



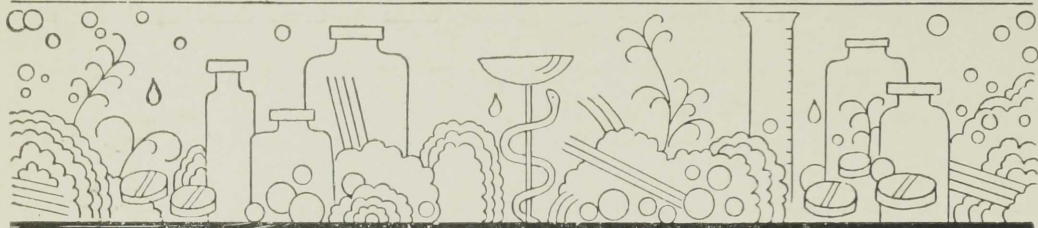
ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIAMINISTERIUMI AJAKIRI

5 · 1983



ANTASTHMANUM

Antastmaanitablette kasutatakse bronhiaalastmahoogude ärahoidmiseks ja raviks. Võetakse $1/2 \dots 1$, rasketel juhtudel 2 tabletti korraga üks kuni kolm korda päevas, olenevalt vajadusest.

Et vältida unehäireid, on soovitatav antastmaanitablette võtta sisse hommikul ja päeval.

Pakendis on 12 tabletti.

SULFAMONOMETHOX(NUM (SÜNONÜÜM: DAIMETON)

Pika toimeajaga sulfoonamiid.

Mõjus vahend pneumoonia, bronhiidi, tonsilliidi, mädase otiidi, urogenitaalelundite mädanakkuste, düsenteeria, sapiteede nakkuste või muude grampositiivsete ja -negatiivsete mikroobide põhjustatud nakkuste raviks.

Ööpäevane annus (1... 2 grammi esimesel päeval ja 0,5... 1 grammi järgmistel päevadel) võetakse sisse korraga. Pakendis on 15 tabletti á 0,5 g toimeainet.

SISU

J. Saarma — Psühhiaatria tänapäeva ideoloogilises võitluses 323

TERVISHOIU TÖÖ KORRALDUS

H. Väre — Psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi areng, ülesanded ja perspektiivid 327

V. Jänes — Statsionaarse psühhiaatrilise abi vajadus ja planeerimine 331

TEORIA JA PRAKTIKA

J. Liivamägi — Vanemate alkoholism ja lapsed 334

L. Toomaspoeg, O. Toomla — Alkoholi toime organismi immuunsüsteemisse 336

J. Raudsepp — Suitsetamine toksikomaaniaprobleemina 339

V. Saarma, H. Everaus — Leukeemia-antigeeni antikehad täpp-immunoanalüüsil kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevail haigeil 341

L. Pokk — Peaaju metastaatilised kasvavad 343

P. Bošovski, J. Kann, M. Rooma — Inimese organismis moodustunud N-nitrosopropiini eritumine higiga 346

O. Tamm, J. Märtn, G. Kikoš, V. Bolotovski, B. Gelikman — Tallinna 1982. aasta leetripuhangu põhjused 349

OLEVAATED

L. Mehilane — Psühhofarmakoteraapia mõningaid aspekte 351

R. Kermes — Alkohoolne pankreatiit 357

A. Adamsoo — Skisofreenia prognoos 360

O. Toomla — Neuroleptikumide toime immuunsüsteemisse 362

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

S. Koppel — Kontinuaalse maailmapildi füsioloogilised alused

II. Emotsionaalne tegelikkusepeegeldus 366

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

V. Salupere — Mallory-Weissi sündroom 370

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

L. Tähepõld — Esimene Eesti NSV teadusdoktor molekulaarbioloogia erialal 372

Teaduslikke kutseid 374
TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1983. aastal 374

Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1983. aastal 375

Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1983. aastal 376

Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1983. aastal 377

ARSTITEADUSE AJALOOST

A. Haug, H. Gustavson — 80 aastat Tallinna Vabariiklikku Psühhoneuroloogiahaiglat 377

MEIE JUUBILARE 381

Aari Öun, Meeri Liivamägi, Jaan Lu-berg, Leida Eenma, Aino Lukas, Germina Albova, Hilja Alev, Maimu Olesk, Uuno-Arvid Sillajõe, Ellen Talussaar, Valentina Kaselaid

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

N. Elstein — Olevabariigiline terapeu-
tide nõupidamine 384

A. Rumm — X üleiliduline tuberkuloosi eksperimentaalbaaside seminarnõupidamine 385

N. Looqna — Soome ja Nõukogude Liidu teadlaste tööhügieeni- ja kutsehau-
gustealane ühissümposium 385

IN MEMORIAM

Professor Johan Sarv 2. II 1923...
27. VI 1983 386

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

H. Väre — Psühhiaatria minevik ja
tänapäev 387

KROONIKA 388

Eesti NSV teadlaste publikatsioonide vä-
lismaal 393

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uuri-
musi 394

Artiklite venekeelsed resümeed 394
Artiklite ingliskeelsed resümeed 398

PSÜHHIAATRIA TÄNAPÄEVA IDEOLOOGILISES VÕITLUSES

JÜRİ SAARMA · TARTU

Psüühika ja psüühikahaiguste eripärast johtuvalt on psühhiaatria alati olnud ideoloogilise võitluse areeniks. Antiikkultuuridest alates on psüühika ning tema häirete üle vaieldud idealistid ja materialistid, loodusteaduslik-dialektilisel psühhiaatrial on tulnud piike murda mitut laadi mehhanistlike ja metafüüsiliste vooludega. See võitlus jätkub nüüdisajalgi.

Üldsuse suhtumine psüühiliselt haigetesse on ajaloo vältel korduvalt vaheldunud — hoolimatult tõrjuvast hoiakust mõistva abivalmiduseni. Ka tänapäeval võib kohata otse vastandlikke seisukohti. Üldsuse teadvuses paiguti visalt püsivast tõrjuvast hoiakust psühhiaatriaasutustesse sugeneb mõnigi kord arusaamatusi ja pretensioone seoses psüühikahaiguste diagnoosimisega ning haigete ravimise vormide ja vahenditega. Tihti tekib konflikte sellest, et paljudel vaimuhaigetel puudub kriitiline suhtumine oma tervisesse.

See kõik on psühhiaatritele hästi tuttav ja seetõttu ei ole spetsialistidele midagi ootamatut selles, et tänapäeva maailmas teravnenud ideoloogiline võitlus on oma keerisesse taas haaranud ka psühhiaatria. Sedapuhku aga on ideoloogiline võitlus psühhiaatria ümber omandanud täiesti uue ilmingu — teda püütakse rakendada antisovetismi teenistusse. Et vaenulik propaganda on viimasel ajal seda nooti eriti kasutama asunud, on meie üldsus õigustatud sama objektiivse ülevaate olukorrast.

1960-ndate aastate lõpust alates hakkasid mõnede lääneriikide, eriti USA ja Inglismaa massiteabevahendid levitama teateid, nagu kasutatakse meil poliiti-

liste teisitimõtlejate ehk režiimikriitikutega repressioonideks nende tunnistamist psüühiliselt haigeteks ning nende sunniviisiliselt paigutamist psühhiaatriaahaiglatesse. Niisuguste «paljastuste» esitamine on jätkunud siiani. Teadetes nimetatakse konkreetseid isikuid, ravi-asutusi ja psühhiaatreid, dramaatilistes värvides kirjeldatakse dissidentide kannatusi meie psühhiaatrite omavoli läbi. Aeg-ajalt on toodud ka arvulisi andmeid — taolisi psühhiaatria «ohvreid» olevat meil 200, 300 või koguni 500. Süüdistuste vool tugevneb tavaliselt psühhiaatrite ülemaailmsete kongresside eel. Nii oli ka käesoleval aastal kampaania kõrglaineline enne Viinis toimunud kongressi.

Lääne propaganda süüdistused on õige rängad: meie psühhiaatreid süüdistatakse selles, et vaimselt terveid teisitimõtlejaid (sealhulgas ka usuliste veendumustega isikuid) olevat me süstemaatiliselt tunnistanud vaimuhaigeteks, paigutanud nad sunniviisiliselt psühhiaatriaahaiglatesse ja siis rikkunud nende tervist, rakendades ajusse toimivaid aineid suurtes annustes.

Tuleb rõhutada, et kuigi nimetatakse konkreetseid isikuid ja asutusi, pole kunagi ega ühegi juhu kohta esitatud autentseid meditsiinilisi süüdistuste kinnituseks. Meie psühhiaatria autoriteetsed esindajad ja tervishoiujuhid on alati puhta südametunnistusega kategooriliselt tagasi lükanud kõik sellised süüdistused kui absoluutselt põhjendamatud. Me võime uhkuse ja rahuldustundega konstateerida, et psüühiliselt haigete inimõiguste kaitse ja psühhiaatria, sealhulgas ka kohtupsühhiaatria põhimõtted ning reeglid, ei ole ühelgi teisel maal niisuguse põhjalikkusega ja nii järjekindlalt humaanse hoiakuga seadusandlikult korrastatud kui meil. Igasugune omavoli ja kuritarvitus on meie psühhiaatrilises abis täielikult välistatud nii seaduste kui ka meditsiiniliste töötajate eetiliste põhimõtete poolt. Samal ajal on seadustega tagatud, et psüühiliselt haige, kes oma haigusest tingitud käitumisega on mingi seadusvastase teo toime pannud, ei lange mitte karis-

tuse alla, vaid talle kui haigele inimesele määratakse ravi.

Pikka aega on nõukogude psühhiaatrite süüdistamisega tegelnud üksnes mitteasjatundjad — reporterid, propagandategelased, usuühingute esindajad. Algusest peale on süüdistuskampaania kõige aktiivsemaks keskuseks olnud rahvusvaheline organisatsioon *Amnesty International*, mis inimõiguste kaitsmise õilsa sildi all on kujunenud üheks antisovetismi propaganda kantsiks. Lääne oma ajakirjanduse andmeil on selle organisatsiooni põhiline finantseerija USA luureamet LKA.

1970-ndate aastate keskpaigast alates on sellesse kampaaniasse kaasa tõmmatud ka USA, Inglismaa ja mõne muu maa mitmed psühhiaatrid. Hoolega ettevalmistatud ja heldelt finantseeritud rünnaku tulemusena, kasutades ära USA esindajate võtmepositsioone ning ebademokraatlikku hääletussüsteemi, läks aktiivsetel nõukogudevastastel korraldada 1977. aastal Honolulu toimunud kongressil läbi suruda meie psühhiaatriat solvav resolutsioon. Sellest peale on psühhiaatria kuritarvitamise probleem Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooni juhtkonnal ja tema mitmel allüksusel pidevalt päevakorral olnud ning meie psühhiaatritel on tulnud pidevalt võidelda laimukampaania vastu.

Algusest peale on Lääne propaganda tuginenud informatsioonile, mis pärineb üksikutelt nõukogude kohtupsühhiaatriaga kokkupuutunudilt endilt või nende omastelt ja mõttekaaslastelt. Osalt on tegemist isikutega, kes hiljem on Nõukogude Liidust emigreerinud Läände, osalt on informatsioon Läände toimetatud ebaseaduslike kanalite kaudu. Arusaadavalt on kõik need andmed esitatud tendentslikult, sest on ju tegemist meie vastu vaenulikult häälestatud isikutega. Informatsiooni propaganda otstarbel kasutajad ei ole kunagi vajalikuks pidanud teadete usaldatavust kontrollida, rääkimata kõnealuste isikute kohta autentsete meditsiiniliste andmete hankimisest.

Enne Honolulu kongressi trükiti Inglismaal intrigeeriva pealkirjaga raamat

«Psühhiaatriline terror». Autorid — psühhiaater S. Bloch ja ajakirjanik P. Reddaway — töid selles andmeid 210 isiku «kannatuste» kohta Nõukogude psühhiaatriaasutustes, kusjuures kõiki neid «ohvreid» esitati vaimselt tervete dissidentidena. Nõukogude Liidu Tervishoiuministeeriumi hoolikal kontrollimisel selgus, et peale rohkete tegelikult psüühiliselt haigete, kes seadusvastaseid tegusid ei olnud üldse toime pannud ja kes oma haiguse tõttu olid lihtsalt eriarstlikku abi vajanud, oli nimekirja võetud ka selliseid, kes olid üksnes kohtupsühhiaatrilisel ekspertii-sil viibinud ning süüdivaks (s. t. vastutusvõimeliseks) tunnistatud. Oli ka päris väljamõeldud nimesid. Mis aga eriti rõhutamist väärib — autorid ei olnud oma süüdistusmaterjali koostamisel vajalikuks pidanud meie tervishoiuorganite poole pöörduda, et saada kõnealuste isikute kohta objektiivseid meditsiinilisi andmeid.

Seda, kui eelarvamuslik on mõne Lääne psühhiaatri suhtumine meie psühhiaatrite vastu suunatud kampaaniasse, iseloomustab episood Honolulu kongressil. USA ja Inglismaa esindajate poolt meile vaenuliku resolutsiooniprojekti esitamisel pöördus meie esindaja E. Babajan assamblee esimehe poole küsimusega, kas süüdistuste tõestuseks on kas või ühegi kõnealuse «ohvri» kohta esitatud Lääne psühhiaatrite ekspertide meditsiiniline arvamus, et tegemist on tõepoolest psüühiliselt terve isikuga, keda meie psühhiaatrid on ekslikult haigeks tunnistanud. Assamblee esimees oli sunnitud vastama, et selliseid ekspertide arvamusi esitatud ei ole. Samas aga astus üles Inglismaa esindaja, kes deklareeris, et ekspertide arvamuse järele polevatki vajadust, sest olemasolevad muud andmed olevat piisavad.

Lääne propaganda on süüdistusmaterjalidega alati suvaliselt ümber käinud. Alati valgustatakse dramaatiliste detailideni ühe või teise meie psühhiaatria «ohvri» kannatusi Nõukogude Liidus. Kui aga sama isik Läände emigreerinuna mõne aja pärast on va-

janud abi uue asukohamaa psühhiaatri-telt, siis ei teatata sellest avalikkusele sõnagi. Tüüpiline on omal ajal Austriasse emigreerinud L. K. lugu. Esimes-tel kuudel oli ta Austria ja paljude teiste läänemaade raadio, ajakirjanduse ja *Amnesty Internationali* esindajate huvi keskmes ning temast kirjutati ning räägiti ülirohkesti — ikka sellest, kuidas ta Nõukogude Liidus elades pidi taluma psühhiaatrite tagakiusamist. Kui aga mõne aja pärast tema haigus äge-nes ja Austria võimud paigutasid ta ühiskonnaohtliku käitumise tõttu psüh-hiaatriahaiglasse ravile, ei ilmunud sel-le kohta mingit teadet, tema nimi liht-salt kadus ajalehtede veergudelt ja ra-diosaadetest.

Paar aastat tagasi levitasid mitmed Lääne raadiojaamad teateid selle kohta, et psühhiaatria kuritarvitamine on jõud-nud juba ka kuulsa ajalooga Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatrikliinikusse. Nimelt hoitavat seal vägivaldselt kinni kaht tegelikult vaimselt tervet noormeest, ainuüksi nende usklikest pärast. Noormeeste nimed ja haiglas viibimise fakt vastasid tõeale, kuid kõik muu oli pahatahtliku fantaasia vili. Faktiliselt olid mõlemad noormehed vaimuhaiged, kelle olid haiglaravile paigutanud omaksed ja kelle usulised veendumused haiguse ega ravi suhtes mingit osa ei etendanud. Üsna hiljuti korrati rünnakut Tartu kliinikule, kasu-tades varajasemaid ja ka uusi välja-mõeldisi.

Vähe sellest, alati vaikitakse maha ka Lääne objektiivsete psühhiaatrite aval-dused, kes on tutvunud meie psühhiaat-riaasutustega ja dissidentide probleemi tegeliku olemusega. Paljud aga langevad otse pahatahtliku diskrediteerimise ohvriks, neid süüdistatakse koguni pro-sovetismis ja nõukogude propaganda poolt end mõjutada laskmises.

Kuivõrd vähe huvitab süüdistuskam-paania organisaatoreid tõe jaluleseadmine, ilmneb eredalt järgnevat.

Eesmärgiga teha lõpp alusetule lai-mule esitas meie delegatsioon Honolu-lus Ülemaailmse Psühhiaatrite Assot-siatsiooni juhatusel meditsiinidoku-

mentatsiooni 22 isiku kohta, keda oli Läänes kõige sagedamini nimeliselt esi-le toodud meie psühhiaatria ohvritena ja kelle juhtumeile tuginedes suruti as-sambleel läbi solvav resolutsioon. Meie korduvalt esitatud tungival nõudmisel saatis assotsiatsiooni juhtkond 1977. a. oktoobris nende dokumentide koopiad kõikide liikmesriikide seltside juhatus-tele. Kuni tänaseni, s. t. kuue aasta jooksul, ei ole üheltki rahvuslikult selt-silt (ka mitte USA, Inglismaa ega teis-telt meid Honolulu kõige aktiivsemalt süüdistajailt) ei assotsiatsiooni juhtkon-nale ega meie seltsile saabunud avaldusi nende dokumentide kriitika või täien-davate küsimustega, rääkimata vastu-pidise hinnanguga omapoolsetest psüh-hiaatrilistest ekspertiisidest. Järelikult ei ole meie esitatud meditsiinidokumen-tide kohta kellelgi midagi kriitilist öel-da. Enamik 22 isikust, kelle kohta me objektiivsed andmed esitasime, on juba pikemat aega asunud Läänes. Küllap on nende tervise käik näidanud, et meie ekspertide arvamusi ei ole võimalik ümber lükata. Aga niisugusel juhul nõuaksid ju elementaarne korrektsus ning kutsealane ausus oma eksimuse tunnistamist ja kas või vormilist vaban-damist. Kahjuks ei ole ükski asjaosali-ne sellist korrektsust ega mehisust üles näidanud.

Veelgi enam, Ülemaailmse Psühhiaat-rite Assotsiatsiooni juhtkond on asunud hoopis imelikku taktikat kasutama, sel-lega otse õhutades antisovetismi kam-paaniat. Honolulu kongressi otsusega loodi assotsiatsiooni juhatusel juurde spetsiaalne psühhiaatria kuritarvitami-se uurimise komisjon. Enesestmõistetavalt pidanuks komisjoni esmaseks üles-andeks olema Honolulu esitatud süü-distuste põhjendatust kontrollida. Või-malused selleks ju olid: oli meditsiini-dokumentatsioon 22 isiku kohta, kellest enamik asus lääneriikides, seega oli võimalus neid uurida autoriteetsetel Lääne psühhiaatritel. Kuid millegi-pärast ei pidanud uurimiskomisjon ega assotsiatsiooni juhatus sellist sammu vajalikuks. Honolulu kongressi eel ja ajal päevakorras olnud «ohvrite» saatus

kedagi enam ei huvitanud, nende nimed kadusid massiteabevahendeist.

Kampaania aga jätkus. Kulus mõni aeg hoovõtuks ja oma kolmandal tegevusaastal hakkas uurimiskomisjon energiliselt koguma süüdistusmaterjali. Nüüd aga kerkisid päevakorrale hoopis uued nimed, imelikul kombel ainult niisuguste isikute omad, kes viibivad Nõukogude Liidus. Seejuures viidatakse — nimesid küll nimetamata — ka varajasematele juhtudele, andes seda säärases toonis, nagu oleksid kūritarvitused kinnitust leidnud ja kahetsusväärivalt ikka jätkuvad.

Vähe sellest, viimasel ajal on Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooni juhtkonna süüdistustes hakanud ilmema veel üks omapärane tendents. Konkreetsete isikute puhul ei piirdu asi mitte üksnes psüühikahaiguse esinemise fakti vaidlustamisega, vaid juba esitatakse meie psühhiaatritele koguni arupärimisi selle kohta, miks üks või teine isik on just nimelt statsionaarsel ravil, miks ta on ravil just selles või teises haiglas jms. Koguni psüühikahaiguste diferentsiaaldiagnoosimise probleemiid vaidlustatakse: kas konkreetsetel isikul on ikka see või on tal hoopis teist laadi psüühikahaigus? Tähendab püütakse psühhiaatria «kuritarvitamise» mõistet laiendada ja väga ähmaseks muuta, selle alla viia meie eriala puhtmeditsiinilised üksikasjad. Meie psühhiaatria esindajate korduvatel kohtumistel asotsiatsiooni juhtkonnaga on viimase tendentslikkus täie selgusega avaldunud.

Asjale krooni panemisenä nähtub USA psühhiaatrite seltsi esimehe K. Brody möödunud aasta sügisel laiali saadetud kiri, milles ta agiteerib kõiki Lääne erialaseltse ühinema nõukogude psühhiaatrite vastase aktsiooniga. Seejuures lähtub ta sellest, nagu oleks psühhiaatria kuritarvitamine tõestatud fakt, ta ei vaevu isegi mööma selle tõestamise vajalikkust. Ei, ta esitab ultimaatumi: meie psühhiaatrid peavad igasuguse kuritarvitamise lõpetama. Mis aga kõige ilmekam — avameelitsemise hoos lobises Brody välja, et kogu sel-

les aktsioonis tegutseb USA seltsi juhatus kooskõlastatult USA riigidepartemanguga. Vähe sellest, ta annab kolleegidele nõu kooskõlastada ka oma tegevus oma maa välisministeeriumiga. Ei ole vist võimalik enam selgemini demonstreerida, et tegemist ei ole mitte professionaalse teadusliku või eetilise probleemiga, vaid riigivõimu poolt inspireeritud kõige otsesema poliitilise aktsiooniga.

Ja ainult niisuguse tagapõhja puhul saab mõistetavaks, kuidas nii Lääne massiteabevahendite käsituses kui ka selle aktsiooniga ühinenud sõjakate psühhiaatrite tegevuses on võimalikuks osutunud mõnede elementaarsete juriidiliste ja psühhiaatriliste printsiipide täielik ignoreerimine.

Iidest ajast on kehtinud õiguslik juhtlause: enne kui kedagi süüdi tunnustada, tuleb tema süü tõestada. Meid, Nõukogude psühhiaatriteid, reklameeritakse aga süüdlastena psühhiaatria kuritarvitamises, ilma et keegi oleks suvat senud seda objektiivselt tõestada.

Teine juurdunud põhimõte on see, et süütõendid peab esitama süüdistaja, mitte aga ei nõuta süüdistatavalt, et tema peaks esitama tõendeid oma süütuse kohta. Ometi just nii absurdset käituvad süüdistajad meiega — meie peame esitama süütusetõendid, kui me aga need esitame, siis vaikitakse need lihtsalt maha ja esitatakse uued juhud, mille kohta meilt süütusetõendeid taas nõutakse.

Kurb on, et koguni mõned Lääne psühhiaatrid on süüdistamisõhinas unustanud elementaarse kutsealase põhinõude — inimese psüühilise tervise ja haiguse suhtes ei saa otsust langetada ilma täieliku objektiivse uurimismaterjalita, ainuüksi isiku enda seletustele toetudes.

Sellest kõigest ilmneb täie selgusega, et meie psühhiaatria vastu suunatud rünne ei ole ajendatud tõelisest murest psüühiliselt haigete või kodanike inimõiguste pärast. Tegemist on kõige otsesema ideoloogilise rünnakuga meie tervishoiu ja seega ka meie ühiskonna diskrediteerimiseks. Teiste sõnadega — te-

gemist on antisovetismi sõjakäigu ühe rindelõiguga. Seejuures on Lääne propagandistid väga osavalt apelleerinud üldsuse teadvuses ikka veel säilinud eelarvamuslikule hoiakule psühhiaatria ja psühhiaatriaasutuste suhtes. Sellega aga tehakse ränka kahju psühhiaatria mainele terves maailmas, õonestatakse üldsuse usaldust selle nii komplitseeritud eriala vastu, kujutatakse psühhiaatriaraviasutusi üldsuse teadvuses mingite sunniorganitena. See, et sellesse kampaaniasse on kaasa tõmmatud ka Ülemaailmne Psühhiaatrite Assotsiatsioon, on otse lubamatu, selles on otseselt süüdi assotsiatsiooni juhtkond oma põhimõttelagedusega.

Kõige selle tõttu otsustas Nõukogude Liidu Psühhiaatrite ja Neuroloogide Selts Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooniga koostöö lõpetada ja käesoleva aasta veebruari algul astuski sellest organisatsioonist välja. Assotsiatsiooni juhatusele ja liikmesseltside juhatustele läkitatud kirjas anti üksikasjalik hinnang kogu kampaania olemuse kohta ja hoiatati selle moraalse kahju eest, mida tehakse psühhiaatria mainele ja lõppkokkuvõttes — psüühiliselt haigetele.

Meie maa psühhiaatrid, ustavad sotsialistliku ühiskonna rahvatervishoiu sügavasti humaansetele põhimõtetele ja arstivandele, innustatuna oma vastutustundest abivajajate ning kogu meie rahva vaimse tervise kaitse ees, jätkavad tööd meditsiini ühel raskemal erialal. Oleme veendunud ja kogeme iga päev, et meilt abi vajajad ja kogu rahvas suhtuvad meie tegevusse mõistmisega, usaldusega ja toetavalt. Oleme kindlad, et nagu kõik varajasemad eksiikäigud ja umbteed psühhiaatria haigustesse ja -haigetesse suhtumises, lõpeb ka seekordne «sõjakäik» tõe võiduga.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

Tervishoiutöö korraldus

UDK [616.89+615.015.6]:614(474.2)

PSÜHHIAATRILISE JA NARKOLOOGILISE ABI ARENG, ÜLESANDED NING PERSPEKTIIVID

HANS VARE · JÄMEJALA

meie vabariigi psühhiaatrilise abi ajalugu, stationaarne, haiglaväline ja detsentraliseeritud arstiabi, psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi ülesanded

Üheaegselt Tartu Ülikooli psühhiaatria kateedri ja kliiniku juubeliga tähistas ka meie vabariigi psühhiaatria oma sajandipikkust arenguteed. Ülikooli tollaste progressiivsete õppejõudude E. Wahli ja H. Emminghausi energilise selgitustöö tulemusena ning vaimuhaigete hooldamise ja ravi vajadusest tingitult avati lisaks Tartu psühhiaatriakliinikule (1887. a.) psühhiaatria haiglad Jämejalal (1897. a.) ja Tallinnas (1903. a.). Kahjuks oli varajasem psühhiaatriline abi ainult stationaarne, piirdudes vaimuhaigete hooldamise ja raviga haiglas, kusjuures pärast ravi puudus haigete erialase arstiabi süsteem.

Varajasemale ja Suure Isamaasõja järgsele ajajärgule on omased intramuraalse psühhiaatria jooned. Seda perioodi iseloomustavad:

a) hospitaliseeritute vähene arv ja ravikuuride pikk kestus. Ühe voodikoha kohta hospitaliseeriti 1...1,5 haiget aastas;

b) haigete paigutamine vastavalt psüühilisele seisundile rahulike või rahunutute haigete osakonda;

c) kroonilisi haigusi põdejate ja rahunutute üleviimine linnahaiglatest linnalähedastesse haiglatesse, sest kohtade arv kroonilisi haigusi põdejaile sotsiaal-

hooldusministeeriumi süsteemis ei olnud piisav;

d) diagnoosimise põhinemine haigusjuhu detailsel psühhopatoloogilisel analüüsil, kasutusel olid vaid üksikud diagnostilised abimeetodid (liikvordiagnostika, pneumoentsefalograafia jt.);

e) asjaolu, et somatoterapiameetodid (insuliin-, elekterkrampravi jne.) olid kõik ennesõjaaegsed ning tööravi piirdus põllu- ja käsitööga;

f) ühiskonna ja avalikkuse huvi puudumine nii psühhiaatria kui ka psüühiliselt haigete vastu, nähes viimastes vaid vaimuhaigete isoleerimise paika — sellest ka intramuraalse psühhiaatria nimetus.

Haiglaväline arstiabi. Nõukogude korra ajal arendati välja haiglaväline psühhiaatrilise abi süsteem, mille arengus võib eristada kaht etappi. Esimest iseloomustab abi tsentraliseerituse printsiip, mille puhul meie vabariigi elanikkonda dispanseerivad ja annavad erialast arstiabi suuremad dispanserid või dispansersed osakonnad, mis Tartus avati 1946. a. juulis, Tallinnas 1946. aasta septembris ja Jämejalal 1962. aasta juunis. Selle süsteemi alusel jaotus meie vabariigi elanikkonna nii ambulatoorne kui ka statsionaarne abi põhiliselt eelnimetatud kolme haigla ja nende dispanserite vahel.

Erialase arstiabi parema kättesaadavuse tagamiseks algas süsteemi detsentraliseerimine, mille esimese sammuna avati 1972. a. dispansersed kabinetid vabariigilise alluvusega linnades, näiteks Narvas, Pärnus ja Kohtla-Järvel. Detsentraliseeritud süsteemi arendas välja tollane meie vabariigi peapsühhiaater (1968...1978. a.) prof. J. Saarma, mille tulemusena kõigis rajoonides avati psühhoneuroloogiakabinetid. Nendel aastatel toimus ka psühhiaatriast kahe kitsama eriala — lastepsühhiaatria ja narkoloogia — eraldumine ning sellealase ambulatoorse abi süsteemi kujunemine. Igale rajoonile/linnale on kinnistatud lastepsühhiaater, kelle kohustuste hulka kuulub ka kohalikele psühhiaatriakabinettidele konsultatiivse ja erimetoodilise abi andmine.

Rajooni polikliinikutes psühhiaatrite ja narkoloogide tööerakendamine muude erialade arstide kõrval tähistab üht etappi üleminekul ekstramuraalsele psühhiaatriale ning vaimuhaiguse võrdustamist teiste haigustega.

Et rajoonide eriarstide kabinetid on töötanud juba mitmeid aastaid, siis pakub huvi eespool nimetatud kahe etapi töönäitajate võrdlus. Võrreldes 1980. a. andmeid 1970. a. andmetega, mil töötas ainult kolm dispanserit, selgub: arsti ametikohtade arv haiglavälises süsteemis on suurenenud 2,3 korda, psüühikahäiretega arvelolijate arv on praktiliselt samaks jäänud, arvelolevate haigete arv ühe arsti ametikoha kohta on vähenenud umbes 2,2 korda, ambulatoorsete külastuste arv ühe arsti ametikoha kohta on endine, kuid külastuste arv ühe dispanseritu kohta on 1,5 korda suurem, arvelolevate alkohoolikute arv on suurenenud üle kolme korra.

Selgub, et psühhiaatrilise abi detsentraliseerimine ei põhjustanud esmakordselt diagnoositute ega arvelolevate haigete arvu olulist suurenemist. Sellest järeldub, et meie vabariigi tsentraliseeritud dispanserne süsteem osutus küllalt otstarbekaks. Detsentraliseerimise tulemusena arstiabi kättesaadavus kasvab 1,5 korda, mis aga on väiksem arstikohtade arvu kahekordsest suurenemisest. Selle põhjuseks võib olla rajooni psühhiaatrite kasutamine nii kohtu- kui ka sõjaväeekspertiisi tegemisel, mille tagajärjel arstide vastuvõtuaeg polikliinikus lüheneb.

Statsionaarne abi. Meie vabariigi viies psühhiaatria haiglas oli 1950. aastal 955 voodikohta ning töötas 38 psühhiaatrit. Voodikohtade arv jõudis sõjaeelseni 1956. aastal, kuid nende järele tunti veel endiselt puudust. Vaatamata aastail 1960...1967 Jämejala haigla kahe ravikorpuse rekonstrueerimisele ja ühe uue korpuse valmimisele, jäid meie vabariigi haiglad ülekoormatuks põhiliselt hooldust vajavate kroonilisi haigusi põdejate arvel. Olukorra leevendamiseks soovitas Eesti NSV Tervishoiuministeerium Sõmera Tuberkuloosisanatooriumi muuta psühhiaatriastat-

sionaariks, mis oma asendi ja liikluse tõttu aga ei ole selleks sobiv. Sõmera reorganiseeritakse internaatkoduks, sest selles süsteemis on haigete hooldamine tunduvalt odavam kui psühhiaatriaiglates. Järgnevalt toimub internaatkodu- de rekonstrueerimine ja uute voodikoh- tade saamine sotsiaalhooldusministeer- iumi süsteemis, mille tulemusena psüh- hiaatriahaiqlad vabanevad kroonilisi haigusi põdejate hooldamisest.

Edasine materiaalse baasi paranemi- ne tulenes narkoloogilise abi väljaaren- damise vajadusest. Uued narkoloogia- osakonnad on Tartu ja Tallinna psüh- hiaatriaiglatel. 1982. a. reorganiseeri- ti Taagepera sanatoorium psühhia- tria-narkoloogiahaiglaks. Täna- seks on haiglavoodite arv 1940. aasta arvuga võrreldes kahekordistunud, hospitali- seeritute arv aastas suurenenud 1240-lt 11332-ni (10 korda) ja ühele voodikoha- le paigutatute arv 1,1-lt 4,5-le. Viimase kümne aasta analüüs on näidanud, et paralleelselt vastuvõetud haigete arvu suurenemisega on kasvanud ka voodi- kohtade ja arsti ametikohtade suhe.

Psühhiaatria pöördumine intramu- raalsest seisundist ekstramuraalsesse ning tsentraliseeritud haiglavälise abi muutumine desentraliseeritaks on tingi- tud põhiliselt psühhofarmakoloogia edusammudest. Psühhotroopsete ainete terapeutiline mõjususe ületas tunduvalt mõjususe varem kasutatud somatote- raapiameetoditel, kuid toime kestus osutus lühiajaliseks. Meditsiinilisest ja sotsiaalsest aspektist lähtudes oli opti- maalseks lahenduseks paranenute ravi jätkamine kodus koos tööravi kohalda- misega vastavalt säilinud töövõimele. Et tagada adekvaatne ja kestav ravi kodus, oli vaja luua küllaldase hõlma- vuse ja kättesaadavusega ambulatoorse ravi süsteem koos tööraviga. Kõik muu- tused nii haiglavälise abi süsteemis kui ka haiglate töökorralduses ja ravis on uue impulsi saanud psühhofarmako- teraapialt, kuigi ravi kvaliteedi parane- mine ei sõltu üksnes sellest, vaid ka uuenenud tähelepanust ja vanade mee- todite (eriti tööravi ja sotsioterapia) kasutamisest haigete rehabiliteerimisel.

Nüüdisaegne psühhiaatriline abi ja haigete rehabiliteerimine nõuab mate- riaalse baasi kohandamist ning rekonst- rueerimist vastavalt uutele nõuetele ja ülesannetele. Need ülesanded on järgmised:

osakondade töö reguleerimine ja ruu- mide kohandamine, tagamaks haigete hospitaliseerimist rajooniprintsiibil;

isolatsiooni- ja sunnivahendite kao- tamine, interjööri kujundamine, osakon- dade puhke- ja olmeruumide sisusta- mine;

diagnoosimis- ja raviabikabinettide rajamine, laiendamine ja nende sisusta- mine aparatuuriga (biokeemialabor, elektroentsefalograafia-, funktsionaalse diagnostika, psühholoogiakabinetid jt.); kultuur- ja biblioterapia; tööraviks ravitöökodade ja abimajandite rajamine.

Viimaste aastate märkimisväärsed saavutused arstiabi tagamiseks ja selle kvaliteedi tõstmiseks on olnud: uute psühhiaatriaiglate avamine Kohtla- Järvel 1980. a., Taageperas 1982. a.; psühhiaatriaosakonna avamine üldhaig- la koosseisus Narva Linna Keskhaiqlas; narkoloogilised poolstatsioonid põllu- majandus- ja tööstus- ning ehitusette- võtetes (Võru, Kaimi, Laitse, Tartu); uute lasteosakondade avamine Jäme- jalal (1978. a.), Tartus (1983. a.), eri- osakondade moodustamine neuroosihai- gete tarvis Jämejalal ja Taageperas; uue kvaliteedi saavutamine haigete töö- ravi korralduses: uute töökodade saa- mine Tallinnas (500 kohta), Tartus (120 kohta) ja Jämejalal (100 kohta); ees- kujuliku baasi rajamine Tallinna haigla juures, kus tootmis- ja olmekultuur ning rentaablus on kõrge. Viimase saa- vutus on uue dispanserihoone käiku- laskmine.

Kokku võttes võib rõhutada, et eri- alane arstiabisüsteem on arenenud sise- miste reservide kasutuselevõtmise, ma- teriaalse baasi ajakohastamise ja ravi mõjususe tõstmise suunas. Sisemiste re- servide kasutamine, uute osakondade — poolstatsioonide — avamine eeldab suuremahulisi kapitaalremontideid. Ku- na psühhiaatriaiglad kapitaalremondi plaani pidevalt ületavad, võiks kapitaal-

ehitusosakond psühhiaatriahaiglaid rohkem abistada projekteerimise ja finantseerimise alal.

Haiglaravi tagamisel ja abi kvaliteedis on veel mõningaid puudujääke.

1. Põhja-Eesti elanikkonna voodikohtadega kindlustatus on madalam kui Lõuna-Eestis: Põhja-Eesti elanikkond moodustab 57% meie vabariigi elanikkonnast, selle piirkonna psühhiaatriliste haigete voodikohtade arv aga moodustab 46% ja narkoloogiliste haigete voodikohtade arv 48% kogu meie vabariigi voodikohtade arvust. Eriti madal on spetsialiseeritud voodikohtade arv — 10,7% (Lõuna-Eestis 30%).

2. Ilmneb mittevastavus spetsialiseeritud voodikohtade arvu ja arvelolevate nosoloogiliste rühmade vahel: seni pole Tallinnas neurosihaigete ravi osakonda.

3. Haigete olme- ja puhketingimuste parandamine Tallinna haiglas jääb maha meie vabariigis mujal tehtust.

4. Ravitöökodade käikuandmisega on lubamatult venitatud Kohtla-Järve psühhiaatriahaiglas.

Meie tööplaanides on psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi edasiseks parandamiseks kavandatud arstiabi materiaalse baasi tugevdamine ja uute meetmete rakendamine haigete kutsealaseks ja sotsiaalseks rehabiliteerimiseks aastail 1981...1990. Sellest lähtudes on haiglavälise abi tugevdamiseks vaja:

parandada rajooni psühhiaatria- ja narkoloogiakabinettide töötingimusi, viies need vastavusse põhimääruses esitatuga;

tõhustada dispanseerset jälgimist ja ravi mõjusust potentsiaalselt ühiskonnaotlike haigete osas;

korraldada ja tagada sotsiaal-psühholoogiline abi suitsiidist ohustatud kontingendile;

abistada arvelolevaid haigeid sotsiaalselt ja kutsealast laadi probleemide lahendamisel ning suurendada psüühiliselt invaliidide tööhõivet;

ühiskonda, ettevõtteid ja organisatioone laialdasemalt kaasa tõmmata võitlusele alkoholismi ja suitsetamise vastu;

jätkata koostöös Punase Risti Seltsi

kohalike organisatsioonidega ühiskondlike narkoloogiapostide süsteemi arendamist;

tõsta töö mõjusust tööstusettevõtete juures asuvates narkoloogiakabinettides ja velskri-narkoloogipunktides;

ravitud alkohoolikute remissiooni tagamiseks ning sotsiaalse rehabilitatsiooni tõhustamiseks laiendada Anti-Bakchose tüüpi psühhoterapeutiliste kollektiivide tegevust;

parandada alkoholjoobe ekspertiisi, rakendada psühhofüsioloogilisi ja laboratoorseid abimeetodeid;

tihendada koostööd teiste erialade arstidega alkohoolikute, depressiivses seisundis haigete väljaselgitamisel ja ravi korraldamisel.

Statsionaarse abi materiaalse baasi ja erialateenistuse väljaarendamiseks on meie vabariigi psühhiaatril ja narkoloogial järgmised põhiülesanded:

projekteerida, ehitada ja tööle rakendada direktiivorganite ning valitsuse poolt planeeritud uusi psühhiaatriahaiglaid, dispanserseid osakondi ja ravitöökodasid;

psühhiaatriahaiglate koosseisus, avada alkoholpsühhooside ravi intensiivravipalatid;

organiseerida alkoholismiravi spetsialiseeritud osakond alkohoolikute tarvis, kelle somaatiline seisund ei võimalda neid tööprofülaktooriumi suunata;

narkoloogiategenistuse parandamiseks avada aastail 1984...1985 iseseisev vabariiklik narkoloogiadispanser, laiendada tööravi kõikides psühhiaatriahaiglates ja moodustada meie vabariiki teravikuna hõlmav tööraviorganisatsioon;

koostöös kohalike tervishoiuorganitega rakendada Tallinna eeskujul tööle spetsialiseeritud kiirabibrigaad Narvas ja Tartus.

Seni saavutatu lubab eeldada, et ülesanded täidetakse ja tagatakse kvaliteetne arstiabi vaimse tervise alal.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

UDK 616.89:614.2(474.2)

STATSIONAARSE PSÜHHAATRILISE ABI VAJADUS JA PLANEERIMINE

VALDUR JÄNES · TALLINN

statsionaarne psühhiaatriline abi, profileerimine, hospitaliseerimisvajadus, voodikohtadega kindlustatuse normatiivid, planeerimine

Ambulatoorse ja poolstatsionaarse abi eelisarendamine nüüdispsühhiaatrias ei ole statsionaarse abi tähtsust kaugeltki vähendanud. Küll aga võib viimase korralduses täheldada muutusi, millele on iseloomulikud kolm põhiteendentsi: voodifondi profileerimine, dezentraliseerimine ning voodikohtade arvu kasvu vähenemine. Nii NSV Liidus ja teistes sotsialismimaades kui ka kapitalimaades on 1950-ndatest aastates alates rohkesti rajatud eristatsionaarne gerontopsühhiaatrilistele haigetele, piirseisundis patsientidele, psühhosomaatilistele haigetele, kõnelemata narkoloogilistest haigetest — narkoloogia on muutumas iseseisvaks meditsiiniharuks (3, 6). On loobutud hiiglasuurte kesksete psühhiaatria-haiglate rajamisest, eelistatakse väiksemaid raviasutusi ja osakondi somaatilistele haiguste haiglate koosseisus. Need tagavad psüühiliselt haigetele soodsamad terapeutilis-psühholoogilised tingimused. Ravimeetodite, eriti psühhofarmakoteraapia areng võimaldab üha enam haigeid ravida ambulatoorselt, samal ajal on lühenenud haiglaravi kestus. See omakorda vähendab vajadust voodifondi järele. Nii näiteks psühhiaatrilistele haigete haiglakoh-tadega ülihästi kindlustatud Soomes (1980. a. 19 095 voodikohta e. 4,0 voodikohta 1000 elaniku kohta) on spetsialistid planeerinud vähendada 1986. aastaks seda arvu 3,4-le ja 1996. aastaks 2,7-le 1000 elaniku kohta (sellest 0,6 ägedatele juhtudele, 1,0 kroonilistele, 1,0 geriaatrilistele haigetele, 0,1 lastele ja noorukitele) (1, 2). NSV Liidus on psühhiaatrilistele haigete voodikohtade vajadust hinnatud 1,73-st 2,8-ni 1000 elaniku kohta (4, 5, 7, 9). NSV Liidu

Tervishoiuministeerium on planeerimise aluseks võtnud ja normatiivina aktsepteerinud 2,5 voodikohta 1000 elaniku kohta (11). Peetakse õigeaks (9) eraldada 25% psühhiaatrilistele haigete voodifondist lasteosakondadele, piirseisundis haigete, narkoloogia-, psühhosomaatilisele, tuberkuloosi- ja nakkushaiguste osakondadele, kusjuures 75% voodikohtadest oleks üldpsühhiaatrilistes territooriaalselt teenindavates osakondades. Narkoloogilistele haigete voodikohtade miinimumnorm on 0,25 1000 elaniku kohta. Teiste, kitsama profiiliga voodikohtade vajadus aga sõltub enam demograafilistest näitajatest ning psüühilistesse haigustesse haigestumisest ja haigestumisstruktuurist. Seetõttu normatiive tsentraliseeritult kehtestada ei ole otstarbekaks peetud. Käesoleva töö eesmärk oli leida kliinilis-epidemioloogilise uurimise (10) materjalide alusel statsionaarse psühhiaatrilise abi vajaduse normatiivid olulisemate voodikohtade profiilide kaupa.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Meie vabariigi mõnedes rajoonides/linnades ajavahemikul 1970...1977 korraldatud 24 766 psüühiliselt haige kliinilis-epidemioloogilisel uurimisel selgitati välja nende rahuldamatat hospitaliseerimistarve kuue põhilise voodikohtade profiili (vastuvõtu-territoriaalsed, piirseisundis haigete, krooniliselt põdejate, geriaatrilistele, narkoloogilistele haigete ja laste voodikohad) kaupa ning, kõrvtades seda andmetega rahuldatud hospitaliseerimissageduse kohta, saadi vastava paranduskoefitsiendi abil tegelik hospitaliseerimisvajadus 10 000 elaniku kohta aastas. Optimaalne voodifondiga kindlustatuse normatiiv arvutati I. Rozenfeldi (8) soovitatud valemi lihtsustatud variandi järgi:

$$K = \frac{R \cdot P}{D}$$

kus K on vajalik aastakeskmise voodikohtade arv 10 000 elaniku kohta, R — hospitaliseerimisvajadus 10 000 elaniku kohta aastas, P — ühe haige keskmine ravi kestus päevades ja D — voodikoha keskmine hõivatus aastas (340 päeva). Eri kategooria haigete optimaalne ravi kestus leiti Delfi meetodil ekspertide üheringise küsitlemise teel. 31 eksperdi — TRÜ psühhiaatriakateedri õppejõud, Tallinna, Tartu ja Jämejala psühhiaatria-haigla juhtivad spetsialistid — käsutuses olid ravi kestuse faktilised andmed riikliku aruandluse järgi.

