TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

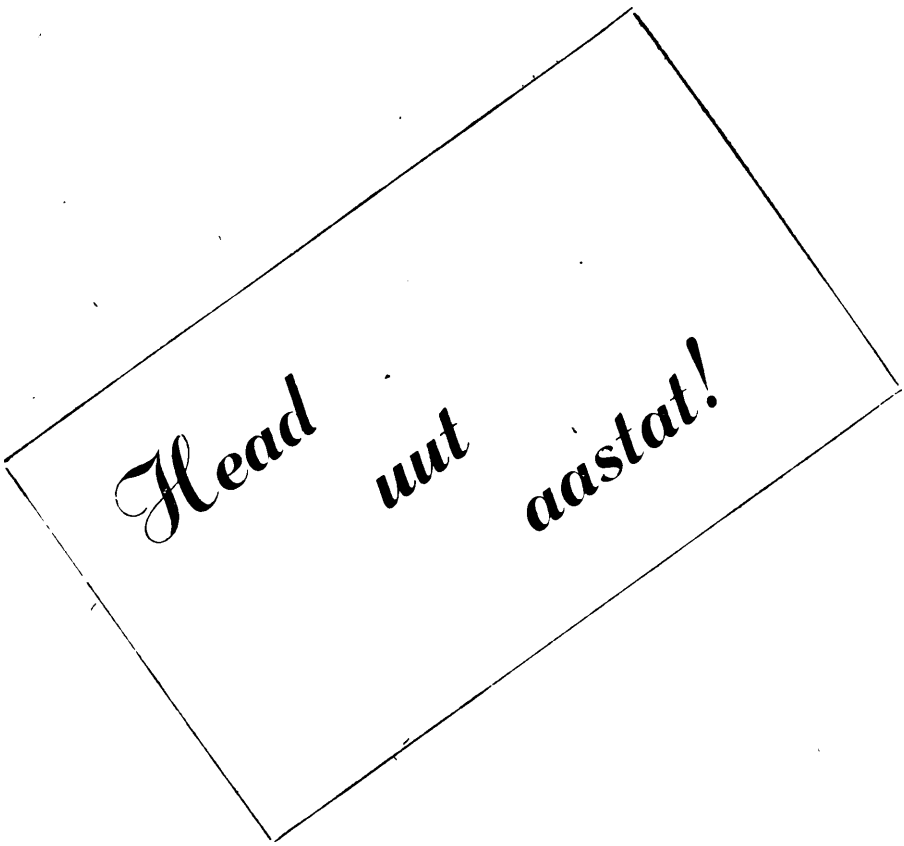
NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

1

1962

TALLINN

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ


Head uut aastat!

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)
EESTI NSV TERVISHOIU MIŃISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

1

Jaanuar–Veebruar

5. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1962

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *M. Hansen*

Ladumisele antud 14. XII 1961. Trükkimisele antud 5. II 1962. Trükiarv 3850. Paber 70×108¹/₁₆. Trükipoognaid 5+0,25 +2 kleebist. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,73. Tellimise nr. 10913. MB-00347.

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

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Poligraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

ALLERGIA PATOGENEESIST JA DIAGNOSTIKAST

K. KÕRGE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge)*

Allergiliste haiguste patogeneesi, profülaktika ja ravi küsimused on tänapäeva meditsiini aktuaalsemaid probleeme. B. Halperni (1) järgi on allergilised haigused oma esinemise sageduselt kogu maailmas südamening veresoonkonna haiguste ja pahaloomuliste kasvajate järel kolmandal kohal. See asjaolu kohustab arste praktilises töös üha suuremat tähelepanu pöörama ülitundlikkusreaktsioonide tekkemehhanismi ja kliiniliste vormide tundmaõppimisele.

Allergia on organismi tõrjereaktsioon, mis areneb antigeen—antikeha reaktsiooni printsiibil. Allergiat põhjustavaid antigeene ehk allergeene tuntakse õige palju. Valkude ja teiste kõrge molekulaarsusega ühendite (eelkõige polüsahhariidide) kõrval võivad allergilisi reaktsioone põhjustada ka lihtsama struktuuriga ained, nagu seda näeme ravimitest põhjustatud allergia puhul. Põhiliselt antigeensete omadusteta ained (hapteenid) võivad muutuda täisantigeenideks valguga komplekteerudes.

Praktiliselt on oluline, et allergilist reaktsiooni võib esile kutsuda ka sensibiliseerivalt mõjunud antigeenist erinev aine (nn. parallergilised reaktsioonid). Antigeeni iseloomu määrab keemiline radikaal, mida nimetatakse determineerivaks rühmaks. Nii näiteks võivad allergilised reaktsioonid tekkida rea ühendite (ravimite, värvide jne.) mõjul, mille bensooltuumal on para-asendis (determineeriv) amiinorühm.

Antigeeni mõjul moodustuvad organismis (tõenäoliselt plasmarakkudes) allergilised antikehad ehk reagiinid, mis tänapäeva seisukoha järgi on modifitseeritud globuliinid. Allergiline reaktsioon tekib antikeha ühinemisel uuesti organismi pääsenud või siin moodustunud antigeeniga. Üha rohkem on kinnitust leidnud seisukoht, et allergiline antigeen—antikeha reaktsioon toimub mitte veres, vaid kudedes: antikeha, mis fikseerub rakule, põhjustab allergilise *resp.* anafülaktilise reaktsiooni, veres vabalt ringleval antikehal on immuniseerimise, s. t. kaitseülesanne. Arvatakse, et sensibiliseerumise puhul moodustub antikehi sedavõrd vähe, et nad jäävad rakuga seotuks. Juhtudel, kus näiteks mikroobide tõvestav toime ei ole nakkusprotsessi esilekutsumiseks küllalt tugev (mikroobide hulk väike, virulentsus madal), piisab ärritusest, et tekitada allergiat (koldeinfektsioon!).

Allergia puhul moodustuvad kahesugused antikehad: kompleetsed ehk bivalentsed antikehad (millel on kaks haptofoorset rühma — üks antigeeni, teine reageeriva raku jaoks) ja inkompleetsed ehk univalentsed antikehad (üks haptofoorne rühm antigeeni kohta). Anafülaktiline antikeha on bivalentne, põhjustab pretsipitatsiooni ja seob komplementi. Allergiline antikeha on univalentne, ei põhjusta pretsipitatsiooni ega seo komplementi.

Allergiat ja immuunsust tuleb vaadelda kui immuniseerimisprotsessi eri faase. Immuniseerimisel võime täheldada allergianähte, desensibiliseerimise mõningate vormidega saavutame antianafülaksia näol

allergia ülemineku immuunsusseisundiks. Allergia ja immunsuse väljakujunemine ei toimu kaugeltki rööbiti — allergia aste ei iseloomusta veel immuunsuse astet ja vastupidi.

Tänapäeva meditsiinis on üha suuremat tähelepanu köitvaks küsimuseks autoallergia probleem, mille olemust võib üldjoontes kirjeldada järgmiselt: mingi patogeense faktori (mikroobide, viiruste, keemiliste ainete) mõjul, mis fikseeruvad kudedes, muutub viimaste biokeemiline struktuur selliselt, et nad muutuvad kehavõõraiks ja hakkavad organismile toimima antigeenina (autoantigeenina). Sel viisil tekkinud antigeenile vastab organism autoantikehade produktsiooniga. Need sensibiliseerivad omakorda teatavaid kudesid, kus võib nüüd puhkeda autoallergiline reaktsioon. Kirjeldatud mehhanismil põhinevad mitmed, eriti kroonilise kuluga allergilised haigused. Autoallergilistel protsessidel on oluline osa reuma, reumatoidse polüartriidi ja teiste kollagenooside tekkimisel ning analoogilisel mehhanismil võivad areneda näiteks nn. immunohemopaatiad — agranulotsütoosi, hemolüütilise aneemia ja trombopeenia teatavad vormid.

Kudedes areneva antigeen—antikeha reaktsiooni tulemusena tekib allergia puhul rakkudes ja veres rida sügavaid biokeemilisi muutusi, millel on suur tähtsus ülitundlikkusreaktsioonide puhul esinevate haigusnähtude kujunemisel.

Üheks niisuguseks protsessiks on fibrinolüsiini aktiveerimine allergia puhul, mis toimub sero- või tsütokinaasi toimel [G. Ungar (2)]. Selle tulemuseks on ühelt poolt vere hüübivuse vähenemine, teiselt poolt põhjustab suurenenud proteolüüs endogeensete valgulõhustusproduktide tekkimist, millest mitmed (näiteks histamiin) mõjuvad oluliselt kaasa allergilise haiguspildi nn. kliiniliste sekundaarfenomeenide tekkimisel.

Histamiini osa allergia puhul on olnud pikemat aega elava diskussiooni objektiks. On teada, et allergiaga haiged (näiteks bronhiaalastmaga haiged) reageerivad histamiinile intensiivsemalt kui normaalsed isikud. Histamiinilahuse (1 : 10 000) silma tilgutamine põhjustab inimesel, kellel esineb mingi organismi sensibiliseeriv nakkuskolle (näiteks hambagranuloom), tugeva konjunktivaalse reaktsiooni (nn. Remky test). Positiivne on sel puhul samuti nahatest histamiiniga [M. Ratschow (3)]. Huvitav on asjaolu, et allergiale iseloomulikud eosinofiilsed leukotsüüdid (samuti aga ka basofiilsed) on väga histamiinirikkad. Olgugi, et allergilis-anafülaktilise reaktsiooni puhul organismis vabanevaist aineist osutub histamiin üheks olulisemaks, ei ole ta kaugeltki ainsaks mõjuaineks ja kogu reaktsiooni histamiini toimega seostada ei saa.

Histamiini tähtsuse rõhutamine allergiliste haigusseisundite patogeneesis põhjustas antihistamiinikumide kasutusele võtmist mainitud protsesside puhul. Kui nimetatud preparaadid histamiinišoki kõrvaldavad, siis allergiliste haigusseisundite puhul annavad antihistamiinikumid tulemusi peamiselt heinapalaviku, vasomotoorse riniidi ja akuutsete nahaallergooside korral. Anafülaktilise šoki, bronhiaalastma ja reuma puhul ei anna antihistamiinikumid silmapaistvat efekti.

Rida autoreid eesotsas D. Danielopoluga (4) omistavad šoki tekkimises otsustava tähtsuse atsetüülkoliinile. On võimalik, et allergia puhul täheldatav atsetüülkoliini suurem aktiivsus on seoses koliinesteraasi toime langusega sel puhul. E. Lettereri (5) arvates on kõik allergianähud tingitud histaminaasi ja koliinesteraasi puudulikkusest.

Kolmandaks allergilis-anafülaktilise reaktsiooni puhul vabanevaks aineks on hepariin, millega on seoses nii vere hüübivuse langus kui ka allergia diagnoosimises arvestatava leukopeenia tekkimine.

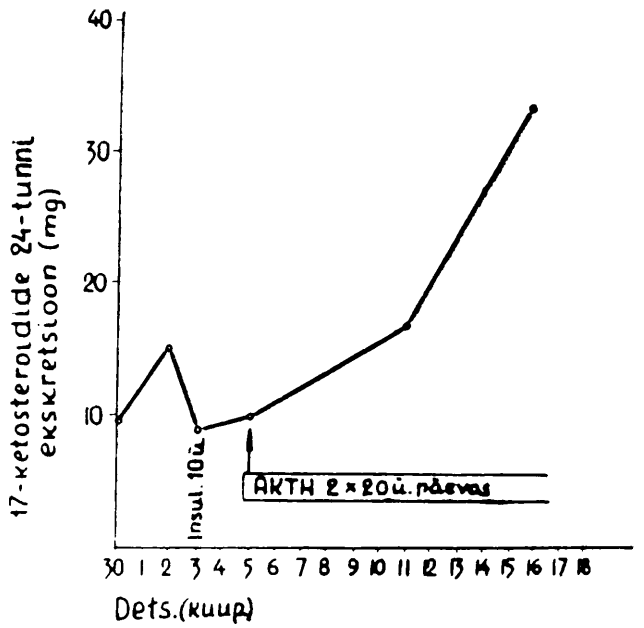
Allergiliste reaktsioonide puhul sidekoes arenevate muutuste tekkimisel omab tähtsust ferment hüaluronidaasi aktiveerumine. Sidekoe põhisubstantsi koosseisu kuuluva hüaluroonhappe lõhustamine nimeta-

tud fermendi poolt põhjustab põhisubstantsi viskoossuse languse ja selle permeaabluse suurenemise.

Edasi suureneb allergiliste seisundite puhul serotoniini (5-hüdroksütriüptamiini) moodustumine, mida sel juhul leidub eriti rohkesti ajus. Serotoniin mõjub permeaablust vähendavalt, suurendab soolte peristaltikat ja on aktiivne sidekoe suhtes, põhjustades suuremate kontsentratsioonide rakendamisel siseelundeis omapäraseid sidekoelisi kamaraid.

Allergia arenemist mõjustavad olulisel määral närvisüsteemi ja sisesekretoorsete näärmete talitlus. Närvisüsteemi osa anafülaktiliste reaktsioonide tekkimisel demonstreeris juba Besredka, näidates, et sensibiliseeritud katseloomal ei saa narkoosi tingimusis anafülaktilist šokki esile kutsuda. Immuunsusreaktsioonide ja närvisüsteemi suhete selgitamisel on suure töö teinud eriti nõukogude autorid (A. Speranski, P. Zdrodovski, A. Ado jt.). Kudede reageerivus šoki puhul sõltub suurel määral ka vegetatiivse närvisüsteemi mõjust. Olenevalt vegetatiivse närvisüsteemi toonusest on allergilise antigeen—antikeha reaktsiooni puhul vabanevate «sekundaarsete ärritusainete» toime erinev.

Küsimus endokriinsete näärmete osast allergiliste haiguste arenemisel muutus eriti aktuaalseks seoses AKTH ja kortisooni antiallergilise mõju avastamisega P. Hench'i ja tema kaastööliste (6) poolt. Hilisemates uurimistes on paljud teadlased püüdnud seda küsimust selgitada. Kokkuvõtteks nende tööde tulemustest (mõnel juhul ka vastassuunalistest) võib ütelda järgmist. Nii eksperimendis kui ka kliinikus on leidnud kinnitust kortisooni allergiat pidurdav mõju. Nimetatud mõju avaldub põhiliselt hormooni manustamise vältel, allergilist haigust kui niisugust hormoonravi ei kõrvalda. Neerupealiste koore primaarset puudulikkust allergiliste haiguste tekkepõhjusena konstateerida ei saa. Seega allergia puhul kortikosteroidipreparaatidega substitutsioonravi ei teostata.



Joonis 1

17-ketosteroidide ekskretsiooni inertsus AKTH manustamisel ägeda reumaatilise liigesepõletikuga haigel. 17-ketosteroidide eritumine suureneb alles pärast AKTH kestvamat süstimist

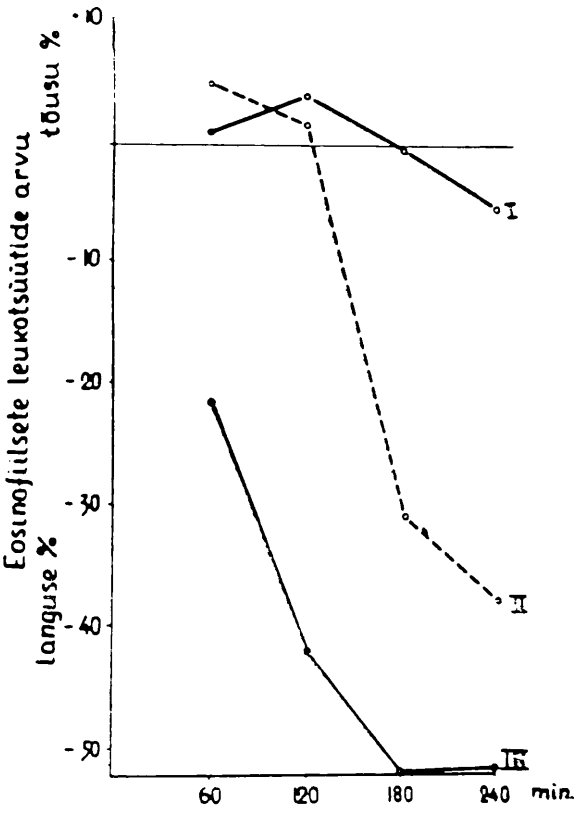
Nagu seda näitasid meie uurimused, võib allergiliste haiguste puhul täheldada neerupealiste koore talitluse märgatavat inertsust (nn. sekundaarset insufitsientsust), mis väljendub näiteks 17-ketosteroidide ekskretsiooni tõusu loiduses AKTH, insuliini ja teiste neerupealiste koort stimuleerivate vahendite manustamisel (vt. joonis 1). Tuleb pidada tõenäoliseks, et allergiliste haiguste puhul on häiritud organismi olulise adaptatsioonimehhanismi, nimelt dientsefaal-hüpofüsaar-adrenaalse süsteemi talitlus, kusjuures olulisel kohal on selle süsteemi neuroreflektoorse

sektori häired. Selle väljenduseks on ka meie poolt täheldatud eosinofiilsete leukotsüütide paradoksaalne reageerimine insuliinhüpoglükeemiale ja mitmetele muudele stressoritele mõningate allergiliste haiguste (eelkõige bronhiaalastma) puhul: tavalise eosinopeenilise reaktsiooni asemel ilmub nimetatud haigeil 10 TÜ insuliini süstimise järel sageli eosinofiilsete leukotsüütide arvu tõus perifeerses veres, osal haigeist jääb eosinofiilsete leukotsüütide arv lähtenivoole või esineb nõrk langus [K. Kõrge (7,11)] (vt. joonis 2). Analoogilisi tulemusi said meie kateedris kaltsiumkloriidi süstimisel P. Laja ja R. Vinogradov (vt. joonis 3). Kirjeldatud fenomeeni võib kasutada täiendava diagnostilise näitajana bronhiaalastma puhul.

Allergiline reaktsioon esineb põhiliselt kahel kujul: 1) varajane reaktsioonitüüp (nn. anafülaktiline tüüp) — anafülaktiline šokk, Arthusi fenomeen ja kliinilistest haigusseisunditest seerumitõbi, ravimitest põhjustatud allergia, bronhiaalastma; 2) hiline reaktsioonitüüp (nn. tuberkuliinitüüp) — bakteriaalne allergia (sealhulgas ka reuma), allergiline ekseem jt.

Varajase reaktsiooni tekkimisel näib erilist tähtsust omavat histamiini vabanemine, mille tõttu osa nimetatud haigusseisundeist on üsna tõhusalt pidurdatavad antihistamiinikumidega. Allergia hilistüübi puhul viimased üldse ei toimi. Tuleb lisada, et kliinilises meditsiinis ei saa mõlema reaktsioonitüübi vahele teravaid piire tõmmata.

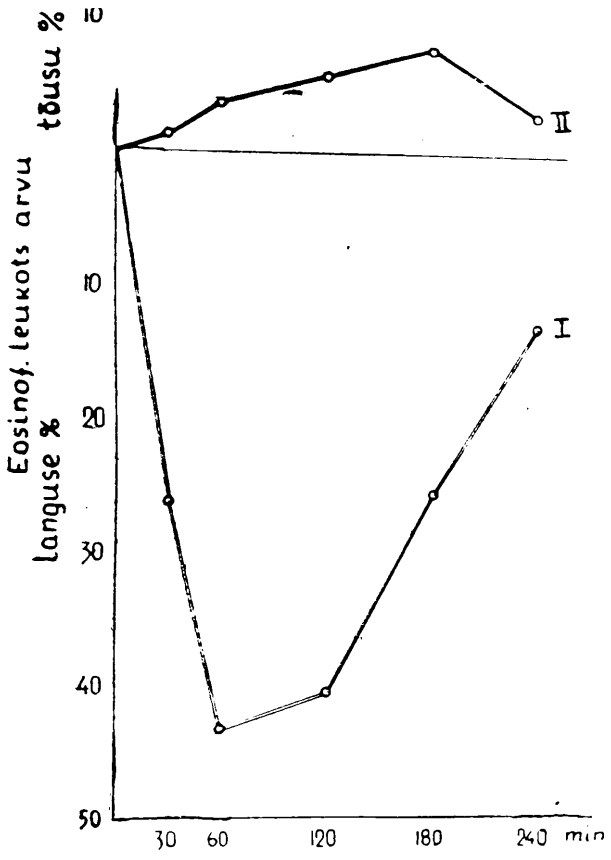
Allergilise reaktsiooni raames arenevad kudedes nii funktsionaalsed kui ka morfoloogilised muutused. Esimestest on silmapaistvaim silelihaste kontraktsioon. Morfoloogilistest muutustest on tuntud eksudatsioon, sidekoe fibrinoidne muundumine, nekroos ning proliferatiivsed protsessid. Inimesel esinev idiosünkraasia kulgeb peamiselt funktsionaalsete häiretega, infektsioos-allergilised haigused (näiteks reuma) seevastu morfoloogiliste muutustega.



Joonis 2

Insuliin-eosinof. leukots. kõvera ja AKTH-eosinof. leukots. kõvera (Thorni testi) kulg bronhiaalastmaga haigeil. I — insuliin-eosinof. leukots. kõverate keskmine (80 juhtu), II — AKTH-eosinof. leukots. kõverate keskmine (14 juhtu), III — insuliin-eosinof. leukots. kõverate keskmine allergiata kontrollisikutel (14 juhtu)

Allergilis-anafülaktilise reaktsiooni arengus võib A. Ado (12) järgi eristada kolme staadiumi: 1) immunoloogiline staadium, milles toimub antigeen-antikeha reaktsioon, 2) patokeemiline staadium bioloogiliselt aktiivsete ainete vabanemisega ja 3) patofüsioloogiline staadium närvisüsteemi ja silelihaste funktsiooni häirete ning sidekoe kahjustuste väljakujunemisega.



Joonis 3
Perifeerse vere eosinof. leukots. arvu dünaamika kaltsiumkloriidi 10%-lise lahuse veeni süstimise järel: eosinofiilide väärtuste keskmine 10 tervel isikul (I) ja 26 bronhiaalastmaga haigel (II)

Praktiliselt on suure tähtsusega asjaolu, et sensibiliseerimine põhjustab ärritatavuse tõusu kogu organismi sidekoes, eriti aga allergilisest protsessist haaratud elundeis. Tekib kudede omapärane põletikuvalmidus, mille foonil võivad haigusprotsessi (hüperergilise põletiku) puhkemist provotseerida (peale spetsiifiliste immunobioloogiliste faktorite — allergeenide) ka mittespetsiifilised mõjustused. Viimaste hulka kuuluvad peale mittespetsiifiliste antigeenide ka mitmesugused füüsikalised mõjustused (madal välistemperatuur, ultraviolettkiired jt.) ja traumad: kui sensibiliseerimata katseloomal ühte arterit mehaaniliselt (muljumisega) vigastada, paraneb kahjustus peatselt, jätmata erilist armi. Sensibiliseeritud katseloomal põhjustab niisugune vigastus aga arteri raskekujulise põletiku. Kui sensibiliseeritud loom lisaks kõigele veel väsimuseni tööd teeb (kettas jookseb), areneb veresoone vigastuse tulemusena hüperergiline angiit ka veresoonestiku kaugemal asetsevais piirkondades [M. Ratschow (3)]. Sensibiliseeritud loomal põhjustab liigese külmutamine või mehaaniline ärritamine hüperergilise artriidi, mida ei õnnestu tekitada sensibiliseerimata kontroll-loomale.

Esitatud näidetest nähtub, et mittespetsiifilised tegurid mõjutavad allergilise protsessi puhkemist sensibiliseeritud organismis, millega seletub ka külmetuse osa reuma ja glomerulonefriidi tekkimisel.

Põhimõtteliselt on iga indiviid sensibiliseeritav. Allergia on omandatud seisund, kusjuures ilmset tähtsust omab teatav sünnipärane dispositsioon ja kestev kontakt eriti agressiivsete allergeenidega.

Praktikas kohtame allergial väga mitmekesiseid avaldusvorme. Ühel juhul nad esinevad nii-öelda «klassikaliste» allergiliste haiguspiltidena (urtikaaria, bronhiaalastma jt.), teisel juhul on haiguse allergiline genees peitunud väga erilaadsete kliiniliste sündroomide taha, mille olemuse dešifreerimine osutub sageli raskeks.

Allergia diagnoosimisel tuleb vastata kahele küsimusele: 1) kas antud haiguspilt on tingitud allergiast ja 2) missugune on allergeeni iseloom.

Esimese küsimuse lahendamisel aitab mõnel juhul kaasa tüüpiline haiguspilt, selle kulu jälgimine ja sageli ka desensibiliseeriva ravi posi-

tiivne tulemus. Laboratoorsetest mittespetsiifilistest näitajatest on teatava diagnostilise väärtusega vere ja sekreetide eosinofiilia, vereseerumi proteinogrammis globuliinide (eriti beeta- ja gammaglobuliinide) rohkenemine, seerumivalkude sadestusreaktsioonid ja seerumi komplementiitri langus.

Allergia immunoloogilises diagnostikas kasutatakse järgmisi meetodeid: 1) naha- ja limaskestade reaktsioonid, 2) antikehade passiivne ülekandmine vereseerumi või leukotsüütidega (viimastes antikehad fikseeruvad!) ja 3) seroloogilised reaktsioonid (pretsipitatsiooni- ja aglutinatsioonireaktsioonid jt.).

Tuleb täheldada, et ideaalset, praktika vajadusi igakülgselt rahuldavat testi allergia diagnoosimiseks ja organismi sensibilisatsiooniastme määramiseks meil veel ei ole. Lihtsamaist allergia diagnoosimise meetodeist võiks nimetada alljärgnevaid.

Eliminatsioonitesti puhul püütakse haige viia tingimustesse, milles tal allergeeniga kontakti ei ole (eliminatsioonidieet, inhaleeritavate allergeenide vältimine, nakkuskollete kõrvaldamine jne.). Selle testi õnnestumisel haigusnähud kaovad.

Ekspositsioonitesti puhul viiakse patsient allergeeniga kontakti loomulikkudes tingimustes ja jälgitakse haigusnähtude ilmumist, provokatsioonitestide puhul toimub see kliinilise eksperimendi näol, nagu seda on mitmesugused nahatestid.

1. Epikutaantest. Allergeeniks oletatav aine hõõrutakse naha sisse salvina või paari sm^2 suurune selle lahusega niisutatud riidetükk fikseeritakse tsellofaaniga kaetult nahale. Seejuures on oluline, et katsetatav lahus ei oleks sellises kontsentratsioonis, mis ärritab terve inimese nahka. Resultaati hinnatakse 24 (48) tunni möödudes. Positiivne reaktsioon väljendub turses, punetuses ja eriti tugeva allergia puhul ka villi ning nekroosi tekkimises.

2. Kutaantest. Katsetatav lahus hõõrutakse skarifitseeritud nahasse.

3. Intrakutaantest. Tugevasti lahjendatud allergeenilahust süstitakse koguses 0,01—0,02 ml käsi- või õlavarrel naha sisse. Kontrollsüste teostatakse füsioloogilise soolalahusega. Resultaati hinnatakse 20—30 min. (varajane reaktsioon) ja 6—24 tunni järel (hilisreaktsioon).

Kirjeldatud nahatestide kohta tuleb lisada järgmist. Esineb juhte, kus mingile allergeenile reageerib küll šokile alluv elund (kopsud, sool jne.), nahk aga mitte; seetõttu negatiivne kutaantest ei eita veel täiel määral allergia võimalust. Samuti tuleb silmas pidada, et positiivset nahareaktsiooni andev aine ei tarvitse olla veel haigust põhjustav allergeen — nahareaktsioon võib olla mittespetsiifiline.

Tuleb rõhutada, et kutaan- ja eriti intrakutaantest võivad erilise ülitundlikkuse puhul põhjustada raskeid, patsiendi elule ohtlikke šokiseisundeid. Ühte niisugust tormilist anafülaktilist reaktsiooni võisime täheldada Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonnas, millest alljärgnevalt.

L. P., 38-aastane meditsiiniõde. Tuli kliinikusse ravile tugevakujulise bronhiaalastma tõttu (haiguslugu nr. 3876/60). Astmahood tekkisid patsiendil peamiselt töökohas, s. t. kliinikus, eriti viibimisel ruumi läheduses, kus teostati aerosool- (ka penitsilliin-aerosool-) ravi. Et oletati ülitundlikkust penitsilliini suhtes, tehti patsiendile diagnostilisel kaalutlusel intrakutaantest. Selleks süstiti talle käsivarde nahasiseselt mõnikümmend toimeühikut penitsilliini 0,1 ml lahuses. Mõni minut hiljem muutus patsiendi enesetunne äkki halvaks, ta muutus kahvatuks ja tal tekkis kollaps. Arenes välja raske šokiseisund. Patsient kaotas teadvuse, tekkis lihaste tõmblemine, hingamine peaaegu lakkas, haigel tekkis tsüanoos ja pulss oli vaevalt palpeeritav. Kiiresti rakendatud terapeutiliste menetluste tulemusena (hapnikuinhalatsioon, lobeliin, adrenaliin, kortisoon lihasesse, strofantiin) möödusid šokinähud umbes 10—15 minuti jooksul.

Et kirjeldatud komplikatsiooni vältida, tuleb nahaproovidest soovitada eelkõige epikutaantesti, mis üldreaktsiooni ei põhjusta.

Allergeeni iseloomu selgitamiseks on otstarbekohane rakendada antikeha passiivsel ülekandel põhinevat Prausnitz-Küstneri katsu, mis toimub järgmiselt: uuritava (allergiaga) isiku vereseerumit süstitakse tervele (ilma allergiata) isikule intrakutaanselt 0,1 ml koguses. Süstekohast veidi eemal tehakse kont-

rollinjektsioon füsioloogilise lahusega. 24 tunni pärast süstitakse eelmisel päeval ettevalmistatud piirkonda väike kogus uuritavat allergeenilahust. Tahkete allergeenide puhul skarifitseeritakse ettevalmistatud nahapiirkond ja fikseeritakse sellele uuritav aine. Positiivse reaktsiooni korral tekib nahal 24 tunni järel turse ja punetus. Ohtlikke üldreaktsioone katseisikul sel puhul ei teki.

Muudest lihtsamatest allergiatestidest võiks nimetada veel Vaughani leukotsüütidetesti: kogu katse vältel voodis lamaval katsealusel, kes pole söönud, loendatakse hommikul perifeerse vere leukotsüütide arv. Seejärel manustatakse talle allergeeniks peetavat ainet (näiteks patsient sööb allergeeniks peetavat toitu). 45—60 min. järel loendatakse leukotsüütide arv uuesti. Allergiale viitab leukotsüütide arvu langus [Vaughani järgi vähemalt 1000, I. Niemand-Andersseni (8) järgi vähemalt 300—500 raku võrra]. On vajalik, et patsient ei saaks kolmel-neljal päeval enne katset allergeenikahtlast toitu.

Veelgi tundlikumaks allergianäitajaks peetakse trombotsüütide arvu langust samas katsekorralduses [H. Storck jt. (9)]. Positiivse testi puhul on trombotsüütide arv perifeerses veres 90 min. pärast allergeeni manustamist 15—40% võrra madalam lähteväärtusest.

Lihtsaks ja praktikas hõlpsasti rakendatavaks testiks on Coca pulsikats. Rahuolekus voodis lamaval katsealusel, kes pole söönud, määratakse korduvalt pulsisagedus minutis. Seejärel manustatakse uuritav allergeen ja 30 minutit hiljem registreeritakse pulsisagedus uuesti. Positiivse katsu puhul kiireneb pulsisagedus rohkem kui 16 löögi võrra minutis.

Allergia diagnoosimisel tuleb patsiendil teha mitu uuringut ja nende tulemusi hinnata koos kliinilise pildiga.

Lõpuks tuleb rõhutada, et meie raviasutused peaksid pöörama senisest suuremat tähelepanu eksogeensete allergeenide väljaselgitamisele ja arvestama rohkem ravimitest põhjustatud allergia võimalust.

KIRJANDUS

1. Halpern, B. N. Tsit. 10 järgi. — 2. Ungar, G. Internat. Arch. of Allergy a. Appl. Immunol., 1954, 4, 258—281. — 3. Ratschow, M. Mediz. Klinik, 1953, 35, 1249—1253. — 4. Danielopolu, D. Schweiz. med. Wschr., 1948, I, 567. — 5. Letterer, E. Tsit. 12 järgi. — 6. Hench, P. S., Kendall, E. C., Slocumb, C. H. a. Polley, H. F. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 1949, 24, 181. — 7. Kõrge, K. Tartu Riikliku Ülik. Toimetised, 1957, V. 52, 63—77. 8. Rost, G. A., Findeisen, D. G. R., Niemand-Anderssen, I. Praktikum der allergischen Krankheiten. Leipzig, 1958. — 9. Storck, H., Hoigne, R., Koller, F. Tsit. 10 järgi. — 10. Bienengräber, A. Herdinfektion und allergische Erkrankungen. Berlin, 1958. — 11. Кырге К. Х. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1956, 4, 110—117. — 12. Адо А. Д. Патол. физиол. и экспер. терапия, 1958, 5, 3—10.

О ПАТОГЕНЕЗЕ И ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИИ

К. Кырге

Резюме

Аллергическая реакция развивается по принципу реакции антиген-антитело, причем аллергическое антитело или реагин фиксируется к клеткам ткани. За этой первой иммунобиологической стадией следует патохимическая стадия, при которой в тканях освобождается ряд биологически активных веществ, как гистамин, ацетилхолин, гепарин, серотонин и другие, которые и вызывают клинические явления при аллергии. Они развиваются в последней стадии аллергической реакции — патофизиологической и проявляются в функциональных и морфологических изменениях нервной системы, гладкомышечных органов и соединительной ткани. Все более обращается внимание на возможность появления аутоаллергии при коллагенозах, некоторых болезнях крови и при других болезненных состояниях. Аллергический процесс может в сенсибилизированном организме активизироваться даже при влиянии неспецифических факторов. При развитии аллергии большое значение имеет функция нервно-гормональной системы, особенно диэнцефально-гипофизарно-адренального адаптационного механизма.

В диагностике аллергии применяются, кроме клинической картины и оценки неспецифических протеиновых показателей, следующие методы: тесты элиминации и экспозиции, реакции кожи и слизистых оболочек, пассивная передача антител кровяной сывороткой или лейкоцитами, серологические реакции преципитации и агглютинации. Описывается анафилактический шок после внутрикожного теста пенициллином у больной бронхиальной астмой. В практике для диагноза аллергии применяются еще лейкопенический и тромбопенический тесты и проба по Кока (учащение пульса после аппликации аллергена).

KOGEMUSI BRONHIAALASTMA RAVIMISEL

Arstiteaduse kandidaat *J. RIIV*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Viimastel aastakümnetel on kogu maailmas täheldatud allergiliste haiguste, kaasa arvatud ka bronhiaalastma tunduvat sagenemist. Kuna bronhiaalastma kujutab enesest kroonilist haigust, mille esinemissagedus mitmetes maades on tõusnud kuni ühe protsendini elanike üldarvust [G. A. Rost (3), D. A. Williams (11), H. Kalliola, A. Kasanen ja T. Peltonen (9)], siis on arusaadav huvi, mida osutatakse selle haiguse etioloogia, patogeneesi ja ravi uurimisele.

Ajavahemikus 1951.—1960. a., s. t. viimase 10 aasta jooksul oli Tartu Linna Kliinilises Haiglas ravil 539 bronhiaalastmaga haiget, nendest esmakordselt 320. Kokku viibisid astmahaiged haiglas 14981 voodipäeva, seega keskmiselt 28,1 päeva. Kui arvestada veel astmahaigete sagedat ajutist töövõimekaotust ja varast invaliidistumist, siis on ilmne bronhiaalastma negatiivne osa ka sotsiaalses mõttes.

Bronhiaalastma klassifitseerimisel kasutasime D. G. R. Findeiseni (3) üldist tunnustust leidnus jaotust. Selle põhiliselt etioloogilise jaotuse alusel eristatakse järgmisi bronhiaalastma vorme: 1) ülekaalukalt infektsioos-allergiline astma, 2) ülekaalukalt eksogeen-allergiline astma ja 3) ülekaalukalt psühhoneurootiline astma. Krooniliseks muutunud astma, nn. püsiastma kujutab kolme eelmise vormi kaugelearenenud juhtu.

Bronhiaalastma mitmesuguste etioloogiliste tegurite osatähtsuse hindamisel lähevad erinevate uurijate arvamused üsna suurel määral lahku. Nii on B. Kogani (2) arvates bronhiaalastma kõikidel juhtudel põhiliselt eksogeen-allergilise iseloomuga. Täiesti vastupidine on P. Bulatovi (1) seisukoht, kelle järgi rõhuv enamik (98%) bronhiaalastma juhte on nakkusliku päritoluga. Üldiselt ollakse seisukohal, et bronhiaalastma tekkimisel on oluline osa hingamisteede infektsioonidel. Nii rõhutavad infektsiooni osatähtsust (30—80% ulatuses) bronhiaalastma tekkimisel K. Hajós (6), D. G. R. Findeisen (3), D. Harley (7), W. C. Spain ja V. J. Fontana (10), C. Jemenez-Diaz (8), E. W. Flensborg (4) jt. On õnnestunud katseloomi sensibiliseerida, kasutades inhalatsioonallergeenina mikroobe [H. Friebel ja B. Lund (5)]. Arvatakse, et hingamisteede infektsioonid kas sensibiliseerivad organismi otseselt või muudavad selle vastuvõtlikuks mitmesugustele eksogeensetele allergeenidele.

Võib arvata, et erinevates geograafilistes tingimustes on bronhiaalastma tekkepõhjused erinevad. Anamneesi, haiguse kulu, astmale eelnenud haigusperioodi kestuse ning iseloomu ja muude andmete alusel võisime 92,7% meie poolt kirjeldatud astmahaigetel teha kindlaks ülekaalukalt infektsioos-allergilise päritolu. Need tulemused kattuvad P. Bulatovi omadega, kelle andmed pärinevad meile lähedastest tingimustest, nimelt Leningradist.

Kõige sagedamini võisime astmahaigete rögast eraldada streptokokke.

Ainult psühhogeensel alusel tekkivat bronhiaalastmat ei esine üldse, kuna bronhiaalastma tekkimise põhiliseks eelduseks on allergia. Küll aga võivad psüühilised tegurid astma kulgu tunduvalt mõjustada.

Siinkohal on vajalik peatuda bronhiaalastma mõistel. Üldiselt on leidnud tunnustust definitsioon, et bronhiaalastma on allergilisel alusel tekkinud ja paroksüsmidena esinev düspnoe. Seega ilma allergiata, kuigi paroksüsmidena esinevaid hingeldusseisundeid ei saa lugeda bronhiaalastmaks. On tavaks saanud raskekujuliselt kulgevat ägedat bronhiiti nimetada *bronchitis asthmatica*. See termin pole enam õige, kui sellega tahetakse tähistada kergekujulist bronhiiditaoliselt kulgevat bronhiaal-

astmat. Sellisel juhul võiks kõne alla tulla mõiste *bronchitis allergica*, mis erineb bronhiaalastmast praktiliselt ainult kvantitatiivselt. On täiesti võimalik bronhiaalastma esinemine varjatud kujul, ilma hoogudeta.

Kroonilise bronhiidiga haigetest ligi pooltel leidsime rögas 10% ületava eosinofiilia, mis on tüüpiline astmale. See fakt näitab, et kroonilise bronhiidi puhul võib sageli tegemist olla organismi infektsioosse allergiseerumisega, s. t. varjatud bronhiaalastmaga. Nii mõnigi allergilise bronhiidiga varem ravil olnud haige on hiljem hospitaliseeritud tüüpiliste bronhiaalastma hoogudega.

Nakkusliku teguri kõrval tuleb bronhiaalastma ravimisel arvestada veel kahte asjaolu. Nimelt esines meie poolt ravitud bronhiaalastmaga haigetel 78 juhul ehk 24,3% haiguslikke protsesse ninas ja nina kõrvalõõntes — kas kroonilist riniiti, haimoriiti, polüüpe, nina vaheseina kõverdusi või nende kombinatsioone. Enamikel juhtudel osutus radikaalne ravi vältimatuks. Ravitaktika kirjeldatud komplikatsioonide puhul sõltub haige seisundist. Kergematel astmajuhtudel võib operatsiooni teha enne konservatiivse astmaravi algust, raskematel juhtudel tuleb haige seisund enne operatsiooni stabiliseerida ja hiljem, pärast ninapatoloogia kõrvaldamist jatkata konservatiivset ravi. Kui ülemistesse hingamisteedesse jääb ärrituskolle alles, on bronhiaalastma raviefekt ajutine.

Umbes ühel kolmandikul ravile saabunud astmahaigetel oli tegemist juba kopsu ja südame puudulikkusega. Astma ravikompleksis tuleb seda arvestada.

Bronhiaalastma ravi jaguneb kahte etappi: 1) akuutse astmahoo või astmaatilise staatuse kupeerimine, 2) süstemaatiline astmaravi. Nimetatud etapid võivad osaliselt ka kattuda, eriti hormoonravi kasutamisel.

Astmahoo kupeerimine sõltub hoo raskusest. Kergematel juhtudel aitab efedriin ja mitmesugused efedriini sisaldavad ravimid. Edukateks vahenditeks astmahoo lõõgastamisel on adrenaliin ja eufülliin. Antiastmokriin ei ole sageli tulemusi andnud, mõnel juhul on see olukorda isegi halvendanud. Siinjuures juhitakse tähelepanu adrenaliini individuaalsele talutavusele. Meil on esinenud äärmiselt raskeid komplikatsioone (krambid, kollaps ja kopsuödeem) suhteliselt väikeste adrenaliiniannuste kasutamisel. Seetõttu ei soovita me värsketel haigusjuhtudel manustada adrenaliini *pro dosi* üle 0,3 mg ja mitte sagedamini kui 1—2 tunni järel. Kui pärast 2—3 süstet astmaatiline seisund ei lõõgastu, tuleb kasutada teisi vahendeid. Kroonilise astma puhul on haigetel adrenaliinitaluvus parem ja kardiovaskulaarse insufitsientsuse puudumisel võib kasutada tunduvalt suuremaid annuseid.

Eufülliin ületab adrenaliini oma toime kestuselt. Kuid ka eufülliin on osutunud mitmel korral efektituks ja põhjustanud koguni eluohtlikke komplikatsioone kollapsi näol. Efektiivne ebufülliiniannus kõigub 0,24—0,48 g vahel veeni süstituna. Süstimine peab toimuma väga aeglaselt, kestusega vähemalt 5—8 minutit. Morfiini kasutamise eest hoiatame.

Viimasel ajal rakendamist leidnud kestvama toimega adrenaliinide derivaadid, näit. novodriin (aludriin), on nii suu kaudu kui ka aerosoolina manustatult end igati õigustanud. Üldiselt tuleks astmavastaseid vahendeid laialdasemalt kasutada aerosoolina.

Rikkaliku bronhiaalse sekretsiooniga astmajuhud on tavaliselt adrenaliiniresistentsed. Siin tuleks esimeses järjekorras võtta kasutusele ekspektoransid. Meie kogemustest lähtudes on bronhiaalastma puhul kõige efektiivsemaks ekspektoransiks kaaliumjodiid. Oluline on küllaldane annus, kuni 3 g substantsi ööpäevas. Kuna mõnel isikul esineb ülitundlikkust joodi suhtes, siis võib kaaliumjodiidi asemel kasutada solvensmikstuuri 80—100 ml ööpäevas. Kuivõrd oluline on bronhidesse kogunenud sitke sekreedi veeldamine ja eemaldamine, näitab ägeda astmahoo tõttu surnute surmapõhjuste analüüs. Kirjanduse andmeil on

peamiseks surmapõhjuseks lämbumine bronhide ummistusest. Meil esinenud kahel surmajuhul oli surma põhjus sama.

Väga raskesti kulgeva astmaatilise staatuse puhul oleme viimasel ajal kohe alustanud ravi neerupealise koore hormoonidega. Arvestades sageli esinevat ülitundlikkust AKTH suhtes pole seda astmaatilise staatuse kupeerimiseks soovitatav kasutada. Kortikosteroidravi on oluline alustada suurte annustega — täiskasvanuil 150—200 mg kortisooni või 30—40 mg prednisooni (prednisolooni) ööpäevas. Järk-järgult vähendatakse hormooniannust kuni minimaalse, raviefekti alalhoidva annuseni: kortisooni puhul kõigub see 15—40 mg ja prednisooni (prednisolooni) puhul 3—8 mg vahel ööpäevas. Allergiseeriva teguri likvideerumisel võib hormoonravi lõpetada.

Paljudel juhtudel kergenes seisund juba seoses hospitaliseerimisega ja psühhoterapeutiliste mõjustustega.

Oleks viga püüda bronhiaalastmat ravida pikema aja jooksul ainult sümptomaatiliste vahenditega, mille hulka kuuluvad ka neerupealise koore hormoonid. Allergiseeriva teguri püsimisel selline ravi ainult maskeerib tõelist seisundit ja muudab protsessi üha krooniliseks. Tuleb asuda astma süstemaatilisele põhjuslikule ravile: likvideerida või blokeerida allergiseerivad tegurid, ja mida varem, seda parem.

Eksogeense allergia puhul on kõige olulisem vältida allergeeni sattumist organismi. Kui see ei ole võimalik, võib teostada spetsiifilist või mittespetsiifilist desensibiliseerimist.

Tähtsamate bronhiaalastma ravi meetodite võrdlev hinnang

Meetod	Ravi tulemus				
	Hea	Rahuldav	Tulemusteta	Halvenes	Kokku haigeid
I. Kaltsiumkloriidi süstimine	5	25	29	—	59
Naatriumsalitsülaadi süstimine	6	12	25	—	43
Magneesiumsulfaadi süstimine	—	2	12	—	14
Novokaiini süstimine	2	10	13	—	25
Magneesiumsulfaadi ja novokaiini süstimine	1	5	9	—	15
II. Kuderavi. Aaloe	8	9	3	2	22
III. Antibiootikumid	4	19	14	16	53
IV. Palavikravi.					
Neobensinool	62	41	53	10	166
Palavikravi + antibiootikumid	18	2	—	—	20
V. Hormoonravi					
Insuliinravi	21	26	44	—	91
Insuliin + antibiootikumid	11	11	1	—	23
AKTH (alates 1955. a.)	14	10	8	4	36
AKTH + antibiootikumid	9	4	—	—	13
AKTH + palavikravi	4	4	—	—	8
Neerupealise koore hormoonid (alates 1957. a.)	12	9	2	—	23
Hormoonid + antibiootikumid	14	8	1	—	23
Hormoonid + palavikravi	1	1	—	—	2
VI. Autovaktsiinravi	5	5	6	2	18

Meie oludes kohtame sagedamini infektsioos-allergilist astmavormi. Niisugusel juhul on tegemist allergia ja nakkuse kombineerumisega, kusjuures kord on ülekaalus üks, kord teine tegur. Ravi on siis vastavalt kas ainult desensibiliseeriv või kombineeritud nakkusevastaste vahenditega.

Meie kasutasime peale ekspektoransside, spasmolüütikumide, psühhoteraapia ja hingamisharjutuste veel 37 mitmesugust süstemaatilist ravimenetlust 738 kuuri näol. Tähtsamatest menetlustest anname ülevaate tabelis.

Nagu tabelist nähtub, oli nõrgalt desensibiliseerivate vahendite, nagu kaltsiumkloriidi, naatriumsalitsülaadi, novokaiini jt. raviefekt tagasihoidlik. Häid tulemusi saadi ainult kergetel astmajuhtudel.

Ravi ainult antibiootikúmidega ei vii eesmärgile. Tuleb meenutada, et bronhiaalastma on allergiaga kulgev haigus. Kokku 20 juhul halvenes haige seisund penitsilliini mõjul. Streptomütsiin põhjustas seda 4 korral. Ülitundlikkus antibiootikumide suhtes on muutunud omaette probleemiks. Pole õige astmahaigeid ravida antibiootikumidega (eriti penitsilliini ja streptomütsiiniga aerosooli kujul) ilma eelkontrollita. Kui antibiootikumid põhjustavad kergekujulist allergiat, siis on mõnikord võimalik neid manustada kortikosteroidhormoonide või novodriini kaitse all.

Enne AKTH ja neerupealise kortikosteroidhormoonide kasutamisele võtmist oli bronhiaalastma kliinilise ravi efektiivsemaks meetodiks kunsttehislik palavik. Nagu teada, mobiliseerib palavik organismi kõige mitmekesisemaid kaitse- ja regulatsioonimehhanisme, kaasa arvatud hüpofüsaar-adrenaalset süsteemi. Kokkuvõttes saavutatakse desensibiliseerumine ja koos sellega astmahoogude ajutine lakkamine. Palavikraviks kasutasime kõige sagedamini neobensinooli. Nimetatud preparaat omab palaviku tekitamise kõrval veel bronhiidivastast toimet. Palavikravi näidustuste mittearvestamisel võib tekkida koldenakkuse ägenemine ja südame ning veresoonkonna puudulikkuse süvenemine. Peale selle on palavikravi haigele üsna ebamugav ja koormav. Häid tulemusi saime palavikravi ja antibiootikumide kombineerimisega.

Sammuks edasi bronhiaalastma ravimisel on kahtlemata hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi hormoonide rakendamine. Lõplikku hinnangut AKTH ja neerupealise kortikosteroidhormoonide toimę kohta ei saa me kahjuks anda, sest kasutasime neid peamiselt bronhiaalastma raskematel juhtudel, kus teised ravimenetlused tulemusi ei andnud. Seetõttu ei saavutatud mõnel juhul ka kortikosteroidhormoonidega olulist edu. Võib aga ütelda, et vahetute tulemuste osas ületab ravi kortikosteroidhormoonidega kõiki seni astma ravis kasutusel olnud meetodeid. Kaugtulemuste ja tekkivate komplikatsioonide kohta ei luba meie lühike vaatlusaeg veel järeldusi teha.

Põhimõtteliselt eelistame neid ravimeetodeid, mis vajalikul määral stimuleerivad organismi enda hormonaalseid regulatsioonimehhanisme. Suuremaid kogemusi on meil insuliiniga. Juba 10 insuliiniühikust põhjustatud kerge hüpoglükeemia võib astmahaige seisundit tunduvalt kergendada. On tehtud kindlaks, et hüpoglükeemiline seisund stimuleerib tugevasti hüpofüsaar-adrenaalset süsteemi ja kutsub seega esile kortisooni efekti, enesestmõistetavalt juhtudel, kus see süsteem on talitlusvõimeline. Üldiselt on insuliinravi olnud seda tulemusrikkam, mida tagasihoidlikum on astmale kaasunud nakkuslik protsess.

Allergiat ergutava nakkuse puhul tuleb desensibiliseeriva hormoonravi kõrval kasutada ka nakkusevastast ravi, näiteks insuliin ja antibiootikumid, kortisoon ja antibiootikumid. Reeglipäraselt oleme ravikuuri neerupealise kortikosteroidhormoonidega lõpetanud insuliiniga, arvestades insuliini stimuleerivat toimet hüpofüsaar-adrenaalsele süsteemile.

Peale hüpofüüsi funktsiooni pidurdamise on AKTH negatiivseks omaduseks veel organismi sensibiliseerimine. 12 meie haiget olid AKTH suhtes ülitundlikud, esines mitu rasket, eluohtlikku juhtu.

Kortikosteroidhormoone oleme kasutanud ligi 4 aastat. Võime ütelda, et need on ainukesteks antiastmaatilisteks vahenditeks, mis võimaldavad kroonilise püsiastma puhul muuta haigele elu talutavaks. Otstarbekohase kompleksse ravi korral vajaksid ainult üksikud astmahaiged

kestvat ravi kortikosteroidhormoonidega. Tavaliselt on küllaldane, kui neid hormoone kasutada perioodiliselt, peamiselt astma retsidiivide puhul. Kortikosteroidhormoonravi tuleb lõpetada järjest vähenevate annustega ja kasutada stimulaatoreid, kas AKTH-, insuliini- või adrenaliinitüüpi ühendeid, või tõukeravi palavikuga. Nagu nimetatud, võib AKTH perioodiline kasutamine põhjustada ebameeldivusi. Ei tohi lubada haigetel kasutada kortikosteroidhormoone omapead, ilma arstliku kontrollita.

Kuigi ülitundlikkust kortisooni suhtes pole senini kirjeldatud, kogesime kahel haigel, et kortisoon süstituna, isegi annustes kuni 200 mg ööpäevas, astmaatilist staatust ei likvideerinud, küll aga halvenes haige seisund pärast iga süstet. Suu kaudu manustatuna andis kortisoon nendel haigetel positiivse tulemuse. Samuti täheldasime ühel püsiastma juhul prednisolooni talumatust, prednisoon aga toimis hästi.

Kui kuderavi ja aaloesüstete toimet võib lugeda tagasihoidlikuks, siis perspektiivsem on vaktsiinravi, arvestades astmaatilise protsessi bakteriaalset osa. Üksikutel juhtudel oleme autovaktsiiniga saanud väga häid tulemusi. Puuduseks on teatud raskused vaktsiini valmistamisel ja ravi pikaajalisus. Ka vaktsiinravi on mõnel juhul põhjustanud krooniliste nakkuskollete ägenemist ja haige seisundi halvenemist. On andmeid, et vaktsiinravi tulemused on veel paremad, kui kombineerida seda hormoonidega ja antibiootikumidega. Selles osas meil kogemused puuduvad.

Kliimaraviga oleme ainult üksikutel astmahaigetel saanud seisundi püsiva paranemise. Vanasse keskkonda tagasisaabumisel on retsidiivid tavalised.

Vaieldamatult on astma ravimisel tänapäeval saavutatud märgatavat edu, kuid probleemi lõplikust lahendamisest oleme veel kaugel. Põhjus seisneb peamiselt selles, et haigetel pole suudetud lõplikult likvideerida kroonilisi nakkuskoldeid.

KIRJANDUS

1. Булаков П. К. Современные методы лечения бронхиальной астмы. М., 1954. — 2. Коган Б. Б. Бронхиальная астма. М., 1960. — 3. Rost, G. A., Findeisen, D. G. R., Niemand-Anderssen, L. Praktikum der allergischen Krankheiten, J. Ambrosius Barth, Leipzig, 1958. — 4. Flensborg, E. W. Acta allergica, 1950, 3, 66. — 5. Friebel, H., Lund, B. Z. Hyg. 1956, 142, 240. — 6. Hajos, K. E. Rajka. Allergie und allergische Erkrankungen, Budapest, 1959. — 7. Harley, D. I Int. Allergiekongr. 1951, Karger, Basel—New-York, 1952. — 8. Jimenez-Diaz, C. Knoll's Mitteilungen für Ärtzte, 1936, 127. — 9. Kalliola, H., Kasanen, A., Peltonen, T. Allergie und Asthma, 1956, 2, 251. — 10. Spain, W. C., Fontana, V. J. N-Y State J. M., 1955, 155, 3096. — 11. Williams, D. A. I Int. Allergiekongr. 1951, Karger, Basel—New-York, 1952.

Saabus toimetusse 24. juulil 1961. a.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Я. Рийв

Резюме

В Тартуской клинической больнице за 1951—1960 гг. находилось на лечении 539 больных бронхиальной астмой, из них 320 первично. У 72,7% из общего числа больных астма была с инфекционноаллергическим генезом, у 25% наблюдались патологические явления в области носа или носовых пазух, у некоторых больных была кардиопульмональная недостаточность.

Анализ результатов лечения бронхиальной астмы позволяет сделать следующие выводы: 1) лечение астмы должно быть комплексным, при этом нужно учитывать этиологические и патогенетические особенности болезни; 2) в случаях инфекционноаллергической астмы необходимо, кроме десенсибилизирующих средств, применять еще антибактериальное лечение; 3) учащаются случаи сверхчувствительности к антибиотикам; 4) комбинированная терапия гормонами эффективнее лихорадочной терапии и переносится больными легче.

Рекомендуется предпочитать гормоны, которые стимулируют естественные регуляционные механизмы организма, как, например, инсулин. В тяжелых случаях астмы и при хроническом астматическом состоянии АКТГ или кортикостероидные гормоны надпочечника являются эффективными, и при рациональном их использовании не вызывают вредных побочных явлений.

SÜSTELAHUSTE PALAVIKKUTEKITAVA TOIME UURIMISEST

M. SILD ja *E. TALLMEISTER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *E. Tallmeister*)

Tänapäeva sterilisatsioonipraktikas on pürogeensete, s. o. palavikku tekitavate ainete hävitamine süstelahustes suure praktilise tähtsusega, eriti arvestades veenisse süstimise sagedust. Kui haigel keskmiselt 15—45 min. pärast mingi steriilse lahuse veresoonde süstimist tekib järsk kehatemperatuuri tõus, millele sageli kaasneb vappekülm, siis on selle põhjuseks tõenäoliselt lahuses leidunud termostabiilsed palavikku tekitavad ained. F. Seibert ning Mendel (8), O. Westphal (10), M. Aitoff (3) jt. autorid tõestasid, et palavikku tekitavatest ainetest kõige olulisemad ja toimivamad on mitmesuguste mikroobide (seente, bakterite, kiirikseente) endotoksiinid ja nende laguproduktid. Neist omakorda on tugevaima palavikku tekitava toimega enamiku autorite andmeil graamnegatiivsete bakterite lipopolüsahhariidid ja polüsahhariidide fraktsioonid. P. Vassiljev ning P. Saksonov (2) eraldasid *Proteus vulgaris*'e aktiivse polüsahhariidide fraktsiooni, mis küülikutel, koertel ja rottidel andis palaviku juba annuses 1—2μg. T. Valya-Nagi ja B. Kelentey (9) järgi võib *Salmonella typhosa* palavikkutekitava aine toime 70 kg raskusega inimesele avalduda juba annuses 0,01—0,04μg. Nii kirjanduse andmete kui ka kliinilise praktika põhjal on teada, et palavikku tekitavad ained võivad haigetel välja kutsuda väga häirivaid nähte, nagu peavalu kõhulahtisust, tsüanoosi, südametegevuse häireid jne. Seepärast on väga tähtis silmas pidada, et süstelahused oleksid mitte üksnes steriilsed, vaid ka vabad nendest ainetest.

Lähtudes ülalesitatust uuriti mõne Tartu haigla apteegis valmistatud süstelahuseid palavikku tekitavate ainete suhtes. Kokku uuriti 11 süstelahust (3 Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla, 5 Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla ja 3 Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla apteegist).

Süstelahuste palavikkutekitavad omadused määrati bioloogilisel meetodil vastavalt Nõukogude Liidu IX Farmakopöas (1) märgitud eeskirjadele. Iga uuritavat ainet, kaasa arvatud ka kontrolliks rakendatud palavikkutekitavate aineteta 0,85%-list füsioloogilist keedusoolalahust süstiti 3 küülikule kõrvaveeni. Kokku kasutati katseteks 48 küülikut, neist 15 kontroll-loomadena, sest katsed viidi läbi mitmel erineval päeval. Temperatuuri mõõdeti elektrotermomeetriga (mudel 058), mõõtmiste täpsus oli $\pm 0{,}2^{\circ}C$. Iga süstelahuse süstimiseks kasutati eraldi süstlaid ja nõelu, mis olid steriliseeritud ja vabastatud palavikku tekitavatest ainetest samuti nagu muu kasutatav klaasmaterjal. Kogu klaasmaterjali ja süstlaid keedeti 2 tundi värskelt destilleeritud vees, milles oli 10 ml N $KMnO_4$ ja 5 ml 1 N KOH lahust liitri vee kohta (7). Seejärel steriliseeriti süstlad autoklaavis 120°C juures 1 tunni, klaasmaterjal aga Pasteuri kapis 170°C juures 3 tunni jooksul (6). Selliselt töödeldud nõudes bidestilleeriti vesi vastavas boksis, mida eelnevalt kiiritati 1 tunni jooksul bakteritsiidsete lampidega. Boksi kiiritati ka destillatsiooniprotsessi vältel. Kontrolliks kasutatud 0,85%-line füsioloogiline keedusoolalahus valmistati nii, et ühend lahustati ülalkirjeldatud viisil saadud bidestilleeritud vees, filtreeriti läbi Seitzi filtri ja steriliseeriti seejärel autoklaavis 120°C juures 1 tunni jooksul.

Uurimistulemused näitasid, et 11 steriilsest süstelahusest 5, s. o. peaaegu pooled, andsid küülikutel palavikureaktsiooni, mis vihjab pala-

vikku tekitavate ainete olemasolule. Kõik kontrollkatsed füsioloogilise keedusoolalahusega osutusid negatiivseteks. Tabel, kus on esitatud ainult positiivsete uurimiste tulemused koos kontrollandmetega, näitab, et nimetatud juhtudel reageerisid kõik 3 küülikut süstimisele kehatemperatuuri märgatava tõusuga. Vaid ühel küülikul (nr. 27 uuringus nr.8) tõusis temperatuur vähem kui 0,6°C, mida loetakse positiivse reaktsiooni alumiseks piiriks. Siiski saab ka uuringut nr. 8 lugeda positiivseks, kuna ülejäänud kaks küülikut andsid temperatuuri tõusu 0,9°C, mis K. Raudati (7), A. Desperaki ning kaastööliste (4) järgi vihjab kindlalt palavikku tekitavate ainete olemasolule. (Tabelisse ei ole kõigi uuringute puhul märgitud temperatuuri 6 tunni möödumisel, kuna nendel juhtudel palavik tõusis kiiresti — maksimaalne palavikutõus esimesel, hiljemalt teisel tunnil pärast lahuse süstimist.) Olgu märgitud, et tabelis esitatud kaks süstelahust (uuringud nr. 1 ja 9) Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast kontrolliti palavikku tekitavate ainete suhtes kohe pärast seda, kui need lahused andsid haigetel pärast süstimist veeni tugeva ja järsu temperatuuritõusu. Seega langesid siin kliinilised nähud kokku katsetulemustega.

Palavikku tekitava toimega süstelahused

Uuring	Uuritav lahus	Küüliku nr.	Küüliku kehatemperatuur					T° tõus $^1/_{10}$ kraadides ja selle summa	
			enne katset	pärast aine süstimist					
				1 tund	2 tundi	3 tundi	6 tundi		
1	Ringeri lahus	1	38,8	39,9	40,0	39,4	39,1	12	35
		2	38,5	39,3	39,4	39,0	38,5	9	
		3	38,5	39,8	39,9	39,3	39,2	14	
2	Ringeri lahus	4	38,5	39,7	39,2	39,0	38,4	12	42
		5	38,5	40,0	39,4	39,2	38,4	15	
		6	38,6	40,1	39,2	39,1	38,7	15	
5	Ringeri lahus	16	38,6	39,6	39,3	38,7	38,2	10	26
		17	38,3	39,2	38,6	38,5	37,9	9	
		18	38,7	39,4	39,1	38,7	38,2	7	
8	Ringeri lahus	25	38,4	39,3	39,0	38,6	—	9	23
		26	38,4	39,3	39,0	38,7	—	9	
		27	38,8	39,3	39,3	38,9	—	5	
9	Ringeri lahus + 5%-line glükoosil.	28	38,4	39,0	38,8	39,2	39,1	8	34
		29	38,8	40,0	39,5	39,7	39,5	12	
		30	38,8	40,2	39,7	39,5	38,9	14	
Kontrollid	Füsioloogiline lahus	7	38,2	38,4	38,2	38,2	38,3	2	3
		8	38,3	38,3	38,4	38,3	38,3	1	
		9	38,5	38,2	38,5	38,3	38,4	—	
		10	38,5	38,7	38,7	38,7	—	2	7
		11	38,4	38,6	38,3	38,4	—	2	
		12	38,3	38,6	38,6	38,6	—	3	

Nagu märgivad K. Rudat (7), T. Valyi-Nagi ning B. Kelentey (9), võivad palavikku tekitavad ained pärineda süstelahuste valmistamiseks kasutatud destilleeritud veest, lahustatud substantsist või süstalde ja infusiooni puhul kasutatud ühendusvoolikute seintest. Arvestades seda

asjaolu on huvitav märkida, et Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla apteegi füsioloogiline keedusoolalahus osutus vabaks palavikku tekitavatest ainetest, mitte aga sama apteegi destilleeritud veega valmistatud Ringeri lahus (tabelis märgitud uuringud nr. 5 ja 8). Võib arvata, et antud juhul pärines palavikku tekitav aine Ringeri lahuse valmistamiseks kasutatud sooladest. Kaks järgmist sama apteegi Ringeri lahust, mis käesoleva töö autorite soovitusel steriliseeriti tavalise 1 tunni asemel 3 tundi Kochi aparaadis, ei sisaldanud palavikku tekitavaid aineid (uuringud nr. 7 ja 11, mis tabelis puuduvad). Nimetatud menetlus on aga aegaNõudev ja F. Hauschildi (5) järgi ei ole isegi 3-tunniline steriliseerimine alati veel küllaldane kõigi võimalike palavikku tekitavate bakteriaalsete ainete hävitamiseks. Väärib tähelepanu, et 3 uuritud süstelahuses Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla apteegist ei esinenud palavikku tekitavaid aineid. Peab muide märkima, et Kontrollanalüütilise Kesklaboratooriumi uuringute andmetel on nimetatud apteegi destilleeritud vee analüüsi tulemused alati vastanud farmakopöa nõuetele.

Süstelahuste kvaliteedi parandamiseks on kindlasti vaja edaspidi lähemalt uurida kõikide apteekide tööreŽiimi nimetatud lahuste valmistamisel. On väga oluline, et iga apteek oleks alati küllaldaselt varustatud värske destilleeritud veega ning et lahuste valmistamisel rakendataks vajaliku ekspositsiooniajaga ultraviolettkiiritust.

KIRJANDUS

1. Государственная Фармакопея СССР, IX изд. М., 1961, 845—846. — 2. Васильев П. В. и Саксонов П. П. Бюлл. экспер. биологии и медицины, 1957, том 44, 10, 77—80. — 3. Aitoff, M. Atti del VI Congresso internazionale di microbiologica, Roma, 1953, vol. IV, 205—209. — 4. Desperak, A., Krysicka-Doczkal, H., Wojcik, R. Die Pharmazie, 1960, 8, 446—449. — 5. Hauschild, F. Farmakologie und Grundlagen der Toxikologie. Leipzig, 1956, 230. — 6. Petersdorf, R., Keene, W. R., Bennet, I. L. The journ. of Exp. Med., 1957, 106, 6, 787—809. — 7. Rudat, K. Die Pharmazie, 1958, 11, 677—681. — 8. Seibert, F., Mendel. Americ. J. Physiol., 1924, 67, 83. — 9. Valyi-Nagy, T., Kelentey, B. Die Pharmazie, 1959, 5, 245—253. — 10. Westphal, O. Zbl. Bakteriol. I Orig., 1955, 164, 25—31.

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ ПИРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ РАСТВОРОВ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ

М. Сильд и Э. Таллмейстер

Резюме

Работа содержит исследования о наличии пирогенных, то есть жароповышающих веществ в одиннадцати стерильных растворах для инъекций, изготовленных в клинических аптеках города Тарту. В пяти растворах из них в результате биологического опыта на кроликах было установлено жароповышающее действие этих веществ.

Результаты исследований показали, что в связи с содержанием в некоторых растворах для инъекций жароповышающих компонентов необходимо больше внимания обращать на условия приготовления в наших аптеках соответствующих растворов и контролировать их пригодность для инъекций.

SANATOORSEL RAVIL VIIBIVATE POLÜARTRIIDIHAIGETE C-VITAMIINI VAJADUSEST

Farmaatsiateaduse kandidaat *E. VAGANE*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski)*

Sanatoorse ravi kompleksis on õigel toitumisel oluline koht. Uurimustest selgub, et talve- ja kevadkuudel on toit Eesti NSV-s C-vitamiini vaene (1, 3, 5, 6) ja seetõttu esineb sel ajal sageli C-hüpovitaminoosi (2, 4, 6, 9, 12). Organismi C-vitamiini bilanssi mõjustavad nii mitmed väliskeskkonna kui ka organismi sisemised tegurid. M. Petersoni (11) andmeil suurendavad mitmesugused balneoprotsessid, eriti aga mudaaplikatsioonid organismi C-vitamiini tarvidust. Meie varasemast tööst (3) selgus, et suur hulk polüartriidihaigeid saabub sanatoorsele ravile Pärnusse madala C-vitamiini bilansiga. Sanatooriumide toiduratsioonid sisaldavad ainult sügisel keskmiselt üle 50 mg, teistel aastaaegadel aga ainult 25—50 mg C-vitamiini päeva kohta. Vitaminiseerimata toit ei suuda rahuldada polüartriidihaigete C-vitamiini vajadust ja enamik haigeid lahkub sanatooriumiravilt algsest veel madalama bilansiga. Selline olukord ei soodusta haigete tervenemist. Seepärast tundsime huvi Pärnu Sanatooriumis nr. 1 ravil viibivate polüartriidihaigete C-vitamiini vajaduse vastu, et välja töötada nende haigete toidu vitaminiseerimise skeem.

1958.—1960. a. uurisime 205 polüartriidihaiget, kes said mudaravi. Diferentsiaaldiagnoosi alusel jagunesid need haiged järgmiselt: 82 (40%) mittespetsiifilise infektsioosse, 72 (35%) reumaatilise ja 51 (25%) mitteinfektsioosse düstroofilise polüartriidiga haiget. Uurituist oli naisi 110 (54%) ja mehi 95 (46%). Haigete vanus oli 16—68 aastat, neist 80% vanusega 25—50 aastat. Sanatooriumis viibimise vältel (28 päeva) said haiged 10—14 mudaaplikatsiooni, mille temperatuur oli 39—42° ja kestus 15 minutit. Mudaaplikatsioonidest vabadel päevadel anti haigeile enamasti vanne (männiekstrakti-soolakümblus: temperatuur 36°, kestus 10—15 min.). Enamik haigeid tegeles ravikehakultuuriga ja mõnedele tehti massaaži.

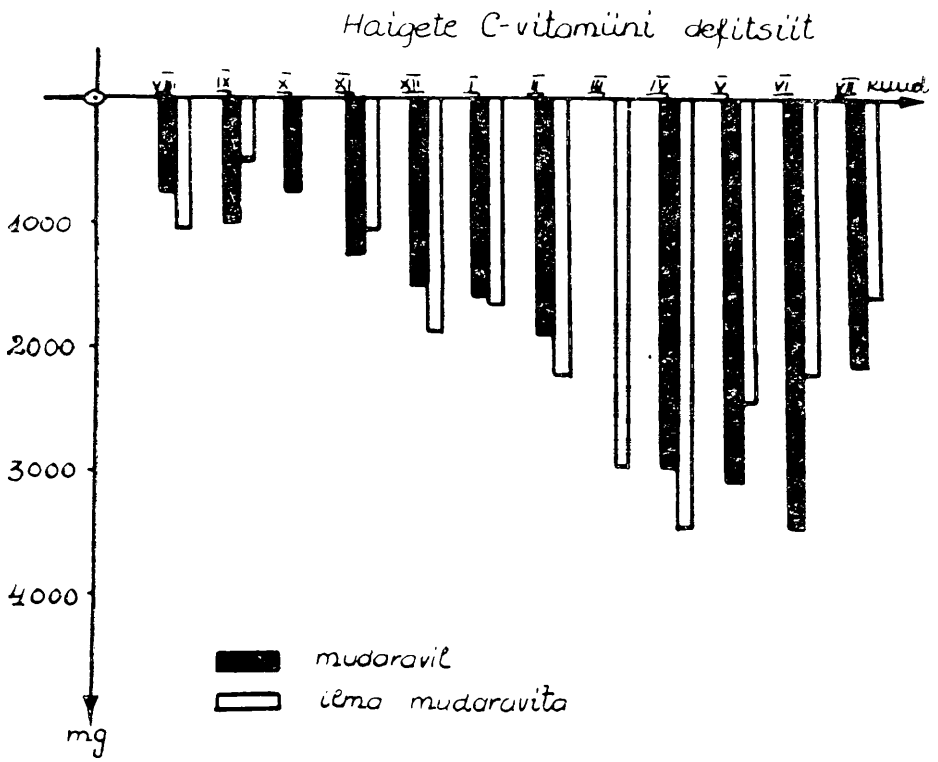
Pärnu mudaravila remondi ajal 1958.—1959. a. uuriti 145 haiget, kes sanatooriumis viibimise ajal ei saanud mudaravi. Neid haigeid raviti enamasti humisooliga, mida süstiti lihasesse iga päev 0,5—1,0 cm^3 10—20 päeva vältel. Haiged tegelesid ravikehakultuuriga ja mõnedele tehti massaaži. Uuritud haigeist oli polüartriidihaigeid 87 (38 haiget mittespetsiifilise infektsioosse, 30 — reumaatilise ja 19 haiget mitteinfektsioosse düstroofilise polüartriidiga) ja radikuliidihaigeid 58. Viimaseid uuriti seepärast, et sel perioodil, kui ei olnud mudaravi, oli polüartriidihaigeid ravil vähe. C-vitamiini defitsiidi ja tarviduse suuruse poolest ei erinenud uuritud radikuliidihaiged polüartriidihaigeist. Uurituist oli naisi 77 ja mehi 68.

Enne ravi määrati haigeil vereplasma C-vitamiini sisaldus (Farmer-Abti meetodil) ja C-vitamiini eritumine uriiniga (N. Železnjakova meetodil). B. Lavrovi andmeil on vereplasmas normaalselt 0,7—1,2 mg C-vitamiini. N. Železnjakova ja teised peavad C-vitamiini eritumise normiks 0,8 mg tunni kohta (8). Haigetel, kes saabusid sanatooriumisse madala C-vitamiini bilansiga, anti defitsiidi kaotamiseks iga päev 300 mg ja kevadkuudel 400 mg C-vitamiini dražeedena, kuni C-vitamiini eritumine uriiniga tõusis vähemalt 0,8 mg/t. Organismi küllastamiseks kulutatud C-vitamiini hulga järgi arvutati välja nn. C-vitamiini defitsiit.

Edasi anti haigetele vastavalt aastaajale 50, 100, 150, 200, 250 või 300 mg C-vitamiini päevas. Ravi lõpul määrati haigete vereplasma C-vitamiini sisaldus ja C-vitamiini eritumine uriiniga. Haigete C-vitamiini

bilanssi iseloomustavate näitajate järgi ravi lõpul ja toidu vitaminiseerimiseks kasutatud C-vitamiini annuste järgi hinnati haigete toidu vitaminiseerimise vajadust (võeti arvesse ka toidu C-vitamiini sisaldust).

Haigeid diagnoosisid ja ravisid Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi reumatoloogia sektori arstid.



Uuritud 350-st haigest esines sanatooriumisse tulekul suurem või väiksem C-vitamiini defitsiit 281 haigel (80%) ja ainult 69 haiget (20%) saabusid normaalse C-vitamiini bilansiga. Parem oli olukord sügisel (augustist kuni novembrini), millal umbes pooled haiged saabusid sanatooriumisse C-vitamiini defitsiidita. Teistel aastaaegadel ei esinenud defitsiiti ainult üksikuil haigeil. Märtsis, aprillis, mais ja juunis ulatus defitsiit keskmiselt 2200—3500 mg-ni, augustist novembrini — keskmiselt 500—1250 mg-ni. Teistel kuudel oli keskmine defitsiit 1500—2200 mg (vt. joonis). Üldiselt, välja arvatud mai-, juuni- ja juulikuu, pole olulist vahet mudaravi saanud ja mudaravi mitte saanud haigete C-vitamiini defitsiidi vahel. Nimetatud kuudel on mudaravi saanud haigete C-vitamiini defitsiit keskmiselt 25% suurem kui teistel haigetel. Mõlema haigeterühma keskmine on peaaegu võrdne (vastavalt 1850 ja 1900 mg).

Tabelites 1 ja 2 toodud andmeist selgub, et sanatoorsel ravil viibivad polüartriidihaiged (nii mudaravi puhul kui ka ilma) vajavad erinevatel aastaaegadel erineval hulgal C-vitamiini. Suvel ja sügisel tuleb anda haigeile lisaks umbes 100 mg, talvekuudel 100—200 mg ja kevadkuudel 200—300 mg C-vitamiini päevas. Võttes arvesse toidu C-vitamiini sisaldust on polüartriidihaigete C-vitamiini vajadus 100—200 mg ja kevadkuudel 200—300 mg päeva kohta. Meie andmeist selgub, et mudaravil viibivate haigete C-vitamiini vajadus ei ole tunduvalt suurem, kui neil haigeil, kes mudaravi ei saanud. Sanatoorsel ravil viibivate polüartriidihaigete C-vitamiini vajadus ületab rasket füüsilist tööd tegevate põlevkivikaevurite C-vitamiini vajaduse, mis meie andmeil on 100—150 mg päevas (2).

Tabel 1

Polüartriidihaigete toidu vitaminiseerimise vajadus mudaravi puhul

Kuud	Haigete arv	Enne ravi		Ravi ajal eritumine uriiniga mg/t	C-vitamiini doos mg	Ravi lõpul		Haigete arv	
		eritumine uriiniga mg/t	sisaldumine veres mg %			eritumine uriiniga mg/t	sisaldumine veres mg %	C-vitamiini normis	C-vitamiini alla normi
August	11	0,85	0,76	1,29	100	1,49	1,10	11	0
September	12	0,65	0,64	1,14	50	0,75	0,82	7	5
Oktoober	23	0,75	0,57	1,86	50	0,84	0,77	13	10
	46	Vajadus umbes 100 mg							
November	21	0,56	0,48	1,01	100	0,84	0,80	11	10
Detsember	20	0,56	0,47	1,12	150	0,85	0,85	15	5
Jaanuar	23	0,62	—	1,23	200	1,17	—	21	2
	64	Vajadus umbes 100—200 mg							
Veebruar	16	0,54	—	1,15	150	1,03	—	12	4
Märts	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aprill	19	0,38	—	1,21	250	0,96	—	13	6
	35	Vajadus 200—300 mg							
Mai	18	0,45	—	1,31	150	0,67	—	3	15
Juuni	15	0,34	—	1,33	100	0,95	—	12	3
Juuli	27	0,41	0,30	1,18	300	1,06	1,05	24	3
	60	Vajadus 100—300 mg							

Augustikuust novembrikuuni saab toidu C-vitamiini sisalduse tõstmiseks kasutada kohalikke looduslikke vitamiinirikkusi (5, 6). Alates detsembrikuust kuni juulikuuni peab aga haigete toitu täiendavalt vitaminiseerima preparaatidega, sest C-vitamiini rikkaid toiduaineid on sel ajal juba vähe. Et C-vitamiini defitsiit detsembrikuust juulikuuni on suur (keskmiselt 1500—3500 mg), ei ole efektiivne vitaminiseerida haigete toitu 100 mg askorbiinhappega päevas, nagu näeb ette NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri nr. 209 13. septembrist 1955. a. Polüartriidihaigetele peab sanatooriumis viibimise esimese nädala vältel andma 300 mg ja kevadkuudel (märtsis, aprillis, mais ja juunis) 400 mg C-vitamiini päevas. Pärast defitsiidi kaotamist tuleb sanatoorsel ravil viibivate polüartriidihaigete toitu vitaminiseerida eespool nimetatud ajavahemikul 100—200 mg ja kevadkuudel (märtsis, aprillis ning mais) 200—300 mg askorbiinhappega päevas. Haiged peavad C-vitamiini preparaate tarvitama ka pärast sanatooriumist lahkumist.

Meie tööst selgub, et haigete vitamiinitarviduses esineb sesoonseid kõikumisi: talvel ja eriti kevadel on vitamiinitarvidus suurem kui sügisel. See oleneb tõenäoliselt mitmest põhjusest. Nagu märgib E. Maslenikova (10), vähendavad teised vitamiinid tõenäoliselt vajadust C-vitamiini järele. Peale selle on tõenäoline, et mitmesugused faktorid, nende seas

Tabel 2

Haigete toidu vitaminiseerimise vajadus, kui mudaravi ei rakendata

Kuud	Haigete arv	Enne ravi		Ravi ajal eritumine uriiniga mg/t	C-vitamiini doos mg	Ravi lõpul			
		eritumine uriiniga mg/t	sisaldumine veres mg %			eritumine uriiniga mg/t	sisaldumine veres mg %	Haigete arv: C-vitamiini normis	Haigete arv: C-vitamiini alla normi
August	12	0,65	—	1,32	50	0,80	—	8	4
Oktoober	15	0,71	—	1,18	50	0,97	—	13	2
September	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	Vajadus 50—100 mg							
November	10	0,65	—	1,06	50	0,77	0,73	3	7
Detsember	11	0,50	0,33	1,21	100	0,79	0,50	6	5
Jaanuar	10	0,63	0,32	1,11	100	0,78	0,61	6	4
	31	Vajadus 100—200 mg							
Veebruar	25	0,53	0,30	1,40	150	0,95	0,80	18	7
Märts	15	0,46	0,33	1,15	150	0,80	0,70	10	5
Aprill	12	0,48	0,37	0,94	150	0,61	0,55	2	10
	52	Vajadus 200—300 mg							
Mai	13	0,50	0,30	0,94	100	0,64	0,72	5	8
Juuni	12	0 43	0,30	1,45	300	1,17	1,11	11	1
Juuli	10	0,56	—	1,24	100	1,12	—	9	1
	35	Vajadus 100—300 mg							

ka mudaaplikatsioonid, ebasoodsad klimaatilised tingimused jms., mõjustavad C-vitamiini ainevahetust füsioloogilise «pinguse» (stressi) seisundi kaudu, mille puhul V. Vasjutotškini (7) andmeil vitamiinide tarvidus on suurenenud. Seega on toidu C-vitamiini sisaldus organismi C-vitamiini bilanssi määravaks teguriks, kuid seda mõjustavad ka mitmed teised faktorid.

KIRJANDUS

1. Aljak, A. Nõukogude Eesti Tervishoid. Kogumik 5, 1956, 119—122. — 2. Vagane, E., Kildema, L. ja Kõpman, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 34—36. — 3. Vagane, E. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960, 237—243. — 4. Вагане Э. П. Вопросы питания, 1953, 6, 59—63. — 5. Вагане Э. П. и Труус Э. Ю. Известия Академии наук Эстонской ССР. 1955, 1, 116—121. — 6. Вагане Э. П. Вопросы питания здорового и больного человека. Рига, 1960, 267—272. — 7. Васюточкин В. М. Вопросы питания здорового и больного человека. Рига, 1960, 43—50. — 8. Железнякова Н. С. Гигиена и санитария, 1951, 12, 41—45. — 9. Кулль М. М. и Когерман Е. П. Тезисы докладов научн. конф. по вопр. питания и эндокринологии. Таллин, 1958, 7. — 10. Маслеников а Е. М. АМН СССР. Институт питания. XII научная сессия (тезисы докладов). М., 1958, 96—99. — 11. Петерсон М. П. Конференция по вопросам питания здорового и больного человека. Тезисы докладов. Рига, 1959, 25—26. — 12. Сибуль, И. К. Здравоохранение Советской Эстонии. Сборник 3. Таллин, 1955, 97—106.

О ПОТРЕБНОСТИ В ВИТАМИНЕ С У БОЛЬНЫХ ПОЛИАРТРИТОМ ПРИ САНАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Э. Вагане

Резюме

В 1958—1960 гг. мы исследовали 350 больных хроническим полиартритом, лечившихся на курорте Пярну, из них 205 получали грязевые аппликации, а 145 во время пребывания в санатории получали другие виды курортолечения. Для определения потребности в витамине С была проведена дополнительная витаминизация пищи больных различными дозами.

Из проведенной работы выяснилось, что большинство больных полиартритом прибывают в санатории с большим дефицитом витамина С, достигающим в марте, апреле, мае и июне в среднем 2200—3500 мг. Наименьший дефицит наблюдается в августе, сентябре, октябре и ноябре — в среднем 500—1250 мг. В остальные месяцы дефицит в пределах 1500—2200 мг.

Низкое содержание витамина С в пище санатории (только осенью дневной рацион в среднем содержит более 50 мг аскорбиновой кислоты) не способствует уменьшению дефицита, а наоборот, у большинства больных, пища которых не витаминизировалась, баланс витамина С в течение пребывания в санатории понижался еще больше. Эти данные убедительно указывают на необходимость витаминизации пищи в санаториях.

Потребность в витамине С у больных хроническим полиартритом при курортолечений 100—200 мг, а весной 200—300 мг в день.

Для ликвидации большого дефицита витамина С у больных недостаточно витаминизировать пищу 100 мг в день, как предусматривает приказ министра здравоохранения СССР № 209 от 13 IX 1955 года. Витаминизирование пищи в санаториях необходимо проводить с декабря по июль, прибавляя к дневному рациону в первую неделю лечения 300 мг, а в весенние месяцы (в марте, апреле, мае и июне) 400 мг витамина С. Это даст возможность ликвидировать дефицит его у большинства больных. После ликвидации дефицита нужно продолжать витаминизировать пищу в указанные месяцы 100—200 мг, а в марте, апреле и мае 200—300 мг витамина С в день. Больные должны употреблять препараты витамина С и после ухода из санаториев.

TOITUDE KOHUSTUSLIKUST VITAMINISEERIMISEST

R. KÄBIN

(Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *A. Kuusik*)

Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama toitluslaboratoorium uurib C-vitamiini sisaldust lasteasutuste ja haiglate toiduratsioonides alates 1956. aastast, s. o. ajast, mil NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga nr. 209 13. septembrist 1955. a. tehti kohustuslikuks toitude vitaminiseerimine lastesõimedes, -kodudes, -haiglates, sanatooriumides ja sünnitusmajades.

Ülalnimetatud käskkirjale lisatud juhendi nr. 195-55 kohaselt tuli askorbiinhapet lisada iga päev kas esimesse või kolmandasse lõunatoidusse, keefiri või piimasse, arvestusega 35 mg kuni 7 a. vanustele lastele, 50 mg lastele üle 7 a. ja 100 mg täiskasvanuile (haiglates). Nimetatud juhend muudeti käesoleva aasta algul ja kehtestati uus juhend (nr. 351-61, 2. 02. 1961. a.). Uues juhendis on olulisi muudatusi. Kõigepealt on suurendatud vitaminiseerimisel lisatava askorbiinhappe annuseid, mis on nüüd järgmised: 30 mg lastele kuni 1 a. vanuseni alates lisatoitmisest, 40 mg lastele 1—3 a., 50 mg lastele 4—6 a., 60 mg lastele 7—12 a. ja 70 mg lastele üle 12 a., täiskasvanuile kõikides haiglates ja sünnitusmajades 100 mg. Aluseks on seega võetud «Inimesele vajalikud ööpäevased vitamiininormid», kinnitatud NSVL Riikliku Peasanitaarinspektsiooni poolt 17. juunil 1960. a. Tuleb märkida, et nii ülalnimetatud normides kui ka uues juhendis ei ole antud askorbiinhappe annuseid 6—7 a. vanuste laste kohta.

Uues juhendis on märgitud, et vitaminiseerimine peab toimuma aasta läbi, seega ka suvekuudel. Selle märkuse puudumine vanas juhendis põhjustas arusaamatusi, sest mõned lasteasutuste juhatajad pidasid toitude vitaminiseerimist suvekuudel üleliigseks.

Toitude vitaminiseerimise laboratoorne kontrollimine on uues juhendis endiselt pandud sanitaar-epidemioloogia jaamadele, kuid muudetud on kontrolli sagedust. Teatavasti tuli vana juhendi kohaselt toitu laboratoorselt kontrollida igas asutuses vähemalt 2 korda kuus. Laste- ja raviasutuste rohkuse tõttu polnud nii tihe kontroll jõukohane mitte üksnes Tallinna, vaid ka teiste liiduvabariikide linnade ja rajoonide sanitaar-epidemioloogia jaamadele. Uue juhendi kohaselt tuleb seda teha mitte harvemini kui 1 kord kvartalis.

Uues juhendis on öeldud, millist C-vitamiini kogust toidus võib lugeda veel normi piiridesse kuuluvaks — kõrvalekaldumised on lubatud ±20% ulatuses. (Vanas juhendis see märkus puudus ja lugesime normiks ±10%.) Analüüse tuleb teha lihtsustatud standardmenetlusel tiitrimisega Tilmansi värviga.

Täpsustatud on analüüside tegemise aega. Uue juhendi p. 15 kohaselt ei kontrollita toiduratsioone laboratoorselt, kui asutus asub laboratooriumist niivõrd kaugel, et proove ei jõua toimetada laboratooriumi $1^1/_2$ tunni jooksul.

Uues juhendis on samuti täpsustatud piima ja keefiri vitaminiseerimise korda. Muudetud ja täiendatud on ka aruandlus.

Esialgu võttis Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam uurimiseks liiga vähe toiduproove. Nii toodi laboratooriumi toiduproove C-vitamiini määramiseks 1956. a. — 29, 1957. a. — 39, 1958. a. — 52. Hiljem proovide arv tõusis märksa, sest laboratooriumitöötajad hakkasid vastava graafiku alusel ka ise lasteasutustest proove võtma. 1959. a. tehti juba 171 ja 1960. a. 211 C-vitamiini määramist.

Kuna uurimiste arv 1956.—1958. a. oli üldiselt väike, 1959. a. uuriti aga paljudel juhtudel ka mittevitaminiseeritud toitu, siis peatume siinkohal ainult 1960. ja 1961. a. 1. jaanuarist kuni 1. augustini tehtud analüüsidel.

1960. a. uurimiste andmetel ei leitud C-vitamiini või avastati seda ainult minimaalses koguses (jälgedena) 8,2% uuritud toiduproovidest, mis saatekirjade kohaselt pidid olema vitaminiseeritud. Vähemas koguses (alla 10%) leiti C-vitamiini 26,8% ja ettenähtust suuremas koguses (üle +10%) 33,9% proovidest. Viimastel juhtudel põhjustas C-vitamiini suuremat sisaldust kas toidu loomulik C-vitamiini sisaldus, või sagedamini asjaolu, et C-vitamiini tabletid olid säilitamisel pulbristunud, mistõttu täpne doseerimine oli raskendatud ja arvestus umbkaudne. Normi piirides avastati C-vitamiini ainult 31,1% juhtudest.

C-vitamiini sisaldus vitaminiseeritud toiduproovides

	Alla normi	Normis	Üle normi	Kokku proove
1) Lastesõimed	22	93	31	146
2) Haiglad ja sünnitusmajad	6	13	7	26
3) Lasteaiad ja -kodud	7	2	2	11
Kokku	35	108	40	183
%	19,1%	59,0%	21,9%	

1961. a. 1. jaanuarist kuni 1. augustini uuriti Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas 183 vitaminiseeritud toidu proovi. Nimetatud proovidest oli 146 proovi lastesõimedest, 26 proovi haiglatest ja ülejäänud 11 proovi lasteaedadest ja -kodudest. Toiduproovid kontrolliti

laboratoorselt üldse 31 Tallinna lastesõimest, 12 haiglast ja 11 lasteaiast ja lastekodust. Analüüside tulemused on kokku võetud tabelis (normiks on arvestatud ±20%).

Seega toimub vitaminiseerimine meie andmetel kõige paremini lastesõimedes, kus toidu C-vitamiini sisaldus oli normi piirides 63,7%, üle normi 21,2% ja alla normi 15,1% juhtudest.

Siinkohal huvitavad meid juhud, kus C-vitamiini leiti alla normi. 35 proovist, milles C-vitamiini oli alla normi, olid 7 proovi niisugused, mis kas üldse ei sisaldanud C-vitamiini, või sisaldasid seda ainult mõne mg.

Analüüsides põhjusi, miks vitaminiseeritud toitude laboratoorsel kontrollimisel avastatakse C-vitamiini alla normi, tuleb arvestada peamiselt kaht asjaolu: 1) hiline analüüs ja 2) ebaõige vitaminiseerimine, kaasa arvatud vead lisatava C-vitamiini koguse arvestamisel.

C-vitamiini määramisel valmistoitudes on teatavasti oluline, et analüüs tehtaks võimalikult peatselt pärast toidu vitaminiseerimist, sest üldiselt on teada, et valmistoitude säilitamisel kahaneb C-vitamiini hulk neis järsult. Juhendikohaselt tuleb analüüs teha $1^1/_2$ tunni jooksul pärast proovide võtmist, teiste sõnadega veidi rohkem kui $1^1/_2$ tundi pärast vitaminiseerimist, sest proovide võtmine peab toimuma toidu väljastamise ajal, vitaminiseerimine aga otseselt selle eel. Optimaalset aega proovide võtmiseks on praktiliselt raske tabada. Sageli on toit enne sanitaar-epidemioloogia jaama töötaja kohalejõudmist juba vitaminiseeritud ja jaotatud. Panna C-vitamiini vähesus aga ainuüksi hilise analüüsi arvele ei ole õige. Proovidel, milles avastasime C-vitamiini alla 20%, oli aeg vitaminiseerimisest kuni proovide jõudmiseni laboratooriumi järgmine: kuni $1^1/_2$ tundi — 14 proovi, $1^1/_2$—$2^1/_2$ tundi — 12 proovi, üle $2^1/_2$ tunni — 6 proovi. Vitaminiseerimise aeg oli 3 juhul teadmata. Järelikult toodi 35 proovist, milles C-vitamiini oli alla normi. 14 proovi analüüsimisele õigeaegselt. Laboratooriumis alustati analüüsi otsekohe, hiljemalt aga 5—10 minuti pärast. Järelikult esineb ka toidu ebaõiget vitaminiseerimist (juba nimetatud vead arvestuses, toidu puudulik segamine jne.). Arvestada tuleb ka toidu keemilist reaktsiooni, sest C-vitamiin säilib paremini happelises keskkonnas. Paljudel juhtudel avastasime kissellides C-vitamiini normi piirides ja isegi üle +20% ka siis, kui vitaminiseerimisest oli möödunud kaugelt üle $1^1/_2$ tunni. Teiselt poolt ei kindlusta ka õige vitaminiseerimine lastele ettenähtud C-vitamiini kogust, kui tegeliku toiduportsjoni kaal ei vasta kalkulatsioonikaalule (tegeliku portsjoni alakaalu tõttu saab laps vähem C-vitamiini ja vastupidi). Sellega tuleb eriti arvestada lastesõimedes, kus meie kogemustel ei peeta toidu jaotamisel sageli kinni portsjoni ettenähtud kaalust. Toitu jaotatakse tihtipeale nii, kuidas üks või teine laps sööb, kuidas on tema söögiisu. Mõnedes lastesõimedes on isegi raskusi portsjonite kaalu märkimisega kalkulatsioonimenüüs. Muidugi tekitab selline olukord asjatut ajakulu proovide laboratoorsel analüüsimisel, nii C-vitamiini sisalduse kui ka kalorsuse täitmise protsendi määramisel, sest täiendavalt tuleb nõuda puuduvaid andmeid.

Analüüsi andmetel vitaminiseeritakse toitu õigesti lastesõimedes nr. 2, 7, 9, 20, 25, 26, Tekstiilivabriku «Punane Koit», Trikootööstuse «Marat» ja Puuvillakombinaadi «Balti Manufaktuur» lastesõimedes, samuti mitmetes teistes lastesõimedes. Halvemini on toit olnud vitaminiseeritud lastesõimedes nr. 6, 13, 14, samuti Tallinna Ehitustrusti lastesõimes. Nii leiti lastesõimest nr. 13 võetud kuuest toiduproovist C-vitamiini normi piirides ainult kahel juhul, neljal proovil oli selle sisaldus aga alla normi.

Haiglate ja sünnitusmajade, samuti lasteaedade ja -kodude toitude analüüside arv on veel üldiselt väike ega võimalda teha järeldusi. Üldiselt on toitude vitaminiseerimine lasteaedades ja -kodudes märgatavalt

halvem kui lastesõimedes (11 proovist ainult 2 proovil C-vitamiini normi piirides).

Meie andmetel ei peeta lastesõimedes kinni C-vitamiini uutest normidest, vaid lisatakse seda toitudele endiselt koguses 35 mg. Esineb isegi omavolilisi koguseid, näit. 45 mg (lastesõimed nr. 7 ja 11), 47 mg (lastesõim nr. 20), 55 mg (lastesõim nr. 11), 62 mg (lastesõimed nr. 8 ja 21). Näib, et mitte kõik lasteasutuste juhatajad ei ole tutvunud uue juhendiga toitude kohustusliku vitaminiseerimise kohta ega instrueerinud oma asutuse personali, s. o. vanemõde või grupiõde, kes otseselt vastutavad toitude õige vitaminiseerimise eest.

Järeldused

1. Tallinna linna lastesõimedes lastele väljastatav toit on ainult 84,9% ulatuses küllaldaselt vitaminiseeritud C-vitamiiniga.
2. Juhendit valmistoitude kohustusliku vitaminiseerimise kohta täidetakse paljudes lasteasutustes puudulikult. Järelikult on kõikidel lasteasutuste juhatajatel tarvis nimetatud juhend uuesti läbi töötada.
3. Paljudes lastesõimedes ei peeta kinni C-vitamiini uutest normidest. Esineb omavolilisi norme, mis on suuremad ettenähtuist ja põhjustavad askorbiinhappe ülekulutust. Samal ajal ei saa mõni teine lasteasutus toitu vitaminiseerida askorbiinhappe puudumise tõttu.
4. Tallinna lastesõimedes kasutatakse veel vähe piima vitaminiseerimist, ehkki seda soovitatakse eriti sõimeealiste laste toitmisel.
5. Laboratoorne kontroll Tallinna haiglate ja sünnitusmajade toiduratsioonide vitaminiseerimise üle ei ole küllaldane.

ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ВИТАМИНИЗАЦИИ ПИЩИ

Р. Кэбин

Резюме

Начиная с 1956 г. Таллинской городской сан.-эпид. станцией проводится определение содержания витамина С в готовой пище детских и лечебных учреждений Таллина. Анализов за 1956—1958 гг. было немного. За последние годы, когда в активный забор проб включились и сами сотрудники пищевой лаборатории, количество контрольных проб значительно возросло (в 1959 г. — 171, в 1960 г. — 211, с 1 января по 1 августа 1961 г. — 183 пробы).

В результате лабораторного контроля в витаминизированных блюдах детских яслей Таллина за период с 1 января 1960 г. по 1 августа 1961 г. витамин С был обнаружен в достаточных количествах только в 84,9% случаев.

Во многих яслях не придерживаются предвиденных в инструкции суточных норм потребления витамина С. В пищу закладываются различные количества аскорбиновой кислоты (до 62 мг на одного ребенка). Мало используется для витаминизации питания молоко, хотя по инструкции обогащенное аскорбиновой кислотой молоко рекомендуется особенно для детей ясельного возраста. Новая инструкция от 2 февраля 1961 г. за № 350—61 по проведению С-витаминизации питания не разработана во всех детских учреждениях.

Лабораторный контроль по С-витаминизации пищи в лечебных учреждениях и больницах Таллина является пока еще недостаточным.

NAKKUSLIKU KOLLATÕVE ETIOLOOGIA JA PROFÜLAKTIKA TÄNAPÄEVAL

(Kirjanduse ülevaade)

Arstiteaduse kandidaat *J. REINARU*

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

Viirushaigustest püsib kogu maailmas olulisel kohal nakkuslik kollatõbi. Nakkushaigustest on nakkuslik kollatõbi meil haigestumise sageduselt ägedate soolehaiguste järel teisel kohal, kusjuures täheldatakse (nagu mujalgi) sellesse nakkusesse haigestumise pidevat tõusu.

Võitlust nakkusliku kollatõvega raskendab tunduvalt asjaolu, et senini ei ole leitud spetsiifilisi nakkusliku kollatõve diagnoosimise, ravi ega ka profülaktika meetodeid. Virusoloogia kiire areng annab aga lootust, et spetsiifilised antigeenid ja antikehad avastatakse lähemal ajal. Kuni viimase ajani ei ole nakkusliku kollatõve tekitajat isoleeritud, samuti ei ole veel leitud kindlat eksperimentaalset mudelit katseloomade hulgast. M. Jassinovski (1) tegi 1948. a. järelduse, et nakkusliku kollatõve tekitajaks on viirus, mis läbib filtreid ja esineb haigete veres. Seda tõestavad vabatahtlike nakatamise katsed, samuti seroloogilised reaktsioonid.

1947. aastal teatas V. Ždanov (2), et tal õnnestus nakkusliku kollatõve haigete verest kultiveerida viirust kanaembrüo allantoisi koorioni kestal. Ka mõningate teiste autorite [W. Silde ja G. Meding (18), E. G. Dresel, B. Meding ja E. Weineck (19), W. P. Havens (20)] andmetel säilib ja areneb nakkusliku kollatõve viirus kanaembrüol. A. Šubladze (3) kinnitab, et standardseid ja spetsiifilisi viirusekultuure võib saada kanaembrüote nakatamisel nakkuslikku hepatiiti põdevate inimeste verega. Ta märgib, et nakkusliku kollatõve viiruste spetsiifilist embrüokultuuri, mis on inaktiveeritud formaliiniga, võib haigetel kasutada spetsiifilise nahareaktsioonina. Hiljuti isoleerisid V. Ananjev ja A. Šubladze (4) epideemilise hepatiidi haigete väljaheitest viiruse, mis säilib ja kasvab inimese neerukoe kultuuris. Neerukoekultuuri valmistasid autorid surnult sündinud laste neerudest. Väljaheite töötlemisel kasutasid nad ultratsentrifuugi tiirude arvuga 16000—18000 korda minutis.

Üldiselt taluvad viirused 56° soojust 30 minuti jooksul. Toatemperatuuri juures säilivad viirused mitme kuu jooksul, külmutatuna mitmeid aastaid. Vees, toidus, väljaheites, saastunud esemetel ja kätel püsib viirus nädalaid. Viirus on eriti tundlik 1%-lise joodilahuse suhtes (21). Uurides nakkusliku kollatõve viiruste soojustundlikkust, leidis K. Primavesi (22), et viirused jäävad keevas vees eluvõimelisteks 30 minuti vältel, kuid surevad kuumutamisel autoklaavis (120°C) 15 minuti jooksul.

Kui 1903. a. kirjeldati viirushaigustena ainult viit haigust, siis tänapäeval eristatakse mitusada viirust ja riketsiat (23). Elektronmikroskoobiga on võimalik määrata viiruste suurust (8×12 kuni 2×300 mμ). kuju (kerakesed, kepikesed, peakestega kepikesed jne.) ja ka asukohta rakus. Viirused elavad ja paljunevad ainult elavas rakus. Ühed viirused paljunevad tsütoplasmas (lectrivaktsiini viirus), teised (polioviirused) raku tuumas; ühed kahjustavad (polioviirused), teised lammutavad raku (tsütopatogeenne efekt koekultuuris), kolmandad — vastupidi — stimuleerivad rakkude paljunemist (leukoviirused). Nakkusliku kollatõve viiruse tsütopatogeense efekti tõttu soovitab K. Primavesi (22) kasutada viiruskandluse diagnoosimisel kanaembrüo maksa testi.

O. Voronkova, A. Taranenko ja S. Ušakova (7) andmetel (1956. a.) ei ole eksperimentaalsed katsed tekitada loomadel hepatiiti seni tulemusi andnud (katsetatud on ahvidega, merisigadega, hobustega, küülikutega,

rottidega, sigadega, kanapoegadega, kanaembrüotega, hiirtega; viimaste puhul täiskasvanutega, vastsündinutega ja embrüonaalses staadiumis). Taškendi Nakkushaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad täheldasid oma vivaariumis valgetel hiirtel selgesti väljakujunenud spontaanset viiruslikku kollatõbe, mille puhul hiirte maksas esinesid, nagu selgus histoloogilisel uurimisel, põletikulised ja nekrootilised protsessid (8). Uurijad jäid arvamusele, et selle haiguse põhjustasid spetsiifilised filtreeruvad viirused, mis on Botkini haiguse viirusest erinevad. A. Šubladze ja V. Ananjev (9) nakatasid koeri nakkusliku kollatõve viirustega; koerad haigestusid, kuid haigus kulges ilma kollasuseta. Nakatatud koerte maksa ja aju rakkudes leidsid nad tuumasiseseid kehakesi. Nad valmistasid koerte maksast antigeeni, mis oli aktiivne, komplementi siduvate omadustega ja neutraliseerus rekonvalestsentide seerumi viirustneutraliseerivate antikehadega. Spetsiifilised antikehad ei ilmunud enne kui 20 päeva pärast koerte nakatumist. Antigeeni manustamine naha sisse tekitas koertel selge spetsiifilise nahareaktsiooni. Autorid järeldavad, et hepatiit kulgeb koertel patogeneesilt peaaegu samuti kui inimesel.

Hepatiidiviirus paljuneb maksa koes, satub sealt haige verre ja sapiga soolestikku. Veres tsirkuleerib hepatiidiviirus kogu inkubatsiooniperioodi ja haiguse esimeste nädalate vältel. Väljaheites leitakse haigusetekitajat kahe nädala vältel alates haiguse esimestest päevadest. On autoreid, kes konstateerivad, et viirusekandjateks võivad olla nii nakkuslikku kollatõbe põdenud kui ka terved, s. o. seda haigust mittepõdenud inimesed (5, 6).

Nakkuslik kollatõbi on tüüpiline sooleinfektsioon. Haigusetekitaja esineb veres, väljaheites, sapis, uriinis, mõningate autorite arvates ka suukoopas ja hingamisteedes. Nakatumine võib seega toimuda enteraalselt, parenteraalselt või piisknakkuse teel. Aerogeenselt võivad nakkust edasi anda eriti need haiged, kel haiguse prodromaalperioodis esinevad gripile omased sümptoomid (10). Kirjanduses on rohkesti kirjeldatud vee kaudu levinenud epideemiaid. Nakatutakse peamiselt suu kaudu toiduga, joogiveega, haigega kokkupuutumisel või kärbeste, rottide, kasside, koerte jt. loomade vahetalitusel.

J. Stokes (21) eristab nakkuslikul kollatõvel kahte viirusetüüpi, mis on oma antigeensetelt omadustelt erinevad. Viirus A põhjustab nakkusliku hepatiidi, mille puhul inkubatsiooniperiood on suhteliselt lühike; põdemine annab püsiva immuunsuse. Viirus B põhjustab nn. seerumihepatiidi, mille inkubatsiooniperiood on pikem (2—4 kuud); põdemine ei anna püsivat immuunsust, ka gammaglobuliini manustamine ei väldi haigestumist. Autor on arvamusel, et erineva raskusega haigestumiste tekitajateks on ka erinevad viirusetüübid. Inokulatsiooni-, seerumi- ja süstlakollatõbi, vaktsineerimis- ja vereülekandejärgne hepatiit — kõik need kõnekeeles tarvitatavad sünonüümid mahuvad parenteraalse nakkusliku hepatiidi nimetuse alla N. Saruhhanov (11) jälgis kollatõvejuhte tuberkuloosihaiglas ja leidis, et seal oli peaagu alati tegemist parenteraalse hepatiidiga. Parenteraalse hepatiidi puhul ei esine perekondlikke haigestumisi ega ka epideemilisi puhanguid kollektiivides. D. Fomina (12) andmetel on 40% hepatiidihaigetest saanud nakkuse meditsiiniliste manipulatsioonidega. J. Dimitrova (13) järgi on nakkusliku hepatiidi põhjuseks 71,6% juhtudest mingisugune vaktsineerimine, mille puhul ei ole nõelu ja teisi instrumente küllaldaselt steriliseeritud. Seejuures tuleb mainida, et on ka autoreid, kes eitavad parenteraalse hepatiidi laialdast levikut [A. Matvejev (14)].

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjas (nr. 251, 17. mai 1958) «Epideemilisse hepatiiti (Botkini haigus) haigestumise vähendamise abinõudest» mainitakse, et mõningates vabariikides ei analüüsita nakkuslikku kollatõppe haigestumist epidemioloogiliselt ega juhita tähelepanu

arstide kvalifikatsiooni tõstmisele selle haiguse diagnoosimise, kliiniku. ravi ja profülaktika alal. Diagnoos pannakse enamasti suure hilinemisega, seega jäävad haiged ümbrusele kõige ohtlikumal perioodil isoleerimata ja nad on otseseks nakkusallikaks. Juhitakse tähelepanu ka süstalde mitteküllaldasele steriliseerimisele — seda on vaja arvestada ka meie vabariigis, et vältida parenteraalse hepatiidi levikut.

Viimase aja kirjanduse andmete kohaselt tuleb nakkusliku kollatõve puhul taotleda järgmist: 1) varajast diagnoosimist; 2) kõikide haigete hospitaliseerimist või isoleerimist; 3) kiirteatise andmist sanitaar-epidemioloogia jaamale; 4) kontaktsete aktiivset jälgimist; 5) jooksva ja lõpliku desinfektsiooni tegemist koldes (3%-lise klooramiinilahusega). Desinfitseerida tuleb kõik ruumid, kus haige viimasel ajal liikus [V. Ždanov (2)], samuti söögilaud, toidunõud, pesunõud, käimla. Toidunõusid ja pesu keedetakse mitte vähem kui 30 minutit. Üliriided triigitakse põhjalikult; 6) haiguse allika ja infektsiooni leviku selgitamist (kolde epidemioloogiline analüüs) — tuleb uurida, kas koldes ei esine kollasuseta latentseid haigusvorme, haiguse esinemisel kollektiivis uurida kogu personali ja nende perekondi; selgitada, kas ei ole tegemist parenteraalse nakkusega ja kas nakkuskoldes elab doonoreid, viimasest tuleb kohe informeerida kohalikku vereülekandejaama; 7) korraldada vestlusi nakkusliku kollatõve epidemioloogiast ja haiguse varajastest ja varjatud vormide sümptoomidest; enne haige hospitaliseerimist peab arst instrueerima haiget ja temaga kokkupuutunuid sanitaar-hügieenilise ja profülaktika nõuete täitmisest; 8) pärast haiglast väljakirjutamist kontrollida ravil olnuid dispanseerselt (pärast viimaste kliiniliste sümptoomide kadumist vähemalt 6 kuu vältel) [V. Šiško (16)]; 9) haigeid (ka kergematel juhtudel) statsionaarist mitte varem välja kirjutada kui 3 nädalat pärast kollasuse teket; tõsta haige teadlikkust sanitaar-hügieeniliste nõuete suhtes, sest pärast haiguse põdemist võib ta jääda mõneks ajaks viirusekandjaks; 10) arutada kohalikes täitevkomiteedes vähemalt kord aastas soolenakkustesse haigestumist ja teha järeldused territooriumi puhtuse, käimlate, kaevude, veevarustuse, sanitaar-olukorra ja elanikkonna sanitaarkultuuri kohta; 11) meditsiinipersonalil tuleb rangelt jälgida, et meditsiiniinstrumentaarium oleks steriilne. Igasuguse protseduuri puhul (duodenaalsondeerimine, maomahla võtmine, kateteriseerimine, rektoskopeerimine, vereproovide võtmine, hammaste ravimine, vaktsineerimine jms.) tuleb haigelt võtta anamnees nakkusliku kollatõve põdemise või kontakti kohta kollatõve haigega. Juhul kui kahtlustatakse nakkusohtu, tuleb need instrumendid kohe steriliseerida vastavates lahustes või keetmisega üle poole tunni, parem aga kuumutada autoklaavis.

On autoreid, kes kinnitavad, et nad on ainult sanitaarharidustööga saavutanud nakkuslikku kollatõvesse haigestumise tunduva vähenemise. Senisest rohkem tuleb tähelepanu juhtida haigestumist soodustavatele teguritele, nagu külmetus, alkoholism, rasvase toidu liigsöömine.

Viimastel aastatel on omandanud erilise tähtsuse nakkusliku kollatõve seroprofülaktika gammaglobuliiniga, mille puhul nõukogude autorid (17) kinnitavad haigestumise langemist kuni 7,1 korda. Ameerika Ühendriikides (24) korraldati ebahumaanne katse 45 debiilse lapsega — neid nakatati viirusega VBPK nr. 1. Nakatatud lastel oli haiguse inkubatsiooniperiood 30—50 päeva. Temperatuuri tõus esines 57%-l, kollasus tekkis 81%-l, maksa suurenemine 90%-l, bilirubiin veres oli kõrgenenud 83%-l, tümooliproov oli positiivne 70%-l, fermentide aktiivsus oli tõusnud 95%-l lastest. Fermentidest näitas eriti aktiivset tõusu transaminaas. 20 lapsele manustati samaaegselt viirusega ka gammaglobuliini (0,1 ml kehakaalu ühe kg kohta), need lapsed 30—50-päevase jälgimise

vältel ei haigestunud. Gammaglobuliinprofülaktika häid tulemusi kinnitavad ka teised autorid [A. Dorn (25)].

Kasutades nakkusliku kollatõve varajaste ja varjatud vormide diagnoosimise meetodeid (aldolaasi ja transaminaasi aktiivsuse määramine veres, metüleensinise proov; kontaktsetel uriini värvuse muutumise jälgimine) vähendame ka reinfektsioonide, retsidiivide, krooniliste hepatiitide, maksatsirrooside, maksa primaarse vähktõve ja mitmesuguste komplikatsioonide teket pärast nakkusliku kollatõve põdemist.

KIRJANDUS

1. Ясиновский М. А. Эпидемический гепатит. М., 1948, 22. — 2. Жданов В. М. Врачебн. дело, 1947, 1, 71—74. — 3. Шубладзе А. К. Некоторые итоги по экспериментальному изучению эпидемического гепатита Боткина. В. сб.: Болезнь Боткина. Под ред. М. Тареева и А. К. Шубладзе, М., 1956, 32—40. — 4. Ананьев В. А., Шубладзе А. К. Вопр. вирусол., 1961, 5, 538—542. — 5. Жданов В. М. Эпидемический гепатит (Болезнь Боткина). Из кн.: В. М. Жданов, Эпидемиология, М., 1961, 151—159. — 6. Шапиро В. С. К вопросу о длительном вирусоносительстве при болезни Боткина. В сб.: Болезнь Боткина. Под. ред. Е. М. Тареева и А. К. Шубладзе, М., 1956, 361—364. — 7. Воронкова О. И., Тараненко А. Ф. и Ушакова С. П. Экспериментальное изучение эпидемического гепатита (Болезни Боткина), там же 324—332. — 8. Ходукин Н. И., Хозинский В. И., Финогенева Е. В. Инфекционный (вирусный) гепатит у белых мышей. Вопросы краевой патологии. Изд. Акад. Наук Узбекской ССР. Ташкент, 1953, в. 3. — 9. Шубладзе А. К., Ананьев В. А. Сов. Медицина, 1958, 12, 44—49. — 10. Дорофтиенко С., Ф. Григорович Н. А. Врачебн. дело, 1959, 8, 847—848. — 11. Саруханов Н. Б. Ж. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1960, 6, 122—124. — 12. Фомина Д. Х. Врачебн. дело, 1960, 2, 165—168. — 13. Димитрова Я. Соврем. медицина, 1958, 6, 33—36. — 14. Матвеев А. А. Здравоохр. Белоруссии, 1960, 4, 47—50. — 15. Коростелев В. Е. Воен.-мед. Ж., 1959, 3, 67—72. — 16. Шишко В. И. Сов. медицина, 1960, 143—147. — 17. Тарантаев Г. М., Токарь С. Х., Кувшинников С. М. и др. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1959, 11, 11—15. — 18. Silde, W. u. Meding, G. Klin. Wochenschr. 1941, 43, 1065—1067. — 19. Dresel, E. G., Meding, B. u. Weineck, E. Z. Immunitätsforsch. und exptl. Therapie, 1943, 103, 129—136. — 20. Havens, W. P. J. Amer. Med. Assoc., 1947, 8, 653—655. — 21. Stokes, J. Pediat. Clin. N. Amer., 1960, 7, 4, 389—1001. — 22. Primavesi, K. A. Beiträge zur Hygiene und Epidemiologie. Leipzig, 1961, H. 14. — 23. Hauduroy, P. Rev. méd. Suisse Rom., 1960, 80, 3, 129—136. — 24. Bodansky, O., Krugman, S., Ward, R., Schwartz, M. K., Giles, J. P., Jacobs, A. M. J. dis. child., 1959, 98, 2, 161—186. — 25. Dorn A. Dtsch. Gesundheitswesen, 1961, 41, 1914—1920.

ЭТИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

(Обзор литературы)

И. Рейнару

Резюме

Из вирусных заболеваний инфекционный гепатит имеет особо важное значение, так как почти всюду отмечается повышение заболеваемости им. Борьба с инфекционным гепатитом значительно затрудняется тем, что до сих пор не имеется специфических методов в его диагностике, лечении и профилактике.

Вирус заносится в организм энтеральным, парэнтеральным и капельным путями; он размножается в печени, откуда заносится через кровь в мочу, а также с желчью в кишечник и выделяется с калом. В крови, моче, желчи и кале вирус гепатита находится весь инкубационный период и в первые недели заболевания. Некоторые авторы утверждают, что носительство вируса возможно как у переболевших инфекционным гепатитом, так и у здоровых людей.

Говоря о профилактических методах парэнтерального гепатита, можно отметить, что в условиях каждой медицинской процедуры (дуоденальное и желудочное зондирования, катетеризация, ректоскопирование, взятие проб крови, санация зубов, вакцинация и т. д.) необходимо от каждого больного собирать анамнез о заболевании инфекционным гепатитом или о контакте. При подозрении на зараженность больного необходимо инструменты стерилизовать в соответствующих растворах или кипячением более получаса, рациональнее инструменты стерилизовать в автоклаве. Большое значение имеет санитарно-просветительная работа среди населения.

VERESEERUMI ALDOLAASI AKTIIVSUSE JA BILIRUBIINI NIHETEST EPIDEEMILISE HEPATIIDI HAIGETEL *

A. DANILOVITŠ ja *E. ALLIK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia, nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *E. Tallmeister*, ja Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst *H. Luuri*)

Kerge, pühkunud haigusnähtudega ja kollasuseta epideemilise hepatiidi juhtude õigeaegne diagnoosimine on epidemioloogiliselt väga tähtis. Kirjanduses (1, 2, 3, 15, 4) soovitatakse epideemilise hepatiidi puhul täiendava diagnostilise meetodina kasutada vereseerumi aldolaasi aktiivsuse määramist. Osa autoreid (5, 6, 16, 7, 8) eitab seost aldolaasi aktiivsuse ja vere bilirubiinisisalduse vahel ja soovitab aldolaasi aktiivsuse määramist kollasuseta haigusjuhtude avastamiseks. Leidub ka vastupidiseid seisukohti (9, 10, 11).

Arvestades kirjanduse vastukäivaid andmeid, epideemilise hepatiidi esinemise sagenemist kollektiivides ja haiguse puhangulist iseloomu, oli töö ülesandeks selgitada, mil määral on võimalik selle haiguse diagnoosimisel kasutada aldolaasi aktiivsuse määramist.

Aldolaasi akiivsust määrasime V. Tovarnitski ja E. Voluiskaja (12) järgi V. Ananjevi ja V. Obuhhova (13) poolt modifitseeritud mikromeetodiga Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas ravil viibinud 300-l epideemilise hepatiidiga ja 50-l mitmesuguse muu haigusega haigel ning 20 tervel isikul. Kontrollrühmade tulemuste ja kirjanduse andmete põhjal lugesime aldolaasi aktiivsuse normi ülemiseks piiriks 10 ühikut (instruktsiooni järgi 8 ühikut)**; diagnostilist tähtsust omistasime sellest kõrgematele väärtustele. Aldolaasi aktiivsust määrati igal haigel 3 korda, paljudel juhtudel kuni 5 korda. Kokku teostati 1059 uuringut. Bilirubiini kvantitatiivset sisaldust veres määrati Hijmans van den Berghi järgi fotoelektrokolorimeetriliselt (14). Bilirubiinisisaldust kuni 1,0 mg% loeti normaalseks, sellest kõrgemaid väärtusi bilirubineemiaks. Üldse teostati 1113 bilirubiini määramist.

Uurituist oli mehi 46,3%, naisi 53,7%. Haigeid vanuses kuni 7 a. oli 10,3%, 8—15 a. 52,0%, 16 a. ja vanemaid 37,7%. Haigetest hospitaliseeriti 57,7% esimesel, 35,3% teisel ja 7,0% kolmandal haigusnädalal või hiljem.

Haigusvormidest esinesid 54,6 %-l düspeptiline, 27,0 %-l palavikulis-düspeptiline, 9,0 %-l pseudogripoosne, 0,7 %-l pseudoreumatoidne ja 8,7 %-l väheste sümptoomidega kollasuseta epideemilise hepatiidi vorm. Viimasel juhul täheldati ainult silma sidekestade, pehme suulae ja suupõhja limaskestade mõõdukat kollaseks värvumist. Teiste haigusvormide puhul esines 59,5 %-l intensiivne, 24,2 %-l mõõdukas nahakollasus; 16,3 %-l täheldati naha vähest kollasust. Kollane värvus kadus nahalt keskmiselt 21., limaskestadelt 25. haiguspäeval. Väikesel osal juhtudest püsis kollasus nahal (6,0%) ja limaskestadel (17,7%) isegi statsionaarist lahkumisel.

Enamikul uurituist (88,6%) oli maks suurenenud, ulatudes $1^1/_2$—3 põikisõrme võrra ja 7,4 %-l veel enam allapoole roietekaart; väikesel osal (4,0%) asus maksa alumine serv roietekaare kõrgusel. Maksa mõõtmed normaliseerusid 80,4%-l keskmiselt 26. haiguspäeval, ülejäänutel hiljem.

---

* Ette kantud I. I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Eesti Vabariikliku Teadusliku Seltsi Tartu Filiaali koosolekul 30. oktoobril 1961. a.

** Инструкция о мероприятиях по борьбе с эпидемическим гепатитом (болезнью Боткина). Москва, 1958.

Tabelist nähtub, et aldolaasi suurem aktiivsus ja bilirubineemia esinesid düspeptiliste ja palavikulis-düspeptiliste haigusvormide puhul

Vereseerumi aldolaasi aktiivsuse ja bilirubiinisisalduse maksimaalsed väärtused epideemilise hepatiidiga haigetel haigusvormide järgi

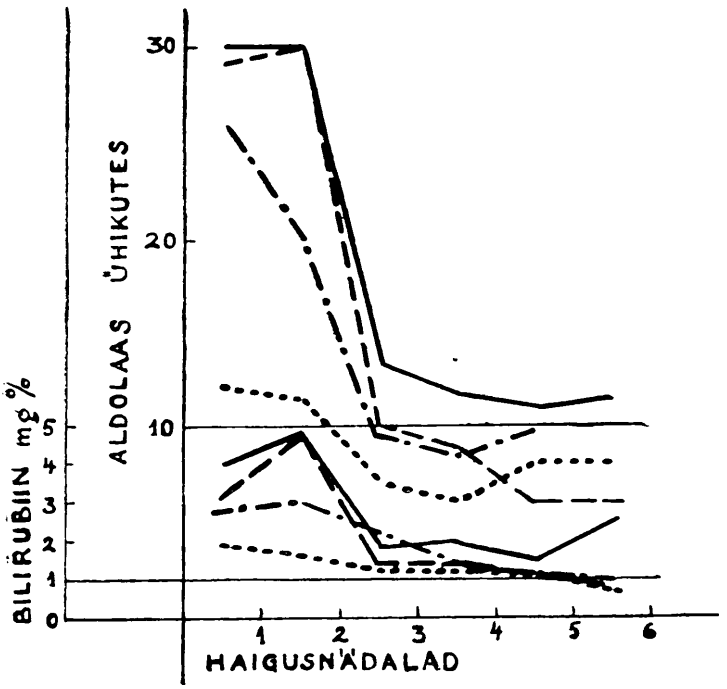
Haigusvorm	Aldolaasi aktiivsus üh.	Bilirubiin mg%					Kokku haigeid
		0—1	1—2	3—5	6—10	11 ja rohkem	
Düspeptiline	1—10	4	13	4	1	1	163
	11—20		25	22	5	4	
	21—30		4	23	11	11	
	üle 30		4	19	8	4	
Palavikulis-düspeptiline	1—10		7	3	2		82
	11—20	4	7	16	3	1	
	21—30		4	11	2	1	
	üle 30		3	17	1		
Pseudogripoosne	1—10		4				27
	11—20	1	7	4	4		
	21—30			1	2		
	üle 30			2	2		
Pseudoreumatoidne	1—10		1				2
	11—20						
	21—30						
	üle 30			1			
Anikteeriline	1—10	4	3	2			26
	11—20	4	6	2			
	21—30		2	2			
	üle 30	1					
						Üldse	300

Nendel haigetel olid intoksikatsiooninähud (temperatuur, iiveldus, oksendamine, nõrkus, isutus), naha ja limaskestade kollasus, maksa suurenemine, rooja ning uriini muutused jt. intensiivsemad ja pikaajalisemad. Kollasuseta juhtudel esines mõõdukas bilirubineemia; subjektiivsed kaebused ja kliinilised haigussümptoomid enamasti puudusid. Aldolaasi aktiivsus oli kollasuseta juhtudel 66,0% haigetest ja kollasusega vormide puhul 84,0% haigetest diagnostiliste väärtuste piires.

Ülaltoodust järeldub, et aldolaasi aktiivsus on epideemilise hepatiidi raskete vormide puhul suurem kui kergema haiguskuluga juhtudel. Järelikult on sel kõigi vormide puhul diognostiline väärtus.

Aldolaasi aktiivsuse ja bilirubineemia keskmiste väärtuste võrdlev dünaamika haigusnädalate järgi on esitatud joonisel. Nagu aldolaasi aktiivsuse ja bilirubineemia dünaamika võrdlemisel selgub, oli aldolaasi aktiivsus kõige suurem esimesel, bilirubineemia aga teisel haigusnädalal. Nimetatud asjaolu lubab öelda, et aldolaasi aktiivsuse määramist kasutades on võimalik haigust varem diagnoosida kui ainult bilirubiini uurimisel. Bilirubineemia langes kõikide haigusvormide puhul üldiselt paralleelselt aldolaasi aktiivsusega — alates kolmandast haigusnädalast. Erinevalt kollasuseta haigetest esines kollasusega haigetel kõrgeid bilirubiiniväärtusi ka hilisemal haigusperioodil, kusjuures aldolaasi näitajad olid

normaliseerunud. Nii on bilirubineemia jälgimisel rohkem prognostiline, aldolaasi aktiivsuse uurimisel aga enam diagnostiline ja epidemioloogiline tähtsus.



