater

valiti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmeks.

Tänu psühhiaatriaasutuste võrgu täienemisele ning psühhiaatrite kvalifikatsiooni tõusule on suurenenud elanikele antava psühhiaatrilise abi maht ja paranenud kvaliteet. Psühhiaatriakabinettide rajamise ning dispansersete osakondade tugevdamisega on paranenud esmajoones haiglaväline abi. Dispansersele arvele võetud psüühiliste häiretega haigete arv suurenes viisaastakul 50% võrra, igal aastal võeti esmaselt haigestunud arvele 49% ja psühhiaatriadispanserites ning -kabinettides käis haigeid 48% rohkem kui eelmisel viisaastakul. Märkatavalt on paranenud haigete kompleksne rehabilitatsioon, sealhulgas ka tööalane re-adaptatsioon. Viisaastaku jooksul tööd alustanud Tallinna psühhoneuroloogiahaigla tootmistöökojad ning Jämejala psühhiaatriahaigla tööraviosakond on kujunemas haigete ambulatoorse tööravi ning readaptatsiooni keskusteks.

On avardunud statsionaarse abi võimalused, mistõttu viie aasta jooksul on suurenenud haiglaravile saadetud haigete arv 27% aastas. Ravi on muutunud komplekssemaks, eriti tänu farmakoteraapia arengule ning psühhoterapia mitmekesiste meetodite laiemale rakendamisele. Ravi on muutunud ka intensiivsemaks ja tõhusamaks, millest tingituna on psühhiaatriastatsionaaride voodikäive viisaastaku jooksul suurenenud 14% võrra ja oli 1975. aastal 5,7 haiget ühe voodi kohta. Meie vabariigi psühhiaatriahaiglates rakendatakse kõiki tuntud ravimeetodeid, neid täiendatakse pidevalt. Sellega seoses on tõusnud ka ravi efektiivsus. Näiteks on Tartu psühhiaatriahaiglas isegi sellise raske haiguse nagu skisofreenia ravimisel nii kaugele jõutud, et ainult 2% esmakordselt haigestunuist osutub ravi suhtes resistentseks.

Psühhiaatrid võtsid osa ka psühhiaatriaprobleemide teaduslikust läbitöötamisest. Neljas rajoonis korraldati psühhiaatriline epidemioloogiline uurimine, millest osavõtjateks oli enamik meie psühhiaatritest.

Märkimisväärseid tulemusi on saadud kliinilise psühhofarmakoloogia valdkonnas, põhiliselt TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri ja psühhofarmakoloogia laboratooriumi baasil tehtud uurimistega. Peamiste neuroleptikumide ja antidepressantide kliinilise toime uurimise alusel selgitati välja nende ravimite diferentseeritud kasutamise kindlad näidustused. Tööde tulemusi on esitatud nii üleliidulistel kui ka rahvusvahelistel konverentsidel. Nende tööde eest anti 1975. aastal rühmale meie vabariigi psühhiaatritele koos farmakoloogidega Nõukogude Eesti preemia.

Kõigest eeltoodust nähtub, et üheksandal viisaastakul saavutasid meie vabariigi psühhiaatrid edu nii praktilises töös kui ka teoorias. Muidugi on veel küllalt probleeme, mis alles ootavad lahendamist, kuid võrreldes kõigi eelmistega, oli üheksas viisaastak meie psühhiaatritele mitmes mõttes murranguline.

NLKP XXV kongressi direktiivides on fikseeritud ulatuslikud ülesanded alanud kvaliteediviisaastakuks ka rahvatervishoiu alal. Nendest ülesannetest lähtudes nõuab asjalikku plaanimist ka psühhiaatriline abi, eriti kui silmas pidada, et direktiivides on närvisüsteemihaigused toodud ühena tähtsamatest tervishoiuprobleemide seas.

Psühhiaatria põhilised ülesanded ja arenguperspektiivid leidsid meil täpse väljenduse tähtsa dokumendina. Nimelt võttis Eesti NSV Ministrite Nõukogu Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi algatusel 31. detsembril 1975. a. vastu määruse nr. 539 «Psühhiaatrilise abi edasise parandamise abinõude kohta vabariigis». Selles on seatud psühhiaatrilise abi täiendamise põhimõttelised suunad ja kavandatud mitmeid konkreetseid samme.

Esmajoones on määruses rõhutatud haiglavälise psühhiaatrilise abi suurt osa. On otsustatud juba lähemas tulevikus avada psühhiaatriakabinetid meie vabariigi kõigis rajoonides. Sellega tehakse psühhiaatriline abi kättesaadavaks kõigi rajoonide elanikele ning

luuakse kindel baas, millele rajanevad haigete varajane väljaselgitamine, ambulatoorne ravi ja rehabilitatsioon.

Edasi on Ministrite Nõukogu määruses kavandatud ülesanded statsionaarse psühhiaatrilise abi parandamiseks kümnendal viisaastakul. Tunduvalt paraneb Tallinna psühhiaatria haigla materiaalne baas ja suureneb tema voodifond, sealhulgas ka uusehituste arvel. Ette on nähtud laiendada Narva ja Kohtla-Järve linnahaiglate psühhiaatriaosakondi. Kümnendal viisaastakul projekteeritakse Tartu uus psühhiaatria haigla. Määruses on nõue, et kõigi ehitamisele tulevate üldhaiglate koosseisus peavad olema ka psühhiaatriaosakonnad.

On ette nähtud kroonilisi haigusi põdevate haigete, kes haiglaravi ei vaja, eeliskorras paigutamine Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi invaliididekodudesse. Sel teel vähendatakse psühhiaatria haiglate ülekoormatust, millega paraneb intensiivravi vajavate haigete arstiabi. Invaliididekodus on kroonilistele haigetele kindlustatud põetus ning hooldus.

Mitmekesistamist ja tõhustamist vajab psühhonarkoloogiline abi. Ministrite Nõukogu määrus näeb ette alkohoolikute ambulatoorse ja statsionaarse ravi võimaluste laiendamise. Tööstus- ja ehitusettevõtete juurde tuleb asutada psühhonarkoloogilised poolstatsionaarid, kus on võimalik alkohoolikuid ravida tootmistööd katkestamata. Alkohoolikute ravi sellist vormi on Nõukogude Liidus mitmel pool juba rakendatud, see on osutunud väga tõhusaks nii arstiteaduslikust kui ka majanduslikust seisukohast. Meie vabariigis peab sellise ravivormi rakendamine käesoleval viisaastakul saama psühhiaatrite, tervishoiuorganisaatorite ja majandusjuhtide üheks põhiülesandeks.

Määruses on rõhutatud ka vajadust aktiveerida psühhoprofülaktilist ja psühhohügieenilist tööd elanike hulgas. Tuleb tõhustada sanitaarharidus- ja sanitaarkasvatustööd, eriti alkoholismivastast võitlust.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu mää-

ruses on psühhiaatriaasutuste töötajatele tehtud ülesandeks parandada psühhiaatrilist abi. Haiglavälise psühhiaatrilise abi parandamiseks tuleb lähemate aastate jooksul välja töötada psühhiliselt haigete teenindamise kindel etapiline süsteem. Rajoonide psühhiaatriakabinetid peavad kujunema psühhiaatrilise abi ning rehabilitatsiooni keskusteks rajooni elanikele. Selleks tuleb rajoonide kabinetitel töötada koos vastava piirkonna dispanserise osakonnaga. Dispanserised osakonnad peavad saama oma piirkonna kabinetide metoodiliseks ning konsultatiivseks keskuseks.

On vaja täiustada koostööd statsionaaride, dispanserite ning kabinetide vahel. Haige saadetakse haiglaravile põhiliselt kas dispanseri või psühhiaatriakabineti poolt, samuti peab haigete järelravi ning rehabiliteerimine toimuma nendes asutustes, nende organiseerimisel ja juhtimisel. Koostöö tihendamiseks on vaja, et dokumentide vahetamine kulgeks operatiivselt, samuti on vaja, et oleks pidev sisuline koostöö statsionaarsete ja ambulatoorsete asutuste vahel.

Nii ambulatoorsel kui ka statsionaarsel ravil tuleb ulatuslikumalt rakendada kõigi nüüdisaegsete bioloogiliste ja psühhoteeraapia vahendite kompleksi. Süvendada tuleb ravikompleksi individualiseerimist, lähtudes teaduslikult põhjendatud kriteeriumidest ning näidustustest. Eriti on meie psühhiaatriaasutustes vaja täiustada tööravi võimalusi, tuleb laiendada töökodasid, tõhustada kultuur- ja sotsioteeraapiat.

Kaadri erialakvalifikatsiooni tõstmiseks tuleb sel viisaastakul korraldada kõigi meditsiinitöötajate — arstide, keskastme meditsiinitöötajate — plaanipäraseid täienduskursusi. Igas asutuses tuleb koostada arstide täienduskursustele saatmise perspektiivplaan (kohalikud, TRÜ täiendusteaduskonnas ja kesketes täiendusinstituutides).

Meie vabariigi psühhiaatriaasutuste töötajate ees seisavad kümnendal viisaastakul vastutusrikkad ülesanded. NLKP XXV kongressi direktiivides

seatud ülesanded meie maa majandusliku ning kultuurilise arengu alal, sealhulgas rahvatervishoiu alal, innustavad meid kõiki. Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruses on meie vabariigi psühhiaatritele ette nähtud konkreetsed ülesanded, need on mahukad, ent reaalsed. Ei ole kahtlust, et meie psühhiaatrid ja psühhiaatriaasutuste töötajad annavad oma parima nende täitmisel, meie vabariigi elanikkonna psüühilise tervise ning heaolu kindlustamiseks.

*TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatria  
kateeder*

UDK 614.1:518.5

## **TÖÖSTUJATE ÜLDHAIGESTUMUSE ANALÜÜS SUURETTEVÖTTES RAALI «MINSK-32» ABIL**

**ADOLF AUNAP VELLO ROOS MARK ZELTSEER .  
KOHTLA-JÄRVE**

Tehnoloogiliste protsesside üha kiirenev areng meie vabariigi põlevkivitööstuses ja sellest tulenev majanduslik kasum on suurel määral sõltuv töötajate haigestumisest tingitud tööajakaost. See nõuab järjest enam põhjalikku informatsiooni tootmiskollektiivi liikmete tervislikust seisundist.

Tervistavate ürituste plaanimiseks on vaja pidevalt informatsiooni, mis peegeldaks töötajate haigestumuse dünaamikat nii kogu ettevõttes kui ka üksikutes tootmisjaoskondades ning ka erialade järgi. Seejuures ei saa arvestamata jätta soolisi ega ealisi iseärasusi, töö laadi ning -staaži sellel töökohal.

Töötajate haigestumuse analüüs suurettevõttes, nagu seda on V. I. Lenini nimeline Põlevkivitöötlemise Kombinaat oma arvukate tootmisobjektidega, on väga töömahukas ja aeganõudev. Seepärast analüüsitakse haigestumust pahatihti pealiskaudselt. Selline analüüs aga ei anna ülevaadet töötajate haigestumise põhjustest ega haiges-

tumisjuhtude vähendamise võimalustest.

Võib oletada, et analoogilised raskused on ka teistes meie vabariigi suuremates asutustes ja ettevõtetes. Arvame, et kõige perspektiivikam on selles valdkonnas raali kasutuselevõtt. Raalid leiavad meditsiinis laialdast kasutamist nii meil kui ka välisriikides. Seejuures võib täheldada järgmisi põhisuundi: automatiseeritud masindiagnoosimine, haige seisundi pidev jälgimine, automatiseeritud laboratooriumid, statsionaaride töö operatiivne analüüs ja plaanimine, meditsiinidokumentatsiooni töötlemine, säilitamine ja otsimine (1, 2, 3).

Minski Meditsiiniinstituudi närvihaiguste kateedris on juba 1960. aastast alates uuritud võimalusi, kuidas kasutada raali mitmesuguste närvihaiguste diagnoosimisel. NSV Liidu Kliinilise ja Eksperimentaalse Kirurgia Instituut on välja töötanud automatiseeritud juhtimissüsteemi. See on üks täiuslikumaid tervishoiuasutuste automaatjuhtimise süsteeme meie maal. Süsteem võimaldab raali kaasabil lahendada kliiniku mitmekülgseid ülesandeid alustades majanduslikest (toiduainet ning medikamentide hulga kalkulatsioon ja arvestus) ja lõpetades haiguse kulu prognoosimise ning optimaalse raviplani koostamisega. See toimub kliiniku haiguslugude ja muude arhiivimaterjalide statistilise töötlemise alusel.

Laiemat huvi on äratanud ka Tübingeni ülikooli kliiniku raalide kasutamise kogemused kliinilise laboratooriumi andmete töötlemisel «on-line»-režiimil (4). Suurettevõtete töölise haigestumuse analüüsimine raalidega ei ole nii kodumaises kui ka väliskirjanduses märkimisväärset käsitlust leidnud.

Põlevkivi Teadusliku Uurimise Instituudi ohutustehnikalaboratooriumis töötati aastail 1973...1974 välja meetodika ja koostati algoritm. V. I. Lenini nimelise Põlevkivitöötlemise Kombinaadi arvutuskeskuses programmeeriti vajalikud ülesanded. Pärast kahekuulist edukat katsetamist koostöös

Kohtla-Järve Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna ja kombinaadi polikliinikuga võeti alates 1. jaanuarist 1975. a. kasutusele uus informatsioonisüsteem raali «Minsk-32» baasil.

Uus süsteem võimaldab esimesel etapil teha vormi nr. 16 alusel nõutava ajutist töövõimetust põhjustava haigestumuse aruandluse ning samuti teha igakuulise ajutist töövõimetust põhjustava haigestumuse analüüsi kogu ettevõttes, üksikutes tootmisjaoskondades ja ka erialade järgi, arvesse võttes töötajate vanust, sugu, tööstaaži ja töö laadi.

Raal annab enam kui 60 tabelit, millest igaüks sisaldab umbes 250 arvulist väärtust. Raal varustab kõik tabelid pealkirjadega, sõnalises vormis antakse ka haiguste nimetused (venekeelses tekstis). Esitame näitena ühe tabeli, mis saadakse vahetult raalist (vt. tabel).

Kõik ülejäänud tabelid on analoogilised.

Tabeli 10. ja 11. lahtris tuuakse analüüsitud töötajate rühma töövõimejuhtude ja -päevade osakaal protsentides kogu ettevõtte vastavatest näitajatest. 5. ja 8. lahtris olevad näitajad arvutatakse vaatluse all oleva rühma 100 töötaja kohta.

Informatsiooni liikumise süsteem (vt. joonis 1) on järgmine.

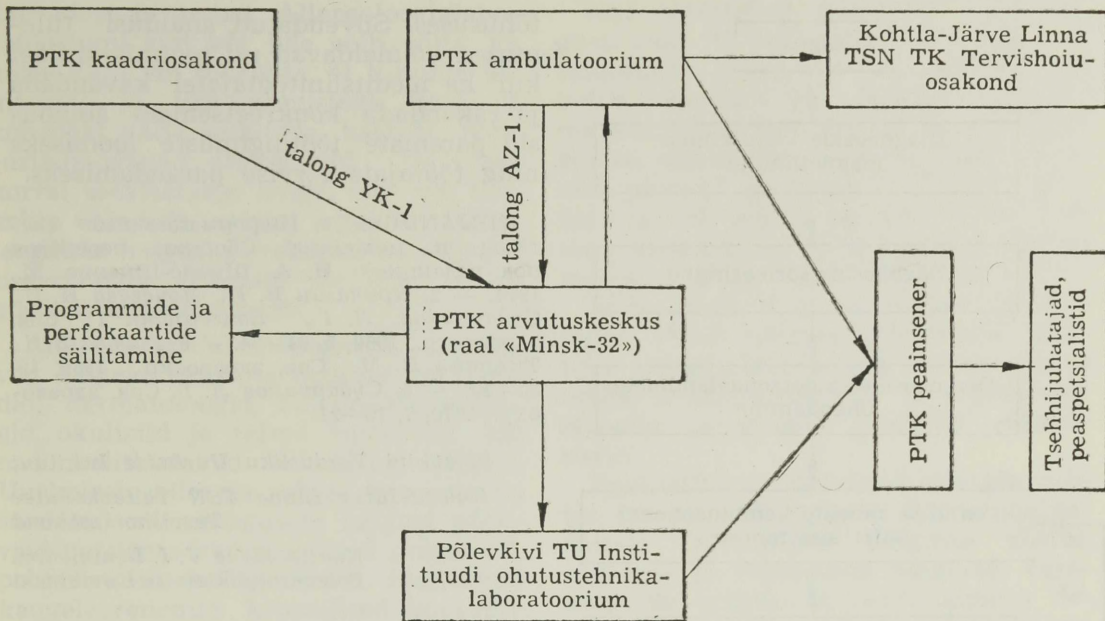
Ettevõtte polikliinikus täidetakse iga töövõimelehe lõpetamisel spetsiaalne talong, mille tingtähistus on AZ—1 (vt. joonis 2). Talong sisaldab töötaja tabe-

linumbri, haiguse šifri, töövõimelehe päevade arvu, kuu ja aasta ning kutsehaiguste registreerimiseks lisašifri. Talongi täitmiseks kulub 10...15 sekundit. Üks kord nädalas toimetatakse talongid arvutuskeskusesse, kus informatsioon talletatakse perforeerimismasina abil 80-veerulistele perfokaartidele, sisestatakse kiirusega 600 kaarti minutis ning kantakse magnetlindile. 5000 töövõimelehe andmete säilitamiseks kulub 15...20 meetrit magnetlinti. Analüüsiks tuli sisse viia uus kaadri arvestuse süsteem ja säilitada raali välismälus kõigi ettevõtte töötajate personaalandmed, nagu tabelinumber, nimi, eesnimi, isanimi, sünniaasta, eriala, tsehhi number, töö laad, tööstaaž ettevõttes. Andmed talongidel (tingtähistus Yk-1) saadeti ettevõtte kaadriosakonnast arvutuskeskusesse, perforeeriti ja kanti samuti magnetlindile. Kaadri voolavusest tingituna tuleb seda informatsiooni periooditi korrigeerida.

Kõnesoleva süsteemi loomisel kasutati automatiseeritud programmeerimist, mis võimaldas suhteliselt lühikese ajaga koostada 20 vajaliku sisuga programmi. Algoritmi blokk skeem on toodud joonisel 3. 5000 töövõimelehe informatsiooni töötlemiseks ja kogu analüütilise materjali (ligikaudu 2600 rida teksti ja numbrilisi väärtusi) väljastamiseks kulub 40...50 minutit. Tabelid annab raal kahes eksemplaris köitmiseks sobivas formaadis. Üks eksemplar saadetakse ettevõtte polikliini-

### Naistöötajate haigestumuse analüüs

Hai- guse šifr	Haiguse nimetus	Haigusjuhte			Töövõimelehe- päevi			Ühe hai- gus- juhu kesk- mine kestus	% üldarvust	
		Üld- arv	% 100 kohta		Üld- arv	% 100 kohta			hai- gus- juhud	töö- või- juhudme- tus- päe- vad
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
01	Soolenakkused									
02	Hingamiselundite tuberkuloos jne. vormi 16 järgi									



Joonis 1. Informatsiooni liikumise skeem haigestumuse analüüsimisel raali «Minsk-32» abil (PTK tähistab lühendatult Kohtla-Järve V. I. Lenini nimelist Põlevkivitöötlemise Kombinaati).

kusse, teine Põlevkivi Teadusliku Uurimise Instituudi ohutustehnikalaboratooriumi kaudu koos soovustega ettevõtte peainsenerile (vt. joonis 1).

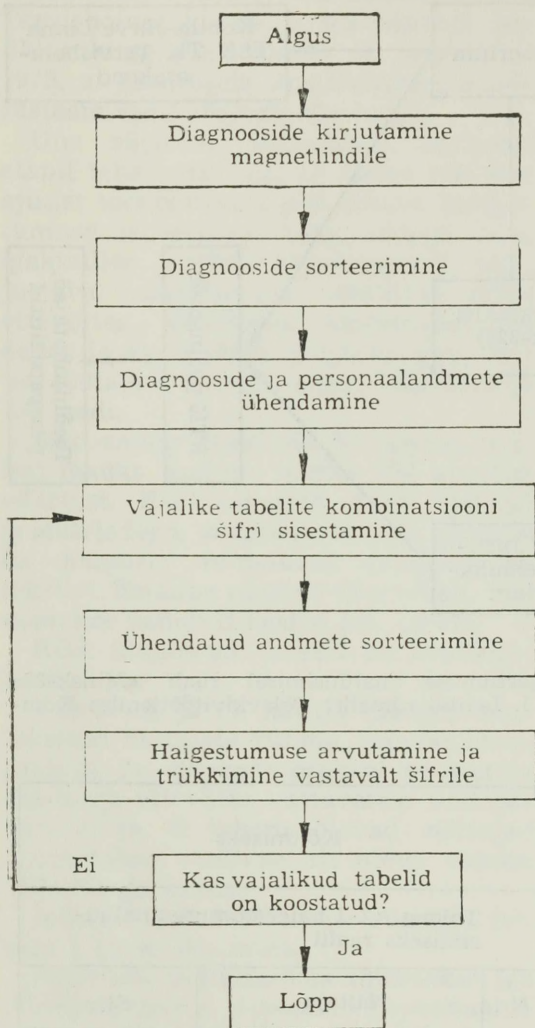
Töödeldud informatsiooni säilitatakse arvutuskeskuses magnetlindil aastaid. Lisaks tabelitena väljastatavale informatsioonile säilitatakse raali välismälus iga haigestunu nimi, tabeli number, sünniaeg, haiguse nimetus, töövõimetus kestus päevades, haigestumise aasta ja kuu, eriala ning töökoht. See võimaldab lähemas tulevikus haigestumuse analüüsi veelgi süvendada.

On alustatud uute algoritmide koostamist, mis võimaldaksid järgneval etapil koostada raali abil sageli haigestuvate töötajate nimekirju tootmisjaoskondade kaupa nende arvelevõtmiseks, jälgida ja analüüsida ühe või terve rühma töötajate tervislikku seisundit konkreetsetes tingimustes pikema ajavahemiku vältel, prognoosida haigestumuse taset konkreetsetes tootmisjaoskondades jne.

Lähemal aastail tuleks raalid kasutusele võtta ka töötajate perioodilisel

Kõitmiseks		
Talong AZ-1 haigestumuse analüüsimiseks raalil		
Nr.	Näitaja	Sifr
1	Töötaja tabelinumber	<input type="text"/>
2	Diagnoosi šifr	<input type="text"/>
3	Töövõimetuspäevade arv	<input type="text"/>
4	Töövõimetuslehe lõpetamise kuu	<input type="text"/>
5	Töövõimetuslehe lõpetamise aasta	<input type="text"/>
6	Kutsehaiguse šifr	<input type="text"/>

Joonis 2. Polikliinikus töövõimetuslehe lõpetamisel täidetav talong, mille tingtähistus on AZ—1.



Joonis 3. Haigestumuse analüüsimise algoritmi üldine blokk skeem.

arstlikul läbivaatusel selle tulemuste säilitamiseks ja analüüsiks. On tekkinud vajadus luua niisugune algoritm, mis võimaldaks kasutada ka raali mälu säilitatava üldhaigestumuse informatsiooni perioodiliste läbivaatuste tulemuste töötlemisel. Põhimõttelisi raskusi selle süsteemi loomiseks ei ole, kui mitte arvestada ühtse koodkaardi koostamist, mis sobiks andmete sisestamiseks raali.

Vaatamata raali lühiajalisele kasutamisele ja meie vähestele kogemustele, oleme veendunud kirjeldatud süsteemi

tõhususes. Süvendatud analüüsi tulemused võimaldavad nii tootmisjuhtidel kui ka meditsiinitöötajatel kavandada ja rakendada konkreetsemaid abinõusid paremate töötingimuste loomiseks ning töötajate tervise parandamiseks.

KIRJANDUS: 1. Информационные системы в медицине. Сборник переводов под редакцией Н. А. Шнепс-Шнеппе. М., 1974. — 2. Кричагин В. И., Моисеева Н. И., Сударников Л. Г., Вангерманн Г. Сов. здравоохран., 1969, 5, 91—94. — 3. Рарова В. Н., Тимонин В. М. Сов. здравоохран., 1969, 10, 35—40. — 4. Сударников Л. Г. Сов. здравоохран., 1970, 7, 15—21.

Põlevkivi Teadusliku Uurimise Instituut  
Kohtla-Järve Linna TSN Täitevkomitee  
Tervishoiuosakond

Kohtla-Järve V. I. Lenini-nim.  
Põlevkivitöötlemise Kombinaat

UDK 616-056.3-07

## ALLERGIILISI HAIGUSI PÕDEJATE UURIMISELE SUUNAMINE

NAOMI LOOGNA · TALLINN

Viimastel aastakümnetel on täheldatud allergilistesse haigustesse haigestumise tunduvalt sagedamist. Kahtlemata on selle põhjus tööstuse kiire areng, kemiseerimine, tervist kahjustavad töötingimused, kliimaatilised ja geograafilised iseärasused, mõningad olmetegurid, ravimite ebaotstarbekas kasutamine, ravimata koldenakkused, stress, konstitutsionaalne eelsoodumus, kahjulikud harjumused jms.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste osakonnas ning Kutsehaiguste Kliinikus on loodud võimalused allergiahaigete ambulatoorseks, vajaduse korral ka statsionaarseks uurimiseks (allergiliste haiguste spetsiifiline ning mittespetsiifiline diagnoosimine, ravi ordineerimine, osa haigete dispanseerimine). Standardsete allergeenilahuste kõrval kasutatakse allergeene, mis on valmistatud mitmesugustest tolmudest, looma-

karvadest ja muust. Allergoloogialaboratooriumi arst või õde võib sõita ka haige koju või töökohta, et tutvuda tema elu- ja töötingimustega ning et kohapeal välja selgitada haigust põhjustada võivad allergeenid. Vajaduse korral soovitatakse haigel elu- või töökohta vahetada, samuti antakse nõu allergiliste haiguste ärahoidmiseks. Praktiseerivatele arstidele antakse allergiaalast konsultatsiooni.

Allergoloogialaboratooriumi saadavad haigeid konsultatsioonile terapeutid, dermatoloogid, otorinolarüngoloogid, okulistid ja teised raviarstid, kui nad kahtlustavad allergilist haigust. Uurimisele allergia suhtes ja ravile on saadetud mitmesuguseid haigusi põdevaid patsiente (reumaatilised protsessid, polüartriidid, kollagenoosid, tüsistunud kaugelearenenud kroonilised kopsupõletikud jt.); nende haiguste puhul ei ole allergiaalased uurimis- ja ravimeetodid näidustatud. Spetsiifiline uurimine allergia suhtes on näidustatud bronhiaalastma I või II staadiumi, allergilise bronhiidi, allergilise dermatiidi, kroonilise ekseemi, nõgesetõve, Quincke ödeemi, allergilise riniidi ja pollinooside korral.

Raviarst peab igale haigele tingimata kaasa andma saatekirja, millele on märgitud haige nimi, vanus, senine diagnoos ja täpne väljavõte haigusloost või ambulatoorsest kaardist koos tähtsamate uurimisandmetega (vereanalüüs, uriini- ja roojaanalüüs, rindkere elundite röntgenoskoopia, röntgeniülesvõte ninakõrvalurgetest, näidustuste puhul duodenaalsaldise analüüs jm.).

Bronhiaalastmat põdevatel haigetel peaksid veel täiendavalt kaasas olema rögaanalüüsi andmed, elektrokardiogramm, tõend stomatoloogilt läbivaatuse ja terapeuti andmed senise ravi kohta.

Ekseemi, urtikaariat või Quincke ödeemi põdevatel haigetel on nõutav maomahlaanalüüs, vere suhkrusisalduse analüüs, läbivaatuse tõend stomatoloogilt ja günekoloogilt ning dermatoloogi andmed senise ravi kohta.

Kui oletatakse allergilist kutsehaigust, peab raviarst lisama andmed töötingimuste kohta, mis on saadud kas haige töökohast või sanitaar- ja epidemioloogiajaamast. Samuti peaks haigel kaasas olema nende keemiliste ühendite proovid (koguses 2...3 ml), millega ta tööel kokku puutub. Need andmed kiirendavad ja hõlbustavad haige uurimist allergoloogialaboratooriumis.

Enne uurimist ei tohi haige ühe kuu vältel võtta hormoonpreparaate (näiteks prednisolooni) ning kolme päeva vältel antihistamiinseid ja antiserooniinseid preparaate (näiteks dimedrooli).

Spetsiifilised uurimised allergia suhtes on vastunäidustatud ägenemisstaadiumis allergiliste haiguste korral, südame- ja veresoonte haiguste, verehaiguste, maksa- ja neeruhaiguste dekompensatsioonistaadiumi, suhkurtõve, aktiivses vormis tuberkuloosi, III staadiumis türeotoksikoosi, ägedas staadiumis nakkushaiguste, ägenemisstaadiumis psüühiliste haiguste korral ning raseduse teisel poolel.

Juhend peaks andma vastuse kõige tähtsamatele küsimustele ja aitama parandada allergiahaigete arstiabi. Kõigil ravi- ja profülaktikaasutuste töötajail, kes saavad haigeid uurimisele allergia väljaselgitamiseks, on vaja kinni pidada juhendi nõudeist. Tuleb vältida allergiahaigete raviasutusse saatmisel tehtud vigu.

Address:

200 015 Tallinn, Hiiu 42,

Kutsehaiguste Kliinik.

Ambulatoorne vastuvõtt toimub esmaspäeviti, teisipäeviti ja neljapäeviti kella 9.00...11.00. Informatsiooni saab telefonil 510-162 (Kutsehaiguste Kliiniku registratuur).

*Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

# Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.5-006(474.2)

## SKLEROOMIJUHT EESTIS

MATI MAJAS ARVID LUTS · TALLINN

1870. a. kirjeldas dermatoloog F. Hebra skleroomi ninas ja nimetas selle rinoskleroomiks. Hiljem selgus, et patoloogilisi muutusi ei esine mitte üksnes ninakoopas, vaid ka hingamisteede muudes osades. Nüüdisajal on kirjeldatud ka skleroomist põhjustatud nägemis- ja kuulmiselundite kahjustusi (1).

Skleroomijuhte on registreeritud kõikidel kontinentidel, välja arvatud Austraalias. Mittetäielikel andmeil oli 1967. aastaks kirjeldatud ligi 10 000 skleroomijuhtu 53 riigis (4). Nõukogude Liidus peetakse skleroomi endemilisteks kolleteks Valgevene NSV-d, Vene NFSV läänepoolseid oblasti ja paremkalda Ukrainat. Skleroomijuhte on esinenud ka Leedu ja Moldaavia NSV-s (4). Erialakirjanduses puuduvad andmed skleroomijuhtude kohta Eestis, seepärast kirjeldame Narvas 1974. a. esinenud haigusjuhtu.

Narva Linna Polikliiniku naha- ja suguhaiguste kabinetti pöördus 46-aastane nais-haige E. D. (haiguslugu nr. 11727/1974), kes kurtis hingamistakistust ninas, vohandeid ninasõõrmetes, unisust, sagedasi peavalusid, väsimust ja nõrkust. Haiguse algust ta täpselt ei teadnud. Vohandid ninasõõrmetes olid haige arvates tekkinud viis-kuus aastat tagasi, hiljem need suurenesid, täitsid ninasõõrmed ja deformeerisid nina.

Haige on sündinud ja kasvanud Valgevene NSV-s Gomeli oblastis. Kodune. Abikaasa oli surnud neli aastat tagasi. Tal on kolm tüdart, vanuselt keskmine elab ja töötab Narvas. Tütred on terved. Kodukohas arsti poole ei pöördunud. Sõitis tütrele külla ja ühtlasi otsustas end ravima hakata.

Dermatoloogilisel vaatlusel torкас silma nina sümmeetriline kahjustus. Eksofüütsele kasvule iseloomulikud kasvajalised vohandid lähtusid *vestibulum nasi*'st, täitsid viimase ja kutsusid esile nina deformatsiooni. Ninatiivad olid märgatavalt laiuli surutud. Haigusprotsessist oli kahjustatud ka nina ümbruse nahk.

Haigusloodes olid hallikasroosad ebatasase pinnaga sõlmjad vohandid. Nina oli palpeerimisel tihke, kõhrjat konsistentsi. Ninahingamine puudus. Ebatasase pinnaga väikesed kasvajataolised vohandid esinesid ka tagumistel kurgukaartel. Suuneelu limaskest oli läikiv, atrofeerunud. Haige vaatas läbi ka kõrva-, nina- ja kurguarst. Kahtlustati tuberkuloosi või pahaloomulist kasvajat ning haige saadeti Leningradi. I. S. Kirovi nimelise Sõjaväemeditsiini Akadeemia ja Leningradi luposooriumi arstid diagnoosisid skleroomi. Patohistoloogiline uuring: ninasõõrmetest võetud materjalis leiti skleroomigranuloomile iseloomulikke Mikulitsi kobrusrakke, plasmarakke, kolloidseid rakke ja hüaliinseid keraseid (Russeli kehakesed).

Pärast streptomüsiinravi haige seisund paranes tunduvalt.

Kuigi skleroomi tekkepõhjus on tänaseni vaieldav, peab enamik autoreid haiguse tekitajaks *Klebsiella* sugukonna baktereid (1, 2, 3), nakkusallikaks ja -reservuaariks aga haiget inimest (2, 3, 4).

Haigusjuhtumit kirjeldasime eesmärgil juhtida dermatoveneroloogide,



Foto 1. Infiltratsioon ninas ja ülahuulel — skleroomi Hebra-Volkovitši vorm.

Foto 2. Sama haige pärast streptomüsiinkuuri.

kõrva-, nina- ja kurguarstide ning terapeutide tähelepanu sellele, et seoses elanike migratsiooniga võib esineda haigusjuhte, mis Eesti NSV-s on haruldased.

#### KIRJANDUS:

1. *Бариляк Р. А., Сахелашвили Н. А.* Склерома. Киев, 1974. — 2. *Зарицкий Л. А.* Ж. ушн. нос. и горл. бол., 1975, 2, 70—79. — 3. *Красильников А. П.* Ж. ушн. нос. и горл. бол., 1975, 3, 42—47. — 4. *Красильников А. П., Израитель Н. А.* Склерома (микробиология, эпидемиология, диагностика). Минск, 1971.

*Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser*

*Eksperimentaalse ja Kliinilise  
Meditsiini Instituut*

**Perekonna planeerimise teemat meditsiiniõdede õppeprogrammis** peavad Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni eksperdid põhjendatult oluliseks. Kogemused on näidanud, et sel alal teavad akušöörid ja õed teatavaid teoreetilisi küsimusi ning praktilisi võtteid, kuid sellest jääb tegelikus töös vajaka. Nad peavad mõistma perekonna planeerimist kui tervishoiuürituste süsteemi, samuti ka seda, et nende kohustuseks ei ole üksnes anda selgitust soovijaile, vaid ka välja selgitada kõik niisugust nõuannet vajavad inimesed ning suunata nad tervishoiuasutustesse. Kogemused on ka näidanud, et meditsiinikoolides õppides tulevad õed hästi toime programmi nõuetega perekonna planeerimise küsimustes, kuid tegelikus töös ei suuda nad oma teadmisi rakendada põhjusel, et õppeprogrammi sisu ei vasta kohaliku elanikkonna sügavalt juurdunud veendumustele ja tavadele. See käib eriti nende rahvuste kohta, kellel on perekonnatava omada palju lapsi.

Meditsiiniõdede tegevust nii selgitustöö kui ka tehnilises aspektis tuleks vaadelda arvesse võttes sotsiaalseid, poliitilisi ja majanduslikke aluseid, mis toetavad või eitaavad perekonna planeerimist. On oluline teada enne programmide koostamist tõepäraselt neid olusid, kus õed ja akušöörid pärast erihariduse omandamist tööle hakkavad. See toob kaasa vajaduse, et ka pedagoogid peaksid teadma, kuidas läheneda perekonna planeerimise õpetamisele konkreetsetes olukorras. Perekonna planeerimise programmi võib suure tõenäosusega pidada edukaks, kui meditsiiniõed ja akušöörid, samuti need, kes tegelevad tervishoiutöötajate õpetamise ja ettevalmistamisega, oleksid hästi kompetentsed käitumisteaduse kontseptsioonides ja meetodites.