Uurimistulemused ja arutelu. Psüühikahäirete laiemal leviku tõttu linna-

elanikel on nende hospitaliseerimisvajadus (106,0%o aastas) maaelanike hospitaliseerimisvajadusest (85,7%o aastas) oluliselt suurem. Linnades on märgatavalt rohkem ägedas psühhoatilises seisundis haigeid, kelle paigutamiseks vajatakse vastuvõtu-territoriaalseid voodikohti, samuti on seal rohkem neuroosi- või neuroidihageid, keda tuleks ravida piirseisundis haigete osakondades. Maal seevastu on mitmel põhjusel suhteliselt enam pikaajalist haiglaravi vajavaid krooniliselt põdevaid haigeid ja eakaid abivajajaid. Seetõttu kujuneb maaelanike optimaalne keskmine raviage haiglas pikemaks kui linnaelanikel: linnaelanikel keskmiselt 98,7, maaelanikel 108,7 päeva. Haigestumuse ja haigestumisstruktuuri erinevus linnas ja maal mõjutab suuresti vajadust eri profiiliga voodikohtade järele ning psühhiaatriliste haigete voodikohtadega kindlustust tervikuna. Statsionaarse psühhiaatrilise abi meie arvatud diferentseeritud normatiivid voodikohtade profiilide kaupa linna- ja maarahvastiku kohta eraldi on esitatud tabelis 1. Meie vabariigi elanikkonna optimaalseks kindlustamiseks statsionaarse psühhiaatrilise abiga on vaja 30,8 voodikohta 10 000 täiskasvanud linnaelaniku kohta, 27,4 voodikohta 10 000 täiskasvanud maaelaniku kohta ning 7,6 voodikohta 10 000 lapse kohta, sõltumata elukohast.

Andmetest ühtlasi nähtub, et diferentseeritud normatiivid, mis on arvatud linna- ja maarahvastiku, täiskasvanute ja laste kohta eraldi, on psühhiaatrilise statsionaarse abi planeerimisel usaldusväärsemad ja kauem kasutatavad kui kogu elanikkonna kohta arvatud normatiivid. Viimased muutuvad sõltuvalt demograafilistest protsessidest üsna kiiresti. Linnastumisega psühhiaatriliste haigete voodikohtade arv suureneb, sündimuse tõusuga (laste osa suurenemisega) vastav normatiiv, arvutuna kogu elanikkonna kohta, aga väheneb. Demograafiliselt vana ja linnastunud elanikkonnaga Balti liiduvabariikides on vajadus psühhiaatriliste haigete voodikohtade järele suhteliselt suurem kui näiteks Kesk-Aasia liidu

Tabel 1. Statsionaarse psühhiaatrilise abi normatiivid Eesti NSV-s täiskasvanutele ja noorukitele 10 000 elaniku kohta

	Linnarahvastik			Maarahvastik		
	hospitaliseerimisvajadus aastas	keskmine ravi kestus	vajalik voodite arv	hospitaliseerimisvajadus aastas	keskmine ravikestus	vajalik voodite arv
vastuvõtu-territoriaalsed	43,5	90,3	11,6	29,1	90,3	7,7
piirseisundis haigete krooniliselt põdevate geriaatrilised	18,0	53,2	2,8	8,6	53,2	1,3
narkoloogilised	10,6	279,2	8,7	12,0	279,2	9,9
	7,4	125,3	2,7	9,4	125,3	3,5
Kokku	106,0	98,7	30,8	85,7	108,7	27,4

Märkus. Alla 15 aasta vanuste laste statsionaarse abi normatiivid kujunesid järgmisteks: hospitaliseerimisvajadus 46,5⁰/₀₀₀, keskmine ravi kestus 55,8 päeva, vajalik voodite arv 7,5 10 000 lapse kohta.

vabariikides. Linnastunud Põhja-Eestis vajatakse neid haiglakohti suhteliselt enam kui Lõuna-Eestis. Eesti NSV rahvastiku praeguste demograafiliste näitajate järgi arvatud psühhiaatriliste haigete voodikohtade diferentsitud normatiivid kogu elanikkonna kohta on järgmised (vt. tabel 2).

Meie arvutuste põhjal leitud psühhiaatriliste haigete voodifondi koguvajaduse optimaalne normatiiv — 25,1 voodit 10 000 elaniku kohta — langeb ühte NSV Liidu Tervishoiuministri ja uuemate, M. Rõbalski jt. (9) Moskva oblasti kogemustele tuginevate soovitustega. Kuid samal ajal selgus ka vajadus voodikohtade märgatavalt ulatuslikuma profileerimise järele meie vabariigis. Andmed võiksid olla orientiiriks psühhiaatrilise statsionaarse abi diferentseeritud ja proportsionaalsel arendamisel. Ühtlasi, arvesse võttes meie vabariigi psüühikahaigete voodifondi struktuuri, osutavad nad vajadusele panna järgmistel aastatel voodite arvu

Tabel 2. Statsionaarse psühhiaatrilise abi normatiivid Eesti NSV-s (10 000 elaniku kohta)

Voodikohtade profiil	Hospitaliseerimisvajadus aastas	Keskmine ravi kestus (päevades)	Vajalik voodite arv
vastuvõtu-territoriaalsed	30,9	90,3	8,2
piirseisundis haigete krooniliselt põdejate	12,0	53,2	1,9
geriaatrilised	8,7	279,2	7,1
narkoloogilised	6,3	125,3	2,3
lastepsühhiaatrilised	21,0	63,9	4,0
Kokku	88,7	96,2	25,1

Märkus. Täiskasvanud linna- ja maaelanikkonna aastase hospitaliseerimisvajaduse ümberarvutamiseks kogu elanikkonna tarvis on kasutatud valemit $R = p_{täisk} \cdot (p_{linn} \cdot R_{linn} + p_{maa} \cdot R_{maa})$ ning laste hospitaliseerimisvajaduse ümberarvutamiseks kogu elanikkonna tarvis valemit $R = p_{lapsed} \cdot R_{lapsed}$, kus R on hospitaliseerimisvajadus 10 000 elaniku kohta ja p vastava elanikkonnarühma osatähtsuse koefitsient kogu rahvastikus.

suurendamise planeerimisel rõhk lastepsühhiaatriliste, piirseisundis haigete ja geriaatriliste haigete haiglakohtade eelisloomisele.

Järeldused.

1. Eesti NSV elanikkonna adekvaatseks kindlustamiseks statsionaarse psühhiaatrilise abiga on vaja 30,8 voodikohta 10 000 täiskasvanud linnaelaniku kohta, 27,4 voodikohta 10 000 täiskasvanud maaelaniku kohta ning 7,6 voodikohta 10 000 lapse kohta.

2. Vajadus täiskasvanute voodikohtade järele on diferentsitud: üldpsühhiaatrilisi voodikohti (vastuvõtu-territoriaalsed ja krooniliselt põdevad haiged) peaks olema 20,3 10 000 linnaelaniku ning 17,6 10 000 maaelaniku kohta; piirseisundis haigete tarvis oleksid need arvud 2,8 ja 1,3 10 000 linna- ja maaelaniku kohta; geriaatriliste haigete jaoks 2,7 voodikohta 10 000 linnaelaniku ning 3,5 10 000 maaelaniku kohta; narkoloogilistele haigetele peaks olema 5,0 haiglakohta 10 000 linna- ja maaelaniku kohta.

3. Eespool toodud arvestustest ja meie vabariigi psühhiaatrilise voodifondi praegusest profiilist lähtudes kuuluvad eelisarendamisele statsionaarne lastepsühhiaatriline abi, geriaatriline statsionaarne abi ning piirseisundis pat-sientide haiglaravi võimalused.

KIRJANDUS: 1. Psykiatrisen terveydenhuollon kehittämishojelma 1977—1986. Lääkin-töhallituksen työryhmän mietintö. (Käsikiri). Helsinki, 1977. — 2. Terveidenhuolto. Lääkin-töhallituksen vuosikirja 1979—1980. Helsinki, 1981.

3. Бабаян Э. А. В сб.: Седьмой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов, I. М., 1981, 373—377. — 4. Богатырев М. Д. Заболеваемость сельского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. М., 1973. — 5. Мещов П. Г. Реабилитация психически больных. Киев, 1976. — 6. Петраков Б. Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. М., 1972. — 7. Попов Г. А. Экономика и планирование здравоохранения. М., 1976. — 8. Розенфельд И. И. Основы и методика планирования здравоохранения. М., 1954. — 9. Рыбальский М. И., Евшенко В. Я. В сб.: Седьмой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. I. М., 1981, 483—485. — 10. Саарма Ю. М., Янес В. Х. В сб.: Контингенты психически больных и организация психоневрологической помощи в некоторых местностях Эстонской ССР. Тезисы докладов республиканского совещания. Тарту, 1981, 9—10. — 11. Сорокина В. А. Практикум по основам и методике планирования здравоохранения. М., 1977.

Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogia-haigla

Teooria ja praktika

UDK [616.89-008.441.13+616-053.8]:616-053.31

VANEMATE ALKOHOLISM JA LAPSED

JÜRI LIIVAMÄGI · TARTU

alkoholism, gametopaatia, embrüopaatia, vaimse arengu pidurdumine, mittepsühhootilised psühhikahäired lapseas

Alkoholismi on palju uuritud, enamik uurimistöid käsitleb alkoholi akuutset või kroonilist toimet loom- või inimorganismisse. Vähe aga on töid, mis seavad eesmärgiks uurida alkoholi lühema- või pikemaajalise tarvitamise bioloogilist või sotsiaalset mõju järglastele. Käesolevas artiklis on antud lühikäsitluse viimastel aastatel tehtud sellealastest uurimisest.

Vanemate alkoholismi ja nende lastel esinevate tervisehäirete vahelist seost hakati teaduslikel meetoditel uurima alles XIX sajandi lõpul ja XX algul (13). Tänapäeval pööratakse tähelepanu sellele probleemile peamiselt kolmest aspektist: alkoholismi kahjulik mõju sugurakkudele, alkoholi kahjustav toime arenevasse lootesse ja laste ebasoodne kasvumiljöo alkohooliku(te) perekonnas.

Paljud autorid on täheldanud tihedat seost alkohoolikutel nende sugurakkude morfoloogiliste muutuste, funktsiooni häirumise ning alkoholismi staadiumi vahel. J. Žukovi uurituil ilmnes (11), et alkoholismi I staadiumis oli spermatoosidide aktiivselt liikuvaid rakke 60%, II staadiumis 35% ja III staadiumis vaid 17%. Kontrollrühma vastav näitaja oli 75%. Morfoloogiliselt muutunud

või ebaküpsed spermatoosid oli sama autori uuritud alkohoolikutel vastavalt 53%, 72% ja 96% (normaalselt mitte üle 20...22%). F. Stehhuni andmeil on alkoholi mõju eriti kahjulik neile, kes joomist on alustanud enne suguküpseks saamist (16, 17). R. Ferrando tuli paljude autorite uurimistulemuste üldistamisel järeldusele, et alkohol on äärmiselt tugev testikulaarne mürk, mis pikaajalise kasutamise korral oli testiste atrofia, impotentsuse ja steriilsuse põhjuseks 20...90 %-l uuritutest (4). V. Dulnev, jälginud 64 lapse arengut, kelle isad enne eostamist olid alkoholi liigtarvitanud 4...5 aastat, tuli arvamusele, et see tegur on üks olulisemaid nende laste vaimsete võimete hilisemas puudulikus arengus (10).

Vaidlusi ja lahkarvamusi uurijate vahel on põhjustanud küsimus, kas ja millisel määral on alkoholismi mõjul suguelundeis tekkinud muutused taaspöörduvad. On avaldatud arvamust, et alkohoolikud juba pärast 1...2 või 3 aastat kestnud täielikku karskust võivad saada kahjustusteta lapsi. Kui nad aga alkoholi edasi pruugivad, saab alkoholism neil üheks olulisemaks teguriks spontaansete abortide, laste surnultsündimise, väärarengute või edaspidises arenguhälvete tekkes (8, 12, 14).

Alkoholi teratogeense toime selgitamisel on kujunenud arvamus, et alkohol on eriti kahjulik embrüogeneesi etapil (10, 15). 1973. a. kirjeldasid K. L. Jones ja D. W. Smith (7) esmakordselt alkohoolikutest emade lastel omapäraseid kõrvalekaldeid ontogeneetilises arengus, mida nad nimetasid loote alkohoolseks sündroomiks. Iseloomulikuks sellistele vastsündinutele oli kasvu ja kaalu defitsiit, sageli mikrotsefaalia, aju ja südame morfogeneesi häired, motoorikahäired. P. V. Veghelyi koos autoritega (tsit. 13 järgi) eristas loote alkohoolse sündroomi e. alkohoolse embrüopaatia korral vastsündinuil nelja põhilist sümptoomide rühma: 1) kasvu ja arengu häired (kaalu ja pikkuse defitsiit, mikrotsefaalia, motoorika ja vaimse sfääri puudulik areng); 2) näo ja kolju defektid (suulaelõhe, epikantus, mik-

roftalmia, ptoos, kõõrsilmsus jt.); 3) jäsemete anomaaliad, liigete väärarendud; 4) muud arenguhäired (siseelundite ja suguelundite anomaaliad). On täheldatud paralleelismi ühelt vanemate alkoholismi staadiumi ja teiselt poolt lapse vaimse puudulikkuse ja/või düsembrüogeneetilise sümptoomide kompleksi väljendatuse ning raskusastme vahel (5, 9). Loote alkoholise sündroomi esinemissageduseks peetakse 1:700, naisalkohoolikutel sündinud lastest aga on kuni 40%-l alkoholise embrüopaatia nähud (2).

Nagu eelnevast ilmneb, võib alkohoolikutest vanemate laste närvisüsteem kahjustatud olla juba enne sündi. Pärast sündi hakkavad nende arengut mõjutama mitmesugused sotsiaalsed tegurid. Alkohoolikute perekondades on neist olulisemad enamasti negatiivsed (5). Seetõttu täheldatakse alkohoolikute perekondadest pärinevatel lastel mittepühhoofilisi psüühikahäireid 5...5,5 korda rohkem kui nende eakaaslastel (18). Enamasti puberteedieaks tehakse neil kindlaks patokarakteroloogilise arengu mitmesuguseid variante.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedris tehtud uurimistöös vaatasid T. Põlluaär, H. Rattas ja K. Bärenson läbi 37 kolmekuist kuni 15 aasta vanust last, kes pärinesid 19 alkohooliku perekonnast, milles 12 juhul kannatas alkoholismi all ainult isa, ühel juhul ema ja kuuel juhul mõlemad vanemad (6). Autorid leidsid, et alkohoolikuist rasedaist, kes alkoholi raseduse ajal edasi pruukisid (I rühm), oli 60%-l raseduse või sünnituse patoloogia: enneaegne sünnitus, loote asfüksia, vastsündinuil alkoholise embrüopaatia tunnused jm. I rühma lastest ilmnis 77%-l juba esimesel eluaastal kõrvalekaldeid psühhomotoorse arengus; 66%-l oli kõrgenenud erutuvus, närvilisus, 11%-l ülemäärane passiivsus ja loidus, 55%-l kõne aeglustunud areng. 22% lastest olid somaatiliselt nõrgad.

II rühma lastel oli alkohoolik vaid isa, kes enamasti oma käitumisega häiris perekonna rahu ja põhjustas emal raseduse ajal pidevat emotsionaalset

pinget. 63%-l naistest täheldati raseduse I poolel kerge rasedustoksikoosi tunnuseid, mis raseduse II poolel jäid püsima vaid 10%-l. 21%-l naistest ilmnisid mitmesugused vegetatiivsed häired. Selle rühma lastest esines esimesel eluaastal tervisehäireid 35%-l, kusjuures kõrgenenud erutuvust 26%-l, ülemäärast passiivsust 9%-l, kõne arengu hilinemist 4%-l ja somaatilist nõrkust 8%-l. Ühest kuni neljanda eluaastani kasvasid lapsed oludes, kus sagedad olid psühhotraumad ja sotsiaalne hooldamatus: I rühmas vastavalt 44% ja 100%, II rühmas 32% ja 24% uurituist. Kõrgenenud erutuvusega, hüperdünaamilise käitumisega selles vanuses lapsi oli I rühmas 55% ja II rühmas 24%. Düslaaliat või kõne arengu tunduvalt hilistumist (33%-l) ja mahajäämist vaimses arengus (samuti 33%-l) täheldati vaid I rühma lastel. 66%-l I ja 34%-l II rühma lastest ilmnisid mitmesugused neurootilist laadi häired: enurees vastavalt 33%-l ja 7%-l, unehäired 44%-l ja 17%-l, stereotüüpsed monotoonsed liigutused uinumisel 11%-l ja 4%-l uurituist. Eelkoolieas somaatiliselt nõrkade laste arv vähenes, kuid neurootilisi häireid ilmnis veelgi enam — I rühmas 83%-l ja II rühmas 43%-l lastest. 7...11. eluaastani ja 12...15. eluaastani leiti neurootilisi häireid 40%-l lastest, kusjuures need olid kestnud aastaid. Sotsiaal-pedagoogilist hoolitussejätust konstateeriti $\frac{1}{3}$ -l, õppeedukuse langust $\frac{1}{2}$ -l õpilastest.

Uurimistööst ilmneb selgelt vanemate alkoholismi nii bioloogiline kui ka sotsiaalne ebasoodne mõju lapse arengule. Eriti halba mõju avaldab ema alkoholism. Vanemate alkoholism on üks peamisi psühhomotoorse arengu aeglustumise põhjusi lapseas, koolieas aga võib see põhjustada patokarakteroloogilise arengu formeerumist.

Mõned autorid on avaldanud arvamust, et lapseas kõrgenenud erutuvust, püsimatust, hiljem aga hüsteeriat, sotsiopaatiat, asotsiaalset käitumist ja alkoholismi võidakse lastele edasi anda geneetiliselt (3). Spetsiaalset uurimine on näidanud, et alkohoolikute poegadel

on alkohoolikuks saamise risk tunduvalt suurem, tütaridel aga on täheldatud suuremat kalduvust afektiivsete häirete tekkeks. On positiivne seos alkoholismi raskuse vahel vanematel ja nende lastel. Siiski ei ole paljud uurijad (1) leidnud erinevust alkoholismi ja kuritegevuse levikus üldpopulatsiooni ja alkohoolikutest vanemate järglaste vahel siis, kui lapsed on varakult eraldatud oma bioloogilistest vanematest. Uurimine on näidanud, et laste kasvuks ja arenguks soodne sotsiaalne keskkond neutraliseerib bioloogiliste vanemate poolt geneetiliselt kaasaantud võimalikud ebasoodsad tunnused.

KIRJANDUS: 1. *Bohman, M.* Arch. gen. Psychiatry, 1978, 35, 3, 269—278. — 2. *Dehaene, P., Crepin G., Delahousse, L., Querlen, D., Walbaum, R., Titrán, M., Sawaille-Villette, C.* Nouv. Presse Med., 1981, 10, 32, 2639—2643. — 3. *El-Guebaly, N., Offord, D. R. J.* Psychiatr., 1977, 134, 4, 357—365. — 4. *Ferrando, R.* Bull. Acad. Kat. Med., 1982, 166, 5, 577—581. — 5. *Nigol, E., Nigol, K.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 5, 361—365. — 6. *Põlluaar, T., Rattas, H., Bäernson, K.* Alkoholismiga vanematest põlvnevate laste psühhofüüsilise arengu iseärasustest. ÜTÜ võistlustöö. Tartu, 1982. — 7. *Jones, K. L., Smith, D. W.* Lancet, 1973, 1, 7815, 1267—1271.

8. *Богданович Л. А.* В кн.: Алкоголизм. М., 1959, 274—282. — 9. *Деметьева И. Ф., Сазонова Н. С., Перельмутер К. А.* Ж. им. С. С. Корсакова, 1981, 10, 1564—1573. — 10. *Дульнев В. Д.* Влияние хронического алкоголизма родителей на развитие нервной системы у потомства. Автореф. канд. дисс. мед. наук. М., 1964. — 11. *Жуков Ю. Т.* В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1967, 123—125. — 12. *Лещинский П. Т., Германов В. Т., Горюшко Р. П.* В кн.: Антенатальная охрана плода и профилактика перинатальной патологии. Киев, 1979. — 13. *Попова Э. Н.* Ж. им. С. С. Корсакова, 1983, 2, 275—286. — 14. *Романова М. В., Романов Н. С.* В сб.: IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1978, 192. — 15. *Скосырева А. М.* Акуш. и гинек., 1973, 4, 15—18. — 16. *Стегун Ф. И.* Ж. им. С. С. Корсакова, 1979, 2, 192—195. — 17. *Стегун Ф. И.* Ж. им. С. С. Корсакова, 1981, 5, 768—771. — 18. *Шурыгин Т. И.* В сб.: IV Всероссийская конференция по неврологии и психиатрии детского возраста. М., 1978, 211—213.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

UDK [616.89-008.441.13+(616.895.8+616.85)]
:576.8.097.3

ALKOHOLI TOIME ORGANISMI IMMUUNSÜSTEMISSE

LAUR TOOMASPOEG OLEV TOOMLA . TARTU

alkoholism, skisofreenia, rakuline immuunsus, humoraalne immuunsus

Alkoholism on saanud tänapäeva psühhiaatria üheks tähtsamaks probleemiks. Alkoholismist tingitud häireid organismi immuunsüsteemis on seni vähe käsitletud ning avaldatud tulemused on vasturääkivad. Käesoleva tööga püüdsime välja selgitada alkohoolikutel ja alkoholi liigtarvitavatel skisofreenia- ja neuroosihagetel esinevaid häireid rakulises ning humoraalses immuunsuses.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas uuriti kliinilis-immunoloogiliselt 175 alkohoolikut, 290 skisofreenia- ning 64 neuroosihaget. Võrdlusandmed saadi 273 terve isiku uurimisel.

Rakulist immuunsust uuriti perifeerse vere leukotsüütide blasttransformatsioonireaktsiooni abil (4, 7). Rakukultuuridele lisati universaalset mitoosistimulaatorit fütõhemaglutiniini (FHA) (PHA-P, Difco, USA) ning ajukoe ultratsentrifuugimisel saadud tsütoplasmaatilist fraktsiooni. Kultiveerimise lõppjärgus inkubeeriti rakke radioaktiivse tümidüüni ning DNA-ga seondunud isotoop sades-tati klaasfiiberpaberile (Whatman GF/C). Tulemuseks võeti stsintillatsiooniloenduriga (Ultrabeta 1210, LKB) leitud kolme paralleel-uuringu keskmine impulsside arv minutis. Ajuantigeeniga stimuleeritud rakukultuurides hinnati tulemusi stimulatsioonindeksina, mis on stimuleeritud kultuuri ja kontrollkultuuri arvuliste väärtuste suhe.

T-lümfotsüütide absoluutarv ja protsent perifeerses veres määrati roseti moodustamise meetodil (2). Vereseerumi immunoglobuliinide (IgA, IgM, IgG) sisaldust hinnati radiaalsel immunodifusioonimeetodil (3). Vereseerumi lüsotsüümi aktiivsust määrati fotoelektrilise kolorimeetriga (1).

Uuringud tehti kohe pärast haigete hospitaliseerimist ning enne ravi alustamist.

Uurimistulemused. Alkohoolikutel on DNA sünteesi intensiivsus fütõhemaglutiniiniga stimuleeritud lümfotsüütide kultuurides oluliselt madalam ($P < 0,001$) kui tervetel (vt. tabel 1). 86% -l alkohoolikutest on lümfotsüütide fütõ-

Tabel 1. Alkoholi toime lümfotsüütide blasttransformatsioonireaktsioonisse

Uuritud rühmad		Uuritute arv	Spontaanne blasttransformatsioon (kontrollkultuurid) (imp/min.)	FHA-ga stimuleeritud lümfotsüütide kultuurid (imp/min. $\times 10^3$)
Terved		99	608 \pm 44	104,9 \pm 4,7
P <			—	0,001
Alkohoolikud		37	741 \pm 97	63,9 \pm 7,0
Alkohoolikud	Haiguse kestus aastates	2...16	18	649 \pm 130
		P <		—
Skisofreeniahaiged	Alkoholi kuritarvitamine	17...49	19	828 \pm 165
		P <		633 \pm 71
Neuroosihaiged	Alkoholi kuritarvitamine	ja	44	0,05
		P <		723 \pm 91
		ja	26	734 \pm 135
		P <		0,05
		ja	6	1017 \pm 532
				72,1 \pm 18

hemaglutiniini reaktiivsus madalam tervete keskmisest. Alkohoolikute lümfotsüütide reaktiivsus ei sõltu sellistest teguritest nagu sugu, vanus, alkoholismi staadium, alkohoolsete psühhooside esinemine uurimise ajal või anamneesis ja varajasem alkoholismiravi. Alkoholismi pikema kestuse korral on lümfotsüütide DNA sünteesi väärtused tunduvalt väiksemad ($r = -0,39$; $P < 0,05$). Ka skisofreenikutel ja neurootikutel (vt. tabel 1), kes liigtarvitavad alkoholi, on lümfotsüütide fütohemaglutiniini reaktiivsus oluliselt madalam (vastavalt $r = -0,31$, $P < 0,01$ ja $r = -0,40$, $P < 0,05$). Alkoholi liigtarvitavatel skisofreenikutel ja neurootikutel on DNA sünteesi nivoo mittestimuleeritud kontrollkultuurides tõusnud ($P < 0,05$). Perifeerse vere lümfotsüütide spontaanse blasttransformatsiooni viitab rakupopulatsiooni olemasolule, mis juba varem (*in vivo*) on sensibiliseerunud teatud antigeenide suhtes (6). Alkohoolikutel, kelle haiguse kestus ületab 15 aastat, on ($P < 0,01$) stimulatsiooniindeks ajuantigeeniga stimuleeritud rakukultuurides suurem (1,9) kui neil, kellel haiguse kestus on lühem (0,8).

Alkohoolikute ning alkoholi liigtarvitavate skisofreenia- ja neuroosihaigete lümfotsüütide madal fütohemaglutiniini reaktiivsus võib olla T-lümfotsüütide protsendi või absoluutarvu vähenemise peegeldus nende haigete perifeerses ve-

res (8). T-lümfotsüütide protsent ja absoluutarv alkohoolikute, skisofreeniahaigete ja tervete veres meie andmeil oluliselt ei erine (vt. tabel 2).

Mittespetsiifilist humoraalset immuunreaktiivsust peegeldav vereseerumi lümfotsüümi aktiivsus on alkohoolikutel ($22,9 \pm 3,0$) madalam kui tervetel ($26,6 \pm 2,6$) ($P < 0,001$) ning skisofreeniahaigetel ($25,2 \pm 2,8$) ($P < 0,01$).

Vereseerumi immunoglobuliinide sisalduse määramisel (vt. tabel 3) ilmnes, et IgA keskmine väärtus alkohoolikutel ($3,5 \pm 0,1$ mg/ml) ületab oluliselt ($P < 0,001$) vastava väärtuse tervetel ($2,2 \pm 0,1$). Kliiniliste tegurite analüüsimisel selgus, et vereseerumi IgA kontsentratsioon alkohoolikutel on olulises seoses haiguse kestusega ($r = 0,22$; $P < 0,05$). Alkohoolikutel, kellel haigus on kestnud üle 10 aasta, on IgA keskmine vää-

Tabel 2. T-lümfotsüütide protsent ja absoluutarv alkohoolikute, skisofreeniahaigete ja tervete perifeerses veres

T-lümfotsüüdid	Terved	Alkohoolikud	Skisofreeniahaiged
T-lümfotsüütide protsent	76,2 \pm 1,6	78,8 \pm 1,7	75,3 \pm 1,3
T-lümfotsüütide absoluutarv (tuhat mikroliitris)	1,3 \pm 0,1	1,6 \pm 0,1	1,6 \pm 0,1

Tabel 3. Vereseerumi immunoglobuliinide nivoo tervetel ja alkoholi kuritarvitajatel

Uuritud rühmad			Uuritute arv	Seerumi immunoglobuliinide sisaldus (mg/ml)		
				IgA	IgG	IgM
Terved			133	2,2±0,1	11,6±0,3	1,5±0,1
P <				0,001	—	—
Alkohoolikud			109	3,5±0,1	11,7±0,2	1,2±0,1
Skisofreenia- ja neuroosihaiged	Alkoholi kuritarvitamine	jaa	19	3,3±0,3	12,3±0,5	1,3±0,3
		P <		0,05	—	—
ei			91	2,6±0,1	11,9±0,3	1,6±0,1

tus (3,0 mg/ml) oluliselt suurem ($P < 0,05$) kui tervetel (2,2 mg/ml). Üle 30-aastase staažiga alkohoolikute keskmine IgA väärtus ületab tervete väärtuse kahekordselt ($P < 0,001$). 110 skisofreenia- ja neuroosihaige vereseerumi immunoglobuliinide kontsentratsiooni määramisel selgus, et alkoholi liigtarvitajate IgA keskmine väärtus on alkoholi mittetarvitavate haigete vastavast tulemusest oluliselt suurem ($P < 0,05$).

Arutelu. Kirjanduse andmeil peegeldab fütohemaglutiniiniga stimuleeritud lümfotsüütide blasttransformatsiooni-reaktsioon uuritavate rakulist immuunsust (9). Alkoholi pikaajalise liigtarvitamise korral organismi T-lümfotsüüttaarse süsteemi funktsioon alaneb. Alkoholi mõju rakulisele immuunsusele väljendub ka lümfotsüütide spontaanses blasttransformeerumises ning sensibiliseerumises ajukoest valmistatud antigeeni suhtes. Meie katsetulemusi võib kõrvutada G. Zabrodini andmetega (5), kes leidis, et alkoholi liigtarvitavatel skisofreeniahaigetel tekkis ajuantigeenide manustamisel ülejäänud haigetega võrreldes rohkem positiivseid naha allergilisi reaktsioone.

Selgus, et lümfotsüütide alanenud vastusreaktsioon fütohemaglutiniiniga stimuleerimisel ei ole tingitud T-lümfotsüütide populatsiooni vähenemisest perifeerses veres. Võib oletada, et lümfotsüütide alanenud fütohemaglutiniini reaktiivsus alkoholi liigtarvitajatel on tingitud T-lümfotsüütide retseptorite või membraani kahjustusest ajuantigeenide toimel. T-lümfotsüütide funktsiooni alanemine alkohoolikutel võib

esile kutsuda kontrolli nõrgenemise B-lümfotsüütide üle ning põhjustada tugevaid häireid organismi immuunsüsteemis.

Tulemustest järeldub, et alkoholi liigtarvitamine põhjustab häireid nii organismi rakulises (lümfotsüütide spontaanne blasttransformatsioon; sensibiliseerumine ajuantigeeniga; lümfotsüütide nõrk vastus fütohemaglutiniiniga stimuleerimisel) kui ka humoraalses immuunsüsteemis (vereseerumi IgA-sisalduse suurenemine; vereseerumi lüsoosüümi madal aktiivsus).

KIRJANDUS: 1. *Bratlid, D.* Acta Pathol. Microbiol. Scand. [C], 1977, 85, 17—20. — 2. *Han, T., Minowada, J., Subramanian, S. a.o.* Immunology, 1976, 31, 519—524. — 3. *Mancini, G., Carbonara, A. O., Heremans, J. F.* Immunochemistry, 1965, 2, 235—254. — 4. *Uyeda, C. T., Murphy, P. D.* Nature, 1976, 264, 650—652.

5. *Забродин Г. Д. Ж. им. С. С. Корсакова*, 1964, 3, 404—409. — 6. *Коляскина Г. И. Ж. им. С. С. Корсакова*, 1967, 2, 284—288. — 7. *Коляскина Г. И. Ж. им. С. С. Корсакова*, 1972, 1, 61—65. — 8. *Лосева Т. М. Ж. им. С. С. Корсакова*, 1977, 5, 692—695. — 9. *Чердеев А. Н. Мед. реф. ж.*, XXI, 1977, 2, 30—42.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 613.84:616.89-008.441.33

SUITSETAMINE TOKSIKOMAANIA-PROBLEEMINA

JURI RAUDSEPP · TALLINN

suitsetamine, toksikomaania, nikotinism, nikotiinomaania, nikotiintoksikomaania

Suitsetamisest kõneldes või kirjutades asetatakse rõhk eeskätt suitsetamise tervist kahjustavale küljele. Kui suitsetamisest tingitud või tema soodustatud haiguste osas on enam-vähem üksmeelne ülevaade olemas, siis suitsetamise olemuslik külg on siiani jäänud problemaatiliseks.

Täpselt kümme aastat tagasi käsitleti suitsetamise olemust «Nõukogude Eesti Tervishoius» ilmunud artiklis «Nikotinism ja arst» (4). Selles vaadeldi suitsetamist narkomaanilise aktina, täpsemalt nikotinismina. Suitsetamist peavad narkomaania avaldusvormiks ka meie kapitaalsemad teatmeteosed. «Suures meditsiinientsüklopeedias»* seisab märksõna «tubakasuitsetamine» all: «Üks kõige levinumaid narkomaania liikke, mis suuri inimhulki hõlmates kujutab endast olmenarkomaaniat». «Suures nõukogude entsüklopeedias» loeme märksõna «suitsetamine» kohta: «Olmenarkomaania liik, mille kõige levinum vorm on nikotinism — tubakasuitsetamine». «Eesti nõukogude entsüklopeedias» esineb märksõna «suitsetamine» all: «Tubaka kui nauteaine tarvitamine, levinuim narkomaania liik». Esitatud väljavõtetes leiduvatele ja meil kehtivaks tunnustatud suitsetamismäärangule vaatamata ei ole seda kahjuks üldkehtiva järjekindlusega aktsepteeritud veel kõigis suitsetamisalastes sõnavõttudes, artiklites, juhendites, dokumentides.

Psühhiaatrias aladistsipliiniks kujunenud narkoloogia on end vahepeal

täpsemalt määratlenud. See võimaldab ka suitsetamise kohta narkoloogia ainevallas täpsustada.

Nõukogude Liidus käsitletakse narkomaaniatena haiguslikke seisundeid, mis tekivad niisuguste ravimpreparaatide või mis tahes päritoluga ainete liigtarvitamisel, mis NSV Liidu tervishoiu-ministri käskkirjaga on arvatud narkootiliste ainete — narkootikumide — nimekirja. Esitatust võib teha pedantliku maiguga järelduse: kuna tubakas ei ole NSV Liidu tervishoiu-ministri käskkirja alusel narkootiliste ainete nimekirja arvatud, pole meil ka õigust kõnelda suitsetamisest kui narkomaania ühest avaldumisvormist.

Narkomaania eriliik on toksikomaania. Nõukogude Liidus käsitletakse toksikomaaniatena haiguslikke seisundeid, mida põhjustab niisuguste ravimpreparaatide või mis tahes päritoluga ainete liigtarvitamine, mis NSV Liidu tervishoiu-ministri käskkirja alusel ei ole võetud narkootiliste ainete nimekirja. Nagu nähtub, sobib tubakasuitsetamine hästi ühte toksikomaania mõistega: võib ju suitsetamine aja jooksul kujuneda omamoodi patoloogiliseks aktiks. Et tubakas ei kuulu narkootikumide nimistusse, oleks suitsetamise näol tegemist puhtakujuilise toksikomaaniaga. Nõukogude narkoloogid E. Babajan ja M. Gonopolski (5) kõnelevadki suitsetamisest kui toksikomaania erivormist. C. Fletcheri (2) kinnitust mööda «võib tänapäeval üldkehtivaks tunnustada teesi nikotiiniindumusest suitsetamise peapõhjusena.» Samal seisukohal on ka K. Bättig (1). Toksikomaaniat käsitletakse suitsetamist ka NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi meetodilises juhendis «Nikotiinabstinentsi kupeerimise viise» (8), kus harjumuspärast suitsetamist nimetatakse nikotinomaaniaks, mis on eespool nimetatud nikotinismi sünonüüm. Teisalt on autoreid (3), kes kahtlevad nikotiini kui suitsetamisele ohutaja peaosas ning peavad võimalikuks ka teiste tubakasuitsu komponentide osa suitsetamisharjumuse kujunemisel.

Hoopis erineval seisukohal suitsetamise määratlemisel aga on «Rahvus-

* Kahjuks ei ole «Suure meditsiinientsüklopeedia» kolmanda väljaande köited jõudnud märksõnani «tubakas». Uues väljaandes märksõna «suitsetamine» puudub ja see on viidud märksõna «tubakas» alla.

vaheline haiguste klassifikatsioon» (7) ja sellest tehtud väljavõte «Psüühikahäirete klassifikatsioon» (6), mis on kohandatud Nõukogude Liidus kasutamiseks.

«Rahvusvahelises haiguste klassifikatsioonis» ja meie oludele kohandatud variandis on tubakasuitsetamine toksikomaaniate rubriigist (šifri alt 304) välja arvatud ja viidud rubriiki pealkirja all «Ravimite ja teiste ainete tarvitamisega liialdamine ilma narkomaania ja toksikomaania tunnusteta.» Selles rubriigis esineb tubaka liig- või kuritarvitamine (злоупотребление табаком) šifri all 305.1. Juurde on lisatud järgmine kommentaar: «Juhud, kui tubakat tarvitatakse tervise ja sotsiaalse funktsioneerimise kahjuks või kui täheldatakse nikotiinsõltuvussündroomi. Nimetatud sõltuvuse liik on arvatud siia, mitte aga rubriiki 304 just seepärast, et tubakas erineb psühhotoksiliselt toimelt teistest sõltuvust kujundavatest ainetest.»

Nii on ilmsiks tulnud vastuolu teatmeteostes ja narkoloogiakirjanduses antud suitsetamise määrangu ja tema narkoloogiaalase klassifitseerimise vahel.

Meie arvates tuleks suitsetamisele läheneda diferentseeritult. On loomulik, et kõik suitsetajad ei ole nikotiinitoksikomaanid, kuid on suitsetajaid, kes seda siiski on. Kahjuks ei võimalda ei rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon ega ka meile kohandatud variant neid juhtumeid piiritleda. Mõlemad klassifikatsioonid on orienteeritud suitsetajatele, kes ei ole nikotinomaanid või veelgi enam — need klassifikatsioonid isegi välistavad taolise mõiste ja sellega ka ametliku diagnoosi võimaluse. Nad taandavad suitsetamise, mis võib olla haiguslik, seega toksikomaania nähtus, tubakatoodete liigtarvitamisele, seega halvale harjumusele, nagu sellest siin-seal populaarteaduslikes trükistes kirjas seisab. Seega ei ole suitsetajaid toksikomaania ajendeil võimalik nikotinomaanidena klassifitseerida, kuna kommentaar toksikomaaniate rubriigile šifri all 304.69 selle võimaluse välistab: «Teised ained, mis ei ole ravimid ega ka

narkootikumid. Tarbekeemiatoodete kasutamine. Välja on arvatud tubakasuitsetamine (305.1)» Kui ei oleks märkust «välja arvatud tubakasuitsetamine», võinuks nikotinomaania viia šifri alla 304.69.

Esitatust nähtub, kuidas ebaadekvaatne klassifikatsioon võib hakata mõju avaldama nähtuse olemusliku külje avamisele. Jääb mulje, et suitsetamise klassifitseerimisel on arvestatud ülekaalukalt nende autorite seisukohti, kes suitsetamises nikotiinsõltuvust ei näe. Pole ka võimatu, et klassifikatsioonile lõpliku hinnangu andnu (andjad) on ise suitsetaja (suitsetajad) ning suitsetamise käsitlemine toksikomaaniana on nende silmis kompromiteerivam kui lihtsalt selle vaatlemine halva harjumusena.

Meie arvates tuleks jääda varem esitatud seisukoha juurde, mis näeb tubakasuitsetamises olmenarkomaania, nüüd juba täpsemalt väljendades — olmetoksikomaania (nikotinismi, nikotinomaania, nikotiintoksikomaania) avaldust. Seejuures tuleks kaaluda, millistel konkreetsetel juhtudel suitsetamine seda on ja millistel ta seda pole. Kahjuks aga ei võimalda olemasolevad klassifikatsioonid tubakasuitsetamist tema esinemisel nikotinomaaniana õigesti klassifitseerida. Seni kuni seda teha ei saa, häirib see suuresti narkoloogiakabinetide tööd, kes teadupärast peavad tegelema ka suitsetajatega. Siit küsimus: kas suitsetajad vaadeldud klassifikatsioonist lähtudes kuuluvadki narkoloogiateenistuse kompetentsi?

Probleem on tõstatatud ja jääb ning on meie arvates oluline nii praktilise narkoloogia kui ka suitsetamisvastase sanitaarpropaganda tõhususe seisukohalt. Ta nõuab kiiret ja ühest kordaseadmist. Muidu hakkab selle taha takerduma suitsetamisvastase hoiaku kujundamine.

KIRJANDUS: 1. *Bättig, K.* Behavioral Effects of Nicotine. Basel, München, Paris, London, New York, Sydney, 1978. — 2. *Fletcher, C. M.* In: Recent Advances in Community Medicine. Edinburgh, London, 1978. —

3. Kumar, R., Cooke, E. C., Lader, M. H. a.o. In: Smoking Behavior. Physiological and Psychological Influences. Edinburgh, London, 1978, 244—258. — 4. Tappo, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 5, 453—457.

5. Бабаян Э. А., Гонопольский М. X. Учебное пособие по наркологии. М., 1981. — 6. Психические расстройства (раздел V «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра», адаптированной для использования в СССР). Министерство Здравоохранения СССР. М., 1982. — 7. Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1980, т. I. — 8. Способы купирования никотиновой абстиненции. Министерство Здравоохранения СССР. М., 1976.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia-
haigla dispanseerne narkoloogiaosakond

Avastati leukeemiaviirus. Peaaegu üheaegselt on Jaapani Kioto Ülikooli ja Bethedas asuva USA Riikliku Vähiinstituudi viroloogid välja selgitanud, et väga kardetud ja ülemaailmselt levinud leukeemiat kannavad edasi viirused. Leukeemiaviirust jälgiti ning identifitseeriti rakukultuurides. Ameeriklasel R. Gallol õnnestus leukeemiaviirus isoleerida leukeemiahaige lümfisüsteemi infitseeritud rakkudest. Teiste koeliikide rakkudes või terve inimese koerakkudes viirust ei leitud. Jaapani teadlane Y. Hinuma leidis samuti, et Kiušiu ja Sikoku saarte elanikest on 40% -l spetsiaalsed antikehad leukeemiaviiruse vastu. Seega on nendel saareelanikel loomulik immuunsus leukeemianakkuse suhtes. See tähtis avastus pakub võimalusi mõjusate profülaktikaabinõude ja leukeemiaravimite väljaarendamiseks.

Urania, 1983, 3.

UDK 616.155.392.1:576.8.097.3

LEUKEEMIAANTIGEENI ANTI- KEHAD TÄPP-IMMUNOANALÜÜ- SIL KROONILIST LÜMFROIDSET LEUKEEMIA TÕDEVAIL HAIGEIL

VALVE SAARMA HELE EVERAUS TARTU

leukeemia, leukeemiaantigeen, leukeemiaantigeeni antikehad, täpp-immunoanalüüs

Kasvajate teket ja arengut seostatakse immuunsüsteemi muutustega. Seni on veel täpselt teadmata, missuguste immunoloogilise reaktiivsuse lülide kahjustus tuumori teket ja progresseerumist võiks soodustada. Momenditeadmised põhinevad kahel kesksel seisukohal: 1) neoplastiliste rakkude pinnal on normaalsetest erinevad antigeensed determinandid, mida nimetatakse tuumoriga seotud antigeeniks (*tumor associated antigen* (TAA)); 2) võib areneda organismipoolne immuunreaktsioon tuumoriga seotud antigeeni suhtes (2).

Kroonilise lümfoidse leukeemia korral on kasvajaalaseks substraadiks enamasti B-lümfotsüüdid (1). Z. Bentwichi ja kaasautorite andmetel ei sarnane kroonilise lümfoidse leukeemia rakkude pinnaantigeen normaalsetel lümfoidsetel rakkudel esinevaga (3). Seega võiks kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevatel haigetel oletada tuumoriga seotud antigeeni, nn. leukeemiaantigeeni, ning sellest tingituna immuunreaktsiooni.

Töö ülesanne oli selgitada, kas kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevate vereseerumis leidub leukeemiaantigeeni antikehi.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuritavateks olid Tartu Kliinilise Haigla ja Tallinna Vabariikliku Haigla hematoloogiakabinetis dispanseersel arvel olevad kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevad haiged. Töös on kasutatud Rahvusvahelise Kroonilise Lümfatilise Leukeemia Töökomisjoni klassifikatsiooni (6). Haigus oli A-staadiumis 50 haigel, B-staadiumis 52-1 ja C-staadiumis 51 haigel.

Kontrollrühma moodustasid 50 esmast doonorit ja radikuliidhaiget, uuringuid tehti ka 32 ravimata maovähahaigel Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris. Kubitaalveenist võeti 5 ml verd, mis 30 minutiks pandi termostaati, seejärel tsentrifuugiti 10 minutit (1500 pöört minutis) ja eraldati seerum.

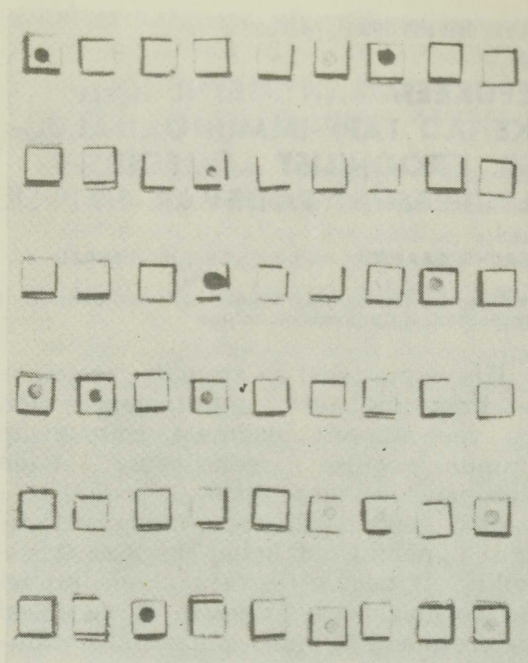


Foto. Leukeemiaantigeeni antikehad täpp-immunoanalüüsil kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevatel haigetel.

Leukeemiaantigeen valmistati nii kroonilise lümfoidse leukeemia rakkudest (LAK) kui ka leukeemilistest lümfoblastidest (LAA) (ägeda lümfoidse leukeemia korral). Hepariniseeritud verest eraldati lümfootsüüdid ja lümfoblastid, kasutades Ficoll-verografiingradienti (4, 7). Rakud purustati ultraheligeneraatoriga temperatuuril 0°C, purustatud rakud tsentrifugeeriti ultrahelitsentrifuugis VAS-602 (33 000 pööret minutis) temperatuuril 4°C. Võeti 1/5 supernatandist ja filtreeriti läbi membraanfiltrit (poori läbimõõt 0,23 mm). Tsirkuleerivate antikehade määramiseks kasutati täpp-immunoanalüüsi (*dot-immunobinding assay*) (5). Meetodit peetakse seni kasutusel olnutest lihtsamaks ja tundlikumaks.