Aldolaasi aktiivsuse ja bilirubineemia keskmiste väärtuste võrdlev dünaamika haigusnädalate järgi (— düspeptiline, ——— palavikulis-düspeptiline, — · — pseudogripoosne, - - - - - kollasuseta haigusvorm).

Märkimisväärne on uuritud haigusjuhtude puhanguline iseloom ja korduvate haigestumiste esinemine mitmes kollektiivis, koolis ja perekonnas. Näitena võib tuua ühe internaatkooli, kus haigestus üksteise järel 38 õpilast. Väike puhang esines ka ühes seitsmeklassilises koolis, kus 9-st epideemilise hepatiidi haigest esines 7-l kerge, kollasuseta haigusvorm. Nendel juhtudel oli epidemioloogilise anamneesi kõrval eriti suur tähtsus aldolaasi aktiivsuse määramisel. Esitame ühe selles kollektiivis esinenud epideemilise hepatiidi juhu.

A. L., 14-aastane tütarlaps, seitsmeklassilise kooli VI kl. õpilane. Elab kooli internaadis, 5 õpilast toas. Hospitaliseeriti koos kahe kaasõpilasega Tartu Linna Kliinilisse Nakkushaiglasse epideemilise hepatiidi kahtlusega 18. 01. 1961. a. (haiguslugu nr. 113). Järgmisel päeval hospitaliseeriti samast koolist veel 6 õpilast.

Haigestus 17. 01. 1961. a. kerge peavalu ja iiveldusega; oksendas ühe korra. Isu puudus. Hospitaliseerimisel üldseisund rahuldav. Nahk puhas, tavalist värvust. Skleeradel ja pehmel suulael vaevaltmärgatav kollasus. Maksa parem sagar roietekaare kõrgusel, vasak sagar kombeldav $1^1/_2$ põikisõrme võrra allpool roietekaart, kergelt valulik. Veri — bilirubiin H. v. d. Berghi järgi negatiivne, aldolaasi aktiivsus 26,5 üh., SR=6 mm/1 t., leukotsüüte 6500/mm^3. Leukogramm: eosinof. — 2%, keppt. — 2%, segmentt. — 58%, lümfots. — 34%, monots. — 4%. Uriin — sapipigmente ei ole. Roojas *Ascaris lumbricoides*'i munad.

Kliiniline diagnoos: *hepatitis epidemica* (kollasuseta vorm, kerge), *ascaridosis*.

Kulg kerge, subjektiivsete kaebusteta. Kollasus kadus limaskestadelt 7., maksa mõõtmed normaliseerusid 14. haiguspäeval.

Ravi ja dieet: dieet 5a ja 5. *Acid. ascorb.* 0,35 päevas; *Lipocainum* 3 korda päevas; *Cholenzymum* 1 dražee 3 korda päevas; *Riboflavinum* 0,003 3 korda päevas; askariidide väljutamiseks *Sol. Piperazini* 10 ml 3 korda päevas 6 päeva jooksul.

Pärast ravi askariidide mune roojas ei olnud.

Lahkus haiglast paranenult 21. päeval. Suunati dispanseersele järelevalvele jaoskonnaarsti juurde.

Järeldused

1. Epideemilise hepatiidi haigete uurimisel selgus, et aldolaasi aktiivsus oli kõrgem 1., bilirubineemia 2. haigusnädalal. Fermendi aktiivsuse määramine on epideemilise hepatiidi varajases diagnostikas oluline.
2. Vereseerumi aldolaasi aktiivsuse nihked ei olnud paralleelsed

bilirubiini nihetega epideemilise hepatiidi haigete veres. Fermendi aktiivsus raskematel haigusvormidel on suurem ja vastupidi.

3. Aldolaasi aktiivsuse määramine on oluline eriti kergete, kollasuseta juhtude diagnoosimisel. Selle meetodi rakendamine haiguspuhangute puhul kollektiivides on suure epidemioloogilise tähtsusega.

KIRJANDUS

1. Товарницкий В. И., Волуйская Е. Н. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1955, 10, 67—72. — 2. Шелухина Л. А., Панина А. А. Терапевт. арх., 1957, 9, 78—82. — 3. Синайко Г. А., Горбунова Т. И. Педиатрия, 1959, 5, 56—62. — 4. Езерский Р. Ф. Сов. медицина, 1960, 5, 101—104. — 5. Макаревич Н. И., Гурьянова Л. И., Тартаковская М. И. Терапевт. арх., 1960, 9, 45—51. — 6. Сухарев В. М. Клинич. медицина, 1959, 10, 110. — 7. Сергеев Н. В., Синайко Г. А. Сов. медицина, 1959, 9, 46—51. — 8. Барад С. М., Зак Х. С., Штейнбах Я. М. Сов. медицина, 1959, 5, 53—56. — 9. Сиденко В. П. Воен.-мед. ж., 1960, 9, 41—42. — 10. Гуменик А. Е., Рулевич Н. Е. Вопр. вирусологии, 1957, 5, 284—287. — 11. Нуромская О. А. Врачебн. дело, 1961, 5, 86—88. — 12. Товарницкий В. И., Волуйская Е. Н. Лабор. дело, 1955, 6, 7—9. — 13. Ананьев В. А., Обухова В. Р. Вопр. вирусологии, 1958, 2, 119—120. — 14. Громашевская Л. Л., Белоус Г. В. Лабор. дело, 1960, 6, 46—48. — 15. Bruns, F., Puls, W. Klin. Wochenschr., 1954, 27/28, 656—659; tsit. (1) järgi. — 16. Trlifajová, J., Ramps, J., Kredba, V., Soušek, O. Časop. lék. česk., 1959, 38, 1195—1201; ref. Мед. реф. журн., 1960, разд. III, 5, 6—7.

О СДВИГАХ АКТИВНОСТИ АЛЬДОЛАЗЫ И БИЛИРУБИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ

А. Данилович и *Э. Аллик*

Резюме

Активность альдолазы и билирубина в сыворотке крови определялась у 300 больных эпидемическим гепатитом, у 50 больных другими различными заболеваниями и у 20 здоровых лиц. Активность альдолазы при эпидемическом гепатите не зависела от содержания билирубина в сыворотке крови, однако она была более высокой при тяжелых случаях.

Ввиду того что активность альдолазы бывает высокой в первой неделе, а билирубинемия — во второй неделе заболевания, можно сказать, что активность альдолазы является ранним диагностическим, а исследование билирубина прогностическим методом. Определение активности альдолазы желательно использовать при вспышках болезни в очагах, поэтому оно имеет также и эпидемиологическое значение.

SÜDAMESISESTEST TROMBIDEST JA POLÜÜPIDEST

R. ORŠANSKAJA

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Esmaseid südamekasvajaid esineb väga harva ja nende elupuhune diagnoosimine on raske. A. Abrikossovi (1) andmetel kogus Prichard 1951. a. kokku kirjanduse teated südame esmaste uudismoodustiste (415 juhtu) kohta. Endokardi polüüpide päritolu kohta ei ole kuni käesoleva ajani ühtset arvamust. Paljud autorid eitavad üldse nende uudismoodustiste kasvajalist päritolu, pidades neid organiseerunud trombideks. U. Podar (6) aga viitab Ribbertile, kes oli nende polüpoossete moodustiste kasvajalise päritolu veendunud pooldaja. Samal arvamusel on ka J. Nichols ja G. Hennigar (8). Need autorid väidavad, et paljud endokardist väljuvad südame uudismoodustised on tõelised kasvajad. Fibriini ja vere leidumist neis kasvajais seletavad nad kihnuta kasvajate pehmete kudede traumatiseerimisega verevoolu poolt, mis neid vabalt uhab (kasvajad kasvavad nagu koed kultuuris).

Alates 1954. aastast esines meie materjalis 4 juhul endokardi polüüpe. Ühel juhul oli see müksomatoosne polüüp, 3 juhul oli nähtavasti tegemist organiseerunud trombidega. Vaatamata erinevale histoloogilisele struktuurile ja erinevale geneesile tekitasid need uudismoodustised oma asukoha tõttu südame kodades väga sarnase kliinilise pildi ja põhjustasid kõikidel juhtudel haigete surma vereringe häirete tagajärjel. Esitame lühidalt andmed nende tähelepanekute kohta.

1. Naishaige S., 41 a. vana, saabus haiglasse 10. 05. 1954. a. (haiguslugu nr. 7306) kaebustega perioodiliselt tekkivate valude üle südame piirkonnas, näriva valu üle parema roietekaare all ja säärelihastes ning labakätes.. 1951. a. tekkis esmakordselt hingeldamine. Märtsikuus tekkisid esmakordselt valud säärelihastes ja jalgadele ilmusid punased laigud. Haiglasse saabumisel oli vererõhk 110/90; pulss 92 lööki minutis, rütmiline, südamepiirid laienenud, toonid tuhmunud, süstoolne kahin tipus. Röntgenoloogiliselt täheldati südame põikiasendit ja kopsuarteri koonuse väljavõlvumist. Anamneesis esines alates 25. eluaastast sageli angiine.

17 päeva jooksul oli haige seisund rahuldav, aeg-ajalt esinesid iiveldus ja oksendamine. Haiglas viibimise 18. päeval haige seisund halvenes järsult, ta langes teadvuseta seisundisse, tekkisid hüpereemia, näo ning rindkere tsüanoos ja tahtetud liigutused. Südamepuudulikkuse nähud kasvasid ja samal päeval saabus surm. Kliiniline diagnoos: mitraalklapi puudulikkus ja venoosse suistiku stenoos; taastuv endokardiit; peaaju veresoonte tromboos; peaaju vereringe äge häire; südame- ja veresoonte puudulikkus.

L a h a n g. Südame vähene laienemine (11×11×6 sm) parema vatsakese hüpertroofia arvel (seina paksus 0,6 sm). Vasak venoosne suistik vabalt läbitav kahele sõrmele, mitraalklapid natuke paksenenud, kuid siledad ja läikivad. Vasaku koja külgmisel pinnal avastati kasvaja, mis lähtus endokardist. Pehme konsistentsiga, limase välimusega kobarataolise polüübiga sarnaneval kasvajal oli kitsas vars. Allarippuv kasvaja oli vasaku venoosse suistiku sulgenud. Vasaku koja õõnes ja aordis leidus võrdlemisi suurel hulgal kasvajatükke. Südamelihas lõtv. Siseelundite väljendunud liigveresus. Ajuturse ja aju liigveresus.

H i s t o l o o g i l i n e u u r i n g. Kasvaja koosnes limajast stroomast ja mitmesuguse suuruse ja kujuga rakkudest. Esines mitraalklapi mõõdukas skleroos, põletikulised nähud puudusid.

2. Naishaige K., 67 a. vana. Põdenud hulk aastaid hüpertooniatõbe, on olnud korduvalt statsionaarsel ravil. Saabus uuesti haiglasse 26. 12. 1957. a. (haiguslugu nr. 20196). Vererõhk 180/120, hingeldamine, südamepekslemine ja raskus- ning rõhumistunne ülakõhu piirkonnas. Pleuraõõntes sedastati vähesel hulgal vedelikku. Haige viibis haiglas 23 päeva. Tema seisund ei sisendanud erilist valvsust, kui ootamatult saabus surm, seejuures muutusid ta nägu ja kael järsku siniseks. Kliiniline diagnoos: hüpertooniatõbi III; ateroskleerootiline kardioskleroos; koronaartromboos?

L a h a n g. Süda kaalus 570 g, õõned välja veninud, sisaldasid vedelat verd. mõlema vatsakese trabekulaarsed ja näsalihased olid hüpertrofeerunud. Vasaku koja piirkonnas avastati polüübitaoline sõlm 3,5—2,5 sm, see oli laia varrega ühenduses koja külgseina endokardiga. Lõikes oli kasvajaline sõlm keskelt tihke konsistentsiga, tumepunast värvust, perifeerias pehmem, kollakashalli värvust, pooleldi läbipaistev. Neerud vähenenud, sõmerjad. Siseelundid liigveresed.

H i s t o l o o g i l i n e u u r i n g. Kasvajas leidus palju amorfseid piirkondi, suurel hulgal hemosideriini, hulgaliselt uusi veresooni, üksikud piirkonnad meenutasid müksomatoosset kudet. Värvimine mutsikarmiiniga — negatiivne. Kõik see viitab organiseerunud trombile. Neerudes arterioskleerootiline nefrotsirroos.

3. Naishaige R., 34 a. vana. Toodi haiglasse 10. 05. 1958. a. (haiguslugu nr. 6521) kaebustega tugeva, pitsitava valu üle südame piirkonnas, valu kiirgus vasakusse kätte ja abaluusse. Haigel olid jalad tursunud, esines peavalu, hingeldamine rahulikus olekus, huulte tsüanoos, valud parema roietekaare all. Vererõhk 110/65, pulss nõrga täitumusega, südametoonid tuhmid. Statsionaaris viibinud korduvalt südamepuudulikkuse ja aktiivse reumaprotsessiga, millega kaasnes neeruja ajuembol, temperatuur tõusis kuni 39—40°. Mitraalklapi rike 1956. aastast.

Objektiivne leid oli järgmine. Süda suur, igas suunas laienenud. Tipus tugev kare, puhuv süstoolne ja diastoolne kahin. II tooni aktsent aordil ja kopsuarteril. Kaelaveresoonte väjendunud pulsseerimine. Maks ulatus nabani, kogu kõht valulik, pleuraõõntes vedelik, perifeersed tursed. Esines iiveldus ja oksendamine. Kogu haiglas viibimise ajal oli haige seisund raske ja 3. juulil ta suri. Kliiniline diagnoos: mitraaltõbi, mitraalklapi puudulikkus, vasaku venoosse suistiku stenoos, retsidiveeruv endokardiit.

L a h a n g. Perifeersed ja õõnesisesed tursed, kopsude halkjaspruun induratsioon ja hemorraagilised infarktid. Südame kaal 600 g, parem vatsake ja parem

koda tugevasti välja veninud. Klappide piirkonnas endokard õhuke, puhas, vatsakeste seinte paksus tavaline.

Vasakus kojas avastati hanemunasuurune kasvajaline sõlm (vt. tahvel I, foto 1), mis on laia varre kaudu ühenduses endokardiga. Kasvaja täitis kogu südamekoja (on selle välja venitanud) ja sulges venoosse suistiku (viimane ise ei ole ahenenud). Kasvaja pehme konsistentsiga, hallikaspunast värvust. Põrnas ja neerudes armid põetud infarktist. Peaaju kude turseline ja liigverene.

Histoloogiline uuring. Pilt eelmise juhuga väga sarnane. Polümorfse välimusega piirkondi, massiliselt fibriini, värskeid verevalumeid ja suurel hulgal uusi veresooni fibriinimassides. Esineb palju müksomatoosset tüüpi piirkondi, kuid värvimine mutsikarmiiniga negatiivne.

4. Naishaige T., 41 a. vana. Viibis Tallinna Linna III Haiglas alates 11. 09. kuni 12. 10. 1959. a. (haiguslugu nr. 1398). Toodi üle nakkushaiglast, kus viibis kõhutüüfuse diagnoosiga, mis aga ei leidnud kinnitust. Esmakordselt haigestus juulikuus; tekkis subfebriilne temperatuur, jõuetus, köha. 2 nädala jooksul ravis kodus grippi, kuid tulemusteta. 14. augustil viidi nakkushaiglasse, kus temperatuur oli üle kuu aja 37,5—38° piirides. Esines nõrkus, isupuudus, perioodiliselt peavalu, hingeldamine, unisus. Kui kõhutüüfuse diagnoos osutus ekslikuks, viidi haige üle Tallinna Linna III Haigla sisehaiguste osakonda. Patsient hingeldas, nahk tsüanootiline, südametoonid tuhmid, südamepiirid laienenud. Vererõhk 85/60, astsiit, temperatuur 39°.

Esimestel Tallinna Linna III Haiglas viibimise päevadel diagnoositi eksudatiivset perikardiiti (mida kinnitas ka punktsioon), kuid selle etioloogia jäi ebaselgeks. Rakendati aktiivset ravi antibootikumidega, punkteeriti perikardi, mille puhul saadi 100 ml verist vedelikku. Temperatuur muutus esimeste päevade jooksul normaalseks. Haige seisund, välja arvatud lühikesed paranemisperioodid, oli kogu aeg raske, hingeldamine ning nõrkus suurenesid ja 12. 10. 1959. a. haige suri.

Lahang. Väljendunud kroonilise paisu nähud; astsiit, anasarka, kahepoolne hüdrotooraks, kopsu hemorraagiline infarkt, neerude ja põrna tsüanootiline induratsioon. Süda laienenud parema koja arvel, kus leidus meherusikasuurune sõlm (vt. tahvel I, foto 2), mis väljus koja külgseinast. Komplemisel sõlm tihke, lõige kirju (vahelduvad punase ja kollase värvusega piirkonnad). Sõlm kerataoline, sileda pinnaga. Epikardil kasvaja lähtumiskohal rida 1,0×0,3 sm suurusi tihkeid lamedaid sõlmekesi, mis olid tumepunast värvust. Parema koja epikard tuhm, hüpereemiline. Südamepauna õõnes 150 ml verist hägust vedelikku.

Histoloogilisel uurimisel osutus kasvaja organiseerunud trombiks suure hulga veresoontega ja koheva läbikasvanud granulatsioonikoega (vt. tahvel II, foto 3 ja 4). Ka epikardil olevad sõlmed kujutavad endast granulatsioonikude; histotopograafilistest (Kristelleri) lõikudest ilmnes, et kogu kasvaja ulatuses esines põletikuline protsess.

Nagu kahel eelmisel juhulgi esines suurel hulgal verd, fibriini ja hemosideriini. Värvimine mutsikarmiiniga andis negatiivse tulemuse. Südamelihase teistes osades põletikulist protsessi ei leidunud.

Trombi organiseerumise protsess algab vara. V. Podvõssotski (7) andmetel noortel tervetel isikutel leiduvad trombis juba 8.—10.—12. päeval kapillaarid. Histoloogilise pildi järgi otsustades võib arvata, et tromb moodustus 3—4 kuud tagasi, nähtavasti võib selle tekkimist siduda mingi põetud nakkusega. Arvestades trombi moodustumist soodustavate põhjuste rohkust ei õnnestu kaugeltki alati trombi tekkimise etioloogilist momenti täpselt kindlaks teha. Antud juhul oli selleks nähtavasti nakkus. Trombi tekkimist haigel K. (juht 2) tuleb siduda hüpertooniatõvest tingitud vereringehäirega. Haigel R. (juht 3), kes oli mitu aastat põdenud raskekujulist «dekompenseeritud südameriket», ei ole trombi tekkimise põhjust nüüd enam võimalik kindlaks teha.

Kui varem leiti südamekasvajaid ainult lahangul, siis nüüd on prof. V. Žmuri (3) andmetel südamekasvajate diagnoosimist elupuhuselt kirjeldatud 24—25 juhul. Seoses südamekirurgia eduga ja võimalusega kirurgilise vahelesegamise teel päästa haige elu omandab südamekasvajate elupuhune diagnoosimine praktilise väärtuse.

A. Berinskaja ja A. Vahhurkina (2), M. Kulinitš ja L. Rogova (4) esitavad andmeid, mis võimaldavad elupuhuselt kahtlustada südamekasvaja olemasolu: 1) südame- ja veresoonte puudulikkuse arenemine nähtavate põhjusteta; 2) haige seisundi halvenemine seoses kehaasendi muutusega; 3) vereringe häire intermiteeriv iseloom; 4) hingeldamine, mis ei vasta üldisele dekompensatsioonile; 5) arütmia paroksüsmaalsed

vormid; 6) endokardiidi puudumine anamneesis ja ravi ebaedukus; 7) mõnikord täheldatakse mingi südameosa isoleeritud laienemist.

Südamesiseseid kasvajaid võib mõnikord kaunis hästi diagnoosida angiokardiograafia abil.

Haigel S. (juht 1), kel oli südame müksomatoosne polüüp, ja haigel R. (juht 3), kel oli südamekoja organiseerunud tromb, esines kliinilises kulus palju ühiseid jooni.

Haige R. (juht 3) surm järgnes südame vasaku koja seinast lähtuva kasvajataolise sõlmega seoses olevast dekompensatsioonist. Südame mitraalklapi riket haigel ei olnud, samuti nagu haigel S. (juhul 1). Aeglaselt kasvavad kasvajad ulatusid lõpuks suurte mõõtmeteni, sulgesid osaliselt vasaku venoosse suistiku, takistades seega normaalset vereringet. Seoses sellega, et vasak venoosne suistik ei sulgunud täielikult, andis verevool kojast vatsakesesse mitraaltõbe meenutavaid auskultatiivseid nähte. Klapi alaline traumeerimine kasvaja poolt põhjustab sageli klapi paksenemise ja põletikulise protsessi. Nii esines ka haigel S. (juht 1), haigel R. (juht 3) iiveldus, oksendamine, peapööritus, pitsitustunne rinnas. L. Ogorodnikova (5) märgib oma tähelepanekute järgi samasuguseid kaebusi. Autor seletab neid sümptoome vereringe ägedate häiretega, mis tekkisid haige asendi muutmisel, kui kasvaja sulges vastava venoosse suistiku. On tähelepanekuid, et dekompensatsiooni puhul haiged püüdsid võtta horisontaalse asendi.

Esitatud 4 juhust surid 2 haiget äkki vasaku venoosse suistiku sulgumise tagajärjel. A. Berinskaja ja A. Vahhurkina (2) arvavad, et 29% südamekasvaja juhtudest saabub surm äkki kasvaja pitsumise tagajärjel venoosses suistikus ja nende täielikust sulgusest. 2 juhul diagnoositi ekslikult mitraaltõbe, mis langeb täielikult ühte ka kirjanduse andmetega. Kaks ülejäänud haiget surid südame raske dekompensatsiooni tõttu, mida põhjustasid vereringet raskendavad endokardi uudismoodustised.

KIRJANDUS

1. Абрикосов А. И. Частная патологическая анатомия, т. II, М., Л., 1947, 211. — 2. Беринская А. Н., Вахуркина А. М. Опухоли полостей сердца. Вопросы острой внутренней клиники под ред. С. Г. Моисеева. М., 1949, 105—121. — 3. Жмур В. А. Хирургия, 1959, 1, 133—139. — 4. Кулинич М. И и Рогова Л. Д. Врачебное дело, 1956, 11, 1207—1208. — 5. Огородникова Л. С. Врачебное дело, 1956, 8, 792—796. — 6. Подар У. Я. Архив патологии, 1958, 8, 73. — 7. Подвысоцкий В. В. Общая и экспериментальная патология. С.-Петербург, 1905, 543—563. — 8. Nichols, J., Hennigar, G. A. M. A. Arch. of pathology, 1959, v. 67, 1, 24—29.

О ВНУТРИСЕРДЕЧНЫХ ТРОМБАХ И ПОЛИПАХ

Р. Оршанская

Резюме

Опухоли сердца встречаются редко, прижизненная диагностика их в течение более двухсот лет была достоянием секционных находок. В настоящее время появляются описания случаев прижизненной диагностики опухолей сердца, что очень важно в связи с успехами сердечной хирургии и возможностью хирургическим вмешательством спасти жизнь больных.

До сих пор нет единого мнения о генезе опухолей, исходящих из эндокарда, являются ли они истинными опухолями эндокарда (миксомами или фибромами) или организованными тромбами.

По-видимому, могут быть как истинные опухоли, так и организованные тромбы. Представляется интересным факт сравнительно редкого образования тромбов в полостях предсердий при частоте тромбо-эмболических синдромов.

Каков бы ни был генез новообразований предсердий — ведут они себя одинаково; являясь препятствием нормальному кровотоку, они вызывают нарушение кровообращения, часто симулируя в клинике картину митральной болезни со всеми ее проявлениями, с гипертрофией правого желудочка сердца, декомпенсацией. Эти образования часто вызывают внезапную смерть, когда они достигают того или иного артиовентрикулярного отверстия, ущемляются и закрывают его.

Foto 1. Organiseerunud tromb südame vasakus kojas

Foto 2. Organiseerunud tromb südame paremas kojas

Foto 3. Vohava granulatsioonikoega kasvaja preparaat

Foto 4. Sidekoega asendunud granulatsioonikoe organiseerunud piirkonnad kasvajas

AJUTIST TÖÖVÕIMETUST PÕHJUSTAVATE HAIGESTUMISTE UURIMISEST EESTI NSV TÖÖSTUSETTEVÕTETES

A. SARAP ja *M. MARANTS*

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinistatistika sektori ülem)

Võrreldes 1959. aastaga olid ajutise töövõimetuse näitajad meie vabariigis 1960. a. langenud: juhtude arvult 100 töötaja kohta 11,8% võrra ja päevade arvult 8,5% võrra. See kehtib kõikide tööstusharude kohta, välja arvatud elektrijaamad, kus haigusjuhtude arv suurenes 6,5% ja haiguspäevade arv 7,8% võrra.

Meil on olemas kõik tingimused haigestumise maksimaalseks vähendamiseks lähemal ajal. Selle ülesande lahendamise üheks tagatiseks on haigestumiste hoolikas uurimine (mitte uurimine üldiselt, vaid ettevõtete ja tsehhide kaupa), täpne statistiline arvestus ja põhjalik analüüsimine.

Ajutist töövõimetust põhjustavate haigestumiste arvestamine töövõimetuslehtede alusel ja aruandluse vorm nr. Z-I võimaldavad jälgida haigestumise taset ja dünaamikat ainult peamiste haiguste osas, teha kindlaks, millistes ettevõtetes ja milliste haiguste arvel toimub haigestumise suurenemine. Need näitajad, mis on peamiselt mõeldud sotsiaalkindlustusele esitamiseks, ei anna aga ettekujutust haigestumise põhjustest ega aita selgitada, missugused väliskeskkonna tegurid mõjuvad töötajatele negatiivselt. Mõnede haiguste puhul on tähtis teada mitte ainult haigusjuhtude arvu (nagu seda nõuab vorm Z-I), vaid teha kindlaks ka haigestunud isikute arv. Seetõttu soovitatakse pidada arvestust isikute järgi ehk isikulist arvestust, mis võimaldab jälgida kõiki muutusi haigestumises ja välja selgitada korduvalt haigestunud isikud enne, kui nad muutuvad pikaajaliselt ja sageli põdejaiks.

Meie arvates on isikuline arvestus otstarbekohane mitte ainult suurte, vaid ka väikeste ettevõtete tervishoiupunktides. Iga töötaja jaoks (sõltumata sellest, kas ta on olnud haige või mitte) seatakse sisse ajutise töövõimetuse kaart. Arvestuskaardi üldandmed (perekonnanimi, initsiaalid, sünniaasta, sugu, kodune aadress, elukutse ja ametikoht, antud ettevõttes tööle asumise kuupäev, vallandamise kuupäev ja põhjus) kannab sisse tabelipidaja või kaadriosakond töötajate isikulise koosseisu žurnaali (tabeliraamatu) järgi. Kaardi pöördele kannab tervishoiupunkti arst (velsker) andmed haigestumiste kohta (millise asutuse poolt on välja antud ja lõpetatud haigusleht, töövõimetuspäevade arv, mitu päeva viibis statsionaaris, lõppdiagnoos, šiffer). Passiandmetega täidetud kaardid asetatakse tähestikulises järjekorras kartoteeki (kas tsehhide kaupa või kogu ettevõtte ulatuses, sõltuvalt tööliste arvust).

Haigestumiste isikulist arvestust võib pidada kahel viisil: 1) jooksev arvestus vastavalt tervishoiupunkti saabuvate töövõimetuslehtede viseerimisega meditsiinitöötajate poolt, 2) igakuine arvestus, kusjuures pärast töövõimetuslehtede statistilist läbitöötamist kantakse andmed raamatust haigestumiste isikulise arvestuse kaardile.

On teada, et igakuise haigestumise isikuliseks arvestamiseks kulub velskril või meditsiiniõel kaks tööpäeva 500 töövõimetusjuhu kohta. Töö-

jõu voolavuse peegeldamiseks kartoteegis peab tervishoiupunkt võtma administratsioonilt andmed kõigi töölevõtmiste ja vallandamiste kohta või igas kvartalis kontrollima haigestumiste isikulise arvestuse kaarte tabeliraamatute järgi. Kartoteek aitab meditsiinitöötajail välja selgitada faktid, mis jäävad avastamata tavalise vorm Z-I puhul, võimaldab õppida tundma töötajate tervislikku seisundit, kontrollida ravi- ja profülaktika abinõude efektiivsust ja määrata haigestumise vähendamise võimalusi. Peale selle võib tervishoiupunktide kartoteeki kasutada haiguslugusid asendava dokumentatsioonina (mitmesuguste õiendite väljaandmisel haigete kohta tehase organisatsioonidele). Järgmiseks tööetapiks on andmete igakuine statistiline läbitöötamine ja ajutist töövõimetust põhjustavate haigestumiste jooksev analüüsimine.

Sügavamalt tuleb uurida põhitsehhide tööliste (töötajate peamise kontingendi) haigestumist, mis võimaldab selgitada haigestumise iseärasusi tööstusharude järgi ja selle seost igale tööstusharule omaste tootmistingimustega.

Kuude kaupa korraldatud ajutise töövõimetuse materjalid ühendatakse kvartalite (aasta) koondtabeliteks ja pärast seda võrreldakse eelmise perioodiga.

Esitame tabelis ajutise töövõimetuse struktuuri muutused haigusvormide järgi 1960. aastal (võrreldes 1959. aastaga):

Töövõimetuse põhjus	Juhtude arv	Päevade arv
Kokku	−11,8%	— 8,5%
Gripp	—42,9	—50,1
Flegmoonid, abstsessid, panariitsiumid	—20,0	—18.7
Furunkulid, karbunkulid, hidradeniidid	+ 6,2	+1,0
Tootmistraumad	—17,9	—16,1
Elukondlikud traumad	+ 6,7	+5,9
Ägedad mao-soolehaigused	—6,5	—22,4
Naiste suguelundite haigused	+5,2	+4,8
Perifeerse närvisüsteemi haigused	−1,6	+1,8
Muud haigused	+1,8	+2,8

Tabelist nähtub haigusjuhtude ja töövõimetuspäevade üldarvu vähenemine, mis on tingitud gripi ja ülemiste hingamisteede ägedate katarride, flegmoonide, abstsesside ja panariitsiumide, samuti tootmistraumade järsust vähenemisest. Rööbiti sellega on ajutist töövõimetust põhjustavate haigestumiste arv paljude nosoloogiliste üksuste osas tõusnud, seda eriti elukondliku traumatismi arvel. Võib oletada, et üksikutes ettevõtetes, samuti ka üksikutes tsehhides esineb tunduv haigestumise ja traumatismi suurenemine või vähenemine, mis keskmistes arvudes jääb maskeerituks.

Haigestumine on teatavasti põhjustatud keerulisest tegurite kompleksist. Teatavat osa etendab ka tööliste kollektiivi koosseis (sõltuvalt elueast, soost ja tervislikust seisundist reageerivad inimesed väliskeskkonna ebasoodsatele tingimustele erinevalt). Näiteks mõjustavad mitmete käitiste töötingimused tugevasti naise organismi talitlusi. On selgitatud, et ülemäärane füüsiline koormus, pikemaajaline raputamine ja keha sundasendid (istuv, põlvede painutus jne.) põhjustavad naiste vaagnaelundites paisunähte, ovariaal-menstruaaltalitluse häireid, raseduse patoloogiat (aborte ja surnultsündimist). Samuti on teada, et menstruaaltalitluse häireid põhjustavad elavhõbe (amenorröa), plii (düsmenorröa), bensooli pikemaajaline toime (verejooksud).

Järelikult tuleb haigestumisest õige ettekujutuse saamiseks analüüsida kõikide tegurite kompleksi. Tuleb uurida töötingimuste ja tootmisprotsesside mõju töölise organismile, osata välja selgitada varaseid,

haiguseelseid muutusi organismis, ja mis kõige tähtsam — rakendada abinõusid neid tekitavate tegurite kõrvaldamiseks.

Haiguste hulka, mis kõige sagedamini põhjustavad ajutist töövõimekaotust, kuuluvad eelkõige gripp ja angiin. Nendesse haigestumist soodustavad teatavasti tõmbetuul (tsehhi- ja elukondlike ruumide klaasimata aknad!), madal temperatuur töö- ja eluruumides, halb mikrokliima ning tsehhide mitteküllaldane tuulutamine, saunade ja duširuumide madal sanitaarseisund.

Haigestumise struktuuris on nimetamisväärsel kohal tootmistraumatism. Kuigi üldiselt on tootmistraumatism kogu vabariigi ulatuses langenud, on see mõnedes tööstusharudes tõusnud. Traumatismi analüüsimisel ei saa piirduda ainult keskmiste arvudega, seda tuleb detailiseerida üksikute tsehhide, aga ka tööalade ja töökohtade järgi. Traumajuhtude arvestus on seadusandlusega pandud tehase administratsioonile ja ametiühinguorganisatsioonile. Tervishoiupunktidel traumade arvestamiseks erivorme ei ole. Et aga traumatismi uurimine on selle likvideerimise eelduseks, registreeritakse ettevõttes iga töövõimekaotust põhjustanud traumajuht tööstustraumade arvestusraamatus.

Vaatamata kehtivale registreerimiskorrale tuleb tervishoiupunkti töötajatel analüüsida kõiki õnnetusjuhtumeid, ka siis, kui töövõimekaotust ei järgnenud. Peab meeles pidama, et nn. mikrotraumad võivad ennustada raskemaid traumasid, järelikult on võitlus nende vastu olulise tähtsusega. Edukaks võitluseks tootmistraumatismiga on vajalik: 1) traumatismi põhjalik ja igakülgne analüüsimine juhtude arvu, raskusastme ja trauma lokalisatsiooni alusel; 2) ohutustehnika abinõude tugevdamine, individuaalsete kaitsevahendite rakendamine; 3) üldsuse laialdane kaasatõmbamine. Samuti tuleb tähelepanu pöörata elukondlikule traumatismile, mille taga võib peituda tööstustraumatism. Traumast, õigemini mikrotraumast põhjustatud mädanikulised ja kirurgilist ravi nõudvad mädanikulised nahahaigused (furunkulid, abstsessid jt.) moodustavad tunduva protsendi ajutist töövõimekaotust tekitavatest haigustest.

Analüüsides ajutist töövõimekaotust põhjustavaid haigestumisi võib haigla või tervishoiupunkt võtta tarvitusele vajalikke profülaktika abinõusid ja vähendada tunduvalt tööliste haigestumist.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Сарап и М. Маранц

Резюме

Показатели временной нетрудоспособности за 1960 г. в сравнении с 1959 г. снизились на 11,8%.

Для дальнейшего снижения необходимо изучение заболеваемости (по лицам), тщательный статистический учет и полноценный анамнез ее.

Организация полицевого учета заключается в том, что на каждого работающего заводится карта учета временной нетрудоспособности. Паспортная часть карты (фамилия, инициалы, год рождения, пол, домашний адрес, основная профессия, дата поступления на данное предприятие, дата и причина увольнения) заполняется табельщиком или отделом кадров по журналам личного состава работающих. На обороте этой карты врачом (фельдшером) здравпункта заносятся данные о заболеваемости, число дней нетрудоспособности, из них — сколько дней больной находился в стационаре, заключительный диагноз, шифр. Из карт с заполненными паспортными данными, расположенных по алфавиту, составляется картотека по цехам или общезаводская.

Материалы о временной нетрудоспособности по месяцам объединяют в сводные таблицы за квартал (год), после чего проводятся сравнения с предыдущим периодом.

Рекомендуемая картотека помогает медицинскому работнику выявлять факты, оставшиеся скрытыми при обычной разработке ф. 3—1, изучать состав работающих по состоянию здоровья, выявлять конкретных больных и производственную среду, воздействующую на лица. Картотека позволяет проверять эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий и может быть использована на здравпунктах в качестве документации, заменяющей истории болезни.

MAOS TEKKINUD VÕÕRKEHAD (KOLLOODIUMPULSTIKUD)

H. PETLEM

(Tartu Riikliku Ülikooli Artiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Maos tekkivatest võõrkehadest on tuntumad trihho- ja fütobesoaarid ehk karv- ja taimpulstikud. Võõrkehad maos võivad aga moodustuda ka alkoholis ja eetris lahustunud ainete sadestumisel. Nii tekivad šellakpolituuri kasutamisel alkohoolse joogina maos šellakpulstikud. Kahel meie haiglas ravil viibinud haigel esinesid kolloodiumi joomise tagajärjel maos kolloodiumpulstikud. Et diagnoosimisel enne operatsiooni esines raskusi ja kättesaadavas kirjanduses me andmeid kolloodiumpulstikute esinemise kohta ei leidnud, võivad need haigusjuhud teatavat huvi pakkuda.

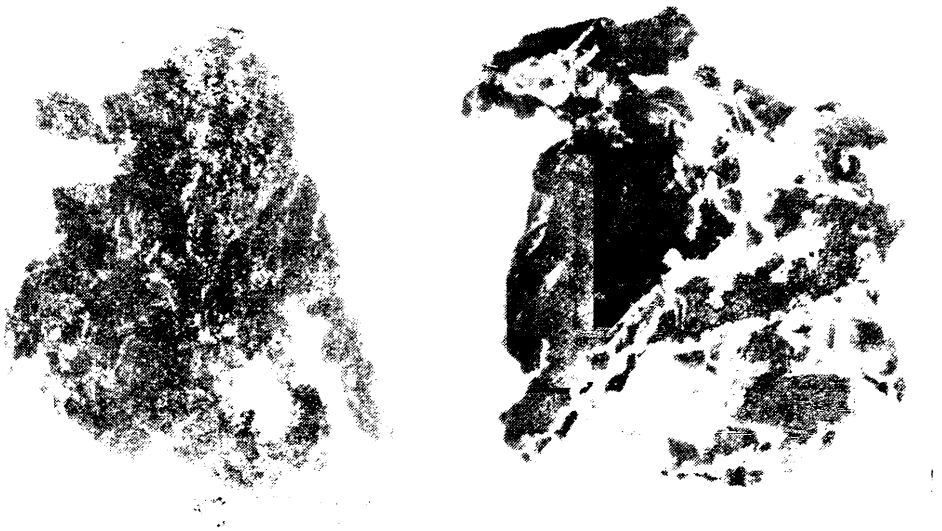
I juht. 16. II 1955. a. saabus Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonda haige V. J. (haiguslugu nr. 391), 27 a. vana, elukutselt põllutööline. Haige kaebas pärast sööki esinevate valude üle ülakõhus. Haigestunud kaks aastat tagasi. Sagedasti oksendanud valuhoogude ajal, mille järel valud vähenenud või kadunud. Esinenud ka kõrvetisi ja röhitisi. Objektiivselt — haige keskmise toitumusega. Komplemisel ülakõht valulik, tuumorit ei leidunud. Veri, uriin, väljaheide patoloogilise leiuta. Mao happeväärtused madalad. Röntgenoloogiline leid: mao distaalne osa rigiidne, eraldudes mõlemal kõverikul sissetõmbumiste tõttu ülejäänud maost. Rigiidses maoosas limaskesta voldilisus korrapäratu, voldid katkestatud defektvarjudega. Et suure ja väikese kõveriku pool esines kontrastaine väätjaid laike, pandi diagnoosiks maotuumor. Kuigi röntgenoloogi arvates kirjeldatud leid polnud maotuumorile tüüpiline, jäi siiski kahtlus sellele ja haiget otsustati opereerida.

Operatsioon toimus 3. III 1955. a. Eeternarkoosi all oleva patsiendi kõhuõõs avati ülemise mediaalse lõike abil. Komplemisel leiti mao püloorilises osas kõva konsistentsiga tuumor. Magu resetseeriti Hofmeister-Finstereri järgi. Kõhuõõs suleti. Maopreparaat: resetseeritud maost leiti 4×5 sm suurune konarliku pinnaga mustjas võõrkeha. Selle lõikepind oli valkjas, kihiline — võõrkeha tuletas meelde kägardatud tselluloidpalli. Võõrkeha asukohas moodustunud vastav pesa, milles mao limaskesta voldid olid jämenenud. Operatsioonijärgne haiguskulg oli tüsistusteta. Haige eitas täiendaval küsitlusel igasuguste vedelikkude tarvitamist peale tavalise toidu ja jookide.

II juht. Haige P. L. (haiguslugu nr. 2804), 55 a. vana, saabus haiglasse 4. XII 1959. a. Kaebas valude üle rindkere piirkonnas pärast söömist. Haigestunud kolm nädalat tagasi. Oksendamine toonud teatavat kergendust. Röntgenoloogilisel uurimisel leiti mao antraalses osas umbes 4×5 sm suurune ovaalne täitumisdefekt, mille pind oli konarlik ja mis polnud iseloomulik tuumorile. Pärast pikemaajalist palpeerimist (haige lamavas asendis), selgus, et maos nähtud täitumisdefekt oli suures ulatuses nihutatav. Mao väikese kõveriku lähedal leidus kontrastaine piklik püsiv laik. Röntgenoloogiline diagnoos: mao väikese kõveriku haavand ja mao võõrkeha. Operatsioon toimus 31. XII 1959. a. Mao väikesel kõverikul leiti kalloosne haavand, peale selle avastati maos suures ulatuses liigutatav võõrkeha. Mao resektsioon toimus Hofmeister-Finstereri järgi. Maopreparaat: väikesel kõverikul sügav kalloosne haavand; maos mustjat värvust, kerge kärgjas, konarliku välispinnaga ja valge lõikepinnaga võõrkeha (vt. foto), mis oma suuruselt, kujult, värvuselt ja struktuurilt sarnanes eelneval haigel avastatud võõrkehaga. Operatsioonipäeva õhtul, pärast narkoosist ärkamist teatas haige, et ta oli umbes kuu aega tagasi saanud naabrilt juua mingisugust vedelikku, mis huultel kuivades jätnud järele valkja kile. Pärast vedeliku joomist valu kadunud. Täiendaval küsitlusel 1961. a. oktoobris teatas haige, et tema ümbruskonnas on maohaiged joonud kolloodiumi.

Kuigi esimene haige eitas kolloodiumi joomist, on võõrkehad niivõrd sarnased, et võib väita nende ühesugust päritolu. Esimesel haigel raskendas õiget röntgenoloogilist diagnoosimist asjaolu, et võõrkeha oli fik-

seerunud mao püloorilisse ossa, meenutades tuumorit. G. Sagateljan (1) peab pulstikute diagnoosimisel maos kõige tähtsamaks röntgenoloogilist uurimist. Seejuures ümbritseb baariumipuder võõrkeha igalt poolt, moodustades ümara või ovaalse kujuga täitumisdefekti. Ta leiab, et pulstiku kõige karakteersemaks tunnuseks on asukoha muutlikkus.



Vasakul võõrkeha välispind, paremal — lõikepind

Kontrollisime kolloodiumi väljasadestumise võimalusi *in vitro* H. Hamdi (2) poolt taimpulstikute tekkimise väljaselgitamiseks kasutatud tingimustes. Valades kolloodiumi kehatemperatuurini (37° C) soojendatud vedelikku, mis koosnes 1 osast lahjendatud soolhappest, 0,2 osast pepsiinist ja 100 osast veest, saime algul sültja läbipaistva massi. Seda pulgakesega pikkamööda liigutades eraldus tihe valge värvusega mass, millele oli võimalik kerge surumise abil anda soovitud kuju.

Kuna kolloodiumi ja seda sisaldavaid ravimeid on võimalik saada apteekidest käsimüügilt ja neid võidakse juua, tuleb maohaiguste diagnoosimisel mõelda ka vastavatele võõrkehadele.

KIRJANDUS

1. Сагателян Г. М. Сравнительные рентгенологические и гастроскопические исследования при заболеваниях желудка. Ереван, 1960, 177—181. — 2. Hamdi, H. Dtsch. Z. Chir., 1931, Bd. 231, 438—441.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ЖЕЛУДКЕ (КОЛЛОДИЙ-БЕЗОАРЫ)

Х. Петлем

Резюме

В хирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы были проведены 2 операции по поводу коллодий-безоаров, обнаруженных в желудке вследствие питья коллодия. В одном случае безоар оказался фиксированным в пилорической части и рентгенологически симулировал опухоль желудка. В другом случае безоар располагался в полости желудка свободно. Пользуясь методикой Х. Хамди (добавляя коллодий к подогретому раствору соляной кислоты с пепсином и смешивая растворы), удалось получить коллодий-безоар *in vitro*. В доступной литературе мы не нашли опубликованных данных о коллодий-безоарах.

MITMIKUTE LOODETE ÜSASISENE SPONTAANNE PÖÖRE 39.—40. RASEDUSNÄDALAL

K. SÖÖT

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Loote tuharate eesasetsus esineb keskmiselt 3,5% sünnituste üldarvust. Kuna viimane nõuab alati akušööridelt erilist tähelepanu ja valvsust, peaks alljärgnev juht huvi pakkuma.

12. juulil 1961. a. kell 21.30 saabus Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonda sünnitaja A., 27. a. vana (sünnituslugu nr. 2169), kodus alanud samal päeval kell 20 emaka lühiajalised, nõrgad kontraktsioonid. Looteveed säilinud.

Lapsena ja täiskasvanuna põdenud ainult grippi. Menstruatsioon algas 12 a. vanuselt, kestus 3—4 päeva, vaheaeg 21 päeva. Vereeritus mõõdukas. Viimane menstruatsioon 10. XI 1960. a. (?). Teist korda abielus. Suguelu algas 18 a. vanuselt.

Varem olnud 2 rasedust ja 2 sünnitust — 1955. ja 1959. a., viimane lõppes keisrilõikega eesasetseva platsenta tõttu. Lapsed elus.

Käesoleva rasedusega viibis Tallinna Linna II Naiste Nõuandla kontrolli all. Rasedus kulges tüsistusteta. Esimest looteliigutust tundis 1961. a. veebruari algul. Röntgenograafiaga 23. VI 1961. a., s. o. 20 päeva enne sünnitust tehti kindlaks kaksikud vaagna-otsseisus.

Patsiendi üldseisund saabumisel oli rahuldav. Peavalu ei esinenud, nägemine normaalne, esineb sääreveenide laiendeid. T° 36,7, pulss 76×min., RR 90/50 mm Hg (*dextr.*) ja 80/50 mm Hg(*sin.*). Pikkus 162 sm, kaal 76,5 kg. Toitumus hea. Südame- ning veresoonkonna, hingamis- ega seedeelundite patoloogilisi muutusi, samuti turseid ei esine. Vasaku käe II ja III sõrm amputeeritud trauma tõttu.

Objektiivselt kõht ümmarguse konfiguratsiooniga, kõhu ümbermõõt 118 sm. Emakas ovoiidne, emakapõhja kõrgus sümfüüsist 40 sm. Loote südamelöögid selged, rütmilised, kuuldavad kahes kohas: 1) vasakul nabast kõrgemal 144 korda min., 2) paremal naba kõrgusel 146 korda min. Komplemisel sedastatavad kaks loodet, üks neist peaseisus, pea liikuv väikese vaagna sissekäigu kohal.

Vaagna mõõtmed 24, 27, 33, 20 sm. Reesusfaktor negatiivne (analüüs tehti 12. juulil 1961. a.).

Vaginaalne uurimine: tupp iseärasusteta, emaka kael lühenenud, emakakaela kanal läbitav 1,5 põikisõrmele. Lootepõis terve. Loote pea vaagna sissekäigu kohal. Sõrmed promontooriumini ei ulatunud.

3,5 tundi pärast haiglasse vastuvõtmist algas sünnitustegevus, 3,5 tundi hiljem puhkesid looteveed (selged, mõõdukas koguses); järgnesid kohe aktiivsed väitused.

13. juulil kell 04.00 sündis peaseisus elus tütarlaps, kaaluga 2650 g, kasv 46 sm, kisas kohe kõvasti.

Kell 04.05 avati II lootepõis ja kell 04.10 sündis samuti peaseisus elus ajaline poeglaps, kisas kohe, kaal 3100 g, kasv 49 sm. Platsentaarperioodi kulg oli normaalne.

Sünnitusjärgne periood möödus tüsistusteta. Ema koos tervete lastega kirjutati välja 11. päeval pärast sünnitust.

Tekib küsimus — millal toimus loodete iseeneslik pööre? Patsiendi sünnitusjärgne põhjalik anamnees selgitas järgmist: 9. juuli õhtupoolikul tundis rase järsku teravat valu alakõhus. Kõht võlvus sel ajal veel rohkem ette. Valude eel olid loote liigutused eriti energilised. Umbes tunni aja pärast valud lakkasid, rase tundis end hästi ega pööranud erilist tähelepanu eelnenud valudele. On täiesti tõenäoline, et nende valude ajal (kolm päeva enne sünnitustegevuse algust) toimuski loodete iseeneslik pööre vaagna-otsseisust peaseisu.

Algava sünnitustegevuse käigus toimuva iseenesliku pöörde tõukejõuks on emaka ovoiidikuju, mille puhul ristsuunas väljasirutatud emaka külgseinad suruvad loote mõlemale poolusele, andes neile vastupidise liikumissuuna (J. Žordania).

Juba iidsetest aegadest on õpetlased püüdnud selgitada, miks loode pöördub enne sünnitust peaseisu. Aristoteles (384—332 e.m.a.) arvas, et pea kui loote raskem osa vajub alla raskustungi mõjul. J. Dunkani nn. ujumiskatsed näitasid hiljem, et äsjasündinud surnud vastsündinu vette asetamisel vajub tema pea vee alla. L. Seitz tõestas, et just nimelt kahe viimase raseduskuu jooksul ületab pea kaal veidi loote vaagnaosa kaalu.

Edasi tekkis «emaka korrigeerivate kokkutõmmete» teooria. Loote optimaalseks üsasiseseks asendiks on nn. munakujuline asend, s. o. pea peab asuma all. Kui see asend mingil põhjusel muutub, algavad emaka kontraktsioonid, mis kujundavad loote asendi optimaalseks. Nimetatud teooriat asendas akkommodatsiooniteooria, s. o. teooria loote asendi kohandumisest emaka õõne kujule (de Snot, V. Grusdev, J. Simpson).

B. Caldeyro arvates mõjuvad loote asendile raseduse ajal emaka muskulatuuri ebaühtlane toonus ja kontraktsiooni ebaühtlane jõud, sünnituse ajal aga viib see sünnituse normaalse kulu häiretele.

Käesoleval juhul ei olnud kahtlemata tegemist täisväärtusliku emakaga (keisrilõike tagajärg), mis ebaühtlase toonuse ja kontraktsioonide tõttu raseduse ajal võis olla loodete iseenesliku pöörde põhjuseks. Kirjanduses leidub küll andmeid loote iseeneslikust pöördest, kuid et seda oleks juhtunud ka kaksikute puhul, sellist teadet me pole leidnud.

VOÕRKEHADEST KOPSUS VARAEALISTEL LASTEL

S. TAMM

(Tartu Riikliku Ulikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *L. Keres*)

Lapsed aspireerivad väga sageli võõrkehi bronhi. Vahel on need isegi üsna suuremõõtmelised (metallvedru, kruvi, nael, viljapea, kanasulg jne.). Kliiniline pilt võib olla sel puhul väga mitmesugune. Tavaliselt annab juba anamnees olulised tugipunktid diagnoosi panemiseks ja haige lapse suunamiseks bronhoskoopiale. Kui võõrkeha aspiratsioon on toimunud aga vanematele märkamatult või kui anamnees on jäänud puudulikuks, ei tulda sellele võimalusele ja võõrkeha võib jääda hingamisteedesse pikemaks ajaks. Haiguse kulus võib sel juhul esineda kolm võimalust.

1. Võõrkeha, jäädes pikemaks ajaks hingamisteedesse, kutsub esile kroonilise mädase bronhopulmonaalse protsessi. Sageli diagnoositakse kroonilist bronhiiti või pneumooniat, kopsuabstsessi, bronhoektaasiat jne. [A. Kropatsev (1), M. Sutin (2), P. Lepnev (3), J. Preobraženski (4)]. Atüüpiliselt kulgevate ja sageli korduvate hingamisteede põletikuliste protsesside puhul tuleb samuti mõelda võõrkehale [M. Sutin (2)]. Röntgenikiirte suhtes kontrastitu võõrkeha esinemisel bronhis võimaldab diagnoosi täpsustamist tomograafiline uurimine [B. Brjum, I. Štšerbatov ja A. Gingold (5)].

2. Harvem vabaneb bronhi aspireeritud võõrkeha mädaprotsessi tekkimisega ja köhitakse lühema või pikema aja pärast välja. M. Matvejev (6) kirjeldab juhtu, kus 8 kuu vanune imik köhis välja viljapea, mis oli olnud hingamisteedes 2 kuud. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas viibis 1926. a. 2 aasta 11 kuu vanune laps, kes oli aspireerinud bronhi 2 sm pikkuse metallkruvi. Lapsel püsis remiteeriv palavik. Bronhoskoopiat tol ajal Tartus ei tehtud. 73. päeval köhis laps kruvi välja koos rohke mädaga.

3. Väga harvadel juhtudel võib organism vabaneda võõrkehast sel teel, et viimane väljub läbi rindkere seina. R. Belenkaja (7) kirjeldab väga huvitavat haigusjuhtu: 11 a. vanusel poisil perforeerusid läbi rindkere seina X roide piirkonnas välja 2 viljapead (suurusega 4,4 sm ja 4,8 sm) 1 kuu pärast nende aspireerimist. Võõrkeha aspiratsioon tehti kindlaks alles pärast võõrkeha väljumist täiendava anamneesi abil. L. Tiigimäe andmetel viibis Mustvee haiglas 1 aasta 11 kuu vanune

laps, kes oli bronhi aspireerinud 3 sm pikkuse kanasule, mis perforeerus vasemas supraklavikulaarpiirkonnas läbi rindkere seina 15. haiguspäeval.

Allpool esitame 2 haigusjuhtu Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast. Mõlemal korral köhis laps bronhi aspireeritud suuremõõtmelise võõrkeha välja.

Juht 1. Maie P., 6 kuud vana. Laps hea bioloogilise toonusega, normotroofik. 16. XI 1961. a. lõuna ajal hakkas imik voodis mängides järsku kõvasti köhima, nagu oleks tal midagi kurku läinud. Lapse juurest voodist leiti 2 märga õlekõrretükikest. Köhahoog möödus, kuid laps hakkas raskemini hingama, muutus virilaks ja oksendas mitu korda. Õhtuks tekkis lapsel köha, hingamine püsis raskendatuna, laps keeldus söögist. Pöörduti Elva haiglasse, kus arst konstateeris lapse neelus piirdunud hüpereemiat. Peeti võimalikuks, et laps oli päeval aspireerinud õlekõrretükikese, mille ta kohe välja köhis. Esinenud kaebusi seletati võõrkeha poolt põhjustatud limaskestaärritusega. Laps suunati koju. Järgmisel päeval oli lapsel palavik 38—39°, tekkis äge köha, isutus, oksendamine. Laps saadeti kolmandal haiguspäeval (18. XI 1961. a.) kopsupõletiku diagnoosiga Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse (haiguslugu nr. 1198). Saabudes oli laps raskes seisundis, temperatuur 39,5°, esinesid hingamise insufitsientsuse II astme nähud, hingamissagedus 79 korda minutis, lühike, väga valulik köha. Kopsude füüsikaline leid: paremal pool keskmise sagara ulatuses lühenenud koputluskõla ja tugevasti nõrgenenud hingamiskahin. Samal päeval teostati röntgenoskoopia ja diagnoositi *pneumonia (atelectasis ?) lobii pulmonis dextri.* Vere analüüs: SR 42 mm, leukots. 9150, eosinof. 1%, keppt. 3%, segmentt. 67%, lümfots. 27%, monots. 2%. Peeti tõenäoliseks komplikatsioonina kujunenud parempoolse kopsupõletiku esinemist. Alustati antibakteriaalse raviga, manustati pidevalt hapnikku (4 liitrit minutis) ja rakendati üldtugevdavat ravi. Lapse seisund püsis aga endiselt raskena. Lisandus parempoolne pleuriit. Haiguse kulu ja ravile mittealluvuse järgi võis arvata, et on tegemist võõrkehast põhjustatud atelektaasi infitseerumisega ja komplikatsioonina kujunenud pneumoonia ning mädase pleuriidiga. 25. XI 1960. a. tegi E. Laamann lapsel Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonnas lokaalse tuimastusega bronhoskoopia ja eemaldas 0,3×0,5 sm suuruse õlekõrretükikese. Laps talus bronhoskoopiat väga hästi. Järgmistel päevadel lapse üldseisund paranes ainult mõnevõrra. Hingamise insufitsientsuse nähud, kopsude füüsikaline leid ja vereleid püsisid oluliste muutusteta. 16. haiguspäeval (1. XII 1960) tekkis lapsel järsku väga tugev köhahoog, ta muutus tsüanootiliseks ja köhis välja 6,8 sm pikkuse, mädaga kaetud rukkipea. Pärast seda paranes laps väga kiiresti. 14. päeval pärast viljapea väljaköhimist olid röntgenoloogilisel uurimisel rindkere elundid patoloogilise leiuta. Vere analüüsis SR 11 mm, leukots. 8850. Laps lahkus haiglast 15. XII 1960. a. tervenenult.

Viljapea või mitmesuguste taimeosade esinemine võõrkehana hingamisteedes ei ole just harulduseks suurematel lastel, kes mängivad ja jooksevad rohu, vilja ja põhu sees. Haruldane on aga viljapea aspireerimine imiku — antud juhul 6 kuu vanuse imiku poolt, kes voodis olevast õlekotist oli kätte saanud viljapea; ka võõrkeha suurus (6,8 sm pikkune) on küllaltki haruldane. V. Matvejev (6) kirjeldab huvitavat juhtumit, kus 8 kuu vanune imik põrandal põhu sees mängides aspireeris 5 sm pikkuse viljapea ja köhis selle välja alles 2 kuud hiljem.

Juht 2. Avo M., 2 aastat 5 kuud vana, rahuldava bioloogilise toonusega laps. 28. II 1961. a. tekkis lapsel köha, mis järgmistel päevadel sagenes, muutudes läkakõhataoliseks. Lapse üldseisund oli hea, temperatuur normaalne. Kopsudes esines bilateraalselt hulgaliselt bronhiitilisi räginaid. 9. III 1961. a. tehti vere analüüs: SR 25 mm, leukots. 12 650. Laps suunati kopsupõletiku diagnoosiga 10. III 1961. a. Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse (haiguslugu nr. 355). Saabudes oli laps heas üldseisundis, temperatuur 36,8°, hingamissagedus 28 korda minutis. Esines koputluskõla lühenemine ja hingamiskahina nõrgenemine vasemal pool allpool abaluu nurka, bilateraalselt bronhiidile omaseid räginaid.

Pool tundi pärast saabumist tekkis lapsel väga tugev köhahoog ning ta köhis välja vähese hulga mädaga 1,0×1,4 sm suuruse metallmutri. Röntgenoloogilisel läbivalgustusel pärast seda diagnoositi *atelectasis segmenti basalis posterioris lobii inf. pulmonis sin.; fluidothorax minimalis sin.* Vere analüüs 11. III 1961. a.: SR 38 mm, leukots. 6150, eosinof. 5%, keppt. 2%, segmentt. 21%, lümfots. 70%, monots. 2%.

Lapse seisund pärast võõrkeha väljaköhimist oli hea. Köha kadus, kopsude füüsikaline leid taandarenes kiiresti. Seitsmendal päeval (17. III 1961. a.) pärast võõrkeha väljumist oli röntgenoloogiliselt atelektaatiline varjustus kadunud. Vere analüüs: SR 10 mm, leukots. 3%, eosinof. 3%, keppt. 2%, segmentt. 30%, lümfots. 61%, monots. 4%.

Täiendavast anamneesist selgus, et enne lapse haigestumist oli isa kodus parandanud raadiot, kruvid ja mutrid olid olnud lapse käes mängida. Aspiratsiooni momenti vanemad ei märganud.

Kirjeldatud juhul oli tegemist väga suuremõõtmelise võõrkehaga. Trahhea diameeter on selles vanuses 7 mm, võõrkeha läbimõõt oli aga 14 mm. Aspireeritud metallmutter oli tõenäoliselt üle nädala bronhis, liikus ja põhjustas ärrituskõha. Sattunud vasemasse kopsu, kus vasema bronhi anatoomilise asetuse tõttu liikumine ja väljumine oli raskendatud, tekitas mutter bronhi haru obturatsiooni ja atelektaasi. Mädaprotsessi tekkimisel aga võõrkeha vabanes ja köhiti välja.

Eeltoodud juhud näitavad, kuivõrd oluline on kontrollida lapsele kättesaadavaid esemeid juba imikueast alates. Lapse ase peab olema selline, et tal ei oleks võimalik kätte saada õlgi ega sulgi, mille aspireerimine võib lapsel põhjustada eluohtliku seisundi. Et võõrkeha aspiratsioon võib toimuda vanematele täiesti märkamatult, tuleb kopsu atelektaasi korral mõelda võõrkeha esinemise võimalusele, kuigi anamneesis vastavad andmed puuduvad.

KIRJANDUS

1. Кропачев А. М. Педиатрия, 1953, 2, 59—61. — 2. Сутин М. И. Вопр. охраны материнства и детства, 1957, 6, 84. — 3. Лепнев П. Г. Клиника инородных тел гортани, трахеи и бронхов. Л., 1956. — 4. Преображенский Ю. Б. Педиатрия, 1953, 3, 69—74. — 5. Брюм Б. И., Щербатов И. П., Гингольд А. И. Педиатрия, 1959, 9, 54—58. — 6. Матвеев М. П. Педиатрия, 1950, 1, 61—62. — 7. Беленькая Р. С. Педиатрия, 1953, 1, 60—62.

ОБ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ В ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С. Тамм

Резюме

Приводим два случая попадания крупного инородного тела в легкие у детей раннего возраста.

1. Ребенок, в возрасте шести месяцев, играя в кровати, аспирировал колос: развились явления обтурационного ателектаза с последующей пневмонией и гнойным плевритом. На 16-й день после аспирации, во время сильного приступа кашля колос вышел (длиной 6,8 см) с гнойной мокротой.

2. Мальчик, в возрасте двух лет и пяти месяцев, аспирировал металлическую гайку размером 1,0×1,4 см. Гайка находилась в бронхе свыше недели, вызвав явления бронхита и коклюшеподобного кашля. Во время приступа кашля ребенок выкашлял ее с небольшим количеством гноя.

Эти случаи говорят о том, как важно следить за детьми уже с первых дней их жизни, чтобы им не были доступны предметы, могущие нанести ущерб здоровью. Постель ребенка должна быть такой, чтобы он не мог достать соломы, перья или иные предметы, которые при аспирации могут вызвать жизнеопасное состояние. Аспирация инородного тела детьми может произойти незамеченным для родителей. При обнаружении ателектаза в легких следует полагать о наличии инородного тела, несмотря на отсутствие соответствующего анамнеза.

ESMAABIST KÕRVA-NINA-KURGUHAIGUSTE ALAL

Arstiteaduse kandidaat *S. SIBUL*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedrist, kateedri juhataja dotsent *E. Siirde*)

Nii ülemiste hingamisteede, söögitoru- ja kõrvahaiguste kui ka vigastustega (traumadega) kaasuvad sageli tugevad valud, verejooksud, hingamis- ja neelamishäired jne. Neil juhtudel oleneb kiirest ja otstarbekast esmaabist mitte ainult haige vaevuste vähendamine, vaid sageli ka elu. Et anda oskuslikku esmaabi, selleks on vaja tunda vastava haiguse või trauma objektiivseid sümptoome. Kuna keskharidusega meditsiinitöötajal ei ole alati võimalik läbi viia kõrva, nina, hinge- ja söögitoru sisevaatlust (endoskoopiat) — mis on nende haiguste diagnoosimisel väga oluline —, siis tuleb abistamisel lähtuda iseloomulikest kaebustest ja sümptoomidest.

Järgnevalt peatume ülemiste hingamisteede haiguste ja traumade mõningate tunnuste ja esmaabi juures.

Sageli tuleb abistada ninaverejooksuga haigeid. Ninaverejooksu põhjuseks on kas kohalikud muutused ninas (ninaluude murrud, kasvajad, laienenud veresooned) või organismi üldhaigused (hüpertooniatõbi, verehaigused, ateroskleroos). Ka nakkushaigused, nagu leetrid, sarlakid, tüüfus, malaaria ja ka gripp, võivad põhjustada ninaverejooksu. Ninaverejooksude korral lastel tuleb ka mõelda nakkushaiguse võimalusele.

Ninaverejooksuga haige pannakse istuma, pea kergelt ettepoole painutatuna, et veri saaks tilkuda mingisse nõusse. Pingul krae ja kaelaside vabastatakse.

Väiksema ninaverejooksu sulgemiseks piisab, kui ninasõõre surutakse mõneks minutiks vastu nina vaheseina või asetatakse ninasõõrmesse 5—10 minutiks 3%-lises vesinikülihapendi lahuses niisutatud vatitükk. Samuti võib kasutada rauavatti. Ninaseljale pannakse külmaveelapp või jääkott. Ka korduvate väikeste ninaverejooksude puhul tuleb haigel pöörduda arsti poole, kes vajaduse korral kõrvetab (kaustika) laienenud veresooni, et tekiks armistumine. Sellega hoitakse ära edaspidised verejooksud.

Tugeva ninaverejooksu korral tehakse nina eesmine või tagumine tamponaad (olenevalt verejooksu asukohast). Eesmise tamponaadi puhul topitakse nina ühiskäik tugevasti täis 4—5 jodoformitampooniga (á 30—40 sm pikk, 2—3 sm lai). Tamponaad jäetakse ninna 2—3—4 päevaks ja see peab veresooned kokku litsuma. Tagumine tamponaad kujutab endast kokkukeeratud marlitampooni, mis on viidud ninaneelu suu kaudu paela abil; viimane on eelnevalt ninast läbi tõmmatud.

Järgnevalt tuleb selgitada ninaverejooksu põhjused (kõrge vererõhk, verehaigused jt.) ning määrata vastav üldravi. Haige vajab voodirahu. On näidustatud ka verejooksu pidurdavate vahendite manustamine (10%-line kaltsiumkloriidilahus, K-vitamiin, vikasool, 10%-line želatiinilahus, vere ülekandmine väikestes annustes jne.). Toit peab olema jahe ja pehme.

Ninaverejooksu vältimiseks vanemas eas tuleb hoiduda töötamast kummargil asendis, samuti kuumaga — see soodustab ninaveresoonte laienemist ja võimalikku rebenemist.

Kõrist ja neelust tekib verejooks harva. Selle põhjuseks võivad olla pahaloomulised kasvajad, mandlitaguse mädaniku iseeneslik avanemine jne. Vere esinemisel süljes tuleb mõelda verejooksule kopsust.

Ninahingamise takistus, mis tekib järsku ühepoolselt, samuti ühepoolne nohu vihjab võõrkehale ninas. Peamiselt esineb seda lapseeas, sest lapsed topivad sageli ninna nööpe, kive, päevalilleseemneid, urbi jne. Pintsetiga on lubatud võõrkeha eemaldada ainult ninaesikust. Sügavamal ninas asuvaid võõrkehi teeb kindlaks ja eemaldab isik, kes valdab nina endoskoopilise uurimise tehnikat.

Haigusseisundid, mille puhul hingamine muutub järsku raskeks, nõuavad alati tõsist tähelepanu. Hingamishäire tekkimise puhul tuleb arvestada järgmisi haigusi: 1) kõrivalendiku ahenemine (stenoos) seoses põletikuliste nähtudega kõris (difteeria, subglottiline larüngiit, limaskesta ödeem); 2) võõrkehad kõris, hingetorus ja kopsutorudes; 3) ülemiste hingamisteede vigastused.

Difteeria puhul põhjustab hingamisraskuse kattude esinemine kõris. Subglottilise larüngiidi (pseudokrupp) korral esineb põletikuline turse häälepaeltest allpool. Kõrikasvajate korral võivad kahjustuda kõrikõhred, millele järgneb perikondriit koos limaskesta ödeemiga.

Kõristenoosi tunnuseks on raskendatud sissehingamine nii käimisel kui ka rahuolekus (astma puhul on seevastu raskendatud väljahingamine). Hingamine toimub vilistava kahina (striidor) saatel. Hääl on kähe. Nahk ja limaskestad sinaka varjundiga (tsüanoos). Haige on rahutu, ei maga. Subglottiline larüngiit tekib tavaliselt öösel, laps ärkab hingamisraskuse ja haukuva köhaga.

Hingamishäire ravi peab olema põhjuslik (difteeria puhul difteeriavastane seerum). Lämbumisohu puhul tuleb haige istuvas asendis kiiresti transportida raviasutusse, kus vajaduse korral tehakse trahheotoomia. Juhul kui haige ei ole transporditav, tuleb trahheotoomia teha kohapeal käepärast olevate vahenditega (taskunoaga jne.).

Kui hingamisraskus esineb kergemal kujul (põletikuline), võib kergendust tuua ravimite manustamine (kuuma veeauru sissehingamine, glükoos veeni süstitult, soojad joogid, hapniku sissehingamine, südamevahendid, antibiootikumid).

Võõrkehad, mis asuvad kõris, hingetorus või kopsutorudes, põhjustavad ka hingamishäireid. Suus hoitud asju ja toitu tõmmatakse hingamisel sisse (aspireeritakse) köha, nutu- või naerupuhangu ajal. Lapsed aspireerivad toiduosakesi ka jooksmisel, kui nad samal ajal söövad. Imikud võivad aspireerida vanemate vendade-õdede käest saadud esemeid. Võõrkehadeks võivad olla herned, oad, päevalilleseemned, nõelad, nööbid, rahad jms.

Järsku alanud läkatav köha on tunnuseks, et hingamisteedesse on sattunud võõrkeha. Haiged hingeldavad. Hingeldus on eriti raske, kui võõrkeha asub häälepaelte vahel. Sel juhul on hääl kähe. Häälehäire aga puudub, kui võõrkeha paikneb hingetorus või kopsutorudes. Kui võõrkeha on vigastanud hingamisteede limaskesta, tekib verekõhimine; jääb aga võõrkeha pikemaks ajaks kopsutorusse, võib tekkida kopsupõletik või kopsumädanik.

Haige, kellel on võõrkeha hingamisteedes, tuleb kiiresti viia raviasutusse, kus on võimalik võõrkeha eemaldada. Haiget transporditakse istuvas asendis. Käimine ja järsud liigutused ei ole lubatud.

Röntgenoloogiliselt on võimalik kindlaks teha neid võõrkehi, mis annavad varju (rahad, nööbid). Varju ei anna näiteks oad, herned. Nendel juhtudel on hingamine sellel rindkerepoolel nõrgenenud, esineb

atelektaas, tervel poolel aga emfüseem. Väikesi ja mitte varju andvaid võõrkehi ei ole võimalik röntgeniga kindlaks teha.

Ülemiste hingamisteede vigastused põhjustavad ka hingamishäireid. Ninahingamine on häiritud ninaluude murru, ninaverejooksu, nina vaheseina hematoomi korral. Kui ninaluude murru tagajärjel on muutunud nina kuju (viltune nina, ninaselg sisse langenud), siis tuleb see kiiresti taastada, et vältida luude väära kokkukasvamist. Sellega taastatakse ka ninahingamine. Nina vaheseina abstsessid tuleb avada. Nina kõrvalõõnte vigastusega haige vajab kliinilist ravi.

K õ r i v i g a s t u s e d võivad olla lahtised (laske- ja lõikehaavad) ning kinnised (löökide, rõhumise tagajärjel). Ka nendel juhtudel võib tekkida verejooks suust või haavast, samuti šokk, köha, valu neelamisel, hääle puudumine. Õhu sattumisel nahaalusesse koesse tekib õhkemfüseem, millest nägu, kael ja rindkere ülaosa tursub. Palpeerimisel on kuulda «lume krudinat». Sülg on veresegune.

Esmaabi andmisel ei tohi haava sondeerida. Haige vajab täielikku voodirahu ja köha vaigistavaid vahendeid. Verejooksu puhul peab haige lamama, et vältida vere sattumist hingetorusse ja kopsutorudesse. Verejooksu puudumisel transporditakse haige istuvas või poolistuvas asendis. Haige ei tohi rääkida, süüa ega juua kuni arstiabi andmiseni. Suure verejooksu sulgemiseks tuleb suruda sõrmega unearterile (*a. carotis*'ele) rinnaku-rangluu-nibujätkelihase (*m. sternocleidomastoideus*'e) eesmise serva keskosas, surudes seda VI kaelalüli vastu.

Kõrivigastus võib põhjustada lämbumist, mille vältimiseks tuleb teha trahheotoomia. Ei tohi unustada ka teetanuse antitoksilise seerumi süstimist vigastuste korral. Suure verekaotuse puhul tuleb teha vereülekandeid või süstida verd asendavaid vahendeid (polüglükiin).

Kuidas abistada haigeid, kes on joonud söövitavaid vedelikke?

S ö ö g i t e e d e s ö ö v i t u s võib tekkida nii leelistega (seebikivi) kui ka hapetega (äädikhape), kusjuures kahjustub kõige rohkem söögitoru. Söögiteede söövitus põhjustab haigele suuri vaevusi. Kohe pärast söövitust tekib tugev kipitus suus, neelus ja rinnas. Neelamine on väga valulik. Valud kiirguvad vahel ka selga. Esineb janu. Söövitava vedeliku neelamine kutsub esile oksendamise. Okse on veresegune, selles võib leida söögitoru limaskesta tükke. Süljevool suureneb. Uriini hulk väheneb. Kehatemperatuur tõuseb. Haiged on rahutud ja uimased. Esineb leukotsütoos. Suus ja neelus on näha nekrootilisi kattusid, kuid kattude puudumine ei eita söögitoru kahjustust. Söövitusele võib järgneda kõriturse ja sellele hingamise raskenemine.

Söögitoru söövituse puhul algab ravi võitlusega mürgistuse vastu. Edasine ravi peab aga ära hoidma söögitoru ahenemise. Söövitustoime nõrgendamiseks võib anda neutraliseerivat ainet, kuid ainult esimese tunni vältel pärast söövitust. Hapetest tekkinud söövituse puhul anda juua söögisooda või põletatud magneesiumi (*Magnesia usta*) vesilahust, leeliste korral 3%-list äädikhappelahust. Haige suunata võimalikult kiiresti haiglasse. Janu vähendamiseks süstitakse naha alla füsioloogilist lahust. Tilkniristusena manustada toitelahuseid (amiinopeptiidi, hüdrolüsiini). Suu kaudu antakse kalamaksõli, iga paari tunni järel 1 supilusikatäis. Põletikuliste nähtude vältimiseks süstitakse penitsilliini, streptomütsiini; armistumise ärahoidmiseks anda neerupealise hormooni preparaate (viimaseid ainult arsti eeskirja kohaselt). Valude vähendamiseks süstitakse esimesel 5—6 päeval narkootikume. Maoloputust võib teha ainult arsti korraldusel. Tugeva kõriturse korral, mis põhjustab lämbumist, tehakse trahheotoomia. Kuuendal päeval pärast söövitust algab sondeerimisravi pehme maosondiga, et vältida armide teket. Takistuse ilmnemisel söömise puhul jätkub söögitoru sondeerimine poolkõvade sondidega, et säilitada söögitoru endist läbimõõtu.

Suuri vaevusi põhjustavad võõrkehad söögitorus. Võidakse alla neelata murdunud hambaproteese, kalaluid, tailihatükke ja lihakamarat, eriti kui toitu ei närita küllaldaselt (näit. vigaste hammaste tõttu). Lapsed neelavad mitmesuguseid suhu võetud esemeid, nagu metallrahasid, nööpe jne.

Takistatud neelamine on võõrkeha peamiseks tunnuseks. Neelamisel esinevad valud rinnas ja seljas. Sel puhul ei ole võimalik isegi vett neelata. Haige tuleb kiiresti suunata eriarsti juurde. Keelatud on võõrkeha edasilükkamine sondiga ja tahke toidu pealesöömine võõrkeha makku viimise eesmärgil. Huupi sondeerimisel võib vigastada söögitoru. Võõrkeha avastatakse ja eemaldatakse ösofagoskoobi abil.

Abi saamiseks kõrvahaiguste ja -vigastuste puhul pöördutakse sageli keskharidusega meditsiinitöötajate poole.

Verevalum kõrvalestal (othematoom) esineb sagedamini maadlejatel ja poksijatel veresoonte rebenemise tõttu riivava löögi tagajärjel. Verevalum tekib kõrvalesta eesmisel pinnal, on sinakaslilla värvusega, komplemisel fluktueeruv.

Kõrvalest määritakse joodiga ning tehakse rõhkside. Kergetel juhtudel imendub verevalum iseenesest. Kui turse püsib veel 5.—6. päeval ja muutub tihedamaks, on vaja verevalum tühjaks punkteerida. Suuremad othematoomid nõuavad kirurgilist vahelesegamist.

Kõrvalesta külmakahjustus tekib pakasega. Seda soodustab kõrvalesta suhteliselt halb verevarustus ja nõrgalt arenenud nahaalune kude. Külmakahjustuse tugevus oleneb õhutemperatuurist ja külmateguri kestusest. I astme külmakahjustuse puhul on kõrvalest punetav ja paksenenud, tursunud. Sel puhul ei tohi kõrvalesta lumega hõõruda ega käega masseerida, nagu varem soovitati — see võib kõrvalesta vigastada ning soodustada nakkuspisikute sissepääsu. Esmaabiks asetatakse kõrvalestale lapp salviga (10%-line streptotsiidisalv). Kannatanu viiakse külma käest järk-järgult soojemasse ruumi.

II astme külmakahjustuse puhul esinevad kõrvalestal seroosse sisuga villid. Esmaabiks asetatakse kõrvale kompress Burowi vedelikuga. Haavandite puhul määritakse salviga (10%-lise streptotsiidi- või sulfodimesiinisalviga vm.). Tehakse steriilne side.

III astme külmakahjustuse puhul esineb kõrvalesta osaline või täielik kärbus. Koe nekroos nõuab kirurgilist vahelesegamist.

Teiste kõrvalesta vigastuste korral, kui kõrvalest on suures osas lahti rebitud (koera- või hobusehammustuse või muude vigastuste puhul), tuleb lahti rebitud kõrvalest kogu ulatuses kinni õmmelda ja teha steriilne side. Loomahammustuse korral on vajä meeles pidada marutõve võimalust ning haige suunata sellekohasele ravile.

Väliskuulmekäigu vigastusele kaasub sageli koljupõhimiku murd. Viimase tunnuseks on teadvusetus, oksendamine, isutus, vere- ja ajukelme vedeliku jooks kuulmekäigust. Esmaabi andmisel ei ole lubatud kõrva loputada ega kuulmekäiku tilku lasta. Kõrv tuleb sulgeda steriilse sidemega ning haige suunata eriarsti juurde.

Kuulmekäiku võivad sattuda ka võõrkehad. Kõige sagedamini topivad väliskuulmekäiku mitmesuguseid võõrkehi (kive, pärleid, herneid, urbi, paberit) lapsed. Täiskasvanutel võivad töö juures sattuda väliskuulmekäiku õlekõrred, söetükid, viljaterad. Vahel aga panevad haiged ravi otstarbel kuulmekäiku tahkeid aineid (küüslaugu-, sibula-, kampritükke jne.), mis kutsuvad esile väliskuulmekäigu põletiku. Kuulmekäiku võivad sattuda ka putukad, nagu kirp, lutikas, prussakas jt. Viimased, puutudes vastu kuulmekilet, põhjustavad oma liigutustega subjektiivselt üsna tugeva müraaistingu. Kroonilise otiidi puhul võib kärbes kõrva tungida mädavina tõttu.

Võõrkeha saab kõrvast eemaldada loputuse abil. Loputust ei tohi teha, kui kuulmekilel on kuiv perforatsioon või kui on tegemist paisuvate võõrkehadega, näit. hernestega. Sel puhul on soovitatav lasta kõrva 10—15 minutiks 8—10 tilka piiritust või soojendatud glütseriini, et hernes kortsuks; alles pärast seda võib kõrva loputada. Kuulmekäigu välimisest osast eemaldatakse võõrkeha nüri konksu abil. Putukate surmamiseks tilgutatakse kuulmekäiku piiritust, õli või vett. Hiljem loputatakse võõrkeha välja.

Ümara kujuga võõrkehi ei tohi eemaldada pintsettidega, millega võib kuulmekäiku vigastada ja võõrkeha veel sügavamale lükata. Võõrkeha loputada välja veega või eemaldada nüri konksuga.

Võõrkehi, mis asuvad kuulmekäigu luulises osas või keskkõrvas, võib eemaldada ainult spetsialist.

Vahel satub peapesemisel, ujumisel või vannis vesi kõrva ning isik ei kuule enam («kõrv läks lukku»). Nendel juhtudel on tegemist vaiguummistusega. Vaik eemaldatakse loputuse teel või, kui loputus pole lubatud, konksu abil.

K õ r v a v a l u põhjuseks on kas kõrva enda haigestumine (kesk- või väliskõrvapõletik) või naabruses olev põletik (neelu- ja kõripõletik, angiin, karioossed hambad, kolmiknärvi ja kuklanärvi neuralgia), mille puhul valud kiirguvad kõrva. Neuralgilist laadi valud esinevad hoogudena, haige ei kaeba ka kuulmise nõrgenemise üle.

Keskkõrvapõletiku puhul on valu terav, torkiv; temperatuur on kõrgenenud, võib esineda mädajooks kõrvast, kuulmekile on punetav ja tursunud. Kuulmine on nõrgenenud. Haige vajab üldraviks sulfaniilamiide ja antibiootikume. Valu vaigistamiseks tilgutada kõrva 4—5 tilka 5%-list karboolglütseriini ning kuni pole tekkinud mädajooksu, soojendada kõrva kummikotiga. Rahvahulgas levinud kampriõli tilgutamisel kõrva ei ole peale soojendava toime erilist tähendust.

Väliskõrvapõletiku puhul võib esineda samuti kõrvavalu. Selle põhjuseks on enamasti p a i s e (furunkul). Väliskõrvapõletiku korral on söömine ja närimine seotud valuga, mida suurendab veelgi suu avamine ja sulgemine. Temperatuur on 37,1—37,5°C piirides. Kuulmine on enamasti normis. Väliskuulmekäigu ava ees olev kõrvanukk on katsumisel valutundlik. Raviks kõrva soojendada (kummikott, kuumavee pudel, solluks). Kuulmekäiku asetada Burowi vedelikuga tampoon, tugevate valude puhul anda haigele püramidooni või aspiriini. Rakendada autohemoteraapiat, määrata õllepärmi (3 korda päevas 1 supilusikatäis). Anda sulfaniilamiide. Furunkulite korduval esinemisel on vaja uurida uriini suhkrusisaldust.

Esmaabi andmine kergendab suuresti kõrva-nina-kurguhaige vaevusi ja väldib haigete asjatuid sõitusid kaugemale abi saamiseks. Ebakindlatel ja raskematel juhtudel tuleb aga alati pöörduda kõrva-nina-kurguarsti poole.

ОБ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА-ГОРЛА-НОСА

С. Сибуль

Р е з ю м е

Заболевания и травмы верхних дыхательных путей, пищевода и уха могут часто сопровождаться тяжелыми явлениями, как, например, сильными болями, кровотечениями, нарушением дыхания и глотания. Для того чтобы эффективно оказать первую помощь в подобных случаях, необходимо знать основные жалобы больного и объективные симптомы заболевания

Причинами нарушения дыхания могут явиться: сужение просвета гортани ввиду воспалительного процесса, инородные тела в гортани, трахее и в бронхах, повреждение верхних дыхательных путей. Тяжелые последствия вызывают ожоги пищевода кислотами и щелочами, а также в случаях проглатывания инородных тел.

Повреждения или заболевания уха также требуют скорого и умелого оказания первой медицинской помощи. От быстроты и целесообразности первой помощи при заболеваниях и травмах уха-горла-носа зависит не только улучшение состояния здоровья пострадавшего, но порою и вопрос его жизни.

RÕUGED JA NENDE PROFÜLAKTIKA

(Kirjanduse ülevaade)

Bioloogiakandidaat *K. AHHUNDOVA* ja *E. PUUSEP*

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

Paljude aastate jooksul on NSV Liidus olukord rõugete suhtes olnud epidemioloogilises mõttes täiesti ohutu. Nõukogude teadlaste poolt kogutud andmed näitavad aga, et rõugete profülaktikaga seoses olevad küsimused nõuavad ka käesoleval ajal veel kõige suuremat tähelepanu. Ei tohi unustada, et rõuged on aastatuhandete jooksul nõudnud igal aastal sadu tuhandeid inimelusid, muutes tühjaks suuri riike ja pühkides maa pealt minema terveid rahvaid.

165 aastat tagasi, 1796. a. avastas inglise arst Edward Jenner profülaktilise rõugetevastase pookimise meetodi, mis rajas püsiva aluse edukaks võitluseks rõugete vastu. Laialdase rõugepanemise järel XIX sajandi algul vähenes sellesse haigusesse haigestumine ja suremine (6), kuid ainult seal, kus vaktsineerimist viidi läbi massiliselt ja õigesti.

Varsti näitasid tähelepanekud, et kaitsepookimiste toime ei kesta terve eluaeg, vaid ainult umbes 5—10 aastat (5). Immuunsuse kinnitamiseks ja selle pikendamiseks oli vaja elanikke revaktsineerida. Enamikus riikides juurdus vaktsineerimine ja revaktsineerimine suurte raskustega. Seepärast puhkesid XIX sajandi teisel poolel üha uued epideemiad kogu Euroopas. Riikides, kus anti välja seadus kohustusliku rõugepanemise kohta, vähenes haigestumine, kuid teistes riikides oli haigestumine ja suremine rõugetesse endiselt suur (6). Eriti mõllas see haigus Aasia, Aafrika ja Lõuna-Ameerika poolkoloniaalmaades.

Venemaal on teateid rõugete esinemisest XV ja XVI sajandil (3). XVII sajandil levisid ulatuslikud epideemiad Siberis, kus selle tagajärjel suri $^1/_4$ kuni $^1/_2$ kogu elanikkonnast (3, 5). Kõige suurema ulatuse omandas rõugeepideemia Venemaal XIX sajandil (3).

Ka Baltimaade territooriumil tegid rõuged suurt laastamistööd. Näiteks a. 1798—1801 sündis 85 934 inimest, sama aja jooksul suri aga rõugete tagajärjel 7663 inimest (3). Rõugepanemise suhtes oli Venemaa üks eesrindlikumaid, kusjuures algust tehti sellega Baltimaades (3). Ometi ei olnud tulemused rahuldavad: ei jätkunud kvalifitseeritud meditsiinikaadrit, osa elanikkonda hoidis rõugepanemisest kõrvale.

Alles pärast Oktoobrirevolutsiooni rakendati efektiivseid abinõusid võitluses rõugete vastu. 1919. a. kirjutas V. I. Lenin alla kohustusliku rõugepanemise dekreedile. 1924. a. ilmus Rahvakomissaride Nõukogu määrus 10—11 a. ja 20—21 a. vanuste isikute kohustusliku revaktsineerimise kohta. Nende määruste elluviimise järel vähenes haigestumine

rõugetesse tunduvalt. 1930. a. astuti samme rõugete täielikuks likvideerimiseks (4). Alates 1936. a. ei registreeritud NSV Liidus ühtegi rõugetesse haigestumise juhtu (7).

Vaatamata süstemaatilisele rõugepanemisele ja revaktsineerimisele on rõugetesse haigestumise võimalus reaalne ka käesoleval ajal. Rõugeviirus on vastupidav kuivamise, madalate temperatuuride ja külmutamise suhtes, kuivatatud olekus aga omandab ta võime vastu pidada kõrgele temperatuurile ja valgusele. Seepärast võib viirus rõugekoorukeste osakestes kanduda kaugete vahemaade taha, jäädes seejuures inimesele ohtlikuks (5).

Nõukogude Liidu rahvusvahelised suhted on viimaste aastate jooksul tunduvalt laienenud. Iga välismaalt saabuv isik võib aga endale teadmatult kaasa tuua nakkusalge. Rõugeviiruse sissetoonud inimene võib jääda ise terveks, kui ta on rõugete suhtes immuunne — see suurendab nakkuse levimise võimalust veelgi.

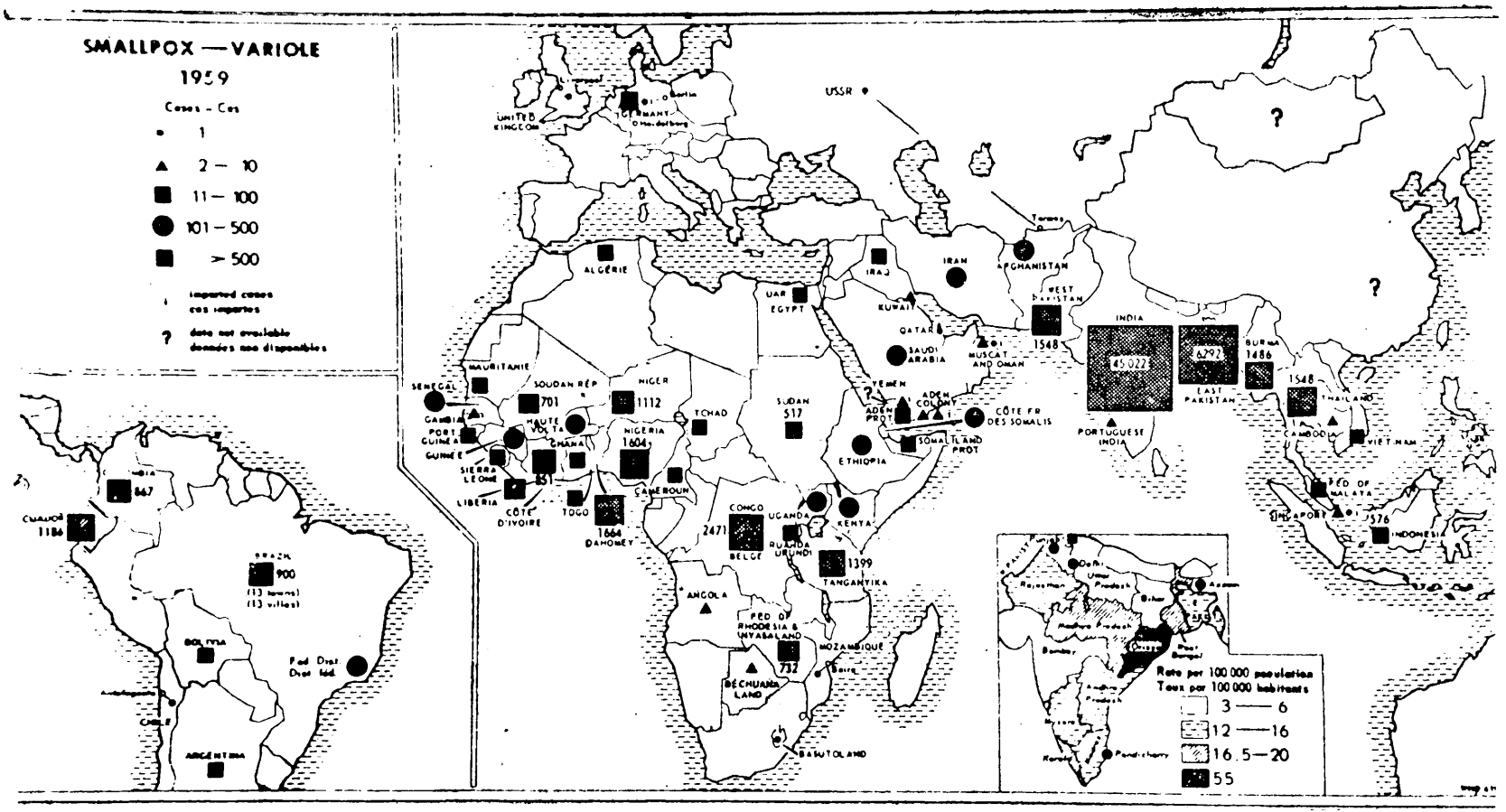
Rõuged on käesoleval ajal laialdaselt levinud maades, mille piirid puutuvad kokku NSV Liidu piiridega. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmetel registreeriti 1951.—1955. a. 96 maal (elanikkond kokku üle 1,5 miljardi inimese) 890 000 rõugetesse haigestumise juhtu. Neist 58% langes India ja Pakistani, 23% teiste Aasia maade arvele (4). 1957.—1958. a. registreeriti Aasia kontinendil 335 000 (1), Aafrikas aga 32 000 haigestumist (4). Ametlike statistiliste andmete põhjal oli Indias ja Pakistanis epideemiate ajal 1950.—1957. a. suremus kuni 97% (rõugetesse haigestunutest). Kaks aastat tagasi registreeriti rõugetesse haigestumisi Aafrikas, Aasias ja Lõuna-Ameerikas. Pakistanis kestis rõugete epideemia 1958. a. ligi pool aastat ja sellesse haigestus (mittetäielikel andmetel) ligikaudu 40 000 inimest. Vaatamata NSV Liidust Pakistanisse saadetud rõugevaktsiinile ja abistama sõitnud arstidegrupi energilisele tegevusele õnnestus epideemiat likvideerida suure vaevaga, kusjuures hukkusid peaaegu pooled haigestunutest (8).

Ka Euroopas ei ole rõuged käesoleva ajani likvideeritud. Kuni 1954. aastani registreeriti Inglismaal igal aastal rõugejuhte (7). 1952. a. oli Prantsusmaal rõugepuhang Brunehamelle'is (haigestus 30 inimest) ja Marseille's (haigestus 38 inimest). 1954.—1955. a. puhangud kordusid. 1955. a. rõugepuhangu ajal haigestus Prantsusmaal 87 inimest (7). 1958. a. esines haigusjuhte Saksa FV-s (4). Kõik need haiguspuhangud Euroopa maades tekkisid piirdunud kolletena väljast sissetoodud nakkusallika ümber. Viimase kümne aasta jooksul on Euroopas ja Põhja-Ameerikas registreeritud ligikaudu 40 väljast sissetoodud nakkusest põhjustatud rõugepuhangut, mis iga kord lõi pingelise epidemioloogilise olukorra ja nõudis erakorraliste abinõude rakendamist (1). Seega leidub küllalt koldeid, kust see nakkus võib meile sisse tungida (vt. kaart).

Et meil ei ole rõugeid pikema aja jooksul esinenud, siis on kõikjal tekkinud lubamatu rahulolu, mille tõttu kontroll rõugepaneku järele on nõrgenenud. Näiteks 1956. a. selgus, et mitmetes vabariikides ja oblastites ei toimu vaktsineerimine ja revaktsineerimine õigeaegselt ega täielikult, Usbeki NSV-s aga oli suur hulk 2—5—7-aastasi lapsi ja isegi täiskasvanuid vaktsineerimata (9). Mõnes rajoonis oli kuni 1 aasta vanustest lastest vaktsineeritud ainult 20%. Revaktsineerimist peaaegu ei tehtud.

Ka Tallinnas avastasime üle 1 aasta vanuseid lapsi, kellele ei olnud rõugeid pandud või kel see oli andnud negatiivsed tulemused.

Kaasaegne kaitsepookimine ei ole igakord edukas või selle kaitsetoime võib olla väga lühiajaline. Viimase nähtuse põhjuseks võib olla asjaolu, et lapsele on rõugeid pandud liiga vara. On kindlaks tehtud, et mida noorem on laps, seda kiiremini langeb tema immuniteet (5, 11).



Rõugete levik maailmas 1959. a.

Fotokoopia ajakirjast
«Das deutsche Gesundheitswesen» 1960, nr. 40/50

Nähtavasti ei ole esmase vaktsineerimise aja suhtes täit selgust, sest rõugete profülaktika kohta antud juhendites ja käskkirjades on alates 1953. a. esmase vaktsineerimise tähtaegu 7 korda muudetud. Vastavalt viimasele juhendile 8. jaanuarist 1961. a. nr. 128-3/4 on esmase vaktsineerimise ajaks määratud 3. elukuu.

Kaitsepookimine võib olla tulemuseta ka pookimisel esineda võivate tehniliste vigade tõttu. Tugeva sisselõike korral uhub verejooks vaktsiini osaliselt ära, osaliselt neutraliseerub see veres. Liiga pindmise sisselõike puhul ei tungi pookematerjal küllalt sügavale kudedesse ega põhjusta vastusreaktsiooni. Õige sisselõike korral ei teki verejooksu, kuid lõike sügavuses paistab roosakas triip. Pärast vaktsineerimist tuleb pookekoht 5—10 minuti jooksul katmata jätta. See nõue on kõikides juhendites, kuid praktikas seda sageli ei täideta.

Ka tehniliselt õigesti tehtud kaitsepookimised võivad ebaõnnestuda nõrga vaktsiini tõttu. Olgugi et kõiki vaktsiiniseeriaid kontrollitakse, võib säilitamistingimuste rikkumise, samuti säilitamistähtaja möödumise tõttu nende efektiivsus järsult langeda (11). 1959.—1960. a. Tallinnas kasutatud kuiva rõugevaktsiini 5 seeriast omasid ainult 2 seeriat küllaldasi pookeomadusi, kolmanda seeria pookeomadused olid vähenenud, ülejäänud kahe seeria pookeomadused olid lubamatult madalad (20 ja 40%). Kaks viimast seeriat olid tegelikult tarvitamiskõlbmatud: rõugevaktsiini pookeomadused peavad olema sellised, et pookimisel ei esineks negatiivseid tulemusi üle 2,5—5% (5).

Seega näeme, et vaktsineerimise ja revaktsineerimise edukuse kontrollimine on suure tähtsusega. Vaktsineerimise tulemusi kontrollitakse 7.—8. päeval, revaktsineerimise puhul 4.—5. päeval samas rõugepanemispunktis, kus kaitsepookimine toimus. Ebaõnnestumise korral tuleb kaitsepookimist kontrollimispäeval korrata (teisele käele). Korduva ebaedu puhul korratakse pookimist uuesti 3—5 kuu järel. Kui eelmise pookimise kaitsevõime ei ole veel lakanud, tekib revaktsineerimisel sisselõike kohal väike villike või tihke sõlmeke, mis veidi kiheleb ja seejärel kaob. Igasuguse reaktsiooni puudumine ei kõnele veel tingimata immuniteedi olemasolust, vaid sunnib oletama, et vaktsiin on kvaliteedilt halb või ei olnud pookimine tehniliselt korras.

Rõugete profülaktikal on eriline tähtsus seepärast, et kuni käesoleva ajani ei tunta rõugete spetsiifilist ravi (12). Peale selle on rõuged niivõrd kontagioossed, et iga «kokkupuutumine» tema tekitajatega põhjustab möödapääsmatult haigestumise, kui inimene ei ole immuunne (11).

Puudulik kontroll kaitsepookimiste üle viis selleni, et meil hakkas kogunema «plahvatusohtlikku materjali», s. o. hakkas kasvama rõugete suhtes vastuvõtlike inimeste hulk. 1960. a. korraldati Moskvas massilised vaktsineerimised, kusjuures registreeriti (kõikides vanuserühmades) positiivsed reaktsioonid. Viimaste protsent (85—91%) lubab oletada linna elanike kollektiivse immuniteedi tunduvat langust (1). 1957.—1958. a. sanitaar-epidemioloogia teenistuse poolt rajoonides korraldatud revaktsineerimistel avastati suurel hulgal (9,7—78% elanikkonna igas vanuserühmas) tugevasti väljendunud positiivset reaktsiooni, mida tuleb hinnata kui immuniteedi täielikku kadumist. 1959.—1960. a. tehti kindlaks, et Tallinnas ei ole umbes 40% elanikkonnast rõugete suhtes immuunne.

1960. a. aprillis andis NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium välja uue käskkirja (nr. 189), seejärel 28. juulil veel täiendava käskkirja (nr. 331), mille kohaselt kohustuslike revaktsineerimiste arvu suurendatakse — vaktsineeritakse 4-, 8-, 12- ja 18-aastasi, neist vanemaid aga iga 5—6 aasta järel kuni 50. eluaastani.

Vabariigi ravi-profülaktikaasutustel tuleb väga hoolikalt kontrollida rõugevastaste kaitsepookimiste kvaliteeti.

KIRJANDUS

1. Бароян О. В., Серенко А. Ф. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1961, 4, 72—79. — 2. Васильев К. Г. Материалы к истории оспопрививания в Прибалтике. В кн. «Из истории медицины», часть 1, Рига, 1957, 99—106. — 3. Васильев К. Г. История эпидемий в России. М., 1960. — 4. Джавадов Р. Б. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1960, 4, 138. — 5. Дубровинский С. Б. Оспа и оспопрививание. М., 1959. — 6. Морозов М. А., Соловьев В. С. Оспа. М., 1948, 25—37. — 7. Морозов М. А. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1958, 7, 90—98. — 8. Пастухов Б. Н. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1959, 2, 148—151. — 9. Приказ министра здравоохранения СССР от 27 января 1956 г. № 24-м об устранении недостатков в работе по оспопрививанию. — 10. Приказ министра здравоохранения СССР от 25 апреля 1960 г. № 189 «О мерах по улучшению противооспенной работы». — 11. Серебряков В. А. Здравоохр. Таджикистана, 1956, 2, 8—12. — 12. Dumjahn, G. Dtsch. Gesundheitswesen, 1960, 49/50, 2435—2443.

ОСПА И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА

(Обзор литературы)

К. Ахундова и *Э. Пуусеп*

Резюме

В течение ряда лет в Советском Союзе отмечалось полное эпидемическое благополучие в отношении натуральной оспы и, казалось, что опасность заболевания ею миновала. Однако исследования советских ученых за последние годы показали, что среди населения Советского Союза имеется значительная прослойка людей, восприимчивых к оспе.

По данным Таллинского научно-исследовательского института ЭМиГ за 1959—1960 гг. в Таллине имелось около 40% неиммунного против оспы населения.

Снижение иммунитета против натуральной оспы объясняется тем, что в последнее десятилетие имелись заметные нарушения в деле оспопрививания.

Недостаточный уровень иммунитета против оспы представляет собой серьезную опасность в связи с тем, что это заболевание до настоящего времени широко распространено в зарубежных странах, в том числе в странах, граничащих с Советским Союзом (см. карту в тексте статьи).

Таким образом, имеется немало очагов, откуда и к нам может быть завезена эта инфекция. Следовательно, все вопросы, связанные с профилактикой оспы, требуют к себе самого пристального внимания.

Руководящие органы здравоохранения Эстонской ССР в настоящее время принимают самые энергичные меры для повышения уровня иммунитета против оспы у населения республики. Для полной эффективности этих мероприятий весьма важно, чтобы персонал лечебно-профилактических учреждений республики со всей ответственностью отнесся к качеству проведения прививок против оспы и своевременному контролю за их эффективностью.

Konverentsid ja nõupidamised

AKUSÖÖR-GÜNEKOLOOGIDE VI VABARIIKLIK KONVERENTS

24. ja 25. oktoobril 1961. a. toimus Tallinnas Eesti NSV akušöör-günekoloogide kuues vabariiklik konverents ja Eesti NSV Vabariikliku Akušöör-Günekoloogide Teadusliku Ühingu III pleenum.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaakušöör-günekoloog N. Malõševa märkis oma ettekandes, et Eesti NSV-s on naiste suguelundite põletikulised protsessid günekoloogilise haigestumise struktuuris esikohal. Põletikuprotsesside ravi peab vältima haiguse muutumist krooniliseks. Erilist tähelepanu tuleb osutada günekoloogiliste haigete polikliinilise teenindamise kvaliteedi parandamisele ja abortide arvu vähendamisele.

Günekoloogilistest haigestumistest Tallinnas 1960. a. rääkis Tallinna peaakušöör-günekoloog M. Golneva. Haigestumise üldises struktuuris on günekoloogilised haigused Tallinnas gripi, angiini, ülemiste hingamisteede katarri ja traumade järel viiendal kohal.

Vigadest krooniliste adneksiitide diagnoosimisel ja ravimisel kõneles TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri vanemõpetaja I. Veerma, kes juhtis tähelepanu krooniliste adneksiitide diferentsiaaldiagnostikale seedetrakti, kuseteede ning närvisüsteemi haigustest. Kroonilise adneksiidiga haigeid tuleb ravida komplekssselt, kindla plaani järgi. Lähtuda tuleb haiguse etioloogiast, isiku tervise üldseisundist, tema psühholoogiast ning elukondlikest tingimustest.

Laiaulatusliku ja huvitava ettekandega ajutist töövõimetust põhjustavatest günekoloogilistest haigustest vabariigi tekstiilitööstustes ning nende vähendamise abinõudest esines V. Sang (Tallinna I Sünnitusmajast). A. Bõtin (Tallinna Vabariiklikust Haiglast) rõhutas põletikuliste protsessidega haigete dispanseerimise vajadust. Profülaktiliste läbivaatuste suurele tähtsusele haigete õigeaegsel avastamisel osutas A. Verbovataja (Tallinna Vabariiklikust IV Haiglast).

Sisuka ettekandega esines TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri assistent U. Leisner. Ta kõneles vajadusest pöörata senisest suuremat tähelepanu põletikkude etioloogia väljaselgitamisele ka ambulatoorsetes tingimustes (bakterioloogiline ja seroloogiline uurimine, provokatsioonimeetodid, hüsterosalpingograafia jne.). Senisest rohkem tuleb leida võimalusi krooniliste, ravile raskesti alluvate põletikkude kliiniliseks uurimiseks ja ravimiseks. Tuleb leida võimalusi muda-, parafiin- ja osokeriitravi kasutamiseks ambulatoorselt. Rohkem tähelepanu väärivad günekoloogiline ja elektrovibratsioonmassaaž.

Arstiteaduse kandidaat V. Taigro (Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogia sektorist) tegi kokkuvõtte profülaktilistest günekoloogilistest vaatlustest. Tallinna vaatluskabinettides uuritud 17855 naisest avastati 17,5 %-l günekoloogilisi haigusi. Uuritutest 9,7 %-l avastati vähieelseid seisundeid. On otstarbekohane organiseerida taolised kabinetid ka mujal.

N. Lillevälja (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast) võttis oma ettekandes kokku kunsttehislike abortide lähis- ning kaugtulemused. Abordijärgseid tüsistusi täheldati enam korduvrasedail ja need on tekkinud varem esinenud põletikuliste günekoloogiliste haiguste tagajärjel.

V. Granat (Tallinna Vabariiklikust Naha- ja Suguhaiguste Dispanserist) märkis vajadust uurida naiste nõuandlates kõiki suguelundite põletikega naisi gonorröa suhtes, kasutades bakterioloogilist meetodit sellele eelneva provokatsiooniga.

Steriilsuse uurimise metoodikast ja ravi tulemustest mitmesuguste meetodite puhul esitati 3 ettekannet: A. Višnitskaja (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast), M. Žurba (Eesti NSV SM Meditsiiniteenistusest) ja K. Tajur (Tallinna Vabariiklikust Haiglast).

Arstiteaduse doktor V. Fainberg (TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist) esitas kasuistilisi juhte võõrkehadest naiste ja laste urogenitaalteedes.

V. Meipalu (TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist) käsitles põletikkude esinemist müoomi puhul. Laparotoomia teostamisel täheldati müoomile kaasnevaid põletikke 1/3 juhtudest. Autor tuleb järeldusele, et müoomi korral esineb genitaaltuberkuloos sagedamini kui seda diagnoositakse. Headest tulemustest naiste suguelundite mädaste põletikkude ravil aspiratsioonpunktsioonidega kõneles K. Mölder (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast). L. Savomägi (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast) märgib oma ettekandes emakakaela põletikest ja prekantseroosidest, et prekantseroossete seisundite avastamise protsent on tõusnud peaaegu kahekordseks. Viimaste ravimisel saadi tervistumine 92% juhtudest.

Genitaalide tuberkuloosi diagnoosimisest ja ravist andis ülevaate L. Valmet (Tallinna Vabariiklikust Haiglast).

Urogenitaalelundite trihhomonoosile oli pühendatud viis ettekannet — arstiteaduse kandidaadilt J. Teraselt, S. Laanelt, E. Rõigaselt (Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist), H. Kaarmalt (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast) ja arstiteaduse kandidaadilt P. Tolstovilt (Leningradi Pediaatria Instituudi sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist). P. Tolstov märkis trihhomonoosi esinemise sõltuvust aastaajast, haiguse sesoonset tsüklilisust. Tema arvates esinevat *Trichomonas vaginalis* suuremal osal naistest kommensaalse vormina ega põhjustavat tupe ägedat põletikku. Trihhomonoosi levik ja haigusnähud sõltuvad trihhomoonaste poolt produtseeritavast fermendist hüaluronidaasist.

Konverentsi käigus kuulati ära kokku 23 ettekannet ning demonstreeriti teaduslikke filme. Konverentsi lõpul toimusid läbirääkimised.

*

Eesti NSV Vabariikliku Akušöör-Günekoloogide Teadusliku Seltsi III pleenumi avas Seltsi esimees ENSV peaakušöör-günekoloog N. Malõševa.

Prof. S. Bekker (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Teadusliku Uurimise Instituudist) kõneles perinataalsest suremisest ning

abinõudest selle edasiseks vähendamiseks. Ta rõhutas vajadust pöörata enam tähelepanu krooonilisele latentsele infektsioonile kui surnultsündimise ja laste varase surma peamisele põhjusele. Senisest suuremat tähelepanu tuleb pöörata ema ja lapse vere isoseroloogilise sobimatuse profülaktikale.

Eesti NSV peaakušöör-günekoloog N. Malõševa juhtis tähelepanu naise tervishoiule, toitumisrežiimile, vajalike ravimeetodite õigeaegsele rakendamisele, et vähendada veelgi antenataalset suremist.

TRÜ Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri vanemõpetaja I. Veerma käsitles perinataalse suremise vähendamise võimalusi (sünnituse ratsionaalne juhtimine, asfüksia profülaktika ja operatiivsete vahelesegamiste tehnika pärandamine). Haigestunud vastsündinu ravimise tõhusus sõltub diagnoosi ja ravi õigeaegsusest; tuleb laialdasemalt kasutada laboratoorseid, kliinilisi, bakterioloogilisi ja röntgenoloogilisi uurimismeetodeid.

H. Ernstson (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast) rõhutas oma ettekandes, et vastsündinute üldisest suremusest 22% langes väärarengute arvele. Rasedatel tuleb väärarengute vältimiseks end eriti hoolikalt ravida palavikuga kulgevate nakkushaiguste, eriti viirusinfektsioonide korral. V. Škodina ja D. Kostjutsok (Tallinna I Sünnitusmajast) täheldasid perinataalse suremise peamise põhjusena esimesel elunädalal emade raseduspuhuseid haigusi.

Prof. J. Klenitski (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Teadusliku Uurimise Instituudist) rääkis sünnitustegevuse anomaaliate porfülaktikast ja ravist. Sünnitustegevuse anomaalia mitmesuguste vormide hulgas on tähtsal kohal emaka eri osade kontraktsiooni koordinatsiooni ja sünkroonsuse häiretel, mida on võimalik täpselt diagnoosida paljukanalilise hüsterograafia abil. Rasedad, kellel võib eeldada emaka kontraktsioonivõime puudulikkust, tuleks võtta eriarvele, rakendades ravi- ja profülaktikamenetlusi. Vastsündinute perinataalse surma põhjustest on esikohal sünnitustegevuse anomaalia hilinenud diagnoosimine ja ravi.

Enneaegsuse põhjusi analüüsis I. Tammekand (Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast).

Abdominaalse keisrilõike probleemi käsitles L. Prohhorov (Tallinna Vabariiklikust Haiglast).

S. Naarits

KOOLIARSTIDE SEMINAR

24.—26. oktoobrini 1961. a. toimus Tallinnas seminar kooliarstidele.

V. Hion (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist) andis kokkuvõtliku ülevaate töö mõjust laste ja noorukite organismile.

E. Valdre (samast instituudist) kõneles algklassidele (I—IV klass) tööõpetuse tundide organiseerimise nõuetest, kooli puu- ning metallitöökodadele ettenähtud sanitaar-hügieenilistest tingimustest, vanemate klasside õpilaste tööreżiimist ja põllumajanduslike tööde organiseerimisest õpilastele. Sama küsimust käsitles G. Brjussova (Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast).

Noorukite töötingimustest tehastes ning ettevõtetes rääkis E. Blinova (Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist). Ta andis ülevaate organismi mõjutavatest mikroklimaatilistest tingimustest tööstuses (kõrge ja madal õhutemperatuur, õhurõhumine, niiskus), analüüsis kahjustavaid tegureid (tolm, müra, vibratsioon) ja esitas tööruumide valgustuse ning ventilatsiooni normid eri liiki tööde puhul. Ettekandja analüüsis ka kutsehaiguste ning tööstustraumatismi põhjusi ja käsitles ohutustehnika küsimusi.

Õpilaste arstlikust teenindamisest rääkis M. Teoste (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist). Ettekande peaeesmärk oli arsti ülesannetel seoses töö- ja tootmisõpetusega ja õpilaste kutsealase ettevalmistusega. Kõneldi kutseala valiku olenevusest õpilase tervislikust seisundist.

Meditsiinilise teenindamise organisatsioonilise vormi üle tekkis kooliarstide seas elav mõttevahetus. Praegu on niigi ülekoormatud kooliarstide kohustustele lisandunud ülesanne kontrollida kõiki ettevõtteid ja tehaseid, kus nende kooli õpilased töötavad, kuid nendes küsimustes pole kooliarstidel vajalikke kogemusi.

A. Kuusik (Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast) kõneles NLKP Keskkomitee ja NSVL Ministrite Nõukogu seadlusega 2. juunist 1959. a. kõigis koolides rakendatava iseteenindamise tähtsusest, sel puhul vajalikest sanitaar-hügieenilistest tingimustest ja õpilastele sõltuvalt vanusest lubatud tööliikidest.

J. Ruut (Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast) andis ülevaate nakkushaiguste profülaktikast koolides ja tutvustas muudatusi kaitsesüstimiste senises korras, eriti difteeria- ja teetanusevastasel koosvaktsineerimisel. Ettekanne J. Einaselt (Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist) käsitles tuberkuloosi profülaktikast ja varajast diagnoosimist koolieelistel lastel.

Korraldati ka praktiline õppus polütehnilise õpetuse hügieeniga tutvumiseks metalli- ja puutöökojas ning tootmistööl (Tallinna 39. Keskkoolis ja V. Klementi nimelise Õmblusvabriku õppetöökojas).

E. Valdre ja M. Teoste

SÜMPOOSION LÜLIDEVAHELISTE DISKIDE DEGENERATIIVSETE HAIGESTUMISTE ALAL

26.—27. oktoobrini 1961. a. toimus Novokuznetskis Kuzbassi traumatoloogide ja ortopeedide seltsi korraldusel sümpoosion lülidevaheliste diskide haigestumiste alal. Laialdase osavõtu tõttu omandas sümpoosion üleliidulise ilme. 3 istungil esitati kokku 22 ettekannet seda liiki haigestumiste patogeneesi, kliiniku, diagnoosimise ja ravi kohta.

Patogeneesi osas tekkis arstiteaduse doktori I. Klioneri (Moskva) ja prof. A. Rubašova (Kiiev) ettekannete alusel elav diskussioon deformeeriva spondüloosi ja intervertebraalse osteokondroosi olemuse ja ühtsuse küsimuses.

Ettekannetes kliiniku ja diagnoosimise kohta puudutati neuropatoloogilist sümptomatoloogiat suhteliselt vähe, peamine rõhk oli röntgenidiagnostikal. Dots. A. Osna (Novokuznetsk) kirjeldas lülidevahelise diski punkteerimise, diskisisese süstimise ja diskograafia diagnostilisi tulemusi 90 haigel. Autor peab nimetatud meetodit diskopaatia diagnostikas üheks tähtsamaks. E. Heinsoo (Tartu) ettekandes lülidevaheliste diskide prolapsi röntgenoloogilisest diagnoosimisest (ka pneumomüelograafia abil) rõhutas kompleksse kliinilise uurimise ja igale haigele individuaalselt sobivate meetodite kasutamise tähtsust.

Tservikaalse osteokondroosi (dots. J. Popeljanski) ja lumbosakraalse radikuliidi konservatiivse ravi (T. Bobrovnikova) käsitlemisel pöörati erilist tähelepanu astriklihase ja pirnlihase novokainiseerimisele ja venitusravile.

Dots. A. Osna andis ülevaate lumbosakraalsete radikuliitide kirurgilisest ravist, kritiseerides seejuures tavalisi operatsioonimeetodeid (laminektoomia) ning propageerides kahjustatud diski täielikku eemaldamist (ühes ventraalse spondüloosiga) abdominaalse operatsiooni teel. Mitmed sõnavõtjad aga ei pidanud soovitatud meetodit otstarbekaks suurema operatsioonitrauma ja kestvama operatsioonijärgse töövõimetuse tõttu, pealegi ei ole siis võimalik kõrvaldada lokaalseid spinaalseid muutusi (liited, kollassideme paksenemine jne.). Nimmelülidevaheliste diskide prolapsi kirurgilise ravi tulemustest esinesid ettekandega R. Paimre (Tartu) ja A. Ivanova (Novokuznetsk). Operatiivselt ravitud haigete arv Tartus (200) osutus üleliidulises ulatuses kõige suuremaks.

Sümpoosionil vastuvõetud otsuses märgiti, et ortopeedidel, neuropatoloogidel ja neurokirurgidel tuleb ühiselt koostada juhend lülidevaheliste diskide degeneratiivsetest muutustest tingitud haigestumiste diagnoosimise ja ravi kohta ning asutada dispanserid nende haigete ravimiseks.

E. Heinsoo

VIIRUSHAIGUSTE TEADUSLIK SESSIOON MOSKVAS

27.—30. septembrini 1961. a. toimus Moskvas NSVL Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirus-entsefaliitide Instituudi VI teaduslik sessioon, millest võtsid peale meie kodumaa teadlaste osa veel 12 välisriigi esindajad.

Sessioonil käsitleti kolme põhiprobleemi: poliomüeliiti, enteroviirusi (ECHO ja Coxsackie) ja puukentsefaliiti.

Poliomüeliidi puhul oli põhiteemaks poliomüeliidivastaste elusvaktsiiniga vaktsineerimiste tulemuste hindamine ja edasised ülesanded poliomüeliidi likvideerimisel. Põhiettekandega esines prof. M. Tšumakov. Tema andmetel on NSV Liidus tänaseni vaktsineeritud 2 kuu kuni 20 a. vanused elanikud (Eesti NSV-s kuni 55 a.). NSV Liidus valmistatud vaktsiiniga vaktsineeriti 1960. a. elanikke kaheksas välisriigis ja 1961. a. epideemia ajal ka Jaapanis. Häid tulemusi on saadud vastsündinute vaktsineerimisel elusvaktsiiniga, kusjuures samal ajal viidi läbi ka betsežeerimine (tulemused olid head). Vastsündinute massiline vaktsineerimine poliomüeliidi vastu avab uued perspektiivid poliomüeliidi likvideerimisele, ühtlasi vähendab see vaktsineerimiste ulatust tulevikus.

Reas ettekannetes toodi virusoloogiliste ja seroloogiliste uurimiste tulemuste põhjal väenvaid andmeid poliomüeliidivastaste vaktsineerimiste efektiivsuse kohta.

Poliomüeliidi juhtude arv on järsult vähenenud kõigis liiduvabariikides. Eriti head on aga tulemused Eesti ja Läti NSV-s, kus 1961. a. ei registreeritud ühtki poliomüeliiti haigestumist.

Põhiettekandega sooleviirustest esines M. Vorošilova. Sooleviiruste probleem tekkis ja laienes kahel viimasel aastakümnel. Arvestades sooleviiruste muutlikkust ei ole võimatu uute omadustega patogeensete viiruste tekkimine. Käesoleva ajani on tuntud 59 erinevat sooleviiruse tüüpi.

Mitmed ettekanded olid pühendatud sooleviiruste kliiniku, epidemioloogia ja virusoloogia küsimustele.

Sessiooni viimase probleemina oli kavas puukentsefaliit. Esitati ettekandeid selle spetsiifilise ja mittespetsiifilise profülaktika, viiruse päritolu ja laboratoorse diagnostika ning epidemioloogia kohta.

Eesti NSV-st oli sessiooni kavas kaks ettekannet: K. Vassiljeva «Korduvate massiliste poliomüeliidivastaste elusvaktsiiniga immuniseerimiste efektiivsuse epidemioloogiline uurimine Eesti NSV-s» ja E. Raudami, T. Kuslapi ning I. Rubinšteini «Poliomüeliit ja sellega kliiniliselt sarnased haigused Eesti NSV-s 1959.—1961. a.».

T. Kuslap

Mitmesugust

EESTI NSV APTEEGID TÄNAPÄEVAL

P. ZOBEL

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsusest, ülem *I. Podolski*)

Kodanlikus Eestis olid apteegid eraomandiks, seepärast sõltus nende suurus ja sisustus omaniku jõukusest. Apteekide üldilme oli ebaühtlane. Apteegiala edasiarendamine toimus peamiselt ühiskondlikes (haigekassa ja linnavalitsuse) apteekides. Tolleaegses ofitsiinis olid esikohal süngevärvilised nikerdustega lahtised riiulid, millel helendasid pikad seisupurkide read, pult retseptaari jaoks, lühike lett ja ebaotstarbekas kapplaud assisteerimiseks. Kohati igivana mööbel oli siiski viimistletud, sest apteegi fassaad pidi sisendama külastajatesse usaldust ja aukartust. Materjaliruumi-koktooriumi lahtised riiulid olid aga nii mõnigi kord höövelda-mata laudadest. Töötati peamiselt seistes.

Paljud apteegid purustati sõja ajal või said raskesti kannatada.

Sõjajärgsetel aastatel on vabariigi apteekide ruumid ja sisustus pidevalt paranenud. Paljude apteekide ruume on laiendatud, on tehtud ulatuslikke kapitaalremonte, uuendatud sisustust. Mindi üle istuvale tööviisile: vahetati välja vanad assisteerimislauad, võeti kasutusele pöörikud. (Muuseas on huvitav märkida, et pöörikud, mis praegu on levinud paljudel tööaladel, võeti massiliselt kasutusele kõigepealt apteekides). Endisaegsed apteegid on nüüd muutumas ajaloolisteks vaatamisväärsusteks.

Seoses ehitustegevuse hoogustumisega on eriti viimastel aastatel osutunud võimalikuks hakata välja ehitama juba spetsiaalseid ja kõigiti nõuetekohaseid apteegiruume. Tallinnas on ajakohastesse ruumidesse üle viidud apteegid nr. 5 (Kalamaja tänavast Käsperti tänavasse) ja nr. 6 (Tartu maanteelt Lastekodu tänavasse). 1961. a. oktoobripühadeks avati apteek nr. 205 Lenini puiesteel. Vabariigi teistest linnadest on spetsiaalsed ruumid saanud apteegid nr. 86 (Narvas), nr. 80 (Kiviõlis) ja nr. 79 (Uus-Ahtmes). Ehitusjärgus on apteekide nr. 73 (Jõhvis) ja nr. 8 (Tallinnas) uued ruumid. Lähemate aastate jooksul saavad uued ruumid veel mitmed apteegid Tartus, Võrus ja Tallinnas. Eriti tungiv vajadus uue apteegi järele on ülikoolilinnas Tartus, kus praegu ikka veel puudub õppebaasiks sobiv näidisapteek.

Uute apteekide projekteerimisel on aluseks võetud normatiivid (NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri nr. 209 9. märtsist 1951. a.), mis määravad kindlaks vabamüügiapteegi ruumide arvu, iseloomu ja pindala (vastavalt selle kategooriale).

Tallinna kolmest uutes ruumides olevast apteegist on kõige õnnestunuma ruumilahendusega apteek nr. 6 (hea kõrgus, valgustus ja rahuldav siseviimistlus). Ofitsiini pääseb läbi avara tuulekoja, mis kaitseb ruumi tänavatolmu eest ning hoiab ära tõmbetuule. Ofitsiin on otseses ühenduses assisteerimisruumi (vt. tahvel III, foto 1 ja 2), käsimüügi varuruumi ja juhataja kabinetiga. Assisteerimisruum on omakorda ühenduses süstelahuste valmistamise ruumi, nõudepesuruumi, koktooriumi ja varuruumiga. Kauba vastuvõtt toimub keldris kallaktee ja luugi kaudu, pärast lahtipakkimist toimetatakse kaup kas keldri varuruumidesse või liftiga esimesele korrusele.

Retseptaari töökoht asub ofitsiinis, külastajatest on see eraldatud klaasbarjääriga, assisteerimisruumiga ühendab seda aga pöörikutega seinakapp, mis võimaldab assisteerimisruumis pöörikule paigutatud ravimit kätte saada ofitsiinis (ilma ühest ruumist teise kandmiseta). Apteegis nr. 5 on sisse seatud signaalkellad (retseptaaril juhataja ning assistentidel sanitari väljakutsumiseks). Retseptaar töötab siin assisteerimisruumis ning võtab retsepte vastu luugi kaudu. Kahepoolsete ustega pöörikkapp ravimite hoidmiseks asub retseptaari ja assistentide vahel.

Apteekide nr. 6 ja nr. 205 käsimüügi osakondadel on otsene ühendus varuruumidega. Apteegis nr. 5 võimaldavad mahukad käsimüügikapid säilitada vastavaid varusid ofitsiinis. Käsimüügikappide ja -lettide kavandamisel arvestatakse jaotustega kappe mineraalvee hoidmiseks, salvesid jaendatud vatile, pöörikutega kappi jne.

Uute ravimite tutvustamiseks arstidele ja elanikkonnale kasutatakse nägusaid seinavitriine. On mõeldud ka akende dekoreerimisele (apteegis nr. 205), mis on meie vabariigis uudne.