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

UDK 616.995.428-07-08

## **SÜGELISTE ISEÄRASUSED JA RAVI NÜÜDISAJAL**

BORIS RUBINSTEIN · TALLINN

Sügelised (*scabies*) on nakkav parasiitarne nahahaigus, mille tekitaja on sügelislest (*Sarcoptes scabiei*).

Nakatumine toimub kas otsesel kokupuutumisel sügelishaigega või kaudsel teel. Sel juhul nakatub terve inimene esemete kaudu, mida haige on kasutanud (voodi- ja ihupesu, riided, käterätikud, kindad, pesemiskäsnad, mänguasjad jm.). Nakkust võib saada kassidelt, koertelt, hobustelt, veistelt ja teistelt koduloomadelt. Kui ei peeta kinni sanitaarnõuetest, võib nakatuda saunades, duširuumides, ühiselamutes.

Sügeliste lõimetusaeg on keskmiselt 7...10 päeva, mõnel juhul 1...1,5 kuud.

Sügeliste peamine tunnus on naha sügelemine, mis intensiivistub öösel. See on tingitud sügelislestade tungimisest marrasknaha pindmistesse kihtidesse. Sügelistele on iseloomulikud paarikaupa nahal paiknevad sõlmekesed ja villikesed, koorikud ja sügeliskäigud. Sügeliskäigud on sirgjoonelised, siksakilised või loogakujulised 1...10 mm pikkused hallikaspruunid joonekesed. Need paiknevad sõrmedevahelistes nahavoltides, randmeliigeste painutuspiindadel, küünarliigeste sirutuspiindadel, kehatüve ees- ja külgpindadel, tuharatel, vööpiirkonnas, reite sisepindadel; meestel välissuguelunditel, naistel rinnanibudel, lastel ka

peopesadel, jalataldadel ja näonahal. Üheaegselt eelnevaga täheldatakse kratsimisest tingitud marrastust ning pikemat aega sügelisi põdevatel ja ravimata haigetel tüsistusena nahamädanikku ja ekseemi. Laialdane sekundaarne nakkus ja ekseem maskeerivad sügeliste kliinilist pilti.

Viimasel ajal on sügeliste kulus iserärsusi, mis raskendavad diagnoosimist. Sügelistele iseloomulikud lööbeelemendid tüüpilistes piirkondades kas puuduvad või on lööve vähene, samuti võib sügelemine peaaegu või täielikult puududa. Taolisi atüüpilisi, latentseid haigusvorme on üha rohkem täheldama hakatud.

Latentse vormi puhul on haige nahal vähesel määral sõlmekesi ja villikesi, mis paiknevad sümmeetriliselt kehatüvel ja jäsemetel, ent iseloomulikud sügeliskäigud puuduvad. Küünarliigeste sirutuspindadel paiknevad mitmekihilised kuivad koorikud võivad olla ainukesed haiguse tunnused. Nahal võib leiduda tugevasti sügelevaid üksikuid sõlmekesi, mis jäävad püsima pärast sügeliste ravi ning põhjustavad haiguse retsidiive ja uusi haigusjuhte haigega kontaktis olnud isikuil (1, 3).

Kirjanduse andmeil esineb sügelisestade kandjaid analoogiliselt düsenteeria, tüüfuse jt. nakkushaiguste tekitajate kandjatega (2).

Sügelishaigete ravimisel tuleb kinni pidada järgmistest põhinõuetest: tuleb ravida kogu keha nahka, ravida üheaegselt kõiki perekonnaliikmeid ja teisi kontaktseid, sest nad võivad olla sügelisestade kandjad. Tuleb desinsekteerida ihu- ja voodipesu ning üle- ja voodiriideid.

Paljudest sügeliste ravi vahenditest peetakse tõhusamaks 33%-list väävli-salvi, lastel aga 10...15%-list salvi. Väävli-salvi hõõrutakse üle kogu keha nahasse (välja arvatud nägu), olene-mata lööbe ulatusest. Eriti hoolikalt tuleb salvi hõõruda nendesse piirkon-dadesse, kus esineb haiguse tunnuseid. Ravimit hõõrutakse kaks korda päevas viis päeva järjest, kuuendal päeval pestakse ihu ja vahetatakse pesu. Sa-

mal meetodil ravitakse Wilkinsoni sal-vinga. Kasutatakse ka bensoehappe ben-süülestrist valmistatud 20%-list vee-seebi emulsiooni (kuni 3 aasta vanustele lastele 10%-line), mille säili-vus on seitse päeva. Enne tarvitamist loksutatakse emulsiooni ja hõõru-takse vatt-tampooniga nahasse kaks korda järjest 10-minutilise vaheajaga, seejärel pannakse selga puhas pesu. Käsi on vaja emulsiooniga hõõruda iga kord pärast pesemist. Ravi kestab kaks-kolm päeva; kolm päeva pärast ravi lõppu pestakse ihu ja vahetatakse pesu (4, 5).

Sügeliste leviku ärahoidmiseks on esmase tähtsusega haigete õigeaegne väljaselgitamine ja ratsionaalne ravi ning kontaktsete hoolikas kontrollimine 1...1,5 kuu vältel. Sügelishaigega tihedas kontaktis olnud isikutele, kellel puuduvad haiguse tunnused, on vaja määrata profülaktilist sügelisravi (2).

Kõigi erialade meditsiinitöötajad peavad kontrollima haige naha seisun-dit ning vajaduse korral saatma haige dermatoloogi juurde konsultatsioonile.

Suur tähtsus sügeliste profülaktikas on isiklikul hügieenil ja sanitaarnõuete rangel täitmisel üldkasutatavates koh-tades, nagu saunades, duširuumides, spordisaalides, ühiselamutes j.m.

KIRJANDUS: 1. *Barthelmes, H., Barthel-mes, R. Dermatol. Monatsehr.* 1974, 160, 573—586.

2. *Гумаров В. Э. Вестн. дерматол.*, 1968, 5, 64—65. — 3. *Скрипкин Ю. К., Сомов Б. А., Бутов Ю. С., Хамаганова А. В. Вестн. дер-матол.*, 1970, 10, 43—47. — 4. *Смелов Н. С., Марзеева Г. И., Большакова Г. М., Дмит-риева И. Н., Случевская М. П., Омельчен-ко Т. И., Тарасова Е. Г., Божман Ф. А. В кн.: Методические материалы по диагностике, клинике, лечению и профилактике кожных и венерических заболеваний. М., 1974, 132—138. — 5. *Шижкин П. Н., Левков А. А. Вестн. дерматол.*, 1968, 8, 70—72.*

Vabariiklik Naha-  
ja Suguhaiguste Dispanser

## PAROTIIDIVIIRUS

KUULO KUTSAR · TALLINN

Parotiit kuulub ulatuslikult levinud viirushaiguste hulka, mille põdemise järel võivad tekkida rasked tüsistused.

**Viiruse omadused.** Parotiidiviirus kuulub paramüksoviiruste hulka, ta sisaldab RNA-d ning tal on kompleменти siduvat ja hemaglutineerivat antigeeni. Viirusesse toimivad hävitavalt ultraviolettkiired, formaliin, lüsool ja eeter. Antibiootikumid viirusesse ei toimi. Viiruse optimaalne paljunemistemperatuur on  $+36 \dots +37^\circ$ . Viirusi võib säilitada temperatuuril  $+4^\circ$  mõni päev, temperatuuril  $-20^\circ$  ja  $-50 \dots -70^\circ$  kestvamalt.

Katseloomadest on parotiidiviiruse suhtes vastuvõtlikud küülikud, kassid, koerad, hiired, rotid, hamstrid, merisead, ahvid jt. Viiruste isoleerimiseks nakatatakse kanaembrüoid ja koekultuure. Koekultuuridest on kasutatud HeLa-rakke ja ahvi neerukoe rakke. Kanaembrüotele adapteeritud viiruse tüved paljunevad hästi kana embrüonaalsete rakkude koekultuuridel. Nakatatud koekultuurides põhjustab parotiidiviirus tsütopaatilise efekti kujunemist, mis avaldub süntsüütiumi moodustumises või rakkude degeneratsioonis.

**Viiruse levik.** Parotiidiviirus kandub haigelt või kliiniliste haigusnähtudeta parotiiti põdevatelt inimestelt tervetele edasi piisknakkuse teel, harvem otsesel kontaktil haigetega või kokkupuutel saastunud esemetega. Organismi sattunud viirus paljuneb ülemiste hingamisteede limaskestal. Sealt tungib ta verre ning edasi satub süljenäärmetesse ja muudesse elunditesse. Viirus võib olla veres ka kliiniliste nähtudeta kulgeva nakkuse ning orhiidi ja meningiidi puhul, mil süljenäärmed pole suurenenud. Haige eritab viirusi ka uriiniga.

Parotiidi inkubatsiooniperiood on 18...21 päeva. Parotiidihaige nakkusohhtlikkus algab kuus päeva enne süljenäärmete suurenemist, juba haiguse

inkubatsiooniperioodis, ja kestab seejärel kuni üheksa päeva.

Diferentsiaaldiagnoosimise testiks, mis võimaldab eristada parotiiti süljenäärmete suurenemisest, mis on tekkinud muudel põhjustel, või mis võimaldab määrata parotiidi diagnoosi retrospektiivselt, on ensüümi amülaasi aktiivsuse määramine veres. Parotiidi puhul on vereseerumi amülaasi aktiivsus tõusnud esimesel haigusnädalal ning normaliseerub neljanda nädala lõpuks.

**Viiruse isoleerimine.** Parotiidiviiruse suhtes uuritakse haige inimese sülge, uriini ja seljaajuvedelikku. Immunoloogiliste nihete määramiseks võetakse haigel veenist verd haiguse algul ja 7...14 päeva pärast. Seerumit säilitatakse temperatuuril  $-10 \dots -15^\circ$ . Diagnoosimiseks kasutatakse komplemendi sidumise ja hemaglutinatsiooni pidurdamise reaktsiooni, organismi immuunsuse taseme määramisel neutralisatsioonireaktsiooni. Viiruse isoleerimiseks nakatatakse uuritava materjaliga kanaembrüot või HeLa-rakke ja ahvi neerukoe kultuure. Viiruse esialgseks väljaselgitamiseks tehakse hemadsorptsiooniproov kana või merisea erütrotsüütide 0,4%-lise suspensiooniga. Isoleeritud viirused identifitseeritakse hemadsorptsiooni pidurdamise või neutralisatsioonireaktsiooniga.

Immuunsuse kindlakstegemiseks parotiidi suhtes on kasutatud ka nahaproovi spetsiifilise parotiidi antigeeniga (inaktiveeritud parotiidiviirus), mis võimaldab selgitada, kas immuunsus haiguse suhtes on tekkinud ka küllalt sageli esineva, kuid kliiniliselt väljendumata jäänud nakkusprotsessi tagajärjel.

**Profülaktika.** 1974. aastast alates on Nõukogude Liidus parotiidi profülaktikaks kasutatud parotiidi atenueeritud elusvaktsiini, mis on valmistatud parotiidiviiruse tüvest Leningrad-3 leukoosi mittepõdevate lindude embrüote koekultuuridel. Parotiidi elusvaktsiin on areaktogeenne, vaktsineeritud lapsed ei levita viirusi ning nende kokkupuutel tervete vastuvõtlike lastega viimased ei haigestu.

Parotiidi elusvaktsiiniga immuni-seeritakse koolieelsetes lasteasutustes käivaid parotiiti mittepõdenud 3...7 aasta vanuseid lapsi ainult siis, kui meditsiinilisi vastunäidustusi ei ole. Kui täpsed andmed parotiidi põdemisest puuduvad, tuleb last vaktsineerida. Parotiidivaktsiini süstitakse ühel korral naha alla või nahasse õlavarrepiirkonda. Haigega kontaktis olnud, kuid veel mittepõdenud lapsi vaktsineeritakse kiires korras. Kui laps on juba nakatunud, pole haigestumine siiski täielikult välditud.

Kõik vaktsineerimisele kuuluvad lapsed peab lastearst eelnevalt läbi vaatama, et neil välja selgitada vastunäidustused. Vaktsineerimise perioodil ei ole lastele lubatud manustada tsütotoksilisi ega immunogeneesi pärssivaid ravimeid. Kui laps, kes parotiiti ei ole varem põdenud, võetakse lasteasutusse, on lubatud teda vaktsineerida alles siis, kui ta on uute tingimustega täielikult kohanenud, kuid mitte varem kui pärast ühe kuu möödumist.

*Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam*

## MIS PÕHJUSTAB TOIDUAINETE HELENDUMIST!

HARRI LÕIV · TALLINN

Mitmel korral on autori poole pööratud järelepärimistega helenduvate toiduainete kohta. Kas sellised toiduained on söögikõlblikud? Kas nad võiksid olla haiguse või mürgituse põhjustajaks? Millest on tingitud helendumine?

Mitmesuguste esemete ja elusolendite helendumist (bioluminesents) tuntakse väga ammu. Muistendites helenduvad puud, kändud, kivid, rõngasaared, lahesopid. Kes meist poleks näinud öösel helenduvat jaaniussi! Aristoteleselt pärinevad esimesed kirjalikud ülestähendused liha ja kala helendumise kohta. 18. sajandi keemikud

ja füüsikud täheldasid sageli vee helendumist. Tollal oletati, et helendumise põhjustajaiks on elusorganismid, alles sada aastat hiljem tehti kindlaks, et helendumist põhjustavad mikroorganismid.

Peeaaegu kõik vees elavad helendusbakterid (fotobakterid) on saprofüüdid, kes toituvad surnud loomadest või elavad sümbioosis kalade ja limustega. Väga harva on nende hulgas tõvestavaid liike, üksnes üksikud magevee vibrioonid võivad konnadel ja vähilistel tekitada haigusi. Kõikidest saprofüütsetest meremikroobidest on 10...50% helendusbakterid. Kõige tugevam on helendumine umbes 3%-lise NaCl-sisalduse korral ja vee temperatuuril 0...10° C (mõnel juhul kuni 35°). Mikrobioloogid ütlevad, et helendusbakterid on halofiilsed ja mesofiilsed mikroobid. Seetõttu jahedasse ja valgustamata hoiuruumi soolduma pandud räimed ning mõned teised merekalad helenduvadki.

Helendusbaktereid on tavaliselt 100...200 m, kuid isegi 2700 m sügavusel meres. Kõige enam leidub neid lahtede seisvas vees ja rannikuvees, kus on rohkesti orgaanilist ainet, mida mikroobid vajavad toiduks ja kinnitumiseks. See võimaldab bakteritel elada ka sümbiontidena kalades. Teatakse kaheksat kalade perekonda, kellel helendusbakterid asuvad teatavais elundis, mis meenutavad läätsega kaetud reflektorit. See prožektoritaoline elund on peas, silmade läheduses või keskkeha piirkonnas.

Bakterite kõrval on muidki helenduvaid elusolendeid, nagu mikroskoopilisi seeni, algloomi, vetikaid, limuseid, usse, putukaid, vähilisi jt. (üldse 46 mitmesugust organismi). Peale nende endi rakkude võivad helendumist põhjustada sümbiontsed bakterid.

Seega on helendumine organismide ainevahetuse tagajärg ning neile vajalik toidu või vastassugupoole ligimeelitamiseks jms. Järelikult ei ole soolduma pandud kalade või mõne teise toidu helendumises midagi ohtlikku.

*Eesti NSV Teaduste Akadeemia  
Eksperimentaalbioloogiainstituut*

# Kaadri ettevalmis- tamine

## ŠALVA GULORDAVA ARSTITEADUSE DOKTORIKS

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurgile, Eesti NSV teenelisele arstile Šalva Gulordavale anti Tartu Riiklikus Ülikoolis 1975. a. kätte arstiteaduse doktori diplom. NSV Liidu Kõrgema ja Keskerihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni otsusega 29. novembrist 1974 kinnitati talle arstiteaduse doktori kraad.

Š. Gulordava kaitses doktoriväitekirja «Eesti elanikkonna vältimatu kirurgilise abi areng ja täiustamine» 14. detsembril 1973. a. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu ees. Oponeerisid arstiteaduse doktorid pro-



fessorid N. Krakovski Moskvast, A. Rulli ja E. Tünder Tartust, kes andsid uurimusele hea hinnangu. Väitekirja koosneb ajaloolisest ja kliinilisest uurimisest. Autor oli vaatluse alla võtnud vältimatu kirurgilise abi arengu ja iseärasused Eesti NSV elanike hulgas ning meie silmapaistnud kirurgide saavutused. Ta analüüsis ka vältimatus kirurgilises abis esinevaid vigu ja nende põhjusi kõhuõõne elundite ägedate haiguste korral, täpsustas ravitaktikat ning tegi ettepanekuid ravi ja profülaktilise töö parandamiseks. Autor andis põhjaliku ülevaate arstiteaduse süsteemi arengust Eesti NSV-s.

Š. Gulordava on sündinud 16. septembril 1920. a. Gruusia NSV-s Zugdidi linnas agronoomi perekonnas. 1938. a. astus ta Tbilisi Riiklikku Meditsiini Instituuti, mille lõpetas 1942. a. Sama aasta septembris kutsuti ta arstina Nõukogude armeesse, Eesti Lasurkorpusesse. 1949. a. jaanuarikuust töötab ta Tallinnas. 1961. a. alates on ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg. 1962. a. kaitses ta arstiteaduse kandidaadi väitekirja kirurgia alal. Kõrgem kategooria kirurgia alal anti talle 1966. a. Š. Gulordava on avaldanud üle 120 teadustöö, nende hulgas neli monograafiat.

Ta on tegev ka ühiskondlikus töös: Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Teadusliku Meditsiininõukogu esimehe asetäitja, Vabariikliku Kirurgide Teadusliku Seltsi esimees, Üleliidulise Kirurgide Teadusliku Seltsi juhatuse liige jm. Š. Gulordavat on autasustatud Tööpunalipu ja Punatähe ordeniga, mitme medali ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

*Loona Kaar*

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega 18. juulist 1975. a. (protokoll nr. 28/58) kinnitati TRÜ Arstiteaduskonna Meditsiini Kesklaboratooriumi ajuvereringehaiguste sektori töötajale arstiteaduse kandidaat Matt Aleksandri p. **Mägile** vanemteadurikutse närvahaiguste alal.

*Irene Maaros*

# Sanitaarharidustöö

UDK 616.97:614:374.7

## SUGUHAIGUSTEVASTASE SANITAARHARIDUSTÖÖ MÕJUSUS JA ADRESSAADID

ELMAR RÕIGAS · TALLINN

Suguhaigustevastases sanitaarharidustöös tuleb tingimata silmas pidada suguhaiguste eripära, mis ei ole niivõrd meditsiinilist, kuivõrd juriidilist laadi. On ju teada, et üldreeglina on isiklik tervishoid igapäevase eraasi. Nii rikuivad paljud oma tervist mitmesuguste kahjulike harjumustega, eriti suitsetamise ja alkoholi arutu tarvitamisega. Ent selle eest neid vastutusele ei võeta, kui nad just kehtivate normidega (kriminaalkodeks, tuleohutus- ja liikluseeskirjad jne.) otseselt pahuks ei lähe. Tervislikke eluviise ühiskond üksnes propageerib, rakendamata sundi.

Hoopis teisiti on lood suguhaigustega. Siia sekkub seadusandlus. Suguhaige ei ole oma haiguse peremees, tema tahtest ei sõltu, kas ta läheb ravile või mitte. Tema ravi on kohustuslik, ta ei tohi ka oma kaaskodanikke nakatada. Pärast ravi lõppu peab ta ilmuma kontrolluurimistele tervistumise selgitamiseks. Seega — terve käskude ja keeldude koodeks. Selle koodeksi vastu eksijate suhtes võidakse vajaduse korral rakendada miilitsa- ning kohtuvõimu. Olgu teadmiseks, et ainuüksi haigestumise eest suguhaigusesse kedagi ei karistata.

Sanitaarharidustöö korras tuleb liiksaks suguhaiguste käsitlemisele meditsiinilisest aspektist selgitada elanikele

ka kõike eeltoodut, samuti seda, et suguhaiguste tõrjeks Nõukogude Liidus rakendatakse spetsiaalset dispanseerimise meetodit. Ravimine on muidugi kohustuslik ning tasuta, kuid peamised selle meetodi juures on epidemioloogilised ja profülaktilised üritused. Epidemioloogilistele uurimistele tuginebki väga ulatuslik töö, mille eesmärk on kõigi nende väljaselgitamine, kelle kaudu suguhaiged nakatusid või keda nad võisid ise nakatada. Profülaktika ülesanne on haigestumise vältimine, eelkõige aga teadmiste levitamine elanike hulgas.

Dispanseerne meetod koos spetsiaalse sanitaarharidustööga on end praktikas täiesti õigustanud, eriti sõja-aastate pärandi likvideerimisel. Märkimisväärset edu saavutati suhteliselt lühikesel ajajooksul kogu Nõukogude Liidus, sealhulgas ka Eesti NSV-s. Nii vähenes gonorröasse haigestumine meie vabariigis aastail 1946...1954 umbes kümnekordselt, süüfilise värsketete juhtude arv samal ajavahemikul aga koguni 143,3 korda (16). Koostati ametlikke plaane suguhaiguste jäägituks likvideerimiseks meie maal. Kahjuks ilmnes aga mõningatest hilisematest publikatsioonidest, et liigne optimism ei olnud siiski põhjendatud. Nii märkis A. Krivenkova (6), et suguhaigustesse haigestumise üldise vähenemise taustal täheldati mõnel pool elanikkonna üksikute kontingentide hulgas ning teatavate elukutsete järgi siiski ka mõningast tõusu. Näiteks Usbekistanis, sealhulgas ka Taškendis vähenes süüfilisesse haigestumine kuni 1965. aastani, 1966...1968. aastal ilmnes mitmesugustel põhjustel, eelkõige elanike migratsiooni tõttu maavärisemise tagajärjel, teatav tõus (15).

Tuleb nõustuda P. Zoriniga (4), kelle arvates võis suguhaiguste uus sagenemine olla tingitud veel sellest, et pärast haigestumise järsku langust järgnes teatav rahulolu saavutatuga ja suguhaigustevastane propaganda nõrgenes. Autor kinnitab, et elanike teadmised suguhaiguste alal on napid, eriti maal. Nii ilmnes 3500 terve (1500 töö-

lise, 500 pedagoogi, 500 sõjaväelase, 1000 X klassi õpilase) ning 300 suguhaige anonüümsete ankeetide andmeist (18), et küllaldane ettekujutus suguhaigustest ja nende profülaktikast oli ainult 30,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-l vastajaist.

Arvestades eeltoodut, on õigustatud paljude autorite (4, 6, 9) ja üleliiduliste (8, 11) ning piirkondlike (10, 14) veneroloogiaalaste pleenumite nõudmised muuta suguhaigustevastane sanitaarharidustöö tõhusamaks, eriti noorte hulgas. Õigus on ka neil, kes peavad vajalikuks ühendada suguhaiguste tõrje võitlusega alkoholi arutu tarvitamise vastu (3, 10). Näiteks oli meie vabariigis H. Vahteri (3) uurimiste põhjal 40,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> suguhaigetest nakatumise ajal ebakained.

Viimasel ajal räägitakse järjest rohkem seksuaalkasvatusest kui suguhaigustevastase propaganda orgaanilisest osast (6, 9, 10). Seegi järeldus tuleneb elust enesest ja tugineb faktidele. A. Mozgovi ja V. Sutškovi (7) andmeil oli 1961. a. kogu Nõukogude Liidus sünnitanute üldarvust alla 16 aasta vanuseid 0,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Muidugi tuleb silmas pida, et iga suguühe ei vii veel rasestumiseni. Veelgi enam, ka iga rasestumine ei jõua sünnituseni. Autorid märgivadki, et Leningradi tervishoiuosakonna andmeil tehti 1963. a. abortide üldarvust 0,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> alaealistel. Kui sünnituste ja abortide arvust langes noorukite arvele siiski ainult protsendi murdosa, ei saa kahjuks sedasama öelda suguhaiguste kohta. Ühes Leningradi naha- ja suguhaiguste dispanseris 1961. aastal registreeritud kõikidest gonorröajuhtudest moodustasid alla 18 aasta vanused 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (5). Intensiivse sanitaarharidustöö tulemusena langes see protsent 1962. a. 5,3-le ning siis 1963. a. 2,5-le. Muidugi jäävad ka need näitajad ideaalsest kaugele: kuni nad ei võrdu nulliga, peegeldavad nad ikkagi vajakajäämist noorte seksuaalkasvatuses ja viitavad vajadusele tõhustada suguhaigustevastast propagandat.

Kahjuks on seksuaalsfääri küsimusi puudutatavat sanitaarharidustööd siiani vähe tehtud. Juba nende delikaatsete

probleemide teaduslikuks analüüsimeks vajalikkude ning usaldatavat lähtematerjali on ilmselt raske saada. On teada, et aastail 1965...1968 nurjusid seda laadi ankeetküsitlused (19). Küsimustele jäeti vastamata, sest teiste hulgas pidasid neid ebasüüdsaks ning sobimatuks ka pedagoogid ja lastevanemad, kelle hoole alla kuuluvate laste tuleviku huvides küsitlus korraldati.

Kui seksuaalprobleemid tervikuna ongi tõepoolest väga komplitseeritud, siis esitavad veneroloogid suguhaiguste tõrje huvides vaid üheainsa nõude — vältida juhuslikke suguühteid! See ongi kogu suguhaiguste profülaktika tuum. Igaüks, kes kordki on kuulnud loengut suguhaigustest või lugenud vastavasisulist trükisõna, peaks olema piisavalt instrueeritud.

Kuidas on aga lugu eelkõige noorte informeeritusega suguhaigustest? I. Timšenko (13) andmeil oli 9...10-klassilise haridusega 420 noorest (156 poeg- ja 264 tütarlast 16...18 a. vanuses) veneroloogiaalast populaarteaduslikku kirjandust lugenud 28,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> ja samasisulisi vestlusi või loenguid kuulnud veelgi vähem — 15,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Teine ankeet (17) kinnitas, et 1000 õpilasest (430 poeg- ja 570 tütarlast 15...18 a. vanuses) oli ainult 7,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> saanud põhiteadmisi suguhaiguste kohta oma õpetajatelt, kasvatajatelt või vanematelt. Tõenäoliselt võib järeldada, et ka täiskasvanutel ei olnud küllaldaselt teadmisi sel alal. On selgunud, et pedagoogide informeeritus suguhaigustest võib olla tõepoolest puudulik, sest 500 küsitletu vastustest rahuldab vaid 30,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Ligikaudu samasugune oli ka lastevanemate põhikontingendi — tööliste — teadmiste tase, ulatudes 1500 ankeedi andmeil 31,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ni (18).

Kuigi eeltoodust järeldub suguhaigustealaste teadmiste senisest tunduvalt laialdasema levitamise vajadus, tuleb arvestada veel üht mõtlemapanevat tõsiasja. Nimelt on ilmnenud mingi ebakõla suguhaigustevastase sanitaarharidustöö pakkumise ja nõudmise vahel. Nii mainib T. Raudsepp

(2), et meedikute loengutel ei ole alati küllaldaselt kuulajaid. Võib-olla on televisiooniajastul tõepoolest raske inimesi kodudest loengule saada? Sel juhul võiks aidata televisioon ise või teised informatsiooniallikad, nagu ajakirjandus, kino, raadio.

Vahel jääb mulje, et viimati mainitud võimalusi mingitel kaalutlustel isegi välditakse. On see põhjendatud? Kas suguhaigus on siis nii suur pahe, et sellest ei kõlba rääkida või on see niivõrd tähtsusetu, et sellega seotud küsimusi ei maksagi laiemalt arutada? Alaealiste kuritegevusega seotud probleeme on peetud siiski vajalikuks avalikult arutada ja lahata, seda ka teleekraani vahendusel.

Paratamatult kerkib küsimus: kui suur on suguhaigustevastase propaganda kasutegur üldse? Võib-olla ei aitagi eriteadmised oluliselt kaasa suguhaiguste tõrjele. Niisuguseks kahtluseks annab põhjust jällegi otsene faktiline materjal. Statistiliste andmete kõrvutamisel nähtub, et nii tervete (13, 18) kui ka suguhaigustesse nakatunute seas (18) oli küllaldasi teadmisi suguhaigustest umbes 30%<sup>0</sup>-l, mõnel juhul viimaste hulgas (12) isegi kuni 39%<sup>0</sup>-l. Selliste andmete põhjal ei tohiks nagu olla vastuväiteid järeldusele, mille põhjal suguhaigused väravad oma ohvreid sõltumata viimaste veneroloogiaalastest teadmistest! Lisaks muule on ju teada, et suguhaigustesse on vahel haigestunud ka arstid, arstiteaduse üliõpilased ja keskastme meditsiinipersonal. Kompetentsemat kontingenti selles küsimuses ei saa elanike hulgas ollagi! Sellest kõigest tuleb järeldada, et ainult teadmised üksi ei kaitse suguhaiguste eest.

Erialaste teadmiste suhteliselt kerge kaalu isiklikus tervishoius võib kogeda ka mitmel muul alal. Sobivaks näiteks võiks olla jällegi suitsetamine. Nii oli J. Raudsepa (1) poolt uuritud Eesti NSV raviasutuste kollektiivides suitsetavaid arste küllalt palju, nende arv ulatus kuni 68%<sup>0</sup>-ni. Kas seega tuleks tunnistada tervishoiualaste teadmiste tulutust isiklikus tervishoius?

Siiski, teatakse ka teiselaadilisi fakte. Näiteks on Inglismaa arstid hakanud viimasel ajal suitsetamisest loobuma. Ilmselt võeti lõpuks õppust teadmistest, et suitsetajail on kopsuvähki 30...40 korda sagedamini kui mittersuitsetajail (1). Seega alles kuskil õige kõrgel informeerituse astmel sai professionaalsetest teadmistest ka isiklikku tervishoidu ja harjumusi mõjutav teadlikkus ja veendumus.

Küllap kehtib see põhitõena sanitaarharidustöös üldse, ka suguhaigustevastases töös. Nähtavasti tuleb teadmiste taset tõsta korduvalt, alles siis hakatakse neid teadlikult rakendada isiklikus tervishoius. Arvestades suguhaigustealaste teadmiste praegust suhtelist madalseisu (12, 13, 18), tuleb sanitaarharidustööd selles valdkonnas veel palju teha. Ei ole reaalne arvata, et selgitav sõna, olgu suuline või kirjalik, jõuaks kiiresti kogu elanikkonnani ja muutuks käitumist suunavaks tõekspidamiseks.

On aga olemas kontingent, kes on täpselt määratletud ja selgitustööga täielikult hõlmatav.

See kontingent on arvele ja ravile võetud suguhaiged. Nendega peaks suguhaigustevastane sanitaarharidustöö küllaldase järjekindluse ja kannatlikkuse korral olema kõige perspektiivsem, seda just ühiskondliku profülaktika põhieesmärgi — haigestumise üldise vähendamise — seisukohalt. Miks? On ju teada, et omal algatusel pöörduvad raviasutustesse vaid osa suguhaiged. H. Vahteri (3) poolt Eesti NSV-s tehtud uurimise andmeil tegelikult ainult iga teine, täpsemalt 53,2%<sup>0</sup> arvelevõetuist. Ülejäänud selgitatakse välja eelkõige haige enese antud andmete põhjal. Iga haige järel seisab terve nakkusahel, sageli veel mitme kõrvalharuga. On selge, et andmete 100%<sup>0</sup>-lise laekumise korral kulgeks suguhaiguste likvideerimine ladusamalt. Kahjuks on alati haigeid, kes püüavad mitmesugustel kaalutlustel oma partnereid varjata. Iga avastamata nakkusallikas võib põhjustada uue nakatumise. Teejuhiks selliste nakkuskollete avasta-

misel saavad olla üksnes arvele ja ravile võetud haiged. Nad peavad aru saama, et partnerite varjamine on haiguse leviku soodustamine, iga nakkusallika avastamine on aga samm suguhaiguste likvideerimise poole.

Nakkusahelate väljaselgitamisel tuleb aga tingimata silmas pidada, et raviasutus peab hoidma haigetelt sugulise vahekorra kohta laekunud informatsiooni täielikus saladuses.

Ei ole kahtlust, et dispanseerse meetodi, sealhulgas intensiivse sanitaarharidustöö kompleksel ja järjekindlal rakendamisel on väljavaated suguhaiguste likvideerimiseks täiesti reaalsed. Selle väite tõepärasust kinnitab see, et Eesti NSV-s oli 1960-ndail aastail periood, mil ei registreeritud ühtki värske süüfilise juhtu.

**KIRJANDUS:** 1. *Raudsepp, J.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 17, 2, 155—158. — 2. *Raudsepp, T.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1975, 18, 6, 523—525.

3. *Вахтер Х. Т.* Вестн. дерматол., 1975, 11, 91—92. — 4. *Зорин П. М.* Фельдш. и акуш., 1973, 1, 36—39. — 5. *Качковский М. А., Эльгард Э. М.* Вестн. дерматол., 1965, 12, 50—51. — 6. *Кривенкова А. К.* Фельдш. и акуш., 1972, 1, 50—53. — 7. *Мозгов А. А., Сучков В. Б.* В сб.: В помощь санпросветработнику. М., 1971, 7—20. — 8. *Мордовцев В. Н.* Вестн. дерматол., 1975, 5, 89—91. — 9. *Мыскин В. С., Гугулан Л. И.* Фельдш. и акуш., 1974, 2, 43—45. — 10. *Скрипкин Ю. К., Романенко Г. Ф., Шарапова Г. Я., Кулагин В. И.* Вестн. дерматол., 1975, 2, 86—89. — 11. *Случевская М. П., Романенко Г. Ф.* Вестн. дерматол., 1976, 1, 87—89. — 12. *Студницин А. А., Резников Е. К.* Венерические болезни и их предупреждение. М., 1974. — 13. *Тимченко И. Н.* Научные труды Рязанск. мед. ин-та им. акад. И. П. Павлова. Том 42. Вопросы дерматологии и венерологии. Рязань, 1972, 115—117. — 14. *Тимченко И. Н., Тимченко Р. Г.* Вестн. дерматол., 1975, 2, 89. — 15. *Турсунов Н. Т., Голосовкер А. М., Тареева В. Я.* Вестн. дерматол., 1974, 4, 62—63. — 16. *Узэтоа Р.* Вестн. дерматол., 1972, 12, 32—33. — 17. *Чернооккий Г. П.* Здравooхр. Белоруссии, 1974, 11, 51—53. — 18. *Чернооккий Г. П.* Вестн. дерматол., 1975, 11, 52—53. — 19. *Шибалева А. Н.* В сб.: Труды центрального н.-и. ин-та санитарного просвещения. М., 1973, 202—204.

*Vabariikliku Dermatoveneroloogide  
Teadusliku Seltsi Tallinna  
seksioon*

# Arsti- teaduse ajaloost

UDK 616.089(092)(474.2)Burdenko

## N. BURDENKO TEGEVUS TARTU PERIOODIL

VIKTOR KALNIN . TARTU

Tänavu 3. juunil<sup>1</sup> täitus 100 aastat silmapaistva nõukogude kirurgi, NSV Liidu Teaduste Akadeemia tegevliikme, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia esimese presidendi ja Nõukogude armee peakirurgi Nikolai Nilovitš Burdenko sünnist (1876...1946). Ta on nõukogude arstiteaduse ajalukku läinud neurokirurgia rajajana ja välikirurgia organiseerijana. Palju aastaid tema elust on seotud Tartu ülikooliga (1901...1918).

Pärast Penza vaimuliku seminari lõpetamist astus N. Burdenko 1897. aastal Tomski ülikooli arstiteaduskonda. Seal võttis ta innukalt osa revolutsioonilisest üliõpilasliikumisest, mille eest ta 1899. a. ülikoolist välja heideti. Tomski ühiskonnategelase doktor V. Girusski (endise Tartu üliõpilase) ettepanekul siirdus N. Burdenko jätkama õpinguid Tartu ülikoolis (2).