Metoodika on järgmine: antigeenilahus TBS-puhvrts (20 mM Tris HCl; 0,15 M NaCl, pH 7,6) kontsentratsioon 1 mg/ml pipeteeritakse punktina (0,1 ml) nitrotselluloosiribadele. Seejärel kuivatatakse neid õhu käes 5...10 minutit. Blokeerimiseks viiakse ribad veiseseerumi 10%-lisse lahusesse TBS-puhvrts ja inkubeeritakse temperatuuril 37°C kaks tundi. Ribasid loputatakse viis korda TBS-puhvrtsis ja viiakse uuritava seerumi lahjendusse (1:100). Loksutatakse kolm tundi toatemperatuuril ning loputatakse jälle viis korda TBS-puhvrtsis. Reaktsioon peroksüdaas-konjugeerunud sekundaarse antikehaga (immunoglobuliiniantikeha) tehakse 10%-lise veiseseerumi TBS-puhverlahuses, lahjendades sekundaarset antikeha 1:1000. Reaktsioon toimub loksutil kaks tundi. Nitrotselluloosi pes-

takse viis korda TBS-puhvrtsis. Värvusreaktsioon tehakse 0,18 mg/ml 4-kloro-1-naftooli (lahustatakse metanooliga) 0,03%-lise H₂O₂-lahusega TBS-puhvrtsis, 10...40 minutit (ei loksutata). Reaktsiooni peatamiseks viiakse ribad vette. Ribasid pestakse vees ning kuivatatakse. Reaktsioon hinnatakse positiivseks sinist värvi täppide ilmumisel (vt. foto).

Määrati tsirkuleerivate antikehade esinemist nii kroonilise kui ka ägeda lümfoidse leukeemia antigeeni vastu.

Uurimistulemused ja arutelu. 153

kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevast leiti kroonilise lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi 129-l (84,3%). Uurimistulemused on toodud tabelis.

Et tervete rühmas ei leitud ei kroonilise lümfoidse leukeemia antigeeni ega ägeda lümfoidse leukeemia antigeeni vastaseid tsirkuleerivaid antikehi ning kroonilise lümfoidse leukeemia korral aga esines vereseerumis kroonilise lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi tunduvalt sagedamini kui ägeda lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi, on alust arvata, et kroonilise lümfoidse leukeemia korral on kasvajarakkude pinnal nn. võõras — antigeenne determinant, mis stimuleerib peremeesimmuunsüsteemi antikehi tootmisele. On huvitav, et leukeemiaantigeeni antikehi leiti just nendel maovähahaigetel, kelle lähedastel sugulastel esines leukeemia. Pole aga teada, kas vereseerumis määratud antikehad on oma laadilt tsütotoksilised, lümfootsüüdist sõltuvad antikehad, või on nad hoopis blokeerivad antikehad.

Tabel. Leukeemiaantigeeni antikehade esinemine täpp-immunoanalüüsil

Uuritavad	LAK		LAA	
	+	-	+	-
Terved (n=50)	0	50	0	50
KLL(A) (n=50)	41	9	6	44
KLL(B) (n=52)	48	4	2	50
KLL(C) (n=51)	40	11	1	50
Maovähk (n=32)	3	29	1	31

Tähistus:
 KLL(A, B, C) — krooniline lümfoidne leukeemia ja staadium
 LAK — kroonilise lümfoidse leukeemia antigeen
 LAA — ägeda lümfoidse leukeemia antigeen

Leukeemiaantigeeni antikehade olemuse selgitamine peaks haiguse patogeeni aitama rohkem selgust tuua, seda enam, et just humoraalsele immuunreaktsioonile omistatakse tänapäeval pigem kasvaja arengut soodustavat kui kasvjavastast aktiivsust.

Järeldused.

1. Kroonilist lümfoidset leukeemiat põdevate haigete vereseerumis leiti täpp-immunoanalüüsil kroonilise lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi tunduvalt sagedamini kui ägeda lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi.

2. Tervetel ei esinenud positiivset reaktsiooni kroonilise lümfoidse leukeemia ega ägeda lümfoidse leukeemia antigeeni vastu.

3. Nii kroonilise lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi kui ka ägeda lümfoidse leukeemia antigeeni antikehi leiti just neil maovähihaigeil, kelle sugulasel esines leukeemia.

KIRJANDUS: 1. Aisenberg, A. C., Block, K. J., Long, I. C. *Am. J. Med.*, 1973, 55, 184—191. — 2. Beltz, W. R., Nelson, L. L. *Arch. otolaryngol.*, 1975, 101, 660—663. — 3. Bentwich, Z., Weiss, D. W., Sultzeanu, D. *a.o. Cancer Res.*, 1972, 32, 1375—1383. — 4. Boyum, A. *Tissue Antigens*, 1974, 4, 4, 269—274. — 5. Hawkes, R., Niday, E., Gordon, I. *Anal. Biochem.*, 1982, 119, 1, 142—147. — 6. Report from the International Workshop on CLL by the Writing Committee. *Br. J. Haematol.*, 1981, 48, 3, 365—367.

7. Новиков Д. К., Новикова В. И. В кн.: Клеточные методы иммунодиагностики. Минск, 1979, 25—28.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder

UDK 616-006-033.2

PEAAJU METASTAATILISED KASVAJAD

LEO POKK · TARTU

peaaju metastaatilised kasvajakad, esinemissagedus, kliinilised diagnoosivead

Siseelundite pahaloomulised kasvajakad metastaseeruvad peaaegu küllalt sageli, D. Youngi (21) andmeil 15...20% -l juhtudest. Peaaju metastaseeruvad põhiliselt vähid, märgatavalt harvem sarkoomid ja üsna harva muud pahaloomulised kasvajakad. Metastaasid võivad tekkida kas ainult ajukoes või ajukelmetel, ka mõlemas üheaegselt. Intratserebraalsed metastaasid lokaliseeruvad kõige sagedamini suurte poolkerade koore ossa või subkortikaalselt ning väikeajusse. Intratserebraalseid metastaase võib olla üks või mitu, tavaliselt on neid 2...5, harva rohkem. Aju-metastaaside läbimõõt on enamasti 1...5 cm, harva üle 7 cm. Siseelundite pahaloomuliste kasvajate kaugelearenenud juhtudel võib ajumetastaase leida samaaegselt metastaasidega paljudes muudes elundites. Sageli on täheldatud aju isoleeritud metastaase, mille puhul üheski teises elundis siirdeid ei leita. Viimastest pakuvad ravi seisukohalt erilist huvi solitaarsed ajumetastaasid, s. o. peaaigus on ainult üks metastaas. Kirjanduse andmeil on peaaigu solitaarse metastaaside esinemissagedus küllalt suur, lahangumaterjali põhjal 26...35% kõikidest peaaigu metastaatilistest kasvajatest (8, 12), kirurgiaosakonna uurimismaterjalis aga kuni 56% kõikidest juhtudest (16).

Kõige sagedamini metastaseerub peaaigu kopsuvähk. Kopsuvähi metastaase on peaaigus lahangul avastatud 14% (17) kuni 79% -l juhtudest (18). Enamiku autorite arvates on kopsuvähi puhul peaaigus metastaase 30...50% -l juhtudest (1, 2, 3). Küllalt sageli on kopsuvähi siirdeid leitud ainult peaaigus. E. Knights (11) täheldas ulatusliku lahangumaterjali alusel (6900 lahangut)

peaajus metastaase 55%-l kopsuvähi-juhtudest. 14%-l juhtudest oli solitaarne metastaas peaaju sellises piirkonnas, kust opereerida on võimalik.

Kopsuvähihaigetel on peaaju kiiritamist kasutatud profülaktika eesmärgil. D. Jacksoni andmetel (10) 15 kopsuvähihaigest, kellel kiiritust ette ei võetud, tekkis neljal peaajus metastaas. 14 haigest, keda kiiritati, ajus siirdeid ühelgi ei tekkinud. Ka mitme teise autori andmeil on peaaju kiiritus andnud märkimisväärseid tulemusi ajusiirete vältimiseks. Kopsuvähihaigetel, kellel peaaju kiiritati, ajus metastaase ei tekkinud (6) või tekkis neid ainult 6,6%-l juhtudest (4). Samade autorite andmetel oli kopsuvähihaigetel, kellel kiiritus ära jäeti, ajus metastaase vastavalt 18,1%-l (6) ja 29,3%-l juhtudest (4).

Peale kopsuvähi metastaseeruvad peaajju sageli ka rinnanäärme- ja neeruvähk. Teiste siseelundite pahaloomulised kasvajakud metastaseeruvad peaajju märgatavalt harvem (7, 13, 20, 22, 24).

Peaaju metastaatiliste kasvajakute puhul on kasutatud kirurgilist ravi, eriti solitaarseste ajumetastaaside puhul (5, 14, 15, 19, 23, 25, 26). Aasta pärast ajusiirete eemaldamist elas 15...30% haigetest. Kasvaja algkolde ravi edukusest olenevalt on haiged pärast ajusiirete operatsiooni elanud ka märgatavalt kauem, isegi kuni 16 aastat.

Peaaju metastaatilise kasvaja ravi edukus sõltub nii ajusiirete kui ka kasvaja algkolde võimalikult varajasest diagnoosimisest. Aju metastaasi kliiniline diagnoosimine on raske ja eksidiagnoose rohkesti. Neuroloogiline sümptomatoloogia võib sel puhul olla väga erinev, sõltuvalt siirete lokalisatsioonist ja suurusest ning lisandunud sekundaarsetest vereringehäiretest, verevalumitest ja ajutursest. Need sümptoomid võivad tekkida järsku, meenutades ajuinsuldi kliinilist pilti, mis tihti jääbki haige kliiniliseks diagnoosiks. Eriti sageli diagnoositakse insulti nendel, kellel kasvaja algkolle on kulgenud sümptoomideta ja see on diagnoosimata jäänud. Süvenevaid neuroloogilisi sümptomeid aluseks võttes on metastaatilise ajukas-

vaja asemel sageli arvatud olevat aju primaarne tuumor.

Analüüsisime Tartu prosektuuri lahangumaterjali põhjal 70 peaaju metastaatilise kasvaja juhtu, 40 meest ja 30 naist. Kõige sagedamini olid kasvaja-metastaasid peaajus tekkinud elueas 50...59 a. (33 juhtu). 18 juhtu oli 60...69 aasta vanustel ning kuus juhtu 70-aastastel ja vanematel. See tuleneb vähkide esinemisest üldse rohkem eakatel. Ülejäänud 13 juhul täheldati peaajus siirdeid nooremas eas inimestel. Neist noorim oli 7-aastane tütarlaps, kellel oli neerusarkoom. Neli haiget surid 30...39 aasta ja kaheksa 40...49 aasta vanuses. Nooremate haigete hulgas olid ülekaalus rinnanäärmevähi põdevad naised.

Meie uurimismaterjalis oli ajumetastaaside puhul kõige sagedamini alkoldeks kopsuvähk (31 juhtu), teisel kohal oli rinnanäärmevähk (12 juhtu) ja kolmandal kohal neeruvähk (11 juhtu). Teiste elundite kasvajakud olid metastaseerunud peaajju märgatavalt harvem: emakavähk 4 juhul, melanoom 4 juhul (neist 3 nahast ja 1 silmast), maovähk 2, munasarjavähk 2, kõhunäärmevähk 1, pärasoolevähk 1, kilpnäärmevähk 1 ja süljenäärmevähk 1 juhul.

Lahkamisel leiti, et pooltel (34 juhul) oli ajus ainult üks kasvajakolle, 20-l kaks ja 11 juhul 3...5, vaid viiel juhul oli metastaatilisi kasvajakoldeid rohkem kui viis. Peaaju metastaasid olid mitmesuguses suuruses, kõige sagedamini oli nende läbimõõt 2...3 cm, ainult üksikjuhtudel 5...6 cm. Kasvajakoes ja ka naabruses olevas ajukoos leiti sageli verevalumeid.

Meie uurimismaterjalis täheldati enamasti (55 juhul) ajumetastaasidega üheaegselt siirdeid ka mitmes muus elundis. Kuid 15 juhul 70-st leiti lahangu siirdeid ainult peaajus, kuna üheski teises elundis neid ei olnud. 15 haigest oli kasvaja algkolle kaheksal kopsus, kolmel rinnanäärmetes, kahel emakas, ühel neerus ja ühel nahas. 15 lahangujuhist leiti kaheksal korral ajus mitu metastaatilist sõlme. 7 korral oli ajus solitaarne metastaas.

Kliiniliste ja patoanatomiliste diagnooside võrdlus näitas, et peaaegu metastaasid olid jäänud kliiniliselt diagnoosimata 28 juhul 70-st (40%). Seejuures oli kõige sagedamini (12 juhul) ajumetastaasi asemel kliiniliselt diagnoositud aju primaarset kasvajat. Seitsmel juhul oli kliiniliseks diagnoosiks ajuinsult ja ülejäänuil mitmesugused muud haigused. Kõigil kliinilise ekssidiagnoosi juhtudel oli ka kasvaja algkole kliiniliselt kindlaks tegemata jäänud.

Kokku võttes võime öelda, et paljudel juhtudel (meil 15 juhul 70-st) võib peaaegu olla haigel esmaseks ning osal (meie uurimismaterjalis 7 juhul 70-st) ka ainukeseks elundiks, kuhu siseelundite pahaloomulised kasvaja on metastaseerunud. Selliste peaaegu isoleeritud või solitaarsete metastaaside puhul, kui lokaliseerimine on soodne, on võimalik radikaalne ravi.

KIRJANDUS: 1. *Beeler, T. T., Irey, N. S.* Chest, 1950, 8, 61—70. — 2. *Bryson, C. C., Spencer, H. Q.* J. Med., 1951, 20, 173—178. — 3. *Chason, I. L., Walker, F. B., Landers, I. W.* Cancer, 1963, 16, 781—790. — 4. *Choi, C. H., Carey R. W.* Cancer, 1976, 37, 2651—2657. — 5. *Flavell, G. Br. Med. J.*, 1949, 2, 736—740. — 6. *Gladstein, E.* Proc. Am. Soc. Clin. Oncol., 1976, 17, 262—268. — 7. *Henschen, F.* Tumoren des Zentralnervensystems und seiner Hüllen. Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1955. — 8. *Halpert, B., Erickson, E., Fields, W.* Arch. Pathol., 1960, 69, 93—98. — 9. *Hornback, N. B., Einhorn, L., Shidnia, H.* Cancer, 1976, 37, 2658—2664. — 10. *Jackson, D. V., Richards, F., Cooper, M. R.* a.o. JAMA, 1977, 237, 2730—2733. — 11. *Knights, E. M. J.* Neurosurg., 1954, 11, 306—311. — 12. *Lesse, S., Netsky, M.* Arch. Neurol., 1954, 75, 133—138. — 13. *Magilligan, D. I., Rogers, R. S., Knighton, R. S.* a.o. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1976, 72, 690—698. — 14. *Modesti, L. M., Feldman, R. A.* JAMA, 1975, 231, 1064—1069. — 15. *Pool, I. L., Ransohoff, I., Condt, I. W. N. Y. State J. Med.*, 1957, 57, 3983—3989. — 16. *Richards, P., McKissock, W.* Br. Med. J., 1963, 1, 15—21. — 17. *Simpson, S. L. Q. J. Med.*, 1929, 22, 413—420. — 18. *Tom, M. I.* Can. Med. Assoc. J., 1946, 54, 265—272. — 19. *Vilth, R. G., Odom, G. L. J.* Neurosurg., 1965, 23, 375—379. — 20. *Willis, R. A.* Pathology of Tumors. London, 1953. — 21. *Young, D. T., Posner, J. B., Chu, F.* a.o. Cancer, 1974, 34, 1069—1076.

22. *Калкун В. Р.* Клини. мед., 1963, 4, 105—110. — 23. *Нерсесянц С. И.* Клиника и морфология метастатического рака головного мозга. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1955. — 24. *Тайцлин В. И.* Врач. дело, 1972, 4, 118—120. — 25. *Хоминский Б. С.* Опухоли нервной системы. Руководство по патологической анатомии. II. М., 1962, 376—560. — 26. *Чэнь Гун-бай.* Клиника и хирургическое лечение метастатического рака в головной мозг. Дисс. канд. мед. наук. Л., 1960.

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateeder

Suitsetamine ja tervis. Saksa DV arstiteadlaste kaks tööühma, kes tegelevad probleemidega «Kantserogeenid elukeskkonnas» ja «Tubakakahjustuste profülaktika», on avaldanud andmeid, mis näitavad suitsetamisest põhjustatud ja mõjutatud haiguste osatähtsuse suurenemist surma põhjuste statistikas. 28 000 mehe enneaegne surm Saksa DV-s on otseselt suitsetamisest tingitud. Seda näitas üksikasjalik analüüs. Samuti on tõepärane, et suitsetamine on olnud surma põhjus 90%-l kopsuvähki surnuist, 75%-l bronhiidi ning 25%-l südame isheemiatõve tõttu surnuist. 25%-l neist isikuist, kes surid kopsu-, suuõõne-, söögitoru-, neelu-, kõri-, neeru- ja kusepõiekasvajate tagajärjel, oli tubakasuitsetamine surma kaaspõhjus.

Muret tekitab aga on see, et juba 13...15 aasta vanuses tehakse algust suitsetamisega. Saksa DV-s suitsetab 14...18-aastastest noortest 60%! Tubakasuitsetamise profülaktika peab olema sihitud eeskätt sellele earühmale, sest selles vanuses, kui suitsetamisest loobutakse, on tubakakahjustusi võimalik täielikult ennetada. Saksa DV-s on vastavalt Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni strateegiale koostatud neljaetapiline profülaktikaprogramm 2000. aastani. Selle eesmärk on vähendada suitsetajate arvu noorte hulgas 30%-ni.

Z. ges. Hygiene, 1983, 29.

UDK 612.461.2:616-071

INIMISE ORGANISMIS MOODUSTUNUD N-NITROSO- PROLIINI ERITUMINE HIGIGA

PAVEL BOGOVSKI JORI KANN
MAARJA ROOMA TALLINN

endogeenne N-nitrosoprolin, moodustumine, eritumine, hulk ja kontsentratsioon higis, inimese individuaalne nitroseerimisvõime

N-nitrosoprolini (NPRO) määramist, inimese uriinis on soovitatud kui meetodit, mis võimaldab hinnata proliini nitroseerumise intensiivsust organismis (3). Epidemioloogilises ja kliinilises uurimises võiks selle abil leida korrelatsioone mõnede vähivormide ja endogeense nitroseerimisvõime vahel. Inimese tervisele on see meetod ohutu (4).

Arvesse võttes, et inimese uriin meenutab keemilise koostise poolest higi, kuigi viimases on enamik ainevahetuse lõpp-produkte tunduvalt väiksemas kontsentratsioonis (2), oletasime, et endogeenselt moodustunud N-nitrosoprolin võib ka inimese higiga erituda pärast naatriumnitraadi (NaNO_3) ja proliini sissevõtmist.

Teatavad eelised keemilise analüüsi tegemisel lubavad arvata, et higiga erituva N-nitrosoprolini määramine võib kujuneda alternatiivseks meetodiks inimese individuaalse nitroseerimisvõime hindamisel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Kuuel vabatahtlikul katsealusel (kaks naist ja neli meest, üks viimastest, katsealune E, suitsetaja) kutsuti esile intensiivne higistamine soome saunas (temperatuur 60...80 °C, niiskus umbes 60%). Kaks tundi enne higistamise algust võttis iga katsealune sisse 8 mg naatriumnitraati kehakaalu ühe kg kohta kas söögipeedi mahlas või vesilahusena. Üks tund enne higistamist võeti sisse 8 mg proliini kehakaalu ühe kg kohta. Higistamise ajal koguti higi adsorbeeriva vahendiga (filterpaper, hügrokoopne vatt) näo, kaela, rinna-, kõhu- ja seljapiirkonna ning jäsemete naha pinnalt individuaalsetesse kaanega hermeetiliselt suletavatesse klaaspurkidesse. Purgi kaant avati võimalikult harva higi auramise vähendamiseks. Kuiv adsorbeeriv materjal koos purgiga kaaluti enne katset.

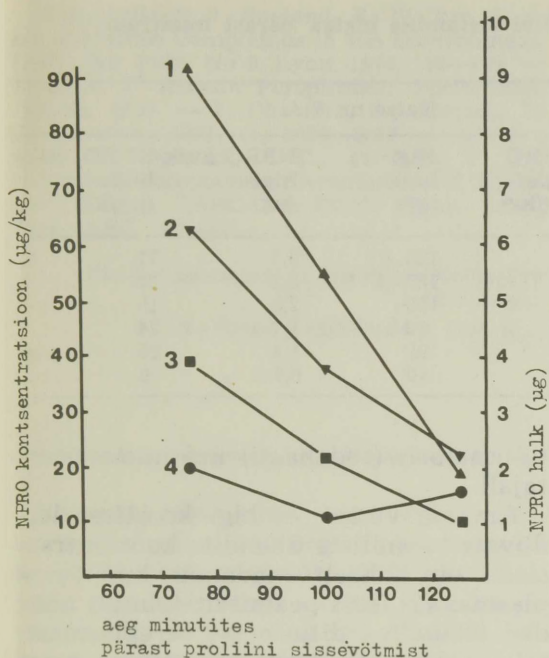
Katsetes nr-d 1...4 ei olnud arvesse võetud mõningaid meetoodilisi detaile, näiteks ei pestud kehapinda vahetult enne higistamise algust.

Esimeses katseseries (nr-d 1...5) kogusid katsealused higi 25 minuti vältel. Teises series (katset nr-d 6 ja 7) kogusid kaks katsealust (E ja F) higi kolme 15-minutilise perioodi vältel alates üks tund pärast proliini sissevõtmist kahe kümneminutilise vaheajaga, mis

Tabel 1. Maosiseselt moodustunud N-nitrosoprolini eritumine higiga*

Katsealune			Katse number					
Tähistus	Vanus aastais	Kehakaal (kg)	Sugu	1	2	3	4	5
A	48	57	N	10/714 14	6,2/365 17	2,4/60 40	—	3,4/92 37
B	45	65	N	7,5/500 15	5,5/500 11	—	—	9,9/268 37
C	44	100	M	12,7/108 118	2,1/31 68	—	—	13,4/56 240
D	53	90	M	—	1,3/6 226	17,5/116 151	—	22,2/65 342
E	64	95	M	24,4/317 77	2,2/19 114	16,2/120 135	15,3/95 161	22,9/83 276
F	68	83	M	5,6/112 50	3,3/67 49	2,4/44 54	10,4/70 149	14,8/98 151

* Iga katse tulemused on esitatud järgmiselt paigutatud kolme arvuga:
NPRO hulk higis (μg)/NPRO kontsentratsioon higis ($\mu\text{g}/\text{kg}$)
higi hulk (g)



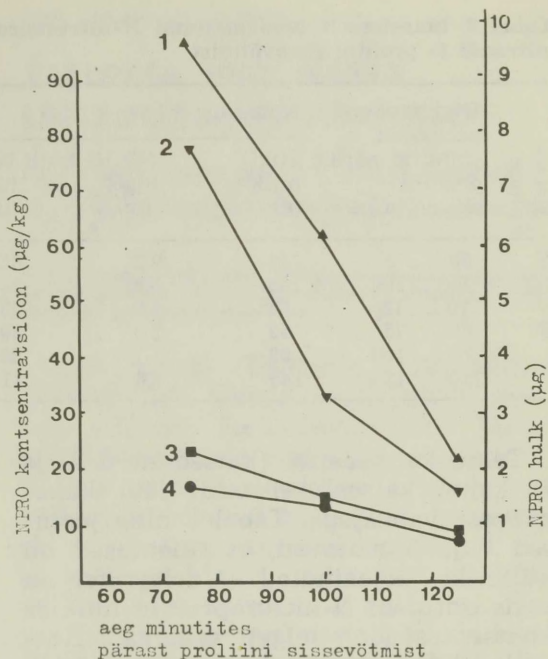
Joonis 1. Katse nr. 6.

- 1 — katsealune E — NPRO hulk higis (µg)
- 2 — katsealune E — NPRO kontsentratsioon higis (µg/kg)
- 3 — katsealune F — NPRO kontsentratsioon higis (µg/kg)
- 4 — katsealune F — NPRO hulk higis (µg)

veedeti jahedamas ruumis, kusjuures enne ja pärast iga higistamisperioodi pesti kehapiinda seebiga duši all. Igal perioodil koguti higi eri purki.

Hermeetiliselt suletud purke hoiti 12...15 tundi temperatuuril 4 °C külmikus, kaaluti, et kindlaks määrata higi hulk, ning määrati N-nitrosoprolüüni hulk. Selleks ekstraheeriti higi adsorbeerivast materjalist keeva destilleeritud veega, mida valati purki kuni 400 ml mahuni. Higi vesiekstrakt filtriti, rasva eemaldati filtraadist 3×100 ml n-pentaaniga jaotuslehtis. Vesifaas hapustati 14 N väävelhappega kuni pH ≤1. Lisati sisestandardina N-nitrososarkosiini ja ekstraheeriti 3×50 ml etüülatsetaadiga. Etüülatsetaatfaas kuivatati veevaba Na SO₄ kohal ja kontsentreeriti rotatsioonaurutis kuni 5 ml-ni. Värviliste lisandite kõrvaldamiseks filtriti jääk läbi adsorbendi, seejärel kuivatati aurustamise teel ja metüüliti diasomeetaniga vääveletris. Segu kontsentreeriti 1 ml-ni ja suleti ampullidesse gaaskromatograafiliseks analüüsiks (GK), kasutades detektorina termilise energia analüsaatorit (TEA-502), mis on saadud laenuks USA Riiklikult Vähiinstituudilt (leping nr. NO1 CP 75975).

GK-TEA analüüsi tingimused: 1,5 m pikk



Joonis 2. Katse nr. 7.

4 mm siseläbimõõduga klaastoru, täidis — Chromaton N/AW HMDS 80/100 mesh. Stationaarne faas — 10% PEG 20M, kandurgaasi (Ar) kiirus 20 ml/min. TEA-502 pürolüsaatori temperatuur 475 °C, külmpüünisel —135...—140 °C, jääkrõhk ~ 3 torri.

N-nitrosoprolüüni saagis higist on 62±5,5%. Tabelites ja joonistel on arvulised andmed esitatud ilma standardhälbeta. Detektsioonipiir 1 µg/kg. Termilise energia analüsaatori vastused langesid kokku paralleelselt tehtud kolorimeetrilise määramise andmetega. Sel puhul kasutati HBr-ga töötlemist, diasoderivaate määrati 520 nm juures. Väärtused leiti kalibratsioonikõveralt.

Tulemused ja arutus. Esimene katseeria, mis koosnes viiest 2...4-nädalase vaheajaga tehtud katsest kuue katsealusega, tõestab üheselt, et N-nitrosoprolüüni eritub inimese higiga pärast naatriumnitraadi ja prolüüni sissevõtmist. N-nitrosoprolüüni hulk on küllaldane analüüsi tegemiseks. Tabelis 1 on näha nii higi kui ka N-nitrosoprolüüni hulga ja kontsentratsiooni tunduvalt individuaalseid erinevusi. Samuti on näha erinevusi samal katsealusel eri katsetes. Ilmneb, et naistel on higi hulk väiksem, kuid N-nitrosoprolüüni kontsentratsioon kõrgem kui meestel.

Tabel 2. Maosiseselt moodustunud N-nitrosoprolüini eritumine higiga pärast naatrium-nitraadi ja prolüini sissevõtmist

Katse- alune	Higistamise- perioodid, minutid pärast prolüini sissevõtmist	Katse nr. 6			Katse nr. 7		
		Higi hulk (g)	NPRO hulk higis (µg)	NPRO higis (µg/kg)	Higi hulk (g)	NPRO hulk higis (µg)	NPRO higis (µg/kg)
E	60...75	146	9,2	63	125	9,6	77
	85...100	145	5,5	38	187	6,2	33
	110...125	82	1,9	23	150	2,3	15
F	60...75	52	2,0	39	72	1,7	24
	85...100	52	1,1	22	92	1,4	15
	110...125	145	1,6	11	80	0,7	9

Teine katseseeria (katsed nr-d 6 ja 7) kahel katsealusel viidi läbi kahepäevase vaheajaga. Tabel 2 ning joonised 1 ja 2 näitavad, et tulemused on küllaltki järjekindlad. Uuritavatel on higis eritunud N-nitrosoprolüini hulk ja kontsentratsioon selgelt erinevad. Katsealusel E (suitsetaja) on need väärtused tunduvalt kõrgemad. Ilmneb ka, et teise tunni vältel pärast prolüini maosisese nitroseerumise algust langevad järsult nii N-nitrosoprolüini hulk kui ka kontsentratsioon higis kummalgi katsealusel, hoolimata arvuliste väärtuste individuaalsest erinevusest, kusjuures kõrgeimad väärtused leiti teise tunni alguses.

Individuaalsed erinevused (vt. tabel 1) võivad olla osalt tingitud mittetäielikult standardiseeritud katsetingimustest, näiteks ei olnud kehtestatud ühtset toidurežiimi. Peale selle võis katsete nr-d 1...4 puhul esineda kõrvalekaldu misi higi N-nitrosoprolüini-sisalduses, sest esimese tunni vältel pärast prolüini sissevõtmist võis mingi hulk N-nitrosoprolüini juba väljuda nahale mitmetajutava perspiratsiooni teel ja seda ei pestud maha vahetult enne higistamist. Naistel on N-nitrosoprolüini kontsentratsioon higis üldiselt kõrgem ja katsealusel B toimub nitroseerimine (või N-nitrosoprolüini eritumine) intensiivselt ning ühtlasemalt kui teistel. Peale selle võib täheldada, et suitsetamine soodustab nitroseerimist. See on kooskõlas kirjanduse andmetega (1), et suitsetajate süljes on rohkem nitroseerimise ka-

talüsaatorit (rodanaati) kui mittesuitsetajail.

Arvesse võttes, et higi koostises leiduvate keemiliste ühendite kontsentratsioon on üldiselt madalam kui vereplasmas (2), sest peamiselt toimub nende ühendite difusioon vereplasmast, mitte aga kontsentreerumine, nagu neerudes, on tõenäoline, et N-nitrosoprolüini-sisaldus higis peegeldab uriiniga võrreldes vahetumalt selle ühendi sisaldust vereplasmas.

Võimalust rakendada meie poolt tähteldatud fenomeni individuaalse nitroseerimisvõime hindamiseks tuleb edasi täpsustada. Edaspidi on ette nähtud fraksioneeritud higistamisperioodidega katse korraldust mõnevõrra muuta, lihtsustada meetodikat ja leida võimalikke korrelatsioone keskkonnatingimuste ja individuaalsete erinevuste ning N-nitrosoprolüini eritumise arvuliste näitajate vahel.

Järeldused.

1. Endogeenselt moodustuv N-nitrosoprolüin eritub inimese higiga forsseeritud higistamise vältel.

2. N-nitrosoprolüini hulk ja kontsentratsioon higis on individuaalselt erinevad ja kõiguvad ka samal inimesel eri katsetes.

3. Naistel on higi hulk väiksem ja higiga erituva N-nitrosoprolüini kontsentratsioon kõrgem.

4. Teise tunni vältel pärast prolüini nitroseerumise algust maos N-nitrosoprolüini hulk ja kontsentratsioon higis vähenevad kiiresti.

KIRJANDUS: 1. *Boylard, E., Walker, S. A.* In: N-Nitroso Compounds in the Environment. IARC Sci. Publ. No 9, Lyon, 1974, 132—136. — 2. *Kuno, Y.* Human Perspiration. Springfield, Illinois, 1959. — 3. *Ohshima, H., Bartsch, H.* Cancer Res., 1981, 41, 3658—3662. — 4. *Ohshima, H., Bereziat, J. C., Bartsch, H.* In: N-Nitroso Compounds: Occurrence and Biological Effects. IARC Sci. Publ., No 41. Lyon, 1982, IARC 397—411.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut
Tallinna Polütehniline Instituut*

UDK 616.916-036.21(474.2)

TALLINNA 1982. AASTA LEETRIPUHANGU PÕHJUSED

OKU TAMM JAAN MÄRTIN GALINA KIKOS
TALLINN
VLADIMIR BOLOTOVSKI BORISS GELIKMAN
MOSKVA

leetripuhang, põhjused, immuniseerimine, ajutised meditsiinilised vastunäidustused, vaktsiini standarddus ja immunoogeensus

Kutsevähki riskitegurid. Saksa FV-s publitsereeriti üks seni ulatuslikemaid uurimusi, mille autorid analüüsisid põhjalikult 5000 vähijuhtu. Tähelepanelikult selgitati tagasivaates välja haigete elukäik ning tehti kindlaks, milliste ainerühmadega olid nad oma elus pikemat aega kokkupuutes olnud. Tulemused olid niisugused:

- 1) iga neljanda kasvaja puhul oli olemas ilmne seos haige elukutsega;
- 2) aromaatsete amiinidega kokkupuutumine paljude aastate kestel põhjustas peamiselt kusepõievähki;
- 3) tõestati asbesti ja kopsuvähi vaheline seos;
- 4) kaalu sai juurde oletus, et plii ja tina orgaanilised metalliühendid suurendavad vähiriski;
- 5) töötajail, kes olid olnud kokkupuutes alkaloididega (kofeiin, nikotiin, novalgiinikiin), esines seedetraktivähki eriti sageli;
- 6) kontakt aromaatsete aminouhenditega põhjustas kopsu- ja eesnäärmevähki tavalisest sagedamini;
- 7) töölisel, kes tegelesid väävelhappe tootmisega, haigestusid peamiselt kopsuvähki;
- 8) büroodes töötavad inimesed haigestusid sagedamini käär- ja pärasoolevähki.

Wissenschaft u. Fortschritt, 1983, 7.

1967. aastal Tallinnas korraldatud leetrite vastu immuniseerimise tulemusena vähenes leetriaigestumus linnas märkimisväärselt, enam kui kuus korda. Haigestumise perioodiliste tõusude vahelised intervallid pikenesid, haigestusid mõnevõrra vanemad lapsed kui enne kaitsepookimisi, vähenesid nakkuskollete intensiivsus ning hulk jms. Kui vaktsineerimiseelseil aastail tekkis leetripuhanguid 1...2-aastase vaheaja järel, siis pärast vaktsineerimist oli haigestumuse esimene oluline tõus alles 1976. aastal (kaheksa aastat hiljem) ja teine 1982. aastal (viie aasta pärast). Nimetatud 1976. ja 1982. aasta leetripuhangute vahelistel aastatel täheldati kevaditi leetriaigestumuse väheldast tõusu.

1976. aasta leetripuhangu põhjuste analüüsist nähtus, et massilise immuniseerimise algetapil olid aset leidnud mitmesugused vaktsineerimisnõuete rikumised, samuti oli kasutatud leetripuhangu vaktsiini ЭИИЧ mittestandardseid vaktsiiniseeriaid (21, 52 ja 74), mistõttu nimetatud vaktsiiniseeriaist vaktsiini saanute hulgas oli üle 30% neid, kelle vereseerum osutus seronegatiivseks. 1967. aastal vaktsineeritud laste hulgas oli leetriaigestumus üldse 5,5%.

1982. aasta leetripuhangu ajal oli haigestunud 1,6 korda rohkem kui 1976. aasta leetripuhangu ajal. 1982. aasta puhangu iseloomulikuks jooneks oli leetritesse haigestunud 1...2-aastaste laste arvu suurenemine 15,5%-ni (1976. aastal 10,1%). Seda võib seletada immuniseerimise alguse edasilükkamisega 15...18. elukuule ning meditsiinitöötajate püüdlusega esmajärjekorras lõ-

petada immuniseerimine AKDS-vaktsiiniga. Ei ole juhuslik, et selles vanuses immuniseeritute hulgas oli neid lapsi, kes leetritesse haigestusid, üksnes 11,8%.

1982. aastal registreeritud leetrijuhudest moodustasid 57,7% haigestumise juhud vaktsineeritute hulgas. Leetritesse haigestunud 7...14 aasta vanustest lastest oli absoluutne enamik (80,8%) selle nakkushaiguse vastu vaktsineerimata.

77 leetrinakkuskolde uurimine linnakoolides näitas, et 1343 leetriaigetega kokkupuutes olnud ja aastail 1973...1975 vaktsineeritud lapsest haigestus leetritesse 256 (19,1%). 761 õpilasest, keda leetrite tõrjeks oli kaitsepoogitud aastail 1970...1972, nakatus leetritesse 76 (10,0%). Seevastu aastail 1976...1978 vaktsineeritud 204 lapsest haigestus leetritesse vaid 21 (7,4%). Andmed kinnitavad, et aastail 1973...1975 korraldatud vaktsineerimine ei toimunud nõuetekohaselt, kvaliteetselt. Esmajoones võis see tingitud olla vaktsiiniseeriaite mittestandardisusest, samuti ka vaktsiini inaktiveerumise võimalikkusest transportimisel ja säilitamisel.

Immuniseeritud laste haigestumuse analüüs näitas, et leetriaigestumus olenes kasutatud preparaadi seeriast. Näiteks leetriaigestumus nende hulgas, kelle immuniseerimisel oli kasutatud vaktsiiniseeriaid nr. 194 (1973. aastal), nr. 239 (1974. a.) ja nr. 341 (1975. a.), moodustas leetrinakkuskoldeis (kaks ja rohkem haigusjuhtu) 27,1...32,3%. Üldse haigestus leetriaigetega kokkupuutes olnud ja nimetatud vaktsiiniseeriast pärineva vaktsiiniga immuniseeritud 357 lapsest leetritesse 107 (30,0%) last.

Samal ajal aga moodustas leetriaigestumus vaktsiiniseeriastest nr-d 193, 218, 260, 299, 379 ja 380 pärineva vaktsiiniga immuniseeritud laste hulgas, kes viibisid samades nakkuskolletes, vaid 12,2%, s. o. märkimisväärselt väiksema osa.

On ilmne, et eespool nimetatud kolm vaktsiiniseeriat olid madala immunogeensusega. Selle vaktsiiniga immuni-

seeritud lülitusid aktiivselt epideemia-protsessi. Ka nende laste leetriaigestumus, kelle vaktsineerimiseks oli kasutatud teisi vaktsiiniseeriaid, oli lubatud piirmäärast samuti mõnevõrra suurem. See viitab vaktsineerimistehnika eeskirjade ja vaktsiini säilitamise soojusrežiimi nõuete rikkumisele.

Samuti rõhutame, et aastail 1973...1975 leetrite vastu vaktsineeritud ja 1976. aasta leetripuhangu ajal leetritesse haigestunute arv moodustas vaid 16,6% vaktsineeritud haigestunute üldarvust. Järgnevatel aastatel nende osatähtsus vaktsineeritud haigestunute hulgas järjekindlalt suurenes, kuni 46,1%-ni 1982. aastal. See ei ole põhjustatud kunstliku immuunsuse kadumisest neil, kellele kaitsepookimiseks olid tehtud aastail 1973...1975, vaid nende suhtlemise muutumisest. 1976. aastal viibisid lapsed, keda leetrite vastu oli immuniseeritud aastail 1973...1975, koolieelsetes lasteasutustes või kodus. Kooliikka jõudmisel need lapsed koolieelsetest lasteasutustest järk-järgult lahkusid. 1982. aastal olid nad kõik juba I...III klassi õpilased, mistõttu oli oluliselt vähenenud koolikollektiivide immuunsusaste leetrite suhtes ning olid tekkinud soodsad tingimused nakkuse levikuks.

On tähtis tähelepanu juhtida sellele, et 1982. aastal leetritesse haigestunud lastest oli 42,3% vaktsineerimata. Enamikul olid selleks küll põhjendatud meditsiinilised vastunäidustused, kuid osa leetritesse haigestunud lapsi oli vaktsineerimata jäänud põhjendamatu. Mitte kõiki ei vaktsineerita õigeaegselt pärast seda, kui meditsiinilised vastunäidustused immuniseerimiseks on anulleeritud. Haigestunute hulgas on lapsi, kelle kohta pole andmeid, et neid oleks leetrite vastu immuniseeritud või et nad on sellest keeldunud.

Seega oli 1982. aastal Tallinna kooliõpilaste hulgas puhkenud leetripuhangu põhjuseks see, et aastail 1973...1975 oli neid koolieelsetes lasteasutustes leetrite vastu ebakvaliteetselt vaktsineeritud. Nooremas koolieas laste leetrite vastu mitteõigeaegne immuniseeri-

mine, mis jäi tegemata meditsiiniliste vastunäidustuste või puuduliku organisatsioonilise töö tõttu, oligi põhjus, millest tulenes leetrihaigestumuse suurenemine eespool nimetatud lasterühmades.

Leetrihaigestumuse perioodiliste tõusude vältimiseks on hädavajalik, et leetrite vastu vaksineerimist epidemioloogiliselt ja immunoloogiliselt pidevalt jälgitaks ning kontrollitaks, samuti rakendataks meetmeid leetrinakkuse suhtes vastuvõtlike laste korduvaks vaksineerimiseks. On tähtis, et meditsiinitöötajad rangelt täidaksid ettekirjutusi leetriveraktsiini kasutamisel ja säilitamisel. On vaja täpselt kontrollida meditsiiniliste vastunäidustuste põhjendatust lapse vaksineerimata jätmiseks, samuti õigel ajal immuniseerida pärast ajutiste meditsiiniliste vastunäidustuste annulleerimist. Kontroll laste õigeaegse vaksineerimise üle ja epideemiatorje meetmete rakendamise üle leetrinakkuskoldes peab olema tugevam.

*Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogia-
jaam*

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituut

Ülevaated

UDK 615.214-06(047)

PSÜHHOFARMAKOTERAAPIA MÕNINGAID ASPEKTE

LEMBIT MEHILANE . TARTU

psühhofarmakonid, psühhofarmakoteraapia, toime komponendid, tüsistused, kõrval- ja kaasuvad nähud

Tänapäeva kliiniline psühhofarmakoteraapia on kujunenud üldmeditsiiniliseks distsipliiniks (11). Psühhofarmakonid on ja võivad olla mõjusad vahendid teraapias, kirurgias, anesthesioloogias, pediaatrias, geriaatrias ja kõikide teiste somaatilise meditsiini erialade haiguste ravis (2, 5, 6). Neid kasutavad praktiliselt terved, sageli omal käel kas enesetundehäire või selle tekkevõimaluse kõrvaldamiseks. Farmakoteraapia ajalugu ei tunne teist nii kestvat ravi, nagu see toimub psühhofarmakonidega psühhiaatrias (12). Vaieldamatute saavutuste kõrval on psühhofarmakoteraapia enam kui kolmekümneaastase ajaloo vältel ilmnenud ka mitmeid negatiivseid ilminguid. On täpsustunud seisukohad, mida peaks rangelt arvestatama psühhofarmakonravis.

Rohkem kui ühegi teise ravimite rühma puhul ilmneb psühhofarmakonide kasutamisel mitmekesine, polütroopne toime (11). Ainult üht psüühilist ja/või somaatilist funktsiooni mõjutavat psühhofarmakoni polegi. Juba kasutamisel väikestes annustes avaldub nende mõju nii tervete kui ka haigete (olenemata diagnoosist) tähelepanu-, kontsentratsiooni-, orientatsiooni- ning tahtevõimetele, mälu- ja tunnete- ja vegetatiivsetele funktsioonidele ning käitumisele tervi-

Aminasiin	↑	antipsühhootiline toime
Tisertsiiin	↑	sedatiivne toime
Teraleen	↑	trankvilliseeriv toime
Kloorprotikseen	↑	antiemeetiline toime
Melleriil	↑	dofaminoblokeeriv toime
Frenoloon	↑	adrenoblokeeriv toime
Etaperasiin	↑	kolinooblokeeriv toime
Triftasiin	↑	antagonism fenamiiniga
Majeptiil	↑	analgeetikumide toime
Haloperidool	↑	potentseerimine
Droperidool	↑	ekstrapüramidaalhäired
	↑	makaakajustus, krambid
	↑	agranulotsütoos, dermatiit

Joonis 1. Neuroleptikumide kliiniline toime ja tüsistuste esinemissagedus (noole suund tähistab toime tugevnemist või tüsistuste sagedavnemist).

kuna (17). Nad toimivad animaalsetesse funktsioonidesse ja neuromediatoorsest süsteemidest: adreno-, kolino-, serotonino-, histamino- ja dofaminoblokeeriv toime (vt. joonis 1). Paljud avaldavad antiemeetilist, hüpotensiivset, hüpotermilist, müorelakseerivat, spasmodilüütilist, vegetolüütilist, krambivastast, analgeetilist või muud toimet, mistõttu neid kasutataksegi sümptomaatiliste vahenditena mõne somaatilise häire ravis (13). Nii näiteks on aminasiin, teraleen, promasiin või muud neuroleptikumid levinud kui tõhusad antihistamiinsed vahendid; lüogeen, majeptiil, etaperasiin on mõjusad antiemeetikumid; haloperidooli ja droperidooli hinnatakse anesthesioloogias; bensdiasepiini derivaate kasutatakse müorelakseerivate vahenditena ortopeedias, kirurgias, neuroloogias või mujal (11).

Sega võib psühhofarmakonide toime jaotada tinglikult kaheks — somatovegetotropseks toimeks ning psühhotropseks toimeks.

Mitmed psühhotroopsed toimekomponendid ei ole farmakoni suhtes spetsiifilised. Nii on trankvilliseeriv toime iseloomulik trankvillisaatoritele, alifaatsetele fenotiasiinidele, tümoleptilistele antidepressantidele ja mõningatele teistele psühhofarmakonidele (vt. tabel 1). Teised toimekomponendid, nagu antidepressiivne, antipsühhootiline, tulevad ilmsiks vaid vastava valdkonna häirete ravi korral, teised neist, nagu sedatiivne, stimuleeriv, aga kõikidel juhtu-

del. Nii näiteks sedatiivse toimega ravimite (aminasiin, tisertsiiin) kasutamisel ilmneb efekt nii tervetel kui ka somaatiliselt ja psüühiliselt haigetel (11).