Uute ofitsiinide sisustus (kujundaja sisearhitekt A. Pikk) on rõõmsavärviline ja hele (milleks süvendada haige inimese niigi sünget meeleolu?). Toolid ja lauad ootenurgas on värvikad, apteegis nr. 5 on toolide põhjad plastmass-punutisest. Moodsad armatuurid on ruumidele sobivaks täienduseks.

Palju nurinat ja meelehärmi tekitavad uute ofitsiinide põrandad, mis kipuvad varjutama õnnestunud sisustust. Apteegi nr. 6 halva kvaliteediga metlahhplaatidest põrand (plaadid on pealegi lohakalt paigaldatud) jätab määrdunud mulje. Küllaldaselt kvaliteetne ei ole ka apteegi nr. 205 ofitsiini terratsopõrand. Apteegis nr. 5 kaeti põrand linoleumiga, mis aga meie ilmastiku tingimustes pole küllalt vastupidav. Edaspidi tuleks eelistada sobivas värvitoonis terratsopõrandat, tingimusel, et see oleks korralikult viimistletud.

Apteekides nr. 5 ja 205 on kasutusele võetud esimesed uut tüüpi (nelja vastastikku asetatud töökohaga) assisteerimislaud, mis on värvitud valge nitrovärviga ja kaetud linoleumiga. Uut tüüpi on ka reguleeritav 4 lambiga armatuur. Assisteerimislaua komplekti kuuluvad peale pöörlevate toolide ka põrandal asetsevad pöörikriiulid. Apteegitöösse on juurdunud büretisüsteemide kasutamine, mis tunduvalt kiirendab vedelravimite valmistamist. Uuemates süsteemides on büretid nn. kahe käiguga kraanidega, mis hõlbustab nende kasutamist. Kõik lahused büretisüsteemide jaoks määratakse kvantitatiivselt; selleks on apteegid varustatud refraktomeetritega. Kontrolörile käepäraselt on paigutatud külmutuskapp temperatuuritundlike ravimite hoidmiseks. Apteegis nr. 205 on mürgiste, värviliste ja lõhnavate ainete kapid paigutatud seinanišši. Teises nišis asub valamu.

Silmatilkade ja süstelahuste valmistamiseks on ette nähtud eraldi ruum (apteekides nr. 6 ja 205). Seinapaneel on vooderdatud kergesti puhastatavate plastmassist plaatidega, lagi värvitud õlivärviga, põrand kaetud linoleumiga. Ruumi on üles pandud bakteritsiidsed lambid. Aptee-

Foto 1. Apteegi nr. 6 ofitsiin, mis on pöörikutega seinakapi abil ühendatud assisteerimisruumiga

Foto 2. Sama apteegi assisteerimisruum

TAHVEL IV

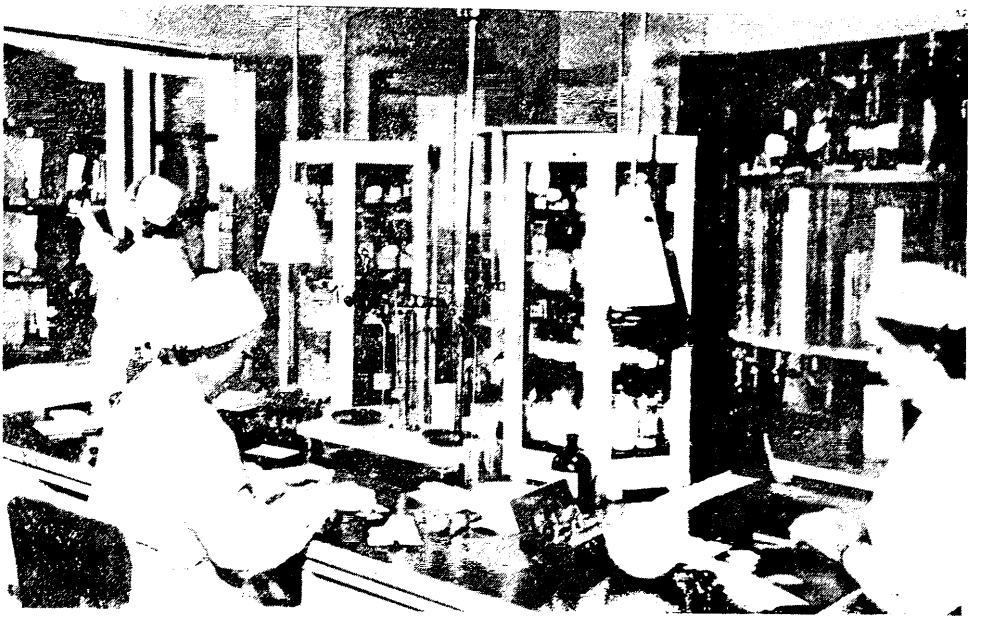


Foto 3. Assisteerimislaud apteegis nr. 205

Foto 4. Balloonikallutaja apteegis nr. 5

gis nr. 205 on vabariigis üks esimesi spetsiaalseid vaakuum-filtrimisaparaate, mille abil võib filtrida 4 süstelahust korraga. Aparaat on kantav ning seda võib kasutada ka suurte vedelikuhulkade ümbervalamiseks. Nii süstelahuste kui ka töövahendite ja pudelite steriliseerimine toimub elektriküttega vertikaalses autoklaavis AV-2. Apteegil on olemas ka kuivõhk-sterilisaator. Nii viimati mainitud aparatuur kui ka vee destilleerimise aparaat on üles pandud koktooriumisse. *Aqua bidestillata* valmistamiseks on apteek varustatud klaasist aparaadiga, mille võimsus on 2 l/t. Vee destilleerimise aparaat (elektriküttega), võimsusega 20 l/t, on samuti üks esimesi vabariigis. Taoline, kuid väiksema võimsusega (10 l/t) aparaat töötab apteegis nr. 6. Apteek nr. 5 destilleerib vett Tšehhoslovakkias toodetud klaasaparaadiga (võimsus 12 l/t). Kuni viimase ajani toodetud vee destilleerimise aparaatide võimsus ei ületanud 5 liitrit tunnis, seepärast on uued aparaadid (kõik elektriküttega ja rakendatavad tsentraalse veevarustuse korral) väga vajalikud ja kindlasti hakatakse neid tulevikus laiemalt kasutama.

Uute apteekide nõudepesuruumid on varustatud sooja ja külma veega (apteekides nr. 5 ja nr. 6 on gaasiboilerid). Valamud on kolme kausiga, valatud betoonist ja kaetud glasuurplaatidega (apteekides nr. 5 ja nr. 6) või emaileeritud malmist (apteegis nr. 205). Viimases on neljas kauss ehitatud kappi ning määratud pudelite desinfitseerimiseks, ventilatsioonisüsteemi kapis aga veel ei ole. Pudelite pesemise mehhaniseerimine ootab veel järjekorda. Üheks raskuseks on mittestandardsed pudelid. Mõned aastad tagasi saadud roostevabast terasest kaussidega aparaadid osutusid kvaliteedilt mittevastavateks. Üksikuid katsetusi — mehaaniline hari ja loputusseade ühe pudeli jaoks — on tehtud.

Materjaliruumides kasutatakse pulbrite ja vedelravimite säilitamiseks pöörikkappe. Nendes ruumides toimub ka jaendamine, kus tööd kiirendavad pulbridosaatorid ja vedelike jaendamise aparaat. Sidumismaterjali säilitatakse seest õlivärviga värvitud kappides. Kummikaupade jaoks on erilised kapid, mis võimaldavad neid hoida rippuvas asendis. Apteegis nr. 5 on keldris kappide alla ehitatud veel balloonikallutajad (vt. tahvel IV, foto 4), samuti on seal pudelite hoidmiseks kasutusel mitmelüliliste ustega salved.

Kui apteek nr. 5 (juhataja A. Raidaru) töötab uues asukohas juba üle aasta, siis apteegid nr. 6 (juhataja S. Pedak) ja nr. 205 (juhataja D. Fainman) alustasid uutes ruumides tööd õige hiljuti ning mõningad töölõigud nendes apteekides vajavad veel viimistlemist.

Hinnata tuleb apteekide juhatajate ja kollektiivide suhtumist, kes tihtipeale oma vabast ajast uute apteegiruumide ehitamisele ja sisustamisele kaasa aitasid.

ELEKTROONIKA RAKENDAMISEST MEDITSIINIS

V. REEBEN

(Tartu Riikliku Ülikooli eksperimentaaltöökoja insener, töökoja juhataja *J. Muuga*)

Viimasel ajal võib bioloogias ja meditsiinis täheldada elektroonika rakendamise märgatavat laienemist ning huvi suurenemist küberneetika ja automaatreguleerimise küsimuste vastu. Ka Tartu Riikliku Ülikooli eksperimentaaltöökoja 20-liikmelisest kollektiivist on eraldatud 6-liikmeline elektroonikagrupp. Grupi viimase kahe aasta töömahust veidi üle poole moodustasid meditsiiniaparaadid.

Käesolevas kirjutises püütakse anda informatsiooniline lühiülevaade nendest küsimustest, millega TRÜ eksperimentaaltöökoja elektroonikagrupp on tegelnud, ja vaadelda ka mõningaid uusi võimalusi, mida elektroonika pakub meditsiinile diopotentsiaalide uurimise ja kasutamise alal.

Meditsiinis kasutatavat elektronaparatuuri võib jaotada raviaparaatideks ja vaatlus- ning diagnostikaaparaatideks. V. Zworykin (1) eraldab viimaste hulgast eri rühmana veel mõõtmisandmete läbitöötamise aparaadid.

Raviaparaatidest on üldtuntuks saanud mitmesugused ärritava, soojendava või muu üldist laadi toimega füsioteraapia seadmed. Viimasel ajal konstrueeritud aparaadid võimaldavad aga organismi funktsioonidele avaldada juba väga spetsiifilist toimet: südame ja hingamise elektronstimulaatorid, südamelihase defibrillaator, seadeldis elektriune esilekutsumiseks, kõrgsagedusvoolude abil töötav kirurgiline nuga, neurokirurgia ultraheli aparaadid, bioelektriliselt juhitav protees jne.

Raviaparaatide konstrueerimisega on meie elektroonikagrupp vähe tegelnud — on vaid valmistatud (koos ülikooli aeroionisatsioonilaboratooriumiga) elektron-osa mõnda tüüpi aeroionisaatorite juurde.

Vaatlus- ja diagnostikaaparaadid moodustavad meditsiinis kasutatava elektronaparatuuri hulgast kõige arvukama rühma. Tuntumad neist on: 1) bioelektriliste nähtuste ning inimkeha elektriliste omaduste uurimise seadmed (elektrokardiograafia, vektorelektrokardiograafia, elektroentsefalograafia ja reokardiograafia seadmed, naha takistuse mõõtmise aparaadid, elektronstimulaatorid jt.); aparaadid mitte-elektriliste mehaaniliste suuruste mõõtmiseks elektriliste tajuritega (fono- ja ballistokardiograaf, aparaadid pulsilaine kuju ja leviku kiiruse mõõtmiseks, vererõhu mõõtmise otsesed ja kaudsed vahendid, nende hulgas elektrimanomeetrid südame kateteriseerimiseks, verevoolu kiiruse mõõtmise elektronseadmed, termistoridega termomeetrid jms.); 2) aparaadid biokeemiliste ja keemiliste analüüside tegemiseks (spektraalseadmed, oksühemomeetrid, luminestsentsanalüüsi seadmed, pH mõõtjad, polarograafid, kromatograafid ja elektroforeesi seadmed, CO_2 ja O_2 pidevad analüsaatorid jt.).

Vaatlus- ja diagnostikaaparaatidega oleme rohkem tegelnud ja siin on meie arvates elektroonika ja meditsiini koostöö väga lai perspektiiv. Siinkohal tuleb märkida, et diagnoosimiseks määratud elektronarvutusmasinate edukaks tööks on tingimata vaja rohkem objektiivseid andmeid haige olukorrast. Oleme valmistanud biopotentsiaalide võimendajaid, EKG R-saki abil käivitatavaid südame löögisageduse registraatoreid (üks mudel kasutab ka raadio telekanalit), operatsiooniaegse narkoosi sügavuse määraja EEG järgi, piesoelektrilise mikrofoniga südametoonide võimendaja, piesoelektrilisi ballistokardiograafi tajureid, pulsilaine leviku kiiruse mõõtja (ajavahemiku mõõtmisega filmilindilt EKG R-sakist pulsilaine süstoolse osa frondini), jälgivsüsteemi põhimõttel töötava maksimaalse ja minimaalse vererõhu pideva kaudse registreerimise aparatuuri, ekstreemumregulaatori põhimõttel töötava keskmise vererõhu pideva kaudse registreerimise aparatuuri, adrenaliini määramise luminestsentsanalüüsi-fotomeetri, elektroforeesi lihtsaid ja stabiliseeritud toiteblokke ning kambreid jms. Ülikooli eksperimentaalfüüsika kateedris valmistati ülitundlik registreeriv termistoriga termomeeter (selle mõõtmed võimaldavad seda viia lihasesse) ja kaks stsintillatsiooniloendaja ning diskriminaatoriga radiomeetrit (töötavad märgitud aatomite meetodil).

Vaatlusandmete läbitöötamise aparatuur kujutab endast vahendeid kliinilise diagnostika ja eksperimentaalsete vaatluste automatiseerimiseks. Siia rühma kuuluvatest aparaatidest on laiemat kasutamist leidnud ainult üksikud, näit. elektroforeesi densitomeeter, vere vormelementide lugeja, EEG harmooniline analüsaator. Suurt abi

tõotavad elektronarvutusmasinad anda keerulise informatsiooni läbitöötamiseks — EEG pingete igakülgses analüüsis, paljukomponendilise orgaanilise lahuse infrapunase spektri analüüsis, elektroforeesi diagrammide tõlgendamisel jne.

Seni oleme tegelnud üksnes paberelektroforeesi densitomeetritega, muide ka tööks mittekõlbliku densitomeetri ЭФА-1 (Frunze füüsikaaparaatide tehas Kirgiisia NSV-s) ümberehitamisega.

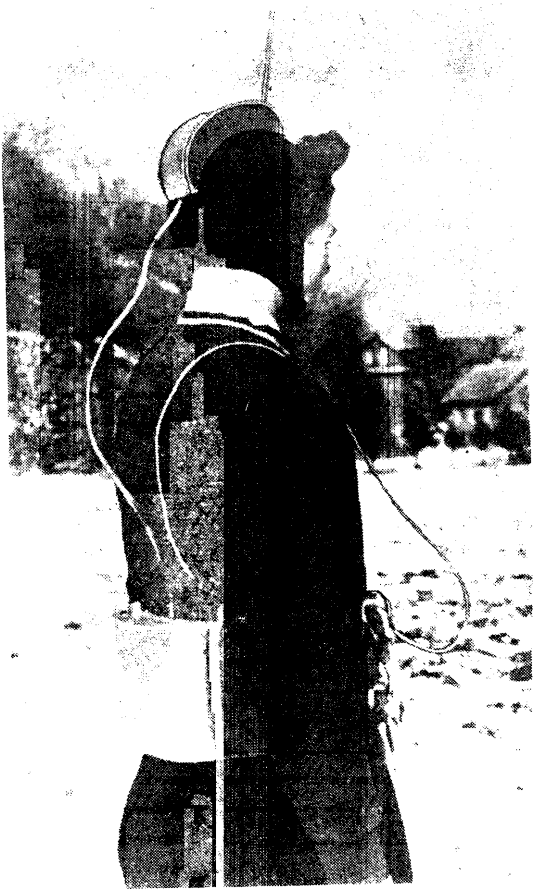
Peale selle on meditsiinil viimasel ajal tekkinud palju teoreetilisi kokkupuuteid selliste distsipliinidega nagu automaatreguleerimise teooria ja tehnika, informatsiooniteooria, küberneetika.

Siinkohal võiks märkida, et väga paljudest huvitavatest uutest aparaatidest ja meetoditest kõneldi 1959. a. toimunud üleliidulisel meditsiinilise elektroonika konverentsil, mille materjalid on avaldatud eraldi raamatuna (2).

Edasi vaatleksime lähemalt ainult elektrokardiograafia ja elektroentsefalograafia küsimusi, ja seda just diagnoosimiseks sobiva informatsiooni ja aparatuuri tehnika seisukohalt.

Elektrokardiograafias, millel on rohkem kui poolesajaaastane ajalugu, on kogunenud tohutu faktiline materjal; soovitati väga palju eri meetodeid ja lülitusi. Materjali lähemal vaatlemisel selgub aga kahjuks, et see on enamasti puhtempiiriline, sisaldab palju korduvat informatsiooni ja põhineb põhjendamata teooriatele.

Niihästi monofaasilise EKG pinge tekke teooria kui ka depolarisatsiooni-repolarisatsiooni teooria kohta esineb kirjanduses palju tõsiseid vastuväiteid. Tekitab imestust, et lihtsamad arsti käsiraamatud käsitlevad neid teooriaid kui enesestmõistetavaid tõdesid. Kas ei oleks õige tunnistada, et me ei tunne tänapäeval küllaldaselt neid keerulisi mehaanilis-keemilis-füüsikalisi protsesse, mille kajastuseks on EKG pinge, ja praktilise diagnoosimise vajadusi arvestades lähtuda küsimusele informatsiooniteooria ja bioloogilise statistika seisukohtadest, unustamata seejuures muidugi aparatuuri käepärasust ja lihtsust. Väärteooria toob rohkem kahju kui kasu: vähemalt on need teooriad pidurdanud ST-segmendis ja T-sakis sisalduva informatsiooni kasutamist, eriti nende deformatsiooni uurimist funktsionaalsetes katsetes.



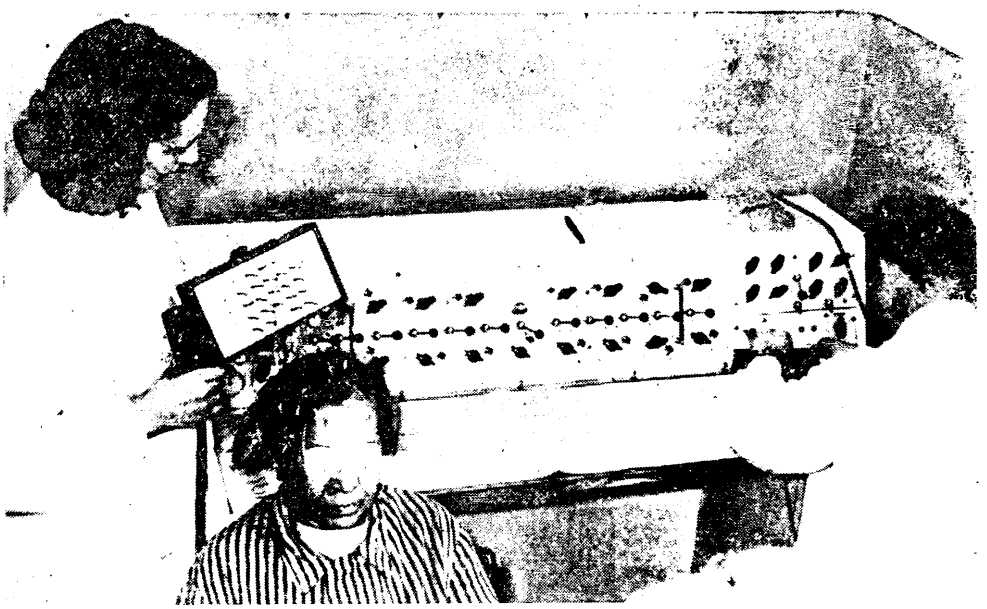
Telemeetriline aparatuur südame löögisageduse registreerimiseks: töötab bioelektrilise käivitusega ja saadab «eetrisse» lühikesi impulsse südame töö taktis. Aparatuur on ehitatud TRÜ eksperimentaaltöökodades V. Kiisi, V. Reebeni, H. Raudsepa jt. poolt.

EKG kõveras sisalduvat informatsiooni saab hinnata väga mitmesuguste näitajate kaudu — kõvera kuju kaudu (QRS-kompleksi kuju,

ST-segmendi kuju, T-saki kuju, P-saki kuju), kõvera üksikosade amplituudide ja pindalade kaudu (näit. R-saki pindala), erilülituslike kõverate võrdluse kaudu, sakkidevaheliste ajaintervallide (R-T-P) kaudu, R- ja T-sakkide maksimaalse elektrilise aktiivsuse ruuminurga kaudu, kõverate deformatsiooni järgi funktsionaalsetes katsetes jne. Kõiki neid suurusi registreeritakse väga mitmesugustes lülitustes, väga mitmesuguse aparatuuriga, väga erinevateks meditsiini- ja füsioloogiaalasteks uurimisteks. Tekib loomulikult soov registreerida antud otstarbeks kõige spetsiifilisemat, kõige selektiivsemat ning stabiilsemat informatsiooni ja teha seda standardiseeritud lülituse ja aparatuuriga.

Standardiseerimiseks on meie arvates vaja esmajoones koostööd arstide ja matemaatikute vahel, kes selgitaksid, milline oleks teatud funktsionaalse seisundi põhinäitaja, lülitaksid välja võrdsete meetodite erivariandid ja taandaksid kogu keerulise pildi paarile põhinäitajale. Lihtsa spetsialiseeritud aparatuuri valmistamiseks on omakorda vaja koostööd konstruktoritega. Nii oleks näiteks võimalik teha spetsialiseeritud aparaat sakkide pindala või nende suhte mõõtmiseks.

Tundub väga küsitavana keeruliste geomeetriliste konstruktsioonide kasutamise otstarbekus EKG pingete tõlgendamisel. Kõige loomulikum ja lihtsam oleks füüsikalist ja ruumilist ettekujutust luua tasapinnal või ruumis ristkoordinaatides. Kui Einthoveni kolmnurga kasutamist saab veel õigustada ajaloolise arenguga, siis Akulintševi vektorelektrokardiograafia püramiidprojektsioonid tunduvad vist enamikule arusaamatuina.



16 kanaliga elektroentsefalograaf Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas

Vaatleksime EKG elektronaparatuuri mõningaid uusi, kõige ilmsemaid võimalusi, mille teostamine oleks jõukohane ka meie elektroonikagrupile ja kus me saaksime kasutada oma seniseid kogemusi.

1. EKG kõvera kuju oleks võimalik jälgida ehtsa intensiivse jooksukatse ajal. Selleks on vaja kergeid külgeliimitavaid polarisatsioonivabasid elektroode ja madalamate sageduste osas piiratud võimendajat.

2. EKG aparaadiga on võimalik töötada väljaspool ekraneeritud kambrit, palatis, haige kodus, igal pool, kus on vahelduvvooluvõrk. Selleks on vaja teha sisendisse efektiivne (lisalambiga katoodis) diferentsiaalvõimendaja ja kasutada kitsasriba $5OH_2$ filtrit.

3. On võimalik teha portatiivne (~ 4 kg) elektrokardiograaf pika järelhelendusega elektronkiire toru (läbimõõt 8 sm) põhimõttel.

4. Oleks võimalik registreerida ka südame tööga kaasnevaid alalispotentsiaale. Selleks on vaja dünaamilise kondensaatori või vibromuundajaga võimendajat ja spetsiaalset polarisatsioonivaba elektroodidesüsteemi.

5. Oleks võimalik valmistada 2—3—4 kanaliga elektronkommutaatoriga elektrokardiograaf, kasutades mõne pika järelhelendusega elektronkiire toru.

6. Suurema ja problemaatilisema perspektiivse küsimusena võiks mainida järgmist.

Võimalik, et T-saki pindala, kui seda korrigeerida R-saki ja alalispotentsiaali abil, oleks lihtsas (võimalik ka lineaarses) sõltuvuses süstoolsest mahust. Oleks ju väga ahvatlev registreerida pidevalt süstoolset mahtu ja seda dünaamilises katses. Sellist seost (ilma korrigeerimata) otsisid G. Friese jt. (3), kuid kahjuks ei saadud selget vastust. Nähtavasti nõuab see kõik T-saki tekke füüsikalise mehhanismi paremat tundmaõppimist.

Elektroentsefalograafias on biopotentsiaalide füüsikaline teke märgatavalt erinev. Seal ei ole ühte signaaliallikat. Registreeritav signaal on keeruline summa paljude eri tsentrite erineva amplituudi, sageduse ja kujuga signaalidest. See määrab ka registreerimismeetodite ja aparatuuri iseärasused. Kõrvuti potentsiaalide ajalise registreerimisega on siin otstarbekas kasutada paljukanalilisi süsteeme ja harmoonilisi analüsaatoreid.

Elektroentsefalogrammis sisalduvat informatsiooni võiks iseloomustada järgmiste näitajate kaudu:

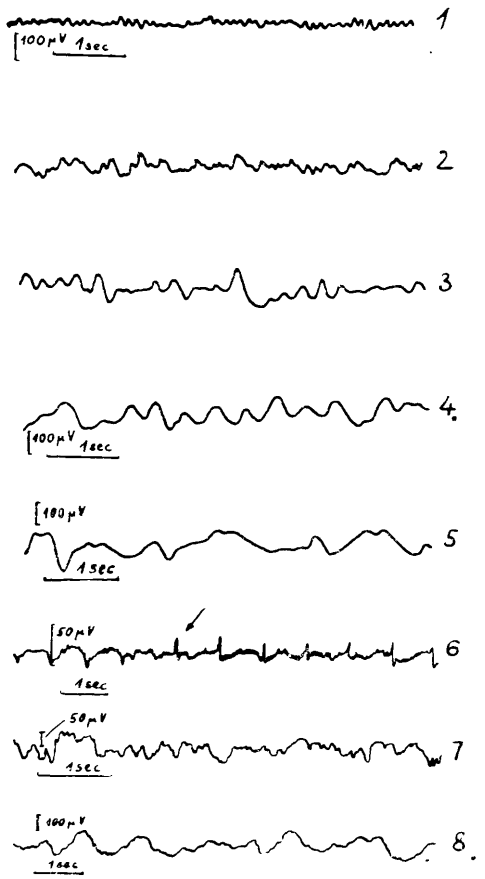
1) kõvera rütm, põhisagedus ja selle põhisageduse amplituud, siia kuuluvad β-, α-, δ-, ϑ-lained ja veel aeglasemad sügavnarkoosi ja agoonia lained. Need lained iseloomustavad aju kui terviku sünkroonset mittespetsialiseeritud tööd, s. o. põhiliselt retikulaarformatsiooni elektrilist aktiivsust. Nendes kajastuvad väga hästi ärkveloleku, une- ja narkoosiseisundid. Aparatuur tehakse tavaliselt lihtsamana (1—2 kanaliga) ja ta võib ka sisaldada harmoonilise analüsaatori;

2) kõverate kuju. Epilepsia annab küllalt spetsiifilise impulsslahenduse, kasvaja mitteregulaarse madala sagedusega laineid, üliväsimusel lähevad impulsid märksa ebasiinuselisemaks, nende tõusu ja languse frondid hakkavad märksa erinema jne.;

3) impulsside tekke koht. Selle järgi toimub patoloogiliste kollete lokaliseerimine, normaalse erutuskolde määramine;

4) kõverate deformatsioon funktsionaalsetes katsetes. Ärritus toimub tavaliselt valgusega. Metoodiliselt kasutatakse pikka impulssi, perioodilist valgust (enamasti 1—30 Hz) ja ka EEG põhisageduse enesega sünkroniseeritud valgust. Uuritakse α-rütmi desünkronisatsiooni, patoloogiliste rütmide teket, rütmi omandamist.

Kolme viimase külje uurimiseks kasutatakse paljukanalilisi elektroentsefalograafe.



Elektroentsefalogrammide näiteid: 1 — rahurežiim; 2, 3, 4, 5 — mitmesugused narkoosiastmed; 6 — kergem epilepsiahoog; 7 — koldeline kahjustus; 8 — sügav normaalne uni

Tööstuslikult toodetakse paljudes maailma maades põhiliselt kahte tüüpi aparatuuri — paljukanalilisi tindiga kirjutajaid kliiniliseks kasutamiseks ja 1—2 kanaliga spetsialiseeritud narkoosi sügavuse hindamise aparatuuri; need töötavad ka operatsioonisaalis. Lisaks neile toodetakse ka fotostimulaatoreid ja harmoonilisi analüsaatoreid. Kirjanduses on

toodud mitmete spetsialiseeritud aparaatide konstruktsioone, näit. paljukanaliline elektroentsefaloskoop, mis näitab kaardi kujul elektronkiire toru ekraanil summaarset bioelektrilist aktiivsust aju eri punktides (4), α-rütmi desünkronisatsiooni analüsaator, mis registreerib α-rütmi intensiivsuse enne ärritust, ärrituse ajal ja pärast seda (5) jt.

1961. a. oktoobris organiseeriti TRÜ juurde biofüüsika teadusliku uurimise laboratoorium, mille põhilisteks töösuundadeks on organismi regulatsioonimehhanismide uurimine ning diagnoosimismeetodite täiustamine. Organisatsiooniliselt koosneb laboratoorium neljast harust: laiast aktiivist (ülikooli arstiteadlaste, füüsikute, elektroonikute, matemaatikute jt. hulgast), tuumikust (laboratooriumi koosseisu spetsialistidest) põhiprobleemide uurimiseks ja meditsiinilise elektroonika ning bioloogilise matemaatika gruppidest vastavalt TRÜ eksperimentaaltöökoja ja arvutuskeskuse juures.

Meditsiinilise elektroonika grupi ülesandeks on uute meetodite väljatöötamine ja mittestandardsete aparaatide konstrueerimine koostöös ülikooli kateedrite ja laboratooriumidega, lähtudes viimaste elulistest vajadustest. Põhitähelepanu pööratakse seejuures elektroonika uutele rakendusvõimalustele bioautomaatikas, elektronarvutusmasinadiagnostikas, biotelemeetrias ning biomatemaatikas. Biofüüsika laboratooriumi juhatajaks on biomatemaatika spetsialist füüsika-matemaatikakandidaat L. Võhandu.

KIRJANDUS

1. Zworykin, V. K. Electronique, 1959, 151, 16—24. — 2. Электроника в медицине. Под ред. А. И. Берга. М., 1960. — 3. Friese, G., Mechelke K., Ulmer, W. Z. für Kreislaufforschung, 1955, 44, 13/14, 517—522. — 4. Ливанов М. Н., Ананьев В. М. Электроэнцефалоскопия. М., 1960. — 5. Кожевников В. А., Сороко В. И. В сб. Пробл. физиол. акустики, т. 4, АН СССР, М.-Л., 1959, 80—83.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОНИКИ В МЕДИЦИНЕ

В. Реэбен

Резюме

Дается краткий обзор существующих методов применения электроники в медицине с указанием конкретных приборов, сконструированных в экспериментальных мастерских Тартуского государственного университета. Более детально освещается вопрос расшифровки информации зарегистрированных биопотенциалов разных органов организма, в частности сердца и мозга. Описываются новые технические возможности изучения любых биопотенциалов вне экранированных камер и без строгих ограничений движения подопытного, а также для ведения многоканального визуального наблюдения кривых на экране электроннолучевых трубок и регистрации весьма низкочастотных и постоянных биопотенциалов.

MÕNE REAGA

Kümme aastat tagasi loodi NSVL Tervishoiu Ministeeriumi Kirurgiaaparaatide ja -Instrumentide Eksperimentaalne Teadusliku Uurimise Instituut. Kümne aasta jooksul on instituudis konstrueeritud üle 600 aparaadi ja instrumendi. Nende hulgas on originaalsed poolautomaat-õmblusaparaadid, mis tunduvalt lühendavad operatsiooniaega, keerukad aparaadid kunstliku vereringe loomiseks jne. Lähemas tulevikus hakatakse konstrueerima aparaate ja instrumente kudede, naha, kõhrede ning veresoonte konserveerimiseks ja säilitamiseks.

● NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirja põhjal hakatakse psühhiaatrite kvalifikatsiooni tõstmiseks korraldama igal aastal 45-päevaseid psühhoteraapia kursusi. Praktilised õppused toimuvad Moskva psühhoneuroloogia haiglates ja dispanserites.

● Leningradi Tervishoiumuuseumi ilmus huvitav eksponaat — «klaasist inimene». Mudelil on võimalik näha inimese siseelundite asetsust ja ehitumust. Magnetofon jutustab inimese kehaehitusest ja elundite talitlusest. Seejuures valgustavad elektrilambid kõnesoleva elundi sisemust. Selliseid «klaasist inimesi» valmistab Saksa Demokraatliku Vabariigi Hügieenimuuseumi töökoda.

● Alma-Ata leivakombinaadis hakati valmistama jodeeritud leiba. Komisjon, kes uuris leiva maitseomadusi, leidis, et joodi lisandamisega ei ole leiva maitse halvenenud, vaid isegi paranenud. Jodeeritud leib on kõige kättesaadavam ja kindlam kilpnäärmehaiguste profülaktika vahend. Lähemal ajal hakatakse jodeeritud leiba valmistama Leninogorskis, Ust-Kamenogorskis ja teistes Kasahstani linnades.

● M. Vladimirski nimelises Moskva Oblasti Teadusliku Uurimise Instituudi II Sisehaiguste Kliinikus antakse haigetele hingelduse, astmaatiliste seisundite, pneumoskleroosi, kroonilise pneumoonia ja emfüseemi puhul (3—4 korda päevas) järgmise koostisega pulbreid: efedriini 0,025, luminaali 0,02, kodeiini 0,015, dimedrooli 0,02, diuretiini 0,25.

● Ust-Kamenogorski Zõrjanovski Pliikombinaadis avati Kasahstani esimene Töökaitse Rahvaülikool. Mõtte algatajaks olid ettevõtte meditsiini-sanitaarosakond ja ohutustehnika osakond. Rahvaülikooli ülesandeks on kasvatada töötajates vastutustunnet, et nad hoolitseksid eeskujulike töötingimuste loomise eest kõigis linna ettevõtetes. Õppeaeg on 1 aasta. Kuulajatele peetakse loenguid ohutustehnikast, tööseadusandlusest, töötervishoiust jne. Arstid kõnelevad ka õige toitumise tähtsusest ja kutsehaiguste vältimisest, samuti reuma, silikoosi ja südame- ning veresoonte haiguste profülaktikast.

● NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia presiidiumi otsuse kohaselt avatakse Moskvas Gastroenteroloogia Kliinilis-Eksperimentaalne Laboratoorium, mis hakkab töötama Moskva I Meditsiiniinstituudi Sisehaiguste propedeutika kateedri baasil. Uues laboratooriumis hakatakse uurima mao ja sooletrakti motoorset funktsiooni, peensoolehaiguste diagnoosimist, mao haavandtõbe jt. Peamiseks on aga gastroenteroloogide ettevalmistamine.

● Moskva Tsõrupa-nimelise Veskikombinaadi töötajad töötasid koos mõnede teaduslike uurimisinstituutide teadlastega välja nisujahu vitaminiseerimise meetodi. Nisujahule hakatakse nüüd lisama PP-vitamiini, mis teatavasti etendab tähtsat osa süsivesikute- ning rasvade-ainevahetuses ja reguleerib närvisüsteemi ning organismi teiste protsesside talitlust.

● Taškendi oblasti Verhnetširtšikski rajooni Sverdlovi-nimelises kolhoosis hakatakse ehitama haiglalinnakest. 3-hektarisele maa-alale ehitatakse ambulatoorium, haigla, muda- ja vesiravila, apteek ja sünnitusmaja. Kolhoosi juhatus eraldas selleks 660 000 rubla. Usbekistani Taškendi oblastis ehitavad praegu 20 kolhoosi haiglalinnakesi.

● Sagedaste stenokardiahoogude ja koronaarse puudulikkuse puhul antakse Moskva Linna Kliinilise Haigla nr. 1 sisehaiguste osakonnas järgmise koostisega pulbreid: diuretiini 0,5, papaveriini ja luminaali võrdselt 0,02, püramidooni 0,3, atropiini 0,00025, mõnikord lisatakse veel aspiriini 0,25—0,5. Pulbreid antakse 3 korda päevas 2 nädala kuni 1 kuu jooksul. Selle tulemusena paraneb haigetel üldine enesetunne, kaovad valud südame piirkonnas, normaliseerub uni ja temperatuur, paraneb meeleolu.

● Bobruiskis ja Pinskis (Valgevene NSV) avati velskrite, meditsiiniõdede ja ämmaemandate alalised täienduskursused. Õppused toimuvad vahetpidamata (tsükkel 2—2,5 kuud). Kuulajad õpivad kirurgiat, teraapiat, lastehaigusi, sanitaarala, epidemioloogiat ja teisi distsipliine. Kursuste lektoriteks on nende linnade raviasutuste kõige kogenumad arstid. Valgevene Arstide Täiendusinstituudi professorid peavad ülevaateloenguid arstiteaduse kõige uuematest saavutustest.

● Leningradi Vaktsiinide ja Seerumite Instituudis loodi esmakordselt maailmas parotiidivastane (mumpsivastane) vaktsiin. Vaktsiini autoriteks olid NSVL Arstiteaduse Akadeemia Leningradi Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi professor A. Smorodintsev ja Leningradi L. Pasteuri nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi teaduslik kaastööline arstiteaduse doktor N. Kljatško. Praegu ehitatakse eespool mainitud instituudi territooriumil uut hoonet, kus hakatakse vaktsiini massiliselt tootma.

PROFESSOR VALTER HIIE 60-AASTANE

7. veebruaril 1962. a. tähistas 60. sünnipäeva Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri juhataja professor V. Hiie.

Valter Jaani p. Hiie sündis 1902. a. Tallinnas käsitöölise pojana. Keskhariduse omandas ta Tallinnas J. Westholmi gümnaasiumis, mille lõpetas 1921. a. Samal aastal astus V. Hiie Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1927. a. kiitusega. 1927.—1932. a. töötas V. Hiie assistendina Tartu Ülikooli I Kirurgia Kliinikus. 1932. a. kaitses V. Hiie doktoridissertatsiooni teemal «Pulsiaegade võnkumisest narkoosi vältel ja mitmes staadiumis pärast narkoosi». 1932.—1934. a. täiendas ta end Viinis stomatoloogia ja näo- ning lõualuude kirurgia alal.

1934.—1936. a. töötas V. Hiie Tartu Ülikooli Stomatoloogia Polikliinikus ja luges arstiteaduskonnas stomatoloogia kursust. 1936. a. alates oli V. Hiie dotsendina Tartu Ülikooli stomatoloogia kateedri juhatajaks. 1938. a. omistati talle professori kutse. 1944. a. määrati professor V. Hiie TRÜ Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri juhatajaks, kus töötab tänaseni.

V. Hiie on tutvunud stomatoloogia instituutide õppetööga Viinis (1936), Stokholmis, Helsingis, Riias (1937), Berliinis, Düsseldorfis (1939), Leningradis, Moskvas (1941, 1946). 1947.—1948. a. täiendas ta end Leningradi Riikliku Traumatoloogia Instituudi näo- ning lõualuude kirurgia kliinikus.

Juubilar oli 1948.—1950. a. TRÜ Arstiteaduskonna prodekaaniks. 1953. a. alates on prof. V. Hiie olnud Üleülikoolilise Redaktsioonikolleegiumi liige ja 1959. a. Arstiteaduskonna Redaktsioonikolleegiumi esimees, 1961. a. TRÜ Metoodilise Nõukogu liige.

Prof. V. Hiie on aktiivselt osa võtnud teaduslike seltside tegevusest. Juba 1930. a. kuulus ta Eesti Arstide Seltsi juhatusse ja oli Soome Hambaarstide Seltsi korrespondeerivaks liikmeks, hiljem auliikmeks. Prof. V. Hiie oli Rahvusvahelise Kirurgide Seltsi (Pariis) liige. 1954. a. organiseeris ta Eesti NSV Arstide-Stomatoloogide Teadusliku Seltsi, olles pidevalt selle esimeheks. Alates 1958. a. kuulub prof. V. Hiie Üleliidulise Arstide-Stomatoloogide Teadusliku Seltsi juhatusse.

Juubilarilt on trükis ilmunud 30 teaduslikku tööd, neist valdav osa käsitleb näo- ning lõualuude kirurgia küsimusi.

Prof. V. Hiie on tunnustatud pedagoog, kes oskab huvitavalt edasi anda oma suuri praktilisi kogemusi. Kaastöötajad tunnevad juubilari alati südamliku ja abivalmis kolleegina.

Kaastöötajad

A. GAVRILOV 50-AASTANE

1. jaanuaril s. a. tähistas 50. sünnipäeva Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst Aleksander Nikolai p. Gavrilov.

Juubilar sündis 1912. a. Tallinnas töölisperekonnas. Alg- ja keskhariduse omandamise järel siirdus ta 1931. a. õpinguid jätkama Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda. Ülikooli lõpetamise järel 1940. a. asus A. Gavrilov tööle Värskasse jaoskonnaarstina. Juba üliõpilaspõlves tärganud huvist kirurgia, eriti aga vähktõve operatiivse ravi vastu siirdus ta peatselt tööle Petseri Maahaigla kirurgia osakonda, töötades seal rida aastaid.

Alates 1944. a. sügisest oli A. Gavrilov mõnda aega Petseri Maahaigla juhatajaks, hiljem töötas kirurgina Tartus. 1946. a. asus juubilar organiseerima Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserit, mille juhatajaks ta on ka praegu.

Paralleelselt peaarsti tööga dispanseris on juubilar väsimatult organiseerinud onkoloogilise ravi korraldust kogu vabariigis. Tema initsiatiivil organiseeriti Onkoloogide Vabariiklik Teaduslik Selts, mille juhatuse esimehena ta on teinud suurt tööd.

Juubilari iseloomustab onkoloogiaalaste teaduslike probleemide põhjalik tundmine ja nende laialdane rakendamine praktikas. A. Gavrilov on täiendanud plastilise resektsiooni meetodeid maokasvajate opereerimisel. Ühena esimestest vabariigis hakkas ta teostama kopsuvähi operatiivset ravi. A. Gavrilov juhatab Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogia sektorit.

A. Gavrilovi tööd on valitsus hinnanud medaliga «Töövapruse eest» ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 5. veebruarist 1962. a. anti A. Gavrilovile Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

Kolleegid

HANS ROOTS 50-AASTANE

19. jaanuaril s. a. tähistas ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse vastutav sekretär ja kolleegiumi liige Hans Jaani p. Roots 50. sünnipäeva.

Paljud vabariigi meditsiinitöötajad, eriti teaduslikud töötajad tunnevad H. Rootsi tema pikaajalisest tööperioodist (1947—1961) Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu vanembibliograafina. Alati abivalmilt ja asjatundlikult on H. Roots koostanud arvukaid bibliograafiaid ja andnud vastavaid konsultatsioone. Teadmised bibliograafiast omandas H. Roots mitte ainult igapäevases töös, vaid vastavatel kursustel Tallinnas (1950) ja Arstide Täienduse Keskinstituudi juures korraldatud täienduskursustel Moskvas (1951). Hinnatava tööna tuleb märkida materjali kogumist (kokku üle 6000 nimetuse) Eesti NSV meditsiinibibliograafia koostamiseks.

Kutsetöö kõrval on H. Roots paljude aastate vältel olnud Eesti Riikliku Kirjastuse väliskaastööliseks — tõlgiks ja tõlgete retsensendiks. Tema tõlketöödest võiks esile tõsta «Meditsiinilist käsiraamatut velskritele» (1955), A. Kaplani «Sünnitusabi» (1957) ja A. Serebrovi «Günekoloogia õpikut» (1959).

Töö ajakirjanduse alal on olnud H. Rootsile lähedane juba aastaid. Ajakirjades ja ajalehtedes on tema sulest ilmunud üle poolesaja populaarteadusliku kirjutise, peamiselt nõukogude arstiteaduse saavutuste kohta.

Energiliselt lõi H. Roots kaasa 1953. aastast ilmuma hakanud kogumikkude «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetamisel.

Alates 1957. aastast on juubilar pühendanud palju jõudu ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» väljaandmisele. Ta oli üheks ajakirja asutamise initsiaatoriks ja selle ilmuma hakkamisel asus H. Roots toimetuses tööle tõlgina. 1960. a. augustist töötab juubilar ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse vastutava sekretäri kohal. Sellel tööl oleme teda tundma õppinud energilise ja operatiivse organisaatorina.

Teenete eest Suures Isamaasõjas on H. Rootsi autasustatud ordeniga «Punane Täht» ja medaliga «Võidu eest Saksamaa üle». 50. sünnipäeva puhul avaldasid H. Rootsile oma käskkirjades tänu kauaaegse tubli töö eest Eesti NSV kultuuriminister ning Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse ülem.

Soovime juubilarile head tervist ja jõudu edaspidiseks tööks.

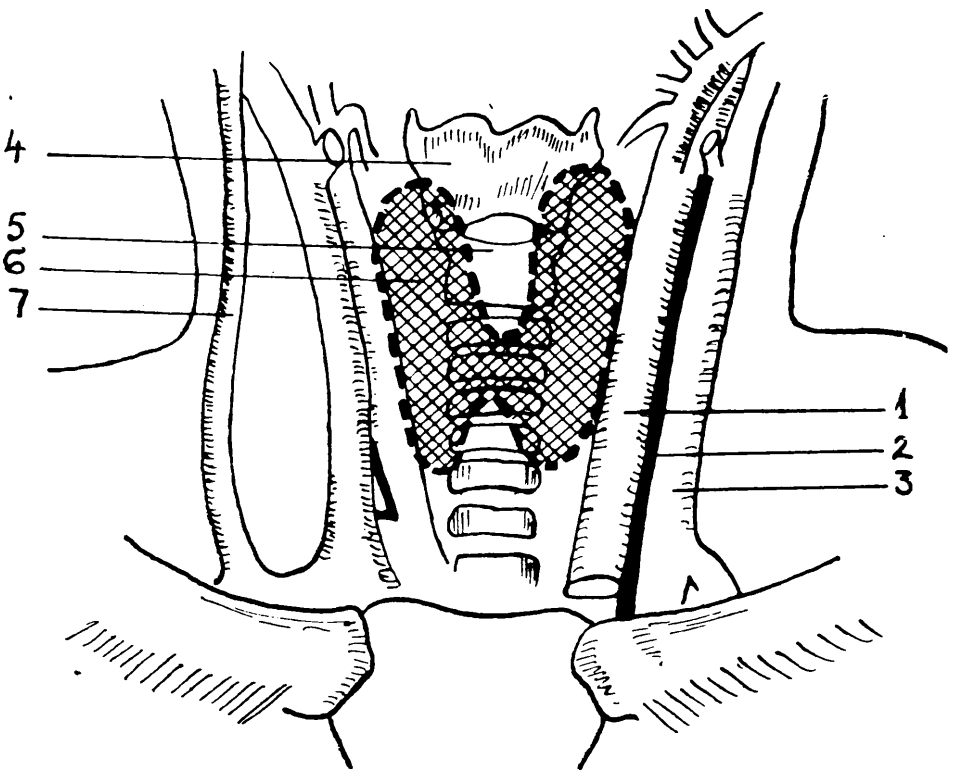
P. Bogovski

KUIDAS TEHA TRAHHEOTOOMIAT?

Trahheotoomia on operatsioon, mida enamasti tuleb teha elulistel näidustustel vältimatu abi korras. Seega peaks iga arst (aga ka velsker), olenemata tema erialast, valdama trahheotoomia tehnikat ja tundma selle näidustusi.

Haige asend. Selili lamavale haigele asetatakse padjake õlgade (mitte kaela) alla, et ta lamaks tugevasti kuklasse sirutatud peaga. Peab meeles pidama, et enamikel juhtudel sellises asendis hingamine raskeneb järsult, seepärast asetada padi haige õlgade alla vahetult enne operatsiooni algust. Samal põhjusel eelistavad mõned kirurgid teha trahheotoomiat haige istuvas või poolistuvas asendis (haiged taluvad seda kergemini).

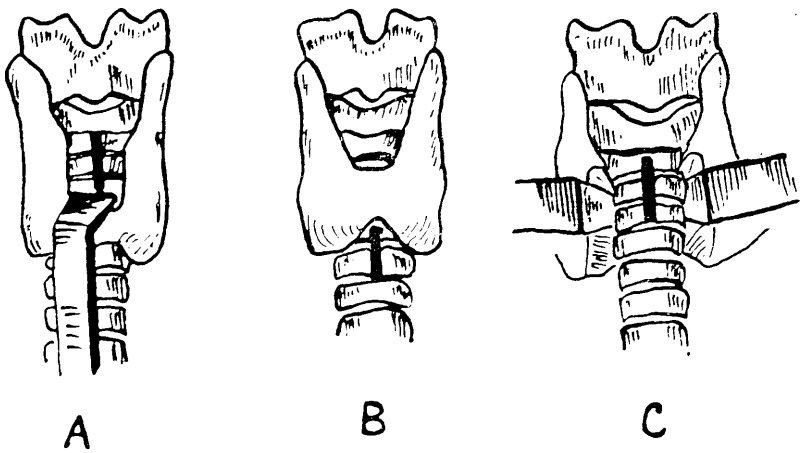
Tuimastus. Ehkki mõnel juhul (stenoosi kolmandas staadiumis) võib trahheotoomiat teha ka ilma igasuguse tuimastuseta, rakendatakse enamikul juhtudel siiski kohalikku tuimastust. Selleks kasutatakse 20—30 ml 0,5%-list novokaiinilahust, mida süstitakse kaelale naha alla rombikujuliselt. Selline süstimine ei



Joonis 1. 1 — *A. carotis communis*, 2 — *N. vagus*, 3 — *V. jugularis int.* 4 — *Cartilago thyreoidea*, 5 — *Cartilago cricoideae*, 6 — *Gl. thyreoidea*, 7 — *V. jugularis ext.*

deformeeri kaela keskjoont ja võimaldab kergemini leida sõrmuskõhre (*Cartilago cricoideae*) ning trahhea ülemisi rõngaid (vt. joonis 1). Trahheotoomia tehakse kas kilpnäärme kitsusest ülalpool (ülemine trahheotoomia, vt. joonis 2) või sellest allpool (alumine trahheotoomia). Keskmist trahheotoomiat, kus läbistatakse kilpnäärme kitsus, tehakse harvemini, peamiselt ülemäära suurenenud kilpnäärme korral. Ülemist trahheotoomiat tehakse tavaliselt täiskasvanutel, alumist lastel. Üldiselt on soovitatav teha alumist trahheotoomiat.

Ülemist trahheotoomiat alustatakse kaela esiküljelt kas piki- või ristlõikega nahasse. Pikilõige tehakse rangelt kaela keskjoonel, alates kilpkõhre keskkohast (kõrisõlmelt) ja jätkates 4—6 sm allapoole (lastel 3—4 sm). Ristilõige tehakse 1 sm allpool sõrmuskõhre. Koos nahaga läbitakse ka nahaalune kude ja kaela pindmine fastsia. Järgnevalt ilmuvad nähtavale rinnaku-keeleluulihased ja nendevaheline kaela valgejoon. Lihased lahutatakse nürilt, hoidudes täpselt keskjoonel (kaela valgejoonel): selleks asetatakse haavakonksud täpselt vastakuti ja tõmmatakse haava servad ühtlaselt mõlemale poole. Ülemisel trahheotoomial tõmmatakse kilpnäärme kitsus allapoole, seejärel ilmuvad nähtavale juba trahhea kõhrerõngad.



Joonis 2. A — ülemine trahheotoomia, B — alumine trahheotoomia, C — keskmine trahheotoomia

Enne trahhea avamist tehakse hoolikas hemostaas, et vältida vere aspireerimist hingamisteedesse. Selleks et avada trahhead, tuleb kõri üles tõsta, fikseerides selle ühehambulise konksuga. Trahhea avamine toimub kas piki- või ristilõikega. Pikilõige toimugu jällegi trahhea keskjoonel, see läbigu 2—3 trahhea ülemist rõngast. Lõige tehakse suunaga alt ülespoole (mitte vastupidi! — viimasel juhul on raske hinnata surve tugevust skalpellile ja, tungides liiga sügavale, võime vigastada trahhea tagumist seina ja selle taga asuvat söögitoru). Kui pärast kanüüli sisseviimist vaba hingamine ei taastu, tähendab see, et kanüül ei ole sattunud trahhea valendikku, vaid trahhea kõhre ja sellelt lahti rebestatud limaskesta vahele. Sellisel juhul tuleb kanüül eemaldada, kontrollida olukorda ning katsuda kanüüli uuesti viia trahhea valendikku.

Alumise trahheotoomia puhul algab nahalõige sõrmuskõhrest 2—3 sm allpool, ulatudes kägisälguni. Siin tuleb meeles pidada, et trahhea-eesse fastsia all asub rikkalik venoosne põimik, mis võib põhjustada küllaltki tugevat veritsemist.

Trahhea ülesleidmisel võib mõnikord olla tõsiseid raskusi. Isegi kogemustega kirurgil võib juhtuda, et ta tunneb selgesti unearteri pulsatsiooni, kompleb hästi lülisammast, aga kaotab haavavalendikus trahhea. See juhtub siis, kui kaldutakse keskjoonest kõrvale ja kui abiline nihutab koos pehmete kudedega ka trahhea ühele küljele. Enne hingetoru avamist on tingimata vaja kombelda hingetoru rõngaskõhresid (meenutab hane hingetoru), et olla kindlasti veendunud, kas on tegemist hingetoruga. Trahheotoomia ajal tekkiva asfüksia korral mitte katkestada operatsiooni selleks, et hakata tegema kunstlikku hingamist! See oleks väärsamm. Tingimata tuleb avada trahhea ja alles seejärel asuda kunstliku hingamise tegemisele. Operatsiooni vältel peab arst säilitama rahu.

Lõpuks ei tohi unustada, et trahheotomeeritud haige hooldamine on sama vastutusrikas ülesanne kui operatsioongi. Perioodiliselt (vajaduse järgi) tuleb puhastada kanüüli sisemist toru sinna kogunevast limast ja selle kuivamisel tekkivaist koorikuist. Vastasel korral võib kanüül ummistuda ja järgneda hingamise takistus. Tuleb silmas pidada, et hingetorusse viidav kanüül koosneks alati kahest teineteise sees olevast torust. Ühekordse toru puhul on selle puhastamine raskendatud. Haige dekanüleeritakse pärast stenoosi likvideerumist. (**L. Espar,** Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonna juhataja.)

MIS ON GAMMAGLOBULIIN JA MISSUGUSED ON SELLE KASUTAMISE NÄIDUSTUSED?

Gammaglobuliin on vereseerumi valgufraktsioon, millega on seotud immuunseerumite antikehade funktsioon. Gammaglobuliin avastati verevalkude uurimisel elektroforeesi meetodiga. Nimetust «gammaglobuliin» hakkas esimesena kasutama A. Tiselius 1937. a. A. Tiselius avastas ka gammaglobuliini seose antikehadega; küülikute immuniseerimisel täheldas ta nende vereseerumis gammaglobuliini hulga tõusu ligi 2 korda. Inimese normaalses vereseerumis leidub gammaglobuliini 8—12% verevalkude hulgast, hobusel aga näiteks 24%. Gammaglobuliini immunogeensete omaduste tõttu on see verevalk leidnud laialdast kasutamist nii kliinilises meditsiinis kui ka epidemioloogia alal. Gammaglobuliini toodetakse vereseerumist tööstuslikult peamiselt piirituse abil sadestamise teel. Gammaglobuliini valmistamise toormaterjaliks kasutatakse põhiliselt kas doonori- või platsentaverd. Eesti NSV-s kogub platsentaverd Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tootmislaboratoorium. Viimane sai 1961. a. jooksul meie sünnitusmajadest ja haiglate sünnitusosakondadest ligi 5000 l platsentaverd, millest saadud vereseerum suunati gammaglobuliini valmistamiseks I. I. Metšnikovi nimelisse Moskva Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituuti. Ühtlasi suunati sinna ligi 800 liitrit seerumit, mida saadi abrasioonide puhul kogutud verest.

Valkude denatureerimise vältimiseks toimub gammaglobuliini tootmise protsess miinustemperatuuri juures, kasutatavad piirituselahused on jahutatud kuni —17°-ni. Preparaadi kuivatamine toimub —76° juures. Saadud kuivaine sisaldab 2—3% niiskust ja on väga hügroskoopne. Pärast bakterioloogilist ja bioloogilist uurimist lahustatakse gammaglobuliini füsioloogilises lahuses nõnda, et saadakse preparaadi 10%-line lahus, mis väljastatakse 3 ml mahuga ampullides. Ampullitud gammaglobuliinilahus on läbipaistev või kergelt opalestseeruv vedelik. Ampulle säilitatakse pimedas +2 kuni +10° temperatuuri juures. Gammaglobuliin on kasutamiskõlblik 1,5 aasta jooksul, arvates selle valmistamise ajast. Mõradega ampulle ei kasutata. Gammaglobuliini süstitakse lihasesse. Keetmisest kuumi süstlaid ja nõelu tuleb jahutada, vastasel korral võib gammaglobuliin süstlasse tõmbamisel kalgenduda. Süstimiseks kasutatakse avara valendikuga nõela.

Gammaglobuliini manustamisega luuakse organismis passiivne immuunsus; selle tekkemehhanism ei ole aga veel lõplikult selgitatud.

Kõigepealt on gammaglobuliin leidnud rakendamist leetritesse haigestumise vältimiseks. Kõige paremaid tulemusi saavutame gammaglobuliini süstimisega leetrite lõimetusaja esimese 4 päeva jooksul. Kui haigel on lööve tekkimise esimene päev, siis temaga kokkupuutunud lastel on harilikult lõimetusaja 4.—5. päev. Gammaglobuliin asendab täielikult leetrite seerumit (3 ml gammaglobuliini süstimine annab 30 ml leetriteseerumi süstimise efekti). Gammaglobuliini kasutamine välistab ka seerumi vahendusel levida võiva epideemilise hepatiidi ohu. Gammaglobuliiniga on võimalik takistada sarlakite sissetoomist lastekollektiividesse, kui positiivse Dicki reaktsiooniga lastele süstitakse seda 3—6 ml.

Et gammaglobuliin sisaldab võrdlemisi kõrgetes tiitrites ka läkaköha antikehi, on tema kasutamine põhjendatud ka selle nakkuse ennetamisel. Gammaglobuliini manustatakse läkaköha puhul kas lõimetusajal või haiguse katarraalses järgus (3—6 ml kaks korda 48-tunnilise vaheajaga). Kramplike köhahoogude eel süstitud gammaglobuliin kergendab hoogusid.

Gammaglobuliin on leidnud rakendamist ka poliomüeliiditõrjes. Poliomüeliidihaigega kokkupuutunud lastele süstitakse gammaglobuliini arvestusega 0,3 ml kehakaalu ühe kg kohta. Korduva kokkupuutumise korral toimub süstimine 3 nädala pärast uuesti.

Gammaglobuliini on soovitatav rakendada ka epideemilise hepatiidi kolletes. 1961. a. sügisel süstiti gammaglobuliini suuremale osale Eesti NSV õpilaskonnast. Praegu jälgitakse selle epidemioloogilist efekti, et välja töötada täpsemad eeskirjad gammaglobuliini kasutamiseks Botkini tõve piiramisel.

Punetiste esinemisel on gammaglobuliini soovitatav süstida ka rasedatele (punetiste viirus võib lootel sageli põhjustada mitmesuguseid väärarenguid).

Kõhutüüfusega haigetel vähendab gammaglobuliin komplikatsioonide ohtu.

Et antibiootikumid surmavad haigusetekitajaid ja pidurdavad sellega antikehade tekkimist, on soovitatav nakkushaiguste ravimisel paralleelselt kasutada ka gammaglobuliini, mis mõnevõrra kompenseerib seda antibiootikumide ebasoovitavat toimet.

Spetsiifiliste omaduste kõrval on gammaglobuliinil veel mittespetsiifiline stimuleeriv toime, mille tõttu on soovitatav gammaglobuliini manustada pikaleveninud reparatsiooniprotsessidega haigetele. Hüpo- ja agammaglobulineemia korral on näidustatud gammaglobuliini kasutamine üks kord kuus 100 mg kehakaalu 1 kg kohta. (Täienduseks ülalöeldule vt. ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1958, 1, 49—52, ja «Большая Медицинская Энциклопедия», М., 1958, т. 6, 331—341.) **(H. Pihl,** Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.)

MILLAL KASUTADA DIAGNOOSI — MAO FUNKTSIONAALNE HÄIRE?

Haiguste üldkehtivas nomenklatuuris leidub mõiste — mao funktsionaalne, mittepõletikulise päritoluga häire. Praktikas kasutatakse seda aga suhteliselt harva.

Maovaevuste esinemisel tuleb teha mitmeid uuringuid, mis kinnitavad või lükkavad ümber mao orgaanilise haigestumise. Sellisteks uurimismeetoditeks on maomahla happesuse määramine fraktsioneeritud proovieine abil, röntgenoloogiline uuring, gastroskoopia ja gastrobiopsia. Seejuures tuleb silmas pidada kroonilise gastriidi diagnoosimise komplekssust, eriti rõhutame gastroskoopiat ja gastrobiopsiat kui objektiivsemaid meetodeid. Kui viimati nimetatud meetoditega ei leita limaskesta patoloogilisi muutusi, samaaegselt aga esinevad maovaevused ning happesus on kas kõrgenenud või langenud (eriti labiilse sekretsiooni esinemisel, kus kõrged happeväärtused vahelduvad madalatega), on mao funktsionaalse häire esinemine üsna tõenäoline. Röntgenoloogiline meetod ei ole limaskesta gastriitiliste muutuste hindamiseks sobiv, sest see lubab otsustada vaid voltide kulu ja kaliibri muutuste üle; need aga pole pahatihti seotud orgaaniliste muutustega (on ennemini tingitud toonuse muutustest).

Tuleb rõhutada, et ainult happemuutuste põhjal ei ole võimalik diagnoosida kroonilist gastriiti, kuigi limaskesta orgaanilistele muutustele kaasuvad üsna sageli sekretsioonihäired. Juhtudel, kus pole teostatud gastroskoopiat või gastrobiopsiat, kuid diagnoosiks pannakse krooniline hüper- või anatsiidne gastriit, tuleb seda lugeda põhjendamatuks. Ühe sümptoomi (happeväärtuste) põhjal diagnoositud krooniline gastriit väljendab sageli arsti nõutust haige vaevuste tõlgendamisel.

Kliiniliselt põhjendatud happeväärtuste leidmiseks tuleb fraktsioneeritud proovieine rakendamisel pidada silmas mitmeid momente. Kui kahtlustame madalat happesust, pole mõtet kasutada kofeiinitaolist nõrka ärritajat, vaid kasutada kas insuliini või histamiini. Kuid ka alles korduva histamiin- või insuliinproovieine puhul saadud anatsiidsus omab tõenäoliselt orgaanilist põhjust. Oletatavate hüperatsiidsete muutuste korral sobib kofeiin- või alkoholproovieine. (**V. Salupere**, Tartu Linna Kliiniline Haigla.)

KUIDAS TOIMIDA, KUI VARAEALISTEL LASTEL ESINEB PNEUMOONIA PUHUL PÜSIV VAEVAV KÖHA?

Püsiva vaevava köha puhul on varaealistel lastel uni, söömine, neelamine ja gaasidevahetus kopsus häiritud; võib esineda oksendamine.

Etiopatogeneetilise ravi (antibakteriaalne ja hapnikravi) kõrval tuleb rakendada ka medikamente ja füsioteraapiat.

Medikamentidest kasutatakse aminasiini või luminaali. Aminasiini antakse 1—2 mg kehakaalu kg kohta *pro die* 3—4 korda päevas. Aminasiiniga võimaldame haigele sügava une, ühtlasi t° languse. Luminaali antakse 0,003—0,005 2—3 korda päevas. Kodeiini varaealistele lastele ei määrata, sest see pidurdab hingamiskeskust. Ka rögastavaid vahendeid (nn. köharohtusid) ei ole soovitatav anda, sest varaealised lapsed ei ole suutelised röga välja köhima.

Füsioteraapiana kasutatakse pneumooniakolde kohal ultralühilainet. Võib alustada löökannusega — kuni 10 minutit vältava seansiga (2—3 seanssi); järgnevate seansside kestus on 5—8 min. Esimesed seansid tehakse iga päev, hiljem ülepäeviti. Seansside arv ei tohi ületada 10.

Mähiseid tehakse tärpentini ja sinepiga. Sinepimähist tehes võetakse 100—200 g sinepipulbrit, valatakse üle keeva veega ja segatakse. Pärast mõneminutilist seismist valatakse puderjas vedelik nõusse, kuhu kastetakse rätik. Mähis asetatakse lapsele rindkere ümber. Mähis eemaldatakse pärast nahapunetuse teket. Nahk tuleb sinepist puhastada ja soojalt katta. Tärpentinimähise tegemiseks võetakse 1 supilusikatäis tärpentini klaasi tulise vee kohta; segu tuleb enne rätiku niisutamist lusikaga hoolikalt segi kloppida. (**A. Uibo**, Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla.)

Refeeraate

Viirusetüvede eraldamisest epideemilise hepatiidi puhul. В. А. Ананьев и А. К. Шубладзе (*О выделении штаммов вируса при эпидемическом гепатите*). Вопросы вирусологии, 1961, 5, 538—542.

Autorite varasemates uurimustes on käsitletud raskusi epideemilise hepatiidi viiruse eraldamisel sellesse haigusesse surnud isikute verest ja maksast. Eraldatud viirusi aga ei suudetud säilitada kestvamalt laboratooriumi tingimustes. Hepatiidihaigete virusoloogilisel uurimisel tuleb arvestada, et neilt saadud uurimismaterjalidest võime eraldada mitmesuguseid laialt levinud viirusi, nagu herpeseviirused, adenoviirused, enteroviirused jt.

Käesolevas teadaandes esitavad autorid andmeid uute viiruste eraldamisest epideemilise hepatiidiga haigete väljaheitest. Kuna varasemad katsed koertel tõestasid, et hepatiidiviirusel esineb kultiveerimiseks kasutatavate kudede suhtes liigipärane kohanemine, kasutasid autorid käesoleval juhul inimese epideemilise hepatiidi viiruse eraldamiseks inimese neerukude. Koekultuuriks võeti surnult sündinud laste neerukude, mida töödeldi trüpsiiniga. Neerukoed arenesid hästi toitelahuses nr. 199, millele lisati vasikaseerumit (10% ulatuses toitelahuse hulgast). Uurimiseks kasutati 60 epideemilise hepatiidiga isiku väljaheite proovi, mis võeti haigestumise erinevatel aegadel. Roojast valmistati 10%-line suspensioon füsioloogilises lahuses, mis külmutati ühekordselt. Hiljem tsentrifugeeriti suspensioon 20 minuti kestel kiirusega 3000 tiiru minutis. Sademel asuvat vedelikku tsentrifugeeriti 10° juures uuesti 20 minuti jooksul kiirusega 16 000—18 000 tiiru minutis. Kõrge tiirude arvu puhul õnnestus viirust sisaldav materjal sageli vabastada bakteriaalsest saastumisest, ilma et oleks olnud vaja kasutada antibiootikume.

Uurimistöö tulemusena eraldati haigestumise esimestel päevadel saadud 20 väljaheiteproovist 5 viirusetüve, sel ajal kui 40 ülejäänud proovist, mis võeti haiguse hilisjärgus, avastati ainult 1 tüvi.

Pärast koekultuuri nakatamist uuritava materjaliga täheldati tsütopatogeense efekti esinemist 3.—4. päeval. Rakkude degeneratsioon avaldus ümarrakuliste viinamarjakobaratega sarnanevate kogumike moodustumisena; need irdusid katsuti klaasilt täielikult kultiveerimise 5.—6. päeval. Viiruste edasisel ümberkülvil tekkis rakkude degeneratsioon juba 24—48 tunni jooksul. Eraldatud viirustega nakatati ka teisi koekultuure, nagu ahvi, koera, vasika, merisea neerurakud, KB, HeLa, Hep-1 ja Hep-2 jt., kuid uuritavad viirused eelistasid neile inimese neerukude.

Järgnesid uurimused eraldatud viiruste diferentsimiseks. Erinevalt poliomüeliidi- ja teistest enteroviirustest ei kasvanud autorite poolt eraldatud viirusetüved, mida nad nimetasid K-3, K-9, K-40, K-42 jne., ahvi neerurakkudel. Poliomüeliidi ja enteroviiruste antiseerumid ei pärssinud tsütopatogeense efekti tekkimist, seevastu hepatiidi rekonvalestsentide seerumid neutraliseerisid avastatud tüvede toime. Inimese normaalne gammaglobuliin neutraliseeris viiruse K-3 lahjenduses 1 : 640. 20 epideemilise hepatiidiga haige uurimisel ei leitud haigestumise ajal ühelgi haigel avastatud viirusi neutraliseerivaid antikehi; 7 haigel aga ilmusid antikehad rekonvalestsentsjärgus.

Uuriti veel eraldatud viiruse teisigi omadusi. Selgus, et need viirused läbivad Seitzi filtrid, ei ole patogeensed vastsündinud ja täiskasvanud hiirte, küülikute, merisigade ja koerte suhtes. Viirused olid vastupidavad sapi ja eetri toimele 72 tunni ja kuumutamisele 50° juures 10 minuti jooksul.

Eraldatud tüved ei aglutineerinud inimese ja ahvide erütrotsüüte. Madalates lahjendustes esines kana erütrotsüütide hemaglutinatsioon. Viirusi sisaldavast vedelikust valmistatud antigeenid andsid spetsiifiliste adenoviiruste seerumitega negatiivse komplemendi sidumise reaktsiooni.

Järelikult ei kuulu avastatud viirused bioloogiliste, kulturaalsete ja antigeensete omaduste poolest senini tuntud, inimese väljaheitega eritatavate viiruste hulka. Sooleviiruste mitmekesisuse tõttu on aga vaja veel edasisi laialdasemaid võrdlevaid uurimisi.

Näib, et on raske välistada avastatud viiruste mõnede tüvede etioloogilist osatähtsust hepatiidi tekitamisel inimesel.

Katsetest avastada epideemilise hepatiidi viirust haigete väljaheitest koekultuuride abil leidub veel üsna vähe kirjeldusi.

Ref. H. Pihl

Epideemilise hepatiidi epidemioloogiast ja profülaktikast, eriti aga profülaktikast gammaglobuliiniga. A. Dorn (*Zur Epidemiologie und Prophylaxe der Hepatitis epidemica unter besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe mit Gamma-Globulinen*). Das deutsche Gesundheitswesen, 1961, 41, 1914—1919.

Esimesed andmed epideemilise hepatiidi kohta pärinevad Hippokrateselt, kes kõneleb sagedamini noortel esinevast kollasusega kulgevast haigusest. Juba kreeklased nimetasid seda haigust ikteruseks (kuldkollase värvusega rästaste hulka kuuluvate lindude järgi). 8. sajandil olevat paavst Sahharias kirjutanud Saksamaale pühale Bonifatsiusele ja soovitanud viimasel kollatõvega haiged isoleerida, et vältida haiguse levikut. Esimesed andmed epideemiatest Euroopas pärinevad 17. ja 18. sajandist. Saksamaal kirjeldatakse kollatõve puhangut esimest korda üksikasjaliselt 1761. a.

Haiguse tekitajaks on viirustega sarnanev filtreeruv hepatotroopne agens. Haigete väljaheite filtraadiga, verega, nina-kurguloputusvedelikuga, kaksteistsõrmiksoole sisaldisega ja kusega on õnnestunud nakatada vabatahtlikke ja ka mõningaid katseloomi.

Haigestuvad peamiselt lapsed ja noored. Harva esineb haigus ka imikutel. Epideemiad algavad enamasti hiilivalt, vältavad kuid ja vaibuvad pikkamisi. Haigestumised sagenevad sügiseti ja talviti. Epideemiline hepatiit levib peaasjalikult fekaal-oraalsel teel, saastunud toiduainete ja vee vahendusel. Haige on nakkusohtlik juba inkubatsiooniperioodil, eriti aga eelkollasuse järgus ja ligi 3 nädalat pärast haigestumist. Hepatiidiviirusi on leitud väljeheitest veel kuni 16 kuud pärast haigestumist.

Haiguse levikut soodustavad ebahügieenilised olustikutingimused. Eelsoodumuseks on tuberkuloosi, suhkrutõve, gripi, gastroenteriidi jt. haiguste põdemine ja organismi üldine kurnatus. Sageli haigestuvad arstid ja teised meditsiinitöötajad. Peiteaeg on 14—28 päeva, mõningate autorite järgi 3—5 nädalat. Põdemine annab harilikult kestva immuniteedi.

Eriti oluline on haigete varajane isoleerimine. Haigete eest hoolitsemisel tuleb arvestada, et nende ekskremendid on nakkusohtlikud vähemalt kolme nädala jooksul pärast haigestumist. Tuleb vältida toiduainete, piima ja vee saastumist nakkusetekitajatega. Hepatiidihaigetega kokkupuutunud toitlusalal töötajad tuleb ümber paigutada teisele tööle. Haigus võib levida ka kärbestega ja hooletult pestud aedviljaga. Erilist tähelepanu on vaja juhtida seerumihepatiidi ärahoidmisele (levib mitmesuguste meditsiiniliste manipulatsioonidega).

Gammaglobuliini kasutamisele hepatiidi profülaktikaks on juhitud tähelepanu alates 1944.—1945. a. Ameeriklased kasutasid Teise maailmasõja lõpul gammaglobuliini hepatiidi tõrjeks Vahemere piirkonnas asuvates väeüksustes. Preparaadi laialdast kasutamist takistab selle kallidus.

Mis puutub gammaglobuliini annusesse, siis on seda kasutatud alates 0,01 cm^3 kehakaalu iga kg kohta. On ka autoreid, kes on kirjeldanud kuni 10 ml gammaglobuliini süstimist ühele isikule. Optimaalseks peetakse 0,02 ml 16%-lise gammaglobuliini lahuse kasutamist kehakaalu iga kg kohta. Gammaglobuliini toimet seotakse aktiivse-passiivse immuunsuse tekkimisega, mis kestab erinevate autorite andmetel 5—9 kuud.

Autor kirjeldab kahte epideemilise hepatiidi puhangut. Ühe puhul ta gammaglobuliini ei kasutanud, mistõttu haigestumised jätkusid mitme kuu vältel; teises koldes (11 haiget) aga ei esinenud pärast gammaglobuliini manustamist enam ühtegi haigestumist.

Ref. H. Pihl

UUSI ARSTITEADUSE KANDIDAATE TARTU RIIKLIKUST ÜLIKOOLIST

1961. a. sügisel kaitsti Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu ees 2 väitekirja arstiteaduse kandidaadi kraadi saamiseks.

20. oktoobril kaitses väitekirja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanem teaduslik töötaja Kiira Männik teemal «Alkoholi põlemiskiirusest aju-koljutraumaga haigeil ning aju-koljutrauma ja alkoholijoobe diferentsiaaldiagnostikast». Oponendid olid arstiteaduse doktor prof. G. Kingisep ja arstiteaduse kandidaat dots. E. Raudam. Töö valmis autoril Tartu Riikliku Ülikooli aspirantuuris kohtuarstiteaduse erialal, juhendajaks oli arstiteaduse doktor prof. A. Raatma. K. Männik pööras tähelepanu peamiselt kahele küsimusele: 1) kas aju-koljutrauma mõjutab alkoholi põlemiskiirust ja 2) kas on võimalik täpsemalt piiritleda traumat ja alkoholist tingitud nähte. K. Männiku süstemaatiline ja põhjalik uurimus on suureks abiks nii kohtumeditsiini ekspertidele kui ka traumatoloogidele.

10. novembril kaitses väitekirja Narva Linna Haigla arst Mihhail Farber teemal «Nimme-ristluunärvi põletikuga haigete ravimine B_{12}-vitamiiniga». Oponentideks olid arstiteaduse doktor prof. E. Karu ja arstiteaduse kandidaat dots. E. Raudam. Selle töö juhendajaks oli arstiteaduse doktor prof. N. Krõšova Leningradist. Nimetatud väitekiri valmis praktilise töö kõrval Narva Linna Haigla neuroloogia osakonnas. Autor tõestab B_{12}-vitamiini intramuskulaarse ja epiduraalse manustamise rakendatavust lumbosakraalse radikuliidiga haigete ravimisel. M. Farberi uurimus on väärtuslikuks panuseks lumbosakraalsete radikuliitide ravis.

I. Maaroos

KILDE EKSKURSIOONILT RUMEENIASSE JA BULGAARIASSE

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ametiühinguorganisatsiooni algatusel toimus 1961. a. augustis-septembris teaduskonna õppejõudude ja teenistujate ekskursioon Rumeeniasse ja Bulgaariasse. Ekskursiooni programm oli üldine, kuid kohalikkude organisatsioonide ja isikute kaasabil osutus võimalikuks heita põgus pilk ka mõlema riigi meditsiinikorraldusse.

Rumeenia Rahvavabariigis toimub arstide ettevalmistus meditsiiniinstituutides, neid on kokku viis (üks ungari õppekeelega). Arstiteaduse üliõpilase stuudium kestab 6 aastat, kursuste süsteem on samasugune kui meil. Eksamil hinnatakse üliõpilase teadmisi 10-pallilises süsteemis, hinne 5 tähendab rahuldavat. Instituut lõpetatakse riigieksamitega põhidistsipliinides ning diplomitöö kaitsmisega. Pärast Instituudi lõpetamist suunatakse eranditult kõik arstid kolmeks aastaks tööle maajaoskondadesse. Selle aja jooksul valmistab noor arst end ette sekundaararsti eksamiteks, mis ta võib õiendada linna- või piirkonnahaigla juures. Pärast seda on arstil õigus asuda tööle haiglas teda huvitaval erialal.

Kui arst on töötanud oma erialal vähemalt kaks aastat ja haiglas on vastav koht vakantne, võib ta õiendada spetsialisti eksamid. Kui arst on seejärel vähemalt kolm aastat töötanud spetsialistina, võib ta vakantse koha olemasolu korral õiendada primaararsti eksamid. Arstide kvalifikatsioonieksamid on seega ühtlasi konkursiks vastavale ametikohale. Eksamid, mis toimuvad komisjoni ees, hõlmavad nii teoreetilisi küsimusi kui ka praktilisi diagnoosimise, laboratoorseid jt. ülesandeid. Nendel eksamitel hinnatakse teadmisi koguni 20-pallilises süsteemis. Teaduslikku kaadrit valmistab ette aspirantuur ja doktorantuur (teaduslikud kraadid on nagu meilgi kandidaat ja doktor). Teaduslikku tööd tehakse suuremates linna- või piirkonnahaiglates, meditsiiniinstituutides, Rumeenia Teaduste Akadeemia arstiteaduslikes uurimisinstituutides jm. Arstiabi elanikkonnale on tasuta, ravi-profülaktikaasutuste võrk laialdane.

Rumeenia arstiteaduslikkudest asutustest, mida allakirjutanul õnnestus näha, tohiks huvi pakkuda eelkõige akadeemik C. I. Parhoni nimeline Geriaatria Instituut, mille direktoriks on prof. Anna Aslan. Instituut asub Bukaresti äärelinnas, vanapoolsetes ja mitte eriti ruumikates hoonetes. Instituudil on kolm osakonda: sotsiaal-, kliiniline ja eksperimentaalne osakond. Sotsiaalosakond uurib põhjalikult Rumeenia elanikkonna vanuselist koostist, elutingimusi, toitumust, klimatoloogilisi iseärasusi jm. ning on kogunud juba ulatusliku materjali. Eksperimentaalne osa-

kond, olles varustatud rikkaliku ja hästi sisustatud vivaariumiga ning mitmekesiste laboratooriumidega, uurib eksperimentaalset ateroskleroosi ning neurodüstroofiat ja mitmesuguste farmakonide toimet neile. Kliiniline osakond koosneb 100 voodiga sanatooriumitüüpi statsionaarist ja 100 voodiga vanadekodust. Nendes ravitakse patsiente peamiselt instituudis väljatöötatud preparaadiga gerovitaal-H_3, mida Rumeenia farmaatsiatööstus toodab massiliselt. Peale novokaiini sisaldab preparaat mitmeid mikroelemente ning vitamiine ja instituudi andmeil on see edukalt rakendatav ateroskleroosi mitmesuguste vormide, parkinsoni tõve, vaskulaarsete spasmide, rinnaangiini, artrooside, neuriitide ja neuralgiate, troofiliste häirete, bronhiaalastma, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve ja hemipleegia järelseisundi puhul. Ravikuur gerovitaal-H_3-ga toimub süstetena (5 ml) lihasesse kolm korda nädalas, kokku 12 süstet. Aasta jooksul soovitatakse teha 8—10 kuuri. Sama preparaati soovitab Geriaatria Instituut kasutada raugastumise profülaktikaks, kusjuures alates 45. eluaastast tuleb aasta vältel läbi viia 4—5 analoogilist kuuri. Geriaatria Instituudi kliinilises osakonnas demonstreeritud patsientidel võis konstateerida psüühilise toonuse üldist tõusu ning somaatiliste raukusnähtude taandumist. Kahjuks ei ole instituudi kliinilise osakonna patsiente siiani süstemaatiliselt psühhiaatriliselt uuritud, alles mõne kuu eest rakendati tööle psühholoogia laboratoorium.

Väga huvitav oli tutvuda ka Bukaresti meditsiiniinstituudi neuroloogia kliinikuga, mille juhatajaks on akadeemik O. Sager. Kliinik (100 voodit ja rida laboratooriume) asub omaette hoones teiste instituudi kliinikutega ühisel territooriumil. Neuroloogia kliinik juhib õppetööd üksnes neuroloogia alal, kuna neurokirurgia on iseseisev distsipliin ja neuroinfektsioonid kuuluvad nakkushaiguste kursusesse. Muude laboratooriumide kõrval on kliinikus rikkaliku aparatuuriga ja vivaariumiga varustatud eksperimentaalse neurofüsioloogia laboratoorium, kus kliiniku kollektiiv akadeemik O. Sageri juhtimisel uurib peamiselt dientseefaloni talitlust. Senised uurimistülemused on vormistatud monograafiana, mis ilmub ligemal ajal ka vene keeles. Ravi- ja õppetöö kliinikus moodustab ühtse terviku. Direktor on meie mõistes niihästi kateedrijuhataja kui ka kliiniku peaarst.

Põgusalt õnnestus tutvuda ka piirkonnahaiglaga (meie mõistes oblastihaiglaga) suures tööstuskeskuses Brašovis. Haiglas on kokku 10 osakonda 655 voodiga, mis on mahutatud 6 hoonesse. Peale statsionaari kuuluvad haigla koosseisu polikliinik, linna arstijaoskonnad ning dispanserid ja arstipunktid suuremates ettevõtetes. Haigla varustus aparatuuri osas on hea, ruumid avarad, kuigi osa hooneid on vanad. Ravi- ja profülaktilise töö kõrval on piirkonnahaigla ülesandeks juhtida metoodiliselt kogu arstlikku tegevust piirkonnas. Iga eriala osakonna juhataja on ühtlasi kogu piirkonna ulatuses vastutav arstiabi eest oma erialal (meie mõistes piirkonna peaspetsialist). Piirkonnahaigla on samal ajal ka arstide täienduskeskuseks oma piirkonnas.

Bulgaaria Rahvavabariigis toimub arstide ettevalmistamine samuti iseseisvates meditsiiniinstituutides — neid on käesolevast sügisest alates kolm (Sofia ja Plovdivi kõrval alustas tööd ka Varna meditsiiniinstituut). Stuudiumi kestus on 6 aastat, viimane neist on põhiliselt praktiline. Lõpetamine toimub riigieksamitega. Pärast lõpetamist suunatakse eranditult kõik noored arstid kolmeks aastaks maale. Seejärel spetsialiseeruvad soovijad kolme aasta jooksul valitud erialale linna- või piirkonnahaiglas. Arstide kvalifikatsiooni astmeid on Bulgaarias kokku viis, kusjuures iga järgnev aste omistatakse eksamite põhjal. Teadusliku kraadi ettevalmistamine toimub aspirantuuris ja doktorantuuris, kraade on kaks: kandidaadi- ja doktorikraad. Arste ei ole Bulgaarias kõikidel erialadel piisavalt, msitõttu on paiguti lubatud töötada kuni $1^1/_2$ koormusega.

Meil oli võimalik külastada Sofia meditsiiniinstituudi kliinikutelinnakest. Kõik kliinikud paiknevad ühisel territooriumil suures pargis. Hooned on osalt pärit ennesõjaaegsest perioodist, osalt valminud viimastel aastatel ja osalt praegu ehitamisel. Lähemalt oli võimalik tutvuda instituudi psühhiaatria kliinikuga, kus toimub niihästi ravi- kui ka õppetöö. Kliiniku juhatajaks on akadeemik G. Uzunov, rahvusvaheliselt tuntud spetsialist infektsioonipsühhooside alal. Kliiniku 130 voodit on paigutatud avaratesse ja rõõmsailmelistesse palatitesse, ülemajutust ei esine. Terve korruse võtavad enda alla mitmesugused laboratooriumid, nende hulgas on ka isotoopide ja elektrofüsioloogia laboratooriumid. Kõik laboratooriumid on avarates ruumides ning moodsa aparatuuriga. Kliinik uurib peamiselt infektsiooni- ja intoksikatsioonipsühhoose ning nende neurofüsioloogilisi aluseid. Õppe- ja ravitööd juhivad peale professori veel kaks dotsenti ja 13 arsti. Muuseas, huvitav detail: Bulgaaria kõrgemates õppeasutustes on auditooriumidele antud Bulgaaria vabaduse eest langenud üliõpilaste nimed. Psühhiaatria kliiniku auditoorium kannab Stojan Vasilievi, partisanina fašistide vastu võideldes langenud arstiteaduse üliõpilase nime.

Maalilises Tõrnovo linnas, mis kord on olnud isegi Bulgaaria pealinnaks, avanes võimalus külastada piirkonnahaiglat. Paljudesse korpustesse paigutatud haiglal on kõikide erialade statsionaarsed osakonnad, samuti polikliinik ja dispanserid. Piirkonnahaigla juhib ravi- ja profülaktilist tööd kogu piirkonna ulatuses ning on arstidele ühtlasi täienduskeskuseks. Nii ruumide kui ka varustuse osas on Tõrnovo piirkonnahaigla üsna tagasihoidlik, kuid valmimisel on mitu ajakohast korpust.

Nii Rumeenia kui ka Bulgaaria raviasutuste võrgus on märkimisväärne koht Musta mere äärsetel sanatooriumidel. Klimaatilised tegurid on soodsad ja merest eraldunud lahesoppides leidub rohkesti muda. Rumeenias on üheks suuremaks sanatooriumide ja mudaravi keskuseks Tekirgiöl, kus asub muuseas ka sanatoorium poliomüeliidi järelseisunditega haigete raviks. Bulgaaria mudaravi keskuseks on Pomorje, kus endisest merelahest saadakse peale selle ka soola (selle kontsentratsioon limaani madalas vees on 35%). Varna lähedal, otse Musta mere liivasel kaldal asub bulgaaria vanim laste luu-liigesetuberkuloosi sanatoorium. Nii Musta mere ääres kui ka Karpaatide ja Balkani mägedes on teisigi sanatooriume ning puhkekodusid, mida kasutavad üsna rohkesti ka teiste sotsialismimaade kodanikud.

Kõige meeldivamad muljed jäid meile inimestest. Südamlik külalislahkus ja siiras sõbralikkus muutis kõige põgusamadki külastused kauaks meelde jäävateks elamusteks.

J. Saarma

SISUKORD

Teooria ja praktika

K. KÕRGE — Allergia patogeneesist ja diagnostikast 3
J. RIIV — Kogemusi bronhiaalastma ravimisel 10
M. SILD ja E. TALLMEISTER — Süstelahuste palavikkutekitava toime uurimisest 15
E. VAGANE — Sanatoorsel ravil viibivate polüartriidihaigete C-vitamiini vajadusest 18
R. KÄBIN — Toitude kohustuslikust vitaminiseerimisest 22
J. REINARU — Nakkusliku kollatõve etioloogia ja profülaktika tänapäeval 26
A. DANILOVITŠ ja E. ALLIK — Vereseerumi aldolaasi aktiivsuse ja bilirubiini nihetest epideemilise hepatiidi haigetel 30
R. ORŠANSKAJA — Südamesisestest trombidest ja polüüpidest 33

Tervishoiu organisatsioon

A. SARAP ja M. MARANTS — Ajutist töövõimetust põhjustavate haigestumiste uurimisest Eesti NSV tööstusettevõtetes 37

Kogemuste vahetamine

H. PETLEM — Maos tekkinud võõrkehad (kolloodiumpulstikud) . . . 40
K. SÖÖT — Mitmikute loodete üsasisene spontaanne pööre 39.—40. rasedusnädalal 42
S. TAMM — Võõrkehadest kopsus varaealistel lastel 43

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

К. КЫРГЕ — О патогенезе и диагностике аллергии
Я. РИЙВ — Опыт лечения бронхиальной астмы
М. СИЛЬД и Э. ТАЛЛМЕЙСТЕР — Об исследовании пирогенного действия растворов для инъекций
Э. ВАГАНЕ — О потребности в витамине С у больных полиартритом при санаторном лечении
Р. КЭБИН — Об обязательной витаминизации пищи
Й. РЕЙНАРУ — Этиология и профилактика инфекционного гепатита в настоящее время
А. ДАНИЛОВИЧ и Э. АЛЛИК — О сдвигах активности альдолазы и билирубина в сыворотке крови у больных эпидемическим гепатитом
Р. ОРШАНСКАЯ — О внутрисердечных тромбах и полипах

Организация здравоохранения

А. САРАП и М. МАРАНЦ — Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на промышленных предприятиях Эстонской ССР

Обмен опытом

Х. ПЕТЛЕМ — Инородные тела в желудке (коллодий-безоары)
К. СЭЭТ — Внутриматочный спонтанный поворот близнецов на 39—40-й недели беременности
С. ТАММ — Об инородных телах в легких у детей раннего возраста

Abiks velskritele ja õdedele

S. SIBUL — Esmaabist kõrva-nina-kurguhaiguste alal 46

K. AHHUNDOVA ja E. PUUSEP — Rõuged ja nende profülaktika . . 51

Konverentsid ja nõupidamised

S. NAARITS — Akušöör-günekoloogide VI vabariiklik konverents . . . 55

E. VALDRE ja M. TEOSTE — Koolitarstide seminar 57

E. HEINSOO — Sümpoosion lülidevaheliste diskide degeneratiivsete haigestumiste alal 58

T. KUSLAP — Viirushaiguste teaduslik sessioon Moskvas 58

Mitmesugust

P. ZOBEL — Eesti NSV apteegid tänapäeval 59

V. REEBEN — Elektroonika rakendamisest meditsiinis 61

Mõne reaga 66

Tähtpäevad

Professor Valter Hiie 60-aastane . . . 68

A. Gavrilov 50-aastane 69

Hans Roots 50-aastane 70

Küsimused ja vastused 71

Referaate 75

Kroonika 77

В помощь фельдшерам и сестрам

С. СИБУЛЬ — Об оказании первой помощи при заболеваниях уха-горла-носа

К. АХУНДОВА и Э. ПУСЕП — Оспа и ее профилактика

Конференции и совещания

С. НААРИТС — VI республиканская конференция акушеров-гинекологов

Э. ВАЛДРЕ и М. ТЕОСТЕ — Семинар школьных врачей

Э. ХЕЙНСОО — Симпозиум по дегенеративным заболеваниям межпозвоночных дисков

Т. КУСЛАП — Научная сессия в Москве по вирусным заболеваниям

Разное

П. ЦОБЕЛЬ — Аптеки Эстонской ССР в настоящее время

В. РЭЭБЕН — О применении электроники в медицине

В несколько строк

Юбилейные даты

60-летие профессора Валтера Хийе

50-летие А. Гаврилова

50-летие Ханса Роотса

Вопросы и ответы

Рефераты

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

2
Märts–April

5. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1962

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *M. Hansen*

Ladumisele antud 12. II 1962. Trükkimisele antud 5. IV 1962. Trükiarv 3900. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5 ÷ 3 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,53. Arvutuspoognaid 8.72. Tellimise nr. 1555. MB-00368.

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

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

ONKOLOOGIAALASE TEADUSLIKU UURIMISTÖÖ JA VÄHIVASTASE VÕITLUSE ÜLESANNETEST EESTI NSV-s NLKP PROGRAMMI VALGUSES

P. BOGOVSKI ja *A. GAVRILOV*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

NLKP XXII kongressil vastuvõetud programm annab konkreetsed juhtnöörid kommunismi edasiehitamiseks meie ühiskonnas. Selgelt on piiritletud ülesanded rahvatervishoiu alal: põhieesmärgiks on vältida ning vähendada haigusi ja pikendada eluiga. Olulisteks vahenditeks teel sellele on elanikkonna täielik kindlustamine kvalifitseeritud arstiabiga, meditsiiniasutuste ulatuslik ehitamine, elanikkonna dispanseerimine jne. Nõukogude arstiteadlaste ees seisab muu kõrval ülesanne — koondada jõupingutused vähktõve ärahoidmiseks ja ravivahendite avastamiseks.

Vähivastast võitlust korraldab vabariigis alates 1945. aastast onkoloogiaasutuste võrk, mis pidevalt täienedes on praeguseks ajaks kindlustanud onkoloogilise abi suhteliselt rahuldava taseme.

Teaduslik uurimistöö vähi alal on mõnevõrra elavnenud alles viimase kahe aasta (1960—1961) vältel. Enne seda tegeldi eksperimentaalse onkoloogiaga Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis (alates 1951. aastast P. Bogovski, A. Võsamäe, H. Turu) ja vähemal määral Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas (H. Vahter). Uurimistööd käsitlesid eesti põlevkivitoodete kantserogeenset toimet. Vähktõve kliiniline uurimine ei olnud süstemaatiline, võib märkida vaid konverentsidel esitatud kokkuvõtteid mitmesuguste vähivormide ravi tulemustest (V. Kuusik, A. Anton, A. Gavrilov, L. Luik, V. Rätsep, E. Jõgar, E. Raudam, L. Lehespalu jt.) ning diagnostikast (L. Märss, K. Villako, V. Hiie, V. Rätsep ja L. Luik, A. Linkberg, U. Podar, K. Titkin jt.).

Esmajoones tuleb vabariigi arstiteadlaste jõud koondada teatavate uurimissuundade ümber. Kogu vähiprobleemi üheaegselt läbi uurida ei ole võimalik ega vajalikki, kiiremini jõuab edasi, kui mitme uurija jõupingutused on koondatud teatavatesse tulipunktidesse. Teisest küljest on aga just vähiprobleemi põhiküsimused lahendatavad paljude meditsiini, bioloogia, keemia ja füüsika erialade koostöös. Komplekssе uurimise kogemused on veel väikesed, näitena vääriks mainimist Eesti NSV TA Keemia Instituudi ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ühist tööd põlevkivisaadustes leiduvate kantserogeensete ainete avastamiseks. Arstiteadlased ei oleks ilma keemikuteta kunagi suutnud välja töötada tüsilikkude orgaaniliste ühendite põlevkiviõlidest eraldamise metoodikat. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnal on juba koostöö kogemusi füüsikutega aeroionisatsiooni toime uurimisel, nüüd on kujunenud reaalsed alused meditsiini, bioloogia, matemaatika ja füüsika veelgi tihedamale läbipõimumisele uurimismetoodika seisukohast. Ei ole kahtlust, et eriti otstarbekohane oleks rakendada neid võimalusi vähiprobleemi uurimisel.

Uurimissuundade kavandamisel on tarvis lähtuda kahest põhimõttest. Esiteks on otstarbekas viia uurimusi edasi neis lõikudes, kus on olemas küllaldaselt kvalifitseeritud kaader, teiseks tuleb rakendada uut kaasaegset metoodikat, mis nõuab kaadri vastavasuunalist ettevalmistamist.

Eksperimentaalse onkoloogia alal on meie vabariigis välja kujunenud põhiliselt kolm perspektiivset uurimissuunda.

Esimesena märgime Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi uurimistööd kantserogeensete ainete alal. Senised tööd puudutavad eesti põlevkivisaaduste vähkitekitavat toimet ning on üldjoontes lõpetatud ja üldistatud. Nende tööde alusel määras NSVL Arstiteaduse Akadeemia Presiidium instituudi üheks NSV Liidu metoodiliseks keskuseks, mis samuti nagu kaks teist keskust tegeleb väliskeskkonna keemiliste kantserogeensete ainetega. Seoses keemiatööstuse arenguga tekib selles valdkonnas pidevalt uusi küsimusi, mis ootavad vastust. Uurimised on praktilise tähtsusega, andes lähteandmeid vähktõve profülaktikale. Üldisema teoreetilise tähtsusega on uute kantserogeensete ühendite väljaselgitamine koos keemikutega. Samuti olulised on uurimised, mille eesmärgiks on kantserogeense toime ärahoidmine või selle toime tulemusena tekkiva kasvaja ravimine. Sel puhul on peatähelepanu pööratud organismi kaitsereaktsioonide, peamiselt sidekoeliste protsesside olemuse selgitamisele ja nende reaktsioonide mõjustamise võimalustele. Selles valdkonnas toimub töö koostöös biokeemikutega, kes uurivad bioloogiliselt aktiivsete looduslike ainete koostist ja toimemehhanisme.

Eksperimentaalse onkoloogia teiseks suunaks meie vabariigis on kantserogeensete ainete toimel tekkivate kasvajate patogeneesi uurimine (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dermatoveneroloogia kateeder, H. Vahter). Püütakse kindlaks määrata närvisüsteemi mitmesuguste osade tähendust. Eesmärgiks on leida ka kasvajalise protsessi mõjustamise võimalusi närvisüsteemi kaudu.

Kolmandaks suunaks on kujunemas Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri (A. Lenzner) otsingulised uurimistööd kasvajate ja mitmesuguste mikroorganismide vahekordade kohta. Eesmärgiks on kasvajakoe ainevahetuse iseärasuste selgitamine mikrobioloogiliste meetoditega. Kaugemaks perspektiiviks on leida võimalusi kasvajate diagnoosimiseks ja ravimiseks.

Need kolm teoreetilist laadi üldküsimust peaksid mitmeks aastaks jääma vabariigi eksperimentaalse onkoloogia põhiliseks tegevusväljaks. Ei ole otstarbekohane laiendada uurimistööd ka teistesse suundadesse, see ainult aeglustaks edasiminekut. On vaja, et kõigi kolme suuna juhtivad töötajad mobiliseeriksid enda ümber tugevad kollektiivid. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas võiksid nimetatud teemade kallal töötada paljude kateedrite õppejõud, eriti nooremad, kellel ei ole veel välja kujunenud kindlaid huvialasid. Samuti tuleks üliõpilaste teaduslike ringide liikmeid enam suunata sellele uurimistööle.

Uurimistöö kliinilise onkoloogia alal peab ilmselt olema mõnevõrra mitmekesisem. Sellest peaksid osa võtma mitte ainult kliiniliste kateedrite õppejõud Tartu Riiklikust Ülikoolist, vaid ka arvukad arstid-praktikud (peale onkoloogide ka teiste erialade spetsialistid).

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi onkoloogid-klinitsistid on võtnud oma uurimistöö põhisuunaks vähieelsete seisundite diagnoosimise ja ravi. Suure teoreetilise ja praktilise tähtsusega on vähieelsete seisundite kriteeriumide selgitamine. Kliinilised tööd ja eksperimentaalsed uurimised on omavahel seotud, sest mõlemate ülesandeks on otsida organismi kaitsereaktsioone mõjustavaid tegureid. Tihe koostöö keemikute, biokeemikute ja füüsikutega peab valitsema ka diagnoosimismeetodite väljatöötamisel.

Paljude tähtsate küsimuste lahendamisel võivad suurt abi anda arstid-praktikud. Esmajoones on oluline aastakümnete jooksul jälgida elanikkonna haigestumist mitmesugustesse vähivormidesse. Statistilisi üldistusi on kerge teha, kui kõik vabariigi onkoloogiaasutused töötavad algmaterjali kogumisel (s. t. vähihaigete avastamisel, diagnoosimisel ja registreerimisel) metoodiliselt ühtsete põhimõtete järgi. Eriti väärtuslikud on klinitsistide kokkuvõtted ja üldistused mitmesuguste diagnoosimis- ja ravimeetodite võrdleva efektiivsuse kohta. Tähelepanu väärib ka eesti onkoloogia ajaloo uurimine, mida alustati Tartu Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris.

Ka kliinilises uurimistöös, ehkki see on paratamatult mitmepalgelisem, on väga oluline koondada jõud mingite põhiküsimuste ümber. Teaduslikud töötajad peaksid püüdma uurimistööd teha koos arstide-praktikutega ja tõmbama sellest huvitatud arste endaga kaasa. Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis on juba aastaid kasutusel mittekoosseisuliste teaduslike kaastööliste statuut. Instituut osutab arstidele-praktikutele, kes on vormistatud kaastöölisteks, mitmekülgset abi teadusliku töö tegemisel.

Onkoloogia probleemid ulatuvad kaugele väljapoole meditsiini piire. Nagu märgitud, saab ja tuleb töötada käsikäes keemikute, füüsikute ja matemaatikutega. Eriti tuleb rõhutada avaraid uurimisvõimalusi mitmesugustel bioloogia aladel. Olulisi andmeid võivad anda tööd, mis käsitlevad kasvajate esinemise seaduspärasusi loomadel ja taimedel. Selles osas on ulatuslikud töövõimalused Tartu Riikliku Ülikooli bioloogidel, Teaduste Akadeemia zooloogidel ja bioloogidel, Eesti Põllumajanduse Akadeemia veterinaaridel jt. Tuleb meeles pidada, et vähiprobleem on tegelikult suur üldbioloogiline probleem, vähktõve olemus on tihedalt seotud raku pärilike omadustega ja nende muutumisega. Seega on kõik uurimistööd, mis aitavad selgitada raku pärilike omaduste mõjustamise vahendeid ja tingimusi, väga olulised ka vähktõve probleemi lahendamisel.

Teadusliku töö edukus oleneb kaadrist ja töötingimustest. Esmajärguliseks vajaduseks on kvalifitseeritud kaadri kasvatamine. Käesoleval ajal õpib väljaspool vabariiki aspirantuuris neli noort arsti, kohapeal pole aga teadusliku kaadri kasvatamine onkoloogia alal veel küllaldane. Tuleb alustada tööd juba üliõpilastega. Suured ülesanded langevad seoses sellega üliõpilaste teaduslikele ringidele ja nende juhendajatele. On samuti vaja, et rohkem arste, kes on saanud praktilises töös küllaldased kogemused, omandaksid oskuse oma tähelepanekuid teaduslikult analüüsida ja üldistada.

Uurimistöö tõhusus sõltub ka materiaalsest ja tehnilisest baasist (ruumid, katseloomad, aparatuur jms.). Eesti NSV TA plaanides on ette nähtud ulatusliku hoonetekompleksi püstitamine Harkus 1965. aastaks. Eesti NSV TA Eksperimentaalbioloogia Instituudile ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudile on planeeritud ühised kaasaegsed laboratooriumid, töökojad, vivaariumid jne. Nende ehituste valmimiseni on meil ruumidega suuri raskusi. Kliinilise onkoloogia arendamiseks on äärmiselt tähtis ehitada uus hoone Tallinna Vabariiklikule Onkoloogia Dispanserile. Plaani järgi saab see teoks samuti lähemate aastate jooksul.

Vähivastase võitluse ülesannete süstematiseerimisel peatugem mõne sõnaga praegusel olukorral.

Vabariigis on 2 spetsiaalset dispanserit (Tallinnas 80, Tartus 60 voodikohaga), 6 dispanseerset onkoloogia osakonda ja 6 onkoloogia kabinetti. Igas rajoonis on olemas vähivastase võitluse eest vastutav arst. Üle 50 meie arsti on saanud spetsiaalse onkoloogiaalase ettevalmistuse Moskvas, Leningradis või Tallinnas. Üle 150 arsti on läbi teinud lühiajalised kursused või seminarid Tallinna ja Tartu dispanserites. Üle 100 meditsiiniõe on saanud eriettevalmistuse vähihaigete põetamise ja ravi alal.

Iga aastaga on vähenenud kaugelearenenud vähktõvega haigete arv. 1955. a. esmakordselt arvele võetud isikutest 33,2%-l avastati haigus hilises järgus, 1960. a. oli selliste haigete protsent 22,3. Tublisti on suurenenud massiliste profülaktiliste läbivaatuste maht. 1960. a. vaadati läbi 105 000 inimest, kelle seast avastati 0,3% vähihaigeid; 2,7% uurituist leiti vähieelseid seisundeid. Naiste nõuandlates ja polikliinikute vaatluskabinettides vaadati samal aastal läbi 96 000 naist, kelle hulgast avastati 56 vähihaiget. Vähivastase võitluse tugevdamisel on tähtis silmas pidada erinevate vähivormide erikaalu. 1960. a. esmakordselt avastatud vähihaigete seast oli 22,1% maovähiga, 18,9% emakavähiga, 12,8% nahavähiga, 10,9% kopsuvähiga ja 10,9% rinnanäärme vähiga. On andmeid, et Narvas ja Kohtla-Järvel on kopsuvähi erikaal suurem kui vabariigi keskmine.

Nagu näha, on esikohal maovähk. Seepärast peame selle vähivormi varajasele avastamisele pöörama erilist tähelepanu. Arstkonna ettevalmistamise parandamiseks oleks väga vajalik luua Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna juurde spetsiaalne gastroenteroloogia dotsentuur. Kõige paremini teostatav oleks see onkoloogia kateedri loomisel. Lähemate aastate jooksul (1962—1965) on vaja organiseerida spetsiaalsed gastroenteroloogia osakonnad Tallinnas (2 osakonda), Tartus, Viljandis, Kohtla-Järvel ja Pärnus. Diagnoosimisvõimalusi saab tunduvalt parandada ajakohase aparatuuri ja uurimismeetoditega. Kõiki dispanseeritud maohaigeid tuleb süstemaatiliselt uurida fotofluorograafiliselt 1—2 korda aastas. Samuti on vaja välja töötada (koostöös keemikutega) kiirdiagnoosimise meetodeid maohappesuse uurimiseks.

Emakavähi varajase diagnoosimise parandamiseks on tarvis võimalikult suurem arv naisi profülaktiliselt läbi vaadata. Selleks on vaja polikliinikute vaatluskabinetid muuta struktuurseteks ühikuteks ja tõsta peaarstide otsest vastutust nende töö eest. Suuremates linnades tuleb vaatluskabinetid komplekteerida arstidega (praegu töötavad neis ämmaemandad) ja rakendada uurimisel kolpotsütoloogilist meetodit. Tallinnas ja Tartus tuleks lähema kahe aasta jooksul organiseerida onkotsütoloogia laboratoorsed keskused mitmesuguste äigepreparaatide mikroskoopiliseks uurimiseks.

Väga oluline on kopsuvähi varajane avastamine, eriti kui arvesse võtta, et just see vähivorm sageneb viimaste aastakümnete jooksul kogu maailmas. Kõikides rajoonipolikliinikutes on vaja rakendada kopsude fotofluorograafilist uurimist — tuleb nimelt saavutada, et iga elanikku, kes on üle 30 a. vana, uuritaks vähemalt üks kord aastas fotofluorograafiliselt. Tähtis on organiseerida pidev koostöö tuberkuloositõrje asutustega, sest ka tuberkuloosi avastamiseks rakendatakse fluorograafilist meetodit. Kopsuvähi profülaktikas on olulisemad võitlus õhu saastumise vastu ja suitsetamisest hoidumine.

Vähivastase võitluse edukust võime tõsta kõikide arstide valvsuse suurendamise teel. Spetsiaalsed raviasutused üksinda ei suuda kõikide vähihaigete varajase avastamisega toime tulla; see on aga võimalik, kui kõikide erialade arstid mõtlevad aegsasti vähi tekke võimalusele, kui tuntakse hästi vähieelsete seisundite ja varajaste vähivormide sümptomatoloogiat. Arstkonnale vastava ettevalmistuse (seminarid, lühikursused jne.) andmine on suur töö, mis seisab onkoloogia dispanserite ees. Rajoonides on vaja sagedamini korraldada konverentse, Vabariikliku Onkoloogide Seltsi koosolekuid ja muid üritusi. Tähtsal kohal on ka arstide kvalifikatsiooni tõstmine ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» kaudu. Peab taotlema ka erialase kirjanduse avaldamist eesti keeles.

Selgitustööd elanikkonna hulgas tuleb tunduvalt tõhustada. Töövorme on mitmesuguseid — tervishoiu ülikoolid, raadioloengud, televisioonieettekanded, populaarteaduslikud loengud, brošüürid, artiklid aja-

kirjades ning ajalehtedes, lendlehed, filmid jne. Neid võimalusi ei ole seni veel küllaldaselt kasutatud. Eriti vajalik oleks aga välja anda populaarteaduslikku tervishoiu kuukirja, mis tõstaks elanikkonna teadmisi ja võimaldaks teha järjekindlat sanitaarselgitustööd.

Lähema kolme aasta jooksul tuleb Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris avada ajakohaselt sisustatud (liikuva fluorograafiga ja laboratooriumiga) profülaktika osakond, mille ülesandeks on teha profülaktilisi läbivaatusi ja aprobeerida uusi uurimismeetodeid. 1965. aastaks Tallinnas valmivas onkoloogia dispanseris (150 voodikohta) on ette nähtud ajakohane polikliinik, radioloogia osakond, lineaarne kiirendaja (5 MeV) jne. Kohtla-Järvel on tarvis organiseerida onkoloogia dispanser praeguse dispanseerse osakonna baasil, Pärnus ja Viljandis tuleb dispanseersed osakonnad suurendada (20 voodikohani) ja varustada nad telegamma-aparaatidega. Igas rajoonis peab olema onkoloogia kabinett, kus töötavad vajaliku ettevalmistusega arstid.

Ei ole kahtlust, et kõik need üritused kindlustavad niihästi teadusliku uurimistöö arengu kui ka vähivastase võitluse tunduva paranemise meie vabariigis. Sellega anname omapoolse panuse NLKP programmi suurte ülesannete täitmisse.

ЗАДАЧИ ПО ПРОТИВОРАКОВОЙ БОРЬБЕ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ ПО ОНКОЛОГИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР В СВЕТЕ ПРОГРАММЫ КПСС

П. Боговский и *А. Гаврилов*

Резюме

Научно-исследовательская работа по проблеме рака будет проводиться объединенными силами медиков, биологов, химиков и физиков в следующих направлениях:

В области экспериментальной онкологии будут проведены исследования канцерогенных факторов внешней среды, в особенности химических веществ; изучены вопросы профилактики канцерогенного действия и лечения опухолей, вызываемых канцерогенными веществами; начаты исследования роли нервной системы в канцерогенезе с целью выяснения возможности воздействия на развитие опухолей; изучены взаимодействия опухолевой ткани и микроорганизмов.

По клинической онкологии предусматривается разработка вопросов диагностики и лечения предраковых процессов.

Врачи-практики займутся изучением заболеваемости раком, улучшением методов диагностики и лечения опухолей. Исследования в области общебиологических закономерностей опухолевого роста могут быть проведены биологами, ветеринарными врачами и др.

Необходимо значительно улучшить подготовку научных кадров и создать материально-техническую базу для исследований, главным образом в комплексе зданий медико-биологических институтов АН Эстонской ССР, сооружаемых в Харку.

Противораковая борьба в республике улучшается с каждым годом. Предусматривается расширение и укрепление сети онкологических лечебно-профилактических учреждений и строительство в Таллине современного онкологического диспансера со стационаром на 150 мест. Для обеспечения раннего выявления больных раком необходимо организовать гастроэнтерологические кабинеты, укрепить смотровые кабинеты при поликлиниках, обеспечить флюорографическое обследование всего населения, усилить санитарно-просветительную работу и провести ряд других мероприятий.

PRIMAARSEST MAKSAVÄHIST

Arstiteaduse kandidaat *U. PODAR*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja professor *A. Valdes*)

Primaarne maksavähk on meil haruldaseks haiguseks, moodustades ainult 0,2% kõikidest lahangujuhtudest (3). Seevastu mõningates Aafrika ja Aasia maades esineb primaarne maksavähk sagedasti ja on seal paiguti kõige levinumaks vähivormiks. Vähi tekkele eelneb enamasti tsirroos. Tihedat seost tsirroosi ja maksavähi vahel kinnitab ka asjaolu, et tsirroosi esineb maksavähi peamistes levikupiirkondades tunduvalt sagedamini kui mujal. Otsese tõuke vähi arenguks eelnevalt juba kahjustatud maksas annab arvatavasti seni tundmata toksiliste või kantserogeensete mõjustuste lisandumine (5).

Primaarne maksavähk esineb makroskoopiliselt kas ühtse suure kogumikuna (massiivne vähk) või rohkete sõlmedena (sõlmjas vähk). Harva on täheldatud difuusset kasvajalist infiltratsiooni (difuusne vähk). Rohkete kasvajaliste sõlmede üheaegne esinemine sõlmja vähi puhul on põhjustanud senini jätkuva diskussiooni (multitsentrilise ja unitsentrilise tekke pooldajad). Unitsentrilise tekke pooldajad selgitavad rohkete sõlmede teket vähi maksasisese metastaseerumisega. Primaarne maksavähk võib anda ka maksaväliseid metastaase (lümfogeenselt esmajoones maksavärati lümfisõlmedesse ja hematogeenselt peamiselt kopsudesse). Mikroskoopiliselt eristatakse sagedamini hepatotsellulaarset ja harvemini kolangiotsellulaarset vähki. Neist esimene meenutab mõnel määral normaalset maksakude ja see arvatakse pärinevat maksarakkudest, mida kinnitab ka mõningate maksarakkudele omaste funktsioonide säilimine (sapi eritamine jt.). Kolangiotsellulaarset vähki iseloomustab näärmeline ehitumus, vähk saab oletatavasti alguse maksasisestest sapijuhadest. Nende kõrval võib esineda ka tugevasti dediferentseerunud vähivorme, mida pole võimalik liigitada ei hepatotsellulaarse ega kolangiotsellulaarse vähi rühma.

Primaarne maksavähk esineb meestel sagedamini kui naistel. Haiguse kliiniline pilt kujutab endast sageli vähktõve üldiste nähtude ja tsirroosi sümptoomide kombinatsiooni. Iseärasused kliinilises pildis sõltuvad esmajoones kasvaja suurusest, tsirroosi esinemisest ning astmest, tüsistustest ja maksavälistest metastaasidest. Maksavähi prodromaalseid düspeptilisi nähte seostatakse T. Bermani (5) andmetel harilikult mõne maohaigusega. Sama autori järgi osutuvad primaarse maksavähi kindlamateks tunnusteks jõuetus, kehakaalu langus, kõhnumine ning püsiv tuim valu parema roietekaare all, mis ei ole seoses toidu tarvitamisega. Maks on sageli suurenenud, palpeerimisel valulik ja konarliku pinnaga. Umbes pooltel kõikidest juhtudest esineb kollatõbi või astsiit ja ühel kolmandikul haigetest kõhu nahaaluste veenide laienemine või verejooksud söögitoru või mao varikoosselt laienenud veenidest. Sageli täheldatakse sekundaarset aneemiat, hüperleukotsütoosi ja mõõdukat palavikku. Kliinikus kasutatavad maksafunktsiooni proovid väljendavad T. Bermani järgi ainult maksa difuusse kahjustuse esinemist ega luba eristada primaarset maksavähki metastaatilistest maksakasvajatest või tsirroosist. Lootustandvamaid diagnostilisi tulemusi on saadud aspiratsioonibiopsia varal. Väärtuslikke viiteid võib anda röntgenoloogiline uurimine (söögitoru varikoossete veenide avastamine läbivalgustusel, splenoportograafia jt.).

Primaarse maksavähi diagnoosimine valmistab suuri diagnostilisi raskusi ja jääb meil elupuhuselt enamasti avastamata. Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuris esines 1960. a. 2 primaarse maksavähi juhtu. Mõlemal korral jäi vähk kliiniliselt diagnoosimata.

1. V. A., 50-aastane meespatsient. Võeti 11. VI 1960. a. vastu Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonda (haiguslugu nr. 2005) kaebustega tuimade valude üle parema roietekaare piirkonnas, valud ei sõltu söömisest. Anamneesi järgi suitsetanud senini ja tarvitanud ka alkoholi. Põdenud 1950. a. mitu kuud kollatõbe. Hiljem esinenud vahete-vahel tuimad valud parema roietekaare piirkonnas, mis 1960. a. alguses tugevnenud. Maks olnud juba aastaid suurenenud. Kehakaal langenud 1,5 kuuga 6 kg võrra. Haiglasse vastuvõtmisel oli nahk kollaka varjundiga. Maks palpeeritav 3 põikisõrme võrra allpool roietekaart, veidi valulik. Põrn pole palpeeritav. Analüüsid: bilirubiin vereseerumis 0,6—3,2 mg%; uriinis urobilinogeeni; Hijmans v. d. Bergh algul dir. (—), indir. (±), hiljem mõlemad (+ +). Veronaal-tümool 56—42 ühikut; Takata-Ara (+ +); Quiki proov 83,6%. Leukotsüüte 4 900—6 000, SR 45—61 mm/t. Valud kõhus püsisid, õhtuti palavik. Kõhnumine progresseerus. Kollateraalid kõhul tulid nähtavale. Ilmnes järjest tugevnev astsiit, mistõttu toimetati korduvalt kõhuõõne punktsioone. Lõpuks somnolents, türosiinkristallid uriinis. Pärast kõhuõõne järjekordset punktsiooni 27. IX tekkis kollaps ja umbes 1 tunni pärast järgnes surm. Kliiniline diagnoos: maksatsirroos sapiteede põletikuga; maksa kollane atroofia (hepatargia); verikõht?

Lahang (257/1960). Maks on 28×25×15,5 sm suur, atroofilise tsirroosi tunnustega. Paremas sagaras on 15,5×10 sm suuruse lõikepinnaga valkjaskollane kõva konsistentsiga sõlm (kasvaja), mille naabruses mõned väikesed (0,5—2 sm) samalaadsed sõlmed. Metastaase leiti maksavärati ning paraaortaalsetes lümfisõlmedes ja vasakus kopsus. Teisi muutusi: kõhuõõnes 3,5 l verist vedelikku, milles 0,5 l verehüübeid, kollatõbi, söögitoru vaariksid, splenomegaalia (17,5×10,5×5,5 sm), kahheksia. Histoloogilisel uurimisel selgus, et tegemist on kolangiotsellulaarse vähiga — atüüpilised näärmelised moodustised silindrilistest rakkudest fibroosses stroomas (vt. tahvel I, joonis 1).

Käesoleval juhul oli tegemist massiivse kolangiotsellulaarse vähiga tsirrootilises maksas. Kliinilises pildis tulid esile maksatsirroosi nähud, kuid nende kõrval esines ka mitmeid sümptoome, mis kirjanduse andmetel on omased maksavähile. Tsirroosile lisandunud vähk jäi meie arvates diagnoosimata esmajoones seepärast, et primaarne maksavähk esineb meil õige harva, mistõttu selle esinemist praktikas vaevalt arvestatakse. Lõppstaadiumis tekkinud verejooksu kõhuõõnde kutsus esile mõne portaalsest hüpertooniast paisunud veeni vigastus punktsioonil.

2. M. K., 75-aastane meespatsient. 27. IX 1960. a. tekkis profuusne maoverejooks, mille tõttu ta hospitaliseeriti Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonda (haiguslugu nr. 3134). Ühe aasta eest tekkinud kõhtu valu. Diagnoositud algul maovähki, hiljem maohaavandit. Viimasel ajal haige kõhnunud. Palpatsioonil kõhukatted pehmed, maks ja põrn pole palpeeritavad. Hgb. 35—31%, erütrotsüüte 2 560 000, leukotsüüte 10 000, SR 3 mm/t. Haiglas verejooks jätkus (veriokse, veriroe). Suri 30. IX. Kliiniline diagnoos: maohaavand pahaloomulise muundumisega; haavandiverejooks.

Lahang (260/1960). Maks on väike (22×16×9 sm), konarliku pinnaga ja tihe. Lõikepind halkjaspruun saarja struktuurijoonisega. Maksa mõlemas sagaras on mitmeid kollase- ja roosakirju lõikepinnaga kuni 5 sm suurusi hästi piirdunud kasvajalisi sõlmi. Maksaväliseid metastaase ei leidu. Teisi muutusi: söögitoru vaariksid, mao kardialähedase veeni ruptuur, veri maos ja sooltes, elundite aneemia, splenomegaalia (19×10,5×4,5 sm), astsiit (600 ml), maohaavandid (väikesel kurvatuuril 2 haavandit läbimõõduga kuni 2,5 sm).

Anatoomilise leiu alusel loeti põhihaiguseks atroofilist maksatsirroosi, mis kutsus esile kollateraalse vereringe arengu, splenomegaalia ja astsiidi. Ühe kollateraali rebenemine mao kardiaalses osas põhjustas korduva ja surmava maoverejooksu. Selle kõrval esinesid kaasuva haigusena sõlmjas maksavähk ja maohaavandid. Maksavähi histoloogilisel uurimisel selgus, et kasvaja koosnes enamasti üsna suurtest polügonaalsetest rakkudest. Vähirakud moodustasid paiguti umbseid koldeid, paiguti vääte. Viimaste vahel olid laiad sinusoidid, vooderdatud endoteliaalsete rakkudega (vt. tahvel I, joonis 2). Mõnes kohas oli vähirakkudes või nende vahel sapipigmenti (vt. tahvel I, joonis 3). Seega esines käesoleval juhul hepatotsellulaarne vähk.

Kliinilis-anatoomilisel konverentsil Tartus tuli üllatuslikult ilmsiks, et haige olnud 4 kuud enne surma (17.—31. V 1960. a.) uurimisel ja ravil Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonnas (haiguslugu nr. 599). Sel korral uuriti haiget põhjalikult, milleks haavaosakonnas enam aega ja võimalust ei olnud. Siseosakonna haigusloo andmetel oli maks sel ajal parema roietekaare alt 2 põikisõrme võrra palpeeritav, kergelt valulik; ka põrn oli palpeeritav. Röntgenoskoopia: magu ja duodeenum leiuta, söögitoru vaariksid (?). Bilirubiin seerumis 2,0 mg%; Hijmans v. d. Bergh dir. (—), indir. (+ +); veronaaltümool (—); Takata-Ara (+); kadmiumiproov (±); sublimaadikatsu puhul kulus tiitrimiseks 0,1%-list sublimaadi-

lahust 1,56 ml; Quicki proov: I frakts. 21,2%, II frakts. 27,8%. SR 45 mm t. Rooja guajakiproov (+). Esialgu kahtlustati maokasvajat, et aga konsulteeriv kirurg diagnoosis patsiendi viimasel haiglapäeval eesnäärme vähki, siis seati lõplikuks diagnoosiks eesnäärme vähk maksa metastaasidega, hepatolienaalne sündroom. Et lahangu ajal mingit suunavat viidet eesnäärme haigestumisele ei olnud, siis eesnääret ei lahatud. Kasvaja karakteerne histoloogiline leid (eriti sapi leidumine kasvaja koes) lubas täie kindlusega diagnoosida primaarset maksarakulist vähki. Küsimus teise primaarse vähi esinemisest eesnäärmes tuleb jätta lahtiseks. Ometi võime väita, et võimalik (ja küsitav) eesnäärme kahjustumine ei mõjustanud põhihaiguse kulgu. Võib oletada, et täpsem anamnees, esmajoones aga Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonnas tehtud maksauuringute resultaatide tundmine oleks juhtinud kirurgi mõtted maksale ja aidanud panna õigemat diagnoosi, kuigi sellest poleks tõenäoliselt piisanud maksavähi diagnoosimiseks.

Milliseid raskusi võib esineda maksakasvaja diagnoosimisel mitte ainult kliinikus, vaid ka patoloog-anatoomil, näitab järgmine lahangujuht.

3. M. R., 46-aastane naispatsient. 4 kuu eest tekkinud raskustunne kõhtu, millele lisandunud süvenev jõuetus. Diagnoositud algul venitust, siis maksapõletikku. Suunati 22. XII 1960. a. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonda diagnoosiga *Tumor abdominis* (haiguslugu nr. 4172). Eluanamnees iseärasusteta, välja arvatud märkus, et 10 aasta eest vigastanud patsient parema silma, mis nelja aasta eest põletiku tõttu kõrvaldati. Objektiivselt: toitumus rahuldav, nahk puhas. Kõht ette võlvunud. Maks täitnud kogu ülakõhu, selle pind konarlik, konsistents tihe. Esialgu oletati maokasvajat metastaasidega maksas. Analüüsidest: Hijmans v. d. Bergh indir. (+), Takata-Ara (++). Erütrotsüüte 3 350 000, leukotsüüte 8 700—13 100, SR 13—33 mm/t. Röntgenoskoopilisel uurimisel maos kasvajat ei leitud, seetõttu tekkis ja tugevnes primaarse maksavähi kahtlus. Teistsugusel arvamusel oli terapeut (konsultatsioon 27. XII): «Tuumorit palpeerides jääb mulje, et tegemist on metastaasiga maksas ja seega algkolle kuskil seedetraktis.» 29. XII tehtud proovilaparotoomial polnud võimalik algkollet kindlaks teha — selgus, et kasvaja haarab ühtse konglomeraadina põrna ja maksa, olles ka ümbritsevate elunditega infiltreerivalt liitunud. Algkolde küsimust ei lahendanud ka võetud proovitüki histoloogiline uurimine (diagnoos — *carcinoma solidum*). Operatsioonijärgne kulg oli raske, prevaleerusid hingamishäired. Haige suri 31. XII.