Ta immatrikuleeriti arstiteaduskonna üliõpilaseks 11. oktoobril 1901 (VII semestril)<sup>2</sup>. Olles materiaalsetes raskustes, palus N. Burdenko 1902. a. end õppemaksust vabastada, palve aga lükati tagasi<sup>3</sup>. N. Burdenko sõitis Hersoni kubermangu osa võtma epideemia vastu võitlemisest. Seal siirdus ta Krivoi

<sup>1</sup> Kõik daatumid on toodud uue kalendri järgi.

<sup>2</sup> ENSV RAKA, f. 402, nim. 1, s.-ü. 3528, 1. 3.

<sup>3</sup> Seals., s.-ü. 3529, 1. 4.



Foto 1. N. Burdenko üliõpilasena Tartus 1901. aastal.

Rogi, kus tal esmakordselt avanes võimalus töötada kirurgina (1). Pärast poolteiseaastast eemalviibimist pöördus N. Burdenko Tartusse tagasi. W. Zoege von Manteuffel tegi talle ülesandeks demonstreerida auditooriumi ees haigeid. Sellega tuli N. Burdenko suurepäraselt toime ning professor võttis ta 1903. a. detsembris enda juurde hospitaalkirurgiakliinikusse (asus Tartu Linnahaiglas Kalamehe t. 13) tööle assistendi abina (3). N. Burdenko pühendus tööle kliinikus, seal ta isegi õõbis. Kliinikus oli rikkalik raamatukogu. Sügavat mõju avaldas N. Burdenkole N. Pirogovi kirjanduslik pärand. Hiljem on ta kirjutanud: «Elades ja saades hariduse linnas, kus töötas Pirogov, ei võinud ma jääda ükskõikseks selle vene teaduse uhkuse vastu». Tal tekkis soov N. Pirogovi mingil määral matkida (1).

N. Burdenko huvide ringi see ei ahendanud. Ta liitus demokraatlikult meelestatud üliõpilasringiga. Oma esinemiste otsekohesuse ja asjalikkusega võitis ta peatselt populaarsuse ning 1904. a. algul valiti ta 1903. a. asutatud «Üliõpilaste-meedikute Seltsi» juhatus-

se, peatselt ka esimeheks. Seltsi koosolekutel esines N. Burdenko ka teaduslike ettekannetega.<sup>4</sup> Mainitud selts kõrvuti «Vene Üliõpilaste Seltsiga» võttis eriti aktiivselt osa revolutsioonilisest agitatsioonist 1905. aastal. Sama aasta oktoobris toimus seltsi ruumides Lai t. 1 VSDTP Tartu grupi koosolek; peamiselt tegeles selts relvade kokkukostu ja säilitamisega. 15. detsembril toimus aulas üliõpilaste üldkoosolek, mille resolutsioonis tauniti korporantide ja mitmete professorite osavõttu kontrrevolutsioonilisest väljaastumisest Raekoja väljakul (11). Koosolekust võttis osa ka N. Burdenko. Ta valiti asja uurimiseks moodustatud üliõpilaskomisjoni.<sup>5</sup>

Vene-Jaapani sõja algul 1904. aastal komplekteeris W. Zoege v. Manteuffel sanitaarsalga rindele saatmiseks. Sellesse astus vabatahtlikult arsti abilisena ka N. Burdenko. Lahingutes Mandžuurias sidus ta haavatuid eesliinil ning kandis neid sealt välja. Käest haavatuna ei jätnud ta ennastalgavat tööd, mille eest teda autasustati Georgi ristiga (3). Sõja ajal sai N. Burdenko peapõrutuse, sellest jäigi kestev haigusprotsess kõrvapiirkonda. Just siin, lahinguväljal, tekkis N. Burdenkol huvi välikirurgia, samuti neurokirurgia vastu (1).

Naasnud 1904. a. detsembris Tartusse, süvenes N. Burdenko õppetöösse ning hakkas valmistuma riieksamiteks. Kuid majanduslik kitsikus sundis teda järgmise aasta veebruarist augustini töötama Riia linna haigla kirurgiaosakonnas.<sup>6</sup> Seejärel töötas ta detsembrini Tartus J. Faure'i kliinikus W. Zoege v. Manteuffelile kuulunud kirurgiaosakonnas, mis asus Vallikraavi t. 10, kus praegu on onkoloogiadiisperser. Vallikraavi tänavasse (seda maja pole säilinud) asus ta elama W. Zoege v. Manteuffeli juurde. Ülikooli valitsuse otsuse alusel 14. detsembrist 1905 lubati üliõpilasel N. Burdenkol täita teise ülemääralise assistendi kohuseid teadus-

<sup>4</sup> Seals., nim. 7, s.-ü. 46 8, 1. 18—20.

<sup>5</sup> Seals., f. 404, nim. 1, s.-ü. 4022, 1, 95—96.

<sup>6</sup> Seals., f. 402, nim. 3, s.-ü. 221, 1. 4.

konnakirurgia kliinikus Toomel, mille juhatajaks oli äsja saanud W. Zoege v. Manteuffel (3).

1906. a. kevadsemestril sooritas N. Burdenko edukalt riigieksamid arstinimetuse saamiseks ning sai diplomi kiitusega.<sup>7</sup> Seejärel töötas ta episoodiliselt Tartu, Riia ja Penza haiglates. 1908. a. jaanuaris määras Tartu ülikooli valitsus N. Burdenko taas teaduskonnakirurgia kliiniku teiseks ülemääraliseks assistendiks, 1909. a. veebruaris aga viis üle esimese assistendi ametikohale (1).

Pärast ülikooli lõpetamist hakkas N. Burdenko innukalt tegelema teadustööga. Ta valiti Loodusuurijate Seltsi liikmeks (1906. a.), milles järgmisel aastal esines esimese teadusliku ettekandega «Värativeenioperatsioonide füsioloogiline hinnang». 1907. aastal ilmus trükitist tema esimene teadustöö «Kusepõie intraperitoneaalse ruptuuri juht» (4). 1908. a. oli N. Burdenko Tartu ülikooli juures Pirogovi-nimelise Arstiteadusliku Seltsi asutajaliige, mille esimesel istungil ta esitas ettekande «N. I. Pirogovist ajaloolisest vaatevinklist» (9).

Samal ajal (1907...1909) töötas N. Burdenko doktoriväitekirja «Värativeeni ligeerimise tulemused» kallal. Tal tuli läbi uurida palju kirjandust, töötada laipade ja katseloomadega, omandada füsioloogiliste eksperimentide meetodika ja histoloogiline tehnika. Töö käigus suhtles ta korduvalt I. Pavloviga, kes tema valiku heaks kiitis ning N. Burdenko enda juurde laboratooriumi päriks tööle kutsus. Seal omandas N. Burdenko Ekk-Pavlovi fistuli asetamise meetodi. Mõnda aega viibis ta ka Helsingis füsioloog Tiegerstedti juures, oma katsed sooritas ta aga Tartus patoanatom V. Afanasjevi ja füsioloog V. Kurtšinski instituudis. Tema tegelikuks patrooniks nii praktilises kui ka teadustöös oli siiski W. Zoege v. Manteuffel (5).

Arstiteaduse doktori eksamid sooritas N. Burdenko 1908. aastal. Nn. kausaarse teedena esitas ta sel puhul kirur-

gia alalt «Maovähi kirurgiline ravi» ning teraapia alalt «Mao ümarhaavand ja selle ravi»<sup>8</sup>. Väitekirja retsensentideks olid professorid V. Afanasjev, W. Zoege v. Manteuffel ja K. Dehio. Kaitsmine, mis leidis aset 20. märtsil 1909 ülikooli aulas, läks hiilgavalt. N. Burdenkole anti arstiteaduse doktori kraad.<sup>9</sup>

Et välismaale sõiduks raha teenida, töötas N. Burdenko suvel Siberi raudtee ehitusel kirurgina-konsultandina. 1909. a. augustis saigi ta Tartu ülikoolilt aastase komanderingu Saksamaale ja Šveitsi.<sup>10</sup> Ta tutvus A. Bieri, O. Hildebranti, F. Krause jt. kliinikute tööga, töötas K. Monakowi instituudis. N. Burdenko tutvus seal äsja evitatud spinaalanesteesiaga, neurokirurgiliste operatsioonidega, luutuberkuloosi uute raviviisidega, neurohistoloogiaga jm. Ta hindas seda kui oma «professorite-instituuti» (1).

1909. a. oktoobris esitas N. Burdenko palve, taotlemaks luba pidada loenguid teaduskonnakirurgia eradotsendina. Tema tööde hindamiseks määrati komisjon, kuhu kuulusid professorid W. Zoege v. Manteuffel, M. Rostovtsev ja V. Afanasjev.<sup>11</sup> Lisaks eespool mainitud kahele trükitööle oli N. Burdenko saatnud kolm tööd: üks käsitles lihtsusstatud ambulatoorset sidet sääreloomurru puhul, teine maksa osatähtsuse uurimise meetodikat süsivesikute ainevahetuses, kolmas maksaarteri ligeerimist maksa samaaegse ja eelneva vaskuleerimisega rasviku abil. Et M. Rostovtsev ei esitanud ligi nelja kuu vältel N. Burdenko tööde retsensiooni, asendas arstiteaduskond tema professor S. Mihnoviga.<sup>12</sup> Teaduskonnakomisjoni otsus kuulati 18. juunil 1910. W. Zoege v. Manteuffel hindas peale N. Burdenko oskuse orienteeruda kirjanduses ja tema osava tehnika veel tähtsat asjaolu, et N. Burdenkol on kindel teaduslik suund ja ta läheb valitud alal edasi. Erakordne

<sup>8</sup> Seals., 1. 18—19, 28—29, 34.

<sup>9</sup> Seals., 1. 35—38.

<sup>10</sup> Seals., nim. 9, s.-ü. 391, 1. 192.

<sup>11</sup> Seals., nim. 3 s.-ü. 211, 1. 1.

<sup>12</sup> Seals., nim. 9, s.-ü. 391, 1. 260—261 p.

<sup>7</sup> Seals., nim. 1, s.-ü. 3529, 1. 12—16.

hoolsus ja võime oma ainesse süveneda andvat talle akadeemiliseks tegevuseks parimad eeldused. Selle arvamusega ühines V. Afanasjev, kes väitis, et N. Burdenko annab hiilgavaid lootusi ning temast saab silmapaistev eksperimentaator ja kirurg. Nende arvamuslega ühines ka S. Mihnov, kes lisas, et N. Burdenko on juba praegu kogunud klinitsist ja opereerija.<sup>13</sup> Pärast seda esitas oma retsensiooni M. Rostovtsev. Ta heitis N. Burdenkole ette puudusi kirjanduse ülevaates, vähest ettevalmistust operatsioonitehnikas ja mõnede küsimuste pealiskaudset tundmist, lubamatut doktoraalset tooni, kõrki suhtumist lugejasse jm. Seda kriitikat peeti äärmiselt karmiks ja ühekülgses. W. Zoega v. Manteuffel, vastupidi, aga konstateeris, et nii võimekat kirurgi-eksperimentaatorit kui N. Burdenko pole tal siiani olnud. Hääletamisel sai N. Burdenko poolt 13 ja vastu ühe hääle.<sup>14</sup> Arstiteaduskond koostas ja avaldas trükis eriprotokolli (10).

29. oktoobril 1910 pidas N. Burdenko eradotsendina ülikooli aulas avaloengu teemal «Plastilise kirurgia ülesanded, areng ja põhjendus».<sup>15</sup>

Vahepeal oli kirurgiadiisipliinide õpetamise kujunenud mõneti kummaline olukord, mis osalt selgitab N. Burdenko tööde diametraalseid hinnanguid. M. Rostovtsevile, kes 1904. a. konkursi korras oli valitud operatiivkirurgia, desmurgia ja topograafilise anatoomia kateedri erakorraliseks professoriks, tegi arstiteaduskond ülesandeks juhtida ka hospitaalkirurgiakliinikut ning õpetada hospitaal- ja üldkirurgiat seoses W. Zoega v. Manteuffeli viibimisega sõjatandril ning 1905. a. tema ülemineku teaduskonnakirurgia kateedrisse. Operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja desmurgia, osalt ka üldkirurgia loenguid pidas õppeülesande korras eradotsent I. Georgijevski.

Selline olukord kestis 1910. aastani. M. Rostovtsev jätkas operatiivkirurgia

praktikumide juhendamist, kuigi oli 1908. a. detsembrist alates ametlikult määratud hospitaalkirurgia kateedrisse. 20. septembril 1909 otsustas arstiteaduskond taotleja vakantse operatiivkirurgia professuuri täitmist konkursi korras.<sup>16</sup> Haridusminister pidas õppetöö huvides soovitamaks täita koht kateedris lähtudes arstiteaduskonna liikmete soovist.<sup>17</sup> Juba 1910. a. jaanuaris soovisid sellele kohale konkureerida peale N. Burdenko Peterburi Naiste Meditsiiniinstituudi eradotsent A. Arapov, Tartu ülikooli eradotsent I. Georgijevski ja Tartu ülikooli kasvandik arstiteaduse doktor A. Martõnov. Neid soovitasid Tartu ülikooli professorid W. Zoega v. Manteuffel, D. Lavrov, A. Kurtšinski ja V. Tšiz.<sup>18</sup>

Pretendentide tööde hindamiseks moodustatud komisjon (esimees W. Zoega v. Manteuffel, M. Rostovtsev, S. Mihnov ja D. Lavrov)<sup>19</sup> töötas üle 7 kuu, ning ilmselt komisjoniliikmete vahel juba valitsenud ebakõla tõttu ei suutnud läbi vaadata kõigi kandidaatide kõiki töid. Teaduskond kuulus komisjoni otsuse ära 2. detsembril 1910, kusjuures selgus, et M. Rostovtsev oli A. Arapovi ja N. Burdenko tööd teisel arvamusel kui ülejäänud komisjoniliikmed. Ta pidas kõige sobivamaks operatiivkirurgia professoriks I. Georgijevskit. Valimiste päevaks määrati 8. detsember. Valituks osutus N. Burdenko, kes sai poolt 15 ja vastu vaid ühe hääle.<sup>20</sup> Haridusministeeriumi liinis määrati N. Burdenko operatiivkirurgia kateedri erakorraliseks professoriks käskkirja alusel 22. jaanuarist 1911.<sup>21</sup> Sel ajal asus ta elama Veski tänavasse, praegu Burdenko t. 45.

N. Burdenko asus kohe temale oma se energiaga parandama õppetöö korraldust. 1910/11. õppeaasta jõuluvaheajal ja 1912. a. suvel käis ta tutvumas teiste Venemaa ülikoolide operatiivki-

<sup>16</sup> Seals., nim., 9, s.-ü. 391 202.

<sup>17</sup> Seals., 1, 205.

<sup>18</sup> Seals., 1, 210—216.

<sup>19</sup> Seals., 1, 230.

<sup>20</sup> Seals., 1, 279—280 p. 292—293.

<sup>21</sup> Seals., nim. 3, s.-ü. 211, 1. 39.

<sup>13</sup> Seals., 1, 234.

<sup>14</sup> Seals., 241, 258—261.

<sup>15</sup> Seals., nim., 3, s.-ü. 211, 1. 11.



Foto 2. N. Burdenko professorina Tartus (foto avaldatakse esmakordselt).

rurgia kateedrite tööga. Tema taotlusel laiendati operatiivkirurgia kateedri ruume: kateeder sai juurdeehituse, puust maja vana anatoomikumi Vallikraavi tänava poolsel küljel.<sup>22</sup> 1913. a. esitas ta Pirogovi-nimelises Seltsis ettekande «Topograafilise anatoomia õpetamise meetodikast». 12. märtsil 1914 saabus luba, mille alusel võis VI semestri lõpus III kursuse üliõpilastele korraldada topograafilise anatoomia kollokviume. See ettevõtmine sai alguse teiste Venemaa ülikoolide eeskujul. Tema arvates pidi kollokviumist kasu olema IV ja V kursuse üliõpilaste kliinilistel praktikumidel.<sup>23</sup> Samal ajal taotles ta operatiivkirurgia kateedri röntgenikabineti saamise luba. See lubati küll rajada, kuid oma ja anatoomia kateedri vahendite arvel, elektrit võis kasutada naistekliinikust kokkuleppel selle direktoriga.<sup>24</sup>

1914. aasta aprillis esitas N. Burdenko arstiteaduskonnale pikema kirja, milles taotles operatiivkirurgia kateedri vajaduste rahuldamist kõrgemates ins-

tantsides. Teiste arstiteaduskonna kateedritega võrreldes kuulusid kateedrile kõige väiksemad ruumid. Ta paiknes vana anatoomikumi kitsas osas puust juurdeehitises, mille üldpindala oli 39 ruutsülda<sup>25</sup> ja mis oli jaotatud kolmeks toaks. Neljas tuba, professori kabinet (2 ruutsülda), oli kinni raamatukogu ja termostaadi all. Kateedri ruumidest käis läbi 300 üliõpilast (III ja IV kursus). Õppetöö toimus iga päev ning õppejõud olid oma töölauad sunnitud paigutama eestuppa, mille uks avaneks külma koridori. N. Burdenko tõi võrdluseks teiste ülikoolide operatiivkirurgia kateedrite ruumide loetelu, mis nii struktuurilt kui ka arvult Tartu ülikooli ruumid märksa ületasid. Ühtlasi palus ta suurendada koosseisulist summat.<sup>26</sup> Järgmisel kuul esitas N. Burdenko operatiivkirurgia kateedri ruumide projekti (üldpindala 222 ruutsülda). Ta pidas vajalikuks järgmisi ruume: 1) auditoorium; 2) preparaerimissaal üliõpilaste praktilisteks töödeks 60 rs. (12×5 s.) kahepoolse valgusega, ülaosas võiks korraldada galerii instrumentide jaoks; 3) muuseum 12...20 rs.; 4) raamatukogu 9 rs.; 5) preparaerimissaali juures asuv tuba 5 rs. (tabelite, mikroskoopide, skemaatiliste materjalide jaoks); 6) fotograferimisruum 3 rs.; 7) röntgenikabinet 5 rs.; 8) kaks laipade ettevalmistamise ruumi à 7 rs.; 9) professori, prosektori ja assistentide kabinetid à 12 rs.; 10) õppepersonali tööruum 18 rs.; 11) eraarstide, doktorantide ja assistentide töötuba à 8 rs.; 12) kolm tuba, kus demonstreeritakse vivisektsioone à 6 rs.; 13) kelder ja eraldi jääkelder; 14) materjaliruum; 15) laoruum; 16) vivarium kuni 30 rs.<sup>27</sup> Arstiteaduskonna erikomisjon otsustas rajada kõigepealt hoone nn. Väike-Toomele histoloogia, hügieeni ja farmakoloogia kateedrite jaoks. Osa vabanenud ruume vanas anatoomikumis oleks sel juhul saanud operatiivkirurgia kateeder.<sup>28</sup>

<sup>25</sup> Süld=2,134 m.

<sup>26</sup> ENSV RAKA, f. 402, nim. 9, s.-ü. 1. 29.

<sup>27</sup> Seals., 1. 43.

<sup>28</sup> Seals., 1. 45.

<sup>22</sup> Seals., nim. 9, s.-ü. 391, 1. 299—300.

<sup>23</sup> Seals., 1. 316—317.

<sup>24</sup> Seals., 1. 315.

N. Burdenkol on tulnud loenguid pidada ka teaduskonnakirurgias, näiteks 1911. a. sügisel haigestunud W. Zoege v. Manteuffeli asemel ja 1912. a. kevadel tema välismaareisi ajal.<sup>29</sup> N. Burdenko viibis ise igal aastal komandeeringus, 1913. a. juulist 1914. a. jaanuarini oli ta välismaal, õppetöö oli sel ajal üle antud eradotsent I. Georgijevskile.<sup>30</sup>

Esimese maailmasõja puhkemisel avaldas N. Burdenko soovi minna tegevarmeesse kirurgiks. Tema soov rahuldati. Õppetöö korraldus tehti taas ülesandeks I. Georgijevskile.<sup>31</sup> N. Burdenko määrati Looderinde Punase Risti meditsiiniteenistuse juhataja W. Zoege v. Manteuffeli abiks. Kuid puhtkantseleitöö teda ei rahuldanud. Peatselt töötas ta armee kirurgina-konsultandina Vilniuses, Kaunases, Varssavis, Lodzis, Riias jm. Ta tegi suurt organisatsioonilist tööd haavatu-tele arstiabi andmisel. 1916. a. novembris, pärast sakslaste gaasirünnakut 1916. a. septembris Riia all, pidas ta Riia arstide nõupidamisel loengu gaasimürgitustest. 1917. a. jaanuaris valiti ta kavas olnud sõjaväearstide kongressi organiseerimisbüroo esimeheks (1, 3). 14. veebruaril määrati N. Burdenko Punase Risti Põhja piirkonna 600-kohalise laatsareti peaarstiks, mis avati Tartus Maarjamõisas.<sup>32</sup> Saabunud Tartusse, teatas ta arstiteaduskonnale, et on valmis kevadsemestril üliõpilastega õppetööd jätkama. Kuid pärast Veebruarirevolutsiooni määrati N. Burdenko sõjaväe peasanitaarinspektori kohuse-täitjaks<sup>33</sup>, samuti Punase Risti Peavalitsuse liikmeks. Sel ametikohal oli ta Petrogradis 9. juunini 1917. Seejärel läks ta tegevarmeesse, töötas Riias kirurgina-konsultandina ning haavatu-tele vastuvõtu ja evakueerimise punkti peaarstina. Sõidu ajal rindele sai ta teise peapõrutuse, mille tagajärjel

1937. a. kaotas lõplikult kuulmise (1, 3).

Esimene maailmasõda tegi N. Burdenkost silmapaistva kirurgi. Tartu perioodil esines N. Burdenko 30 teadusliku ettekandega, nimelt Pirogovinimelises Arstiteaduslikus Seltsis ja Loodusuurijate Seltsis Tartu ülikooli juures, vene kirurgide kongressidel, sõjaväearstide koosolekutel, Punase Risti Peavalitsuses ja Saki mudaravila teaduslikus meditsiininõukogus (Krimmis), mille juhatajaks ta oli. Viimases alustas ta 1911. a. suvel tööd kirurgiaosakonna ja mehhanoteraapiakabineti juhatajana ning töötas seal edaspidi igal suvel kuni sõja puhkemiseni (1). Tartu perioodil avaldas N. Burdenko trükis 33 uurimust, mis käsitlevad peamiselt maksa-, pankrease- ja mao-füsioloogia kliinilis-eksperimentaalseid küsimusi, mao- ja soolekirurgiat, balneoloogiat seoses luutuberkuloosi ja liigeste haigustega, välikirurgiat ning sõjaväemeditsiini organisatsiooni. Neurokirurgia alalt on üks töö (8). Peale selle ilmusid tema osavõtul 1917. a. Tartus kaks kogumikku «Materjale välisanitaaria ja -kirurgia küsimuste kohta» (6).

Juba 1917. a. mais arutas arstiteaduskond N. Burdenko valimist vakantsseks jäänud teaduskonnakirurgia professori ametikohale. See sai teoks N. Burdenko naasmisel Tartusse. Tartu ülikooli nõukogu valis ta 23. detsembril 1917<sup>34</sup> teaduskonnakirurgia kateedri korraliseks professoriks, kuid sellel kohal sai ta töötada lühikest aega, sest peatselt okupeerisid sakslased linna. Kuigi Saksa armee juhtkond pakkus N. Burdenkole taas kateedrit ning W. Zoege v. Manteuffel igati veenis endist õpilast nõustuma, lahkus N. Burdenko oma kodumaa tulise patrioodina siiski 1918. a. juuli keskel koos teiste professorite ja õppejõududega (7).

#### KIRJANDUS:

1. Багдасарьян С. М. Материалы к биографии Н. Н. Бурденко. М., 1950. — 2. Багдасарьян С. М. В кн.: Н. Н. Бурденко. Соб-

<sup>34</sup> Seals., 1. 327—328.

<sup>29</sup> Seals., nim. 9. s.-ü. 410, 1. 59, 61.

<sup>30</sup> Seals., nim. 9. s.-ü. 391. 1. 309.

<sup>31</sup> Seals., 1. 319—320.

<sup>32</sup> Seals., nim. 4. s.-ü. 1479, 1. 26.

<sup>33</sup> Seals., 1. 325.

рание сочинений, т. I. М., 1951, 10—64. — 3. Багдасарьян С. М. Н. Н. Бурденко, М., 1967. — 4. Бурденко Н. Случай подкожного внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. Выздоровление. Русский хирургический архив, 1907, кн. I, 1—14. — 5. Бурденко Н. Материалы к вопросу о последствиях перевязки *Vena portae* (экспериментальное исследование). Юрьев, 1909. — 6. Материалы по вопросам военно-полевой санитарии и хирургии. Под ред. проф. Г. Ф. Цейдлера, проф. Н. Н. Бурденко и прив.-доц. О. М. Хольбека. № 1. Юрьев, 1917; № 2. Юрьев, 1917. — 7. Мирский М. Б. Главный хирург Н. Н. Бурденко, М., 1973. — 8. Николай Николович Бурденко 1876—1946. Библиография. Изд. АН СССР, М., 1953. — 9. Труды и протоколы Медицинского общества имени Н. И. Пирогова при Юрьевском университете. Год 1-й. Юрьев, 1910. — 10. Ученые записки Юрьевского университета, 1911, 2, 1—66. — 11. Эрингсон Л. Тартуский университет в 1905 году. Уч. зап., вып. 56. Тарту, 1957.

TRÜ Arstiteaduskonna hügieeni kateeder

**Sanitaarselgitustöö võitluses suguhaiguste vastu** oli Genfis Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni algatusel korraldatud rahvusvahelise nõupidamise teema. Ligikaudu 50 eksperti 25 maalt jõudsid seisukohale, et sanitaarselgitustööd oluliselt intensiivistada on hädatarvilik. Arstid, meditsiiniõed, akušöörid, sanitaartöötajad peavad saama eriettevalmistuse, et tegusalt osaleda suguhaiguste tõrjes. Sanitaarselgitustöö olgu realistlik ja ilma moraliseerimata. Selle eesmärk on välja arendada uus suhtumine suguhaigustesse, iseäranis nende profülaktikasse ja haigusjuhtude väljaselgitamisesse eriti enamohustatud ealistes rühmades. Selles suures töös tõmmatagu kaasa sanitaarharidustöö spetsialistide kõrval ka sotsioloogid, massiinformatsiooni eksperdid, muidugi arstid, pedagoogid jt. Teadlased rõhutasid tungivat vajadust leida konstruktiivne lähenemistee suguhaiguste levimuse probleemi lahendamiseks, arvesse võttes nii meditsiinilisi kui ka psühhosotsiaalseid ja käitumise aspekte, sest gonorröa, süüfilise ja muude suguhaiguste esinemissageduse suurenemine enamikus maades toob kaasa tõsiseid tagajärgi nii üksikisiku kui kogu ühiskonna suhtes.

Здоровье мира, 1975, 8.

# Konverentsid ja nõupidamised

VI Eesti NSV terapeutide kongress toimus detsembris 1975 Tallinnas.

Kongressi avas tervishoiuminister arstiteaduse doktor V. Rätsep, kes analüüsis terapeutide töösaavutusi ja tutvustas nende ülesandeid X viisaastakul.

Ettekande Eesti NSV elanike terapeutilise abi ja selle arengu suundadest esitas allkirjutanu. Selles oli pearõhk pandud poliikliinilisele arstiabile, spetsialiseerumisele, terapeutide ettevalmistamisele. Meil on mahajäämus ravisutuste ainelises baasis: sisehaigusi põdevate haigete jaoks ei jätku haiglates voodikohti.

Esimese punktina oli kongressi päevakorras sisehaiguste epidemioloogia. Esitati kokku 32 tööd. Kardioloogiaalastest töödest väärivad märkimist K. Valgma, J. Riivi, S. Aru ja kaasautorite, E. Preimate ja kaasautorite (Riia) ning L. Mardna ja A. Katina uurimused. Reuma ja reumatoidartriidi epidemioloogiat käsitlesid R. Birkenfeldt, A. Vapra ja kaasautorid, samuti L. Benevolenskaja (Moskva). Kongressil esitatuist tuleks esile tõsta veel järgmisi töid: pulmonoloogia alal L. Jannuse, gastroenteroloogia alal K. Villako, A. Tamme, E. Savisaare ja M. Ruttase, hematoloogia alal R. Malviste, endokrinoloogia alal I. Kalitsa ettekandeid.

Eraldi olid plenaaristungil vaatluse all eluohulikud seisundid erinevate sisehaiguste korral, mida käsitleti 26 uurimistöös.

E. Loginova kaasautoritega analüüsis meditsiinilise kiirabi korraldust sellistes suurtes tööstuslinnades nagu Moskva, Dnepropetrovsk, Novokuznetsk; V. Ilmoja aga sisehaigusi põdevate haigete vältimatu hospitaliseerimise struktuuri. A. Randvere ja P. Marlei töid andmeid terapeutiliste haigete surmajuhtude kohta esimese kolme päeva jooksul pärast hospitaliseerimist. Sisehaiguste



Eesti NSV terapeutide VI kongressil. Kõnepuldil on Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep. Presiidiumis esireas paremalt: Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama, EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja E. Gretškina, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut N. Elstein, NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut A. Loginov, Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatuse esimees F. Komarov.

osakonna intensiivravipalati töökogemustest kõnelesid K. Kõrge ja J. Gross. Vältimatus terapeutilises abis on eriline koht müokardiinfarkti põdevail haigeil. Nende ravi analüüsid mitmest aspektist R. Tammur ja A. Meritam, L. Valdes, O. Voloč oma ettekan-  
deis. Mitmes töös oli vaatluse all pulmonoloogilisi, gastroenteroloogilisi ja endokrinoloogilisi haigusi põdevate haigete vältimatu arstiabi (K. Kõrge ja kaasautorid, A. Dešalõt jt.).

Ühel plenaar- ja kahel seksiooniistungil kuulati ja arutati 71 tööd, milles püüti ülevaadet anda kõigest uuest, mida on ette võetud ja korda saadetud sisehaiguste profülaktikas, diagnoosimises ja ravis. Kardioloogiaalastest uurimistöödest tõstaksin esile P. Laane tööd, kes on uurinud selektiivse koronarograafia informatiivsust, ning E. Laane, J. Riivi, O. Reinu ja R. Suija ühistööd, milles autorid toovad välja südame isheemiatõbe põdevate haigete taastusravi iseärasusi.

Mitmed huvitavad uurimused olid artroloogia ja reumatoloogia valdkonnast. L. Päi, K. Põldvere, E. Kõiv ja S. Vihlajeva tutvustasid lähemalt sünoviaalkesta biopsia ja immunoloogiliste testide kasutamist reumatoidartriidi diagnoosimisel. Sellestasamast haigusest rääkisid ka A. Seffer, I. Seffer,

P. Ott, A. Raudsepp, D. Želnin ja I. Gurvitš. Reumahaigete kuurortravi nüüdisaegsetel põhimõtetel peatus E. Veinpalu.

Nii mõndagi uut oli pulmonoloogiaalastes töödes. F. Komarov (Moskva) kõneles bronhospasmisündroomist, T. Härmilt ja R. Seinalt oli esialgseid tähelepanekuid ägedat bronhiiti põdenute dispansseerimisest. O. Filippova analüüsis ägedat kopsupõletikku põdenute dispansseerimist, silmas pidades selle kvaliteeti. Kopsuhaiguste diagnoosimist ja ravi käsitlesid G. Hlopotova ja kaasautorid (Leningrad), samuti H. Kapral ja kaasautorid. Pulmonoloogiliste haigete spetsialiseeritud abi korraldamise kogemustest tuberkuloosidisperseri baasil rääkisid E. Kama ja teised.

Paljud uurimistööd käsitlesid gastroenteroloogiaprobleeme. A. Loginov (Moskva) tõi esile krooniliste hepatiidide ravi uusi seisukohti. M. Männiko, V. Salijev, P. Loit ja V. Rätsep võtsid vaatluse alla organismi immunoloogilise reaktiivsuse krooniliste mao-  
haiguste ja maovähi puhul. N. Elstein, I. Rätsep ja U. Josia hindasid seedeelundite haiguste diagnoosimise kvaliteeti polikliinikus. Endoskoopilise pankreatokolangiograafia kasutamise kogemusi sapiteede ja kõhunäärme-  
haiguste diagnoosimisel tutvustati T. Kutsari, V. Salupere, H.-I. Maarooši ja N. Sachrise

ühistöös. Seedetrakti panendoskoopilist uurimist kirjeldasid Ü. Heinla ja I. Rätsep, kaksteistsõrmiksoolesisaldise uurimise meetodeid V. Saarma, angiograafilise meetodi kasutamise võimalustest seedetrakti krooniliste isheemiliste seisundite diagnoosimisel rääkis P. Mardna.

H. Nutt selgitas humoraalse ja rakuimmuunsuse näitajate osatähtsust pankreatiidi diagnoosimisel ja haiguse kulu hindamisel. Maohaavandi kinnikasvamise iseärasustest oli juttu V. Salupere ja kaasautorite ettekandes. Uutest medikamentoosse ravi võimalustest kaksteistsõrmiksoolehaavandtõve ravis rääkis J. Anševitš (Riia).

Üldravi nüüdisaegsete probleemide käsitlemise seisukohalt tuleb esile tõsta M. Reiljani ettekannet, milles autor on kirjeldanud angii-nijärgseid jääknähte, samuti S. Künnapuu ja L. Pieli tööd ägedat glomerulonefriiti ja ägedat püelonefriiti põdenute dispanseerimisest, A. Dembo (Leningrad) ettekannet nn. autonoomsest uriinisündroomist, E. Põldvere tööd «Vere üldanalüüs kui medikamentoosse ravi tüsistuste näitaja».

Kõik need tööd ajendasid kongressil elava mõttevahetuse. Kõikide arutlusel olnud probleemide kohta võeti vastu otsused. Üldse oli kongressil üle 520 osavõtja, sealhulgas EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja E. Gretškina, Tallinna TSN Täitevkomitee esimehe esimene asetäitja Z. Šiškina ja EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja L. Jakobson.

*Natan Elštein*

**Professor Ludvig Puusepa 100. sünniaastapäeva tähistamise konverents** peeti 3. ja 4. detsembril 1975 Tartus. Külalisi oli Moskvast, Leningradist, Kiievist, Minskist, Sverdlovskist ja Balti liiduvabariikidest.

3. detsembril toimus TRÜ aulas pidulik istung, mille avas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava. Ettekanded professor L. Puusepa elust ja tegevusest esitas professor E. Raudam, kes rõhutas L. Puusepa prioriteeti neurokirurgias, temale osakssaanud laialdast rahvusvahelist tunnustust ning tema suurt tööd neurokirurgilise ja neuroloogilise arstiabi rajamisel Eestis. Professorid P. Pantšenko ja A. Šereševski Akadeemik V. Behterevi nimelisest Psühhoneu-

roloogiainstituudist kõnelesid L. Puusepa osast kodumaise sõjaneurokirurgia arendamisel ja demonstreerisid haruldasi fotosid, millele oli jäädvustatud episoode tema tegevusest Peterburis. Istungil anti kätte L. Puusepa mälestusmedalid meie vabariigi teadlastele ning külalistele. TRÜ Teaduslikus Raamatukogus oli avatud näitus, kus oli eksponeeritud huvitavaid fotosid ja autograafe, L. Puusepa töid mitmes keeles, temale antud medaleid ja auaadresse.