Trankvilliseeriva toime saavutamiseks on iga kord vaja põhjalikult analüüsida ärevuse, hirmu ja emotsionaalse pinget tekkepõhjusti ning kliinilist struktuuri (15, 16) (vt. tabel 2). Neurootilise ärevuse ja hirmu puhul on mõjusad kõik trankvilliseeriva toimega psühhofarmakonid. Kui ärevus ja hirm on sekundaarsed, tingitud näiteks perifeerse närvisüsteemi häiretest (tahhükardia, tremor, arteriaalne hüpertensioon jt.), võivad β -blokaatorid osutada trankvillisaatoreist kõige mõjusamaks. Trankvilliseerivat toimet on kirjeldatud nii neil β -blokaatoritel, mis läbivad hemotaentsfaalbarjääri (propanolool), kui ka neil, mis seda ei läbi (praktolool) (9).

Ärevus ja hirm depressiooni korral on hästi kupeeritavad tümoleptiliste vahenditega. Trankvillisaatorid aga võivad depressiivses seisundis haigetel enesetapu plaanide elluviimist koguni soodustada. Psühhootilise ärevuse ja hirmu kupeerimiseks on otstarbekas kasutada neuroleptikume. Trankvillisaatorite toimel võib soodustuda nende haigete ühiskonnaohtlikkus. Objektiivselt konfliktsituatsioonist põhjustatud ärevuse ja hirmu kõrvaldamiseks võib kõige efektiivsemaks vahendiks osutada ratsionaalne või sugestiivne psühhoterapia. Ka siinkohal võib seisund farmakonide toimel koguni komplitseeruda.

Samuti tuleb antidüsfoorilise ja antiagressiivse efekti saavutamiseks vahendi valikul eelnevalt välja selgitada düsfooria ja agressiivsuse olemus. Nimetatud sümptoomid on sagedad depressiooni avaldused, mistõttu tulebki neid ravida antidepressantidega. Ka neil haigetil võivad trankvillisaatorid agressiivsust süvendada. Orgaanilisest ajukahjustusest tingitud düsfooria ravis peaks pearõhk olema nootroopsetel vahenditel. Tugeva antidüsfoorilise ja antiagressiivse toimega on piperidiini derivaadid ja mõningad alifaatsed fenotiasiinid (vt. tabel 1).

Tabel 1. Psühhofarmakonide psühhotroopse toime võrdlus

Sedatiivne toime		Antidüsfoori- line toime	
Tisertsiiin	***	Melleriil	***
Aminasiin	***	Neuleptiil	***
Kloorprotikseen	**	Antidepressandid	***
Promasiin	**	Teraleen	**
Leponeks	**	Frenoloon	**
Teraleen	**	Aminasiin	*
Navaan	**	Promasiin	*
Melleriil	*	Tisertsiiin	*
Tümoleptilised antidepressandid	*	Karbidiin	*
Trankvillisaatorid (otsesel või suhtelisel üledoseerimisel)	*	Egloniil	*
Bromiidid	*	Antiagressiivne toime	
Trankvilliseeriv toime		Alifaatsed fenotiasiinid	
Trankvillisaatorid	***	Antidepressandid	
Tümoleptilised antidepressandid	***	Melleriil	
Tisertsiiin	***	Kloorprotikseen	
Aminasiin	***	Neuleptiil	
Promasiin	***	Karbidiin	
Teraleen	***	Egloniil	
Kloorprotikseen	***	Antiautistlik toime	
Haloperidool	**	Etaperasiin	
Melleriil	**	Frenoloon	
Frenoloon	**	Triftasiin	
Neuleptiil	*	Neuleptiil	
Navaan	**	Karbidiin	
		Pimosiid	
		Kloorprotikseen	
		Navaan	
		Egloniil	
		Haloperidool	
		Semap	
		Meterasiin	
		Amitriptüliin	

* nõrk toime

** mõõdukas toime

*** tugev toime

Loomkatsetes on veenvalt tõestatud trankvillisaatorite tugev antiagressiivne toime, mis kliinilises praktikas enamasti ei avaldu (11, 15, 16). Agressiivsuse ilmingud esinevad sagedamini endogeensete psühhooside, psühhopaatia, kesknärvisüsteemi orgaanilise kahjustusega haigeil, mil trankvillisaatorite efektiivsus ka teiste toimekomponentide osas (antidüsfooriline, trankvilliseeriv) on neuroleptikumide ja antidepressantide efektiivsusega võrreldes tagasihoidlikum. Mitmed autorid on leidnud,

et neuroosihaigetel ja ka tervetel võivad trankvillisaatorid esile kutsuda pahuruse, vaenulikkuse ja konfliktivalmiduse (4, 11).

Stimuleeriv toime ilmneb tugevasti vaid psühhostimulaatorite (sidnokarb, sidnofeen, fenamiin jt.) kasutamisel. Teistel juhtudel on õigem rääkida aktiveerivast toimest. Mõõdukas aktiveeriv toime on piperasiini derivaatidel ja tümoanaleptilistel antidepressantidel ordineerituna väikestes annustes. Aktiveeriv toime võib ilmnedda ka kliiniliselt paradoksaalse mõjuga ravimite (bensidasepiini derivaadid, antidepressandid ja sedatiivsed vahendid) kasutamisel. Nendel puhkudel kõrvaldatakse nimetatud preparaatidega pidurdust põhjustanud seisund — ärevus, depressioon, hirm, mille taandumisel võibki haige käitumine elavneda (13).

Antiautistlik toime ilmneb peamiselt stimuleerivatel neuroleptikumidel.

Tugeva hüpnootilise toimega on alifaatsed fenotiasiinid. Mõningatel trankvillisaatoritel (eunoktiin, fenasepaam), tümoleptikumidel (amitriptüliin, trimprimiin) ja neuroleptikumidel (tisertsiiin, teraleen) on euhüpnootiline toime. Nende preparaatide õigesti valitud annuste korral on uni lähedane füsioloogilisele ja haiged tunnevad hommikul ennast reipana ja hästi väljapuhanuna (13, 18, 19).

Antipsühhootiline toime on neuroleptikumide spetsiifiline omadus. Trankvillisaatoritel ja antidepressantidel antipsühhootilist toimet ei ole (20).

Antimaniakaalne toime avaldub esmajoonel butürofenooni derivaatidel. Esimesel ravi etapil on enamasti vajadus rakendada neid (haloperidool, trisedüül) kombineeritult alifaatsete fenotiasiinide (aminasiin, tisertsiiin) või tioksanteeni derivaatidega (kloorprotikseen). Maniakaalse sündroomi korral tuleb ravi valikmeetodiks pidada ka liitiumisoolade manustamist, kuigi nende peamine efekt on profülaktiline, meeleolu kõikumise ennetamine, tümostabiliseeriv toime (11) (vt. tabel 2).

Eutüümne toime on antidepressantide spetsiifiline omadus. Depressiivsete sei-

sundite raviks kasutatakse ka neuroleptikume, stimulaatoreid ja trankvillisaatoreid, kuid neil ainetel primaarne eutüümne toime puudub või avaldub see tagasihoidlikult (tisertsiin, melleriil, karbidiin, kloorprotikseen jt.). Nende preparaatide mõju depressiivses seisundis haigete ravis avaldub sekundaarselt, depressiooniga kaasnevate sümptomide — ärevus, hirm, pidurdus, asteenia, unetus, peavalu — taandumises.

Antidepressiivse toimega neuroleptikume kitsamas mõistes (eutüümne toime) tegelikult ei esine (vt. tabel 2). Depressiivses seisundis haigete osaline paranemine mõningate neuroleptikumide kasutamisel (tisertsiin, melleriil, karbidiin, kloorprotikseen, frenoloon, navaan, egloniil jt.) saavutatakse nende ainete teiste toimekomponentide (trankvilliseeriv, sedatiivne, hüpnootiline, stimuleeriv, antidüsfooriline, antiautistlik jt.), mitte aga otsese eutüümse toime mõjul (11).

Skisofreeniahaigete depressiooni ravis aga on neuroleptikumide kasutamine möödapääsmatu, sest praktiliselt kõik antidepressandid võivad neil potentseerida psühhootilisi elamusi. Mitme autori andmeil on depressiivset sümptomaatika 60%–1 skisofreeniahaigetest (11).

Depressiivsete seisundite korral on neuroleptikumide kasutamine näidustatud vaid episoodiliselt. Põhiravi peab toimuma antidepressantidega. Mitmed neuroleptikumid (fenotiasiini derivaadid, reserpiin ja teised hüpertensioonivastased ained, trankvillisaatorid, anti-biootikumid, kortikosteroidid, sulfoonamiidid, füsostigmiin, indometatsiin, koliin, levodopa, metronidasool jt.) võivad pikaajalisel kasutamisel esile kutsuda halvasti ravitavaid depressiivseid seisundeid (1).

Tabel 2. Psühhofarmakonide psühhotroopse toime avaldumisvormid

Toime nimetus	Toime avaldumine
Sedatiivne	Tähelepanu, orientatsiooni ja motoorse aktiivsuse pärssimine

Kiire toime	Trankvilliseeriv	Emotsionaalse pinget, ärevuse ja hirmu kõrvaldamine
	Stimuleeriv	Psüühiliste protsesside ja motoorika aktiveerimine
	Antidüsfooriline	Haigusliku pahruse, trotsi, rahulolematuse jmt. kõrvaldamine
	Antiagressiivne	Haigusliku vaenu ja agressiivsuse kõrvaldamine
	Hüpnootiline	Une tekitamine
	Euhüpnootiline	Une normaliseerimine
Aeglane toime	Aktiveeriv	Peamiselt käitumise ja sotsiaalse aktiivsuse aktiveerimine
	Antipsühhootiline	Meelepetete ja luulu kõrvaldamine
	Eutüümne	Haiguslikult alanenud meeleolu tõstmine
	Antidepressiivne	Haiguslikult alanenud meeleolu tõstmine koos depressiooniga kaasnevate sümptomide (ärevus, hirm, agitatsioon, pidurdus, unetus jm.) kõrvaldamisega
	Tümoanaleptiline	Haiguslikult alanenud meeleolu tõstmine koos psüühiliste protsesside ja motoorika aktiveerimisega
	Tümoleptiline	Haiguslikult alanenud meeleolu tõstmine koos trankvilliseeriva ja sedatiivse toimega
	Tümostabiiliseeriv	Meeleolu kõikumiste kõrvaldamine
Antimaniaaalne	Haiguslikult kõrgenenud meeleoluning aktiivsuse normaliseerimine	
Antiautistlik	Haigusliku enesesulgumise kõrvaldamine	
Nootroopne	Intellektuaalmnestilisi funktsioone parandav toime	

On tüüpiline, et psühhofarmakoni toime oleneb annusest. Nii avaldab püürasidool suurtes annustes monoaminooksüdaasi blokeerivat toimet, mis avaldub käitumist stimuleerivalt (10). Sama preparaati väikestes annustes monoaminooksüdaasi aktiivsust ei mõjuta ja käitumises on täheldatav mõõdukas sedatiivne ja trankvilliseeriv toime. Tisertiinilised väikestes annustes põhjustab serotoninopotentseerivat toimet, mis kliiniliselt võib väljenduda depressioonivastases efektis (1, 10). Suurtes annustes on tiseritiini toime vastupidine, serotoninoblokeeriv. Psühhotroopne aktiivsus võib oleneda mitmest muustki tegurist (11), haige konstitutsioonist (vanus, sugu, reaktiivsus jt.). Näiteks sedukseeni üks ja sama annus võib lapseas ning vanemas eas haigeil avaldada sedatiivset, keskeas trankvilliseerivat toimet, sügava asteenia ja orgaanilise ajukahjustuse all kannatavatel haigeil põhjustada eufooriaid.

Psühhoootiline aktiivsus võib oleneda ka psüühilisest seisundist. Näiteks antidepressandid võivad tervetel ja mitte-depressiivses seisundis haigetel põhjustada sedatiivset toimet, pikemaajalisel kasutamisel koguni meeleolu langust, prepsühhoootilises seisundis haigeil provotseerida psühhoootilisi elamusi (luul, meelepettek). Nende ainete antidepressiivne toime ilmneb vaid depressiivses seisundis haigetel.

Psühhoootilisele aktiivsusele võib mõju avaldada kasutamise kestus. Näiteks nootroopsed vahendid ühekordsel tarvitamisel psüühilises seisundis märgatavaid muutusi alati ei põhjusta. Pike-maajalisel kasutusel avaldavad nad nootroopset toimet. Piperasiinitsüklilised fenotiasiidid (triftasiin jt.) võivad väikestes annustes ühekordsel manustamisel põhjustada kergelt psühhostimuleerivat toimet, mõnenädalase ravi korral aktiveerivad ja mitmeid kuid kestnud ravi tulemusena koguni vastupidist efekti — loidus, adünaamia, apaatia, hüpopooulia jm.

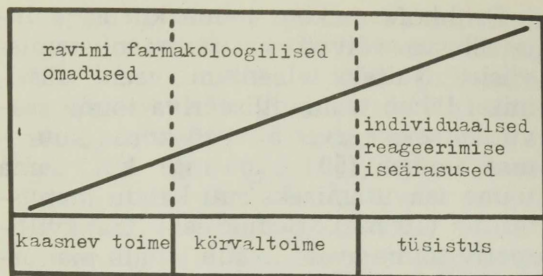
Tüüpiline on, et psühhofarmakoni toimespekter võib teiste ravimitega kombineerimisel muutuda.

Psühhofarmakoni toime kiirus ja intensiivsus võivad sõltuda manustamisviisist. Näiteks eleeniumi veeni süstimisel läheb trankvilliseeriva toime saavutamiseks tarvis 5...10 korda suuremat annust (50...100 mg) kui sama toime saavutamiseks suu kaudu manustatuna (10 mg). Sedukseeni trankvilliseeriv toime avaldub suu kaudu manustamisel ja veeni süstimisel kiiresti. Lihasesse süstituna on tema toime intensiivsus ja toime saabumise kiirus ebaühtlaselt imendumisest tingituna juhuslikku laadi.

Psühhofarmakonide toimekomponendid võib jaotada kiire ja aeglase toime komponentideks (11) (vt. tabel 2). Kiire toime komponendid ilmnevad pea-aegu kohe pärast preparaadi imendumist, s. t. 30...45 minutit pärast sissevõtmist, 10...15 minutit pärast lihasesse süstimist või mõne minuti jooksul pärast psühhofarmakoni veeni süstimist.

Aeglane toime avaldub pikkamööda pärast psühhofarmakonravi algust ega sõltu oluliselt preparaadi manustamisviisist. Nii näiteks ilmneb antidepressantide eutüümne toime 3...10. ravi-päeval. Seejuures peab silmas pidama, et antidepressantidel on lisaks eutüümsele toimele veel mitmeid kiire toime komponente, nagu sedatiivne ja trankvilliseeriv (tümoleptilistel antidepressantidel) või stimuleeriv toime (tümoanaleptilistel antidepressantidel). Seetõttu võib tümoanaleptiliste antidepressantide sissevõtmisele üsna varsti järgneda ärevuse, hirmu, emotsionaalse pinge, rahutuse, unehäirete ja muude nähtude taandumine. Depressiivse meeleolu taandumine aga algab alles pärast mitmepäevast ravi antidepressantidega. Neuroleptikumide antipsühhoootiline toime avaldub samuti pikkamööda. Loomulikult saavutatakse depressiooni, maniakaalsuse ja psühhoootilise sümptomaatika osaline desaktualiseerumine ka juba ravi esialgses etapis psühhofarmakoni euhüpnootilise, sedatiivse, trankvilliseeriva jt. kiire toime komponentide avaldumisel.

Enamik psühhotroopseid aineid põh-



Joonis 2. Ravimi farmakoloogiliste omaduste ja haige ravimile reageerimise iseärasuste osatähtsus mittesoovitava toime tekkes.

justab kõrvuti soodsa ravitoimega ka mitmeid ebasoodsaid muutusi käitumises, vegetatiivsetes ja psüühilistes funktsioonides. Konkreetset ravisituatsiooni silmas pidades on psühhofarmakonide toime otstarbekas jaotada tinglikult kaheks: soovitav ja mittesoovitav toime (vt. joonis 2).

Soovitava toime tulemuseks tuleb pidada kõiki neid soodsaid psüühilisi ja somaatilisi muutusi haigetel, mida haiguse ravis psühhofarmakonidega taotleatakse. Raviefektiga kaasnevad ka mittesoovitavad nähud, mis olenevad nii preparaadi omadustest kui ka ravimile reageerimise iseärasustest (11).

Nii neuropaatia all kannatav laps psühhofarmakonide vastu tunduvalt tundlikum, kuigi kehakaal, pikkus jt. parameetrid võivad olla kalendaarsele eale vastavad. Peab arvestama ka seda, et ravimi üks ja seesama toimekomponent võib olenevalt eesmärkidest osutada soovitavaks või mittesoovitavaks. Näiteks aminasiini tugev sedatiivne toime võib olla mittesoovitav, kui teda kasutatakse mõningate somaatiliste häirete (oksendamise, luksumine, hüpertermia, kõrgenenud vererõhk jt.) korral. Ja vastupidi, kui sama preparaati ordineeritakse toksilisest deliiriumist tingitud rahutuse kupeerimiseks, võib tema vererõhku alandav toime olla äärmiselt mittesoovitav (7, 8).

Psühhofarmakonide kaasneva toime-na tuleb hinnata neid somaatilisi ja (või) psüühilisi muutusi, mis preparaadi ordineerimisel paratamatult ilmsiks tulevad. Nende avaldumine ei sõltu nii

võrd haige individuaalsetest reageerimise iseärasustest, kuivõrd peamiselt preparaadi farmakoloogilistest omadustest, näiteks kolinolüütiliste preparaatide sissevõtmisel tekib nii tervetel kui ka haigetel kaasneva nähuna suu kuivus. Tisertsiin ja aminasiin juba mõdukates annustes alandavad vererõhku.

Kõrvaltoimeks nimetatakse selliseid preparaadi ravitoimega kaasnevaid ilminguid, mille avaldumine sõltub võrd-sel määral nii haige individuaalsest tundlikkusest kui ka ravimi omadustest.

Näiteks haloperidooli üks ja sama annus põhjustab vaid osal haigetel kõrvalnähuna ekstrapüramidaalhäireid. Orgaanilise ajukahjustusega haigeil võib eelenium põhjustada kõrvalnähuna eufooriat. Tüüpiline on, et nii kaasnevad kui ka kõrvalnähud kaovad peaaegu kohe pärast ravimi manustamise lõpetamist. Piiri tõmbamine kaasnevate ja kõrvalnähtude vahele on tihti raske ning tinglik. Mõnikord võib kaasnevaid ja kõrvalnähte ekslikult pidada ravitava haiguse tunnuseiks. Seetõttu psühhofarmakoni ordineerimine enne kliiniliste uuringute lõppu ja diagnoosi selgumist üldjuhul on lubamatu.

Tüsistuseks tuleb pidada selliseid mittesoovitavaid ilminguid, mille avaldumine sõltub peamiselt haige ravimile reageerimise iseärasustest. Enamasti on nad rasked ja võivad tõsiselt ohustada haige tervist. Tüsistused ei vaibu ainult neid esilekutsunud ravimi ärajätmisel. Alati nõuavad nad omaette, spetsiifilist ravi. Näiteks toksilist hepatiiti täheldatakse vaid 1:10 000... 1:100 000 haigestest, keda on ravitud aminasiiniga. Samasuguse sagedusega võib tüsistusena kohata agranulotsütoosi, leukopeeniat neil, keda on ravitud fenotiasiini derivaatidega.

Psühhofarmakonide kasutamisel tuleb järgida kliinilise farmakoterapia üldiste seaduspärasuste kõrval ka psühhofarmakoterapia spetsiifilisi iseärasusi. Psüühikahäired on enamasti tingitud üheaegselt mitmest põhjusest: sotsiaalsed, psühholoogilised, bioloogilised jt. Ka nende ravi peab sisaldama etioloogiat mõjutavaid vahendeid (sotsio- ja

psühhoterapia, bioloogilised meetodid). Paljude psüühikahäirete ravis (alkoholism, psühhogeensed haigused, psühhopaatia) on psühhofarmakonidel vaid abistav osa.

KIRJANDUS: 1. Avery, G. S. Drug treatment. Sydney, 1976. — 2. Aviado, D. M. Pharmacological principles of medical practice. Baltimore, 1972. — 3. Cooper, J. K., Bloom, F. E., Roth, R. H. The biochemical basis of neuropharmacology. New York, 1978. — 4. Garattini, S., Murrini, E., Randall L. O. The benzodiazepines. New York, 1973. — 5. Goodman, L. S., Gilman, A. The pharmacological basis of therapeutics. New York, 1971. — 6. Harms, D. Med. Welt, 1979, 30, 21, 801—806. — 7. Hoffmeister, E. F., Stille, G. Psychotropic agents. Berlin-Heidelberg-New York, 1980. — 8. Jorgensen, O. S. Acta psych. Scand., 1979, 59, 2, 229—238. — 9. Ogle, C. W., Turner, P. Psychopharmacologia, 1976, 46, 3, 295—299. — 10. Mehilane, L. In: Depression and the role of trazodone in antidepressant therapy. Rome, 1978, 86—90. — 11. Saarma, J., Allikmets, L., Mehilane, L., Saarma, M., Vahing, V. Kliiniline psühhofarmakoloogia. Tallinn, 1981.

12. Авруцкий Г. Я., Гурович М. Я., Громова В. В. Фармакотерапия психических заболеваний. М., 1974. — 13. Александровский Ю. А. Клиническая фармакология транквилизаторов. М., 1973. — 14. Мехилане Л. С. Действие левомепромазина на отрицательные эмоции (экспериментальное и клиничко-физиологическое исследование). Дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1972. — 15. Мехилане Л. С. В сб.: Нейрофармакология (новые препараты в неврологии). Л., 1980, 116—118. — 16. Мехилане Л. С. В сб.: Синтез и изучение физиологически активных веществ. Вильнюс, 1980, 94—97. — 17. Мехилане Л. С., Саарма Ю. М. В сб.: Фармакология здравоохранению. Л., 1976, 137—140. — 18. Невзорова Т. А. Психотропные средства в соматической медицине. М., 1971. — 19. Райский В. А. Психофармакологические средства в медицинской практике. М., 1972. — 20. Телмаков М., Киров К. Клиническая психофармакология. М., 1971.

TRÜ arstiteaduskonna
psühhiaatria kateeder

UDK 616.37-002:612.396.22(047)

ALKHOOOLNE PANKREATIIT

REIN KERMES · TARTU

alkohol, alkohoolne pankreatiit, pankreatiidi diagnoosimine, pankreasepuudulikkus

Alkohol kahjustab kõhunääret. See asjaolu on N. Friedreichi tööst teada juba üle saja aasta, ta tõi arstiteadusesse mõiste «joodikupankreatiit» (5). Nüüdseks on alkoholi tarbimine arenenud tööstusmaades mitmekordistunud, kusjuures tarvitatud hulga, joomise kestuse ja pankreatiiti haigestumise vahel on ilmsiks tulnud otsene seos. Zürichi Ülikooli kliiniku hospitaliseerimispiirkonnas on selle juhataja prof. R. Ammanni andmetel pankreatiidi juhtude arv aastail 1960...1980 suurenenud seitse korda (1). I. Gillespie ja H. Howat on Inglismaal tähendanud pankreatiidi märgatavat sagenemist, mille põhjuseks nad peavad alkoholi rohkemat pruukimist (6, 7). I. Gillespie arvab, et $\frac{3}{4}$ pankreatiidi juhtudest on põhjustatud joomisest (6). M. Mercadier' andmed Prantsusmaa kohta ei erine I. Gillespie omadest, kuid tema uurimismaterjalist selgub, et mehi on pankreatiidihaigete seas 15 korda rohkem kui naisi (8). J. Kamalöv ja A. Muhhin, uurinud pankreatiiti kroonilistel alkohoolikutel, leidsid seda haigust 2% -l (16), kusjuures haigestumus joomarite seas meestel on haigestumusest naistel ainult 4,5 korda suurem.

Pankreatiidi arenemiseks tarvismineva alkoholikoguse osas on uurijad enamasti ühel meelel. M. Mercadier' arvates tuleb juua 150 g alkoholi ööpäevas pikema aja vältel (8), C. Pichumoni järgi aga ööpäevas pint (0,472 liitrit) viskit (9). Mõlemad autorid leiavad, et joogi liik (vein, õlu, viin jt.) ei etenda olulist osa pankreatiidi tekkes.

Mitmed autorid avaldavad arvamust minimaalse joomisaja kohta, mis pankreatiidi esile kutsub. See on õige varieeruv ja kõigub eri autorite puhul 5 ja 24 aasta vahel (2, 9, 10, 13). L. Ruyters väidab, et alkohoolne pankreatiit on

krooniline haigus, millesse haigestuvad joodikud. Suure hulga etanooli pruukimine seni veel mittealkohooliku poolt ägedat pankreatiiti ei tekita, kutsub esile vaid pankreasesekreedi muutusi: valgusisalduse suurenemise, valgupretsipitaatide rohkenemise (11, 13), bikarbonaadi kontsentratsiooni vähenemise. Alkoholi rohke pruukimine aga põhjustab alkohoolikul pankreatiidi ägenemist. H. Sarlesi (13) uurimusest nähtub, et naiste pankreas on alkoholi suhtes tundlikum kui meeste pankreas: naistel tuli pidevalt juua 11 aastat meestega võrdses koguses, kuna meestel kulus selleks 17 aastat pidevat alkoholi tarvitamist.

Kaua oli tunnustatud seisukoht, mille järgi alkohol põhjustab maosekreedi happelisuse tõusu ja sellest johtuvalt pH languse kaksteistsõrmikus alla 4,5, mille tõttu kaksteistsõrmiku limaskestast vabaneb pankrease sekretsiooni stimuleeriv sekretiin. Sama teooria järgi kutsub alkohol esile ühissapijuha sfinkteri spasmi ning intraduodenaalse rõhu tõusu, mille tõttu rohkenenud pankreasesekreet ei pääse soolde. Rõhu tõusust pankrease peajuhas sugeneb juhakeste destruktsioon, sellest aga saab alguse pankreasekoe autopeptiline häving. Nii tekib nn. peajuhapancreatiit, mille tõeliseks mudeliks on kolelitiaasist põhjustatud obstruktsioonpancreatiit. Sellele patogeneesimehhanismile aga on alkoholismiga seoses esitatud mitmeid vastuväiteid. Esiteks on alkoholil maosekretsiooni ergutav toime nõrgem kui tavalisel toidul. Teiseks on ühissapijuha sfinkteri spasm liiga nõrk ja lühiajaline, et pankreatiiti põhjustada.

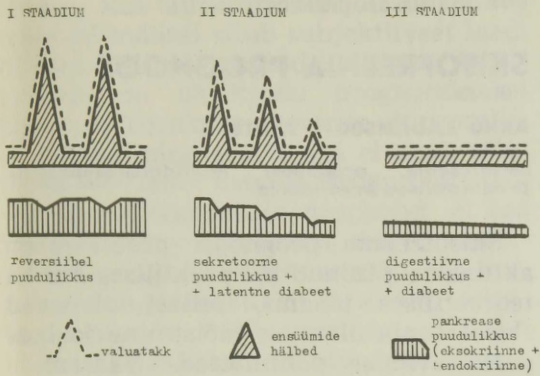
Paremini seletab alkoholist tingitud pankreatiiti 1976. a. H. Sarlesi (13) esitatud hüpotees, mille järgi alkoholil on pankreasesse metaboolne toime. Alkoholi pruukimine kutsub esile pankrease-nõre koostise muutuse — tekivad valgu pretsipitaadid laktoferriini toimel. Pretsipiteerunud valgu korgid põhjustavad juhakeste osalist obstruktsiooni, millest tulenevad nende ja atsinuste dilatatsioon ning juhakeste proliferatsioon. Kontaktist valgukorkidega tekivad juhakeste epiteeli atrofia ja erosioon,

millele hiljem lisandub skleroos. Esialgu on piirdunud alad sulustatud, kuid korduval alkoholi tarvitamisel need alad laienevad. Hiljem võivad valgukorgid lubjastuda — siit siis kaltsifikaadid pankreasekoes. Hilisfaasis toimuvad samasugused muutused ka pankrease peajuhas (4). Eeltoodust selgub, et alkohoolne pankreatiit on algusest peale krooniline haigus. Histoloogilised muutused pankreasekoes tekivad juba alkoholismi algstaadiumis ja need jäävad püsima isegi siis, kui etioloogiline tegur on lakanud toimimast.

Siinkohal oleks sobiv nimetada, et biliaarse pankreatiidi üleminek krooniliseks on haruldane (1, 15), sest pankreatiidi põhjus likvideerub, resp. eemaldatakse veel enne, kui haigusnähd pankreases jõuavad areneda.

Tekib küsimus, miks siis ainult väikesel osal alkohoolikutel tekib pankreatiit. Praegu arvatakse, et alkohoolse pankreatiidi väljakujunemisel on tähtis osa eelsoodumusel, mis koos alkoholi toimega põhjustab alkohoolse pankreatiidi kujunemist. Tähtsa dispositsiooni-egurina tuleb arvesse hüperlipemia (nii kaasasündinud kui ka toiteline). Pankrease lipaas võib triglütseriidid pankreases muuta vabadeks rasvhapeteks, millel on pankreast kahjustav toime (4). Niisugusel inimesel on alkoholi pankreast kahjustav toime tugevam, kui seda pruugitakse koos rasvase toiduga. On täheldatud ka 0-veregrupiga inimeste eelsoodumust haigestuda kroonilisse pankreatiiti.

Ainuüksi alkohoolsele pankreatiidile iseloomulikku kliinilist pilti ei ole. See-pärast diagnoositakse alkohoolset pankreatiiti põdevail haigeil aasiate vältel, kui selgeid kliinilisi sümptomeid veel ei ole, pahatihti gastriiti, koletsüstiiti, haavandtõbe, reflüksösofagiiti või hepatiiti. Osaliselt seletab seda tõsiasia, et pankreatiidi diagnoosini jõudmiseks on vaja teha uuringuid, rakendades kalleid, tömahukaid ja paraku ka invasiivseid uurimismeetodeid — ensüümdiagnostika, endoskoopiline retrograadne pankreatograafia, kompuutertomograafia. Samas aga ei saa ka õigeks pi-



Joonis. Kroonilise alkohoolse pankreatiidi kulu skeem R. Ammanni järgi. Esimene e. varajane staadium — tüüpilised pankreatiidiatakid ja normaalne pankrease funktsioon atakkidevahelisel perioodil. Teine staadium — nõrgemad pankreatiidiatakid, areneb pankrease sise- ja välissekretoorne puudulikkus. Kolmas e. hilisstaadium — raske pankreasepuudulikkus (diabeet ja steatorröa). Valuhoogusid ei ole.

dada, et pankreatiidikahtlase haige uurimist alustatakse sekretiintestist või pankreatograafiast. R. Ammann uuris täiendavatel meetoditel 15 000 patsienti, kellel olid mingisugusedki kroonilisele pankreatiidile viitavad vaevused. Diagnoos leidis kinnitust vaid 258 patsiendil, s. o. 1,7% -l (1).

Alkohoolse pankreatiidi hilisfaasile on iseloomulik järgmine triaad: a) valutus, b) pankreasepuudulikkuse tähised (diabeet, diarröa-steatorröa ja kehakaalu langus), c) pankrease lubjastumine. Valgupretsipitaatide lubjastumist on leitud just neil, kellel on kõrge kaltsiumiooni kontsentratsioon pankrease nõres. Sellest järeldub, et lubjastumine pankreasejuhas ei ole obligatoorne sümptom alkohoolse pankreatiidi korral. Näiteks Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosakonnas on 8 aasta jooksul diagnoositud 41 raskete pankreasejuha muutustega alkohoolse pankreatiidi juhtu ning nende hulgas on vaid ühel juhul lubjastumisi pankreases. Seda, miks neid nii vähe on, on praegu raske seletada. R. Ammanni (1) andmetel esineb lubjastumisi 72% -l juhtudest, ta peab neid alkohoolse pankreatiidi lihtsaimaks kriteeriumiks. Alkohoolse

pankreatiidi kliinilisest kulust annab ülevaate joonis.

Üldtuntud on tõsiasi, et alkohol avaldab toimet ka maksasse ning maksakahjustuse hilisstaadiumiks on maksatsirroos. Mõningad uurimused viitavad sellele, et pankreatiiti ja maksatsirroosi esineb üheaegselt harva (3, 14). Autor põhjendab seda sellega, et suure rasva- ja valgusisaldusega nn. pankreatiitiku-dieet kaitseb maksa alkoholkahjustuse eest (12).

Kõigest eeltoodust võib jääda mulje, nagu kulgeks alkohoolne pankreatiit tagasihoidlike haigusnähtudega kuni klassikalise raske kroonilise pankreatiidi. Ei tohi aga unustada, et alkohoolse pankreatiidi algstaadiumis, kui valgukorkide hulk näärmekoes on väike ning pankrease funktsioon intaktne, võib tekkida olukord, mille puhul pankrease sekreet avaldab oma nekrotiseerivat toimet. Nii tekib kliiniliselt äge pankreatiit, mis oma olemuselt on kroonilise alkohoolse pankreatiidi ägenemine, ja see võib põhjustada surma. Alkohoolne pankreatiit ja tema tagajärjed on otsesteks surma põhjusteks vähemal kui 20% -l juhtudest (15). Alkohoolset pankreatiiti põdejad surevad tavaliselt muudesse alkoholist tingitud haigustesse: mitmesugused infektsioonhaigused, pneumoonia, tuberkuloos, pikaajaline hüpoglükeemia (joomarist diabeetik). Rõhutatakse, et haiged, kellel on alkohoolne pankreatiit, surevad sagedamini vähki — kui johtuks selle sagedusest populatsioonis —, kuid seejuures pole see mitte pankreasevähk (12).

Kokkuvõte. Alkohoolne pankreatiit on moodsas industriaalühiskonnas sagedane haigus, mille puhul esineb seos haiguse sagenemise ja kaubastatud alkoholihulga suurenemise vahel.

Alkohoolne pankreatiit on krooniline haigus, mis pikka aega kulgeb kliiniliste sümptomideta, sellele järgneb ägenemistega nn. kroonilise retsidiveeruva pankreatiidi periood. Haiguse arenemisel ägenemiste intensiivsus järk-järgult väheneb, kuni haiguse lõppstaadiumis, kui on tekkinud pankrease nii sise- kui

UDK 615.895.5:616-036(047)

SKISOFREENIA PROGNOOS

ARNO AADAMSOO . TARTU

skisofreenia, prognoosi multidimensionaalsus, prognostilised prediktorid

ka välissekretoorne puudulikkus, puudub ägenemine täielikult. Pankreatiidi teket soodustab alkohoolikutel ka rasva- ja valgurikas toit.

Pankreatiit kui ravikulukas haigus on muutunud sotsiaalseks probleemiks.

KIRJANDUS: 1. *Ammann, R. W.* Schweiz. med. Wochenschr., 1980, 110, 37, 1322—1327. — 2. *Avram, M., Cooperman, J. M.* Surg. Clin. North Am., 1981, 61, 1, 71—83. — 3. *Bank, S., Marks, I. N., Bock, A. O.* Proceeding Third Congress Gastroenterology, 1967, 4, 412. — 4. *Banks, P. A.* Pancreatitis. Plenum Medical Book Company. New York, London, 1979. — 5. *Friedrich, N.* Therapeutische Umschau/Revue thérapeutique, 1981, 38, 5, 432—437. — 6. *Gillespie, I.* Practitioner, 1981, 225, April, 463—471. — 7. *Howat, H. T., Sarles, J.* The exocrine pancreas. Saunders, Philadelphia, 1979. — 8. *Mercadier, M.* Bull. Acad. Nat. Med., 1981, 165, 2, 267—272. — 9. *Pitchumoni, C. S., Sonnenshein, M., Candido, F. M. a.o.* Am. J. Clin. Nutr., 1980, 33, 3, 631—636. — 10. *Ranson, J. H.* Am. J. Gastroenterol., 1982, 77, 9, 633—638. — 11. *Ruyters, L.* Rev. Med. Liège, 1980, April, 1, 35, 1, 213—218. — 12. *Sarles, H.* Gastroenterology, 1974, 66, 604—616. — 13. *Sarles, H., Laugier, R.* Clin. Gastroenterol., 1981, 10, 2, 401—415. — 14. *Sarles, H., Sarles, J., Camette, R. a.o.* Gut, 1965, 6, 545. 15. *Seefeld, U., Ammann, R.* Therapeutische Umschau/Revue thérapeutique, 1981, 38, 5, 432—437. 16. *Камалов Ю. Р., Мухин А. С.* Клин. мед., 1981, 59, 7, 29—33.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasise-
haiguste kateeder

Skisofreenia prognoosi probleem on aktuaalne püsinud nii praktilises kui ka teoreetilises plaanis, sellest olenevad skisofreenia olemuse mõistmine ja haigete ravimise põhimõtted. Vaatamata vaieldamatutele edusammudele selle haiguse ravis, ei ole kadunud fatalistlikud kujutlused skisofreeniast kui igal juhul halva prognoosiga haigusest. Need kujutlused on tingitud osalt skisofreeniale tõepoolest omasest tendentsist kroonilisele kulule, osalt soodsama kuluga haigusjuhtude sagedast eemalejäamisest psühhiaatrite igapäevasest vaateväljast.

Skisofreenia prognoosist ettekujutuse loomisel on oluline osa statistilistel andmetel remissioonide sageduse ja laadi kohta mitmesugustes valikulistes või valikuta kontingentides mingite ravimeetodite rakendamise korral või ilma selleta. Üksikjuhtude üksikasjalist kirjeldamist eriti vajalikuks ei peeta. Obligatoorseks peetakse haigete katamnestilise jälgimise pikka kestust. Objektivse kirjeldamise ja võrdlemise katsed nii ravitud kui ka spontaanselt kulgeva haiguse puhul pörkavad kokku mitmesuguste raskustega. Need tulenevad erinevustest diagnostilistes kontseptsioonides, erinevustest uuritud ja võrreldavate rühmade koostamise printsiipides ning remissioonide hindamise kriteeriumides. Remissiooni iseloomustamiseks kasutatakse ühel juhul üldisi, sageli kompleksseid mõisteid, nagu paranemine, kliiniline paranemine, sotsiaalne paranemine, defektseisund jmt., teisel juhul üksikuid psühhopatoloogilise dünaamika ja sotsiaalse adaptatsiooni näitajaid eraldi. Esimesel juhul, töödest, millega püütakse välja jõuda universaalsete üldistusteni, võib eri uurimuste järeldustes leida mõningat kokkulangemist üksnes meetoodiliselt lähedastes

töodes, kus uurimismaterjali ülirohkus teataval määral silub subjektiivset laadi hälbet. Selliselt saadud üldistuste kasutatavus on üksikjuhu prognoosimisel piiratud. Üksikparameetrite dünaamika registreerimine eraldi aga ei anna täielikku ülevaadet haiguse prognoosist tervikuna. Skisofreenia prognoosi ei saa vaadelda üheplaanilisena, see on multidimensionaalne. Prognoos võib olla hinnatud sümptomaatika, sotsiaalse adaptatsiooni ja psühhiaatrilise abi vajalikkuse seisukohalt. Seda multidimensionaalsust tuleb silmas pidada nii üldistustes kui ka üksikjuhtudel.

M. Bleuler (2) leiab, et skisofreeniahaigete paranemistendents võib isegi mitte ilmneda, kui kasutada ranget statistikat, kuid paranemine on väga ilmne, kui iga üksiku patsiendi seisundit vaadelda hoolikalt, detailselt, olles tihedas kontaktis haigega. Sel juhul ilmneb hämmastavaid kõikumisi isegi kroonilisi haigusi põdejate seisundis. Sealjuures toimub enamik muutusi haigete seisundis paranemise suunas isegi palju aastaid pärast haiguse algust. Statistika (2, 3, 4, 5) kinnitab üldmuljet, et skisofreenia on käesoleva sajandi jooksul muutunud soodsamas suunas. Nüüdisajal on ka kõige ägedamad haiguspildid pehmemad kui varem ja nn. katastrofaalne skisofreenia on peaaegu kadumas. On vähenenud kalduvus kroonilisele kulule ja haiglasse paigutamise vajadus. Umbes üks neljandik kõikidest skisofreeniahaigetest paraneb täielikult ja alatiseks, neil kaob psühhosümptomaatika, kujuneb sotsiaalne integratsioon, võime töötada. Keskmiselt 3...5 aastat pärast algust skisofreenne psühhos enam ei progresseeru (2, 8) ja 20...30 aasta pärast on paranenud ning paranemata haigete vahekord umbes sama (2). Kuigi ka nüüd ligikaudu 10% skisofreenikutest jääb raskelt psühhootilisteks haigeteks, on see siiski vähesem varajasema psühhiaatria pessimistliku prognoosi foonil. Umbes pooltel haigetel jäävad aastakümneteks vahelduma psühhootilised perioodid remissioonidega. Skisofreenik veedab keskmis-

selt umbes ühe kolmandiku oma edasises elust haiglas.

Terapeutilised mõjutused on mitmekesised, skisofreenia spetsiifilist ravi vähemalt praegu ei tunta. Oma osa on nii bioloogilise ravi meetoditel, sealhulgas psühhofarmakoteraapial, kui ka sotioteeraapial, kuid kõige tähtsamaks tuleb siiski pidada üldist terapeutilist aktiivsust ja ravi kompleksust. Nii saavutati Tartu Psühhiaatriakliinikus tõhusama ravi tulemusena vahetute heade remissioonide kasv 16%-lt 1930-ndatel aastatel 70%-ni 1960-ndatel aastatel. 10 aastat pärast esmast hospitaliseerimist oli 1930-ndate aastate haigete kontingendis dekompensatsiooniseisundis haigeid kaks korda rohkem (52%) kui 1960-ndate aastate haigete seas (26%) (8). Siinjuures ei saa edu panna ainuüksi psühhofarmakoteraapia arvele. Suur osa püsivalt paranenud haigeid ei ole psühhofarmakone järjekindlalt kasutanud (2).

Mitte alati ei lange psüühiline seisund ja sotsiaalne adaptatsioon erinevatel haigetel haiguse eri etappidel kokku. Haiguse peamised püsivad kahjustused ja jääknähud ei kuulugi niivõrd psühhopatoloogia, kuivõrd sotsiaalse funktsioneerimise valdkonda. Ometi on 30...40 aastat pärast haigestumist leitud, et $\frac{2}{5}$ haigetest elab koos oma perekonnaga või iseseisvalt ja üle poolte töötab, neist $\frac{2}{3}$ osalise, $\frac{1}{3}$ täiskoormusega. Sealjuures $\frac{1}{3}$ -l neist haigetest hinnati sotsiaalne adaptatsioon suhteliselt heaks (2). Muidugi on skisofreenia prognoosis oluline osa haiguse kulu tüüpidel, mis oma rohkuses — kirjeldatud kuni 72 varianti (5) — on taandatavad kolmeks põhitüübiks: püsi-, nihke- ja hooikuliseks. Skisofreeniale n.-ö. eriomast kulgu aga ei eksisteeri. Iga kulu tüüp aga võib oma suhtelisele stabiilsusele vaatamata üle minna teiseks. Ravi osa sealjuures ignoreerida ei saa.

Skisofreenia kulu katamnesticilise uurimise kõrval on oluline koht prognostiliste prediktorite osa väljaselgitamisel (6, 7). Prognostiliselt soodsaks peetakse: 1) afektiivseid häireid; 2) mitteskisoidset premorbiidset isiksuse tüüpi; 3) hai-

guse ägedat algust; 4) kliinilise pildi heterogeensust; 5) haigust ägestavaid välis- tegureid; 6) kõrget intellekti. Prognostiliselt ebasoodsaks peetakse: 1) rohkeid psühhosensoorseid ja mõjutuselamusi emotsionaalse tuimenemise foonil; 2) lutsiidset katatooni; 3) premorbiidset emotsionaalset tuimust ja madalat intellekti; 4) haiguse hiilivat algust. Sotsiaalses sfääris on prognostiline tähendus veel abielulisusel, perekondlikel suhetel, tööerakendatusel, majanduslikul olukorral, psühhotraumeerivatel situatsioonidel, mille osa aga on suhteliselt vähem uuritud.

Prognostiliselt on tähtis arvesse võtta, et soodsa toimega sotsiaalset laadi prediktorid ei pea igal juhul osutama samatoimeliseks kliinilise prognoosi seisukohalt ja vastupidi, kliinilist laadi prediktorid sotsiaalse prognoosi seisukohalt, kuigi sageli juhtub nii, et erinevate prediktorite toime korreleerub. Prediktorite prognostiline mõju avaldub viimaste uuringute andmeil mitte üle 40% -l haigusjuhtudest (1).

Kokkuvõtteks võib öelda, et ei saa rääkida heast või halvast skisofreenia prognoosist omaette. Reaalne on kõige mitmekesisematest variantidest moodustuv kontiinum. Skisofreenia prognoosi mitmeplaanilisus sisaldab suhteliselt iseseisvate dimensioonidena kliinilisi, sotsiaalseid ja psühhiaatrilise abi vajalikkuse aspekte, mis samal ajal on omavahel seotud.

KIRJANDUS: 1. Bland, R. C. Can. J. Psychiatry, 1982, 27, 52—62. — 2. Bleuler, E. M. In: The Nature of Schizophrenia. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, 1978. — 3. Ciompi, L., Müller, Chr. Lebensweg, Alter der Schizophrenen. Berlin, 1976. — 4. Hinterhuber H. Fortschr. Neurol. Psychiatr., 1973, 41, 528. — 5. Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. Nervenarzt, 1971, 42, 292. — 6. Langfeldt, G. Acta Psychiat. Neurol. Scand., 1956, suppl., 110. — 7. Vaillant, G. E. Arch. Gen. Psychiatry, 1964, 11, 509—518.