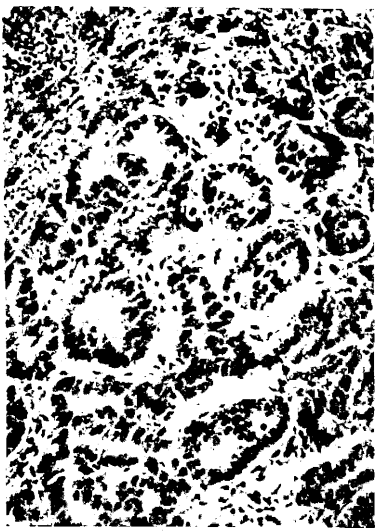
Lahangul (1/1961) osutus maks tavalisest tunduvalt suuremaks (mõõdud 33×30×10 sm, kaal 4115 g, serv paremast roietekaarest 15 sm allpool). Tsirrootilisi muutusi ei esinenud. Kihnu all ja lõikepinnal oli rohkesti valkjaskollaseid sõlmi läbimõõduga paarist millimeetrist 11 sentimeetrini. Maksavärati lümfisõlmed olid kasvajaliselt tugevasti suurenenud. Teisi muutusi: värativeeni, selle maksasiseste harude ja kopsuarterite harude tromboos, kopsude hemorraagilised infarktid, splenomegaalia (15×8,5×4 sm).

Vaatamata hoolikale otsimisele kasvaja algkollet mujalt ei leitud ja lahangul võetud materjali esialgne uurimine kinnitas umbvähi diagnoosi. Seetõttu fikseeriti anatoomiliseks põhidiagnoosiks primaarne maksavähk, oletades, et tegemist on dediferentseerunud vähivormiga. Lahangumaterjali järgneval ulatuslikumal uurimisel leiti kasvaja mõnes osas väikseid alasid, kus rakud sisaldasid pruunikasmusta pigmenti (vt. tahvel I, joonis 4). Nüüd tuli esialgsest diagnoosist loobuda, panna pahaloomulise melanoomi diagnoos ja ühtlasi uuesti otsustada kasvaja primaarsuse või sekundaarsuse küsimus. Primaarseid melanoome võib maksas esineda, kuid äärmiselt harva. A. Šanini (4) järgi on selliseid kasvajaid senini kirjeldatud ainult üksikuid. Teisest küljest omandas nüüd erilise tähenduse anamnestiline märkus silmavigastusest, mis leidnud aset 10 aasta eest. Järgnevalt õnnestuski Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonna arhiivi materjalide alusel kindlaks teha, et parem silm kõrvaldati 1956. a. mitte vigastuse, vaid pahaloomulise melanoomi tõttu (haiguslugu nr. 293 ja nr. 502). Sellega sai kindla ning selge tõlgenduse kogu juht — tegemist oli nelja aasta eest eemaldatud pahaloomulise silmamelanoomi metastaasidega maksas [nn. hilismetastaasid A. Abrikossovi (1) järgi]. Kuna melanoomile iseloomulikke pigmendiga alasid esines ainult paiguti ja väheses ulatuses, andis käesoleval juhul ka patoloog esialgu eksliku hinnangu ja alles lahangumaterjali põhjalikum uurimine tõi küsimusse selguse. Ühtlasi ilmneb, et ka proovitüki elupuhune mikroskoopiline uurimine ei võimalda alati kindlalt määratleda maksakasvaja kuuluvust. Nagu eelnevalt kirjeldatud primaarse maksavähi puhul, nii oleks ka sel korral võinud väärtuslikke suunavaid juhiseid anda anamneesi täpsustamine (silma suhtes).

Maksavähi ravi katsed on senini andnud ainult väheseid tulemusi. Kirurgilise ravi muudab enamasti väheefektiivseks või võimatuks kasvaja hiline avastamine. Surma kutsub tavaliselt esile maksapuudulikkus, süvenev kurtumus või profuusne verejooks seedetrakti (2).

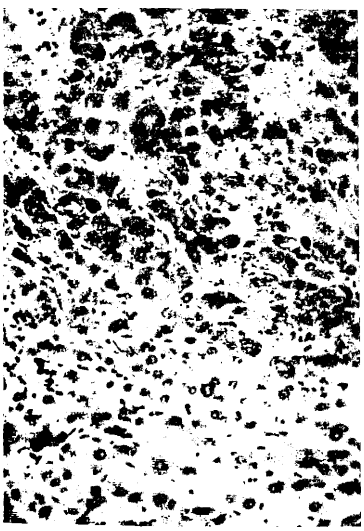
Mitmetest maksavähiga seotud probleemidest tuleb praktika seisukohast lugeda sõlmküsimuseks diagnoosimist. Eespool kirjeldatud juhud

U. Podar



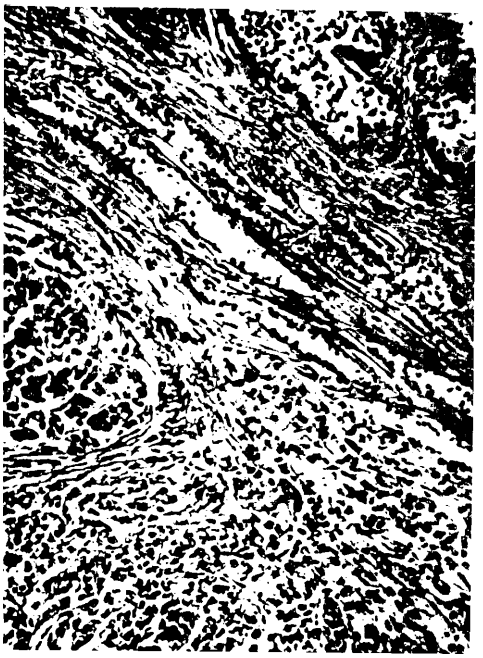
Joonis 1. Kolangiotsellulaarne vähk. All nekrobiootiline maksakude (van Gieson, 134×)

Joonis 2. Hepatotsellulaarne vähk. Laiad sinusoidid kasvajarakkude väätide vahel (van Gieson, 134×)

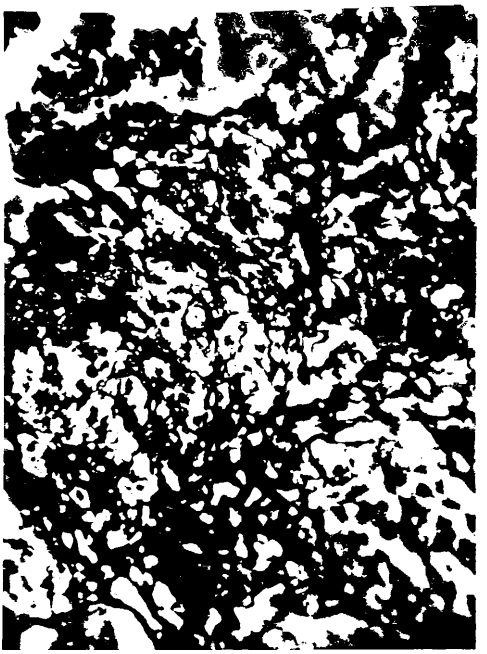


Joonis 3. Hepatotsellulaarne vähk. Sapipigment kasvajarakkude vahel. All atroofiline maksakude (van Gieson, 134×)

Joonis 4. Maksa metastaatiline pahaloomuline melanoom. Osa kasvajarakkudest sisaldab pigmenti (hematoksüliin-eosiin, 348×)



Joonis 1. Prostatavähi algkolle 2. juhul (van Gieson, akromaat 8, okulaar 15)



Joonis 2. Metastaas roides (juht 1). Argürofiilsed kiud üksikute kasvajarakkude vahel (hõbetatud Karupu järgi, akromaat 40, okulaar 7)

Joonis 3. Näärmelise struktuuriga metastaas mediastinaalses lümfisõlmes 1. juhul (hõbetatud Karupu järgi, akromaat 40, okulaar 7)

Joonis 4. Metastaas roides (juht 1, samast kohast kui joonisel 2). Kaksikmurdvad lipoidid polarisatsioonil, keskel diagonaalis sidekude (polarisatsioonifiltrid, akromaat 8, okulaar 10)

kinnitavad, et primaarset maksavähki võib esineda ka meie tingimustes ja et seda on vaja diferentsiaaldiagnostiliselt silmas pidada. Kaugelearenenud juhtudel on aga ka õige diagnoos ainult vähese praktilise väärtusega, seetõttu on vaja jätkata otsinguid maksavähi varajase diagnoosimise meetodite avastamiseks.

Meie poolt kirjeldatud juhud näitavad, kui tähtis on arvestada haige uurimisel anamneesi. Täpne anamnees võib ka käesoleval ajal anda nii väärtuslikke andmeid, mida ei suuda asendada ei põhjalik objektiivne uurimine ega rohked laboratoorsed uuringud.

KIRJANDUS

1. Абрикосов А. И. Многотомное руководство по патологической анатомии, т. IV, кн. 2. М., 1957, 216—403. — 2. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. М., 1956. — 3. Струков В. И., Черкес Л. А., Волгарев М. Н. и Смирнов В. П. Тезисы докладов III Всесоюзного съезда патологоанатомов. Харьков, 1959, 21—22. — 4. Шанин А. П. Пигментные опухоли. Л., 1959. — 5. Берман Ч. Успехи в изучении рака, т. V. М., 1960, 142—185.

О ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

У. Подар

Резюме

Первичный рак печени встречается редко. У мужчин он наблюдается чаще, чем у женщин. Это заболевание трудно диагностировать, поэтому оно часто остается нераспознанным.

В прозектуре Тартуской городской клинической больницы в 1960 году первичный рак печени удалось выявить в двух случаях.

При недостаточном анамнезе и шаблонном подходе к исследованию секционного материала патологоанатом может дать ошибочное заключение о происхождении опухоли. Так, в прозектуре при вскрытии трупа больной с прижизненным диагнозом *carcinoma solidum* печени из-за отсутствия в организме первичного очага был поставлен диагноз — первичный рак печени. Однако при тщательном исследовании выяснилось, что опухоль является злокачественной меланомой.

Изучением архивных данных удалось установить, что у больной за четыре года до смерти был удален глаз по поводу меланомы, которая, очевидно, и дала т. н. «поздние» метастазы в печень.

KAKS ATÜÜPILIST PROSTATAVÄHI JUHTU

V. VALDES

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Prostatavähi üheks omapärasuseks on kalduvus anda luudes laialdasi osteosklerootilisi metastaase, kusjuures algkolle võib samaaegselt jääda makroskoopiliselt sedastamata [A. Abrikossov ja A. Strukov (1), R. Fronstein ja I. Šapiro (3), S. Reinberg (4), L. Aschoff (6) ning S. Oberndorfer (7)]. Nii esines R. Fronsteini ja I. Šapiro (3) andmeil kõigist lahangutest prostatavähki makroskoopilise vaatluse põhjal 0,53%, histoloogilise uuringu järgi 1,24%; S. Oberndorferil (7) on vastavad andmed 0,37% ja 1,11%.

Viimase aasta jooksul oli meie haiglas 2 surmaga lõppenud prostatavähi juhtu generaliseerunud osteosklerootiliste metastaasidega; algkollet polnud võimalik makroskoopiliselt sedastada, vaatamata luude

pikaajalisele kahjustusele. Ühel juhul valmistas nii biopsia kui ka lahangumaterjali esialgne histoloogiline diagnoos suuri raskusi. Antud juhtude üheks omapärasuseks oli haigete suhteline noorus (49 ja 57 a.). Prostatavähki loetakse vanema ea haiguseks [S. Oberndorferi (7) andmeil enamasti vanuses 61—80 a.]

1. juht. P. P., 49 a. vana. Haigestus 1959. a. detsembris ristluu piirkonna valudega, mis kandusid jalgadesse. Õhtuti subfebriilsed temperatuurid. Viibinud korduvalt haiglas. Röntgenoloogiliselt sedastati vaagnaluudes ja roietes luulisi destruktsioone, mistõttu kahtlustati multiiplit müeloomi. TIO-TEFA-ravi tulemusena seisund ajutiselt paranes. Viimane kord saabus patsient haiglasse augustis 1960. a. (haiguslugu nr. 12103). Röntgenoloogiliselt sedastati luudes lisaks destruktsioonidele ka osteoplastilisi muutusi. Uroloogiliselt täheldati prostata vähest suurenemist. Ühekordselt esines uriinis Bence-Jonesi valk. Veri: SR 44, erütrots. 2 960 000, leukots. 5000; valemis eosinof. 4, promüelots. 1, noori leukots. 2, keppt. 17, segmentt. 44, lümfots. 25, monots. 7. Sternaalpunktaadis leidus müeloomirakkudetaolisi elemente. Niudeluu harjast võetud biopsias ilmnes luuliste põrkade skleroos ja esines indiferentseid, osalt käävjaid rakke, mis kindla piirita läksid üle retiikulumi. Kahtlustati luuüdi retikulaarsest süsteemist lähtunud sarkomatoosset protsessi atüüpilise müeloomi võimalusega. 2. 12. 1960. a. haige suri. Kliiniline diagnoos: osteoplastiline düsplaasia, arvestatakse ka atüüpilise multiipli müeloomi võimalust.

Lahanguleid. Kopsude pinnal osalt hirsiterasuurusi, osalt kuni 1 sm läbimõõduga pindmisi valkjaid koldeid. Peribronhiaalsed lümfisõlmed on suurenenud; bifurkatsiooni lümfisõlmed moodustavad 3 sm läbimõõduga kägariku, lõikepind halkjasvalge. Prostata on hästi piirdunud, läbimõõt 3 sm, tihke ühtlase valkja lõikepinnaga, makroskoopiliselt iseärasuseta. Põie limaskest erilise leiuta. Niude piirkonna lümfisõlmede läbimõõt 0,5 sm, lõikepind halkjas. Rinnak on 1 sm paks, kohati tihke, kohati hõreda luukoega, lõikepind laiguliselt kahvatukollane-halkjasroosa. Roided on paiguti paksenenud. Vasakul IV roidel leidub aksillaarjoonel valkjaid pehmekoelisi sõlmi, mis kasvavad läbi pleura. Niudeluu hari on 2 sm paks, tihke valkja lõikepinnaga. Ristluu vastab ehituselt teistele luudele. Koljuvõlv on tihke, üksikute väheste pooridega..

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos (pärast histoloogilist uuringut): prostatavähk generaliseerunud osteoplastiliste metastaasidega luudes, metastaasid pleuradel, kopsudes ja bronhopulmonaalsetes ning mediastinaalsetes lümfisõlmedes, sekundaarne aneemia, mõlemapoolne koldeline pneumoonia; kopsude ödeem, müokardi, maksa ja neerude parenhümatoos- ning rasvdüstroofia, kahheksia.

2. juht. V. K., 57 a. vana. Haigestus 1958. a. tugevate, pidevalt suurenevate valudega nimme piirkonnas. Olnud korduvalt uurimisel mitmes haiglas. Kahtlustatud multiiplit müeloomi ja luude osteoplastiliste muutuste tõttu ka prostatavähki, kuigi uroloogiline leid oli negatiivne. Saanud hormoonravi (sünestrool), TIO-TEFA-t ja röntgenikiiritust, millele vaatamata luulised muutused süvenesid. Viimati saabus haiglaravile 22. 11. 1960. a. (haiguslugu nr. 17059) tugevate valudega selja piirkonnas. Veri: SR 76, erütrots. 2 150 000, leukots. 3700; valemis eosinof. 8, keppt. 10, segmentt. 39, lümfots. 35, monots. 8. Uriinis Bence-Jonesi valk negatiivne. Haige suri 1. 02. 1961. a. Kliiniline diagnoos: generaliseerunud osteosklerootiline düsplaasia; arvestatakse sarkomatoosi, müelomatoosi ja ka prostatavähi võimalust.

Lahanguleid. Kopsukelmetel rohkesti 1—2 mm läbimõõduga valkjaid sõlmekesi. Keskseinandi lümfisõlmed kuni 2 sm läbimõõduga, neist osa tihkema valkja lõikepinnaga. Neerupealistes kuni 1 sm läbimõõduga valkjaid sõlmi. Prostata läbimõõt 3 sm, hästi piirdunud, ühtlase kollakasvalge lõikepinnaga. Põie limaskest iseärasuseta. Maks on mõõtmetelt 24×20×11 sm, lõtva konsistentsi, savikarva, halkjaspruuni lõikepinnaga. Põrn on 16×9×4,5 sm suur, pehmet konsistentsi, lillakaspunast värvust, rikkaliku kaapega. Rinnaku lõikepind on tihke, suuremas osas kompaktset luud meenutav. Samasuguse lõikepinnaga on ka niudeluu hari, lülikehad, ristluu, reieluude diafüüsid ja koljuvõlv. Vasakul IV roidel pehme konsistentsiga väike sõlm. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos (pärast histoloogilist uuringut): prostatavähk generaliseerunud osteoplastiliste metastaasidega luudes; metastaasid pleuradel, kopsudes, bronhopulmonaalsetes ning mediastinaalsetes lümfisõlmedes, neerupealistes, maksas ja põrnas; sekundaarne aneemia; kopsude ödeem; müokardi, maksa ja neerude tugevakujuline parenhümatoos- ning rasvdüstroofia.

Mõlema juhu histoloogiline leid oli sarnane: prostatas soliidne vähk (vt. tahvel II, joonis 1), metastaasides leidus kohati indiferentseid rakke rohkete argürofiilsete kiududega (ka üksikute rakkude ümber) (vt. tahvel II, joonis 2). Metastaasid olid kohati näärmelise ehitusega (vt. tah-

vel II, joonis 3). Tüüpilisena prostatavähile [A. Abrikossov ja A. Strukov (1), S. Oberndorfer (7) jt.] esines polarisatsioonil nii indiferentsetes kui ka näärmelistes rakkudes kaksikmurdvaid lipoide (vt. tahvel II, joonis 4).

Kirjeldatud juhud kinnitavad kirjanduse andmeid, et vaatamata pikale haiguskulule võib algkolle olla makroskoopiliselt leiuta. Teisel juhul tuleb arvestada hormoonravi, mis võis pidurdada algkolde arengut, avaldamata seejuures mõju metastaasidele. A. Toptšani ja A. Pomerantsevi (5) andmeil võib hormoonravi kasutamisel luu osteoplastiliste metastaaside röntgenoloogiline leid püsida või progresseeruda samaaegselt histoloogilise leiu taandarenguga, mida käesoleval juhul aga ei saadud sedastada. L. Larionovi ja Z. Mankini (2) järgi alluvad hormoonravile paremini prostata adenokartsinoomid.

Antud juhtudel on metastaasid hematogeenset päritolu, kuna puudub leid regionaarsetes lümfisõlmedes. Lümfogeenseid metastaase mediastinaalsetes lümfisõlmedes tuleb pidada sekundaarseteks, need on mõlemal juhul alguse saanud analoogilistest pleuraalsetest ja intrapulmonaalsetest kolletest. P. Baumgarten (7) kirjeldab subpleuraalseid hirsiterataolisi metastaase 53-aastasel mehel, pidades seda vanust prostatavähi kohta haruldaseks. On võimalik, et käesolevate juhtude taolised metastaasid on omased nooremale eale. Histoloogiline diagnoos võib — rakkude erineva struktuuri tõttu erinevates kolletes — valmistada suuri raskusi, eriti vähese materjali puhul (biopsia). Sellele viitavad A. Abrikossov ja A. Strukov (1). Sarkoomist diferentsimise keerukust rõhutab L. Aschoff (6). Otstarbekaks osutus seekord kaksikmurdvate lipoidide uurimine polarisatsioonil (tavalise mikroskoobiga kahe fotofiltri abil, millest üks asus allpool kondensaatorit ja teine objektiivi ning okulaari vahel).

KIRJANDUS

1. Абрикосов А. И. и Струков А. И. Патологическая анатомия. Часть II. М., 1954. — 2. Злокачественные опухоли. Под ред. Н. Н. Петрова. Том I. Часть II. Л., 1948. — 3. Злокачественные опухоли. Под ред. Н. Н. Петрова и С. А. Холдина. Том II. Л., 1952. — 4. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1955. — 5. Топчан А. Б. и Померанцев А. А. Рак предстательной железы и его лечение синэстролом. М., 1949. — 6. Aschoff, L. Pathologische Anatomie. Jena, 1913. — 7. Henke, F., Lubarsch, O. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Dritter Teil. Berlin, 1931.

ДВА СЛУЧАЯ АТИПИЧНОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. Вальдес

Резюме

В Таллинской республиканской больнице было зарегистрировано два смертельных случая от атипичного рака предстательной железы.

Несмотря на обширные остеосклеротические метастазы, опухоль предстательной железы макроскопически не удалось определить. Диагноз возможно было поставить только на основании результатов гистологического исследования ткани предстательной железы.

GASTROSKOOPIA VÄÄRTUSEST MAOVÄHKTÕVE DIAGNOOSIMISEL

V. RÄTSEP

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*, ja Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Vähktõve sage esinemine maos teeb selle haiguse diagnoosimise küsimused eriti aktuaalseteks. Oluline on haigestumise varajane avastamine. Radikaalsete operatsioonide suhteliselt madal protsent ja sagedased retsidiivid näitavad, et kasutatavad diagnoosimismeetodid ei ole veel kaugeltki küllaldased. NSVL Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudi andmeil arvati 1956.—1958. a. polikliinilisse osakonda pöördunud maovähi haigetest 41,2% radikaalsele operatsioonile alluvateks; hospitaliseeritud haigetest õnnestus aga radikaalselt opereerida 52,6% (13).

Maovähi diagnoosimisel on oluline tähtsus röntgenoloogilisel uurimisel. Uurides NSV Liidu juhtivate kliinikute andmeid leidis M. Pevsner (4), et maovähi diagnoosimise täpsus on 75—76%. Spetsiaalsetes asutustes pannakse L. Goldšteini (2) ja S. Reinbergi (6) andmeil õige diagnoos 92,6—99% juhtudest. Need head näitajad ei iseloomusta aga tegelikku olukorda. Nimetatud asutustesse kontsentreeruvad juba selekteeritud haiged, keda on eelnevalt uuritud polikliinikute röntgenikabinettides. Üldravi asutustes on röntgenoloogilise diagnoosimise täpsus tunduvalt madalam. Näiteks Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse suunatud 111 maovähiga haigest, keda gastroskopeeriti, olid eelnevalt röntgenoloogiliselt uuritud ainult 32 (28,8%), kusjuures $^2/_3$ juhtudel oli pandud õige diagnoos.

Vaatamata maovähi õige diagnoosimise kõrgele protsendile märgivad peaaegu kõik eespool mainitud autorid, et enamikel juhtudel osutub vähktõbi hilisstaadiumis olevaks. S. Reinbergi (6) andmeil osutus ainult 10,8%-l kõigist pöördunuist, L. Goldšteini (2) andmeil 55%-l kõigist diagnoositud juhtudest võimalikuks maoresektsioon. Praktiline röntgenidiagnostika seisab seega põhiliselt ulatusliku maovähi juhtude avastamises, millest enamik ei allu enam radikaalsele kirurgilisele ravile.

Mitmed autorid, nagu N. Smirnov (11), I. Šehter ja V. Golovintšitz (12), K. Villako (1), I. Sivkov (9), R. Schindler (23) jt. näitavad, et kui täiendada röntgenoloogilist uuringut gastroskoopiaga, võib maovähktõve diagnoosimist tunduvalt parandada. Lisaks neile soovitavad paljud autorid [S. Reinberg (6), S. Slintšak (10), K. Heinkel (16), E. Schultz kaastöölistega (24) jt.] kasutada maokasvajate, haavandtõve ja gastriitide diagnoosimisel täiendavalt röntgenoloogilisele uuringule gastroskoopiat, mis võimaldab täpsemalt määrata maos esinevaid patoloogilisi muutusi. Näiteks W. King (18) leidis 1100 gastroskopeeritud juhust, kus esines ainult düspepsia ja röntgenoloogiline leid oli negatiivne, 14 juhul kroonilise ja 2 juhul pahaloomuliseks muutunud maohaavandi.

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris oleme kasutanud gastroskoopiat täiendava uuringuna alates 1949. a. (süstemaatiliselt alates 1953. a.) kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt uuritud maohaigetel, kui diagnoos vajas täpsustamist. Üldse oleme teostanud 580 gastroskoopiat (1953.—1961. a.), neist 340 (58,6%) ambulatoorselt. Võrreldes algaastatega on gastroskoopia osatähtsus viimasel ajal tunduvalt tõusnud. Uuringu vajalikkuse üle otsustab enamasti röntgenoloog pärast mao läbivalgustamist.

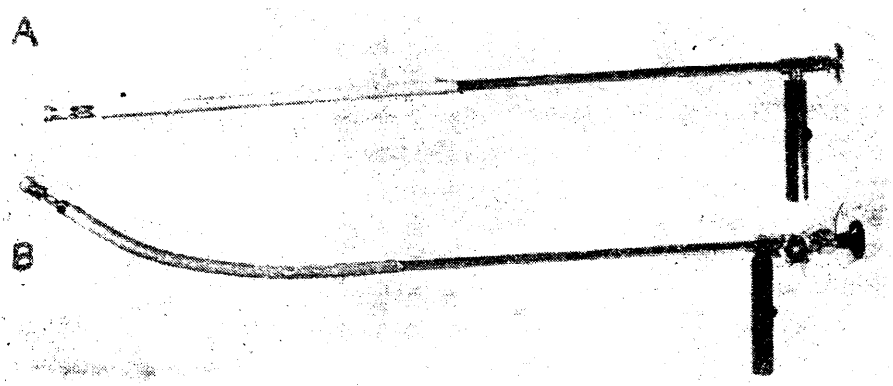
Gastroskopeeritud haigete jaotumine lõppdiagnooside järgi on esitatud tabelis 1.

Tabel 1

Diagnoos	Vähk	Haavand	Polüüp	Krooniline gastriit *	Kokku
Opereeritud haiged	111	61	16	52	240
Opereerimata haiged	24	54	25	237	340
Kokku	135	115	41	289	580

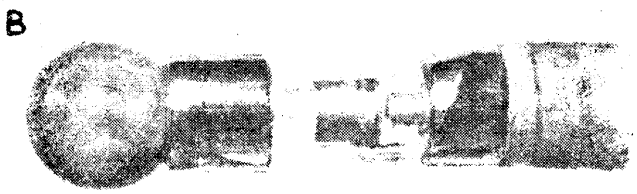
Gastroskoopiat ei kasutata meie vabariigis veel küllaldaselt. Seepärast peame vajalikuks peatuda gastroskoopia näidustustel ja vastunäidustustel, kasutatud instrumentaariumil ning metoodikal.

Näidustused. Lähtudes kliinilis-praktilistest kogemustest soovitame gastroskoopiat kasutada järgmistel juhtudel.



Joonis 1. A — painduv Wolf-Schindleri gastroskoop, B — juhitava painde ja panoraamoptikaga gastroskoop

A. Wolf-Schindleri gastroskoobi otsik (suurendatult)



B. Panoraamoptikaga gastroskoobi otsik (suurendatult)

A. Otsesed näidustused:

1) kõigi maohaiguste korral, kui esineb vähktõve kahtlus ja kui röntgenoloogiline uuring on andnud ebakindla või eitava tulemuse;

2) kasvaja lokalisatsiooni, ulatuse ja anatoomilise vormi täpsustamiseks;

3) healoomuliste kasvajate esinemisel maos;

4) maohaavandtõve diagnoosimiseks, eriti krooniliste vormide korral võimaliku maligniseerumise varajaseks avastamiseks;

5) gastriidi esinemisel, eesmärgiga täpsustada kliinilist diagnoosi, protsessi lokalisatsiooni ja ulatust.

B. Kaudsed näidustused:

siia kuuluvad haigused, mille puhul maosümptoomid ei asu kliinilises pildis esikohal, näiteks pernitsioosne aneemia, koletsüstiit jt.

* Siin on esitatud pindmised, atroofilised ja hüperplastilised haigusvormid.

Vastunäidustused. Gastroskoopiat ei ole soovitatav teostada:

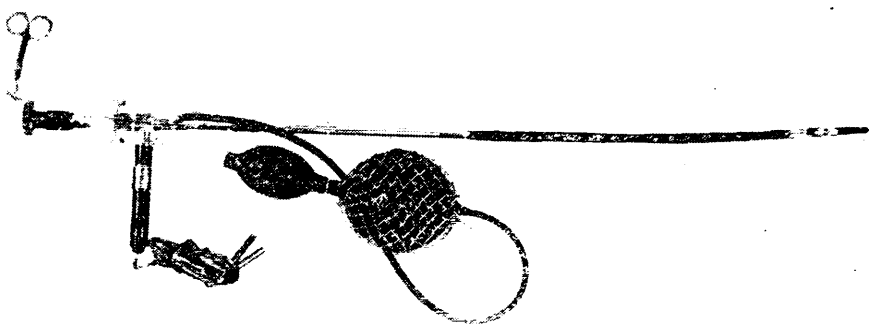
1) söögitoru struktuuride, divertiikulite, haavandi ja vähi korral;

2) aordi aneurüsmi, söögitoru veenilaiendite ja dekompenseeritud südamerikete esinemisel;

3) hingamisteede ja kopsude ägeda põletiku, samuti trahhea kompressiooni põhjustava suurenenud kilpnäärme esinemisel;

4) haige raske üldseisundi korral.

Instrumentaarium. Oleme kasutanud kahte gastroskoobitüüpi: Wolf-Schindleri painduvat gastroskoopi ja juhitava painde ning panoraamoptikaga gastroskoopi (joonis 1). Alates 1961. a. maist kasutame lisaks eespoolmainituile veel Benedicti operatsiooni-gastroskoopi, millega on võimalik vaatluse ajal teha juhitavat gastrobiopsiat (joonis 2). Need juhud (arvult 135) ei kuulu käesolevas töös analüüsimisele. Operatsiooni-gastroskoobi lühikirjeldus võib pakkuda mõningat huvi, näidates gastroskoopia kasutamise laiendatud võimalusi.



Joonis 2. Benedicti operatsiooni-gastroskoop kanalisse viidud biopsiatangidega

Benedicti gastroskoobi otsik

Wolf-Schindleri painduval gastroskoobil («Krasnogvardejetsi» poolt valmistatud mudel) on rea üldtuntud eeliste (ohutus käsitlemisel, ulatuslikum vaateväli jt.) kõrval mõningaid puudusi. Mõnikord esines vaatevälja osaline või isegi täielik väljalangemine. Selle põhjuseks võib olla: 1) liiga suur paindenurk (üle 34°) gastroskoobi rigiidse ja painduva osa vahel; instrumendi välise osa nihutamine ühte või teise suunurka võimaldas mõnikord optilist telge õgvendada ja nähtavust parandada; 2) gastroskoobi suur paine maolävise osas; 3) gastroskoobi distaalse otsa liigne kõverdumine, näiteks vastu maoseina, kaskaadmao korral jne.; sellisel juhul aitas vahel instrumendi väljapoole toomine või pööramine.

Juhitava painde ja panoraamoptikaga gastroskoop, valmistatud 1957. a. Üleliidulise Meditsiiniinstrumentaariumi ja Sisseseade Teadusliku Uurimise Instituudi poolt, on varustatud seadeldisega distaalse osa painutamiseks ühes tasapinnas. Gastroskoop võimaldab panoraamvaate, mis saavutatakse prisma pööramisega ümber optilise toru pikitelje. Võrreldes Wolf-Schindleri gastroskoobiga annab see mudel suurema suurenduse.

Benedicti operatsiooni-gastroskoop kujutab endast mõnevõrra täiendatud tavalist painduvat gastroskoopi. Erinevus seisneb lisakanalis, mille kaudu on võimalik sisse viia maosekreedi aspiratsiooni toru ja biopsiatangid. Biopsia tehakse gastroskopeerimise ajal. Saadud koetükike sisaldab *mucosa* ning *muscularis mucosae* ja on küllaldane mao limaskesta histoloogiliseks uurimiseks mitmesuguste haigestumiste puhul. See võimaldab kõrvutada morfoloogilist leidu kliinilise, gastroskoopilise ja röntgenoloogilise pildiga.

Metoodika. Söömata haigele süstitakse 15—20 min. enne manipulatsiooni 1 ml 1%-list morfiinilahust koos 1 ml 0,1%-lise atropiiniga. Seejärel tehakse kõva ja pehme suulae, keele, neelu ja söögitoru algkitsuse anesteesia 1—2%-lise dikaiinilahusega. Meie oleme kasutanud anesteseerimiseks ka 2%-lise dikaiinilahuse pulveri-

seerimist. Selliselt saavutatakse täielikum ja ühtlasem anesteesia, kusjuures haiget ärritatakse vähem. Seejärel sondeeritakse magu võimaliku sekreedi eemaldamiseks. Gastroskopeerimise ajal lamab haige vasakul küljel.

Pärast instrumendi sisseviimist alustame vaatlust mao distaalsest osast, nihutades gastroskoopi pööravate liigutustega proksimaalsele. Gastroskoopia lõpetamise järel viibivad ambulatoorsed haiged 30—60 minutit meditsiinipersonali valve all.

Käesolevas artiklis analüüsime 111 operatiivselt kontrollitud maovähi juhtu, et selgitada gastroskoopia diagnostilist väärtust.

Uuritud haigete jaotumine vanuse ja soo järgi on esitatud tabelis 2.

Tabel 2

Sugu \ Vanus	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—79	Kokku
Mehi	1	2	11	18	20	2	54
Naisi	—	3	12	19	21	2	57
Kokku	1	5	23	37	41	4	111

Toodud andmetest nähtub, et kõige rohkem haigusjuhte (41, s. o. 36%) langeb vanusesse 60—69 a. Haigete põhihulk (101 haiget, s. o. 90,9%) on 40—69-aastased. Vanuseline raskuspunkt, mis langeb eluikka 60—69 a., ühtib viimasel ajal kirjanduses esitatud seisukohtadega. A. Melnikov (3) analüüsib ulatuslikku statistilist materjali ja jõuab seisukohale, et viimase 20 aasta vältel on toimunud aeglane ja pidev maovähi «vananemine» — kõige sagedamini haigestutakse 60—70 a. vanuses.

Haigetest oli mehi 54 ja naisi 57. Taoline naishaigete ülekaal on mõnevõrra erinev varasemas kirjanduses esitatud seisukohtadest: tavaliselt ületab maovähiga meeshaigete arv naishaigete oma 9—20% võrra (3). Eriti madala naishaigete arvu — 11,3% — esitab A. Savinõhh (11). Näitajate suurt erinevust püütakse seletada geograafiliste erinevustega, kuid seejuures märgitakse, et naiste haigestumine maovähki tõuseb pidevalt (3), ületades mõne autori andmeil isegi meeste haigestumise (7).

Haigusjuhtude jagunemine kasvaja asukoha järgi maos on esitatud tabelis 3 ja 4.

Tabel 3

Tsoon	Arv	%
Kardiaalne	2	1,8
Korpuse	37	33,3
Antraalne	53	47,7
Püloorne	8	7,2
Levinud kasvaja	11	10
Kokku	111	100

Tabel 4

Regioon	Arv	%
Eesmine sein	7	6,3
Tagumine sein	15	13,5
Väike kõverik	67	60,4
Suur kõverik	10	9
Maopõhi	1	0,8
Levinud kasvaja	11	10
Kokku	111	100

Andmed kasvajate asukoha kohta maos (tsoonide ja regioonide järgi) on esitatud tabelis 5.

Tabel 5

Tsoon \ Regioon	Maopõhi	Esimene sein	Tagumine sein	Väike kõverik	Suur kõverik	Kokku
Korpuse	—	3	9	20	5	37
Antraalne	—	4	6	39	4	53
Püloorne	—	—	—	7	1	8
Kardiaalne	1	—	—	1	—	2
Kokku	1	7	15	67	10	100

Nagu esitatud andmeist nähtub, lokaliseerus 61 juhul (54,9%) vähk püloroantraalses tsoonis ja 37 juhul (33,3%) korpuses.

Röntgenoloogiliste ja gastroskoopiliste diagnooside kokkulangevus operatsiooni- ja patohistoloogiliste andmetega selgub võrdlevalt tabelist 6.

Tabel 6

Gastroskoopiline diagnoos / Röntgenol. diagnoos	Õige	Vale	Kahtlane	Vaatlus ebaõnnestus	Kokku
Õige	88	1	3	7	99
Vale	4	3	—	—	7
Kahtlane	3	1	—	1	5
Kokku	95	5	3	8	111

111 maovähiga haigest langes röntgenoloogiline ja gastroskoopiline diagnoos kokku 88 juhul (79%). Röntgenoloogiline diagnoos osutus õigeks 99 juhul (89%) ja gastroskoopiline 95 juhul (85,5%). Seega tõusis õigete diagnooside arv 108-ni (97,3%-ni), valesti diagnoosituks jäi ainult 3 juhtu (2,7%). Järgneval laparotoomial õnnestus 71 juhul (63%) teha radikaalne operatsioon.

Gastroskoopiline uurimine ebaõnnestus 8 juhul (7,2%). Neljal juhul oli põhjuseks haige seisund: ühel juhul haige minestas, kahel juhul oldi haige rahutuse tõttu sunnitud uuring lõpetama ja ühel juhul esines soolesisu tugev antiperistaltika makku. Ülejäänud neljast juhust kahel takistas uuringut suur kasvaja, mis asetses objekiivi vastas; kahel juhul esines gastroskoobi suure painde tõttu (tingitud konstitutsionaalsetest iseärasustest) vaatevälja väljalangemine.

E. Schultzil kaastöölistega (24) esines 72 ebaõnnestunud juhtu 991 gastroskoopiast (7,2%); ebaõnnestumise põhjusteks olid haige seisund ja tehnilised tingimused. Kasvaja takistas vaatlust R. Schindleril (23) 14 korral 1000 gastroskoopiast. Poutes'il ja Meirelles'il (22) ei õnnestunud 2% juhtudest anatoomilistel põhjustel gastroskoopi makku viia.

5 juhul pandi gastroskopeerimisel ekslik diagnoos. Neist 2 juhul esines püloorse, 1 juhul — antrumi eesseina ja 2 juhul — korpuse ülaosa tagumise seina vähktõbi.

3 juhul kahtlustati gastroskopeerimisel maovähki. Röntgenoloogiline diagnoos oli neil juhtudel õige. Neist 1 juhul oli tegemist subkardiaalse kasvajaga, mis takistas mõningal määral gastroskoobi edasiviimist. Vaateväli oli osaline, kogu vaatlus piirdus mao distaalse osaga, mistõttu lõplik diagnoos jäi panemata. 2 juhul esines kasvaja mao distaalses osas: prepüloorne väike (2×3 sm) haavandunud vähk ja antraalosa infiltratiivne vähk. Esimesel juhul oli gastroskoopiliselt näha püloorse piirkonna infiltratsioon, mis põhjustas deformatsiooni ja tekitas pahaloomulisuse kahtluse. Teisel puhul esines antraalpiirkonnas tagumise seina suure kurvatuuri poolselt paksenenud limaskestavoltide korrapäratu kogum, mis ei lamenenud mao õhuga täitmisel. Peristaltika oli hästi jälgitav. Diagnoositi lokaalset hüperplastilist gastriiti võimaliku pahaloomulisusega.

Gastroskoopia üheks puuduseks on nn. pimeväljade esinemine — mõned mao piirkonnad jäävad gastroskopeerimisel nähtamatuks. Rigiidse gastroskoobiga jäi püloorus ja väike kõverik nähtamatuks 20—33% juhtudest (23, 21, 11). Painduva gastroskoobiga õnnestus R. Schindleril (23) püloorust näha 95% juhtudest, prepüloorset väikest kõverikku ainult 50% juhtudest, kuid viimase nähtavus oli küllaldane kiire peristaltika korral. «Pimeväli» jäi mao tagumise seina ja kardia piirkonda, kus gastroskoobi optiline otsik oli tihedalt vastu mao seina. Püloroantraalset

piirkonda ja väikest kõverikku peab enamik autoreid raskesti vaadeldavateks (1, 20 jt.). Antraalpiirkonna paremaks vaatlemiseks soovitatakse gastroskopeerimise ajal täiendavalt palpeerida mao piirkonda (11, 10, 14 jt.). S. Slintšak (10) rakendab palpeerimist ja gastroskopeerib haiget istuvas asendis, nähes sellise metoodikaga 95% juhtudest püloorset piirkonda ja väikest kõverikku.

Antraalpiirkonnast parema ülevaate saamiseks oleme veidi muutnud haige asendit — liigutame vasemal küljel lamava haige paremat õlga ja ülakeha ette-taha. Lisaks sellele palpeerime täiendavalt mao piirkonda ja täidame mao vähesel määral õhuga. Kirjeldatud metoodika kasutamisel ei õnnestunud meil 5 juhul (4,5%) detailselt vaadelda püloroantraalset piirkonda.

A. Rakov (17) omistab esmajärgulise tähtsuse kasvaja anatoomilisele tüübile kui selle kasvuvormile, mis kõige eredamalt peegeldab kasvajalise protsessi bioloogilist olemust, väljendades kasvaja ja organismi omavahelist suhet. Võib oletada, et tugeva lokaalse koereaktsiooni korral moodustub eksofüütne vorm, säilitades piirdunud kasvu. Nõrga koereaktsiooni puhul on ülekaalus endofüütsed vormid, mis on infiltratiivse kasvuga.

Maovähi liigitamiseks anatoomiliste vormide järgi on antud erinevaid skeeme (15, 12, 9, 23 jt.), mis võimaldavad määrata kasvaja kasvu, kliinilise kulu ja prognoosi mõningaid iseärasusi (11, 9, 12 jt.).

Kasutades R. Bormanni (15) klassifikatsiooni (üks põhilisi) liigituvad meie poolt uuritud juhud järgmiselt: polüpoidsed vähid — 18 juhtu (neist 2 pahaloomuliseks muutunud polüüpi); kausjad vähid — 32 juhtu; haavandilis-infiltratiivsed vähid — 39 juhtu (neist 3 pahaloomuliseks muutunud haavandit); difuussed vähid — 22 juhtu.

Maovähi infiltratiivsete vormide gastroskoopiline diagnoosimine võib olla vahel raskendatud (12). Me ei saa oma gastroskopeeritud haigete valede ja kaheldavate diagnooside seas esile tõsta mõne anatoomilise vormi sagedamat esinemist. Tuleb märkida, et infiltratiivne vähk võib esineda jämenenud korrapäratute limaskestavoltide kujul, mille piirkonnas säilib ka peristaltika. Kasvaja võib oma algstaadiumis simuleerida kroonilist gastriiti (25). A. Klotzi (19) andmeil võivad mao limaskesta suurenenud voldid 10% juhtudest ka röntgenoloogiliselt simuleerida tuumorit.

Histoloogilise leiu järgi jagunesid gastroskopeeritud haigete diagnoosid järgmiselt: adenokartsinoom — 45 juhul; adenokartsinoomi soliidne vorm — 13, kolloidne vorm — 4 ja difuusne vorm — 20 juhul. 29 juhul ei teostatud histoloogilist uuringut (proovilaparotoomiad, palliatiivsed operatsioonid). Valedel ja kahtlastel gastroskoopilistel diagnoosidel esines 3 juhul adenokartsinoom ja 3 juhul difuusne vorm, 2 juhul histoloogilist uuringut ei tehtud.

Maopatoloogia elupuhust morfoloogilist iseloomustust võimaldab gastrobiopsia, mida saab teostada Benedicti operatsiooni-gastroskoobiga. (joonis 2). Illustratsiooniks esitame juhu, mil röntgenoloogiliselt diagnoositi pülooruse stenoosi (vt. tahvel V, joonis 1). Gastroskoopiliselt leiti stenoosi põhjustaja — krooniline haavand. Teostati gastrobiopsia. Patohistoloogiline diagnoos (K. Titkin): adenokartsinoom (vt. tahvel V, joonis 2).

K o m p l i k a t s i o o n i d. Teostatud 580 gastroskoopia puhul ei ole esinenud ühtegi komplikatsiooni. Et tüsistuste küsimus omab olulist tähtsust meetodi iseloomustamisel ja propageerimisel, peatume sellel kokkuvõtlikult kirjanduse andmeil.

Gastroskopeerimisel tekkinud komplikatsioonid langevad enamikus ajajärku enne painduva gastroskoobi tarvitusele võtmist. A. Hübner (17) avaldas 1928. a. 16 autori andmeil 3627 gastroskoopia kohta 9 surmajuhtu, mis moodustab 0,2—0,3%. F. Moutier' (21) 1935. a. avaldatud andmeil ei esinenud 500 gastroskoopia puhul söögitoru ja maoga seotud tüsistusi. N. Smirnov (15) pole 3000 gastroskoopia korral kordagi täheldanud söögitoru ega mao vigastusi. R. Schindler leidis 1940. a. 60 gastroskopisti (USA-st, Inglismaalt ja Austraaliast) ankeediandmetest (22 351 gast-

roskoopiat) ainult 1 surmajuhu (0,004%). (Bronhoskoopia oli tekitanud elatanud naispatsiendil hüpofaarünksi trauma ning järgnev gastroskoopia põhjustas perforatsiooni.) 9 gastroskopisti andmeil esinesid komplikatsioonid: 8 mao tagumise seina ülaosa ja 1 tühisoole perforatsioon resetseeritud mao korral. Kõik haiged tervenesid konservatiivse või kirurgilise raviga.

Arvestades kirjanduse andmeid ja praktilisi kogemusi võib öelda, et gastroskopeerimine ei ohusta haiget, kui 1) arvestatakse kõiki võimalikke vastunäidustusi, 2) kasutatakse painduvat gastroskoopi, 3) uuring viiakse läbi nõuetekohaselt ja õige metoodikaga. Seepärast on oluline, et gastroskoopiat teostaks vastava teoreetilise ja praktilise ettevalmistuse saanud arst, gastroskopist, mitte aga juhuslik arst. Küsimus ei seisne ainult gastroskoopia tegemises, vaid limaskesta nähtavate muutuste õiges tõlgendamises. Selleks vajalikud oskused saadakse aga teoreetilise ettevalmistuse ja pidevate praktiliste kogemuste najal.

Järeldused

1. Gastroskoopia ei asenda mao röntgenoloogilist uuringut, mis on juhtiv meetod maovähktõve diagnoosimisel. Mõlema meetodi paralleelsel kasutamisel suurenes maovähi diagnoosimise täpsus 97,3%-ni.

2. Mõned maotsoonid võivad olla vahel raskesti gastroskopeeritavad. 4,5% juhtudest ei õnnestunud detailselt näha püloroantraalset ja 2,7% juhtudest subkardiaalset piirkonda, mis põhjustas üksikjuhtudel vale või kahtlase diagnoosi.

3. Kaasaegsed gastroskoobid on heade optiliste omadustega ega põhjusta õige kasutamismetoodika korral tüsistusi.

4. Gastroskoopiat saab edukalt kasutada ambulatoorsetel haigetel.

5. Gastroskoopiat tuleks maohaigete uurimisel senisest laiemalt kasutada kõikides polikliinikutes ning haiglates.

KIRJANDUS

1. Виллако К. П. Клинич. медицина, 1959, 4, 69—73. — 2. Гольдштейн Л. М. Вестн. рентгенол. и радиол., 1953, 5, 36—42. — 3. Мельников А. В. Клиника рака желудка. Л., 1960. — 4. Певзнер М. И. Рак желудка. Клиника, диагностика, перспективы лечения и профилактика. М., 1951. — 5. Раков А. Н. Хирургия, 1961, 6, 28—37. — 6. Рейнберг С. А. Рентгенологическое распознавание рака желудка. М., 1952. — 7. Рыбаков М. М. В сб.: Вопросы хирургии органов брюшной и грудной полостей. Л., 1957, 84—89. — 8. Савиных А. Г. Вестн. хирургии, 1955, 76, 10, 3—16. — 9. Сивков И. И. Значение гастроскопии в диагностике рака желудка. М., 1959. — 10. Слинчак С. М. Гастроскопия в диагностике желудочной патологии. Киев, 1956. — 11. Смирнов Н. С. Гастроскопия. М., 1960. — 12. Шехтер И. А., Головинчиц В. А. Клинич. медицина, 1950, 11, 57—63. — 13. Эпштейн А. А. Клинич. медицина, 1961, 11, 23—29. — 14. Blomquist, O. A. Gastroenterology, 1949, v. 12, 70. — 15. Bormann, R. Geschwülste des Magens. Bd. IV, T. I. Leipzig, 1926. — 16. Heinkel, K. Krebsarzt, 1959, 14, 10/11, 413—421. — 17. Hübner, A. Gastroskopie. Jena, 1928. — 18. King, W. E. Med. J. of Australia, 1959, 2, 49—51. — 19. Klotz, A. P., Kirsner, J. B., Palmer, W. L. Gastroenterology, 1954, 27, 221. — 20. Lombardo, V., Saracco, C. Archivo per le Schienze Mediche, 1960, v. 109, 6, 459—470. — 21. Moutier, F. Traité de gastroscopie et de patologic, endoscopique de l'estomac. Paris, 1935. — 22. Poütes, Meirelles. Rev paulista med., 1959, 54, 15. — 23. Schindler, R. Gastroscopy. Chicago, 1950. — 24. Schultz, E. N., Hauch, E. W., Heyde, B., Wharton, G. K. Amer. J. of Gastroenterol., 1958, 30, 3, 280—285. — 25. Steigmann, F., Hynon, Kamcaper, W. L. Gastroenterology, 1952, 37, 72.

О ЦЕННОСТИ ГАСТРОСКОПИИ ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

В. Рятсеп

Резюме

Частые случаи рака желудка делают особенно актуальным вопрос его диагностики, существенным является раннее выявление заболевания.

При диагностировании рака желудка основное значение имеет рентгенологическое исследование. Если параллельно с этим проводить гастроскопию, можно в значительной степени улучшить диагностику.

В Таллинском республиканском онкологическом диспансере гастроскопия как дополнительное исследование применяется с 1949 г. С 1953 г. этим методом пользуются систематически. За 1953—1961 гг. проведено 580 гастроскопий, из них 340 (58,6%) амбулаторно. Из общего числа обследованных рак желудка был выявлен у 135, язва — у 115, полип — у 41 и хронический гастрит у 289 больных.

Для гастроскопического исследования применялись два типа гастроскопа — гибкий Вольфа-Шиндлера (модель завода «Красногвардеец») и гастроскоп с управляемой гибкой панорамоптикой.

С 1961 г. стали применять и операционный гастроскоп Бенедикта, который позволяет проводить биопсию под контролем глаза.

Из 111 оперированных случаев рака желудка данные рентгенологического и гастроскопического исследований совпадали в 88 случаях (79%). Рентгенологический диагноз оказался правильным в 99 случаях (89%) и гастроскопический — в 95 (85,5%). При совместном использовании обоих методов количество правильных диагнозов достигало 108 (97,3%), ошибочный диагноз был поставлен только в 3 случаях (2,7%).

Гастроскопию можно применять успешно и в амбулаторных условиях. Этот ценный диагностический метод следует шире внедрять во всех поликлиниках и больницах.

MAORESEKTSIOONIJÄRGSETEST HILISSÜNDROOMIDEST

V. SALUPERE

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Resetseeritud magudega haigetel esineb operatsioonijärgses hilisperioodis (s. o. aastaid pärast operatsiooni) sageli vaevusi, mida seostatakse kas haavandtõve ägenemise või maoköndi gastriidiga. Kui vahetult pärast operatsiooni ilmnevaid sümptoome õnnestub enamasti ühendada morfoloogiliste muutustega maoköndis [raske segatüüpi, sageli purulentne gastriit või anastomosiit — R. Schindler (13)], siis hilisperioodis puudub vaevusel sageli morfoloogiline taust [B. Klepatski (2)].

Puudutame peaasjalikult hilises operatsioonijärgses perioodis esinevaid sündroome (vahetult pärast operatsiooni esinev patoloogia kui kirurgide kompetentsi kuuluv siin käsitlemist ei leia).

Tähtsaimaks ja ühtlasi ka sagedamini esinevaks on nn. dumping-sündroom. Sündroomi nimetus pärineb anglo-ameerika kirjandusest, kusjuures sünonüümidena kasutatakse veel — Dünndarmschok (saksa) ja agastriline asteenia (nõukogude). Dumping-sündroomi sageduse kohta on erinevate autorite andmed üsna lähedased: J. Rosenberg ja M. Matzner (12) — 5—15%, E. Texter ja H. Moeller (15) — raskeid vorme 10%, kergemaid 20—40%.

Sündroomi jaotatakse varajaseks (tekib kohe, kuni 30 minutit pärast söömist) ja hiliseks (2—3 tundi pärast söömist). Hilist sündroomi seostatakse süsivesikuterikka toidu ja järgneva reaktiivse hüpoglükeemiaga. Osa autoreid ei peagi seda tõeliseks dumpinguks, sest sageli puuduvad tüüpilised kollapsinähud.

Tõelist (s. o. varajast) dumping-sündroomi iseloomustavad järgmised nähud. Söömise ajal või pärast söömist tekib nõrkus, kuumatunne, hooti higistamine ja südamepekslemine. Rasketel juhtudel võib järgneda minestus. Vasomotoorset kollapsit meenutava seisundi tõttu tunnevad patsiendid pikaliheitmise vajadust. Samaaegselt võivad esineda ka mitmed rohkem seedetrakti seisundit peegeldavad nähud, nagu iiveldus, oksendamine, valu ja vaevused epigastrumis, röhatused. Mõnel patsiendil tekivad need iga kord pärast söömist, teistel aga seoses teatud liiki toitudega (magus, vedelikurikas toit, piim). Sümptoomid algavad kas söömise ajal

või 10—30 minutit hiljem. Vaimse ja füüsilise pingutuse korral sümptoomid tugevnevad, rahuolekus (eriti lamades) vähenevad.

Kuidas on dumping-sündroomi tekkimine seotud operatsioonimeetodiga, selle kohta on arvamused lahkuminevad. E. Texter ja H. Moeller (15) on arvamusel, et nimetatud sündroom tekib sagedamini Billroth II, eriti Polya modifikatsiooniga teostatud maoresektsiooni puhul. Krieger kaastöötajatega (6) leiavad, et kitsas stooma väldib dumpingut. Osa autoreid seostab sündroomi teket resektsiooni ulatusega.

Dumping-sündroomi olemust käsitlevad teooriad seletavad seda toidu kiire sooldesattumisega. Dumpingutaolist seisundit on kirjeldatud ka resetseerimata magudega inimestel, kui magu kiirelt tühjeneb. N. Levin (9) kirjeldab kaksteistsõrmiksoole haavandiga patsiente (arvult 4), kellel esines röntgenoloogiliselt kindlakstehtav mao kiire tühjenemine ja dumping-sündroomile iseloomulikud nähud (puudusid aga tavalised, haavandtõvele omased sümptoomid).

Mehaanilise ärrituse teooria järgi põhjustab toidu kiire sooldesattumine sooleseinas olevate närvilõpmete mõjustamise kaudu kliiniliste nähtude tekkimist. Osa peab sündroomi põhjuseks maosisu ja aferentse soolelingu raskusest tingitud närvilõpmete-stimulatsiooni.

Osmoositeooria pooldajad seostavad dumping-sündroomi puhul tekkivat vasomotoorset šokitaolist seisundit hüperosmootse vedelikuhulga järsu tungimisega tühisoolde. Osmoosi tagajärjel väheneb ringleva vere hulk. Machella sai dumping-sündroomiga sarnaneva seisundi ka tervetel isikutel — hüpertoonilise suhkrulahuse viimisega tühisoolde.

Elektrolüüsiteooria seletab sündroomi kaaliumivaegusega vereseerumis. B. Webber, M. Bender ja G. Moore (10) on aga arvamusel, et plasma mahu ja kaaliumi langus vereseerumis on normaalne füsioloogiline nähtus, mida põhjustavad muutunud anatoomilised suhted maoresektsiooni järel, nii et sellega dumping-sündroomi teket seletada ei saa.

Ebastabiilset närvisüsteemi (psühhoneurootilistel isikutel) peavad kliiniliste nähtude aluseks nn. psühhosomaatilise teooria esindajad.

Sündroomi raviks soovitatakse kõrge rasva- ja valgusisaldusega dieeti. Vältida tuleb vedelaid ja süsivesikuterikkaid toite (eriti piima ja suhkrut). Soovitatav on hoida toitu 37° (s. o. kehatemperatuuri) juures, süüa aeglaselt ja pärast söömist lamada. Operatsioonijärgses hilisperioodis (s. o. aastaid pärast operatsiooni) eitavad kirjanduse allikad eriti range dieedi pidamise vajadust. Soovitatakse võrdlemisi varakult üle minna tavalisele toidule, arvestades aga seejuures eespool kirjeldatud seisukohti.

Sagedaseks ja üsna häirivaks sümptoomiks resektsioonijärgses hilisperioodis on kõhulahtisused. A. Bussalov (1) peab neile iseloomulikuks kulgu ilma valudeta, tenesmideta ja temperatuurita. Kõhulahtisus esineb sageli kindla perioodi järel (näiteks 1—2 korda nädalas, kord kuus jne.). Kõhulahtisusi seostatakse ühelt poolt pankrease ja maksa talitluse häiretega ja teiselt poolt seedimata toidu kiire sooldesattumisega ning sellest sugeneva enteriidiga. I. Startsev (3) arvab, et seoses maksa funktsioneerimisega uutes tingimustes tekib tema püsiv hüpereemia, mis viib algul põletikuliste, hiljem aga degeneratiivsete nähtudeni. Samaaegselt langeb pankrease talitlus, sest üheks pankrease fermentide stimuleerijaks on sekretiin, mis moodustub kaksteistsõrmiksoole limaskesta niisutumisel mao soolhappega.

Osal patsientidel võib tekkida hüpokroomset tüüpi aneemia. A. Schneiderbaueri (14) arvates peetub resektsioonijärgselt mingi aine eritumine, mis reguleerib maksa funktsiooni. Tekib funktsiooniproovidega avastatav maksapuudulikkus ja hüpoproteineemia, mis viib aneemiale. Sageli annab tulemusi ravi vereülekannetega.

Harvadel juhtudel kujuneb välja alimentaarset düstroofiat meenutav nn. toitumishaigus (eriti juhtudel, kus operatsioonile eelnes krooniline põletikuline protsess suurtes seedenäärmetes). See kujutab enesest valkude metabolismi häiret, mida iseloomustab koevalkude tühjaksammutamine ja verevalkude madal tase. A. Lambling ja tema kaastöölised (7, 8) peavad väljakujunenud juhtudel peamisteks sümptoomideks nõrkust, diarröad, alajäsemete ödeemi ja kaalu langust. Esineb verevalkude tunduv vähenemine.

Kaalu langus 5—10 kilogrammi võrra ilma teiste oluliste toitumishäireteta esineb haavandtõve tõttu opereerituil operatsioonijärgses hilisperioodis sageli. Selline kaalulangus on püsiv ja ei allu kergesti ravile. L. MacLean jt. (10) peavad kaalu langemise peamiseks põhjuseks maoreservuaari vähenemist. See oletus tundub aga väheusutavana.

Varem peeti tähtsaks sündroome, mida kutsub esile see, et nn. väike magu ja juurdetoov sooleling on kaua täis (raskus- ja täistunne ülakõhus, valud, iiveldus, oksendamine, toidu regurgitatsioon); olulist osa neil aga ei ole. Mõned autorid eitavad nende sündroomide iseseisva esinemise võimalust.

Lisaks nimetatuile esineb kirjanduses viiteid resektsioonijärgsetele närvisüsteemi häiretele, sugulisele hüpotooniale jt.

Nagu juba tähendatud, ei õnnestu kliinilist pilti enamasti siduda maoköndi morfoloogilise leiuga (röntgen, gastroskoopia). On juhte, kus tugevasti väljendunud lokaalse leiu korral puuduvad vaevused hoopis või vastupidi. Maoköndi gastriidi osa hilises operatsioonijärgses perioodis on ebaselge. Võib arvata, et juhtudel, kui seedetraktiga seotud vaevused pole viidavad ühegi tuntud sündroomi alla ja gastroskopeerimisel esineb gastriidipilt, on vaevuste põhjustajaks maoköndi gastriit.

Küsimusele, kas operatsioonijärgne gastriit on resetseeritud maole spetsiifiline, on ka gastrobiopsiaga tegelevad autorid andnud erinevaid vastuseid. E. Palmer (11) on veendunud, et see on opereeritud maole spetsiifiline ja kujutab endast operatsioonijärgse protsessi jätkumist. Operatsioonijärgse gastriidi spetsiifiliseks vormiks peab ta pinnakatarri. Kahjuks on autori materjal resektsioonide osas vähene (13 juhtu). Veenvam tundub olevat E. Benedicti (4) ja C. Debray ning kaasautorite (5) seisukoht, et hilises perioodis pärast operatsiooni on tegemist samade gastriidivormidega kui opereerimata maoski. Ka meie vähesed kogemused resetseeritud magudega haigete gastrobiopsia alal (15 juhtu) lubavad ühineda viimati nimetatud autoritega.

Lõpuks olgu toodud paar näidet.

J u h t 1. 39-aastane meespatsient K. J. (Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonna haiguslugu nr. 719/1961. a.). 1954. a. resetseeriti haigel perforatsiooni tõttu magu. Ligikaudu 2 aastat pärast operatsiooni hakkas patsient raskema ja rohkemas koguses tarvitatud toidu järel tundma nõrkust ja unisust, millele kaasus ka südamepekslemine ja vahelööke. Samaaegselt esines sageli ka iiveldust, röhatusi ja valu roietekaarealuses piirkonnas. Kirjeldatud sümptoomid tekkisid keskmiselt 10 minutit pärast söömist ja kestsid tavaliselt pool tundi. Eriti tugevad vaevused tekkisid juhtudel, kui patsient ei söönud täpsel ajal, kui söögikordade vahe oli tavalisest pikem. 15—20-minutilise rahuliku istumise või lamamise järel vaevused möödusid. Samast ajast alates esinevad perioodilised kõhulahtisused (paar päeva nädalas). Kõhulahtisuste teket seostab patsient psüühilise erutuse või tugevama söömisega. Kõhulahtisusele eelnevad kõhukorisemine ja valud alakõhus. Enne operatsiooni oli patsiendi kehakaal 73 kg, haiglasse vastuvõtmisel 63 kg. Söögiisu on väga hea.

Objektiivsed uuringud. Kergesti erutuv, väga labiilne patsient. Veri, uriin, väljaheide on oluliste muutusteta. Maomahlas puudub vaba soolhape (süstiti 4 TÜ insuliini veeni; kaksiksond).

Röntgenoloogiline uuring. Billroth II, Hofmeister-Finstereri modifikatsiooni järgi opereeritud magu. Maokönt on silindrilise kujuga, umbes 15 sm pikkune. Maoköndi ülaosas on limaskestavoldid korrapärased, anastomoosi läheduses aga paiguti padjataoliselt laienenud. Juurdetoov sooleling täitub paari sentimeetri ulatuses. Mao-

kõnt tühjeneb rütmiliselt, portsjoniliselt, kusjuures portsjonid formeeruvad äraviiva soolelingu algosa rütmiliste kokkutõmmete ja lõõgastustena. Evakuatsiooniaeg 4,5 minutit.

Gastrobiopsia (imemismeetodil). Saadud 0,5×0,3 sm suurune limaskestatükk. Pärast biopsiat vaevusi ei esinenud. Gastroskoopia (1 tund pärast biopsiat): limaskest on roosakaskollast värvust, puhas; maoköndi ülaosa eesmisel seinal on väheldane limaskestadefekt, mille põhi on punetav, kuid ei veritse (biopsia koht!)

Histoloogilisel uuringul leid normaalne.

Juht 2. 53-aastane meespatsient O. S. (uuringud teostatud ambulatoorselt). Opereeritud 1958. a. pülooruse kartsinoomi tõttu. Enne operatsiooni olnud haige ühe aasta. Kogu operatsioonijärgne periood on olnud vaevusteta. Kehakaal on operatsioonieelsega võrreldes tõusnud 5 kg võrra.

Objektiivsed uuringud. Veri, uriin, väljaheide muutusteta. Maomahlas puudub vaba soolhape. Röntgenoloogiline uuring. Maoköndi reljeef on hästi uuritav, jämedate, sirgete voltidega. Kontuurid defektideta. Evakuatsioon on kiire (toimub 2 minutiga), portsjoniline.

Gastrobiopsia. Saadud kaks limaskestatükki (0,2×0,4 ja 0,2×0,2 sm suurused). Biopsia ajal ja ka 3 päeva hiljem patsient kaebusi ei esitanud. Gastroskoopia: lühike resetseeritud maokönt, milles rohkesti mullilist sülge; limaskest on tavalisest heledam, kollaka värvusega, intaktne; biopsiadefekti ei sedastata.

Histoloogiline leid. Tugevasti väljendunud limaskestaatroofia, mida iseloomustab mao spetsiifiliste elementide kadu ja rohke sooletüüpi metaplaasia (karikrakud, paneth-rakud). Rakuline infiltratsioon pole oluliselt rohkenenud.

Toodud näidetest nähtub, et küllaltki raskete ja patsiendile ebameeldivate nähtude korral võib lokaalne maoleid olla normaalne. See-vastu aga ei kaasu rohkele lokaalsele patoloogiale alati kliinilist leidu.

KIRJANDUS

1. Бусалов А. А. Резекция желудка при язвенной болезни. М., 1951. — 2. Клепацкий Б. И. Гастроскопия желудка, оперированного по поводу язвенной болезни. В. кн: Новые данные о язвенной болезни. Л., 1954. — 3. Старцев И. В. Клинич. медицина, 1959, 1, 91—94. — 4. Benedict, E. B. Gastroenterology, 1960, 38, 267. — 5. Debray, C., Laumonier, R., Housset, P. Arch. malad. appar. digest. et malad. nutr., 1956, 45, 4, 378. — 6. Krieger, H., Abbott, W. E., Bradshaw, J. S., Levey, S. Arch. Surg., 1959, 79, 2, 333. — 7. Lambling, A., Conte, M. Bull. Soc. med. hop. Paris, 1949, 65, 151. — 8. Lambling, A., Conte, M., Boissier, Erfmann. Bull. Soc. med. hop. Paris, 1949, 65, 161. — 9. Levin, N. B. Gastroenterology, 1957, 33, 3, 509. — 10. MacLean, L. D., Perry, J. F., Kelly, W. D., Mosser, D. G., Mannick, A., Wangensteen, O. H. Surgery, 1954, 35, 705. — 11. Palmer, E. D. Gastroenterology, 1953, 25, 405. — 12. Rosenberg, J., Matzner, M. J. Amer. J. Gastroenterol., 1957, 28, 5, 548. — 13. Schindler, R., Dagradi, A. E. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1955, 100, 1, 78. — 14. Schneiderbauer, A. Wiener med. Wochenschr., 1960, 8, 188. — 15. Texter, E. C., Moeller, H. C. Amer. J. Digest. Diseases, 1956, 1, 9, 387. — 16. Webber, B. M., Bender, M. A., Moore, G. E. New England J. Med., 1957, 256, 2, 285.

ПОЗДНИЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

В. Салупере

Резюме

Часто у больных после резекции желудка, иногда спустя год после операции, появляются различные болезненные симптомы (агастрическая астения или т. н. «демпинг синдром», поносы, малокровие и др.).

Кроме рентгенологического исследования и гастроскопии у больных с резецированным желудком важное значение имеет гастробиопсия (засасывающая). В поздний послеоперационный период не наблюдаются специфические для резецированного желудка формы гастрита, а встречаются те же, что у больных с нерезецированным желудком.

Язва желудка была обнаружена у 39-летнего больного, которого в 1954 году оперировали по поводу перфорации желудка. Спустя два года после операции больной стал чувствовать слабость после приема пищи, сонливость, тошноту и боли в подреберной области, появились и периодические поносы. Рентгенологическое, гастроскопическое и гистологическое исследования (гастробиопсией) не показали отклонений от нормы.

У другого больного, 53 лет, оперированного в 1958 году по поводу рака привратника желудка, особых жалоб не было, но при гистологическом исследовании кусочка слизистой, взятого гастробиопсией, определялась выраженная атрофия слизистой.

Приведенные случаи говорят о том, что широкая клиническая картина может встречаться у больных, слизистая желудка которых имеет вполне нормальную морфологию. И наоборот, большие патоморфологические изменения могут не выявлять особых клинических признаков.

ANESTESIOLOOGIA KAASAEGSETE MEETODITE RAKENDAMINE KILINGI-NÕMME HAIGLAS

I. VIEDEBAUM

(Kilingi-Nõmme Linna Haiglast, peaarst *R. Oro*)

Anestesioloogiast on viimase viieteistkümne aasta jooksul kujunenud teadus, mis ei uuri ainuüksi tuimastuse teooriat ja praktikat, vaid tegeleb ka organismi eluliselt tähtsate funktsioonide juhtimisega operatsiooni ajal, enne ja pärast seda.

Kaasaegne anestesioloogia laiendab tunduvalt kirurgiliste vahelesegamiste diapasooni ja soodustab kirurgia edasist arenemist. Anesteesiameetodi valik igal konkreetsel juhul on muutunud küllaltki keerukaks (11, 5, 12).

Praktikas on leidnud kasutamist uued efektiivsed uinutid — analgeetikumid, terve rida neuropleegikume, ganglioblokaatoreid, adrenolüütilisi ja antihistamiinseid preparaate. Tavaliseks on muutunud lihaserelaksantide, kuraaretaolise toimega preparaatide kasutamine. Organismi üldseisundi kindlaksmääramiseks kasutatakse ikka sagedamini spetsiaalseid aparaate. Tuimastuse ajal on arstil vaja osata kliiniliselt hinnata ja teadlikult juhtida organismi närvitalitlust, vegetatiivse ja endokriinse süsteemi talitlust, organismi kompensatoorseid reaktsioone, terminaalset seisundit jne.

Tekib küsimus, kas maarajooni haigla jõuab kõigi nende kaasaegsete probleemidega vähegi sammu pidada.

Töötasime läbi Kilingi-Nõmme Linna Haigla kirurgia osakonna viimase viie aasta töökogemused (1956. a. oli kirurgia osakonnas 15, 1961. a. 25 kohta, elanikke on haigla teenindamispiirkonnas 20 000). Selle aja jooksul on tehtud 1433 operatsiooni, nendest 900 lokaalanesteesiaga. Lokaalanesteesia suur ülekaal on täiesti loomulik, sest see ei nõua keerukat aparatuuri (5, 13, 10).

Lokaalanesteesial on aga ka mitmeid puudusi. Protseduur ise on suuremal või vähemal määral seotud valuga; täielik analgeesia saavutatakse harva; samuti ei teki lihastel täielikku relaksatsiooni, mis raskendab operatsiooni; rohkearvulised nõelatorked operatsioonivälja soodustavad infektsiooni sisseviimist jne. (5).

Meie kogemustel oli lokaalanesteesia teostamise esimesel perioodil (s. o. anesteetilise aine sisseviimise ajal) kõige sagedamini esinevaks komplikatsiooniks haige emotsionaalsest seisundist tingitud reaktsioonid: haige erutumine, tahhükardia, peapööritus, kollaps. Need nähud möödusid kiiresti pärast nuuskpiirituse inhaleerimist või haige asendi muutmist.

Alates 1958. a. sügisest hakkasime kasutama potentseeritud premedikatsiooni kirjanduses esinevate skeemide järgi (4, 2, 3). Potentseeritud anesteesia kandvamaks lüliks on neuropleegilised ja fenotiasiinipreparaadid, eriti aminasiin. Farmakodünaamiliselt aminasiin tegelikult ei

potentseeri lokaalset anesteesiat, kuid ta pärsib valurefleksi tsentraalset osa (8).

Lüütiliste segude koosseisus kasutasime peale aminasiini uinutitest barbamüüli, antihistamiinsetest preparaatidest dimedrooli, analgeetikumidest promedooli, kolinolüütilistest vahenditest atropiini, ainevahetuse stimulaatoritest B_1-vitamiini. Nimetatud segu manustasime haigele lihasesse operatsiooni eelõhtul ja operatsioonipäeva hommikul (välja arvatud uinuti) tavaliselt kasutatavates annustes. Aminasiini süstisime lihasesse 25—50 mg 2,5%-lise lahusena.

Viie aasta jooksul kasutasime lokaalanesteesiat koos intramuskulaarse potentseeringuga 152 korral.

Pärast lüütilise segu manustamist on haige poolune seisundis, lamab operatsioonilaual pingutamatult ja rahulikult. Kõik autorid väidavad, et lüütiline segu vähendab organismi reaktiivsust, emotsionaalseid reaktsioone, alandab organismi energiakulutusi, väldib hemodünaamika järske nihkeid. Eriti rahulikult kulgeb operatsioonijärgne periood. Pärast operatsiooni haiged tavaliselt uinuvad, uni kestab kuni ööpäev. Potentseerimata haigetel võib seevastu esineda piinav unetus. Haiged, kellele on manustatud lüütilist segu, on postoperatiivsel päeval erksad, temperatuuri tõus on tavaliselt väheldane (4, 3, 12). Tahaksime eriti rõhutada, et sellised haiged loovad kirurgia osakonnas väga rahuliku miljöö. See on tähtis eriti väikestes haiglates, kus puuduvad võimalused haigete eraldamiseks pärast operatsiooni. Kõik see vähendab operatsioonile minejate psüühilist traumat.

Vaatamata nende preparaatide headele omadustele jäävad näidustused neuropleegikumide rakendamiseks võrdlemisi piiratuks. Anestesioloogiat käsitlevas kirjanduses on tabav võrdlus: neuropleegikumidega mõjustatud organism on kui piduriteta auto, mis kihutab täie kiirusega. Võrdlus on põhjendatud, sest neuropleegilised ained on väga aktiivsed ja rohkete ründepunktidega. P. Kuprijanovi (12) arvates on neuropleegiliste preparaatide kasutamine suurtes doosides vastuolus tänapäeva anestesioloogia põhimõtetega — juhtida põhilisi füsioloogilisi reaktsioone. Ka viimase (ühtlasi esimese) anestesioloogide üleliidulise sümpoosioni resolutsioonis märgiti, et neuropleegilisi ravimeid on soovitatav kasutada mõõdukates annustes (kuni 50 mg) ja ainult intramuskulaarselt, seejuures silmas pidades individuaalseid näidustusi (2).

Peale intramuskulaarse potentseerimise kasutasime aminasiini ka intravenoosselt 40%-lises glükoosilahuses vahetult enne operatsiooni; sel puhul olid eespool mainitud, aminasiinist tingitud nähud väljendunud palju sügavamalt. Antud meetodit praegu enam ei kasutata.

Aminasiini manustamisel, eriti suurtes annustes ja veeni süstimisel, võib tekkida mittejuhitav hüpotoonia, tahhükardia. Viimast seletatakse positiivse induktsiooni levikuga pidurdatud koorest veresoonte vegetatiivsele tsentrumile hüpotaalamuses ja *formatio reticularis*'e põhiosale. Seda kinnitab tahhükardia kadumine või vähenemine pärast sügavnarkoosi, mis pärsib ajukoorealuste osade reflektoorset tegevust.

Kuni 1957. a. kevadeni kasutasime üldnarkoosi saamiseks lihtsat, maski abil narkotiseerimist. Narkotisaatoriks oli õde. Suurem osa haigeid kinnitasid üksmeelselt, et eeternarkoos on lämbumistunde tekkimise tõttu väga ebameeldiv. Mitmed haiged ei kartnud niipalju operatsiooni kui narkoosi.

Narkotiseerimisele maski abil kaasneb suurenenud sülje- ja limaeritus; sülg ja lima kogunevad neelu ja takistavad hingamist, ka keel võib kurku vajuda. Eksitatsioonistaadiumis on haiged rahutud ja rabelevad. Sügavnarkoosi staadiumi (III_3) saavutamine nõuab eetri kõrget kontsentratsiooni veres, see aga põhjustab hingamiskeskuse pidurduse. Sageda-

sed tüsistused narkoosi ajal ja pärast seda ei ole tihti tingitud narkootilise aine otsesest mõjust parenhümatoossetele elunditele ja südamele ning veresoonkonnale, vaid kroonilisest hapnikuvaegusest (11, 13, 14, 15). O_2-vaegust võivad soodustada veel haige sundasend operatsioonilaual, kirurgiline vahelesegamine näit. diafragma-aluses piirkonnas jne.

Hingamise efektiivsuses etendab suurt osa nn. surnud ruum (ruum suuõõnest kuni alveoolideni), mille maht on tavaliselt 150 ccm. Näiteks sügaval sissehingamisel on hingamismaht tavaliselt 600 ccm; kui sellest lahutame surnud ruumi (150 ccm), jääb järele 450 ccm. Pinnapealsel hingamisel on hingamismaht 200 ccm, lahutame 150 — jääb ainult 50 ccm. See näitab ilmekalt hapnikuvaeguse tekkevõimalusi haigel sügavnarkoosi ajal sundasendis (11, 15). Juhtus küllalt sageli, et pidime operatsiooni katkestama ja eemaldama narkoosimaski, sest haige oli tsüanootiline ning higine ja tema hingamine väga pinnapealne. Kui hakkasime eetrit manustama aparaadi abil koos hapnikuga, tõusis narkoosi efektiivsus ja vähenesid negatiivsed nähud. Materiaalselt on see aparaat kättesaadav igale haiglale. Aparaadi käsitsemise õpetasime selgeks kõikidele haavaosakonna õdedele; see on väikese haigla tingimustes praktiline ja isegi paratamatu. Muutus täpsemaks ka eetri doseerimine. Vähenes eetri lämmatav toime, haiged uinusid rahulikumalt. Hapnikusegu manustamisel harvenesid terava hapnikuvaeguse juhud. Kasutades eelnevalt kirjeldatud premedikatsiooni, saame veelgi vähendada eetri hulka, sest lüütilised segud tõstavad närvisüsteemi tundlikkust narkootikumide suhtes. Haiged ei oksendanud enam peaaegu üldse (8).

Siiski jääb veel terve rida komplikatsioonivõimalusi: 1) surnud ruum aparaadi kasutamisel suureneb, mis võib soodustada hingamise pidurdumist, vaatamata hapniku manustamisele; 2) aparaadi kasutamisel võib väljahingatavas õhus tekkida rohkesti CO_2, mistõttu veres tekib hüperkapnia; sellest tulenev hingamisatsidoos viib südametegevuse seiskumiseni (hüperkapnia soodustab uitnärvi mõju südamele) (11, 13, 15); 3) jääb püsima lima neelu kogunemise võimalus.

1959. a. otsustasime hakata kasutama intratrahheaalset narkoosi koos lihaserelaksantidega. Tutvusime kirjanduse kaudu intratrahheaalse narkoosi eelistega: sel puhul ei satu hingamisteedesse sekreeti; hapniku osarõhk on sissehingatavas gaasisegus kõrgem kui atmosfääris, mis tagab kudede küllaldase varustamise hapnikuga ka pinnapealse hingamise korral. Vajaduse korral võib hapniku juurdevoolu soodustada juhitava hingamisega. Operatsiooni lõpul võib lihtsa aspiratsiooniga puhastada hingamisteed sekreedist, see tagab vaba hingamise ja väldib kopsupõletiku tekkimist (11, 13, 5, 9, 15).

Lihaserelaksante otsustasime kasutada algul ainult intratrahheaalse toru sisseviimiseks. Haige üldseisundi ja hingamise paremaks jälgimiseks seadsime sisse narkoosikaardid. Narkoosi pidi andma üks kirurgidest, keda asendab õde pärast spontaanse hingamise taastumist haigel. Toetudes kirjanduse andmetele kasutame intratrahheaalset narkoosi koos lihaserelaksantidega ja juhitava hingamisega kauakestvate operatsioonide puhul, haigete sundasendite korral ja lihaste tugeva relaksatsiooni saavutamiseks osteosünteesi ajal.

Vaatamata raskustele preparaatide muretsemisel teostasime esimese intubatsiooni 1959. a. sügisel. Kuni 1. maini 1961. a. kasutasime intratrahheaalset narkoosi 46 korral.

Pärast sissejuhatavat narkoosi 2%-lise tiopentaalnaatriumiga, mida manustame tavaliselt 50 ccm, kasutasime intubatsiooni soodustamiseks lühiajalise toimega nn. leptokuraarepreparaate, mille toimemehhanism seletub depolarisatsioonibloki tekkimisega müoneuraalses ülekandes (1, 9, 15). Oleme kasutanud ditiliini ja selle sünonüüme: müorelaksiini,

lüstenooni, prokuraani. Intubeerisime sirge larüngoskoobiga — haige on selili, pea all 10—12 sm kõrgune padi (nn. Jackson-I asend) (15). Enne intubeerimist manustame haigele näo kohal oleva maskiga hapnikku. Me ei intubeeri kunagi, kui haige on tsüanootiline, sest siis võib süda seiskuda. Pärast depolarisatsiooniefekti möödumist (väljendub lihaste fibrillatsioonina) intubeerime spetsiaalse toruga. Intubatsioonitoru ühendame narkoosiaparaadiga, manustame (juhitava hingamisega) eetri ja hapniku segu esimese sügavnarkoosi staadiumini.

Tänu haigla ftisiaatrile, kes on omandanud intubatsioonitehnika ja anestesioloogia põhialused, oleme viimasel ajal kasutanud lihaserelaksante ka operatsiooni käigus vastavalt vajadusele (kõhukoopa sulgemine, mao väikese kurvatuuri vabastamine jne.).

Müorelaksantide kasutamisel komplikatsioone (näit. pikaldane apnoeseisund, depolariseeriva bloki üleminek repolariseerivaks) ei ole esinenud. Meil esines lihaserelaksantide manustamisel komplikatsioonina soolesisu massiivne regurgitatsioon pärast paralüütilist ileust. Seda on kirjeldanud kodumaistest autoritest E. Volpert (6, 7).

Peale mainitud komplikatsiooni on intratrahheaalne narkoos kulgenud ilma tüsistusteta, haigetel ei esinenud higistamist ega hüpoksianähte. Peaaegu kõikidel juhtudel olid füsioloogilised näitajad väga stabiilsed.

Tänu kaasaegsele anesteesiale tegime oma haiglas edukalt säärased operatsioonid nagu gastrektoomia, nefrektoomia, Wertheimi operatsioon. Suutsime päästa maoverejooksuga naishaige, kelle hgb. oli 8 ühikut (1,3g%).

Käesoleva aasta maist alates kasutame uut narkoosiaparaati УНА-1, mis võimaldab pidevalt teha juhitavat hingamist; vana narkoosiaparaat ei võimalda väljahingamisfaasi aktiivseks muuta (emfüseemi ja rigiidse rindkere puhul jääb väljahingamisfaasis kopsusisene rõhk positiivseks, mis pidurdab vere juurdevoolu südamesse, tekitades seega hemodünaamika häireid).

Intubatsioonitehnika valdamine lubab ambulatoorses ja pisikirurgias julgemalt kasutada intravenoosset barbituraatidega narkoosi, mis teatavasti pärsib hingamiskeskust.

Kohese intubatsiooniga võime edukalt võidelda terminaalsete seisunditega (traumade ja mürgistusnähtude korral). Intubatsioon on rakendatav sünnitusabis vastsündinu valgest asfüksiast väljatoomiseks. Intubatsiooni trahheotoomiameetodit võib kasutada ka teraapias raskete kopsupõletikkudega või kopsuödeemiga haigete ravimisel, mida kinnitavad ka meie haigla tagasihoidlikud kogemused.

Kokkuvõte

1. Kaasaegse anestesioloogia saavutused (neuropleegilised segud, lihaserelaksandid, intratrahheaalne narkoos, juhitav hingamine) on edukalt rakendatavad ka väikese kirurgiaosakonna tingimustes.
2. Väikeses haiglas on kasutatavamad lokaalanesteesia ja eeterhapniknarkoos, mida võib mõõdukalt potentseerida neuropleegikumidega.
3. Kauakestvate ja keerukate operatsioonide puhul, samuti haige sundasendi korral ja suuremate osteosünteeside puhul kasutada intratrahheaalset narkoosi koos lihaserelaksantide ja juhitava hingamisega.
4. Iga kirurg perifeerias peab tundma intubatsioonitehnikat ja rakendama seda praktikas.
5. Sagedamini võib kasutada kombineeritud narkoosi (intravenoosselt narkoosilt üle minna inhalatsioonnarkoosile).
6. Pöörata suuremat tähelepanu narkoosi individualiseerimisele, mis hoiab ära narkoosist tingitud komplikatsioonide tekkimise.

KIRJANDUS

1. Kivik, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 3, 45—51. — 2. Lehepuu, B. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 2, 62. — 3. Альнерович Б. И. Вестн. хирургии, 1960, 9, 106—108. — 4. Баранов С. М. Вестн. хирургии, 1961, 4, 99—102. — 5. Баркаш И., Якаб Т., Немет Д. Хирургия, 1961, 4, 10—15. — 6. Вольперт Е. И. Вестн. хирургии, 1960, 11, 147—148. — 7. Вольперт Е. И. Хирургия, 1961, 4, 107—109. — 8. Горбацевич А. Б. Вестн. хирургии, 1960, 7, 82—90. — 9. Григорьев М. С. и Аничков М. Н. Кураре и курареподобные препараты в хирургии. Л., 1957. — 10. Жоров И. С. Вопросы обезболевания. М., 1957. — 11. Жоров И. С. Общее обезболевания в хирургии. М., 1959. — 12. Куприянов П. А. Вестн. хирургии, 1960, 4, 85—94. — 13. Мешалнин Е. Н., Смольнивов В. П. Современный ингалационный наркоз. М., 1959. — 14. Минин Н. И. Вестн. хирургии, 1960, 9, 95—99. — 15. Macintosh, R. R., Bennister, F. B. Grundlagen der Algemeinnarkose, Berlin, 1960.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ В КИЛИНГИ-НЫММЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

И. Виедебаум

Резюме

В течение 5 лет в хирургическом отделении Килинги-Ныммеской больницы было проведено 1433 операции, причем применялись обыкновенный наркоз под маской, эфирно-кислородный наркоз, нейроплегические смеси и в 46 случаях интратрахеальный наркоз.

REIELUUKAELA MEDIAALSETE MURDUDE OSTEOSÜNTEESI KAUGTULEMUSED

Š. GULORDAVA ja *M. PÄSMEL*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Käesoleval ajal on reieluukaela mediaalsete adduktsioonmurdude ravis valikmeetodiks osteosüntees kolmetahulise metallnaelaga. Operatsiooni võib teostada kahel meetodil — lahtisel või kinnisel. Osteosüntees lahtisel meetodil (puusaliigese avamisega) kujutab endast küllaltki rasket ja ohtlikku operatsiooni, eriti vanematel inimestel. Kuigi naela luufragmentidesse viimine on sel puhul silmaga nähtav, ei õnnestu siiski alati soovitud tulemusi saada. Nii näiteks nähtub lahtise osteosünteesi meetodi ägeda pooldaja I. Kaemi (4) andmetest, et 6 juhul 76 opereeritust ei olnud nael luufragmentidesse õigesti sisse viidud ja tulemused olid halvad. Seetõttu ei olegi nimetatud meetod poolehoidu leidnud.

Osteosüntees kinnisel meetodil (puusaliigese avamiseta) on vähem traumatiseeriv, haiged taluvad seda kergemini ja enamikel juhtudel saavutatakse kolmetahulise naela õige viimine luufragmentidesse. Kuni käesoleva ajani ei ole aga veel leitud ühtset head meetodit naela sisseviimiseks. Paljud nõukogude ja välismaa autorid on konstrueerinud ja soovitanud väga mitmesuguseid aparaate. Nõukogude Liidus on tunnustust leidnud B. Petrovi ja E. Jasnovi, A. Kaplani, J. Ennulo, L. Šostaki poolt konstrueeritud aparaadid, kuid ka nende kasutamine on mõnevõrra keerukas ja seetõttu pole need laiemalt tarvitusele tulnud.

1958. a. konstrueerisime (Š. Gulordava) nurgamõõtja-suunaja, mille loomisel kasutasime ka mõningaid L. Šostaki (10) ja J. Ennulo (11) operatsioonimeetoditest ja aparaatide konstruktsioonidest saadud ideid.

Nimetatud aparaadi iseärasuseks on, et nurgamõõtja kinnitub orientiirile-mõõtjale, millelt kõrvalekallete arvestamine reieluukaela ja -pea telje suuna kindlaksmääramiseks on kergem ja täpsem [aparaadi lühikirjeldus on esitatud Tallinna Vabariikliku Haigla II teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesides (3)].

Ajavahemikus 1948.—1961. a. on Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonnas (juhataja B. Äniline) teostatud 148 reieluukaela mediaalse murru kinnist osteosünteesi, neist 53 operatsiooni on tehtud ülalmainitud aparaadi abil. Nimetatud 53 operatsioonist saadi 42 juhul head tulemused: kolmetahuline nael fikseeris luufragmendid hästi, nael asetses reieluukaelas ja -peas tsentraalselt. 8 juhul oli tulemus rahuldav — nael asetses reieluukaela ja pea suhtes veidi ekstsentriliselt. 3 juhul ei fikseerinud nael luufragmente küllaldasel määral. Need 3 ebarahuldavate tulemustega osteosünteesi leidsid aset perioodil, kui kirurgid alles omandasid operatsioonitehnikat.

Käesoleval ajal on osteosünteesi kinnise meetodi (ülalmainitud aparaadi kasutamisega) omandanud kõik Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonna kirurgid.

Meil õnnestus jälgida reieluukaela mediaalse adduktsioonmurru puhul teostatud kinnise osteosünteesi kaugtulemusi 51 patsiendil ajavahemikus 6 kuust kuni 4 aastani. Jaotasime kaugtulemused headeks, rahuldavateks ja mitterahuldavateks. Headeks kaugtulemusteks lugesime need juhud, kus patsientidel puudusid kaebused, reieluukael oli anatoomiliselt täielikult taastunud ning jäseme normaalne funktsioon ennistunud. Rahuldavate tulemuste hulka arvasime juhud, kus haige kaebas ebapüsiva iseloomuga valude üle puusaliigese piirkonnas, puusaliigese liigutused olid mõõdukalt piiratud, käimisel tuli kasutada keppi; fragmentide luuline kokkukasvamine oli seejuures toimunud täielikult, esines reieluukaela konfiguratsiooni vähene muutus (röntgenifilmil).

Siinjuures märgime, et paranemise käigus võib reieluukael tunduvalt ümber ehituda: lüheneda või pakseneda. Paranemise lõppfaasis leitakse tihti röntgenifilmil, et reieluupea on tunduvalt paksenenud, muutunud seenetaoliseks [N. Kosniskaja (6)].

Halbade resultaatide puhul kaebasid patsiendid valude üle puusaliigeses, käimisel kasutasid nad karke, toetamata opereeritud jalale, või olid sunnitud lamama voodis; röntgenoloogiliselt puudus fragmentide kokkukasvamine.

Alljärgnevalt esitame kokkuvõtliku tabeli reieluukaela mediaalsete murdude osteosünteeside (teostatud suunanäitaja aparaadiga) kaugtulemused.

Jälgimise aeg	Kaugtulemused		
	Head	Rahuldavad	Mitterahuldavad
6—11 kuud	8	2	3
1—1,5 aastat	16	3	4
1,5—2 aastat	9	—	1
2—3 aastat	3	1	—
3—4 aastat	1	—	—
Kokku	37	6	8

Ülaltoodud tabelist nähtub, et 51 opereeritud haigest 43-l saadi head ja rahuldavad kaugtulemused. Seega 84,4% juhtudest osutus operatsioon efektiivseks ning patsientide endine töövõime taastus. Erinevate autorite [F. Bogdanov (1), V. Tšaklin (9), A. Kaplan (5), S. Naumovitš (7),

Smith-Petersen (15), Reimers (13) jt.] järgi on saadud reieluukaela mediaalse murru osteosünteesil kolmetahulise naelaga häid ja rahuldavaid tagajärgi 70—95% juhtudest. Hea kaugtulemuse näitena kirjeldame järgmise haigusloo.

Juht 1. 74-aastane naishaige S. (haiguslood nr. 3157/ 1959. a. ja nr. 15392/ 1959. a.) saabus traumatoloogia osakonda 27. II 1959. a. Diagnoos: reieluukaela mediaalne murd fragmentide tunduva dislokatsiooniga (vt. tahvel III, joonis 1). Rakendati skeletivenitust. 6. III 1959. a. teostati operatsioon — reieluukaela otseosüntees kolmetahulise metallnaelaga. Kontrollröntgenifilmidel nael fikseeris luufragmendid õigesti mõlemas projektsioonis (vt. tahvel III, joonis 2 ja 3). Patsient väljus haiglast 9. IV 1959. a. heas üldseisundis, käimisel kasutas ta keppi, toetudes täie koormusega opereeritud jalale. 27. X 1959. a. tehti naela eemaldamise operatsioon. Röntgenifilmidel konstateeriti luufragmentide kokkukasvamist (vt. tahvel III, joonis 4). Opereeritud jala funktsioon oli taastunud, patsient käis ilma kepita.

Ebarahuldavaks jäid tulemused 8 haigel (15,6% juhtude üldarvust). 2 juhul ei kasvanud fragmendid luuliselt kokku reieluukaela ja -pea nekroosi tõttu. Järgnevalt esitame väljavõtte vastavast haigusloost.

Juht 2. 52-aastane naishaige S. (haiguslugu nr. 2726/ 1960. a. ja nr. 900/ 1961. a.) saabus traumatoloogia osakonda 19. II 1960. a. Diagnoos: reieluukaela mediaalne murd; kaasus kopsupõletik. Rakendati skeletivenitust. Reieluukaela osteosüntees teostati 21. III 1960. a., nael fikseeris luufragmendid hästi. 24. V 1960. a. väljus patsient haiglast rahuldavas üldseisundis, käis karkude abil. Kontrollröntgenifilmil 8 kuu pärast oli näha reieluukaela ja -pea aseptiline nekroos. Kolmetahuline nael ei fikseerinud enam reieluud (vt. tahvel IV, joonis 5). 27. I 1961. a. teostati reieluukaela ja -pea luuline autoplastika, kuid tulemusteta. Luuline transplantaat reieluupead ei fikseerinud, aseptiline nekroos progresseerus (vt. tahvel IV, joonis 6). Vaatamata õnnestunud osteosünteesile tekkis antud juhul reieluukaela ning -pea aseptiline nekroos ja mõlemad operatsioonid osutusid tagajärjetuks. Reieluupea nekroosi põhjuseks ei olnud vahetult osteosüntees, vaid see oli tingitud luumurrust enesest.

Reimers (13) märgib, et pärast reieluukaela murdu esineb reieluupea esmane nekroos ühel kolmandikul juhtudest, kuid õigesti teostatud osteosüntees tagab isegi halbade murrufragmentide luulise kokkukasvamise 70—94% juhtudest.

Mitterahuldavate kaugtulemuste põhjuseks oli kahel haigel naela väljalibisemine luufragmentidest: ühel juhul ei olnud nael reieluukaela ja -pead küllaldaselt fikseerinud; teisel juhul oli tegemist reieluukaela teistkordse murruga (patsient kukkus). Esitame näitena väljavõtte haigusloost.

Juht 3. 67-aastane naishaige V. (haiguslugu nr. 1691/ 1959. a.) saabus traumatoloogia osakonda 31. I 1959. a. Diagnoos: reieluukaela mediaalne murd fragmentide tunduva dislokatsiooniga. Rakendati skeletivenitust. 6. II 1959. a. teostati reieluukaela kinnine osteosüntees kolmetahulise metallnaelaga. Röntgenifilmil oli näha, et nael läbis reieluukaela tsentraalselt, kuid fikseeris reieluupead ainult osaliselt. 5. V 1959. a. väljus patsient haiglast, käis karkude abil, toetumata opereeritud jalale. 22. VI 1960. a., 1 aasta 4 kuud pärast operatsiooni saabus patsient haiglasse naela eemaldamiseks. Kontrollröntgenifilmil asetses nael ainult distaalses fragmendis ja ei fikseerinud luufragmente — nael oli välja libisenud ja luufragmendid nihkunud (vt. tahvel IV, joonis 7). 20. VI 1960. a. nael eemaldati. Jäseme funktsioon oli halb, patsient käis karkude abil, toetumata haigele jalale. Naela väljalibisemine oli antud juhul tingitud halvasti õnnestunud osteosünteesist.

Nagu kirjanduse andmed näitavad, on naela väljalibisemine luufragmentidest võrdlemisi sagedaseks tüsistuseks: näiteks Reimersi (13) järgi esineb seda 13% juhtudest. Meie andmetel on vastav protsent 3,9. Õigesti teostatud osteosünteesi puhul, kui luufragmendid on hästi vastastatud, väheneb naela nihkumise protsent tunduvalt.

3 juhul fragmendid ei kasvanud kokku ja tekkis ebaliiges. Võib arvata, et selle põhjuseks oli 2 juhul naela korduv sisseviimine (esimene osteosüntees ebaõnnestus). Ühel juhul (subkapitaalne murd) oli halb tulemus seotud bioloogiliste momentidega, mis mõjusid ebasoodsalt taastumisprotsessidele.

Ühel haigel oli tegemist kolmetahulise naela murruga, kuigi osteosüntees õnnestus hästi. Kirjeldame vastava haigusloo.

Juht 4. 33-aastasel meespatsiendil A. (haiguslugu nr. 11743/ 1961. a.) teostati 3. IV 1961. a. reieluukaela kinnine osteosüntees kolmetahulise metallnaelaga. Nael fikseeris luufragmendid õigesti. 7. VIII 1961. a. (juba kodus) tõstis patsient raskust, libises ning kukkus opereeritud puusale. Pärast kukkumist tundis ta teravat valu puusaliigese piirkonnas. Kontrollröntgenifilmil oli näha kolmetahulise naela murd ja luufragmentide nihkumine (vt. tahvel IV, joonis 8). 17. VIII 1961. a. eemaldati nael ja teostati teistkordne osteosüntees, mis õnnestus hästi.

Kirjanduse andmetel on naela murd esinenud 0,35% juhtudest.

Reieluukaela ning -pea taastumisel ja ebaliigese moodustumise vältimisel on väga oluline koormuse õige määramine opereeritud jalale. Tihti lubatakse opereeritud jalale hästi õnnestunud osteosünteesi korral põhjendamatult vara täielikku koormust. Samuti ei tohi unustada, et reieluukaela osteosünteesiga haigeid tuleb operatsioonijärgses perioodis süstemaatiliselt röntgenoloogiliselt kontrollida ja vajaduse korral keelata opereeritud jala koormamine õigeaegselt.

On selge, et me ei saa esmast nekroosi täielikult vältida, kuid määrates õige koormuse võime taastumisprotsessile kaasa aidata. Kogemused on näidanud, et täielik koormus jäsemele on soovitatav lubada alles 2—3 kuud pärast osteosünteesi. Reischauer (14) näiteks peab otstarbekaks lubada opereeritud jäsemele täiskoormust 2 kuud pärast osteosünteesi. Arusaadav, et koormuse doseerimisel tuleb otsustada iga haigusjuhu puhul individuaalselt, pidades silmas haige üldseisundit, osteosünteesi kvaliteeti jne.

Järeldused

1. Reieluukaela mediaalsete adduktsioonmurdude ravis eelistatakse kinnist (liigesevälist) osteosünteesi kolmetahulise metallnaelaga.

2. Meie poolt soovitatud nurgamõõtja-suunaja annab võimaluse vähendada operatsioonitraumat. Mõningatest elementaarsetest reeglitest kinnipidamisel tagab aparaat kolmetahulise metallnaela õige sisseviimise luufragmentidesse.

3. Reieluukaela mediaalsete murdude puhul teostatud kinnise osteosünteesi kaugtulemuste analüüs 51 haigel tõestab nimetatud meetodi efektiivsust: head ja rahuldavad tulemused saadi 84,4% juhtudest.

4. Ebarahuldavate kaugtulemuste põhilisteks põhjusteks olid: a) reieluukaela ja -pea nekroos, b) naela väljanihkumine luufragmentidest pärast korduvat traumat või ebaõnnestunud osteosünteesi, c) ebaliigese moodustumine pärast korduvat osteosünteesi, d) kolmetahulise naela murdumine.

5. Reieluukaela värskete mediaalsete adduktsioonmurdude puhul on ebarahuldavaid tulemusi võimalik vähendada õige osteosünteesiga ja energilise funktsionaalse raviga postoperatiivses perioodis (opereeritud jala õige koormamine!).

KIRJANDUS

1. Богданов Ф. Р. Внутрисуставные переломы. Свердловск, 1949. — 2. Гулордава Ш. А. Лечение медиальных переломов шейки бедренной кости. Таллин, 1957. — 3. Гулордава Ш. А. Вторая научно-практическая конференция Таллинской Республиканской больницы (Тезисы докладов). Таллин, 1959. — 4. Каем И. Ю. Сов. медицина, 1961, 3, 84—91. — 5. Каплан А. В. Перелом шейки бедра и их лечение. М., 1952. — 6. Косниская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поряжения костно-суставного аппарата. М., 1961. — 7. Наумович С. С. Остеосинтез переломов шейки бедра 3-х лопастных гвоздем с помощью аппарата «направителя спицы» собственной конструкции. Автореферат диссерт. Минск, 1961. — 8. Петров Б. А. и Яснов Е. Ф. Сов. медицина, 1949, 26—27. — 9. Чаклин В. Д. Оперативная ортопедия. М., 1951. — 10. Шостак Л. Я. Здравоохранение Советской Эстонии (приложения), 1958, 52—57. — 11. Эннуло Ю. А. Инструкция по применению инструмента для остеосинтеза бедра. Таллин, 1952. — 12. Moore, J. R. Amer. J. of Surg., 1939, vol. 44, 117—134. Ref.: Centralorgan für Chirurgie, 1939, Bd. 94, 7, 555—558. — 13. Reimers. Zbl. Chirurg., 1960, 2, 78—79. — 14. Reischauer. Zbl. Chirurg., 1960, 2, 80. — 15. Smith-Petersen, N. N. Surg., Gynecol and Obster., 1937, vol. 64, 2 A, 287—295.

Joonis 1

Joonis 2

Joonis 3

Joonis 4

TAHVEL IV

Š. Gulordava

Joonis 5

Joonis 6

Joonis 7

Joonis 8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ш. Гулордава и *М. Пясмель*

Резюме

В травматологическом отделении Таллинской республиканской больницы за период с 1948 по 1961 год было произведено 148 операций закрытого остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости.

Из общего числа операций 53 были произведены при помощи «угломера-направителя», предложенного Ш. Гулордава, причем в 42 случаях были получены хорошие результаты, то есть трехлопастный гвоздь находился в центре шейки и головки бедра, в 8 случаях — удовлетворительные результаты, то есть гвоздь фиксировал шейку и головку бедра, но находился эксцентрично. В 3 случаях гвоздь не фиксировал в достаточной мере шейку и головку бедра. Эти неудачи наблюдались в период освоения техники операции.

Нами прослежены отдаленные результаты остеосинтеза шейки бедренной кости трехлопастным гвоздем у 51 больного. Наблюдения продолжались от 6 месяцев до 4 лет.

Из общего числа больных, находившихся под наблюдением, у 8 костные сращения не наступили, что составляет 15,6%. Причинами неудач оказались: некроз головки и шейки бедра (2 случая), поломка гвоздя (1 случай), выпадение гвоздя (2 случая), образование ложного сустава (3 случая).

Методом выбора при лечении медиальных аддукционных переломов шейки бедренной кости следует считать закрытый (внесуставный) остеосинтез трехлопастным гвоздем.

Предложенный нами «угломер-направитель» дает возможность производить операции наименее травмирующим способом, и при соблюдении всех несложных правил в большинстве случаев обеспечивает правильное вколачивание трехлопастного гвоздя.

Изучение отдаленных результатов остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости у 51 больного свидетельствует об эффективности остеосинтеза, после которого хорошие и удовлетворительные результаты были получены в 84,4% случаев.

Средствами предупреждения неудачных исходов являются: правильно проведенные остеосинтезы свежих медиальных аддукционных переломов шейки бедренной кости, энергичное функциональное лечение в послеоперационный период и разумная дозировка нагрузки поврежденной конечности.

C-REAKTIIVSE VALGU TESTI DIAGNOSTILISEST TÄHTSUSEST KOPSUPÕLETIKKUDE PUHUL

V. MOSSIN ja *P. PAŠININ*

(Lenini ordeniga autasustatud S. M. Kirovi nimelise Sõjaväemeditsiini Akadeemia mikrobioloogia kateedrist, ülem professor *A. Sinitski*)

Seoses sulfaniilamiidpreparaatide ja antibiootikumide laialdase kasutamisega ilmneb viimasel ajal üha sagedamini kopsupõletiku juhte, mille diagnoosimine on väheste kliiniliste nähtude tõttu tunduvalt raskendatud. Sageli esineb haigeid, kellel kopsupõletik diagnoositakse juhuslikult kopsude röntgenoskoopia puhul. Sellised haiged ei esita sageli kopsupõletikule iseloomulikke kaebusi. Mõnikord ei anna neil objektiivsel järelevaatusel ka füüsikalised uuringud haigust iseloomustavaid andmeid. Mitte alati pole diagnoosimisel usaldatavad ka vereuuringud, eriti SR ja leukotsüütide arv. Kopsupõletikuga haigetel on SR ja leukotsüütide arv tavaliselt kõrgenenud, kuid on teada juhtusid, kus need näitajad on normaalsed. Mõnede autorite andmetel ei esine järjekindlat sõltuvust leukotsüütide arvu ja haiguse raskuse vahel [A. Damir (1), J. Dombrovskaja (2)].

Tavaliselt peetakse kopsupõletiku raskesti diagnoositavate juhtude puhul otsustavaks röntgenoloogilist uurimist. Kuid esineb juhtusid, kus ka röntgenoloogiline uurimine ei kinnita veel diagnoosi. Näiteks mainib B. Kapanadze (3), et koldelise bronhopneumoonia puhul ei õnnestu 11% juhtudest avastada kopsudes röntgenoloogiliselt mingeid kõrvalekaldumisi normist. N. Panovi (4) arvates võib kopsupõletik röntgenoloogilisel uurimisel jääda avastamata kas kolde väiksuse või ebasoodsate optiliste tingimuste tõttu.

Sellega seoses tekib vajadus leida uusi, kindlamaid ja täpsemaid diagnoosimismeetodeid.

Üheks uuemaks laboratoorse uurimise meetodiks on C-reaktiivse valgu määramine, mis võimaldab välja selgitada põletikulise protsessi aktiivsust haigetel. C-reaktiivse valgu üheks omapärasuseks on, et terve inimese vereseerumis see puudub; haigete verre ilmub see tavaliselt esimeste ööpäevade jooksul, arvates põletikulis-destruktiivse protsessi algusest (sõltumata protsessi etioloogiast).

Käesoleva töö ülesandeks oli saada mõningaid andmeid C-reaktiivse valgu reaktsiooni tähtsusest kopsupõletikkude diagnoosimisel, eriti kahtlastel juhtudel. C-reaktiivset valku määrati küüliku spetsiifilise antiseerumi abil, mis valmistati Lenini ordeniga autasustatud S. M. Kirovi nim. Sõjaväemeditsiini Akadeemia mikrobioloogia kateedris (P. Pašinin). C-reaktiivse valgu proove tehti H. Andersoni ja Mc Carty (6) meetodi järgi, mis põhineb pretsipitatsioonireaktsioonil kapillaarides. Meetodit on mõnevõrra lihtsustatud [P. Pašinin (5)].

Meie vaatluse all oli 32 haiget, kes saabusid statsionaari kopsupõletiku diagnoosiga. Haiged saabusid esimesel kolmel haiguspäeval. Kõikidel haigetel tehti vere analüüs C-reaktiivse valgu suhtes, määrati leukotsüütide arv, SR, kopsud valgustati läbi röntgenoloogiliselt (esimene kord statsionaari saabumisel, teine — pärast kliinilist tervistumist, kolmas — väljaravituse kontrollimiseks). Kliinilise uurimise ja tähelepanekute põhjal selgitati, et saabunud haigetest põdes 2 krupoosset pneumooniat, 4 — parahilaarset bronhopneumooniat, 24 — koldelist bronhopneumooniat. Kahel ei leidnud diagnoos kinnitust. 26 haigel ei tekitanud kopsupõletik lõppdiagnoosina kahtlust ja leidis kinnitust kliiniliselt, röntgenoloogiliselt ja C-reaktiivse valgu prooviga.

Tabel 1

Laboratoorse ja röntgenoloogilise uurimise tulemused kopsupõletikuga haigete ravile saabumisel

Kliinilised vormid	Haigete arv	Leukotsüütide arv		SR		Röntgenoloogiliselt		C-reaktiivse valgu proov	
		Kõrgenenud	Normaalne	Kõrgenenud	Normaalne	Avastati muutusi	Muutusi ei avastatud	Positiivne	Negatiivne
Krupoosne pneumoonia	2	2	—	2	—	2	—	2	—
Parahilaarne bronhopneumoonia	4	2	2	2	2	4	—	4	—
Koldeline bronhopneumoonia	24	8	16	16	8	20	4	24	—
Kokku	30	12	18	20	10	26	4	30	—

Peab mainima, et leukotsüütide arvu ning SR üheaegset kõrgenemist täheldati ühel parahilaarse bronhopneumoonia juhul ja 6 bronhopneumoonia haigel 24-st. 5 haigel koldelise bronhopneumooniaga olid leukotsüütide arv ja SR normis, kusjuures kopsus esinesid röntgenoloogilised muutused.

Kõikidel haigetel, kel kopsupõletiku diagnoos leidis kinnitamist, oli C-reaktiivse valgu reaktsioon positiivne, kusjuures C-reaktiivse valgu tase vereseerumis vastas haiguse kliinilise pildi raskusele (tabel 2).

C-reaktiivse valgu taseme muutumine oli seejuures otseses sõltuvuses ravi efektiivsusest.

32 haigest kuuel oli lõpliku diagnoosi panemine raskendatud vastukäivate uurimisandmete tõttu. See nähtub järgmisest näitest.

Tabel 2

C-reaktiivse valgu tase kopsupõletikuga haigetel sõltuvalt kliinilisest vormist

Kliinilised vormid	Juhtude arv	Reaktsiooni intensiivsuse aste			
		Negatiivne (—)	Nõrgalt positiivne 1 mm (+)	Positiivne 2—3 mm (++) ja (+++)	Järsult positiivne 4 mm ja rohkem (++++)
Krupoosne pneumoonia	2	—	—	—	2
Parahilaarne bronhopneumoonia	4	—	—	1	3
Koldeline bronhopneumoonia	24	—	1	7	16

Haige B., 44 aastat vana (haiguslugu nr. 673). Haigestus äkki: külmavärinad, peavalu, köha, nohu, valud paremal pool rinnas, temperatuur 39°. Võttis kodus norsulfasooli ja köhamikstuuri. Järgmisel päeval muutus tervis paremaks. Kolmandal haiguspäeval langes temperatuur normini, et aga köhimisel tekkis rinnas valu, oli haige sunnitud polikliinikusse minema, kus röntgenoskoopiliselt avastati paremas kopsus pneumooniline infiltratsioon. Veel samal päeval saadeti haige statsionaarsele ravile, diagnoos: parempoolne koldeline bronhopneumoonia.

Statsionaari saabumisel ei leitud haigel auskulteerimisel ega perkuteerimisel kopsudes muutusi, temperatuur oli 36,1°. C-reaktiivse valgu proov oli negatiivne. Saatediagnoos äratas kahtlust, mistõttu teostati uus röntgenoloogiline uurimine (6 tundi pärast esimest läbivalgustust), kuid kopsudes ei leitud mingeid kõrvalekaldumisi normist. Järgnevad kliinilised tähelepanekud ja korduvad laboratoorsed vereuuringud SR, leukotsüütide ja C-reaktiivse valgu suhtes näitasid, et polikliiniku röntgenoloogi esimene otsus, kui see vastaski tegelikkusele, ei olnud enam paikapidav. Käesoleval juhul osutas C-reaktiivse valgu proov arstile diagnoosi täpsustamisel tunduvat abi.

Esitatud andmed (vt. tabelid) kõnelevad sellest, et kopsupõletiku arenemisel (sõltumata selle vormist) ilmub haige verre C-reaktiivne valk. Tulime järeldusele, et C-reaktiivse valgu puudumine haige veres võimaldab arstil mõnedel kahtlastel juhtudel välja lülitada kopsupõletiku võimaluse.

Meie vaatluse all oli kolm koldelise bronhopneumooniaga haiget, kellel esmakordsel röntgenoloogilisel uurimisel ei avastatud kopsudes mingeid kõrvalekaldumisi normist, olgugi et esinesid mõned kliinilised haigustunnused (köha, valud rinnas, palavik ja kopsudes vähesed märjad räginad). Teistes elundites patoloogilisi muutusi ei avastatud. C-reaktiivse valgu proov oli neil haigetel tugevasti positiivne (10—12 mm). See aitaski diagnoosi kinnitada. Kõik kolm haiget saabusid ravile esimesel haiguspäeval. Alustatud ravi nähtavasti peatas põletikulise protsessi

edasiarenemise, mille tõttu röntgenoloogiliselt kindlaksmääratavad muutused ei saanud kopsudes välja areneda.

Ühel ebaselgesti väljendunud kliiniliste tunnustega kopsupõletikku põdeval haigel oli C-reaktiivse valgu tase veres kõrge (pretsipitaadi tulp ulatus 8mm), kuid röntgenoloogilisel uurimisel kopsudes mingeid muutusi ei leitud. Omistamata otsustavat tähtsust C-reaktiivse valgu testile ja juhindudes röntgenoloogi otsusest ei määranud arst haigele õigeaegselt vastavat ravi. Selle tagajärjel kolmandal haiguspäeval seisund halvenes. Samal päeval korratud röntgenoloogiline uurimine kinnitas, et tegemist on koldelise bronhopneumooniaga.

Järelikult, kui on olemas mõned kliinilised haigustunnused ja C-reaktiivse valgu reaktsioon on positiivne, tuleb, vaatamata esmakordse uurimise negatiivsele tulemusele, alustada spetsiifilist ravi.

Järeldused

1. C-reaktiivset valku võib leida kõikidel kopsupõletikuga haigetel, vaatamata haiguse kliinilisele vormile. C-reaktiivse valgu tase haigete vereseerumis on otseses sõltuvuses haiguse ägedusest ja raskusest.

2. C-reaktiivse valgu test osutub väärtuslikuks näitajaks põletikuliste muutuste kindlaksmääramisel kopsudes ja seda tuleb diagnoosimisel teiste mittespetsiifiliste laboratoorsete andmete kõrval arvestada.

KIRJANDUS

1. Дамир А. И. Пневмонии. М., 1948, 57. — 2. Домбровская Ю. Ф. Заболевания органов дыхания у детей. М., 1957, 103. — 3. Капанадзе Б. Б. К вопросу о рентгенодиагностике бронхопневмоний. Автореферат. Тбилиси, 1956. — 4. Панов Н. А. Рентгенологическое исследование грудной клетки при острой пневмонии у детей раннего возраста. М., 1957, 91. — 5. Пашинин П. М. Труды Военно-медицинской ордена Ленина академии имени С. М. Кирова, 1960, 110, 93—101. — 6. Anderson, H., Mc Carty, M. Am. J. Med., 1950, v. 8, 4, 445—455.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА НА С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

В. Мосин и П. Пашинин

Резюме

У 32 больных пневмонией с помощью специфической антисыворотки, приготовленной П. Пашининым на кафедре микробиологии ВМОЛА им. С. М. Кирова, определяли С-реактивный белок в сыворотке крови. Было установлено, что С-реактивный белок обнаруживается у всех больных пневмонией и степень концентрации его в сыворотке находится в прямой зависимости от остроты патологического процесса и тяжести клинической картины болезни.

Среди других неспецифических лабораторных показателей проба на С-реактивный белок оказалась наиболее ценной при определении воспалительных изменений в легких и может считаться надежным вспомогательным методом диагностики пневмоний.

HAAPSALU RAVIMUDA DESTILLAADI KASUTAMISEST SILMAHAIGUSTE PUHUL

L. SCHOTTER, Õ. MANDEL ja *L. AARMANN*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Siirde*)

Kuderavi probleemi käsitlev kirjandus on ulatuslik. Kuderavi preparaatidega on saadud positiivseid tulemusi mitmesuguste haiguste, eriti silmahaiguste (keratiidid, iridotsükliidid, nägemisnärvi atroofia,

võrkkesta pigmentväärastus, glaukoom, sümpaatiline oftalmiit, tüsistustega müoopia jne.) ravimisel [V. Filatov (10), V. Skorodinskaja (7), D. Bušmitš (1), K. Treumer (15) jt.].

Et biogeensete stimulaatorite olemasolu on kindlaks tehtud ka looduslikes orgaanilistes lademetes, mudades ja veekogudes, siis kasutatakse kuderaviks ka tervismuda, mis tekib limaanide, madalväinade ning järvede mikrofloorast ja mikrofaunast. V. Filatov, V. Biber, V. Skorodinskaja ja I. Farbman (11) tõestasid, et limaanimuda ekstraktil ja ka destillaadil on ravitoime, mis on analoogiline loomsetest ja taimsetest kudedest saadud biogeensete stimulaatorite toimega. Mudadestillaati on hea eduga kasutatud kirurgia ja sisehaiguste kliinikus [A. Oks (4), A. Sosnovski (9) jt.], samuti paljude silmahaiguste ravimisel [V. Filatov, V. Biber, V. Skorodinskaja ja I. Farbman (11), V. Skorodinskaja ja J. Šein (8), V. Filatov ja S. Rozovskaja (12) jt.].

Eesti NSV läänerannik ja saared on eriti rikkad tervismuda poolest. Füsioterapeutiliselt on seda juba ammu kasutatud mitmesuguste krooniliste haiguste ravimisel [H. Schotter (16), V. Vadi (17)]. Samuti on kindlaks tehtud, et Haapsalu tervismudas leidub bioloogiliselt aktiivseid aineid [E. Keel (3,14), I. Sibul (6) jt.]. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis valmistati Haapsalu tervismudast preparaat humisool, mida on kasutatud mitmesuguste krooniliste haiguste, nagu polüartriitide, periartriitide, artrooside, radikuliitide jne. ravimisel [E. Veinpalu, A. Säärits ja L. Vernik (2), E. Sarv (5), N. Haug ja M. Mägi (13) jt.].

TRÜ otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedris on kasutatud kuderavi preparaadina Haapsalu tervismudast valmistatud destillaati alates 1955. aastast *. Muda võeti Haapsalu lahest ja destillaat valmistati akad. V. P. Filatovi nim. Ukraina Silmahaiguste ja Kuderavi Instituudi mudadestillaadi valmistamise instruktsiooni kohaselt.

Mudadestillaadi aktiivsust kontrolliti valgetel hiirtel (jälgiti nahadefekti paranemist) ja hernestel (jälgiti idanemist).

Valgetel hiirtel viidi katsed läbi 3 seerias, igas seerias 8 hiirt kaaluga 25—30 g. Hiirtel lõigati seljanahalt karvad ära ja eemaldati trepaani abil (läbimõõt 5 mm) nahatükike. Mõõdeti nahadefekti 2 ristidiameetrit. I seeria hiirtele süstiti ülepäeviti subkutaanselt 0,3 ml Haapsalu ravimuda destillaati; II seeria hiirtele süstiti 0,3 ml aaloe-ekstrakti; III, kontrollseeria hiirtele süstiti ülepäeviti subkutaanselt 0,3 ml füsioloogilist lahust. Kõikidel hiirtel mõõdeti ülepäeviti nahadefekti suurust kahes ristiläbimõõdus.

I seeria hiirtel, s. t. Haapsalu ravimuda destillaadi kasutamisel paranes nahadefekt 15—18 päeva jooksul (5 hiirel 15 päeva ja 3 hiirel 18 päeva jooksul). II seeria hiirtel, s. t. aaloe-ekstrakti kasutamisel paranes nahadefekt 15—19 päevaga (4 hiirel 15 päevaga, 2 hiirel 18 päevaga ja 2 hiirel 19 päevaga). III seeria hiirtel oli nahadefekt täielikult paranenud 18.—20. päeval (4 hiirel 18. päeval, 4 hiirel 20. päeval). Katsetest nähtub, et nahahaava paranemist stimuleeris kõige tugevamini mudadestillaat.

Haapsalu muda destillaadi uurimiseks tehti herneste idanemise katsed. Kasutati võimalikult ühtlase kaaluga herneid. Herned pesti kaks korda destilleeritud vees juhuslike kõrvalainete eemaldamiseks ja asetati üheksasse lameda põhjaga Petri kausikesse. Igasse kausikesse pandi 34 hernest. I seeria kausikestesse (arvult 3) lisati 5 ml Knopi lahust ja 5 ml Haapsalu muda destillaati. II seeria kausikestesse (3) lisati 5 ml Knopi lahust ja 5 ml aaloe-ekstrakti. III seeria (kontrollseeria) 3 kausikesse lisati 5 ml Knopi lahust ja 5 ml destilleeritud vett. Kausikesed kaeti klaasidega ja hoiti 5 ööpäeva 20° temperatuuri juures, kusjuures idanemise ajal eemaldati kausikestelt kaks korda lühikeseks ajaks kaaned. Nädala aja pärast eemaldati hernestel skalpelli abil idud ning juured ja mõõdeti nende pikkus. Selgus, et I seeria hernestel olid idud keskmiselt 0,15 mm võrra ja juured 1,8 mm võrra pikemad kui kontrollseeria hernestel. II seeria herneste idud olid

* Esmakordselt kasutati kateedris (L. Schotter) kuderaviks külmas konserveeritud platsentat subkonjunktivaalsete implantatsioonidena sarvkesta haiguste puhul 1945. a.

keskmiselt 0,1 mm võrra ja juured 1,8 mm võrra pikemad kui kontrollseeria hernestel. Seega osutus Haapsalu muda destillaadi stimuleeriv toime herneste idanemisele paremaks kui destilleeritud vee toime; mudadestillaat toimis võrdselt aaloeekstraktiga.

Pärast Haapsalu muda destillaadi positiivse toime katselist kindlakstegemist kasutasime seda preparaati Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas 188 haigel järgmiste silmahaiguste ravimisel: tüsistustega müoopia puhul 163 haigel, nägemisnärvi atroofia puhul 5 haigel, võrkkesta pigmentväärastuse puhul 4 haigel, herpeetilise keratiidi ravimisel 4 haigel, skrofuloosse keratiidi puhul 4 haigel, sarvkesta haavandite korral 3 haigel, glaukoomi puhul 4 haigel ja retrobulbaarse neuriidi ravimisel ühel haigel. Haigetele manustati iga päev naha alla 1 ml Haapsalu muda destillaati, kusjuures ravikuuri vältel tehti tavaliselt 25—30—35 injektsiooni. 103 haigel tehti 2 ravikuuri. Kõik haiged olid korduval ambulatoorsel kontrollil.

163-st tüsistustega müoopia haigest esines müoopia mõlemal silmal 159 ja ühel silmal 4 haigel, s. t. müoopilisi silmi oli 322. Müoopia suurusega 1,0—6,0 D esines 67 silmal, 7,0—10,0 D — 119 silmal, 11,0—20,0 D — 112 silmal ja 20,0 D — 24 silmal. Horioretinaalsed degeneratiivsed muutused silmapõhjas esinesid peamiselt tugeva (üle 13,0 D) müoopia puhul, ja nimelt 101 haigel (198 silma). Nendest 12 haigel (18 silmal) esinesid verevalumid ka kollastähni piirkonnas ja 125 haigel (247 silmal) klaaskeha hägusused. Vaateväli oli kitsenenud kuni 15° võrra 78 haigel (150 silmal), pimelaik oli suurenenud 68 haigel (134 silmal), elastotonomeetrilist kõverat uuriti 75 haigel (150 silmal), kusjuures patoloogiline kõver esines 47 haigel (92 silmal). «Lendavad kärbsed» (*mouches volantes*) ja kaebused astenoopia üle esinesid paljudel haigetel.

Nägemisteravus (korrektsiooniga) oli müoopiahaigetel järgmine: kuni 0,05 — 50 silmal, 0,06—0,1 — 51 silmal, kuni 0,05 — 50 silmal, 0,06—0,1 — 51 silmal, 0,2—0,3 — 116 silmal, 0,4—0,7 — 90 silmal, 0,8—1,0 — 15 silmal.

Pärast ravikuuri lõpetamist uuriti kõigil haigetel nägemisfunktsioone uuesti. Eriti märgatavad olid tulemused neil haigetel, kel esinesid värsked muudatused silmapõhjas (verevalumid ja klaaskeha hägusused resorbeerusid, nägemisteravus tõusis). Vaateväli paranes 125 silmal (piirid laienesid, skotoomid ja pimelaik vähenesid). Elastotonomeetriline kõver normaliseerus 68 silmal 92 uuritust. «Lendavad kärbsed» ja kaebused astenoopia üle vähenesid või kadusid enamikul haigetest. Kõigil haigetel paranes üldine enesetunne, uni, söögiisu. Nägemisteravus tõusis pärast mudadestillaatravi kuuri läbiviimist suuremal või vähemal määral 136 müoopiahaigel (261 silmal); 61 silmal, kus nägemisteravus ei paranenud, oli nägemisteravus (korrektsiooniga) sajandikkudes ja esinesid väga ulatuslikud degeneratiivsed muutused silmapõhjas, seejuures ka kollastähni piirkonnas. Paljud nendest haigetest tundsid aga subjektiivselt nägemise teravnemist.

Mudadestillaati kasutasime ka nägemisnärvi neuriidijärgse atroofia raviks 5 haigel. Nägemisteravus oli haigestunud silmadel 0,05, 0,08, 0,1 ja kahel haigel 0,2. Vaatevälja piirid olid kitsenenud valge ning värviliste värvuste suhtes ja esinesid skotoomid. Pärast ravi oli nägemisteravus vastavalt 0,15, 0,2, 0,3, 0,4 ja 0,5. Vaatevälja piirid laienesid, üldseisund paranes. Kahel haigel korrati ravikuuri 8 kuu pärast. Raviefekti jälgiti 6—10 kuu jooksul, mille vältel funktsioonide halvenemist ei esinenud.

Samuti rakendasime Haapsalu muda destillaati võrkkesta pigmentväärastuse puhul (4 haiget), kusjuures saime kõigil juhtudel positiivse tulemuse. Nägemisteravus tõusis 0,1-st 0,4—0,5-ni, vaateväli laienes 5—15° võrra, adaptatsioon paranes, paranes ka lähedale nägemine.