Ühel konverentsi istungil käsitleti neuroloogia ja neurokirurgia aktuaalseid küsimusi. Arutati peaju mediaalsete struktuuride patoloogilisi muutusi ning muid küsimusi. T. Faller (Moskva) kõneles lokaalse diagnoosi panemise võimalusest möhnkehakasvajate korral. M. Mägi ja E. Heinsoo olid vaatluse alla võtnud neuroloogilise sümptomaatika läbikumava vaheseina patoloogiliste muutuste korral, V. Oljušin ja B. Artemjev Leningradist supratentoriaalse juurdepääsu eelised epifüüsikasvajate opereerimisel ning B. Simeriitki (Moskva) ventrikuloatriostoomia ja ventrikuloperitonestoomia kasutamise vesipea ravis. E. Raudam ja R. Paimre arutasid süringomüelia kirurgilise ravi probleeme seoses uute seisukohtadega selle haiguse patogeneesis. E. Zlotnik ja A. Smejanovitš (Minsk) rääkisid mikrokirurgilise tehnika tähtsusest kuulmisnärvi neurinoomi totaalset eemaldamisel.

Kahel istungil olid kõne all peaju vere-soonte haigused. Intrakraniaalsete aneurüsmide ja subarahnoidaalsete hemorraagiate kliinikut ja diagnoosimist käsitlesid T. Tombergi, G. Eninja ja kaasautorite (Riia), I. Smirnova (Moskva) ja V. Spiridonova (Leningrad) ettekanded. Nende haiguste kirurgilist ravi tutvustasid A. Konovalovi, J. Filatovi ja A. Umrihhini (Moskva), B. Belimgotovi ja B. Nikiforovi (Leningrad), A. Romodanovi, J. Zozulja ja V. Ššeglovi (Kiiev) tööd. Mikrokirurgilise tehnika rakendamisel intrakraniaalsete aneurüsmide opereerimisel kõnelesid V. Hilko (Leningrad) ja J. Kupé, I. Purinš ning R. Ziparsone (Riia). Peaju vereringet ja ainevahetust käsitlesid A. Šanovitš ja kaasautorid (Moskva), J. Zotov, G. Kondakov ja V. Ššedrjonok (Leningrad), R. Zupping, M. Mägi ja H. Vadi. Hemokoagulatsiooni muutustest peaju vaskulaarsete kahjustuste puhul rääkisid U. Noormaa, A.

Tikk ja kaasautorid; A. Mjakota, I. Vjaltsseva ja S. Dubova (Moskva). Isheemilise insuldi riskitegureid tutvustasid M. Roose ja R. Zupping, J. Filatov ja A. Krjutškov (Moskva) käsitlesid ülemise sagitaalsiinuse latentse tromboosi kliinilisi sündroomi. S. Kessajev, J. Zubkov ja P. Giojev (Leningrad) peatusid kirurgilise ravi näidustustel sisemise unearteri kaelaosa patoloogilise pikenemise juhtudel.

Kokku esitati konverentsil 47 ettekannet, paljud neist kutsusid esile elava diskussiooni. Ettekanded on ilmunud kogumikuna «Материалы конференции, посвященной 100-летию со дня рождения проф. Л. М. Пуусеппа». Тарту, 1975.

*Matt Mägi*

**X Eesti NSV lastearstide kongress ja IX Eesti NSV akušööride-günekoloogide konverents** toimusid koos 22. ja 23. oktoobril 1975 Tallinnas. Ühisel avaistungil kuulati tervishoiuministri esimese asetäitja E. Kama ülevaatlikku ettekannet saavutustest ja ülesannetest emade ja laste kaitses.

IX viisaastakul paranes sünnitusabiasutuste ning laste ravi- ja profülaktikaasutuste aineiline baas. Tallinnas valmis sünnitusmaja, Paides, Võrus, Haapsalus, Narvas ning ka Tallinnas said mitmed naistenõuandlad ja lastepolikliinikud uued ruumid. Meie vabariigis töötab kokku 531 lastearsti ja 247 akušööri-günekooloogi, kellest 15% täiendab end iga-aastastel kursustel. Lastepolikliinikutes ja naistenõuandlates korraldatakse laialdasi profülaktikaüritusi. Üldse on meie vabariigis laste tarvis linnades 53 polikliinikut ja nõuandlat ning maal 19, peale selle veel 43 naistenõuandlat.

Pediaatri- ja akušööri-günekooloogijaoskonnad on väiksemaks muudetud. Praegu on ühes pediaatrijaoskonnas keskmiselt 1000 alla 14 aasta vanust last. Dispanseerselt jälgitakse kõiki vastavaealisi lapsi, tehakse kaitsesepokeid, regulaarselt vitamineeritakse lapse organismi, antakse näpunäiteid laste ratsionaalseks toitumiseks, karastamiseks jne. Selle tulemusena on vähenenud tuberkuloosi-, läkaköha-, leetrihaigestumus üksikjuhtudeni, reumahaigestumus on nelja aasta jooksul kaks korda vähenenud, märkimisväärselt on vähenenud laste suremus, väga harva esineb meil väljendunud rahhiidi- ja hüpotroofia-

juhte. Naistenõuandlates selgitatakse günekoloogilised haigused välja varakult, alates juba kooliealiste tütarlaste regulaarsetest läbivaatustest. Aasta-aastalt on suurenenud dispanseersele arvele võetud rasedate protsent, on vähenenud ka vigade arv raseduse tähtaja määramisel jne.

Arstiteadlaste ja tervishoiuasutuste võrgu lastearstide tihe koostöö on olnud eelduseks nende uurimistööde tulemuste kasutuselevõtul tervishoiupraktikas. Spetsialiseeritud arstiabi antakse meie lastele 16 erialal. On rajatud kardioreumatoloogia-, nefroloogia-, allergoloogia-, pulmonoloogia- jt. keskused. Haiglates on avatud kardioreumatoloogia-, neuroloogia-, nefroloogia-, hematoloogia- ja endokrinoloogiaosakonnad. Linnade lastepolikliinikutes ja naistenõuandlates toimuvad lastegünekooloogi, endokrinoloogi, onkoloogi erivastuvõttud. Selgitatakse naiste viljatuse põhjusi ning ravi, uuritakse mammoloogia ja enneaegse sündivuse probleeme. Meie suuremates sünnitushaiglates on spetsialiseeritud osakonnad, kus ravitakse südame- ja veresoonte haigusi, neeru- ja endokriinse süsteemi haigusi põdevaid emasid. Sünnitusabi ja günekoloogia valdkonna probleemide teaduslik uurimine on koondunud TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrisse.

X lastearstide kongressile ja IX akušööride-günekoloogide konverentsile oli kokku tulnud ligi 600 arsti, sealhulgas 60 külalist teistest liiduvabariikidest. Tallinna olid saabunud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialist professor I. Iljin, samuti üleliiduliste keskintituutide juhtivad spetsialistid professorid G. Tšervakova, A. Slepöhh, T. Sokolova, B. Lebedev, J. Barošnev jt. Külalised olid oma ettekannetes vaatluse alla võtnud neonatoloogia- ja perinatoloogiaprobleemid. Tunnustavalt märgiti laste ja naiste spetsialiseeritud arstiabi korraldust Eesti NSV-s.

Lastearstide kongressile oli esitatud 35 tööd laste polikliinilise spetsialiseeritud arstiabi alalt ja 19 neonatoloogia küsimustes. Akušööride-günekoloogide konverentsi ettekannetest puudutasid 23 perinatoloogiaprobleeme, 26 töös käsitleti mitmesuguseid sünnitusabi ja günekoloogiaprobleeme. Kahe päeva jooksul kuulati kongressil ja konverentsil kokku 43 ettekannet.

*Lidia Lavrova*

**Tööhügieeni ja kutsehaiguste vabariiklik teaduslik-praktiline konverents**, mille korraldasid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ning TRÜ Arstiteaduskond, toimus 17. ja 18. detsembril 1975 Tallinnas. Töötoimus nelja istungina.

Tööhügieeni ja -füsioloogiat käsitlevates ettekannetes märgiti, et oluline on uurida põlevkivitööstuses uute tehnoloogiliste protsesside rakendamiseiga seotud töötingimuste muutusi ja uute põlevkivitoodete toksilisust (I. Akkerberg). J. Paltsev kaasautoritega oli vaatluse alla võtnud töötingimused põlevkivi kasutavates soojuselektrijaamades ning juhtis tähelepanu tolmutubronhiitide profülaktika vajadusele. Nüüdisaegse arvutus- ja mõõtmistehnika ning uurimismeetodite kasutamisest põlevkivitööstuses töökaitse küsimuste lahendamisel rääkisid A. Aunap ja V. Ti-hane. Nii kasutatakse nüüd põlevkivibasseini atmosfäärsse õhu saastumise uurimiseks õhu-proovide võtmisel ka helikoptereid. Käsitleti ka masinaehitustöölise toitumist ja ainevahetust (E. Vagane kaasautoritega), töötingimusi Tallinna tööstusettevõtetes (E. Klugman) ning mõnedes keemia- ja tekstiilitööstustes (M. Uibo ja L. Tanning). L. Barõševa esitas jaoskonnaterapeutide töövoime hindamise testi.

Istungil, mille kavas oli eksperimentaalne ja kliiniline toksikoloogia, märkis H. Kahn, et nüüdisajal on tähtis tööstusmürgitusnähtude võimalikult varajane avastamine, milleks rakendatakse väga täpseid uurimismeetodeid, eriti biokeemias. Ettekannetes käsitleti ka närvisüsteemi muutusi porfüriinainevahetuse häirete korral (H. Kahn kaasautoritega), d-penitsillamiini soodsat toimet pliimürgituse profülaktikas (M. Moks, A. Mere), alkoholi mõju peaaegu mikrotsirkulatsioonile (R. Looga kaasautoritega), mõnede põlevkivitoodete ja dimetüülbutadieeni hüd-rokloriidide mürgisust (E. Blinova kaasautoritega, A. Schotter-Iprus ja A. Üprus).

Kutsehaigustest rääkides rõhutas N. Loog-na nende haiguste profülaktika tõhustamise ja varajase avastamise vajadust, milleks tuleb parandada töölise perioodiliste läbivaatuste kvaliteeti, laiendada Kutsehaiguste Kliinikut ja allergoloogiakabineti tööd. Konverentsil analüüsiti töölise üld- ja kutsehaigustesse haigestumise struktuuri ja dünaamikat meie vabariigis (A. Volmer, L. Jermolajeva, A. Sarap, L. Metsis, J. Ko-

valjova), Kutsehaiguste Kliiniku tegevust (A. Luts ja E. Soonets), põllumajanduse mehhanisaatorite tervislukku seisundit (A. Luts kaasautoritega, E. Siirde kaasautoritega), ravimallergia küsimusi meditsiinitöötajail (N. Loogna, T. Tatar, L. Rodman), silma tööstustraumatismi (A. Ross ja A. Panov) ja kombinaadi «Slantsõ» töölise tervisehäireid (A. Sillam kaasautoritega).

V. Küng rääkis tööstusliku tolmu osatähtsusest kopsuvähi tekkes. P. Bogovski esitas seisukohti nahakasvajate tekke ja profülaktika kohta, lähtudes kutsekasvaja-test. Põlevkivitoodete võimalik osa vähi etioloogias epidemioloogilise uurimise alusel oli M. Purde ja I. Etlini töö teema.

Emakakaela patoloogilise protsessi identifiitseerimiseks soovitati (V. Taigro kaasautoritega) naistöölise masslääbivaatustel kasutada tsütoloogilisi uuringuid ja radioisotoopdiagnoosimist. Rinnanäärmevähi riskirühmade moodustamisel naistöötajate uurimisel peatus E. Hint ning merevee saastumisel bensopüreeniga I. Veldre ja kaasautorid.

Sõnavõttudes ja diskussioonidel arutati mitmeid muidki päevateemalisi ja praktilisi tähtsusega kutsemeditsiini küsimusi. Konverentsi materjalid, mis sisaldavad nii ettekandeid kui ka konverentsile esitatud töid, on avaldatud trükis — Исследования по профессиональной медицине в ЭССР. Материалы республиканской научно-практической конференции. Таллин, 1975.

*Boris Schamardin*

**II teaduslik sessioon «Kõrgkooli ajaloost Tartus»** toimus 22...24. oktoobrini 1975. Meditsiiniseksiooni kahel istungil kuulati 14 ettekannet.

«Tartu ülikooli arstiteaduskonna üliõpilaste osavõtt revolutsioonilisest liikumisest» oli allakirjutanu ettekande teema. Selles näidati, et Tartu üliõpilastest meedikud on andnud ka oma panuse võitluse pärisorjuse ja tsarismi vastu ning nõukogude võimu eest. Tihtipeale olid nad eesrindlike ringide rajajaks ning etendasid juhtivat osa revolutsioonilises liikumises. V. Manassein — illegaalse revolutsioonilise organisatsiooni «Maa ja Vabadus» liige — tegi aastail 1861...1864 ära suure töö eesrindlike üliõpilaste ühe varajasema ringi asutamisel, milles loeti ja kommenteeriti A. Herzeni ja N. Tšernõ-

ševski teoseid. 1888. a. tekkis esimene mark-  
sistlik ring M. Lesniku ümber. Samal aastal  
asutati ka Läti Üliõpilaste Teaduslik-Kir-  
janduslik Selts, millesse kuulusid peamiselt  
arstiteaduse üliõpilased, sealhulgas ka F. Ro-  
ziniš, kes oli üks Läti Kommunistliku Partei  
rajajaid. Aastail 1894...1895 olid mainitud  
seltsis üliõpilased R. Aavakivi ja A. Alver.  
Vene Üliõpilaste Ühingu (asutatud 1885. a.)  
liikmete algatusel 1893. a. organiseeritud  
«Tartu marksistide grupist» võtsid osa ka  
arstiteaduse üliõpilased Z. Frenkel ja A. Ša-  
tilov. Arstiteaduskonnas õppis aastail 1900...  
1901 ka Lenini vend D. Uljanov.

1905. a. alanud kodanlik-demokraatlikust  
revolutsioonist võttis aktiivselt osa ka arsti-  
teaduse üliõpilasi, sealhulgas 1903. a. asuta-  
tud «Üliõpilaste-Meedikute Ühingu» liikmed.  
Nad kuulusid VSDTP Tartu rühma, VSDTP  
Põhja-Liivimaa Organisatsiooni Täitevkomiteesse,  
selle juures loodud võitlusrühma. Hiljem olid  
bolševikest arstiteaduse üliõpilased (L. Bregman,  
K. Rimša, S. Lesin jt.) üliõpilaste marksistliku  
ringi juhatajaks. K. Poželas oli üks Leedu  
Kommunistliku Partei rajajaid, V. Deševoi  
Tartu Töölise, Soldatite ja Maatameeste  
Saadikute Nõukogu Täitevkomitee aseesimees,  
1917. a. detsembris valiti selle esimeheks  
bolševikust arstiteaduse üliõpilane eestlane  
D. Plau. Paljud Tartu ülikooli kasvandikud  
etendasid tähtsat osa tsiviil- ja sõjaväetervishoiu  
organiseerimisel noores Nõukogude vabariigis.

Professor E. Käer-Kingissepp esitas and-  
meid seedefüsioloogiaalase uurimisest Tar-  
tu ülikooli füsioloogia kateedris XIX saj.  
keskel, rõhutades eriti F. Bidderi ja K. Sch-  
midti uurimuste tähtsust. Dotsent O. Raja-  
vee iseloomustas Tartu ülikooli farmakoloogi-  
aprofessorit R. Kobertit kui farmakoterapi-  
lise suuna rajajat (temalt pärineb farma-  
koteraapia mõiste ja esimene sellealane  
õpik, mis ilmus 1896. a.). T. Meriloo käsitles  
1836. aastal Tartus C. F. Heuckingi poolt kai-  
tud lastetervishoiualast väitekirja. Arstitea-  
duse doktor A. Loit koos allakirjutanuga  
andis ülevaate N. Pirogovi nimelise Arstitea-  
dusliku Seltsi asutamisest ja tegevusest Tar-  
tu ülikooli juures aastail 1908...1918. See  
oli üks suuremaid ja aktiivsemaid arstide  
seltse Eestis XX saj. algul; aastail 1910...  
1917 ilmus 7 köidet seltsi liikmete töid. Tar-  
tu ülikooli hügieeni- ja bakterioloogiaprof-  
essorist J. Šepilevskist (töötas Tartus aastail

1904...1918) ning tema pedagoogilisest ja  
teaduslikust tegevusest rääkis allakirjutanu.  
Dotsent H. Petlem esitas andmeid maokirur-  
gia arengust. Esimese maoreseksiooni Tar-  
tus tegi 1895. aastal W. Zoega von Manteuf-  
fel. Ettekandes analüüsiti mao- ja kaksteist-  
sõrmiksoolehaavandi kirurgilist ravi Tartus  
1947. aastani. Üliõpilaste osavõtt stomatolo-  
ogiaalasest uurimistööst Tartu ülikoolis oli  
dotsent M. Lõvi ettekande teema.

Teisel istungil olid arutlusel Tartu ülikooli  
arstiteaduskonna sidemed teiste teadus-  
keskustega ning räägiti tema nimekatest  
kasvandikest. Huvi pakkus vanemteadur A.  
Viksna (Riia) ettekanne «Tartu ülikool ja  
meditsiini areng Lätis». Oktoobrirevolut-  
sioonini oli Tartu ülikool võrdsel määral nii  
Eesti kui ka Läti teaduskeskus. XIX saj. lõ-  
pul oli üle  $\frac{3}{4}$  läti arstidest Tartu ülikooli  
kasvandikud, ka paljud arstiteaduskonna  
professorid olid pärit Lätist. Tartu ülikool  
avaldas tugevat mõju ka rahvusliku arstide  
kaadri kujunemisele: aastail 1802...1850  
õppis arstiteaduskonnas 11 lätlast, aastail  
1901...1918 juba 338. Mitmed Läti ülikooli  
arstiteaduskonna (1950. aastast Riia Medit-  
siiniinstituut) kateedrijuhatajad olid õppi-  
nud Tartus. Hiljem Tartu kasvandike arv  
vähenes: 1939. a. oli neid 284 ehk 17,9% ar-  
stidest, 1946. a. aga ainult 4,6%. Viimastel  
aastatel on Tartu kasvandike osatähtsus  
spordimeditsiini spetsialistide arvel taas suu-  
renema hakanud. On tihenened sidemed  
Tartu ülikooli arstiteaduskonna ja Riia Med-  
itsiiniinstituudi ning teiste Läti NSV tea-  
dusasutuste vahel.

V. Siudikas (Kaunas) rääkis silmapaistvast  
leedu oftalmoloogist, Kaunase ülikooli pro-  
fessorist P. Avižonist. Eesrindlikust kirur-  
gist G. Jäschest (1815...1876) ja temale  
kuuluvatest prioriteetidest kirurgias toodi  
andmeid V. Gritskovitši ettekandes. G.  
Stšepetova (Saraatov) töö teemaks oli «Arst  
P. K. Haller — Tartu ülikooli kasvandik».  
Ta oli tuntud infektsionist ja bakterioloog,  
võitles ennastsalgavalt epideemiate vastu,  
avaldas mitu tõlke- ja originaalkäsiraama-  
tut, sai nõukogude võimu ajal Saraatovi  
ülikooli professoriks. 1920. a. nakatus ta täh-  
nilisse tüüfusesse ning suri. Huvi tekitas  
R. Markovitši ettekanne P. Waldneri tegevus-  
est jaoskonnaarstina Koerus. Ta sisustas  
seal 1896. a. 5 voodikohaga erahaigla ning

tegi seal keerukaid operatsioone. Autor oli üht-teist teada saanud P. Waldneri abilistelt ja patsientidelt.

Dotsent I. Leonov (Leningrad) ja allakirjutanu valgustasid Sõjaväemeditsiini Akadeemia ja Tartu ülikooli arstiteaduskonna sidemeid. XIX saj. esimesel poolel andis viimane Sõjaväemeditsiini Akadeemiale mitu silmapaistvat arstiteadlast, nagu K. Baer, K. Seidlitz, N. Pirogov, A. Zagorski, A. Kier, N. Jakubovitš, V. Manassein jt. Sajandivahetusel ja XX saj. algul etendas Sõjaväemeditsiini Akadeemia omakorda suurt osa arstiteaduse ning meditsiinilise kõrghariduse arengus Eestis, enamik Tartu ülikooli arstiteaduskonna professoreid olid selle kasvandikud (V. Afanasjev, V. Kurtšinski, J. Šepilevski, N. Gamaleja, V. Tšiž, N. Tšermak, V. Rubaškin, D. Lavrov, A. Jarotski jt.). Kodanlikul ajal edendas Eestis neurokirurgiat ja neuropatoloogiat Sõjaväemeditsiini Akadeemia kasvandik L. Puusepp. Nõukogude ajal tegutsesid Sõjaväemeditsiini Akadeemias varem Tartus õppinud või töötanud hügienistid G. Hlopin, A. Nikitin, terapeut N. Leporski, pediaater J. Neutz jt., samal ajal õppis seal eestlasi, kes pärast Suurt Isamaasõda andsid panuse nõukogude tervishoiu rajamisse Eesti NSV-s (A. Nordberg, V. Pobus, A. Vill jt.).

Viktor Kalnin

**Eesti NSV kohtuarstide ja patoloogide-anatoomide IV teaduskonverents** toimus 25 ja 26. novembril 1975 Tallinnas. Osavõtjaid oli ka naabervabariikidest, Moskvast ning Leningradist.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Kama. Nii avasõnas kui ka peaspetsialistide V. Valdese ja A. Lukaši ettekandeis räägiti saavutustest, suurest töömahust ja tehtud uuringute heast kvaliteedist. Juhiti tähelepanu ka puudustele: ebarahuldav materiaalne baas (ruumid ja varustus); kaadri, eriti patoloogide-anatoomide vähesus; teenistuse vähene side kliinikuga ja morfoloogilise arhiivimaterjali vähene kasutamine. Teenistustele tuleks kasuks mõningate morfoloogiliste andmete arvestamine haiglate töö hindamisel (lahangu- te protsent, kliinilis-anatoomilised arutlused jt.). Põhisuunaks jääb asutustevaheliste hästi

varustatud, ühtlase töövõimega patoloogilis-anatoomiliste osakondade rajamine.

Konverentsi põhitemaatika hõlmas patoloogilise anatoomia osas onkoloogia, kohtumeditsiini alal traumade ja mürgituste diagnoosimist ning esinemissagedust. Arvestades nii patoloogilise anatoomia kui ka kohtumeditsiinasutuste rohket morfoloogilist arhiivimaterjali, oli peatähelepanu kasvajate (eriti seedetrakti ja hingamiseldite osas) statistilisel analüüsimisel sageduse, morfoloogiliste vormide, sooliste ja ealiste iseärasuste ning kliinilise diagnoosimise seisukohast lähtudes (E. Jõeste, J. Kuraksa, A. Semjonov, A. Lipping, V. Valdes, V. Sillastu, A. Vösamäe, A. Lukaš, L. Zujeva). Kiitvalt märgiti Tallinna kolme suurema patoloogilise anatoomia osakonna koostööd. Arhiivimaterjali analüüs on aluseks kasvajate epidemioloogia teaduslik-statistilisele uurimisele. Ülevaate sellealastest tegevusest meie vabariigis andis M. Rahu. Huvipakkuv oli professor P. Bogovski põhjalik ettekanne söögitoruvähi etioloogiast. Põhja-Iraanis toimunud uurimiste alusel näib, et söögitoruvähki põhjustavad kantserogeensed nitrosoühendid, eriti lisafaktorite (A- ja C-vitamiini-vaegus, lahustid, limaskestast termiline ja mehaaniline kahjustus jm.) samaaegsel toimel. Maovähi ja kroonilise haavandi vahelkordi käsitles arstiteaduse doktor V. Rätsep, immunomorfoloogiat professor K. Põldvere ja A. Lipping, maksakasvajate morfoloogilisi vorme J. Ehlvest.

Nii kohtuarstidele kui ka patoloogidele-anatoomidele pakkus suurt huvi professor M. Avonjevi (Moskva) ettekanne «Stress kohtumeditsiinis». Näidete varal tõestas ta emotsionaalse stressi võimalikkust otsese surmapõhjuseks, selle arvestamata võtmine võib viia vääratele kohtuotsustele. Väärtuslikuks täienduseks sellele olid professor A. Truupõllu ning T. Truupõllu eksperimentaaltööd hüpfüüsi ja neerupealiste regulatsiooni suhetest varieeruvate katsetingimuste korral.

Huvi äratas E. Jõeste ülevaade perfokaart-protokollide ja trükitud skeemide kasutamisest patoloogilis-anatoomiliste lahangu- te dokumenteerimisel. Klinitsisti ja morfoloogi head koostööd iseloomustas A. Talihärmi ja E. Jõeste ühine uurimus, mis käsitles akuutset hingamispuudulikkust šoki korral.

Kohtumeditšiini sektsioonis oli rohkesti traumatismialaseid ettekandeid nii vigastuste põhjuste (N. Aljohhova, M. Hotimskaja, V. Parvet) kui ka toimemehhanismi (E. Murašev, H. Pallo, O. Panov, G. Botezatu, S. Satõlov, J. Budrin) iseärasuste analüüsimisest. Toksikoloogiprobleemidest oli esikohal alkoholmürgitus ja seda esilekutsuva alkoholi hulga võimalikult täpne määramine (I. Gudavičius ja A. Seljukaite, M. Sitnikov) ning morfoloogiliste muutuste laad (L. Zujeva, A. Lukaš). H. Toots analüüsis tehnilistest lahustest tingitud mürgituste põhjusi: esikohal on vähene teadlikkus nende ainete mürgisusest ja hooletus vedelikkude säilitamisel. Mürgituste diagnoosimise andmeid esitas A. Šeremetjeva. Tulemusi mõjutavad uurimismaterjali ebaõige saatmine raviasutustest (materjali võtmine, säilitamine, pakkimine, transport) ja napid andmed saatelehtedel.

Konverentsiks valmis kohtuarstide ja patoloogide-anatoomide tööde kogumik, mis sisaldab kokkuvõtteid ka konverentsil esitatust. Kogumik on saadaval Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditšiini Peaekspertiisi Büros (200 001 Tallinn, Rataskaevu 46).

Vello Valdes  
Aleksei Lukaš

**Ülevabariigiline spordiaktiivi nõupidamine** toimus 16. detsembril 1975 Tallinnas. Põhiettekannet, milles analüüsiti sportlaste spordimeisterlikkust ning vaeti selle parandamist, oli Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitjalt A. Greenilt. Ta pidas meie sportlaste ebaedu põhjuseks NSV Liidu rahvaste VI spartakiaadil tervikliku õppe- ja sporditöö süstemaatilist puudumist, sportlaste puudulikku kasvatust ning kesist psühholoogilist ettevalmistust, samuti kvalifitseeritud kaadri vähesust ja väikest treeningukoormust. Sporditeadusest ja -meditsiinist rääkides ütles A. Green muu hulgas järgmist: ehkki meie vabariigis on praegu kehakultuuri alal neli doktori- ja 61 kandidaadikraadiga teadlast, ei ole enamik nende dissertatsioonidest seotud spordiliikumise põhiprobleemidega. Nende rakenduslik väärtus on lähedane nullile.

Tipp sportlaste meditsiiniline teenindamine jätab palju soovida. Spordivigastuste ravi on küll paranenud, kuid funktsionaalse diagnoos-

tika ja taastumisprotsesside reguleerimise alal jätavad spordiarstid nii mõndagi vajaka. Ka treeneri ja arsti koostöö sportlaste ettevalmistamisel suurvõistlusteks on kesine. Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium peab hoolt kandma selle eest, et kehakultuuridispanserite töö igati laabuks. TRÜ spordimeditšiini ja ravikehakuultuuri kateeder peab rohkem muret tundma sportlaste tervise pärast.

Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep rõhutas oma sõnavõtus spordimeditšiini osast suurtest koormustest põhjustatud haiguslike nähtude avastamisel ja ennetamisel, mis eeldab taastumisprotsesside ning organismi taastumisastme tundmist. Viimane omakorda on tähtis spordivigastuste ravis. Ausse tuleb tõsta tipp sportlaste ettevalmistamisel treeneri, arsti ja psühholoogi koostöö. Tallinna Vabariiklikus Arstliku Kehakultuuri Dispanseris tegeldakse praegu infomeetodite kompleksi loomisega, hindamaks organismi treenitusastet, funktsionaalseid näitajaid ja taastumist.

TRÜ Kehakultuuriteaduskonna dekaan professor A. Viru rääkis üliõpilasspordi edendamise raskustest, sest üliõpilaste õppekoormus on suur. Et sportimine toimub individuaalplaanide ja erigraafikute alusel, on üliõpilassportlaste õppeaeg kahe aasta võrra pikenenud, see aga ei ole sugugi meelitatav. Väga oluline on ette valmistada treenereid, sest enamikul tegevtreeneritest on pedagoogikutse. On tõsi, et seni on teoreetilise kallakuga uurimused olnud tugevamad kui rakendusliku suunaga tööd. Pakkumine ülesanne praegu on treeninguprotsessi suunamise uurimine.

«Dünamo» Eesti Vabariikliku Nõukogu õppe- ja spordiosakonna juhataja B. Junk pidas otstarbekaks jätta esimese ja madalamate spordijärkudega sportlaste dispanserimine spordiühingute hoole alla, mis võimaldaks vabariiklikul dispanseril tipp sportlaste paremini jälgida.

Nõupidamisest võtsid osa EKP Keskkomitee sekretär V. Väljas, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu esimees L. Lentsman, haridusminister F. Eisen, Eesti NSV Kehakultuuri- ja Spordikomitee esimees J. Unger jt.

Koit Leet

**Üleliiduline immunoloogide konverents** korraldati Tallinnas möödunud aasta lõpul. Osavõtjaid oli Moskvast, Leningradist, Kiie-

vist, Taškendist, Riiast ning teistest teaduskeskustest. Arutlusel olid organismi immunoloogilise reaktiivsuse ja autoallergia aktuaalsed probleemid. Kuulati ligi 80 referaati.

Etekannetes oli vaatluse alla võetud immunoloogiline meetod, mida kasutatakse üha enam mitmesuguste haiguste ja vigastuste varajasel diagnoosimisel ning ravimisel. Märgiti, et immunoloogilise reaktiivsuse, eriti autoallergia mitmesugused nihked teki- vad praktiliselt tervetel inimestel töö juures. Need võivad teataval määral mõjutada orga- nismi talitlust, kuid mõnikord võivad need esile kutsuda kutsehaiguse (O. Alekse- jeva jt.).

Tallinna (A. Markov) ja Karaganda (G. Ba- lan, A. Filipp, J. Basmakova jt.) teadurid selgitasid müra ja vibratsiooni toimel tekki- vaid immunoloogilisi nihkeid tööliste orga- nismis. Arvati, et reaktiivsuse karakteristi- kud võivad kompleksel hindamisel iseloo- mustada kogu kollektiivi tervist ning nende tunnuste alusel on võimalik prognoosida kol- lektiivi haigestumust.

Organismi immunoloogilist reaktiivsust tugevdavatest vahenditest nimetasid teadu- rid ultraviolettkiirgust, ratsionaalset toitum- ist, häid sanitaar- ja hügieenitingimusi ning muid ravi- ja profülaktikavahendeid (I. Maiski, G. Suvorova jt.).

Mitmed autorid olid vaatluse alla võtnud ravimite toime immunoloogilisse reaktiivsu- ssesse (V. Hazanova, N. Porter, R. Baikova, H. Poljak jt.). Leiti, et ravi mõjususe tuleneb eelkõige sellest, kuidas ravim suurendab organismi reaktiivsust, kuidas mobiliseerib ja aktiveerib tema paranemise mehhanisme.

Immunoloogilist meetodit traumatoloogi- liste haiguste korral, mis võimaldab näiteks jälgida kahjustatud luude kokkukasvamist, tutvustasid A. Harrin, G. Akimov, R. Šam- rei jt.

Konverentsi tähelepanu keskmes olid kat- seliste uurimuste tulemused. Kliinilise immu- nobioloogia osas vaadeldi müokardiinfarkti, krooniliste ja kõhunäärmehaiguste, reuma ja muude haiguste korral tekkivaid nihkeid (N. Mazina, I. Mihhailova, I. Tarejeva, T. Trajanova jpt.). Rohkesti oli ettekandeid, milles puudutati organismi immunoloogilist reaktiivsust seoses kasvajatega (Z. Sarajeva, E. Netrova, L. Kaminskaja, L. Jakimenko jt.).

Meie vabariigi teaduritest oli V. Saarma

vaatluse alla võtnud autoallergia küsimused hepatoloogias, S. Velbri raku osa ja humo- raalsed mõjurid suhkurtõve korral. A. Šef- fer ja I. Šeffler esitasid ühises ettekandes kliinilis-immunoloogilise uurimuse andmeid mõnede seroloogiliste näitajate kohta ning nende muutustest reumatoidartriidi ravi taustal.

Konverentsil avaldati lootust, et immuno- loogiline meetod kujuneks lähematel aasta- tel rohkesti kasutatavaks.

Konverentsi ettekannete teesid on avalda- tud kogumikus «Autoallergia probleeme». Tallinn, 1975.

*Mall Kuusma*

**Üleliiduline teaduslik-praktiline konve- rents laste kehalise kasvatuse hügieeni alal** toimus möödunud aasta lõpul Tallinnas.

Korraldajad olid NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Laste- ja Koolieelikute Hü- gieeni Instituut ning Tallinna Epidemiolo- gia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut. Arutati koolieelikute ning õpilaste kehalist koormust, keskmiste ja vanemate klasside õpilaste liikumisaktiiv- suse, spordihügieeni, kehakultuuri ning spor- dige tegelemise optimaalsete tingimuste loo- mist ja muid küsimusi.

**Ühiskondlike sanitaarinspektorite IV va- bariiklik konverents** toimus Tallinnas 7. ja 8. oktoobril 1975 deviisi all «Lapse tervis on ka ühiskonna vara». Konverentsi korraldas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Sani- taar- ja Epidemioloogia Valitsuse juhataja H. Kreek tõstis avasõnas esile ühiskondlike sanitaarinspektorite osatähtsust sanitaarse olukorra parandamisel vabariigis. Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees B. Pšenišnikov rääkis Eesti NSV Punase Risti Seltsi ülesannetest võitluses nakkushai- gusega. Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi peapepidemioloog J. Märtnilt oli ettekanne soolenakkustesse haigestumisest koolieelsetes lasteasutustes.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi ins- pektor T. Faizulina tutvustas sanitaarnõu- deid, Ed. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogi- lise Instituudi vanemõpetaja K. Kutsar esitas huvitava ettekande viirusnakkuste

vältimisest ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi inspektor U. Nigesen rääkis laste toitlustamisest koolieelsetes lasteasutustes. Arutlusel oli veel koolieelsete lasteasutuste ümbruse heakorrastus, tuberkuloos ja selle profülaktika ning sanitaarharidustöö. Läbi-rääkimistel võtsid sõna Tartu rajooni Tõra-vere lastepäevakodu ühiskondlikud sanitaar-inspektorid jt.

Järgmisel päeval käidi 12., 87., 112., 129., 130. ja 134. lastepäevakodus, kus korraldati praktilisi õppusi.

Paremaid autasustati. Konverentsist võttis osa 176 ühiskondlikku sanitaarinspektorit.

*Gilda Sabbo*

**II kõrgkoolidevaheline kutse-nahahaiguste konverents** toimus 11...13. novembrini 1975 Leningradi Sanitaarhügieeni Instituudis.

Suurt tähelepanu pöörati allergiliste kutse-nahahaiguste etioloogiale, patogeneesile ja diagnoosimisele. Meie vabariigist esitati sel alal kolm ettekannet. N. Loogna, T. Tatra ja L. Rodmani uurimus käsitles kutse-ravim-allergiat, M. Majas rääkis naha muutustest põlevkivikeemiatööstuse töolistel. Allakirjutanu esitas ettekande nahatestide kambermeetodi rakendamise kohta tärpentini tingitud allergiliste nahahaiguste puhul ja demonstreeris sellekohast seadist. Paljud esinejad rõhutasid vajadust rakendada allergiliste kutse-nahahaiguste diagnoosimiseks immunoloogilisi teste, näiteks Shelly testi. Neid tuleks tingimata teha komplekselt, näiteks nahatestid, Shelly test, nahaaknatest jt.