8. Адамсоо А. М. Проблемы шизофрении и психофармакологии. Тарту, 1977.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

UDK [615.895.5+615.214.3]:576.8.097.3(047)

NEUROLEPTIKUMIDE TOIME IMMUUNSÜSTEEMISSE

OLEV TOOMLA · TARTU

neuroleptikumid, T-lümfotsüüdid, lümfotsüütide blasttransformatsioonireaktsioon, immunoglobuliinid, antikehad, skisofreenia

Neuroleptikumide antipsühhootilise toimemehhanismi uurimisele on pühendatud hulgaliselt töid, kuid palju on veel selgitamata. See on tingitud eelkõige sellest, et kliinilise farmakoloogia teistest harudest erinevalt tuleb psühhofarmakoloogias selgitada ravimi toimet niisuguste haiguste ravis, mille etiopatogenees on paljuski hüpoteetiline. Seetõttu on neuroleptikumide toimemehhanismi uurimine kulgenud paralleelselt psühhootilise, eriti skisofreenia etiopatogeneesi uurimisega.

Üks üldtuntumaid skisofreenia etiopatogeneesi hüpoteese baseerub seisukohal, mille järgi skisofreenne protsess on tingitud dopaminergilise süsteemi hüperfunktsioonist. Ja üks populaarsemaid teese, selgitamaks neuroleptikumide psühhootivastast toimet, sugeneb nende farmakonide dopaminergilist süsteemi blokeerivast toimest (16).

Kuid skisofreenia etiopatogeneesi dopaminergilise süsteemi hüperfunktsiooni hüpoteesi kõrval on tänapäeval populaarsed teisedki bioloogilised hüpoteesid, nagu prostaglandiinide süsteemi hüpfunktsioon (10), endorfiinse süsteemi hüperfunktsioon (13), autoimmunsuse hüpotees.

Viimasel seisukohal tahaksingi põhjalikumalt peatuda ja sellest tulenevalt vaadelda neuroleptikumide toimet organismi immuunsüsteemisse.

Võimalikele autoimmuunreaktsioonidele skisofreenia puhul vihjavad järgmised asjaolud: 1) skisofreeniahaigetel on leitud mitmesuguste ajustruktuuride ja tüümuse antikehi kõrgemas tiitris kui tervetel (23); 2) skisofreenia puhul on sedastatud immunoglobuliinide sünteesi aktiveerumist (1, 3, 29); 3) lümfotsüütide blasttransformatsioonireaktsiooni abil on kindlaks tehtud skisofree-

niahaigete vere lümfotsüütide alanenud reaktsioonivõime mitmete mittespetsiifiliste stimulantide, näiteks fütohemaglutiniini suhtes (19, 27); 4) on näidatud, et skisofreeniahaigete vere lümfotsüüdid on sensibiliseerunud ajukoe suhtes (26); 5) skisofreeniahaigetel on veres sedastatud T- ja B-lümfotsüütide arvu muutusi, võrreldes tervetega (5, 14); 6) on täheldatud skisofreeniahaigete vere lümfotsüütide suurenenud tsütotoksilisust mitmesuguste testobjektide suhtes (9, 23).

Et erialakirjanduses ei ole kuigi palju töid, mis käsitleksid immuunsüsteemisse avaldatava neuroleptikumide toime uurimist, ning et mitmed andmed on vasturääkivad, siis püüan üldistada seni tehtut.

Neuroleptikumide toime rakulise immuunsusesse. L. Devoino ja E. Alperina (21), kes olid uurinud haloperidooli toimet T-lümfotsüütide arvu muutustesse hiirtel, leidsid, et T-lümfotsüütide arv väheneb suuresti, kui haloperidooli on manustatud kahel päeval 1 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas. Samas töös tehti kindlaks ka seos dopaminergilise süsteemi ja immuunsüsteemi vahel. Nimelt apomorfiin, mis on tuntud kui dopaminergilise süsteemi stimulaator, suurendab kahepäevase manustamise järel T-lümfotsüütide arvu tunduvalt ning seda efekti blokeerib 1 mg/kg haloperidooli manustamine.

Rohkem on uurimusi, mis käsitlevad T-lümfotsüütide mittespetsiifilise reaktiivsuse muutusi neuroleptikumide toimel. Põhiliselt on uuritud kloorpromasiini toimet, mille antipsühhootiline efekt on võrdlemisi tagasihoidlik. Seejuures on probleemile lähenetud eri teid pidi. Ühtedel juhtudel on uuritud neuroleptikumide toimet *in vitro*, lisades neid Con A või fütohemaglutiniiniga stimuleeritud lümfotsüütide kultuuridele, teisel on Con A ja fütohemaglutiniiniga stimuleeritud lümfotsüütide blasttransformatsioonireaktsiooni jälgitud haigetel, kellele oli manustatud neuroleptikume. Niisiis, kloorpromasiin lisatuna lümfotsüütide blasttransformatsioonireaktsiooni keskkonda kont-

sentratsioonis 10 μmol pärsib T-lümfotsüütide vastu fütohemaglutiniinile ja Con A-le tunduvalt (7), kusjuures kloorpromasiin sellises annuses sedastatavat lümfotsüütide eluvõime langust ei põhjustanud. Ka ei mõju kloorpromasiini sellised annused, mis pärsivad blasttransformatsioonireaktsiooni, mitogeeni seostumisele lümfotsüütide pinnamembraanidega (6).

Kui blasttransformatsioonireaktsiooni intensiivsuse hindamiseks on nimetatud uuringutes kasutatud DNA sünteesi aktiivsust lümfotsüütides, siis on üks töö, kus peale DNA sünteesi aktiivsuse on jälgitud veel RNA ja valgu sünteesi (2). Selles uurimuses on näidatud, et aminosüüriin ei pärsi DNA, RNA ega valgu sünteesi ühesuguse tugevusega. Kõige tundlikum kloorpromasiini toime suhtes on RNA. Et inhibeerida RNA sünteesi 50%, peab kloorpromasiini kontsentratsioon kultuuri keskkonnas olema 8 μmol , sama näitaja DNA puhul 10 μmol , valgu sünteesi inhibeerib kloorpromasiin 50% võrra annuses 19 μmol .

RNA sünteesi inhibeerimist 50% mitmesuguste neuroleptikumide toimel on kasutatud nende ravimite immunosupressiivse toime hindamiseks (2). On leitud, et kõige tugevamad inhibeerijad on tiotikseen, prokloorpromasiin, flufenasiin ja haloperidool. Kui loetletud neuroleptikumide kontsentratsioon kultuuris kõigub RNA sünteesi 50% inhibitsiooni saavutamiseks 0,8...0,9 μmol piires, siis kloorpromasiini puhul on annus 8 μmol . Kloorpromasiinile lähedane immunosupressiivne toime on ka tioproperasiinil, tõi küll, DNA sünteesi 50% inhibitsiooni tulemuste taustal (24). Seega osa autorite järgi selgub, et neuroleptikumid pärsivad T-lümfotsüütide reaktiivsust kas vähemal või suuremal määral. Kuid see, mis vähendab andmete sisulist väärtust, on tõik, et kogu informatsioon on saadud uuritavate ravimite lisamisel blasttransformatsioonireaktsiooni keskkonda, kus nende inhibeeriv toime blasttransformatsioonireaktsioonisse avaldub küllalt kõrgetes kontsentratsioonides.

Tegelikult on nimetatud ravimite kontsentratsioon perifeerses vereringes tunduvalt madalam, haloperidoolil näiteks umbes 4 nmol ($4 \cdot 10^{-9}$ mol) (18), samal ajal kui blasttransformatsioonireaktsiooni pärssimiseks näiteks 20% peab haloperidooli annus olema 0,2 μ mol, s. t. ligikaudu 50 korda kõrgem. Kloorpromasiini puhul aga on vastavad arvud 0,3 μ mol (4) ja 3 μ mol (2).

A. L. Goldstein jt. (9) uurisid neuroleptikumide toimet blasttransformatsioonireaktsioonisse dünaamiliselt. Nad uurisid skisofreeniahaigeid, kellele ordi-neeriti kloorpromasiini ning siis tehti fütohemaglutiniiniga ja Con A-ga stimuleeritud lümfotsüütidega blasttransformatsioonireaktsioon enne ravi algust ja pärast kahe nädala möödumist ravi ajal. Tuleb rõhutada, et töö tulemused on hoopis vastupidised eespool refereeritud uurimistulemustele. Nimelt kahe-nädalase kloorpromasiinravi tulemuse-na skisofreeniahaigete lümfotsüütide vastus fütohemaglutiniinile ja Con A-le tõusis, mis näitab, et kloorpromasiinil on hoopis immunostimuleeriv toime.

Siit näib sugenevat vastuolu. L. Devoino ja E. Alperina eespool refereeritud töös (21) konstateeriti neuroleptikumide toimel T-lümfotsüütide arvu langust, A. L. Goldsteini andmetel (9) aga tõstavad neuroleptikumid T-lümfotsüütide blasttransformatsioonireaktsiooni intensiivsust. Kuigi hiire ja inimese immuunsüsteem erineb tunduvalt, võiks neid andmeid laias plaanis võetuna meie arvates omavahel siiski kõrvutada. Põhimõtteliselt peaks ju olema nii, et mida rohkem perifeerses vereringes on T-lümfotsüüte, seda kõrgem on vastus mitogeenidele ja vastupidi.

Seda näilist vastuolu aitab lahendada hiljuti tehtud töö (25), milles leiti, et T-lümfotsüütide arvu ja vastuse vahel fütohemaglutiniinile valitseb tervetel oluline negatiivne korrelatsioon, s. t. mida rohkem T-lümfotsüüte perifeerses vereringes on, seda madalam on T-lümfotsüütide mitoos moodustav võime ja vastupidi.

Selles töös eraldati kaks T-lümfotsüütide populatsiooni, millest üks

autorite arvates tagab *in vitro* vastuse fütohemaglutiniinile, teisel aga on fütohemaglutiniinile vastavate lümfotsüütide suhtes tsütotoksilisi omadusi. Skisofreeniahaigetel oli tsütotoksilisi omadusi omavaid T-lümfotsüüte oluliselt rohkem kui tervetel. Ka on teisel näidatud, et skisofreeniahaigete lümfotsüütidel ja vereseerumil on mitmesuguste testobjektide suhtes tsütotoksiline toime, mis avaldub rakkude ainevahetuse pärssumises kuni lüüsini (20). On andmeid, et skisofreeniahaigete lümfotsüütide tsütotoksilisus langeb tunduvalt pärast kuuajalist kloorpromasiinravi (9). Ka *in vitro*, lisatuna lümfotsüütide kultuuri, vähendab kloorpromasiin lümfotsüütide tsütotoksilisust (8). Nii võiks arvata, et neuroleptikumide toimel väheneb just tsütotoksilisust omavate lümfotsüütide arv ja selle kaudu tõuseb kuuajalise ravi tulemusena T-lümfotsüütide mitoos moodustav võime stimuleerituna mittespetsiifiliste mitogeenidega. Tuleb aga rõhutada, et probleemi selline käsitlus on väga hüpotetiline ja kirjanduses ei ole andmeid, mis seda seisukohta kinnitaksid.

Ka vastuolus neuroleptikumide toimes T-lümfotsüütidesse *in vitro* ja *in vivo* ei ole veel selgust. Võimalik, et *in vivo* ei pruugi neuroleptikumid lümfotsüütide reaktiivsusesse üldsegi otseselt toimida, vaid hoopis üle mitmesuguste T-lümfotsüütide süsteemi mediaatorite.

Neuroleptikumide toime humoraalsesse immuunsusesse. Humoraalse immuunsusreaktsiooni aktiivsuse üle saab otsustada immunoglobuliinide sünteesi kaudu. Seejuures on immunoglobuliinide sünteesi aktiivsus tihedas seoses rakulise immuunsuse ühe lüli, pärssiva lüliga, olles pöördvõrdelisel laadi. Arvatakse, et pärssivat funktsiooni kandvate T-lümfotsüütide proliferatsioon stimuleerib Con A (11).

On leitud, et skisofreeniahaigete lümfotsüüdid vastavad Con A-le vähem intensiivselt kui tervete katsealuste lümfotsüüdid (22) ja et skisofreeniahaigete vereseerumis on leitud suurel hulgal immunoglobuliine (1, 3, 29). Meile tea-

daolevas kirjanduses on vaid üksainus töö, milles *in vivo* on uuritud neuroleptikumide toimet immunoglobuliinide sünteesi aktiivsusesse (17) ja milles on leitud, et nad vähendavad immunoglobuliinide sünteesi tunduvalt. Teise töö (9) tulemused näitavad, et kloorpromasiinravi ajal T-lümfotsüütide pärssiv funktsioon intensiivistub. Seega neuroleptilise ravi tulemusena toimub n.-ö. kaalukausside tasakaalustumine. Muu hulgas ei saa mainimata jätta, et koos immunoglobuliinide sisalduse vähenemisega skisofreeniahaigete vereseerumis sedastati head kliinilist paranemist (17).

Rohkem on uuritud mitmesuguste antikehade sünteesi neuroleptikumide toimest sõltuvalt. On leitud, et neuroleptikumravi ajal langeb suurel osal uuritavatel vereseerumis tuumuse ja ajukoe antikehade tiiter (23, 28). Neuroleptikumide inhibeerivad toimet antikehade sünteesisse on püütud põhjendada T- ja B-lümfotsüütide kooperatsiooni häirimisega (23) või siis seisukohaga, nagu mõjuksid nad aju antigeeni vabanemisele, mille kaudu langeb aju antikehade tiiter (28). Ka loomkatsetes pärssivad neuroleptikumid, eriti haloperidool, antikehade sünteesi kuni selle täieliku blokaadini (12, 15).

Kokkuvõtlikult võib öelda, et neuroleptikumid *in vitro* pärssivad T-lümfotsüütide mitooside moodustumise võimet, toimides sellisel puhul immuun-depressandina. *In vivo* toimivad nad aga kui immunostimulaatorid, tõstes T-lümfotsüütide reaktiivsust. Neuroleptikumide immunostimuleeriv toime avaldub ka autoantikehade sünteesi blokaadis *in vivo* ja seda ilmselt rakulise immuunsüsteemi aktiveerimise kaudu. *In vitro* aga pärssivad neuroleptikumid antikehade sünteesi ilmselt otseselt. Praeguseks ei ole veel täie veenvusega tõestatud, et neuroleptikumid *in vitro* immuunvastust pärssivates annustes ei ole lümfotsüütidele tsütotoksilised. Nii et küsimus, millistesse immuunreaktsioonidesse ja millise intensiivsusega neuroleptikumid toimivad, on lahtine.

KIRJANDUS: 1. Amkraut, A., Solomon, G. F. Arch. Gen. Psychiatry, 1973, 28, 5, 673—

680. — 2. Baker, G. A., Santalo, R., Blumenstein, J. Biol. Psychiatry, 1977, 12, 2, 159—169. — 3. Bock, E., Mecke, B., Rafaelson, O. J. Psychiatr. Res., 1971, 9, 1, 1—9. — 4. Casper, R., Garver, D. L., Dekirmenjian, H. a.o. Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37, 3, 301—308. — 5. Dvorakova, M., Zvolsky, P., Herzog, F. Folia Haematol., 1980, 2, 221—228. — 6. Ferguson, R. M., Schmidke, J. R., Simmons, R. L. Nature, 1975, 256, 5520, 744—745. — 7. Ferguson, R. M., Schmidke, J. R., Simmons, R. L. J. Immunol., 1976, 116, 3, 627—634. — 8. Ferguson, R. M., Schmidke, J. R., Simmons, R. L. J. Exp. Med., 1976, 143, 232—237. — 9. Goldstein, A. L., Rossio, J., Kolyaskina, O. J. a.o. Perspectives in schizophrenia research. New York, 1980, 249—262. — 10. Horrobin, D. F. Lancet, 1979, march 10, 529—530. — 11. Kuritani, T., Hirano, T. a.o. Microbiol. Immunol., 1979, 23, 3, 185—196. — 12. Levy, J. A., Munson, E. E. Fed. Proc., 1976, 35, 3, 333. — 13. Lindström, L. H., Widerlöv, E., Gunne, L.-M. a.o. Acta psychiatr. scand., 1978, 57, 2, 153—164. — 14. Nyland, H., Naess, A., Lunde, H. Acta psychiatr. scand., 1980, 61, 313—318. — 15. Pierpaoli, N., Maestroni, G. J. M. Immunology, 1978, 44, 3, 419—430. — 16. Saarma, J., Allikmets, L., Saarma, M., Mehilane, L., Vahing, V. Kliiniline psühhofarmakoloogia. Tallinn, 1981. — 17. Saarma, J., Toomaspoeg, L., Toomla, O. In: Abstracts of the 12th CINP Congress, Göteborg, 1980, 583. — 18. Smith, R. C. Arch. Gen. Psychiatry., 1979, 36, 5, 579—585.

19. Бабаян Н. Г. Сыворотка крови больных шизофренией — индикатор измененного физиологического состояния лимфоцитов периферической крови. Дисс. канд. мед. наук. М., 1977. — 20. Вартамян М. Е. В кн.: Шизофрения: клиника и патогенез. М., 1969, 294—362. — 21. Девойно Л. Б., Альперина Е. Л. Фармакол., токсикол., 1980, 5, 580—592. — 22. Ковалева Е. С., Прилипко Л. Л., Цуцульковская М. Я. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1980, 80, 1, 71—73. — 23. Мазнина Т. П. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1977, 8, 1194—1195. — 24. Миткевич С. П., Коляска Г. И. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1981, 81, 2, 115—117. — 25. Осколкова С. Н., Тоomla О. Х. Исследование функционального состояния и количества тимусзависимых лимфоцитов у больных шизофренией и здоровых доноров (конкурсная работа СНО). Тарту, 1978. — 26. Саарма Ю. М., Тоомаспоэг Л. Ю. В сб.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. Выпуск 421. Тарту, 1977, 121—127. — 27. Секоян Р. В. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1975, 76, 885—888. — 28. Стукалова Л. А. В кн.: Иммунология нервных и психических заболеваний. М., 1975, 151—153. — 29. Тоomla О. Х. Изучение содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови больных некоторыми психическими заболеваниями. (Конкурсная работа СНО). Тарту, 1979.

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder

Filosoofia ja meditsiin

UDK 100:61

KONTINUAALSE MAAILMAPILDI FÜSIoloogilised alused II. EMOTSIONAALNE TEGLIKKUSEPEEGELDUS

SILVER KOPPEL · TALLINN

emotsioonid ja vajadused, vajaduste vahelduv aktualisatsioon

«Ilma inimlike emotsioonideta ei ole kunagi olnud, ei ole ega saagi olla inimlikku tõetsingut»

(V. I. Lenin).

I. Pavlov (23, lk. 457) rõhutab vajaduste, emotsioonide ja instinktide (tingimatute reflekside) tihedaimat seost. Signaalsuse ja emotsionaalsuse ühtsena käsitleb P. Anohhin (10, lk. 355) juha elementaarseimat subjektiivset aistingut. Ka teadvus on alati peegelduse ja peegeldatavasse emotsionaalse suhtumise ühtsus (22, lk. 45—46)¹. Traditsioo-

¹ Seisukohad, mille järgi subjektiivse peegelduse lähtevormiks on aisting (19, lk. 163) või emotsioon (26, lk. 291), on ühekülgsed. Ühekülgne on ka K. Platonovi (26, lk. 286) väide, et emotsioonidega seostumata tunnetusprotsessid — aistingud, tajud, mõtlemine, mälu — iseenesest ei avalda olulist mõju põhilistele bioloogilistele protsessidele. Vahetult või vahendatult «materiaalsesse tegevusse ja materiaalsesse suhtlemisse» — seega vajaduste rahuldamise — «põimitud», «ideede, kujutluste ja teadvuse produtseerimine» (1, lk. 19) on alati hinnangulis-eesmärgiline ja seega emotsionaal-tahteline. Tunnetusprotsess kulutab ajukoore energiat, on aga samal ajal koorealusest lähtuvate impulsside vahendusel ka koore «jõuallikaks» (vt. 24, lk. 268). On põhjendatud emotsioonide käsitlemine vajaduste rahuldatusastmest tingitud vormina, milles peegeldub vajaduseobjektide omadusi kujutav esemeline sisu (14, lk. 156—157; 16, lk. 140, 143).

niliste teooriate kohaselt väljendavad emotsioonid vajaduste intensiivsust, rahuldatusastet ja peegeldatavate objektide positiivset või negatiivset tähendust organismile, P. Anohhini bioloogilise teooria kohaselt (10, lk. 332—335) ka vajaduste rahuldamisele suunatud tegevuste efektiivsust. Positiivne emotsioon kui otstarbeka käitumisresultaadi komponent on konkreetse vajaduse rahuldatus signaal, negatiivse emotsiooniga (rahuldamata vajadusega, ebaefektiivse tegevusega) kaasneb uue funktsionaalse süsteemi formeerumine. Sellega hoiavad emotsioonid «eluprotsessi optimaalsetes piirides»², P. Anohhin ja ta kaastöölised (17, 30) käsitlevad funktsionaalse süsteemi formeerumise alusena domineerivat vajadust.

P. Anohhini bioloogiline teooria seab emotsionaalse käitumisregulatsiooni toimimismehhanismi, ei suuda aga seletada ühiskondlikule inimesele tüüpilist «vajaduste tõusu» (1, lk. 28; 4, kd. 1, kl. 89) seadust. Seda, kuid omakorda mitte käitumise täpset emotsionaalset regulatsiooni, võiks seletada V. Rotenbergi ja V. Aršavski (27) hüpotees ot-singuaktiivsusest kui iseseisvast vajadusest. Peale vajaduste intensiivsuse väljendavad emotsioonid ka nende edasise rahuldamise tõenäosust. Katsed selle tõenäosuse prognoosimise bioloogilisi mehhanisme selgitada³ pole aga venivad tulemusi andnud.

Kõiki loetletud probleeme on võimalik lahendada P. Anohhini teooria alusel, kui oletada, et subjektiivselt ühtsena läbi elatav (ja keemiliselt ühtne) emotsionaalne kontiinum on seesmiselt vastuoluline, väljendab üheaegselt niihästi domineerivate kui ka subordineeritud vajaduste rahuldatusastet ja reguleerib mõlema rahuldamist. Võib ju igal

² P. Anohhinile lähedane on F. Bassini (11, lk. 221) seisukoht, mille järgi emotsioonid võivad olla signaalideks «konsonantsist» ja «dissonantsist» teadvustumatute seadumuste ja tegeliku käitumise vahel.

³ P. Simonovi informatsiooniline emotsiooniteooria (29) ja E. Umrjuhhini hüpotees (31), mis toetub P. Anohhini bioloogilisele teooriale.

tegelikkusenähtusel olla meie jaoks and-
tud situatsioonis vajalik ja mittevajalik
kõlg. Sageli, ühiskondlike vajaduste
puhul aga alati, valitsevad organismi
kaks vajadusteansamblit⁴ ja iga tege-
vus, mis rahuldab üht, võib suurendada
teise rahuldamatust.

P. Anohhini kaastöölise uurimised
pakuvad materjali, mis tõestab kahe
(sealhulgas kahe vastandliku) vajaduse
ja ühtlasi positiivse ning negatiivse
emotsiooni püsiva kõrvutiesinemise või-
malikkust.

Inimese kehapind jaotub meeldivate ja eba-
meeldivate protopaatiliste refleksi-
deks, mis ei ühti somatosensoorse ega vegeta-
tiivse innervatsiooni tsoonidega ning järeli-
kult omavad nendest sõltumatu ajumehhanis-
mi (13, lk. 256—257). Seega tagavad juba
kehapinnale kontiinuumi toimivad ärritid
püsiva bipolaarse emotsionaalse toonuse. Sa-
muti vistseraalsed ärritused: nalgiva küüliku
hüpotalaamilise piirkonna elektroentsefalo-
grammis esinevad niihästi rahuldamata kui
ka rahuldatud toitumisvajadusele, järelikult
ka negatiivsele ja positiivsele emotsioonile ise-
loomulikud rütmid (17, lk. 233—234), seejuur-
es on looma positiivse ja negatiivse toitumis-
refleksi (ja vastavate emotsioonide) ajukesku-
sed erinevad (12, lk. 124—127).

Aferentne süntees integreerib kõik
käitumisakti determineerivad välis- ja
sisetegurid ühtseks funktsionaalseks
süsteemiks, kuid nende kõrgema inte-
gratsiooni tulemusena «võtab üldise ot-
suse vastu kogu aju» (10, lk. 395). Ka-
hele teineteist välistavale tunnete, ku-
jutluste ja mõtete kompleksile ja nen-
dest järelduvatele tegevustele ei saa va-
jaduste (ühtlasi tunnetuse ning prakti-
ka) närvisubstraat oma funktsionaalse

⁴ S. Rubinstein käsitleb iga vajadust seesmi-
selt vastuolulisena: vajadus on inimese sõltu-
vus millestki, mille suhtes ta samal ajal on
aktiivne (8, lk. 572, 770). E. Kudelin väidab,
et inimvajadused moodustavad kahest vas-
tandlikust reast koosneva süsteemi: vajadu-
sed kehaliste ning vaimsete jõudude kuluta-
miseks ja vajadused elujõudude taastamiseks.
Esimesi rahuldab tootmine, teisi tarbimine (5,
lk. 32). A. Leontjevi arvates jaotub vajadus
tingimuseks, mis on üks tegevuse obligatoor-
seid eeldusi, ja faktoriks, mis reguleerib
konkreetset tegevust pärast organismi «kohtu-
mist» vajadust rahuldava objektiga (20,
lk. 99).

diskreetsuse tõttu seega üheaegselt alu-
seks olla⁵. Küll aga saaksid seda vas-
tandlike vajaduste neurodünaamilised
ekvivalendid siis, kui nad oleksid vahel-
dumisi aktualiseerunud. Kui ühe funk-
tsionaalse süsteemi aferentne süntees ja
käitumisprogrammi formeerumine (ole-
tatav «optimaalne erutuseseisund») aja-
liselt ühtiks teise tegevusaktseptori ta-
litlusega (oletatav kustuv aktualisat-
sioon ja orienteerumisreaktsioon) — ja
ainult sel tingimisel uus aferentne süntees
toimuda võiks —, moodustaks
niisugune teineteisest sõltuvate, kuigi
iseenesest diskreetsete süsteemide paar
pseudokontiinuumi. Kui nüüd mõlema
süsteemi põhjustatud reflektorsed liha-
setegevused kestaksid kas või millise-
kundite võrra kauem süsteemi opti-
maalsest erutatusest (ja selle aja vältel
toimuks optimaalse erutatuse üleminek
teise süsteemi), toimuksid lihasetegevus-
ed paralleelselt. Nii oleks närvi-
protsesside pseudokontiinuum aluseks tõelisele
käitumiskontiinuumile.

P. Anohhini seisukohtadele toetudes
võib oletada, et aktualiseeritud neuro-
dünaamilised ekvivalendid on aluseks
vastava vajaduse rahuldatusastme
emotsionaalsele ja situatsiooni esemeli-
sele teadvustumisele («minu jaoks ole-
misele»). Domineeriva vajadusega seotud
emotsioon varjutab alati subordi-
neeritu, see aga võib domineerivat vas-
tassuunaliselt värvida. Situatsiooni va-
helduv esemelis-emotsionaalne teadvus-
tumine hindab seda mõlema vajaduste-
kompleksi aspektist, järelikult sisaldub
integreerunud emotsioonis ka nende
edasise rahuldamise tõenäosuse biolo-
giline «prognoos».

Spontaanseks tegevusimpulsiks vaja-
duste suhtelise tasakaalu puhul, samuti
potentsiaalseks tegevusimpulsiks vastu-
sena seda tasakaalu häirivatele välis-
teguritele on alati ja ainult rahuldama-
ta vajaduse aktualiseerunud ekvivalent.

⁵ P. Anohhini (10) ja K. Sudakovi (30) ole-
tuse kohaselt on funktsionaalse süsteemi ta-
litluse etappideks vajaduse teke → selle rahul-
damine või mitterahuldamine → uus vaja-
dus (ja uus aferentne süntees).

Rahuldatud vajadus (positiivne emotsioon) ei ole tegevusimpulss: ta võib mobiliseerida organismi teiste vajaduste rahuldamisele, halvata aga inimese aktiivsust, kui need puuduvad.

P. Anohhini (10) ja H. Selye' (28) tööde mõjul on meditsiin üha enam hakanud vabane-ma kujutlusest, nagu oleksid negatiivsed emotsioonid tingimusteta kahjulikud ja positiivsed seega tingimusteta kasulikud (vt. ka 27, lk. 118). Isoleerituna ei tagaks kumbki täpselt kohanemist keskkonnas. Positiivse emotsiooni osa organismis — kuigi tunneme temaga kaasnevaid vegetatiivseid ning endokriinseid nihkeid — aga on lõpuni selgitamata. Looma imperatiivne tegutsemisstiimul on rahuldamata vajadus. K. Sudakov (30) aga väidab, et juba bioloogilise motivatsiooni tasemel võib tegevust stimuleerida ka (tingitult reflektorselt kinnistatud) kujutlus tulevasest positiivsest emotsioonist. Rangelt tõestada seda ei saa. Küll aga on «inimelu tõeliseks stiimuliks... homme rõõm» (6, lk. 202). Inimese emotsioonid hindavad teisi väärtusi ja on ka ise eesmärkväärtused (15). Kuid V. I. Lenin (4, kd. 33, lk. 36) ja A. Makarenko (6, lk. 202—209) näitavad, et kauge perspektiiv («vahetu entusiasm») võib käitumist efektiivselt stimuleerida ainult siis, kui ta on tänase «isikliku huvi ja huvitatusena», s. o. rahuldamata vajadusega seotud. Samuti nagu närvisüsteemita elusolendite tropismid ja taksised ei ole «taotlused», ei ole kõrgem närvitegevus kunagi eesmärgipärane, vaid põhjuslik. Teadvustumatu psüühika ei «taotle» positiivseid ega «välidi» negatiivseid emotsioone (ei saa ju ka tõestada, et Oldsi fenomen on saavutamise, mitte aga vältimise reaktsioon), vaid säilitab organismi dünaamilist tasakaalu keskkonnaga. Emotsioonid väljendavad selle tasakaalu astet. Võib arvata, et tegutsemise füsioloogiliseks aluseks (funktsionaalse süsteemi formeerumise impulsiks) on tänane rahuldamata vajadus. Positiivne emotsioon — ja temaga kaasnevad soodsad ainevahetuse muutused — selle rahuldamisest aga on tugevam siis, kui ta aktuaalse reaalsusena sisaldab ka osakese homsest rõõmust.

Kustuv vajadus ei teadvustu esemeliselt ega ole praktilise tegevuse impulss. Ta on vajadusobjekti «minu jaoks mitte olemine», aina uuenev ja seetõttu alati rahuldamata vajadus, mis tingib orienteerumis- ning otsimistegevuse⁶. Ta säilitab aga teadvustunud emotsiooni, kuivõrd selle keemiline kontinuum püsib.

Eriti ilmekalt avaldub inimese vajaduste- ning emotsioonideansambli seesmine vastuolulisus individuaalsetes

tundevahekordades. Neid kõiki valitsevad. (muidugi mitte ainult) kaks vajadust: olla sõltumatu «mina» ja teist omav ning teisele kuuluv «Sina»⁷. Mõlemad vajadused esinevad kõrvuti ega välista teineteist, kumbagi võib üheaegselt (aga mitte kunagi ühesugusel määral) rahuldada, alati on üks nendest domineeriv ja teine subordineeritud.

Tundevahekordi võib kaunistada ning kindlustada, aga ka komplitseerida ning lõhkuda «pageva küti» paradoks: partnerite objektiivne või subjektiivne eemaldumine teineteisest isegi siis, kui rahuldatud ühtekuuluvusvajadus meeldiva elamusena teadvustub⁸. Domineerivale vajadusele, teadvustunud soovile ja selle rahuldatusse emotsionaalsele sanktsioonile vastupidist (ning seejuures otstarbekat!) tegutsemist traditsioonilised emotsiooniteooriad seletada ei suuda. Küll aga paralleelsete vajaduste vahelduva aktualisatsiooni hüpotees.

Aktualiseerituna teadvustub rahuldatud ühtekuuluvusvajadus küll meeldiva elamusena, kuid ei ole tegevusimpulss läheduse säilitamiseks. Samal ajal rahuldamata (kuid kustuv) eemaldumisvajadus tekitab orienteerumisreaktsiooni ja annab emotsioonile rahuldamatuse varjundi — ja just sõltumatusotsingute tõttu ei pea partnerid oma lähedust kunagi piisavaks!

Kustuvana ei suuda ühtekuuluvusvajaduse neurodünaamiline ekvivalent enam sõltumatusvajaduse aktualiseerumist takistada. See, kui rahuldamatu, saab tegevusimpulsiks ja (oma õnneks!) partnerid eemalduvad teineteisest kas subjektiivselt või objektiivselt. Kui eemaldumisrõõmid ühtivad, võib emotsionaalne heaolutunne aga isegi süveneda. Alles siis, kui distants korduvate eemaldumiste tõttu liigselt on suurenenud (eemalolekuelamusena ei tarvitse see veel teadvustudagi), saab ühte-

⁶ Pidevalt muutuv as väliskeskkonnas «kohutub» kustuv ja otsiv vajadus paratamatult üha uute objektidega. See võib olla aluseks vajaduste kvalitatiivsele tõusule, mis tingib individuaalsete võimete täiustumise ja on üks ühiskondliku progressi eeldusi. Alaline rahuldatus võib aga tekitada ka vajaduste kvantitatiivse kasvu või samaväärsete vajadusobjektide lihtsa vaheldumise püsiva või alaneva võimetenivoo puhul.

⁷ Inimese «olemus sisaldub ainult... inimese ühtsuses inimesega, ühtsuses, mis toetub aga üksnes Minu ja Sinu erinevuse reaalsusele» (L. Feuerbach, 32, lk. 203). Selle seisukoha dialektilis-materialistliku interpretatsiooni annavad N. Mihailov (21) ning A. ja V. Petrovski (25).

⁸ Meisterlikult kirjeldab L. Tolstoi seda vürst Andrei kosimisstseenis (9, lk. 625—626).

kuuluvusvajaduse aktualiseerunud ekvivalent omakorda tegevusimpulsiks: partnerid lähenevad taas või otsivad teid selleks⁹.

Järelikult häirib emotsioonide vahelduv aktualiseerumine organismi ja keskkonna tasakaalu ja tekitab tasakaalu säilitavaid ning taastavaid protsesse¹⁰. Sellest tulenev aktiivne ennetav kohanemine keskkonnamuutustega on osa elu põhiolemusest: (lõppkokkuvõttes lootusetust) võitlusest entroopiaga.

Vajaduste seesmine vastuolulisus avaldub individuaalsetes tundevahekordades küll markantsena, kuid ei ole ühiskondliku inimese jaoks olulisim emotsionaalsete elamuste allikas. Inimese kui vajava olendi eksisteerimise viisiks on tootmise ja tarbimise (ja seega ühtlasi enesetarbimise ning enese taastootmise) vastandlik ühtsus. Tõelise inimese jaoks ei saa olla suuremat naudingut kui tõeline vabadus, «mille tegelikuks väljenduseks on töö» (3, lk. 110): vaba töö kui «terve organismi vajadus» (4, kd. 30, lk. 477), mida inimene naudib «kui oma füüsiliste ja vaimsete jõudude mängu» (2, lk. 160). Kuid just nimelt

kõige vabam töö on «saatanlikult tõsine asi, üliintensiivne pingutus» (3, lk. 110).

Üks tõelise vabaduse vorme — ja ühtlasi ka teadvuse kõige tõelisem avaldumisvorm — on vaimne looming. Seegi on ühtaegu suurim nauding ja ülim piin¹¹. Võib arvata, et ka igapäevase subjektiivse maailmapildi moodustumist valitseb (ehkki vähemärgatavalt ja kõikidele talutavalt avaldudes) loomingu protsessi reguleerivaga identne emotsionaalne mehhanism.

Kuivõrd psüühiliselt tervel inimesel — välja arvatud orienteerumistegavusega kaasnevad — ei ole objektitud emotsioone ja kuivõrd — välja arvatud harjumuslikud mõttestereotüübid — ei ole emotsioonidega seostumatuid teadvusfakte¹², tuleb vajadusobjektide emotsionaalset ja esemelist teadvustumist (teiste sõnadega: ideaalse kontiinuumi moodustumist närviprotsesside pseudokontiinuumi alusel) ühtse kompleksina analüüsida.

KIRJANDUS: 1. *Marx, K., Engels, F.* Feuerbach. Gegensatz von materialistischer und idealistischer Anschauung. Berlin, 1974. — 2. *Marx, K.* Kapital. Poliitilise ökonomika kriitika. I kd. Tallinn, 1953. — 3. *Маркс, К., Энгельс Ф.* Сочинения, т. 46, ч. 2. М., 1969. — 4. *Lenin, V. I.* Teosed. I kd., Tallinn, 1948; 30. kd. Tallinn, 1954; 33. kd. Tallinn, 1955. — 5. *Kudelin, J.* Tootmise ja vajaduste dialektika. Tallinn, 1979. — 6. *Makareno, A.* Kommunistlikust kasvatusesest. Tallinn, 1954. — 7. *Pinn, V.* Looming, 1974, 4, 628—641. — 8. *Rubinstein, S.* Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Berlin, 1960. — 9. *Tolstoi, L.* Sõda ja rahu. I kd., Tallinn, 1962. — 10. *Анохин П. К.* Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. М., 1978. — 11. *Бассин Ф. В.* Проблема бессознательного. М., 1968. — 12. *Белов А. Ф.* В кн.: Системный анализ механизмов поведения. М., 1979, 124—127. — 13. *Воробьева Т. М., Лещенко А. Г.* В кн.: Системный анализ механизмов поведения. М., 1979, 251—258. — 14. *Горфункель П. Л.* Вopr. философии, 1971, 8, 154—157. — 15. *Додонов Б. И.* Эмоция как ценность. М., 1978. — 16. *Кайдаков С. В.* Философские науки, 1973, 3, 139—143. — 17. *Калужный Л. В.* В кн.: Системный анализ механизмов поведения. М., 1979, 232—240. — 18. *Коршунов А. М.* Философские науки, 1979, 1, 53—63. — 19. *Леонтьев А. Н.* Проблемы развития психики. М., 1965. — 20. *Леонтьев А. Н.* Вopr. философии, 1972, 9, 95—108. — 21. *Михайлов Н. Н.* Фи-

⁹ F. H. Stanfordin ja E. R. Hilgardi «läheneemis-vältimiskonflikt» (vt. 7, lk. 639—640) võib olla üks vajaduste vahelduva aktualisatsiooni häirimise vorme, sagedamini aga vastuolu individuaalse kire ja välise või interioriseeritud sotsiaalse kontrolli vahel. Kui inimtegevust determineeriks ainult välisobjektide omadused, mitte aga inimese vajadused, ja kui vältimisreaktsiooni tugevnemine eesmärgile lähenedes oleks psühholoogiline seaduspärane iseenesest, oleks printsiipsiaalselt võimatu niihästi seesmiselt vastuolulise (aga vastuoludevabu ei olegi!) eesmärgi saavutamise kui ka sellest loobumine ilma välise sunnita.

¹⁰ Oeluvõitluses kohanevad paremini elusorganismid, kelle vajadused vahelduvalt aktualiseeruvad.

¹¹ Allakirjutanuga mitte täiesti ühesugusest konseptsioonist lähtudes analüüsib mõningaid selle vastandlikkuse mehhanisme S. Kaidakov (16).

¹² Keskkel kohal emotsionaalse ja esemelise seoses on meelelised kujundid, mille vahendusel realiseerub vajaduste individualiseeritud emotsionaalne hinnanguline roll (18, lk. 56—58), ja mõisted, millega seostudes emotsioonid saavad ühiskondlikkudeks tunneteks (26, lk. 285).

лософские науки, 1982, 4, 24—32. — 22. *Мясищев В. Н.* В кн.: *Сознание*. М., 1967, 44—46. — 23. *Павлов И. П.* Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., 1951. — 24. *Павловские среды*, т. I. М., 1949. — 25. *Петровский А. В.*, *Петровский В. А.* *Вопр. философии*, 1982, 3, 44—53. — 26. *Платонов К. К.*, *Шингаров Г. В.* кн.: *Ленинская теория отражения и современная наука. Теория отражения и естествознание*. София, 1973, 280—192. — 27. *Ротенберг В. С.*, *Аршавский В. В.* *Вопр. философии*, 1979, 4, 117—127. — 28. *Селье Г.* *Стресс без дистресса*. М., 1982. — 29. *Симонов П. В.* *Теория отражения и психофизиология эмоции*. М., 1970. — 30. *Судаков К. В.* *Биологические мотивации*. М., 1972. — 31. *Умрюхин Е. А.* В кн.: *Системный анализ механизмов поведения*. М., 1979, 91—104. — 32. *Фейербах Л.* *Избранные философские произведения*, т. I. М., 1955.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK [616.89-008.441.13+616.33-008.3]:616.33-005.1

MALLORY-WEISSI SÜNDROOM

VELLO SALUPERE · TARTU

alkohol, oksendamine, kardialimaskesta rebendid, äge seedetrakti verejooks

Maksa rasvastumus on arenenud tööstusmaade elanikel sageli kohatav haigus ning kujutab enesest tähtsat meditsiini- ja sotsiaalprobleemi. Haigust põhjustavad mitmesugust laadi tegurid. Paljudel juhtudel on maksa rasvastumus sünenenud liigtoitumisest ja liikumisvaegusest. 15...50%-l suhkurtõbe põdejaist kujunevad välja niisugused muutused maksas suure kehakaalu ja vere suure rasvasisalduse tõttu. Üks olulisi põhjusi on regulaarne alkoholsete jookidega liialdamine, kusjuures meestel võib juba 60 g absoluutalkoholi (naistel vaid 20 g) tarvitamine iga päev tekitada maksa rasvastumust 5...7 aasta ja maksatsirroosi 12...20 aasta pärast, sõltumata sellest, milliseid alkohoolseid jooke tarvitatakse. Lõplik alkoholi lõhustumine toimub ju maksas, mille tagajärjel kahjustuvad maksarakud, kuhu hakkab ladestuma rasv. Maksa rasvastumuse areng intensiivistub mitme kahjustava teguri puhul, eriti siis, kui ravimeid (näiteks hormoonpreparaadid, psühhofarmakonid, antibiootikumid, analgeetikumid jt.) võetakse sisse mõtlematult ja suvaliselt.

Die Heilberufe, 1983, 8.

Äge verejooks seedetrakti ülaosas on tõsine probleem mitte üksnes verejooksu peatamise ja haige normaalse homöostaasi taastamise seisukohalt, vaid ka nende raskuste poolest, mida valmistab veritsemise põhjuse leidmine, eriti verejooksu ägedas faasis. Seedetrakti ülaosa verejooksu sagedaim põhjus on kahtlemata veritsev haavand ja söögitoru veenikomude rebend, ent endoskoopia laialdasem kasutamine verejooksu ägedal perioodil on võimaldanud kindlaks määrata ka niisuguse seni suhteliselt harva kirjeldatud verejooksu põhjuse nagu seda on söögitoru ja mao kardiosa limaskesta pikirebendid, mis tekivad eriti pärast alkoholi pruukimisele järgnevat oksendamist. Seda seisundit tuntakse Mallory-Weissi sündroomina, mida mainitud autorid esmakordselt kirjeldasid 1929. a. Mallory-Weissi sündroomi näitena esitame ühe haigusjuhu meie uurimismaterjalist.

Haigusjuht. 56-aastane meeshaige E. R. (haiguslugu nr. 20941/1982) paigutati gastroenteroloogiaosakonda pärast pikemaajalist pidevat alkoholi pruukimist. Patsient oli aastaid kannatanud tuimade valude all ülakõhus, ajuti olid tekkinud iiveldus ja isutus, mis viimasel ajal olid süvenenud. Kardeti alkohol-

set psühhooši. Sellele, et patsient on krooniline alkohoolik, osutas tõik, et vähemalt viimased 10 aastat oli ta iga päev tarvitanud — nagu see tavaline on — algul konjakit ja viina, hiljem piiritusveini. Patsient oli vallaline, kõrgharidusega agronoom, kuid oma erialal ei töötanud. 1962. a. resetteeriti tal magu kaksteistsõrmikuhaavandi tõttu.

Kolmandal hospitaliseerimispäeval tekkis patsiendil alkohoolne psühhooš, kuigi algusest peale oli talle manustatud aminiini ja sedukseeni. 1982. a. 20. oktoobri hommikul arsti visiidi ajal südametegevus ja hingamine äkitselt lakkasid, taastusid aga 3...4-minutilise elustamise järel. Kogu järgmise päeva oli patsient somnolentne, mida seletati psühhootroopsete ravimite toimega. 21. oktoobril 1982. aastal tekkis veriroe. Vererõhk, mis eelmisel päeval oli olnud 140/75 mmHg, langes 95/55 mmHg-ni. Hemoglobiini oli 19. oktoobril 10,5%, 21. oktoobril kell 16.00 7,5g%. Pulsisagedus kiirenes kuni 110 löögini minutis.

Ägedas seedetrakti verejooksus polnud kahtlust. Patsiendile tehti korduvalt vereülekanndeid, kanti üle erütrotsüütide massi ja polüglükini, manustati vikasooli.

Seisundi stabiliseerumise tõttu otsustati haiguse ägedal perioodil teha panendoskoopia, sest oletati veritsust seedekanali ülaosast. 22. oktoobril 1982. a. leiti panendoskoopial (endoskoop *Olympus GIF-D₂*) söögitoru supra-kardiaalosa vasakul seinal 1 cm pikkune pruunja põhjaga pikilõhe. Selle jätkuna algas kardiast ja ulatus maokõndi suure kõveriku lähedale tagumisele seinale polügonaalse kujuga pindmine vaavand, mille põhjakatt oli ebaühtlane, kohati hallikas, kohati kaetud pruuniate verehüüvetega. Vall praktiliselt puudus. Maokõndis oli mõõdukas «sapijärv». Kõndi tagumisel seinal paiknes liikuv siledapinnaline 1×2 cm suurune polüüp. Sellest võetud proovitükkides leiti adenomatoosse polüübi tunnused.

Kõige eeltoodu põhjal järeldati patsiendil tüüpilist Mallory-Weissi sündroomi. Iseloomuliku endoskoopialeiu kõrval kõnelesid selle sündroomi kasuks patsiendi alkoholilembesuse ja akuutne veritsus limaskestarebenditest. Teatud osa, eriti veritsuse vallandamisel, võib ilmselt olla ka kaudsest südamemassaazist johtuvalt äkilisel rindkeresurveel.