Neljal herpeetilise keratiidiga haigel kasutasime muu ravi kõrval (antibiootikumid, sulfaniilamiidid, vitamiinid, atropiin) ka Haapsalu muda destillaati ja saime teatud efekti. Ühel kaua (3 kuud) kestnud haiguse juhul, mis ei allunud tavalisele ravile, viisime mudadestillaatravi kuuri läbi haiguse ägedas staadiumis. Pärast 15 injektsiooni ägedad nähud vaibusid. 30 injektsiooni järel enam uusi villikesi ei tekkinud, sarvkesta tundlikkus paranes, pind epiteliseerus, nägemisteravus tõusis 0,3-lt 0,7-ni. Ambulatoorsel kontrollimisel kuu aja pärast oli silm täiesti paranenud ja 2 kuu jooksul uut retsidiivi ei tekkinud. Antud juhul ei saa aga täiesti kindel olla, et paranemine oli tingitud just kuderavist.

Kolmel juhul kasutasime mudadestillaati juba paranemisjärgus — peamiselt sarvkesta hägususte resorbeerumise soodustamiseks. Kõigil juhtudel sarvkest selgines ja nägemisteravus tõusis 0,02—0,08-lt 0,2—0,4-ni.

Rakendasime ravikuuri Haapsalu muda destillaadiga neljal haigel skrofuloosse keratiidi ja kolmel haigel sarvkesta mädase haavandi järgse hägususe kaotamiseks sarvkestal. Kõigil skrofuloosse keratiidiga haigetel muutus sarvkest läbipaistvaks ja nägemisteravus tõusis. Ühel sarvkesta mädase haavandiga haigel selgines sarvkest samuti ja nägemisteravus tõusis, kuid kahe mädase sarvkestahaavandi korral mudadestillaadi ravitoime ei olnud eriti tulemusrikas: leukoom ei muutunud märgatavalt selgemaks ja nägemisteravus tõusis ainult sajandiku võrra.

Teostasime ravikuuri mudadestillaadiga ka 4-le glaukoomiga haigele haiguse kompensatsiooni staadiumis. Kõigil juhtudel nägemisteravus tõusis, vaateväli laienes mõõdukalt, paranes adaptatsioon.

Haapsalu muda destillaati kasutasime ka ühel retrobulbaarse neuriidiga haigel muu ravi kõrval (vitamiinid B_1, B_2, B_6, B_{12}, PP, C, antibiootikumid), kusjuures 20 injektsiooni järel tõusis nägemisteravus 0,1-lt 0,5-ni, vaatevälja piirid värvuste suhtes normaliseerusid, kadus tsentraalne skotoom.

Negatiivset kõrvaltoimet mudadestillaatravi vältel me ei täheldanud.

Otstarbekohane on Haapsalu muda destillaadi raviva toime edasine uurimine, sest juba saadud tulemuste põhjal võib öelda, et preparaat väärib mitmesuguste silmahaiguste puhul laialdasemat rakendamist.

KIRJANDUS

1. Бушмич Д. Г. Сборник трудов Украинского экспериментального ин-та глазных болезней. М., 1947, 23—27. — 2. Вейнпалу Э. Ю., Сяритс А. А. и Верник Л. А. Тезисы докладов Совещания по материалам апробации лечебного препарата «гумизоль», полученного из эстонской морской грязи. Таллин, 1960, 7—8. — 3. Кеель Э. Ю. Там же, стр. 4—5. — 4. Окс А. А. Труды юбилейной научной конференции, посвященной 80-летию академика В. П. Филатова. Киев, 1956, 135—138. — 5. Сарв Э. И. Тезисы докладов Совещания по материалам апробации лечебного препарата «гумизоль», полученного из эстонской морской грязи. Таллин, 1960, 9—10. — 6. Сибуль И. К. Там же, стр. 6—7. — 7. Скородинская В. В. Труды научной сессии, посвященной 75-летию академика В. П. Филатова. Киев, 1954, 120—132. — 8. Скородинская В. В. и Шейн Я. С Ученые записки Украинского экспериментального института глазных болезней им. В. П. Филатова. Одесса, 1949, 1, 114—120. — 9. Сосновский А. Г. Труды юбилейной научной конференции, посвященной 80-летию академика В. П. Филатова. Киев, 1956, 131—134. — 10. Филатов В. П. Тканевая терапия. Ташкент, 1948. — 11. Филатов В. П., Бибер В. А., Скородинская В. В. и Фарбман И. М. Ученые записки Украинского экспериментального института глазных болезней. Одесса, 1949, 1, 76—89. — 12. Филатов В. П. и Розовская С. Б. Офталм. ж., 1949, 1, 33—37. — 13. Хауг Н. А. и Мяги М. О. Тезисы докладов Совещания по материалам апробации лечебного препарата «гумизоль», полученного из эстонской морской грязи. Таллин, 1960, 8—9. — 14. Keel, E. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, VI köide. Bioloogiline seeria, 1957, 2, 129—133. — 15. Treumer, K. Klin. Monatsbl. Augenheilkunde, 1951, B. 119, H. 6, 646. — 16. Schotter, H. Eesti Arst, 1933, 5, 217—227. — 17. Vadi, V. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Tartu, 7, 1947.

ПРИМЕНЕНИЕ ОТГОНА ХААПСАЛУСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗ

Л. Шоттер, Ы. Мандель и Л. Аарман

Резюме

Отгон хаапсалуской лечебной грязи применяли при лечении 188 больных. Основную группу составляли 163 больных с осложненной близорукостью, затем с атрофией зрительного нерва — 5, пигментным перерождением сетчатки — 4, герпетическим кератитом — 4, скрофулезным кератитом — 4, с язвой роговицы — 3, глаукомой — 4 и ретробульбарным невритом — 1.

За курс лечения больные получали подкожно 25—35 инъекций отгона, ежедневно по 1 мл.

У большинства больных с осложненной близорукостью результаты лечения были положительными: острота зрения повысилась у 136 больных (на 261 глазу), поле зрения расширилось (125 глаз), эластокривая нормализовалась (68 глаз), летающие мушки, астенопия проходили. Положительные результаты были получены также при лечении различных кератитов, атрофии зрительного нерва, пигментного перерождения сетчатки и др. Отрицательного действия при лечении отгоном не наблюдали.

FTISIOKIRURGILISTE OPERATSIOONIDE TOIMEST HÜPOFÜSAAR-ADRENAALSÜSTEEMI FUNKTSIOONILE

(Autoreferaat)

J. KARUSOO

Uuriti kollapskirurgiliste operatsioonide (torakoplastika eesmise ülemise I—III roide etapi ja tagumise ülemise I—VI roide etapi ning ekstrapleuraalse pneumolüüsi) toimet 17-ketosteroidide eritusele, diureesile ja vere eosinofiilsete granulotsüütide arvule kuuel kopsutuberkuloosi haigel (4 meest ja 2 naist; uuriti kokku 10 korral).

17-ketosteroidide eritus määrati Miloslavski poolt modifitseeritud Zimmermanni reaktsiooniga. Normiks loeti 17-ketosteroidide eritus meestel 9,5—28,5 mg ööpäevas, keskmiselt 18,4 mg; naistel loeti normiks eritus 7,5—24,5 mg ööpäevas, keskmiselt 14,5 mg. 17-ketosteroidide eritus määrati 1—2 päeva enne ja 2., 5. ning 12. päeval pärast operatsiooni. Eosinofiilsete granulotsüütide absoluutne arv määrati vahetult enne operatsiooni ning 8 tundi ja 1, 2 ning 5 päeva pärast operatsiooni.

17-ketosteroidide erituse muutus operatsiooni toimel sõltub kopsutuberkuloosiga haigete hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi funktsionaalsest seisundist. Viiel uuritud juhul 17-ketosteroidide eritus kõrgenes operatsiooni toimel — see eeldab hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi küllaldasi funktsionaalseid reserve; need haiged talusid operatsiooni hästi ja operatsioonijärgne kulg oli neil tüsistusteta. Viiel juhul esines operatsiooni toimel 17-ketosteroidide erituse langus, mis viitab hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi funktsionaalsete reservide puudulikkusele; neil haigeil oli operatsioonijärgne kulg raskem. Operatsioonijärgse kulu raskus oli paralleelne 17-ketosteroidide erituse languse suuruse ja kestusega.

Diureesi muutused kulgesid haigetel pärast operatsiooni samasuunaliselt 17-ketosteroidide erituse muutustega; diureesi tugev langus esines raskema operatsioonijärgse kuluga haigetel.

Eosinofiilsete granulotsüütide arvu muutus operatsiooni toimel on hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi funktsiooni näitaja. Eosinofiilide arvu langus 70—100% võrra 8 tundi pärast operatsiooni ja eosinofiilide arvu edasine langus esimesel päeval pärast operatsiooni esines rahuldava operatsioonijärgse kuluga haigetel. Eosinofiilide arv näitas tõusu alates teisest

operatsioonijärgsest päevast ja saavutas lähtenivoo viiendaks operatsioonijärgseks päevaks. Hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi funktsionaalse puudulikkusega haigeil langes eosinofiilide arv 8 tundi pärast operatsiooni 50—70% võrra, eosinofiilide arvu tõus ilmnes aga juba esimesel päeval pärast operatsiooni ja ületas teiseks päevaks lähtenivoo.

Erinevust üksikute operatsioonilliikide toimes ei sedastatud.

17-ketosteroidide erituse ja eosinofiilsete granulotsüütide nihked operatsiooni toimel võimaldavad hinnata endokriinse süsteemi seisundit.

Tervishoiu organisatsioon

TALLINNA ELANIKE HAIGESTUMISE UURIMISEST

(1958. aasta andmetel)

I. LEVIN

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Käesolev artikkel kujutab endast katset üldistada Tallinna linna elanike haigestumise sanitaarstatistilise uurimise põhilisi tulemusi. Sellist uurimistööd Tallinnas varem tehtud ei ole.

Käesolevale uurimisele eelnes ulatuslik ettevalmistustöö Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise osakonna statistikakabineti töötajate poolt. Täisväärtusliku materjali saamiseks kontrolliti 1957. a. lõpus haigestumise arvestuse seisukorda kõikides linna ravi-profülaktikaasutustes. Selgus, et vaatamata rahuldavalt korraldatud arvestusele oli keskmiselt 31,8% andmeist puudulikud. Järgnevalt uurisid statistikakabineti töötajad arvestust igas kvartalis ja vormi 25^{v} talongide täieliku täitmisega õnnestus arvestuse lünki vähendada keskmiselt kuni 3—4%-ni.

Haigestumise põhjalikumaks uurimiseks kasutasime esmastest arvestusdokumentidest 1) täpsustatud diagnooside registreerimistalonge (vorm 25^{v}), 2) statsionaarist lahkunud haigete kaarte (vorm 266), 3) väljavõtteid dispanserite kontrollkaartidest ja 4) väljavõtteid surmatunnistustest.

Kõik Tallinna ravi-profülaktikaasutused (kaasa arvatud ka raudteelasi ja veetranspordi töötajaid teenindavad tervishoiuasutused) seadsid igas kvartalis talongid vorm 25^{v} üksikute territoriaaljaoskondade kaupa tähestikulisesse järjekorda, võtsid välja dublikaadid ja andsid igas kvartalis materjalid statistikakabinetti. Seal täpsustati tähestikulist järjekorda, võeti omakorda välja dublikaadid (umbes 6%); diagnoosid šifreeriti ümber NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 1958. a. soovitatud nomenklatuuri järgi (28 klassi, 249 rubriiki). Seejärel jaotati talongid soo ja vanuse järgi ja täideti kvartalitabelid.

Tuberkuloosi, naha- ja suguhaiguste ning kasvajatega haigete talongid anti üle vastavatele vabariiklikele dispanseritele, nakkushaiguste talongid — linna sanitaar-epidemioloogia jaamale. Seal võrreldi neid kontrollkaartidega, kiirteatistega ja tehti vastavad parandused.

Enne aastatabelite koostamist seati aasta jooksul esinenud haigusgrupid osaliselt tähestikulisse järjekorda. See võimaldas täiendavalt

eemaldada kvartalite andmetest dublikaate, mida hingamiselundite haiguste grupis oli 4,8%, seedeelundite haiguste grupis — 6,0%, südame- ja veresoonkonna haiguste grupis — 10,9%, muude haiguste grupis — 6,0%.

Pärast kvartalitevaheliste dublikaatide väljavõtmist täideti aastatabelid. Materjali tehniline läbitöötamine toimus käsitsi. Töötati läbi ligikaudu 410 000 kaarti.

Tallinnas (elanike arv 1959. a. rahvaloenduse andmeil 282 000) rakendatakse igat liiki arstiabi. Kõikides statsionaarides kokku on 3240 voodikohta (kaasa arvatud kohad vaimuhaigetele).

Linna territoorium jaguneb 68 territoriaalseks terapeudi-, 58 pediaatri- ja 18 akušöör-günekoloogijaoskonnaks. Visiitide arv ühe elaniku kohta aastas oli 7,4 (Riias 7,7). Arstikohti 1000 elaniku kohta oli 4,2 (Riias 3,7), arste 3,1.

Haigestumiste arvestamise aluseks võeti elanikkonna pöördumine tervishoiuasutuste poole arstiabi saamiseks.

Haigestumise analüüsimine lubab teha järgmisi kokkuvõtteid: 1958. a. moodustas Tallinna elanike üldine haigestumus 1318,9 tuhande elaniku kohta (Riias 1327,7), sealhulgas meestel 1255,5 ja naistel 1368,2. Kõige kõrgem on haigestumus kuni ühe aasta vanustel lastel — 2856,6 (Riias 2200,4). Vanuse suurenemisega haigestumus väheneb järkjärgult, langedes miinimumini 15—17-aastaste grupis, niinimetatud üleminekueas (905,2). Edasi hakkab haigestumus uuesti tõusma ning ulatub maksimumini 50—59 aasta vanuses (1374, 5). See on seoses kõrge haigestumusega elatanud tööliste hulgas; neil kaasneb seejuures sageli töövõime kaotus. Alates 60. eluaastast hakkab registreeritud haigestumiste arv langema.

Kõige levinumateks haigusteks osutusid nakkushaigused (kaasa arvatud gripp ja angiin) — 268,4 ühe tuhande elaniku kohta; teisel kohal olid kõrva-nina-kurguhaigused (kaasa arvatud ülemiste hingamisteede katarrid) — 225,4; kolmandal kohal traumad — 145,0. Järgnesid vereringeelundite haigused (87,0), seedeelundite haigused (74,8), närvisüsteemi haigused (74,6), nahahaigused (68,6), hingamiselundite haigused (64,2), silmahaigused, kaasa arvamata refraktsiooni ja akkomodatsiooni anomaaliaid (61,5).

Kuni aasta vanuste laste haigestumiste struktuuris langeb peaaegu üks kolmandik ülemiste hingamisteede katarridele, riniitidele ja gripile (972,6). Leviku poolest teisel kohal on hingamiselundite haigused (349,4), ülekaalus on neist bronhiidid, trahheobronhiidid (192,5) ja koldelised pneumooniad (139,8).

Vanematel lastel esinevad ülemiste hingamisteede katarride ja hingamiselundite haiguste asemel lapse-eale omased nakkused. Alates 5.—6. eluaastast täheldatakse traumatismi tõusu (90,5 ühe tuhande kohta).

Elueas 30—39 aastat on silmapaistval kohal traumad (162,1), kõrva-, nina- ja kurguhaigused (177,4), naiste suguelundite haigused (226,3 ühe tuhande naise kohta). Alates 40.—49. eluaastast on peamiseks haigusgrupiks vereringehaigused (90,7), mis põhjustavad maksimaalse haigestumise 80-ndatel eluaastatel ja vanematel — 401,8.

Naiste ja meeste haigestumise vahel on oluline erinevus. Haigestumus naistel on eriti kõrge 20.—50. eluaasta vahel. Selline tõus on eelkõige seletatav naiste suguelundite haiguste suure arvu ja erikaaluga. Peale selle peab mainima naiste sagedasemat haigestumist järgmistesse haigustesse: reumasse (umbes 3 korda), endokriinse süsteemi haigustesse (umbes 7 korda), neeru- ja kuseteede haigustesse (umbes 3 korda sagedamini kui mehed).

Hospitaliseerimise näitaja oli Tallinnas 106,8 ühe tuhande elaniku kohta (Ivanovos 1955. a. andmetel 105,7, Riias 126,6). Haigestunutest hospitaliseeriti 8,1 haiget (Ivanovos 8,6, Riias 9,5). Tallinnas tuleb haiglates 1000 elaniku kohta 11,5 voodikohta (kaasa arvatud kohad vaimuhaigetele), 1958. a. oli Tallinnas aga 13,4% voodite fondist maaelanike kasutada, seega oli 1958. a. iga 1000 linnaelaniku kohta tegelikult 10 voodikohta (Riias 10,8). Hospitaliseerida ei saadud 8,4% haigetest, kes seda vajasid.

Kõige rohkem hospitaliseerimisi on kuni 1 a. vanuste laste hulgas (12,0 saja haigestunu kohta). Alates 1 a. vanusest hospitaliseerimine langeb — see on osaliselt seotud võrdlemisi kergelt kulgevate haiguste (nohu, trahheobronhiit, allergilised nahahaigused, traumad) osatähtsuse tõusuga; neid haigusi aga on võimalik ravida kodustes tingimustes.

Suremus 1000 elaniku kohta oli 8,16 (Riias 8,0), meestel 7,97, naistel 8,30.

Letaalsus haiglates oli 3,2% (Riias 2,5%). Surnute üldarvust suri statsionaarides 41,8% (Riias 39,1%).

Mõnede haigusrühmade üksikasjalisemal vaatlusel võib öelda järgmist. Sisehaigustest äratavad tähelepanu vereringeelundite haigused. Vereringeelundite haigusi esines 1000 elaniku kohta 87,0 juhtu. Selles rühmas domineerib hüpertooniatõbi (30,0). Teisel kohal on aterosklerootiline kardioskleroos (16,5), kolmandal kohal üldine arterioskleroos (12,4). Kui ühendame need kolm haigust ühte gruppi, siis näeme, et nende erikaal südame- ja veresoonkonna haiguste üldhulgast moodustab umbes 70%. Südame- ja veresoonkonna haigustesse suremine moodustas surmajuhtude üldarvust 47,1% (on suremuse struktuuris esimesel kohal).

Tallinnas on registreeritud palju endokriinse süsteemi haigusi — 18,9 ühe tuhande elaniku kohta (5317 juhtu), sealhulgas türeotoksikoosi 10,6 ja struumat 7,5. On teada, et endeemilist hõõtsikut esineb kõige rohkem nooremas elueas, üle 20 aasta vanustel aga tunduvalt vähem. Tallinnas aga konstateeritakse kõige rohkem struumasse haigestumist 30—39 aasta vanustel; see ei ole endeemilisele hõõtsikule iseloomulik.

Luu-, lihaste- ja liigestehaigusi registreeriti Tallinnas 13917 juhtu (49,1 ühe tuhande elaniku kohta).

Kirurgiliste haiguste peamise kontingendi moodustavad traumad (145,0 ühe tuhande elaniku kohta) ja flegmoonid ning abstsessid (12,2 ühe tuhande elaniku kohta). Traumade üldarvust oli elukondlikke 61,4% ja tootmistraumasid 33,5% (Riia andmed on peaaegu samasugused). Raskusastme poolest on tunduvalt ülekaalus elukondlik traumatism, viimaste puhul oli ka letaalsus suurem (üldine 0,32%, letaalsus haiglas 3,0%). Tootmistraumade puhul olid need arvud vastavalt 0,07 ja 1,2. Samuti oli hospitaliseerimise protsent suurem elukondlike traumade puhul — 3,5 (tootmistraumade puhul 2,4).

Tootmistraumade siiski küllalt kõrge arvu põhjuseks on mõnedel juhtudel töö madal mehhaniseerimine, ohutustehnika reeglite puudulik tundmine, distsiplineerimatus.

Haigestumine (ka esmane) tuberkuloosi ületab meie pealinnas üleliidulised keskmised näitajad. Ka suremine tuberkuloosi on meessoost elanikkonna hulgas suur. Samal ajal on tuberkuloosi suremine Tallinnas madalam kui linnaelanikkonna vastav keskmine näitaja NSV Liidus. Teatud määral viitab see paljude aastate organiseerimistöö, haiguse profülaktika ning varajase diagnoosimise kogemustele ja hästi korraldatud ravitööle.

Kasvajaid esines 1000 elaniku kohta 18,4, sealhulgas pahaloomulisi 5,97. Üldhaiguste struktuuris oli kasvajate erikaal 1,4%. Esmakordselt

pahaloomulise kasvajaga arvele võetud haigeid oli 1000 elaniku kohta 2,0 (NSV Liidu keskmised andmed 1959. a. — 1,08). Tähelepanu äratab kopsuvähi suur ülekaal meestel (24,0% pahaloomuliste kasvajate üldarvust). Suremine pahaloomuliste kasvajate tagajärjel (134 saja tuhande elaniku kohta) ei ületa üleliidulist keskmist näitajat.

Meie tagasihoidlik katse läbi töötada haigestumise andmed selle kõikidest peamistest aspektidest lubab teha mõningaid märkusi metoodilise iseloomuga möödalaskmiste ja vigade kohta. Materjalide läbitöötamine kvartalite kaupa ei ole otstarbekas, sest see raskendab kõikide dublikaatide väljavõtmist. Ebaõigeks osutus ka talongide vorm 25^{v} ja väljakirjutatud haigete kaartide vorm 266 eraldi läbitöötamine, sest see võttis võimaluse kõikidel juhtudel täpsustada polikliiniku diagnoose. Täpsete andmete saamiseks on vaja kogu statistiline materjal ühe isiku kohta võtta välja aasta tähestikulisse järjekorda seatud materjalist. Ainult selline meetod võimaldab täpsustada kõiki diagnoose ja täielikult välja lülitada dublikaadid. Sellele järgnev läbitöötamine peab toimuma valikuliselt.

Mitmeid raskusi tekkis ka diagnooside lahtimõtestamisel — puuduvad ühtsed metoodilised juhendid mitme diagnoosi, tüsistuste ja jääknähtude määramise järjekorra kohta.

Töö käigus muudeti haiguste nomenklatuur, mis samuti seadis meid raskesse olukorda.

Vaatamata loetletud puudustele annab uurimistöö võrdlemisi selge ettekujutuse elanike (tervikuna kogu linna, aga ka üksikute soo- ja vanusegruppide kohta) haigestumisest ja võib osutuda väärtuslikuks võrdlevaks materjaliks järgnevatele uurimistele.

Tervishoiuvõrgu olukorra hindamiseks tuleks võtta kasutusele näitaja, mis iseloomustaks kogu hospitaliseerimise vajadust ja võimaldaks täielikumalt otsustada voodite fondi piisavuse üle, sest hospitaliseerimise praegune näitaja 100 haige kohta ei anna tõelist ettekujutust.

Haigestumise võrdlemiseks erinevates oblastites ja vabariikides tuleks täiendava näitajana tarvitusele võtta profülaktika-alase töö näitaja (elanikkonna hõlmatavuse määr teatud haiguste avastamiseks).

Teatud huvi pakuksid ka andmed elanikkonna liikuvuse kohta, et otsustada migratsiooni võimaliku mõju üle mõnede haiguste tasemele.

Töö huvides on vaja kogutavaid algandmeid saada operatiivsemalt. Arvestusvormid tuleks ümber korraldada perfokaartide süsteemile, mis võimaldaks andmete ümbertöötamist masinaga.

Üldise haigestumise uurimise kõrval on vaja perioodiliselt läbi töötada ka andmed üksikute tähtsamate haiguste esinemise kohta — eriti tähtis on see antud linna või vabariigi suhtes.

ОБ ИЗУЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГОРОДЕ ТАЛЛИНЕ

(По данным 1958 года)

И. Левина

Резюме

В статье обобщаются основные итоги проведенного санитарно-статистического исследования заболеваемости населения г. Таллина.

В качестве первичных учетных документов были использованы: 1) талоны регистрации уточненных диагнозов (ф. 25в), 2) карты больных, выбывших из стационаров (ф. 266), 3) выписки из контрольных карт диспансеров и 4) выписки из удостоверений о смерти.

Город Таллин (население около 282000 человек) располагает всеми видами медицинской помощи. На 1000 населения приходится 11,5 койки. В 1958 г. 13,4% коечного фонда обслуживало сельское население. Территория города разбита на

68 терапевтических, 58 педиатрических и 18 акушерско-гинекологических участков. Число посещений на одного жителя составляло 7,4 в год. Врачебных должностей на 1 000 населения 4,2, врачей физических лиц 3,1.

В 1958 г. общая заболеваемость по г. Таллину на 1 000 населения была 1318,9, а госпитализация — соответственно 106,8. Из 100 заболевших госпитализировано 8,1. Больничная летальность составила 3,2%. Смертные случаи в стационарах составили 41,8% от общего числа их по городу.

Болезни органов кровообращения составляли 87 на 1 000 населения, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимала первое место и составляла 47,1% от общего числа по городу.

Основной контингент хирургических заболеваний составили травмы — 145,0 на 1 000 населения, флегмоны и абсцессы — соответственно 14,2. Из общего числа травм бытовых было 61,4%, производственных — 33,5%.

Новообразования на 1 000 населения составляли 18,4, в том числе злокачественные 5,97. В общей структуре заболеваемости удельный вес новообразований — 1,4%. Обращает на себя внимание значительный удельный вес рака легких у мужчин — 24,0% от общего числа больных злокачественными новообразованиями. Смертность составляла 134 на 100.000 населения.

Исследование дает представление о показателях заболеваемости и смертности населения г. Таллина.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

MAOVÄHK 16-AASTASEL NOORUKIL

L. MÄRSS

(Viljandi Linna Haiglast, peaarst *E. Soots*)

Maovähk areneb tavaliselt pärast 40. eluaastat. Noorematel kui 20 aastat esineb vähktõbi äärmiselt harva. Kuni 1907. aastani suutis Beroulli (1) maailmakirjandusest koguda kokku ainult 13 sellist juhtu. Hiljem on siin-seal kirjeldatud veel üksikuid juhtusid [Morian, Bishop, Brückner, Dal, Hauser, Wilkinson (1, 2)]. Kuigi meil polnud käepärast täielikke statistilisi andmeid, võib arvata, et käesoleva ajani on maovähki alla 20 a. vanustel isikutel kirjeldatud kuni poolesajal juhul. A. Fedorejev märgib oma monograafias (2), et tema praktika nendest 70 juhust, kus vähktõbi arenes haavandist, ei olnud ühtegi alla 20 a. vanust haiget. Samas märgib A. Fedorejev, et NSVL Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudi andmetel ei olnud ka seal uuritud 1492 maovähi haigest ühtegi vanusega alla 20 a.

Viljandi Linna Haiglas oli 1961. a. ravil 16-aastane nooruk, kellel avastati vähktõbi maos. Eespooltoodut arvestades on selline juht küllaltki harukordne, mistõttu toome selle kirjelduse.

Meespatsient M. R., sündinud 1945. a., elab Viljandi lähedal maal. Patsient on seni olnud hea tervisega, individuaalkaart Viljandi polikliinikus on alustatud juunis 1960. a., diagnoos — *rubeola*. 1961. a. veebruaris ja maikuus käis M. R. polikliinikus angiininähtudega. Juulis pöördus ta jälle jaoskonnaarsti poole, seekord juba maovaevuste tõttu. Alates maikuust (s. o. pärast angiini põdemist) tundis patsient valusid ülakõhu piirkonnas. Valud tekkisid peamiselt pärast soolaste toitude söömist. Esines ka kõrvetisi, hapusid röhitisi ja oksendamist. Peamise tõuke jaoskonnaarsti poole pöördumiseks andsid üldise jõuetuse kiire suurenemine ja kõhnumine. Ambulatoorselt teostatud uuringutest oli maomahl pärast proovieinet (Boas-Ewaldi järgi) anatsiidne: vaba HCl (—), üldhappesus 31, defitsiit 10; Uffelmann (—). Uriin ja väljaheide ilma iseärasusteta. Veres leukotsüüte 5400: eosinof. 2, keppt. 6, segmentt. 72, lümfots. 13, monots. 7%. Leid röntgenoloogilisel

uurimisel (ambulatoorselt) — *stenosis pylori, infiltratio maligna ventriculi in suspectu, hypotonia ventriculi.* Anamneesis väärib veel tähelepanu asjaolu, et patsiendi isa suri 13 aastat tagasi vähktõppe.

Viljandi Linna Haigla sisehaiguste osakonda saabus patsient M. R. 14. septembril 1961. a. (haiguslugu nr. 610). Vaatlusel torkas silma puudulik toitumus ja halkjaskahvatu nahajume. Hambad olid terved, keel kergelt valkjalt kattunud. Rindkereelundid olid füüsikalisel uurimisel iseärasusteta. Kõhukatted pinguseta, lamekumera võlvumisega; palpeerimisel valulikkust ega patoloogilisi resistentsusi ei leidunud. SR — 5 mm/t; leukots. 6050: eosinof. 3, keppt. 4, segmentt. 53, lümfots. 27, monots. 13%; hgb. — 14,0 g%, erütrots. 4,32 milj. Uriin ja väljaheide ilma iseärasusteta. 15. septembril tehtud proovieines leukots. 2—5 ja erütrots. 0—4 ühes vaateväljas, vaba happesus (—), üldhappesus 17; fraktsioonides vaba happesus 0, 6, 18, 28, 22, 22, 35, 34; üldhappesus vastavalt 5, 17, 28, 35, 30, 28, 45, 43. Kehatemperatuur kogu haiglas viibimise vältel normi piires. Röntgenoloogiline uurimine statsionaaris: rindkereelundid iseärasusteta; magu normotooniline, konksjas. Antrumi keskosas tekkis osalisel kompressioonil ebamäärane häguste piiridega transparentsem ala. Vahetult pülooruse ees leidus teine teravate vanikutaoliste piirjoontega täitumisdefekt, läbimõõt kuni 4 sm. Selle keskel asus ekstsentriliselt tähekujuline kontrastlaik, millest mitmes suunas lähtus õrnu irradieeruvaid vöödikesi (vt. sihtvõte tahvlil V).

Patsient viidi 21. septembril 1961. a. üle kirurgia osakonda diagnoosiga *ulcus praepyloricum ventriculi, degeneratio maligna in suspectu* (haiguslugu nr. 1084). 26. septembril tehti laparotoomia. Mao pülooruse piirkonnas leidus väikese kanamuna suurune tuumor. Mesenteriaalsed lümfisõlmed olid suurenenud. Retroperitoneumis ja pankreases, samuti väikeses rasvikus leidus rohkesti tuumori metastaasidele iseloomulikke sõlmi. Üks sõlm võeti histoloogiliseks uurimiseks, leid — *carcinoma solidum metastaticum lymphonodi.* Arvestades pülooruse ilmset ahenemist tehti gastroenteroanastomoos. Postoperatiivne kulg oli tüsistusteta. Patsient lahkus haiglast 7. oktoobril subjektiivselt paranenuna ja väikese kaaluiibega. Haige on arvel Viljandi Linna Haigla dispanseerses onkoloogia osakonnas, kontrollimisel 1961. a. detsembri lõpul tundis ta end rahuldavalt.

Esitatud juhul võib nii sümptomatoloogia kui ka röntgenoloogilise leiu järgi arvata, et tegemist oli haavandiga, milles oli arenenud pahaloomuline degeneratsioon. Viimasele viitas eriti üldise jõuetuse arenemine ja kõhnumine, samuti ka ebamääraselt halb enesetunne ja omapärane kahvatu nahavärvus. Patsient, kuigi aastatelt noor, jättis väliselt vähihaige mulje. Esiletõstmist väärib veel subjektiivsete vaevuste hiline avaldumine ja haiguse suhteliselt kiireloomuline kulgemine.

KIRJANDUS

1. Bergmann, G., Staehelin, R. Krankheiten der Verdauungsorgane. Berlin, 1938. — 2. Федореев А. С. Рак желудка из язвы. М., 1948.

РАК ЖЕЛУДКА У 16-ЛЕТНЕГО ЮНОШИ

Л. Мярсс

Резюме

Рак желудка обычно развивается у человека после 40 лет и исключительно редко в возрасте до 20 лет.

В 1961 г. в Вильяндиской городской больнице находился на лечении больной в возрасте 16 лет по поводу злокачественно перерожденной язвы желудка. В первые дни заболевания он стал чувствовать изжогу, боли в подложечной области, иногда появлялась рвота; позднее, кроме того, появились общее недомогание и резкое похудание.

На основании амбулаторных и клинических исследований была диагностирована язва пилорической части желудка с подозрением на малигнизацию. Фракции желудочного сока были нормацидны, обычные показатели крови — в пределах нормы. Больному была произведена лапаротомия. В пилорической части была обнаружена опухоль, а в верхних отделах перитонеальной полости имелось много метастатических узлов, из которых один был исследован гистологически, диагноз — *carcinoma solidum metastaticum lymphonodi.* По поводу стеноза привратника сделан гастроэнтероанастомоз. Больной выписан с субъективным улучшением.

SOLKMETEST PÕHJUSTATUD SPASTILISE SOOLESULGUSE JUHT

H. POKKAT

(Vastseliina Jaoskonna Haiglast, peaarst *M. Puustusmaa*)

Vastseliina Jaoskonna Haiglasse hospitaliseeriti 15. VI 1960. a. kell 23.30 naishaige G. J. (haiguslugu nr. 348), 21 a. vana, diagnoos — *ileus*. Haige kaebas hoogvalude üle kõhus, iivelduse, oksendamise, gaaside ja väljaheite peetuse üle. Haigestunud 14. VI 1960. a. hommikul kella 3 paiku; kella 10 paiku olnud viimane iste, mis olnud normaalne. Kogu päev kõht valutanud, vahete-vahel valu veidi raugenud, siis alanud jälle. Mõni päev enne haigestumist tehtud haigele Meremäe ambulatooriumis soolenakkuste vastu kaitsesüsteid, mille järel tõusnud kõrge palavik. 15. VI 1960. a. kell 17.00 pöördus haige Meremäe jaoskonna arsti poole, kes teinud talle kolm korda klistiiri, kuid istet ei järgnenud. Haige suunati Vastseliina Jaoskonna Haiglasse, kuhu ta jõudis kell 23.30. Varem olnud terve, ainult 1955. a. opereeritud ussjätke.

Patsient korrapärase kehaehituse ja rahuldava toitumusega. Nähtavad limaskestad jumekad. Keel kaetud, niiske. Kopsude kuulatlemisel esines vesikulaarne hingamiskahin. Südametoonid puhtad. Pulss rahuldava täitumusega, rütmiline, 68 korda minutis. Vererõhk 125/75 mm.

Kõht normaalse võlvumisega, komplemisel pehme, esines valulikkus naba piirkonnas. Kuulatlemisel soolte peristaltika puudub.

Vere analüüs: SR — 16 mm/t; hgb. 76 ü.; leukots. — 12 550.

Patsiendile tehti mõlemapoolne paranefraalne novokaiinblokaad Višnevski järgi, ühtlasi süstiti talle *Sol. Atropini* 0,1% 1 ml.

Pärast neid manipulatsioone tekkis soolte peristaltika ja sifoonklistiiri tegemisel väljus väljaheidet ja gaase, mille järel haige enesetunne paranes. Öösel magas patsient hästi. 16. VI 1960. a. hommikul oli haige enesetunne rahuldav, sõi veidi, oksendamist ei esinenud. Komplemisel olid kõhukatted pehmed, esines väheldane valulikkus naba piirkonnas. Väljaheidet uuriti helmintide suhtes, kuid soolenugiliste mune ei leitud. Samal päeval kella 13.00 paiku tekkisid haigel jälle tugevad hoogvalud kõhus ja oksendamine. Kroonilise soolesulguse oletamise tõttu tehti laparotoomia. Kõhuõõs avati kohaliku tuimastusega lõikega üleval- ja allpool naba. Sooletrakti kontrollimisel selgus, et osa peensoolt oli spastilises seisundis ja pliiatsijämedune. Lähemal vaatlusel selgus, et peensoole selles osas asus 2 solget, mille ümber sool oli spastiliselt kokku tõmbunud. Peensoolde tehti väike ava, mille kaudu solkmed eemaldati. Ava suleti kahekordse tubakakottõmblusega. Pärast solkmete eemaldamist võttis sool normaalse kuju. Kõhuõõnde manustati 200 000 TÜ penitsilliini ja haav suleti kihiliselt. Pärast operatsiooni tüsistusi ei esinenud. Alates 22. VI 1960. a. tehti veel 3 päeva vältel ravikuur santoniiniga, kuid solkmeid ei väljunud. 25. VI 1960. a. kirjutati haige hea enesetundega koju.

Spastiline soolesulgus askariididest ei ole mitte haruldane haigestumine, kuid seda esineb siiski suhteliselt harva. Sagedamini esineb juhte, kus askariidid hulgana koos olles sulevad puntrana mehaaniliselt soolevalendiku. Arvatavasti põhjustas käesoleval juhul soolespasmi askariidide toksiline toime. Patsiendil esines kõrgenenud temperatuur. N. Samarin (1) tsiteerib Vortmanni, kes arvab, et «peremehe» kõrgenenud temperatuur kutsub esile askariidide elavama elutegevuse, mille tõttu suureneb ka toksiinide eritumine soolde. Selle tagajärjel tekib spastiline kokkutõmme askariidi ümber. C. Adamesteanu ja F. Bradisteanu (2) peavad aga soolespasmi tekkimise põhjuseks askariidide puhul esineda võivat allergilist reaktsiooni.

KIRJANDUS

1. Самарин Н. Н. Аскаридная непроходимость. В кн.: Диагностика «острого живота», под ред. Самарина Н. Н. Л., 1952, 172—176. — 2. Adamesteanu, C., Brădisteanu, F. Zbl. Chirurg., 1960, 4, 153—161.

СЛУЧАЙ СПАСТИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА, ВЫЗВАННОЙ АСКАРИДАМИ

Х. Поккат

Резюме

В Вастселийнаскую участковую больницу была госпитализирована женщина с явлениями хронической непроходимости кишечника. При лапаротомии и обследовании

кишечного тракта было обнаружено, что часть тонкого кишечника находится в спастическом состоянии, которое было вызвано 2 аскаридами. Аскариды были удалены. Послеоперационный период прошел без осложнений.

RINOFÜÜMIST

V. LIIV

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

1961. a. juulis suunati Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrvanina-kurguhaiguste osakonda 44-aastane meeshaige G. P. rinofüümi ehk jurakninaga. Meie haigla praktikas pole viimase 25 a. jooksul sellist haigusjuhtu esinenud.

Anamneesi andmetel oli patsient 1948. a. ajanud habet võõra habemenoaga, misjärel näonahale tekkinud sügelev punetus — *acne rosacea*. Olnud ravimisel mitmel pool, kuid nahahaigus ei paranenud, vaid levis ka ninaotsale. 3 viimase aasta jooksul nina suurenes tunduvalt, ninaotsale tekkisid mädavistrikega mügarad.

Objektiivselt oli patsiendi otsmiku ja põskede nahk punetav ja paksenenud, eriti paremal põsel; punetaval nahal pustuloosne lööve. Nina oli ebatavaliselt suur, punetav ja pahklik (foto 1), ninaotsal laienenud veresooni ja kolm suuremat kõva konsistentsiga mügarat. Pigistamisel väljus mügaraist hägust sekreeti. Ninaõõnes, suuõõnes ja kurgus normist kõrvalekaldumisi ei täheldatud.

Foto 1 ja 2. Rinofüümiga haige enne operatsiooni

Üldstaatuses esines patsiendil parema randmeliigese kontraktuur, mille tõttu ta tunnistati 1960. a. III grupi invaliidiks. Varem töötas traktoristina ja mehaanikuna.

Rindkereelundid olid röntgenoloogilisel vaatlusel patoloogilise leiuta. Mao röntgeniläbivalgustusel diagnoositi gastriiti ja *bulbus duodeni* deformatsiooni. Vere, uriini, *faeces*'e analüüsides patoloogiat ei sedastatud. Vere WaR negatiivne. Kofeiinproovieines avastati maomahla alahappesus.

Antud juhul oli tegemist tüüpilise rinofüümijuhuga koos *acne rosacea*'ga näol. *Rinophyma* (kreeka φγμα — kasvaja) tähendab tõlkes ninakasvaja. Rinofüümi esineb viimasel ajal väga harva, mistõttu seda uuemates õpikutes ja käsiraamatutes isegi ei käsitleta. Sajandi vahetuse kirjanduses leidub rinofüümi kohta üksikuid vihjeid. Rinofüüm ei ole sisuliselt kasvaja, vaid naha hüpertroofia. See areneb nahahaiguse (*acne rosacea*) taustal ja tema tekkest võtavad osa kõik nahaelemendid. *Acne rosacea* tekib üle 30 a. vanustel ja vanematel klimakteeriumi-eas. *Acne rosacea* põhjuseks peetakse kroonilisi seede-, maksa-, südame- ja neeruhaigusi ning endokriinseid häireid. Välistest teguritest soodustavad selle teket kuumus, tuul ja külm. Rinofüüm tekib enamasti vanematel meestel.

Käesoleval juhul tehti patsiendil kindlaks ainult anatsiidne gastriit; haiget konsulteerinud internist muud olulist ei leidnud.

Rinofüümi ravi on kirurgiline. Ühed autorid koorivad ninaotsa habemenoaga siledaks, nii et alles jääksid nahapooride põhjad, kust areneb uus epidermis. Teised kasutavad pärast rinofüümi eemaldamist Thierschi plastikat.

Ka meie eemaldasime rinofüümi habemenoaga ja katsime defekti rindkerelt võetud nahalapiga. Nahalapp ninal nekrotiseerus pindmiselt ning kohati pigmenteerus. Vaatamata sellele, et ninaots oli esialgu kirju, saavutati kosmeetilises mõttes hea tulemus (foto 2).

Foto 3 ja 4. Sama patsient pärast rinofüümi eemaldamist (tumedad laigud ninaotsal on pigmentatsioonist sinna istutatud nahal)

Paralleelselt plastilis-kirurgilise raviga rakendati dermatoloogide poolt soovitatud üldravi vitamiinidega (PP, B_{12}, B_1), suu kaudu anti ihtüooli ja lokaalselt raviti väävel-salitsüülsalviga.

Käesolev juht on haruldane veel selle poolest, et rinofüüm arenes keskealisel mehel.

MIKROTRAUMADE JA NENDE TÜSISTUMISE PROFÜLAKTIKA

V. LEMARINJE

(Tallinna Vabariiklikust Sadama Haiglast, peaarst *G. Radzimovski*)

Esinemissageduselt on mikrotraumad traumade hulgas esikohal. Meie andmetel 72—87% tööstustraumadest on mikrotraumad, seejuures 80—85% juhtudest on vigastada saanud ülajäsemed (sõrmed, kämblad ja käsivarre alumine kolmandik).

On üldiselt teada, et mikrotraumad on sageli mädanikuliste haiguste põhjustajateks. Samuti tuleb neid vaadelda kui raskemate traumade ennustajaid, kui signaali, et ohutustehnika ja sanitaartehnilistest nõuetest kinnipidamisega ei ole vastavas ettevõttes kõik korras.

Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla kümneaastased kogemused näitavad, et mikrotraumade ja eriti nende mädanikuliste tüsistuste vastu on kõige tulemusrikkam võidelda O. Solomonova* meetodil, mis seisab järgmises: a) esmaabi andmise õpetamine töölistele; b) tsehhides sanitaarpostide loomine, mida juhivad Punase Risti Seltsi aktivistid; töökohtade ja tsehhijaoskondade varustamine esmaabiapteekidega; c) sanitaarpostide tegevuse süstemaatiline kontrollimine meditsiinitöötajate poolt; d) laialdane sanitaarharidustöö (hügieeni, ohutustehnika, naha kaitsmise jm. küsimused).

Arvestades, et mikrotraumade tüsistumine mädanikega sõltub esmaabi andmise ajast ja oskusest, püüdsime mikrotraumade puhul võimalikult vara rakendada bakteritsiidseid vahendeid (briljantrohelise lahus, jooditinktuur jt.). Vajaduse korral asetati aseptiline side. Esmaabi

* Баткис Г. Н. Организация здравоохранения. М., 1948, стр. 395.

andsid Punase Risti Seltsi aktivistid ja töölised enda- ning vastastikuse abi korras. Keskharidusega meditsiinitöötajad korraldasid periooditi massilisi küsitlusi ja tööliste käte ülevaatusi.

Meditsiinitöötajad pöörasid tsehhide külastamisel tähelepanu sisseseade ja tööriistade korrasolekule, tööliste individuaalkaitsevahenditele, üldisele sanitaarolukorrale jne., s. o. selgitasid välja ja aitasid kõrvaldada mikrotraumade põhjusi.

Nimetatud abinõude abil õnnestus meil 1961. a. 9 kuuga vähendada mikrotraumade arvu 24% võrra, võrreldes 1960. a. sama perioodiga, ja rõhuval enamikul vältida ka tüsistuste teket.

ПРОФИЛАКТИКА МИКРОТРАВМ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В. Лемаринье

Резюме

Микротравмы составляют от 72 до 87% случаев промышленного травматизма, причем в 80—85% случаев травмируются дистальные отделы верхних конечностей. Учитывая, что частота осложнений микротравм зависит от времени оказания первой медицинской помощи, в профилактике их гнойничковых осложнений необходимо обращать основное внимание на раннее выявление и обработку микротравм бактерицидными средствами, непосредственно в цехе, у станка.

Медицинские работники совместно со службой техники безопасности выявляли и устраняли также причины микротравм.

Проведением комплекса профилактических мероприятий удалось добиться снижения количества микротравм в течение 9 месяцев 1961 года на 24% по сравнению с соответствующим периодом 1960 года и в большинстве случаев предотвратить их гнойничковые осложнения.

Abiks velsoeritele ja õdedele

PROFULAKTILISE TÖÖ SÜVENDAMISEST VARAEALISTE LASTE PATRONEERIMISEL

L. KERES ja *A. VALDMANN*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Alla 2 aasta vanuste laste haigestumise põhjuste analüüsimisel Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas selgus, et $^2/_3$ juhtudest haigestus laps puuduliku hooldamise või vanemate teadmatuse tagajärjel (lastele toodi koju nakkushaiguste tekitajaid, last ei karastatud, teda toideti vääralt, ei teostatud rahhiidi profülaktikat jne.). Järelikult on meil veel suuri võimalusi vähendada varaealiste laste haigestumist profülaktika tõhustamisega.

Vastavalt eeskirjadele külastavad patronaažiõde ja arst lapsi esimesel kahel eluaastal regulaarselt: esimesel eluaastal külastab õde last 15 korda ja arst vaatab ta profülaktiliselt läbi kord kuus. Patronaaži ülesandeks on haiguste ennetamine ja varane avastamine. Analüüsides arstide ja õdede patronaaživisiite Tartus 1956. aastal selgus, et sageli täideti visiidil ainult osa ettenähtud ülesannetest. Laste läbivaatus oli toimunud nõuetekohaselt, pöörati küllaldast tähelepanu tuberkuloosi, rahhiidi, hüpotroofia jt. haiguste varasele avastamisele. Haiguste profülaktika

osas piirduti õige toitmise ja rahhiidi vältimise õpetamisega ning ettenähtud kaitsepookimiste tegemisega. Puudulikult jagati emadele teadmisi nakkushaiguste vältimise, lapse karastamise ja õige kasvatuse kohta. Patronaaživisiitide ajal peetavate vestluste temaatika ei olnud plaanipärane ja osa õdesid ning arste jätsid selle töö hoopiski tegemata.

Alates 1956. aastast pöörati erakordselt suurt tähelepanu arsti ja õe vestlustele; emade küsitlemisel selgus aga, et vestlusel ei suuda nad ainet küllaldaselt omandada.

Aastail 1955—1957 püüti võimalikult rohkem emasid kaasa tõmmata statsionaarsesse või mittestatsionaarsesse emadekooli. Koolis õppis aga ikkagi ainult 15% imikute emadest. Et emade sanitaarteadmiste tasemest sõltub oluliselt varaealiste laste haiguste vältimine, püüti emade õpetamiseks leida tõhusamat viisi. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri ja Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla arstid koostasid patronaaživisiidil ettenähtud vestlusteemasid arvestades raamatu «Varaealise lapse tervishoid» (57 lk.). Raamatus käsitletakse hästi lihtsas keeles kõige elementaarsemaid profülaktikaküsimusi. Raamatu trükkis Tartu Vabariiklik Sanitaarharidusmaja, mistõttu seda oli võimalik jagada tasuta kõikide vastsündinute emadele. Emad töötavad raamatu peatükkhaaval iseseisvalt läbi. Vestluses õega selgub, kas ema on kõigest õigesti aru saanud; peale selle õpetab õde, kuidas õpitud teadmisi konkreetsetes oludes praktiliselt rakendada. Kui ema teadmised osutuvad nõrkadeks, annab õde seletusi ja ema töötab sama peatüki veel kord läbi. Õpingutega alustati juba Tartu Sünnitusmajas (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 5, 64—65). Raamat töötati läbi 8 patronaaživisiidi kestel, s. o. lapse esimese 6 elukuu jooksul. Ema teadmisi enne ja pärast õpinguid hinnati kolmepallilise hindamissüsteemi alusel. Meetodi efektiivsuse selgitamiseks ja patronaažitöötajate kontrollimiseks peeti iga ema kohta väljaõppe kaarti. Andmetest 899 ema kohta selgus järgmist: hindega hea lõpetas õpingud 54% emadest, hindega rahuldav 35%, mitterahuldavalt 3%, õpinguid ei lõpetanud 8% emadest. Seega 89% eesti keelt oskavatest Tartu imikuemadest omandas algkursuse lapse tervishoiust. Hoolimata patronaažitöötajate pingutustest ei suudetud ülejäänud emadele lapse tervishoidu selgeks õpetada: nad kas ei tundnud õpingute vastu huvi, vabandasid ennast ajapuudusega või usaldasid lapse hooldamise teistele isikutele. Suurt huvi õpingute vastu tundsid esmakordselt sünnitanud emad (neil oli ka kõige parem õppeedukus).

1961. a. ilmus «Varaealise lapse tervishoiu» teine, täiendatud trükk (79 lk.). Nüüd alustatakse emade väljaõppega varem, juba raseduse ajal, ja plaanikohaselt on kogu raamat läbi töötatud lapse kahekuuseks saamiseni. Seega õpib ema dekreetpuhkuse ajal — siis on tal õppimiseks küllaldaselt aega. Rasedad saavad raamatu naiste nõuandlast juba esimesel raseduspuhusel külastamisel. Õpitut kontrollivad laste polikliiniku õed patronaaživisiidil raseda kodus. Rasedad töötavad raamatust läbi 33 lehekülge; ettevalmistus lapse ootel, nakkushaiguste vältimine ja imiku igapäevane hooldamine. Sünnitusmajas töötavad emad läbi 22 lehekülge raamatust: imiku toitmine, vaegpiimasuse vältimine ja lapse uni. Sünnitusmajas kontrollivad väljaõpet vastsündinute osakonna arstid ja õed. Sünnitusmajast lahkumisel on emal seega juba põhilised teadmised imiku hügieenist olemas.

Esimesel kuul pärast sünnitust õpetavad arst ja patronaažiõde emale lapsega tegelemist, lapse karastamist ja rahhiidi ärahoidmist; teisel kuul imiku kehalist kasvatust, leetrite ja läkaköha vältimist. Kui ema ei suuda mingil põhjusel õpinguid tähtajaks lõpetada, siis jätkatakse seda järgmistel visiitidel. Mida suurem on emade protsent, kes lõpetavad õpingud, seda kvaliteetsemaks võib lugeda jaoskonna tööd profülaktika alal.

Imiku vanemaks saamisel muutuvad ka tervishoiunõuded; seetõttu tuleb igal patronaaživisiidil läbi arutada järgmised küsimused: lapse toitmine, temaga tegelemine, karastamine ja kehakultuur, rahhiidi ja nakkuste ärahoidmine. Lapse vanusele vastavad nõuded on raamatus olemas ja ema on neid juba õppinud. Patronaaživisiidil tuleb anda praktilisi juhendeid ja juhtida tähelepanu, milliseid vigu tuleb lapse hooldamisel vältida.

Raamatu kasutamine emade õpetamiseks on end täiesti õigustanud: emal on võimalus ainet korduvalt läbi lugeda ja seda täielikult omandada. Emade üldine arengutase on tänapäeval juba nii kõrge, et nad ei rahuldu lühivestluses antavate korraldustega — enamik neist tahab heameelega rohkem teada. Meie raamatuke oli suurema osa emade jaoks sobiv. Emadele, kes soovivad lapse tervishoiu kohta lugeda pikemalt, soovitatakse A. Reimani raamatut «Ema ja laps» (351 lk.). Nii ei pruugi õde ja arst patronaaživisiidil kulutada aega elementaarsele vestlusele, mille kordamine samal päeval mitmel patronaaživisiidil on tüütav, pealegi, nagu juba öeldud, on tulemused kesised.

Tihe koostöö sanitaarharidusmaja ja laste polikliiniku vahel võimaldab ellu rakendada uusi viljakaid töövorme. Oleks otstarbekohasem, et sanitaarharidusmaja annaks arvukate pisibrošüüride asemel välja väikese raamatu, mida laste polikliinikud jagaksid (tasuta) emadele. Väikeste brošüürikeste levitamine mõne käitise tervishoiuloengul on liiga juhuslik.

Algul oli raamatumeetodi rakendamisel ka raskusi: patronaažitöötajad ei olnud harjunud emalt nõudma lapse tervishoiu omandamist ja õpitu rakendamist. Patronaažiõdedeks sobivad ainult heade pedagoogiliste võimetega isikud, kes oskavad emale mõju avaldada, nii et ta peab lapse tervishoiu õppimist endastmõistetavaks ning tunneb puudulike teadmiste pärast häbi. Samuti ilmnes, et mõned jaoskonnapediaatrid jätsid emade väljaõppe ainult õdede hooleks; patronaaživisiidil piirdusid nad lapse tervisliku seisundi kontrollimise, immuniseerimiste, rahhiidi medikamentoosse profülaktika ja lapse toitmise õpetamisega. Pediaater peab aga emaga ka vestlema, eriti haiguste vältimisest, juhendama õe tööd ja kontrollima selle tulemusi, s. o. emade teadmisi.

Selgus, et mitte kõik emad ei rakenda oma teadmisi järjekindlalt: ei võitle küllalt kärbeste vastu, ei toida imikut nõuetekohaselt, ei karasta teda jne. Raamatumeetodi kasutamisel on õel enam aega praktilisi näpunäiteid anda; seda on vaja mõnes kodus teha korduvalt — nõudmistes tuleb olla järjekindel. Kui õde ei suuda ema küllaldaselt mõjutada, peab ta sellest teatama jaoskonnapediaatrile, kes siis järgmisel visiidil emaga kõneleb. Madala sanitaarkultuuriga kodudes tuleb patronaažitöötajatel teha sageli väga palju tööd, et saavutada lapsele tervishoiulised kasvutingimused.

Emade väljaõpe peab toimuma sünnitusmaja ja laste polikliiniku ühise koordineeritud üldplaani kohaselt. Laste polikliinikud peavad senisest enam rõhku panema patronaažitöö kvaliteedi kontrollimisele. Tööd ei tohiks hinnata ainult visiitide arvu järgi, vaid peaks ka kontrollima, kas emade teadmised on küllaldased, kas lapsi toidetakse õigesti, kuivõrd karastatud nad on jne. Kui kontrollimisel leitakse, et mõne varaealise lapse eest hoolitsemine ei ole tervishoiunõuetele vastav, siis tuleb selgitada, kas on patronaaž olnud puudulik või on tegemist emaga, kes ei suuda omandada tervishoiureegleid.

Märkus. Raamatut «Varaealise lapse tervishoid» võib saada (tasuta) Tartu Vabariiklikust Sanitaarharidusmajast — kas otseselt või sanitaar-epidemioloogia jaamade kaudu.

ОБ УГЛУБЛЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ПАТРОНАЖЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л. Керес и *А. Вальдман*

Резюме

Тартуский республиканский дом санпросвета издал в 1956 году брошюру «Гигиена ребенка раннего возраста», которая выдается бесплатно беременным при первом посещении ими женской консультации с целью повышения их знаний по профилактике заболеваний грудных детей. В 1961 году эта брошюра была издана вторично.

В настоящее время обучение матерей правильному уходу за грудными детьми начинается в период беременности и заканчивается с достижением ребенком двухмесячного возраста. Занятия проводятся в родильном доме и детской поликлинике, причем матери самостоятельно прорабатывают все разделы названной брошюры, после чего патронажные сестры проводят проверку их знаний.

Таким проведением занятий были достигнуты положительные результаты — почти все матери хорошо усваивали элементарный курс гигиены грудного ребенка.

HAIGETE ETTEVALMISTAMISEST RÖNTGENOLOOGILISTEKS UURINGUTEKS

K. VALGMA

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Et röntgenidiagnostika oleks kvaliteetne, on vaja arsti ja õe või arsti ja velskri hästi organiseeritud koostööd. Sageli ei sõltu röntgenoloogilise uuringu kordaminek mitte niivõrd aparatuurist või uuringu läbiviijast, kuivõrd patsiendi ettevalmistusest. Viimase eest peab aga hoolitsema velsker või õde. Praktikas juhtub sageli, et röntgenoloog peab uuringu katkestama või on vaja teha uus röntgenogramm seetõttu, et patsient on halvasti ette valmistatud. See tähendab aga üleliigset aja-, töö ja materiaalsete ressursside (röntgenifilmid, baarium ja teised kontrastained) kulu ja patsiendi ning röntgenoloogi asjatut kiiritamist.

Rindkere röntgenoskoopia ja röntgenograafia ei nõua mingit erilist ettevalmistust. Tuleb ainult jälgida patsiendi üldseisundit: raske üldseisundi puhul [kõrge kehatemperatuur (külmetamisvõimalus!), raske astmahoog, kollaptiline seisund, tugev südame- ning veresoonkonna puudulikkus jt.] informeerida röntgenoloogi ja raviarsti, kes otsustavad, kas röntgeniuuring on antud momendil tingimata vajalik või mitte. Rangelt tuleb kinni pidada arsti korraldustest: kui haige kuulub transportimisele lamavas või istuvas asendis, siis ei tohi mingil juhul lasta teda minna röntgenikabinetti omal jalal.

Ettevalmistust nõuab bronhograafia, s. o. bronhide uurimine joodi sisaldava kontrastaine abil. Tavaliselt antakse protseduurile eelneva päeva õhtul patsiendile 0,1—0,2 g luminaali, et ta hästi välja puhkaks, 2 tundi enne uuringut 0,05—0,1 g luminaali ning köha pärssivaid vahendeid (näiteks kodeiini 0,015—0,03 g) ja ½ tundi enne kurgu, neelu ning häälepaelte anesteseerimist 0,0005 g atropiini vaagusreflekside pärssimiseks. Mõned loobuvad luminaali andmisest enne uuringut ja kasutavad selle asemel morfiini (koos atropiiniga) süstimist naha alla pool tundi enne tuimastamist (0,5 ml 1% morfiinilahust koos 0,5 ml 0,1 % atropiinilahusega). Unustada ei tohi jooditundlikkuse proovi protseduurile eelneval päeval. Jooditundlikkuse proov seisneb kas ühe tilga joodi sisaldava kontrastaine tilgutamises silma sidekestale või ühe milliliitri kontrast-

aine süstimises veeni (kui kontrastaine on veeni süstitav), või ka 5%-lise kaaliumjodiidi manustamises suu kaudu kolmel eelneval päeval (üks supilusikatäis kolm korda päevas). Jooditundlikkuse korral tekib esimesel juhul konjunktiviit, teistel juhtudel (s. t. kontrastaine manustamisel veeni või suu kaudu) halb enesetunne, nohu, lööve nahal, temperatuur, ka kõhulahtisus, liigesevalud jt. nähud. Sellisel juhul on joodi sisaldava kontrastaine kasutamine absoluutselt vastunäidustatud. Hambaproteesid tuleb bronhograafia tegemise ajaks eemaldada.

Ettevalmistus mao röntgeniuuringuks on järgmine. Uuringupäeva hommikul enne röntgeniuuringut ei tohi patsient süüa, juua ega suitsetada. Toit, vedelik ja söömise tagajärjel nõristunud maosekreet takistavad kontrastaine taklemist maoseintel ega võimalda röntgeniuuringu läbiviimist. Nikotiin tõstab mao sekretsiooni, toonust ja peristaltikat ega võimalda röntgenoloogil anda leiu kohta objektiivset hinnangut. Mõnikord on sellele vaatamata maos rohkesti sekreeti, mis takistab uuringut. Siis tuleb vedelik maost eemaldada kummist sondi abil. Eriti oluline on see mao pülooruse stenoosi puhul. Haigete suunamisel mao röntgenoloogilisele uurimisele tuleb velskritel silmas pidada, et haiget uuritaks hommikupoolsel vastuvõtul: väga sageli seda ei tehta ja patsiendid tulevad uuringule alles pärast lõunat. Tühi kõht mõjub aga negatiivselt mitte ainult uuritava meelolule vaid ka uuringu tulemustele (rohke sekreet maos, muutunud toonus ja peristaltika).

Ettevalmistus jämesoole röntgenoloogiliseks uurimiseks ehk irrigoskoopiaks algab 1—2 päeva enne uuringu tegemist. Patsiendi menüüst lülitatakse välja süsivesikuterikkad toidud (viimased soodustavad käärimisprotsesse sooles ja gaaside teket, mis takistab uuringut). Nii on keelatud rukkileib (eriti värske rukkileib), jahutoidud, piim (eriti hapupiim), kartulid, kapsad, kaalikad, herned, oad, õunad, marjad jt. Tarvitada tuleb püdelaid toite, näiteks tangutummi, kaerahelbe-, manna- ja riisisuppi, keedetud muna, omletti, juustu, keedetud liha, koort, saia ja kuivikuid. Spasmolüütilised ravimid tuleb irrigoskoopiale eelnevatel päevadel ära jätta. Uuringule eelneva päeva õhtul tehakse tavaline puhastusklistiir. Lahtistite andmine eelmisel päeval pole õige, sest need (eriti soollahtistid) põhjustavad sooleärrituse nähte ja mõjustavad tunduvalt jämesoole limaskesta reljeefi. Limaskesta reljeefi uuring on aga jämesoolehaiguste varaseks diagnoosimiseks asendamatu tähtsusega. Uuringupäeva hommikul jäetakse patsient söömata. Osa röntgenolooge ei soovita uuringupäeva hommikul enam klistiiri teha, sest see ärritab soolt, samuti võib vesi uurimise ajaks soolde jääda. Teised peavad klistiiritegemist uuringupäeva hommikul vajalikuks, kuid reservatsiooniga — klistiir peab olema tehtud vähemalt 2 tundi enne irrigoskoopia alustamist (2 tundi peetakse klistiirivee soolest resorbeerumise minimaalseks ajaks). Tundub otstarbekohasena uuringupäeva hommikul siiski klistiiri teha, kuid umbes 3 tundi enne protseduuri alustamist. On haigeid, kes mõnel põhjusel ei suuda klistiirivett sooles hoida; õel tuleb sellest raviarstile ja röntgenoloogile teatada, et asjatult ei alustataks uuringut, mis juba ette on määratud nurjumisele.

Väga oluline on õige ettevalmistus sapipõie röntgenograafia puhul. Halva ettevalmistuse korral võib sapipõie röntgenifilm osutuda diagnoosimiseks täiesti kõlbmatuks. Soolesisesed fekaalmassid ja gaasid võivad sapipõie kas täiesti varjata või põhjustada väärtõlgitsusi. Ettevalmistus sapipõie röntgenograafiaks algab 1—2 päeva enne uuringut. Toidust lülitatakse välja juur- ja puuvili (herned, oad, kapsad, salat, kaalikad, porgandid, õunad, ploomid, kirsid jt.), rukkileib, piim (nii rõõsk kui ka hapu), jahupudrud ja -supid, kartulid. Patsiendile antakse šlaki- ja süsivesikutevaest toitu — saia, kuivikuid, tummiseid piimasuppe, võid, mune, juustu, koort, keedetud liha ja muud taolist. Uuringule eelneval

päeval antakse patsiendile korduvalt magusat teed maksarakkude aktiveerimiseks. Ravialuse päevane suhkrunorm peaks olema 100 grammi. Mõned autorid soovitavad haigele uuringueelsel päeval anda ainult marjamahlu.

Uuringueelse päeva hommikul kell 9 saab haige hommikueine eespool nimetatud toiduainetest ja ühe klaasitäie magusat teed. Kell 12 jälle magus tee, kell 14 rikkalik lõuna (patsiendile lubatud toitude piires) ja lisaks klaas magusat teed. Kell 16 tehakse puhastusklistiir, kell 17 antakse kaks munakollast; viimast on vaja sapipõie tühjendamiseks enne kontrastaine andmist. Nimetatud võte soodustab kontrastaine kogunemist sapipõide ja tõstab varju intensiivsust. Kell 18 antakse jälle klaas magusat teed, millele kell 19 järgneb kontrastaine manustamine. Kontrastainena kasutatakse meil tavaliselt bilitrasti, harvemini jodognosti. Bilitrasti kogus sapipõie uurimiseks on 3 grammi ja see antakse patsiendile kolmes osas — üks gramm korraga 20-minutiliste vaheaegadega (seega kella 19-st kuni 20-ni). Ühed röntgenoloogid soovitavad bilitrasti võtta koos magusa tee, suhkru või glükoosiga, teised aga koos aluselise mineraalveega või lihtsalt klaasi veega, millele on lisatud üks teelusikatäis soodat. Aluseline vesi soodustavat bilitrasti imendumist sooles. Ettevalmistus õhtul lõpeb magusa teega kell 21. Ööseks on soovitatav anda patsiendile 4—5 tabletti karboleeni. Röntgeniuuring viiakse läbi 13—15 tundi pärast kontrastaine manustamist, kusjuures pool tundi enne uuringut tehakse klistiir ühe liitri veega. Õel tuleb jälgida, et ettevalmistus toimuks nimetatud järjekorras, ja mis eriti oluline, et patsient ei sööks midagi alates kontrastaine sissevõtmisest. Lubatud on ainult juua väheses koguses (teed või mineraalvett). Väga tihti kasutatakse sapipõie kontrastuurimisel nn. küllastusmeetodit, mis annab tunduvalt paremaid tulemusi (sapipõis täitub kontrastainega paremini). Küllastusmeetodeid on mitu. Kirjeldame siinkohal ainult ühte neist, sest ettevalmistuselt on nad üksteisega väga sarnased.

Haige menüü sarnaneb eespoolkirjeldatuga. Üle-eelmise päeva õhtul antakse patsiendile 1,5 g bilitrasti koos aluselise vee või magusa teega, klistiiri ei tehta. Uuringule eelneva päeva hommikul saab uuritav teist korda 1,5 g bilitrasti, õhtul kolmandat korda sama annuse. 13—15 t. pärast kontrastaine viimast manustamist tehakse sapipõie röntgenograafia. Uuringule eelneval päeval võib patsient süüa. Toit ei tohi sisaldada sapipõie sekretsiooni soodustavaid toiduaineid (eeskätt munad ja või, praetud toiduained), samuti süsivesikuterikkaid gaase tekitavaid toiduaineid (leib, puu- ja juurvili). Põhiliselt koosneb toit teest, saiast, juustust. Uuringule eelneva päeva õhtul tehakse üks klistiir, uuringupäeva hommikul teine klistiir, viimane vähese veega. Ööseks saab patsient 4—5 tabletti karboleeni. Oluline on, et kontrastaine antaks uurimisalusele portsjonitena, mitte kõik korraga. Kontrastaine jaokaupa manustamine, eriti koos aluselise mineraalveega, kiirendab kontrastaine resorbeerumist, mis loomulikult soodustab sapipõie uurimist.

Neerude patoloogia selgitamisel on röntgenoloogiline uurimine sageli otsustava tähtsusega. Ka neerude röntgeniuuringu edukus sõltub suurel määral haige ettevalmistusest. Ettevalmistusviis ei olene sellest, kas tehakse neerude tühifilm, intravenoosne püelograafia, retrograadne püelograafia, pneumoretroperitoneum või kombineeritud uuring. Erinevus seisneb vaid selles, et veenisisese püelograafia korral ei tohi kunagi unustada jooditundlikkuse proovi, sest meil tavaliselt kontrastainena kasutatav sergosiin on joodiühend. Kõige sobivamaks meetodiks jooditundlikkuse määramisel on süstida 1—2 päeva enne protseduuri umbes 2 ml sergosiini veeni ja jälgida patsiendi seisundit. Jooditundlikkus on intravenoosse püelograafia teostamisele absoluutseks vastunäidus-

tuseks. Patsiendi toit kahel eelneval päeval peab olema šlaki- ja süsivesikutevaene, nagu on kirjeldatud sapipõie röntgeniuuringu puhul.

Protseduurile eelneval päeval antakse uuritavale rohkesti karboleeni. Soolte puhastamiseks võib teha klistiiri eelmisel õhtul ja uuringupäeva hommikul või anda lahtistit uuringule eelneva päeva pärastlõunal. Kontrastaine manustamisel veeni neerude uurimise eesmärgil tuleb jälgida, et patsient ei jooks alates eelmise päeva õhtust kuni protseduurimomendini. Soovitav on, et toit oleks eelmisel päeval konsistentne, tahke. Tahke toit ja vähene joomine tõstab neeruvaagnate varju intensiivsust röntgenifilmil. Ka enne neerude röntgenograafiat on keelatud süüa alates uuringule eelneva päeva õhtust (lõunasöök on viimane). Intravenoosse püelograafia korral on soovitav, et patsient jalutaks enne paar tundi ega lamaks. Vahetult enne uuringut tuleb kusepõis tühjendada.

Nii neerude kui ka sapipõie röntgeniuuringu teostamisel on soovitatav patsient enne uuringut suunata röntgenikabinetti kõhukoopa röntgenoskoopiaks, et veenduda ettevalmistuse tõhususes Rohke gaasi korral sooltes tuleb ettevalmistust korrata.

HINGAMISE JUHTIMISEST NARKOOSI AJAL

Õed-anestesistid *E. KONTS* ja *M. TALIVALO*

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

Meie vabariigis puudub seni õdede-anestesistide organiseeritud väljaõpe. Samuti puudub emakeelne õpik narkoositeooria ja praktika kohta. Seepärast tutvustaksime lugejatele kogemuste vahetamise korras hingamise jälgimise ja juhtimise võtteid narkoosi ajal Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri õdede-anestesistide kogemuste põhjal.

Teatavasti on narkoosi sügavuse ja patsiendi seisundi üheks oluliseks näitajaks hingamistegevus. Seoses spontaanse hingamisega eeternarkoosi ajal tuleb pidevalt jälgida 1) hingamisliigutuste sagedust, 2) hingamisliigutuste intensiivsust (hingamismahtu), ja 3) hingamislihaste osavõttu hingamistegevusest.

Hingamissageduse ja hingamismahu hindamiseks jälgime narkoosiaparaadi hingamiskoti liikumise sagedust ja ulatust.

Narkoosi kirurgilises staadiumis on hingamine rahulik ja korrapärane, sagedusega 16—22 korda minutis. Narkoosi muutumisel liiga pindmiseks sageneb hingamistegevus. Sama näeme narkoosi liigsel süvenemisel. Neid juhte aitab eristada hingamislihaste töö jälgimine. Hingamislihasteks on vahelihas ja roietevahelised lihased. Peale nende võivad tööle rakenduda ka nn. hingamise abilihased — kaela pikad eesmised lihased. Pindmise narkoosi puhul on hingamisliigutused nii roietevaheliste lihaste kui ka vahelihase aktiivsel osavõtul kiirenenud. Liiga sügava narkoosi puhul roietevahelised lihased ei funktsioneeri ja hingamine toimub vahelihase ning hingamise abilihaste abil. Seetõttu väheneb hingamismaht (narkoosiaparaadi hingamiskoti liikuvuse amplituud väheneb), mida organism püüab kompenseerida vahelihase maksimaalse töölerakendamisega. Viimase ulatusliku liikumise tõttu suureneb sissehingamise ajal rõhk kõhuõõnes ning kõhuõõne-elundid tungivad operatsioonihaavast välja. See on iseloomulik ka liiga pindmisele narkoosile, kus rõhk kõhuõõnes suureneb kõhulihaste pinge taastumise tõttu. Selle kõrvaldamiseks süvendatakse tavaliselt narkoosi. Kui seejuures ei selgitata, miks

elundid tungivad operatsioonihaavast välja, võidakse narkoosi süvendada ka liiga sügava narkoosi puhul. Seepärast selgitame nn. lihasepinge tekkimisel kõigepealt, kas selle põhjuseks on liiga pindmine või liiga sügav narkoos, ning vastavalt sellele reguleerime narkootikumi doseerimist.

Narkootilise vahendi üledoseerimise tunnuseks on roietevaheliste lihaste tegevuse lakkamise kõrval veel hingamise abilihaste töölerakendumine, mille tõttu tekib iseloomulik pea noogutav liikumine ning neelamisliigutusi meenutav ahmiv hingamine. Liiga pindmise narkoosi puhul on hingamisliigutused enam korrapäratud, liiga sügava narkoosi puhul aga rohkem pindmised. Neid seisundeid aitavad eristada ka teised sümptoomid. Pindmises narkoosis on patsiendi silmad niisked, silmarefleksid positiivsed, pulss võib olla küll korrapäratu ja kiire, kuid hea täitumusega, vererõhk üldiselt tõuseb. Liiga sügava narkoosi puhul on seevastu silmad kuivad, pupillid laienenud ning ei reageeri valgusele, korneaalrefleks puudub, vererõhk langeb, pulss kiire ja halva täitumusega.

Hingamistegevuse või hapnikuvarustuse puudulikkuse üheks tunnuseks võib olla tsüanoos. Tsüanoos võib olla tingitud ka teistest põhjustest, näiteks vereringe häiretest või kudede gaasivahetuse häiretest. Hingamist mõjustavad haige asend, hingamisteede läbitavus, kasutatud narkootikumid, narkoosiaparaadi takistus ja gaasisegu koostis. Tavaliselt aga ei rõhutata, et tsüanoosi ei saa aneemia tugeva astme puhul üldse tekkida. Nii näiteks kirjutab tuntud anestesioloog I. Žorov, et kui hemoglobiini väärtus on 9 g%, ei saa elupuhuselt tsüanoosi tekkida. Seepärast ei saa ainult tsüanoosi puudumise põhjal väita, et hingamistegevus on küllaldane, vajalik on teada ka patsiendi hemoglobiiniväärtust. Aneemiaga patsiendi puhul kaotab tsüanoosi puudumine igasuguse diagnostilise tähtsuse.

Enne narkoosi andmist tuleb alati kontrollida narkoosiaparaadi korrasolekut. Selleks avame gaasiballoonide ventiilid ja jälgime kõigi ühendusvoolikute, reduktorventiilide ning hingamissüsteemi hermeetilisust, dosimeetrite ja hingamisklappide korrasolekut jne. Juba alustatud narkoosi ajal tähendab isegi minimaalse rikke avastamine aparatuuris suurt ohtu patsiendile, eriti siis, kui tehniline häire selgub operatsiooni vastutaval etapil. Samuti on võimatu saavutada narkootikumi täpset doseerimist ning juhtida haige hingamistegevust, kui kogu hingamissüsteem ei ole laitmatult hermeetiline. Ring- või pendelhingamissüsteemiga aparaatidel tuleb regulaarselt vahetada naatronlupja absorberis, sest kõlbmatu absorberi puhul koguneb narkoosiaparaadi hingamissüsteemi juba kümnekonna minuti jooksul süsihappegaasi kuni eluohtlike kontsentratsioonideni. Seejuures avalduvad süsihappegaasi liigse kogunemise tunnused alles organismi tugeva mürgistuse juures. Süsihappegaasi kogunemise tunnusteks peab I. Žorov higistamist tavalise toatemperatuuri juures ning arteriaalse vererõhu tõusu ilma pulsi kiirenemiseta. Selliste nähtude ilmnemisel tuleb hingamissüsteemist viibimatult eemaldada liigne süsihappegaas (hingamiskoti tühjendamine ning hapniku juurdevoolu järsk suurendamine, abistav hingamine). Tavalise mahuga absorberis vahetame naatronlubja iga 4—6 narkoositunni järel. Ka absorberi regulaarse uuendamise korral tühjendame keskmiselt iga 10 minuti järel hingamiskoti täielikult gaasidest, et vältida süsihappegaasi kogunemist.

Narkoosiaparaat ei tohi suurendada nn. surnud ruumi ega takistada gaaside segu voolu. Selleks valime võimalikult lühikesed ning suure läbimõõduga ühendusvoolikud, võimalikult väikese maski või lühikese intratrahheaaltoru jne.

Et anda narkotisaatorile juhitava hingamise puhul suuremat liikumis- ja tegutsemisvabadust, ühendame hingamiskoti aparaadiga gofreeritud toru vahendusel. Sellist võtet kasutatakse Tallinna Vabariiklikus Haiglas ning me veendusime selle otstarbekuses. «Surnud ruum» seejuures ei suurene, sest lisatav voolik on aparaadile lähemal kui hingamis-

klapid. Lisavooliku tõttu suureneb hingamistakistus, mille ületamine toimub aga mitte patsiendi, vaid anestesistide poolt (intensiivsema surumisega hingamiskotile). Üleminekul spontaansele hingamisele ühendame hingamistakistuse vähendamiseks hingamiskoti viivitamatult otse narkoosiaparaadi külge (ilma lisavoolikuta).

Intratrahheaalse narkoosi eeliste tõttu (vabad hingamisteed, aspiratsiooniohu vältimine, võimalus kohe rakendada kunstlikku hingamist) teostatakse meie raviasutuses praktiliselt kõik narkoosid intratrahheaalselt, sest sellega seotud ohud jäävad saavutatavate eeliste varju.

Intubeerimise hõlbustamiseks määrime intratrahheaaltoru libisemist soodustava ainega. Vaseliinil või laoliinil valmistatud salvid ei ole sobivad, sest selline salv võib kehatemperatuuril pehmuda, sattuda bronhioolidesse ning need ummistada. Seepärast kasutatakse meie raviasutuses intratrahheaaltorude määrimiseks glütseriini, millele on lisatud 10% novokaiini.

Et vältida koguneva sülje, vere jms. sattumist hingamisteedesse, täidame suu ja neelu koheva marlitampooniga, mis enesesse pidevalt imeb erituvad vedelikud. Kuna narkoosi ajal võib intratrahheaaltoru mansett ootamatult õhust tühjeneda, kasutame kirjeldatud tamponeerimist igasuguse intratrahheaaltoru puhul.

Pärast tarvitamist tuleb intratrahheaaltorud hoolikalt puhastada ning kuivatada. Enne järjekordset tarvitamist desinfitseerime intratrahheaaltorud piiritusega (keetmine rikuks nende elastsust ning lühendaks mansettide hermeetilisuse iga).

Meie kirjutis ei pretendeeri hingamisfunktsiooni jälgimise ja juhtimise ammendavale käsitlusele. Kirjeldasime ainult olulisemat ja võib-olla vähem tuntut. Kui see abistab kolleege igapäevases töös, on artikkel oma ülesande täitnud.

Arstiteaduse ajaloost

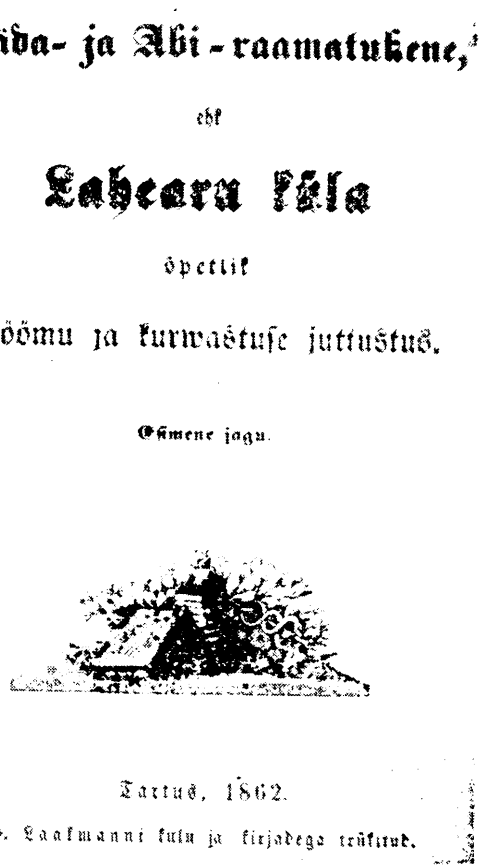
100 AASTAT FR. R. KREUTZWALDI TEOSE «HÄDA- JA ABI-RAAMATUKENE» ILMUMISEST

1862. a. ilmus Tartus «H. Laakmanni kulu ja kirjadega trükitud» Fr. R. Kreutzwaldi teos **«Häda- ja Abi-raamatukene, ehk Lahearu küla õpetlik Rõõmu ja kurvastuse juttustus».** Raamat on täienduseks samalt autorilt 1854. a. ilmunud teosele «Lühike õpetus tervise hoidmisest». (Viimase teine trükk ilmus 1860. ja kolmas trükk 1869. a.)

«Häda- ja Abi-raamatukene» käsitleb 112 leheküljel populaarses, 19. sajandile iseloomulikus jutustavas vormis (tihtipeale kooliõpetajate jt. vestlustena) mitmesuguseid arstiteaduse ja tervishoiu küsimusi.

Raamatu esimestes peatükkides on võrdlemisi ulatuslikult käsitletud surmatunnuseid. Et esitus oleks mõjuvam, jutustatakse algul traagiline lugu mõisniku noorest naisest, kes *«kui esimest korda käima peal, äkitselt ära surnud, kui ta võõruspiult palava kehaga koeu sõitnud».* (Lk. 3.) Kui mõni aeg hiljem mõisniku surma puhul avati perekonna hauakamber, leiti sealt tema naise korjus verises särgis ühel puusärgil istumas, laps süles. Autor selgitab siis, et mõisnikuproua polevat olnud surnud, vaid lihtsalt *«varjusurmas kohmetunud».* Pärast hauakambrisse paigutamist tulnud ta uuesti teadvusele ja surnud siis tõeliselt koos enneaegse lapsega hirmsa vapustuse tagajärjel.

Kõige kindlamateks surmatunnusteks peab Fr. R. Kreutzwald koolnu lagunemisest tekkinud vina ja koolnulaike. Ta ütleb: «*Aga midagi muud ei anna tõesti surmast nii ustavat tunnismärki, kui mädanemise hais surnu keha külles, mis igaüks, kelle nina vähegi haisu tunneb, hõlpsalt võib tähele panna* [...]. *Keha peale tõusevad sinised ehk mustad plekkid, mis surnu plekkideks* (Fr. R. Kreutzwaldi sõrendus) *kutsutakse. Neid märkisi peab iga surnu juures oodatama enne kui luba on, teda mulda sängitada.*» (Lk. 16.) Nimetatud nähtude kõrval soovitab autor aga veel ka teisi täiendavaid surmatunnuseid uurida. Ta juhib tähelepanu pulsi jälgimisele, silmaavade valgustundlikkuse selgitamisele jne.


Häda- ja Abi-raamatukene,
ehk
Lahcara kõla
õpetuit
Rõõmu ja kurwastuse juttustus.
Esimene jagu.
Tartus, 1862.
H. Laakmanni kulu ja kirjadega trükitud.

Üksikasjaliselt käsitletakse vastsündinute asfüksiat ja esmaabi selle ohtliku seisundi puhul. Soovitatakse koguni kunstliku hingamise rakendamist suu suul meetodil. «*Aegajalt peab õrnal kombel lapsele hinge suhu puhuma ja seal juures tasaselt kõhtu rindade poole litsuma. Hinge võib hane sule ehk pillirooga lapsele sisse puhuda, kus puhumise aeal mokkad ja nina sõõrmed sõrmega vautakse.*» (Lk. 21.) (Selle kohta vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 6, 55—59.) Ei unustata mainimast, et elustamist soodustab «mõni vops» kämblaga lapse tagumikule.

Et ära hoida inimeste elusalt matmist, teeb autor mitu ettepanekut. Jõukamates külades soovitab ta ehitada kalmistule «surnumajad», kus koolnuid hoitakse kindlate surmatunnuste ilmumiseni. Väiksemat kulu nõuab tema arvates aga lahti jäetud hauale laudadest katuse paigutamine, milles on klaasist aknake surnu jälgimiseks. Katuse külge võib kinnitada ka kellukese, mis nööri abil on ühendatud surnu kätega. Viimaste väiksemgi liigutus paneb kella helisema, mis abistajad kohale kutsuks. Soovitatakse ka välja valida mõni erksam külaelanik ja saata ta arsti juurde surmatunnuseid õppima, et külas oleks oma nõuandja.

Järgnevalt õpetab autor «*kuda külma käte kohmetanud inimesi jälle elusse võib äratada*». Esmaabiks soovitab ta külmunute aeglast soojendamist. Külmakahjustuste profülaktikaks soovitatakse enne väljaminekut tublisti süüa ja hoiduda alkoholi tarvitamisest. Edasi kinnitatakse: «*Väga mõnus on, kui käed ja jalad rasva ehk õliga võietakse ja nina, mokad ja kõrvad õllega pestakse, kus mõni tilk õli ehk rasva õlle sisse pannakse.*» (Lk. 29.)

Raamatu mitmes peatükis käsitleb Fr. R. Kreutzwald toitlustervishoiu küsimusi. Kvaliteetsema leiva saamiseks soovitab ta ehitada mitme pere tarbeks «leivaküpsetamise hooneid». Juhitakse tähelepanu ohtudele,

mis on seotud kasvamaläinud vilja tarvitamisega, samuti tungalterade sattumisega toidusse. Väärtuslikuks toiduaineks peab autor kartulit, neid võib kuivalt soolaga süüa või ka koos kaalikate, kapsaste, naeriste ja muu köögiviljaga. Antakse juhiseid kartulitärklise valmistamiseks. Peale juurvilja soovitatakse kasvatada ka viljapuid ja marjapõõsaid. Väärtusliku toidulisandina tõstetakse esile metsamarju.

Peatükis «Mis liha juures tuleb tähele panna» ütleb Fr. R. Kreutzwald: «*Liha on küll üks hea ja kosutav toit töötegijale talurahvale, ja oleks väga mõnus, kui nemad kakskord nädalas liha võiksid süüa.*» (Lk. 82.) Tänapäeva seisukohast pakuvad huvi autori juhised lihamürgistuste vältimiseks. Ta toob kirjanduse andmetel näite Prantsusmaalt, kus 1760. a. haigestus haige lehma kopsude ja südame söömisest 8-liikmeline perekond, kusjuures üks perekonnaliikmeist suri. Haigus kulges kaasajal hästi tuntud toidutoksikoinfektsiooni sümptoomidega: esinesid jõuetus, kõhuvalud, oksendamine, külmavärinad ja äge kõhulahtisus. Fr. R. Kreutzwald rõhutab, et enne looma tapmist tuleb tähele panna: «*1. Kas silmad elavad ja terased on, ja kas lojus hästi võib omal jalal käia? 2. Kas ta veel mäletseb? 3. Kas sarved, kõrvad, suu, nina ja saba mitte külmad ei ole? 4. Kas veiksel tatti, ehk ila, ehk mäda ninast, silmadest ja kõrvadest välja ei jookse?*» (Lk. 85.) Oluliseks peab autor ka lihakeha ja siseelundite hoolikat vaatlust.

Mis puutub joogiveesse, siis selle kohta öeldakse, et eluks ja terviseks on hea joogivesi sama tarvilik kui toit. Parimaks peetakse liivakivist väljaimmitsevat allikavett, mida soovitatakse koguni rennidega külasse juhtida (ettepanek tsentraliseeritud veevarustuseks maa-asulas!). Juua võib ka kiire vooluga jõe vett, hoiduda tuleb tiikide, loikude ja kraavivee kasutamisest. Soovitatakse hoolikalt jälgida kaevu ja selle ümbruse sanitaarset olukorda. «*Kui kuskilt sõnniku hunniku virtsust, ulu alla kogund veest ehk muust roojasest märjast kaevu teed on leidnud, siis ei kõlba vesi enam inimesele ega elajale joogiks.*» (Lk. 90.)

Ägedalt võitleb Fr. R. Kreutzwald alkoholi kuritarvitamise vastu. Viina asemel soovitab ta õlut, mõdu jt. lahjemaid jooke. «*Aga põletut viin on kõigist kõige kurjem, ka kahjulikum, ja kõige raskem on temast võõrduda, kes korra ta kütkesse oli langenud* [. . .]. *Kül oleks see mõnus olema, kui valitsuse poolt iga kõrtsmik peaks trahvi raha selle eest maksma, kui kedagi tema uksest joobnud välja tuleb. Lakekoera peaks neljaks nädalaks puuri pandama, et tal aega oleks oma elu pärast mõtelda.*» (Lk. 104—105.)

Raamatus käsitletakse ka liigsöömist, «*kust suurem osa haigused sünnivad*». Inimest võrreldakse sõnnikusse istutatud puuga: «*. . . siis saab ta üleliiga kasvama, saab rohkesti lehti vilja asemel kandma ja lühema ehk pikema aea pärast otsa lõpema. Inimesel on kõht juurte asemel loodud.*» (Lk. 108.)

Teos lõpeb peatükiga «Rietest», milles ei pühendata tähelepanu niipalju rõivastushügieenile kui ehtimiskire pahedele. Autor soovitab riietuda lihtsalt, öeldes: «*Aga rietel pole muud otstarbed, kui meid külma, soea ja palava vasta varjata, ja meie alastust kinni katta.*» (Lk. 117.) Kodukootud linast ning villast riiet peab Fr. R. Kreutzwald paremaks kui linnas tehtud siidi ja sitsi. Rõivaid tuleb hoida puhastena ja tervetena. «*Kõik haugud peavad nõõlutud ja kinni õmmeldud saama, kui nemad veel alles pisukesed on.*» (Lk. 122.)

Fr. R. Kreutzwaldi tegevus arstina vajab igakülgset uurimist, see rikastaks uute ja huvitavate andmetega meie arstiteaduse ajalugu. Samuti oleks otstarbekas eraldi kogumikuna välja anda kõik tema tervishoiulised ja arstiteaduslikud teosed — on need ju muutunud meie raamatukogude haruldusteks.

H. Pihl

100 ЛЕТ СО ДНЯ ВЫХОДА В СВЕТ ТРУДА Ф.-Р. КРЕЙЦВАЛЬДА «НЕОБХОДИМАЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ КНИЖКА»

Х. Пихл

Резюме

В творческом наследии врача Фридриха-Рейнхольда Крейцвальда (1803—1882), автора эстонского народного эпоса «Калевипоэг», имеется ряд трудов, посвященных вопросам здоровья и гигиены. Сто лет назад вышла в свет на эстонском языке его «Необходимая и вспомогательная книжка». В ней Ф.-Р. Крейцвальд освещает различные вопросы медицины и гигиены. В начале книжки описываются признаки смерти и даются советы по выведению новорожденных из асфиксии. Далее описываются мероприятия по оказанию первой помощи и профилактике обморожения.

Особое внимание автор уделяет гигиене питания, рекомендует в первую очередь употреблять больше овощей, фруктов и ягод. Интерес представляют предложения Ф.-Р. Крейцвальда по профилактике пищевых токсикоинфекций. Говоря о гигиене питьевой воды, автор советует использовать родники для централизованного снабжения населенных пунктов водой.

Ф.-Р. Крейцвальд считал необходимым организовывать в деревнях хлебопекарни на несколько семей, что, по его мнению, улучшило бы качество выпечки хлеба. Он подчеркивает, что следует бороться против переедания, так как обжорство является грозным врагом человека. Последние страницы книги повествуют об одежде.

Ввиду того что труды Ф.-Р. Крейцвальда по медицине являются библиографической редкостью, следовало бы их переиздать отдельным сборником, что, несомненно, обогатило бы наши знания по истории отечественной медицины.

ARSTITÕENDITEST XVIII SAJANDI ALGUL

Arstitõend on kaasajal dokument, mida oleme harjunud pidama igapäevaseks, tavaliseks. Arstitõendit on vaja, kui inimene läheb tööle või astub kooli; arstitõendit on vaja selleks, et õigustada töölt puudumist; arstitõendit on vaja invaliidsuspensioni taotlemisel jne.

Raske on ütelda, millal hakati arstitõendit ajaloos esmakordselt kasutama. Huvitav on aga märkida, et juba XVIII sajandi algul, kui Eesti kuulus veel Rootsi riigi koosseisu, oli arstitõend küllaltki tuntud dokument; seda võib leida tõestusmaterjalina mitmesuguste palve- ning seletuskirjade juures. Arstitõendid esitati peamiselt kohtule või siis teistele kõrgematele ametivõimudele. Toomegi siinjuures mõned näited arstitõenditest XVIII sajandi algul (kasutatud on peamiselt ENSV Riikliku Ajaloo Keskarhiivi materjale).

11. juulil 1700 esitas töömees Mart Orav Tallinna raele palvekirja, milles kaebas, et teda on püütud vägivaldselt värvata Rootsi sõjaväkke, ja palus kaitset, et see tulevikus ei korduks. Tuleb märkida, et tollal oli sõjaväkke astumine põhimõtteliselt vabatahtlik, kuigi tegelikult värbajad seda tihtipeale ei arvestanud. Palvekirja juurde on lisatud Tallinna linnaarsti Johann Heinrich Happeli (töötas sellel ametikohal a. 1686—1710) ja linnakirurgi Christian Bühli tõend. Tõendis märgitakse, et Mart Orava seljal, vasakul õlal, paremal küljel ning kätel on näha hirmsaid mustjaspruune vermeid ja et tema mõlemad sääred on üsna pruuniks ja siniseks pekstud. Tunnistatakse ka, et Mart Orava naise silmad on rusikalöökidest sinised.

1701. ja 1702. aastal andsid Rootsi võimud Eestimaal korduvalt välja korraldusi, milles kohustati kõiki aadlikke, mõisarentnikke, mõisavalitsejaid ja ka teisi maal elavaid sakslasi sõjaväkke astuma. Kui need korraldused aga kuigi elavat täitmist ei leidnud, esitas fiskuse advokaat (tänapäeva mõiste järgi prokurör) J. Chr. Droummer Eestimaa Ülemmaakohtule süüdistuskirju kümnete väkkekutsest kõrvalehoidjate kohta. Süüdistuse ümberlükkamiseks saadeti siis kohtule rohkesti mitmesuguste tõenditega varustatud seletuskirju. Kõige sagedamini püüti ähvar-

davast karistusest pääseda just viitamisega halvale tervisele, mis mõisavaldajat takistavat sõjaväkke astumast. Mõnikord on juurde lisatud ka vastav arstitõend, kuid sugugi mitte alati. Piisas lihtsamastki «tõestusmaterjalist». Nii vabandab G. W. Essen oma 9. veebruaril 1703. a. kohtusse laekunud seletuskirjas sõjaväkke mitteilmumist vanadusega (on 60-aastane), podagraga, spasmidega ja korpulentsusega. Seda arvesse võttes oli teda juba kord sõjaväest vabastatud. Kohtunik F. Tiesenhausen ei saanud sõjaväljale minna nõrga kehaehituse tõttu, nagu ta oma palvekirjas märgib, ja kindralkuberner A. J. de la Gardie vabastaski ta sellest kohustusest tingimusel, et ta annab enda asemel hästi varustatud teenri. Tõendeid isiku tervisliku seisukorra kohta võisid välja anda koguni pastorid. Nii annab Väike-Maarja pastor M. Wildmann H. Greyerile tõendi (26. jaanuaril 1703. a.), et viimane on haiglane inimene, sest ta on korduvalt oma hädade üle kurtnud.

Nende kõrval esineb ka kolm korrapärast arstitõendit. Ühe neist on välja andnud J. H. Happel. Tõend on antud 3. jaanuaril 1703. a. J. Haanile. Viimasel olid algul olnud tugevad peavalud ja sellest tekkinud kõva peapööritus («schwere Hauptwehe und daraus entstandener Schwindel») ja pärast seda, kui haigusest oli üle saadud, oli mees kannatanud käte ning jalgade tugeva värisemise ning nürimeelsuse all («... wegen bald darauf erfolgeten hefftigen Zittern an Händen und Füssen; Stupidität an Verstand»). Järgnevad kaks tõendit on välja andnud Rakvere linnakirurg Johan Christoff Ehre. Esimene (4. veebruarist 1701. a.) on määratud O. J. Delvigile, kellel tõendi järgi esineb vasakus puusas jooksva. Teine arstitõend sama arsti käest pärineb 8. jaanuarist 1703. Selles teatatakse, et H. zur Mühlen kannatab 1702. aasta oktoobrikuust peale tugeva «igemepõletiku ehk põsekatarri» all («an einen Starken Fluss oder Catarr an Backen») ja peab seetõttu end hoolega külma eest hoidma.

Tuleb mainida, et Christian Bühli pole ära toodud dr. med. Isiodorus Brennsohni tuntud käsiraamatus «Die Ärzte Estlands». J. Chr. Ehre kohta leidub seal vaid märge, et ta 1699. aasta paiku oli kirurgiks Rakveres; nüüd aga teame, et 1703. a. algul töötas Ehre endiselt Rakveres.

H. Palli

Konverentsid ja nõupidamised

SESSIOON PÕLEVKIVITÖÖSTUSE KUTSEHÜGIEENI KOHTA KOHTLA-JÄRVEL

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi üheksas teaduslik sessioon põlevkivitööstuse kutsehügieeni küsimustes toimus Kohtla-Järvel 20. ja 21. detsembril 1961. a. Kahe päeva jooksul tutvustasid Instituudi arstiteadlased ja külalisettekandjad põlevkivirajooni meditsiinitöötajatele ja insener-tehnilisele personalile paari viimase aasta uurimiste tulemusi.

Arstiteaduse kandidaat I. Akkerberg, A. Hallik ja Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama tööstussanitaaria osakonna juhataja N. Tihhon näitasid, et uue tehnoloogia (mehhaniseeritud kaevandamine kambermeetodil ja põlevkivi mehaaniline sorteerimine) rakendamisel kaevanduses nr. 10 tuleb töötingimuste parandamiseks vähendada õhu tolmusust kambrites ja nõrgendada müra ning vibratsiooni sorteerimisosakonnas ja rikastusvabrikus.

Põlevkivipneumokonioosi probleemi käsitleti kahes ettekandes. Arstiteaduse kandidaat V. Küng andis ülevaate pneumokoniooside tekkimist ja arenemist mõjustavatest teguritest. Arstiteaduse kandidaat S. Salzmann ja L. Liin esitasid andmeid põlevkivipneumokonioosi kulu dünaamika kohta, näidates, et pideval töötamisel kokkupuutes põlevkivitolmuga võib tolmufibroos vähesel määral progresseeruda.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötaja G. Kondratjeva kõneles helmintoosidest, märkides ühtlasi, et 1956. a. võrreldes vähenes helmintidesse nakatumine kaevurite hulgas 1961. a. neli korda.

Terve rida ettekandeid (A. Sillam, E. Raudam, M. Roosaare, E. Heinsoo) käsitlesid põlevkivikaevuritel väga sageli esineva nimme-ristluuradikuliidi etioloogiat, diagnostikat ja ravi.

A. Sillam ja B. ning N. Schamardin esitasid andmeid luustruktuuri ja ülajäsemete perifeerse närvisüsteemi muutuste kohta põlevkivikaevanduste puurijatel.

E. Blinova tõi andmeid Kohtla-Järve ja Slantsõ (Leningradi oblast) põlevkivitöötlemise kombinaadi väävlipuhastustsehhide tööliste töötingimuste ja ajutise töövõimekaotusega haigestumiste kohta, näidates, et tervishoiureeglite järgimine aitab vältida kutsekahjustusi. Arstiteaduse kandidaat I. Akkerberg ja A. Hallik rõhutasid, et sünteetiliste parkainete tootmisel põlevkivifenoolidest tuleb rangelt kinni pidada tehnoloogilisest režiimist, tagada seadmete hermeetilisus ja ratsionaalselt kasutada mehaanilist ventilatsiooni.

Tööstustoksikoloogia-alastest ettekannetest pakkusid kuulajaskonnale huvi ka H. Künamäe ülevaade Kiviõlis põlevkiviõlist toodetava kukersoollaki mürgisusest ja bioloogiakandidaat I. Veldre ettekanne põlevkivitõrvade destilleerimisel ja põlevkivifenoolide fraktsioneerimisel tekkivate reovete toksilisusest.

Arstiteaduse doktor P. Bogovski kõneles erineval viisil saadud põlevkivibituumenite võrdlevast kantserogeensest toimest.

Kliinilisest aspektist käsitlesid tööstustoksikoloogia probleeme (täpsemalt kroonilist arseenimürgistust põlevkivigaasipuhastustöölistel) arstiteaduse kandidaat I. Maripuu, A. Sillam ja N. Schamardin. Arstiteaduse kandidaat A. Luts andis ülevaate ülemiste hingamisteede seisundist põlevkivi töötlemise kombinaatide keemiatsehhide töölistel ja N. Schamardin kutsega seotud nahahaigustest ning nende diagnoosimisest Eesti NSV-s.

Ettekandega esines ka Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi vaneminsener A. Aunap, kes andis ülevaate töökaitsest ja ohutustehnikast nimetatud kombinaadis 1961. a.

Ettekannete arutamisel võtsid elavalt sõna põlevkivibasseini tööstusettevõtete, tervishoiuvõrgu ja Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu Põlevkivi Instituudi esindajad. Sessioonil vastuvõetud resolutsioonis märgiti edasiste uurimiste põhisuunad, kusjuures rõhutati eriti vajadust koordineerida tööd keemikute ja tehnoloogidega. See võimaldab arstiteaduse saavutusi operatiivsemalt praktikasse viia.

Kaasaegse hügieeni aktuaalseid probleeme puudutas Eesti NSV Teaduste Akadeemia akadeemik N. Tomson, kõneldes õhu saastumisest radioaktiivsete ainetega ja selle mõjust elanikkonna tervisele.

Sessioonil ettekantud teaduslikud tööd kirjastatakse 1962. a. viienda kogumikuna põlevikivitööstuse kutsetervishoiu alalt.

H. Jänes

VABARIIKLIK KONVERENTS PARASITOLOOGIA JA LOODUSKOLDELISTE HAIGUSTE ALAL

22. ja 23. detsembril 1961. a. toimus Tartus parasitoloogia ja looduskoldeliste haiguste II vabariiklik ametkondadevaheline teaduslik-praktiline konverents (I konverents toimus Tallinnas 21. ja 22. novembril 1957. a.). Konverentsi organiseerisid Eesti NSV Teaduste Akadeemia, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, Eesti NSV Põllumajanduse Ministeerium ja I. I. Metšnikovi nimeline Eesti Vabariiklik Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Selts. Konverentsil esinesid mitmete erialade spetsialistid — arstid, veterinaarid, zooloogid, bioloogid jt. Konverentsi tööst võtsid osa ka Moskva, Leningradi, Gorki, Läti ja Leedu NSV teadlased.

Konverentsi avas Eesti NSV TA akadeemik H. Haberman. Kolmel temaatilisel istungil (looduskoldelised haigused, protosoadest põhjustatud haigused ja helmintoosid) esitati 35 ettekannet.

Kolmes ettekandes (professor K. Tokarevitš, veterinaararst L. Leesment, arstiteaduse kandidaat G. Medinski ja I. Kessler) esitati andmeid elukutsega seotud haiguste kohta isikutel, kes tööl puutuvad kokku loomadega või loomsete toorainetega. Käsitleti leptospiroose, ornitoosi, Q-palavikku, mõnesid nahahaigusi jt.

Veterinaararst R. Raja kõneles Eesti NSV põllumajandusloomade haigestumisest leptospirroosi.

Bioloogiakandidaat E. Popova ja A. Lesnikov andsid ülevaate viimastel aastatel *L. tarassow*'i poolt põhjustatud haigestumisest NSV Liidu loodealadel. Huvi pakkusid kliinilised tähelepanekud mitmesuguste leptospiiratüüpide poolt põhjustatud haigestumistest, mis tüsistusid meningiidiga.

Andmed ornitoosi esinemise kohta Leningradis (professor K. Tokarevitš kaastöölistega) on aktuaalsed ka meie vabariigi seisukohast.

K. Vassiljeva ja M. Schamardin käsitlesid puukentsefaliidi esinemist vabariigis, tehes samas ka ettepanekuid selle haiguse vältimiseks.

Tulareemia uurimisest Eestis ja tõrjeabinõude läbiviimisest meil esinevas looduslikus koldes kõnelesid bioloogiakandidaat S. Višnjakova jt.

Kaks ettekannet (A. Tsõrulnikov ja V. Zavjalov) oli pühendatud brutselloosi probleemile. Ettekannetes anti ülevaade epideemia- ja epizoootiatõrje abinõudest meie vabariigis. Tänu meditsiini- ja veterinaartöötajate ühistele jõupingutustele on Eestis brutselloosi haigestumine likvideeritud (nii inimestel kui ka loomadel).

M. Tšernõšova peatus Eesti territooriumil levinud näriliste ja puukide ökoloogia küsimustel. Ettekanne näitas, et looduskoldeliste haiguste tundmaõppimisel on vajalik meditsiini- ning veterinaartöötajate ja bioloogide koostöö.

Huvi äratas S. Višnjakova, K. Vassiljeva, G. Medinski, A. Kuzilnõi, A. Tsõrulnikovi ja M. Tšernõšova originaalne eksperiment rottide leviku uurimiseks asustamata paikkonnas ja linnalähedasel territooriumil. Uurimistulemustest ilmnes selgesti, kui suur on näriliste osa looduskoldeliste haiguste levikus.

Seitsmes ettekandes käsitleti urogenitaaltrakti trihhomonoosi. Arstiteaduse kandidaatide J. Terase ja E. Rõigase ning teadusliku töötaja U. Nigeseni andmed trihhomonoosi epidemioloogia, etioloogia ning haigusetekitaja bioloogilise iseloomu kohta ja haigestumise serodiagnostikast on mitte ainult suure praktilise vaid ka teoreetilise tähtsusega. Nimetatud uurimised on läbi viidud Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogia ja mikrobioloogia sektoris. Gorki Naha- ja Suguhaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslikud töötajad B. Metalnikov, A. Tšastikova jt. teatasid meeste ja naiste trihhomonoosi edukast ravist preparaat uropiriiniga (autorid A. Gunter ja A. Sinka).

Lamblioosi käsitlesid kaks ettekannet: arstiteaduse kandidaat N. Elštein kõneles allergiast lamblioosi puhul ja V. Seeder laste haigestumisest lamblioosi.

M. Schamardin andis ülevaate malaariasse haigestumisest Eesti NSV-s. Malaaria on Eestis likvideeritud — viimastel aastatel ei ole meil haigestumisi täheldatud.

Professor V. Ridala uurimuses balantidioosi esinemisest sigadel Eesti NSV-s juhiti tähelepanu asjaolule, et see protosoiline nakkus võib levida ka sigadelt inimestele.

Helmintoose käsitleval istungil kuulati ära 12 ettekannet nii inimeste, loomade kui ka taimede mitmesugustest ussnugilistest. Ulatusliku materjali trihhinelloosi looduslike kollete uurimisest esitas veterinaariakandidaat N. Lukašenko. Eestis avastatud opistorhoosijuhtude kliinikut iseloomustasid G. Dolbnin, A. Mardna ja G. Albova. I. Andrejeva käsitles teniarünhoosi likvideerimise võimalusi Eesti NSV-s lähematel aastatel. Eesti saarte elanikel esinevatest helmintoosidest kõneles G. Kondratjeva.

Väärtuslikke andmeid laiussi arengu bioloogiast ja plerotserkoidide esinemisest Eesti NSV kaladel andis bioloogiakandidaat H. Tell. E. Peikre ja G. Kondratjeva ettekanne puudutas Pihkva ja Peipsi järve piirkonna difüllobotrioosikollete mõningaid epidemioloogilisi iseärasusi. Nimetatud järvede ümbruskond on tähtsamaks laiussi levikualaks Balti vabariikides.

Solkmemunade arenemisest Tallinna pinnases kõnelesid G. Kondratjeva ja V. Gorskaja.

Veterinaariakandidaadid J. Parre, O. Plaan ja A. Kaarma esitasid andmeid helmintooside esinemise kohta Eesti NSV põllumajandusloomadel, samuti juhtisid nad tähelepanu mõnede ussnugiliste tõrje abinõudele ja loomade ravimise probleemidele.

Konverentsi resolutsioonis rõhutati vajadust edaspidi veelgi parandada võitlust parasitaarsete ja looduskoldeliste haigustega, arvestades Eesti NSV looduslikke ja rahvamajanduslikke tingimusi. Peeti vajalikuks juurutada igapäevases töös parasitaarsete ja looduskoldeliste haiguste kaasaegseid diagnoosimis-, ravi- ja profülaktika meetodeid. Arstide ettevalmistuse parandamiseks tehti ettepanek organiseerida parasitoloogia ja looduskoldeliste haiguste fakultatiivne kursus Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilastele.

Konverents demonstreeris kujukalt meditsiinitöötajate, veterinaaride, bioloogide ja zooloogide koostöö viljakust. Ühtlasi oli see heaks ettevalmistuseks käesoleval aastal Minskis toimuvale Balti vabariikide ja Valgevene NSV koordineerivale teaduslikule nõupidamisele parasitoloogia ja looduskoldeliste haiguste alal.

G. Medinski ja H. Pihl

TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA III TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

Novembris 1961. a. toimus Tallinna Vabariikliku Haigla arstide III konverents, kus kanti ette 19 tööd.

B. Libermani, L. Agudina, V. Garšneki, N. Goldbergi, M. Kalevi, I. Levini, L. Oršanskaja ja I. Tedre ettekanded käsitlesid haigestumist müokardiinfarkti Tallinnas. Nende andmetel on infarkti haigestumise sagedus viimastel aastatel tõusnud, seda eriti nooremate inimeste hulgas. Uuesti pöörati tähelepanu ratsionaalse toitumise probleemile ja vaimse töö tegijate füüsilise aktiivsuse suurendamise vajadusele; ettekannete autorite arvates etendab müokardi infarkti esinemissageduse tõusus tähtsat osa koronaarveresoonte varajane ateroskleroos.

EKG õigest hindamisest kõhuõõne ägedate, kirurgilist ravi vajavate haiguste puhul kõnelesid V. Garšnek, N. Goldberg, M. Kalev ja B. Liberman. Viimane esitas ka ettekande vektorkardiograafia ja elektrokardiograafia andmete võrdlemise diagnostilisest tähtsusest kroonilise *cor pulmonale* puhul.

143 leukoosijuhu (haigla 10 aasta materjali põhjal) diagnoose analüüsiti A. Mardna, N. Elšteini, A. Juske ja L. Sepa ettekandes. Peale selle esitas A. Mardna veel ettekande retikulooside kliiniku kohta.

N. Elštein kõneles 13 Rendu-Osleri haigusjuhu diagnoosimisest.

A. Tuch analüüsis hooletusse jäetud onkoloogiliste haiguste juhte (59 haiget). Ettekandja arvab, et formuleeringu «varjatud kulgemine» taga peitub sageli haiguse varajaseks avastamiseks rakendatavate abinõude puudulikkus.

T. Krjukova käsitles oma ettekandes laste krooniliste interstitsiaalsete pneumooniate profülaktikat, s. o. ägedate pneumooniate täielikku väljaravimist.

I. Maripuu esitas andmeid emakavälise raseduse (1412 juhtu) kohta. Emakavälist rasedust põhjustavad nähtavasti naiste suguelundite põletikulised protsessid. J. Dešalõt kõneles neerude patoloogiast septiliste günekoloogiliste haiguste korral. M. Malviste võrdles mitmesuguste sünnitust stimuleerivate meetodite väärtust.

Huvi pakkus R. Oršanskaja ettekanne endokardi fibroelastoosist kombinatsioonis tsütomegaaliaga. A. Chevalier kõneles nimmelülidevaheliste diskide prolapsi kirurgilisest ravist. Neurokirurgia osakonnas on seda operatsiooni tehtud 50 haigel. Otoskleroosi operatiivse ravi kogemustest andsid ülevaate L. Espar ja H. Kruuse. Kaasasündinud suulaelõhede ravist rääkis M. Grostal. V. Solovjovi ja A. Kofkini ettekanne käsitles 31 tuberkuloosihaige kopsuresektsioone. V. Solovjov ja A. Uibo kõnelesid südamevigastusega haigete ravimise kogemustest.

I. Skorodko ettekanne käsitles oblitereeruva endarteriidi kliinikut ja ravi. A. Valdmets ja F. Burovaja tegid ettekande prostata adenoomi kirurgilise ravi kohta.

Konverentsist võttis osa ligi 200 arsti ja teaduslikku töötajat.

N. Elštein

TARTU LINNA KLIINILISE NAKKUSHAIGLA KONVERENTS

26.—27. jaanuaril 1962. a. toimus Tartus teaduslik konverents, mis oli pühendatud Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla 50. aastapäevale. Konverentsil käsitleti aktuaalseid küsimusi epideemilise hepatiidi kliiniku, diagnostika, ravi ja epidemioloogia alalt. Peale Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla arstide esinesid konverentsil teaduslikud töötajad ja arstid Kaunasest, Vilniusest ja Tallinnast.

J. Reinaru (Tallinn) esitas andmeid epideemilisse hepatiiti haigestumise kohta Eesti NSV-s. Viimastel aastatel sageneb haigestumine pühkunud, kollasuseta vormidesse. Järgmised kolm ettekannet (M. Sidorov — Tallinn, A. Tetsov — Tartu, I. Gimzauskas — Kaunas) käsitlesid epideemilise hepatiidi kliinilise kulu iseärasusi. O. Tšernjak (Tartu) kõneles epideemilise hepatiidi epidemioloogiast Tartus, osutades kõrgele haigestumusele kooliõpilaste seas.

E. Bartlingaite (Kaunas) on täheldanud settereaktsiooni dünaamiliste muutuste jälgimisel selle kolmefaasilisust (vastavalt haiguse staadiumidele). V. Bogdonene (Kaunas) ja E. Tammepõld (Tartu) näitasid, et epideemilise hepatiidi õitsejärgus on kudede hüdrofiilsus tõusnud ja esineb vee retentsioon, raskema kulu puhul täheldati intensiivsemaid ja kestvamaid vee-ainevahetuse häireid kui kergetel juhtudel.

A. Danilovitš (Tartu) kõneles aldolaasi ja glutamiin-oblikäädikhapu transaminaasi aktiivsuse uurimisest, mis on oluline mitte ainult kollasuseta vormide varajasel diagnoosimisel, vaid ka paranemise kriteeriumina ja retsidiivide tekkimise varajase näitajana.

T. Kirtsi (Tartu) ettekanne heterohemaglutinatsioonireaktsiooni dünaamikast rõhutas selle reaktsiooni väikest spetsiifilisust, kuid otstarbekohaste laboratoorsete meetodite puudumisel võib seda lihtsuse tõttu rakendada abimeetodina epideemilise hepatiidi diagnoosimisel.

A. Sildver (Tartu) käsitles epideemilise hepatiidi haigete ravi AKTH, neerupealise koore hormoonide ja paranefriumi novokaiinblokaadiga.

Konverentsi lõpul kuulati ära kolm ettekannet keskharidusega meditsiinitöötajatelt. L. Vares (Tartu) kõneles meditsiiniõe osast haigepõetamise organiseerimisel statsionaari tingimustes, S. Podžiute (Kaunas) sõna tähtsusest haigete põetamisel ja ravimisel ja N. Didžgalvene (Kaunas) soolenakkustega haigete põetamisest.

E. Allik

TÖÖHÜGIEENI- JA KUTSEHAIGUSTEALANE KONVERENTS MOSKVAS

13.—15. novembrini 1961. a. toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudis noorte teaduslike töötajate järjekordne konverents, mis käsitles tööhügieeni, -füsioloogia ja kutsehaiguste probleeme.

Konverentsi avas instituudi direktor prof A. Letavet, kes rääkis kutsehaiguste profülaktikast, rõhutades eriti tööprotsesside kompleksse mehhaniseerimise vajadust.

Eesti NSV-st esinesid konverentsil B. Schamardin ja N. Schamardin, kes kõnelesid luude ja liigeste muutustest elektri-käsipuurmasinaga töötavatel puurijatel. Autorid täheldasid sagedamini enostoose, tsüstitaolisi muutusi ja nn. küünarspoore. Deformeeruva osteoartroosi nähte leiti harva.

5 istungi jooksul kuulati ära ja arutati läbi 45 ettekannet nii arstiteaduse teooriast kui ka praktikast. Konverentsil esinesid noored teaduslikud töötajad Moskvast, Kiievist, Leningradist, Tallinnast, Saraatovist, Gorkist, Ufaast, Jerevanist, Krivoi Rogist, Donetskist ja teistest linnadest. Konverentsi teesid on avaldatud.

N. Schamardin

LENINGRADIS TOIMUNUD SESSIOON VIBRATSIOONTÕVEST

12.—15. detsembrini 1961. a. toimus Leningradis teaduslik sessioon vibratsiooni teemal. Sessiooni korraldas Leningradi Sanitaar-Hügieeni Meditsiini Instituut, mis on teatavasti vibratsiooniküsimuste uurimise alal NSV Liidus keskseks asutuseks. Sessioonil kuulati enam kui 50 ettekannet arstiteadlastelt, inseneridelt jt.

Sessiooni avas Leningradi Sanitaar-Hügieeni Meditsiini Instituudi direktor A. Ivanov, kes märkis vibratsioonikahjustuste vältimise rahvamajanduslikku tähtsust. Vibratsiooni mõju inimorganismile tuleks selgitada ka planeetidevaheliste lendude seisukohast — küsimus kerkib just vastavate transpordivahendite konstrueerimisel.

Sessiooni istungid oli pühendatud järgmistele küsimustele: 1) vibratsioontõve patogenees, kliinik, ravi ja tööekspertiis vibratsioontõve puhul; 2) vibratsioontõve varajase diagnoosimise meetodid; 3) vibratsiooni mõju luudele ja liigestele; 4) pöörlevate ja tõuget tekitavate mehhanismide mõju organismile ja selle vältimise võimalused; 5) võitlus löökinstrumentide vibratsiooniga; 6) üldvibratsiooni poolt põhjustatud vibratsioontõbi.

Eesti NSV arstiteadlastest esinesid ettekandega («Luude ja liigeste muutustest elektripuuri kasutavail töötajail») B. Schamardin ja N. Schamardin.

Vibratsioontõve profülaktikaga seotud hügieeni- ja tehnikaküsimusi käsitleti 19 ettekandes. Esitati uusi, inimorganismile ohutute vibreerivate tööriistade konstruktsioone, käsitleti vibratsiooni mõõtmise meetodeid, pneumaatiliste instrumentide tagasitõuke vähendamise võimalusi, esteetikaküsimusi uute tööriistade mudelite loomisel, müravastase võitluse probleeme jms.

Ettekannetele järgnenud sõnavõttudes rõhutati vajadust parandada tööd vibratsioontõve profülaktika alal (raudbetoondetailide tehastes jm). Ettekannete kohta avaldati teesid.

B. Schamardin

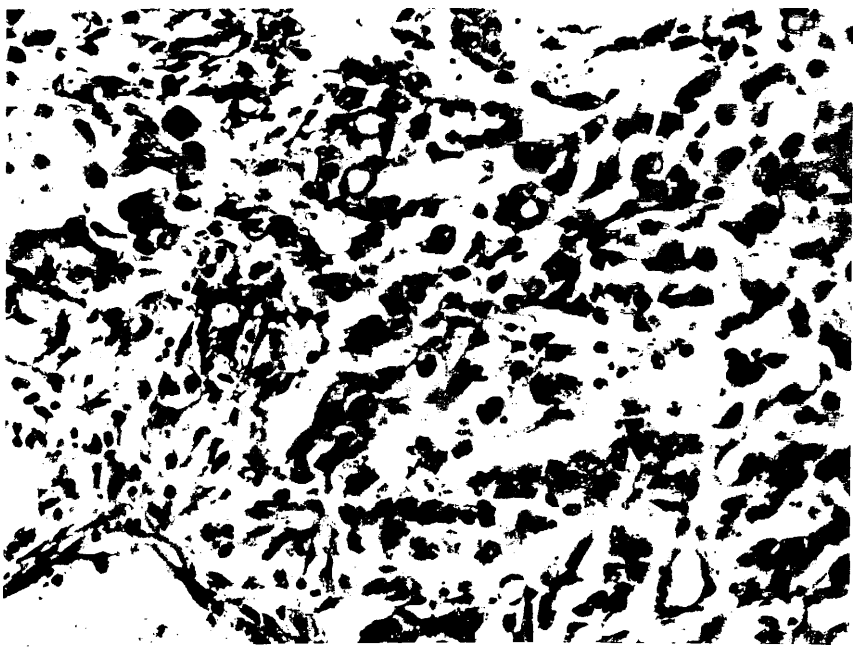
V. Rätsep

Joonis 1. Röntgenogramm: diagnoositud orgaaniline pülooruse stenoos (←)

L. Märss

Röntgenogramm (vt. tekst lk. 46)

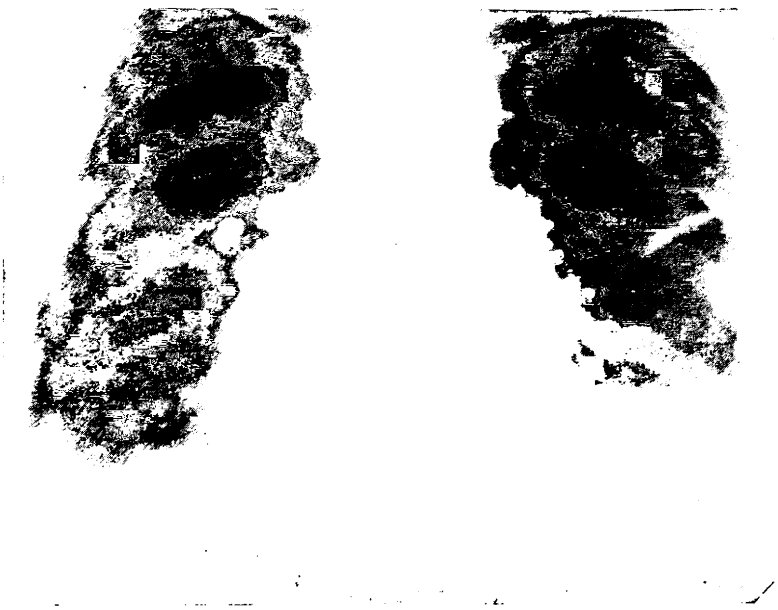
V. Rätsep



Joonis 2. Mikrofotogramm gastrobiopsiast. Patohistoloogiline diagnoos: adenokartsinoom (värvitud van Giesoni järgi, suurendus 300 korda)

TAHVEL VI

V. Salupere



Röntgenogramm 1

Röntgenogramm 2

Küsimusi ja vastuseid

MIDA KUJUTAB ENDAST PLAATATELEKTAAS?

Plaatatelektaas on kopsusagara väikese segmendi kokkulangemine, mida röntgenoloogiliselt iseloomustab lintjas või kiilutaoline varjustus kopsu basaalväljas. Varjustuse paksus ei ületa 1,5 sm ja see kulgeb veresoonte ja bronhitüvede kuluga perpendikulaarselt või nurga all. Pleura interlobaarsest tihenemisest (švardist) erineb plaatatelektaas oma asukoha poolest (ei asetse pleurapilude kohal). Plaatatelektaase võib olla üks või mitu, seejuures kas ühes või mõlemas kopsupooles. Sageli kaasub sellele väheldane vedelikukogum pleuraõõnes ja samapoolse vahelihasekupli kõrgseis või piiratud liikuvus.

Plaatatelektaasi peetakse ägedate (eriti kõhuõõnega seotud) haigestumiste kaudseks sümptoomiks. Kolm korda sagedamini tekib see parema kopsu basaalväljas, sest selles kõhupooles on suhteliselt rohkem ägeda põletikuga kulgevaid protsesse (apenditsiit, koletsüstiit jt.). Parema vahelihasekupli kõrgem asetsus tingib parema kopsu allosa suhtelise hüpoventilatsiooni.

Nagu mainitud, esineb plaatatelektaas tavaliselt raskete kõhuõõnehaiguste korral. Sellistest haigustest võiks nimetada ägedat pankreatiiti, apenditsiiti, koletsüstiiti, maksa- ja maokartsinoomi, ileust, maksatsirroosi, emaka müoomi jt. Eriti sageli on see ägeda pankreatiidi kaasnähuks ja üheks varajaseks sümptoomiks. Atelektaaside arvu ja ulatust seostatakse pankreatiidi tüübi, ägeduse, komplikatsioonidega jne.

Plaatatelektaasi tekkemehhanismi seletamisel arvestatakse järgmisi võimalusi: 1) pinnalisest hingamisest ja vahelihase piiratud liikuvusest tingitud hüpoventilatsiooni kopsu allosas, 2) väikese bronhi valendiku sulgumist sekreedi või verehüübega, 3) keemilist ärritust või infektsiooni, mis kandub kopsu (ja pleurale) kas lümfogeenselt või otseselt fistulaarsel teel, 4) reflektoorset geneesi. Plaatatelektaasi edasine saatus sõltub pneumoonilise infiltratsiooni lisandumisest. Protsess võib kesta mõnest nädalast aastateni.

Õeldu illustreerimiseks vt. tahvel VI, röntgenogramm 1 ja 2. (**V. Salupere**, Tartu Linna Kliiniline Haigla.)

MILLIST KAITSESALVI KASUTADA TÖÖSTUSTÖÖLISTEL?