Peeti vajalikuks premorbiidsete seisundite selgitamist ja kutseallergiliste haiguste teket soodustavate haiguste (näiteks dermatomükooosid) õigeaegset ravi. Mitmes ettekandes pöörati tähelepanu tehisvaikudele, formaliinile, tsemendile, naftatoodetele, sünteetilisele kiule, mitmesugustele metallidele, pool-sünteetilistele antibiootikumidele ja teistele ravimpreparaatidele kui peamistele kutse-nahahaiguste etioloogilistele teguritele.

Huvipakkuvad olid ettekanded värvimulla-puulehtede toksilis-sensibiliseerivast toimest ja allergilistest kutsehaigustest valkvitamiin-toitejahu valmistajail; varem ei olnud neid kirjeldatud. Mitmed tööd käsitlesid kutse-nahahaiguste profülaktikat.

Konverentsi resolutsioonis peeti vajalikuks pöörduda Meditsiinitööstuse Ministeeriumi

poole nahatestide kambermeetodiseadise seeriaviisiliseks tootmiseks. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peasanitaararstile otsustati teha ettepanek tärpentini koostise muutmiseks: vähendada 3-kareeni-sisaldust selles. Edaspidi on vaja allergiliste kutse-nahahaiguste diagnoosimiseks rohkem kasutada immunoloogiliste testide kompleksi, samuti on vaja pöörata tähelepanu allergiliste kutsehaiguste ja allergiliste kopsuhaiguste kombineeritud vormide uurimisele ning kutsevalikule.

*Naomi Loogna*

**Esimene üleliiduline valguprobleemi käsitlev sümposium**, mille korraldasid NSV Liidu Ministrite Nõukogu Teaduse ja Tehnika Riiklik Komitee ning Usbeki NSV Teaduste Akadeemia, peeti 11...13. novembrini 1975 Taškendis. Sümposiumist võtsid osa valguprobleemiga tegelevad teadlased kogu Nõukogumaalt.

Sümposium andis ülevaate uurimistööst ja aitas mobiliseerida ressursse elanike valgutarbe paremaks rahuldamiseks. Selgus, et mõnel pool ei ole küllaldaselt valguallikaid, teisel põhjustab toidu liiga suur suhkru- ja rasvasisaldus valgugaeguse. Majanduslik-tehnilise arengu korral sagedamini esinev stress suurendab valkude lagunemist ja pidurdab resünteesi. Seetõttu on valguvajadus Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni spetsialistide arvates suurenenud orienteeruvalt 10% võrra.

Traditsiooniliste valguallikate, looma- ja taimekasvatussaaduste ning kalasaaduste kõrval pöörati suurt tähelepanu valguallikatele, mida püütakse sobiva töötusega inimesele suupäraseks teha. Valgurikkad ja hea aminohappelise koostisega on kalmaari- ja krevetiliha. Odavat valku saab pärmist, sojaoast, vetikatest ja rasvõliseemnete pressjägist. Taškendi teadlased tutvustasid Usbeki NSV Teaduste Akadeemia Taimsete Ainete Keemia Instituudis valgukontsentraadi tööstuslikku tootmist puuvillaseemnete pressjägist. Mikroorganismide valku kasutatakse loomasöödaks, inimesel tekitab selle söömine allergiat.

Loomse valgu ressursse ja nende kasutamist Eesti NSV-s käsitles M. Saava ja allakirjutanu ettekanne. Tänu arenenud loomakasvatusele ja kalandusele toodetakse meie

vabariigis loomset valku 2,5...3 korda rohkem elanike füsioloogilisest vajadusest, kuid sellele vaatamata on meie elanike toidus valke suhteliselt vähe. Selle põhjus on tasakaalustamata, liiga rasva- ja suhkrurikas toit. Meie vabariigis püütud kalast süüakse meil vaid 10...15%. Pool piimavalgust söödetakse lõssina loomadele, ja kuigi kauplustes on piima küllaldaselt, joovad linnaelanikud seda vähe. Rohkem võiks tarvitada kohupiima, juustu, rasvavaeseid piimasaadusi, kaunvilju ja muid valgurikkaid toiduaineid. Hinnata aga tuleb seda, et 76% saia- ja kondiitritoodetele lisatakse lahjasid piimasaadusi.

Sümposionil võeti vastu otsus uurimistöö laiendamiseks ja süvendamiseks ning uute valguressursside mobiliseerimiseks. Peeti vajalikuks muuta valguprobleemialased teadusüritused regulaarseks.

*Einar Vagane*

**II üleliiduline teetanusekonverents** toimus 18. ja 19. novembril 1975. aastal Lvovis. Kolmel istungil kuulati 32 ettekannet. Need olid teetanuse epidemioloogiast massilise aktiivse immuniseerimise perioodil, vaktsineerimismeetodite ja -skeemide täiustamisest, kiirprofülaktikast, preparaatidest ning teetanusemikroobi iseärasustest, teetanuse patogeneesist, kliinilisest pildist ja ravist.

Põhiettekanne «Teetanuse haigestumisest NSV Liidus» esitas NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogia Peavalitsuse epidemioloogiaosakonna juhataja N. Rõbkina. Ta analüüsis haigestumuse vähenemist perioodide kaupa, seostades seda läkakõha-difteeria-teetanuse trivaktsiini kasutuselevõtmisega 1960. a. ja massilise teetanusevastase immuniseerimise alustamisega 1968. a. Viimastel aastatel on teetanuse esinemissagedus madal (0,20...0,24 haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta). Esineja toonitas kõigi elanike teetanusevastase immuniseerimise vajadust ja rõhutas, et teetanuseerumit ei tohi süstida aktiivselt immuniseerituile.

Lvovi oblasti ja Kišinjovi esindajad soovitasid oma kogemuste põhjal teetanuse spetsiifiliseks profülaktikaks sisse seada ülelinnaline kartoteek. N. Gamaleja nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi teaduslike töötajate koostööst NSV Liidu põhjarajoonide ja Usbeki NSV meedikutega selgus järgmist: selleks, et teetanuseerumit

ei oleks traumade ega väljaspool statsionaari toimunud sünnituste korral tarvis süstida, tuleks juba varem ette võtta ühekordseid plaanilisi vaktsineerimisi, millest teetanuse ärahoidmiseks piisaks.

Konverentsil tutvustati teetanusevastase immuunsuse määramiseks kasutatavat uut allergeeni — tetaniini, mille spetsiifilisus on 96%. Moskva teadlased soovitasid spetsiifiliseks profülaktikaks traumade puhul kasutada passiivset hemaglutinatsiooni, mis juba 2...2,5 tunni pärast annab vastuse antitoksiinide tiitri kohta. Selleks analüüsiks piisab 0,2 milliliitrist vigastatu verest.

1971. aastal ilmunud G. Tsõbuljaki monograafias «Teetanus» on esitatud 178 haige ravi andmed, millest nähtub, et diagnoosimisel tehakse vigu 80%-l juhtudest. Tõsteti esile teetanuseerumi veeni süstimise vajadust, selgitati krambivastase ravi klassifikatsiooni jne. Tänavu ilmub uus teetanuse spetsiifilist profülaktikat käsitlev juhend, mille projekti põhiküsimustega osavõtjaid tutvustati. Võeti vastu otsus, millesse olid koondatud kõik konverentsil hindamist leidnud ettepanekud. Meie vabariigist võttis konverentsist osa allakirjutanu. Konverentsi 45 ettekande teesid on trükitud 157-leheküljelises kogumikus.

*Juta Ruut*

**I üleliiduline meditsiinilise geneetika konverents** toimus 25. ja 26. novembril 1975 Moskvast. Arutlusel olid humaangeneetika ja pärilikkushaigused. Konverentsi avaettekannet «Humaangeneetika nüüdisaegsete saavutuste teoreetilised ja rakenduslikud aspektid» oli NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmelt professor N. Botškovilt. Selles ettekandes ja ka järgnevates vaadeldi üksikasjalikult nõukogude ja välismaa teadlaste saavutusi nüüdisaegses meditsiinilises geneetikas.

Konverentsi kavas oli 45 ettekannet ning 112 ettekande teesid avaldati konverentsi kogumikus. Istungitel esinesid nõukogude tuntumad geneetikud N. Dubinin, N. Timofejev-Ressovski, A. Prokofjeva-Belgovskaja jt. Ülemaailmselt Tervishoiuorganisatsioonilt tõi Nõukogude esindajana konverentsile tervitusi professor A. Burlanov.

Eesti NSV teadlastelt oli kaks ettekannet: allakirjutanu oli vaatluse alla võtnud vere

geneetilised iseärasused bronhiaalastma korral ning minu ja M. Potapovi ühine ettekanne käsitles veregruppide jaotumist eestlastel.

Nüüdisajal on tekkinud huvi geneetiliste haiguste vastu. Esiteks on see tingitud pärilikkushaiguste osa suhtelisest suurenemisest üldhaigestumuse struktuuris. Teiseks, geneetilise ainekäsitluse ja geneetikaalase mõttelaadi tungimisest arstiteaduse kõikidesse eriharudesse ning kolmandaks, humaanogeneetika edusammudest, mis võimaldavad uurida kõiki elustruktuure ja -protsesse.

Uurimiste andmeil moodustavad pärilikkushaigused Inglismaa, Kanada ja USA lastekliinikutes 40% laste suremusest. Kõik pärilikkushaigused jaotatakse etioloogia alusel kolme põhirühma: kromosomaalsed, monogeensed ja polügeensed pärilikkushaigused. Kromosomaalsed haigused moodustavad 1... 2% pärilikkushaigustest. Monogeensetele pärilikkushaigustele langeb 11% laste suremusest. Monogeensete haiguste põhiline iseärasus on biokeemiliste protsesside häired haige organismis.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Meditsiinilise Geneetika Instituut on esitanud tervishoiuasutustele pärilike ainevahetushälvete biokeemiliste massuuringute programmi. Nii on võimalik välja selgitada umbes 70 pärilikku ainevahetushälvet. Seda programmi on hakatud rakendama mitmel pool Nõukogude Liidus, sealhulgas ka Läti ja Leedu NSV suuremates sünnitusmajades, kus tehakse biokeemilisi analüüse kõikidel vast-sündinutel. Need massuuringute programmid võivad olla ka keerukamad ja sihipärased, mis aga tingib eelnevat uuritavate väljavalmist. Pärilike ainevahetushälvete väljaselgitamine vast-sündinutel võimaldab neid mitmetel juhtudel küllalt heade tulemustega raviga fenüülketonuuria, histidineemia jt. haiguste korral.

Perekondades, kus tervete laste kõrval on korduvalt sündinud raskekujuliste geneetiliste haigustega lapsi (näiteks Tay-Sachsi tõbi), tuleks uurida loote amnionivedelikku, mis saadakse amniotsenteesi teel 16. rasedusnädalal. Patoloogiliste muutuste selgumisel lootel on soovitatav rasedus katkestada. Nüüdisajal diagnoositakse prenataalselt ligikaudu 50 pärilikku ainevahetushälvet.

Krooniliste haiguste korral ei seostu umbes 10% haigustest täiskasvanuil pärilikkuse teguritega. Need on haigused, mille on põhjustanud traumad, põletused jms. Ligikaudu 10% haigustest on monogeensed pärilikkushaigused ja 80% mitmest tegurist põhjustatud haigused, mille puhul ilmnevad polügeense päritoluga eelsoodumuse mehhanismid. Uurides neid haigusi, pööravad kogu maailma geneetikud eriti tähelepanu kromosoomide geneetilisele kaardistamisele, geneetiliste markööride väljaselgitamisele, mis on iseloomulikud nendele haigustele. Teades pärilikkushaiguste eelsoodumuse tunnuseid, avanevad suured võimalused laialt levinud haiguste, nagu hüpertoonia- ja suhkurtõve, allergia, kaksteistsõrmiksoolehaavandtõve, skisofreenia ning paljude muude haiguste profülaktikaks.

*Juri Ksenofontov*

---

**Suitsetamine ja selle mõju tervisele** oli Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ekspertiide komitee nõupidamise teema Genfis. Nõupidamise eesmärk oli kinnitada informatsiooni ja täiendada seda uusimate andmetega suitsetamise kahjulikkuse kohta ning töötada välja soovitusel võitluseks suitsetamise vastu rahvusvahelises ulatuses.

Paljudest maadest saadud epidemioloogiliste andmete põhjal võib tubakasuitsetamist pidada kopsuvähi, kroonilise bronhiidi ja emfüseemi, südame isheemiatõve ja perifeersetes veresoontes kahjustuste arenemises oluliseks teguriks. Need andmed kinnitavad seda, et suitsetamine on üks olulisi põhjusi keele-, kurgu-, söögitoru-, kõhunäärme- ja põievähi tekkes. Lisaks sellele on suitsetamisel kindel osa spontaansete abortide tekkes, prenataalses ja neonataalses suremuses ning mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandtõve arengus. Eksperimentaalsed andmed kinnitavad, et sigaretsuits sisaldab kantserogeneid ja limaskesti ärritavaid aineid; histoloogilised uurimised annavad tunnistust, et suitsetajatel on bronhide epiteelis vähielseid muutusi, samasuguseid muutusi on leitud katseloomadel, kelle hingamiseldundid on mõjutatud tubakasuitsuga.

Meie ajal on suitsetamine üks suuremaid inimese tervise ohte, mille ärahoidmine sõltub täiesti meist endast.

*Хроника ВОЗ, 1976, 2*

# Arstide seltsides

UDK 614.258.1 «1966/1975»

## VABARIIKLIK DERMATOVENEROLOOGID E TEADUSLIK SELTS

HERMAN VAHTER · TARTU

Vabariiklik Dermatoveneroloogide Teaduslik Selts asutati 1966. aastal Tallinna ja Tartu dermatoloogide seltsi ühendamise teel.

Seltsi asutamise eesmärk oli muuta dermatoveneroloogide tegevus sihipärasemaks seoses suguhaigusjuhtude sagenemisega. Seltsi põhiülesandeks on seltsi liikmete teaduslik-praktilise tegevuse aktiveerimine, seltsi liikmete ja üldvõrgu arstide erialateadmiste süvendamine ning erialakvalifikatsiooni tõstmine, samuti sanitaarselgitustöö elanike hulgas.

Kuidas on vabariigi dermatoloogid oma ülesannetega toime tulnud? Seltsi liikmed on kõik meie 53 dermatoloogi. Rõõmustav on seltsi liikmete erialase ja teadusliku kvalifikatsiooni tõus. Teaduslik kraad on seitsmel dermatoloogil, nende hulgas on kaks arstiteaduse doktorit. Neljal tervishoiusüsteemis töötaval dermatoloogil on käsil kandidaadiväitekirja vormistamine. Enamik meie dermatolooge on tõstnud oma erialakvalifikatsiooni, mis võimaldab läbi viia atesteerimist. Suuremal osal dermatoloogidest on esimene või teine kategooria.

Paljud dermatoloogid teevad teaduslik-praktilist uurimistööd. Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri ja vabariigilise alluvusega linnade arstid osalevad uurimistöös «Suguhaiguste esinemist soodustavate tegurite uuri-

mine Eesti NSV-s». Meie põlevkivibasseini dermatoloogid koostöös Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning TRÜ Arstiteaduskonna dermatoloogia kateedriga uurivad kutse-nahahaiguste kliinikut ja profülaktikat põlevkivikeemiatööstuses. Seltsi liikmed uurivad naha ainevahetuse häireid epidermomükooside, psoriaasi ja ekseemi korral. Ainuüksi viimase viie aasta jooksul on kandidaadiväitekirju sel teemal kaitsnud H. Silm, M. Majas ja E. Elberg. Selgitatakse Haapsalu meremuda ravi mõjusust ja kasutamise võimalusi krooniliste dermatooside korral. Sellega tegelevad M. Martinson jt. Seltsi liikmed on kasutusele võtnud nüüdisaegseid diagnoosimismeetodeid (spiroheetide immobilisatsiooni test, fluorestsentsantikehade uurimise meetod, mitmesugused funktsionaalse diagnoosimise meetodid, histo- ja biokeemilised uurimised naha- ja suguhaiguste diagnoosimise parandamiseks). Eesti NSV dermatoloogiaasutustes ravitakse nüüdisaegseil meetodeil. Nahahaiguste raviks on kasutusel kortikosteroidipreparaadid ja tsütostaatikumid, süüfilishaigete raviks penitsilliin ning muud nüüdisaegsed ravivahendid. Kutse-nahahaiguste profülaktikaks on Eesti NSV põlevkivibasseini raviasutustes rakendatud funktsionaalset diagnostikat. Senistele uurimismeetoditele on tulnud väärtuslikku täiendust, on antud autoritunnistusi (A. Klink jt.) ja avaldatud erialaartikleid.

Seltsi töö põhivormid on seltsi plenaaristungid ja töökoosolekud.

Seltsi plenaaristungitel on põhiküsimusteks olnud: naha- ja suguhaiguste tõrje; dermatoveneroloogilise võrgu perspektiivplaanide läbiarutamine; kvalifikatsiooni tõstmine ja atesteerimine; seksuaalkasvatus ning sanitaarpropaganda. Seltsi koosolekud toimuvad Tallinna ja Tartu filiaalis kord kuus. Neil koosolekuil esinevad seltsi liikmed ja külalislektorid arstiteaduse aktuaalsetel teemadel. Ühiseid töökoosolekuid on peetud akušööridega-günekoloogidega gonorröa diagnoosimise ja



Rühm Vabariikliku Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi liikmeid seltsi esimestel aastatel. Esireas paremalt neljas seltsi vanim liige dotsent L. Nurmand.

ravi alal, pediaatritega dermatomükoside ja sügeliste kliiniku ja profülaktika kohta, terapeutidega kollagenoside ning suguhaiguste diagnoosimisest. Psühhiaatrite ja neuropatoloogidega on ühiselt arutatud neurosüüfilise probleeme.

Huvitavad on olnud seltsi väljasõiduistungid rajoonidesse ning ühised töökoosolekud kohalike teaduslike seltsidega. Sellised töökoosolekud on toimunud Viljandis, Pärnus, Kingissepas, Narvas, Haapsalus ja Võrus. Neil käsitletakse päevakorral olevaid dermatoveneroloogiaprobleeme rajoonitingimustest lähtudes.

Seltsi liikmed on agaralt osa võtnud vabariiklikest dermatoveneroloogide seminaridest, mis toimuvad üks kuni kaks korda aastas. Neil seminaridel on külalislektoritena esinenud professor A. Araviski, dotsent H. Kurm, H. Kadastik jt. Uudne töövorm on veneroloogiaasutuse pearsti aruande läbiarutamine seltsi töökoosolekul. Vabariiklike dermatoveneroloogide teaduslik-praktilisi konverentse peetakse 2...3 aasta järel. Neile on kutsutud Nõukogude Liidu juhtivaid dermatoloogide ning kolleege naabervabariiki-

dest. Nii on vabariiklikel konverentsidel oma uurimistöid esitanud professorid Antonjev, Steinluht, Dõsõtšev, Jakobson, Lelis, Fedorovskaja jt. Töökogemusi on vahetatud meie naaberriialade arstidega, nagu akušööridegünekoloogide, sanitaar- ja epidemioloogijaamade ning teiste erialade arstidega.

Uusi mõtteid ja töövorme on kaasa toodud üleliidulistelt dermatoloogide pleenumitelt. Kolmel korral on seal esinenud ka meie vabariigi dermatoloogid.

Ulatuslikumaid üldistusi dermatoloogide töö kohta tehti 1972. aastal Harkovis toimunud VI üleliidulisel dermatoloogide kongressil, kus ettekandeid esitasid meie vabariigist H. Vahter ja M. Majas.

Seltsi liikmete aktiivsust iseloomustab mõningal määral trükis avaldatud artiklite arv: 1966. a. kuus, 1967. a. kaheksa, 1969. a. üheksa, 1970. a. neli, 1971. a. seitse, 1972. a. seitse, 1973. a. kuus, 1974. a. 19, 1975. a. 11.

Kõige rohkem avaldati artikleid 1969. ja 1974. aastal, vabariiklike konverentside aastail. Koostöös Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi ja Tartu Riik-

liku Ülikooli Arstiteaduskonnaga ilmusid neil aastail trükis naha- ja suguhaigusi käsitlevad konverentsi kogumikud.

Vabariikliku Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi liikmed osalevad elanike hulgas tehtavas sanitaarharidustöös. Peetakse loenguid käitistes, koolides ja raviasutustes, koostatakse brošüüre. Seda tööd on vaja intensiivistada, on vaja ulatuslikumalt kasutada massiinformatsiooni vahendeid, sealhulgas rajooniajalehti.

Vabariiklikku Dermatoveneroloogide Teaduslikku Seltsi juhivad seitsemeliikmeline juhatus. Aastail 1966...1970 töötas seltsi esimehena meie vabariigi vanim dermatoloog dotsent L. Nurmand, kes 1970. aastal valiti seltsi auliikmeks. Seltsi auliikmeteks on valitud veel professorid P. Koževnikov, B. Sidaravičius, J. Jakobson, A. Araviski ning I. Lelis.

Dermatoloogide selts tähistas meie vabariigi dermatoloogia rajaja professor Aleksander Paldroki 100. sünniaastapäeva piduliku koosolekuga, tema mälestusmärgile Kingissepa kalmistul asetati seltsi poolt tema bareljeef.

Praegune seltsi juhatus on järgmine: H. Vahter (esimees), L. Nurmand ja R. Uuetoa (aseesimehed), V. Bogdanova (sekretär), V. Granat (laekur), N. Loogna ja M. Majas. Seltsi töö tulemused peavad väljenduma nii nakkus-, naha- kui ka suguhaiguste esinemissageduse vähenemises meie vabariigis.

*Vabariiklik Dermatoveneroloogide Teaduslik Selts*

**Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisatsioonide Teadusliku Seltsi juhatus** koosolek toimus veebruaris 1976. Kuulati ära ning kinnitati seltsi 1975. aasta tööaruanne. Möödunud aastal oli selts osa võtnud kahe konverentsi ja ühe sümposiooni korraldamisest. Lisaks sektiioonide koosolekutele toimus kaks ühist istungit I. Metšnikovi nimelise Eesti NSV Vabariikliku Epidemioloogide,

Mikrobioloogide ja Infektsionistide Teadusliku Seltsi ja Ftisiaatrite Seltsiga. Revisjonikomisjoni esimees J. Narma, kes oli revideerinud juhatuses tööd, tutvustas kontrollakti. Selles oli muu hulgas kritiseeritud juhatuses seltsi liikmete vähesed juurdekasvu ja liikmemaksu tasumisest kõrvalehoidjate pärast. Töö parandamiseks tehti mitmeid ettepanekuid.

Kinnitati sektiioonide 1976. a. tööplaanid. Tervishoiuorganisatsioonid on koos kirurgide seltsiga plaaninud N. Burdenko 100. sünniaastapäeva tähistamise üritused, väljasõidustungi Kohtla-Järvel tööstustöölisele antava arstiabi arutamiseks jne. Hügienistidel on kavas vee, toidu ja õhu saastumise probleemide arutamine ning toksikoloogiliste uurimiste metodoloogiaga seotud küsimused. Koos Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogia-jaamaga korraldatakse konverents, kus keskne teema on Tallinna sanitaarse tervistamise plaan X viisaastakul.

*Raiot Silla*

**Eesti NSV Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatus** tegevus kongressidevahelisel perioodil oli vaatluse all Eesti NSV terapeutide VI kongressil 24. detsembril 1975. Seltsi juhatuses tööl anti hea hinnang. Samas valiti uus juhatus järgmises koosseisus: N. Elšteina (Tallinn) esimees, K. Kõrge (Tartu) ja L. Mardna (Tallinn) aseesimehed, L. Valdes ja G. Semjonov (Tallinn) vastutavad sekretärid; juhatuses valiti veel S. Aru, I. Kalits, L. Päi, J. Riiv ja V. Saarma Tartust; N. Bartelsen, L. Jannus, A. Randvere ning L. Sepp Tallinnast; R. Birkenfeldt Kingissepast; E. Laane Võrust; A. Levin Kohtla-Järvelt ja R. Toots Pärnust. Revisjonikomisjoni kuuluvad A. Vapra (esimees) Tartust, S. Haitov Pärnust ning A. Vorobjov Narvast.

Terapeutide VI kongressi lõpp-plenaaristungil valiti Eesti NSV Terapeutide Teadusliku Seltsi auliikmeteks Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatuses esimees, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor F. Komarov ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor A. Loginov.

*Natan Elšteina*

**Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskoosolek** toimus jaanuaris 1976. Aruandja oli seltsi esimees Ants Haavel. Vaadeldaval ajavahemikul on peetud töökoosolekuid 11 korral. Kuulatud on 23 ettekannet, mis käsitlesid aktuaalseid meditsiini-probleeme Kingissepa rajoonis. Seltsi liikmete kõrval on aruandeperioodil seltsi koosolekutel esinenud ka meie juhtivaid meedikuid, nagu NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor J. Saarma, professorid K. Kõrge ja V. Salupere, arstiteadlased N. Loogna, G. Loogna, A. Luts, dotsent A. Seppo ja teised. 1975. a. avaldasid seltsi liikmed trükis 11 teaduslikku kirjutist. H. Koppelil on valmimas kandidaadi-väitekirj.

Agaralt võtsid seltsi liikmed osa vabariiklikust terapeutide kongressist, kus ettekandega esinesid R. Tammur ja A. Meritam. Osa võeti ka kirurgide sümposionist Tartus. Sümposiooni teeside kogumikus avaldati kaks tööd (A. Haaveli töö sapiteede haiguste kirurgilisest ravist ning A. Haaveli ja L. Lomakova ühine artikkel endarteriidi ravist). 1976. aasta algul ilmus trükist seltsi liikmete esimene teaduslike tööde kogumik «Maatervishoiu küsimusi». Puudusena märgiti nooremate kolleegide tagasihoidlikku osavõttu seltsi tööst. Revisjonikomisjoni aruande esitas A. Hunt.

Seltsi juhatuse esimeheks valiti A. Haavel. Aseesimees on R. Birkenfeldt, sekretär A. Rubinstein, laekur V. Nemvalts, juhatuse liige on R. Tammur ning revisjonikomisjoni haker juhutama A. Hunt.

*Ants Haavel*

**Üleliidulise Patoanatomide Seltsi juhatuse VIII pleenum** toimus 27...29. oktoobri 1975. a. Taškendis. Pleenumil oli arutlusel pneumoonia morfogenees ja geograafiline patoloogia.

Elektronmikroskoopilised ja immunomorfoloogilised uurimised on andnud täiendavaid andmeid pneumoonia kujunemise ning iseärasuste kohta. V. Serov (Moskva) seostab konkreetsete haigusvormide kujunemist erinevate immunopatoloogiliste protsessidega. Ta eristab nelja reaktsioonitüüpi. Esimese puhul on tegemist taaspöörduvate funktsionaalsete muutustega (allergiline bronhiaal-

astma). Teisel ja neljandal tüübil esinevad proliferatiivsed, granulomatoossed ja sklerootilised muutused; teises rühmas medikamentosne allergia, Hamman-Richi sündroom ja Goodpasture'i sündroom; neljandas krooniline pneumoonia, kopsutuberkuloos, kollageenhaiguste kopsuvormid ja allotransplantaatide eemaldamise reaktsioon. Kolmandale tüübile on omane sügav kahjustus: vahetu hüperergiline reaktsioon bakteriaalsete infektsioonide, ka kollagenooside korral. Tüübid määratakse kindlaks immunoloogiliste ja immunohistokeemiliste testidega ning eksperimentaalselt. Võimalikud on reaktsioonide erinevad kombinatsioonid.

A. Tsinzerling (Leningrad) käsitles ägedate respiratoorsete infektsioonide kliinilis-anatoomilisi seisukohti. Tüüpilist, morfoloogiliselt väljendunud pneumooniat esineb tänapäeval harva. Iseloomulik on väga tagasihoidlik morfoloogiline leid, mida vahel on üldse raske seostada põletikuga. Põhjuseks on esmajoones viiruste ja seganakkuste osatähtsuse suurenemine ning etioloogiliste tegurite muutumine. Autor on täheldanud vaid 24% -l lastest monoinfektsiooni, teistel on üheaegselt leidnud 2...6 erinevat tüve. Sagedasemateks pneumoonia põhjustajateks on viirused (esmajoones gripp), mükoplasmoos ja bakteritest stafülokokid. Ka täiskasvanuil esineb üksnes grippi vaid üksikjuhtudel, ülekaalus on seganakkused. Tunduvalt on suurenenud viiruste ja mükoplasmoosi osatähtsus. Tüüpiline bakteriaalne pneumoonia kujunevat vaid siis, kui haiget ei ole ravitud antibiootikumidega. Viimane mõjutab makroorganismi reaktiivsust ja sellega ka pneumoonia kulgu. Kombineerunud nakkuste korral ei ole tegemist tegurite lihtsa summaga. Gripi taustal on stafülokokknakkuse kulgu tunduvalt raskem kui gripi kulg bakteriaalse infektsiooni korral (interferooni teke!). Lastel on histoloogilise uurimisega võimalik kindlaks teha viiruste ja mükoplasmoossete infektsioonide levimist organismis ning erinevate elundite kahjustumist (sooled, neerud, maks, pankreas, lümfisõlmed, närvisüsteem jne.). Mõnes sõnavõtus peeti õigeaks, et viiruslik sepsis on olemas (A. Avtsõn, A. Smoljannikov).

Kliinilis-anatoomilisest seisukohast lähtudes peab T. Ivanovskaja kaasautoritega (Moskva) vajalikuks lapsea ägedad pneumooniad jaotada nelja rühma. Esiteks, pneumoonia

põhihaiguse ja surma peapõhjusena. Teiseks, pneumoonia tüsistusena, kuid surma otsese põhjusena (kõige suurem rühm, 35%). Kolmandaks, pneumoonia kaasneva haigusena, olulise osata tanatogeneesis (30,5%). Neljandaks, perinataalsed pneumooniad.

Geograafilise patoloogia valdkonnast käsitletakse enamik ettekandeid Kesk-Aasia spetsiifilisi probleeme. Otseselt puudutas meid A. Viheri ja kaasautorite (Moskva) ettekanne aordi ja südame pärgarterite ateroskleroosi ulatuse ning südame isheemiatõve võrdlevate andmete kohta erinevates geograafilistes paikondades. Morfomeetriliste ja biokeemiliste uurimiste alusel on kõige ulatuslikumad ning varajasemad muutused täheldatavad Balti (Riia ja Tallinna materjal) liiduvabariikide ja Moskva elanikel, vähem Kesk-Venemaa piirkondades (Rjazan, Kolomna). Märnatavalt vähem ulatuslikku kahjustust on täheldatud Kesk-Aasia (Alma-Ata, Frunze, Samarkandi) elanikel ja kõige tagasihoidlikumaid muutusi Jakutski materjalil. Seejuures ilmnisid ka etnilised erinevused suhteliselt vähema kahjustusega kõigi piirkondade põhielanikel.

Pleenumi viimasel päeval käsitleti patoanatoomia teenistuse\* organisatsioonilisi küsimusi. Suund on endiselt kesksete asutustevaheliste osakondade rajamisele olenevalt materiaalsest baasist. Paremal järjel on töö Lätis ja Moldaavias, kus patoanatoomia kateedrid on vahetult seotud patoanatoomia teenistuse korraldamisega. Pleenumil pöörati suurt tähelepanu kateedrite ja prosektuuride tiheda koostöö vajadusele. Valus küsimus on patoanatoomide kaadri täiendamine. Väljapääsu nähakse patoanatoomia subordinatuuri ja internatuuri taastamises (N. Krajevski, A. Smoljannikov, O. Hmelniitski jt.). Sobivate kandidaatide leidmine ja ettevalmistamine on patoanatoomia kateedrite otsene ülesanne. Tervishoiuorganitele heideti ette nende vähest huvi patoanatoomia probleemide vastu, kusjuures, nagu väitis A. Smoljannikov, tervishoiuorganite töökultuuri iseloomustab nende suhtumine patoanatoomia teenistusse.

Vello Valdes

\* Kooskõlastatult Keele ja Kirjanduse Instituudiga kasutame edaspidi *patoanatoom* ja *patoanatoomia*.

# Juriidilist nõuannet

## SUGUHAIGETE KRIMINAALVASTUTUSELE VÕTMINE SUGUHAIGUSTE TEADLIKUL LEVITAMISEL

ZOJA POVI · TALLINN

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium võttis 1. oktoobril 1971. aastal vastu seadluse «Vastutuse tugevdamise kohta suguhaiguste levitamise eest». «Eesti NSV kriminaalkoodeksis» on tehtud vastavad muudatused ja täiendused.

Suguhaiguste leviku vastu võitluse tõhustamiseks on ette nähtud, et suguhaiguse ravist kõrvalehoidumise eest pärast tervishoiuasutuse poolt tehtud hoiatust, karistatakse vabadusekaotusega kuni kahe aastani või parandusliku tööga kuni ühe aastani või rahatrahviga kuni ühesaja rublani («Eesti NSV kriminaalkoodeks» § 119<sup>1</sup>).

Teadlikult teise isiku suguhaigusesse nakatumise ohtu seadmise eest kas suguuhte teel või ükskõik millisel muul viisil, karistatakse vabadusekaotusega kuni kahe aastani või parandusliku tööga kuni ühe aastani või rahatrahviga kuni ühesaja rublani («Eesti NSV kriminaalkoodeks» § 119, 1. osa).

Suguhaiget, kes oli oma haigusest teadlik, karistatakse teise inimese suguhaigusesse nakatamise eest vabadusekaotusega kuni kolme aastani või parandusliku tööga kuni ühe aastani («Eesti NSV kriminaalkoodeks» § 119, 2. osa).

Eespool mainitu eest karistatakse suguhaigeid, keda juba varem on karistatud teise isiku suguhaigusesse nakatamise eest, samuti kahe või enama isi-

ku või alaealise nakatamise eest, vabadusekaotusega kuni viie aastani.

NSV Liidu Ülemkohtu pleenumi otsuses nr. 15. 1973. a. 8. oktoobrist on kohtutele antud selgitavaid juhiseid seadusandluse rakendamise kohta vastutuse korral suguhaigusesse nakatamise eest ja suguhaiguse ravist kõrvalhoidumise puhul. Neid sätteid peavad tundma ka tervishoiuasutuste töötajad.

Kuriteo subjektiks «Eesti NSV kriminaalkodeksi» § 119, 1. osa alusel on isik, kes põeb suguhaigust ja on ise sellest teadlik ning kes seab teise isiku nakatumisohtu suguuhte teel. Muud nakatamise moodused, mil süüdlaseks on suguhaigust põdev isik, on hügieeninõuete mittetäitmine perekonnas, tööl olles jm.

Et suguhaigust põdev isik oli teadlik oma haigusest ning nakatamisohust, võivad tõestada mitmed argumendid: 1) kirjalik hoiatus, milles on märgitud suguhaigus ja isiku nakkusohtlikkus; 2) suuline hoiatus, mida kinnitab haige oma allkirjaga meditsiinilisel või mõnel muul dokumendil, milles on andmed tema suguhaiguse kohta; 3) kui haige keeldub oma allkirja andmast kirjalikule hoiatusele, mille arst on fikseerinud ambulatoorsel kaardil või haigusloos, siis peab arst selle keeldumise ära märkima haigusloos kolmanda isiku juuresolekul; 4) laboratoorsete uurin-gute andmed, mille sisust on teadlik ka suguhaige, ning muud andmed.

Ambulatoorsele kaardile või haigusloosse peavad olema kirja pandud kõik suulised või kirjalikud hoiatused alustamata ravi, ravi katkestamise või ravist kõrvalhoidumise kohta. Kaardile peab haige alla kirjutama. Ilma tema allkirjata ei ole neil dokumentidel õigusjõudu ning alles pärast tunnistaja ütlust omandab dokument õigusjõu. Seetõttu on väga oluline suguhaigele hoiatust esitades võtta kohe temalt allkiri selle kohta.