Haige pikkamööda paranes. 23. oktoobril 1982. a. oli hemoglobiini 9,6 g% ja vererõhk juba 105/70 mmHg. Hemoglobiini oli 2. novembril enam-vähem normis (11,6 g%) ning haigel vaevusi enam ei olnud. Korduval panendoskoopial, 15. novembril 1982. a., söögitorust ja mao kardiasosast rebendeid enam ei leitud.

Seega peab söögitoru ja mao kardiasosa limaskesta pikirebendeid seedetrakti ülaosa verejooksu põhjustajana kahtlustama igal haigel, kellel äkki tekib veriokse või veriroe. Mainitud rebendid

tekkivad sagedamini üle 40-aastastel meestel, kes pruugivad ohtralt alkohoolseid jooke ja kellel esineb korduv ning tugev oksendamine. Nagu paljude teistegi seedekanali ülaosast pärit verejooksude korral, on ka sel puhul kõhuvalu puudumine üsna iseloomulik.

Kummatigi ei ole tugev ja sage oksendamine limaskestarebendite ainuvõimalik põhjus. J. L. Saylori ja F. J. Tedesco (2) arvates võivad nad tekkida ka tugevast kõhahoost. J. A. Balint kaasautoritega (1) arvab, et teatav osa on ka salitsülaatidel, ehkki tegemist võib olla juhusliku kokkusattumusega johtuvalt salitsülaatide pruugi laialdasest levikust.

Paljudel haigetel on kardia limaskesta rebenditest põhjustatud verejooksud tagasihoidlikud, tavaliselt lakkavad need iseeneslikult. Et aga neil juhtudel endoskoopiat alati ette ei võeta, siis jääb Mallory-Weissi sündroom diagnoosimata. Sellepärast näib H. M. Spirol (3) olevat õigus, kui ta väidab, et tegelikult ei tea me kuigi täpselt Mallory-Weissi sündroomi sagedust. Samal ajal on ka arusaadav, miks enamik selle sündroomi sagedust käsitlevaid töid refereerib vaid tema esinemissagedust seedetrakti ülaosa ägeda verejooksuga haigetel. Nii näiteks leidsid J. L. Saylor ja F. J. Tedesco (2) 180 taolisest haigest, et verejooksu põhjustasid kardia limaskesta pikilõhed 10,5% -l juhtudest. 5...10% -line sagedus figureerib ka teiste autorite töödes (1, 3).

Praktiliselt ainuvõimalik viis leida kardia limaskesta pikilõhesid verejooksu põhjustajana on varajane endoskoopimine — esimese 24...48 tunni jooksul, kasutades selleks otsvaatega fiiberinstrumente. Söögitorurebendeid röntgenoloogiliselt ei leita, sest valdavalt on nad liiga pindmised.

Ravi Mallory-Weissi sündroomi korral sarnaneb iga teise seedetraktiverejooksu all kannatava haige raviga. Tema põhieesmärk on verejooksu peatamine ning hüpovoleemia likvideerimine, milleks kantakse üle verd, vereasendajaid jms., antakse muu hulgas ka antatsiide ja vedelat toitu. Verejooks ena-

masti lakkab ning pikilõhed paranevad ilma endoskoopilise koagulatsioonita või kirurgilise ravita, J. L. Saylori ja F. J. Tedesco järgi (2) näiteks kõigil haigetel. Kindlasti aga tuleb operatsioon ette võtta Mallory-Weissi sündroomi variandi korral, mida tuntakse Boerhaave sündroomina ja mille puhul söögitoru kõiki seinakihte läbistava rebendi tõttu võib söögitorusisaldis *mediastinum*'isse sattuda (1). Siis aga on ka kliiniline leid märksa ägedam: tugev retrosternaalne või ülakõhuvalu, valu kiirgumine selga, nahaalune emfüseem kaela alumises osas või ülakõhus, hingeldus, valulikkus neelamisel ja šokk.

KIRJANDUS: 1. *Balint, J. A., Sarfeh, I. J., Fried, M. B.* Gastrointestinal Bleeding: Diagnosis and Management. New-York — London — Sydney — Toronto, 1977. — 2. *Saylor, J. L., Tedesco, F. J.* Am. J. Dig. Dis., 1975, 20, 12, 1131—1134. — 3. *Spiro, H. M.* Clinical Gastroenterology. New York — Toronto — London, 1977.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

Kaadri ettevalmistamine

ESIMENE EESTI NSV TEADUSDOKTOR MOLEKULAAR- BIOLOOGIA ERIALAL

Möödunud aasta 9. juunil kaitses Moskvas NSV Liidu Teaduste Akadeemia Molekulaarbioloogia Instituudi erialanõukogus doktoriväitekirja «Ribosoomi 5S ribonukleiinhape» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi molekulaarbioloogia laboratooriumi juhataja dotsent **Artur Lind**. Oponendid olid bioloogiadoktor L. Kisseljov, keemiadoktorid A. Bogdanov ja O. Poljanovski Moskvast ning bioloogiadoktor G. Matsuka Kiievist. Nad andsid väitekirjale väga kõrge hinnangu. Juba läinud aasta detsembris otsustas NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgem Atestatsioonikomisjon A. Linnule anda bioloogiadoktori kraadi molekulaarbioloogia alal. Dissertatsioon äratas Moskva spetsialistide ringkondades sellist huvi, et Tartus ei ole ei dissertatsiooni ennast ega ka selle autoreferati.

Väitekirja on valminud bioloogilise keemia kateedris ja A. Linnu initsiatiivil asutatud molekulaarbioloogia uurimisrühmas, mis 1977. a. kujunes molekulaarbioloogia laboratooriumiks.

Ribosoom on igas rakus valkude biosünteesi bioloogiline masin, mille keerukust ja täiuslikkust ei ole seni kunstehislikult suudetud ületada. See submikroskoopiline supramolekulaarne kompleks koosneb mitmest ribosomaalsest ribonukleiinhapest ja 60... 70 ribosomaalsest valgust.

Nakkuslik proteiin — prioon. Kalifornia Ülikooli teadlane Stanley B. Prusiner ja kaastöötajad on avastanud äärmiselt väikese nakatavalt toimiva partikli, mis on viroidist veelgi väiksem ning mis on põhjustanud inimestel ja loomadel kesknärvisüsteemi degeneratiivset haigust. Kaua aega oldi arvamusel, et seda haigust põhjustavad nn. aeglased viirused (*slow viruses*), millel on erakordselt pikk inkubatsiooniaeg. Teadlased oletavad, et avastatud partikkel on nakkuslik lihtvalk, proteiin. See nn. prioon on 5 nm suurune, väga resistentne ultraviolettkiirguse ja kuumuse (talub 90 °C 30 minutit) suhtes ning hüdrofoobne.

Urania, 1983, 3.
Die Heilberufe, 1983, 7.

Töö algperioodil, 1960-ndate aastate algul õnnestus A. Linnul koos noorema kolleegi R. Villemsiga (ka temal on doktoriväitekirja autoreferaat juba laual) koera kõhunäärme ribosoomidest geelkromatograafia abil isoleerida madalmolekulaarne ribonukleiinhape sedimentatsioonikonstandiga 5S. Kuigi tol ajal valitses üldtunnustatud arvamus, et ribosoomis madalmolekulaarseid ribonukleiinhappeid ei esine, jätkus A. Linnul otsusekindlust selle enda poolt esmakordselt isoleeritud 5S RNA uurimist jätkata — alles hiljem leidsid ka teised uurijad, et 5S RNA ei ole ribosoomis artefakt. A. Lind täiustas tema eraldamise meetodikat, selgitas üldise iseloomustuse põhjal välja tema komplementaarsete nukleotiidide paari- de arvu, koostise ja konformse isomeeria iseärasused, süstemaatilise ja vaevanõudva töö tulemusena tegi kindlaks roti maksa 5S RNA primaarstruktuuri (nukleotiidide järjestuse). Maks sisaldab 120 nukleotiidi, mille järjestus on identne kõigi teiste imetajate analoogiliste ribonukleiinhapete primaarstruktuuriga.

Rakendades molekulaarbioloogia laboratooriumis täiustatud afiinsuskromatograafia meetodit, identifitseeriti need ribosoomi valgud, millega 5S RNA asotsieerub. Selgus, et 5S RNA paikneb ribosoomis selles olulises keskmes, kus valkude biosünteesi keerukas mehhanismis sünteesitakse aminohapetevaheline peptiidside. Seejuures osaleb 5S RNA mitme komponendi sidumises ribosoomile. Kõik need dissertatsioonis esitatud tulemused annavad suure panuse ribosoomi struktuuri ja funktsiooni mõistmisse, mis on kaasaegse molekulaarbioloogia üks aktuaalsemaid probleeme.

A. Lind on sündinud 6. aprillil 1927. a. Väandras. Alg- ja keskkhariduse omandas ta Raplas. TRÜ arstiteaduskonna ravi- osakonda astus 1946. a., mille lõpetas 1952. a. Olnud juba üliõpilaspõlves veendunud kirurg, jäeti ta pärast lõpetamist TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrisse tööle, algul vanemlaborandina, siis assistendina, kusjuures samal ajal töötas ta ka kirurgina-ordinaatorina kliinikus. Takistuseks tema



kirurgitöös sai käte ekseem, mistõttu oli sunnitud eriala muutma. 1956. a. saigi A. Linnust bioloogilise keemia kateedri assistent. Rakendades isotoopide tehnikat asus ta uurima valkude biosünteesi seedenäärmetes ja selle neurohumoraalset regulatsiooni. 1963. a. kaitses A. Lind — uurimus oli valminud prof. E. Martinsoni juhendamisel — kandidaadiväitekirja «Neuraalse ja humoraalse regulatsiooni mõjust sekretoorsete elundite troofikale valkude biosünteesi kaudu märgitud aatomite meetodiga». Ajavahemikul 1964...1978 töötas ta bioloogilise keemia kateedri vanemõpetajana ja dotsendina, seejärel asus molekulaarbioloogia laboratooriumi juhataja kohale.

A. Lind on molekulaarbioloogilise uurimise pioneeriks Eesti NSV-s. Tema initsiatiivil asutati TRÜ-s 1974. a. molekulaarbioloogia uurimisrühm, kellest kasvas välja praegune TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi molekulaarbioloogia laboratoorium, samuti Eesti NSV TA molekulaargeneetika la-

boratoorium (juhataja vanemteadur M. Saarma). A. Linnu sulest on ilmunud üle 70 teadusliku publikatsiooni üleliidulistes ja rahvusvahelistes väljaannetes. Tema juhendamisel on kaitstud kuus kandidaadiväitekirja molekulaarbioloogia erialal. Molekulaarbioloogia rajajana Eesti NSV-s on A. Lind ühtlasi üleliiduliselt ja rahvusvaheliselt tunnustatud teadlane. Tema poolt juhitalvate teadlaste kollektiivile anti 1980. aastal Nõukogude Eesti preemia.

Soovime esimesele Eesti NSV molekulaarbioloogiadoktorile energiat ja indu väga tähtsate teadusprobleemide lahendamisel.

Lembit Tähepõld

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1981. aasta 25. detsembrist (protokoll nr. 50) anti professorikutse hügieeni erialal Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadurile, väliskeskonna kantserogeenide labori juhatajale bioloogiadoktor **Ingeborg Veldrele**.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega 28. aprillist 1982. a. anti vanemteadurikutse närvihaiguste erialal TRÜ Üldja Molekulaarpatoloogia Instituudi ajuverringehaiguste laboratooriumi vanemteadurile arstiteaduse kandidaat **Urve Noormaale** ning otsusega 6. aprillist 1983. a. dotsendikutse peidiatraa erialal TRÜ arstiteaduskonna peidiatraa kateedri õppejõududele arstiteaduse kandidaatidele **Aino Pavesile** ja **Helju Tällile**.

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1983. AASTAL

Riina Aak, Heima Aduson, Galina Agapova, Valentina Ahmetova, Viivi Aidma, Vladimir Aleksejev, Ülle Allikivi, Merike Annus, Andres Arend (kiitusega), Heldi Ardu, Marika Arr (kiitusega), Argo Aru, Jaak Aru (kiitusega), Eda Asser, Svetlana Astaškina (kiitu-

sega), Irina Balinova, Parandžem Barsegjan, Tatjana Birjukova, Eha Blande, Viktor Bogdanov, Valeri Bokov, Külli Bärenson, Raul Christiansen (kiitusega), Angelina Dorbek, Jakov Dudelžak, Külli Eiche, Lauri Einre, Siiri Ellen, Heli Ellermaa, Piret Ernits, Poлина Feigina, Aleksandr Genno, Irina Gurina, Eva Gustavson, Raja Hain, Kristin Helk, Imbi Hollat, Heli Ilomets, Aivar Ivaštšenko, Boris Iveys, Krista Jaago (kiitusega), Olga Jakobi, Boris Janovski (kiitusega), Sirje Jupits, Ene Jõgisoo, Marika Jõgi, Piret Jõgi, Karin Jäger, Arvo Jänes, Eve Kaare, Irina Kala, Ljudmila Kaletina, Andrus Kallam, Eha Kallas, Riina Kallaste, Sirje Karjus, Eve Karl, Amonullo Kassõmov, Ljudmila Katšanovskaja, Reet Kaup, Larissa Kim, Evi Kingisepp, Jaan Kirss, Ülle Kirss (kiitusega), Tiina Kiissel, Toomas Kitsing, Tiiu Kivimäe, Riina Klaar, Helve Klade, Hiie Kliimask, Kaalep Koppel, Sirly Korp, Ülle Kosenkranius, Vladimir Krakonovski, Andrus Kreis, Anna Kreis, Margus Kroon, Kersti Kukk, Artur Kukois, Angela Kuljus, Janis Kundzins, Marje Kuningas, Svetlana Kuptšenkova, Noe Kurdgelia, Leho Kõiv (kiitusega), Tiina Kõressaar, Mare Käpa, Helle Käärrik, Kersti Kütt (kiitusega), Peeter Laasik, Rita Labotkina, Riina Laidna, Lea Lehepuu, Anu Lehtsalu, Mariann Leiner, Mihkel Leiner, Siiri Lepik, Aivar Levin, Lev Levkov, Sergei Li, Inga Ligi, Jüri Lieberg, Kai Lillepea, Heinrich Lindmäe, Heili Lindmäe, Inna Lindmäe, Galina Linkova, Mare Lintrep, Nadežda Lüter (kiitusega), Lolita Locane (kiitusega), Margit Loige, Anne Lokk, Zurab Lominadže, Anne Lopato, Lea Loss, Margus Luht, Iveta Lukošiene, Riina Luud, Koit Makke, Santa Maksteniece, Mare Malberg, Maire Malviste, Sirje Maranik, Maria Maripuu, Georgi Matšabeli, Ruben Melkunjan, Ivan Melnitšuk (kiitusega), Ulvi Merilo, Ingrid Mesila, Merle Miil, Tiina Mikk, Sirje Mikk, Lea Mikkelsaar, Juta Mikkor, Aleksandr Mirzhulava, Valentina Mizere, Helve Monvelt, Natalia Mozarova, Ibraim Muhtš, Kersti Murulaid, Agi Märdin (kiitusega), Hans Mürsepp, Sofia Naidis, Aita Napa, Robertas Narkus, Nina Nazarova, Liidia Naumkina, Rita Neifeld (kiitusega), Aivi Nikker, Gennadi Nikolajev, Anu Nummert, Malle Nuudi, Annelly Oravas, Tiina Oruaas, Konstantin Osmukesku, Rein Paberit, Heli Pallo, Ene Palmer, Ülle Parm, Ülle Pechter, Juta

Peterson, Jaanus Pikani, Anneli Piir, Kalle Piiskoppel, Nikolai Pimkin, Piret Plaamus, Reet Plato, Liidia Polidovitš, Ene Potti, Peep Pree, Hilja Priuhka, Kaie Pross, Larissa Pšenitšnikova, Igor Pšenitšnikov, Tatjana Puškarjova (kiitusega), Anne Puukar, Aino Põldoja, Tiiu Põlluäär, Ruth Pärtel, Eve Püvi, Urmas Püü, Mihhail Ragulja, Mart Rahkema, Hett Raidmets, Tiina Randoja, Helgi Rattas, Ellen Raudam, Irene Raus, Krista Rebane, Maie Rebase, Jüri Rekker, Viida Rekker, Tiiu Resev, Mart Riispere, Anneli Riska, Vahur Ristioja, Tiina Roostna, Sofia Rubinštein, Rein Saarmaa, Olev Salum, Lembit Salumets, Rita Sarapuu, Andres Sarjas, Ljudmila Savoskina, Tiina Selimaa, Merle Sellend, Georgi Sigalov, Karine Siiak, Merion Siibent, Anne-Lii Sild, Katrin Soekõrv, Natalia Soldatova, Silva Soosaar (kiitusega), Liidia Stepanova (kiitusega), Tatjana Stepanova (kiitusega), Irina Strahhova, Jelena Suhhanova, Enn Sults, Tiina Sõerde, Šandor Šubo (kiitusega), Dmitri Zaališvili, Marjam Zabirova, Vassili Zagura, Silvia Zirel, Tiina Zvirgzdin, Gennadi Tabakajev, Ingrida Tambora, Eva Tamkivi, Viivi Tammist, Ulvi Tammjärv, Tiina Tarkin, Maire Tehvre, Hiie Tiisler, Gennadi Timberg, Rita Timmer, Natalia Timofejeva, Liliija Timtšenko, Hele Torop, Helle Treial, Maire Treial, Kai Treial, Katrin Treijar, Gennadi Tšapaikin, Ljudmila Tšernova, Peeter Tulmin, Tiina Tähnas, Sirje Täht, Jaak Tälli, Tiiu Tätte, Igor Ugolkov, Viia Ugolkova (kiitusega), Riina Unt, Regina Urm, Zakia Utjuševa, Marje Uudeküll, Inna Vabamäe, Anne Vahtramäe, Jüri Vahtramäe, Vaike Valo (kiitusega), Ain Vares, Merike Varrik, Olavi Vasar, Ljubov Vdovenko, Kaida Verbo, Mele Viil, Vivika Viirand, Eda Vilgats, Marika Vili-mäe, Sirje Viljus, Vladimir Vinantov, Jüri Voitk, Ellen Võpsu, Katrin Võsu, Hiie Vähi, Marika Väli, Karin Välja, Allan Väljataga, Kadri Väarsi.

TALLINNA MEDITSIINIKOOOLI LÕPETAJAD 1983. AASTAL

Küllli Adamfeldt, Anne Adamsoo, Anu Adermann (kiitusega), Milvi Ainumäe (kiitusega), Irina Aleksejeva (kiitusega), Ilona Altsüler, Irina Andrejeva, Natalia Andrejeva, Ljudmilla Arula, Natalia Aunapu, Svetlana Avdejeva,

Svetlana Bajadze, Svetlana Balaban (kiitusega), Inga Barinova, Jelena Belkina (kiitusega), Ljudmila Berš (kiitusega), Svetlana Botškarjova, Maie Demidova (kiitusega), Tatjana Didenko (kiitusega), Tatjana Djatškova, Irina Dobrodušenko (kiitusega), Irina Dolbeškina (kiitusega), Jelena Dubonina, Ivi Elhi, Kaja Elviku (kiitusega), Kersti Entveg (kiitusega), Larissa Fjodorova (kiitusega), Nadežda Gale-ta, Marina Gezei, Olga Gontšarova (kiitusega), Jelena Gorbatšova, Larissa Gorbunova, Oksana Gorbunova, Svetlana Gorelova (kiitusega), Jekaterina Gorškova, Ella Gortšinskaja (kiitusega), Rita Grištšuk, Marina Guskova, Guzjal Hasjanova, Terje Heerde, Helin Heinsalu, Jekaterina Hiisku, Juri Hmelnitski, Larissa Hmurova (kiitusega), Irina Hodunkova, Mari Holjavko (kiitusega), Annika Holm (kiitusega), Jelena Homutova, Lema Idrissova, Tatjana Ilina, Monika Ilves, Ljudmila Ipatova, Irina Issakova, Nina Išutko, Larissa Izak, Irina Ivanova, Ülle Jahe-salu, Svetlana Jakovitš, Natalia Jakovenko, Tatjana Jelissejeva (kiitusega), Veronita Jerihhova, Zinaida Jerõgina, Malle Jets, Sirje Juuro (kiitusega), Marju Jõgis (kiitusega), Anne Jõeäär, Marje Järveveer, Maie Jürimäe, Jelena Kalanda, Taivi Kaljola, Ülle Kamarik, Fjodora Kaminskaja, Heli Kanarbik, Irina Kanunnikova, Svetlana Kapustina, Marianne Kariste, Gaidi Kaseväli, Svetlana Kašnikova (kiitusega), Katrin Kaur (kiitusega), Kaja Keskküla, Liis Kirs, Svetlana Kisko, Tatjana Kisseljova, Terje Kivistiku (kiitusega), Natalia Klepets, Margarita Klimentko, Luule Kolk, Jelena Kolutuhhina (kiitusega), Svetlana Komleva, Rita Konjarova (kiitusega), Marina Konošina, Antonina Konsulnikova, Eve Kopti, Jelena Kortšak, Olga Kossogova (kiitusega), Lilia Kostina, Zinaida Kovalko, Galina Kovšik, Maie Kransiveer, Jelena Kreisberg (kiitusega), Kai-re Kruus, Tiiu Kruusmaa, Marina Krõlova, Anu Kull, Marve Kull, Ene Kurema, Juri Kuttašov, Jelena Kvassova, Marina Kämärä, Meelike Käärrik, Malle Laas, Natalia Lapšina, Larissa Lazareva, Jelena Lebedeva, Larissa Lebedeva (kiitusega), Ly Leetus, Merike Lehtsalu, Merle Lehtsalu, Marina Leikina, Anne-Erika Leikmaa, Tiiu Lein, Leena Lember, Elle Lester, Lii Liit, Eha Liivet, Liina Loit, Pille Loit (kiitusega), Janne Luik, Natalia Lutško (kiitusega), Aita Lõoke, Aina Lõõbas, Gersti Mahlapuu, Irina Maiba, Jelena Makaronska-

ja, Natalia Makejeva (kiitusega), Jelena Malõševa (kiitusega), Natalia Maslova, Aili Matkur, Svetlana Matsenjok, Ehtel Meeder, Sigrid Meidra, Lii Melles, Larissa Merkulova, Olga Merts, Natalia Meževa, Irina Mihhaljova, Tatjana Mihhaljova, Terje Miido, Tatjana Milovidova, Marina Mironova (kiitusega), Monica Murakas, Irina Murel, Ülle Mustallikas, Liidia Männik, Tiina Männistu, Marika Märk, Mai Naruski, Nina Neštšeretova, Svetlana Nezdoiminova, Alevtina Netšajeva, Lea-Margo Neubauer, Reet Norden (kiitusega), Jelena Novikova, Larissa Novitska, Olga Omeljanjuk, Riina Oolberg, Tiina Orover, Ljudmila Ossipenko, Ljubov Ostrat, Alla Ozerova, Sirli Paimre (kiitusega), Heli Pallo (kiitusega), Kaie Palta, Aita Parts, Marina Pasjukova, Riina Pekk, Tiia Pent (kiitusega), Larissa Pestšanitskaja, Juta Peterson, Marina Petrova, Rita Pillmaa (kiitusega), Aleksandra Pogartšenko, Tatjana Pogodina, Irina Polovnikova, Sirje Poobus, Svetlana Potapenko, Valentiina Prokofjeva, Ülle Proos, Ljudmila Prošina (kiitusega), Hille Pulk, Külli Puumeister (kiitusega), Marge Põlluste, Irina Pähkel, Helju Pällö, Anne Pärnpuu, Janika Pääro, Helina Rahuoja, Kaja Raigna, Inge Rand (kiitusega), Aili Reinurm, Malle Rohula, Lea Rohusaar (kiitusega), Piret Rooni, Elina Rudoi, Nadežda Rõbatšok, Riinamall Räst (kiitusega), Lidia Rünt, Marje Saar, Alla Saifudinova (kiitusega), Vaigi Saks, Svetlana Salnikova, Svetlana Samofalova, Marina Sanima, Jelena Sasmil, Kristi Sell, Natalia Semakina, Svetlana Semiglazova, Luule Sepp, Marina Seraja (kiitusega), Anna Sergejeva, Urve Sibul, Inga Sini-vee, Erli Sjähka, Tatjana Sokolova (kiitusega), Ljudmila Solomjannaja, Tatjana Solovjova, Ljudmila Sopilova, Tatjana Sossinovitš, Alla Stanjuk, Leila Staub (kiitusega), Marina Stepanova, Marge Stüf (kiitusega), Marina Sverjeva, Evi Suik, Signe Sulg, Ülle Sulger, Helle Suurmäe, Anastassia Suvorova-Stogova, Galina Šafarjuk, Irina Šamf, Natalia Šeremet, Jelena Šinkevitš, Larissa Širjajeva, Tamara Šprenk, Alla Zabeida, Marina Zabolotnaja, Gulnar Zainullina (kiitusega), Sarmite Zamors, Ninel Zidkihh, Erika Zõkova, Nina Žitkonogova (kiitusega), Raissa Žmareva, Irina Žukovina (kiitusega), Svetlana Žuravskaja (kiitusega), Olga Žutškova, Zita Tamašauskaite (kiitusega), Jelena Tararjeva, Lea Telling, Tatjana Terjohhina, Tiina Tilk, Tatjana

Timofejeva, Jelena Timohhova, Terje Tipner, Svetlana Tokmakova, Külli Tomingas, Maarika Tomingas (kiitusega), Oleg Tretjak (kiitusega), Irene Tsirel (kiitusega), Irina Tšernova, Jelena Tširkova, Natalia Tšišik, Nina Tšuhhenkova, Natalia Tšupilina, Marina Tšurilina, Maie Tükk, Marina Undzenaite, Liivia Urb, Lily Uusküla, Reet Vaks, Elvi Valle, Mai Varul, Heidi Veelmaa, Ivi Veide, Ly Velt, Larissa Vereštšak, Maris Verpson, Külli Vest, Tiina Viidik, Tatjana Vinogradova, Heivi Virveste, Leili Vislar, Irina Vlassova, Natalia Vlezko, Lutsia Voinilovitš, Jekaterina Voinova (kiitusega), Lii Volmer, Maire Vuks.

TARTU MEDITSIIKIKOOLI LÕPETAJAD 1983. AASTAL

Ene Anderson, Merike Annamaa, Marina Antonova, Merike Arand, Kersti Ast (kiitusega), Endla Aule, Tiina Ausin, Külli Dusmetova, Karin Edesi, Marina Fjodorova, Lidia Gadun (kiitusega), Maire Hussar, Veevi Hõrak (kiitusega), Kaie Iilane, Jelena Ikonnikova, Veronika Ilves, Terje Ivask (kiitusega), Karmen Jaanus, Ülle Järvekülg, Karin Kaasik, Hele Kaat, Aime Kallas, Siiri Kallasmaa (kiitusega), Küllike Kask (kiitusega), Mailis Kenusaar, Inga Krassohhina (kiitusega), Margit Kreos (kiitusega), Ene Kukkk, Terje Kukkk (kiitusega), Rita Kukkur, Vilve Kungus, Anneli Kutsar, Urve Kuzmina, Külli Kõrbe, Ille Lehis, Maia Lepasaar, Liilia Lepik (kiitusega), Marika Liivak, Ülle Lina, Tiina Lips (kiitusega), Maire Loomus, Juta Luha, Margit Maasing, Luive Merilai (kiitusega), Kersti Murumaa, Marika Mäeveski, Ira Männimets (kiitusega), Margit Niilre, Marika Nutt, Anneli Nõmm (kiitusega), Jane Nõps, Larissa Orljonok, Alla Olefirenko, Silvia Ossid, Anne Paatsi, Hille Palu (kiitusega), Jaana Pessukova (kiitusega), Tiia Pihus, Ülle Piirisild, Kaja Pipar (kiitusega), Marje Pissukova, Ele Ploomipuu, Triinu Pringi, Anne Pruuli (kiitusega), Elo Punga, Linda Puusta, Ivike Põldsaar, Meida Raudsepp (kiitusega), Margit Rondo, Külli Roots, Kati Ruusmann (kiitusega), Erika Rätte, Hiie Saar (kiitusega), Külli Saarelaid, Kaja Saarniit, Ly Sander (kiitusega), Lea Selge, Tiiu Sokorova, Kersti Suija, Merike Sulg, Aida Suun, Tiiu Tarros, Katrin Tattar, Liidia Teppo, Lia Tikk (kiitusega), Tatjana Tiškina, Siivi Tomsen, Terje Torm (kiitusega), Vikto-

ria Trofimova, Tiiu Tulk (kiitusega), Annika Tõldsepp, Luule Vaher, Astrid Valdmann, Aimi Valme, Viktoria Vorobjova, Irina Värnik, Ave Väärsi, Svea Äro.

KOHTLA-JÄRVE MEDITSIIKKOOLI LÕPETAJAD 1983. AASTAL

Natalia Agruzova, Svetlana Anfimova (kiitusega), Inga Bandjugova, Oksana Bek, Irina Beljakova, Irina Bogdanjuk, Anna Bolšakova, Svetlana Borissenko, Olga Demtšuk, Nadežda Erro, Nadežda Fatula, Magdalena Filippova, Jelena Flissak, Marina Gabitova, Nadežda Gallassa, Galina Galuška, Galina Gnilitskaja, Olga Grigulka, Viktoria Grišina, Jelena Grudkina, Nadežda Gubitskaja, Maria Homut, Marina Ignatjeva, Ljubov Ivahhiv, Aleksandra Ivanitskaja, Ljudmila Ivanova (kiitusega), Natalia Ivanova, Oksana Ivanuhh, Ilona Jakobi, Irina Jakovleva (kiitusega), Marina Jakuševa, Nadežda Jazlovetskaja, Maria Javorskaja, Jelena Jefimova, Olga Jermolenko, Jelena Kašnikova, Raissa Kažadei, Oksana Katšarai, Irina Knjazeva, Natalia Kolbina, Jelena Koleda, Galina Komarin, Jelena Komissarova, Ljudmila Kotenko, Tatjana Kotšnjeva, Anna Kovaltšuk, Irina Kret, Natalia Kutšerova, Tatjana Kõrova, Galina Lazareva, Aivi Laur, Olga Lengard, Marina Lepestova, Valentina Litikova, Jelena Maslova (kiitusega), Ljudmila Mazai, Anna Mazurök, Bogdana Medvid, Marina Metšterjakova, Svetlana Moskvina (kiitusega), Ellen Mürsepp, Nadežda Nagailo, Galina Nikitina, Irina Nikolajeva, Svetlana Ogurtšenok, Jekaterina Ohhina, Oksana Oleinik, Svetlana Oleinik, Svetlana Ossipenko, Viktoria Paavo, Maria Palitšuk, Ljubov Pauk, Larissa Popova, Svetlana Puhovskaja, Anna Pötel, Irina Radtšuk, Marina Rakitova, Olga Rakitova, Nadežda Remizova (kiitusega), Oksana Riško, Nadežda Rõbi, Irina Sazonova, Larissa Semtskaja, Svetlana Smolenskaja, Paat Sokurašvili (kiitusega), Natalia Sonsjadlo, Vera Stetsko, Ljudmila Strižko, Nina Subotš, Anželika Suslova, Tatjana Šššina, Nadežda Šaljeva, Maria Zahhodnjak, Galina Tarassova, Ljudmila Tarassova, Lilia Tatti, Maria Teterja, Mzia Tkebutšava, Tatjana Tolmatš, Nadežda Trelina, Larissa Tsarrik, Nadežda Tsarrik, Galina Tsintsiruk, Nina Tšizova, Oksana Tverdohleb, Galina Užegova, Lidia Võnšivetskaja.

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2«1903/1983»(091)

80 AASTAT TALLINNA VABARIIKLIKU PÜHHONEUROLOOGIAHAIGLAT

ARVO HAUG HEINO GUSTAVSON · TALLINN

Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla, asutamise eellugu, kujunemine, tänapäev

Raviasutuse ajaloole on suhteliselt hiljuti pühendatud ohtralt trükiridu (2, 3, 4, 8) ja seepärast ei ole öeldut mõttekas korrata. Ümmarguse aastapäeva puhul oleks sobiv alustada seni üldsusele tundmata asjaoludest haigla loomise eelloos.

XIX sajandi viimasel veerandil võib täheldada Eestimaa kubermangu maaadli märgatavat rikastumist, tingituna peamiselt piiritustööstuse ja sellega seotud abitootmise (nuumloomade pidamine) järsust arenemisest. Teatavaid pudemeid kogunevast jõukusest langes seejuures ka heategevusele: leiti raha kohalike pisihaiglate asutamiseks, arstide palkamiseks maale jne. Ja kui veel sajandi keskel Eestimaa rüütelkond *in corpore* oli olnud vastu psühhiaatrilise abi andmises lihtrahvale, siis aastasaja lõpul hakkas ilmnema humanistlikum mõttesuund. Liiatigi oldi märgatavalt maha jäänud Liivimaa kubermangust, kus juba korralikud vaimuhaiglad olemas olid.

Selleks et midagi luua, oli vaja vastavat organisatsiooni. Initsiatiivrühm tutvustas psühhiaatriaahaigla asutamise ideed suuliselt ja ringkirjades, Eestimaa

Vaimuhaigete Hooldamise Seltsi asutamiskoosolek peeti 1897. aasta 4. juulil* (1). Põhikirja esimene redaktsioon kinnitati sama aasta 25. novembril ja avamiskoosolek kubeneri eesistumisel leidis aset 29. detsembril 165 asutajaliikme osavõtul. Selleks ajaks oli laekunud rohkesti raha annetustena nii eraisikuilt kui ka ettevõttele ja organisatsioonidelt, millega seltsi põhikapital oli kasvanud suuremaks kui 35 000 rubla. Võeti vastu otsus ehitada 100 voodikohaga haigla, maksumus umbes 100 000 rubla (6).

Pakub huvi fakt, et esialgu tekkis idee avada raviasutus Paldiskis, selleks saadi ka luba (5), kuid peagi avanesid soodsamad võimalused Tallinnas, kus selts sai annetusena maatüki Paldiski maantee ääres koos Seewaldi-nimelise suvemõisaga¹. Finantsolukorda aitasid tunduvalt parandada heategevad kontserdid, loteriid jms., teiste seas ka laulukoori «Revaler Liedertafel» dirigendi Konstantin Törnpu lahkumiskontsert Kadriorus 7. juulil 1898 (7). Haigla territooriumi suurendamiseks andis Tallinna linnavalitsus seltsile omalt poolt kõrvalkrundi puhtformaalse rendiga: esialgu 36, pärast ainult 25 rubla aastas².

Esimene samm haigla kui sellise loomisel oli raviasutuse põhikirja koostamine; statuut kinnitati 21. detsembril 1899 ja selles fikseeriti esimese nimetusena Eestimaa Kubermangu Vaimuhaigete Hooldamise Seltsi Raviasutus (Heilanstalt der Gesellschaft für Fürsorge für Geistesranke im Gouvernement Estland)³. Aasta hiljem valiti ravila peaarstiks Ernst Kügelgen, kes asus tööle 1901. a. algul, ta aga suunati välismaale tutvuma vaimuhaiglatega ja uusimate saavutustega psühhiaatrias⁴.

Arhitekt A. v. Howeni projekti järgi valminud haigla avamisaktus peeti 13. novembril 1903⁵, esimene haige hos-

pitaliseeriti 14. novembril⁶. Nelja uue ravihoone projekt (arhitektid E. Boustedt, E. Jacoby ja J. Rosenbaum) kinnitati 13. augustil 1908⁷ ja viimased vaimuhaiged toodi Priihospitalist Paldiski maanteele üle 1909. a. lõpuks⁸. Vastsed majad anti tellijale ametlikult üle 25. augustil 1910⁹, arhitekt B. Liljequisti projekteeritud klubihoone valmis 11. jaanuariks 1913¹⁰.

Eestimaa Kubermangu Närvi- ja Vaimuhaigete Hooldamise Seltsi lakkas olemast 1924. a. ja haigla anti üle riigile¹¹.

Pärast Suurt Isamaasõda on raviasutust korduvalt reorganiseeritud, muudetud tema nime, osakondade arvu, suurst jne. Lõplikult liideti statsionaar ja dispanser 1957. a. mais. Teistest tähtsamatest momentidest mainigem hambaravikabineti ja kohtupsühhiaatriaosakonna asutamist 1947. a., füsioteraapiaosakonna ja apteegi avamist järgmisel aastal, röntgenikabineti sisseseadmist 1951. a., kahekorruselise ravihoone ehitamist ja tekstiilijäätmete töötlemise ravitöökoja avamist 1952. aastal ning dispanseri juurde logopeediakabineti moodustamist neli aastat hiljem.

1960. aastal avati lastepsühhiaatriakabinet, 1967. aastal -osakond, 1970. aasta märtsis rajati tööravi- ja tootmistöökojad, 1973. aastal organisatsioonilis-metoodiline osakond, 1977. aastal dispanserne narkoloogiaosakond, 1979. aastal avati haigla vastuvõtutuba, 1981. aastal tehti algust kultuuriteraapiaüritustega, mullu moodustati dispanserne laste- ja noorukite osakond, alustas tööd kollektiivne psühhoterapia- ja ohutustehnikakabinet, tänavu nõelravikabinet. Uued statsionaarsed narkoloogiaosakonnad avati 1980. ja 1982. aastal.

Käesoleval ajal on haiglas 14 statsionaarset osakonda, millest kuus on spetsialiseeritud (lastepsühhiaatria-, kohtupsühhiaatria-, neuroloogia-, kolm nar-

* Siin ja edaspidi on kuupäevad uue kalendri järgi.

¹ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 14, l 9—9p.

² ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 1, l 1—3.

³ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 34, l 18—22p.

⁴ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 241, l 11—12.

⁵ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 3, l 3.

⁶ TVPH arhiiv, haiguslugu nr 1.

⁷ ENSV RAKA, f. 33, n 3, s 2614, l 1, 2, 4, 6, 7.

⁸ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 13, l 23, 34, 35.

⁹ ENSV RAKA, f. 33, n 3, s 2614, l 28, 48.

¹⁰ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 3, l 16.

¹¹ ENSV ORKA, f. 1270, n 1, s 64-a, l 31.



Foto. Osa Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas töötavaist arstidest 1983. aastal. Esireas vasakult: E. Päll, A. Sergo, A. Värnik, M. Taal (peearsti asetäitja), A. Haug (peearst), I. Troitski (peearsti asetäitja), I. Paulus, A. Aero, H. Sepp. Teises reas: J. Strelova, R. Kon, M. Tuksam, M. Vaino, V. Kukk, A. Vaarask, L. Tulmin, R. Mihkelsoo, E. Grünthal, M. Vahtra, K. Konsap, M. Millerman. Kolmandas reas: P. Valvur, J. Mumma, E. Morozova, L. Petrova, H. Gofman, E. Ivandi, B. Glikman, M. Ermel, L. Nasalevitš, L. Laulik, A. Ennet, I. Rubinstein, E. Kukkela.

koloogiaosakonda) ning kolm dispanserit osakonda (üldpsühhiaatriadispanser, laste- ja noorukite dispanser, narkoloogiadispanser).

Ambulatoorsete külastuste arv aastast on ligi 100 000. Haiglas on 1040 voodikohta, aastast ravitakse üle 6000 haige. Haiglal on kõik vajalikud parakliinilised osakonnad ja kabinetid (apteek, laboratoorium, röntgeni-, EEG-, EKG-kabinetid, füsioteraapiaosakond). Haiglal on ka tööravi- ja tootmistöökojad, kus igal aastal saab tööravi üle 2000 psühhiliselt haige. Täpsemalt on sellest kirjutatud «Nõukogude Eesti Tervishoiu» tänavuses 3. numbris (lk. 205—207). Haigla struktuurilisi allüksusi on Tallinnas veelgi, Harju rajoonis Munalaskmes, Kakumäel ja mujalgi.

Viie aasta kestel on peatähelepanu pööratud meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmisele, dispanserite osakondade eelisarendamisele, haigla materiaal-tehnilise baasi väljaarendamisele, haigete olme- ja personali töötingimuste parandamisele ning nõudlikkuse suurendamisele täitedistsipliini osas.

Regulaarselt on toimunud iganädalased kliinilised konverentsid, visiidid kõikidesse osakondadesse, regulaarselt on arstide ees esinenud TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri õppejõud (professorid J. Saarma ja H. Väre, dotsendid M. Saarma, L. Mehilane, V. Vahing, A. Adamsoo), ka külalisprofessorid Moskvast ja Leningradist. 1979. ja 1981. aastal korraldati arstidele kaks täiendustükli: lastepsühhiaatria alal kuulati Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi õppejõudude loenguid, piiriseisundite probleemi alal Leningradi Arstide Täiendusinstituudi õppejõudude loenguid. Meie arstid on osa võtnud üleliidulistest konverentsidest ja praktilis-metoodilistest nõupidamistest, vabariiklikest psühhiaatria-seminaridest.

Arstidest on ühel Eesti NSV teenelise arsti aunimetuse, viiel arstiteaduse kandidaadi kraad, kahel on kõrgeim kvalifikatsioonikategooria, 12 arsti on esimese kategooria psühhiaatrid. Ajavahemikul 1978...1982 on meie arstid publikseerinud 31 teadusartiklit.

Regulaarselt on peetud ka ödede

kutsevõistlusi, korduvalt on jõutud auhinnalistele kohtadele nii ülevabariigilistel kui ka Tallinna õdede kutsevõistlustel. Aastail 1981...1982 ja 1982...1983 korraldatud keskastme meditsiinitöötajate täienduskursused lõpetas 64 töötajat, haiglas on 24 esimese kvalifikatsioonikategooriaga meditsiiniõde. Selles valdkonnas on palju ära teinud peaarsti asetäitjad E. Päll (1981. aastani) ja M. Taal.

Kõik kolm dispansersert osakonda on kolinud uutesse, eraldi asuvasse hoonetesse (aastail 1980...1982). Avaramates ruumides töö on võimaldanud suurendada ambulatoorset vastuvõttu, visiitide arv on narkoloogiaosakonnas kahekordistunud (juhataja A. Liiv). Dispansersert tööd juhib peaarsti asetäitja I. Tergem.

Haigla materiaal-tehnilise baasi parandamine algas tõhusamalt 1979. aastal. Igal aastal on kapitaalremondiks kulutatud keskmiselt 250 000 rubla. Need tööd on olnud väga mitmesugused ja küllaltki keerukad ning sageli vähe tänuväärised. Neid tegemisi on aga edukalt juhtinud peaarsti asetäitja A. Reinsalu. Haiglapersonali töö- ja olmetingimusi on suudetud parendada. Heades tingimustes töötavad nii arstid, vanemõed, õdeperenaised jt. kui ka haigla juhtkond.

Tervisekasvatust ja selle põhimõtete edastamist rahvale on meie haigla arstid alati tähtsaks pidanud. Paljud neist (A. Värnik, I. Tergem, A. Liiv, A. Steinberg, R. Vassiljev, J. Raudsepp, E. Striž jt.) on vaimse tervise säästmise nimel, tervete eluviiside propageerimise eesmärgil esinenud korduvalt Eesti Raadios, Eesti Televisioonis, ajakirjanduses, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse vestlusringides jm. Tähtsaks peame ka sotsioterapeutilist tööd karskusklubis «Tervis», mis haigla narkoloogide juhtimisel on perekonnaklubina tegutsenud 1979. aastast alates. 1982. aastal pidasid arstid kokku 664 loengut, millest 447 väljaspool haiglat.

Tähtis tööloik on organisatsioonilismetoodiline ja konsultatiivtöö, mille eesmärk on tagada organisatoorsete abi-

nõude elluviimine ning teadusliku mõtte levik nii haigla arstkonna hulgas kui ka kogu meie vabariigi psühhiaatriaasutuste võrgus. Seda tööd juhib peaarsti asetäitja V. Jänes ning selle tegevuse edukuse on taganud professorite J. Saarma ja H. Väre otsene kaasabi.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla töötajad on pälvinud NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi, NSV Liidu Siseministeeriumi, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee, Eesti NSV Siseministeeriumi, ÜLKNÜ Keskkomitee, Tallinna Linna RSN Täitevkomitee, Punase Risti Seltsi Keskkomitee ja EKP Kalinini Rajoonikomitee aukirju. Mitutsada töötajat on autasustatud Tööveterani medaliga, paljusid tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga. 1979. aastal autasustati Tööravi- ja Tootmistöökodade direktorit T. Tiitsu NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näituse hõbemedaliga, vanemõde H. Liivi pronksmedaliga, 1981. aastal vanemõde J. Jõge medaliga «Eeskujuliku töö eest».

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla edasiminekku on taganud suurearvuline ja teotahteline töötajate pere, nende igapäevased jõupingutused, kohusetruu töö. 80-aastase haigla, kus tänasel päeval on 1040 haiglakohta, töötajate üldarv 805, arstikohti 109, areng jätkub ning homses päevas suudame veel midagi paremini teha, seda kõike haige inimese ravi ja tervistamise nimel.

KIRJANDUS: 1. E. T. Kodu, 1926, 15, 459—464. — 2. Gustavson, H. Meditsiin Tallinnas XIX sajandist kuni 1917. a. Tallinn, 1979, 136—140. — 3. Gustavson, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 2, 127—131. — 4. Luts, U., Jänes, V., Gustavson, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 6, 519—522. — 5. Revaler Beobachter, 1898, 22, Jan. — 6. Revaler Beobachter, 1898, 11. März. — 7. Revaler Beobachter, 1898, 25., 26. Juni, 2. Juli. — 8. Saarma, J. Psühhiaatria minevik ja tänapäev. Tallinn, 1982, 148—149.

9. Лутс У. Я., Янес В. Х. В кн.: Актуальные проблемы развития психиатрической и наркологической помощи в Эстонской ССР. Таллин, 1978, 17—19.