Töölised puutuvad sageli kokku mitmesuguste keemiliste ainetega (vaikliimid, happed, leelised, mineraalõlid, tärpentin jt.), mis võivad avaldada nahale kahjustavat toimet. Üheks naha kaitsmise vahendiks on salvid. Kaitsesalvid peavad vastama järgmistele nõuetele: 1) nad ei tohi nahka ärritada, 2) peavad nahka kahjustuse eest küllaldaselt kaitsma, 3) ei tohi takistada tööd, 4) peavad püsima nahal kogu tööaja, 5) olema hästi säilitatavad. Kahjuks ei ole meil kaitsesalvi, mis esitatud nõuetele täielikult vastaks.

Füüsikalis-keemiliste omaduste poolest jagunevad kaitsesalvid hüdrofiilseteks ja hüdrofoobseteks. Esimesse rühma kuuluvad salvid segunevad kergesti veega ja lahustuvad selles. Nahale hõõrutuna moodustavad nad kaitsekihi, mida orgaanilised ained ei läbi. Teise rühma kuuluvad vees mittelahustuvad hüdrofoobsed ained. Neid kaitsesalve kasutatakse naha kaitsmiseks mitmesuguste ainete vesilahuste eest.

Hüdrofiilsed kaitsesalvid jagunevad kolme alarühma: 1) tärklist sisaldavad kaitsesalvid (näiteks pasta ХИОТ-6), 2) kaitsekelmet tekitavad salvid (näiteks nn. bioloogilised kindad), 3) seepi sisaldavad kaitsesalvid (näiteks Rahmanovi pasta).

Hüdrofoobsete kaitsesalvide hulka kuuluvad peamiselt rasvu või õlisid sisaldavad salvid (näiteks Seliski tsinkstearііnsalv nr. 1).

Esitame tööstuses sagedamini kasutatavate kaitsesalvide koostise ja anname juhiseid nende tarvitamiseks.

Pasta ХИОТ-6. Koostis: valget želatiini 2,4, nisutärklist 5,6, gütseriini 72, Burovi vedelikku 20 ja destilleeritud vett 15 osa. Kasutatakse naha kaitsmiseks mineraalõlide, tõrvade ja teiste vees ning glütseriinis mittelahustuvate nahka ärritavate ainete eest. Enne tööle hakkamist määritakse 5—10 g pastat kehaosadele, mis ei ole kaitseriietega kaetud. Pasta peab katma nahka ühtlase õhukese kihina

Pärast tööd eemaldatakse pasta pesemise teel. Kaitsepastat säilitatakse suletud klaasanumas hariliku temperatuuri juures.

Rahmanovi pasta. Pasta valmistamiseks võetakse 1,5 l tavalist valget savi, 0,5 l vedelat majapidamisseepi, 0,25 l jõeliiva ja 0,25 l petrooleumi, mis segatakse ühtlaseks massiks. Juurde lisatakse 75 ml 65—66-kraadilist tehnilist väävelhapet, mida enne seda on tilgakaupa lisatud 1 liitrile veele. Segu segatakse hoolikalt ja nõu suletakse kaanega. Pastat kasutatakse järgmiselt: puhtale nahale hõõrutakse väike hulk pastat ja pestakse maha külma veega. Seda protseduuri korratakse 2—3 korda tööaja jooksul. Pastat kasutatakse samadel näidustustel kui pastat ХИОТ-6.

Pasta ИЭР-1. Koostis: neutraalset naatriumseepi 12%, kaoliini 40%, tehnilist glütseriini 10% ja vett 38%. Salv lahustub hästi vees, kuid ei lahustu orgaanilistes lahustites ja õlides. Kasutatakse nahahaiguste vältimiseks töötamisel orgaaniliste lahustite, mineraalõlide, lakkide, värvide, vaikude ja tärpentiniga. Salv hõõrutakse kätele õhukese kihina, mis mõne minuti pärast moodustab kuiva kaitsekelme. Kelme püsib 3—4 tundi. Pärast tööd eemaldatakse salv pesemisega. Salvi ei tohi kasutada nahahaiguste esinemisel, sest leeliselise reaktsiooni tõttu võib see põhjustada nahaärritust. Vältida tuleb salvi sattumist silma. Kaitsesalvi säilitatakse tihedalt suletud purgis toatemperatuuri juures.

Nn. bioloogilised kindad. Lahus bioloogiliste kinnaste jaoks on järgmise koostisega: kaseiini 100, 25%-list ammoniaagi vesilahust 15, glütseriini 100, 96%-list etüülalkoholi 283 ja destilleeritud vett 283 osa. Ammoniaagis lahustatud kaseiinile lisatakse gütseriin ning siis aegaselt segades piiritus ja vesi. Lahuse pH peab olema 7,5—7,6. Säilitatakse purgis jahedas kohas. Kasutatakse kokkupuutumisel orgaaniliste lahustite ja värvidega. Enne tööd asetatakse puhastele kätele ühtlane kiht lahust ja lastakse kuivada. «Kindaid» uuendatakse töö vältel. Pärast tööd pestakse käed sooja vee ja seebiga.

Seliski tsinkstearіinsalv nr. 1. Koostis: tsinkoksüüdi 3, tehnilist stearіini 12 ja taime- või mineraalõli 85 osa. Stearіin ja õli sulatatakse 70° temperatuuri juures, segatakse tsinkoksüüdiga ja jahutatakse tavalise temperatuurini. Salvi kasutatakse töötamisel hapete ja leeliste vesilahustega.

Golšmidi kaitsesalv. Koostis: talki 10, lanoliini 20, vaseliini 40, destilleeritud vett 40 ja furatsiliini 0,1—0,2 g. Kasutatakse naha liigse kuivuse ja lõhenemise ärahoidmiseks.

Salooli sisaldav kaitsesalv. Koostis: salooli 8, lanoliini 46 ja vaseliini 46 osa. Kasutatakse naha kaitseks ultraviolett- ja päikesekiirte eest.

Kolpakovi kaitsesalv. Koostis: päevalilleõli 10, želatiini 5, nuuskpiiritust 3, piiritust 5, glütseriini 3 ja destilleeritud vett 74 osa. Kasutatakse töötamisel põlevkiviproduktidega. Salv määritakse õhukese kihina kaitseriietusest vabadele kehaosadele ja puuderdatakse talgiga üle. (**N. Schamardin**, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektor.)

KUIDAS VARAKULT DIAGNOOSIDA ALAJÄSEMETE ARTERITE UMMISTAVAT PÕLETIKKU?

Alajäsemete veresoonte haiguste puhul tuleb eristada arterite haigusi ja pindmiste veenide haigusi. Nimelt sääreveenide laiendite ja põletiku puhul ei ole jala amputeerimise ohtu. Arterite ummistava põletiku puhul aga, kui haigust ei tehta kindlaks õigeaegselt ega rakendata vastavat profülaktikat ja ravi, ähvardab haigestunud jalga amputeerimine. Arteri ahenemise ja umbumise puhul ei saa jäse küllaldaselt verd. Haiged, kel esineb jalaarterite ummistav põletik, kaebavad, et labajalg kardab külma. Jalgade ebanormaalse külmakartlikkuse tõttu peavad nad isegi magades jalga panema villased sokid. Kiire käimise ajal tekivad patsiendil säärde krambitaolised valud, mis on niivõrd tugevad, et haige peab seisatama või istuma 3—5 minutit. Pärast lühiajalist puhkamist võib ta oma teed jätkata. Esialgu tekivad valud säärde pärast 400—500 meetri käimist, haiguse süvenemisel aga juba pärast 50—100 meetri käimist. Niisugust valude teket sääres tuntakse *claudicatio intermittens*'i sümptoomina. Objektiivselt on haigestunud labajalg tunduvalt jahedam tervest jalast. Pulsatsioon labajalaarteritel on tugevasti nõrgenenud või ei ole määratav.

Kui tuiksoonte ummistav põletik esineb koos pindmiste sääreveenide laienditega, siis ei anna veenide operatsioon tulemusi ja tavaliselt tulevad need haiged uuesti ravile jala gangreeniga.

Selleks, et vältida gangreeni tekkimist, tuleb juba varakult, arterikahjustuse esimeste tunnuste ilmnemisel haiged suunata rajoonihaiglasse täpse diagnoosi panemiseks ja otstarbekaks ravimiseks. Selliselt on võimalik tunduvalt vähendada gangreenijuhtude arvu. (**E. Tünder**, Tartu Linna Kliiniline Haigla.)

EESTI NSV TEENELINE ARST V. HION 60-AASTANE

26. aprillil 1962. a. saab 60-aastaseks Eesti NSV teeneline arst Viktor Georgi p. Hion.

V. Hion sündis Järvakandis kooliõpetaja pojana. Pärast Tallinna I Poeglaste Gümnaasiumi lõpetamist astus ta 1920. a. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1925. a. Pärast ülikooliõpinguid töötas V. Hion histoloogia kateedris ja hiljem füsioloogia kateedris assistendina. 1927. a. täiendas ta end Prantsusmaal Pariisi Arstiteaduse Ülikoolis.

Juba üliõpilaspõlves tundis V. Hion elavat huvi teadusliku uurimistöö vastu. Kolmandast kursusest alates töötas ta prof. L. Puusepa juures, hiljem Tartu Ülikooli neuroloogia kliiniku laboratooriumi palgata juhatajana. Praktiseerides 30-ndail aastail tunnustatud logopeedina ja psühhoterapeudina jätkus V. Hionil aega ka teaduslikuks uurimistööks. Tema paljudest töödest väärib erilist tähelepanu uurimus akuutse väsimuse mõjust neerupealise mikrostruktuurile.

Kõigele lisaks leidis ta aega ka ulatuslikuks ühiskondlikuks tegevuseks. 1928.—1939. a. töötas ta Rahvaülikooli lektorina, oli mõnda aega Tartu Draamastuudio direktoriks ja tegutses pärast seda Tartu Töölisteatri kunstilise juhi ning lavastajana. Kodanliku korra ajal peeti V. Hioni vaateid niivõrd pahempoolseteks ja tema poliitilist tegevust niivõrd aktiivseks, et ta saadeti 1939. a. Tartust välja.

1940. a. sai V. Hion Nõukogude Eesti esimeseks tervishoiu rahvakomissariks, hiljem tervishoiu ministriks, kellena ta töötas kuni 1950. a. Suure Isamaasõja päevil oli V. Hion Nõukogude tagalas, organiseerides seal sanitaarteenistust. Pärast sõda rakendas ta aga kogu oma energia Nõukogude Eesti tervishoiu taaskorraldamisele.

Silmapaistva töö eest Eesti NSV tervishoiu organiseerimisel omistati V. Hionile 31. märtsil 1945. a. Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. Sama aasta juunikuus autasustati teda Tööpunalipu ordeniga. Juubilari teeneid on hinnatud ka märgiga «Tervishoiutöö eesrindlane».

1950.—1952. a. juhatas V. Hion Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedrit. Viimased 7 aastat on ta end pühendanud teaduslikule tööle Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieeni sektori juhatajana. Laialdasemat tähelepanu on äratanud tema uurimistööd koolihügieeni valdkonnas (elutingimuste mõjust südame ja veresoonkonna arenemisele õpilastel).

Kaastöötajad tunnevad V. Hionit kui suurte kogemustega spetsialisti ja avara silmaringiga inimest, kellel on suuri teeneid meie tervishoiu korraldamisel, meditsiinikaadri ettevalmistamisel ja teadusliku uurimistöö organiseerimisel. Soovime juubilarile veel pikka iga ja head tervist edaspidiseks tööks.

R. Silla

UUTEST MÄÄRUSTEST

NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusega nr. 1065 3. detsembrist 1961. a. kehtestati kord, et elukondliku trauma tagajärjel tekkinud ajutise töövõimetuse puhul antakse töölistele ja teenistujatele haiguslehed ja makstakse toetust alates kuuendast töövõimetuspäevast. Määrus astus jõusse 1. jaanuarist 1962. a.

Sama määrusega lõpetati 1. jaanuarist 1962. a. naistöölistelt ja teenistujatelt tasu võtmine raseduse katkestamise operatsiooni (abordi) eest. Ainult neile naistöölistele ja -teenistujaile antakse seoses abordiga haiguslehed ja -toetused esimesest töövõimetuspäevast alates, kelle töötasu ei ületa 60 rbl. kuus. Meditsiinilistel näidustustel teostatava või iseenesliku abordi puhul antakse haiguslehed ja -toetused välja alates esimesest töövõimetuspäevast, sõltumata töötasust. Teistel juhtudel antakse haiguslehed ja -toetused seoses abordiga välja alates üheteistkümnendast töövõimetuspäevast. Ülalmainitud juhtudel, kui haiguslehti välja ei anta, on asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide juhatajad kohustatud töölistele ja teenistujatele andma palgata puhkust raviasutuse poolt väljastatud õiendi alusel.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu vastava määruse alusel on välja antud Eesti NSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 1 4. jaanuarist 1962. a. Käskkirjas kohustatakse ravi- ja profülaktikaasutuste peaarste ja nende asetäitjaid töövõimetuse ekspertiisi alal pidevalt ja hoolikalt kontrollima haigete töövõimetuse kindlaksmääramise kvaliteeti. Tööstustöölisi teenindavate ravi- ja profülaktikaasutuste ning sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstid peavad süstemaatiliselt analüüsima haigestumise põhjusi ja selle alusel koos administratsiooni ja ametiühinguorganisatsioonidega välja töötama tervistamisabinõud.

*

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 560 20. detsembrist 1961. a. lisas on avaldatud juhend raseduse katkestamise operatsiooni (abordi) tegemise kohta. Aborti ei tohi teha järgmiste vastunäidustuste olemasolul: a) äge ja alaäge gonorröa, b) suguelundite ägedad ja alaägedad põletikud, c) mädakolded, vaatamata nende lokalisatsioonile, d) vähem kui 6 kuud tagasi toimunud abort, e) ägedad nakkushaigused, f) üle 12 nädala kestnud rasedus.

Kui rasedus on kestnud üle 12 nädala, võib abordiküsimuse otsustada pärast raseda hoolikat läbivaatamist statsionaaris. Operatsioon on lubatud ainult neil juhtudel, kui edasine rasedus ja sünnitus võivad kahjustada naise tervist.

Rasedust võib katkestada ainult statsionaarses raviasutuses.

Saatekirja saamiseks raseduse katkestamiseks pöördub rase oma elukoha järgi naiste nõuandla jaoskonnaarsti poole. Seal, kus naiste nõuandlat ei ole, pöördub aborditaotleja polikliiniku (ambulatooriumi) akušöör-günekoloogi poole, maal aga akušöör-günekoloogi või jaoskonnaarsti poole. Saatekirjas märgitakse raseduse kestus ja raviasutus, kuhu vastav isik abordi tegemiseks saadetakse. Operatsioon peab toimuma (olenevalt raseduse kestusest) hiljemalt 5—10 päeva jooksul pärast saatekirja väljaandmist. Statsionaari saabumisel esitab rase naiste nõuandla saatekirja.

Raseduse katkestamise operatsiooniks raviasutusse saabunud naise kohta täidetakse haiguslugu. Andmed operatsiooni kohta kantakse operatsioonide žurnaali. Dokument raseda suunamise kohta abordioperatsioonile lisatakse haigusloo juurde. Haiguslehe väljaandmisel tuleb aluseks võtta NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus nr. 1065 3. detsembrist 1961. a. Toetust makstakse ainult järgmistel juhtudel: 1) abort meditsiiniliste näidustuste põhjal, 2) iseeneslik abort, 3) naise kuutöötasu ei ole üle 60 rbl. Teistel juhtudel, nagu juba eespool öeldud, antakse haiguslehed välja alates üheteistkümnendast töövõimetuspäevast. Naistöölistele ja -teenistujatele, kelle kuutöötasu ületab 60 rbl., samuti põllumajanduslike artellide liikmetele antakse abordi puhul välja õiend tööst vabastamiseks statsionaaris viibimise ajal. Tööle ilmumise päeva määrab naiste nõuandla vastavalt naise tervislikule seisundile.

Rasedus katkestatakse tasuta ainult naistöölistel ja -teenistujatel. Teistel naistel tuleb raseduse katkestamise operatsiooni eest maksta linnades 5 rbl. ja maal 2 rbl. 50 kop. Haiguslehel, mis antakse abordi puhul, märgitakse diagnoos: kunsttehislik abort, abort meditsiinilistel näidustustel, iseeneslik abort, kriminaalne abort.

*

Vastavalt Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusele nr. 505 21. detsembrist 1961. a. andis Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium töövigastuse puhul tekkinud üldise ning erialase töövõime kaotuse kindlaksmääramise üle kohtumeditsiini ekspertiisi organeilt Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi arstliku tööekspertiisi komisjonidele (ATEK-idele) alates 1. veebruarist 1962. a. ja kohustas ENSV Tervishoiu Ministeeriumi kindlustama töövõime kaotuse protsentuaalseks kindlaksmääramiseks arstliku tööekspertiisi komisjoni suunatavad kodanikud vajaliku dokumentatsiooniga. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo ülem on kohustatud 1. veebruariks 1962. a. andma Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi Vabariiklikule ATEK-ile üle korduvale läbivaatusele kuuluvate isikute ekspertiisiaktid. Vastavalt nimetatud määrusele on antud ENSV Sotsiaalkindlustuse ministri ja ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 19/23 22. jaanuarist 1962. a., kus öeldakse, et ATEK-idel tuleb püsiva töövõimekaotuse astme määramisel juhinduda instruktsioonist, mis on kinnitatud NSV Liidu tervishoiu ministri ja ÜAÜKN-i sekretariaadi poolt 28. XII 1961. a. Töölistel ja teenistujail, kes on saanud vigastuse või mõne teise kahjustuse seoses tööga, määratakse töövõime kaotuse määr protsentides. Arsliku tööekspertiisi komisjonidel tuleb ajutiselt juhinduda NSVL Rahandusministeeriumi poolt 18. mail 1960. a. väljaantud juhendist nr. 153 kindlustatute arstliku läbivaatuse korra kohta.

A. Kaldma

Mitmesugust

ARSTITEADUSEST TÄNAPÄEVA PRANTSUSMAAL

Nõukogude Liidu ja Prantsusmaa vahelise teadusliku ja kultuurialase koostöö kokkuleppe alusel avanes grupil nõukogude arstidel võimalus veeta 10 kuud Pariisis ja tutvuda kirurgia ja anestesioloogiaga Pariisi kliinikutes. Peale mitmesuguste haiglate ja erakliinikute õnnestus meil külastada torakaalkirurgia keskusi.

Et enamik hospidale Pariisis on teatud määral üksteisega sarnased, siis peatun põhiliselt ühel, ja nimelt R. Laennec'i nimelisel hospidalil. See kaunis vana haigla kujutab endast mitmete kliinikute (kirurgia, teraapia jt.) kompleksi ja on ka üheks Pariisi neljast kardioloogia keskusest. Hospidalist on kujunenud omapärane täienduskeskus arstidele, kes sõidavad sinna spetsialiseeruma paljudest Prantsusmaa linnadest ja teistest maadest. Näiteks meie sealviibimise ajal töötas seal kitsama eriala omandamise eesmärgil arste Ameerikast, Inglismaalt, Itaaliast, Iraanist ja Jugoslaaviast. Haiglas ravitakse südame- ja kopsuhaigustega haigeid.

Mitraalklapi rikete, avatud Botallo juha ja aordi koarktatsiooni puhul vajalike operatsioonide tehnika ei ole seal enam eriliseks probleemiks. Nende operatsioonide juures kasutatakse pindmist kombineeritud narkoosi (sageli lämmastikalahapendiga) lihaserelaksantide kasutamisega ja juhitava hingamisega. Samasugust tehnikat hüpotermia tingimustes kasutatakse ka südamekodadevahelise seina defektide korral. Samas kliinikus tehakse, kuigi alles piiratud hulgal, avatud südame operatsioone — nii ekstrakorporaalse vereringe tingimustes kui ka kombineerides ekstrakorporaalset vereringet sügava hüpotermiaga. Viimane kombinatsioon on Prantsusmaal leidnud laialdast kasutamist (M. Mathey jt.); suremus on neil juhtudel tunduvalt madalam kui üksnes aparaadi «süda-kopsud» kasutamisel.

Eksperimentaalsed uurimused (H. Laborit, J. Cahn jt.) näitasid, et organismi temperatuuri langemisel 30°-ni väheneb organismi hapnikutarvidus 50% võrra. Kui organismi temperatuur langeb 15° piiresse, väheneb hapnikutarvidus 90—95% võrra. Hüpotermias kuni 30° on võimalik vere tsirkulatsiooni väljalülitamine 8—10 minutiks, temperatuuri juures 20° pikeneb see aeg aga 15—20 minutini. Kehatemperatuuri langemisel 10—12°-ni võib täielik südameseisak kesta ligi tund, mille järel on veel võimalik südametegevust taastada. Sellise sügava hüpotermia kindlustab originaalne aparatuur, kus ekstrakorporaalne vereringe on kombineeritud füüsikalise jahutussüsteemiga. Tänu sellele, et aparaadis tsirkuleerib algul külm vesi (+2° kuni +4°) langeb haige kehatemperatuur 15 minuti jooksul +10°-ni (mõõdetuna söögitorus). Järgnevalt tõstetakse temperatuur kuuma (40—42°) vee abil umbes sama aja vältel normini.

Sügava hüpotermia seisundis juhitakse vereringvool ekstrakorporaalse vereringeaparaadi kaudu südamest mööda ja opereeritakse täielikult seiskunud ja kuiva südant. Operatsiooni vältel kontrollitakse pidevalt venoosset, arteriaalset ning südamesisest vererõhku ja teostatakse elektrokardiograafiat. Selleks kasutatakse keerulise konstruktsiooniga elektronaparaati.

Peale selle tehakse mitmesuguseid biokeemilisi ja füüsikalis-keemilisi uuringuid (pH veres, valgufraktsioonid, protrombiiniindeks, hüübimine jne.), kontrollitakse vere küllastumist hapnikuga, registreeritakse pidevalt kehatemperatuuri (nahal, lihastes, söögitorus, pärasooles). Määratakse temperatuur ka ekstrakorporaalse vereringeaparaadi erinevates sõlmedes. Kontrollitakse rangelt kogu organismi talitlust, esmajoones südame- ja hingamistegevust, arvestades sealjuures veening soolade bilanssi, maksa ja neerude funktsioone. Suurt tähelepanu omistatakse võitlusele atsidoosi ja hüperkapnia vastu. Nimetatud kontrolli toimetab anestesioloog, kunstliku südame tööd juhivad kirurg ja vastava ettevalmistusega insener.

Ekstrakorporaalse vereringe ja sügava hüpotermia tingimustes antakse narkoosi edukalt tavaliste narkoosiaparaatide abil, mis ei erine eriti meie kodumaistest aparaatidest. Narkoos saavutatakse lämmastikalahapendi ja hapniku segu või eetri ja hapniku segu abil. Narkoosi süvendamiseks manustatakse operatsiooni vältel väikestes doosides fraktsioneeritult pentobarbitaali. Premedikatsiooni (nembutaal, fenergaan, dolosaal) teostatakse mõõdukates doosides, narkoos juhitakse sisse aga pentobarbitaali, tubokuraiini, dolosaali jne. manustamisega veeni.

Ülalpool kirjeldatud meetodil teostatakse radikaalsed südameoperatsioonid, kusjuures operatsiooni kestus ulatub kuni 1 tunnini.

Sageli segatakse operatiivselt vahele kopsu patoloogiliste seisundite, eriti kopsutuberkuloosi puhul. Prantsusmaa ftisiaatrid on seisukohal, et kui konservatiivne ravi ei anna tulemusi, on vaja operatsiooni. Kopsude opereerimise tehnika ei erine millegi poolest meie operatsioonitehnikast. Peab aga märkima, et prantsuse kirurgid kasutavad igasuguste operatsioonide juures veresoonte ligeerimise asemel väga laialdaselt ja julgelt elektrokoagulatsiooni, kartmata sekundaarseid verejookse või haava paranemise tingimuste halvenemist.

Tähelepanu väärib haigele ülekantava vere väga hoolikas ja ratsionaalne kasutamine. Operatsiooni jooksul kaotatud verehulk määratakse kasutatud tampoonide kaalumise ja vaakuumaparaadiga imetud vere mõõtmisega. Kaotatud verehulk asendatakse kohe adekvaatse verehulgaga, ja kui pole erilisi näidustusi — mitte grammigi rohkem. Samuti kasutatakse laialdaselt mitmesuguseid desktraani- või plasmotselitaolisi plasmat asendavaid lahuseid (isotoonilised lahused, mille peamiseks koostisosaks on želatiin). Vereülekanne operatsiooni ajal on täielikult anestesioloogi valduses ja vastav seadeldis võimaldab tal oma kohalt lahkumata jälgida vereülekannet ja igal ajal lisada verd kas pideva joana või tilkinfusioonina.

Opereeritud haigete edaspidise raviga kirurgid ei tegele, seda teevad anestesioloogid ja hiljem arstid-reanimaatorid.

Töötades elundite ja kudede siirdistutamise probleemidega Claude Bernard'i immunopatoloogilises keskuses prof. R. Kourilsky ja G. Voisini juures külastasin laboratooriumi Saint-Louis'i hospitalis, kus prof. G. Mathé tegeleb luuüdi siirdistutamise probleemidega. Nagu teada, päästis prof. G. Mathé luuüdi transplantatsiooniga elu kuuel jugoslaavia teaduslikul töötajal, kes langesid ootamatu radioaktiivse kiirituse ohvriks.

Prof. G. Mathé siirdistutab luuüdi, mis on võetud direktselt doonorilt. Laibalt võetud luuüdi transplantatsiooniga ta ei tegele, kuid arvab, et selline transplantatsioon on võimalik. Temperatuuri juures —70° võib luuüdi tema arvates säilida eluvõimelisena 60 päeva vältel. Kasutamisel peab aga rangelt kinni pidama temperatuuri tõstmise korrast — iga 1 min. järel 1° võrra kuni normini.

ADRM-i (organisatsioon Sorbonne'i ülikooli arstiteaduskonna juures teaduslike sidemete arendamiseks sõbralike riikidega) ja ühingu «Prantsusmaa—Nõukogude Liit» kutsel võtsin osa neurokirurgide XI kongressi tööst Montpellier's. Kongressi tööst võtsid osa kõik romaani keeli kõneleva rahvastikuga riigid. Kongressi peaküsimusteks olid sügav hüpotermia ja ajuturse. Ettekannete kestus ei ületanud 2—3 minutit, sageli puhkesid elavad vaidlused.

Hüpotermia alal olid huvitavamad A. Laborit' ja J. Cahni ettekanded. H. Laborit lähtub oma eksperimentaalsetest andmetest (loomade suremus) ja arvab, et sügav hüpotermia ei ole organismile ohtlik ega kutsu organismis isegi pika aja jooksul esile mingeid orgaanilisi muutusi. H. Laborit' katsetes elasid küülikud 4 ööpäeva isegi tingimustes, kus temperatuur söögitorus oli 15—20° ja pärasooles 10—11°, koerad elasid aga samas olekus ainult 24 tundi. Teised teadlased ei olnud nii optimistlikult häälestatud ja nimetasid terve rea ohtlikke komplikatsioone ja surmajuhte.

Kuidas sõltub peaaju keskkonna pH hüpotermia sügavusest ja kestusest, sellest kõneles J. Cahn.

Neurokirurgide enamiku arvamus oli, et erinevalt südameoperatsioonidest ei anna sügav hüpotermia neurokirurgiliste operatsioonide puhul erilisi paremusi ja sellepärast ei ole selle kasutamine eriti näidustatud.

Nii kongressil kui ka kohtumistel anestesioloogidega jäi mulje, et üksikute tunnustatud anestesioloogide-teoreetikute ja enamiku anestesioloogide-praktikute vahel ei ole täelikku vastastikust arusaamist ega tihedat kontakti. Enamik anestesioloogе ja kirurge suhtuvad farmakoloogilise hibernatsiooni ja neuropleegiliste ning gangliolüütiliste ainete laialdasse kasutamisse kaunis negatiivselt.

Kus me ka ei olnud, Pariisis või Marseille's, Avignon'is või Orléans'is, Evreux's või Nizzas, igal poole võeti meid vastu väga külalislahkelt ja püüti meile näidata kõike, mis meid huvitas. Prantsusmaalt lahkudes tõime kohtumistelt prantsuse kolleegidega kaasa kõige soojemad mälestused.

A. Klement

О МЕДИЦИНЕ В СОВРЕМЕННОЙ ФРАНЦИИ

А. Клемент

Резюме

Группа советских врачей согласно советско-французскому договору о научном и культурном сотрудничестве провела 10 месяцев в Париже и смогла ознакомиться с достижениями в области хирургии и анестезиологии. В одном из крупнейших центров хирургии Парижа, в госпитале имени Р. Лаэннека, где проходят усовершенствование врачи не только из Франции, но и из других стран, операции по поводу митральных пороков, открытого Боталлова протока, коарктации аорты и дефектов перегородки не являются уже проблемой и проводятся под поверхностным комбинированным наркозом с мышечными релаксантами и управляемым дыханием. В этой же клинике проводятся (еще в ограниченном количестве) операции на открытом, сухом сердце, как в условиях экстракорпорального кровообращения, так и в его комбинации с глубокой гипотермией. Смертность при использовании последнего метода значительно ниже, чем при применении одного аппарата «сердце-легкие».

Оперативные вмешательства часто производятся и при легочном туберкулезе. Техника операции на легких не отличается от нашей. Интересно отметить, что французские хирурги вместо перевязки сосудов очень часто и смело применяют электрокоагуляцию. Лечением оперированных больных хирурги не занимаются. Автор познакомился с лабораторией профессора Г. Матэ, успешно работающего над проблемой пересадки костного мозга, а также принял участие в работе XI съезда нейрохирургов в Монпеллье, посвященного вопросам глубокой гипотермии и отеку мозга. Большинство нейрохирургов считает, что глубокая гипотермия при нейрохирургических операциях не имеет особенных преимуществ и частое применение ее поэтому не показано.

MÕNE REAGA

● Lähemas tulevikus täieneb kodumaiste raviainete sortiment metsapuudest saadavate preparaatidega. Raviainete valmistamise võimalusi otsitakse Metsatehnika Akadeemia erilaboratooriumis, mis asutati poolteist aastat tagasi Leningradis. «Metsalaboratooriumi» esimesi preparaate hakatakse juba kasutama. Ka Eestis organiseeritakse mitmete preparaatide tööstuslikku tootmist. Nimetada võiks beetasitosteriini, mis annab tulemusi ateroskleroosi ravimisel, männiokka-karotiinipastat, mida kasutatakse günekoloogias ja kõrva-nina-kurguhaiguste ravimisel, samuti parfümeerias seebi, kreemide jt. vitaminiseerimiseks. Leningradi I Keemia-Farmaatsia Tehasest väljastati hiljuti katsepartii klorofülliini (ampullides), mida saab süstida naha alla. Praegu on see ravim kliinilisel katsetamisel (rakendatakse leukopeenia ja haavandtõve puhul).

● 1961. a. hakkas Taškendi Keemia-Farmaatsia Tehas välja laskma lumikellukese mugulatest valmistatud preparaati galantamiini (ampullides). See preparaat on leidnud kasutamist ka välismaal. Jaapanisse saadeti möödunud aastal 200 000 ampulli galantamiini, mida kasutatakse edukalt lastehalvatustõve jääknähtude, lihaste nõrkuse jne. ravimiseks. Üldse valmistas tehas möödunud aastal mainitud ravimit 2 000 000 ampulli, 1963. a. toodetakse seda 3 000 000 ampulli.

● NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Suhhumi laboratooriumis tegi professor B. Ognev kahel ahvil huvitava operatsiooni: ta proteseeris istmikunärvi. Varem on prof. B. Ognev koertel ja küülikutel teinud üle kahesaja sellise operatsiooni. Senini saadud kliinilised tulemused on head. B. Ognev on jälginud närvide seisundit mikroskoopiliselt ligi kahe aasta jooksul pärast operatsiooni. Need uurimised lähendavad võimalust proteseerida kahjustatud närve ka inimestel.

● Gomeli (Valgevene NSV) meditsiinitöötajad uurivad inimese eluea pikendamise võimalusi. Võetakse dispanseersele arvele oblastis elavaid vanu inimesi. Arvele on võetud juba rohkem kui 15 tuhat üle 80 aasta vanuse inimese. Üle saja aasta vanuseid on arvel 200. Edaspidiste uurimiste korraldamiseks on linna onkoloogia dispanseri juures avatud gerontoloogia kabinet. Kabinetti juhatab kogenud arst A. Grutsin, kes hiljuti tutvus selle erialaga Kiievis NSV Liidu Teaduste Akadeemia Gerontoloogia Instituudis.

● NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi tellimisel valmis Leningradi populaarteaduslike filmide stuudios uus sanitaarhariduslik film «Poliomüeliit võidetakse». Moskva teaduslike filmide stuudios valmis film «Häda», mis käsitleb võitlust teetanuse (kangestuskramptõve) vastu. Filmi vaataja näeb teetanust põhjustavat mikroobi, kuidas see satub organismi, milles nimetatud ohtlik ja raske haigus väljendub ja kuidas selle vastu võideldakse (kaitsepookimised teetanuse anatoksiiniga jne.).

● Kostroma oblasti tuberkuloositõrje dispanseri juures organiseeriti ühiskondlik nõukogu, mida juhib pensionär M. Tšudinovskihh. Nõukogu liikmed analüüsisid haigestumist tuberkuloosi Kostroma ettevõtetes. Küsimust arutati koosolekul, millest võtsid osa ettevõtete direktorid, käitisekomiteede esimehed ja linna vabrikute ning tööstusettevõtete tervishoiupunktide juhatajad.

● Klaipedas on juurdumas uus haigete teenindamise vorm, nn. statsionaar kodus. Klaipeda vabariiklik haigla kindlustab haigetele kolm korda päevas tasuta toitlustamise ja tasuta ravimid. Iga päev külastab haigeid arst, vajaduse korral tuleb ka vastava eriala arst koju konsulteerima. Haigeid teenindavad Punase Risti Seltsi meditsiiniõed.

● Orlovski oblasti haiglas loodi anestesioloogia osakond. Vastava ettevalmistuse on saanud 5 arsti-anestesioloogi ja 25 keskharidusega meditsiinitöötajat (neist 15 rajoonihaiglate jaoks). Haiglas on rakendatud üle 600 korra intubatsioonnarkoosi koos lühiajaliselt toimivate relaksantidega.

● Ufaa raudteelaste meditsiini-sanitaarosakonna ülema algatusel avati lastehaiglas «roheline tuba». Selles väikeses talveaias saavad lapsed hapnikravi. Uue ravikabineti haljastamisest võttis osa kogu haigla kollektiiv agronoom L. Nabatovi juhtimisel. Appi tulid ka botaanikaaia töötajad.

● Läti Teaduste Akadeemia väljaandel ilmus F. Portnovi raamat «Aeroioonid ja nende rakendamine ravi otstarbel». Raamatus kõneldakse õhu ioniseerimise füüsikalisest olemusest ja aeroioonide rakendamisest meditsiinis.

● Kaluuga oblastis avati esimene statsionaar verehaiguste raviks. Statsionaar asub oblasti vereülekandejaama uues hoones. Statsionaaris on 5 hästi sisustatud palatit.

● Head initsiatiivi näitasid Pinski (Valgevene NSV) apteegi nr. 107 töötajad, kes organiseerisid linna haigla polikliinikus oma filiaali. Haiged saavad sealt mitmesuguseid valmisravimeid, põetusesemeid ja sanitaar-hügieenitarbeid. Hiljuti hakati selles filiaalis valmistama ravimeid ka arstiretseptide järgi. Polikliiniku peaarst eraldas apteegi filiaalile ka vastavad ruumid.

● Retseptide väljakirjutamine, nagu see praegu toimub arsti visiidi ajal haige koju, on teatud määral vananenud. Ravimi hankimine retsepti järgi võtab mitu tundi, aga mõnikord isegi päev ja rohkem aega, ravi algus aga viibib. Armaviris korraldasid üksvahe ravimite kojuviimist apteegid, kuid transpordivahendite ja koosseisu puudumine ei võimaldanud seda meetodit laialdaselt rakendada. Tekkis aga uus mõte. Kui arst külastab haiget kodus, ei kirjuta ta enam retsepti, vaid annab haigele kaasasolevast apteek-kohvrist kohe vajaliku ravimi. Nüüd on uue meetodi vastu võtnud juba 30 jaoskonnaarsti. Linna üldsus on uuenduse rahuldustundega vastu võtnud. Selle on heaks kiitnud ka tervishoiuosakonna meditsiininõukogu.

● Sverdlovski Oblasti Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas loodi sanitaarvelskrite nõukogu, kes hakkab kontrollima laborantide, epidemioloogi abide ja velskrite ettevalmistust, korraldab temaatilisi konverentse ja nõupidamisi, levitab paremate keskharidusega meditsiinitöötajate töökogemusi, annab välja informatsioonibülletääne jne.

EESTI NSV ARSTIDE ATESTEERIMINE

Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjade nr. 277 22. septembrist ja nr. 240 28. augustist 1961. a. alusel toimus Eesti NSV-s töötavate arstide atesteerimine. Arstide osavõtt atesteerimisest oli vabatahtlik. Atesteerimiskomisjonide töö kestis septembrikuust kuni detsembri lõpuni 1961. a. Allpool toome andmed atesteeritud arstidele antud kategooriate kohta.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 316-k 11. okt. 1961. a. Röntgenoloogid: I kategooria — 4 arstile, II kategooria — 7 arstile, III kategooria — 15 arstile. Radioloogid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 2 arstile, III kategooria — 2 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 317-k 11. nov. 1961. a. Pediaatrid: I kategooria — 2 arstile, II kategooria — 28 arstile ja III kategooria — 39 arstile. Pediaatrid-ftisiaatrid: III kategooria — 7 arstile. Pediaatrid-infektsionistid: III kategooria — 1 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 326-k 23. nov. 1961. a. Kirurgid: I kategooria — 6 arstile, II kategooria — 9 arstile ja III kategooria — 23 arstile. Lastekirurgid: II kategooria — 1 arstile. Ortopeedid-traumatoloogid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 2 arstile, III kategooria — 1 arstile. Kirurgid luutuberkuloosi alal: II kategooria — 1 arstile, III kategooria — 1 arstile. Ftisiokirurgid: III kategooria — 1 arstile. Neurokirurgid: I kategooria — 1 arstile, III kategooria 3 arstile. Uroloogid: II kategooria — 1 arstile, III kategooria — 1 arstile. Uroloogid-kirurgid: II kategooria — 1 arstile, III kategooria — 3 arstile. Kirurgid-anestesioloogid: III kategooria — 2 arstile. Kirurgid-onkoloogid: III kategooria — 1 arstile. Otorinolarüngoloogid: I kategooria — 3 arstile, II kategooria — 9 arstile, III kategooria — 9 arstile. Okulistid: I kategooria — 2 arstile, II kategooria — 3 arstile, III kategooria — 3 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 334-k 2. dets. 1961. a. Patoloog-anatoomid: I kategooria — 2 arstile, II kategooria — 2 arstile. Kohtuekspertiisi arstid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 3 arstile, III kategooria — 5 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 335-k 2. dets. 1961. a. Dermatoveneroloogid: I kategooria — 5 arstile, II kategooria — 9 arstile ja III kategooria — 7 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 336-k 2. dets. 1961. a. Stomatoloogid: I kategooria — 5 arstile, II kategooria — 25 arstile ja III kategooria — 47 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 338-k 7. dets. 1962. a. Üldsanitaararstid: I kategooria — 5 arstile, II kategooria — 1 arstile ja III kategooria — 3 arstile. Kooli-sanitaararstid: II kategooria — 1 arstile. Tööstusesanitaararstid: III kategooria — 1 arstile. Kommunaalhügieeni arstid: III kategooria — 1 arstile. Epidemioloogid: I kategooria — 2 arstile, II kategooria — 3 arstile ja III kategooria — 1 arstile. Bakterioloogid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 2 arstile, III kategooria — 3 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 339-k 7. dets. 1961. a. Akušöörgünekoloogid: I kategooria — 3 arstile, II kategooria — 22 arstile ja III kategooria — 27 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 347-k 16. dets. 1961. a. Terapeudid: I kategooria — 15 arstile, II kategooria — 28 arstile, III kategooria — 51 arstile. Laborandid: I kategooria — 4 arstile, II kategooria — 6 arstile, III kategooria — 5 arstile. Endokrinoloogid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 1 arstile ja III kategooria — 1 arstile. Infektsionistid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 9 arstile ja III kategooria — 5 arstile. Kehakultuuri ja arstliku kontrolli arstid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 1 arstile ja III kategooria — 2 arstile. Füsioterapeudid: I kategooria —

3 arstile, II kategooria — 5 arstile ja III kategooria — 1 arstile. Ftisiaatrid: I kategooria — 5 arstile, II kategooria — 25 arstile ja III kategooria — 24 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 355-k 27. dets. 1961. a. Tervishoiu organisaatorid: I kategooria — 5 arstile, II kategooria — 10 arstile ja III kategooria — 6 arstile. Meditsiinistatistikud: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 1 arstile. Sanitaarharidustöö arstid: I kategooria — 1 arstile, II kategooria — 1 arstile.

ENSV tervishoiu ministri käskkiri nr. 348-k 19. dets. 1961. a. Neuropatoloogid: I kategooria — 2 arstile, II kategooria — 7 arstile ja III kategooria — 7 arstile. Psühhiaatrid: I kategooria — 2 arstile, II kategooria — 8 arstile ja III kategooria — 15 arstile.

Üldse atesteeriti 643 arsti.

UUS LEND FARMATSEUTE TALLINNA MEDITSIINILISEST KOOLIST

1959. a. sügisel alustati Tallinna Meditsiinilise Kooli farmatseutide osakonnas tööd uute õppeprogrammide alusel. Erialaste õppeainete maht suurenes tunduvalt, eriti farmatseutilise keemia, ravimvormide tehnoloogia ja farmakognoosia osas. Uute õppeainetena võeti kavasse bioloogia ja poliitiline ökonoomia. Praktiliste tundide arvu suurendati tunduvalt, pikendati tootmispraktika aega apteekides. Kõige selle tõttu pikenes õppeaeg seniselt 1 aastalt 10 kuult 2 aasta 6 kuuni.

Esimene lend uute õppeprogrammide alusel ettevalmistatud farmatseute (arvult 28) lõpetas kooli käesoleva aasta 3. märtsil. Riigieksamid näitasid, et lõpetajad olid teoreetilised teadmised ja praktilised oskused hästi omandanud. Enamik lõpetajaid suunati tööle meie maarajoonide apteekidesse.

1962. a. Tallinna Meditsiinilise Kooli lõpetanud farmatseudid

Statsionaarne osakond

Hilja Anupõld
Iivi Esnar
Ilse Hirbaum
Aino Jaaksoo
Virve Järv
Juta Kauber
Asta Kell
Anne Laur
Malle Lepik
Leili Loos
Maia Lõnsu
Saima Maiblum
Maire Mägar
Mare Männis
Laine Olli
Aime Ool
Helvi Piirlaid
Mare Pärn
Asta Raid
Maie Reitel
Peeter Riisik
Hans Sooba
Kiira Torm
Laivi Traumann
Kaja Vaher
Valve Viik
Iivi Vonberg

Kaugõppe osakond

Linda Kallas

K. Sõerde

ASPIRANTUURIKOHTADEST 1962. a.

1962. a. komplekteeritakse Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis 8 aspirantuurikohta järgmistel erialadel: tööfüsioloogia, protozooloogia, immunoloogia, üldmikrobioloogia, steroidide biokeemia, kasvajate patofüsioloogia, biofüüsika ja kasvajate biokeemia. Aspirandid suunatakse õppima NSVL Arstiteaduse Akadeemia ja NSVL Teaduste Akadeemia juhtivate instituutide juurde Moskvasse. Aspirandid saavad stipendiumi oma senise töötasu suuruses, kuid mitte üle 100 rbl. kuus.

Aspirantuuri võetakse kuni 35 aasta vanuseid isikuid, kellel on pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist vähemalt kaheaastase praktilise töö kogemused (soovitav valitud erialal). Avaldusi aspirantuuri astumiseks võetakse vastu 1. juulini 1962. a. Sisseastumiseksamid tuleb sooritada eriaines (kõrgemate õppeasutuste programmide ulatuses), NLKP ajaloos ja ühes võõrkeeles (inglise, saksa või prantsuse). Eksamid toimuvad augusti- ja septembrikuus. Isikud, kes on lubatud eksamitele, saavad töökohalt puhkust 30 kalendripäeva ulatuses palga säilitamisega.

Lähemaid andmeid aspirantuuri kohta saab Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, Tallinn, Ravi tn. 18/20, tel. 458-08.

H. Jänes

*

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis komplekteeritakse käesoleva aasta 1. oktoobriks järgmised aspirantuurikohad: virusoloogia alal 1 koht (gripi erialal), üldmikrobioloogia alal 1 koht ja kommunaalhügieeni alal 1 koht.

Aspirandid suunatakse Moskvasse vastavate teaduslike uurimisinstituutide juurde. Avalduste esitamise tähtaeg on 1. august, sisseastumiseksamid toimuvad 1. augustist kuni 1. septembrini 1962. a. Eksamid tuleb sooritada võõrkeeles ja NLKP ajaloos (Tallinnas või Tartus), erialaeksam toimub Moskvas vastava instituudi juures.

Täiendavaid andmeid saab instituudist: Tallinn, Paldiski mnt. 52, korpus 6, tel. 440-51.

J. Reinaru

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIL

7. veebruaril 1962. a. arutati Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil tuberkuloositõrje olukorda vabariigis. Kolleegiumil märgiti, et sel alal on töö viimastel aastatel mõnevõrra paranenud. Voodikohtade arv vabariigi sanatooriumides ja haiglates suurenes 1961. a. 455 võrra. Kingissepa rajoonis avati uus sanatoorium 200 voodikohaga, millest 150 kohta on määratud koolinoortele. Diagnoosimis- ja ravivõimalused on paranenud. Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri juures on avatud bakterioloogia, bioloogia ja morfoloogia laboratoorium. Juurde on saadud 2 fluorograafia autobussi.

Sanatooriumid ja dispanserid on saanud uusi röntgeniaparaate ja tomograafe. On tõusnud ka kaadrite kvalifikatsioon. 1961. a. viibis täienduskursustel ja seminaridel 15 ftisiaatrit,23 ftisiaatrit õppis mittestatsionaarselt. Elukondlike tingimuste pideva parandamise ja tervishoiuasutuste töö tulemusena vähenes 1961. a. (võrreldes eelmise aastaga) haigestumine tuberkuloosi 6,2%, tuberkuloosihaigete arv vähenes 6,8%, suremus 9,8% ja baktereid eritavate isikutega kollete arv 7,9% võrra.

Kolleegium märkis ka mitmeid tõsiseid puudusi. Mõnede rajoonide ja linnade täitevkomiteed ei ole tuberkuloositõrje küsimusi regulaarselt arutanud. Tõrjeürituste läbiviimisele ei ole küllalt kaasa haaratud sanitaar-epidemioloogia jaamu, ühiskondlikke organisatsioone, asutusi ega ettevõtteid. Paljud sanitaar-epidemioloogia jaamad ei kontrolli sanitaarraamatutega isikuid korrapäraselt.

Mitmes linnas (Rakvere, Narva, Tartu) ja rajoonis on profülaktiline röntgenoloogiline läbivalgustamine halvasti organiseeritud. Ei ole täpsustatud kohustuslikule läbivaatusele kuuluvate kontingentide jaotust ravi-profülaktikaasutuste järgi. Kõigil haiglas viibivatel ei tehta rindkere läbivalgustust. Näiteks Narva haiglas röntgenoskopeeritakse ainult 69% haigetest. Sageli ei kontrollita röntgenoloogiliselt ka grippi ja hingamisteede haigusi põdevaid haigeid (Kohtla-Järve, Narva).

Fluorograafe on elanikkonna massiliseks uurimiseks kasutatud puudulikult (Narva, Kohtla-Järve, Tartu ja Tallinna II Haigla polikliinik). Narvas on fluorograafiliselt kontrollitud ainult 3417 inimest.

Puudusi esineb ka tuberkuloosivastaste kaitsepookimiste läbiviimisel. Mõnes rajoonis on plaanid koostatud väiksemad kui tegelikult vaktsineerimisele kuuluvate isikute arv ette näeks. Kõiki mitteinfitseeritud isikuid vanusega kuni 30 eluaastat ei ole revaktsineeritud (Kohtla-Järve, Narva, Elva, Rakvere, Tallinn, Tartu jt.). BCG-vaktsiini ei kasutata otstarbekohaselt, mistõttu vaktsiinikulu on suur (Keila, Kohtla-Järve jt.).

Esineb puudusi ka tuberkuloosihaigete pikaajalise statsionaarse ravi korralduses.

Kolleegium võttis vastu üksikasjalise otsuse tuberkuloositõrje parandamiseks vabariigis.

A. Sarap

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMILT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas töökaitse ja ohutustehnika olukorda röntgenikabinettides ja radioloogia osakondades. Kolleegium märkis, et viimase kahe aasta jooksul on olukord paranenud. Kõik röntgenikabinettide töötajad on varustatud kaitsepõlledega ja kaitsekinnastega, Tallinna ja Tartu röntgenijaamade töötajad on kontrollinud röntgenikabinettide tööd jne. Kui rääkida puudustest, siis tuleb öelda, et osas kabinettides puuduvad korralikud dosimeetrid. 61 kabineti põrandapind on alla 20 m^2. Pimikud on enamasti väikesed. On kabinette, mis ei ole õigesti pimendatud. 38 asutuses oleks vaja reguleerida ventilatsiooni. Tartu Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri radioloogia osakonnas ei kontrollita meditsiinipersonali dosimeetriliselt. Kolleegium kohustas ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajaid 1. aprilliks 1962. a. täitma kõik ohutustehnika ja töökaitse nõuded. Edaspidi tuleb kõigi uute raviasutuste ja rekonstrueeritavate asutuste projektid kooskõlastada Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ehitusosakonnaga, peasanitaarinspektoriga ja pearöntgenoloogiga. Pearöntgenoloogi kohustati organiseerima 1962. a. esimesel poolaastal Tallinnas ja Tartus seminar röntgenoloogidele ja radioloogidele.

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas doonorluse küsimust Tallinna ravi- ja profülaktikaasutustes. Kolleegium märkis, et viimasel ajal on märgata elavnemist vere tasuta andmisel. Suure töö sel alal on ära teinud Nõmme Haigla ja Tallinna Linna Nakkushaigla. Vaatamata sellele täideti kolme kvartali plaan tasuta doonorluse alal 63% ulatuses. Kolleegium kohustus Tallinna Tervishoiuosakonda, Vabariiklikku Vereülekandejaama ja Eesti Punase Risti Seltsi Keskkomiteed rakendama abinõusid doonorluse parandamiseks.

A. Kaldma

1962. a. ILMUVAST ARSTITEADUSLIKUST KIRJANDUSEST

NSV Liidu Riikliku Meditsiinikirjanduse Kirjastuse temaatilise plaani järgi ilmub 1962. aastal rohkesti raamatuid ja brošüüre mitmelt arstiteaduse erialalt.

Meditsiiniinstituutide üliõpilastele antakse välja 20 õpikut, meditsiinikoolidele 11 õpikut. Teoreetiliste distsipliinide alalt ilmub 27, kliiniliste distsipliinide alalt — 191 mitmesugust raamatut, röntgenoloogia ja meditsiinilise radioloogia alalt —22 teost. Ilmub rohkesti töid hügieeni, sanitaaria ja kutsehaiguste kohta. Tervishoiu organisatsiooni, sanitaarstatistika ja bibliograafia valdkonnast ilmub 15 raamatut, nende hulgas bibliograafiad — NSV Liidu arstiteaduslik kirjandus 1959. a. I poolaastal ja NSV Liidu arstiteaduslik kirjandus 1959. a. II poolaastal. Käsiraamatutest ilmuvad füsioteraapia protseduuride tehnika ja metoodika, terapeudi käsiraamat, arsti kalender jt.

Sarjast «Keskharidusega meditsiinitöötaja raamatukogu» ilmuvad «Vältimatu abi günekoloogias», «Krooniline tonsilliit» ja «Mida peab teadma sanitar». Tõlketeoseid poola, inglise, prantsuse, saksa ja tšehhi keelest on plaanis 22.

Populaarteaduslikust ja muust kirjandusest jõuab lugejani 96 raamatut ja brošüüri. 1962. a. plaanis on ette nähtud üldse 460 trükise ilmumine.

A. Silber

SISUKORD

Teooria ja praktika

P. BOGOVSKI ja A. GAVRILOV — Onkoloogiaalase teadusliku uurimistöö ja vähivastase võitluse ülesannetest Eesti NSV-s NLKP programmi valguses 3

U. PODAR — Primaarsest maksavähist 8

V. VALDES — Kaks atüüpilist prostatavähi juhtu 11

V. RÄTSEP — Gastroskoopia väärtusest maovähktõve diagnoosimisel . 14

V. SALUPERE — Maoresektsioonijärgsetest hilissündroomidest . . 21

I. VIEDEBAUM — Anestesioloogia kaasaegsete meetodite rakendamine Kilingi-Nõmme haiglas 25

Š. GULORDAVA ja M. PÄSMEL — Reieluukaela mediaalsete murdude osteosünteesi kaugtulemused . . 29

V. MOSSIN ja P. PAŠININ — C-reaktiivse valgu testi diagnostilisest tähtsusest kopsupõletikkude puhul . 33

L. SCHOTTER, Õ. MANDEL ja L. AARMANN — Haapsalu ravimuda destillaadi kasutamisest silmahaiguste puhul 36

J. KARUSOO — Ftisiokirurgiliste operatsioonide toimest hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi funktsioonile (Autoreferaat) 40

Tervishoiu organisatsioon

I. LEVIN — Tallinna elanike haigestumise uurimisest (1958. aasta andmetel) 41

Kogemuste vahetamine

L. MÄRSS — Maovähk 16-aastasel noorukil 45

H. POKKAT — Solkmetest põhjustatud spastilise soolesulguse juht . . 47

V. LIIV — Rinofüümist 48

V. LEMARINJE — Mikrotraumade ja nende tüsistumise profülaktika . . 49

Abiks velskritele ja õdedele

L. KERES ja A. VALDMANN — Profülaktilise töö süvendamisest varaealiste laste patroneerimisel . 50

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

П. БОГОВСКИЙ и А. ГАВРИЛОВ — Задачи по противораковой борьбе и научно-исследовательской работе по онкологии в Эстонской ССР в свете программы КПСС

У. ПОДАР — О первичном раке печени

В. ВАЛДЕС — Два случая атипичного рака предстательной железы

В. РЯТСЕП — О ценности гастроскопии при диагностировании рака желудка

В. САЛУПЕРЕ — Поздние синдромы после резекции желудка

И. ВИЕДЕБАУМ — Применение современных методов анестезиологии в Килинги-Ныммеской больнице

Ш. ГУЛОРДАВА и М. ПЯСМЕЛЬ — Отдаленные результаты остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости

В. МОСИН и П. ПАШИНИН — Диагностическое значение теста на С-реактивный белок при пневмониях

Л. ШОТТЕР, Ы. МАНДЕЛЬ и Л. ААРМАН — Применение отгона хаапсалуской грязи при заболеваниях глаз

Я. КАРУСОО — О действии фтизиохирургических операций на функцию гипофизарно-адреналовую систему (Автореферат)

Организация здравоохранения

И. ЛЕВИНА — Об изучении заболеваемости в городе Таллине (по данным 1958 г.)

Обмен опытом

Л. МЯРСС — Рак желудка у 16-летнего юноши

Х. ПОККАТ — Случай спастической непроходимости кишечника, вызванной аскаридами

В. ЛИЙВ — О ринофиме

В. ЛЕМАРИНЬЕ — Профилактика микротравм и их осложнений

В помощь фельдшерам и сестрам

Л. КЕРЕС и А. ВАЛДМАН — Об углублении профилактической работы при патронаже детей раннего возраста

K. VALGMA — Haigete ettevalmistamisest röntgenoloogilisteks uuringuteks 53

E. KONTS ja M. TALIVALO — Hingamise juhtimisest narkoosi ajal . 56

Arstiteaduse ajaloost

H. PIHL — 100 aastat Fr. R. Kreutzwaldi teose «Häda- ja Abi-raamatukene» ilmumisest 58

H. PALLI — Arstitõenditest XVIII sajandi algul 61

Konverentsid ja nõupidamised

H. JÄNES — Sessioon põlevkivitööstuse kutsehügieeni kohta Kohtla-Järvel 62

G. MEDINSKI ja H. PIHL — Vabariiklik konverents parasitoloogia ja looduskoldeliste haiguste alal . . 63

N. ELŠTEIN — Tallinna Vabariikliku Haigla III teaduslik-praktiline konverents 65

E. ALLIK — Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla konverents . . . 65

N. SCHAMARDIN — Tööhügieeni- ja kutsehaigustealane konverents Moskvas 66

B. SCHAMARDIN — Leningradis toimunud sessioon vibratsioontõvest . 66

Küsimusi ja vastuseid 67

Tähtpäevad

Eesti NSV teeneline arst V. Hion 60-aastane 69

Konsultatsioone

A. KALDMA — Uutest määrustest . 70

Mitmesugust

A. KLEMENT — Arstiteadusest tänapäeva Prantsusmaal 71

Mõne reaga 73

Kaadri ettevalmistamine 75

Kroonika 77

К. ВАЛГМА — О подготовке больных к рентгенологическим исследованиям

Э. КОНТС и М. ТАЛИВАЛО — Об управлении дыханием во время наркоза

Из истории медицины

Х. ПИХЛ — 100 лет со дня выхода в свет труда Ф.-Р. Крейцвальда «Необходимая и вспомогательная книжка»

Х. ПАЛЛИ — О врачебных справках в начале XVIII века

Конференции и совещания

Х. ЯНЕС — Сессия в Кохтла-Ярве по профессиональной гигиене в сланцевой промышленности

Г. МЕДИНСКИЙ и Х. ПИХЛ — Республиканская конференция по паразитологии и природоочаговым заболеваниям

Н. ЭЛЬШТЕЙН — III научно-практическая конференция Таллинской республиканской больницы

Э. АЛЛИК — Конференция Тартуской городской клинической инфекционной больницы

Н. ШАМАРДИН — Конференция в Москве по гигиене труда и профессиональным заболеваниям

Б. ШАМАРДИН — Сессия в Ленинграде по вопросам вибрационной болезни

Вопросы и ответы

Юбилейные даты

60-летие заслуженного врача ЭССР В. Хиона

Консультации

А. КАЛДМА — О новых постановлениях

Разное

А. КЛЕМЕНТ — О медицине в современной Франции

В несколько строк

Подготовка кадров

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»

(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kollegium

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

3

Mai–Juuni

5. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS

TALLINN 1962

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *M. Hansen*

Ladumisele antud 9. IV 1962. Trükkimisele antud 1. VI 1962. Trükiarv 4000. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 8,17. Tellimise nr. 3490. MB-01648.

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

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

TERVISHOIU ÜLESANNETEST MAAL NLKP KESKKOMITEE MÄRTSIPLEENUMI OTSUSTE ALUSEL

A. SARAP,
ENSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Valitsuse ülem

Põllumajandustöötajate tervise kaitsmine on ühtlasi võitlus tööviljakuse tõstmise ja tööjõukadude vähendamise eest põllumajanduslikus tootmises. Kõigi maarajoonide meditsiinitöötajate peamiseks ülesandeks käesoleval perioodil on kolhoosnikute, sovhoositööliste, mehhanisaatorite ning põllumajandusspetsialistide haigestumiste vähendamine. See on meditsiinitöötajate panus NLKP Keskkomitee märtsipleenumi otsuste elluviimisel.

Väga tähtis on tundma õppida maaelanike ajutist töövõimekaotust põhjustavate haigestumiste dünaamikat. See võimaldab rajoonihaiglatel, sanitaar-epidemioloogia jaamadel ja jaoskonnahaiglatel välja töötada tervishoiukorralduse parandamise abinõud nii lähemaks ajaks kui ka perspektiivselt. Selliste kompleksabinõude plaan koostatakse iga kolhoosi ja sovhoosi kohta eraldi, kooskõlastatakse kolhooside juhatusega ning Kolhoosi- ja Sovhoositootmise Territoriaalse Valitsusega ja esitatakse siis kinnitamiseks rajooni TSN täitevkomiteele.

Eesti NSV-s võib medisiiniasutuste arvu maal pidada küllaldaseks, kuid nende paiknemine ei ole alati otstarbekas. Perspektiivplaanis ei ole uute maa-jaoskonnahaiglate ehitamist ette nähtud, sest rajoonihaiglate laiendamise korral suudetakse maaelanike vajadused statsionaarse abi järele täielikult rahuldada. Peale selle suurenevad tunduvalt maaelanike ravimise võimalused linna- ja vabariiklikes haiglates. Seepärast muudetakse väikesed maa-jaoskonnahaiglad aja jooksul maa-arstijaoskonna ambulatooriumideks.

Vabariigis on üle 240 velskri-ämmaemandapunkti. Uusi velskri-ämmaemandapunkte ei ole praegu tarvis meie vabariigis avada. Mõned suurema teenindamispiirkonnaga punktid (üle 1500 elanikuga) tuleb aga ümber korraldada maa-arstijaoskonna ambulatooriumideks. Paljud velskri-ämmaemandapunktid paiknevad teenindatava piirkonna ühes servas, mitte keskuses, nagu oleks vaja. Mitmed neist töötavad ebasobivates ruumides. Tuleb leida avaramaid ruume ja valida nimetatud punktide asukoht otstarbekamalt. Maa-arstijaoskonna ambulatooriumide ja velskri-ämmaemandapunktide ruumide remontimisele ja uute hoonete ehitamisele peaksid kolhooside esimehed ja sovhooside direktorid senisest rohkem kaasa aitama.

Tulevikus muutub velskri-ämmaemandapunktide tegevus tunduvalt. Nende ülesandeks jääb peamiselt epideemiatõrje, sanitaartöö ja esmaabi andmine.

Aasta-aruannete analüüsimine näitas, et paljude rajooni- ja jaoskonnahaiglate (Vändra, Paide, Viljandi jt.) nõrgemaks töölõiguks on profülaktilise töö korraldamine maal. Nõrgalt juhendatakse dispanseerimist ja velskri-ämmaemandapunktide tööd. Ometi on praegu igal rajoonihaiglal oma autod, röntgenikabinetid, laboratooriumid, haiglas töötab spetsialiste

vähemalt 8—10 erialalt. Seega on olemas kõik võimalused profülaktilise töö paremaks korraldamiseks, ettenähtud kontingentide dispanseerimiseks ja plaanipäraseks ravimiseks.

Käesoleval aastal tuleb vähemalt 50% maaelanikest röntgeniga ja fluorograafiga profülaktiliselt läbi vaadata. Tuleb parandada põllumajanduse mehhanisaatorite ja sovhoositöötajate dispanseerimist ja plaanipärast ravimist.

Meditsiinitöötajad peavad tundma õppima maaelanike töö- ja elutingimusi ja välja selgitama tegurid, mis kõige sagedamini põhjustavad haigestumisi ja traumasid. Väga tähtis on tõsta sanitaarkultuuri. Selles osas võivad palju ära teha ühiskondlikud organisatsioonid ja eeskätt Punase Risti Seltsi algorganisatsioonid. Igas põllutööbrigaadis tuleb luua sanitaarpostid ja sanitaarvolinikud, kes varustatakse esmaabivahenditega kolhooside ja sovhooside summadest. Sanitaarpostide liikmed ja sanitaarvolinikud vajavad pidevat juhendamist. Vähemalt kord kvartalis tuleb nad kokku kutsuda kogemuste vahetamiseks. Eeskuju võib võtta Jõgeva, Elva ja Põltsamaa rajoonist. Seal võtab sanitaaraktiiv üksmeelselt osa ühiskondlikest heakorrastus- ja haljastustöödest (puude ja põõsaste istutamisest, lillepeenarde rajamisest, kaevude ja saunade remontimisest ja ehitamisest jne.). Ühiskondlikud sanitaarvolinikud jälgivad regulaarselt sanitaareeskirjade täitmist toitlustamisettevõtetes, kauplustest ja piimafarmides.

Tähtsaks töölõiguks on võitlus nakkushaiguste vastu. Selleks peavad kõigi maal asuvate tervishoiuasutuste arstid ja keskharidusega meditsiinitöötajad senisest rohkem tähelepanu pöörama ägedate nakkushaiguste varajasele avastamisele, nende õigeaegsele diagnoosimisele ja kaitsesüstimiste ning muude epideemiatõrje abinõude läbiviimisele. Rajoonihaiglatel tuleks lähemal ajal korraldada sel teemal velskri-ämmaemandapunktide juhatajatele 2—3-päevane seminar.

Rajoonihaigla arstid on kohustatud kindla graafiku järgi külastama jaoskonnahaiglaid, et koos jaoskonnaarstiga konsulteerida statsionaarseid ja ambulatoorseid haigeid, samuti osutada kohapeal praktilist abi. Ühiselt koostatakse ka dispanseersel arvel olevate haigete ravi plaan. Tuleb populariseerida Paide rajooni meditsiinitöötajate algatust müüa ravimeid juba visiidi ajal haige koju. See võimaldab viivitamata alustada ravi.

Eespool loetletud ülesannete täitmine nõuab kohalike tervishoiuorganite ja nõukogude ning parteiorganisatsioonide tihedat koostööd. Otsustavalt on vaja aktiviseerida ka rajoonihaiglate ühiskondlike nõukogude tegevust.

Maaelanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamisega aitavad meditsiinitöötajad kaasa NLKP Keskkomitee märtsipleenumi otsuste realiseerimisele, sest hoolitsus maaelanike tervise eest loob vajalikud eeltingimused põllumajandussaaduste tootmise tunduvaks tõusuks.

INTIMOTROMBEKTOOMIAST ALAJÄSEMETE TUIKSOONTE TROMBOBLITEREERUVATE HAIGUSTE PUHUL

A. LINKBERG, E. TÜNDER, K. PÕDER, H. TIHANE ja *H. TIKKO*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Alajäsemete tuiksoonte trombobliterereeruvate haiguste all käsitletakse kahte haigust: oblitereeruvat endarteriiti ja oblitereeruvat ateroskleroosi (1,2). Oblitereeruva endarteriidi puhul umbuvad peamiselt sääre- ja labajalaarterid. Märgitud arterite väikese läbimõõdu tõttu ei tule operatiivsed ravimenetlused nendel haigetel arvesse (3).

Oblitereeruva ateroskleroosiga haigetel umbuvad segmentaarselt aordi alaosa, niude- või reiearterid, kusjuures paljudel juhtudel on võimalik jäseme vereringet taastada rekonstruktiivsete operatsioonide abil (4, 5).

Kõrvuti arterite transplantatsiooniga leiab kasutamist ka intimotrombektoomia (endarterektoomia, trombendarterektoomia). Meetod põhineb ateroskleroosist tingitud ummistuse kõrvaldamisel. Ateroskleroosist trombi koos *intima*'ga on nimelt võimalik hõlpsasti eemaldada arteri välistest kihtidest, s. o. *tunica media*'st ja *tunica adventitia*'st. Jäseme vereringe edukaks taastamiseks on väga oluline arvestada näidustusi. Intimotrombektoomia kõige tähtsamaks eeltingimuseks tuleb pidada asjaolu, et umbumiskohast distaalsemal asuvas arteriosas ei esineks tugevaid patoloogilisi muutusi — nimelt *arteria poplitea* ja *arteria tibialis posterior* ei tohi olla umbunud ega ahenenud.

Tuleb ka silmas pidada, et umbunud segmendist proksimaalsemal asuvas arteriosas ei oleks vere juurdevool takistatud. Intimotrombektoomia läbiviimisel on väga tähtis arterite seisund. Tugevasti kaltsifitseerunud trombi eemaldamisel jääb arteri sein väga õhukeseks, sest enamik *tunica media*'st on hävinenud ja seetõttu võib arteri seina väga kergesti perforeerida.

Trombi eemaldamine toimub vajaduse korral küllaltki pikas ulatuses. Nii on võimalik intimotrombektoomia abil eemaldada trombi reie- ja niudearterist või niudearterist ja aordi alaosast (7, 8, 9, 10, 11). Kirjanduses juhitakse tähelepanu sellele, et niudearterite ja aordi alaosas paikneva trombi eemaldamine annab paremaid tulemusi kui trombide eemaldamine reie- ja põlveõndla arterist.

Intimotrombektoomia näidustuste ja vastunäidustuste hindamine toimub peamiselt arteriograafilise uuringu alusel (5). Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas kasutati peamiselt femoraalarteriograafiat (kinnisel või lahtisel meetodil). Perkutaanselt tehtud arteriograafia puhul täitus enamikul uuritavatel jäsemearter allpool umbumise segmenti hästi. Lahtist femoraalarteriograafiat kasutati peamiselt nendel haigetel, kellel *ligamentum inguinale* kohal arteri pulsatsioonid ei olnud määratavad. *Arteria femoralis*'e pulsi puudumise puhul esineb kas niudearteri või aordi alaosa umbumine.

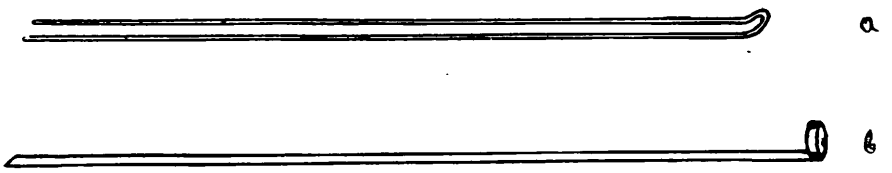
Alati ei ole operatsiooninäidustuste väljaselgitamine femoraalarteriograafia abil võimalik. Kui umbunud segment on pikem, siis ei tule (kontrastaine tugeva lahjenduse tõttu kollateraalarterites) arteri peatüvi allpool umbumiskohta hästi nähtavale. Viimati märgitud juhtudel, kus

kliiniliste sümptoomide järgi oli haigus II staadiumis, tehti arteriograafiline uuring põlveõndlast lahtisel meetodil (joonis 1 tahvlil I).

Intimotrombektoomia puhul on näidustatud antikoagulantide kasutamine. Enne operatsiooni tehti kõikidel haigetel hepariiniproov, nagu seda soovitab K. Litmanovitš. Samuti määrati patsiendil kindlaks fenüliinitundlikkus. Operatsiooni tegemisel kasutati peamiselt üldist hepariinimanustamist (10, 11, 12). Operatsiooni ajal manustati intravenoosselt tavaliselt 5000 TÜ hepariinilahust. Kohe pärast süstimist määrati hüübimisaeg. Kui hüübimisaeg oli tõusnud 15—30 min. piiridesse, siis alustati trombi eemaldamist arterist.

Lisaks hepariini üldisele süstimisele manustati operatsiooni vältel (6, 9) arteri distaalsesse ossa asetatud kateetri kaudu lahjendatud hepariinilahust ning niisutati lahjendatud lahusega pidevalt arteri ava. Pärast operatsiooni manustati iga 4 tunni järel vastavalt vajadusele 0,5—2 sm^3 hepariinilahust lihasesse või naha alla. 4—6 päeva hoiti hüübimisaeg hepariini manustamisega 10—30 min. piirides. Hilisemal perioodil kasutatakse fenüliini. Seda antakse alates operatsioonipäevast 3 korda päevas 1 tablett (0,03) korraga 3 päeva jooksul, seejärel 2 tabletti päevas 1 nädala vältel ja 1 tablett päevas kahe kuu vältel. Fenüliini tarvitamise ajal tuleb ülepäeviti kontrollida protrombiiniindeksit, mis peab olema 40—60% piirides.

Operatsioonil avastati kogu umbunud arteri segment. Reiel tehti lõige reiearteri kulgemist pidi reie eesmisel ja mediaalsel küljel (vt. joonis 3 tahvlil I). *Arteria iliaca*'st trombi eemaldamiseks leiti arter pararektaalse lõikega retroperitoneaalselt. Kui umbunud arterisegment oli avastatud, alustati hepariini süstimist eespool kirjeldatud meetodil. Järgnevalt tehti arterisse pikisuunalised lõiked, mille kaudu tromb vabastati lõike ulatuses koos *intima*'ga arteri seina alles jäävatest välistest kihtidest (*tunica media* ja *tunica adventitia*). Eemaldatavad kihid läbiti lõike keskosas ristsuunas ja nende otste külge kinnitati fikseerimiseks siidligatuurid. Edasi viidi alles jäävate ja eemaldatavate kihtide vahele trombendarterektoom (joonis 2b) või Butcheri traatling (8) (joonis 2a), mille abil tromb koos *intima*'ga vabastati korraga tavaliselt 5—10 sm pikkusel alal.



Joonis 2. a) Butcheri traatling, b) tavalist tüüpi trombendarterektoom

Trombi vabastamine ei tohi toimuda jõuga. Kui lingu või trombendarterektoomi edasiviimine on takistatud, siis viitab see tavaliselt kollateraalile või sügavatele ateroskleerootilistele muutustele arteri seinas. Veresoone seina rebenemise vältimiseks tuleb iga takistuse kohal teha arterisse uus pikilõige. Veresoone valendik tuleb taastada tingimata kogu opereeritava segmendi ulatuses, sinna ei tohi jääda eemaldamisele kuuluva arteriseina või trombi osasid. Sagedamini esineb juht, kus patoloogiliselt muutunud arteri sisemisi kihte ei saa eemaldada kogu ulatuses. Siis lõigati distaalsemale alles jääva, patoloogiliselt muutunud *intima* serv ära ja õmmeldi üksikõmblustega arteri seina ülejäänud kihtide külge. Mitteõmblemisel võib arteri valendik pärast operatsiooni sulguda lapitaoliselt üles kerkiva *intima* tõttu ja tromboseeruda. Äärmiselt oluline on välja selgitada, kas *a. iliaca* ja *a. femoralis*'e bifurkatsioonikohad pole ummistunud. Selleks tuleb neis kohtades arter avada. Sageli asuvad *a. femoralis profunda* ja *a. iliaca interna* avades trombid

(tavaliselt lühikese ulatusega) — need tuleb kindlasti eemaldada. Seda on siin lubatud teha ilma arteriotoomiata oklusiooni distaalses osas. Trombi eemaldamine arterist toimus, sõltuvalt kahjustatud ala ulatusest, tavaliselt 4—6 pikilõike kaudu. Arteri lõikeavad õmmeldi kinni pärast trombi eemaldamist võimalikult suure läbimõõduga kateetri peal. Enne arteri lõplikku sulgemist tuleb klemmid või valendikku komprimeerivad kummitorud momendiks vabastada, et olla veendunud vabas verevoolus distaalses ning proksimaalses arteriotsas ja loputada välja klemmide piirkonda tekkida võivad värsked verehüübed. Viimaste õmbluste panemisel arteriotoomia kohale avatakse veel momendiks üks klemmidest, et väljutada arteri valendikku jääda võivat õhku.

Operatsioonijärgses perioodis toimus hepariini kasutamine vastavalt eespool kirjeldatud metoodikale.

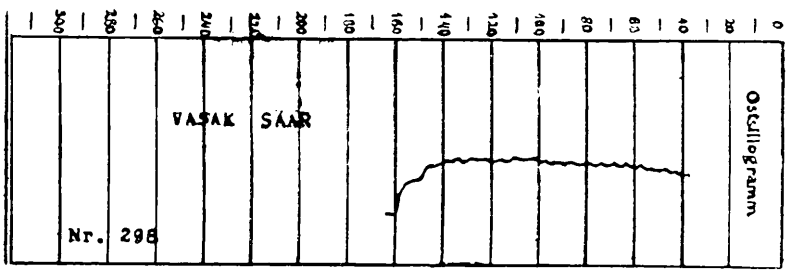
Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on intimotrombektoomiat oblitereeruva ateroskleroosi raviks kasutatud alates 1960. a. novembrikuust. Opereeritud on 10 haiget. Kolmel haigel eemaldati oklusioonid *arteria iliaca*'st ja 7 haigel *arteria femoralis*'est. Arterist eemaldatud sisekihtide pikkus oli 10—50 sm. Pärast operatsiooni paranes jäseme verevarustus 8 haigel. Labajalg muutus soojemaks. 5 patsiendil taastus *arteria dorsalis pedis*'e pulss. Enamikul uuritavatest täheldati haiglast lahkumisel ostsillograafiliste indeksite suhtarvu tõusu. Üksikutel haigetel saavutas indeksite suhe normaalsed väärtused. Ühel patsiendil esines pärast operatsiooni tüsistusena verejooks arterist; haiglast lahkumisel ei olnud subjektiivselt ega objektiivselt märgata paranemist. Teisel patsiendil, kel tehti operatsioon jäseme pregangrenoosse seisundi puhul, tuli jäse hiljem siiski amputeerida; haigel esines lisaks reiearteri segmentaarsele obliteratsioonile obliteratsioon *arteria tibialis posterior*'is ja *arteria tibialis arterior*'i tunduv ahenemine.

Allpool on toodud lühike kokkuvõte ühe patsiendi haigusloost.

63-aastane meeshaige (haiguslugu nr. 3698) viibis Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas ravil 15. XI—24. XII 1960. a. diagnoosiga *atherosclerosis obliterans membri inferioris sin. in stadio II B.*

Kaebused alajäsemete külmatundlikkuse ja väsimise üle esinenud 2 aasta jooksul. Positiivne *claudicatio intermittens*'i sümptoom esines pärast 200 m käimist. Viibinud kolmel korral konservatiivsel kliinilisel ravil. Seisundi paranemist ei saavutatud.

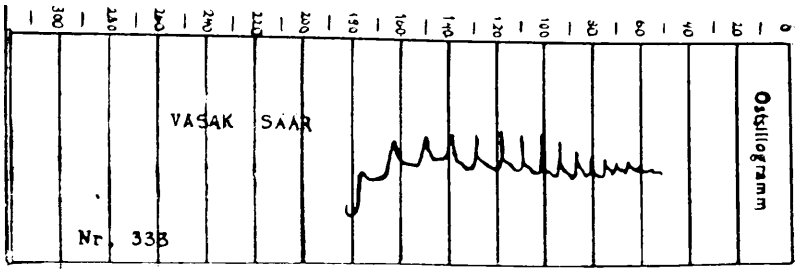
Ostsillogrammil vasakust säärest (17. XI 1960. a.) olid ostsillatsioonid nii enne kui pärast nitroglütseriinikatsu minimaalsed (1 mm) (joonis 4). *A. femoralis sin.* pulsatsioon palpeerimisel keskmise tugevusega.



Joonis 4. Ostsillatsioonide kõrgus vasemal säärel enne intimotrombektoomiat

Õndlaarteri ja säärearterite halva täitumise tõttu femoraalsel arteriograafial tehti vahetult enne operatsiooni (operatsiooni näidustuste lõplikuks väljaselgitamiseks) lahtine arteriograafia vasemas põlveõndlas. Selgus, et perifeersetes arterites (vt. joonis 1 tahvlil I) ei esinenud umbumisi ega olulisi aterosklerootilisi muutusi.

19. nov. 1960. a. teostati (kasutades üldnarkoosi) operatsioon — *intimothrombectomia a. femoralis sin.* Eemaldati 35 sm pikkune tromb koos *intima*'ga (joonis 5 tahvlil I). Pärast operatsiooni tehtud arteriogrammil oli reiearter kontrastainele läbitav kogu ulatuses (joonis 6 tahvlil I). Haiglast lahkumisel oli *arteria dorsalis*



Joonis 7. Ostsillatsioonide kõrgus pärast intimotrombektoomiat

pedis'e ja *arteria tibialis posterior*'i pulss palpeeritav. Labajalg oli teisest labajalast soojem. Ostsillatsioonid säärel olid 8 mm (joonis 7). Ostsillograafiliste indeksite suhtarv oli 1,33.

KIRJANDUS

1. Филатов А. Н. Тезисы докладов XXVII Всесоюзного съезда хирургов СССР. М., 1960, 66—68. — 2. Шабанов А. Н. Тезисы докладов XXVII Всесоюзного съезда хирургов СССР. М., 1960, 55—57. — 3. Филатов А. Н. В кн.: Ленинградская городская конференция по сосудистым заболеваниям нижних конечностей. Л., 1959, 3—4. — 4. Петровский Б. В., Крылова В. С., Бенедиктов Д. Д. Тезисы докладов XXVII Всесоюзного съезда хирургов СССР. М., 1960, 64—66. — 5. Филатов А. Н., Депп М. Е., Литманович К. Ю., Данилов Е. Н. и Коблов Л. Ф. В кн.: Ленинградская городская конференция по сосудистым заболеваниям нижних конечностей. Л., 1959, 55—56. — Литманович К. Ю. Вестн. хирургии, 1960, 10, 104—108. — 7. Barker, N. F., Cannon, J. A. AMA. Archives of Surgery, 1953, Vol. 66, 4, 488—495. — 8. Butcher, H. R. Surgery, 1958, Vol. 44, 6, 984—989. — 9. Cannon, J. A., Barker, W. F., Kawakami, J. G. Surgery, 1958, Vol. 43, 1, 76—93. — 10. Warren, R. Surgery, Gynecology, Obstetrics, 1957, Vol. 104, 5, 129—136. — 11. Wylie, E. J., Gardner, R. Surgery, 1955, Vol. 34, 3, 415—426. — 12. Coelho, H. M., Leeds, F. H., Freeman, N. E. Surgery, 1955, Vol. 37, 1, 105—114.

ОБ ИНТИМОТРОМБЭКТОМИИ ПРИ ТРОМБОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Линкберг, Э. Тюндер, К. Пыдер, Х. Тихане и *Х. Тикко*

Резюме

Для определения показаний к оперативному лечению тромбоблитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей необходимо, кроме общих клинических исследований, проведение артериографии.

В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы было проведено 10 интимотромбэктомий. В 8 случаях имелась облитерация бедренной артерии, в 2 — общей подвздошной артерии.

После операции в 8 случаях из 10 отмечалось улучшение состояния больных — наблюдалось повышение температуры кожи конечности и улучшение осциллографических показателей. В 5 случаях восстановился пульс тыльной артерии стопы.

KILPNÄÄRMEHAIGUSTE KIRURGILISE RAVI TULEMUSTEST

I. SKORODKO

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Vaatamata paljudele terapeutilistele meetoditele on struumahaigete ravi probleem kuni käesoleva ajani jäänud aktuaalseks.

Üheks efektiivsemaks ravimeetodiks türeotoksilise struuma puhul on kilpnäärme resektsioon. Struumahaigete operatiivse ravi täiustamises ja rakendamises on teeneid P. Desault'l, N. Pirogovil, T. Billrothil, T. Kocheril, A. Mistislavskil, A. Bobrovil, A. Martõnovil, O. Nikolajevil

A. Linkberg, E. Tünder, K. Põder, H. Tihane ja H. Tikko

Joonis 1. Põlveõndla arter ja säärearterid on kontrastainele läbitavad

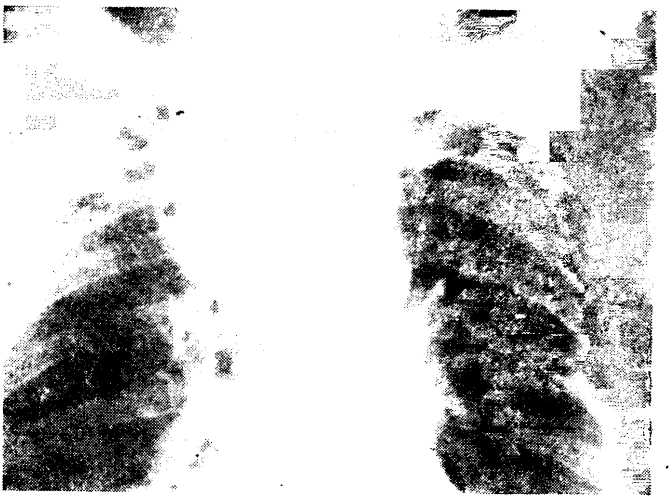
Joonis 3. Intimotrombektoomia reiearteril

Joonis 5. Operatsioonil eemaldatud tromb arteriseina kihtidega

Joonis 6. Reiearter on pärast intimotrombektoomiat kontrastainele kogu ulatuses läbitav

TAHVEL II

I. Skorodko



Röntgenogramm 1. Keskseinandi eesmises ülemises osas selgete piiridega suur ümar kasvaja, mis surub parema kopsu ülemisele sagarale

Röntgenogramm 2. Sama külgvaates

ja paljudel teistel [A. Lidski (1)]. Kilpnäärmeoperatsiooni meetodeid on modifitseeritud peamiselt järgmistel põhimõtetel: a) ligeerimine nelja kilpnäärmearteri kogu ulatuses koos struuma ühemomentse või kahemomentse resetseerimisega; jäetakse järele võrdlemisi väike kilpnäärmekõnt, mille verevarustus toimub läbi lisaarterite anastomooside (nn. klassikaline operatsioonimeetod); b) kilpnäärme kahepoolne kiilutaoline resetseerimine ilma kilpnäärme peamiste arteritüvede ligeerimiseta. Viimast meetodit kasutas esmakordselt A. Martõnov 1910. a. A. Martõnov ja teised arendasid kilpnäärme kiilutaolist resetseerimist koe maksimaalse eemaldamise suunas, mis lähenes struuma subtotaalsele resektsioonile. O. Nikolajev esitas kilpnäärme laiendatud subtotaalse resetseerimise meetodi kilpnäärmearterite harude subkapsulaarse ligeerimisega.

1952.—1959. a. tehti Tallinna Vabariiklikus Haiglas 108 kilpnäärmeoperatsiooni. Kõige rohkem operatsioone (97) oli viimase nelja aasta jooksul. Selle põhjuseks pole mitte struumahaigete arvu suurenemine, vaid ravi sagedasem rakendamine.

Meil opereeritud haigete hulgas oli meeste ja naiste suhe 1:7. Kõige noorem haige oli 21 a. vana, kõige vanem 62 a. Enamik haigeid oli 23—50 a. vanused, s. o. selles eluperioodis, mil naistel esinevad endokriinsed nihked seoses raseduse, sünnituse ja klimakteeriumiga.

29 haigel oli difuusne türeotoksikoosinähtudega struuma, 68 haigel — sõlmjas toksikoosinähtudega struuma, 7-l tavaline sõlmjas struuma, 4 haigel oli struuma koos pahaloomulise uudismoodustisega. 43 juhul tehti näärme subtotaalne resektsioon eelneva veresoonte ligeerimisega, 11 haigel teostati struuma ühepoolne ekstirpatsioon Kocheri järgi, kiilutaoline resektsioon eelneva veresoonte ligeerimisega tehti 13 korral, sõlme nürilt väljaprepareerimist (lüdimist) toimetati 19 korral ja O. Nikolajevi meetodi järgi opereeriti 22 haiget.

Haigeid oli eelnevalt pikema aja jooksul konservatiivselt ravitud, näiteks 1—5 aastat — 53 haiget, 6—10 aastat — 29 haiget ja üle 10 aasta — 26 haiget. Et ravi mainitud aja jooksul tulemusi ei andnud või olid tulemused lühiajalised, saadeti haiged operatiivsele ravile.

Mainitud haigetel esines esmane toksikoosinähtudega struuma ainult 37 juhul, ülejäänutel tekkis türeotoksikoos teiseselt. Seepärast esines 93,5% opereeritud haigetest 3.—4. astme türeotoksikoos ja 4 haigel kilpnäärme pahaloomuline uudismoodustis.

Paljud autorid [I. Ahhunbajev (4), O. Nikolajev (2)] teevad ettepaneku arvestada sõlmja struuma iga juhtu vanemas ja keskmises eluеas kui vähieelset seisundit, lihtsat, ilma toksikoosinähtudeta struumat kui eeltoksilist. Järelikult tuleb profülaktikat teostada õigeaegse operatiivse ravi näol. Kui püsivat paranemist ei saavutata, ei ole pikemaajaline terapeutiline ravi otstarbekohane.

Operatsioonieelne ettevalmistus vältas keskmiselt kuni 10 päeva, väljendunud intoksikatsiooni korral 20—30 päeva. Manustati broomi, joodi, B_1-vitamiini, niristati 40%-list glükoosi koos metüültiouratsiiliga. Põhikäive türeotoksilise struumaga haigetel oli alati kõrgenenud, kuid ei vastanud iga kord haiguse kliinilisele raskusele; näiteks oli II astme türeotoksikoosi korral põhikäive vahel kõrgem kui III ja IV astme puhul.

Kuni 1957. aastani tehti meil kilpnäärmeoperatsioone ilma potentseeritud tuimastamiseta ja haiged talusid operatsiooni, samuti operatsioonijärgset perioodi halvasti. Operatsiooni ajal tuli teha vere- ja verdasendavate lahuste ülekandeid šoki vastu. Alates 1957. aastast hakati meie haiglas rakendama potentseeritud tuimastamist (anestesioloog B. Lehepuu). Käesolevaks ajaks on sellise tuimastamisega opereeritud 47 haiget. Operatsiooniks ettevalmistamine ja paikse tuimastamise potentseerimine toimus meie haiglas (teiste kliinikute kogemuste põhjal) järg-

miselt: 1 päev enne operatsiooni anti haigele 0,1 luminaali või 0,2 nembutaali. Operatsiooni eelõhtul süstiti lihasesse segu, mis sisaldas 1 ml 2,5%-list aminasiinilahust, 2 ml 2%-list promedooli-, 5 ml 0,5%-list novokaiini- ja 1 ml 5%-list B_1-vitamiini lahust. Operatsioonipäeval süstiti haigele sama segu.

Selle meetodi puhul (kombineeritult paikse tuimastusega) kulgeb operatsioon tunduvalt rahulikumalt kui ainuüksi paikse anesteesiaga. Haiged olid unises või poolunises olekus, ülierutuse nähte neil ei esinenud. Esimestel operatsioonijärgsetel päevadel olid haiged rahulikumad kui haiged, keda oli opereeritud ainult paikse tuimastusega. Operatsioonijärgne ravi seisnes ainult 20 ml 40%-lise glükoosilahuse süstimises esimese 2—3 päeva jooksul — see osutus küllaldaseks.

Peame vajalikuks esitada lühikese väljavõtte haigusloost. Tegemist on meie tähelepanekutes ainukese operatsiooniga, kus rakendati intubatsioonnarkoosi struuma puhul, mis asetses eesmises keskseinandis.

Haige M., 52 a. vana, saabus haiglasse 18. 05. 1959. a. (haiguslugu nr. 7229) kaebustega pidevate valude üle rindkere vasakus pooles ja rinnaku taga. Peab ennast haigeks umbes 2 aastat. 1952. a. avastati röntgenoskoopia puhul juhuslikult keskseinandi kasvaja. Kuni haiglasse saabumiseni ei ole arsti poole pöördunud. Haige korrapärase kehaehitusega, rahuldava toitumusega. Rindkere perkuteerimisel kõikide kopsuosade kohal selge kopsukõla. Hingamine vesikulaarne. Südamepiirid vasakule nihkunud, toonid tuhmid. Pulss 70 lööki minutis, rütmiline. Vererõhk 110/60 mm. Ülevaatlikul röntgenogrammil ja rindkere röntgenoskoopial külgneb keskvarjuga ja aordikaare varjuga ümmargune, täpsete kontuuridega vari, diameeter 15×18 sm (vt. tahvel II, röntgenogramm 1 ja 2). Tomogrammidel ümmargune, 15×18 sm suurune vari; eesmise keskseinandi ülemises osas vari siledate kontuuridega, surub hingetoru valendikku eest taha ja paremale. Vere analüüs — hgb. 97%, leukots. 10600, SR — 3 mm, diagnoos: keskseinandi tsüst.

28. 05. 59. a. operatsioon (V. Solovjov) — parempoolne eesmine-külgmine torakotoomia intratrahheaalse eeter-hapniknarkoosi all. Operatsiooni käigus süstiti perioodiliselt 2%-list diplatsiinilahust (kokku 9 ml). Eesmises keskseinandis, kopsujuure ülemise ääre ja rinnaku vahekohal asetses meherusikasuurune tsüstoosne kasvaja, mis vabastati kuni varreni. Tsüsti vars kulges hingetoru mööda kaelani. Tehti kaelusetaoline lõige kaelal ja eraldati kilpnäärme parem sagar, mille külge kinnitus tsüsti vars. Tsüst punkteeriti ja see tõmmati kokkulangenud olekus kaelahaava kaudu välja. Tsüsti vars ligeeriti ja lõigati läbi. Haavad õmmeldi kinni. Operatsioonijärgne kulg tüsistusteta. Haige kirjutati välja 27. 06. 59. a. rahuldavas seisundis. Preparaadi histoloogiline uuring: prolifereerunud kolloidne struuma fõtaalse adenoomi aladega. Lõppdiagnoos: keskseinandi tsüstiliskolloidne struuma.

Operatsioonijärgsetest tüsistustest statsionaaris esines ühel haigel abstsedeeruv pneumoonia. Surmaga lõppenud juhte ei olnud.

Türeotoksikoosiga struuma operatiivse ravi kaugtulemused on paremad neil juhtudel, kui haigetel ei ole veel selle tagajärjel tekkinud tagasipöördumatud muutused südames ning veresoonkonnas ega kujunenud kesknärvisüsteemi püsivad häired. Sellega seletub ka see, et 5 haigel säilisid pärast operatsiooni ilma nähtavate põhjusteta südame ning veresoonkonna ja närvisüsteemi häired, mis väljendusid tahhükardias, ärritatavuses jne., olgugi et vähemal määral kui enne operatsiooni.

Operatiivse ravi tulemused sõltuvad suurel määral meetodi valikust ja operatiivse vahelesegamise radikaalsusest. Nimelt suhteliselt suure näärmeköndi allesjätmisel, nagu see toimub «klassikalise» ja teiste operatsioonimeetodite korral, eriti kui haigel oli enne operatsiooni raske türeotoksikoosiseisund, vähenevad operatiivse ravi positiivsed tulemused tunduvalt, nagu väidab O. Nikolajev (2, 3) ja kinnitavad teised autorid.

Meie dispanseersete andmete alusel täheldati mõni kuu pärast operatsiooni 3 opereeritud haigel keskmise raskusega müksödeemi. Seda tüsistust võib seletada sellega, et kõigile kolmele haigele tehti kilpnäärme subtotaalne resektsioon sellele eelneva näärme ülemiste ja alumiste arterite ligeerimisega mõlemal pool, mis häiris näärme toitumist. Kahel hai-

gel esines struuma retsidiiv, mis tekkis arvatavasti sellepärast, et nendel haigetel resetseeriti nääre kiilutaoliselt, kuid sellest ei piisanud haiguse likvideerimiseks. O. Nikolajevi meetodi järgi tehtud operatsioonide järel meie tüsistusi ei täheldanud.

Operatsioonimaterjali histoloogilise uurimise andmed 85 haige kohta olid: 1) 16 haigel makrofollikulaarne kolloidne struuma; 2) 29 haigel mikrofollikulaarne kolloidne struuma; 3) 34 haigel segavorm; 4) 2 haigel Hashimoto türeoidiit; 5) 4 haigel pahaloomuline uudismoodustis.

Kokkuvõte

1. Türeotoksikoosinähtudega struuma pikaajalise tulemusteta konservatiivse ravi puhul võivad haigetel tekkida südamelihases ja närvisüsteemis tagasipöördumatud muutused, samuti struuma väärastumine pahaloomuliseks kasvajaks. Selliste tüsistuste profülaktikaks on õigeaegne operatiivne ravi.

2. Potentseeritud tuimastamise rakendamine türeotoksioosihaigete operatsiooniks ettevalmistamisel kergendab tunduvalt operatiivse vahelesegamise ja operatsioonijärgse perioodi kulgu.

3. Türeotoksikoosinähtudega struuma operatiivne ravi O. Nikolajevi meetodi järgi ei põhjustanud selliseid tüsistusi nagu müksödeem ja struuma retsidiivid.

KIRJANDUS

1. Лидский А. Т. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1955, 6, 113—116. — 2 Николаев О. В. Хирургия, 1951, 1, 37—50. — 3. Николаев О. В. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1955, 1, 33—39. — 4. Ахунбаев Н. К. В кн. «Сборник научных трудов Киргизского мединститута». Фрунзе, 1950, 183—187.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. Скородько

Резюме

За последние 9 лет хирургическому лечению по поводу заболеваний щитовидной железы подверглись 108 больных, из которых 97 с тиреотоксическим зобом, 4 с злокачественным перерождением щитовидной железы и 7 с простым узловатым зобом. Субтотальных резекций с предварительной перевязкой сосудов произведено 43, односторонних экстирпаций железы 11, клиновидных резекций с предварительной перевязкой сосудов 13, вылущиваний узла 19 и операций по методу О. В. Николаева 22.

С 1957 г. операции производились под потенцированной местной анестезией.

Проверкой отдаленных результатов хирургического лечения больных было установлено, что наименьшее количество осложнений дали операции, произведенные по методу О. В. Николаева.

ANESTEESIAST RASKE TÜREOTOKSIKOOSIGA HAIGETE OPERATIIVSEL RAVIL

Arstiteaduse kandidaat *A. KLIIMAN* ja *L. VEEBER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Heade püsivate ravitulemuste kõrval türeotoksikoosihaigete operatiivsel ravil näeme, et operatsiooni ajal ja vahetult pärast operatsiooni tekib osal haigetest järsk türeotoksikoosisümptoomide ägenemine, mis halvendab ravialuste üldseisundit ja võib põhjustada surma.

Türeotoksikoosi puhul on organism erutusseisundis [V. Vassiljeva (1)], sümpaatilise närvisüsteemi toonus ja ainevahetus kõrgenenud [I. Pjatsetski ja Z. Šihhova (2)], kardiovaskulaarne süsteem ja parenhümatoossed elundid kahjustunud [G. Bussel (3)] ning neerupealiste koorolluse funktsioon langenud [I. Šereševski (4)].

Kesknärvisüsteemi kõrgenenud erutusseisundile on iseloomulik suurenenud ja muutunud tundlikkus mitmesuguste mõjutuste suhtes. Oluline on nende haigete mõjustatavus teise signaalsüsteemi kaudu. Sõnalised ja situatsioonilised ärritajad põhjustavad neil valusid ning raskeid elamusi operatsiooni ajal ja pärast seda. Sugeneb hirm operatsiooni tulemuste pärast.

Seisundi halvenemine operatsiooni ajal sõltub ühelt poolt haige organismi seisundist (türeotoksikoosi raskus, kõrgenenud neuropsüühiline erutatavus, muutused kardiovaskulaarses ja teistes süsteemides) ning teiselt poolt operatsiooniaegse trauma raskusest (eriti valuärrituste intensiivsusest ja valutustamise efektiivsusest). Postoperatiivses perioodis lisandub neile veel operatsioonihaava toksiliste ainete resorptiivne toime. Kõigi nende faktorite koosmõjul võib raske türeotoksikoosiga haigetel sageli täheldada nn. postoperatiivset türeotoksilist kriisi 2—3 päeva vältel pärast operatsiooni.

Mainitud tegureid arvestades püüti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgia osakonnas maksimaalselt vähendada opereeritavate haigete psüühilist ja füüsilist traumeerimist. Selleks rakendati lokaalanesteesiat Višnevski järgi ja mõningaid sedatiivseid vahendeid. Situatsioonifaktorite negatiivse toime vähendamiseks allutati haiged säästvale ravirežiimile.

Kirjeldatud võtete rakendamisel oli haigete seisund operatsiooni ajal ja postoperatiivsel perioodil parem. Türeotoksiliste nähtude ägenemine oli vähema ulatusega ja operatiivse ravi resultaadid paranesid. Raske türeotoksikoosiga haigete opereerimisel osutus nende võtete terapeutiline efekt siiski ebarahuldavaks. Selline olukord sundis meid muutma ja täiustama raskete türeotoksikoosihaigete ravi.

1955. a. alates oleme rakendanud türeotoksikoosihaigete raviks aminasiini. Aminasiini toime peamiseks ründepunktiks on *formatio reticularis*'e rostraalne ja hüpotaalamuse tagumine piirkond. Nende kesknärvisüsteemi osade vahendusel toimub sümpatoadrenergiliste mehhanismide mobiliseerimine, mis peavad kindlustama organismi valmisoleku võitluseks kahjustava välismõjustusega [P. Anohhin (5)]. Kirurgilisele vahelesegamisele vastab organism reaktsioonidega, mis mitte üksnes ei adapteeri organismi uutele tingimustele ega kompenseeri organismis tekkinud muutusi, vaid mis võivad ühtlasi muutuda patoloogilisteks ja viia organismi isegi hukkumisele [Selye, tsiteeritud I. Žorovi järgi (6)]. Pärssides *formatio reticularis*'e tegevust kutsub aminasiin esile nii tsentripetaalsete kui ka tsentrifugaalsete, eriti vegetatiivseid süsteeme mobiliseerivate impulsside voolu vähenemise [P. Anohhin (5)].

Vähemal määral mõjustab aminasiin sümpaatilist närvisüsteemi. Adrenaliini aktiivsus organismis säilib [P. Mazzoni, D. Giarnieri, G. Manni (10)]. Aminasiin pärsib nõrgalt kolinoreaktiivseid süsteeme ja toimib nõrga antihistamiinse ainena. Aminasiin langetab ainevahetust, kehatemperatuuri ja arteriaalset vererõhku. Türeoidiini aktiivsus aminasiini toimel langeb [A. Smirnova (7)].

Vegetatiivsete reaktsioonide pärssimise ühekülgsuse vältimiseks rakendatakse aminasiini nn. lüütilises segus [A. Laborit ja P. Huguenard (8)]. Kui manustasime operatsioonieelses perioodis 1—3 päeva vältel aminasiini (25 mg) koos dimedrooliga (40 mg), langesid haigetel neuropsüühiline erutatavus ja emotsionaalne toonus, uni pikenes, kehatemperatuur normaliseerus ning hemodünaamika häired vähenesid.

30—40 min. enne operatsiooni süstime lihasesisesi järgmise koostisega lüütilist segu:

Sol. Aminazini	2,5%	— 1,0—2,0
Sol. Dimedroli	2%	— 2,0
Sol. Promedoli	2%	— 2,0
Sol. Pyramidoni	5%	— 5,0
Sol. Novocaini	2%	— ad. 15,0

Enamikul patsientidest tekib poolune seisund. Nad on rahulikud, ükskõiksed miljöö ja oma isiku suhtes. Operatsiooni ajal reageerivad haiged ärritustele nõrgemalt. Operatsioonijärgsel perioodil vähenevad 1—2 päeva vältel aminasiini manustamisel türeotoksilise kriisi nähud. Selline meetod ei ole tüsistusi põhjustanud. Alati ei õnnestu aga vältida hemodünaamika häireid, eriti tahhükardiat.

Hemodünaamika häiretest on postoperatiivses perioodis raske türeotoksikoosiga haigetel kõige ohtlikumad tahhükardia ja arteriaalse vererõhu tõus. Nende häirete vältimiseks oleme süstinud veeni novokaiini 0,5—1,0%-list lahust 10—20 ml. Novokaiin laiendab koronaararteid, takistab fibrillatsiooni ja tahhükardiat, langetab vererõhku, laiendab bronhe, toimib diureetiliselt ja kutsub esile eufooriat [A. Laborit ja P. Huguenard (8)]. Kuna novokaiin toimib lühiaegselt, võtsime kasutusele heksooni, mis on tuntud gangliolüütilise vahendina. Sümpaatilise närvisüsteemi toonust alandades toimib see vererõhku langetavalt ja veresoonkonna reaktsioone pärssivalt. Samuti pärsib heksoon kilpnäärme talitlust ja hüpofüüsi türeotroopse hormooni produktsiooni [P. Denissenko (9)]. Seetõttu on türeotoksikoosihaigetel heksooni manustamine näidustatud operatsiooni ajal, selleks ettevalmistamisel ja operatsioonijärgsel perioodil.

Oleme rakendanud heksooni 2,5%-list lahust 0,2—0,5 ml süstetena veeni 3—5-minutiliste vaheaegadega, kuni vererõhu ja pulsisageduse stabiliseerumiseni soovitud tasemel. Tavaliselt saime küllaldase terapeutilise efekti 15—25 mg heksooniga. Heksooni rakendamisel operatsiooni ajal väheneb tunduvalt operatsioonihaava veritsemine.

Narkoosi on peetud struumaresektsiooni puhul vastunäidustatuks, sest puudub võimalus kontrollida *n. recurrens*'i intaktsust narkoosimaski tõttu. Seepärast oleme rakendanud struumaresektsioonil intrakapsulaarset veresoonte ligeerimist ja intubatsioonnarkoosi.

Oleme kasutanud struumahaigetele narkoosi andmisel alljärgnevat metoodikat. Operatsioonieelses perioodis manustatakse patsiendile vastavalt individuaalsele näidustusele neuropleegilisi vahendeid, heksooni, reserpiini, uinuteid, südamevahendeid, kortisooni ja C- ja B-grupi vitamiine. 2 tundi enne operatsiooni süstitakse haigele lihasesse eespool mainitud koostisega lüütiline segu. Uinutamist alustatakse palatis *sol. atropini* 0,1%-lise lahuse 0,3—0,5 ml ja sellele järgneva 2,5%-lise pentotaallahuse süstimisega veeni. Teadvuse kadumise järel transporditakse haige operatsioonituppa, kus narkoosi süvendatakse sama lahuse täiendava süstimisega kuni mälumislihaste lõõgastumiseni. Lühiajalise lihaserelaksandi (ditiliin, lüstenoon 100 mg) süstimise järel kurariseeritud haige intubeeritakse ja rakendatakse naerugaas-hapniknarkoosi vahekorras 3 : 1 kuni 2 : 1 koos juhitava hingamisega. Hemodünaamiliste häirete puhul (tahhükardia, kõrgenenud vererõhk) manustame täiendavalt veenisisesi heksooni. Operatsioonikulg on sellise metoodika puhul rahulik, haav veritseb vähem ja kontrollitavad füsioloogilised näitajad püsivad stabiilsetena.

Peame oluliseks, et narkoosi andmist alustataks palatis, ilma et haige seda teaks. Sellega võime vältida emotsionaalselt põhjustatud raskeid hemodünaamika häireid vahetult enne operatsiooni.

Narkoos lõpetatakse ja haige ärkab kohe pärast operatsiooni. Haige on pärast ärkamist kergekujulises hämarolekus ja hüpotermias (kehatemperatuur on 35° C piires).

Operatsioonijärgses perioodis jälgitakse esimestel päevadel pidevalt füsioloogilisi näitajaid. Temperatuuri, vererõhu ja pulsisageduse kõrgenemisel rakendame täiendavalt neuropleegilisi vahendeid koos heksooniga ja vajaduse korral ka füüsikalist jahutamist. Vastavalt näidustustele manustame südamevahendeid. Sellist menetlust ei ole tulnud rakendada enam kui 2 päeva, s. o. resorptiivse perioodi vältel.

Eespool kirjeldatud kompleksravi metoodikaga oleme saanud häid tulemusi üliraskete türeotoksikoosivormidega haigetel, kelle puhul tavaliselt kirurgilisest ravist ära öeldakse.

Esitame väljavõtte haigusloost nr. 286, 1961. a.

Haige A. L., 60 a. vana. Diagnoos: *struma* 4/III; *thyreotoxicosis gr. gravis; insufficientia cardiovascularis chron. IIa.* Haigel esinevad paroksüsmaalse tahhükardia hood meditsiinitöötaja lähenemisel voodile (pulsifrekventsi tõus üle 200/min., hingeldus). Esineb *arhythmia absoluta.* Haige opereeriti ülalkirjeldatud metoodikaga 11. veebr. 1961. a. Operatsiooniaegne ja -järgne kulg tüsistusteta. Tahhükardia lakkas täielikult kolmandaks postoperatiivseks päevaks. Patsient tervistus.

Struumahaigete opereerimisel eelistame kirjeldatud kombineeritud narkoosi, eriti raske türeotoksikoosiga, psüühiliselt labiilsete ja müokardikahjustusega haigete puhul, samuti suuremõõtmeliste retrosternaalselt paiknevate struumade, retsidiivstruumade ning eelnevalt kiiritusravi saanud haigete puhul, ja ka lastel ja nendel haigetel, kes ise soovivad narkoosi rakendamist.

Struumahaigete kirurgilises ravis peame oluliseks komplekssе teraapia individualiseeritud rakendamist. Skemaatilisus vähendab tunduvalt esitatud metoodikas peituvaid võimalusi.

Kirjeldatud komplekssе metoodikaga on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgia osakonnas viimase 3 aasta vältel opereeritud ligi 400 struumahaiget, kusjuures ei esinenud ühtegi surmajuhtu ega mainimisväärseid tüsistusi.

KIRJANDUS

1. Васильева А. Г. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1955, 3, 46—65. — 2. Пясецкий И. Р. и Шихова З. В. Пробл. эндокринол., 1937, т. 11, 4, 549—557. — 3. Бруссель Г. А. Гемодинамика при болезни Базедова. Автореферат докторской диссертации, Ташкент, 1949. — 4. Шерешевский И. А. Тиреотоксикоз. М., 1952, — 5. Анохин П. К. Tsiteeritud raamatust: Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. М., 1959. — 6. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. М., 1959. — 7. Смирнова А. В. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1958, 3, 22—27. — 8. Лабори А. и Гюгенар П. Гибернотерапия (искусственная зимняя спячка) в медицинской практике. М., 1956. — 9. Дениссенко П. П. Ганглиолитики. Л., 1959. — 10. Mazzoni P., Giarnieri, D., Manni, G. Minerva anestesiol., 1958, 25, 5, 175—181. Ref.: Мед. реф. ж. 1958. Разд. II, 12, 7.

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

А. Клийман и *Л. Веэбер*

Резюме

Наряду с благоприятным течением и исходом оперативного лечения больных с тиреотоксикозом иногда, во время операции, непосредственно или спустя 2—3 дня после нее наблюдается обострение явлений тиреотоксикоза, ухудшающее общее состояние больного и могущее вызвать летальный исход.

Ухудшение состояния после операции зависит от тяжести тиреотоксикоза, повышенной возбудимости, изменений в сердечно-сосудистой и других системах, а также от тяжести операционной травмы и эффективности обезболивания. После операции значение имеет всасывание токсических веществ из операционной раны.

Применение местной анестезии по Вишневскому и успокаивающих нервную систему средств не давали желаемого терапевтического эффекта, хотя несколько улучшали результаты лечения.

Внутримышечное введение перед операцией т. н. «литической смеси» (смесь растворов аминазина, димедрола, промедола, пирамидона и новокаина) снижало возбудимость больных и предупреждало обострение тиреотоксикоза, но не снимало нарушений гемодинамики.

Внутривенным вливанием раствора новокаина удавалось на короткое время предупреждать повышение артериального давления и тахикардию. Лучшие результаты давало внутривенное введение гексона.

Наилучшие результаты были получены при интубационном наркозе и внутрикапсулярной перевязке сосудов.

В предоперационный период больные получают нейроплегические средства, гексон, резерпин, сердечные, кортизон, витамины С и В. За два часа до операции вводится т. н. «литическая смесь». В палате вводят внутривенно раствор пентотала, после чего больной транспортируется в операционную, где после повторного введения пентотала и релаксантов операция проводится под наркозом закисью азота с управляемым дыханием.

Иссечение зоба под описанным комбинированным наркозом давало хорошие результаты у больных с тяжелейшими формами тереотоксикоза.

В течение последних 3-х лет в хирургическом отделении Тартуской республиканской больницы без летального исхода в серьезных осложнениях было оперировано около 400 больных зобом.

PSITAKOOS EHK ORNITOOS

(Kirjanduse ülevaade)

Arstiteaduse kandidaat *G. MEDINSKI* ja *H. PIHL*

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

Esimene kirjeldus haigestumisest psitakoosi ehk ornitoosi pärineb 1875. aastast, mil T. Jurgensen (17) seostas atüüpiliselt kulgeva kopsupõletiku papagoi haigestumisega. Laialdasemalt hakkas haigus levima papagoide eksportimisega Brasiiliast ja Kolumbiast (9), kus on soodsad looduslikud tingimused ornitoosikollete tekkimiseks.

Haigestumist nimetas esimesena psitakoosiks (ψίττακος — kr. papagoi) A. Morange (19) 1895. a. Psitakoosi viirus avastati 1930. a. (3) Saksamaal (W. Levinthal), Inglismaal (A. Coles) ja Ameerikas (R. Lillie). Varsti aga hakati seda viirust avastama mitte ainuüksi papagoidel, vaid ka paljudel teistel lindudel. 1934.—1937. a. levis näiteks Fääri saartel ja Islandis ulatuslik psitakoositaud, mille põhjustasid tormilinnud, keda kohalikud elanikud kasutavad toiduks (2, 9, 11). F. Weyer (22) viitab ligi 60 linnuliigile, kelle esindajatel on avastatud psitakoosiviirust. I. Bezdenežnõhhi (3) andmetel oli 1961. a. selle viiruse esinemine kindlaks tehtud juba 91 linnuliigil. Lähtudes nendest andmetest soovitatakse kaasajal kitsapiiriline termin psitakoos asendada nimetusega ornitoos (ὄρνις — kr. lind). Mõned autorid soovitavad säilitada psitakoosi nimetuse neil juhtudel, kui on olemas ilmne seos inimese ja papagoi haigestumise vahel, nakatumisel teistest lindudest tuleks aga kasutada diagnoosi «ornitoos». I. Terskihh (10, 11), I. Bezdenežnõhh (2, 3) jt. leiavad, et selline jaotus on kahjulik ja desorienteeriv. Nende arvates on ornitoosi allikaks alati olnud mitmesugused linnud, aga mitte ainuüksi papagoid. Varem, kui ei tuntud veel haiguse laboratoorset diagnoosimist, seoti haigestumisi peamiselt papagoidega, sest haigusnähud väljenduvad neil palju ägedamalt kui teistel lindudel, kel see jäi pahatihti lihtsalt diagnoosimata. Enamik autoreid (11, 21 jt.) ei ole leidnud erilisi erinevusi papagoidelt ja teistelt lindudelt isoleeritud viiruste vahel.

Ornitoosiviirus on mõõtmetelt (300—450 mμ) senini avastatud viirustest üks suuremaid (6,21). Viiruse vastupidavust mitmesuguste füüsikalis-keemiliste tegurite suhtes kirjeldavad paljud uurijad (2, 3, 8,

10 jt.). Nagu enamik teisi viirusi, on ka ornitoositekitaja võrdlemisi tundlik kuumutamise suhtes ja vastupidav madalale temperatuurile. Viirus inaktiveerub +60° C juures juba 10 minutiga, kuid külmutatuna —70° juures säilib 2—4 aastat. Viirusi avastatakse ka talvel maetud ja hiljem üleskaevatud lindude korjustes (22). Kuivalt säilib viirus väliskeskkonna esemeil mitu tundi. 0,1%-line formaliini- ja 0,5%-line fenoolilahus surmab viiruse 24—36 tunni jooksul. Ornitoosiviirusel on tugevad toksigeensed omadused. W. Behr (15) rõhutab viiruse suurt pneumotroopsust. Viirus sisaldab nii termostabiilseid kui ka termolabiilseid antigeene ja kasvab kõigil tuntud koekultuuridel (tavaliselt kultiveeritakse teda kanaembrüol või valge hiire organismis).

Mis puutub ornitoosi epidemioloogiasse, siis, nagu öeldud, on haiguse peamiseks allikaks linnud. Eriti vastuvõtlikud on ornitoosile papagoid, haigus kulgeb neil raskesti ja lõpeb 50% juhtudest surmaga (15). Ornitoosi allikaks võivad olla paljud inimestega kokkupuutuvad linnud — peale toalindude (papagoi, kanaari lind jt.) võivad haigust levitada kanad, pardid, kalkunid, samuti inimasulate läheduses pesitsevad linnud (tuvid, varblased, kuldnokad jt.) (2, 7, 9, 15). Kirjanduses leidub rohkesti andmeid tuvide nakatatuse kohta. Nii uuris F. Weyer (22) Hamburgis 112 tuvi, neist 11-l (9,8%) leidis ta ornitoosiviiruse; 104 uuritud tuvist 25-l (24%) oli aga positiivne komplemendi sidumise reaktsioon. P. Eckey (16) andmeil esinevad Belgias 69,9, Austraalias 52 ja Iisraelis 25 protsendil tuvidest vereseerumis ornitoosiviiruse antikehad. L. Višnjakova kaasautoritega (4) uuris ühes Leningradi nakkuskoldes 19 tuvi, neist 7-l avastas ta komplementi siduvad antikehad.

Üldiselt on ornitoosile vastuvõtlikumad noorlinnud. Vanemad isendid võivad haigust põdeda kergete, sageli raskesti märgatavate nähtudega. Ornitoosi haigestunud linnud on harilikult loiud, istuvad, pea ja tiivad longus, suled on sakrunud. Haigete lindude nokaavadest väljub nõret, neil esineb kõhulahtisus, roojas võib leiduda verd. Paranenud linnud võivad jääda pikemaks ajaks viiruseeritajateks (2).

Epidemioloogiliselt on oluline, et ornitoosiviirust on avastatud ka loomadel (2, 3, 11), näit. kassidel, koertel, lammastel, sigadel, vasikatel ja lehmadel, kes võivad tõenäoliselt samuti kujuneda nakkusallikateks.

Ornitoosi levikumehhanismi selgitamisel rõhutatakse kõige sagedamini aerogeenset levikut (2, 18, 20, 21). Haiged linnud eritavad ornitoosiviirusi väliskeskkonda nokanõrega ja väljaheidetega. Viirustega saastub linnu sulestik ja tema ümbrus. Tolmuga ja udusulgedega võivad viirused kanduda õhku. A. Kukowka kaasautoritega (18) kirjeldab ornitoosijuhte isikute hulgas, kes elasid linnufarmist 50—80 meetri kaugusel ja kellel polnud nende lindudega mingisugust kokkupuutumist. Nakkus võib levida ka saastunud käte vahendusel (9).

L. Višnjakova kaasautoritega (4) annab ülevaate ornitoosipuhangust Leningradis, kus inimesed nakatusid ventilatsiooniavades ja -käikudes pesitsevatest tuvidest. R. Sigg (20) kirjeldab 51-aastase kindlustusagendi haigestumist: nakkusallikaks oli metsast haigena leitud ja koju toodud öökull (öökull oli agendile kallale tunginud ja tekitanud nahavigastusi). I. Siegmund (20) kõneleb kirikuõpetaja haigestumisest ornitoosi (nakkus oli saadud kellatorni koristamisel tuvisõnnikust).

Kõige sagedamini haigestuvad ornitoosi linnufarmide, loomaaedade, tapamajade linnuosakondade jt. töötajad (2, 6, 10, 12, 13, 15, 16, 18), mistõttu ornitoosi võib pidada teatud määral ka kutsehaiguseks.

Haigestumine ornitoosi võib piirduda sporaadiliste juhtudega või esineda epideemiliste puhangutena. I. Bezdenežnõhh (2) liigitab ornitoosipuhangud elukondlikeks, tööndusliikeks, elukutsega seotuiks ja laboratoorseteks. Kõige laiaulatuslikuma iseloomu võivad võtta elukutsega seotud puhangud. I. Terskihh (10) kirjeldab ornitoosipuhangut ühes Moskva oblasti linnuvabrikus, kus kuu jooksul haigestus 60% töötaja-

test. Haiguse allikaks olid siin pardid. Ornitoosi levikut laboratooriumis kirjeldavad T. Rosebury ja E. Kabat (8), kes ühtlasi viitavad võimalusele kasutada ornitoosiviirusi bakterioloogilise relvana.

Ornitoosijuhte võib nähtavasti esineda igal aastaajal. I. Siegmundi (20) ja R. Siggi (21) andmeil sageneb haigestumine ornitoosi aasta teisel poolel. A. Kukowka ja kaasautorite (18) poolt kirjeldatud puhang esines aga südasuvel. I. Bezdenežnõhh (2, 3) rõhutab, et elukondlikud puhangud, kus haigestumise allikaks on peamiselt tuvid, võivad puhkeda mistahes aastaajal. Kutsetööga seotud haigestumised sagenevad aga lindude peamisel tapaperioodil (maist kuni augustini).

Ornitoosi haigestuvad sagedamini naised (2, 3), peamiselt keskealised. Kuni 10 a. vanused lapsed haigestuvad harva (2). Nähtavasti on see tingitud asjaolust, et linnukasvatusmajandeis töötavad peamiselt täiskasvanud naissoost isikud.

Nakkusallikaks võib vahel olla ka haige inimene (2, 6, 8). P. Eckey (16) järgi on maailmakirjanduses kirjeldatud üle 80 juhu, kus nakkus on levinud inimeselt inimesele.

Ornitoosi kliinilised nähud on võrdlemisi mitmekesised. Inkubatsiooniperiood vältab ühtede autorite järgi [(21) jt.] 10—18, teiste järgi 6—14 päeva (2, 7). Prodromaalnähtudena võivad esineda väsimus, peavalu ja liigesevalud. Enamikul algab haigus järsu temperatuuritõusuga ja külmavärinatega. Palavik võib tõusta 39—40°-ni ja püsida raskematel juhtudel 9—20 päeva. A. Kukowka kaasautoritega (18) märgib õigesti, et need banaalsed haigusnähud esinevad ka paljude teiste bakteriaalsete ja viiruslike nakkuste puhul, mistõttu neil ei ole erilist diferentsiaaldiagnostilist väärtust. Haigetel tekivad peagi ülemiste hingamisteede ja kopsude kahjustusega seotud sümptoomid. Kopsupõletiku nähud ilmnevad harilikult esimese haigusnädala lõpul (15, 18 jt.). Tekib köha, rahuseisundis düspnoe, võib erituda röga. Rindkere koputlemisel ja kuulatlemisel harilikult mingisugust patoloogiat ei täheldata. Röntgenoloogilisel uurimisel avastatakse aga kopsude allosas (sagedamini vasemal) esialgu kiilutaoline, hiljem laienev infiltraat (2). W. Behr (15) jt. juhivad tähelepanu sellele, et erinevalt teiste viiruste poolt põhjustatud kopsupõletikkudest (eriti gripp) ei esine ornitoosi korral peaaegu kunagi pleurakahjustusi. Võrdlemisi sageli kahjustub ornitoosihaigeil südamelihas (15, 18, 21 jt.), raskematel juhtudel võib tekkida kollaps.

Sooletraktis erilisi muutusi ei esine. Haigete keel on harilikult kaetud ja paksenenud, keelel näha hammaste jäljendid. Mõned haiged oksendavad. Võib esineda kõhukinnisus või -lahtisus (2, 20). Maks on harilikult suurenenud. Peaaegu alati haarab haigusprotsess neerud (2, 3 jt.). Kuse ööpäevane hulk väheneb. Esineb albuminuuria ja puhuti ka glükosuuria. Närvisüsteemi kahjustused avalduvad peavalus, nõrkustundes, unehäiretes jne. Raskematel juhtudel esinevad mäluhäired, depressioon, hallutsinatsioonid, deliirium (6, 8, 9, 20). Vaatamata kopsupõletikule ei täheldata leukotsüütide arvu erilist kõrgenemist. Esineb neutrofiilide kerge nihe vasemale, vahel aneosinofiilia. Punaliblede settereaktsioon on alati kõrgenenud (6, 8, 9, 10 jt.), ulatudes mõnikord kuni 100 mm 1 tunni jooksul (15). SR normaliseerub 5—7 nädala vältel.

Komplikatsioonidena võivad esineda tromboosid, kopsuembolid, parotiit, otiit, hemorraagiline nefriit (3, 21).

Haiguskulu iseloomu järgi võib ornitoosi puhul eristada nelja haigusvormi (3, 9): 1) kopsupõletikuga kulgev, 2) grippi meenutav, 3) tüüfusesarnane ja 4) meningeaalsete nähtudega haigusvorm. I. Bezdenežnõhh (3) tsiteerib autoreid, kelle arvates ornitoosi puhul esineb kergeid, subkliinilisi haigestumisi kolm korda sagedamini kui kliiniliselt väljendunud nähtudega juhte. Ligi neljandik kopsupõletiku atüüpilistest juhtudest on põhjustatud ornitoosist.

Põdemisjärgse immuniteedi kestuse suhtes lähevad arvamused lahku. Kui näiteks I. Bezdenežnõhh (2, 3) jt. väidavad, et ornitoosi põdemisel saadud immuniteet on lühiajaline ja võib esineda korduvaid haigestumisi, siis R. Sigg (21) rõhutab, et immuunsus võib säilida kogu eluaja.

Varem, enne antibiootikumide tarvitusele võtmist oli suremine ornitoosi tagajärjel sagedane. Puhangu ajal Pariisis 1892. a. suri 35%, Fääri saartel 1938. a. 20% haigestunutest (2). Praegu on letaalsus 1—2% (3, 9, 21). Vanemad haiged surevad sagedamini kui noored.

Lahangul täheldatakse kõigepealt muutusi kopsudes (14). Kopsud on kaalult normaalsest raskemad. Kopsukoes esineb rohkesti tihkeid koldeid, vahel on tihenemine haaranud kogu sagara. Histoloogilisel uurimisel täheldatakse osa alveoolide täitumist seroosse ja seroos-hemorraagilise vedelikuga, fibriini ning arvukate rakkudega. Alveoolide seinad on paksenenud. Rakkudest prevaleeruvad mononukleaarid. Esineb ajuturse, vahel leidub ajus tähnverevalumeid. Maks on mõõtmeilt suurenenud, maksakoes esineb väärastusi ja nekrootilisi koldeid; Kupfferi rakkudes võivad esineda ornitoosiviiruse elementaarkehakesed. Ka südamelihases avastatakse düstroofiakoldeid, mononukleaare ja väikesi verevalumeid. Neerudes leitakse väärastuse kõrval päsmakeste kapillaaride tromboosi ja verevalumeid.