Kriminaalvastutust kannab haige «Eesti NSV kriminaalkodeksi» § 119 põhjal kogu ravi ajal, ravi tulemuste kontrollimise ajal kuni arvelt mahavõtmiseni. Tervishoiupraktikas on ilmne-

nud, et mitte alati ei taga ravikuur veel tervenemist. Seepärast on haigel keelatud astuda sugulisse vahekorda haiguse diagnoosi määramisest alates kuni haige arvelt mahavõtmiseni.

Suguhaige kannab kriminaalvastutust ka sel juhul, kui tema seksuaalpartner, kes ise haige ei ole, kuid on teadlik suguhaiguse olemasolust antud isikul, astub ikkagi seksuaalvahekorda.

Kriminaalvastutusele «Eesti NSV kriminaalkodeksi» § 119<sup>1</sup> alusel kuulub isik, kellel on kindlaks tehtud suguhaigus ning kellele tervishoiuasutused on teatavaks teinud ravi vajaduse, kuid kes sellele vaatamata ravist keeldub.

Suguhaiguse ravist teadlikult kõrvalhoidumiseks peetakse 1) raviasutuses ravikuurist keeldumist; 2) ravile mõjuva põhjuseta ilmumata jäämist; 3) ravi katkestamist alkoholi või narkootikumide tarvitamise tõttu; 4) haiglarežiimi rikkumist (haiglast põgenemine, joomine, mille tagajärjel tuli ravi katkestada); 5) ravikontrollile mõjuva põhjuseta mitteilmumist, vaatamata raviasutuse väljakutsele ning 6) omapead ravimist pärast raviasutuse väljakutset ravile ilmuda.

Juurdlusorganites ja prokuratuuris on levinud arusaamine, et suguhaigust põdeja on ühiskonnale ohtlik ainult sel ajal, kuni ta ei ole veel läbi teinud esmast ravikuuri. Pärast seda ning ravijärgsel kontrollimise perioodil ei peeta haiget enam ekslikult ühiskonnale ohtlikuks. Igal konkreetsel juhul tuleb enne kriminaalvastutusele võtmist tuvastada haigel suguhaiguse olemasolu.

Tegelikult aga on haige ravijärgsel kontrollimise perioodil kuni arvelt mahavõtmiseni ühiskonnale nakkusohtlik. Seega on suguhaige kriminaalselt vastutav ravist kõrvalhoidumise korral nii ravikuuri ajal kui ka selle järelkontrolli perioodil.

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 1971. a. 1. oktoobri seadluse «Vastutuse tugevdamise kohta suguhaiguste levitamise eest» täitmise ja NSV Liidu Ülemkohtu pleenumi 1973. a. 8. oktoobri otsuse põhjal kohustatakse NSV

Liidu tervishoiuministri käskkirja nr. 875 (19. novembrist 1971) alusel naha- ja suguhaiguste dispanserite ning ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajaid, kes tegelevad suguhaigete raviga, välja selgitama need isikud, kes kuuluvad kriminaalvastutusele võtmisele eespool mainitud seadluse alusel. Nii suguste haigete kohta tuleb vormistada dokumendid ning need üle anda juurdlusorganitele.

Dokumentide juurdlusorganitele üleandmise otsustab komisjon kollegiaalselt, vältimaks küsimusele subjektiivset lähenemist. Komisjoni kuuluvad raviarst, osakonnajuhataja ning naha- ja suguhaiguste dispanseri peaarst. Arutluse käigus, mis eelneb otsuse vastuvõtmisele, tuleb iga suguhaige puhul lähtuda individuaalselt, arvesse võttes kõik negatiivsed ja positiivsed asjaolud, samuti kaaludes materjalide juurdlusorganitele üleandmise otstarbekust. Komisjoni otsuses peavad olema ära toodud kõik need režiimirikkumised, mille alusel otsus tehti. Komisjoni otsus peab olema haige ambulatoorsel kaardil või haigusloos ning kõik komisjoni liikmed peavad otsusele alla kirjutama.

Haige ambulatoorne või statsionaarne kaart, millel on komisjoni liikmete allkirjad, antakse üle juristile dokumentide vormistamiseks ning seejärel üleandmiseks juurdlusorganitele suguhaige kriminaalvastutusele võtmiseks «Eesti NSV kriminaalkoodeks» § 119 ja § 119<sup>1</sup> alusel. Jurist esitab juurdlusorganitele järgmised dokumendid:

1. Suguhaigele tehtud hoiatus, millele on alla kirjutatud nii arst kui ka haige; peab olema märgitud haige esija perekonnanimi, aadress ning hoiatuse koostamise kuupäev.

2. Väljavõte haigusloost, mille on kinnitanud raviasutuse peaarst ning millel on pitsat. Haigusloo väljavõte koostatakse komisjoni otsuse alusel.

3. Naha- ja suguhaiguste dispanseri kaaskiri haige kriminaalvastutusele võtmise kohta, milles on lühidalt esitatud need argumendid, mille põhjal haige kuulub kriminaalvastutusele võtmisele. Lisatud võivad olla ka muud

dokumendid, mis kinnitavad kuritegu, näiteks valvepersonali ettekanded haiglarežiimi rikkumisest (lõhutud aknad, ebatsensuursed väljendid, alkoholi tarvitamine jne.) jne. Korrarikumiste faktid, mille alusel koostatakse materjalid haige kriminaalvastutusele võtmiseks, peavad eelnevalt olema registreeritud igas raviasutuses olevates päevikutes. Õigel ajal registreeritud korrarikumisi võib sel juhul alati kontrollida ning vajaduse korral neile tugineda. Režiimirikkumised ravi ajal või dispansersel jälgimisel tuleb tingimata ära märkida haige ambulatoorsel kaardil.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirja nr. 320 alusel tuleb vormistatud dokumendid üle anda juurdlusorganitele kolme ööpäeva jooksul, kuid mitte hiljem kui viie päeva möödumisel õiguserikkumise väljaselgitamisest (s. o. otsuse koostamise momendist).

*Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser*

---

**Suguhaiguste sotsiaalsed ja meditsiinilis-sanitaarsed** aspektid olid tehnilise diskussiooni teemaks Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni peaassamblee XXVIII sessioonil 100 maalt saabunud enam kui 220 delegaadi osavõtul mullu maikuu. Üldarvamus oli see, et riikide valitsused peaksid pöörama enam tähelepanu suguhaiguste meditsiinilistele, sotsiaalsetele ja majanduslikele probleemidele, samuti ka mitteküllaldastele jõupingutustele, mida võetakse ette võitluses suguhaigustega. Sanitaarselgitustööd selles valdkonnas peeti üksmeelselt eluliselt tähtsaks, millest oleneb lõppkokkuvõttes suguhaiguste tõrje edukus ning mis peaks toimuma nii spetsiaalselt moodustatud kuulajate rühmadele kui ka üldse kõikide elanike, eriti noorte hulgas.

Kõik osavõtjad nõustusid sellega, et suguhaiguste ravi ja tõrjega tegelevad asutused peaksid tegutsema kõrgemate tervishoiuorganite üldjuhtimisel. Selleks peaks olema keske organ, kelle ülesandeks oleks ürituste plaanimine ja koordineerimine, epidemioloogiline järelevalve, selgitustöö organiseerimine jms. tööd. Seda organit juhiks suguhaigustevastases võitluses ja juhtimistöös kompetentne spetsialist. Samuti on väga oluline, et ka muude erialade arstid ning keskastme meditsiinipersonal valdaksid suguhaigustealaseid teadmisi.

*Хроника ВОЗ, 1975, 12*

---

# Tähtpäevad

---

## HELMI NÕUGASTI TÖÖJUUBEL

Jätkuks vist ühe inimese sõrmedest, et Eesti NSV-s üles lugeda need, kes on ühes ja samas raviastutuses pidevalt töötanud nelikümmend aastat. Üks neist on Tallinna Tõnismäe Haigla röntgenilaborant Helmi Nõugast.

Juubilar on sündinud 28. novembril 1911. aastal Peterburis vabrikusepa perekonnas. 1931. aastal lõpetas ta Rakvere Ühisgümnaasiumi.

16. märtsil 1936. a. tuli H. Nõugast tööle tolelaegse Tallinna Ühishaigekassa kantseleisse, mis aga noort ja energilist naist ei rahuldanud. Juba samal aastal viidi ta üle tööle röntgenikabinetti, kus ta usinasti asus laborandiametit õppima. Aega pidi jätkuma veel muukski: nii lõpetas H. Nõugast järgmisel aastal Punase Risti ase-



õdede kursused. Puhkehetkeil õpikuisse süvenemine, armastus kutseala vastu ning hea tahe lubasid tal 1940. aastal, pärast nõukogude võimu taaskehtestamist, sooritada eksternina meditsiiniõe eksamid. Lisaks röntgenitööle määrati H. Nõugast 1951. aastal ka haigla arhivaariks.

Soov veelgi paremini oma ülesandeid täita tiivustas H. Nõugastit astuma röntgenilaborantide spetsialiseerumise kursustele, mille korraldas Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla. Kursused lõpetas ta väga hea hindega. H. Nõugast töötab tänaseni Tallinna Tõnismäe Haigla röntgenikabinetis, ta on tõeline kuldvara.

H. Nõugasti patsiendid peavad temast lugu kui abivalmist ja siirast meditsiinitöötajast. Meie, tema kaastöötajad, teame rohkematki. Pikemat aega oli ta Tõnismäe Haigla ametiühinguorganisatsiooni kultuurikomisjoni eesotsas ning võitis südameid lastetaidluse ergutajana. Aastaid juhatas ta haigla õdede nõukogu. H. Nõugasti tööraamatus on kuhjaga kiitusi eeskujuliku töö eest. See kõik on ilusa asja üks pool. Pole halvem teinegi. H. Nõugast töökaaslasena on võrratu seltsimees, sõbralik ja kogenud nõuandja, vaimukas kaasvestleja, kirjandussõber, hakkaja rändur, meister maitsvat kohvi keetma, armastav vanaema... ja mida kõike veel. Õnnitlen teda kogu kaastöötajate pere ning lugematute tänuilike patsientide nimel.

*Maie Gustavson*

# Kriitika ja biblio- graafia

## BROŠÜÜR «SUGUHAIGUSED JA NENDE VÄLTIMINE»

Suguhaigusi ja nende tõrjet käsitlevat populaarteaduslikku kirjandust on meie vabariigis avaldatud äärmiselt vähe. Seepärast on tervitatav, et kirjastuse «Valgus» poolt väljaantavas sarjas «Teadus ja tervis» ilmus 1975. a. brošüür «Suguhaigused ja nende vältimine»\* (esimene trükk 1966. a.). Teist trükki on autor täiendanud sisu lähemalt selgitavate skemaatiliste jooniste ja mõningate osadega, mis puudutavad peamiselt suguhaiguste epidemioloogiat ja ühiskondlikku profülaktikat.

Brošüüris antakse suguhaiguste lühike iseloomustus ja käsitletakse nende vältimise põhiseisukohti. Suguhaigustevastase sanitaarharidustöö seisukohalt on oluline, et erilist tähelepanu pööratakse suguhaiguste tõrje kõige tähtsamale lõigule — ühiskondlikule profülaktikale. Dispanseerse meetodi tõhususe demonstreerimiseks tuginetakse veneroloogide igapäevase töö näidetele, näiteks arsti poole mittepöördumine või hilinenud pöördumine, haiguse ravimine haige enda poolt ja selle varjuküljed seoses haige paratamatu ebakompetentsusega, ravi omavolilise katkestamine ja ravirežiimi rikkumine, samuti haigusetekitajate ravimiresistentsus, nihked suguhaiguste kliinilistes avaldumisvormides, eelkõige aga nakkusallikate ja kontaktsete varjamine. Tuuakse esile te-

gureid, mis otseselt või kaudselt mõjutavad negatiivselt mitte üksnes üksikisiku haiguse kulgu, vaid ka suguhaiguste tõrjet tervikuna, soodustades nende levikut.

Isikliku profülaktika osatähtsust vähendamata tõstetakse kindlalt esiplaanile ühiskondlik profülaktika. Seejuures pööratakse korduvalt haigete poole ning selgitatakse, kui tõhusalt ja millisel viisil just nemad saavad kõige paremini kaasa aidata suguhaiguste ühiskondlikule profülaktikale.

Brošüüri autor ei pea liiaks väita, et veneroloogi-epidemioloogi «paremaks käeks» on need haiged, kes annavad arstile täielikke andmeid oma seksuaalpartneritest. Seda seisukohta tuleb täiesti õigeks pidada, sest ei ole ju nakkusallikate väljaselgitamiseks ja nakkusahelatesse ning haiguskolletesse tungimiseks tõepoolest muid andmeid kui need, mida haigestunud ise arstile annavad.

Paraku on igale veneroloogile teada, et paljud suguhaiged on oma partnerite teatamisel üsna tõrksad. Kuigi raviarsti korduv selgitustöö otsese sõna abil sel puhul on vältimatu, ei ole arstil alati aega pikkadeks vestlusteks. Neil puhkudel saabki appi tulla trüki sõna. Võib loota, et kõnesolevas brošüüris esitatud veenvad argumendid juhivad mõnegi haige mõtted õigetele rööbastele. Seepärast peaks trükis kuuluma ka iga veneroloogiaasutuse raamatukogusse vajaliku lektüürina suguhaigete jaoks, eriti aga neile, kes on paigutatud haiglaravile ja kellelt ei ole saadud mingisugust informatsiooni nakkusallika ega kontaktsete kohta. Tõenäoliselt aitaks sanitaarharidustöö sellise vormi rakendamine meie veneroloogidel senisest edukamalt täita põhilist ja väga vajalikku epidemioloogilist ülesannet — haiguskollete võimalikult täielikku väljaselgitamist.

Meil vabariigis on suguhaigustesse haigestunute hulgas ka neid, kes eesti keelt küllaldaselt määralt või üldse ei valda. Vahendajaks on neil juhtudel muidugi vene keel. Kahjuks on Eesti NSV-s venekeelne veneroloogiaalane

\* E. Rõigas «Suguhaigused ja nende vältimine». Teine, parandatud ja täiendatud trükk. «Valgus». Tln., 1975.

selgitustöö üsna puudulik, sest venekeelseid vastavasisulisi brošüüre jõuab meie vabariiki äärmiselt harva ja vähe, sedagi vaid suurematesse raamatukogudesse üksikute eksemplaridena. Pealegi ei ole üleliiduliste populaarteaduslike väljaannete hulgas seni küll ilmunud ühtki, milles suguhaiguste ühiskondliku profülaktika osatähtsust, eriti haigete eneste osa ja võimalusi selles, oleks käsitletud nii detailselt kui E. Rõigase brošüüris.

Eeltoodud arvestades ei ole kahtlust, et edukale suguhaiguste vastu võitlemisele aitaks suuresti kaasa, kui kirjastus «Valgus» annaks mainitud brošüüri välja ka vene keeles.

*Ralf Uuetoa*

## **BIBLIOGRAAFILISI KARTOTEEKE JA SOOVITUSNIMESTIKKE MEDITSIIINIRAAMATUKOGUS**

**Akupunktuur.** Kirjandust aastaist 1970...1975. Vene ja võõrkeeltes 326 nimetust. Koostanud A. Kadai.

**Akuutne pneumoonia.** Kirjandust aastaist 1973...1975. Vene ja võõrkeeltes 105 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

**Emaka rebendid.** Kirjandust aastaist 1970...1975. Võõrkeeltes 87 nimetust. Koostanud A. Kadai.

**Kirjandust anesthesioloogidele-reanimatoloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1971...1975. Vene keeles 32 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Kirjandust gastroenteroloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1970...1975. Eesti ja vene keeles 76 nimetust. Koostanud E. Vahehalu.

**Kirjandust ftisiaatritele.** Soovitusnimestik aastaist 1971...1975. Vene keeles 27 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Kirjandust kardioloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1970...1975. Eesti ja vene keeles 94 nimetust. Koostanud E. Vahehalu.

**Kirjandust lastearstidele.** Soovitus-

nimestik aastaist 1971...1975. Vene keeles 46 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Kirjandust lastekirurgidele.** Soovitusnimestik aastaist 1970...1975. Eesti ja vene keeles 44 nimetust. Koostanud E. Vahehalu.

**Kirjandust onkoloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1971...1975. Vene keeles 32 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Kirjandust pulmonoloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1970...1975. Eesti ja vene keeles 62 nimetust. Koostanud E. Vahehalu.

**Kirjandust röntgenoloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1971...1975. Vene keeles 22 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Kirjandust stomatoloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1970...1975. Eesti ja vene keeles 43 nimetust. Koostanud E. Vahehalu.

**Kirjandust tervishoiuorganisaatorile.** Soovitusnimestik aastaist 1971...1975. Vene keeles 29 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Kirjandust urooloogidele.** Soovitusnimestik aastaist 1970...1975. Vene keeles 31 nimetust. Koostanud M. Tedremaa.

**Mao ja kaksteistsõrmiksoole histoloogia ja histokeemia.** Kirjandust aastaist 1970...1975. Võõrkeeltes 128 nimetust. Koostanud A. Kadai.

**Meditsiinilise geneetika probleeme.** Geneetiline konsultatsioon. Kirjandust aastaist 1973...1975. Võõrkeeltes 374 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

**Neurooside etioloogia, patogenees ja ravi.** Kirjandust aastaist 1974...1975. Vene ja võõrkeeltes 143 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

**Psühhofarmakonid neurooside ravis.** Kirjandust aastaist 1974...1975. Vene ja võõrkeeltes 342 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

**Raseda füsioloogilised iseärasused.** Kirjandust aastaist 1973...1975. Vene ja võõrkeeltes 99 nimetust. Koostanud M. Soosaar.

*Koostanud Anne Kadai*

## SKOLIOSOMEETER ESM

EVALD SAUEMÄGI . VILJANDI

Skolioosi diagnoosimine ei valmista õpilaste arstlikul läbivaatusel erilisi raskusi, arvestades tüüpilist kliinilist leidu. Olulisem on kindlaks määrata, kas skolioos progresseerub või mitte. J. Cobbi (1, 2) järgi on kõigist skolioosidest 90% primaarsed, s. t. idiopaatilised. Mitmete autorite andmetel (3, 5, 6) ligikaudu 20% idiopaatilistest skolioosidest progresseerub. Selle varajane kindlaksmääramine on tähtis, et lapsi võiks suunata õigel ajal ortopeedilisele ravile.

Kas skolioos progresseerub või mitte, samuti selle ulatust määratakse tavaliselt lülisamba funktsionaalsel röntgenoloogilisel uurimisel. Mõnel juhul on need mõningate raskustega seotud.

Õpilase üksnes välise vaatluse põhjal on raske anda hinnangut skolioosi progresseerumise kohta. Skolioosi diagnoosimiseks kasutatakse mitmesuguseid skoliosomeetreid.

S. Ivanovi (4) järgi on NSV Liidus kõige enam kasutatav A. Podjapolski skoliosomeeter. See kujutab endast tavalist puust pikkusemõõtjat, mis on keskjoonel perforeeritud. Nende avade kaudu märgitakse uuritava seljale metüleensinise pulgaga punktid, nii määratakse kindlaks telgjoon. Märkides selle kõrvale ogajätkete asukohad, on võimalik välja joonistada skolioosi kaar ja mõõta selle tipu kaugust telgjoonest.

Et see meetod ei anna küllaldast informatsiooni skolioosi progresseerumise üle otsustamiseks, konstrueerisin lihtsa skoliosomeetri, mida on hõlbus

kasutada ja mis võimaldab õpilaste arstlikul läbivaatusel jälgida lülisamba muutusi dünaamikas.

Skoliosomeeter koosneb 80 cm pikkusest metalltorust, millele on lisatud kaks 4 cm pikkust sagitaalset varrast, mis on nihutatavad (vt. foto 1). Need vardad asetame uuritava VII kaelalüli ja IV nimmelüli ogajätkele, määrates sellega telgjoone (vt. foto 2). Sagitaalsete varraste vahel paikneb frontaaltasapinnas 30 cm pikkune varras, mis on perforeeritud 1 cm vahemikega ning mis on samuti nihutatav vastavalt vajadusele. Mõõtmisel asetame frontaalse varda skolioosi kaare tipu kõrgusele, mõõtes sellega skolioosi kauguse telgjoonest. V. Tšaklini (7) järgi hinnatakse skolioosi raskusastet skolioosi kaare nurga põhjal, mõõtes röntgenogrammil nurga skolioosi kaare tipust

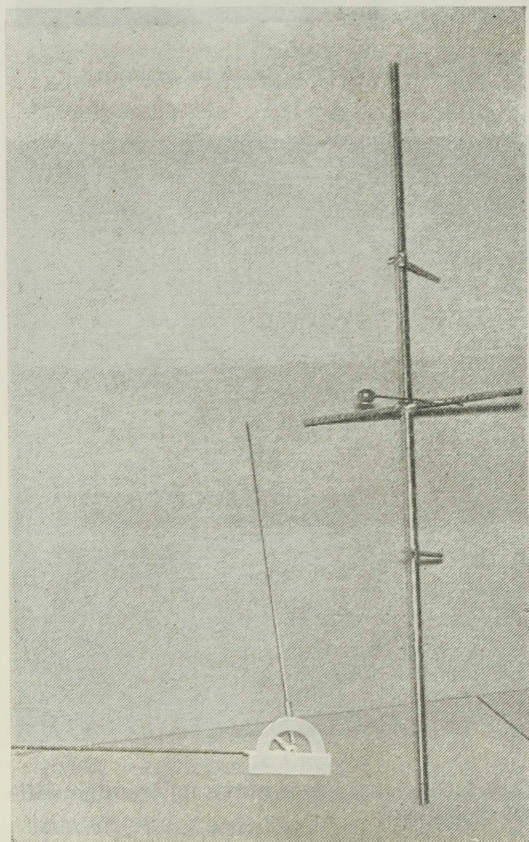


Foto 1. Skoliosomeeter ESM.

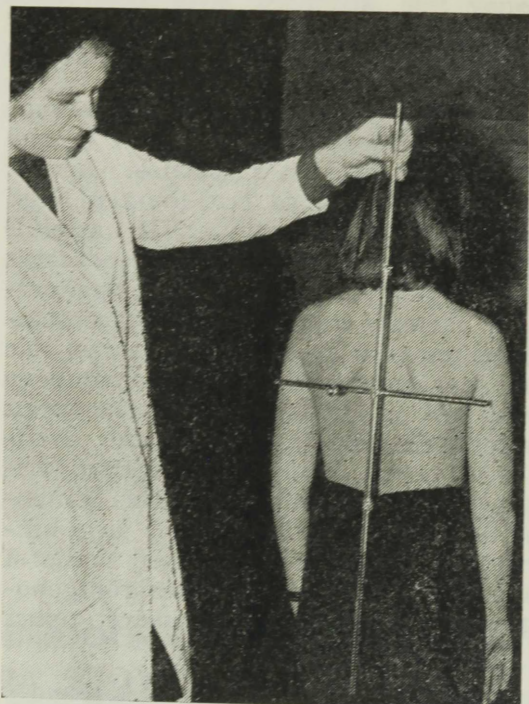


Foto 2. Lülisamba telgjoone määramine.

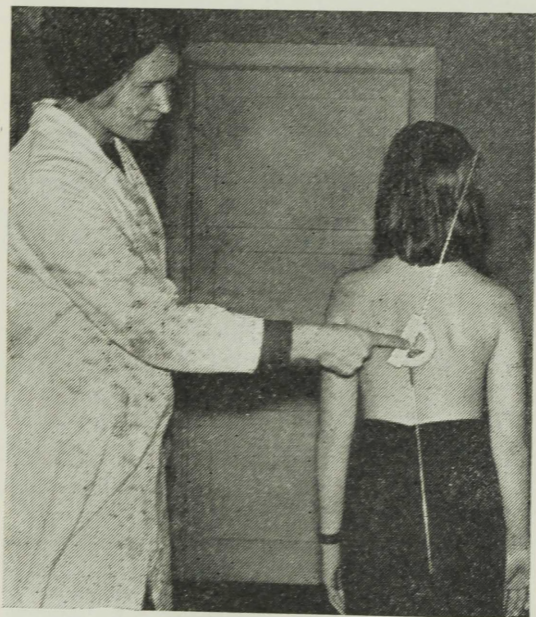


Foto 3. Skolioosi kaare nurga määramine välisel mõotmisel.

skolioosi kaarest kõrgemal ja allpool asuvate neutraalsete lülkehade vahemikel. Nurga muutused lubavad otsustada ka skolioosi progresseerumise üle.

Lisasin skoliosomeetrile nurgamõõtja, mis võimaldab määrata skolioosi nurka välisel mõotmisel (vt. foto 3). Selleks märgime rasvapliiatsiga skolioosi kaare tipu ning kaarest kõrgemal ja madalamal asetsevate lülde ogajätkete asukohad. Nurgamõõtjaga saame määrata skolioosi nurga küllalt täpselt ja jälgida selle muutusi. Niisugune skoliosomeeter võimaldab täpselt mõõta ka abaluu alumiste nurkade kõrguse vahet (vt. foto 2).

Kõik andmed kantakse õpilase individuaalkaardile. Nii saame korduvatel läbivaatustel objektiivseid andmeid skolioosi arengu kohta, mis aga võimaldab õpilast õigel ajal saata ortopeedilisele ravile, vältimaks raskekujulisi deformatsioone ja skoliootilise haiguse väljakujunemist.

KIRJANDUS: 1. Cobb, J. Bone Joint Surg. (Am.), 1958, 40, 507—510. — 2. Cobb, J. Bone Joint Surg. (Am.), 1960, 42, 1413—1425. — 3. James, J. J. Bone Joint Surg. (Br.), 1954, 36, 36—49. — 4. Ivanov, S. Arstlik kontroll ja ravikehakuks. Tallinn, 1967.

5. Мовшович И. А. Сколиоз — хирургическая анатомия и патогенез. М., 1964. — 6. Цивьян Я. Л. Хирургия позвоночника. М., 1966. — 7. Чаклин В. О. Сколиоз и кифосколиоз. Ортопедия. Т. 2. М., 1957, 409—467.

Viljandi Rajooni Keskaigla

**Suguhaiguste esinemissagedus** enamikus maailma maades on ikkagi kõrge, kuid haigestumuses on olulisi erinevusi. Raske on teada saada kõikidest registreeritud juhtudest, sest paljud haiged ravivad end ise või eraarstide abiga. Vaatamata riikide tervishoiuorganite pingutustele ja tõhusale ravile ei ole ohtlike tagajärgede esinemissagedus vähenenud. Selle peamiseks põhjuseks peetakse alaealiste ja noorukite, samuti immigrerunud tööliste ja veel mõnede teiste sotsiaalsete elanikerühmade muutunud seksuaalset käitumist. Diagnoosimise ja ravi edusamude tõttu on küll vähenenud raskekujuliste hilistüüptide arv.

Хроника ВОЗ, 1976, 2

# Mitme- sugust

## NOBELI ARSTITEADUSE- JA FÜSIOLOOGIAAUHIND ONKOVIROLOOGIDELE

SILVER JÖKS · TALLINN

1975. a. Nobeli arstiteaduse- ja füsioloogiaauhind anti Ameerika onkoviroloogidele Renato Dulbeccole, David Baltimore'ile ja Howard Martin Teminile saavutuste eest raku pärilikkuseaine ja viiruse interaktsioonide uurimisel.

Nimetatud teadlastest on kõige varem R. Dulbecco, kes on sündinud 1914. aastal Itaalias Catanzaros. Hariduse omandas ta Torinos, kus 1936. aastal sai arstiteaduse doktori kraadi. 1946. a. asus R. Dulbecco elama Ameerika Ühendriikidesse. Elukoha vahetus tõi kaasa muutuse erialas: varem tegeldud morfoloogiliste distsipliinide (patoloogia, histoloogia ja embrüoloogia) asemele tuli mikrobioloogia. Edasine spetsialiseerumine viis ta viroloogide hulka. Ta on töötanud Kalifornia Tehnoloogiainstituudis ja Salki Bioloogiliste Uurimiste Instituudis. Praegu töötab teadlane ajutiselt Londonis. R. Dulbecco on Ameerika Ühendriikide Rahvusliku Teaduste Akadeemia liige.

R. Dulbecco tööd on jätnud sügava jälje viroloogilise meetodika arengusse. Tema idee kohandada «negatiivsete kolooniate» \* meetod, mida laialdaselt kasutati ja kasutatakse töös bakteriofaagidega, loomsete viiruste uurimiseks koekultuuridel andis suurepäraseid tulemusi. R. Dulbecco poolt aastail

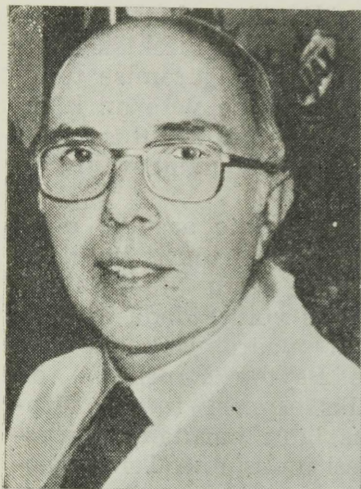
\* bakterite kihis viiruste toimel tekkinud kahjustuskolded

1952...1954 väljatöötatud tsütopaatiliste laikude meetod kui infektsioossete viiruseosakeste hulga määramise tundlik ja erakordselt täpne võte on kümnetes modifikatsioonides kasutusel kõikides maailma viroloogialaboratooriumides.

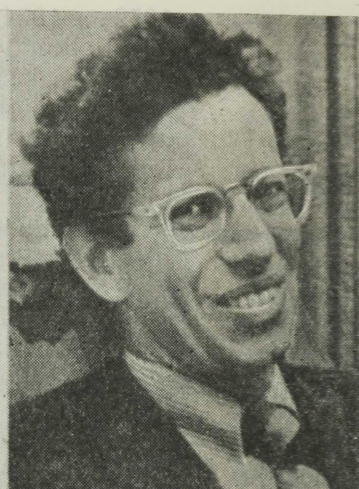
Kui kuuekümnendate aastate algul teadusmaailmas järsult tõusis huvi onkogeensete viiruste vastu — selle ilmekaks väljenduseks võib pidada 1966. a. Nobeli auhinna määramist onkoviroloogia rajajale Peyton Rousile —, oli R. Dulbecco üks esimesi tuntud virolooge, kes asus lahti harutama viirusliku onkogeneesi umbsõlme. Tema meetod, mille järgi hinnati kvantitatiivselt onkogeensete DNA-viiruste poolt koekultuurides esilekutsutud transformatsiooni, avas teadlastele uued võimalused selle keeruka protsessi olemuse mõistmiseks.

D. Baltimore on Ameerika viroloogide noorema põlvkonna üks silmapaistvamaid esindajaid. Ta on sündinud 1938. a. New Yorgis. Hariduse omandas Massachusettsi Tehnoloogiainstituudis ning filosoofiadoktori kraadi sai 1964. a. Rockefelleri Instituudis. Töötanud lühikest aega Albert Einstein Meditsiini-kolledžis molekulaarbioloogia alal ja Salki Bioloogiliste Uurimiste Instituudis, pöördus ta 1968. a. tagasi Massachusettsi Tehnoloogiainstituuti, kus töötab tänaseni.

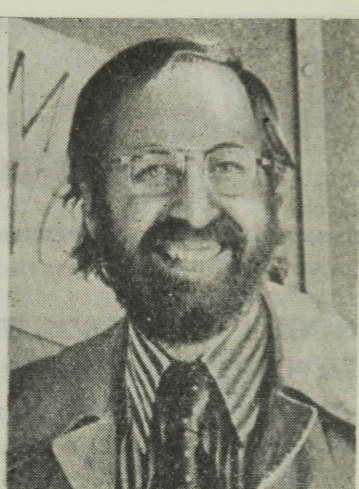
D. Baltimore alustas oma teadlase- teed avastusega, mis tugevasti mõjutas kogu viroloogia edasist arengut. 1963. a., ta oli siis vaid kahekümne viie aastane, isoleeris ta RNA-viirustega nakatatud rakkudest ensüümi — RNA-polümeraasi e. replikaasi, mille abil toimub viirusliku nukleiinhappe süntees. Selle viirusspetsiifilise ensüümi avastamine ja tundmaõppimine avasid muu hulgas ka täiesti uued perspektiivid viirushaiguste kemoteraapia teoreetiliste aluste loomiseks. Uurinud mitu aastat poliümüeliidiviiruse replikatsiooni, asus D. Baltimore lahendama onkoviroloogiaprobleeme. Nobeli auhinna määramise ajendiks sai veel ühe viirusspetsiifilise ensüümi — RNA-st



Renato Dulbecco



Howard Martin Temin



David Baltimore

sõltuva DNA-polümeraasi e. pöördtranskriptaasi e. revertaasi — avastamine, mis toimus 1970. a. üheaegselt D. Baltimore'i ja kolmanda autasustatud teadlase H. M. Temini laboratooriumis.

H. M. Temin on sündinud 1934. a. Philadelphias. Hariduse sai ta Swarthmore'i kolledžis, kus bakalaureuse kraadi sai 1955. aastal, ning Kalifornia Tehnoloogiainstituudis, kus 1959. aastal omandas filosoofiadoktori kraadi. Praegu töötab ta McArdle Vähiuurimise Laboratooriumis Madisoni Ülikooli juures, mis asub Wisconsinis osariigis.

Analüüsidest onkogeensete RNA-viiruste (onkornaviiruste) replikatsioonitsükli, tuli H. M. Temin juba 1964. a. järeldusele, et nende viiruste paljunemise ajal peab toimuma päriliku informatsiooni kandumine RNA-lt DNA-le. Selle hüpoteesi «ketserlus» oli ilmselge. Lubas ju üldise tunnustuse võitnud «bioloogia põhidogma» informatsiooni liikumist vaid suunas DNA→RNA→valk. Seepärast ei pööratud H. M. Temini julgele hüpoteesile esialgu tähelepanu. Teadlasel tuli viis aastat pingeliselt töötada, et oma teooria paikapidavust tõestada. Ja siis, nagu juba mainitud, õnnestus see üheaegselt isegi kahes laboratooriumis.

Pöördtranskriptaasi avastamisel oli

suur põhimõtteline tähtsus. Alles nüüd on võimalik mõista, kuidas suudavad onkornaviirused, mis ei sisalda universaalset pärilikkuseainet DNA-d, sekku da rakkude pärilike omaduste kujunemisse. Infektsioosse pärilikkuse hüpotees (L. Zilber) — «vööra» geneetilise materjali integreerumine normaalse raku genoomiga — sai reaalse sisu. H. M. Temini ja D. Baltimore'i ning nende arvukate järgijate tööde põhjal võime nüüd onkornaviiruste ringlust ette kujutada järgmiselt. Rakku tunginud RNA-l kui matriitsil sünteesitakse pöördtranskriptaasi abil DNA-d, mis on komplementaarne viirusliku RNA-ga. See DNA võib lülituda (integreeruda) raku genoomi ning sellisel kujul kanduda ühest rakupõlvkonnast teise. Täiendava geneetilise informatsiooni lisandumine muudab sageli raku bioloogilisi omadusi, kutsub esile transformatsiooni.

Kuid pöördtranskriptaasi avastamise teaduslik mõju näib ulatuvat kaugele väljapoole onkoviroloogia piire. Just pöördtranskriptaasile rajas H. M. Temin ka oma protoviiruste hüpoteesi. H. M. Temini arvates on võimalik (mõnikord aga lausa vajalik) geneetilise informatsiooni ülekandumine paljurakse organismi ühelt rakult teisele, mitte tütarrakku. See ülekandumine

võiks toimuda järgmiselt. Doonoraku genoomi teatav kindel lõik (protoviiruslik DNA) kopeeritakse (transkribeeritakse) RNA-le ning kantakse sellisel kujul üle retsipientrakule. Siin kopeeritakse informatsioon pöördtranskriptaasi abil DNA-le tagasi ning lülitatakse genoomi. Selle protsessi tagajärjel võivad paljurakse organismi rakud neis sisalduva geneetilise informatsiooni poolest üksteisest seaduspäraselt erineda.