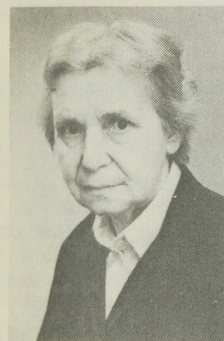
Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla

Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse
Ministeeriumi KTB

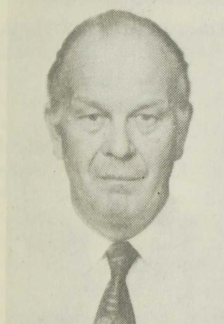
Meie juubilare



Aari Õun, Tallinna Pelgulinna Haigla sanitaarharidustöö instruktor, sai 6. septembril 70-aastaseks. Sündinud Moskvas. Õppinud Tartu Tütarlaste Gümnaasiumis. 1958. a. lõpetas Eesti NSV Punase Risti Seltsi meditsiiniõdede kursused. Ajavahemikul 1950...1965 oli Eesti NSV Punase Risti Seltsi Kalinini Rajoonikomitee aseesimees. 1965. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. A. Õun on Pelgulinna Haigla baasil töötava Tervise Rahvaülikooli osakonna «Teile, naised» peamine organiseerija ja õppenõukogu sekretär. Osakond on tervise rahvaülikoolide üleliidulisel ülevaatusel saavutanud esikoha ja korduvalt tulnud esikohale vabariiklikel ülevaatusel. Osakond on kinnitatud meie vabariigi eesrindlike kogemuste kooliks. A. Õun on sanitaarharidustöös rakendanud mitmeid uusi töövorme. Ta on ühingu «Teadus» haigla algorganisatsiooni sekretär. Aastail 1957...1963 oli ta Tallinna Linna Kalinini Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu saadik. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga ning sanitaarkaitse eesrindlase rinnamärgiga. A. Õun kuulub NLKP ridadesse 1958. aastast alates.



Meeri Liivamägi, Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonna arst, sai 16. juulil 60-aastaseks. Sündinud 1923. a. Tallinnas töölisperekonnas. 1942. a. lõpetas Tütarlaste Eragümnaasiumi. Aastail 1943...1950 õppis TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas. Üliõpilasena alustas tööd Tartu Vabariiklikus I Haavakliinikus ordinaatori kohusetäitjana. Pärast ülikooli lõpetamist oli TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri assistent ja Tartu Linna Kliinilise Haigla ordinaator. 1963. a. asus M. Liivamägi samas lastekirurgiaosakonna juhataja ametikohale, kust seoses haiglate ühendamisega 1971. a. toodi ta üle Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonna juhatajaks. Sellel ametikohal töötas kuni 1979. a. M. Liivamägi on tunnustatud spetsialist, I kategooria kirurg, korduvalt on ta viibinud täienduskursustel meie maa täiendusinstituutides. Ta on mitme teadusartikli autor. Tagasihoidliku inimesena ning kohusetruu ja täpse arstina on M. Liivamägi lugupeetud kolleeg. Juubilari on autasustatud mitme aukirjaga.



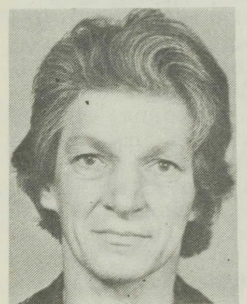
Jaan Luberg, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla laevaarst, sai 2. augustil 60-aastaseks. Sündinud Paide rajoonis põllutöölise perekonnas. 1943. a. lõpetas Tallinna 12. Keskkooli ning 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist määrati ta Pärnu-Jaagupi rajooni tervishoiuosakonna juhatajaks. Ajavahemikul 1953...1956 teenis Nõukogude armees. Pärast demobiliseerimist oli Pärnu-Jaagupi rajoonihaigla kirurgiaosakonna juhataja ning aastail 1961...1966 Kallavere Haigla peaarst. 1966. a. alustas töötamist Eesti NSV Tervishoiuministeriumis, algul Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitjana, seejärel kaadriosakonna juhatajana. 1977. a. alates on töötanud laevaarstina. J. Luberg on esimese kategooria tervishoiuorganisaator. Ta on palju teinud arstiabi parandamisel ning arstide erialakvalifikatsiooni tõstmisel. NLKP ridadesse kuulub ta 1967. a. alates. Korduvalt on täitnud rahvasaadiku kohustusi. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, tervishoiu eesrindlase ja NSV Liidu tsiviilkaitse eesrindlase rinnamärgiga ning mitme aukirjaga.



Leida Eenma, Tartu Kliinilise Haigla vastuvõtuosakonna juhataja, sai 5. augustil 60-aastaseks. Sündinud Virumaal talupidaja perekonnas. 1943. a. lõpetas Jõhvis gümnaasiumi ning 1951. a. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Järgnesid tööaastad Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas, algul sisehaiguste osakonna ordinaatorina, seejärel osakonnajuhatajana ning jaoskonnaterapeudina. Ajavahemikul 1964... 1971 oli Tartu Linna Kliinilises Haiglas jaoskonnaterapeut. 1971. a. alates on olnud praegusel ametikohal. Põhitöö kõrvalt on ta pidevalt töötanud reumatoloogina. Korduvalt on ta tõstnud oma erialakvalifikatsiooni üleliidulistes täiendusinstituutides. Juubilar on I kategooria terapeut. L. Eenma on avaldanud teadusartikleid ja esitanud teadusettekandeid. Tema juhtimisel reorganiseeriti haigla vastuvõtuosakond. Tal on jätkunud aega ühiskondlikuks tööks haigla ametiühinguorganisatsioonis ja seltsimeheliku kohtu koosseisus ning tsiviilkaitse formeeringute juhtimisel. Juubilari tegevus on pälvinud tänuavaldusi ning aukirju.



Aino Lukas, Tartu Kliinilise Haigla vereülekandeosakonna kirurg, sai 16. augustil 60-aastaseks. Sündinud Tartus ülikooli õppejõu perekonnas. 1941. aastal lõpetas Tartu II Gümnaasiumi. Aastail 1942... 1948 õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonnas. Juba üliõpilasena alustas töötamist, algul Tartu Vabariikliku II Haavakliiniku ordinaatorina, seejärel oli Vabariikliku Vereülekandejaama Tartu osakonna ordinaator ja TRÜ arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri assistendi kohusetäitja. Pärast arstiteaduskonna lõpetamist oli Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgiks. Ajavahemikul 1952... 1976 juhatas A. Lukas Tartu Vabariikliku Haigla vereülekandeosakonda. 1976. a. alates on töötanud praegusel ametikohal. Ligikaudu veerandsajandi jooksul on ta oskuslikult korraldanud vereülekandeteenistust haiglas, ta on palju teinud doonorluse propageerimisel ja Tartu ravi-asutuste doonoriverega varustamisel. A. Lukas on oma eriala II kategooria arst. Korduvalt viibinud täienduskursustel ning juhendanud TRÜ arstiteaduskonna üliõpilasi. Juubilar on pälvinud tänu nii kutse-kui ka ühiskondliku töö eest.



Germina Aibova, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla raviosakonna juhataja, sai 20. augustil 60-aastaseks. G. Albova on sündinud Leninigradis teenistuja perekonnas. 1948. aastal lõpetas ta I. Pavlovi nimelise Leningradi I Meditsiiniinstituudi. Pärast õpinguid määrati ta Tallinna Vabariikliku Haigla ordinaatoriks. Sellel ametikohal töötas juubilar üle 25 aasta. 1973. aastast alates on G. Albova olnud Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla raviosakonna juhataja. Juubilar on oma eriala — gastroenteroloogia — hea tundja, võimekas diagnoosija ning hea raviarst. Ta on I kategooria terapeut. Tema juhatatav osakond on silma paistnud hea töökorralduse, haigetesse tähelepaneliku suhtumise ning heade ravitulemuste poolest. Eeskujuliku töö eest on G. Albovat autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, mitmel korral on ta pälvinud haigla administratsiooni tunnustuse.



Hilja Alev, Tartu Kliinilise Haigla surdologopeediakabineti juhataja, arstiteaduse kandidaat, sai 15. septembril 60-aastaseks. Sündinud Tartus töölisperekonnas. On lõpetanud Tartu 3. Keskkooli. 1942. aastal astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1949. aastal. Juba üliõpilasena alustas töötamist Tartu Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas ning on seal töötanud tänaseni. 1955. aastast alates on olnud surdologopeediakabineti juhataja. H. Alev on võimekas otoloog, talle on omane erakordne täpsus ja nõudlikkus ning see on olnud eeskujuks tema kolleegidele ning arvukatele õpilastele. Oma erialakvalifikatsiooni on täiendanud Leningradis ja Moskvas. H. Alev on I kategooria otoloog. Tegelnud teadustööga juba üliõpilaspõlvest alates, avaldanud teadusartikleid ja esinenud konverentsidel. 1971. aastal kaitses kandidaadiväitekirja, mis käsitles kuulmis-, tasakaalu- ja kõnehäiretega haigete elektronüstagnograafilist jälgimist. Juubilari on autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga ja arvukate aukirjadega.



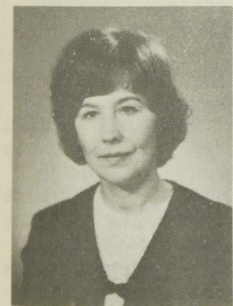
Maimu Olesk, Tartu Kliinilise Haigla apteegi juhataja asetäitja, sai 2. juulil 50-aastaseks. Sündinud Pärnumaal Polli vallas töölispererkonnas, 1952. aastal lõpetas ta Viljandi 1. Keskkooli. Aastail 1952... 1957 õppis M. Olesk Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, mille lõpetas proviisorikutsega. Algul oli ta Tartu Kivisilla apteegis assistendiks. Ajavahemikul 1958...1976 töötas ta Tartu apteegilaos kontrolörina ja osakonnajuhataja asetäitjana. 1976. aastal alustas assistendina tööd Tartu Kliinilise Haigla apteegis. 1979. aastast alates on ta olnud praegusel ametikohal. M. Olesk on regulaarselt täiendanud oma erialakvalifikatsiooni ja energiliselt osalenud haigla ametiühingutöös. Elurõõmsa ja optimistliku inimesena ning suurte kogemustega farmatseudina on juubilar hinnatud ja autoriteetne kolleeg. Hea kutsetöö eest on M. Olesk pälvinud mitu aukirja.



Uno-Arvid Sillajõe, kirjastuse «Perioodika» direktor, sai 29. augustil 50-aastaseks. Juubilar on Tallinnas sündinud ja õppinud teenkese kirjastustöötaja, kellel 15 tõcaastat on käidud ka koos ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetusega. Lõpetanud Tallinna Polütehnilise Instituudi 1958. aastal insenerökonomistina, on ta kogu elu siiski sidunud ka meditsiiniga lastearstist abikaasa kaudu. Aastail 1958... 1962 töötas Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse tootmisosakonnas, 1962...1968 EKP Keskkomitee Kirjastuses tehnoloogina, 1969. aastast kirjastuses «Perioodika» direktori asetäitjana, 1980. aastast praegusel ametikohal. U. Sillajõe tööpõld on olnud lai ja mitmekülgne. Ajavahemikul 1969... 1982 on ta olnud rahvakohtu kaasistuja, 1975...1980 Eesti NSV Ajakirjanike Liidu juhatuse revisjonikomisjoni liige, 1980. aastast juhatuse liige. Võimeka ja eeskujuliku kirjastustöötajana on pälvinud Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Ametiühingute Nõukogu aukirja, NSV Liidu Kirjastuskomitee ja NSV Liidu Kultuuritöötajate Ametiühingu Keskkomitee ning teisi aukirju. Juubilar on sirgjooneline, väga ausameelne ja korrektne, abivalmis ja loomult väga sõbralik kirjastusejuht, kelle osavõtlikkust kõigis töömuredes on toimetus alati tunnetanud. Toimetuse tänu ja head soovid jätkuvaks koostööks saatku lugupeetud juubilari ka tulevikuaastail.



Ellen Talussaar, Tartu Kliinilise Haigla vereülekandeosakonna laboriarst sai 20. septembril 50-aastaseks. Sündinud Tartumaal talupoja perekonnas. 1952. aastal lõpetas Tartu 2. Keskkooli ning 1958. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna. Aastail 1958...1960 oli Torma jaoskonnahaigla juhataja ning 1960...1967 Tartu Meditsiinikooli õpetaja. Tartu Kliinilise Haigla vereülekandeosakonnas on töötanud 1963. aastast alates. Alustas laboriarstina põhitöö kõrval, 1967. aastast on olnud praegusel ametikohal. E. Talussaar on võimekas laboriarst ja energiline vereülekandeteenistuse organisator. Ta on teinud tänuväärset tööd doonorluse propageerimisel haiglas, kogu Tartu linnas, olles ka ise doonor. Juubilar on II kategooria laboriarst. E. Talussaare hea töö ning ühiskondlik tegevus on pälvinud kolleegide ning haigla juhtkonna tunnustuse.



Valentina Kaselaid, Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja vastsündinute osakonna juhataja, sai 21. septembril 50-aastaseks. Sündinud Tartus teenistuja perekonnas, 1952. a. lõpetas Tartu 2. Keskkooli ning 1958. a. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1958... 1960 oli ta Elva Väikelastekodu peaarst ning ajavahemikul 1960... 1971 Tartu Kliinilise Sünnitusmaja mikropediaater ja vastsündinute osakonna juhataja. 1971. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. V. Kaselaid on viibinud täienduskursustel Leningradis, Moskvas, Kaasanis ja Tartus. Ta on I kategooria akušöör-günekoloog. 1983. aastast on V. Kaselaid olnud Tallinna linna peaneonatoloog. Juubilar on palju teinud neonatoloogilise töö organiseerimisel, nüüdisaegsete ravi- ja diagnoosimeetodite rakendamisel, pöörates erilist tähelepanu vastsündinute neuroloogiliste haiguste diagnoosimisele ja ravile. Aastail 1967... 1969 oli ta Tartu Linna Rahvasaadikute Nõukogu saadikuks. V. Kaselaidi hea töö on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ja mitu aukirja. Juubilar on innukas taitleja.

Konverentsid ja nõupidamised

Ülevabariigiline terapeutide nõupidamine toimus 11. mail 1983 Tallinnas. Sellest võtsid osa linnade ja rajoonide peaterapeutid, nende asetäitjad, teraapiaosakondade juhatajad, tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiini-nõukogu probleemikomisjonide esimehed, ka osa arstide seltside esimehi.

Nõupidamise avas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja R. Toots. Põhiettekande terapeutide tööst ja ülesannetest aastail 1982... 1983, lähtudes NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1977. ja 1982. aasta tervishoiuäärustest, esitas allkirjutanu.

Territoriaalsete terapeutidijaoskondade väiksemaks muutmise tulemusena oli 1982. aasta lõpuks ühe jaoskonnaterapeudi kohta keskmiselt 1998 elanikku. On tehtud ettevalmistusi Tallinnas kardioloogia teadusliku uurimise instituudi asutamiseks. On parandatud teraapiaosakondade ja -kabinettide materiaalselt varustatust. Terapeutiliste haigete jaoks ettenähtud haiglavoodikohti on kasutatud intensiivselt, eriti spetsialiseeritud osakondades. Mõnes rajoonis on tööle määratud uued peaspetsialistid. Edaspidi nõuab kõikide terapeutide ja tervishoiujuhtide tähelepanu ja pingutust järgmiste probleemidega tegelemine.

Peab jätkuma territoriaalsete terapeutidijaoskondade suuruse vähendamine esmajoones vabariigilise alluvusega linnades, et 1983. aasta lõpuks tuleks 1900 elanikku terapeudi kohta. Täiustamist vajab kardioloogia-, reumatoloogia-, samuti gastroenteroloogiaalane abi polikliinikutes, erialakabinettide arv peab vastama normatiivides ettenähtule. Edasist korrastamist vajab polikliinikute teraapiaosakondade juhatajate töö, kelle peatähelepanu olgu pööratud jaoskonnaterapeudi tegevuse analüüsimisele. Ka osakonnajuhatajate asetäitjate tegevus vajab intensiivistamist. On vaja igakülgset parendada polikliinikute, haiglate, kiirabiasutuste ning eriarstide koostööd. Igapäevases tegevuses peavad terapeutid oma kvalifikatsiooni süstemaatiliselt tõstma. Sel eesmärgil analüüsiu teraapiaosakondade juhatajad regulaarselt arstivastuvõtu kvaliteeti ning täiustagu oma palatiivisiitide pedagoogilist külge, samuti tõhustagu internide juhendamist.

Ka edaspidi on vaja veelgi parendada isheemiatõbe põdevate haigete arstiabi, milleks eelkõige varakult välja selgitada arteriaalsed hüpertensiooni põdejad, täiustada väiksekordeliste müokardiinfarktide diagnoosimise meetodeid, parendada vältimatu ja kiirabiartside suutlikkust südame isheemiatõve diagnoosimisel, samuti rakendada müokardiinfarkti korral kõikvõimalikke abinõusid letaalsuse vähendamiseks.

Kogu meie vabariigi terapeutide kohustus on ajutise töövõimetusega haigestumuse vähendamine. Selleks on vaja parendada eelkõige lühiajalise töövõimetuse, samuti südame- ja liigesehaigete töövõimetuse ekspertiisi. Õigeaegselt on vaja diagnoosida ja seejärel saneerida kroonilised nakkuskolded esmajärjekorras kutsealustel, noorukitel ja dispanseeritud haigetel.

Terapeutiline abi vajab parendamist Jõgeva, Paide, Valga ja Viljandi rajoonis, milleks eriti peavad samme astuma nende rajoonide keskaiglate peaarstid ja peaterapeutid.

Ettekande teemal toimunud läbirääkimistes osalesid Tallinna ja Tartu peaterapeutid L. Piel ja prof. K. Kõrge, Tartu Linna Polikliiniku peaarst S. Aru, tervishoiuministeeriumi peakardioloog B. Liberman ja peaadoktrinoloog I. Kalits, Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi esimees A. Randvere, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri juhataja prof. V. Salupere ning hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri juhataja prof. L. Päi, ülevabariigilise pulmonoloogiakeskuse juhataja L. Jannus ja kardioloogiakeskuse juhataja P. Laane.

Nõupidamisest osavõtjatele toimus ka seminar, kus kuulati nelja ettekannet. Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalhooldusosakonna juhataja K. Tambur kõneles terapeutide ülesannetest ajutise töövõimetuse vähendamisel. Terapeuti osast tuberkuloosihäigete väljaselgitamisel rääkis Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst A. Rumm. Terapeutide ja akušööride-günekoloogide koostööd analüüsis tervishoiuministeeriumi peaspetsialist S. Kaldma. Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloog O. Nikiforovi ettekande sisu oli informatsioon teraapiaosakondade ja -kabinettide sanitaarseisundi kohta.

Pärast nõupidamist toimus Eesti NSV Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatuses pleenum, millest võtsid osa ka ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu sisehaiguste probleemikomisjonide esimehed. Pleenumil arutati mitmeid küsimusi, nagu seltsi tegevusaasta tulemused, ideoloogiakomisjoni aruanne jms.

Pleenum kinnitas Eesti NSV terapeutide VIII kongressi kava. Kongress peaks toimuma 1986. aastal ning selle põhiteemad on: 1) spetsialiseeritud terapeutilise abi järjepidevus ja etapilisus; 2) polüüsteemsete haiguste diagnoosimine; 3) uut sisehaiguste profülaktikas ja diagnoosimises ning ravis.

Natan Elšteiu

X üleliiduline tuberkuloosi eksperimentaalbaaside seminarnõupidamine toimus 28...29. juunil 1983 Tšeljabinskis. Selle korraldas NSV Liidu Tervishoiuministeerium ja Tuberkuloosi Keskinstituut. Meie vabariigist olid seminarnõupidamisel organisatsioonilis-meetodilise kabineti juhataja H. Pullisaar, Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst I. Krainjaja ning allakirjutanu.

Tehti kokkuvõtteid NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 1972. a. 8. detsembriga ja 1979. a. 18. juuni käskkirjade täitmisest ja määrati ülesanded järgnevaiks perioodiks.

Tuberkuloosi Keskinstituudi direktor, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige prof. A. Homenko rääkis, et eksperimentaalbaasid on 10 aasta jooksul saavutanud märkimisväärseid tulemusi tuberkuloosi epidemioloogias — haigestumus on vähenenud 48%, aktiivset tuberkuloosi põdejate kontingent 56% ja suremus 53%. Baaside kogemusi on edukalt rakendatud ka väga paljudes meie maa paikades. On saavutatud tase, kust edasiminekuks on võimalik vaid edukas koostöö partei- ja nõukogude organitega; ftisiaatrite aktiivse osavõtuga ametkondadevahelistest integreeritud tervishoiuprogrammidest; profülaktilise ja dispanserse töö laiendamise ja efektiivsuse tõstmisega; diagnoosimise, diferentsiaaldiagnoosimise ja ravi kvaliteedi parandamisega; veelgi aktiivsema tsentraliseeritud kontrolli tagamisega ürituste korraldamisel; riikliku pulmonoloogiaprogrammi integreerimisega. Rõhutati, et profülaktikas on vaja eriti tähelepanu pöörata järgmisele:

- 1) profülaktikale kogu elanikkonna hulgas, s.o. vaksineerimisele ja revaksineerimisele, sanitaarüritustele dekreeteeritud kontingendi hulgas;
- 2) profülaktikaüritustele tuberkuloosi riskirühmades — nende nõuetekohane arvestus ja dispanserne jälgimine ja kemoprofülaktika;
- 3) profülaktikaüritustele tuberkuloosikoldes — kogu kompleksi tervendavate ürituste läbiviimine, jooksva ja lõppdesinfektsiooni teostamine, tuberkuloositekitajaid eritavate haigete isoleerimine, kontaktsete dispanserimine ja vajaduse korral kemoprofülaktika.

Lähimas tulevikus tuleb suurt tähelepanu pöörata maaelanikkonna meditsiinilisele teenindamisele, sest maal on tuberkuloosi epidemioloogiline olukord veel tunduvalt halvem kui linnas.

Kõrvuti eksperimentaalbaaside esindajatega esitasid seminarnõupidamisel ettekandeid ka kolleegid Moskvast, Leningradist, Kiievist, Kišinjovist, Kaasanist, Saraatovist ja Brežnevist. Meie vabariigist oli ettekanne allakirjutanutl.

1. juulil toimus samas riikliku pulmonoloogiaprogrammi koordineerimisenõukogu laiendatud istung, kus arutati mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdevate haigete varajast väljaselgitamist suurtes tööstusettevõtetes. Jäi kõlama mõte fluorograafia ja funktsionaal-

diagnostika juhtivast osast haiguse varajasel avastamisel. Juba lähemal aastail peab toimuma murrang meie raviasutuste varustamises kõige kaasaegsema funktsionaaldiagnostika aparatuuriga.

Seminarnõupidamine lõppes resolutsiooni vastuvõtmisega.

Andrus Rumm

Soome ja Nõukogude Liidu teadlaste tööhügieeni- ja kutsehaigustealane ühissümpoosion toimus 6...8. juunil 1983. a. Soomes Kuopios. Põhitähelepanu oli pööratud kutsetegurite koostoime uurimise tulemustele. Nõukogude Liidu delegatsiooni kuulus seitse teadlast.

Sümpoosioni, mis toimus inglise keeles, avas Helsingi Tööhügieeni Instituudi direktor prof. J. Rantanen. Prof. M. Sorsa pööras tähelepanu toksikoloogiaküsimustele. Iga päev satub söömisel, joomisel, hingamisel ja suitsetamisel organismi toksilisi aineid. Eurooplased puutuvad iga päev kokku umbes 30 000 toksilise ainega, ameeriklased aga poole rohkemaga. Ka prof. J. Rantanen rõhutas, et keemiliste ainete kontsentratsioonid õhus, vees ja toidus on liialt kõrged. Õhu saastatus põhjustab vähki ja muudesse haigustesse haigestumise sagedenemist. Rohkem tuleb tähelepanu pöörata tööstusrajoonis elavate laste haigestumisele bronhiaalastmasse.

Mitmed Nõukogude Liidu ja Soome teadlased käsitlesid vibratsiooni, müra ja ultraheli toimet organismis. Ultraheli põhjustab organismi reaktsioonitajade pikenenemist, maos soolhappe eritumise suurenemist, EEG ja arteriaalse rõhu muutusi ning ainevahetushäireid. Müra põhjustab ka väsimust ja unehäireid ning soodustab vibratsiooni kahjulikku toimet organismis. Lokaalse vibratsiooni mõjul täheldatakse nn. valgete sõrmede sündroomi, paresteesiad kätel või muid nähte. Soomes esineb vibratsioonkahjustusi peamiselt metallitööstuse töölistel ja metsatöölistel.

Allakirjutanu käsitles tööalast fotosensibiliseerumist. Latentset fotosensibiliseerumist on täheldatud nafta ja aminsiniiniga kokkupuutujatel. Põlevkiviolidel fotosensibiliseerivat toimet ei ole sedastatud.

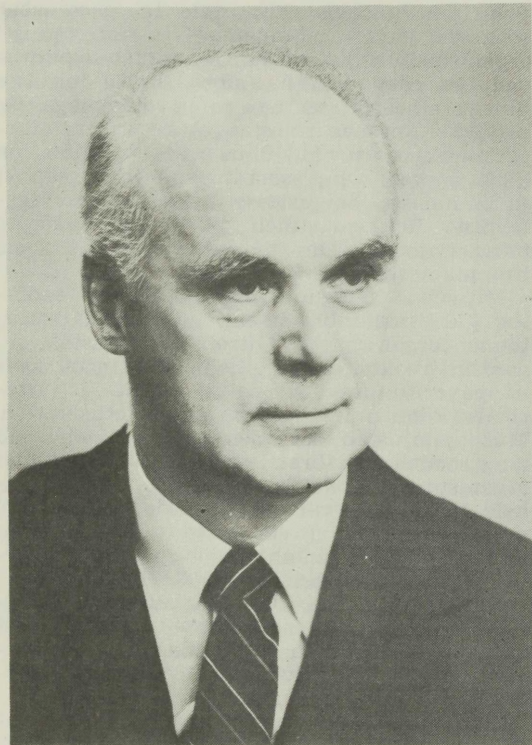
Suurt tähelepanu on pööratud tööfüsioloogiale ja -psühholoogiale. Telemeetriliselt uuriti raske kehalise töö toimet piimavedajatel, tehti ettepanekuid, kuidas tööd kergendada. Masinakirjutajate tervisliku seisundi uurimise tulemusena konstrueeriti uus, mugav ja igati sobiv tool.

Esitati rohkesti küsimusi. Diskussioon oli elav. Ettekanded avaldatakse trükis.

Naomi Loogna

In memoriam

PROFESSOR JOHAN SARV
2. II 1923 ... 27. VI 1983



27. juunil 1983, kirurgi töönädalat alustades, varises manalasse Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üldkirurgia, anestesioloogia ja reanimatoloogia kateedri juhataja, arstiteaduse doktor professor Johan Sarv.

J. Sarv oli sündinud Otepää lähistel talupidaja perekonnas. Pärast keskkooli kiitusega lõpetamist 1945. aastal õppis aastail 1945...1951 TRÜ arstiteaduskonnas. Seejärel oli viis aastat Nõukogude armees sõjaväearstiks. Ala-

tes 1956. aastast kuni surmani töötas prof. J. Sarv arstiteaduskonnas, algul hospitaalkirurgia kateedri vanemlaborandina, 1957. aastast alates üldkirurgia kateedri assistendina. Pedagoogilise ja kliinilise töö kõrval valmis tal kandidaadiväitekiri, mille ta 1961. a. edukalt kaitses. Seejärel uuris seedetraktikirurgia probleeme, eriti seedetrakti taastavate ja rekonstruktiivsete operatsioonide rakendamise võimalusi. 1971. aastal valmis tal doktoritöö maoreseksiooni järgsete sündroomide kirurgilise ravi alal. Töö tulemusi oli prof. J. Sarv avaldanud ligi 100 teadusartiklis kohalikes üleliidulistes ning ka välismaa arstiteaduslikes trükistes. Ta oli teaduslike ettekannetega esinenud Bulgaarias, Saksa DV-s, Soomes.

Teenete eest gastroenteroloogia arendamisel pälvis J. Sarv gastroenteroloogidest uurimisrühma koosseisus 1980. aastal Nõukogude Eesti preemia.

Ligikaudu 27 aastat oli J. Sarve teaduslik ja pedagoogiline tegevus seotud ülikooliga. Selle aja jooksul õpetas ta tuhandeid tulevasi arste ning jagas neile teoreetilisi teadmisi ja praktilisi oskusi. Ta oli hea ning väga usaldusväärne kirurg ja õpetaja.

J. Sarve eestvedamisel rajati Tartu Kliinilises Haiglas kirurgilise gastroenteroloogia osakond kogu meie vabariigi elanike vajadusteks. Ta kuulus Eesti NSV Gastroenteroloogide Seltsi juhatusse selle asutamisest alates. Energiliselt võttis ta osa ühiskonnaelust, täites mitmesuguseid ühiskondlikke ja parteilisi ülesandeid. Ta oli arstiteaduskonna parteibüroo liige, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi atestatsioonikomisjoni ja teadusliku meditsiininõukogu liige, Eesti NSV Kirurgide Seltsi juhatus ja probleemikomisjoni liige.

Prof. J. Sarve kolleegide, tema õpilaste ning üliõpilaste südamesse jääb mälestus temast kui suurepärasest õpetajast, viljakast teadlasest ja rikka südamega arstist, kelle erakordne kohusetruudus on meile alatiseks eeskujuks igapäevatoos.

TRÜ arstiteaduskond

Kriitika ja bibliograafia

UDK 616.89(049.3)

PSÜHHIAATRIA MINEVIK JA TÄNAPÄEV

Jüri Saarma 1982. a. ilmunud raamat «Psühhiaatria minevik ja tänapäev» on mõeldud nii meditsiinitöötajatele kui ka üldsusele, tutvustamaks ühe meditsiini eriala — psühhiaatria — pikaajalist ja vastuolulist arenguteed alates iidsetest aegadest kuni tänaseni. Raamatu kolm esimest peatükki annavad laiahaardelise ja huvitava ülevaate nendest suhetest, mis on olnud ühiskonna ja isikute vahel, kes kannatasid psüühikahäirete all. Häirete olemuse tõlgendamine, haigete kohtlemine ja ravi on alati olnud sõltuvuses oma ajastu uskumustest ning teadmistest. Selle kohta leiame raamatust veenvaid paralleele nii primitiivsel religioonil põhineva šamanismi kui ka keskaja kristlusega kaasneva demonoloogia ja inkvisitsiooni ajastul. Vaimuhaigetesse suhtumine on olnud ja on ka tänapäeval ideoloogilise võitluse objektiks idealismi ning materialistliku maailmavaate vahel. Mõne lääneriigi massiteabevahendite laimukampaania nõukogude psühhiaatria kasutamisest poliitilistel eesmärkidel on selle võitluse üks kujukamaid ilminguid, mille olemus ja kriitiline käsitus on esitatud lehekülgedel 131... 137. Raamatu autor annab reljeefse ülevaate humanismi ideede ja materialistliku maailmavaate kujunemisest ning ratsionaalse hoiaku süvenemisest psüühilise tervise probleemidesse.

Järgnev peatükk «Hullumeelsete varjupaikadest tänapäeva psühhiaatriakliinikuteni» kirjeldab XVIII sajandi lõpul psühhiaatrias toimunud murrangut, erialase arstiabi kujunemist ja psühhiaatria kui teadusharu arengut. Raamatu autorit iseloomustab psühhiaatria ajaloo faktide käsitlemisel sügavalt humanistlike printsiipide rõhutamine, sügav arsti kutse-eesitika tunnetus ning aktiivne ühiskondlik hoiak.

Peatükk «Uusaja psühhiaatria umbtänavad» annab mõningate vääropeutuste (frenoloogia, lombrosoism, freudism) olemuse põhijooned ning nende kriitilise analüüsi.

Järgnevas peatükis tutvustatakse nõukogude psühhiaatria saavutusi ning viimases peatükis psühhiaatria arengut Eestis. On esitatud üksikasjalik ja teraviklik ajalooline ülevaade psühhiaatria arengust ja erialase arstiabi süsteemi kujunemisest Eestis. Esitatu põhineb suures ulatuses raamatu autori põhjaliku uurimuse andmetel. Raamatus on rohkesti huvitavaid illustratsioone.

Jüri Saarma

Psühhiaatria minevik ja tänapäev



Kokku võttes pakub raamat huvi laialdasele lugejaskonnale: psühhiaatrid leiavad siit tervikliku ülevaate oma eriala arengu kohta ning igal meditsiinitöötajal peaks raamat kaasa aitama kutse-etiika tunnetuse kasvatamisele. Võib loota, et see aitab süvendada humanset suhtumist kaasinimestesse ja avardab teadmisi vaimse tervise alal.

Raamatu väljaandmine tähistab ka meie vabariigi psühhiaatria sajandi-pikkust arenguteed. Kriitika korras tuleb aga kahetseda, et raamatu välimus ei ole trükkijate ja köitjate poolse töötötu just juubelinäoline.

Hans Väre

Kurjajuur on tubakasuitsetamine. Ühest miljonist inimesest hukkub lennuõnnetuse tagajärjel keskmiselt üks inimene 50 aasta kohta, alkoholi liigtarvitamise tagajärjel sureb üks inimene 4...5 päeva kohta, autoõnnetuste läbi saab surma üks 2...3 päeva kohta, sigaretsuitsetamise tagajärjel annab enneaegselt oma elu üks inimene iga 2...3 tunni kohta. Niisuguse võrdluse esitas Saksa DV Teaduste Akadeemia Vähiuurimise Keskinstituudi direktor professor S. Tanneberger tänavu märtsis Leipzgis. Igal aastal on selles riigis registreeritud 60 000 vähktõppe esmashaigestumist. Huvi pakuvad ka andmed, et Saksa DV-s müüdi 1955. aastal keskmiselt 1000 sigaretti iga elaniku kohta, 1980. aastal seevastu 1721 sigaretti.

Urania, 1983, 9.

Psühhoterapeutiline arstiabi telefonitsi. Läti NSV psühhiaatri S. Sotšneva algatusel on Riias alustanud tegevust nn. usaldustelefon, mille kaudu on erakordsetel juhtudel, raskes hingelises seisundis inimestel võimalik saada nõuannet või abi suurte kogemustega psühhiaatritelt, seda antakse mis tahes ajal ööpäeva kestel. Esialgu võib öelda seda, et enamik usaldustelefoni kasutajaid on 35...45-aastased töötavad naised, kes soovivad abi perekondlike konfliktide tõttu, ning ka noorukid, kes paluvad nõu paljudel juhtudel.

Kroonika

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

21. aprillil 1983 toimus ministeeriumi kolleegiumi laiendatud koosolek, mida juhatas tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Põhiettekande «Tervishoiuorganite ja -asutuste ülesannetest riikliku ja töödistsipliini edasisel tugevdamisel NLKP Keskkomitee 1982. aasta novembrileenu otsuste valgusel» esitas ministri esimene asetäitja E. Väärt. Nii ettekandes kui ka paljudes sõnavõttudes analüüsiti tervishoiu sõlmprobleeme, tehti ratsionaalseid ettepanekuid riikliku ja töödistsipliini tugevdamiseks, rõhutati regulaarse kontrolli vajadust nii täite- kui ka töödistsipliini ja asutuste töörežiimi üle. Kolleegiumi otsuses on tervishoiuasutuste töö täiustamiseks antud üksikasjalikud juhtnöörid ja juhtivate tervishoiutöötajate tegevust suunavad korraldused. Eri tähelepanu nõuavad täitedistsipliin, ajutine töövõimetus, voodifondi kasutamise analüüs, tööseadusandluse tundmine, tervishoiuasutuste, ka ministeeriumi osakondade ja valitsuste töö planeerimine ja töökorraldus, ka isikliku vastutuse suurendamine.

Samal päeval arutas kolleegium Pärnu Linna Haigla sünnitusosakonna tööd, muu hulgas haigla sanitaar-epidemioloogilist režiimi, arutati ka kogu vabariigi haiglaapteekide töö parendamist, haiglatevaheliste apteekide rajamist Tartusse ja Tallinna.

28. aprillil toimus taas kolleegiumi laiendatud koosolek, millest võttis osa enam kui 200 tervishoiujuhti, arstiteadlasi, TRÜ õppejõude, peaspetsialiste, ka tervishoiuasutuste pearaamatupidajaid. Ettekande «Eesti NSV tervishoiusüsteemi töö tulemused 1982. aastal ja ülesanded 1983. aastaks» esitas minister prof. V. Rätsep. Selle ettekande põhiteesid on avaldatud ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» eelmises numbris lk-del 243...245. Oli neli teist sõnavõttu, sõnavõtjad analüüsisid tervishoiusaavutusi, tõid esile ka puudujääke ning kõnelesid lähematest ja kaugematest ülesannetest. Kolleegiumi otsuses on kokku võetud 1983. aasta peamised tegevussuunad ja ülesanded: paremini edastada informatsiooni polikliiniliste asutuste tööaegade kohta, laiendada profülaktilisi läbivaatusi, haiglais ja polikliinikuis tõhusamalt rakendada uusimaid teadus- ja tehnikasaavutusi, propageerida meditsiinitöötaja kutset, enam tähelepanu pöörata kompleksprofülaktikale, et sünniks

ja kasvaks terve laps, nõuda enam täpsust kaitseüstimiste korraldamisel ja vastunäidustuste määramisel, rangelt täita tervishoiuasutuste desinfitseerimise nõudeid, täiustada riskirühma rasedate dispansseerimist. Tervishoiuasutuste ehitamisel tõhustada tehnilist järelevalvet ning operatiivselt tegutseda ehitust pidurdate põhjuste kõrvaldamisel. Paremini planeerida tervishoiuasutuste kapitaalremonti.

12. mai koosolekul, mida juhatas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, arutati meedikute poolset suitsetamisvastast propagandat. Sellest andis ülevaate prof. H. Väre. Meie meedikute, sanitaarharidustöötajate ja narkoloogide töö on vilja kandnud. Sihipärase selgitusega on suudetud rahvast mõjutada tubakasuitsetamist ümber hindama, aru saama selle kahjulikkusest. On väga oluline, et meedikud ise oleksid eeskujuks suitsetamisest loobumisel. On tähtis enam välja anda selgitavaid väike-trükiseid, tõhustada iga liiki propagandat suitsetamise vastu, eriti TRÜ arstiteaduskonnas kõikide ravidistsipliinide õpetamisel.

Samal koosolekul arutati veel elanike varustamist nägemist korrigeerivate prillidega ja tootmistraumade profülaktikat tervishoiuasutustes.

Samal päeval tehti koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumiga kokkuvõtteid tervishoiuasutuste 1982. aasta ülevaate tulemustest. Võitjateks, ka rahapreemia ja audiplomi vääriliseks tunnistati järgmised tervishoiuasutused.

Vabariiklike tervishoiuasutuste rühmas Tartu Kliiniline Haigla (preemiaks 5500 rbl.); linnahaiglastest Tallinna Pelgulinna Haigla (5000 rbl.), Tallinna Kliiniline Lastehaigla (2500 rbl.) ja Tallinna Merimetsa Haigla (2000 rbl.);

sanitaar- ja epidemioloogiaasutustest Rapla Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam (1000 rbl.);

maajaoskonnahaiglastest ja maa-ambulatoriumidest Kanepi ambulatorium (700 rbl.), Väike-Maarja jaoskonnahaigla (1200 rbl.) ja Aruküla ambulatorium (700 rbl.);

tervishoiupunktidest ning velskri- ja ämmaemandapunktidest Valga õmblusvabriku «Baltika», tootmiskoondise «Norma» ja «Sili-kaat» tervishoiupunkt (à 150 rbl.), Tallinna 12. ja 15. kutsekeskkooli ning Pärnu Kala-kombinaadi tervishoiupunkt (à 100 rbl.), Kaiu, Lümända, Paevere, Ramsi ning Puiatu velskri- ja ämmaemandapunkt (à 100 rbl.) ning Tartu Linna Polikliiniku XI velskripunkt (150 rbl.).

Märgiti ära Rakvere KEK-i, Lasila, Are, Kurtna ning Väimela velskri- ja ämmaemandapunkti tööd. x

Vello Laos

3. juunil 1983 toimus Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiinikogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski juhatusel. Päevakorras oli Eesti NSV majandus-

liku ja sotsiaalse arengu 1984. aasta arstiteaduslase plaaniprojekti läbivaatamine.

Arutati ka teraapia ja reumatismi probleemikomisjoni tööd ning NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiinikogu pleenumil käsitletut.

Teadustöös osalevad TRÜ arstiteaduskonna, Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi, A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi töötajad — kokku ligikaudu 500 teadustöötajat ja teadlast-pedagoogi. Peale mainitu tehakse teadustööd ka E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilises Instituudis ja Tallinna Polütehnilises Instituudis, kuid nende temaatikat ei ole meie vabariigi arstiteaduslase uurimise tööplaani võetud.

Teadustöö planeerimise aluseks on kompleksprogrammid. Eesti NSV arstiteadlased osalevad 22 üleliidulise tähtsusega arstiteadusliku probleemi ja 7 üleliidulise riikliku teaduslik-tehnilise programmi realiseerimises. Eriti suuremahuline töö on südame- ja veresoonte haiguste, pahaloomuliste kasvaja, mittespetsiifiliste kopsuhaiguste, emade ja laste enam levinud haiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi uute meetodite väljatöötamise osas ning geneetika, molekulaarpatoloogia, kutsehaiguste ja hügieeni valdkonnas. Eespool mainitud probleemidega tegeleb peaaegu kolmveerand meie vabariigi arstiteadlastest ja teadlastest-pedagoogidest. Presiidium kiitis 1984. a. rahvamajanduse ja sotsiaalse arengu arstiteaduslase plaaniprojekti heaks.

Teraapia probleemikomisjoni tööst läkkis selle esimees prof. N. Elšteini ja reumatoloogia probleemikomisjoni tööst prof. L. Päi. Kummagi probleemikomisjoni tegevuses on mõningat edasiminekut, kuid samal ajal ei täideta kõiki ülesandeid, mis probleemikomisjonide põhimäärus ette näeb. Vähe tähelepanu on pööratud uurimistööde planeerimisele, uurimistulemuste kasutuselevõtmisele ja selle efektiivsuse analüüsimisele. Probleemikomisjonide üks tähtsamaid ülesandeid on planeeritavate ja lõpetatud teadustööde temaatiliste kaartide annotatsioonide retsenseerimine, kahjuks ei ole enamik probleemikomisjone veel sellega tegeanud.

Vähene on terapeutide ja reumatoloogide omavaheline koostöö. 3. juunini oli teraapia probleemikomisjonil 1982. a. tööaruanne ja 1983. a. tööplaani esitamata.

Prof. P. Bogovski andis ülevaate NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiinikogu pleenumi tööst, mis toimus Moskvas käesoleva aasta 12...14. maini. Pleenumil vaeti nõukogude tervishoiu ja arstiteaduse ülesandeid NLKP 1982. a. novembripleenumi otsuste ja NLKP Keskkomitee ning NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1982. a. 19. augusti määruse «Lisaabinõudest elanikkonna tervise-

kaitse parandamiseks» täitmisel. Arutusel oli ka arstiteaduse saavutuste kasutuselevõtu süsteemi täiustamine.

A. Tetsov andis presiidiumile informatsiooni teaduslikule meditsiininõukogule saabunud direktiivkirjade kohta.

Andrei Sarap

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOOLIS

13. mail 1983 toimus Tallinnas Eesti NSV rektorite nõukogu istung, kus ettekande esitas arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets. Arutelu teema oli TRÜ arstiteaduskonna töö arstide ja farmatseutide ettevalmistamisel ning arstiteadusliku uurimistöö täiustamine. Sõna võtsid nõukogu liikmed ja tervishoiu-ministeeriumi esindajad. Nõukogu otsuses on rõhutatud, et arstiteaduskonna õpetegevuse kordaminekuks on esmajärguline vajadus kiire korras ehitada uus komplekspolikliinik, psühhiaatrikliinik, nakkushaigla, prostektuur, onkoloogia- ja teraapiakliinikud. Amortiseerunud vanade hoonete remontimine ei ole üldolukorras tegelikult märkimisväärselt parandanud.

Otsuses on rõhutatud ka seda, et kateedrijuhatajad tegutsegu suurema vastutustundega noorte teadlaste ettevalmistamisel, aspirantide valikul, ka seda, et arstiteaduskonna ja tervishoiuministeeriumi peaspetsialistide vahel olgu tihedam koostöö teadusliku uurimistöö arendamisel, seejuures silmas pidades tervishoiupraktika vajadusi. Nõukogu pidas oluliseks, et tervishoiuministeerium abistaks materiaalselt Tartu tervishoiuasutusi kapiitaalremondi tegemisel ning tagaks arstiteaduskonna õppebaaside komplekteerimise raviks, diagnoosimiseks ja teaduslikuks uurimistööks vajaliku aparatuuriga.

TRÜ arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 17. mail 1983 esitas dekaan prof. L. Allikmets informatsiooni arstiteaduskonna tegevuse ja perspektiivplaanide analüüsi kohta Eesti NSV Kõrgharidusministeeriumis ning rektorite nõukogus 13. mail, samuti nende tehtud otsuste kohta. Arstiteaduskonna nõukogu moodustas Tartu tervishoiuasutuste ja arstiteaduskonna õppe- ning teadusasutuste ehitamise perspektiivplaanide koostamiseks komisjoni koosseisus L. Karu, M. Sikk, L. Allikmets, A.-E. Kaasik ja A. Truupõld.

15. juunil arutas arstiteaduskonna nõukogu eespool nimetatud komisjoni poolt esitatud tehnilis-majanduslikke kaalutlusi tervishoiuasutuste ja teaduskonna õppebaaside olukorrad ning ehitusvajadustest. Nõukogu otsustas Tartu Linna RSN Täitevkomiteele, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumile ja Eesti NSV Kõrgharidusministeeriumile teha ettepaneku ehitada Tartus kaheksa tervishoiuasutust tervishoiuministeeriumi tellimisel ning neli teadus-

asutuste hoonet kõrgharidusministeeriumi tellimisel ja seda kolme lähema viisaastaku jaoksul.

PUNASE RISTI SELTSIS

13. juunil rivistusid ligikaudu kolmsada noort punaristlast Rapla rajoonis Paekülas XII vabariiklikeks koolide sanitaarpostide võistlusteks, mis olid pühendatud NSV Liidu Punase Risti Seltside Liidu 60. aastapäevale.