Ornitoosi diagnoosimine ainuüksi patoloogilis-anatoomiliste leidude järgi on raskendatud (14). Ornitoosi ei ole lihtne kindlaks teha ka kliiniliste sümptoomide alusel. Pahatihti diagnoosivad arstid ornitoosi asemel grippi, kõhutüüfust, bronhopneumooniat jm. I. Bezdenežnõhhi (3, 20) arvates tuleb ornitoosi diferentsiaaldiagnostikas arvestada veel Q-palavikku, tulareemiat, kopsutuberkuloosi ja leptospiroose. A. Kukowka ja kaasautorite (18) tähelepanekute kohaselt esineb ornitoos sageli koos salmonelloosiga. NSV Liidus kasutatakse ornitoosi diagnoosimiseks I. Terskihhi (10, 11) poolt soovitatud allergiale põhinevat nahaproovi. I. Bezdenežnõhhi (2) järgi võib see allergiaproov aga olla mõnikord positiivne ka ägeda ja kroonilise kiiritustõve, brutselloosi, nakkusliku kollatõve jt. haiguste puhul.

Ornitoosi laboratoorsel diagnoosimisel on tähelepanu suunatud ühelt poolt viiruse avastamisele ja teiselt poolt spetsiifiliste antikehade uurimisele haige vereseerumis. Virusoloogiliseks uurimiseks kasutatakse haigestumise esimestel päevadel haige kurgu- ja ninalima, röga ja ka verd. Ornitoosi tagajärjel surnutel uuritakse koetükikesi peamiselt kopsudest, põrnast ja maksast. Uurimismaterjal suunatakse laboratooriumi külmutatult või jääle paigutatuna. Katseloomadena kasutatakse kõige sagedamini valgeid hiiri (2, 3, 18, 20 jt.). Uuritav materjal süstitakse kas hiire kõhuõõnde või ajju. Seroloogilistest uurimistest leiab kõige sagedamini rakendamist komplemendi sidumise reaktsioon. Kasutatakse ka viiruse neutraliseerimise reaktsiooni. Seroloogiliseks uurimiseks on vaja võtta haigetelt verd haiguse algstaadiumis ja teine kord haiguse lõppjärgus (neutraliseerimisreaktsiooniks 40—45 päeva pärast haigestumist). Verd võetakse 7—10 ml. Komplementi siduvad antikehad ilmuvad 4—7—12 haiguspäeval (3) ja võivad säilida pikemat aega, A. Kukowka ja kaasautorite (18) andmetel 2 aastat ja rohkem. Viimaste autorite andmetel tuleb kahtlustada ornitoosi olemasolu juba siis, kui komplemendi sidumise reaksioon on positiivne vereseerumi lahjenduse 1 : 20 juures.

Ornitoosi ravimisel on kõige paremaid tulemusi saavutatud terramütsiini, aureomütsiini ja tetratsükliiniga (3, 6, 15 jt.). Sulfaniilamiidid tulemusi ei anna (10,18 jt.). Pentsilliini ja streptomütsiini kasutamise kohta esineb lahkarvamusi: osa autoreid (3, 6, 9, 10) soovitavad neid ravimeid kasutada, osa (15, 16, 18) eitavad nende spetsiifilist toimet ornitoosiviirusesse. Viimaste autorite arvates tuleb juhtudel, kui kopsupõletikuga haige ravimine penitsilliiniga ei anna tulemusi, alati mõtelda ornitoosi esinemise võimalusele.

Haigetele ordineeritakse ka südame- ja veresoonkonna tegevust soodustavaid ravimeid (2, 16), erutusseisundite puhul rahusteid (16) jne.

Ornitoosi ennetamise abinõudest tuleb kirjanduse andmeil (3, 13 jt.) rakendada esmajoones ranget karantiini imporditavate lindude (eriti papagoide) suhtes. Farmides peab püüdma vältida kodulindude kokkupuutumist poolmetsikult ja metsikult elunevate lindudega (tuvid, varblased, kuldnokad, varesed jt.). Tõsiselt tuleb hakata rakendama abinõusid tuvide leviku piiramiseks.

Linnufarmides on vaja rangemalt kinni pidada sanitaar-hügieenieeskirjadest. Lindudega kokkupuutuvaid isikuid tuleb aeg-ajalt uurida ornitoosi suhtes (allergiaproov, komplemendi sidumise reaktsioon). Puhangute puhul farmides hävitatakse haigestunud linnud, suled töödeldakse kuuma auruga või keedetakse. Tervete lindude suhtes rakendatakse karantiini (3—6 kuu kestel).

Spetsiifilist profülaktikat ornitoositõrjes veel ei rakendata, sest surmatud vaktsiin (3) ei anna küllaldast immuunsust. Elusvaktsiini kasutamine on katsetusjärgus.

Ornitoosiprobleem on aktuaalne ka Eesti NSV tingimustes. Haigust on avastatud meie vabariigi lõunarajoonides (1) ja Eesti naaberaladel (4, 5, 7, 12). Meil on arenenud linnukasvatus, ühtlasi asub vabariik paljude rändlindude lennutrassil. Samuti on meie linnades ja maa-asulates võrdlemisi hulgaliselt tuvisid. See kõik loob eeldused looduslike ornitoosikollete tekkimiseks.

Kui lindudega kokkupuutuvatel isikutel esineb kopsupõletik või palavik, tuleb meditsiinitöötajatel alati mõtelda ka ornitoosile. Kahtlastel juhtudel on vaja haigetelt võtta uurimismaterjal ja saata see Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti.

Ornitoosi tuleb tutvustada mitte ainult meditsiinitöötajatele, vaid kogu elanikkonnale. Edukaks võitluseks ornitoosiga on vaja tihendada meditsiini- ja veterinaartöötajate koostööd.

KIRJANDUS

1. Басова Н. Н. Сб. трудов Харьковского НИИВС им. Мечникова, т. XXVI. Харьков, 1960, 91—99. — 2. Безденежных И. С. Орнитозы. М., 1959. — 3. Он же БМЭ, т. 22. М., 1961, 43—51, 55—65. — 4. Вишнякова Л. А., Мейтин Б. И., Полесицкая М. И. Труды Ленинградского ИЭМ им. Пастера, т. XXIII. Л., 1961, 267—272. — 5. Вишнякова Л. А., Бессонова М. А. Там же, 273—277. — 6. Гапочко К. Г., Гарин Н. С. и Лебединский В. А. Клиника и эпидемиология некоторых малоизвестных инфекций. М., 1957, 5—23. — 7. Красник Ф. И., Вишнякова Л. А. Труды Ленинградского ИЭМГ им. Пастера, т. XX. Л., 1959, 98—195. — 8. Розбери Т., Кобат Э. Бактериологическая война, сокращенный перевод с английского. М., 1955. — 9. Смородинцев А. А., Соколовская Я. И. Эпидемиология. Л., 1957, 531—537. — 10. Терских И. И. Журнал микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1954, 2, 42—50. — 11. Она же там же, 1955, 10, 62—67. — 12. Токаревич К. Н., Вишнякова Л. А., Гладковский А. П., Яковлев Н. Н. Тезисы докладов итоговой конференции Ленинградского ИЭМ им. Пастера, Л., 1962, 36—37. — 13. Токаревич К. Н. Тезисы докладов научно-практической конференции эпидемиологов, бактериологов и инфекционистов Калининградской области. Калининград, 1962, 25—28. — 14. Шапиро В. БМЭ, т. 22, М., 1961, 51—55. — 15. Behr, W. Dtsch. Gesundheitswesen, 1960, 31, 1611—1614. — 16. Eckey, P. Z. ges. innere Med., 1960, 13, 644—646. — 17. Jurgensen, T. Tsit. 3 järgi. — 18. Kukowka, A., Stephan, H., Krebs., W. Dtsch. Gesundheitswesen, 1960, 51, 2476—2433. — 19. Morange, A. Tsit. 3 järgi. — 20. Siegmund, I. Z. ges. innere Med., 1960, 13, 622—626. — 21. Sigg, R. Schweiz. med. Wochenschr., 1961, 3, 85—87. — 22. Weyer, F. Münchener med. Wochenschr., 1959, 19, 851—856.

ПСИТТАКОЗ-ОРНИТОЗ

(Обзор литературы)

Г. Мединский и *Х. Пихл*

Резюме

Заболевания орнитозом весьма распространены и регистрируются в различных странах мира, а также и в Советском Союзе. Основными источниками инфекции являются различные комнатные, домашние и дикие птицы (92 вида). Установлено известное эпидемиологическое значение некоторых млекопитающих (грызуны, кошки, рогатый скот и др.). Многими работами подтверждается возможность заражения и от больных людей. Основным путем заражения при орнитозе является аэрогенный. Инфекция носит выраженный профессиональный характер. Чаще всего болеют работники птицеферм, птицеубойных цехов мясокомбинатов, зоопарков и т. д., а также голубеводы и лица, содержащие комнатных птиц. Регистрируются спорадические заболевания и эпидемические вспышки. Клинические проявления весьма разнообразны, но с большим постоянством отмечаются специфическая пневмония и нарушения центральной нервной системы. Предложено эффективное лечение антибиотиками, (тетрациклин, террамицин и др.), благодаря которому летальность снижена до 2%.

Для здравоохранения Эстонии большое значение имеет факт установления очагов орнитоза в смежных областях РСФСР. Вспышка орнитоза, протекавшего по типу серозного менингита, была зарегистрирована в южных районах Эстонской ССР.

Приведенные данные показывают необходимость эпидемиологической разведки в отношении орнитоза в Эстонской ССР.

В республике имеется ряд условий, которые создают предпосылки для возникновения природных очагов орнитоза (богатая орнитофауна, развитые птицеводческие хозяйства, большое количество полудиких голубей, наличие трасс перелета птиц и т. д.). Выявление неблагополучных по орнитозу птицехозяйств должно быть положено в основу предупреждения профессиональных заболеваний.

MÕNINGATEST HARUKORDSETEST MUMPSIVORMIDEST

R. VODJA

(Otepää Linna Haiglast, pearst *R. Vodja*)

Patogeneetilisest vaatekohast on epideemiline parotiit organismi üldine haigestumine peaaegu ükskõik millise näärmelise elundi ja kesknärvisüsteemi kahjustusega, kusjuures kõige sagedamini haarab haigus sülje- ja eriti kõrvasüljenäärmed. Mumpsi korral esinevat orhiiti, meningoentsefaliiti, pankreatiiti, prostatiiti, keratiiti jne. ei tohi selsamal põhjusel lugeda mitte selle haiguse tüsistuseks, vaid üheks kliiniliseks väljenduseks ehk vormiks.

Meil oli võimalus jälgida parotiidipuhangut Otepää linnas. See algas 1959. a. novembris ja kestis kuni 1960. a. maini, kusjuures haigestumise kõrgpunkt oli 1960. a. veebruarikuus. Peale tüüpiliste juhtude täheldati ka harva esinevaid mumpsivorme.

Üldse haigestus 178 last, enamik lasteaiast või algkooli esimestest klassidest (laste vanuse kohta vt. tabel).

Parotiit kulges enamasti kerge vormina, kehatemperatuur ei tõusnud või selle tõus oli vähene. Üldseisund oli häiritud vähesel määral ning ka lokaalsed nähud olid nõrgalt väljendunud. Selline kulg esines 122 juhul (68,5%). Keskmise raskusega vorme oli 45 (25,3%) ja raskeid 11 (6,2% juhtudest). Rasketel juhtudel olid peale kõrvasüljenäärmete enamasti kahjustatud ka närvisüsteem, teised süljenäärmed ja sugunäärmed.

Gl. parotis'te turse esines 173 korral: süljenäärme ühepoolse kahjustusega oli tegemist 66 korral (38,1% juhtudest) ja kahepoolsega 105 korral (61,9%). Ainult kõrvasüljenäärme kahjustust täheldati 118 juhul (66,3%). Ülejäänud 55 haigusjuhtu olid mitmesuguste mumpsivormide kombinatsioonid — näiteks mumps koos *gl. submandibularis*'te

kahjustusega 37 juhul, meningiiti esines 23, orhiiti 4, türeoidiiti 1 juhul jne. Epideemilise parotiidi korral ei esinenud 5 juhul üldse parotiiditunnuseid (!), vaid oli tegemist submandibulaarsete süljenäärmete ühe- või kahepoolse kahjustusega.

Epideemilisse parotiiti haigestunud laste vanus

Laste vanus aastates	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	11—12	13—14	15—16
Laste arv (kokku 178)	1	22	21	42	35	32	13	12

Selgelt väljendatud meningeaalse ärrituse nähte (kuklakangestus, positiivne või alapositiivne Brudzinski sümptoom, korduv oksendamine, fotofoobia jne.), mis lubasid väita seroosse meningiidi olemasolu, esines 23 korral (12,9%). Lumbaalpunktsioone diagnoosimise otstarbel ei tehtud, sest ei esinenud ühtegi meningiidijuhtu ilma *gl. parotis*'te turseta. M. Selimovi andmeil (1) esineb mumpsi 11,6% juhtudest sellisel kujul, kus parotiidiviiruse poolt tekitatud meningiidile ei kaasu kõrvasüljenäärmete turset. Meie poolt kirjeldatud epideemia ajal esines 23 meningiidijuhtu: 3 korral ei olnud meningeaalsete nähtude püsimise ajal *gl. parotis*'te turset, see esines kas enne nende tekkimist (avastatud profülaktilisel läbivaatusel) või pärast meningeaalsete nähtude kadumist; 6 korral oli turse aga niivõrd vähene, et see tavalisel vaatlusel üldse silma ei torganud ega olnud sedastatav ka palpeerimisel. Mõne päeva jooksul võis täheldada kerget asümmeetriat kõrvalesta-alustes piirkondades, kui haiget vaadeldi hea valguse juures ja tema pea kallutati tugevasti taha.

Küsimus, kas mumpsi korral *gl. parotis* alati kahjustub, vajab kindlasti täiendavat uurimist virusoloogiliste ja funktsionaalsete meetoditega. Kui mitte, siis ei õigusta haigus kuidagi oma nimetust (parotiit). Üldse ei ole antud nimetus õnnestunud, sest ka siis, kui kõrvasüljenääre haigestubki, haarab protsess (u. $^1/_3$ juhtudest) ka teisi näärmelisi organeid või kahjustub kesknärvisüsteem.

3 juhul olid mumpsi kliinilises pildis (peale *gl. parotis*'te turse) esiplaanil tugevad kõhuvalud koos oksendamise ja palpatoorse valulikkusega ülakõhus. Kõhuvalusid, mis lubasid oletada ka kõhunäärme kahjustust, esines nõrgemal kujul veel mitmetel juhtudel. Kahjuks ei määratud diastaasi hulka uriinis.

Kõige haruldasema vormina esines meie epideemia ajal 1 türeoidiidijuht. Mumpsi ja kilpnäärme düsfunktsiooni seost on varem kirjeldanud mitmed autorid. Nii juhivad K. König ja L. Sahlmann (2) tähelepanu türeotoksikoosi kaudsele seosele mumpsiga, H. Stutte ja H. Schlange (3) komplikatsioonile, kus epideemilisele parotiidile järgnes müksödeem. Meil kasutada olevas kirjanduses ei ole aga kordagi kirjeldatud türeoidiiti kui ühte mumpsi kliinilist vormi, kuigi selle esinemisele on viidanud M. Selimov (1) oma monograafias. Seepärast toome ära meil esinenud haigusjuhu kirjelduse.

15-aastane tütarlaps, kes on normaalselt arenenud ja olnud varem terve (ka kilpnäärme suhtes), haigestus 22. II 1960. a. (arengulugu nr. 10108) valulikkusega närimisel parema kõrva juures. Järgmisel päeval enesetunne halvenes, t° 38,0, tekkis vähene turse paremasse kõrvaalusesse piirkonda ja tunduv turse mõlemasse alalõua-alusesse piirkonda. 24. II 1960. a., s. o. 3. haiguspäeval arenes tugev apaatsus, higistamine, t° 39,5. Neelatamine muutus valulikuks ja ette kaelale tekkis tugev turse. Kilpnääre oli silmatorkavalt suurenenud, palpeerimisel ühtlaselt elastne, kummikäsnataoliselt vetruv, rõhumisel veidi valulik, jättis III astme struuma mulje. Selline seisund püsis ka järgneva 4 päeva jooksul. 26. II 1960. a. tehti vere analüüs: SR 12 mm, leukots. 4000, eosinof. 0%, keppt. 2%, segmentt. 60%, lümfots. 31%, monots. 7%. 8. haiguspäeval (s. o. 29. II 1960. a.) nii süljenäärmete kui kilp-

näärme turse vähenes tunduvalt, kuid samal päeval ilmusid meningeaalsed sümptoomid — tugev peavalu, oksendamine iga paari tunni tagant, kuklakangestus ja positiivne Kernigi sümptoom. Temperatuur püsis 39° piires. Alles nädal hiljem, s. o. 15. haiguspäevaks kadusid akuutsed nähud järk-järgult. Et aga kilpnääre oli endiselt vähesel määral suurenenud, siis suunati patsient konsultatsioonile Tartu Vabariiklikku Struumatõrje Dispanserisse (haiguslugu nr. 26237). Diagnoos: *struma 3 I, thyreotoxicosis incipiens secundaria.* Patsient lahkus dispanserist pärast 1-päevast spetsiaalset kliinilist uurimist. Tütarlaps on kuni tänase päevani dispanseri järelevalve all ja saab spetsiifilist ravi. Viimasel kontrollil 21. III 1961. a. sedastati enamike türeotoksiliste nähtude taandumist, kilpnäärme suurenemine oli aga veelgi täheldatav.

Sellist esimeste haiguspäevade jooksul tekkinud kilpnäärmekahjustust tuleb kindlasti lugeda üheks mumpsivormiks, mitte aga komplikatsiooniks. Järgmise epideemia ajal (kui spetsiifilised profülaktilised abinõud seda ei enneta) tuleks kindlasti uurida kilpnäärme funktsiooni.

Orhiite esines üldse 4 juhul, seejuures kõikidel juhtudel ühepoolsena. Ei jäänud ka munandi atroofiat. Kui arvestada asjaolu, et puberteedieas noorukitest põdes mumpsi 8, on 4 juhtu küllaltki suur arv. Kirjanduse andmeil kulgeb orhiit umbes veerandil juhtudest kahepoolsena ja suhteliselt sageli tekib testiste atroofia (steriilsuse oht!). Seetõttu tuleks enam arvestada kirurgilise ravi võimalust (põhimõte seisneb *tunica albuginea testis*'e avamises).

Omapärase kuluga juhtudest tuleks mainida veel retsidiveeruvat parotiiti.

10-aastane poeglaps haigestus 13. XII 1959. a. mõlemapoolse kõrvasüljenäärme mõõduka tursega, kusjuures üldseisund oli hea, t° 37,5—38°. Haigusnähud möödusid täielikult 6 päeva pärast. Kuid 28. XII 1959. a., s. o. 15 päeva pärast haiguse algust (juba pärast isoleerimise lõpetamist) kordus sama haiguspilt uuesti, kusjuures *gl. parotis*'te turse oli isegi tugevam kui esimesel korral. Haige põdes veel nädal aega.

Võimalik, et retsidiveeruva parotiidi korral on tegemist allergilist laadi haigestumisega, mida kinnitavad eksperimentaalsed uurimised ahvidega, kellel on korduva nakatamise tulemusena saadud lühikese inkubatsiooniajaga (2 kuni 3 päeva) ning kiire imendumisega parotiiti. Peale selle ei ole retsidiveeruva parotiidi korral õnnestunud eraldada süljest mumpsiviirust, samuti pole tekkinud nihkeid antikehade tiitri osas.

Epidemioloogilisest küljest ei erinenud Otepää puhang teistest omataolistest. Haigetega kokkupuutunutest ligi 40% ei haigestunud, mis viitab veel kord mumpsi latentse kulu võimalusele.

Lõpuks olgu märgitud, et kuigi mumps on enamasti healoomulise kuluga, tuleks mõnedele selle vormidele siiski enam tähelepanu osutada (käesoleval juhul orhiit, türeoidiit), mis võivad haige organismisse jätta hiljem, täiskasvanuna ilmnevaid muutusi.

KIRJANDUS

1. Селимов М. А. Эпидемический паротит, М., 1955. — 2. König, K., Sahlmann, L. Kinderärztliche Praxis, 1959, 8, 367—370. — 3. Stutte, H., Schlange, H. Archiv für Kinderheilkunde, 1960, B. 163, 1, 62—67.

О НЕКОТОРЫХ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМАХ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Р. Водья

Резюме

В г. Отепяя зимой 1959—1960 гг. возникла вспышка эпидемического паротита. Заболело 178 детей дошкольного и школьного возрастов. У 23-х из них имелись признаки серозного менингита. У 3-х резкие боли в животе, болезненность при пальпации верхней части живота и рвота указывали на поражение поджелудочной железы. Был зарегистрирован также 1 случай тиреоидита у 15-летней девочки. Кроме явлений паротита у

нее при тяжелом общем состоянии с остро выраженными менингеальными явлениями наблюдали значительное увеличение щитовидной железы, которая при пальпации была слегка болезненной. После выздоровления девочку направили в Тартуский противозобный диспансер, где у нее диагностировали зоб и начинающиеся явления вторичного тиреотоксикоза.

Односторонний орхит, без атрофии яичка, наблюдался у 4-х мальчиков. В одном случае у 10-летнего мальчика была установлена рецидивирующая форма эпидемического паротита.

VILJASTUSAJA MÄÄRAMISE JA RASESTUMISE VÄLTIMISE MEETODIST

A. SAAR

(Saue Velskri-Ämmaemandapunktist, juhataja *A. Saar*)

Abordi vastu võitlemine ühelt poolt ja soovikohase viljastuse küsimus teiselt poolt on probleemid, mis ootavad radikaalset lahendamist.

Kaasajal tuntud eostusvastased vahendid on 3 põhiliiki: keemilised, mehaanilised ja füsioloogilised. Kaks esimest on laialdaselt levinenud, kuid vaieldamatult on need kahjulikud naise tervisele. Füsioloogilist kui tervisele soodsat ja õige kasutamise juures 100%-list edu garanteerivat moodust ei ole meditsiinitöötajad kahjuks veel küllaldaselt propageerinud.

Eostumise füsioloogilise vältimise võimaluste kindlakstegemiseks on vaja täpsustada kolme järgmist küsimust: 1) ovulatsiooniaeg, 2) spermatosoidi viljastusiga ja 3) munaraku eostusiga.

1. Ovulatsioonipäeva määramine. Arvamused ovulatsioonipäeva määramise kohta on erinevad. Peame eeldama, et õiged andmed saame vaid siis, kui me ovariaal-menstruaaltsüklit vaatluse perioodil mitte millegagi ei mõjusta. Kuna menstruatsiooni ilmumise algus on nähtav ja menstruaaltsükli faasid tulenevad ovariaaltsükli vastavatest faasidest, siis peame mõlemaid tsükleid käsitlema teineteisest lahutamatult. Näiteks kui eelmine menstruatsioon (m_1) oli patsiendil V. L. 27. sept. 1959. a. kell 23.00 ja järgmine menstruatsioon (m_2) ilmus 23. oktoobril 1959. a. kell 03.00, siis, lahutades viimase menstruatsiooni ilmumise ajast eelmise menstruatsiooni ilmumise aja (m_2—m_1), saame menstruaaltsükli pikkuse (M), mis antud juhul on 25 ööpäeva ja 4 tundi. Järgmine menstruatsioon samal patsiendil oli 18. nov. 1959. a. kell 7.00. Selle tsükli pikkuseks oli seega 26 ööpäeva 4 tundi.

Teatavasti on menstruaaltsükli pikkus individuaalselt erinev. Menstruaaltsüklite individuaalse varieerumise näitaja («M») saamiseks lahutame kõige pikema tsükli ajast kõige lühema tsükli aja. Antud juhul 26 p. 4 t. — 25 p. 4 t. = 1 päev 4 tundi (vt. skeem 1), mis ongi menstruatsioonide varieerumise näitaja («M»).

Ovulatsioonimoment (c) jagab menstruaaltsükli kahte perioodi: aeg viimasest menstruatsioonist kuni ovulatsioonini (a) ja ovulatsioonimomendist kuni järgmise menstruatsiooni ilmumiseni (b). Seega a + b = M (vt. joonis 1 ja skeem 1). Et ovulatsioon eelneb menstruatsioonile ja kordub samasuguse rütmiga, siis märgime eelmise ovulatsiooni aja tähisega c_1 ja järgmise ovulatsiooni aja tähisega c_2. Lahutades viimase ovulatsiooni ajast eelmise ovulatsiooni aja, saame ovariaaltsükli pikkuse näitaja (c_2—c_1 = d) [vt. joonis ja tabel (asub skeem 1 kõrval)]. Seega on menstruaaltsükli pikkus (M) võrdne ovariaaltsükli (d) pikkusega. Loomulikult on ovariaaltsükli pikkused samuti individuaalselt erinevad nagu menstruaaltsüklid. Ovariaaltsükli varieerumise näitaja («d») saame, kui lahutame kõige pikemast ovariaaltsüklist kõige lühema.

Autor on 214 vaatlusalusel kindlaks teinud, et praktiliselt kestab aeg ovulatsioonist kuni menstruatsioonini (b-periood) 14 päeva ±20

tundi (vt. tabel), mis on naiste juures liigiomane nähe. Seda väidet kinnitab asjaolu, et ka lühikese tsükliga (19 kuni 22 päeva) naised rasestuvad, mis ei oleks võimalik kui b-periood lüheneks 10 päevani või alla selle.

Et ovulatsioonimoment (c) jagab menstruaaltsükli (M) kahte ossa, siis sellest tekibki kolm perioodi: 1) akontseptsiooni ehk füsioloogilise steriilsuse I periood, 2) kontseptsiooni ehk viljastumise periood ja 3) akontseptsiooni ehk füsioloogilise steriilsuse II periood (vt. joonis 1). Et M=d ehk d=M, siis võime nähtamatut ovariaaltsüklit jälgida nähtava menstruaaltsükli abil. Iga vaatlusaluse juures peame märkima tema menstruatsioonide alguse ajad lahtris m_1/m_2 (skeem 1), mille alusel arvutame välja esinenud menstruatsioonitsüklite (M) väärtused. Järgnevalt määrame tabeli alusel patsiendi a-perioodi väärtuse — saame valemi $m_1+a=c$; saadud daatumile juhime patsiendi tähelepanu, et ta ise õpiks ovulatsiooni aega kindlaks tegema.

95% meie vaatlusalustest on õppinud ovulatsioonimomenti (Graafi folliikuli lõhkemist) tähele panema valusündroomi kaudu. Tegime objektiivselt kindlaks, et ovulatsiooni korral parempoolses munasarjas esineb komplemisel valulikkus samapoolse munasarja piirkonnas, samal ajal vasema munasarja komplemisel aga esineb reflektoorne valulikkus paremal poolel. Ovulatsiooni korral vasemas munasarjas on komplemisel valulik vasema munasarja piirkond, parema munasarja piirkonna komplemisel aga esineb reflektoorne valu vasemal. Ovulatsiooniaja kanname skeemil 1 lahtrisse c_1/c_2. Järgmise menstruatsiooni ilmumisel kontrollime ovulatsiooni (c) ajalist õigsust valemiga m_2—b=c, arvestame välja a- ja b-perioodid (skeem 1) ja kontrollime veel kord valemite $m_2-m_1=M$ ja $a+b=M$ võrdlemise teel, kusjuures b on 14 ööpäeva ±20 tundi.

Tõestuseks esitame mõnede konkreetselt esinenud tsüklite analüüsid.

Näide 1. Patsiendil V. L. (vt. skeem 1 ja 2) algas eelmine menstruatsioon 23. okt. 1959. a. kell 03.00 (m_1). Järgmine menstruatsioon (m_2) ilmus tal 18. nov. 1959. a. kell 07.00. Ovulatsioon (c) esines patsiendil 3. nov. 1959. a. kell 21.00. Seega oli tema menstruaaltsükli pikkus (M) 26 päeva ja 4 tundi, aeg eelmise menstruatsiooni algusest kuni ovulatsioonini (a) 11 päeva 18 tundi, aeg ovulatsioonist kuni viimase menstruatsioonini (b) oli 14 ööpäeva 10 tundi, ovariaaltsükli perioodi (d) kestus 25 päeva 23 tundi.

Näide 2. Patsient A. L. (vt. skeem 3, tema eelmine M=28 ööpäeva 11 tundi 30 min.): m_1 — 24. juuni 1945. a. kell 07.00, c—7. juuli 1945. a. kell 22.00. Suguühe toimus 7. juulil 1945. a. kell 07.00. M jäi ära, d=27 ööpäeva 13 tundi, a=13 ööpäeva 22 tundi, b jäi ära.

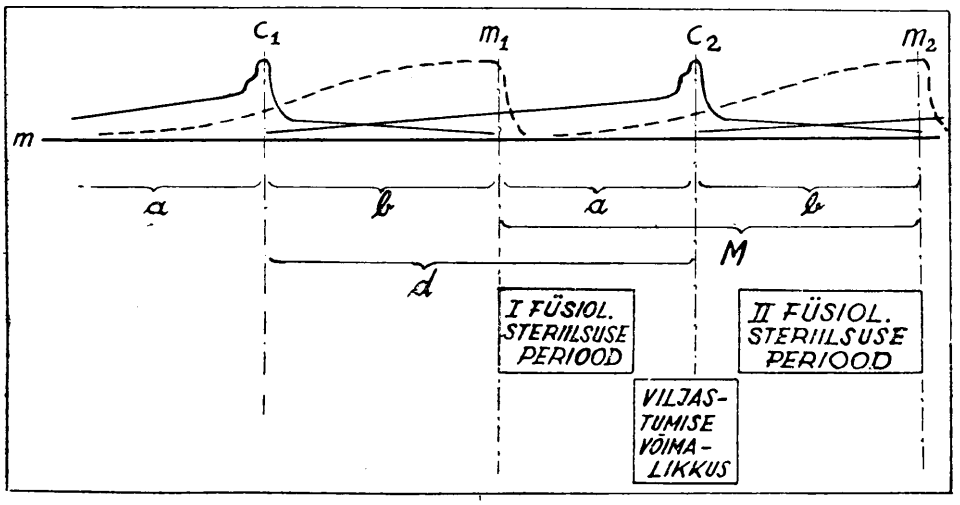
Toodud juht tõestab, et patsiendil pidi ovulatsioon olema ettearvestatud ajal, sest tekkis soovitud viljastumine, mida kinnitab järgneva menstruatsiooni ärajäämine.

Ovulatsioon toimub mitmesuguste menstruaaltsükli tüüpide puhul tabelis esitatud menstruaaltsükli päeval. Tabeli koostas autor arvuka materjali alusel. Ovulatsioonipäeva määramise aluseks tuleb lugeda valemit $c=m_1+a$.

2. Spermatosoidi viljastusea tõestamisest. Oleme rohkearvuliste tähelepanekute alusel tõestanud, et spermatosoidi viljastusiga on kuni 48 tundi ja üksikjuhtudel eriti soodsatel tingimustel kuni 72 tundi. Esitame mõned näited.

Näide 3. Arvutame naispatsiendil V. L. välja M, «M», d, «d», a ja b väärtused ja kanname need skeemi 1 vastavatesse lahtritesse. Viimane menstruatsioon (m_1) algas 23. X 1959. a. kell 03.00, c_1 toimus 8. X 1959. a. kell 22.00, järgnev ovulatsioon peaks toimuma 3. XI 1959. a., mille märgime skeemile 2 c-lahtri ülemisse ossa. Selgitasime patsiendile, et tema füsioloogilise steriilsuse periood on 27. X kuni 29. X 1959. a., millal ta võib suguliselt läbi käia suvaliselt, kuid viimase suguühte peab ta registreerima skeemi 2 alumises ovaalis. Järgmine m_2 peaks V. L-il ilmuma 17. XI 1959. a., millise kuupäeva kanname sama skeemi m_2-lahtri ülemisse ossa. 18. XI 1959. a. saime patsiendilt andmed, mis on kantud skeemile 2. Siit näeme, et viimane kaitsevahenditeta suguühe enne ovulatsiooni

oli 31. X 1959. a. kell 09.00. Et patsiendil toimuski ovulatsioon 3. XI 1959. a. kell 21.00, nagu oletasime, järgmine menstruatsioon (m_2) ilmus 18. XI 1959. a. kell 07.00, siis osutus tema ovariaaltsükli (d) pikkuseks 25 ööpäeva 23 tundi ja 00 minutit. M võrdus 26 ööpäeva ja 4 tunniga, a=11 ööpäeva 18 tundi, b=14 ööpäeva 10 tundi. Et viimane suguühe enne ovulatsiooni toimus 31. X 1959. a. kell 09.00, siis aeg viimasest suguühtest ovulatsioonini («Sp») võrdus 3 ööpäeva 12 tunniga, millest nähtub, et 3 päeva ja 12 tunni pikkuse ajavahemiku järel toimunud suguühe ei põhjustanud viljastumist. Sellest järeldame, et antud spermatosoidi viljastusaeg on lühem kui 3 ööpäeva 12 tundi.



Joonis. Ovariaal-menstruaaltsükkel: - - - - menstruaaltsükli kõver, —— ovariaaltsükli kõver, m_1 — eelmise menstruatsiooni algus, m_2 — järgmise menstruatsiooni algus, c_1 — eelmise ovulatsiooni algus, c_2 — järgmise ovulatsiooni algus, a — periood menstruatsiooni algusest kuni ovulatsiooni alguseni, b — periood ovulatsiooni algusest kuni järgmise menstruatsiooni alguseni, M — menstruaaltsükli periood, d — ovariaaltsükli periood

PATSIENT V. L.

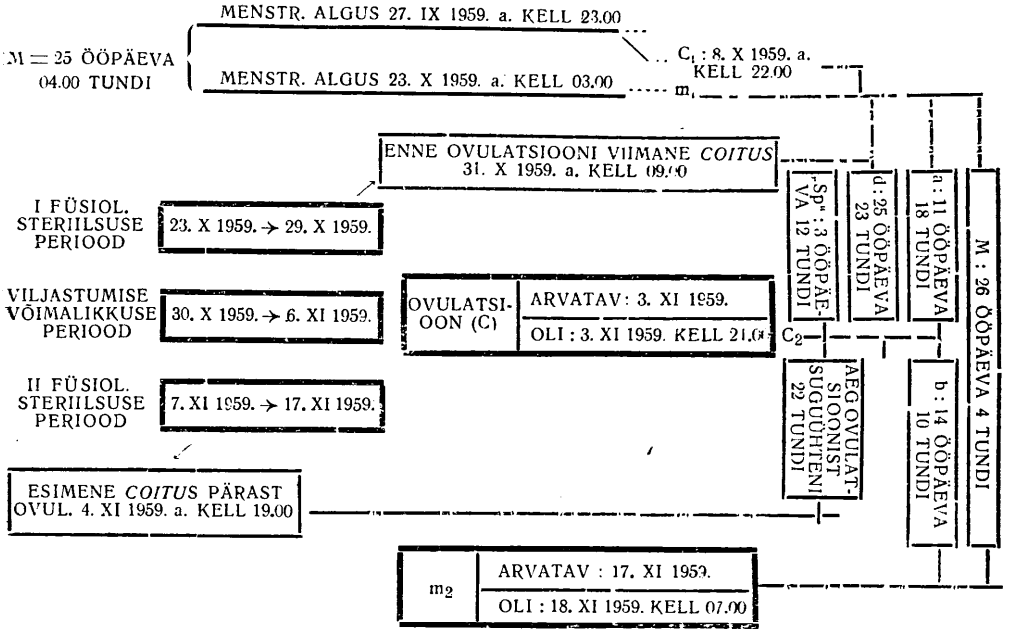
M	m_1/m_2	a	b	c_1/c_2	d
25 ÖÖP. 4 TUNDI	27. IX 1959 KELL 23.00	10 ÖÖP. 23 TUNDI		8. X 1959 KELL 22.00	25 ÖÖP. 23 TUNDI
	23. X 1959 KELL 3.00		14 ÖÖP. 5 TUNDI		
26 ÖÖP. 4 TUNDI		11 ÖÖP. 18 TUNDI		3. XI 1959 KELL 21.00	
	18. XI 1959 KELL 7.00		14 ÖÖP. 10 TUNDI		

Skeem 1. Ovariaal-menstruaaltsüklite arvestamise skeem koos konkreetse juhu andmetega

M	b	a
Menstruaaltsükli kestus ööpäevades	Aeg ööpäevades ovulatsioonist menstruatsioonini	Aeg ööpäevades menstruatsioonist ovulatsioonini
20	14	6
21	14	7
22	14	8
23	14	9
24	14	10
25	14	11
26	14	12
27	14	13
28	14	14
29	14	15
30	14	16
31	14	17
32	14	18
33	14	19
34	14	20
35	14	21
36	14	22
37	14	23
38	14	24

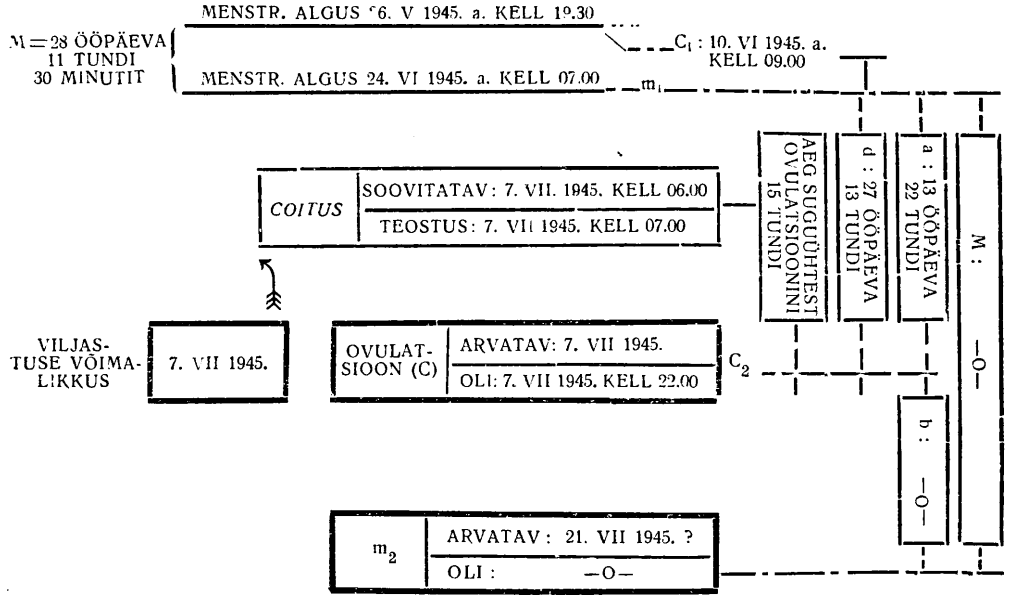
Ovulatsioonipäeva määramise tabel

Näide 4. Sama abielupaari (naine V. L. ja mees M. L.) juures oli naisel m_1 — 27. IX 1959. a. kell 23.00, m_2 — 23. X 1959. a. kell 03.00, M=25 ööpäeva 4 tundi, a=10 ööpäeva 23 tundi, b=14 ööpäeva 5 tundi, ovulatsioon (c) toimus 8. X 1959. a. kell 22.00, d=26 ööpäeva 1 tund. Suguühe toimus 6. X 1959. a. kell 23.00, «Sp»=1 ööpäev 23 tundi. Antud juhul sama mehe spermatosoidid ei põhjustanud enam rasestumist 1 päeva ja 23 tunni pärast, mis lubab järeldada, et selle ajapiiri lähedal lõpeb antud spermatosoidi viljastusvõime.



Skeem 2. Ovariaal-menstruaaltsükli arvestamise skeem rasestumise vältimiseks koos konkreetse juhu andmetega. (Patsient V. L., skeem väljastatud patsiendile 24. X 1959. a., tagasi saadud koos andmetega 18. XI 1959. a.)

Näide 5. Skeemi 3 andmetel «Sp»=15 tundi, s. o. 15 tundi pärast suguühet kutsusid spermatosoidid esile soovitud viljastumise, mille tulemusena sündis poeglaps. (Sünnitunnistus nr. 577297, välja antud 6. XI 1946. a.)



Skeem 3. Ovariaal-menstruaaltsükli arvestamise skeem rasestumisaja määramiseks koos konkreetse juhu andmetega. (Patsient A. L., skeem väljastatud patsiendile 22. VI 1945. a., tagasi saadud koos andmetega 24. VII 1945. a.)

3. Munaraku viljastusea tõestamisest. Kasutame munaraku eostusea määramiseks faktilisi andmeid.

Näide 6. Patsient V. L.: m_1 — 23. X 1959. a. kell 03.00 (vt. skeem 2), m_2 — 18. XI 1959. a. kell 07.00, ovulatsioon (c) toimus 3. XI 1959. a. kell 21.00, suguühe oli 4. XI 1959. a. kell 19.00, d = 25 ööpäeva 23 tundi, a = 11 ööpäeva 18 tundi, b = 14 ööpäeva 10 tundi, M = 26 ööpäeva 4 tundi, «oc» (aeg ovulatsioonist suguühteni) 22 tundi. Järeldame, et antud munarakk ei eostunud enam oma 24,5 ekstraovariaalse eksisteerimise tunnil (aeg ovulatsioonist suguühteni 22 tundi + 2,5 tundi spermatosoidi liikumise kestus fertilisatsioonipaigale).

Näide 7. Patsient A. L.: m_1 — 15. III 1960. a. kell 02. 45, m_2 — 9. IV 1960. a. kell 14.30, ovulatsioon (c) — 26. III 1960. a. kell 12.00, suguühe toimus 27. III 1960. a. kell 00.30, M = 25 ööpäeva 11 tundi 45 minutit, a = 11 ööpäeva 9 tundi 15 minutit, b = 14 ööpäeva 2 tundi 30 minutit, d = 25 ööpäeva 18 tundi, aeg ovulatsioonist suguühteni («oc») 12 tundi 30 minutit. Järeldus: munarakk ei eostunud enam oma 15. ekstraovariaalse eksisteerimise tunnil.

Näide 8. Patsient P. L. [erakordselt huvitav juht; eelmiste menstruatsioonitsüklite (M) kestus oli ligikaudu 30—31 ööpäeva] : m_1 — 22. XII 1959. a. kell 18.00. suguühe — 9. I 1960. a. kell 22.00, ovulatsioon (c) toimus 9. I 1960. a. kell 22.10 (ovulatsioon toimus 10 minutit pärast suguühet), a = 18 ööpäeva 16 tundi 10 minutit, d = 32 ööpäeva 11 tundi 55 minutit. Aeg suguühtest ovulatsioonini («oc») = 2 tundi 20 minutit. Sel juhul tekkis viljastumine 10. jaanuaril 1960. a. kell 00.30 minutit. Siit nähtub, et munarakk viljastus oma ekstraovariaalse eksisteerimise teise tunni 20. minuti paiku. Seega munarakk oma 15. eksisteerimise tunnil enam ei viljastunud, 2 tunni ja 20 minuti puhul aga viljastus.

Praktiliselt tulebki munaraku kriitilist viljastuspiiri otsida 2-tunnilise ajapiiri ümbruses. Autori arvates on munaraku eostusiga võrdne ajaga, mida spermatosoid vajab fertilisatsioonipaigale jõudmiseks (kuni 2,5 tundi).

Eeltoodu alusel on võimalik konstrueerida mitmesuguseid arvutusvahendeid viljastuse ja viljastumatuse aja määramiseks. Arvutusvahendi kasutamisel tuleb nendel isikutel, kes ei soovi rasestumist, arvestada seda, et menstruatsiooni lõppemisega algab füsioloogilise steriilsuse I periood (vt. joonis 1 ja skeem 2), mis lõpeb 4 ööpäeva enne oodatavat ovulatsiooni. Sellele järgneb võimaliku viljastumise periood, mis lõpeb 2 päeva pärast ovulatsiooni. Sellele järgneb füsioloogilise steriilsuse II periood, mis kestab kuni järgmise menstruatsiooni ilmumiseni. Nendel aga, kes soovivad rasestumist, peab sigituslik suguühe toimuma kahe ööpäeva piires enne ovulatsiooni (vt. skeem 3).

Kokkuvõttes tuleb öelda, et senised keemilised ja mehaanilised kontraseptsioonivahendid on naise tervisele kahjulikud, ei garanteeri küllaldaselt rasestumatust ja mõjuvad häirivalt. Parimaid tulemusi rasestumisest hoidumisel annab bioloogilise akontseptsiooni kasutamine, mis lubab füsioloogiliselt steriilsetel perioodidel kaitsevahenditeta sugulist suhtlemist. Viljastumise võimalikkuse perioodis on soovitatav kas suguelust hoiduda või kasutada mehaanilisi vahendeid (preservatiivi). Võib julgelt väita, et füsioloogilise akontseptsiooni teadlik kasutamine autori poolt väljatöötatud arvutusmeetodi alusel ja arvutusvahendi abil omab määratu suurt ja otsustavat tähtsust mitte ainul abordivastases võitluses, vaid ka paljude abordi tagajärjel tekkivate günekoloogiliste haiguste vältimisel. Samuti võib antud meetod osutuda tähtsaks steriilsuse probleemi uurimisel.

МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СРОКА ЗАЧАТИЯ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Саар

Резюме

В настоящее время известны химические, механические и биологические способы предупреждения беременности.

Если механические и химические способы широко распространены, хотя и оказывают вредное действие на здоровье женщины, то биологический, совершенно безвредный способ, дающий при его правильном применении хорошие результаты, еще недостаточно известен.

Для биологического предупреждения зачатия необходимо знать время овуляции, продолжительность жизни сперматозоида и длительность жизни неоплодотворенного яйца.

Момент овуляции делит менструальный цикл на две части, причем установлено, что несмотря на длительность менструального цикла овуляция происходит за 14 дней ±20 часов до дня следующей менструации.

Далее доказано, что продолжительность жизни сперматозоида в среднем равна 48 часам и не превышает 72 часов. Жизнь неоплодотворенного яйца после овуляции еще менее продолжительна и не превышает 2,5 часа.

Учитывая вышесказанное, можно определить время оплодотворения или время, когда беременность становится физиологически невозможной.

Первый период физиологической стерильности начинается после окончания менструации и кончается за 4 дня до ожидаемой овуляции. Затем начинается время плодотворного сношения, которое кончается спустя два дня после овуляции, после чего наступает второй период физиологической стерильности, продолжающийся до начала менструации.

Биологический метод предупреждения беременности позволяет в периоды физиологической стерильности иметь половые сношения без каких-либо предупреждающих беременность средств. В период, когда имеется возможность забеременеть, нужно воздерживаться от половых сношений или применять предупреждающие средства.

Сознательное применение метода биологического предупреждения беременности, согласно расчетам с помощью сконструированной для этого автором расчетной линейки, имеет большое значение в борьбе против аборта и в предупреждении его последствий.

VILJASTUMISE FÜSIOLOOGILISEST VÄLTIMISEST

Arstiteaduse kandidaat *H. JALVISTE*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor *V. Fainberg*)

Viimasel ajal on rasedusest hoidumise probleem muutunud üha aktuaalsemaks, eriti seetõttu, et raseduse kirurgilist katkestamist ei saa pidada naise tervisele kahjutuks.

Kirjandus viljastumise vältimise vahendite ehk kontratseptiivide kohta on ammendamatu. See osutab järjest uutele otsingutele, mis siiski pole andnud rahuldavaid tulemusi. Ideaalne kontratseptiiv peab olema efektiivne, hästi kättesaadav, ohutu, lihtne ja mugav käsitseda, säilitama seksuaaltunde, olema ökonoomne ja esteetiline.

Huvitav on M. Tsirulnikovi ja R. Hentovi (1) 1000 juhuga statistika kontratseptsiooni kasutamisest. Autorid määrasid vahendite efektiivsust järgmise vormeliga [C. Tietze (14) järgi]:

$$\text{meetodi hinne, s. o. ebaedu } \% = \frac{\text{vahendite kasutamise aeg kuudes}}{\text{tekkinud raseduste arv}} \times 1200\ *$$

Uurimistulemused olid järgmised:

Meetod	Abielupaaride arv	Tekkinud raseduste arv	Ebaedu %
1. Mehe preservatiiv	504	414	13,7
2. *Coitus interruptus*	290	289	17,5
3. Loputused kaaliumpermanganaadi- või boorhappelahusega	22	38	35,0
4. Kafka pessaarid	26	12	10,3
5. Äädikhappelahusega niisutatud tampoonid	34	24	10,0
6. Pasta «Kontratseptiin»	56	13	8,3
7. Kiniini kuulikesed	44	17	8,6
8. Füsioloogilise steriilsuse perioodide kasutamine	24	16	15,0

* Kuude arv 100 aastas

Need andmed näitavad, et vahendid ei ole küllalt efektiivsed, valik on piiratud ja kasutamisoskus puudulik, mis on omakorda tingitud sanitaarselgitustöö küündimatusest.

Kontratseptiividest leiab kõige laiemat kasutamist mehe preservatiiv (80% juhtudest kodu- ja välismaiste autorite järgi), efektiivsusega 80—94%. *Coitus interruptus*'t kasutatakse K. Vassiljeva ja G. Tšerepihhini (2) andmeil 50% juhtudest 12—38% ebaeduga. Mõlema meetodi paheks on sugulise tunde nüristumine.

Keemiliste vahendite arv kasvab päevast päeva, enamik neist aga toimib naise organismisse teatud määral toksiliselt. Ohututе spermatsiidsete vahendite otsinguil võtsid E. Šamrai, D. Genin (3, 4, 5) ja R. Telnova (6) kasutusele galotseptiini, mis sisaldab C- ning P-vitamiini ja nikotseptiini, milles leidub nikotiinhapet. Mõlemaid vahendeid kasutatakse tablettidena, mida tuleb pidada keemiliste vahendite kõige soodsamaks kasutamisviisiks. Üldist toimet omavad ka aaloe ja naistepuna polüfenoolid [E. Šamrai (3), R. Telnova (6)]. Uuemaist vahendeist tuleks samuti mainida G. Peršini ja S. Milovanova (7) soovitatud gramitsidiinipastat, pastat on aga raske kasutada. N. Gussakova ja E. Seleznjova (8) andmeil oli 1 aasta jooksul (202 juhtu) ebaedu 3,6%.

Viimasel ajal tegeldakse välismaal üldtoimeliste, suu kaudu manustatavate keemiliste vahenditega. Nende pikemaajalisel kasutamisel võib aga esineda endokriinse süsteemi kahjustusi. Eesmärgiks on pidurdada ovulatsiooni, vähendada viljastusvõimet, kahjustada lootemuna implantatsiooni, häirida kollaskeha funktsiooni, nii et rasedus katkeks jne. Kasutatakse põldhernepreparaate, mis on E-vitamiini antagonistid, mitmesuguseid aineid, mis pidurdavad hüaluronidaasi fermentatiivset toimet (näit. hesperidiin, amiinoperiin jne.).

Vahelesegamine ovulatsiooniprotsessi mõjustab hüpofüsaarset tegevust, seetõttu tuleb seda pidada riskantseks. Rohkem õigustatud on vahelesegamine lootemuna implantatsiooniprotsessi, mida kasutatakse massiliselt Indias ja Jaapanis raseduse katkestamiseks kõige varasemail arenguastmeil.

Ovulatsiooni pidurdamiseks kasutatakse mitmesuguseid steroidipreparaate, Ameerikas näiteks «Enovidi» (17-etinüül-lestratoloon), «Norlutini» (17-etinüül-19-nortestosteroon), mis on lähedased progesteroonile ja analoogiliselt sellega pidurdavad ovulatsiooni, kusjuures menstruaaltsükkel jääb häirimata. «Norlutini» võetakse sisse suu kaudu. «Metalutin» ja «Delutin» on sama tüüpi ained lihasesse süstimiseks. Kauaaegsel tarvitamisel, nagu see kontratseptsiooni puhul vajalik, võivad need preparaadid vallandada tagasipöördumatuid häireid gonadotropiinide produktsioonis. Steroidid kutsuvad muuhulgas esile düspeptilisi nähte ja verejooksudega seotud pseudodetsiduaalset reaktsiooni emakas.

Ka meil on käimas üldtoimega kontratseptiivide uurimine, näiteks uuritakse mõnede rasvhapete kõrgemolekulaarseid ketoone [B. Kudrjašov (9), G. Lõgina ja D. Genin (10), E. Samborskaja (11) jt.]. Ketoonid on nähtavasti implantatsiooniprotsessi inhibiitorid, sest nende kasutamisel saavutati implanteerunud lootemunade resorbeerumine. Et nõutavad doosid on kõrged ja kestev kasutamine kutsub esile degeneratiivseid muutusi munasarjades, ei ole nende preparaatide rakendamiseks erilisi väljavaateid.

Viimasel ajal on uuritud üldtoimega kontratseptiivide kasutamisvõimalusi meestel; eesmärgiks on pidurdada spermatogeneesi (näit. nitrofuraanide või testosterooni abil).

Füsioloogilise kontratseptsiooni küsimusega on seotud spermoimmuunsuse probleem, mis kerkis üles 19. sajandi lõpul. Kontratseptsiooni bioloogilise meetodi rakendamisel saavutati naistel steriilsus 5 kuust 1,5 aastani [A. Babadaglõi (12)]. Mõned autorid leidsid sel puhul degeneratiiv-

seid muutusi munasarjades, mispärast meetod on unustusse jäänud, kuid vajaks siiski uurimist.

Kõik toodud vahendid ja meetodid ei vasta veel kaugeltki praktika nõuetele. Kõige rohkem perspektiive on füsioloogilisel ja selle kõrval ka üldtoimega keemilisel kontratseptsioonil.

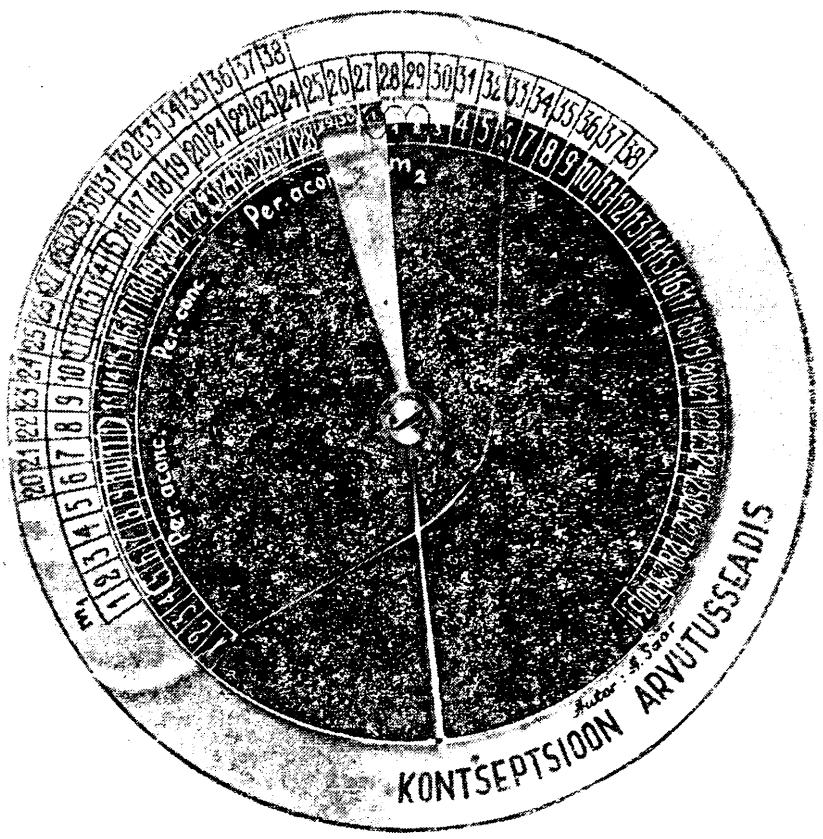


Foto 1. A. Saare arvutusjoonlaua kettakujuline teisend

Viimasel ajal on uuesti päevakorda tõusnud probleem, kuidas rasedusest hoiduda füsioloogilisel teel. Küsimuse algatajateks olid Knaus ja Ogino 1928.—1929. a. Kuigi kontseptsiooni ja füsioloogiliselt steriilsete perioodide määramine ei ole alati kerge, ei vähenda see veel mingil määral selle õpetuse väärtuslikkust. Nimetatud õpetuse rakendamine eeldab vaid ovulatsiooniaja täpset määramist; selleks on tänapäeval aga välja töötatud terve rida mitmesuguseid teste. Võib julgelt väita, et selle probleemi lahendamisega saame oma käsutusse kõige ideaalsema kontratseptsioonimeetodi.

E. Vassiljeva (13) rakendas oma nn. arvestusmeetodit kontseptsiooni ja füsioloogilise steriilsuse perioodide määramiseks edukalt 30 naisel rasedusest hoidumiseks 3 kuu kuni 4 aasta 2 kuu vältel, kusjuures tekkinud 7 raseduse puhul oli suguühe toimunud keelatud perioodil. Kontseptsiooni arvestamise skeem on E. Vassiljeval järgmine:

kontseptsiooniperiood = järgmise menstruatsiooni alguskuupäev — 19 päeva + 7 päeva + x päeva, s. o. oodatava menstruatsiooni esimesest kuupäevast lahutatakse 19 päeva (16 päeva ovulatsiooniaja ühe piirina ja 3 päeva spermatosoidi viljastuseana), siia liidetakse 7 päeva (4 päeva ovulatsiooniaja teise piirina ja 3 päeva spermatosoidi viljastuseana), menstruatsiooni varieerumisel veel vastav päevade arv (x).

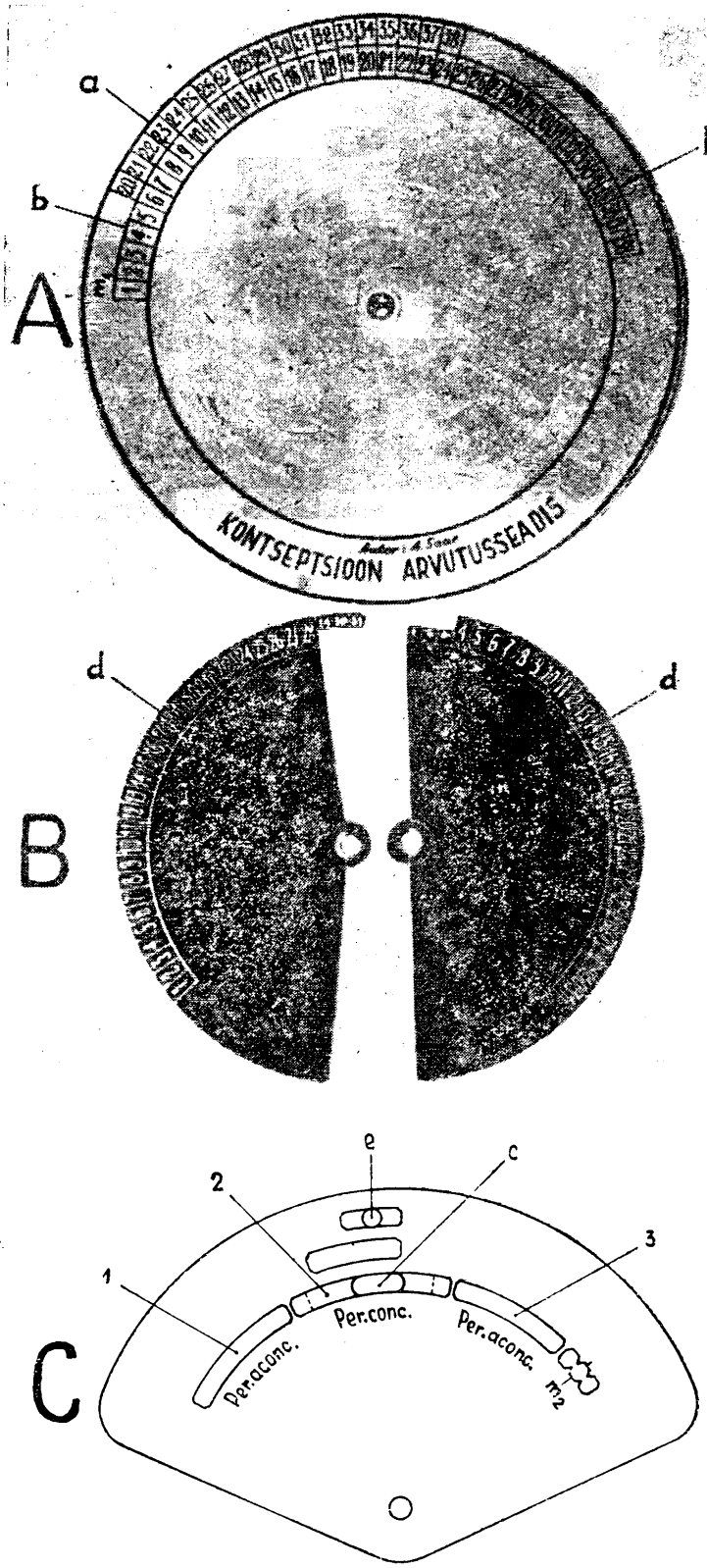


Foto 2. Arvutusseadis lahtivõetuna

Aastaid enne E. Vassiljeva töö ilmumist konstrueeris A. Saar arvutusjoonlaua kontseptsiooni- ja akontseptsiooniperioodide määramiseks. A. Saare arvestuse aluseks on, et ovulatsioon toimub 13—15, keskmiselt 14 päeva (E. Vassiljeva järgi 12—16 päeva) enne järgmist menstruatsiooni, s. o. tsükli teine faas on alati 13—15 päeva, keskmiselt 14 päeva (E. Vassiljeva järgi samuti 14 päeva). Arvukate tähelepanekute tulemusena fikseerib A. Saar tsükli teise faasi pikkuseks täpsemalt 14 päeva $\pm$20 tundi.

Ovulatsiooniaja kõrval on kontseptsiooniperioodi hindamisel vaja teada spermatosoidi viljastus- ja munaraku eostusiga. Valdav enamik tänapäeva autoreid, ka E. Vassiljeva ja A. Saar pooldavad seisukohta, et spermatosoidi viljastusiga ei ületa 48 tundi ja munaraku eostusiga paari tundi (mõnede autorite järgi maksimaalselt 6 tundi).

Eesmärgil kontrollida A. Saare arvutusjoonlaua praktilist kasutamist konstrueerisid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri ja Tartu Aparaaditehase «AGE» töötajad ühiselt A. Saare arvutusjoonlaua alusel kettakujulise teisendi (vt. foto 1), mis on ehituselt ja käsitsemiselt eelmisest lihtsam. Ketas koosneb kolmest kihist.

I. Aluse (foto 2, A) moodustab heledast alumiiniumplekist u. 5 sm raadiusega kettake, mille serval on menstruaaltsükli tüübi (20—38 päeva) skaala (a) ja sellest eespool tsüklipäevade skaala (b).

II. Alusele kinnitub liikuvalt kahest poolest koosnev tumedaks värvitud alumiiniumplekist u. 4 sm raadiusega kettake (foto 2, B), mis kannab serval 2 kuu kalendaarpäevade skaalat (d).

III. Pealmine pleksiklaasist sektorketas (foto 2, C) võimaldab määrata rasestumise ja füsioloogilise steriilsuse aega. Rasestumisaja määramiseks kasutame sektorkettal asuva skaala keskmise aknakese (2) punktiiriga piiritletud ovaalset ava. Selle ovaali piirjooned mahutavad endasse ka ovulatsioonimomendi (c) ja selle ette ning järele lisatud kaks ööpäeva (spermatosoidi viljastusea kestus).

Rasestumisest hoidumiseks (esitatud sektorketas on kohandatud menstruatsioonitsüklitele võnkelaiusega 3 ööpäeva) kasutame sellel sektorkettal C asuvat kolme aknakest: 1) esimene (vasak) aknake (1) määrab enne ovulatsiooni esineva füsioloogilise steriilsuse perioodi, mis algab menstruatsiooni lõppemisega ja lõpeb 5 päeva enne ovulatsiooni (ovulatsioonipäev + 2 päeva spermatosoidi viljastusiga + 2 reservpäeva); 2) keskmine aknake (2) piiritleb rasestumisest hoidumisel võimalikku viljastumisperioodi, mis algab 5 päeva enne ovulatsioonipäeva ja lõpeb 4 päeva pärast ovulatsioonipäeva; 3) sama skaala kolmas (parempoolne) aknake (3) piiritleb teist füsioloogilise steriilsuse perioodi (pärast ovulatsiooni), mis algab 5. päeval pärast ovulatsiooni ja kestab kuni järgmise menstruatsiooni ilmumiseni.

Arvutusketta tutvustamiseks toome 3 näidet.

N ä i d e 1. Tsüklitüüp on 28 päeva (kõikumine 3 päeva piires), viimane menstruatsioon oli 5. I. Liigutame tsüklitüübi näitaja aknakese (asub sektorketta välisel serval — foto 2, C, e) nr. 28-le aluskettal. Edasi nihutame tumedal kettal asuva kalendaarskaala (foto 2, B, b) 5. kuupäevaga m_1-le, s. o. viimase menstruatsiooni alguspäevale aluskettal. Nagu nüüd selgub, on kontseptsiooniperiood rasestuda soovijaile 15.—19. I, s. o. 11.—15. tsüklipäeval (mida näeme fotol 1), lugedes menstruatsiooni alguspäevast. Antud juhul rasestuda mittesoovijaile on siis kontseptsiooniperiood 13.—22. I, s. o. 9.—18. tsüklipäeval. Füsioloogilise steriilsuse I periood on nüüd 5.—12. I, s. o. 8 esimest tsüklipäeva (excl. menstruatsiooni kestus) ja II steriilsuse periood 23.—31. I, s. o. 19.—27. tsüklipäeval ehk kuni järgmise menstruatsioonini, mis ilmub 1. II (31. I—2. II).

N ä i d e 2. Tsüklitüüp on 21 (20—22) päeva, viimane menstruatsioon oli 5. I. Kontseptsiooniperiood rasestuda soovijaile on 8.—12. I, s. o. 4.—8. tsüklipäev. Rasestumisest hoidujaile on kontseptsiooniperiood käesoleval juhul 6.—15. I, s. o. 2.—11. tsüklipäeval. Füsioloogilise steriilsuse II periood algab 16. I, s. o. 12. tsükli-

päeval ja kestab järgmise menstruatsioonini, mis algab 25. I (24.—26. I). Steriilsuse I periood praktiliselt puudub, sest avardatud kontseptsiooniperiood algab juba 2. tsüklipäeval.

Näide 3. Tsüklitüüp on 35 (34—36) päeva, viimane menstruatsioon oli 5. I. Kitsam kontseptsiooniperiood on 22.—26. I, s. o. 18.—22. tsüklipäeval, laiendatud kontseptsiooniperiood on 20.—29. I, s. o. 16.—25. tsüklipäeval. Akontseptsiooni I periood on 5.—19. I, s. o. kuni 15. tsüklipäevani, ja II periood alates 30. I, s. o. 26. tsüklipäevast kuni järgmise menstruatsioonini 8. (7.—9. II).

A. Saare arvutusketta kasutamine on võrreldes E. Vassiljeva arvestusmeetodiga (võrdlemisi keerulised valemid ja tabelid) lihtne, kiire ja konkreetne. Kui E. Vassiljeva meetod nõuab oodatava menstruatsiooni alguskuupäeva väljaarvestamist, mis on ikkagi teoreetiline väärtus, siis A. Saar vajab viimase toimunud menstruatsiooni alguse kuupäeva. Valemite põhjal arvutamine mälu järgi võib kergesti eksitusi põhjustada, samuti ei ole tabelid alati käepärast, kerge kettake on aga kaasas kantav. Teoreetilises osas ühtib A. Saare meetod täielikult E. Vassiljeva omaga, arvestustulemused kattuvad (näit. 26—28-päevase tsükli puhul on kontseptsiooniperiood E. Vassiljeva järgi 9.—18., A. Saare järgi 8.—17. tsüklipäeval; nimetatud vahet tuleb lugeda ebaoluliseks).

Tartu Kliinilises Sünnitusmajas kasutasime arvutusketast kontratseptsiooni eesmärgil 25 meditsiinitöötajal 1—1,5 aasta jooksul (1960.—1961. a.). Arvelolijail varieerus tsüklitüüp 22—35 päeva, tsükkel ise varieerus 1—5 päeva ulatuses. Rasedus tekkis 1 juhul: tegemist oli kindla tsüklitüübi puudumisega, sest variatsioonilaius 3 kuu jooksul oli 34—48 päeva. Enamikul katsealustel määrasime järgmise menstruatsiooni ning ovulatsiooni aja 1—3-päevase täpsusega ja õpetasime (vähemalt 60%-l juhtudel) tunnetama ovulatsioonile iseloomulikku valusündroomi. Ühel vaatlusalusel kaasnes igal ovulatsioonil valusündroomiga vereeritus, mis eriti objektiivselt võimaldas kontrollida vastavat arvutusmeetodit.

Füsioloogilist kontratseptsiooni ei saa kasutada tsüklihäirete puhul, samuti ei ole see otstarbekas liiga suure variatsioonilaiusega tsükli korral. Füsioloogilise meetodi kasutamisel on tingimata nõutav ühe, vähemalt aga poole aasta menstruaalkalender.

Kõik teised kontratseptsioonimeetodid garanteerivad rasestumatust umbes 80% ulatuses, kuid see protsent on kahtlemata palju väiksem, sest füsioloogilise steriilsuse perioodidel ei olene tulemus niikuinii vahendist.

A. Saare arvutusmeetodi kasutamist tuleb igati soovitada, sest füsioloogiline kontratseptsioon on kaheldamatult kõige hügieenilisem, praktilisem, lihtsam, esteetilisem, elulisem, efektiivsem ja ka kõige perspektiivsem.

KIRJANDUS

1. Цирульников М. С. и Хентов Р. А. Вопр. охраны материнства и детства, 1960, 6, 49—51. — 2. Васильева К. М. и Черепахин Г. К. Труды Азово-Черноморск. краев. научно-исслед. ин-та охр. материнства и младенчества, в. 1, 1934, 172. — 3. Шамрай Е. Ф. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 8. — 4. Генин Д. И. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 28. — 5. Шамрай Е. Ф. и Генин Д. И. Акушерство и гинекология, 1961, 6, 62—67. — 6. Тельнова Р. П. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 11. — 7. Першин Г. Н. и Милованова С. Н. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 15. — 8. Гусакова-Федорова Н. Я. и Селезнева Е. Д. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 19. — 9. Кудряшов Б. и др. Бюл. экспер. биол. и мед., 1938, 6, 147. — 10. Лыгина Г. И. и Генин Д. И. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 23. — 11. Самборская Е. П. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 25. — 12. Бабаджаглы А. Х. Труды 1-го Всеукраинск. съезда акуш. и гинек., Киев, 1928, 947. — 13. Васильева Е. Г. Вопр. охраны материнства и детства, 1960, т. 5, 6, 51—54. — 14. Tietze, C. Am. J. Obst. a. Gynec., 1959, v. 78, 650.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Х. Яльвисте

Резюме

Химические и механические противозачаточные средства, так же как и неполное половое сношение, не всегда могут предупредить беременность, неблагоприятно влияют на здоровье и притупляют сексуальное чувство.

В последнее время заграницей применяют химические противозачаточные средства общего действия, принимаемые *per os*. Эти средства воздействуют на овуляцию, нарушают имплантацию яйца, а также функцию желтого тела, причем длительное употребление этих средств может привести к эндокринным расстройствам.

Имеются данные о противозачаточных средствах общего действия и для мужчин.

Вопрос о возможности избегать беременности физиологическим путем, т. е. о воздержании от полового акта в благоприятные для зачатия дни менструального цикла, был поднят в 1928—1929 гг. Огино и Кнаусом, которые показали, что срок овуляции у женщины может быть точно определен, а в течение менструального цикла до и после овуляции есть дни, когда зачатие невозможно, т. к. длительность жизни мужских и женских клеток непродолжительна.

Е. Г. Васильевой разработан способ определения времени плодотворного сношения и периодов физиологической стерильности, причем отправной датой для этого является первый день ожидаемой менструации.

За несколько лет до опубликования работы Е. Г. Васильевой А. Саар с этой же целью сконструировал расчетную линейку, причем в расчетах исходил из первого дня последней менструации.

На кафедре акушерства и гинекологии Тартуского государственного университета модификация линейки А. Саара — дискообразная таблица была испытана с целью физиологической контрацепции и дала хорошие результаты.

Метод А. Саара можно рекомендовать для использования в женских консультациях.

RÖNTGENI- JA GAMMAKIIRGUSE DOSIMEETRIA AKTUAALSEID KÜSIMUSI EESTI NSV-s

Arstiteaduse kandidaat *S. SALZMAN* ja *H. EHVÄRT*

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist ja Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Radioaktiivsete isotoopide ja teiste ioniseerivate kiirgusallikate üha laieneva rakendamisega tehnikas, tööstuses, arstiteaduses ja teaduslikus uurimistöös suureneb järjest inimeste arv, kes oma igapäevases töös puutuvad kokku ioniseeriva kiirgusega. Ioniseeriva kiirgusega töötajad alluvad paratamatult, vaatamata kõigile ettevaatusabinõudele (kaitsesirmid ja -ekraanid, kaitsepõlled ja -kindad, respiraatorid ning kaitseülikonnad jne.) siiski mõningal määral kiirguse mõjule.

Vastavalt kehtestatud eeskirjadele (3) ei tohi töötajale langeva kiirguse doos ületada 0,1 röntgenit (r) * nädalas ehk 0,017 r päevas. Seoses sellega on oluline tööruumides mõjuvate kiirgustasemete täpne määramine ja range dosimeetriline kontrollimine. Tööruumides mõjuva kiirgustaseme määramine ja iga töötaja individuaalne dosimeetriline kontrollimine peavad toimuma paralleelselt, sest üks täiendab teist (1). Individuaalseks dosimeetriliseks kontrollimiseks kasutatakse meie vabariigis dosimeetreid КИД ja ДК-02 (tahvel III, foto 1 ja 2), mis on rahuldava täpsusega kalgi kiirguse korral (raadium- või telegammaravi kabinettides). Nende kasutamine aga kiirguste mõõtmiseks, mille energia on alla 0,1 megaelektronvoldi (MeV)** (nagu enamikes röntgenravi ja diagnostika

* Üks röntgen (r) on röntgeni- ja gammakiirguse ühik, mille mõjul 1 cm^3 õhus 760 mmHg rõhu ja 0° juures tekib $2{,}08 \cdot 10^9$ ioonide paare (negatiivselt ja positiivselt laetud ioone).

** Üks elektronvolt on energia, mis on vajalik ühe elektronlaengu viimiseks ühest punktist teise, kui nende punktide potentsiaalide vahe on 1 volt. Kasutatakse ka ühikuid megaelektronvolt (MeV) ja kiloelektervolt (keV): 1 MeV = 10^6 eV, 1 keV = 10^3 eV.

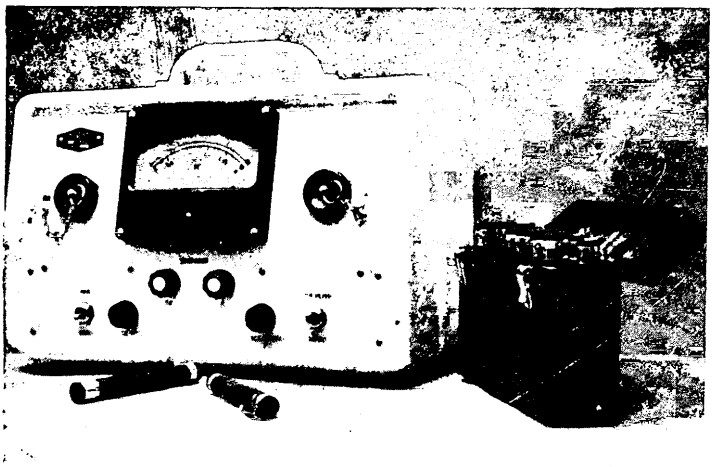


Foto 1. Dosimeeter КИД (komplekt)

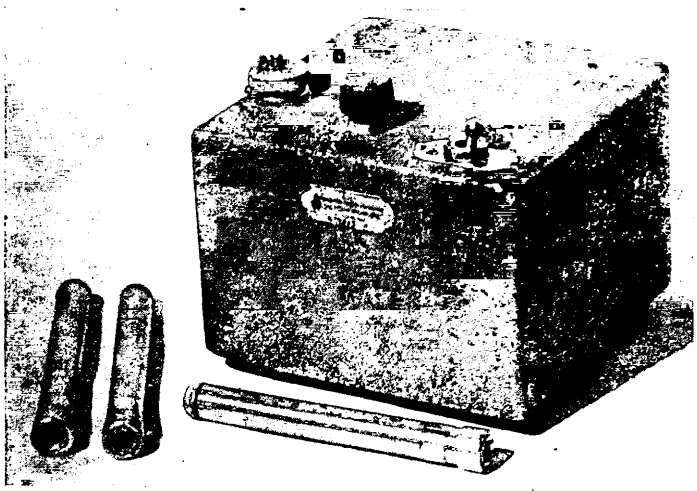


Foto 2. Dosimeeter DK-02 koos laadimisseadmega

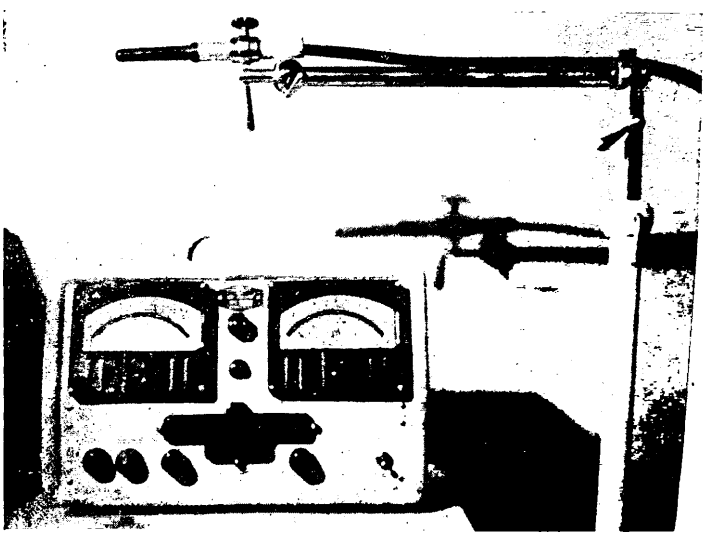


Foto 3. Röntgenomeeter *PM1M*

TAHVEL IV

S. Salzman ja H. Ehvärt

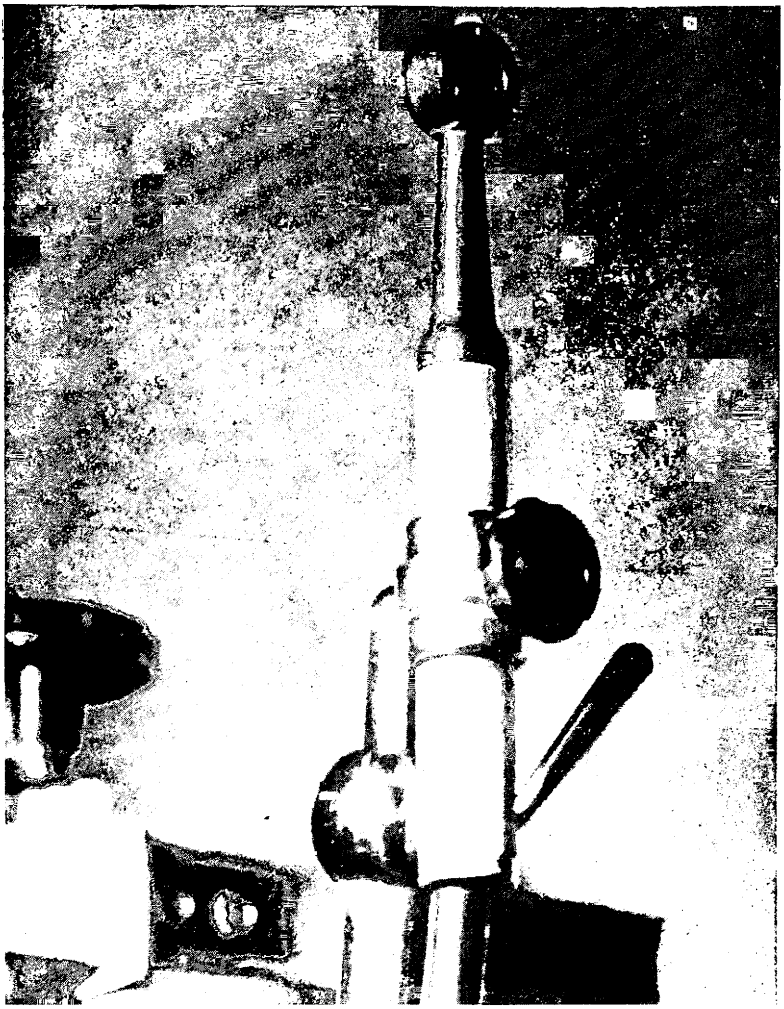


Foto 4. Röntgenomeetri PM1M diafragma tüüpi ionisatsioonikamber

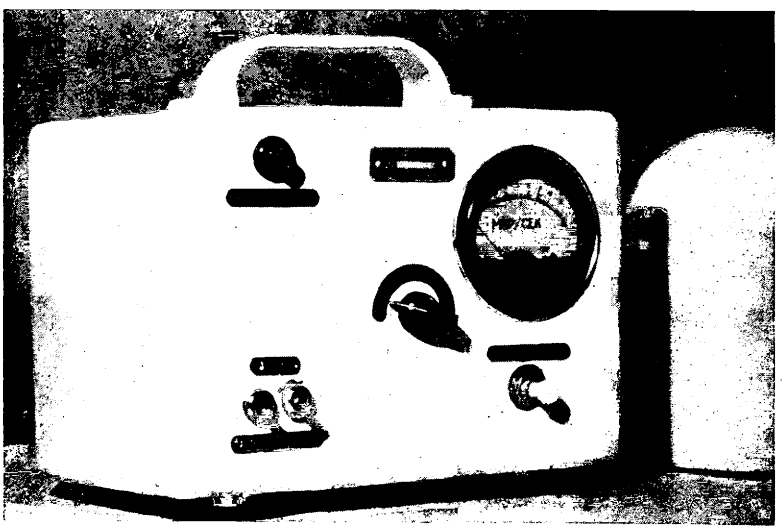


Foto 5. Mikroröntgenomeeter MPM1, paremal ionisatsioonil[illegible]

kabinettides), on võimatu. Seepärast mõõdetakse röntgenikabinettides doosi võimsust kindlaksmääratud kohtades (ekraani taga, jalgade kõrgusel jne.) ja arvutatakse välja personali kiirituse doos.

Arstiteaduses mõõdetakse röntgeni- ja gammakiirgust kas röntgen- ja gammateraapias kasutatavate dooside määramiseks või töötajate kiirguskaitse korraldamiseks.

Dosimeetrilisteks mõõtmisteks valmistab meie tööstus (4) hulga mõõteriistu. Edukas töötamine nendega eeldab selget arusaamist kasutatava mõõteriista võimalustest ja kasutamispiirkonnast.

Kõiki röntgeni- ja gammakiirguse mõõteriistu iseloomustavad põhiliselt kaks tegurit: a) kiirgusenergia vahemik, milles iga mõõteriist registreerib footone ehk valguskvante; praktikas rakendatav kiirgusenergia asub vahemikus 10^4 eV kuni 30 MeV; b) doosi võimsuste vahemik, milles mõõteriistaga on võimalik töötada (röntgenite arv ajavahemikus); meditsiinilises praktikas ulatub see 0,1μr/sek. kuni 1000 r/sek.

Näeme, et nii energia kui ka doosi võimsus kõiguvad praktikas väga suurtes piirides ja igal konkreetsel juhul tuleb vastavalt nendele valida ka mõõteriist. Näiteks telegammaravis, kus kiirgusallikas on radioaktiivne koobalt Co^{60}, on doosivõimsused 2—80 r/min. Kiirgust võib siin lugeda praktiliselt monoenergeetiliseks footonite energiaga 1,2 MeV. Sel juhul võib mõõtmiseks kasutada röntgenomeetrit PM1M 2 sm^3 mahuga ionisatsioonikambri ja alumiiniumkattega (tahvel III, foto 3), või ka mikroröntgenomeetrit «Kaktus», kui see varustada vastava ionisatsioonikambriga ja vastavalt gradueerida.

Samade mõõteriistadega saab mõõta ka röntgensüvaravi juures tarvitatavaid doose, kus pinge on 180 kV ja dooside võimsus 10—30 r/min. Naha kiirituskahjustuste vältimiseks kasutatakse 0,5 mm paksust vaskja 1,0 mm paksust alumiiniumfiltrit. Samu tingimusi tuleb arvestada praktikas laialt levinud röntgenraviaparaatide РУМ-3 kasutamisel. Nimetatud aparaatidega on varustatud kõik meie vabariigi röntgenravi kabinetid. Lühifookuselise röntgenravi puhul, kus pinge ei ületa 60 kV ja filter on maksimaalselt 2 mm Al, peab mõõteriist võimaldama registreerida juba footone (valguskvante), mille energia on vahemikus 6—60 keV ja dooside võimsus 100—40 000 r/min. (5). Selleks võib samuti kasutada röntgenomeetrit PM1M diafragma tüüpi ionisatsioonikambriga (tahvel IV, foto 4) või spetsiaalselt valmistatud, väikesemahulise ionisatsioonikambriga tselluloidist või kaprolaktaamist (2). Muidugi peab siin silmas pidama, et mõõtmised pehme kiirguse valdkonnas on tunduvalt keerulisemad ja suuremat hoolikust nõudvad kui keskmise ning kalgi kiirguse juures: usaldatavate tulemuste saamine on nende puhul raskem.

Tunduvalt keerulisemat probleemi kujutavad endast kiirguskaitsealased mõõtmised (s. t. ruumis mõjuvate kiirguste mõõtmine ja individuaalse doosi kindlaksmääramine). Peamiseks raskuseks on siin nõrga kiirguse mõjul ionisatsioonikambris tekkivate elektrivoolude nõrkus. Seda näitab lihtne arvutus. Lähtudes lubatud doosist (0,1 r/nädalas) ja 5-tunnilisest tööpäevast, saaksime 100 sm^3 mahuga õhuekvivalentses ionisatsioonikambris tekkiva voolu suuruseks $i \approx 2{,}5 \cdot 10^{-13}$ A. Nõudes 5%-list täpsust, tuleks mõõta stabiilseid elektrivoolusid suurusjärgus 10^{-14} A. Statsionaarsete seadmetega on küll võimalik mõõta voolu kuni 10^{-16} A, kuid see pole võimalik mõõteriistaga, millelt nõutakse väikseid mõõtmeid ja transporditavust. Seetõttu on enamikus radiomeetrites (РМ-2, СРП-1а, СГ-42, СРП-2, УР-4М) ionisatsioonikambri asemel kasutatud Geiger-Mülleri lugejaid või stsintillaatoreid, mille ekraanil tekivad ioniseeriva kiirguse toimel valgusesähvatused, kuigi põhiliselt lugejale või stsintillaatoritele rajatud mõõteriista ei saa kasutada doosi võimsuse mõõtmiseks, sest registreerimistulemused sõltuvad tugevasti

footonite energiast. Mõõtmistulemustesse tuleb nende riistade rakendamisel suhtuda väga ettevaatlikult. Üldiselt ei tohiks neid rakendada röntgeni- ega gammakiirguse mõõtmiseks, mille footonite energia on alla 200—300 keV, sest saadud andmed ei ole usaldatavad. Nimetatud mõõteriistu võib aga edukalt kasutada indikaatoritena kiirguse intensiivsuse ligikaudsel määramisel.

Kahjuks ei ole arstiteaduse praktikas kasutatav röntgenomeeter PM1M, millega on võimalik teha kiirguskaitsealaseid mõõtmisi, küllalt tundlik ega anna täpseid andmeid.

Mikroröntgenomeeter MPM1 (tahvel IV, foto 5) on oma esimesel aladiapasoonil küllaldase tundlikkusega, kuid kahjuks on see ette nähtud ainult kiirguse mõõtmiseks, mille energia on 0,1 ja 1,2 MeV vahel. Seega on see mikroröntgenomeeter vaevalt rakendatav täpseteks kaitsemõõtmisteks lühifookuselise röntgenravi või röntgenidiagnostika seadmete juures, küll aga sobib kaitsemõõtmisteks röntgenravi (РУМ-3) seadmete jaoks.

Kokkuvõttes võib kiirguse mõõtmiste kohta öelda, et gammakiirguse jaoks, mille energia on üle 200 keV ja kuni 2—3 MeV, on olemas terve rida mõõteriistu, mis lubavad läbi viia usaldatavaid mõõtmisi. Kuid röntgenidiagnostikas ja lühifookuselises teraapias kasutatavate energiate korral tekib kiirguskaitsealastel mõõtmistel terve rida raskusi, mis ei ole olemasolevate mõõteriistade juures veel ületatud. Uurimistööd selles suunas toimuvad.

Siinkohal tuleb veel kord rõhutada täpsete mõõtmiste tähtsust, sest suured vead ja ebakorrektsed mõõtmistulemused on ohtlikud kahes suunas: kui mõõtmistulemused on väiksemad tegelikust kiirgustasemest, võib esineda lubatud dooside ületamist. Kui aga mõõtmistulemused on suuremad kui tegelikult, siis võidakse teha suuri kapitaalmahutusi kaitse tugevdamiseks, milleks aga sisuliselt pole vajadust. Mõõteriistu tuleb süstemaatiliselt kontrollida, sest nende omadused võivad võrdlemisi kiiresti muutuda. Praegu tegelevad dosimeetriliste mõõtmistega mitmed asutused (röntgenijaamad Tallinnas ja Tartus, onkoloogia dispanserid, Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam jt.), kuid nende mõõteriistad on omavahel kooskõlastamata. Hädavajalik on vabariigis luua vastav asutus, mille ülesandeks oleks dosimeetrilise aparatuuri kontrollimine ning gradueerimine.

Küsimus oleks nii organisatsiooniliselt kui ka tehniliselt suhteliselt lihtsalt lahendatav. Dosimeetriline jaam vajab Co^{60} etaloone (mida on võimalik saada), röntgeniaparaati ja röntgenomeetrit РП-1, mida võrreldaks riikliku standardiga ja kasutataks sekundaarse standardina. Meie tingimustes oleks organisatsiooniliselt nähtavasti otstarbekohane luua vabariiklik dosimeetria jaam, mis teenindaks nii meditsiiniasutusi kui ka tööstusettevõtteid.

Kõik see tõstaks kiirgusteraapia- ning kiirguskaitsealaste mõõtmiste täpsust ja aitaks parandada elanikkonna meditsiinilist teenindamist, samuti ioniseerivate kiirgustega töötava personali töötingimusi.

KIRJANDUS

1. Аглинцев К. К. Дозиметрия ионизирующих излучений. М., 1957. — 2. Кронгауз А. Н. и Фролова А. В. Методическое указание по определению доз рентгеновского излучения, получаемых на аппаратах близкофокусной терапии. Информационно-методическое письмо № 4 МЗ РСФСР. М., 1960. — 3. Санитарные правила работы с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений. М., 1960. — 4. Справочник по дозиметрическим, радиометрическим и электроннофизическим приборам, счетчикам, сцинтилляторам и фотоумножителям. М., 1959. — 5. Шмелев В. К. Рентгеновские аппараты. М., 1957.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ДОЗИМЕТРИИ РЕНТГЕНОВСКОГО- И ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЙ В ЭСТОНСКОЙ ССР

С. Зальцман и *Х. Эхвярт*

Резюме

В связи с широким применением радиоактивных изотопов в медицине и в народном хозяйстве вопросы дозиметрического контроля приобретают все большее значение. Промышленность изготовляет целый ряд дозиметрических приборов, однако успешное их применение требует ясного понимания их назначения.

Для измерения лечебной дозы телегамм или рентген-терапевтических аппаратов для глубокой терапии целесообразно пользоваться рентгенометром РМ-1М с основной камерой. Для той же цели в условиях близкофокусной терапии применяется также рентгенометр РМ-1М, но с камерой типа диафрагмы или с камерой, изготовленной из капронлактама.

При измерении малых доз излучения часто пользуются приборами, сконструированными на счетчиках или сцинтилляторах, однако показания этих приборов отличаются неточностью. Наиболее употребительны микрорентгенометр МРМ-1, а для измерения индивидуальных доз ДК-02. Они не применимы для измерения доз мягкого излучения (меньше 100 КЭВ), как, например, в рентген-диагностических кабинетах.

Серьезным затруднением в организации дозиметрической службы в Эстонской ССР является отсутствие единого центра по проверке и градуировке дозиметрических приборов. Необходимо создать единый республиканский центр по проверке и градуировке дозиметрических приборов для медицинских учреждений и промышленных предприятий.

KROONILISE FENATSETIINIMÜRGISTUSE KLIINIKUST JA DIAGNOOSIMISEST*

Arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Kroonilise fenatsetiinimürgistuse probleem on arstide tähelepanu äratanud alles viimase kümne aasta jooksul. 1950. ja 1953. a. avaldasid O. Spühler ja H. Zollinger (12) oma tähelepanekud haigusnähtudest, mis arenevad fenatsetiini pikemaajalise tarvitamise puhul. Nende autorite arvates põhjustab fenatsetiini pikemaajaline tarvitamine omapärase neerukahjustuse — kroonilise interstitsiaalse nefriidi. Viimase 11 aasta jooksul on välismaises kirjanduses selle kohta arvukalt töid ilmunud. 1960. a. arutati fenatsetiini pikemaajalise tarvitamise toimet VI rahvusvahelisel terapeutide kongressil Baselis.

Kirjanduse andmetel on kroonilise fenatsetiinimürgistuse kliinikus juhtival kohal neerude kahjustus. R. Schweingruber (10) ja teised autorid arvavad, et kliiniline pilt kujuneb seejuures närvisüsteemi funktsionaalsete häirete, vere patoloogia ja areneva kroonilise interstitsiaalse nefriidi põhjal. Fr. Gawellek (4) jt. viitavad ka maksakahjustusele.

Närvisüsteemi funktsionaalsetest häiretest esinevad unetus, peavalu, meeleolu labiilsus, kõhukinnisus. Millisel määral võib neid sümptoome siduda fenatsetiini tarvitamisega, pole veel selge. Kõik autorid närvisüsteemi funktsionaalseid häireid ei kirjelda, pealegi võivad need (samuti patoloogia ise) tekkida ka fenatsetiini sisaldavate segude stimuleeriva komponendi [näiteks kofeiini (9)] toimel.

Ei ole kahtlust, et fenatsetiini pikemaajalise tarvitamise tagajärjel areneb hemolüütiline kehvveresus ja retikulotsütoos [T. Friis, J. Togh, N. Wissen (3), S. Moeschlin (7), G. Pense (9) jt.].

Eriti on uuritud neerude patoloogiat. O. Gsell (5) kaldub kõiki kroonilise interstitsiaalse nefriidi juhte seostama fenatsetiini liigtarvitamisega.

---

* Ette kantud 15. XI 1961. a. Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekul.

Nefriidi kliinilises pildis eristatakse [A. Eisalo, A. Nikkilä (2)] kolme staadiumi: I — koldelise nefriidi staadium, II — omapäraselt kulgeva difuusse nefriidi staadium, III — kortsneerude staadium. II staadiumis neerude kontsentratsioonivõime langeb, uriini erikaal ei tõuse üle 1015. Uriinis leidub üksikuid leukotsüüte, väga vähe valku, vähesel hulgal leostunud erütrotsüüte. Soolade eritumine neerude kaudu on häiritud, mille tagajärjel areneb hüpokalieemia, hüpokaltseemia, hüponatreemia. Arteriaalne rõhk ei ole tavaliselt kõrgenenud, silmapõhi on muutusteta. III staadiumis areneb ureemia, tõuseb jääklämmastiku hulk veres, progresseerub kehvveresus.

A. Eisalo ja E. Nikkilä (2) soovitavad diagnooside diferentseerimisel lähtuda sellest, et fenatsetiinimürgistuse korral iseloomustab nefriiti 1) ägeda nefriidi või püelonefriidi puudumine anamneesis, 2) viited sellele, et haige on pikemat aega tarvitanud fenatsetiini sisaldavaid ravimeid, 3) normaalne arteriaalne rõhk, 4) normaalne silmapõhi, 5) normaalne kusesade. Peale selle tuleb arvestada hemolüütilise kehvveresuse ja retikulotsütoosi võimalust, harvem esineb erütrotsütoos luuüdis.

Kui arvestada kirjanduse viiteid selle kohta, et fenatsetiini pikemaajalisel tarvitamisel tekivad maksakahjustused, hooletusse jäetud juhtudel nahavärvuse muutumine koos «halli tsüanoosiga», siis võib nõustuda O. Gselliga (5), kes teeb ettepaneku nimetada kõikide nende nähtude kogumit fenatsetiinitõveks.

Haigestumise patogenees ei ole veel selge. Ühed autorid [B. Harvald, F. Valdorf-Hansen, A. Nielsen (6)] arvavad ,et fenatsetiini kahjulik toime seisneb methemoglobiini tekkimises organismis. N. Nilschmann (8) seostab fenatsetiini laguproduktide nefrotoksilist toimet r-aminofenooliga. Peale methemoglobiini tekitava toime on fenatsetiinil veel sulfhemoglobiini tekitav toime.

T. Friis, J. Fock ja N. Niessen (3) omistavad teatud tähtsuse organismi eelnevale sensibiliseerimisele. A. Eisalo ja E. Nikkilä (2), G. Pense (9) jt. viitavad kuseteede eelneva nakatumise osatähtsusele.

Meile kättesaadavas kodumaises kirjanduses leidsime ainult ühe kirjutise, kus käsitletakse kroonilist fenatsetiini-intoksikatsiooni [V. Fedotova ja N. Horsova (1)]. Järgnevalt esitame oma tähelepanekud seoses ühe haigusjuhuga.

Naishaige S., 51 a. vana, töötab apteegis sanitarina. Pöördus 17. IV 1961. a. polikliinikusse kaebustega nõrkuse ja peapöörituse üle. Peale selle kuuleb halvasti mõlema kõrvaga. Peab ennast haigeks umbes 2 kuud. Tähelepanu äratas haige kahvatus ja langenud toitumus. Läbivaatusel siseelundid patoloogilise leiuta. Veri: hgb. 49—48%, leukots. 5800—4400, SR 34—51 mm tunnis. Röntgenoskopeerimisel rindkereelundite, mao- ja sooletrakti patoloogiat ei avastatud.

Et kehvveresus esines käesoleval juhul vanemal inimesel, tekkis pahaloomulise kasvaja kahtlus. 27. IV 1961. a. suunati haige haiglasse. Diagnoos: maovähk?, sekundaarne aneemia.

Sisehaiguste osakonnas (haiguslugu nr. 6279) viibis haige 16 päeva. Püüti selgitada kehvveresuse põhjusi ja lülitada välja pahaloomulise kasvaja kahtlust. Füüsikalisel uurimisel normist kõrvalekaldumisi ei leitud. Arteriaalne rõhk 120/75 mm. Rindkereelundite röntgenoskoopia: ealised muutused. Mao-sooletrakti röntgenoskoopia: gastroptoos, mao limaskesta hüpoplaasia, perigastriidi nähud. Günekoloogilised uurimised patoloogiat ei avastatud. Veri: hgb. 48 üh. (8g%), erütrots. 3 520 000, värvuse indeks 0,69, trombots. 205 000, leukots. 4100, basof. 1%, eosinof. 1%, keppt. 4%, segmentt. 62%, lümfots. 25%, monots. 7%, SR 23 mm tunnis. Bilirubiin (Van den Berghi järgi) 1,8 mg%. Uriin õlgkollane, kergelt hägune, erikaal 1007, suhkrut ja valku ei leidunud, leukotsüüte 0—1—2 vaateväljas, vähesel hulgal lameepiteeli. Väljaheide: protosoasid ja ussnugiliste mune ei leitud, Gregerseni reaktsioon (mitu korda) negatiivne. Suhkrukõver kahekordse koormuskatse puhul muutuseta. Diastaas veres (Wohlgemuthi järgi) 16 üh., diastaas uriinis 8 üh.

Zimnitski proov: diurees 24 tunni jooksul 830 ml, erikaalu kõikumine 1008—1011.

Hüpostenuuriat ja võrdlemisi madalat diureesi peeti arteriosklerootilise nefroskleroosi nähtudeks. Kaasnevate haigustena täheldati kroonilist gastriiti ning perigastriiti ja tüsistusena hüpokroomset kehvveresust. Haigele kanti üle 750 ml verd, peale selle määrati rauda, glükoosi koos askorbiinhappega, antianemiini, sool-

hapet, insuliini. Haige seisund paranes mõnevõrra. Veri: hgb. 58 üh. (9,6 g%), leukots. 4200, basof. 1%, eosinof. 4%, keppt. 5%, segmentt. 39%, lümfots. 39%, monots. 12%, SR 17 mm tunnis.

13. V lahkus haige S. ambulatoorsele ravile, aga pöördus uuesti polikliinikusse. Ambulatoorse kaardiga tutvumisel äratas tähelepanu diagnooside vasturääkivus: oletatav maovähk, seejärel nefroskleroos. Kaks mao röntgenoskoopiat, düspeptiliste nähtude puudumine, möödunud ravi mõningane efekt lükkasid suure tõenäosusega ümber mao uudismootustise diagnoosi. Neerude patoloogia iseloom jäi aga ebaselgeks. Ühest küljest neeruhaiguste (nefriit, püelonefriit) puudumine anamneesis, uriini analüüsi ja arteriaalse vererõhu normaalsed andmed, südame vasaku vatsakese hüpertroofia puudumine kõnelevad väljendunud neerupatoloogia vastu. Teisest küljest on raske seletada hüpoisostenuuria põhjust.

Et anamneesist välja lülitada hüpertooniat, küsiti patsiendilt, kas tal esineb peavalu. Selgus, et ta kannatab selle all alaliselt juba 18 aastat. Loomulikult huvitas meid, millega haige peavalu rahustab. Selgus, et talle mõjub ainult askofeen, mida ta võtab iga päev alates 1944. a. märtsikuust (sai pommitamise ajal põrutada). Algul võttis haige 1 tableti päevas, viimase kolme aasta jooksul aga 2—3 tabletti päevas. Teatavasti sisaldab üks tablett askofeeni 0,2 fenatsetiini. Seega tarvitas haige 18 aasta jooksul ligi 1,5 kg fenatsetiini. Kõik see andis põhjust kahtlustada fenatsetiinitõve esinemist. Selle diagnoosiga saadeti haige uuesti statsionaari (haiguslugu nr. 9861).

Saabumisel kaebused endised — visa, peaaegu alaline peavalu otsaesise ja kiiruluu piirkonnas, peapööritus, jõuetus, silmade ees virvendus. Iste ja isu normaalne, düsuuria nähte ei esinenud.

Objektiivselt haige üldseisund rahuldav, ta on kahvatu, alanenud toitumusega. Kopsude kuulatlemisel hingamine vesikulaarne, kopsude koputlemisel karbikõla varjund. Südame piirid normis, toonid rütmilised, puhtad, kergelt sumbunud. Pulss rahuldava täitumisega, rütmiline, 78 lööki minutis. Arteriaalne rõhk mõlemal käel 120/80 mm. Kurk puhas, keel samuti. Kõht pehme, valulikkust ei esinenud. Maks ja põrn ei ole suurenenud. Neerud pole palpeeritavad. Haige tasakaalukas, uni hea.

Neuropatoloogi konsultatsioon: närvisüsteemi patoloogiat ei avastatud. Silmaarsti konsultatsioon: silmapõhi normaalne. Otorinolarüngoloogi konsultatsioon: sisekõrva kahjustuse tagajärjel mõlemas kõrvas kuulmine langenud. Spontaanne kergelt väljendunud horisontaalne nüstagm. Labürintopaatia. Andmed rindkereelundite ja mao ning sooletrakti röntgenoskoopia kohta vt. eespool. Nina kõrvalõõnte röntgenograafia: patoloogiata. Elektrokardiogramm: vasaku vatsakese tagumise seina mõõdukalt väljendunud sklerootilised muutused. Sternaalpunktaadi analüüs: punase luuüdi ärrituse tunnused.

Veri: hgb. 72 üh. (12,0 g%), erütrots. 4 040 000, värvusindeks 0,89, leukots. 4400, basof. 1%, eosinof. 3%, keppt. 4%, segmentt. 69%, leukots. 16%, monots. 7%, SR 30 mm tunnis, trombots. 240 000, retikulots. 1,25%, erütrotsüüte koos basofiilse sõmerusega 500, erütrotsüütide osmootne resistentsus: minimaalne 0,52% NaCl, maksimaalne 0,44%. Plasmas albumiine 5,3%, globuliine 1,8%, vere valgukoefitsient 2,9, Ca vereseerumis 10,8 mg%, NaCl 545 mg%, kolesteriini 294 mg%, bilirubiini (Van den Berghi järgi) 0,8 mg%, protrombiini aeg 23 sek., protrombiiniindeks 86%. Ksantoproteiinreaktsioon 30 üh., Takata-Ara reaktsioon positiivne, Weltmanni koagulatsiooniproov 6 üh., Quicki proov 41,5%. Jääklämmastik 30 mg%, kusinik 20 mg%, kusihape 6 mg%. Päsmakeste filtratsiooni määramine endogeense ureatiniini järgi: kreatiniin veres 1,6 mg%, kreatiniin uriinis 66,6 mg%, ööpäevane kreatiniinihulk uriinis 1,13 g, minutidiurees 1,7 ml, päsmakeste filtratsiooni suurus 70,7 ml/min.

Uriin kollane, erikaal 1017, suhkrut ja valku ei leidunud, leukotsüüte 0—1—2 vaateväljas, vähesel hulgal lameepiteeli, reaktsioon porfüriini suhtes negatiivne, kreatiini 0,3 g. Väljaheide iseärasusteta.

Analüüsides toodud andmetes ja kliinilises pildis peegelduvad kõik kroonilise fenatsetiinimürgistuse nähud: 1) omapäraselt kulgeva nefriidi olemasolu, mis ilmneb hüpoisostenuurias, kusjuures arteriaalne rõhk on normaalne, samuti on normaalsed kusesade ja silmapõhi; 2) anamneesis puuduvad viited neeru- või kuseteede haigustele; 3) hemolüütilise kehvveresuse ja retikulotsütoosi olemasolu koos punase luuüdi ärrituse nähtudega; 4) maksa funktsionaalse puudulikkuse nähud; 5) fenatsetiini sisaldava askofeeni pikemaajaline tarvitamine.

Kroonilise fenatsetiinimürgistusega haigete ravi seisneb (olenevalt kliinilisest pildist) neeru- ning maksapuudulikkuse likvideerimises ja kehvveresuse kõrvaldamises. Enesestmõistetavalt lõpetatakse fenatsetiini tarvitamine. Otstarbekohane on rakendada suuri askorbiinhappeannuseid, sest aniliinderivaadid vähendavad seda kõikides kudedes.

Erütrotsüütide tugevasti väljendunud hemolüüsi puhul on otstarbekas määrata prednisooni [T. Friis, J. Fogh ja N. Nissen (3)] või sellega sarnaseid preparaate. S. Moeschlin (7) soovitab vereülekandeid, kuseteede sekundaarse nakkuse puhul antibiootikume.

Haigel soovitati kasutada C- ja B_1-vitamiine ja peavalu korral analgiini. Juba askofeeni ärajätmisega seisund paranes. Kui esimese statsionaarist väljakirjutamise puhul (13. V) oli hgb. 52 üh. (9,6 g%), siis 5. VII oli see tõusnud 72 ühikuni (12 g%).

Arstidel on vaja arvestada fenatsetiini sisaldavate preparaatide (asfeen, askofeen, novomigrofeen, tsitramoon, novotsefalgiin, pürafeen jt.) pikemaajalise tarvitamise kahjulikke tagajärgi. Võib nõustuda S. Moeschliniga (7), kes teeb ettepaneku laste ravimisel fenatsetiin täielikult ära jätta, sest lastel põhjustab fenatsetiin eriti raskekujulisi aneemiaid.

Oleme veendunud, et arstide tähelepanu teravnemisel selgub ka fenatsetiinitõve juhte sagedamini. Eespoolöeldu põhjal tuleb veel kord rõhutada nn. farmakoloogilise anamneesi kogumise tähtsust (kahjuks ei hinnata seda arstipraktikas küllaldaselt). Fenatsetiini pikemaajalise tarvitamise kahjulikkust tuleks valgustada ka sanitaarharidustöö korras.

KIRJANDUS

1. Федотова В. А. и Хорсова Н. Н. Клинич. медицина, 1952, т. XXX, 4, 88. — 2. Eisalo, A., Nikkilä, E. Duodecim, 1961, 1, 3—8. — 3. Friis, T., Fogh, J., Nissen, N. I. Acta medica scand., 1960, vol. 168, F. 2, 127—132. — 4. Gawellek, Fr. Z. ges. innere Med., 1958, 2, 41—46. — 5. Grell, O. Bull. schweiz. Akad. med. Wiss., 1958, 14, 2, 124—130. — 6. Harvald, B., Valdorf-Hansen, F., Nielsen, A. Lancet, 1960, 7119, 303—305. — 7. Moeschlin, S. Klinik und Therapie der Vergiftungen. Stuttgart, 1959. — 8. Nilschmann, N. Med. Klinik., 1957, 47, 2050—2054. — 9. Pense, G. Dtsch. Gesundheitswesen, 1960, 28, 1467—1471. — 10. Schweingruber, R. Schweiz. med. Wochenschr., 1955, 48, 1162—1166. — 11. Spühler, O., Zollinger, H. U. Helv. med. acta, 1950. vol. 17, 4—5, 564—567. — 12. Spühler, O., Zollinger, H. U. Z. klin. Med., 1953, 151, 1, 1—50.

О КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОТРАВЛЕНИЯ ФЕНАЦЕТИНОМ

Н. Эльштейн

Резюме

Проблема хронического отравления фенацетином давно привлекает внимание врачей, так как аналгетики, содержащие фенацетин, имеют широкое распространение. Установлено, что длительное употребление фенацетина вызывает хронический интерстициальный нефрит, функциональные нарушения нервной системы, гемолитическое малокровие и ретикулоцитоз.

У больной, в течение 18 лет ежедневно применявшей аскофен и принявшей всего более 1,5 кг фенацетина, хроническое отравление протекало в виде своеобразно протекавшего нефрита (гипоизостенурия при нормальном осадке мочи, нормальные артериальное давление и глазное дно), выраженного гемолитического малокровия, ретикулоцитоза и функциональной недостаточности печени.

Отказ от аскофена, применение переливаний крови, витаминов С и B_1 и препаратов железа привели к значительному улучшению состояния больной.

Необходимо привлечь внимание врачей к вредным последствиям длительного употребления больными препаратов, содержащих фенацетин, в частности асфена, аскофена, новомигрофена, цитрамона, новоцефальгина, пирафена. Вопрос о вредном действии фенацетина при его длительном употреблении должен найти отражение и в санитарно-просветительной работе, проводимой среди населения.

EESTI NSV ARSTITEADUSLIKE SELTSIDE ÜLESANNETEST

A. VARES,
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu Arstiteaduslike Seltside Komitee esimees

Käesoleval ajal on meie vabariigis 45 arstiteaduslikku seltsi, kuhu on koondunud üldse umbes 2000 arsti, proviisorit ja teaduslikku töötajat. Arstiteaduslikud seltsid on loodud kõigil tähtsamatel erialadel (teraapia, kirurgia, pediaatria, sünnitusabi ning günekoloogia jt.) ja need töötavad kõikides linnades ning rajoonikeskustes.

Peale erialaseltside töötavad vabariigis üksikud üldarstiteaduslikud seltsid, näiteks Narvas, Rakveres, Pärnus, Valgas, Võrus, Kingissepas, Haapsalus ja Paides (alles hiljuti ka Tartus). Tartu ühtne arstiteaduslik selts on nüüd põhjalikult ümber korraldatud ja selle asemele on loodud rohkem kui kümme iseseisvat erialaseltsi. Hiljuti loodi erialased arstiteaduslikud seltsid (või sektsioonid) pediaatria ja stomatoloogia erialal ka Viljandis, Kohtla-Järvel ja Pärnus.

Juba ainuüksi haiglates ja polikliinikutes töötab 53 kõrgema haridusega laboranti, peale selle töötab neid ka teadusliku uurimise instituutides. Seega on kerkinud vajadus luua ka laborantide teaduslik selts.

Rööbiti esmaste (linnade ja rajoonide) arstiteaduslike seltsidega on Eesti NSV-s ka vabariiklikud seltsid, mis ühendavad teatud arvu iseseisvaid filiaale (teraapia, kirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia, stomatoloogia ja teistel erialadel).

69% kõrgema haridusega meditsiinitöötajaist Eesti NSV-s on seltside liikmed. Selles mõttes oleme teistest liiduvabariikidest ees. Üksikute erialade järgi ei ole aga hõlmavus ühtlane: ftisiaatritel 89%, oftalmoloogidel 91%, otorinolarüngoloogidel, onkoloogidel, patoloog-anatoomidel, stomatoloogidel 100% jne. Mõnedel erialadel ei ole isegi 50% arstidest vastava seltsi liikmed. Näiteks terapeutidel on hõlmavuse protsent 39,8, kirurgidel 46, farmatseutidel 38. Väga väike on ka tervishoiu organisaatorite seltsi liikmete arv.

Paljude vabariiklike arstiteaduslike seltside juhatuste tegevus piirdub ainult konverentside korraldamisega, praktiliselt nad oma filiaalide tegevust ei juhi ega kontrolli. Eranditeks on akušöör-günekoloogide ja pediaatrite vabariiklikud seltsid, kes korraldavad regulaarselt seltsi juhatuse laiendatud koosolekuid koos linnade ja rajoonide juhtivate spetsialistidega ja arutavad tervishoiu aktuaalseid küsimusi seoses oma erialaga. Mõnede vabariiklike seltside juhatused on oma filiaalidest niivõrd eraldunud, et ei saa nende käest isegi aruandeid (vabariiklik kirurgide selts jt.). Ka Tallinna Vabariikliku Ftisiaatrite Seltsi ja selle Tartu filiaali vahel puudub õige kontakt. Vabariigis on kaks iseseisvat patoloog-anatoomide seltsi (Tallinnas ja Tartus), kuid juhtiva keskuse puudumisel ei ole võimalik nende tööd koordineerida. Võib-olla oleks parem ühendada need kaks seltsi üheks vabariiklikuks seltsiks. Vabariiklike seltside juhatused peavad oma tegevust aktiviseerima.

Arstiteaduslike seltside üheks tähtsamaks ülesandeks on organisatsioonilis-metoodilise abi osutamine tervishoiuorganitele. Terve rida seltse on selles suhtes väga aktiivsed: kuulavad oma koosolekutel tervishoiuasutuste juhatajate aruandeid ja plaane, kontrollivad nende tööd ja tee-

vad tervishoiukomisjonidele, kohalikele täitevkomiteedele ja partei- ning nõukogude organitele konkreetseid ettepanekuid elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamiseks.

Kahjuks toimub paljude arstiteaduslike seltside töö lahus igapäevasest tervishoiutööst. Näiteks Tartus on patoloog-anatoomiateenistus halvas olukorras, vastav kohalik arstiteaduslik selts ei ole seda küsimust aga kordagi arutanud. Tallinna ja Tartu kirurgide arstiteaduslikud seltsid ei võitle küllalt otsustavalt traumatismi ja ägedate kirurgiliste haigustega haigete hilise hospitaliseerimisega, olgugi et näitajad ei ole selles osas kaugeltki rahuldavad. Abortide arv vabariigis on kasvanud, akušöörgünekoloogide seltsid ei ole aga seda probleemi arutanud. Enamik arstiteaduslikke seltse ei tegelnud möödunud aastal peaaègu üldse elanikkonna polikliinilise teenindamise ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi küsimustega.

Stomatoloogiline abi maal on ilmselt ebarahuldavas olukorras, kuid vabariiklik stomatoloogide selts pole sellele vajalikku tähelepanu osutanud. Mõnede arstiteaduslike seltside esimehed ei orienteeru tervishoiu jooksvates ülesannetes ega tunne põhilisi näitajaid oma erialal. Loomulikult ei saa nii seltsi tegevust juhtida.

Arstiteaduslike seltside osa meditsiinikaadri kvalifikatsiooni tõstmise alal on suur. Ettekanded ja haigete demonstreerimine plenaaristungitel on tavaliselt kõrgel teoreetilisel tasemel. Kuulatakse üleliidulistest ja rahvusvahelistest kongressidest, konverentsidest ja nõupidamistest osavõtnute aruandeid, mis aitab kursis olla arstiteaduse viimaste saavutustega.

Mitmed arstiteaduslikud seltsid korraldavad rajoonidevahelisi konverentse ja seminare, samuti väljasõiduistungeid rajoonikeskustes. Üldiste ja meditsiiniga piirnevate teadusalade probleemide arutamiseks kutsutakse kokku kahe ja rohkema seltsi ühendatud koosolekuid. Nii tugevneb side erinevate erialadega arstide vahel.

Suurt praktilist abi osutasid arstiteaduslikud seltsid tervishoiuorganitele arstide atesteerimisel. Atesteerimiskomisjonid koosnesid peaaegu täielikult arstiteaduslike seltside juhatuste liikmetest. Pikaajaline kontakt seltsi töös oli neile andnud ettekujutuse arsti teoreetilisest ning praktilisest ettevalmistusest ja see tagas kategooria õiglase määramise.

Arstiteaduslikud seltsid peavad oma liikmeid ka ideelis-poliitiliselt kasvatama. Mitmetes seltsides on arutatud kutse-eetika küsimusi, samuti keskajalehtedes ilmunud artikleid arsti ning haige vahekorra kohta ja teisi nõukogude arsti moraalse palge küsimusi. Paljudes seltsides ei ole aga neile probleemidele küllalt rõhku pandud. Kuigi meditsiinitöötajate enamik töötab kohusetruult, leidub veel üksikuid omakasupüüdlikke, kes ei põlga mingeid vahendeid, et rikastuda. Esineb fakte, mis viivad arsti mõnikord isegi kohtupinki. Sagedamini tuleb seda ette akušöör-günekoloogide hulgas. Vabariiklik akušöör-günekoloogide selts ei ole aga omalt poolt samme astunud selliste väärnähtuste kõrvaldamiseks.

NLKP programm näeb ette haigestumise tunduva vähendamise ja mõnede nakkushaiguste likvideerimise. Edukas on olnud võitlus poliomüeliidi ja difteeriaga. Järgmisena on päevakorras läkaköha, soolenakkuste ja helmintooside vähendamine. Kahjuks peab ütlema, et arstide seltsid omistavad veel väga vähe tähelepanu nakkushaiguste vastu võitlemisele. See kehtib ka I. Metšnikovi nimelise Vabariikliku Mikrobioloogide, Epidemioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Seltsi kohta, kes peaks seisma selle võitluse eesotsas.

Tuberkuloos kuulub likvideerimisele lähema 15 aasta jooksul. Tingimused selle ülesande täitmiseks paranevad aasta-aastalt.

Laste suremuse edasine vähendamine on kompleksne probleem ja selle lahendamiseks on vaja akušöör-günekoloogide, pediaatrite, terapeutide, endokrinoloogide ja isegi patoloog-anatoomide koostööd.

Elanikkonna tervise kaitses on oluline osa õhu, pinnase ja veevõtukohtade kaitsmisel saastumise eest. Meditsiinitöötajate üldsus ja eelkõige sanitaar-epidemioloogiateenistus peavad hoolitsema sanitaarkultuuri eest nii töökohtades kui ka igapäevases elus. Arstiteaduslike seltside liikmed esinevad loengute ja ettekannetega (ka raadios ja televisioonis). Elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmiseks on vaja senisest paremini korraldada hügieeni õpetamist keskkoolides. Arstkond peab selles haridusorganeid abistama.

Eeskujuks võib seada Tartu arstide rühma, kes kirjutasid emadele raamatu «Varaealise lapse tervishoid». Tallinna Lastearstide Selts korraldas arstiteaduse kandidaadi dotsent A. Reimani raamatu «Ema ja laps» arutelu. Kriitilised märkused ja ettepanekud võimaldavad autoril raamatut tunduvalt parandada.

Arstiteaduslikud seltsid on äratanud paljudes arstides-praktikutes huvi teadusliku uurimistöö vastu. Kui kuni 1950. aastani tegelesid teadusliku uurimistööga ainult üksikud arstid-praktikud, siis 1956. aastal oli neid 106. Lõpetati 58 tööd, neist 34 avaldati trükis. Viimastel aastatel ulatub trükis avaldatud tööde arv üle 100 (vt. tabel).

Aastad	Arstide osavõtt teaduslikust uurimistööst	Lõpetatud töid	Trükis avaldatud töid	Kaitstud kandidaadiväitekirju
1956	106	58	34	1
1957	138	79	64	—
1958	138	151	113	—
1959	198	239	143	—
1960	189	201	105	—

Sellise hulga arstiteaduslike tööde avaldamine on olnud võimalik ainult seetõttu, et 1958. aastast ilmub meil vabariiklik arstiteaduslik ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid».

Arstiteaduslike uurimistööde plaanist täidavad arstid-praktikud käesoleval ajal üle 50%. Ainuüksi 1961. a. kaitsesid kandidaadiväitekirja 4 arsti-praktikut (N. Elštein, E. Tünder, J. Reinaru ja M. Farber). Kõikidel arstiteaduse erialadel on regulaarselt peetud vabariiklikke arstide konverentse, mis on olnud kõrgel teoreetilisel tasemel.

Teadusliku uurimistöö alal esineb ka puudusi. Mõnikord kannatab töö kvaliteet kvalifitseeritud teadusliku juhendaja puudumise tõttu. Dispanseerimise, tervishoiu organisatsiooni, ajutise töövõimetuse ekspertiisi jt. küsimusi ei ole küllaldaselt läbi töötatud. Loodame, et tervishoiu organisaatorite seltsi loomisega olukord paraneb. Samuti peab ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu sellele töölõigule senisest suuremat tähelepanu pöörama.

О ЗАДАЧАХ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Варес

Резюме

За послевоенные годы в республике создана широкая сеть городских и районных научно-медицинских обществ по 22 медицинским специальностям. Действительным членством охвачено 69% медицинских работников с высшим образованием.

Научно-медицинские общества проводят большую работу по оказанию организационно-методической помощи органам здравоохранения, по идейно-политическому воспитанию медицинских работников и повышению их деловой квалификации.

Научно-медицинские общества оказали большое влияние на развитие научно-исследовательской деятельности практических врачей. В последние годы научные работы, выполненные практическими врачами, составляют около 50% всей научной продукции республики в области медицины.

В дальнейшем нужно усилить роль научно-медицинских обществ в деле улучшения поликлинического обслуживания населения, снижения общей и инфекционной заболеваемости, санитарной пропаганды среди населения, а также развития научно-исследовательской работы по вопросам организации здравоохранения, экспертизы временной нетрудоспособности, борьбы с травматизмом и т. д. Ученому Совету Минздрава ЭССР нужно усилить помощь практическим врачам, занимающимся научно-исследовательской деятельностью.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

VERE JÄÄKLÄMMASTIKU MÄÄRAMINE JODOMEETRILISELT

Keemik *V. SIBUL*

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Kjeldahli meetod on klassikaline ja üldtuntud viis jääklämmastiku määramiseks. Teatavasti ei ole aga jääklämmastiku määramine sel meetodil paljudes rajoonihaiglates teostatav, sest see nõuab spetsiaalseid kolbe oksüdeerimiseks, erilist aparatuuri destilleerimiseks, peale selle voolavat vett jahutussüsteemile, tõmbekappi jne. Ka ajakulu on kaunis suur.

Tunduvalt lihtsam ja kiirem (samal ajal aga ka täpne) on jääklämmastiku määramine jodomeetriliselt (vt. E. Goetze «Einrichtung und Methoden des Klinischen Laboratoriums», Jena, 1959). Meetodi põhimõte seisab järgmises: valguvabast filtraadist määratakse jääklämmastik naatriumhüpobromiti abil, kusjuures hüpobromiti liig tiitritakse tagasi jodomeetriliselt. [$2NH_3$ (filtraadis) + $2NaOBr = N_2 + 2NaBr + 3H_2O$; $2Kj + 2HCl = 2HJ + 2KCl$; $2HJ + NaOBr = NaBr + H_2O + J_2$; $J_2 + 2Na_2S_2O_3 = Na_2S_4O_6 + 2NaJ$.]

Jodomeetrilisi analüüsimismeetodeid loetakse täpseteks just seetõttu, et seal kasutatakse äärmiselt tundlikku indikaatorit, s. o. tärklist. Seejuures tuleb aga tingimata silmas pidada, et tärklist võib lisada alles tiitrimise lõpul, s. t. siis, kui lahusesse on jäänud minimaalsel hulgal tiitrimata joodi (lahuse tumepruun värvus on muutunud õrnkollaseks). Põhjuseks on see, et tärklis adsorbeerib suuri joodikoguseid (J_2) ja lahusesse tagasi annab ta joodi väga aeglaselt.

Jääklämmastiku määramise jodomeetrilise meetodi eelised on Kjeldahli meetodiga võrreldes järgmised: 1) seerumit on vaja 20 korda vähem (0,1 ml, Kjeldahli meetodil 2,0 ml), 2) analüüsi on võimalik teha igas laboratooriumis, 3) ajakulu on tunduvalt väiksem (10—20 minutit, Kjeldahli järgi 4—5 tundi, tihti rohkemgi, olenevalt oksüdeerumisprotsessi kulgemisest, destilleerimistingimustest jne.).

Jodomeetrilise meetodi laialdasemat kasutamist on pidurdanud asjaolu, et naatriumhüpobromiti valmistamiseks kasutati puhast, vedelat broomi (Br_2), mis on väga tugev mürk. Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas on aga pikemat aega kasutusel naatriumhüpobromiti valmistamise teine moodus: mürgise, kergelt auruva vedela broomi asemel kasutatakse täiesti ohutuid reaktiive: kaaliumbromiidi (KBr) ja kaaliumbromaati ($KBrO_3$).