Ka selle hüpoteesi formuleerimisel on H. M. Temin endale truuks jäänud: tema propageeritavad mõtted on jälle «ketserlikud», erinedes radikaalselt klassikalisest genoomide identseuse ideest. Mõnes oma hilisemas töös on ta isegi oletanud võimalust (ja vajadust!) täiesti uute nukleotiidide järgnevuse (uue geneetilise informatsiooni) tekkimisest organismis, näiteks seoses anti-kehade sünteesi ja mälu protsessidega. Kuigi need ideed on seni veel katseliselt kinnitamata, pakuvad nad laialdasi võimalusi eksperimendiks, sellega stimuleerides bioloogia arengut. Nende tõepärasuse mingiks garantiiks võiks olla H. M. Temini seni eksimatu uurija-vaist.

*Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut*

## MEDITSIIIN JA OLÜMPIAMÄNGUD

Kolm aastat tagasi tulid olümpialinnas Montrealis sümposionile kokku Kanada spordiarstid. Räägiti meditsiiniprobleemidest seoses eelseivate XXI olümpiamängudega 1976. a. suvel. Vaatluse alla oli võetud dopingu kontroll, soo kindlakstegemine, aklimatiseerumine ja sportlase võimete taastumine pärast võistlust.

Rahvusvahelise Olümpiakomitee president tutvustas kohalolijaid Tokio, Mehhiko ja Müncheni olümpiamängude kogemustega ja lisis, et nad ei taha olümpiaadi, kus võidule viivad imeravimid, vaid ausat heitlust. Ta tegi etteheiteid rahvusvahelistele farmaatsia-

kontsernidele, kes oma laboratooriumides mõtlevad välja uusi «jõupille», mõtlemata sportlaste tervisele.

Ehkki dopingu kasutamist on seni kindlaks tehtud peamiselt jalgrattasportlastel, ujujatel, veepalluritel ja jäähokimängijatel, kontrollitakse Montrealis kõikide alade sportlasi. Sportlasi võidakse kontrollida enne ja pärast võistlust. On keelatud tarvitada steroide, mis suurendavad kehakaalu, eriti muskliste massi. Nii võib steroidide kasutamine tõstmises suurendada atleedi võimekust 8% võrra. Ent dopingu kasutamise selgitamine jääb ikkagi probleemiks. Tagantjärele ei ole võimalik kindlaks teha, kas olümpialane võttis neid treeningul ja lõpetas nende pruukimise enne olümpiaadi või kasutas ta dopingut võistlustel.

Paljusid huvitab, kas Montrealis tehakse hormoonikontrolli? Organiseerimiskomitee on selleks eraldanud mitusada tuhat dollarit, kuid samal ajal kaheldakse tulemuste õigsuses. Rahvusvaheline Olümpiakomitee loodab inglase Brooks'i meetodile, kuid ka see ei võimalda avastada vahetult lihasesse süstitud hormone. Praegused kontrollimeetodid on kallid. Ilmselt tuleb spordiarsitidel leida vastuvõetavam meetod.

Eelmiste olümpiamängude ajal kõrvaldati üks naine võistlustelt soo kontrollimise põhjal. Kontrollimisi, mille tulemusi hoitakse salajas, korraldatakse varakult, nii et vastav maa jõuaks kellegi väljalangemise korral saata uue võistleja. Vaevalt, et Montrealis seda juhtub, sest enamik riike kontrollib sportlaste kromosoomi juba enne väljasõitu. Kellel ei ole kaasas tõendit eelmistelt rahvusvahelistelt võistlustelt, sellel tuleb Kanadas minna kromosoomide kontrollile laboratooriumi, visuaalne kontroll ei ole piisav.

Sümposionil oli arutusel ka hüпноos. Hüpnoteerimisega võib märgatavalt tõsta sportlase võimekust teatavaks perioodiks. Näiteks on teada, et nimekas USA poksija K. Norton veedab (ettevalmistusperioodil otsustavaks matšiks) iga päev kaks tundi oma hüpnoteerija M. Deaniga, kes talle päevast päeva sisendab: «Sa võidad selle matši!», «Pead rohkem töötama vasaku käega!» «Löö paremaga kõvemini!» jne. Hüпноos muudab kõhkleva hiiglase väga enesekindlaks ja sõjakaks. Ent keegi ei söanda väita, nagu oleks vaid hüпноos viinud K. Nortoni maailmaklassi.

Mil viisil kindlaks teha, kas sportlane on hüpnotiseeritud või mitte? Pealegi sisendab treener või meeskonnakapten igale sportlasele usku võidusse.

Samasse valdkonda kuuluvad placebo-tabletid, mis ei sisalda dopingut, kuid kõik sportlased on veendunud, et see pill aitab kiiremini joosta ja kõrgemale hüpata.

Arstide töö olümpiamängudel ei piirdu üksnes eeltooduga. On karta, et lämmatav kuumus, mis valitseb juulikuus Kanada suurimas linnas, suurendab traumade arvu. Eelolümpial peeti maratonijooks täpselt sel kellaajal, nagu see toimub olümpiapäeval, kell pool viis. Kraadiklaas näitas varjus +34° C. Niiskust oli 90%, mis tähendas, et sportlane tundis oma nahal umbes 46° C kuumust. Joosta aga tuli kogu aeg kõrvetava päikese all. Ei ole ime, et tol korral jõudsid finišisse vaid 12 pikamaajooksjat. Katkestajaist viidi Saksa DV jooksja E. Lesse haiglasse, kus tal konstateeriti organismi täielikku veetusumist.

Olümpiamängudel viibib 2300 arsti, kelle hoole all on 8000 atleeti ja 7000 treenerit, esindajaid, masseerijaid — kõik need, kes hakkavad elama olümpiakülas. Seal asub 25 500 m<sup>2</sup> suuruse pindalaga kliinik, kus peale esmaabiruumide on laboratooriumid, röntgenikabinetid, konsultantide ja arstide eluruumid. Füsioteraapia-, radioloogia- ja ortopeediaosakonnad töötavad 16 tundi päevas.

Kindlasti toovad kõik delegatsioonid kaasa ka oma arstid, iga 50 sportlase kohta ühe (kokku mitte rohkem kui neli). Ühelt poolt on see muidugi hea, kohaliku personali koormus väheneb. Teiselt poolt nõuab see täiendavat instrueerimist Kanadas lubatud ja keelatud ravimite, tervishoidu puudutavate seaduste jm. kohta.

Vello Lään

# Uusi ravimeid

## METINDIOON

(*Methindionum*, *Метиндион*)

Keemiliselt 2-metüülamino-2-etüülindaandiooni-1,3-hüdrokloriid. Kasutusel nõrga kollaka varjundiga, lõhnata valgete tablettidena, millel on nõrk mõru maitse.

Peale vahetu toime paroksüsmidesse avaldab metindioon soodsat mõju epilepsiahaigetele psüühikahäirete ning orgaaniliste ajukahjustuste korral. Nõrgeneb afektiivne pingeseisund, paraneb tuju, elavneb pärsitud vaimne tegevus. Metindiooni kasutatakse toonilis-klooniliste krampide ja psühhomotoorsete paroksüsmidega kulgeva epilepsia puhul.

Metindioon sobib nii noorte, vanemaaliste kui ka kõrges eas patsientide raviks. Ravimit määratakse epilepsiahaigetele, kes kannatavad depressiivsete, senestopaatiliste ja hüpohondriliste häirete all.

Epilepsiahaigete raviks, kellel sageli tekivad paroksüsmid, kasutatakse metindiooni 0,25 g korraga kuus korda päevas, ravimit ordineeritakse 1,5- kuni 2-tunniliste vaheaegadega (kokku kuni 1,5 g ööpäevas). Harvade haigushoogude korral (1...2 korda kuus) on küllaldane 0,25 g 4...5 korda päevas (ööpäevas 1,0...1,25 g). Kui haigushoog tekivad öösel une ajal või hommikul ärkamisel, ordineeritakse ööseks 0,05...0,1 g fenobarbitaali, 0,1...0,2 g bensonali või 0,125...0,25 g heksamidiini.

Toime tugevdamiseks võib metindiooni kombineerida kas sedukseeni, radedormi või mõne muu bensodiasepiinirühma preparaadiga. Epilepsiahaigete psühhopatoloogiliste häirete või orgaaniliste ajukahjustuste raviks piisab 0,25 g, mida antakse neli korda päevas. Nagu teistegi epilepsiaavastaste ravimite korral, peab üleminek metindioonravile toimuma pikkamisi, varem kasutatud ravimite annuste pideva vähendamise ja metindiooniannuste suurendamise teel.

Metindiooni ei soovitata ordineerida neile, kellel esineb tugev erutus või pinged. Metindiooni kasutamine suurtes annustes võib harvadel juhtudel põhjustada peapööratust, iiveldust, sõrmede värisemist.

Toodetakse tablettides 0,25 g. Ravim kuulub B-nimekirja. Pakendis 50,0 g (200 tabletti). Hind 5 rubla 2 kopikat.

Uus kodumaine ravim.

Aino Jürison

---

# Quaestiones linguae Estonicae in medicina

---

## KEELEKILDE

ILMAR LAAN · TALLINN

### Juhtigem tähelepanu ebakohtadele!

Arutlusi keelekildude ümber tahaksin alustada mõtisklusega sellest, mida tuleks veel teha, et meedikute umbrohtu kasvanud keelepõldu paremini harida.

Praeguses üldiselt keeleerksas olukorras ilmub küllalt palju keelehooldelisi kirjutisi «Sirbis ja Vasaras», «Edasis», harvemini «Õhtulehes» ja mujal. Ajakiri «Nõukogude Eesti Teravishoid» on aga ainus väljaanne, mis järjekindlalt osutab ebakohtadele arstide keelepruugis ning teeb suurt ja tänuväärset tööd ka arstiteadusliku terminoloogia jooksva korrastamisel.

Tänu erialainimestele E. Kindlamile ja R. Kullile (viimane siiani kahjuks küll ainult «kulissidetaguse» suulise nõuandjana) on paljud gordioni keeletsõlmed ajakirjas tasahilju lahti harutatud ja parimad sõnavormid uskumapaneva põhjendatusega paika pandud. Ikka jääb aga vajaka meie meedikute uute põlvkondade kasvatajate, Tartu teadlaste sulesepsustest.

Kui suur on senigi tehtu tõhusus? Kas kõik eeted on leidnud tarbijaid ja muutunud neile omaseks? Tundub, et mitte üldiselt ja mitte küllalt kiiresti. Kirjapandu keelepraktikasse juurdamiseks peavad kaasa aitama kõik — TRÜ Arstiteaduskonna ja meditsiinkoolide õppejõud, haiglate peaarstid oma asetäitjatega, osakonnajuhatajad,

instituutide teadurid jt., evitades soovitatud sõnu ja sõnaühendeid igapäevases kõnes, ettekannetes, loengutes, vestlustes. Ja tingimata peaksid terminoloogiahuvilised arstid juhtima kolleegide tähelepanu väärade sõna-seadmisele. Võimalusi selleks on varahommikuste lühikoosolekute, valvete üleandmise ja vastuvõtmise, seminaride, nõupidamiste ajal ning ka loõgastushetkedel arstide toas.

*Docendo discimus!*

### Keel läheb hukka ehk hukkub

Ajalehes kirjutatakse katsest, milles «... koerad hukkusid juba 5 päeva kestnud unetuse tõttu», või haigestunud metsloomadest, kes «... nõrkenult maha langenud aga hukuvad kiiresti, ootamatult nagu linnud.» *Hukkuma* on isegi nii armsaks sõnaks muutunud, et ka kahes teineteisele järgnevas lauses ei ole teda millegagi asendada: «Iga päev hukkub rataste all üle 120 000 inimese maailmas! Kummalisel kombel hukkub mehi rohkem kui naisi.» Küll on kurb, et nii *hukkub* ehk *läheb hukka* ka meie armas emakeel.

Ja ega kõnekeeleski enam palju muud kuule «kui ühtainust suurt hukkumist. Teler teatab: «pommirünnakute ajal oli palju hukkunuid, veel rohkem haavatuid», «varem hukkusid niisugused haiged juba mõnede tundide jooksul». Ja seepärast polegi enam midagi imestada, kui arstide omavahelisest vestlusest kuuldub: «Kopsupõletikuga laps toodi liiga hilja haiglasse ja ta hukkus juba samal õhtul.»

Nähtavasti tahame oma igapäevastes jutuaajamistes kramplikult vältida sõnu *surm* ja *suremine*, tõrjuda neid eba-meeldivaid mõisteid endast ja vestluskaaslasest või lugejast eemale hulga peenema (?) *hukkumisega*. Seejuures aga unustame, et nähtust teisiti nimetama hakates ei muutu ju selle olemus, küll aga võib uus termin osutada eba-piisavaks, liiga laiatahenduslikuks või, vastupidi, ainult nähtuse ühte tahku märgistavaks. Just nii on lood ka *hukkumisega*.

Elu paratamatut ning kardetud lõppvaatust on meie rahvas ammust ajast nimetanud ühemõtteliselt ja selgelt suremiseks. Vastavalt olukorrale ja surma põhjusele on seda kas öilistatud kõige poeetilisemate väljenduste või labastatud argoosõnadega. Nii ütleme, et loom on koolnud, kärvanud, lõpnud, kõngenud, õdunud; sõdur on lahingus tapetud, langenud, surmatud, vaprate surma surnud, hävitatud, surma saanud; haige heitis hinge, lahkus elust, hääbus, kustus, suikus igavesele unele jne.

Andrus Saareste «Eesti keele mõistelises sõnaraamatus» III (1962) on *surema* märksõna all toodud üle saja sünonüümi ning mitmest sõnast koosneva teisendkeelendi, sealhulgas ka *hukkuma*. Olen kindel, et tänapäeval võiks neile lisada veel mitukümmend sellis sõnaraamatus fikseerimata väljendit, sest ainuüksi Suure Isamaasõja päevilt meenuvad mõnedki sõdurlikult mahlakad ütlemised, nagu *pani lusika riiulisse, läks mullatoidule, lõi lambid looja, sai kabelimatsu* jne.

Niisiis on võimalik oma mõtteid surmast ja suremisest avaldada väga mitmel moel. Tegemist pole mitte üksnes väljendusliku, vaid ka mõistelise varieerumisega. *Hukkuma* surema tähenduses peaksime jätma vähe tarvitata-vaks sõnaks, mida võtame suhu ainult seoses mingi harva esineva ja traagilise sündmusega või siis ohvriterohke katastroofiga.

Kuidagi ei sobiks aga meedikul rääkida haige surma korral tema hukkumisest. Hukkumine on oma olemuselt erakordne nähtus ja eeldaks siis juba juurdlust, seda põhjustanud või soodustanud asjaolude väljaselgitamist.

## Palavik ja temperatuur

ei ole samatähenduslikud sõnad, kuid tohtrite omavahelistest jutuajamistest ilmneb sageli, et neid loetakse mõisteliselt võrdväärseiks. Nähtavasti üksnes tänu headele keeleteoimetajatele ei ole juhtunud trükisõnas lugema, et *haigel on normaalne palavik või tal ei ole*

*temperatuuri*, meedikute tsunftikeeles on need aga tavaväljendid.

*Temperatuur* on keha soojusaste, mida mõõdetakse termomeetri ehk kraadiklaasiga. Järelikult võib rääkida *kehatemperatuurist* ja ka *kehasoojus-est*, mis igal kehal, sealhulgas ka inimkehal, on alati olemas. Kui aga haiglais kõneldakse *temperatuuri puudumisest*, siis nähtavasti mõeldakse, et haigel ei ole palavikku.

*Palavik* (ld. *febris*, kr. *pyrexia*) on organismi kaitsereaktsioon mingile tõvestavale tegurile, kusjuures *kehasoojus* (pole vajadust teise mõiste, arhailisema *ihusoojuse* järele) on tõusnud vähemalt 38°-ni.

Kui tõvestava teguri mõju on möödunud ja kehatemperatuur normaliseerunud, ei saa enam kõnelda palavikust, saati veel *normaalsest palavikust*.

Kuigi eristatakse väga mitut liiki palavikku, ei saa mingil juhul olla «... haigel febrilne või subfebrilne palavik». *Febrilne palavik* oleks palavikuline palavik (?!), *subfebrilne palavik* aga palavikueelne ehk kerge palaviku puhune palavik (kehasoojus 37,1...38°) — jällegi just mitte kõige õnnestunud väljend. Olgu siis juba *subfebrilne*, ja kui vaja, ka *febrilne temperatuur*.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini  
Instituudi Meditsiiniinformatsiooni  
Vabariiklik Osakond

TR lugemissaal.

**Leon Bernard'i Fondi medal ja preemia** anti mullu NSV Liidu tervishoiuministrile akadeemik B. Petrovskile silmapaistvate teete eest rahvaste tervishoiu ja sotsiaalmeditsiini valdkonnas. Autasu andis akadeemikule üle Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni peassamblee XXVIII sessiooni pleenaristungil assamblee president professor S. Halter, kes rõhutas B. Petrovski suurt teaduslikku andamit mitmesse meditsiiniharusse, eriti aga südame- ja veresoontekirurgiasse.

Leon Bernard'i preemia on asutatud 1934. aastal L. Bernard'i mälestuseks, kes oli pioneeriks sotsiaalmeditsiini valdkonnas ja üks Rahvasteliidu Tervishoiuorganisatsiooni asutajaid. Seni on selle kõrge autasu pälvinud maailmas kokku 19 rahvusvahelise tunnustusega arstiteadlast 13 erinevast riigist.

# Kroonika

Üheksanda viisaastaku ülesannete täitmisel saavutatud edu eest tervishoiu ja arstiteaduse arendamise alal autasustas NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium oma seadlusega 11. märtsil 1976 järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

## Lenini ordeniga

**Geiman, Aino Eduardi t.** — Tallinna Tõnismäe Haigla peaarst

## Oktoobrirevolutsiooni ordeniga

**Avakova, Antonina Pjotri t.** — Tartu Kliinilise Haigla polikliiniku juhataja

**Loogna, Georg Oskari p.** — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi laboratooriumijuhataja

## Tööpunalipu ordeniga

**Ernstson, Haldi Antsu t.** — Tartu Sünnitusmaja peaarsti asetäitja

**Karu, Salme Ado t.** — Kunda apteegi nr. 59 juhataja

**Katina, Aleksandra Grigori t.** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla arst

**Klotškova, Remira Ivani t.** — Tallinna Merimetsa Haigla arst

**Lutsuver, August Samueli p.** — Tallinna Tõnismäe Haigla osakonnajuhataja

**Ratas, Aino Aleksandri t.** — Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama arst

**Rätsep, Väino Johannese p.** — Eesti NSV tervishoiuminister

**Soots, Linda Johani t.** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Taheva Sanatooriumi peaarst

**Stepanova, Lina Martõni t.** — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama arst

## Ordeniga «Austuse märk»

**Ajasta, Niin** — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst

**Amor, Eha Siimoni t.** — Rapla rajooni Eidapere velskerämmaemandapunkti juhataja

**Eomäe, Antonina Viktori t.** — Harju rajooni Kehra jaoskonnahaigla arst

**Ignatjeva, Galina Ivani t.** — Narva Linnahaigla meditsiiniõde

**Jerjomina, Ella Andrei t.** — Kohtla-Järve linna haigla nr. 1 arst

**Johanson, Helgi Juhani t.** — Viljandi Rajooni Keskaigla peaarsti asetäitja

**Juhaso, Ennike Adolfi t.** — Põlva Rajooni Keskaigla arst

**Kaljuste, Tiiu Johannese t.** — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja

**Kama, Endel Karli p.** — Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja

**Kiili, Kaljo Aleksandri p.** — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

**Kovaljova, Izabella Asvaduri t.** — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst

**Kungla, Aino Valduri t.** — Pärnu Linnahaigla vanemmeditsiiniõde

**Lavrova, Lidia Paveli t.** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi osakonnajuhataja

**Luu, Laine Voldemar-Eduardi t.** — Jõgeva rajooni Palamuse jaoskonnahaigla meditsiiniõde

**Möldre, Milvi Eduardi t.** — Tartu Rajooni Meditsiinilise Kiirabi Jaama juhataja

**Nikogda, Praskovja Ilja t.** — Tallinna Harjumäe Haigla röntgenilaborant

**Paluvere, Herta Augusti t.** — Haapsalu rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri vanemmeditsiiniõde

**Pöder, Aasa Hermani t.** — Valga Rajooni Keskaigla osakonnajuhataja

**Ratnik, Silva Aleksandri t.** — Paide Rajooni Keskaigla peaarst

**Reinok, Öie Aleksandri t.** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse kesklao osakonnajuhataja asetäitja

**Rubinstein, Aino Tõnise t.** — Kingissepa Rajooni Keskaigla arst

**Rumm, Andrus Artur-Johannese p.** — Rakvere rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst

**Tedremaa, Milvi Johannese t.** — Riikliku Meditsiinilise Raamatukogu direktor

**Veldre, Ingeborg Arturi t.** — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

## Medaliga «Töövapruse eest»

**Bruus, Selma Hermani t.** — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri õdeperenaine

**Einas, Ingrid Aleksandri t.** — Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arst

**Jõgisman, Salme Priido t.** — Haapsalu Vabariikliku Haigla vanemmeditsiiniõde

**Karp, Aali Aleksandri t.** — Tapa haigla vanemmeditsiiniõde

**Koren, Vladimir Grigori p.** — Narva Linnahaigla osakonnajuhataja

**Käsuper, Maie Kristjani t.** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Taagepera Sanatooriumi meditsiiniõde

**Lindeberg, Mare-Eeva Harri t.** — Tartu Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri arst

**Luik, Milvi Karli t.** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kõse Sanatooriumi laborant

**Männikus, Silvia Jaani t.** — Tallinna Kohumeditiini Peaekspertiisi Büroo osakonnajuhataja

**Rannik, Leia Rudolfi t.** — Pärnu rajooni Tõstamaa jaoskonnahaigla velsker

**Suhhova**, Anna Viktori t. — Kohtla-Järve linna haigla nr. 3 meditsiiniõde

**Talving**, Heli Aleksandri t. — Haapsalu Rajooni Kesksaigla arst

### Medaliga «Eeskujuliku töö eest»

**Ansjak**, Hilda Jaani t. — Paide Rajooni Kesksaigla sanitar

**Bezrukova**, Maria Ivani t. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla peaõde

**Harineem**, Maimu Voldemari t. — Tallinna Vabariikliku Haigla vanemmeditsiiniõde

**Jefimova**, Elfrida Oskari t. — Põlva rajooni Vööpsu velskerämmaemandapunkti juhataja

**Karu**, Heljo Elmari t. — Viljandi rajooni Tarvastu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla apteegi juhataja

**Lehtme**, Salme Peetri t. — Võru rajooni Lepistu jaoskonnahaigla sanitar

**Liiv**, Helju Kustase t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemmeditsiiniõde

**Olev**, Aino Mihkli t. — Tallinna sanatooriumi «Tervis» vanemmeditsiiniõde

**Orgulas**, Elli Hugo t. — Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla meditsiiniõde

**Potter**, Ellen Hansu t. — Viljandi Rajooni Kesksaigla nooremmeditsiiniõde

**Sergo**, Aare Hermani p. — Viljandi rajooni Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla arst

**Sudakova**, Rimma Nikolai t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi laboratooriumijuhataja

**Teemus**, Morantin — vabariikliku koon-dise «Eesti Meditsiinitehnika» elektrimehaanik

**Teras**, Lia Georgi t. — Punase Risti Seltsi Tallinna Kalinini Rajoonikomitee esimehe asetäitja

**Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustati NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi tervishoiutöötajaid:**

### Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

Olga Abel, Lidia Bušujeva, Valentina Dombrovskaja, Marie Jekkal, Leida Jätmar, Elfride Jürgenson, Maria Kallas, Marta Kolmbus, Anna Kosõrevskaja, Boris Lamberg, Agate Laugasküla, Olga Lipatnikova, Maria Mihalkina, Ella Nettan, Alinda Raudvee, Hilda Siimon, Ljubov Sorokina, Amanda Troom, Rosalie Vald, Anastasija Verbovataya, Alviine Viltsin, Elisaveta Vinogradova, Anna Öunpuu.

### Tallinna 2. Lastehaigla

Veera Andrejeva

### Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Apteekide Peavalitsus koos allasutustega

Nora Ainomäe, Hilda Blauvet, David Fainman, Natalja Guraljuk, Ina Hammer, Liidia Hermlin, Therese Johanson, Linda Jürison, Rita Kallas, Tamara Kats, Ellen Kohaloo, Jekaterina Konsen, Justina Koren, Salme Kotljarova, Johannes Kruus, Irene Kustavus, Anette-Elisa Kärp, Luisa Kööp, Tatjana Landsberg, Hailo Liias, Zinaida Liivat, Lilli Litter, Astrid Loomann, Berta-Maria Maiväli, Mafalda Marfeldt, Sinaida Mihhailova, Maria Muutra, Erna Nurk, Ella Ojalo, Aino Ojaver, Maria Parisalu, Salme Pedak, Veera Piik, Igor Podolski, Erna Pruuli, Erika Põime, Olga Reinsalu, Linda Rodnov, Salme Saarse, Margarethe Siil, Olga Sisask, Olga Sapiro, Liidia Zotova, Niina Tartlain, Anne Teearu, Galina Vagane, Hilja Vainosaar, Ago Valdmann, Sofia Valdmann, Ella Vassiljev, Alide Võmma.

### Balti Raudtee Eesti Raudteekonna Tallinna Polikliinik

Mira Benskaja, Leida Hürden, Niina Jessipova, Valentina Murtazina, Margarita Martševskaja, Nadežda Nikitina, Emma Obuhhova, Jakov Pats, Sarra Razguljajeva, Samuil Rozenštein.

### Balti Raudtee Tallinna Osakonna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Tamara Deinarovitš, Valentina Egipt, Maria Eik, Gustav Jaanimägi, Taissija Kortšagina, Harald Malvis, Linda Piigert, Nadežda Sjomina, Maria Smirnova, Mihhail Svetilkov, Sofia Treskunova, Klavdia Truss, Maria Tšernousova, Salme Tõnstein, Raissa Uverskaja, Helgi Vaikjärv, Salme Toimik.

### Tallinna raudteejaama apteek nr. 12

Taisia Baldina, Anna Pikkas, Jekaterina Sadilova

### Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Konstantin Bellen, Maria Fomkina, Ella Jaska, Vilma Karm, Galina Katala, Juho Matsalu, Helmi-Pauline Panksep, Aino Raudsik, Irene Saarlaud, Viktor Sarap, Veera Sima, Veera Tagankina, Leenu Tõnno, Nikolai Verezubov, Olga Vösotskaja.

### Rapla Rajooni Kesksaigla

Rudolf Andreesen, Tatjana Gopanenko, Helene Gross, Lia Herodes, Johanna-Armilde Kappet, Ljubov Keevallik, Sinaida Kusmin, Elviine Kuusemets, Elli Laanemets, Olga Laanet, Marta Lepik, Eve Lillsaar, Jevlampia Lõhmus, Siiri Nõmmela, Ester Plotnik, Pauline Sarapik, Salme Šterbina, Eduard Tiits, Boris Täheväli, Loviise Vakker.

Silmapaistvate töösaavutuste ja aktiivse ühiskondliku tegevuse eest autasustas 1975. a. Tartu linna partei- ja täitevkomitee oma aukirjaga teiste hulgas 28. lastesõime meditsiiniõde **Zinaida Grünbergi**, Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna juhatajat **Ruth Paimret** ja TRÜ Arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhatajat **Ernst Raudamit**.

\*

12. märtsil 1976 toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Teadusliku Meditsiiniinõukogu presiidiumi istung. Vaadati läbi arstiteaduslike uurimistööde tulemuste praktikasse juurutamise plaan aastaiaks 1976...1977. Sellesse plaani on võetud 96 mitmesugust ettepanekut profülaktika, diagnoosimise ja ravi alalt, neist 24 on võetud NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi teadustöö tulemuste meditsiinipraktikasse juurutamise perspektiivplaanist. 72 ettepanekut aga tulenevad Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ning TRÜ Arstiteaduskonna teadlaste 1975. aastal lõpetatud uurimistöödest ning meie vabariigi arstiteadlaste kaitstud väitekirjadest. Erialade järgi on neid ettepanekuid üldteraapias 29, hügieenis 17, epidemioloogias, mikrobioloogias ja viroloogias 15, laboratoorses diagnostikas 4, onkoloogias 4, pediaatrias 4, neuroloogias ja neurokirurgias 4, sünnitusabis ning günekoloogias 2, röntgenoloogias 2, arstiabi täiustamise ja tervishoiukorralduse alal 8 ning mitmesugustes muudes küsimustes 6 ettepanekut.

Istungitel arutati veel Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja töötaja E. Striži lõpetamisel olevat kandidaadiväitekirja, milles on vaatluse alla võetud klassi- ja kooliruumides valitsevate tingimuste mõju õpilaste haigestumisele külmetushaigustesse.

*Andrei Sarap*

Detsembris 1975 oli Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumi istungil muu hulgas arutlusel apteegivõrgu töö. Märjiti, et Eesti NSV-s on 216 vabamüügiapteeki, seega keskmiselt üks apteek 6600 elaniku kohta. Veel tihedam on nende võrk maal, kus iga 4200 elaniku kohta tuleb üks apteek. Paranenud on ravimitega varustamine ning suurenenud valmisravimite osatähtsus apteegireseptuuris.

Valitsus kohustas tervishoiuministeriumi paremini korraldama Apteekide Peavalitsuse tööd elanike varustamisel apteekides olevate ravimite ja apteegikaupadega. Ravi- ja profülaktikaasutusi tuleb informeerida apteekides olemasolevatest kaupadest ning uutest ravimitest. Arstid peaksid välja kirjutama üksnes neid ravimeid, mis apteekides müügil on.

Kavas on laiendada Apteekide Peavalitsuse laomajandust ning ehitada uued aptee-

gid Tallinna kesklinnas ja uutes elamurajoonides, Tartu kesklinnas ning Loksa ja Räpina alevis. Leiti, et on otstarbekas avada apteegifiliaalid ja -punktid polikliinikutes, ambulatooriumides, dispanserites ja nõuandlates või nende läheduses, samuti suuremate tööstusettevõtete juures.

Linnade ja rajoonide täitevkomiteedel tuleb leida ruumid ning need remontida. Kasutada tuleks kaubandusettevõtete ehitamiseks ettenähtud eraldi ka uute apteegiruumide ehitamiseks kaubanduskeskustes ja üksikhoonete alumistel korrustel.

\*

Vabariikliku ametkondadevahelise tööstus- ja olmemüra vastu võitlemise komisjoni koosolek toimus komisjoni esimehe, Eesti NSV riikliku peasanitaararsti O. Tamme juhatamisel 5. veebruaril 1976 Tallinnas Inseneride Majas. Esindatud olid kõik komisjoni koosseisu kuuluvad ametkonnad, sealhulgas ka Riiklik Autoinspeksioon ja Balti Raudtee Eesti Raudteekond.

Kuulati ettekandeid müra vastu võitlemisest Eesti NSV Kohaliku Tööstuse Ministeriumi (esineja V. Treier) ning Eesti NSV Teenindusministeriumi (K. Kalju) süsteemi asutustes ja ettevõtetes, samuti Eesti NSV Ehituskomitee osakonnajuhataja H. Kerde informatsiooni oma süsteemis tehtust müra vastu võitlemisel.

Eespool nimetatud ministeriumid pööravad müra vastu võitlemisele suurt tähelepanu. Projekteerimisinstiituitides vaadatakse projektid läbi ka akustilisest seisukohast lähtudes. Instituudis «Eesti Projekt» töötab koosseisuline akustik. Räägiti vajadusest avada Eesti NSV Teenindusministeriumis spetsiaalne konstrueerimisbüroo, mis oleks analoogiliselt paljude teiste ministeriumidega varustatud müramõõtmisaparatuuriga ning mille ülesanne oleks rakendada oma ministeriumi ettevõtetes veelgi mõjusamaid müravastaseid vahendeid.

Elevust põhjustas Tallinna Polütehnilise Instituudi arhitektuuri kateedri vanemõpetaja A. Adamsoni ettekanne. Ta avaldas mõtteid ja tegi ettepanekuid, kuidas transpordimüra nõrgendada vastavalt 1976. a. kehtima hakanud Riiklikule Standardile (GOCT) liiklusvahendite lubatud müranivoo kohta. Need ettepanekud otsustati kooskõlastada vastavate ametkondadega.

Koosolekul kinnitati komisjoni tööplaani aastaiaks 1976...1977, milles on ette nähtud ka edaspidi ära kuulata ametkondade esindajad, kes tutvustavad oma süsteemis rakendatud müravastaseid abinõusid. Kogemuste vahetamiseks kutsuda erialaspetsialiste teistest liiduvabariikidest ning külastada mõnda Eesti NSV Kohaliku Tööstuse Ministeriumi esrindlikku ettevõtet, kus müra vastu võitlemisel on nii mõndagi korda saadetud.

*Arvid Luts*

Kiiresti arenev teadus ja täiustuv õppeprotsess esitavad üha suuremaid nõudmisi kõrgkooli õppejõudude teaduslikule kvalifikatsioonile ja pedagoogilisele meisterlikkusele.

TRÜ Arstiteaduskonna õppejõududele on korraldatud kvalifikatsiooni tõstmine Moskva I ja II meditsiiniinstituudis, Leningradi hügieeniinstituudis, Kiievi meditsiiniinstituudis, arstide kesktaëndusinstituudis jm.

Teaduskonna kateedrijuhatajatele ja professoritele on ette nähtud kolmenädalased, dotsentidele kuuajalised ning assistentidele kahekuulised õppetsükliid.

TRÜ Arstiteaduskonna baasil töötab meie arstide ja farmatseutide täiendamise ning spetsialiseerimise teaduskond. Dekaaniks on arstiteaduse doktor A.-E. Kaasik.

Stažeerimas käiakse kas meie vabariigis või Nõukogude Liidu teistes uurimiskeskustes. Stažeerimine kestab kolm kuud. Et teadussidemed välisriikidega tihenevad, viibivad õppejõud teaduslikul komandeeringul või ka seal stažeerimas. Näiteks mullu oli USA-s professor R. Looga, Rootsisis dotsent A.-E. Kaasik jt.

\*

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi meditsiiniõppeasutuste peavalitsuse pediaatria õpetamise meetodika komisjoni väljasõiduistung toimus Tartus 26...28. jaanuarini 1976. Osavõtjaid oli paljudest Nõukogude Liidu linnadest, teiste hulgas akadeemikud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Pediaatriainstituudi direktor M. Studenikin ja V. Bisjarina Omskist.

Istungi põhiküsimus oli lastehaiguste õpetamine ravi-, stomatoloogia- ning sanitaar- ja hügieeniosakondade üliõpilastele. Komisjoni esimees professor A. Mazurin tutvustas uut lastehaiguste loengute programmi, mida rakendatakse juba tänavu. Professor Issajeva Moskvast esitas näitloengu kollagenoosidest lastel. Tartu lastearstidest võtsid sõna L. Sildver ja A. Paves.

\*

Detsembris 1975 korraldas Riia Traumatoloogia ja Ortopeedia Instituut Tartus väljasõiduistungi. Läti NSV teadlaste eesotsas olid instituudi asedirektorid K. Krumins ja J. Kalnins. Istungist võttis osa ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peatraumatoloog B. Äniline.

Kuulati 40 ettekannet, neist enamik oli külalistelt, kes tutvustasid uusi, oma teadusasutuses väljatöötatud luude ja liigeste ravi meetodeid. Vaatluse alla olid võetud liiklus- ja põletustraumad, traumade biokeemia, uute aparaatide kasutamine laste-ortoopedias ning palju muud huvitavat.

Riialastel oli kaasas väljapanek raviinstrumentidest ja -aparaatidest. Näituse naelaks oli rahvusvahelise tunnustuse võitnud Kalnberzi aparaat.

Meie teadlastest olid ettekanded E. Liivil, P. Nuiamäel, J. Seederil, J. Idanurmel, R. Kohal jt.