Laagrilipu heiskamise õigus oli eelmiste võistluste võitjatel, Põlva rajooni Röpina ja Kohtla-Järve rajooni Iisaku keskkooli õpilastel.

Tervitussõnu lausuvad Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, haridusministri asetäitja A. Tükk, EKP Rapla Rajoonikomitee sekretär E. Asser, haridusosakonna juhataja M. Meisalu, rajooni keskhäigla peaarsti asetäitja M. Pervik ja Tartu Kliinilise Häigla peaarst J. Lepp.

Algasid võistlused, kus kaotajaid ei olnud. Kokkutulekul harjutati, võisteldi ja täiendati tervishoiu- ja hügieeniteadmisi. Pärast I vanuserühma maastikumängu ning II ja III vanuserühma sanitaride individuaalvõistlust saadi osa Rapla rajooni õpilaste taidluskontserdist.

Kokkutuleku päevad olid mitmekesised: taidluskonkurss, rahvastepall, väkkehed. Viimase päeval toimus kohtunike, õpetajate ja meedikute ühine nõupidamine, kus vaeti kordaminekuid ja möödalaskmisi. Peakohtunik J. Lepa arvates oli meedikute ja pedagoogide koostöö võistlustel viljakas.

Pidulikul lõpurivistusel kuulutati välja üldvõitjad ja erialavõitjatele jagati auhindu.

Nooremas vanuserühmas olid need: Tartu 5. Keskkool (L. Volt, K. Luts, P. Puhk, A. Vuks), Koeru Keskkool (U. Jääger, A. Salum, J. Sein, H. Kallit), Saduküla 8-klassiline kool (E. Markus, A. Ülejõe, L. Vassil, K. Peets);

keskmises vanuserühmas: Võru Keskkool (R. Kuklane, A. Kuklane, K. Tellis, A. Kärblane), Kuusalu Keskkool (A. Kiiver, T. Lario-nova, H. Russak, K. Nikkarinen), Maarja Keskkool (K. Jõgi, A. Kool, A. Täpsi, A. Jürmann);

vanemas vanuserühmas: Maarja Keskkool (N. Jõgi, M. Liivak, T. Metsa, M. Sepp), Tallinna 20. Keskkool (P. Männik, J. Pärna, T. Vilkost, M. Ilumets), Tartu 5. Keskkool (T. Teder, M. Pihu, M. Ainso, M. Must).

Sanitaarpostide väljaõpetamise eest tuleb tänusõnu öelda Tartu 5. Keskkoolist T. Tautsile, Paide rajooni Koeru Keskkoolist L. Vaabile, Võru 1. Keskkoolist R. Tiksil, Harju rajooni Kuusalu Keskkoolist E. Krasmusele, Jõgeva rajooni Maarja Keskkoolist E. Liivakule, Jõgeva rajooni Saduküla 8-klassilisest koolist A. Peetsile, Tallinna 20. Keskkoolist E. Tim-masele ning peakohtunik J. Lepale, peasekre-

tär T. Haljastele, Tartu Linna Polikliiniku velskriile, Punase Risti Seltsi Rapla rajoonikomiteele, «Tallinna Autovedude» ametiühingukomiteele ja teistele organisatsioonidele, kes sanitaarpostide kokkutulekut olid korraldada aidanud.

Vabariiklik kokkutulek on sedapuhku küll lõppenud, kuid sanitaarpostide igapäevane töö veel jätkub: hea seista oma klassi ja kooli puhtuse ning korra eest, anda vajaduse korral esmaabi.

Noorte punaristlaste teadmiste ja oskuste proovikiviks on osalemine üleliidulistes sõjamängudes «Põuavälk» ja «Kotkapoeg».

Tiiu Buschmann

* * *

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 17. juunist 1983 anti kauaaegse viljaka töö ja teenete eest tervishoiu edendamisel ning elanikkonnale meditsiinilise abi andmisel Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele arstidele:

Ehatamm, Vii Juhani t. — Valga Rajooni Keskhaigla Polikliiniku arst

Künnapu, Silvia Johannese t. — Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja

Mitt, Kaljo Ristjani p. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst

Osovskoi, Leonti Pauli p. — Sillamäe Meditsiinilis-Sanitaarosakonna juhataja

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

Hämäläinen, Viive Augusti t. — Põlva rajooni Vastse-Kuuste ambulatooriumi velsker

Murumäe, Maimo Otto t. — Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla vanemõde

Nehljudova, Maria Anfinogeni t. — Narva Linna Keskhaigla Naistenõuandla ämmaemand
Peebo, Ana Edgari t. — Tartu Kliinilise Haigla peaõde

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

All, Leili Karli t. — Valga rajooni Otepää linnahaigla röntgenilaborant

Barsukova, Margarita Vassili t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla vanemõde

Braun, Hele-Maire Alberti t. — Tallinna Lasnamäe Lastepolikliiniku peaarst

Džikajeva, Tamara Aleksei t. — Narva Tuberkuloositõrje Dispanseri vanemõde

Ennet, Aili-Kristi Johannese t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla ordinaator

Eret, Ivi Alberti t. — Tallinna apteegi nr. 7 juhataja

Erilas, Virve Otto t. — Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja osakonnajuhataja

Johanson, Sofia Abrami t. — Tallinna Nõmme Haigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Jõgiste, Ants Konstantini p. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Kallau, Jüri Pärtli p. — Harju rajooni Jüri ambulatooriumi juhataja

Karrist, Malle Osvaldi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Kase, Kaljo Johannese p. — Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kirurg

Kiik, Aino Taaveti t. — Rapla Rajooni Keskhaigla õde

Kildema, Linda Augusti t. — Eksperimenditaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Kiudsoo, Rutt Karli t. — Tallinna I Lastehaigla Polikliiniku õde

Kume, Varia Eduardi t. — Võru Rajooni Keskhaigla õde

Kobbar, Silvi Andrei t. — Tartu Rajooni Elva Väikelaste Kodu peaarst

Küüra, Evald Ferdinandi p. — Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhataja

Kõiv, Enno Alfredi p. — Tartu Kliinilise Haigla osakonnajuhataja

Laurent, Jalmar Adolfi p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi autojuht

Lebedeva, Ljudmila Aleksei t. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Lepik, Ingrid Juliuse t. — Tallinna Harjumäe Haigla osakonnajuhataja

Loo, Astrid Adolfi t. — Tallinna Pelgulinna Haigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Lupkina, Kristi Osvaldi t. — Tartu Linna Polikliiniku arst

Lutsuver, August Samueli p. — Eesti NSV Tervishoiuministeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Meritam, Toomas Toomase p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispenseri radioloog

Millner, Tiiu Friedrichi t. — Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku osakonnajuhataja

Mäll, Eha Alfredi t. — Jõgeva rajooni Põltsamaa Haigla kirurg

Nõu, Eleonora Viktori t. — Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Apteekide Peavalitsuse inspektor

Olvet, Hille Alfredi t. — Rakvere Rajooni Tapa Linnahaigla osakonnajuhataja

Parthal, Maria Alfredi t. — Narva apteegi nr. 86 juhataja

Pertel, Leida Augusti t. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla osakonnajuhataja

Rauts, Rita Aleksandri t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla pediaater

Ristmäe, Vaino Gustavi p. — Eesti NSV Ehitusministeriumi Maaehitustrusti peainsener

Savi, Toomas Karli p. — Tartu Arstliku Kehakultuuri Dispanseri peaarst

Saks, Ants Johannese p. — Tallinna Meditsiinkooli pedagoog

Samarütel, Evi Johani t. — Tartu Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja

Sander, Aita Arseni t. — Pärnu rajooni Are velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja
Songisepp, Erika Augusti t. — Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemõde

Subi, Kiirä Hendriku t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi laboratooriumi-juhataja

Talving, Heli Aleksandri t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Troost, Jaan Heinrichi p. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla osakonnajuhataja

Tšernjakova, Valentina Nikolai t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla vanemõde

Tuisk, Aime Alo t. — Pärnu Linna Haigla õde

Vaarik, Ilse Augusti t. — Tallinna Nõmme Haigla Polikliiniku osakonnajuhataja

Vaikmaa, Mari Arveti t. — Paide Rajooni Keskhaigla Polikliiniku neuropatoloog

Varblane, Mari Mihkli t. — Tallinna Vabariikliku Haigla I sünnitusosakonna vanemõde

Vaher, Erika Jaani t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla nakkushaiguste osakonna vanemõde

Vesmes, Anne Augusti t. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse proviisor

Vijar, Laine Alfredi t. — Põlva Rajooni Keskhaigla peaõde

Heade töötulemuste ja ühiskondlikust elust aktiivse osavõtu eest autasustati Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukirjaga 22 ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjaga 34 töötajat. Eesti NSV tervishoiuministri käskkirjaga avaldati tänu 83 tervishoiutöötajale.

14. juunil vaatas Tervise Rahvaülikoolide Vabariiklik Nõukogu oma istungil läbi ning kinnitas tervise rahvaülikoolide vabariikliku ülevaatuse tulemused. Hindamisel lähtuti järgmistest näitajatest: 1) elanikkonna hõlmatus õppustega; 2) kuulajate arvu muutumine ajavahemikul 1. juuni 1982 kuni 1. juuni 1983; 3) loenguid ühe õpperühma kohta; 4) loengute arvu muutumine ajavahemikul 1. juuni 1982 kuni 1. juuni 1983; 5) teiste õppetöövormide arv ühe õpperühma kohta; 6) teiste õppetöövormide arvu muutumine 1982. a. 1. juunist 1983. a. 1. juunini; 7) poliit-hariduslike teemade käsitlemine rahvaülikooli loengul; 8) tervise rahvaülikooli koht ülevaatuse I etapi üldjärjestuses.

Nende näitajate alusel järjestati kõik 20 Eesti NSV tervise rahvaülikooli. Iga järjestusnumber andis miinuspunktide (mp.) arvu. Minimaalne arv oleks seega 20, maksimaalne 160. Miinuspunktide alusel reastusid tervise rahvaülikoolid järgnevalt (sulgudes on näidatud üldjärjestuse koht ülevaatuse I etapil, 1982. a. juunis): 1. Tallinna linn (1...2.) (37,5 mp.), 2. Kohtla-Järve linn (10.) (61,5 mp.),

3. Kingissepa rajoon (16.) (69,5 mp.), 4...5. Harju rajoon (13.) (70,5 mp.), Valga rajoon (17.) (70,5 mp.), 6. Haapsalu rajoon (9.) (72,5 mp.), 7. Kohtla-Järve rajoon (7.) (78,0 mp.), 8. Hiiumaa rajoon (18.) (78,5 mp.), 9. Tartu rajoon (3.) (83,5 mp.), 10. Pärnu linn (14.) (84,5 mp.), 11. Viljandi rajoon (17.) (87,0 mp.), 12...14. Narva linn (11.) (87,5 mp.), Paide rajoon (5...6.) (87,5 mp.), Võru rajoon (17.) (87,5 mp.), 15. Rakvere rajoon (12.) (88,0 mp.), 16. Pärnu rajoon (1...2.) (88,5 mp.), 17. Rapla rajoon (19.) (97,5 mp.), 18. Jõgeva rajoon (4.) (105,0 mp.), 19. Põlva rajoon (8.) (106,5 mp.), 20. Tartu linn (20.) (134,0 mp.).

Tervise Rahvaülikoolide Vabariikliku Nõukogu otsuse põhjal tehti ühingu «Teadus» juhatusele ettepanek autasustada ühingu aukirjaga kolme parema tervise rahvaülikooli nõukogu esimeest. Need olid Silver Jõks (Tallinna Tervise Rahvaülikool), Ruslan Kim (Kohtla-Järve Linna Tervise Rahvaülikool), Maie Õun (Kingissepa Rajooni Tervise Rahvaülikool).

Toodud andmete analüüs peaks olema aluseks kõigi tervise rahvaülikoolide töö planeerimisel ja korraldamisel eeloleval õppeaastal.

Maano Kivilo

Vabariikliku Sanitaarharidusnõukogu istungile 14. juunil 1983, mida juhatas nõukogu esimees, Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, eelnes tavalisest märksa ulatuslikum organisatoorne ettevalmistus, sest oli tekkinud vajadus nõukogu koosseisu ja töö reorganiseerimise järele, et efektiivselt täita põhiülesanne — kontrollida ja suunata meie vabariigi elanikkonna tervishoiuõpetuse põhiülesannete 1981...1985. aasta kompleksplaani täitmist. Et nõukogu koosseis on valdavalt uuenenud, selgitas O. Tamm nõukogu ülesandeid ja nende realiseerimise võimalusi. Oluline muutus on see, et nõukogu liikmeid ei määrata mitte isikuliselt, vaid ametikoha järgi. See tagab nõukogu töö järjepidevuse ka ametikoha muutmise korral. Nõukogu istungil arutati ka sanitaarhariduslike trükiste väljaandmise võimalusi. Lõppsõnas avaldas ministri asetäitja lootust, et istung on mur-ranguline sündmus ühise ametkondadevahelise sanitaarharidustöö edasisel korraldamisel.

Järgmisel nõukogu istungil, mis on planeeritud II poolaastasse, kuulatakse ära, kuidas on edenenud ametkondadevahelise kompleksplaani täitmine Eesti NSV Aiandusministeeriumi, ELKNÜ Keskkomitee süsteemi ja Eesti NSV Haridusministeeriumi allasutustes, samuti kuulatakse ära info eelmise nõukogu istungi otsuse Eesti NSV Põllumajandusministeeriumi süsteemis täitmise kohta.

Maano Kivilo

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Isokoski, M., Sahi, T., Villako, K., Tamm, A. Epidemiology and genetics of lactose malabsorption.—*Ann. Clin. Res.*, 1981, 3, p. 164—168.

Jannus, A., Niit, M. On the correlation of physical development with the chemical composition of food in 1...3-yr-olds.—In: III International Congress of Auxology. Abstracts. Brussels, 1982, p. 113.

Jents, A., Särgava, V., Visnapuu, L. On the treatment of presbycusis with O₂-electro-aerosols.—In: Ageing and Environmental Factors. Ancona (Italy) 5—11 September, 1982, Session 9.

Järv, J., Speek, M. Reversible inhibition of butyrylcholinesterase with aromatic hydrocarbons.—*Biochim. Biophys. Acta*, 1982, 706, p. 174—178.

Karu, T., Humal, L.-H., Käärrik, E., Martin, A., Slavin, G., Ojamaa, M., Landör, A. Computer problems in sport medicine.—In: International Journal of Sports Medicine, Abstract Service, XXIInd World Congress of Sports Medicine. Vienna (Austria), 1982, p. 45—46.

Koteliánský, V. E., Arsenyeva, E., Bogacheva, G., Chernousov, M., Glukgova, M., Ibragimov, A., Metsis, M., Roklis, O. Identification of the species-specific antigenic determinant(s) of human plasma fibronectin by monoclonal antibodies.—*FEBS Letters*, 1982, 142, 2, 199—202.

Lausvee, E., Tomberg, T., Mägi, M., Raudam, E. The evaluation of the severity and prognosis of cerebral vascular disturbances by the REG.—*Neurologija (Zagreb)*, 1980, 28, 1—4, 60—62.

Metspalu, E., Maimets, T., Ustav, M., Villems, R. A quaternary complex consisting of two molecules of tRNA and ribosomal proteins L2 and L17.—*FEBS Letters*, 1981, 132, 1, 105—108.

Metspalu, E., Sarapuu, T., Maimets, T., Remme, J., Ustav, M., Villems, R. The search for the structural organization of tRNA-binding domain of ribosome.—In: 7th EMBO Annual Symposium "Ribosome Structure and Function". Heidelberg, 1981. Abstracts.

Metspalu, E., Ustav, M., Maimets, T., Villems, R. The composition and properties of the *Escherichia coli* 5-S RNA-protein complex.—*Eur. J. Biochem.*, 1982, 121, 383—389.

Metspalu, E., Ustav, M., Villems, R. The properties of the tRNA protein complex of the *Escherichia coli* ribosome interaction with tRNA, 5-S RNA and 30-S ribosomal subunit.—*Eur. J. Biochem.*, 1982, 124, 269—273.

Mikelsaar, A.-V., Ilus, T. Body size and Q-polymorphisms.—*Clin. Genet.*, 1981, 19, 6, 524.

Mikelsaar, A.-V., Ilus, T., Kivi, S., Käosaar, M. Die populationsgenetischen Untersuchungen der Aktivität von Nukleolus-Orga-

nisatoren beim Menschen. — In: 8. Tagung der Sektion Zytogenetik der Gesellschaft für Anthropologie und Humangenetik, 9.—12. Juni, 1982, Graz, S. 14.

Mikelsaar, R. Cytosine-adenine—a wobble base pair in the codon-anticodon complexes.—*Stud. Biophys.*, 1982, 87, 2/3, 117—118.

Mikelsaar, R. Mitochondrial mechanism of the protein synthesis as an archigenetic relict.—In: Theses of the 12th International Congress of Biochemistry. Perth (W-Austria) 15.—21. Aug. 1982, p. 93.

Mikelsaar, R. C-A base pairs in transport ribonucleic acids and codon-anticodon complexes.—*J. Theor. Biol.*, 1981, 92, 2, 163—180.

Saarma, J., Aaso, J. Group work-therapy in the complex inpatient treatment of alcoholics.—In: Proceedings of the 3rd Soviet-finnish symposium of Psychiatry. Helsinki, 1981, p. 3—7.

Saarma, J., Sergejev, V. Characteristics of motor reflex deviations in alcoholics.—In: First Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism. München, 1982, p. 141.

Saarma, M., Metspalu, A., Villems, R., Erd, T., Toots, I. 5s RNA and 5.8 S RNA Built up eucaryotic subribosomal domains active in tRNA binding.—*FEBS Letters*, 1981, 136, 2, 255—258.

Sedman, J., Maimets, T., Ustav, M., Villems, R. The interaction of 5S RNA and its large fragments with ribosomal proteins.—*FEBS Letters*, 1981, 136, 2, 251—254.

Sibul, S., Siirde, E., Jents, A., Reinet, J. Changes in blood oxyhemoglobin in connection with electroaerosols treatment.—In: 4th Congress of the International Society for Aerosols in Medicine. Abstracts. Brno, June 9—11, 1982, p. 72.

Sibul, S., Siirde, E., Reinet, J. Some observations of the action of ionization on the regeneration process.—In: Ageing and Environmental Factors. Invecchiamento Fattori Ambientali. Italia, Ancona 5—11 Sept. 1982. Session 5.

Sillastu, H., Kallikorm, A., Zilmer, K. Pituitary-thyroid correlation in patients with pulmonary tuberculosis and sarcoidosis.—*Br. J. Dis. Chest*, 1981, 75, 3, 320.

Speek, M., Lind, A. Structural analyses of *E. coli* 5S RNA fragments, their associates and complexes with proteins L18 and L25.—*Nucleic Acids Res.*, 1982, 10, 3, 947—965.

Särgava, V., Liiv, V. On trepanopuncture in the diagnosis and treatment of frontal sinusitis.—Abstracts. European Rhinologic Society 3rd Islan 9th Congress and Course. Sweden, Stockholm, September 5—11, 1982, p. 12.

Zarkovski, A., Nurk, A., Rägo, L., Allikmets, L. Intraatrial injection of kainic acid prevents the development of postsynaptic dopamine receptor hypersensitivity after chronic haloperidol treatment.—*Neuropharmacology*, 1982, 21, 155—158.

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Распространенность хронического бронхита среди студентов вузов. (Отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР. Яннус Л. Э., Мазер Л. Ю., Сауэмяги Л. Р. Таллин, 1982. 46 с.

Хронические неспецифические заболевания легких, распространенность, студенты, функциональное состояние легких, преморбидное состояние, курение, фармакодинамические пробы, ранняя диагностика.

Объектом обследований были 1567 студентов таллинских вузов, из них 677 женщин и 890 мужчин в возрасте от 17 до 28 лет.

Целью исследования было изучить распространенность хронического бронхита среди взрослых молодого возраста, не подвергавшихся действию профессиональных вредных факторов, выявить среди них лиц с нарушением функционального состояния легких и другими признаками преморбидного состояния, имеющими значение при ранней диагностике ХНЗЛ, изучить роль курения в этиопатогенезе этих заболеваний.

Опрос студентов провели по анкете по выявлению признаков бронхолегочных заболеваний, одобренной экспертами ВОЗа по эпидемиологии ХНЗЛ. Флюорография грудной клетки и функциональные исследования (спирометрия и пневмостахиметрия с фармакодинамическим тестом). При выявлении признаков заболевания дополнительно проведены рентгенография, спирография и фармакологические пробы простагландином F_{2a} .

В результате исследования впервые в СССР изучена распространенность ХНЗЛ среди студентов — выявлено 86 (5,5%) больных хроническим бронхитом и бронхиальной астмой. У 65 (4,1%) студентов было диагностировано преморбидное состояние. У 3,5% лиц без субъективных жалоб и у 14,6% больных с признаками ХНЗЛ был выявлен латентный бронхоспазм. Доказано, что наиболее частым этиопатогенетическим фактором является курение.

Результаты опубликованы в центральной и республиканской печати и доложены на всесоюзных и республиканских совещаниях.

Данные исследования могут быть использованы при планировании пульмонологической помощи населению и в целях ранней диагностики бронхолегочных заболеваний.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь 1983

Ю. М. Саарма — Психиатрия в идеологической борьбе современности

Психиатрия всегда являлась ареной идеологической борьбы. В современном мире идеологи империализма нашли возможным использовать ее и в качестве оружия антисоветизма. Начиная с конца 1960 г. средства массовой информации ряда капиталистических стран распространяют вымышленные «обвинения» против психиатров нашей страны, которые якобы «используют психиатрию в политических целях», признавая здоровых «инакомыслящих» психически больными и изолируя их в психиатрические больницы. Необоснованность таких обвинений неоднократно доказывалась как отечественными, так и многими авторитетными западными психиатрами и подтверждалась представленными нами медицинскими документами. Однако, несмотря на это, в последние годы в эту борьбу включился также исполнительный комитет Всемирной ассоциации психиатров и его специальная комиссия по расследованию злоупотреблений психиатрии. Советским психиатрам предьявляют все новые и новые обвинения, оставляя при этом нерешенными прежние случаи.

В настоящее время наиболее агрессивным является руководство Общества психиатров США, которое открыто заявляет, что оно действует в этой борьбе согласованно с госдепартаментом США. Этот факт является весьма ярким доказательством того, что речь идет о политической деятельности в духе холодной войны, в духе антисоветизма. Учитывая все эти обстоятельства, президиум Всесоюзного общества психиатров и невропатологов принял реше-

ние прекратить сотрудничество со Всемирной ассоциацией психиатров и выйти из этой ассоциации.

Х. Я. Вяре — Развитие, задачи и перспективы психиатрической и наркологической помощи

В годы Советской власти в Эстонской ССР была создана внебольничная система психиатрической помощи: первые психоневрологические диспансеры были открыты в 1946 г. в Тарту и Таллине, в 1962 г. в Ямеяла, специализированная помощь была децентрализована и районные психиатрические кабинеты созданы в течение 1972—1978 гг. Расширилась деятельность стационаров: количество коек увеличилось в два раза, были созданы специализированные психиатрические отделения (туберкулезное, детское, наркологические, для больных неврозами) и трудовые мастерские, количество мест постепенно возросло до 720. В статье приводятся данные о направлениях развития психиатрической и наркологической помощи в республике.

В. Х. Янес — Потребность в стационарной психиатрической помощи и ее планирование

При клинко-эпидемиологическом исследовании 24 766 психически больных определялась потребность в стационарной помощи. На основании полученных данных были вычислены нормативы обеспеченности психиатрическим коечным фондом. Для адекватного обеспечения населения Эстонской ССР стационарной психиатрической помощью необходимо иметь в системе здравоохранения 30,8 койки на 10 тыс. взрослых жителей города, 27,4 койки на 10 тыс. взрослых сельских жителей и 7,6 койки на каждые 10 тыс. детей. Потребность в психиатрических койках для взрослых дифференцирована. В статье приведены нормативы обеспечения необходимым коечным фондом по профилям: приемно-территориальный, для хронического контингента, гериатрический, наркологический, для пограничных состояний. Делается вывод, что предпочтительно следует развивать стационарную психиатрическую помощь детям, гериатрическую и стационарную помощь психически больным с пограничными состояниями.

Ю. А. Лийвамяги — Алкоголизм родителей и дети

Алкоголизм родителей оказывает выраженное негативное биологическое и социальное влияние на потомство. Алкоголизм родителей может быть причиной гаметопатии, вследствие чего рождаются дети с

уродствами или зародыш погибает. Особенно опасным для будущего ребенка является алкоголизм матери, при котором в 40% случаев рождаются дети с признаками алкогольной эмбриопатии, в 60—80% случаев отмечается патология беременности и родов. В постнатальном периоде алкоголизм родителей является одной из самых важных причин задержки умственного развития: в школьном возрасте у 40% детей выявляются невротические симптомы или патохарактериологическое развитие личности.

Л. Ю. Тоомаспозг, О. Х. Тоумла — Действие алкоголя на иммунную систему организма

Целью работы является выявление расстройств в клеточном и гуморальном иммунитете больных алкоголизмом, а также других психических больных, злоупотребляющих алкоголем. Для оценки клеточного иммунитета применяли реакцию бласттрансформации лимфоцитов. Количество Т-лимфоцитов периферической крови исследовали методом розеткообразования. Определение содержания иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM) в сыворотке крови проводилось методом радиальной иммунодиффузии. Активность лизоцима сыворотки крови определяли фотоэлектрическим колориметром.

Выяснилось, что при злоупотреблении алкоголем имеют место нарушения как в клеточных (сенсбилизация мозговым антигеном, спонтанная бласттрансформация лимфоцитов, низкий ответ лимфоцитов на ФГА), так и в гуморальных (увеличение содержания сывороточного IgA, низкая лизоцимная активность сыворотки крови) механизмах иммунитета.

Ю. Ю. Раудсепп — Курение как проблема токсикомании

В настоящее время можно считать общепризнанной точку зрения, что курение является причиной ряда серьезных заболеваний. Но в то же время ученые еще не пришли к единому мнению относительно сущности курения. Судя по данным, опубликованным в литературе по наркологии, из всех разновидностей токсикомании наиболее широкое распространение получило употребление табака, или никотиномания. Большинство авторов считает, что пристрастие к никотину наиболее часто является основой привычки к курению. К сожалению, в «Руководстве по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти» и в его адаптированном варианте для использования в СССР курение исключено из рубрики токсикомании. Такой подход к курению затрудняет диагностику никотиномании и единое понима-

ние сущности курения. Мы считаем, что определенная часть курильщиков является никотиноманами, и потому они должны быть взяты на учет в наркологических диспансерах и нуждаются в лечении.

В. А. Саарма, Х. А. Эвераус — Антитела к антигену лейкемии, обнаруженные методом точечного иммуноанализа у больных хронической лимфатической лейкемией

У 153 больных хронической лимфатической лейкемией, 32 больных раком желудка и 50 здоровых людей методом точечного иммуноанализа (*dot-immunobinding assay*) выявляли антитела к антигену хронической лимфатической лейкемии (LAK) и к антигену острой лимфатической лейкемии (LAA). У больных хронической лимфатической лейкемией антитела к LAK обнаруживались значительно чаще, чем антитела к LAA (соответственно 84,3% и 5,8%). У здоровых не наблюдалось положительной реакции на LAK и LAA. Антитела к LAK и LAA были обнаружены у тех больных раком желудка, родственники которых болели лейкемией.

Л. Р. Покк — Метастатические опухоли головного мозга

В статье приводится анализ 70 секционных случаев метастатических опухолей головного мозга.

П. А. Боговский, Ю. М. Канн, М. Я. Роома — Выделение с потом N-нитропролина, образовавшегося в человеческом организме

В поте шести добровольцев, собранном во время интенсивного потения в финской бане (+60...80°С), определили содержание N-нитропролина (НПРО), образовавшегося в желудке после приема 8 мг/кг веса тела нитрата натрия и такого же количества пролина. Количество пота и НПРО, а также концентрация этого соединения в поте были различными у разных людей и у одних и тех же обследуемых в разных опытах. Женщины выделяли более высокие концентрации НПРО в меньших количествах пота. В течение второго часа после начала внутрижелудочной нитрозапии пролина концентрация и количество НПРО в поте быстро снижались.

О. М. Тамм, Я. К. Мяртин, Г. В. Кикош, В. М. Болотовский, Б. Г. Геликман — Причины вспышки кори в гор. Таллине в 1982 г.

В Таллине к вакцинированию против кори приступили в 1967 г., после чего заболеваемость снизилась более чем в 6 раз. Первое существенное повышение заболеваемости корью было отмечено в 1976 г. Анализ показал, что имело место нарушение правил

вакцинации и были использованы некоторые нестандартные серии коревой вакцины ЭШЧ, вследствие чего у 30% из привитых этой вакциной сыворотка крови оказалась серонегативной. Во время вспышки кори в 1982 г. в школах было зарегистрировано в 1,6 раза больше больных, чем в 1976 г. Анализ причин показал, что в 1973...1975 гг. часть детей в дошкольных детских учреждениях г. Таллина, в настоящее время уже школьников, была вакцинирована против кори недостаточно качественно (нестандартность некоторых серий вакцин, инаktivация вакцин при транспортировке и хранении) и что 42,3% заболевших в 1982 г. составляли дети, не вакцинированные вследствие различных медицинских противопоказаний (частично необоснованных). В результате этого степень иммунности многих групп учащихся понизилась, что также способствовало распространению коревой инфекции.

Л. С. Мехилане — О некоторых аспектах психофармакотерапии

Психотропные препараты обладают широким полиморфизмом: выявляется одновременно их психотропное и сомато-вегетотропное действие. Поэтому почти всегда одновременно с желательными наблюдаются и их нежелательные компоненты действия. В психотропном действии можно выделить: транквилизирующее, седативное, стимулирующее, активирующее, антидисфорическое, антидепрессивное, эутимическое, тимолептическое, тимоаналептическое, гипнотическое, зугипнотическое, антипсихотическое, антиманиакальное, ноотропное и др. влияния, каждое из которых имеет свою клиническую, нейрохимическую и нейрофизиологическую специфику. Некоторые из психотропных компонентов проявляются быстро (седативное, транквилизирующее и др.), другие же лишь после нескольких дней или недель лечения (антидепрессивное, антипсихотическое действие и др.). Один и тот же психотропный эффект может быть достигнут применением препаратов разного класса.

Психотропная активность как по характеру, так и по интенсивности может зависеть от дозы, способа применения препарата, конституции и психического состояния больного, длительности лечения и т. д.

Р. А. Кермес — Алкогольный панкреатит

В статье рассматривается проблема алкогольного панкреатита — заболевания, учащающегося в индустриально развитых странах. Установлена связь между заболеваемостью панкреатитом и количеством продаваемого алкоголя. 60% панкреатитов связаны с употреблением алкоголя, кото-

рый оказывает действие на метаболизм железы. Алкогольный панкреатит является хроническим заболеванием, протекающим с обострениями. С развитием заболевания интенсивность обострений уменьшается. В отличие от холелитиазного панкреатита, который поражает главный проток, алкогольный панкреатит является панкреатитом малого протока. У алкоголиков обострение панкреатита может быть обусловлено и богатой белками и жирами диетой.

А. М. Аадамсоо — О прогнозе шизофрении

В статье описываются пути определения прогноза при шизофрении и связанные с этим трудности. Объясняется сущность многогранного понятия прогноза при шизофрении. Приводятся некоторые современные данные катамнестических исследований психического состояния и социальной адаптации больных шизофренией. Описывается роль терапевтических и реабилитационных мероприятий в улучшении прогноза больных. Обсуждается значение благоприятных и неблагоприятных клинических и социальных предикторов для прогноза шизофрении. Подчеркивается, что необоснованным является считать прогноз шизофрении только благоприятным либо неблагоприятным. Прогноз шизофрении следует рассматривать отдельно в клиническом и социальном аспектах, которые могут быть в одних случаях коррелированы, в других случаях — нет.

О. Х. Тоомла — Действие нейролептиков на иммунную систему

На основании данных литературы анализируется механизм действия нейролептиков на иммунную систему. Приведенные данные свидетельствуют о том, что *in vitro* нейролептики угнетают интенсивность реакции бласттрансформации лимфоцитов и синтез антител. Но при введении в организм нейролептики способны усиливать интенсивность реакции бласттрансформации и, подобно действию *in vitro*, уменьшать интенсивность синтеза иммуноглобулинов и противомозговых антител.

С. Д. Коппель — О физиологических основах континуальности человеческой картины мира. Статья 2. Эмоциональное отражение действительности

Согласно теории П. К. Анохина, эмоциональные ощущения являются биологическим инструментом, удерживающим жизненный процесс в его оптимальных границах — отрицательные как сигналы о наличии потребностей, положительные как сигналы об их удовлетворенности. Функциональные системы высшей нервной деятельности, по этой теории, направляют животных и че-

ловека на удовлетворение доминирующих потребностей. Опираясь на экспериментальные работы сотрудников П. К. Анохина, автор настоящего сообщения предполагает, что эмоциональный континуум, переживаемый субъективно как единое целое, по своей нейродинамической основе всегда составляет единство противоположностей. Одновременно он выражает степень удовлетворенности и регулирует процесс удовлетворения ансамблей как доминирующих, так и субординированных потребностей. Нейродинамически это возможно в случае, если оба ансамбля попеременно актуализируются и афферентный синтез, соответствующий одному ансамблю, формируется одновременно работой акцептора действия, соответствующего другому ансамблю. Таким образом, две противодействующие друг другу функциональные системы составляют псевдоконтинуум, являющийся основой континуума поведенческой деятельности животных и человека.

В. П. Салупере — Синдром Мэллори-Вейсса

Синдром Мэллори-Вейсса характеризуется острым кровотечением из верхней части пищеварительного канала, обусловленным возникновением продолговатых поверхностных разрывов слизистой оболочки кардиальной области пищевода или желудка. Непосредственной причиной разрывов слизистой и кровотечения могут быть сильные и продолжительные рвотные движения, вызванные злоупотреблением алкогольными напитками, а также сильный кашель и непрямой массаж сердца.

Для иллюстрации приводится один случай синдрома Мэллори-Вейсса.

Подготовка кадров

Л. Я. Тяхепылд — Первый в Эстонской ССР доктор в области молекулярной биологии

А. В. Хауг, Х. А. Густавсон — Таллинской республиканской психоневрологической больницы 80 лет

Юбилейные даты

Н. В. Эльштейн — Республиканское совещание терапевтов

А. А. Румм — X Всесоюзный семинар-совещание экспериментальных туберкулезных баз

Н. А. Лоогна — Симпозиум ученых Финляндии и Советского Союза по вопросам гигиены труда и профессиональных заболеваний

Некролог

Х. Я. Вяре — Прошлое и настоящее психиатрии

Хроника

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 5 September, October 1983

J. Saarma — Psychiatry in contemporary ideological struggle

Psychiatry has always been an arena for ideological struggle. At present imperialist ideologists have found it necessary to use psychiatry as a tool of anti-Sovietism. From the late 1960s a number of mass communication media in capitalist countries have disseminated allegations that it is a practice in our country to hospitalize mentally healthy dissidents in mental hospitals. Unfoundedness of these insinuations has been repeatedly confirmed by both eminent Soviet and well-known Western psychiatrists and also by the case studies carried out by the All-Union Society of Neuropathologists and Psychiatrists.

Last year a so-called investigating committee was set up by the World Psychiatric Association (WPA) to check so-called «abuses of psychiatry» in our country. An increasing number of fresh cases of «abuse» have been produced, whereas the former cases have remained unsolved, regardless our disapproval.

Recently a most aggressive anti-Soviet propaganda campaign was stepped up by the American Psychiatric Association which made references to the US Department of State. This is a rather clear evidence that this institution is actively involved in slanderous political activities against our country. Taking into account all these facts, the Presidium of the All-Union Society of Neuropathologists and Psychiatrists decided to withdraw our Society from the WAP.

H. Väre — Development, tasks and prospects of mental and narcological care

In the Estonian SSR a system of outpatient mental health service was organized: the first mental outpatient clinics were set up in 1946 in Tartu and Tallinn and in 1963 at Jämejala. In 1972—78 a number of specialized psychiatric consultation rooms were set up in various districts. The scope of mental hospitals has increased twofold and specialized psychiatric departments were opened for tuberculous patients, for children, for drug-addicts and neurotics. A number of workshops for mental patients were opened and their scope has increased for up to 720 patients.

This article also elucidates some future problems related to the development of mental and narcological care in the Republic.

V. Jänes — The need for psychiatric hospital care and its planning

As a result of a clinico-epidemiological survey of 24,766 mentally ill patients, the need for mental hospital care was established. On the basis of these data the mental hospital occupancy was computed. It was found that in the Estonian SSR 30.8 occupied mental beds per 10,000 urban residents, 27.4 mental beds per 10,000 rural residents and 7.6 childrens' mental beds per 10,000 children were necessary. This article also presents the norms for psychiatric beds according to the territory, duration of the disease and for geriatric, narcologic and borderline patients. It is concluded that children and geriatric patients are prevalently in need of mental hospital care.

J. Liivamägi — Parental alcoholism and children

Parental alcoholism exercises an extremely unfavourable influence on the pre- and post-natal development of children born to alcoholic parents. It is well known that alcoholism can produce gamethopathy and cause malformations or the destruction of the embryo. Maternal alcoholism is most dangerous during pregnancy. It is responsible (in 40 per cent) for the defects in foetuses due to alcoholic embryopathy. From 60 to 80 per cent of expectant mothers have pathological pregnancies and pathological childbirths.

The author points out that alcoholism is an essential cause of retarded psychomotor development in childhood, which can later lead to personality deviations.

L. Toomaspoeg, O. Toomla — The effects of alcohol upon the body's immune status

Contradictory data on immune responses in alcoholics has been reported in relevant literature. This study was carried out in order to evaluate the level of cell-mediated and

humoral immunity in patients suffering from alcoholism. The cell-mediated immunity was examined by means of blasttransformation of lymphocytes, measured by liquid scintillation counting of ^3H thymidine uptake. T-lymphocytes were identified by E-rosette assay. The levels of major serum immunoglobulin classes (IgA, IgG, IgM) were evaluated by means of a single radial immunodiffusion method (G. Mancini, 1965). The bacteriolytic activity of serum lysozyme was assessed spectrophotometrically (D. Bratlid, 1977).

A number of deviations in both cell-mediated and humoral immunity were observed in alcoholics, as compared with non-alcoholics. A correlation between the duration of alcohol abuse and the deviations was established.

The results of this study suggest that alcoholics develop a specific autoimmune sensitization, whereas the general immune reactivity of the body is constantly weakening.

J. Raudsepp — Smoking as a kind of toxicomania

Although smoking is hazardous to health, scientists have not yet been able to identify the problem. According to the literature on smoking and drug-addiction, nicotine is enjoyed by the great majority of individuals in the world. In this article the author calls nicotine addiction «nicotinomania». The majority of authors suggest that weakness for nicotine leads to a smoking habit. The author is concerned at the omission of smoking from «The Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Death Causes».

The author wants to stop people smoking by submitting heavy smokers, so-called «nicotinomaniacs», to regular follow-ups and treatment in narcological dispensaries.

V. Saarma, H. Everaus — An antibody survey of patients with chronic lymphatic leukemia by employing dot-immunobinding assay

Sera taken from 153 patients with lymphatic leukemia, from 32 patients with gastric cancer and from 50 healthy subjects were examined for the presence of antibodies to both chronic (CLL) and acute lymphatic leukemia (ALL) antigens by employing dot-immunobinding assay. As a result, it was found that in patients with chronic lymphatic leukemia antibodies to CLL antigen were more prevalent than antibodies to ALL antigen (in 84.3 per cent and 5.8 per cent respectively). The sera from the healthy subjects lacked antibodies to both CLL and ALL antigens. Antibodies to CLL and ALL antigens, however, were present in gastric cancer patients, whose relatives had leukemia.

L. Pokk — Metastatic brain tumours

The author presents an analysis of 70 autopsy cases of metastatic brain tumours.

P. Bogovski, J. Kann, M. Rõõma — Excretion in sweat of N-nitrosoproline formed in the body

N-nitrosoproline (NPRO), formed in the stomach, after the ingestion of sodium nitrate 8 mg/kg body weight and the same amount of proline, was determined in the sweat of six volunteers. The sweat was collected during intensive perspiration in a Finnish sauna (at a temperature between +60 and +80 °C). It has been found that the amount of sweat, NPRO and the concentrations of this compound differed between single individuals and also in the same subjects in consecutive experiments. Females excreted higher concentrations of NPRO in a smaller amount of sweat. Within the second hour after the onset of intragastric nitrosation of proline the concentrations and amount of NPRO in sweat decreased rapidly.

O. Tamm, J. Märtin, G. Kikosh, V. Bolotovskii, B. Gelikman — The causes of a measles outbreak in Tallinn 1982

Vaccination for measles in Tallinn was commenced in 1967. Because of the vaccination there was a sixfold decline in reported cases of measles. In 1976, however, there was the first rise in the incidence of measles after the vaccination, which was caused by a number of inadequacies of vaccination and by using some substandard series of the «ЭШЧ» measles vaccine. As a result of the vaccination with those series, no demonstrable measles antibodies were detected in 30 per cent of the subjects vaccinated. The second outbreak of measles occurred in 1982 among schoolchildren at several schools in Tallinn. Then the incidence of measles increased nearly 1.6-fold compared with that in 1976. Between 1973 and 1975, in Tallinn, a great number of children were incompletely vaccinated: substandard vaccines were used, vaccines had become inactivated during shipment and storage. In 1982, 42.3 per cent of the unvaccinated (due to some medical contraindications) contracted the disease. In those children immunity against measles had declined, which facilitated the spread of measles among pupils.

L. Mehilane — Some aspects of psychopharmacology

Psychopharmacological agents have an associated psychotropic and somato-vegetotropic (polytropic) action. It has been found that, together with desirable therapeutic effects, these drugs very often produce associated adverse side-effects which may be confused with behavioural disorders resulting from mental illness during the treatment process.

Psychotropic actions include sedative, tranquilizing, stimulating, activating, noo-

tropic, hypnotic, euhypnotic, thymoleptic, thymoanaleptic, anti-dysphoric, anti-psychotic, thymo-stabilizing, antidepressant and anti-manic effects.

Different complaints require specific psychotropic agents belonging to different classes. The speed of action and dosages of these agents are varied according to the type of effects they produce, e.g. tranquilizers, sedatives and stimulants act much more quickly than nootropic, antidepressant and anti-psychotic drugs do. The latter drugs act within a few days or a few weeks after prescription.

The action of a psychopharmacological agent may change qualitatively depending upon the dosage, route, patient's general health, mental state, the length of therapy and the simultaneous administration of other drugs.

R. Kermes — Alcoholic pancreatitis

In this paper some problems of alcoholic pancreatitis are dealt with. In recent years a correlation between heavy alcohol consumption and an increasing incidence rate of chronic pancreatitis have been observed in developed industrial countries. 60 per cent of pancreatitis cases are alcohol-induced. Alcohol causes metabolic changes in the pancreas. Alcoholic pancreatitis is originally a chronic disease having relapses during its course. In advanced cases the attacks of pancreatitis become less severe. In contrast to gallstone pancreatitis or the main duct pancreatitis, alcoholic pancreatitis is a lesion of the ductuli. In alcoholics pancreatitis can also be provoked by a diet rich in proteins and fats.

A. Aadamsoo — The prognosis of schizophrenia

The author points out that making an accurate prognosis of schizophrenia is rather difficult. Various methods for assessing the clinical course and for predicting the possible outcome of schizophrenia are presented in this article. Also some social conditions which can influence the outcome of the disease are dealt with. A clinician, with knowledge and skill, should make a preliminary prognosis, which could offer the best opportunities for a successful treatment and a favourable outcome of the disease.

O. Toomla — The action of neuroleptics in immune responses

On the basis of relevant data from the literature, an analysis is presented of the action of neuroleptics in immune responses. The paper suggests that the blasttransformation of lymphocytes and the production of antibody are impaired under the influence of neuroleptics *in vitro*. On the other hand,

in vivo neuroleptics stimulate lymphocyte transformation response and, in the same manner as *in vitro*, decrease the production of immunoglobulins and anticerebral antibodies.

S. Koppel — Physiological principles of continuous world outlook. II. Emotional reflection of reality

According to P. Anokhin, emotional sensations are biological instruments which keep life within the optimum limits. Negative emotions appear as signals denoting requirements and positive ones — as signals of the satisfaction of requirements. The functional systems of the higher nervous activity direct a human being or an animal in the satisfaction of dominating needs. According to Anokhin's experimental data, the neurodynamic basis of the subjective emotional continuity always has inner contradictions. This emotional continuity simultaneously expresses a satisfaction level of both dominating and subordinated requirements and regulates their satisfaction process. This is possible if the corresponding neurodynamic substratum is alternatively actuated in such a way that a synthesis is formed simultaneously with the functioning of the other acceptor. In this way the two opposite functional systems form a pseudo-continuity, which represents a basis for man's and animals' behavioural pattern.

V. Salupere — Mallory-Weiss syndrome

Mallory-Weiss syndrome is characterized by upper gastrointestinal tract bleeding from the erosions developed after retching in the cardiac portion of the esophagus or in the stomach. The immediate causes of the esophageal tears and accompanying bleeding are dry heaves after the abuse of alcohol, severe cough and indirect cardiac massage. A case of Mallory-Weiss syndrome is described in this article.

Training of personnel

L. Tähepõld — The first doctor of molecular biology in the Estonian SSR

A. Haug, H. Gustavson — The 80th anniversary of the Tallinn Republican Psychoneurological Hospital

Our heroes of the day

Conferences and medical meetings

Necrology

H. Väre — Past and present-day psychiatry

Chronicle

English text edited and translated by E. Saarnok

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

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG
1984. AASTAKS ON

31. OKTOOBER



CORDANUM
(SÜNONÜÜM: TALINOLOL)

Kordaan on näidustatud südame kroonilise isheemiatõve, rütmihäirete, hüperkineetilise sündroomi, arteriaalse hüpertensiooni korral. Tavaline annus on 1 tablett kolm korda päevas.

Ettevaatusega tuleb kordaani ordineerida sõidukijuhtidele, sest ta halvendab tähelepanu- ja kontsentratsioonivõimet.

Pakendis on 50 tabletti á 50 mg.