\*

Möödunud aasta lõpul toimunud Tallinna TSN Täitevkomitee istungil, mida juhatas Z. Siškina, olid muu hulgas arutlusel nakkushaiguste vältimine ja sanitaarselgitustöö tõhustamine. Tallinna linna peasanitaararst I. Kovaljova tegi kokkuvõtte 1971...1975. a. vastava kompleksplaani täitmisest. Ta nentis, et tänu sanitaarolukorra paranemisele on tunduvalt vähenenud haigestumine düsentee-riasse ja salmonelloosi. Tuleb silmas pidada, et ka edaspidi sanitaarnõudeid hoolikalt täidetak. Eriti on see kehtiv tootlustusettevõtete, lasteasutuste ja ühiselamute kohta. Istungil kinnitati nakkushaiguste vähendamise kompleksplaani aastaks 1976...1980.

Istungil oli kõne all ka sanitaarharidustöö. 1975. a. avati Tallinnas sanitaarhariduskabinet, mille ülesanne on välja töötada tervishoiupropaganda põhisuunad, lähtudes linna raviasutuste spetsiifikast, haigestumise struktuurist ja epidemioloogilisest seisukorrast. Tallinna sanitaarhariduskabinetis, mille juhataja on pediaater Tiiu Aitsam, on 8½ koosseisulist kohta: kaks arsti-, üks psühholoogi- ning 5½ instruktorikohta (keskastme meditsiinipersonal). Kabinet asub Pärnu mnt. 6, II korrus. Märgitähtsust on 8½ profülaktikaasutuste tõhusat tööd sanitaaraktiivi õpetamisel: 1975. a. valmistati ette 757 ühiskondlikku sanitaarinstruktorit. Rõhutatati sanitaarselgitustöö süvendamise vajadust noorte hulgas ning tervete eluviiside propageerimist. Täitevkomitee kinnitas sellekohase kompleksplaani aastaks 1976...1980.

\*

1975. aastal toimusid kõikides Eesti NSV Punase Risti Seltsi algorganisatsioonides aruande-valimiskoosolekud ning kõikides rajoonides ja vabariigilise alluvusega linnades aruande-valimiskonverentsid. Tehti kokkuvõtteid tööst ning võeti vastu otsuseid selle parandamiseks edaspidi.

Punase Risti Seltsi töö edaspidiseks korraldamiseks ja juhtimiseks valiti uued rajooni- ja linnakomiteed ning nende esimeesteks järgmised meditsiinitöötajad: M. Martson (Tallinna Kalinini rajoon), A. Joakimov (Tallinna Lenini rajoon), J. Mõtus (Tallinna Oktoobrirajoon), M. Kozintseva (Tallinna Mererajoon), M. Sikk (Tartu), B. Tsitlis (Narva), E. Võlli (Pärnu), J. Aaso (Kohtla-Järve), M. Martinson (Haapsalu rajoon), R. Markovits (Harju rajoon), D. Pärn (Hiiumaa rajoon), E. Tormet (Jõgeva rajoon), J. Kits (Kingissepa rajoon), S. Ratnik (Paide rajoon), S. Malõgina (Põlva rajoon), K. Väin (Rakvere rajoon), G. Sukles (Rapla rajoon), J. Vares (Tartu rajoon), P. Rahu (Valga rajoon), L. Abram (Viljandi rajoon) ja H. Kalda (Võru rajoon).

Gilda Sabbo

# **Nõukogude Eesti Tervishoid**

## **(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)**

**Медицинский журнал Министерства  
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 3 май, июнь, 1976

### **Размышления к Дню медицинского работника (стр. 195)**

В честь ознаменования труда медиков в Советском Союзе День медицинского работника отмечается ежегодно в июне месяце. В статье рассматриваются обязанности и задачи, стоящие перед медицинскими работниками, связанные с дальнейшим улучшением качества медицинской помощи и повышением квалификации медицинского персонала. В статье также уделено внимание качеству труда медицинских работников, рассматриваются вопросы, связанные с взаимоотношением врача, медицинской сестры и больного.

### **Х. Т. Вахтер — Эпидемиологические и клинические особенности венерических болезней (стр. 198).**

В работе представлены данные эпидемиологического обследования венерических болезней по картам СП-2. Способствующими факторами при заражении венерическим заболеванием являлись: легкомысленное отношение к половой жизни, недостаточное сексуальное воспитание, злоупотребление алкоголем недостаточные знания о венерических болезнях и их последствиях; а также слабоумие.

### **М. П. Маяс, Ю. А. Утт, В. Г. Гранат — Лечение гонорреи (стр. 200).**

В связи с изменением за последние годы клинической картины гонорреи, что обусловлено, с одной стороны, массовым применением антибиотиков и понижением чувствительности к последним, изменились и методы ее лечения. Лечение гонорреи на современном этапе — задача сложная и ответственная, требующая от врача знания всех особенностей клинического течения

гонорреи и последовательности в проводимом лечении, как со стороны больного, так и со стороны врача.

### **Х. А. Сильм — Клиника и профилактика микроспории (стр. 204).**

В статье представлены данные о заболеваемости трихомикозами в городе Тарту и Тартуском районе. Более подробно изучены вопросы эпидемиологии, клиники и профилактики микроспории в отношении контингента стационарных больных (68,7%).

### **Ю. Э. Мяннисте — Профилактика и лечение тромбозболии легочной артерии (стр. 206).**

Приводится анализ частоты проявления факторов риска тромбоза вен и тромбозболии легочных артерий и их наиболее типичных комбинаций у 229 больных с тромбозом и ТЭЛА. При тромбозболии легочной артерии чаще встречались 7—8 различных факторов риска, тогда как тромбоз развивался уже при наличии 3—4 факторов.

У тромбоопасных больных определяли активность гемокоагуляции и проводили общие мероприятия профилактики тромбоза. При наличии тромбоза вен профилактикой эмболии служила тромбэктомия (у 48 больных), пликация нижней полой вены (у 14 больных), лигатура большой подкожной вены бедра.

При тромбозболии легочной артерии рекомендуем лечебно-диагностическую ангиопульмонографию и введение гепарина, реополигликина и спазмолитиков непосредственно в легочной ствол. Ангиопульмонография позволила установить точный топический диагноз (у 5 больных). Во время зондирования пытались аспирировать тромб в полость сердца или раздробить его периферией. Однако более перспективными оказались методы профилактики тромбозболии легочной артерии.

Интенсивным антикоагулянтным и спазмолитическим лечением был достигнут благополучный эффект у 16 больных с тромбозболией легочной артерии.

### **М. К. Пярлист, Я. Я. Карусоо — Гистаглобулин в лечении бронхиальной астмы у детей (стр. 209).**

Результаты лечения бронхиальной астмы гистаглобулином изучали у 110 детей и у 17 детей с аденосинусобронхопатией. Результаты лечения гистаглобулином оказались более благополучными в раннем периоде заболевания и после неоднократного курса лечения (не менее 3 курсов).

Действие лечения гистаглобулином на обмен гистамина изучали у 30 детей. В качестве контроля служили данные 28 больных детей с бронхиальной астмой.

Показатели гистаминного обмена определяли флюорометрическим методом. Оказалось, что при благополучных результатах лечения концентрация гистамина в крови уменьшается, а активность диаминооксидазы и гистаминопексия повышаются.

**Ю. Х. Терас, Э. М. Рыйгас — Trichomonas vaginalis и трихомоноз урогенитального тракта (стр. 212).**

Из обзорной статьи, основывающейся как на литературных данных, так и на результатах многих исследований, проведенных самими авторами на протяжении более двух десятилетий, выясняется, что к настоящему времени получено уже много убедительных данных о патогенности *T. vaginalis*, что обуславливает возникновение воспалений урогенитального тракта женщин и мужчин. Известно, что *T. vaginalis* обладает сильными антигенными и иммуногенными свойствами, однако при диагностировании трихомоноза определяющим является обнаружение возбудителя. Из способов, рекомендованных для этих целей, наилучшим является метод посева, с помощью которого получены более достоверные данные о частоте заболеваемости трихомонозом. Так установлено, что из взрослых женщин инфицированы *T. vaginalis* 15—20% и приблизительно 75% их сексуальных партнеров. Учитывая обстоятельство, что трихомоноз урогенитального тракта является венерическим заболеванием, профилактика этой инфекции может быть успешной лишь при применении конфротации, патронажа, систематического обязательного лечения и проверке результатов лечения всех больных трихомонозом и их сексуальных партнеров. Если игнорировать эти требования, то никакой антитрихомонадный препарат не может обеспечить стойких результатов лечения, а будет способствовать возникновению лекарственно-устойчивых, в том числе и метронидазолрезистентных штаммов *T. vaginalis*.

**Э. К. Эльберг — Об изменениях липидного обмена у больных псориазом (стр. 217).**

В статье дается обзор литературы об изменениях обмена липидов у больных псориазом и представлены собственные данные о гистотопографии липидов в коже 94-х больных псориазом и 19 дерматологически здоровых лиц.

Обнаружили, что изменения липидного обмена имеют место в коже больных псориазом в очаге поражения, а также в видимо здоровой коже.

**Л. П. Нурманд — Борьба с венерическими болезнями в Эстонской ССР (стр. 221).**

В статье представлен обзор организационных мер и деятельности лечеб-

но-профилактических учреждений по предупреждению распространения венерических заболеваний в Эстонской ССР.

**Ю. М. Саарма — Психиатрическая врачебная помощь в Эстонской ССР (стр. 223).**

Роль психиатрии в медицине возрастает постоянно, что обусловлено расширением масштабов психиатрии. Выявилась роль психических факторов в возникновении многих соматических заболеваний, что обуславливает необходимость более тесного контакта разных специалистов с психиатрами. Постоянно возрастает роль психотерапии.

Автор в обзорной статье анализирует задачи и нужды, связанные с развитием психиатрии, и возможности, которые имеются в лечении и реабилитации больных, особо подчеркивая необходимость совместной работы со всей системой здравоохранения. Детально рассматриваются принципиальные изменения, которые произошли в нашей республике в связи с расширением и усовершенствованием психиатрической помощи. Анализируются подготовка психиатров, повышение их квалификации и проводимая научная работа, а также дается оценка достижений IX пятилетки.

Автор детально рассматривает задачи, стоящие перед психиатрическими учреждениями в X пятилетке.

**А. К. Аунап, В. А. Роос, М. И. Зельцер — Анализ общей заболеваемости рабочих крупных промышленных предприятий при помощи «Минск-32» (стр. 227).**

Лаборатория по технике безопасности научно-исследовательского института сланцев г. Кохтла-Ярве разработала в 1973—1974 гг. методику анализа заболеваемости рабочих и составили алгоритм. В вычислительном центре сланцеперерабатывающего комбината им. В. И. Ленина были запрограммированы необходимые задания. После двухмесячного успешного испытания в совместной работе отделом здравоохранения СДП г. Кохтла-Ярве и поликлиникой комбината была внедрена новая информационная система на базе ЭВМ «Минск-32» начиная с 1-го января 1975 года.

**Н. А. Лоогна — Направление на обследование больных с аллергическими заболеваниями (стр. 230).**

На базе отделения профпатологии и клиники профессиональных заболеваний Института экспериментальной и клинической медицины созданы условия для амбулаторного, а при необходимости и стационарного обследования больных с аллергическими заболеваниями. Направление на обследование при подозрении на аллергическое заболевание производится

лечащим врачом. Подозрительными на аллергическое заболевание являются аллергический дерматит, хроническая экзема, крапивница, отек Квинке, аллергический ринит, поллинозы, бронхиальная астма I или II стадии, аллергический бронхит. Больному выдается сопроводительный документ, в котором должны быть указаны: фамилия и инициалы, возраст, диагноз и подробная выписка из истории болезни или амбулаторной карты с указанием результатов проведенных лабораторных и других исследований (анализ крови, мочи, кала, данные рентгеноскопии грудной клетки, снимок пазухов носа, при необходимости также анализ дуоденального содержимого и т. д.).

Кроме того, о больных бронхиальной астмой, хронической экземой, крапивницей или отеком Квинке должны сообщаться и некоторые дополнительные данные. Для проведения специфических тестов нужны также пробы (2—3 мл) тех химических веществ, с которыми больной соприкасается на работе или в домашнем хозяйстве.

В течение одного месяца до проведения аллергологического обследования больному противопоказано лечение гормональными препаратами, а в течение 3 дней до обследования больной не должен пользоваться антигистаминными препаратами.

**М. П. Маяс, А. Э. Лутс — Случай склеромы в Эстонской ССР (стр. 232).**

В статье описывается случай склеромы, имевший место в Эстонской ССР в 1974 г., который, по имеющимся данным, был первым случаем в республике. Авторы советуют обратиться вниманию дерматовенерологов, врачей уха-горла-носа и терапевтов на возможность появления случаев склеромы среди населения нашей республики.

**Б. Л. Рубинштейн — Особенности течения чесотки и методы лечения на современном этапе (стр. 233).**

В статье рассматриваются пути заражения чесоткой, описываются особенности в клиническом течении чесотки, которые затрудняют постановку диагноза и маскируют клиническую картину заболевания. Автор дает советы по улучшению эффективности лечения чесотки и по уменьшению распространения заболеваемости среди населения. Считает обязательной проверкой состояния кожных покровов больного врачами всех специальностей, для своевременного распознавания чесотки.

**К. К. Кутсар — Вирус паротита (стр. 235).**

Эпидемический паротит является одной из наиболее распространенных детских вирусных инфекций. Вирус паротита содержится РНК, является чувствительным ко многим дезинфицирующим химическим

соединениям, сохраняется при низких температурах и размножается в организме многих лабораторных животных и тканевых культурах. Вирус паротита распространяется воздушно-капельным путем, реже — прямым контактом. Начиная с 1974 года в СССР с целью специфической профилактики паротита используется живая аттенуированная вакцина. Иммунизируют детей в возрасте от трех до семи лет, посещающих дошкольные детские учреждения и ранее не болевших паротитом.

**Х. Д. Лыйв — Что обуславливает флуоресценцию продуктов? (стр. 236).**

Флуоресценцию продуктов обуславливают бактерии. Проживающие в воде фотобактерии являются сапрофитами и среди них редко встречаются патогенные виды. Из всех сапрофитных морских микробов 10..50% являются флуоресцирующими, которые часто существуют в симбиозе с рыбами. Наряду с бактериями, известен целый ряд светящихся грибов, простейших, пауков, раковых и т. д. Флуоресценция является следствием обмена веществ и необходима в приманивании самок или самцов друг другом и для добычи пищи.

**Подготовка кадров (стр. 237).**

**Э. М. Рыйгас — Эффективность и адресаты антивенерической санпросветработы (стр. 238).**

По данным анонимных анкет, уровень знаний о вензаболеваниях среди населения довольно низкий. При антивенерической санпросветработе необходимо иметь в виду не только медицинские, но и юридические вопросы, связанные с законодательством в борьбе с венерическими заболеваниями. Антивенерическая санпросветработа органически связана с сексуальным воспитанием молодежи и пропагандой против злоупотреблений алкоголя. Особыми адресатами антивенерической санпросветработы являются венбольные, состоящие на учете, т. к. только от сведений, полученных у них, зависит выяснение источников заражения и целых эпидемиологических цепочек, а тем самым успех в противовенерической борьбе в целом.

**В. В. Калнин — О деятельности Н. Н. Бурденко в бытность его в Тарту (стр. 241).**

Много лет из жизни выдающегося советского хирурга, академика Н. Н. Бурденко связано с Тартуским университетом (1901—1918). Он был здесь студентом, ассистентом, защитил докторскую диссертацию, был приват-доцентом и с 1911 г. экстраординарным профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Он приложил немало усилий для улучше-

ния преподавания этих предметов. Во время 1-й мировой войны, работая на руководящих постах медицинской части Красного Креста, он провел большую работу по организации медицинской помощи раненым. В свою бытность в Тарту Н. Н. Бурденко сделал 30 научных докладов в различных обществах, на съездах хирургов, на совещаниях военных врачей и пр., опубликовал 33 работы, которые касаются главным образом клинико-экспериментальных вопросов физиологии пищеварения, полостной хирургии, бальнеологии, военно-полевой хирургии и организации военной медицины. В декабре 1917 г. совет Тартуского университета избрал его ординарным профессором на кафедре факультетской хирургической клиники вместо вышедшего в отставку его учителя В. Г. Цеге-Мантейфеля. Однако на этой должности ему пришлось работать недолго, так как, патриот своей родины, он в середине июля 1918 г., вместе с другими преподавателями, уехал из оккупированного немцами города в Воронеж.

Н. В. Эльштейн — VI съезд терапевтов Эстонской ССР (стр. 247).

М. О. Мяги — Конференция, посвященная 100-летию со дня рождения профессора Л. Пуусеппа (стр. 249).

Л. П. Лаврова — X съезд педиатров и IX конференция акушеров-гинекологов Эстонской ССР (стр. 250).

Б. М. Шамардин — Республиканская научно-практическая конференция по вопросам гигиены труда и профпатологии (стр. 251).

В. В. Кальнин — II научная конференция «Об истории Тартуского университета» (стр. 251).

В. А. Валдес, А. А. Лукаш — IV научная конференция судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов Эстонской ССР (стр. 253).

К. А. Лээт — Всереспубликанское совещание спортивного актива (стр. 254).

М. К. Куусма — Всесоюзная конференция иммунологов (стр. 254).

Всесоюзная научно-практическая конференция по вопросам гигиены физического воспитания детей (стр. 255).

Г. А. Саббо — IV республиканская конференция общественных санитарных инспекторов (стр. 255).

Н. Х. Лоогна — II межинститутская конференция по вопросам профессиональных заболеваний кожи (стр. 256).

Э. П. Вагане — I Всесоюзный симпозиум по проблеме белка (стр. 256).

Ю. К. Руут — Вторая всесоюзная конференция по вопросам столбняка (стр. 257).

Ю. П. Ксенофонтов — Первая всесоюзная конференция по медицинской генетике (стр. 257).

Х. Т. Вахтер — Десять лет деятельности Республиканского научного общества дермато-венерологов (стр. 259).

В статье дается обзор деятельности Республиканского научного общества дермато-венерологов ЭССР в 1966—1975 гг.: основание общества, задачи и результаты, а также главные направления дальнейшей работы.

Р. В. Силла — Собрание правления Научного общества гигиенистов и организаторов здравоохранения Эстонской ССР (стр. 261).

Н. В. Эльштейн — Деятельность правления Научного общества терапевтов Эстонской ССР (стр. 261).

А. А. Хаавель — Отчетно-выборное собрание Научного общества врачей г. Кингисеппа (стр. 262).

В. А. Валдес — VIII пленум правления Всесоюзного общества патологоанатомов (стр. 262).

З. А. Пюви — Уголовная ответственность за распространение венерических заболеваний (стр. 263).

Пленум Верховного Суда СССР 8 октября 1973 г. дал судам руководящие разъяснения по применению законодательства об ответственности за уклонение от лечения венерической болезни и за заражение ею других лиц.

Уголовная ответственность по ст. 119 УК ЭССР имеет место в период болезни, ее лечения, а также в период контроля излеченности, так как в период со дня установления диагноза венерического заболевания вплоть до снятия с учета пациент считается больным. Уголовной ответственности, по ст. 199 УК ЭССР, подлежит лицо, у которого установлено венерическое заболевание, сделано предупреждение органом здравоохранения о необходимости лечения, но оно уклоняется от прохождения курса лечения.

Вопрос о передаче материалов в следственные органы решается комиссией в составе лечащего врача, заведующего отде-

лением, главного врача кожно-венерологического учреждения. Материалы, передаваемые в следственные органы, содержат следующие документы: 1) предупреждение больному; 2) выписку из карты больного, заверенную главным врачом; 3) сопроводительное письмо кожно-венерологического учреждения и другие документы, подтверждающие факты совершения преступления больным. Оформленные материалы передаются в следственные органы не позднее 5 дней после решения комиссии.

#### Юбилейные даты (стр. 266).

Р. А. Ууэтоа — Брошюра «Венерические заболевания и их профилактика» (стр. 267).

Автор рецензирует брошюру Э. Рыйгаса, вышедшую на эстонском языке, в которой ведущими являются вопросы эпидемиологии и общественной профилактики венерических заболеваний, наиболее важных с точки зрения санитарно-просветительной работы.

Интересно и живо написанную брошюру автор предлагает издать и на русском языке.

А. А. Кадай — Рекомендуемые списки и библиографические картотеки в медицинской библиотеке (стр. 268).

Э. К. Сауэмяги — Сколиозометр (стр. 269).

В данной работе дано техническое описание (с прилагаемыми фотографиями) простого сколиозометра. Названный сколиозометр может быть использован школьными врачами при выявлении сколиозов и оценке их развития. Сколиозометр снабжен угломером, что позволяет определить степень сколиоза, а при динамическом исследовании возможно достоверно определить прогрессирует сколиоз или нет.

С. Р. Йыкс — Нобелевская премия по физиологии и медицине онковирусологам (стр. 271).

Нобелевская премия по медицине и физиологии за 1975 год присуждена Ренато Дульбекко, Дейvidу Балтимору и Говарду Темину за заслуги в изучении взаимосвязей между геномом клетки и вирусом.

Р. Дульбекко (род. в 1914 г. в Италии) — выдающийся представитель старшего поколения американских вирусологов. Весьма значителен его вклад в разработку новых методов исследования в вирусологии. В частности, он впервые применил метод негативных колоний, широко используемый при изучении бактериофагов, в работе с вирусами животных на тканевых культурах (метод бляшек). Более поздние работы Р. Дульбекко сыграли важную роль в развитии теории вирусного онкогенеза.

Д. Балтиморе (род. в 1938 г. в США) и

Г. Темин (род. в 1934 г. в США) — талантливые вирусологи молодого поколения. Д. Балтиморе начал свою научную карьеру открытием — в зараженных клетках вирус-специфического фермента РНК-полимеразы. Присуждение ему Нобелевской премии связано с крупным открытием в области вирусной энзимологии. В 1970 г. одновременно с Г. Теминем, он открыл фермент, который катализирует синтез ДНК на матрице РНК. Эта обратная транскриптаза или ревертаза делает возможным движение генетической информации с РНК на ДНК. При помощи этого фермента может осуществляться интеракция геномов онкогенных РНК — вирусов с геномом клетки. Исходя из этого открытия, Г. Теминым высказан ряд гипотез, объясняющих механизмы горизонтальной передачи онкогенных вирусов.

В. Ляян — Медицина и олимпийские игры (стр. 273).

В статье описывается ряд мероприятий, запланированных Международным Олимпийским Комитетом в связи с организацией работы спортивных врачей на олимпийских играх в Монреале и для разрешения некоторых медицинских проблем. Говорится о проверке применения допинга, определении половой принадлежности, проблемах акклиматизации медицинском обслуживании и врачебной помощи. На олимпийских играх будет работать 2300 врачей.

Новые лекарственные препараты (стр. 274).

И. А. Лаан — Толкование терминологических вопросов эстонского языка (стр. 275).

В статье рассматриваются вопросы толкования медицинских терминов, а также приводится анализ неправильных истолкований и неточных выражений в разговорной речи врачей. Автор считает важным заниматься вопросами правильной речи врача и использования правильной терминологии постоянно — на каждом совещании, беседе.

Хроника (стр. 277).

# **Nõukogude Eesti Tervishoid**

## **(SOVIET ESTONIAN HEALTH)**

**Medical Journal of the  
Ministry of Health of the Estonian S. S. R.**

No. 3 May, June 1976

**Meditations on the Medical Personnel Day**  
(p. 195).

**H. Vahter — Epidemiology of Venereal  
Disease** (p. 198).

Results of an epidemiological survey of the causes of venereal disease are analysed on the basis of the epidemiological cards SP-2. It has been found that the factors conducive to venereal diseases are: sexual permissiveness, promiscuity, insufficient sexual education, abuse of alcohol, little knowledge of venereal diseases and their consequences. The author makes mention of mental retardation as one of the contributory causes of venereal disease.

**M. Majas, J.-A. Utt, V. Granat — The  
Treatment of Gonorrhoea** (p. 200).

**H. Silm — Microsporia: Clinical Features  
and Preventive Measures** (p. 204).

The article deals with the cases of trichomycosis reported from the Tartu Clinical Dermato-Venereological Dispensary. The author gives a profound analysis of the hospital in-patients (68.7 per cent of the total) treated for small-spored ringworm. It has been shown that urban children tend to acquire microsporia at incidence rates higher than those in rural areas. The incidence of the disease was relatively high at Kallaste. In the majority of cases the ringworm infection was caught from cats. The clinical symptoms of the disease were typical of microsporia. The author places emphasis on the health education which plays a big part in the prevention of fungus infection.

**J. Männiste — Prevention of Thromboembolic Occlusion of the Pulmonary Artery** (p. 206).

In this paper some risk factors of vein and pulmonary artery thrombosis are analyzed on the basis of 229 case histories. The grouping of the risk factors according to the incidence and typical combinations of vascular disorders is presented in the article. The analysis has revealed from 7 to 8 various risk factors in pulmonary artery embolism and from 3 to 4 risk factors which can lead to thrombosis. Blood clotting tests are administered to patients at the risk of thrombosis and preventive measures are taken to avoid embolism. In cases of deep-vein thrombosis the authors have resorted to surgical treatment: total thrombectomy in cases of deep-vein thrombosis (in 48 patients), folding of the vena cava inferior (in 14 patients), or ligation of a superficial vein. Selective curative-diagnostic angiopulmography is recommended in thromboembolic occlusion of the pulmonary artery. In these cases heparin and rheopolyglycin is introduced directly, under pressure, into the pulmonary artery and the extent of the occlusion is measured. This angiographic procedure is aimed at destroying or aspirating the thrombus from the arterial trunk. Intensive anticoagulant and spasmolytic therapy proved most effective in 16 patients in the early stages of pulmonary artery embolism.

**M. Pärlist, J. Karusoo — The Treatment  
of Bronchial Asthma with Histaglobulin in  
Children** (p. 209).

The Results of histaglobulin therapy were observed in 110 children with bronchial asthma and 17 children with adenoinfuenza-bronchopathy. The results of histaglobulin therapy proved to be better in the initial period of the disease and in the case of repeated treatment (not less than three courses of treatment, each course consisting of five or six injections). The effect of histaglobulin therapy on histamine metabolism was observed in 30 asthmatic children. The control group consisted of 28 bronchial asthmatic children. The histamine metabolism was determined by the fluorometric method.

When the histaglobulin treatment gave favourable results the histamine content in the blood dropped but the activity of diamine oxydase and histaminopexy increased.

**J. Teras, E. Rõigas — Trichomonas vaginalis and Genitourinary Trichomoniasis** (p. 212).

**E. Elberg — Changes in Lipid Metabolism in Psoriatic Patients** (p. 217).

The article contains a review of the literature on lipid metabolism in patients

suffering from psoriasis. Histotopographical studies of skin lipids were carried out in 94 patients with psoriasis and in 19 healthy subjects. It has been revealed that in psoriatic patients there are changes in lipid metabolism both in the affected areas and in the apparently healthy skin.

L. Nurmand — **The Control of Venereal Diseases in the Estonian SSR** (p. 221).

J. Saarman — **Mental Care in the Estonian SSR** (p. 223).

A. Aunap, V. Roos, M. Zeltser — **Morbidity Analysis among Industrial Workers in Big Enterprises by Means of the Computer** (p. 227).

N. Loogna — **Referral of Allergic Patients to Medical Checkup** (p. 230).

M. Majas, A. Luts — **A Case of Scleroma in Estonia** (p. 200).

B. Rubinshtein — **Peculiarities and the Present-Day Treatment of Scabies** (p. 233).

K. Kutsar — **The Virus of Epidemic Parotitis** (p. 235).

H. Lõiv — **Why Do Some Foodstuffs Emit Light in the Dark?** (p. 236).

**Training of Personnel** (p. 237).

E. Rõigas — **The Effects of Health Education on the Control of Venereal Diseases** (p. 238).

Kalnin, V. — **N. Burdenko at Tartu** (p. 241).

Many years of the life of N. Burdenko, a famous Soviet surgeon, were associated with Tartu University (from 1901 to 1918). He graduated in medicine from Tartu University and became Professor Extraordinarius of surgery and topographical anatomy in 1911. During World War I. Burdenko held a leading post in Red Cross Society. Then his attention was specially drawn to field surgery, especially to field dressing. Then he delivered some 30 scientific reports on field surgery at various conferences, seminars and meetings for army surgeons. He also presented 33 scientific papers on various topics: the clinicoexperimental aspects of digestion, cavity surgery, balneology, field medical service and field surgery. In December 1917 he was elected Professor Ordinarius of the Chair of Faculty Surgery in place of his retired teacher W. Zoëge v. Mannteuffel. But he did not hold this post long because of imminent German occupation and in July 1918 he left for Voronezh.

**Conferences and Medical Meetings** (p. 247).

H. Vahter — **Activities of the Republican Scientific Society of Dermato-Venereologists During the Past Ten Years** (p. 259).

The author gives details of the activities of the Republican Scientific Society of Dermato-Venereologists in the ten years 1966—75 (the foundation of the society, its tasks and achievements and further trends).

**Juridical Consultation** (p. 263).

**Dates** (p. 266).

**Reviews and Bibliography** (p. 267).

**Medical Equipment** (p. 269).

S. Jõks — **Nobel Prize in Medicine and Physiology Awarded to Oncovirologists** (p. 271).

V. Lään — **Medicine and Olympic Games** (p. 273).

**New Drugs** (p. 274).

I. Laan — **Linguistical Notes** (p. 275).

**Chronicle** (p. 277).

## EESTI NSV-s ILMUNUD MEDITSIIKIRJANDUST

Elstein, N. **Ägedat kopsupõletikku põdenule.** [Meelespea]. Tln., 1975. 4 lk. (Vab. Sanitaarhariduse Maja). Trükiarv 10 000 eks.

**Esmaabist mürgkemikaalidega mürgistatule.** [Meelespea]. Tln., 1975. 4 lk. (Vab. Sanitaarhariduse Maja). Trükiarv 10 000 eks.

**Juhend haigete suunamiseks Kutsehaiguste Kliinikusse.** (Met. nõuanded jaoskonna- ja tsehhiaarstidele). Koost. R. Laubre. [Kinnit. ENSV Tervishoiu Min. Ravi- ja Prof. Abi Valitsus 3. VI 1974]. Tln., 1975. 11 lk. (EKMI). Trükiarv 500 eks.

Loogna, G. **Vähktõve kompleksne profülaktika.** Tln., 1975. 247 lk. — Kirj. lk. 217—230. «Esmased ja teised onkoloogiaradioloogia- ja röntgenoloogiaalased informatsiooniallikad», lk. 231—235. — Aineregister lk. 236—244. Trükiarv 10 000 eks. Hind 1 rbl. 14 kop.

**Lõpp joomarlusele!** Tln., 1975. 12 lk. (ENSV Punase Risti Seltsi KK).

Martinson, M. **Haapsalu kuurort.** Tln. 1975. 72 lk. — Kirj. lk. 70—71. (29 nim.) Trükiarv 25 000 eks. Hind 12 kop.

**Metoodilised juhendmaterjalid.** [Apteegiasutuste ja farmatseutiliste ametikohtade põhimäärused]. Tln., 1974. 23 lk. (ENSV Tervishoiu Min. Apteekide Peavalitsus). Trükiarv 500 eks.

**Põhimäärus tervishoiuorganite, Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside töök elanikkonna kaasatõmbamisel doonorluse liikumisele.** [Kinnit. NSVL Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee 12. XII 1973. a. ja NSVL Tervishoiu Min. 20. II 1974. a.] Tln., 1975. 14 lk. Trükiarv 2000 eks.

Sarap, A. **Tervishoiuorganisatsioon.** Tln., 1975. 112 lk. — Kirj. lk. 111 (14 nim.) (ENSV Kõrgema ja Keskerihariduse Min. Teaduslik-Metoodiline Kabinet). Trükiarv 350 eks. Hind 14 kop.

Seppo, A. **Metallic Osteosynthesis of Bone Fractures Based on the Topography of Bone Resistance.** Tln., 1975. 96 lk. (TPI. Tall. Tõnismäe Haigla). Trükiarv 2000 eks. Hind 1 rbl. 36 kop.

Sergejev, B. **Huvitavat füsioloogiast.** [Eesõna A. Viru]. Tln., 1975. 233 lk. Trükiarv 10 000 eks. Hind 56 kop.

**Tervise ABC.** Koost. H. Jänes, H. Kahn. 2., parand. ja täiend. tr. Tln., 1975. 703 lk. — Aineregister lk. 683—700. Trükiarv 40 000 eks. Hind 1 rbl. 87 kop.

Valgma, K. **Südame isheemiatõbi.** Trt., 1975. 92 lk. (TRÜ). — Kirj. lk. 90 (18 nim.) Trükiarv 800 eks. Hind 17 kop.

**Valitud loengud sünnitusabi ja günekoloogia alalt.** 16. osa. K. Gross. **Genitaalsfääri põletikud.** Trt., 1975. 72 lk. (TRÜ). — Kirj. lk. lk. 69—70 (22 nim.) Trükiarv 1000 eks. Hind 12 kop.

**Вопросы клинической невропатологии и психиатрии.** Т. 9. Труды по неврологии и нейрохирургии. [Посвящ. к 60-летию со дня рожд. проф. Э. И. Раудамы. Отв. ред. Р. Х. Цуппинг]. Тарту, 1975. 200 с. Тираж 500 экз. Цена 1 р. 53 к.

Вяре Х. Я. **Об измененной реактивности и о взаимосвязях психических и соматических расстройств при алкоголизме.** Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Тарту, 1975. 43 с. (ТГУ). — Список работ автора 18 назв.

Гурьев В. Н. **Двусторонний коксартроз и его оперативное лечение.** Таллин, 1975. 276 с. — Список лит. с. 264—274. Тираж 500 экз. Цена 2 р.

**Диспансеризация и специализация медицины.** Материалы симпозиума. Под ред. Э. К. Кама и Н. В. Эльштейна. Таллин, 1975. 64 с. (МЗ ЭССР. ИЭКМ. Науч. о-во терапевтов ЭССР. Науч. о-во гигиенистов и организаторов здравоохран. ЭССР). Тираж 600 экз. Цена 1 р.

Калитс И., Келк Я. **Больному сахарным диабетом.** [Пер. с эст. Предисл.: К. Кырге]. Таллин, 1975. 111 с. (Наука и здоровье). — Список лит. с. 108 (12 назв.). Тираж 30 000 экз. Цена 18 к.

Лаане Э. Я. **Особенности дыхания и гемодинамики при артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца.** Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Тарту, 1975. 72 с. (ТГУ). — Список работ автора (58 назв.).

Лонд Э. Р.-Э. **Состояние желудка у больных желчнокаменной болезнью до и после холецистэктомии.** Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1975. 21 с. (ТГУ). — Список работ автора 8 назв.

Лутс А. Е. **Насморк, насморк, насморк.** [Памятка]. Таллин, 1974. 6 с. Тираж 10 000 экз.

**Материалы IX республиканской конференции по фтизиатрии и пульмонологии.** Таллин, 1975. 192 с. (МЗ ЭССР. ИЭКМ. Респ. науч. о-во фтиз.). Тираж 500 экз. Цена 1 р.

**Методические аспекты изучения эпидемиологии рака молочной железы.** (Материалы симпозиума и расшир. заседания проблемной комиссии). Таллин, 1975. 103 с. (Пробл. комиссия по эпидемиол. опухолей при Науч. совете по раку АМН СССР. ИЭКМ). Тираж 250 экз. Цена 49 к.

**Методические указания по проведению судебно-медицинских, клиничко-анатомических и поликлиничко-анатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях.** [Утв. Гл. упр. лечебно-профилактич. помощи МЗ СССР 11/XII 1974 г.]. Таллин, 1975. 15 с. Тираж 1000 экз.

Eeva Vahesalu

---

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 II POOL-  
AASTAKS 1976 ON

---

**15. JUUNI**

---



## MARGARIIN

koosneb kõrgeväärtuslikest taimsetest rasvadest.  
 Vitaminiseeritud margariin võib julgesti  
 võistelda isegi koorevõiga.