Jodomeetrilist meetodit on peale Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla edukalt rakendatud ka mitmetes teistes meie vabariigi haiglates, samuti Riias jm. Tulemustega ollakse kõikjal väga rahul. Meetodi täpsus on suurepärane: seda on kontrollitud (ja saab alati kontrollida) karbamiidi, ammooniumkloriidi ja teiste ammooniumsoolade analüütiliste lahustega.

Jääklämmastiku jodomeetrilise määramise eeskiri

Reaktiiv 1 (valgu sadestamiseks). Liitrisesse mõõtekolbi valatakse 44,8 ml 10%-list naatriumvolframaadi (Na_2WO_4) lahust ja 6,4 g naatriumsulfaati (Na_2SO_4). Lisatakse umbes 800 ml vett ja naatriumsulfaat lahustatakse. Seejärel lisatakse 44,8 ml 1 n väävelhapet ja 2 g kadmiumsulfaati ($CdSO_4$). Pärast lahustumist täiendatakse segu destilleeritud veega märgini. Lahus säilib pikemat aega. Kui lahus on hägune, tuleb see filtreerida. [Kadmiumsulfaati lisatakse tekkiva väävelvesiniku (H_2S) sidumiseks.]

Reaktiiv 2 koosneb reaktiividest A, B ja C, vahekorras 5 : 3 : 1. Reaktiivide segu nimetatud vahekorras ei püsi väga pikka aega.

Reaktiiv A. 84,5 g boorhapet ja 15,6 g NaOH valatakse liitrisesse Erlenmeyeri kolbi ja lisatakse 500 ml vett. Keedetakse vesivannil 30 minutit. Jahutatakse ja täiendatakse destilleeritud veega liitrini. (Boorhapet kasutatakse glükoosi sidumiseks kompleksühendiks.) Lahus on püsiv.

Reaktiiv B. Küllastatud (5%) naatriumfluoriidi (NaF) lahus. Lahus peab olema läbipaistev, vajaduse korral filtreerida. Lahus on püsiv.

Reaktiiv C. 27%-line naatriumhüdroksüüd (NaOH).

Reaktiiv 3. 3,2 g kaaliumbromiidi (KBr) ja 0,28 g kaaliumbromaati ($KBrO_3$) pannakse mõõtekolbi, mille maht on 100 ml. Lisatakse 15—20 ml destilleeritud vett ja 10 ml 1 n väävelhapet. Lahus jäetakse seisma 30 minutiks. Seejärel lisatakse destilleeritud vett märgini. Lahus on ebapüsiv (säilib 2—3 nädalat), soovitatav hoida tumedas pudelis musta paberisse pakitult ja tingimata jahedas ruumis (külmutuskapis). Iga kord valmistatakse *ex tempore* reaktiivide 2 ja 3 segu vahekorras 9 : 1. Segu on püsiv vaid 20—30 minutit.

Reaktiiv 4. 0,005 n ($^1/_{200}$ n) naatriumtiosulfaadi ($Na_2S_2O_3$) lahus. See valmistatakse 0,1 n lahusest (5 ml lahust pannakse 100 ml mahuga mõõtekolbi ja lisatakse destilleeritud vett märgini).

Reaktiiv 5. Kristalliline kaaliumjodiid (KJ).

Reaktiiv 6. 1%-line tärkliselahus. 1 g lahustuvat tärklist segatakse hoolikalt 20 ml destilleeritud veega. Segu keedetakse lühikest aega, kuni tekib läbipaistev lahus. Seejärel lahus jahutatakse ja lisatakse destilleeritud vett 100 milliliitrini. Kui tärklis annab joodiga pruuni värvuse, on antud lahus kõlbmatu. Tärklis rikneb üldiselt kiiresti. Püsivama lahuse saab 1 g salitsüülhappe lisamisel, mis toimib antiseptikumina.

Reaktiiv 7. 18%-line soolhape (valmistatakse kontsentreeritud soolhappe lahjendamise teel 50% võrra).

Analüüsi käik. Tsentrifuugklaasi pipeteeritakse mikropipetiga 0,1 ml seerumit, plasmat või verd (võib ka sõrmest võtta). Lisatakse 5 ml reaktiivi 1. Valgu sadenemiseks jäetakse see seisma vähemalt 5 minutiks (võib ka kauem), siis tsentrifuugitakse või filtreeritakse. Võetakse 2 väikest kolbi või keeduklaasikest. Ühele märgitakse uuritava seerumi nimi, teisele «Kontroll». Kolbi märkusega «Kontroll» mõõdetakse 4 ml reaktiivi 1, teise kolbi uuritava seerumi filtraati 4 ml (kasutatakse lõpuni gradueeritud 5-milliliitrist pipetti). Mõlemasse kolbi lisatakse 5 ml *ex tempore* valmistatud reaktiivide 2 ja 3 segu, seejärel taskunoa otsa täis kaaliumjodiidi kristalle ja 3 ml 18%-list soolhapet. Tiitritakse 0,005 n naatriumtiosulfaadilahusega hästi kahvatukollase värvuseni, lisatakse 2—3 tilka 1%-list tärkliselahust (lahus muutub siniseks) ja tiitritakse edasi värvituks muutumiseni.

Arvutus. Kontrollkatsu tiitrimiseks kulunud naatriumtiosulfaadi hulgast (milliliitrites) lahutatakse uuritava katsu tiitrimiseks kulutatud naatriumtiosulfaadi hulk (ml-tes) ja saadud vahe korrutatakse 30-ga (rohkete arvutuste tulemusena saadud konstant). Tulemusena saadaksegi jääklämmastiku hulk mg%-des.

Kõiki reaktiive võib valmistada vähem, näiteks 250 ml, jagades ettenähtud kogused (liitri kohta) neljale.

ЙОДОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТАТОЧНОГО АЗОТА В КРОВИ

В. Сибуль

Резюме

Йодометрическое определение остаточного азота является удобным и несложным методом, имеющим значительные преимущества по сравнению с методом Кьельдаля, так как может проводиться в лаборатории каждой больницы. Исследование длится 10—20 минут, потребное для определения остаточного азота количество сыворотки крови составляет всего 0,1 мл.

RAVIMTAIMEDE KOGUMISEST VASTSELIINA APTEEGIS

E. TALVE

(Apteegist nr. 190, juhata *E. Talve*)

Ravimtaimede kogumine võimaldab laiendada ravimite varusid. Et täita edukalt 1961. a. kogumisplaani, alustasid meie apteegi töötajad varakult selgitustööd elanikkonna ja kooliõpilaste seas. Tõmbasime kaasa ka koolide pioneeri- ja komsomoliorganisatsioonid. Individuaalkogujatest moodustasime kogumisbrigaadi. Apteegi juhataja pidas kogujatele loenguid ravimtaimede kasvatamisest, nende korjamisest ja eesrindliku koguja S. Rao kogemustest ravimtaimede varumisel. Apteeki, II grupi apteegipunktidesse ja koolidesse panime üles ravimtaimede kogumise juhised koos hinnakirjaga, samuti ravimtaimi tutvustavaid plakateid. Kontroll kogumisplaani täitmise üle jäi apteegi juhatajale.

Ravimtaimede varumine Vastseliina apteegis 1961. a.

		Plaan	Koguti
1.	*Rhizoma Valerianae*	0,8 kg	1,39 kg
2.	*Gemmae Betulae*	0,9 kg	1,4 kg
3.	*Flos Tiliae*	2,0 kg	2,0 kg
4.	*Flos Chamomillae*	5,0 kg	21,95 kg
5.	*Folium Uvae-ursi*	3,0 kg	110,5 kg
6.	*Inonotus obliquus*	15,0 kg	34,0 kg
7.	*Fructus carvi*	2,0 kg	5,2 kg
8.	*Lichen Islandicus*	2,0 kg	88,5 kg
	Kokku	30,7 kg	264,94 kg

Varia all koguti veel 46,1 kg *Lycopodium*'i, seega üldse kokku 311,04 kg ravimtaimi.

Kogutud ravimtaimedest andsid koolid 12%, tervishoiutöötajad 28% (sellest $^5/_6$ apteegitöötajad), kogumisbrigaadi liikmed 55% ja individuaalkogujad 5%.

Ravimtaimede 1961. a. kogumisplaan täideti 1013 %-liselt.

Kogutud ravimtaimedest anti Kesk-Apteegilaole üle 54 kg leesikalehti. Apteegi nr. 190 ravimite varud täienesid ravimtaimedega 784,75 rbl. väärtuses. See andis apteegile 459,69 rbl. välisplaanilist kasumit. Ümbruse elanikkond sai ravimtaimede kogumise arvel 277 kg ravimdrooge.

Palderjanijuured kasutati leotiste valmistamiseks ja rahustavaks teeks; kasepungad keediste valmistamiseks veterinaararstide retseptide järgi ja müügiks teena samaks otstarbeks; pärnaõied— ravimiteks külmetushaiguste raviks. Kultuurkummelit tarvitatakse laialdaselt higistamist soodustava vahendina, puhituste kõrvaldamiseks, kompressideks, loputusvete valmistamiseks jne. Leesikalehekeedist kasutatakse kuseteid desinfitseeriva vahendina; elanikkonnale müüdi leesikalehti ravimteena. Kasekäsna tarvitatakse onkoloogiliste haiguste raviks, kui kirurgiline ega kiiritusravi ei ole näidustatud. Islandi samblik müüdi ravimteena, õigemini köhateena. Köömneid osteti ravimteeks gripi puhul ja ka toidulisandiks. Lükopoodiumi kasutati puistepulbrina meditsiiniliseks otstarbeks ja tehnika valdkonnas. Kogutud ravimtaimed realiseeris apteek enamasti juba 1962. a. I kvartali lõpuks.

Kuigi keemia pakub iga päevaga üha uusi ravimeid, ei tohi alahinnata ravimdroogide osatähtsust. Ka kohalikud ravimtaimed tuleb anda rahva teenistusse.

О СБОРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ВАСТСЕЛИЙНАСКОЙ АПТЕКОЙ

Э. Тальве

Резюме

Сбор лекарственного сырья позволяет пополнять запасы лекарств. Для успешного выполнения плана сбора 1961 г. сотрудники нашей аптеки заранее начали разъяснительную работу среди населения.

Заведующий аптекой Э. Тальве прочитал сборщикам ряд лекций о выращивании и сборе лекарственных растений, а передовая сборщица С. Рао поделилась своим опытом.

Всего было собрано 311,04 кг лекарственных растений, 12% из заготовленного количества собрали школы, 28% — работники здравоохранения, 55% — бригада сборщиков и 5% индивидуальные сборщики.

Запас лекарств аптеки пополнился на сумму 784,75 руб., что дало 459,69 руб. внеплановой прибыли. Собранные лекарственные растения были реализованы уже к концу I квартала 1962 г.

Abiks velsecitele ja õdedele

VELSKRI-ÄMMAEMANDAPUNKTIDE OSAST DISPANSEERIMISEL

A. SARAP (Eesti NSV Tervihoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem) ja *R. MALVISTE* (Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja)

Dispanseerimisel on elanikkonna meditsiinilises teenindamises suur tähtsus. See on ravitööd ja profülaktikat ühendav lüli. NLKP programm näeb ette, et tulevikus võetakse kogu meie maa elanikkond dispanseerse järelevalve alla.

Maaelanikkonna dispanseerimisest võtavad osa kõik ravi-profülaktika-asutused alates velskri-ämmaemandapunktidest ja jaoskonnahaiglatest ning lõpetades rajooni- ja vabariiklike haiglatega. Jaoskonnahaiglatel lasub organiseeriv töö: dispanseeritavate kontingentide väljaselgitamine ja arvelevõtmine, regulaarne läbivaatamine ja ravimine, profülaktika abinõude rakendamine ja dispanseerimise efektiivsuse jälgimine. Rajoonihaigla juhendab jaoskonnahaiglaid metoodiliselt, annab konsultatsioone ja korraldab dispanseeritud haigete ravi, kui on vaja erialaarsti abi.

Dispanseerimisel on oluline osa ka velskri-ämmaemandapunktidel, sest umbes $^1/_3$ maaelanikkonna ambulatoorne teenindamine toimub vabariigis velskri-ämmaemandapunktides. Dispanseerimine velskri-ämmaemandapunktides toimub jaoskonnahaigla kontrolli all (jaoskonnaarsti korralduste järgi).

Velskri-ämmaemandapunktide 1961. a. töö analüüsimine näitas, et maaelanikkonna dispanseerimisel esineb tõsiseid puudusi. Ilmselt ei leitud õiget töösuunda. Millised on siis puudujäägid? Olulisematest võiks nimetada: jaoskonnaarstid juhendavad velskri-ämmaemandapunktide tööd sageli nõrgalt ega kontrolli dispanseerimist ka hiljem, laboratoorseid analüüse ja röntgenoloogilisi uurimisi tehakse juhuslikult, dispanseerimisele kuuluvad kontingendid ei ole täielikult välja selgitatud.

Kahjuks ei ole seni metoodilist juhendit velskri-ämmaemandapunktide töö kohta maaelanikkonna dispanseerimisel (NSVL Tervishoiu Ministeeriumi poolt 12. IV 1954. a. kinnitatud juhend on mõnes osas aegunud

ning puudutab ainult mõne lausega velskri-ämmaemandapunktide ülesandeid). Ka arstiteaduslikus perioodikas valgustatakse seda küsimust vähe. Ometi on meie vabariigis velskri-ämmaemandapunkte võrdlemisi arvukalt (kaks korda rohkem kui jaoskonnahaiglaid ja ambulatooriume).

Missugused maaelanikkonna kontingendid kuuluvad dispanseerimisele?

1. Tervetest dispanseeritakse need, kellel on põllumajanduslikus tootmises täita kõige vastutavam osa (sovhooside ja kolhooside juhtiv koosseis, sovhooside ja kolhooside esimehed, brigadirid, farmide juhatajad, kombainerid, traktoristid ja põllumajanduse eesrindlased, samuti põllumajanduse mehhaniseerimise koolide õpilased ja noorukid 15—18 aasta vanuses, Isamaasõja invaliidid, sotsialistliku töö kangelased, sangaremad jt.). Nimetatud isikud võetakse arvele sõltumatult tervislikust seisundist.

2. Dispanseerimisele kuuluvad haiged: hüpertooniatõvega I ja II staadiumis, stenokardiaga isikud, müokardi infarkti läbipõdenud, reumahaiged, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõvega haiged, kroonilise anatsiidse gastriidiga, kopsutuberkuloosiga, suhkurtõvega, kasvajatega, kroonilise düsenteeriaga isikud, ägedat düsenteeriat ja epideemilist hepatiiti põdenud, trahhoomi-, glaukoomihaiged, isikud günekoloogiliste haigustega (emaka väljalangemine, suguelundite põletikulised haigused, kasvajad, menstruatsioonihäired, verejooksud) ja mõnede kirurgiliste haigustega (krooniline osteomüeliit, tromboflebiit, oblitereeruv endarteriit).

Dispanseerimisele kuuluvad isikud selgitatakse välja 1) vastuvõtul jaoskonna ambulatooriumis, 2) rajoonihaigla arstide ambulatoorsel vastuvõtul, kusjuures arst peab avastatud haigest teatama vastava maa-arstijaoskonna arstile, 3) pärast statsionaarselt ravilt lahkumist jaoskonna- või rajoonihaiglast, 4) profülaktilistel läbivaatustel. Arvele võetud haigetest peab maa-arstijaoskonna arst teatama velskri-ämmaemandapunkti juhatajale.

Tuleb hoiduda dispanseersele arvele võtmast ravimatuid kroonilisi haigeid (näit. hüpertooniatõbi III staadiumis). Eelkõige kuuluvad dispanseerimisele töötavad isikud. Mittetöötajad kuuluvad dispanseerimisele juhul, kui nende krooniline haigus vajab arstlikku kontrollimist epidemioloogilistel või muudel põhjustel.

Terved inimesed, kes kuuluvad dispanseerimisele, selgitab välja kohalikke elanikke hästi tundev velsker sovhoosi või kolhoosi juhatuse abiga. Neid terveid inimesi kontrollib jaoskonnaarst 1 kord aastas. Vaja on teha ka rindkere röntgenoloogiline uuring ja laboratoorsed analüüsid (vere ja uriini üldine analüüs). Otstarbekohane on, et läbivaatus toimuks velskri-ämmaemandapunktis. Kui on vaja täiendavaid uurimisi, suunab arst dispanseeritava jaoskonna- või rajoonihaiglasse. Haiguse avastamise puhul tuleb dispanseeritavat ravida kuni tervistumiseni.

Dispanseerimine eeldab velskri-ämmaemandapunkti velskri ja jaoskonnaarsti tihedat koostööd. Jaoskonnaarst peab sõitma velskri-ämmaemandapunkti korrapäraselt 2 korda kuus (kui arstijaoskonna territooriumil on 3—4 või rohkem velskri-ämmaemandapunkti, siis 1 kord kuus).

Velsker võtab haige dispanseersele arvele, kutsub ta arsti vastuvõtule (viimase järjekordsel plaanilisel väljasõidul velskri-ämmaemandapunkti). Arst (koos velskriga) määrab ravi ja profülaktika vastavalt haiguse staadiumile ja üldisele tervislikule seisundile. Oluline on õige töökorralduse ja elurežiimi loomine. Väljatöötatud raviplaan kantakse haige kaardile ambulatooriumis. Pärast seda võib haige külastada velskrit, kes juhendub mainitud raviplaanist. Velsker kontrollib, kuidas haige täidab arsti korraldusi. Vajaduse korral suunab velsker haige konsultatsioonile jaoskonnaarsti juurde.Jaoskonnaarst peab iga velskri-ämmaemandapunktis dispanseeritud haige läbi vaatama vähemalt 1—2 korda aastas.

Kui sageli peab dispanseeritud haige käima kontrollimisel? Mingit normi selles kehtestada ei saa, külastamise sagedus tuleb määrata igale haigele individuaalselt, lähtudes haige üldseisundist, haiguse staadiumist ja ravist. Allpool toodud tähtajad on vaid keskmised näitajad. Haige võtmisel dispanseersele arvele, samuti ravikuuride ajal on külastamise sagedus loomulikult suurem.

Hüpertooniatõvega haigeid võivad edukalt dispanseerida velskrid. Hüpertooniatõvega haigete väljaselgitamiseks on vaja isikutel, kes pöörduvad velskri-ämmaemandapunkti, aastas 1—2 korda mõõta vererõhku. Arteriaalse vererõhu ühekordse kõrgenemise tõttu hüpertooniatõvekahtlaseks osutunud isikud kuuluvad dispanseersele järelevalvele kuni diagnoosi täpsustamiseni (koos haiguse I staadiumis olevate haigetega). Noorukid kuuluvad statsionaarsele uurimisele. Haiged hüpertooniatõvega I staadiumis kuuluvad läbivaatusele 2 korda aastas, II staadiumis 4 korda aastas. Üks kord aastas tuleb teha vere ja uriini üldanalüüsid, rindkere röntgenoskoopia, võimaluse korral elektrokardiogramm, uurida silmapõhja. Ka neuroloog peab haige läbi vaatama.

Reumaatiliste südamekahjustustega haigete dispanseerimine on otstarbekohane koondada jaoskonnaarsti kätte, kes korraldab vajalikud uurimised, määrab ravi- ja profülaktilised kuurid. Velsker täidab jaoskonnaarsti korraldusi ja viib läbi raviprotseduure, mida võib teha velskri-ämmaemandapunktis.

Müokardiinfarkti põdenud haiged ja stenokardiaga haiged kuuluvad kontrollimisele järgmiselt: stenokardiaga haiged 2—4 korda aastas, müokardiinfarkti põdenud esimese aasta jooksul 10—12 korda, edaspidi 4 korda aastas. Haige võtmisel dispanseersele arvele on vaja teha rindkere röntgenoskoopia ja elektrokardiogramm. Oluline on määrata haigele õige elu- ja töörežiim. Selle täitmist jälgib velsker.

Mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõvega haigeid kontrollitakse järgmiselt: värske haavandtõvega haigeid 4—6 korda aastas, ägenemisteta kroonilise haavandtõvega isikuid 2 korda aastas, ägenemiste korral vastavalt vajadusele. Igal haavandtõvega haigel tuleb kord aastas uurida maomahla, röntgenoloogiliselt magu ja kaksteistsõrmiksoolt. Oluline on töökorraldus, dieet, alkoholist ja suitsetamisest loobumine, samuti retsidiividevastane ravikuur.

Anatsiidse gastriidiga haiged vaadatakse läbi 2 korda aastas. Tarvis on teha maomahla fraktsioneeritud analüüs, vere üldanalüüs, määrata SR, uurida väljaheidet veresisalduse suhtes. Nende haigete magu ja kaksteistsõrmiksoolt ei ole vaja nii sageli röntgenoloogiliselt uurida. Kindlasti tuleb seda teha aga sel juhul, kui haige kaebused muutuvad. Uurimisteks tuleb haige suunata rajoonihaigla ambulatooriumi. Üldised dispanseerimisprintsiibid on samad kui mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve puhul.

Kopsutuberkuloosiga ja kasvajatega haiged dispanseerib vastav dispanser või nende puudumisel rajooni onkoloog ja ftisiaater. Velskri-ämmaemandapunktis ja jaoskonnahaiglas neid haigeid dispanseerida ei ole vaja, kuid velsker peab teadma, kes tema teenindamispiirkonnas põeb tuberkuloosi ja kellel on kasvaja. Velsker täidab onkoloogi ja ftisiaatri korraldusi.

Kroonilist düsenteeriat põdejad, samuti ägeda düsenteeria ja epideemilise hepatiidi läbipõdenud dispanseeritakse jaoskonnahaiglas (vajalikud uuringud tehakse rajoonihaiglas). Velsker kindlustab haigete õigeaegse ilmumise jaoskonnaarsti juurde. Enne seda suunab ta nad sanitaar-epidemioloogia jaama bakterikandluse uurimiseks.

Günekoloogilised haiged dispanseerib rajooni günekoloog, kes määrab ka ravi. Velskri-ämmaemandapunkt täidab arsti korraldusi, viib läbi protseduurid, suunab haigeid arsti juurde.

Kirurgiliste haigustega haiged dispanseerib jaoskonnahaigla. Edaspidist ravi jälgib rajoonihaigla kirurg koos velskriga.

Suhkruhaigete dispanseerimine on kõige otstarbekam koondada rajoonihaiglasse. Rajoonihaiglas dispanseeritakse ka silmahaigusi (trahhoom ja glaukoom) põdejad.

On vaja silmas pidada, et haigeid ei võetaks dispanseersele arvele kahekordselt, s. t. kahes raviasutuses (näiteks jaoskonnahaiglas ja velskri-ämmaemandapunktis).

Põhiliseks dokumendiks dispanseeritud haigete kohta on ambulatoorne kaart. Sellele märgitakse haige läbivaatuse tulemused, analüüsid, ravi, soovitused töökorralduse kohta ja korduvate läbivaatuste näitajad. Üks kord aastas kirjutatakse epikriis: märgitakse muutused haige üldseisundis, rakendatud ravi, dispanseerimise efektiivsus (haige tervenemine, paranemine, seisundi muutumatus või halvenemine) ja edasine raviplaan. Dispanseeritud haigete kaardid märgitakse tähega «D» (kaardi esikülje ülemisel äärel paremal pool).

Dispanseeritud haigete kohta täidetakse ka kontrollkaart (vorm nr. 30). Sellel kaardil on ainult üks ülesanne — signaalfunktsioon. Kontrollkaart näitab, millal haige peab ilmuma järgmisele arstlikule läbivaatusele. Soovitatav on koondada kontrollkaardid kartoteeki kuude kaupa (s. t. 12 lahtrit), mitte haiguste või kolhooside järgi, nagu sageli tehakse. Kaart asub selle kuu lahtris, millal haige peab ilmuma läbivaatusele. Nii on hõlpus kontrollida, kes pole ettenähtud ajal ilmunud, sest läbivaatusel olnud haige kaart tõstetakse edasi järgmise külastusaja lahtrisse.

Kontrollkaardid dubleeritakse jaoskonnahaiglas ja velskri-ämmaemandapunktis. Väljasõidu korral velskri-ämmaemandapunkti võtab jaoskonnaarst endaga kaasa jaoskonnahaigla kontrollkaardid, kuhu ta märgib ka, millal haige on külastanud velskri-ämmaemandapunkti.

Kõik alustatud ravikuurid tuleb viia lõpuni. Dispanseerimine ei tähenda ainult ambulatoorset ravi, vajaduse korral tuleb haige suunata statsionaari. Kui tarvis, saadetakse haige ka sanatoorsele ravile.

Et dispanseerimine annaks häid tulemusi, on vaja, et sellega tegeleksid kõik meditsiinitöötajad alates velskri-ämmaemandapunkti töötajatest.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

А. Сарап и *Р. Мальвисте*

Резюме

Программа Коммунистической партии Советского Союза предусматривает охват всего населения страны диспансерным наблюдением.

Диспансерный метод является наиболее совершенным методом работы медицинских учреждений, направленной на предупреждение и решительное сокращение болезней.

Диспансеризацию сельского населения осуществляет ряд учреждений — от фельдшерско-акушерских пунктов до республиканских больниц. Однако в нашей республике диспансеризация сельского населения фельдшерско-акушерскими пунктами ведется недостаточно из-за отсутствия четких указаний, а также недостаточного руководства диспансеризацией врачами — заведующими сельскими врачебными участками.

Необходимо устранить указанные недостатки и обратить внимание как заведующих фельдшерско-акушерскими пунктами, так и заведующих сельскими врачебными участками на исключительную важность диспансеризации и их роль в ее проведении.

MEDITSIINIÕE OSATÄHTSUSEST HAIGE PÕETAMISEL STATSIONAARIS

L. VARES

(Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla vanemõde, peaarst *H. Luuri*)

Meditsiinilise teenindamise mõiste on väga lai. See ei hõlma sugugi ainult meditsiiniõe konkreetset tööd, vaid kogu tema käitumist.

Tihti piirdub mõnede meditsiiniõdede töö korralduste mehaanilise täitmisega. Mitte alati ei mõisteta, et juba raviasutuse üldine kord võib olla tervendavaks teguriks. Tuleb meeles pidada, et esimese mulje raviasutusest saab haige saabumisel ja vastuvõtmisel; tähelepanelik ning sõbralik suhtumine kergendab tema enesetunnet ja parandab meeleolu.

Haiglas on tähtis kinni pidada päevakorrast. Sageli kuuleme kaebusi, et töö rohkuse tõttu ei suudeta kõigega õigeks ajaks toime tulla. Enamasti on selle põhjuseks mitte töö rohkus, vaid tööaja ebaõige jaotus. Töötada tuleb läbimõeldult, kindla ajajaotusplaani alusel, et maksimaalselt ära kasutada oma võimeid. Ka arst ei tohi oma tööga hilineda, sest siis lükkuvad edasi kõik protseduurid, sattudes vahel isegi söögiaegadele. Arstidel tuleks sellele tõsiselt mõtelda. Kindel režiim, personali tasakaalukas käitumine, tähelepanelik ja sõbralik suhtumine annavad patsiendile kindlustunde, rahulikuma meeleolu ja kindlama usu raviasutusse, luues seega olulise eelduse kiiremaks paranemiseks.

Korrastatud ümbrusega ajakohases haiglahoones, kus sisustus on praktiline ja kauniș, on töö kahtlemata kergem. Ruumide ja sisustuse saamine ei olene küll meist, õdedest, kuid mõndagi võime siiski nägusamaks muuta. Nagu hea pereema suudab nappide vahenditega luua hubase kodu, suudame ka meie hea tahtmise juures vähendada haiglapalati ametlikkust.

Meditsiinitöötaja tööriietus on üldreeglina kavandatud lihtsana ja nägusana. See peab olema praktiline ja ühtlasi kaitsma nakkuse eest. Et töörõivastus peab olema puhas ja igati korras, on endastmõistetav. Küllaltki häirivalt võivad mõjuda kosmeetilised liialdused — minkimine, ekstravagantsed soengud ja lõhnastamine. Praegused üldised tõekspidamised nõuavad, et tervishoiutöötaja välimus tööpostil oleks tagasihoidlik. Meditsiinitöötajad ei tohi unustada, et personal on haigete jaoks, mitte vastupidi. Käitumises tuleb arvestada haige psüühikat, haiguse iseloomu ning elu- ja tervistumisprognoosi, haige omakseid jne. Kõik see nõuab individuaalset lähenemist igale haigele. Õde ei tohi olla järsk, külma ja äraütleva käitumisega, tal peab olema kannatlikkust ja aega haiget ära kuulata. Esineb veel juhte, et mõne haigega ei räägi õde päeva jooksul sõnagi, mõne patsiendiga aga kõneleb liiga palju ja sobimatuist asjust. Sõbralikkus ei tohi kunagi muutuda familiaarsuseks. Tasakaalukas ja usaldusväärne käitumine peab haiges tekitama tunde, et ta on kindlates kätes. Töö ajal tuleb loobuda kõrvaliste asjadega tegelemisest (mitteametlikud telefonikõned, omavahelised vestlused jne.)

Õde on arsti paremaks käeks, ta peab arsti korraldused täitma täpselt, kohusetundlikult, ausalt ning tagasihoidlikult. Täpsusest oleneb kõik. Eluohtlike seisundite puhul võib ka väike vääratus või ajakaotus põhjustada haige surma. Mõiste alla «täpne» ei kuulu mitte ainult korralduste õigeaegne, vaid ka aus täitmine. Õde on arsti usaldusmeheks ja ravi edukus oleneb palju sellest, kuidas haige temale ordineeritud ravimid kätte saab. Õde jääb tööprotsessis arstile alluvaks ja arsti korraldused on õele otseseks töökäsuks. Oma arvamusi ühe või teise ravikorralduse kohta ei ole sobiv avaldada haigete kuuldes. Meditsiiniõel tuleb olla tagasihoidlik mitte ainult ravikorralduste kritiseerimises, vaid ka vestluses haigega. Meditsiinilisi saladusi ei tohi avaldada kellelegi.

Meditsiinitöötajad peavad olema täpsed ka kirjalikus töös. Sageli on sissekanded puudulikud, diagnoosid ja nimed kirjutatud mitteloetavalt. Keegi ei tohiks end vabandada ajapuuduse või halva käekirjaga. Ebakorrektsus on hoolimatus oma kaastöötajate vastu.

Iga meditsiinitöötaja peab hoolitsema ka oma tervise ning hügieeni eest ja hoidma mitte ainult patsientide, vaid ka oma kaastöötajate närvisüsteemi. Kui meie endi tervis on halb, väheneb ka hool teiste inimeste eest. Ja siis veel suitsetamisest. Meditsiinitöötajad kritiseerivad suitsetamist kui inimese tervisele kahjulikku harjumust, mis soodustab südame- ja veresoonkonna haiguste teket, lühendab inimese eluiga jne. Seepärast peaksid eeskätt meditsiinitöötajad ise loobuma suitsetamisest.

Töö võib muutuda igavaks ja koormavaks, kui me ei rikasta oma sisemaailma. Seepärast on vaja, et iga meditsiinitöötaja täiendaks pidevalt oma poliitilisi ja kultuurilisi teadmisi. Tänapäeva medtsiiniõde on aktiivne ühiskonnaliige, kes peab suhtuma õigesti ka kaasaegsetesse ühiskondlikesse probleemidesse. Sport, kino, teater, lugemine, pidev enesetäiendamine jne. aitavad välja lülituda töömuredest, et siis seda värskemana ja suurema energiaga asuda oma kohustuste täitmisele.

Soovime, et iga meditsiiniõde oleks mitmekülgselt arenenud ja esteetiliselt kasvatatud töötav nõukogude naine.

О РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМ В СТАЦИОНАРЕ

Л. Варес

Резюме

Роль медицинской сестры в уходе за больным весьма значительна. Ее работа не заключается в механическом выполнении назначений врача. От медсестер зависит поддержание режима и распорядка дня в лечебном учреждении. Уравновешенное, спокойное и внимательное, без фамильярности, отношение медсестры создает у больного чувство уверенности в целесообразности лечебных мероприятий и тем самым способствует выздоровлению.

На работе медсестре следует быть скромно, аккуратно и опрятно одетой, избегать излишеств в косметике и экстравагантных причесок. Назначения врача нужно выполнять точно и своевременно, необходимые записи делать разборчиво.

Обязательно пополнять свои политические знания и повышать культурный уровень.

Медсестра должна быть активным членом социалистического общества, разносторонне развитой и эстетически воспитанной советской женщиной.

SÖÖGITORU SÖÖVITUSED

L. ESPAR

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Söögitoru söövitusi esineb sagedamini kui seda arvatakse. Näiteks Tallinna Vabariiklikus Haiglas viibib aasta jooksul sellega ravil keskmiselt 40—50 haiget.

Söövitused võivad olla termilised või keemilised. Termilisi söövitusi (aurude, gaaside või tuliste vedelikega) tuleb ette suhteliselt harva, peamiselt tööõnnetuste tagajärjel. Sagedamini esineb söövitusi keemiliste ainetega — leeliste, hapete või raskemetalli sooladega. Leelistest on enamasti tegemist nuuskpiirituse, kaalium- ja naatriumleelisega (seebikivilahus), mida küllaltki laialdaselt kasutatakse koduses majapidamises, hapetest — äädik-, sool- ja väävelhappega. Neid aineid juuakse harilikult

kogemata, arvates pudelis olevat vee, limonaadi, viina vm. Põhjuseks on see, et pudeleid kangete leeliste või hapetega hoitakse tihtipeale hooletult — sahvris, köögiriiulil jne. Sagedamini juhtub õnnetusi lastega.

Söövitus on raske vigastus, mille kliinilises pildis eraldatakse 2 etappi: 1) muutused vahetult söövitava aine joomise järel ja esimestel päevadel pärast seda, 2) hilisnähud. Vigastuse pilt esimesel perioodil oleneb paljudest asjaoludest, nagu isiku vanusest, organismi individuaalsetest iseärasustest, joodud aine hulgast ja kontsentratsioonist, samuti sellest, kuidas söövitav aine söögitorru sattus — kas juhuslikult või teadlikult jooduna. Kogemata allaneelatud söövitava vedeliku hulk on alati väiksem tahtlikult joodust, seega on ka söövitused esimesel juhul kergemad ja pindmisemad. Kui söövitavat ainet on joodud tahtlikult (enesetapmise eesmärgil), haarab söövitus tunduvalt suurema pinna söögitoru seinast. Lihaste spasmi tõttu peatub söövitav vedelik söögitoru füsioloogilistes kitsustes kauem kui mujal, kutsudes seal esile tugevama söövituse. Mõnikord tekib söövituse tagajärjel raske šokiseisund, üldintoksikatsioon ja äge kõrikitsenemine. Rasketel juhtudel võivad need söövitused lõppeda surmaga juba esimesel-teisel ööpäeval. Nõrgad lahused põhjustavad lühiajalise toime korral ainult pindmist, limaskesta epiteeli vigastust, millel ei ole tõsiseid tagajärgi. Tugeva kontsentratsiooniga leeliste ja hapete toimel tekivad söögitoru kudedes rasked patoloogilised muutused, mis jaotatakse 4 staadiumi.

Esimene staadium — nekroos. Limaskest on söövituse kohal põletikuline, hüpereemiline ja kohev. Vereringehäire tõttu limaskest tursub. Eriti ohtlik on see kõri piirkonnas, kus võib tekkida äge kõrikitsenemine hingamistakistusega, mis nõuab kiiret operatiivset vahelesegamist — trahheotoomiat (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1962, 1, 71—72).

Lihaskoe spasmist tingituna raskeneb söögitoru läbitavus. Seejärel limaskest nekrotiseerub ja irdub, tekivad haavandid. Algab teine, haavandite ja granulatsioonide staadium.

Kui keemiline aine oli tugeva söövitava toimega (näiteks seebikivi või väävelhape), siis nekrotiseerub mitte üksnes epiteel, vaid ka limaskestaalune kude ja isegi lihaskude. Limaskest eraldub suurte tükkidena, mõnikord isegi terves ulatuses, jättes järele üleni haavandunud pinna. Haavandid kattuvad koheva granulatsioonkoega. See staadium läheb pikkamööda üle järgmiseks — armistumise staadiumiks. Granulatsioonkude tiheneb, värskelt moodustunud kohev sidekude kootub, tekivad armid, mis vähendavad söögitoru valendikku vähemal või suuremal määral. Järgneb neljas staadium — kitsenemuste ehk stenooside arenemine. Kitsenemused võivad olla risti- või pikisuunalised. Esimesed haaravad söögitoru seina 2—3 sm pikkuselt, teised pikemas ulatuses. Kitsenemusi võib esineda mitu. Kui arm haarab söögitoru seina kõiki kihte ja ümbritsevat kudet, tekivad liited söögitoru ja naaberelundite vahel, mille tulemusena võib areneda tugev söögitoru deformatsioon. Mõnikord võivad söögitoru eesmine ja tagumine sein kokku kasvada ning valendik sulgub.

Esimene staadium kestab umbes 1—$1^1/_2$ nädalat, teine mõni nädal, ja armistumise ning kitsenemuste staadium tunduvalt kauem — $1^1/_2$—2 kuust kuni mitme aastani.

Armistumisega ei ole patoloogilis-morfoloogilised muutused veel lõppenud. Selleks et kitsenenud valendikust toidupala läbi suruda, langevad söögitoru lihaskoele suurenenud nõudmised ja ülalpool kitsenemust lihaskude hüpertrofeerub. Aja jooksul areneb aga selle puudulikkus ja söögitoru valendik ülalpool kitsenemust laieneb kotitaoliselt. Kotitaolise osa põhja seiskuma jäänud toiduosad lagunevad, mistõttu põletikuline protsess jätkub. See omakorda vähendab söögitoru valendikku ja põhjustab uusi armistumisi.

Söögitoru söövituse sümptomatoloogia oleneb selle staadiumist. Vahetult pärast söövitust esineb tugev põletustunne suus, neelus ja söögitorus. Neelamine on tugevasti valulik, süljeeritus rohke. Ka vedela toidu neelamine valmistab suuri raskusi või ei ole see üldse võimalik. Haige on kahvatu, näoilme hirmunud. Teda piinab janu. Kehatemperatuur on kõrgenenud.

Mõne päeva möödumisel valud vähenevad ja vaibuvad harilikult 8.—12. päevaks. Temperatuur normaliseerub, söövitusnähud suukoopas ning neelus taanduvad ja haige saab süüa kõiki toite. Haige, aga mõnikord kahjuks ka arsti arvates on nüüd saabunud tervenemine ja ravi loetakse lõppenuks. Paranemine on selles perioodis aga alles näiline ja ravi lõpetamine oleks suureks taktikaliseks veaks.

Söögitoru söövituste puhul keemiliste ainetega on väga tähtis õigeaegne ja otstarbekas esmaabi ja ravi, eriti esimestel päevadel pärast söövitust. Isegi käesoleval ajal esineb veel haigete põhjendamatut ja lubamatut suunamist ühest raviasutusest teise, ilma et antaks esmaabi ja rakendataks ravi, kuigi see on võimalik igas raviasutuses. Esmaabi võib ja peab viivitamatult andma iga arst või velsker, sest esimestel päevadel ei saa ka otorinolarüngoloog haiget rohkem aidata.

Söövituste ravil on kaks eesmärki: kannatanu elu päästmine ja söögitoru kitsenemise ennetamine.

I. Esmaabi

Võimalikult kohe pärast söövitust (kuni 6 tunni jooksul) tuleb teha maoloputus: leelisesöövituse korral lisada 2—3 liitri loputusvee kohta 100 ml 1%-list soolhapet ja happesöövituse korral 1%-list söögisoodalahust. Anda rohkesti juua (jahedat vett, piima).

2. Süstida naha alla 1 ml 2%-list pantopooni- või promedooli-, või 1 ml 1%-list morfiinilahust.

3. Vajaduse korral kasutada südamevahendeid (kamper, kofeiin).

4. Kui vaja, rakendatakse abinõusid šoki vastu: kannatanut soojendatakse, tehakse vereülekandeid ja vedelikkude infusioone (5%-list glükoosilahust, füsioloogilist lahust).

5. Põletikulise reaktsiooni ja sekundaarse infektsiooni vältimiseks ravitakse haiget umbes nädala vältel penitsilliiniga.

II. Haige toitmine ägedas perioodis

Esimesel nädalal antakse haigele vedelat, kaloriterikast toitu (piim, koor, toored munad, puljong, tummid). Esimesest päevast alates anda iga 2 tunni järel 1—2 supilusikatäit mingit taimeõli (võib ka kalamaksaõli). Õlil on söövitatud limaskesta kaitsev ja toitev toime.

Haiget tuleb toita tihti (5—6 korda päevas), aga annused peavad olema väikesed. Rohkesti tuleb anda juua ja manustada vitamiine. Neelamistakistuse korral kasutada tilkinfusioone (füsioloogiline lahus, glükoosilahus) ja toiteklistiire. Soodsatel juhtudel (reaktiivsete nähtude vaibumine, tüsistuste puudumine) võib teisel nädalal üle minna tavalisele toidule.

III Ravi

Söögitoru söövituse ravis ja kitsenemise profülaktikas on põhiline bužeerimine, mida alustatakse kohe pärast kohalike ja üldiste ägedate nähtude vaibumist (haige enesetunne rahuldav, kehatemperatuur 2—3 päeva vältel normaalne, verepilt normaliseerub, suukoopa ja neelu limaskesta reaktiivsed põletikunähud taanduvad, valulikkus neelamisel vaibub, söögitoru läbitavus paraneb). See on nn. näilise paranemise periood, mis kergetel söövitusjuhtudel saabub 5.—6. päeval, raskematel juhtudel 8.—10. päeval. Sellel perioodil tuleb alustada bužeerimistega. Enne seda on vaja kontrollida söögitoru valendiku suhtelist läbitavust röntgenoskoopia või ösofagoskoopia abil (neid protseduure võib teha alates teisest nädalast pärast õnnetusjuhtumit). Bužeerimiskuur kestab värske söövituse puhul umbes $1^1/_2$—2 kuud, olenevalt konkreet-

sest haiguspildist. Bužeerida tuleb väga ettevaatlikult, sest söögitoru kahjustatud seina võib kergesti perforeerida.

Teine meetod seisneb selles, et 6.—7. ravipäeval viiakse läbi nina söögitorru pehme maosond (8—10 päevaks). Ravikuuri korratakse mõnepäevaste vaheaegadega 2—3 korda. Söögitoru valendiku tavalise läbimõõdu säilitamiseks piisab, kui sondi hoida söögitorus 25—30 päeva.

See ravimeetod võimaldab haiget sondi kaudu täisväärtuslikult toita juba esimesest haiguspäevast alates, tagab rahu ja söögitoru valendiku kujunemise sondi ümber. Haiged ei talu aga püsivsondi alati hästi. Negatiivseks küljeks on perikondriidi tekkimise oht kõri pilkkõhrede piirkonnas. Sel juhul tuleb sond kohe eemaldada. Kuni bužeerimisravi alustamiseni ei ole vaja haigeid suunata ravile kõrva-, nina-, kurguosakonda. Esialgne ravi tuleb läbi viia kohalikus raviasutuses.

Juba väljakujunenud kitsenemuse korral kestab ravi aastaid, mõnikord terve eluaeg.

Inimene, kel esinevad väljakujunenud kitsenemused söögitorus, peab alati sööma väga ettevaatlikult, toitu hästi läbi närides. Suuremad toiduosad (lihatükid, puuviljakivid, väikesed kondikillud jne.) võivad söögitoru valendiku täielikult sulgeda. Võõrkeha eemaldamine kitsenenud söögitorust on aga seotud suurte raskustega.

Et vältida õnnetusi söövitavate ainetega, tuleks neid väljastada apteekidest ainult erikujulistes ja erivärvilistes pudelites, varustatuna etiketiga «Mürk».

Pudeleid söövitavate ainetega ei tohi hoida hooletult, kergesti kättesaadavana. Eriti hoolega tuleb neid aineid hoida laste eest, sest ka ainult üks lonks allaneelatud söövitavat vedelikku võib põhjustada eluaegse invaliidsuse. Õnnetuste ärahoidmiseks peab elanikkond olema teadlik söövitavate lahuste kasutamisest ja hoidmisest. Vastavaid juhtnööre on võimalik jagada sanitaarselgitustöö korras.

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

Л. Эспар

Резюме

Во врачебной практике ожоги пищевода встречаются довольно часто. Различают термические и химические ожоги. Последние вызываются едкими жидкостями, выпиваемыми большей частью по ошибке.

Ожог пищевода является тяжелым повреждением, часть больных погибает в первые дни. Степень повреждения зависит от возраста больного, количества и концентрации выпитого вещества, а также от того, было ли вещество выпито по ошибке или нарочно (с целью самоубийства).

Более всего страдают места физиологических сужений пищевода. Под влиянием едких жидкостей в тканях пищевода возникают тяжелые патологические изменения — некроз и изъязвления, затем поврежденные поверхности покрываются грануляциями и развивается рубцовое сужение пищевода.

Больные с химическими ожогами пищевода нуждаются в срочном оказании первой помощи, которую должны уметь оказывать каждый врач или фельдшер, и в целесообразном лечении, особенно в первые дни после ожога.

Первая помощь заключается в осторожном промывании желудка растворами, нейтрализующими едкие жидкости, введении под кожу обезболивающих и сердечных средств, а при надобности — в противошоковом лечении.

В течение первой недели 5—6 раз в день необходимо давать больным жидкую высококалорийную пищу, с первого дня лечения через каждые два часа — внутрь по 1—2 столовые ложки растительного масла или рыбьего жира.

Бужирование следует начинать в легких случаях на 5—6-й день, в более тяжелых — на 8—10-й день и продолжать $1^1/_2$—2 месяца. Можно также на 6—7-й день после ожога через нос ввести мягкий желудочный зонд. Введение зонда, оставляемого в пищеводе на 8—10 дней, повторять с небольшими промежутками 2—3 раза. Этот метод лечения обеспечивает сохранение достаточного просвета пищевода.

Для предупреждения несчастных случаев от едких жидкостей следует отпускать их из аптек в склянках особого цвета, снабженных большими этикетками «Яд». Едкие жидкости хранить отдельно в недоступных для детей местах.

MIKS VAJAB VITAMIINIDE KÜSIMUS TÄHELEPANU?

Farmaatsiakandidaat *E. VAGANE*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

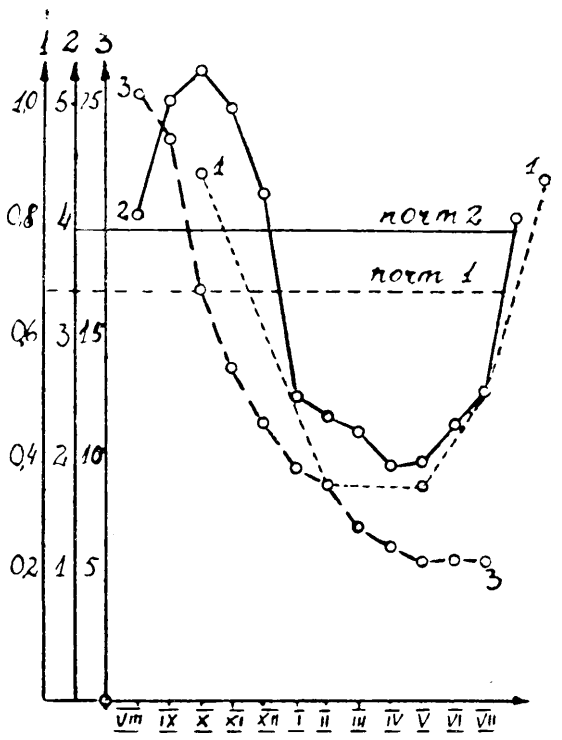
Vitamiinide puudusest tingitud haigusi (avitaminoose) esineb Nõukogude Liidus praegu harva. Mõnes lõunarajoonis, kus toiduks tarvitatakse vähe teravilja ja suurel hulgal maisi, esineb pellagrat. Põhjarajoonides kahjustab laste tervist rahhiit, kui rahhiidi profülaktika suhtes ei olda küllalt hoolikas. Teisi avitaminoose esineb vaid väga ühekülgse toitumise korral.

F. Arnemani (1) andmeil oli Eesti NSV maaelanike haigestumine vitamiinide puudusest põhjustatud haigustesse 1946. a. 3,8 ja 1956. a. 0,8 1000 elaniku kohta. P. Kalju ja kaastöölised (2) leidsid, et 1955.—1956. a. oli Nõukogude Liidu maaelanike haigestumine vitamiinide puudusest põhjustatud haigustesse paraskliimavöötmes 0,7—1,6 ja lõunarajoonides (Gruusia NSV-s) 0,6—9,9 1000 elaniku kohta. I. Bogatõrjovi (3) andmeil esines 1955.—1956. a. Nõukogude Liidu viies linnas vitamiinide puudusest põhjustatud haigusi keskmiselt 1,4 1000 elaniku kohta, neist 14% (0,2 1000 elaniku kohta) paigutati haiglasse. Haigestumise andmeist ei selgu, milliste vitamiinide puudusega oli tegemist ja kuivõrd suure osa haigestumisest moodustasid avitaminoosid. Tõenäoliselt moodustasid suure osa hüpovitaminoosid, mis olid aga sellisel määral välja kujunenud, et neid võis diagnoosida kliiniliste tunnuste järgi.

Avitaminooside harva esinemise tõttu on tekkinud arvamus, et vitamiinide küsimus on toitumise paranemisega kaotanud oma aktuaalsuse. Kas see on nii? Püüame selle kohta esitada mõningaid andmeid. Materjalidena ei saa siin kasutada ainult haigestumise andmeid, sest hüpovitaminoosile eelneb periood, kus organism tunneb puudust vitamiinidest, kuid haiguse kliinilised tunnused on veel välja kujunemata. Seda seisundit nimetatakse latentseks ehk varjatud hüpovitaminoosiks ja see on avastatav peamiselt biokeemiliste uuringutega, mis iseloomustavad organismi vitamiinibilanssi. Et inimorganism ei sünteesi paljusid vitamiine, vaid peab neid saama toidust, annab toidu vitamiinidesisalduse uurimine hinnangu ka hüpovitaminooside esinemise võimaluse kohta.

Toome nüüd mõningaid andmeid C-hüpovitaminoosi esinemise kohta Eesti NSV-s. Uurisime (4) Tallinnas 600 ema rinnapiima C-vitamiini sisaldust. Rinnapiima keskmine C-vitamiini sisaldus kuude viisi on toodud joonisel 1. Siit selgub, et seitsme kuu vältel — jaanuarist juulini — saab imik 800 ml rinnapiimast keskmiselt ainult 16—24 mg C-vitamiini, mis ei rahulda imiku vajadusi (kuni aastase lapse C-vitamiini tarviduseks peetakse 30 mg päevas). Rinnapiima madal C-vitamiini sisaldus näitab, et ka emadel esineb nimetatud kuudel tunduv C-vitamiini puudujääk. A. Aljaku (12) ja M. Uibo (13) tööd juhivad tähelepanu lasteasutuste toidu madalale C-vitamiini sisaldusele. A. Aljaku andmeil sisaldas Tallinna lastesõimede ja -aedade toit keskmiselt 6,5—40,2 mg C-vitamiini päeva kohta. M. Uibo leidis Tartu lasteaedade päevastes toiduratsioonides märtsi- ning aprillikuus ainult 7—15 mg C-vitamiini (1—6-aastaste laste päevane C-vitamiini vajadus on 40—50 mg). S. Kallase (14) andmeil oli Tallinna kooliõpilaste vereplasma C-vitamiini sisaldus jaanuaris-veebruaris keskmiselt 0,5 mg% ja aprillis-mais 0,4mg%, mis on madalam vereplasma normaalsest C-vitamiini sisaldusest (B. Lavrov peab vereplasma normaalseks C-vitamiini sisalduseks 0,7—1,2 mg%). M. Kull ning E. Kogerman (5) leidsid, et keskkooli viimase klassi õpilastel esines kevadel 1400—3000-milligrammine C-vitamiini defitsiit. I. Sibula (6) tööst võib järeldada, et C-vitamiini puudust esineb ka üliõpilastel. Meie andmeil (15) esines talve- ja kevadkuudel 95%-l põlev-

kivikaevureil varjatud C-hüpovitaminoos. Kaevurite vereplasma C-vitamiini sisaldus oli sel ajal keskmiselt alla 0,4 mg% (vt. joonis 1), sest kaevurite kodune toit sisaldas 15—50 mg ja sööklatoit 15—35 mg C-vitamiini päeva kohta. 80%-l polüartriidihaigeil (16), kes saabusid Pärnusse sanatoorsele ravile, esines C-hüpovitaminoos. Nende haigete C-vitamiini defitsiit ulatus kevadkuudel keskmiselt 3000—3500 mg-ni, sanatooriumitoit sisaldas aga ainult sügiskuudel keskmiselt üle 50 mg, teistel kuudel aga 25—50 mg C-vitamiini päeva kohta. Need andmed näitavad, et C-hüpovitaminoosi võib Eesti NSV-s talve- ja kevadkuudel esineda imikutel, eelkooliealistel lastel, kooliõpilastel, üliõpilastel, raske füüsilise töö tegijatel, rinnaga toitvatel emadel ja haigetel.



Joonis 1. 1 — vereplasma C-vitamiini sisaldus mg%, 2 — rinnapiima C-vitamiini sisaldus mg%, 3 — kartuli C-vitamiini sisaldus mg%

Teiste hüpovitaminooside kohta on meil vähem andmeid, sest need uurimused on alles algusjärgus. Mõned andmed aga viitavad ka teiste hüpovitaminooside esinemise võimalusele. G. Geller (7) uuris Nõukogude Liidu elanike toidu vitamiinidesisaldust tarvitatud toiduainete hulga järgi. 1959. a. peetud ettekandes tõi ta Eesti NSV elanikkonna toidu vitamiinisisalduse kohta tabelis 1 esitatud andmed.

Tabelist selgub, et linnaelanike toit on eriti vitamiinivaene. Maaelanike toidu vitamiinisisaldus on kõrgem, kuid toidu B_2- ja C-vitamiini sisaldus ei ületa ka siin 1960. a. kehtestatud norme (8).

Tabel 1

Eesti NSV elanike toidu vitamiinisisaldus (milligrammides päeva kohta)

	Vitamiinid				
	A	B_1	B_2	C	PP
Linnaelanike toit	1,2	1,6	1,4	33,1	13,7
Maaelanike toit	1,7	2,3	2,1	62,0	17,0
Inimese päevane vitamiinivajadus	1,5	2,0	2,5	70,0	15,0

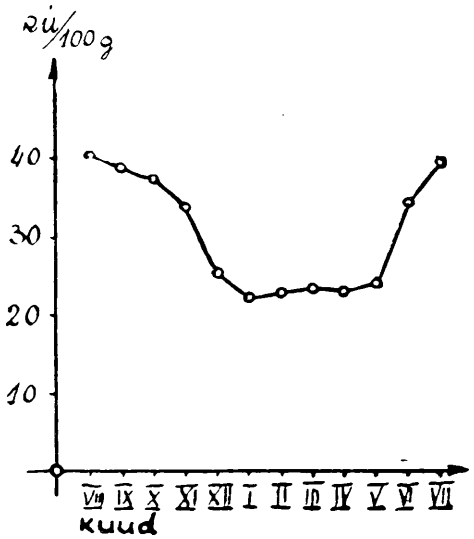
Veel suuremate erinevustega pildi saame, kui vaatleme toidu vitamiinisisaldust kvartalite viisi. Tabelis 2 on toodud G. Gelleri andmed Läti NSV elanike toidu vitamiinisisalduse kohta kvartalite viisi. Tabelist selgub, et toidu A- ja C-vitamiini sisaldus sõltub oluliselt aastaajast — aasta esimesel poolel (talve- ja kevadkuudel) on toit palju A- ning C-vitamiini vaesem kui aasta teisel poolel. B-rühma vitamiine on toidus ühtlasemalt kogu aasta vältel.

Tabel 2

Läti NSV elanike toidu vitamiinisisaldus kvartalite viisi (milligrammides päeva kohta)

Vitamiinid	Linnaelanike toit					Maaelanike toit				
	Kvartalid				Aasta keskmine	Kvartalid				Aasta keskmine
	I	II	III	IV		I	II	III	IV	
A-vitamiin	0,7	1,5	1,9	1,0	1,3	0,9	1,9	2,7	1,2	1,7
B_1-vitamiin	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6	2,0	2,1	2,6	2,4	2,3
B_2-vitamiin	1,1	1,3	1,5	1,2	1,3	1,6	2,2	2,8	1,9	2,1
C-vitamiin	21	16	49	37	31	50	33	98	73	62

Eesti NSV-s võib lastel, rasedatel ja rinnaga toitvatel emadel esineda talvekuudel D-vitamiini puudust, sest toit on üldiselt D-vitamiini vaene ja antirahhiitilise toimega päikesekiired (alla 313 millimikroni) neelduvad atmosfääris, kui päike tõuseb vähem kui 8—9° üle horisondi. Sellises olukorras on Eesti NSV kahe talvekuu (detsember ja jaanuar) vältel. Ultravioletset radiatsiooni vähendab (15—40% võrra) õhu saastumine tööstuse suitsuga ning tolmuga. Leningradis puudub seetõttu antirahhiitiline kiirtekimp päikesevalguses ka siis, kui päike on 20° üle horisondi. Seega pikendab õhu saastumine Leningradis perioodi, kus päikesevalguses puudub ultravioletne radiatsioon, neljale kuule (november, detsember, jaanuar ning veebruar) ja vähendab seda radiatsiooni ka teistel kuudel. Selline olukord esineb tõenäoliselt ka Eesti NSV suuremates linnades ja põlevkivirajoonis.



Joonis 2. Lehmapiima A-vitamiini sisaldus

Eeltoodust selgub, et vitamiinide puudus Eesti NSV-s on sageli eksogeense päritoluga — toidu madal vitamiinisisaldus ei rahulda organismi vajadusi. Torkab silma, et toidu A- ja C-vitamiini sisalduses esineb meil suuri hooajalisi kõikumisi. Kõige tähtsamateks C-vitamiini ja karotiini allikateks on värske juurvili, puuvili ning marjad; neid on meil küllaldaselt aga ainult kolme kuu (august, september ning oktoober) vältel. Teistel kuudel toitume taimsetest toiduainetest, mis on säilitamisel suure osa oma vitamiinisisaldusest kaotanud. Näiteks on kevadises kartulis umbes 4 korda vähem C-vitamiini kui hilissuvises (vt. joonis 1). Piim ja või on Eesti NSV-s tähtsaks A-vitamiini allikaks. Nagu selgub A. Kirchensteini (9) järgi toodud jooniselt 2, sisaldab talvine piim umbes 2 korda vähem A-vitamiini kui suvine piim. B-rühma (B_1-, B_2-, PP-vitamiin jt.) vitamiinide oluliseks allikaks on leib. Eesti NSV-s tarvitatakse aga leiba vähem kui teistes liiduvabariikides — see on üheks B-vitamiini vähesuse põhjuseks.

Ka nn. linnalise toitumisviisi levik (Eesti NSV-s elas 1959. a. rahvaloenduse andmeil linnades 56% elanikest) mõjustab toidu koosseisu. Linnaelanikud saavad mitmesuguseid toiduaineid vähem värskeina; nad tarvitavad rohkem nn. rafineeritud toiduaineid (suhkrut, võid, peenjahusaadusi jt.) ja konserve ning toidukontsentraate, mille vitamiinisisaldus on palju madalam kui värsketel ning töötlemata toiduainetel.

Inimorganismi vitamiinibilanssi mõjustab ka töö iseloom, päevarežiim ja kesknärvikava seisund. Viimaste aastate uurimused on näidanud, et intensiivse vaimse töö juures, mis muutub üha valdavamaks, on vitamiinide tarvidus suurem kui füüsilise töö juures. V. Vasjutotškin (10) ja kaastöölised tõestasid, et kõrge närvipingega töö suurendas mitmete vitamiinide (C-, B_1-, B_2-, B_6- ja PP-vitamiin) defitsiiti 25—40% võrra, võrreldes kontrollrühmaga. Ka teised tegurid, mis kutsuvad esile nn. füsioloogilise pinguse (stressi) seisundi, suurendavad vitamiinide vajadust.

Suurenenud vitamiinivajaduse korral (haigetel, rasedatel, rinnaga toitvatel emadel, raske füüsilise ning intensiivse vaimse töö tegijatel jt.) tekib vitamiinide puudus küllalt kiiresti, sest organismi vitamiinivarud ei ole suured. Näiteks leidub inimorganismis umbes 3 g askorbiinhapet. Suhteliselt veidi suuremad on rasvas lahustuvate vitamiinide (A-, D-vitamiin jt.) varud organismis. Kui emade toitu kevadkuudel ei vitaminiseeritud, langes rinnapiima C-vitamiini sisaldus näiteks 10 päeva vältel 5 mg%-lt 2 mg%-le (4) — norm on 4 mg%. Vitaminiseerimata dieettoidul olevail haigeil tekivad juba paari nädala pärast mõningad hüpovitaminoositunnused: igemete veritsemine, sagedane urineerimine, kahvatu nägu, valud üksikutes kehaosades jne. Hüpovitaminoos esineb sagedamini mao alahappesuse, seedetrakti krooniliste kahjustuste, haavandtõve, maksahaiguste, kõrge temperatuuri jne. puhul, kui normaalne vitamiinide imendumine on häiritud (endogeenne hüpovitaminoos).

Paljud autorid on tõestanud, et hüpovitaminoosid, eriti A- ja C-hüpovitaminoos, soodustavad mitmete nakkushaiguste levikut. Vitamiinipuuduse korral alaneb organismi immunobioloogiline reaktiivsus ja täisväärtuslikku immuniteeti ei teki. A. Jannus ja S. Kallas (11) näitasid, et C-vitamiin soodustab poliomüeliidivastase immuniteedi tekkimist. Samasuguseid andmeid on ka tuberkuloosivastase immuniteedi tekkimise kohta. Seepärast peab vaktsineerimisele eelnema vaktsineeritavate toidu vitaminiseerimine.

Haigestumine angiini, difteeriasse, leetreisse, düsenteeriasse, kopsupõletikku jt. suureneb hüpovitaminooside esinemise korral. Vitamiinide puudus soodustab varjatud infektsiooni üleminekut ilmseks haiguseks. Nakatumine tuberkuloosi ning tuberkuloosse protsessi ägenemine toimub sageli kevadel, kõige vitamiinivaesemal ajal. Mõned vitamiinid soodustavad organismi soojusregulatsiooni. Nii alanes toidu vitaminiseerimisel C-vitamiiniga Eesti põlevkivikaevurite haigestumine grippi ja nn. külmetushaigustesse (ülemiste hingamisteede katarrid jt.) 20% võrra (15).

Mitmed vitamiinid (A-, B_6-, B_{12}-, PP-, C-, P- ja E-vitamiin) pidurdavad ateroskleroosi arengut. Viimasel ajal koguneb üha rohkem andmeid selle kohta, et hambasööbija levik on seotud mõnede vitamiinide (B_1-, C-, D-vitamiin jt.) puudusega.

Eeltoodud andmed näitavad, et vitamiinide probleem vajab tõsist tähelepanu. On vaja oskuslikult ning ökonoomselt kasutada meie looduslikke vitamiiniresursse. Erilist tähelepanu nõuavad toiduainete säilitamise ja töötlemise küsimused. Vitamiinid soodustavad haigete paranemist. Seepärast tuleb järjekindlalt rakendada NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 209-M 13. IX 1955. a., mis näeb ette tervishoiuasutuste toidu vitaminiseerimist. Tervishoiupersonal peab tõhustama sanitaarharidustööd toitlustamise ning vitaminoloogia alal.

KIRJANDUS

1. Арнеман Ф. Г. Здравоохранение Советской Эстонии. Сборник 6. Таллин. 1957, 33—42. — 2. Кальюп И., Логинова Е. А., Ильин С. Е., Мацко Б. М., Стельмах О. Н. Заболеваемость сельского населения. М., 1960. — 3. Богатырев И. Д. Здравоохранение Российской Федерации, 1959, 11, 32—40. — 4. Вагане Э. П. Вопр. питания, 1953, 6, 59—63. — 5. Кулль М. М. и Когерман Е. П. Тезисы докладов научной конференции по вопросам питания и эндокринологии. Таллин, 1958, 7. — 6. Сибуль И. К. Здравоохранение Советской Эстонии. Сборник 3. Таллин, 1955, 97—105. — 7. Геллер Г. М. В кн.: АМН СССР Институт питания. XIII научная сессия (тезисы докладов). М., 1959, 117—118. — 8. Ярусова Н. С. Вопр. питания, 1961. 3, 3—5. — 9. Кирхенштейн А. М. Что необходимо знать о полноценной пище. М., 1952. — 10. Васюточкин В. М. В. сб.: Вопросы питания здорового и больного человека. Рига, 1960, 43—49. — 11. Яннус А. Э. и Каллас С. Ю. Итоговая конференция Института им. Пастера с участием представителей северно-западных областей 11—13 апреля 1961 г. Тезисы докладов. Л., 1961. — 12. Aljak, A. Nõukogude Eesti Tervishoid. Kogumik 5. Tallinn, 1956, 119—122. — 13. Uibo, M. VI Eesti Loodusuurijate Päeva ettekannete teesid. Tartu, 1961, 67—69. — 14. Kallas, S. Nõukogude Kool, 1961, 5, 353—356. — 15. Vagane, E., Kildema, L. ja Kõpman, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 34—36. — 16. Vagane, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 1, 18—22.

ПОЧЕМУ СЛЕДУЕТ УДЕЛЯТЬ ВНИМАНИЕ ВИТАМИНАМ?

Э. Вагане

Резюме

Установлено, что С-гиповитаминоз в Эстонской ССР наблюдается в зимние и весенние месяцы у грудных детей, у дошкольников, школьников и студентов, у рабочих тяжелого физического труда, у кормящих грудью матерей, а также у больных. Полагают, что в те же месяцы С-гиповитаминоз развивается и у беременных женщин, у спортсменов, а также у работников умственного труда и др.

В зимнее время у детей раннего возраста определяется также недостаток витамина D. О других гиповитаминозах у нас имеется меньше данных. Некоторые из них указывают на недостаток витаминов B_1, B_2 и PP, как результат малого потребления черного хлеба. Вследствие достаточного потребления молока и масла А-гиповитаминоз может наблюдаться только в зимние месяцы, когда содержание витамина А в молоке примерно в два раза ниже, чем летом.

Гиповитаминозы наблюдаются чаще в городах, чем в сельской местности, так как городские жители потребляют более рафинированные продукты, консервы и пищевые концентраты, в которых содержание витаминов значительно ниже, чем в свежих и необработанных продуктах питания.

Исследования последних лет показали, что потребность в витаминах при интенсивном умственном труде больше, чем при физическом.

Гиповитаминозы, особенно А- и С-гиповитаминозы, вызывают понижение сопротивляемости многим инфекциям (грипп, ангина, дифтерия, скарлатина, дизентерия, пневмония, туберкулез и др.) и т. н. «простудным» заболеваниям (катар верхних дыхательных путей и др.). Имеются данные о связи кариеса зубов с недостатком некоторых витаминов (B_1, C, D и др.). Известно, что витамины (A, B_6, B_{12}, PP, C, P и E) задерживают развитие атеросклероза.

Медицинский персонал должен следить за витаминизацией пищи в стационарах. Необходимо также усилить санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам питания и витаминов.

ARSTI EETIKAST JA MORAALIST

Arstiteaduse kandidaat *A. NORDBERG*

NLKP programmis esitatud kommunistliku moraali põhimõtted väljendavad kogu töötava inimkonna huvisid ja ideaale. Mida lähemale jõuame kommunismile, seda suurema tähtsuse omandavad eetika ja moraali küsimused. Erinevalt õigusnormidest ei ole moraalinormid ja -reeglid seadusega fikseeritud, vaid püsivad inimese sisemiste positiivsete ajendite ja ühiskondliku arvamuse jõul.

Tõeliselt moraalseks inimeseks võib nimetada ainult niisugust, kes ei ole moraalinorme omandanud lihtsalt teoreetiliselt, ühiskondliku arvamuse survel, vaid kel need on kujunenud sügavaks isiklikuks veendumuseks, s. t. kui on kujunenud mõistuse ja tunnete ühtsus. M. Gorki sõnade järgi peavad kõlblusprintsiibid olema mitte meie inimeste juures, vaid nende sees. Kommunistliku moraali põhiprintsiipideks on sotsialistlik humanism, patriotism, proletaarne internatsionalism, kohusetundlik suhtumine töösse, kokkuhoidlik suhtumine sotsialistlikusse omandisse. Need põhimõtted peavad kujunema iga inimese tegude mõõdupuuks.

Moraal on ühiskondliku teadvuse üheks vormiks. See ei ole abstraktne, vaid ajalooline kategooria, mis määrab ühiskonnaliikmete käitumise, nende kohustused ja suhted üksteisega. Ühiskonnavormide muutumisega muutub ka moraal. Klassiühiskonnas valitseb võimul oleva klassi moraal. Moraal avaldab mõju ühiskonna elu kõikidele külgedele.

Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon kaotas eraomanduslikud suhted inimeste vahel. Sotsialismi võit NSV Liidus kinnitas uued inimestevahelised suhted ja uued töövormid. Vastupidi kodanluse individualismikultusele kasvatab nõukogude kord inimeses arusaamist ühiskondlike huvide esmajärgulisest tähtsusest.

Arstieetika sisaldab veel rida spetsiifilisi, ainult temale omaseid jooni. Akadeemik N. Semaško jagab arstieetika probleemid kolme rühma: 1) arsti suhtumine haigesse, 2) arsti suhtumine kollektiivi (üldsusesse), 3) arstide suhtumine üksteisesse.

Enne kui rääkida nõukogude arsti moraalsest palgest, toome näiteid erapraktikaga tegelevate arstide eetikast ja moraalist kapitalistlikus ühiskonnas.

Erapraktika põhjustab paratamatult arstide konkurentsi, omavahelist võitlust jms. Kodanlik arstieetika on ainult silmakirjalik kate elanike tervisega kauplejatele. Nende «eetika» on elanike petmine massiliselt fabritseeritavate patentravimitega. Nende «moraaliks» on tülitsemine rikaste patsientide saamiseks ja hoolimatus vaeste hädade vastu. Nende kõlbluskoodeks on rassiline diskrimineerimine nn. värvilisele elanikkonnale arstiabi andmisel. Arst on kodanliku korra juures jõuetu, ta on igast küljest sisse mässitud valesse ja silmakirjalikkusesse.

Tuntud ameerika kirjanik Sinclair Lewis toob romaanis «Arrowsmith» näiteks otolarüngoloogia professori Roscoe Geake'i, kes õpetas oma kuulajaid, kuidas nad peavad tulevikus töötama.

«Otolarüngoloogina uskus ta, et kurgumandlid eksisteerivad inimorganismis ainult sel eesmärgil, et võimaldada eriarstidel soetada endale

tõldautosid. Iga arst, kes jättis oma patsiendil kurgumandlid alles, rikkus tema arvates viimase võhikuna kõige jõledamal kombel tulevast õnne ja tervist, endastmõistetavalt arsti enda õnne ja tervist!

Jah, tõesti, tavalisele jõukale meeldib, et talle tähelepanu osutatakse! Säärane inimene ei pea arstidest-spetsialistidest muidu suuremat lugu, kui teda vahete-vahel ei opereerita — ainult veidike ja ilma suurema valuta. Geake pöördus iga aasta korra üliõpilaste poole klassikalise kõnega, milles ta, tõustes linnutiivul kõrgemale otolarüngoloogiast, esitas otsekui peopesal kogu arstiteaduse väärtuse ja selgitas tänulikele tohterdajatele meetodit, kuidas saada viisakaid honorare.

Teadmised on arstiteaduslikus maailmas kõige tähtsamad, ent neil pole mingit väärtust, kui te ei saa neid maha müüa. Ja selleks peate oma isiksusega mõjutama esijoones inimesi, kel on dollareid. Olgu patsient uus või vana, alati tuleb teda kohelda ärimehelikult. Seletage talle endale ja ka ta kohkunud ning murelikule perekonnale, kui palju ränka tööd ja intensiivset ajupingutust peate pühendama tema haigusele, ja pange ta niimoodi uskuma, et kogu see heategu, mis olete talle teinud või alles mõtlete teha, on kavatsetud honorarist mitmekordselt suurem. Siis ei teki arve kättesaamisel mingisuguseid arusaamatusi ega vastuvaidlusi».*

Muidugi on kodanlike arstide hulgas ka humaniste, kes õigesti mõistavad oma arstiülesandeid. Mis on aga reegliks ja mis erandiks, see sõltub pinnasest, kust need nähtused võrsuvad. Kapitalistlik pinnas on aga ebasoodne humaansete ideede kasvuks. Just kodanliku arstiteaduse ärimehelik iseloom madaldab arsti autoriteeti, nii et abivajajad pöörduvad pahatihti posijate poole, sest nende «abi» ei ole nii kulukas.

Kelleks võivad muutuda arstid-rassistid, seda mäletame Nürnbergi protsessist 23 «arsti» üle, kes tegid koletuid katseid sadade tuhandete sõjavangide ja eraisikutega.

Nõukogude tervishoid on riikliku süsteemi lahutamatu osa. Riigi ja rahva huvid on meil ühtsed. Iga liiki tasuta ja kättesaadav arstiabi elanikkonnale kindlustab haiguste varajase väljaselgitamise, kvaliteetse ravi, nakkushaiguste levimise vältimise ja õigeaegse hospitaliseerimise. Nõukogude arst on eelkõige nõukogude kodanik, kommunismiehitaja. Erilise selgusega ilmnes arsti kui sotsialistliku riigi kodaniku moraalne pale sõjaliste katsumuste perioodil.

Nõukogude arst on patsiendi sõber. See loob tiheda psühholoogilise kontakti arsti ja haige vahel, mis aitab arstil sügavamale tungida haigusprotsessi olemusesse.

Arsti tõeliselt humaanne suhtumine haigesse on võimalik ainult siis, kui arsti ja patsiendi vahekorda ei tumesta kasusaamise eesmärk. Erapraktikast tulenevad ebanormaalsed suhted arsti ja patsiendi vahel: honorari tagaajamine, reklaam jne., rääkimata sellistest äärmist pahameelt tekitavatest nähtustest nagu raviga venitamine haigetelt raha väljapressimiseks, tervete inimeste «haigeks» tunnistamine (eriti suguhaiguste kahtluse puhul). Erapraktika möödapääsematu tulemus on arstide omavahelised intriigid.

Nõukogude arst on huvitatud elanikkonna tervise parandamisest, mitte aga oma patsientide arvu suurendamisest. Tasuta riikliku arstiabi puhul on arst huvitatud haige kiiremast tervenemisest. Me ei eita välismaa teaduse edusamme. Nõukogude arstile on võõras iseteadlik natsionaalne piiratus. Ta õpib kõike väärtuslikku ja eesrindlikku, mida on andnud Lääne teaduslik mõte, et kasutada seda rahva hüvanguks.

Nõukogude võimu aastatel on ka Eesti NSV-s kasvanud palju kvalifitseeritud spetsialiste, nõukogude tervishoiu organisaatoreid ja aktiiv-

* S. Lewis «Arrowsmith», Tallinn, 1958, 106—107.

seid ühiskonnategelasi, kellest võivad eeskuju võtta teised vabariigi meditsiinitöötajad. Näiteks Benno Äniline (Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonna juhataja), kes valiti käesoleva aasta märtsikuus NSV Liidu Ülemnõukogu saadikuks; Vladimir Paškov (Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri peaarst), oli 1958.—1962. a. NSV Liidu Ülemnõukogu saadikuks; Ernst Raudam (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateedri juhataja) — kõrge kvalifikatsiooniga neuroloog, Eesti NSV Ülemnõukogu saadik; Artur Linkberg (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan); Endel Kama (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst); Aleksander Gavrilov (Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst).

Võib nimetada veel palju arste, kes oma kohusetruu tööga on ära teeninud rahva austuse ja usalduse, näiteks Olga Modeiskaja (Kiviõli Haigla peaarst), Feodor Rebane (Rapla rajooni Käru maa-arstijaoskonna juhataja), Haldja Kääri (Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst), Helve Jaanson (Tallinna Vabariikliku Haigla polikliiniku teraapia osakonna juhataja) ja palju teisi.

Mõnede kodanike teadvuses on aga ikka veel säilinud mineviku igandid. Esineb logelejaid, samuti eraomaniku hingega inimesi, egoiste ja bürokraate, kes seavad oma «mina» kõrgemale kõigest. Leidub ka sotsialistliku omandi riisujaid, töödistsipliini ja ühiskondliku korra rikkujaid. Ka arstide peres on inimesi, kellel veel palju aastaid pärast sõda ei olnud ideelist selgust. Näiteks võib tuua arsti N., kes kiitles oma apoliitilisusega. Ta kõneles: «Raske on öelda, kuidas suhtuda nõukogude tervishoiukorraldusesse. Olen olnud alati apoliitiline, see päästis mind ka saksa okupatsiooni ajal.» Kord pöörduti ühe soliidse arsti poole küsimusega: «Kuidas täiendate oma ideelis-poliitilisi teadmisi?» Ta vastas: «Selliste küsimustega ärge minu poole pöörduge, mina poliitikaga ei tegele.» Nüüd on aga hiljutistel kõhklejatel silmaring laienenud. Ka viimati nimetatud arst on praegu ühiskondlikult igati aktiivne ja õpetab edukalt meie noorsugu.

Üksikuid negatiivseid juhte esineb veel tänapäevalgi. Õiglase kriitika osaliseks sai endise Väike-Maarja Rajooni Haigla peaarst Andres Parts, kes oli moraalselt laostunud, kuritarvitas alkoholi ja võttis haigetelt raha. Endise Väike-Maarja Rajooni Haigla akušöör-günekoloog Vikenti Tints, samuti Elva Rajooni Haigla akušöör-günekoloog Ain Särg tegid tasu eest aborte. Loksa haigla pediaater Lennart Tints ei külastanud väljakutse peale haigeid lapsi kodus, käitus jämedalt lastevanematega ja haiglapersonaliga, tal esinesid tööluusid.

Arstieetika rikkumised muutuvad aga üha harvemaks. Mitte ainult võimuorganid ja ajakirjandus, vaid ka arstkond ja meditsiinitöötajate üldsus võtab selliste isikute teod range kriitika alla.

Haigesse tuleb suhtuda säästvalt. Öeldakse: «Sõna ravib, sõna haavab.» Kui sageli võib üleliigne sõna põhjustada iatrogeenseid haigestumisi, ja vastupidi — heasüdamlik optimistlik sõna annab lootust, kiirendab tervenemist, ravib.

Tänapäeval kuuluvad arstieetikasse sellised mõisted nagu taktitunne, teadmised, südamlikkus, üksteise austamine ja usaldus. Ratsionaalse psühhoteraapia läbiviimine (eriti polikliiniku tingimustes) on väga tähtis osa arsti tööst. See ei ole lihtsam kui diagnoosimine ja seda ei tohi lasta muutuda lihtsalt käsitööks.

Paljudes eesrindlikes ettevõtetes on meditsiinitöötajad koos administratsiooni, partei- ja ametiühinguorganisatsioonidega alustanud võitlust loosungi all — kommunistlik suhtumine tervisesse.

Nõukogude meditsiinitöötajad, innustatud kommunismi kõrgetest ideedest, sammuvad ka edaspidi rahu, vabaduse, võrdsuse, vendluse ja rahva õnne eest võitlejate esiridades.

ОБ ЭТИКЕ И МОРАЛИ ВРАЧА

А. Нордберг

Резюме

В Программе КПСС коммунистическая мораль определяется как самая справедливая, благородная общечеловеческая мораль, выражающая интересы и идеалы всего трудящегося человечества.

Чем ближе мы подходим к коммунизму, тем большее значение в жизни общества приобретают нравственные начала, этика и мораль. Программа КПСС приводит перечень нравственных принципов, из которых состоит моральный кодекс строителя коммунизма (преданность, солидарность, любовь, забота, уважение и т. д.)

Мораль и нравственность, являющиеся одной из форм общественного сознания, — это правила, нормы общежития, поведения людей, определяющие их обязанности и отношения друг к другу и к обществу.

Этика врача, кроме общих для всех граждан основ социалистической нравственности, включает и ряд специфических, только ей свойственных черт и особенностей, вытекающих из ответственной профессиональной деятельности врача.

Из врача, друга больного, активного общественного работника, капитализм делает торгаша от медицины. Борьба за клиентуру, подсиживание друг друга — это неизбежный результат системы частной медицинской практики.

В социалистическом обществе принципиально по-новому решаются вопросы отношения врача к обществу и к больному. На базе общих успехов социалистического строительства построена вся система охраны здоровья советского народа. Бесплатность и доступность всех видов медицинской помощи населению обеспечивают раннее выявление заболеваний, предупреждение распространения инфекций, своевременную госпитализацию больных и их качественное лечение.

При организованной государством бесплатной помощи населению врач заинтересован поскорее вылечить больного. Истинно гуманное отношение к больному, чувство долга по отношению к населению могут возникнуть только тогда, когда у врача в отношениях к больному нет корыстных побуждений. К сожалению, встречаются еще единичные случаи недостойного поведения врачей и нарушения ими врачебной этики.

Подавляющее большинство врачей республики своей добросовестной работой заслужили доверие и любовь населения. Можно назвать ряд достойных уважения товарищей: О. Модейскую, Ф. Ребане, Х. Кяяри, Х. Яансон и других.

За годы Советской власти в Эстонской ССР выросло много не только высококвалифицированных специалистов, но и активных общественных деятелей и организаторов советского здравоохранения, как Б. К. Энилине — заведующий травматологическим отделением Таллинской республиканской больницы, в марте 1962 года избранный депутатом Верховного Совета СССР; В. Н. Пашков — главный врач Республиканского противозобного диспансера, депутат Верховного Совета СССР прошлого созыва (1958—1962); Э. Ю. Раудам — заведующий кафедрой неврологии Тартуского госуниверситета, депутат Верховного Совета Эстонской ССР; А. Я. Линкберг — декан медицинского факультета Тартуского госуниверситета; Э. К. Кама — главный врач Республиканского противотуберкулезного диспансера; А. Н. Гаврилов — главный врач Республиканского онкологического диспансера.

Медицинские работники, вдохновленные высокими идеями коммунизма, воспитанные ленинской партией, будут и впредь находиться в первых рядах борцов за Мир, Труд, Сбоводу, Равенство и Счастье народа.

50 AASTAT TARTU LINNA KLIINILIST NAKKUSHAIGLAT

(1912—1962)

H. LUURI

(Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst *H. Luuri*)

Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla asutamise ajaks tuleb lugeda 1912. a. jaanuarikuud, mil senise Tartu Linnahaigla juures Kaluri tn. 13 asunud nakkushaiguste osakond (10 voodikohta) viidi üle ühte praegusesse haiglahoonesse Lina tn. 6. Tol ajal esines sageli taude (rõuged, tähniline soetõbi ja koolera), mistõttu oli vaja haigete paigutamiseks ja isoleerimiseks paremaid, eraldi asetsevaid ruume. Haigla Lina tn. 6 avati 60—80 voodikohaga, tol korral külgehakkavate haiguste haigemaja nimetuse all. Haigla algaastatest on arhiivis säilinud väga vähe materjali ja siin toodud andmed on saadud peamiselt tol ajal seal töötanud isikutelt.

Peaaegu igal aastal esines Tartus nakkushaiguste puhanguid. Nii puhkes 1915. a. lõpul sõjavangide seas tähniline tüüfus. 1916. a. augustis oli tsiviilelanike hulgas rida koolerajuhte, 1917. a. levis düsenteeria (300 juhtu), 1918. a. kevadel rõuged ja leetrid ning sügisel gripiepideemia.

23. novembrist 1918. a. sai Tartu senise linnaarsti ja linnahaigla ülemarsti August Leziuse asemele G. Kroll. G. Krolli juhtimisel tehti tolleaegsete võimaluste piires ära märkimisväärne töö nakkushaiguste ja taudide vastu võitlemisel. Viidi läbi peaaegu kogu linna elanikkonna vaktsineerimine rõugete vastu, mille järel ka haigestumine vaibus.

Haigla peaarstideks on 1912. a. alates olnud:

J. Riemschneider	1912.—1919. a.	E. Mikkel	1950.—1952. a.
F. Lepp	1919.—1931. a.	Z. Saar	1952.—1954. a.
N. Kilk	1931.—1944. a.	K. Juhansoo	1954.—1959. a.
V. Grünthal	1944. a.	M. Martson	1959.—1960. a.
L. Krull	1944.—1950. a.	H. Luuri	1960. a. alates senini

Kui vaadelda kodanliku Eesti perioodil hospitaliseeritud haigete haiguslugusid, näeme, et letaalsus oli siis küllaltki kõrge. Puudus ju sel ajal organisatsioonilt tugev sanitaar-epidemioloogiateenistus ja nakkushaigused võtsid kergesti taudi ulatuse. Tuleb arvestada ka seda, et sundhospitaliseerimist rakendati peamiselt raskete ja eriti ohtlike haiguste suhtes. Ravi oli tasuline ja väga paljudel juhtudel, kui haige üldse pöördus arsti poole, raviti teda ambulatoorselt või kodus (viimasel juhul eraarsti poolt). Nii hospitaliseeriti 1930. ja 1931. a. kestel 143 kõhutüüfuse haiget, samal ajal oli ambulatoorsel ravil 65 ja eraarstide ravida 62 haiget. Sel ajal valitses peamiselt sümptomaatilis-medikamentoosne ravi — spetsiifilisi ravivahendeid veel ei tuntud. Haiglasse paigutamine tähendas siis põhiliselt haige isoleerimist ja karantiniseerimist. Puudusid vajalikud ravi- ja diagnostikakabinetid (röntgen, füsioteraapia, laboratoorium jt.). 28. juunil 1920. a. tehti linnavalitsusele ettepanek, et viimane püüaks koos maakonnavalitsusega kiires korras asutada külgehakkavate haiguste haigemaja juurde laboratooriumi bakterioloogiliste ja seroloogiliste uuringute tegemiseks. Rahaliste vahendite puudumise tõttu jäi see aga paljudeks aastateks teostamata.

Personali oli haiglas vähe ja seetõttu ka põetustase madal. Nii oli 1935.—1939. a. andmeil haigla koosseisus ainult 12 inimest. 1940. a. oli haiglas 65 voodikohta ja 15-liikmeline koosseis. Okupatsiooniperioodil (1941.—1944. a.) olid haiglas ravil peamiselt difteeriaga, sarlakitega, kõhu- ja tähnilise tüüfusega haiged. Seoses difteeria- ja kõhutüüfuse puhanguga töötas haigla 110 voodikohaga (teenindavat personali 25 isikut).

Pärast Tartu vabastamist 1944. a. avati haigla 14. septembril uuesti, esialgu 25 voodikohaga. Voodikohtade arvu suurendati peatselt 50-le, novembris 75-le ja detsembris 100-le. Võitluses kõhutüüfuse ja difteeriaga laiendati 1945. a. jaanuaris haigete, nakkuskahtlaste ja kontaktsete hospitaliseerimist. Ajutiselt suurendati epideemiafondi arvel voodikohtade arvu kuni 200-ni. Lisaks põhihoonele Lina tn. 6 saadi haiglale juurde majad Nõukogude tn. 86 ja Lina tn. 4.

Kui esimestel sõjajärgsetel aastatel olid haigete põhikontingendiks täiskasvanud, siis edaspidi kasvas laste osatähtsus, mis tingis ka vastavate osakondade avamise (1947. a.). 1948. a. IV kvartalis organiseeriti haiglas imikute ja väikelaste dieettoitlustamine Tartu Linna Laste Nõuandla Piimaköögi kaudu. Kuni 1948. a. keskpaigani puudus haiglal bakterioloogia laboratoorium, vastavad uuringud tehti Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas. Haiglas töötas 1945. a. algusest alates meditsiinilise keskharidusega laborant, kes tegi lihtsamaid kliinilisi uuringuid. Arst E. Alliku tööletulekuga 1948. a. juulikuust avati laboratoorium, kus hakati tegema kõiki bakterioloogilisi ja seroloogilisi uuringuid. Aasta-aastalt avardusid ja täienesid kliinilised, biokeemilised ja bakterioloogilised uurimismeetodid. Laboratoorium kujunes juhtivaks bakterioloogia laboratooriumiks Tartus.

Kui 1951. a. lõpuks selgus, et uut nakkushaiglat Tartu Maarjamõisa väljale ei ehitata, alustati ettevalmistusi hoonete kapitaalremondiks. Ümberehitus ja remonttööd kestsid 1953.—1955. a. Alustasid tööd röntgenikabinet, haiglaapteek ja laste piimaköök (praegu valmistatakse seal kõik vajalikud toidusegud). Haigla hakkas vastu võtma ka vastsündinuid ja imikuid. Sellega seoses suurendati voodikohtade arvu 150-lt 200-le. Soolenakkustega imikute jaoks korraldati poolbokseeritud ravi- ja vastuvõtuosakond. Laboratoorium asus ümber uutessse ruumidesse, hakati tegema biokeemilisi uuringuid. Täienes ka personali koosseis (169 ametikohalt 190-le).

Edasi jätkus haigla perspektiivplaani realiseerimine. Haiglale eraldatud majas Lina tn. 8 viidi läbi kapitaalremont ja nii saadi 1958. a. juurde veel üks osakond. Seoses lastehalvatustõve puhanguga 1958.—1959. a. loodi ravikehakultuuri ja füsioteraapia kabinetid.

Et haigla on kliiniliseks baasiks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnale ja Tartu Meditsiinilisele Koolile, omistati sellele 1957. a. oktoobris Kliinilise Nakkushaigla nimetus. Töötati välja üksikute haiguste raviprintsiibid ja -skeemid. Loodi sõprussidemed Kaunase, Vilniuse ja Riia haiglatega ning organiseeriti ühiseid teaduslikke konverentse.

Nagu selgub lühikesest ülevaatest, toimus haigla elus murrang pärast Suurt Isamaasõda. Vanast n.-ö. karantiiniasutusest on praegu kujunenud 200 voodikohaga haigla, mis töötab 7 hoones. Haiglas on 5 ravi-osakonda, füsioteraapia, röntgeni- ja rektoskoopia kabinet, laboratoorium, piimaköök ning pesumaja. 1961. a. alustas tööd virusoloogia laboratoorium. Viimastel aastatel on ümber korraldatud röntgeni- ja füsioteraapia kabinetid, ehitatud uued apteegiruumid ja auditoorium. Aasta-aastalt on paranenud haigete põetamise ja ravimise kvaliteet, mida kinnitab letaalsuse vähenemine 0,38%-le (1961. a.). Haigla on kujunenud metoodilis-konsultatiivseks tsentrumiks Lõuna-Eesti rajoonidele.

Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla kollektiiv rakendab edaspidi kõik jõud ja oskused selleks, et täita NLKP XXII kongressi otsuseid nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise alal meie maal.

50-ЛЕТИЕ ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

(1912—1962)

Х. Луури

Резюме

Тартуская городская инфекционная клиническая больница была основана в 1912 году. Приводятся сведения о работе больницы до Октябрьской революции, во время буржуазного строя и после восстановления в Эстонии Советской власти.

За послевоенные годы из первоначального т. н. карантинного барака выросла хорошо оснащенная, укомплектованная опытными кадрами, современная инфекционная больница на 200 коек.

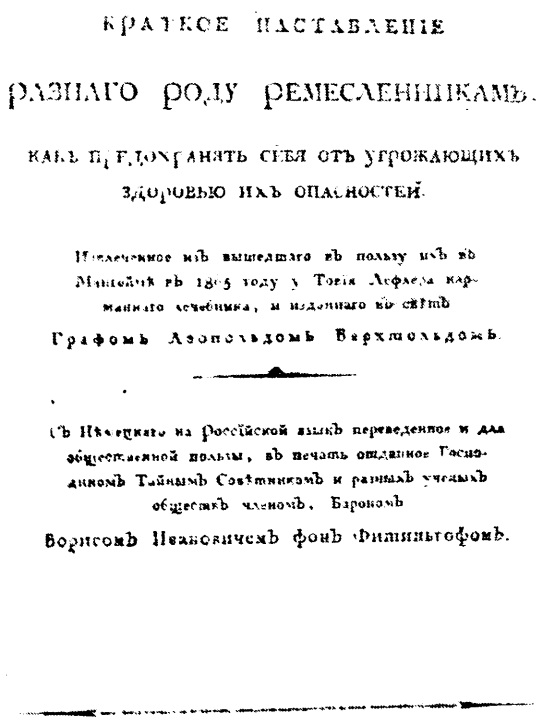
В настоящее время больница имеет пять отделений, ряд диагностических и вспомогательных кабинетов и лабораторий. Больница является консультативно-методическим центром для районов южной Эстонии, а также клинической базой медицинского факультета Тартуского государственного университета.

XIX SAJANDI ALGUL TARTUS ILMUNUD RAAMATUST TÖÖHÜGIEENI KOHTA

Andmeid selle kohta, et Venemaal oleks enne XIX sajandit ilmunud spetsiaalselt tööhügieeni-alaseid teoseid, ei õnnestunud meil leida. Siinseal on puudutatud ainult üksikuid küsimusi. Nii näiteks viitab M. Lomonossov 1763. a. ühes traktaadis metallurgiast ja mäeasjandusest, et kaevandustööliste seas esineb kopsuhaigusi. Ühtlasi nimetab ta tööliste tervist kaitsvaid abinõusid. Esimeseks tööhügieenile pühendatud teoseks Venemaal on peetud 1847. a. Peterburis ilmunud A. Nikitini raamatut «Болезни рабочих с указанием предохранительных мер». Seoses ülalmainituga pakub huvi Tartus 1808. a. ilmunud venekeelne raamat «**Lühike õpetus mitmesugustele käsitöölistele, kuidas hoiduda tervist ähvardavatest hädaohtudest**» («Краткое наставление разнаго роду ремесленникамъ, как предохранять себя отъ угрожающихъ здоровью ихъ опасностей»). Raamatu tõlkis saksakeelse originaali alusel vene keelde Peterburi Teaduste Akadeemia liige B. Vietinghof, kes ühtlasi täiendas raamatut (näiteks 16. peatükiga) ja varustas selle eessõnaga. Väärib mainimist, et teos on trükitud Tartu Ülikooli trükikojas 1808. aastal ja kuulub seega ülikooli esimeste trükiste hulka.

Raamat on kirjutatud lihtsas vormis. Iga peatükk (üldse on neid 16) on pühendatud mõnele elukutsele või elukutserühmale (leivategijad, õllepruulijad, veinivalmistajad, värvalid, nahkurid, köösnerid, kullassepad, pottsepad, kübarategijad, vasksepad, kangrud, müürsepad, lihunikud, rätsepad, seebikeetjad ja pesunaised, hauakaevajad ja laibapesijad, maaharijad). Antakse juhtnööre, kuidas ehitada töökodasid, nii et seal ei esineks tervist kahjustavaid mõjusid, nõutakse tingimata tööruumide õhutamist (õhulõõride ja lõõtsade abil), kirjeldatakse individuaalsete kaitsevahendite kasutamist erinevatel töödel (näiteks näokatted ja rätikud tolmuste tööde puhul), jagatakse nõuandeid toitumise ja eluviiside kohta, arvestades elukutset. Enne tööd soovitatakse alati korralikult süüa, eriti neil, kes puutuvad kokku kahjulike aurudega (pottsepad, värvalid, kübarategijad, vasksepad jt.). Nahkureid hoiatatakse, et nad ei nüliks ega töötleks nakkushaigustesse surnud loomade nahku. Esitatakse ka mõnede kutsehaiguste (näiteks elavhõbeda- ja pliimürgistuse) tunnused ja antakse ravimisõpetusi. Näiteks soovitatakse pliimürgistuse puhul esi-

nevate ägedate kõhuvalude puhul juua sooja piima ja määrida kõhunahka kampriõliga. Seejuures hoiatatakse posijate poole pöördumast ja soovitatakse nõu pidada ainult kogenud arstiga.


КРАТКОЕ НАСТАВЛЕНІЕ

РАЗНАГО РОДУ РЕМЕСЛЕННИКАМЪ,

КАКЪ ПРЕДОХРАНЯТЬ СЕБЯ ОТЪ УГРОЖАЮЩИХЪ ЗДОРОВЬЮ ИХЪ ОПАСНОСТЕЙ.

Переведенное изъ вышедшаго въ пользу ихъ въ Мангеймѣ въ 1805 году у Торія Лефлера карманнаго сочиненія, и изданнаго въ свѣтъ

Графомъ Леопольдомъ Бюхтольдомъ.

Съ Нѣмецкаго на Россійской языкъ переведенное и для общественной пользы, въ печать отданное Госпиталнымъ Тайнымъ Совѣтникомъ и разныхъ ученыхъ обществъ членомъ, Барономъ

Борисомъ Ивановичемъ фонъ Фитингофомъ.

ДЕРПТЪ,

Въ Университетской Типографіи,

у М. Г. Грефе и Ко.

1808.

Arusaadavalt on raamatus toodud sanitaarabinõud vastavalt tolleaegse hügieeniteaduse madalale tasemele võrdlemisi primitiivset laadi. Mõned nõuanded on täiesti ebateaduslikud. Nii näiteks soovitatakse seebikeetmist ette võtta ainult siis, kui puhub ida- või põhjatuul; sügeliste vältimiseks soovitatakse rätsepail, kes vanu riideid parandavad, hoiduda liiga rasvaste, soolaste või suitsutatud toitude söömisest. Siiski annab raamat omaaegsele lugejale küllalt väärtuslikke näpunäiteid.

B. Vietinghofi kirjutatud 16. peatükk sisaldab mõningaid nõuandeid selle kohta, kuidas vältida mitmesuguseid õnnetusi (loomade poolt tekitatavaid vigastusi, mürgistust kaevu põhja laskumisel jne.). Kirjeldatakse ka prantsuse keemiku D'Arcet' meetodit elavhõbedamürgistusest hoidumiseks kuldamistööde puhul.

XIX sajandi alguse pärisorjusliku Venemaa oludes, kus töötajate elu- ja töötingimused olid äärmiselt halvad, võib käsitletava raamatu ilmumist pidada omaette sündmuseks. Ühtlasi kajastuvad selles hügieeniteaduse alged meie maal. Akadeemik B. Vietinghofi poolt väljaantud raamatut tuleks pidada esimeseks Venemaal ilmunud raamatuks tööhügieeni kohta.

B. Schamardin

О КНИГЕ ПО ГИГИЕНЕ ТРУДА, ИЗДАННОЙ В НАЧАЛЕ XIX СТОЛЕТИЯ В ТАРТУ

Б. Шамардин

Резюме

Библиографических данных о книгах, изданных в России до XIX столетия специально по вопросам гигиены труда, не удалось найти. Полагали, что первой книгой по гигиене труда, изданной в России, является напечатанная в С.-Петербурге в 1847 г. книга А. Никитина «Болезни рабочих с указанием предохранительных мер».

Однако уже в 1808 году в Дерпте (Тарту) вышла книга «Краткое наставление разнаго роду ремесленникамъ, как предохранять себя отъ угрожающихъ здоровью ихъ опасностей», переведенная с немецкого и дополненная членом Санкт-Петербургской Академии наук Б. Фитингофом. Книга содержит сведения о профессиональных вредностях, которым подвержены ремесленники, и о мерах предупреждения заболеваний профессионального характера. В обстановке крепостной России начала XIX века издание этой книги Б. Фитингофом несомненно было примечательным явлением. Эту книгу можно считать первой книгой по гигиене труда, изданной в царской России.

Konverentsid ja nõupidamised

VERE HÜÜBIMISE PROBLEEME KÄSITLEV KONVERENTS TARTUS

100 aastat tagasi avaldas Tartus A. Schmidt esimesed andmed uurimistest vere hüübimise mehhanismi kohta. Nimetatud sündmuse tähistamiseks korraldasid Tartu Riiklik Ülikool, Vene NFSV Pedagoogiliste Teaduste Akadeemia Kehalise Kasvatuse ja Koolihügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, M. V. Lomonossovi nim. Moskva Riikliku Ülikooli vere hüübimise füsioloogia ja biokeemia laboratoorium ja I. P. Pavlovi nim. Üleliiduline Füsioloogide Selts vere hüübimise ja trombi tekkimise füsioloogiat ning biokeemiat käsitleva konverentsi. Konverents toimus 18.—21. dets. 1961. a. Tartus. Konverentsil kanti ette üle 50 ettekande (tartlasteit 8).

Eriti suurt huvi pakkusid B. A. Kudrjašovi, A. A. Markosjani, I. E. Akopovi ja nende kaastööliste uurimused.

Vere hüübimise süsteemile vastandab B. A. Kudrjašov hüübimise vastase süsteemi. Füsioloogilistes tingimustes on need süsteemid tasakaalus, mistõttu ei teki verdumist ega moodustu trombe. Vere hüübimist soodustavaid komponente tähistame praegu juba arvuga XIV (tõenäoliselt see arv suureneb veelgi). Peamiste hüübimisvastaste komponentidena tunneme antitrombiini, hepariini, fibrinolüsiini, plasminogeeni, aktivaatorit jt. Trombi tekkimist organismis põhjustavad lokaalsete faktorite kõrval (veresoone seina muutused, verestaas jt.) suurel määral häired füsioloogilises hüübimisvastases süsteemis.

Üheks indikaatoraineks vere hüübimise ja hüübimise vastases süsteemis on trombiin. Mõjudes veresoonte seinte kemoretseptoritele tõstab trombiin vegetatiivse narvisüsteemi vahendusel antitrombiini ja hepariini aktiivsust. On tõenäoline, et vegetatiivse närvisüsteemi vahendusel suureneb ka fibrinolüsiini aktiivsus. Arvatakse, et hüübimisvastane refleks kulgeb vaagussüsteemi kaudu, kuna *n. vagus*'e blokeerimisel suureneb vere hüübimisvalmidus. Samuti võib sümpaatilise süsteemi ärrituse kaudu saavutada vere hüübivuse suurenemist (A. A. Markosjan). Sellisel mehhanismil on suur tähtsus organismi kohanemise seisukohast. On loomulik, et sümpaatilisse mobiliseerimissüsteemi kuulub ka vere hüübimisvalmidus. Sama otstarve näib olevat ka valul, mille puhul võib märgata fibrinogeenipeegli tõusu veres ja hüübivuse suurenemist. Seda teemat käsitlesid L. Päi, H. Tarma ja M. Ükskask. Stenokardia ja müokardiiniarkti puhul on selline reaktsioon aga kahjulik, mistõttu nendel juhtudel tuleb võidelda nii valu kui ka vere hüübimise suurenemistendentsi vastu.

B. A. Kudrjašov soovitab võtta tarvitusele pretromboosi või pretrombootilise seisundi mõiste, millega tuleks tähistada hüübimisvastaste mehhanismide nõrgenemist. Selle seisundi kindlakstegemine on praktiliselt oluline (praegu ongi käsil lihtsamate ja objektiivsemate meetodite viimistlemine). Meie kliinikutes kasutatav protrombiiniindeksi määramine ei näita pretrombootilist seisundit ja selle uuringu väärtus seisneb ainult dünaamilises vaatluses seoses dikumariiniderivaatidega ravimisega (mitte aga seoses hepariinraviga). Olulisem on VII faktori määramine. Konverentsil esitati andmeid trombotesti (L. I. Aleinikova) ja tromboelastograafia väärtusest (Z. G. Arlozorov, V. P. Bluzas) pretrombootilise seisundi määramisel. Pretrombootiline seisund võib kesta isegi kuid, tarvitsemata üle minna tromboosiks. Kaitsemehhanismi häirete või suure trombiinihulga sattumisel verre võib tekkida tromb.

Rohkesti esitati andmeid ka vere hüübimist mõjustavate faktorite ja ainete kohta. Huvi peaks pakkuma mõnede laialdaselt kasutatavate ravimite toime vere hüübimisele. Kortisoon tavaliselt soodustab vere hüübimist (A. I. Abesadze jt.). Arvatavasti kulgeb see protsess hepariini blokeerimise kaudu. I. E. Akopov näitas, et kõik sedatiivsed ja hüpotensiivsed vahendid (kaasa arvatud ka aminasiin) suurendavad vere hüübivust. Uinutite suhtes jõudsid samale tulemusele E. Vasar ja I. Laidna. Praktiliselt on oluline teada, et ka narkoosi tingimusis vere hüübivus suureneb (T. M. Kališev skaja). Antibiootikumid on erineva toimega, kuid penitsilliin tavalisest suurendab hüübimistendentsi. Tugevaks koagulandiks osutub ka mõnede mürkmadude mürk (E. S. Barkagan, O. Rajavee).

Mitmed ettekanded olid pühendatud hemorraagiliste seisundite ja antikoagulantravi küsimustele. Siinjuures rõhutati, et vere hüübimise ja hüübimise vastast süsteemi ei tohi liiga järsult mõjutada, sest see võib hästi funktsioneerivate regulatsioonimehhanismide korral esile kutsuda vastandseisundi. Nii võib antikoagulantide toime järsul lõppemisel suureneda kalduvus trombi tekkimiseks. Kirjeldati ka juhtumeid, kus hemorraagiad suurenesid pärast massiivsetes kogustes tehtud hemotransfusioone (V. L. Lemenjov) ja pärast kaltsiumi või fibrinogeeni manustamist. Siin on tegemist vere hüübimise vastase süsteemi tugeva aktiviseerumisega.

J. Riiv

KONVERENTS SÜDAME- JA VERESOONKONNA HAIGUSTEST

Hüpertooniatõve, ateroskleroosi ja koronaarpatoloogia küsimused on viimaseil aastail kujunenud arstiteaduses keskseks probleemiks. Järjekordne teaduslik sessioon toimus 23.—25. jaanuarini 1962. a. Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teraapia Instituudis. Sessiooni tööd juhatas akadeemik A. Mjasnikov.

A. Uškalovi ettekanne eksperimentaalse ateroskleroosi kohta käsitles ka arterite *membrana elastica* struktuuri varaseid muutusi, mis tekivad juba enne kolesteriini ladestumist arteri seinas. Verevalumite esinemisest koronaararterite aterosklerootilistes naastudes kui haigust soodustavast tegurist kõneles A. Vihert. L. Mjasnikov ja V. Zaitsev esitasid huvitavaid andmeid aatomiga C_{14} märgitud kolesteriini jaotumise kohta elundeis eksperimentaalse ateroskleroosi puhul. Türeoidiini mõjul radioaktiivse kolesteriini hulk aordi seintes ja teistes elundites vähenes, seejuures aga maksakoes tõusis tunduvalt, mis on oluline kolesteriini utiliseerumisel. Mitmed ettekanded käsitlesid kolesteriini-, küllastamata rasvhapete ja kaltsiumi-ainevahetuse häireid ateroskleroosihaigeil. Paljud ettekanded olid pühendatud kardiovaskulaarse süsteemi reflektoorse ja humoraalse regulatsiooni häiretele hüpertooniatõve ja koronaarpuudulikkuse korral.

Raviprobleeme käsitlevates ettekannetes rõhutati antikoagulantide varajase manustamise tähtsust müokardiinfarkti puhul (L. Blužas, Leedu NSV). Sedasama rõhutas ka K. Olenina, rääkides südame aneurüsmi profülaktikast.

Kolmel istungil kuulati kokku 32 ettekannet. Viimasel istungil esitati 7 ettekannet maksahaiguste diagnoosimisest ja ravist. Sessiooni materjalid on ilmunud trükitult (Тезисы докладов XIII научной сессии Института терапии АМН СССР, М. 1962).

Kõrvuti sessiooni tööga toimus 24. ja 25. jaanuaril nõupidamine hüpertooniatõve ja koropaarpuudulikkuse epidemioloogia küsimustes. Nõupidamise organiseeris NSVL Arstiteaduse Akadeemia Presiidiumi juures asuv Südame ja Veresoonkonna Patoloogia Komitee. Nõupidamise ülesandeks oli kaasa aidata sellele, et juba lähemail aastail oleks küllaldane ettekujutus nende haiguste levikust meie kodumaa eri piirkondades. Nõupidamisel esinesid paljude liiduvabariikide ja suuremate keskuste tuntud spetsialistid (üldse esitati 20 ettekannet). Püüti selgitada toitumise, kliima ja töötingimuste osa hüpertooniatõve ja ateroskleroosi levikul.

Rohkete andmetega tõestati, et kolesteriinirikka toidu tarvitamine pole ateroskleroosi arengus kaugeltki otsustava tähtsusega. Nii näiteks tegi dots. K. Sedov huvitava ettekande südame- ja veresoonkonna haiguste levikust Irkutski oblastis uuritud 30 000 elaniku hulgas. Polaaralade elanikel, kes tegelevad jahindusega ja toituvad peamiselt lihast ja rasvast, ei avastatud ühtki hüpertooniatõve juhtu, kõigil uurituil osutus vere kolesteriinisisaldus normaalseks. Küll esines aga ateroskleroosi ja hüpertooniatõbe Irkutski tööstuspiirkonda sisserännanud elanikel. Analoogilisi andmeid tõid veel I. Daraselija (Abhaasia ANSV) jt.

Paljud uurijad, nagu I. Speranski (Moskva), M. Laufer (Usbekistan), Z. Gurjevitš (Harkov) jt., omistavad aga ateroskleroosi arengus olulise osa toitumisfaktorile.

Mitmes ettekandes kõneldi töötingimuste osast hüpertooniatõve arengus. S. Barats leidis Uraali Masinaehitustehases füüsilist tööd tegevatel meestel ateroskleroosi 3 korda harvemini kui vaimsel alal töötajail, hüpertooniatõbe aga mõlemas grupis peaaegu võrdselt. Hüpertooniatõve sagedat esinemist ka füüsilise töö tegijail seletas autor müra ja vibratsiooni mõjuga.

Paljudes ettekannetes avaldati seisukohta, et kõige tähtsamaks soodustavaks teguriks ateroskleroosi ja hüpertooniatõve (eriti viimase) tekkimisel tuleb ikkagi lugeda väliskeskkonna mõju kesknärvisüsteemile. A. Germanov (Kuibõšev) leidis arteriaalse vererõhu tõusu 7%-l praktiliselt tervetest teenistujatest, 6%-l mürarikastes tingimustes töötajatest, kurttummadel aga mitte ühelgi juhul.

Südame ja Veresoonkonna Patoloogia Komitee sekretär I. Rõvkin (Moskva) rõhutas, et haigestumiste tõelise arvu väljaselgitamisel ei saa piirduda arsti poole pöördumiste loendamisega (seni on see kõige laiemalt kasutatav meetod haigestumise uurimisel). Kõigi haigusjuhtude väljaselgitamiseks tuleb organiseerida elanike massilised läbivaatused (tingimata on vaja rakendada ka elektrokardiograafiat ja teha mõningaid biokeemilisi uuringuid, näit. määrata vere kolesteriinisisaldus).

I. Maripuu

XIV ÜLELIIDULINE HÜGIENISTIDE KONGRESS

13.—17. veebruarini 1962. a. toimus Moskvas XIV üleliiduline hügienistide ja sanitaararstide kongress, millest võtsid osa esindajad kõikidest liiduvabariikidest — kokku 1226 delegaati. Eesti NSV delegatsioon oli 11-liikmeline. Kongressil viibis üle 200 külalise, sealhulgas rahvademokraatiamaade teadlased ja sanitaarala töötajad Poolast, Tšehhoslovakkiast, Ungarist ning Saksa Demokraatlikust Vabariigist.

Kongressi avas NSVL tervishoiu minister S. Kurašov. Kongressi töö kulges ainult plenaaristungitel, kus kuulati ära juhtivate teadlaste ettekanded.

NSVL tervishoiu ministri asetäitja peasanitaarinspektor T. Nikolajeva tegi ettekande üldisest sanitaarolukorrast NSV Liidus ja hügienistide ning sanitaararstide ülesannetest NLKP XXII kongressi valguses. Prof. A. Letavet kõneles tööhügieeni ja -füsioloogia ülesannetest seoses uue tehnika rakendamisega tööstuses. Prof. S. Grombahh käsitles koolitöö ratsionaalse organiseerimise aluseid. Prof. N. Litvinovi haigestumise tõttu jäi ära ettekanne linnaehituse hügieeni küsimustest. Atmosfääri õhu sanitaarsest kaitsest kõneles prof. V. Rjazanov ja veekogude sanitaarsest kaitsest prof. S. Tšerkinski. Kolhoosihügieeni küsimusi valgustas prof. L. Medved.

Prof. V. Timakovi asemel esinenud prof. V. Ždanov rääkis nakkushaiguste likvideerimisest NSV Liidus, rõhutades hügienistide osatähtsust. Toitlushügieeni aluseid käsitles prof. A. Pokrovski.

Ettekannetele järgnesid elavad sõnavõtud, kus tehti ettepanekuid sanitaartingimuste parandamiseks. Et sõnasoovijaid oli palju, kongressi aeg aga piiratud, jäi umbes $^2/_3$ sooviavaldusi rahuldamata.

Eesti NSV delegatsiooni esindajana võttis sõna Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti asetäitja A. Kuklinov, kes juhtis tähelepanu sellele, et noorte sanitaararstide tööd raskendab käsiraamatute ja metoodiliste juhendite vähesus: käsiraamatute ilmumine viibib, on olnud juhuseid, kus vastava raamatu toimetamisele ja trükkimisele kulus üle 4 aasta. A. Kuklinov tegi ettepaneku, et määruste ja normatiivide kogumikele antaks igal aastal välja täiendused. Kõneleja puudutas ka raskusi sanitaar-epidemioloogia jaamade varustamisel aparatuuriga.

XIV kongress kuulas ära üleliidulise hügienistide teadusliku ühingu juhatuse aruande ja valis uue juhatuse, kuhu Eesti esindajana kuulub Eesti NSV peasanitaarinspektor I. Masik.

I. Veldre

SÜDAME- JA VERESOONTE KIRURGIALE PÜHENDATUD KONVERENTS MOSKVAS

19.—21. veebruarini 1962. a. toimus NSVL Arstiteaduse Akadeemia Südame- ja Veresoonte Kirurgia Instituudi VI teaduslik sessioon. Sessiooni avas akadeemik A. N. Bakulev.

Esimese konverentsipäeva põhiprobleemiks oli sügava hüpotermia rakendamine südame- ja veresoonte kirurgias. Ettekannetega esinesid selle ala tuntud spetsialistid S. A. Kolesnikov, P. A. Kuprijanov, F. G. Uglov jt. Prof. S. A. Kolesnikov ja tema kaastöölised näitasid, et kehatemperatuuri allaviimine +8 kuni +12° C (mõõdetuna söögitorus) ei kutsu organismi talitlustes esile eluohtlikke patofüsioloogilisi muutusi. Eksperimendi tulemusi rakendati kliinikus — opereeriti haigeid kehatemperatuuri jahutamisega +9 kuni +15,6° C (mõõdetuna söögitorus) ja vereringe katkestamisega 7—45 minutiks. Operatsiooni ajal uuriti haigetel vererõhku, EKG-d, tsirkuleeriva vere hulka, arteriaalse ja venoosse vere küllastatust O_2-ga, CO_2 suhet arteriaalses ja venoosses veres, vere PH-d ja muid hemodünaamilisi ja biokeemilisi muutusi veres. Selgus, et eespool mainitud näitajad ei olenenud nimetamisväärselt sellest, kas operatsioon oli tehtud ekstrakorporaalse vereringe rakendamisega normaalse kehatemperatuuri juures või sügava hüpotermia abil. Operatsioonil ekstrakorporaalse vereringe rakendamisega sügava hüpotermia tingimustes on aga teatud eelised, sest sel juhul on ainevahetus ja hapnikutarvidus tunduvalt alanenud. Koos sellega tõuseb organismi vastupanu hapnikunälgusele, lüheneb perfussiooni pikkus, millega väheneb ka vereelementide vigastumine, eriti pikemate rekonstruktiivsete operatsioonide juures, mis nõuavad pikemaajalisi intrakardiaalseid manipulatsioone (30 min. kuni 2 tundi). Surmaga lõppenud juhtude analüüs näitas, et mitte ühelgi juhul ei olnud surma põhjuseks sügav hüpotermia.

Teisel konverentsipäeval oli peamiseks probleemiks südameoperatsioonid ekstrakorporaalse vereringe rakendamisega. Ettekandjad näitasid, et ekstrakorporaalse vereringe kasutamine südame- ja veresoonte kirurgias laiendab tunduvalt operatsioonide diapasooni. Erilist tähelepanu tuleb pöörata vere hüübimisele. Ekstrakorporaalse vereringe kasutamisel esinevad tüsistustena õhkemboolia, vereelementide vigastumine vereringeaparaadis, peale selle ka operatsioonitehnika defektid. Neid kõiki saab aga vältida.

Kolmandal päeval käsitleti kombineeritud südamerikete kirurgilist ravi. Kanti ette rida huvitavaid töid uusimatest diagnoosimis- ja ravimeetoditest südame kombineeritud rikete korral (protees-südameklappide kasutamine jne.). Ühtlasi demonstreeriti ka Nõukogude Liidus valmistatud uut ekstrakorporaalset vereringeaparaati.

Üldse kanti konverentsil ette 47 teaduslikku tööd. Demonstreeriti huvitavaid filme sügavast hüpotermiast, ekstrakorporaalsest vereringest, uusimatest südame- ja veresoonte operatsioonidest ja aparaatidest.

A. Haavel

Tähtpäevad

PROFESSOR N. VEIDERPASS 75-AASTANE

19. aprillil tähistas 75. sünnipäeva meie vabariigi üks vanemaid farmatseute professor Nikolai Veiderpass, kelle juhatusel on võrsunud mitu proviisorite põlvkonda.

Kõrgema farmatseutilise hariduse omandas N. Veiderpass Kaasani ülikoolis nimekate teadlaste akad. A. Arbuzovi (sen), prof. V. Nikolajevi jt. õpilasena. 1921. a. asus ta tööle Tartu Ülikoolis. 1922. a. sooritas N. Veiderpass farmaatsiadoktori eksamid ja kaitses järgmisel aastal doktoriväitekirja teemal «Fenoolidest kukersiidi õlis, eriti fraktsioonis 230—270°». Seega on ta meie põlevkiviõli uurimise pioneere. 1925. a. sügissemestril alustas prof. N. Veiderpass Tartu Ülikooli farmaatsia instituudi juures loenguid galeenilisest farmaatsiast. 1935. a. moodustati tema algatusel Tartu Ülikooli juurde rakendusfarmaatsia kateeder.

Pärast Suurt Isamaasõda tegutses prof. N. Veiderpass TRÜ Arstiteaduskonna prodekaanina (1944.—1948. a.) ning rakendas koos tolleaegse dekaani prof. V. Vadiga kogu oma energia teaduskonna kateedrite reorganiseerimisele. Esimesena arstiteaduskonnas alustaski õppetööd farmaatsia osakond (juba 1944. a. detsembris).

Prof. N. Veiderpass on kirjutanud ligi poolteistsada teaduslikku ja populaarteaduslikku tööd. Rohkem kui pooled neist on ilmunud trükis. paljud on ette kantud teaduslikel konverentsidel (nii Tartu Riiklikus Ülikoolis kui ka väljaspool vabariigi piire).

Noorte farmaatsiateadlaste kaadri ettevalmistamises on juubilaril suuri teeneid kogu NSV Liidu ulatuses. Tartu Riikliku Ülikooli juures on oma kandidaadidissertatsiooni kaitsnud ka paljud teiste liiduvabariikide farmatseudid. Neist kahekümnel oli töö retsensendiks ja oponendiks prof. N. Veiderpass.

Märkimist väärib prof. N. Veiderpassi tegevus õpikute koostamisel farmaatsia üliõpilastele. Ilmunud on 2 mahukat õpikut — üks galeenilise farmaatsia, teine ravimite tehnoloogia alal.

1960. a. autasustas ELKNÜ Tartu Linnakomitee prof. N. Veiderpassi kiituskirjaga «Töö eest üliõpilaste kommunistlikul kasvatamisel».

Kolleegid, endised ja praegused õpilased, kogu meie vabariigi farmatseutide pere soovib prof. N. Veiderpassile jätkuvat indu, tervist ja jõudu.

Töökaaslased

Küsimusi ja vastuseid

MILLINE TÄHTSUS ON SEERUMIVALKUDE PABERELEKTROFOREESIL?

Seerumivalgu fraktsioonide lahutamise katsed algasid juba möödunud sajandi keskpaigas, seerumivalgu fraktsioonide eraldamine paberelektroforeesi meetodil töötati aga välja alles 1950. a. Käesolevaks ajaks on seerumivalkude elektroforeetiline fraktsioonideks lahutamine tunginud peaaegu kõikidesse suurematesse raviasutustesse. Nimetatud meetodi kiire leviku põhjuseks on selle suur praktiline väärtus haiguste diagnoosimisel ja ravitulemuste hindamisel. Seerumivalkude paberelektroforees põhineb erineva laenguga valgufraktsioonide erineval liikumiskiirusel (valgufraktsioonid liiguvad alkaalse puhverlahusega niisutatud kromatograafilisel paberil konstantse tugevusega alalisvooluväljas). Valgufraktsioonid paberiribal tehakse nähtavaks eriliste värvimismeetoditega, millele järgneb üksikute fraktsioonide eluveerimine ning kolorimeetriline hindamine.

Seerumivalk eraldatakse elektroforeetiliselt järgmisteks fraktsioonideks: albumiinid (53% kogu valgust), alfa$_1$-globuliinid (2,5—6,0%), alfa$_2$-globuliinid (7—9%), beetaglobuliinid (9—13%) ja gammaglobuliinid (12—18% kogu seerumivalgust). Patoloogiliste protsesside puhul seerumivalgu fraktsioonide vahelised suhted muutuvad. Seejuures iseloomustavad erinevaid haigusrühmi erinevad, kindlasuunalised muutused seerumivalkude fraktsioonides, nn. proteinogrammis. Nii iseloomustab akuutset põletikku (äge reuma, äge nakkushaigus jt.) albumiinide fraktsiooni vähenemine ja alfa$_1$,- alfa$_2$- ning gammaglobuliinide fraktsiooni suurenemine. Subakuutset ja kroonilist põletikku näitab albumiinide vähenemine ja gammaglobuliinide tugev rohkenemine proteinogrammis (kroonilised infektsioonid, krooniline reuma, krooniline sapipõiepõletik jne.). Nefroosi, nefrootilise nefriidi, hepatorenaalse sündroomi ja rasedustoksikoosi puhul esineb albumiinide hulga tugev vähenemine, alfa$_2$- ja beetaglobuliinide fraktsiooni tunduv suurenemine. Beetamüelomatoosi korral on tegemist beetaglobuliinide fraktsiooni järsu suurenemisega jne. Siit järeldub, et kuigi seerumivalkude paberelektroforees on täiesti mittespetsiifiline uurimismeetod, annab ta koos teiste kliiniliste ja laboratoorsete uuringutega siiski teatud viiteid haigusprotsessi iseloomu kohta. Ainuüksi seerumivalkude elektroforeesile toetudes pole aga võimalik panna ühtki diagnoosi.

Peale diagnostilise väärtuse on vereseerumi proteinogrammil veel teine oluline külg, mis ilmneb haigusprotsessi dünaamika hindamise käigus, ravitulemuste hindamisel ja prognoosi püstitamisel. Tehes haiguse käigus korduvalt seerumivalkude proteinogrammi, on raviarstil võimalik hinnata haiguse kulgu ja ravi efektiivsust. Väga oluline on korduv vereseerumi proteinogramm näiteks reumaatiliste haiguste ravimisel, kus proteinogrammi alusel on võimalik teataval määral otsustada allergilise ja infektsioosse komponendi vastastikuse suhte üle. Aeglaselt normaliseeruv proteinogramm manitseb arsti ravi jatkama ja tõsiselt suhtuma haiguse prognoosi.

Vereseerumi proteinogramm on võrreldes erütrotsüütide settereaktsiooniga (SR) palju tundlikum näitaja. Normaalse SR puhul võivad esineda nihked valgufraktsioonides — see teeb proteinogrammi väga väärtuslikuks nii haiguse diagnoosimisel kui ka ravitulemuste hindamisel.

Seerumivalkude paberelektroforees on tehniliselt teostatav igas rajoonihaiglas, mistõttu tuleb seda meetodit igati soovitada. (**K. Valgma**, Eesti NSV TA Kliinilise ja Eksperimentaalse Meditsiini Instituut.)

KAS SUURED A-VITAMIINI ANNUSED VÕIVAD LAST KAHJUSTADA?

Suured A-vitamiini annused põhjustavad lastel raskeid intoksikatsiooninähte. A-vitamiini kasutatakse lastel pikaldaste nahahaiguste ning limaskestapõletike ja kasvuhäirete ravimiseks. Liiga suure A-vitamiini annuse puhul tekib lastel juba 6—12 tunni pärast koljusisese rõhu tõus (imikutel kummub lõge väljapoole), sage oksendamine, rahutus ja unehäired. Kroonilise mürgistuse puhul esineb isutus, hepatosplenomegaalia, nahk on kuiv ja sügeleb, huuled kuivad ja lõhenenud, tekib nahaaluse koe piirdunud turse, allopeetsia ja unisus. On täheldatud ka rangluude

ja kämblaluude hüperostoosi kujunemist. Mürgistus kujuneb tavaliselt alles siis, kui annus ületab tunduvalt lapse füsioloogilise päevase tarviduse. Alla 7 a. vanuste tervete laste A-vitamiini tarvidus on 1,5 mg (500 TÜ) ööpäevas. Raviks ei ole neile soovitatav anda üle 6 mg (20 000 TÜ) ööpäevas. Vitamiini andmise lõpetamisel kaovad mürgistusnähud kiiresti. (**L. Keres**, dotsent, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja.)

MIKS D-VITAMIINI ANDMINE IMIKUEAS EI VÄLDI ALATI RAHHIITI?

Imikueas kasutatakse rahhiidi vältimiseks väga erinevaid D-vitamiini annuseid (1000—5000 TÜ ööpäevas), sest vajadus selle järele on väga individuaalne. D-vitamiini tarvidus on suurem neil lastel, kelle toitmine on väär, kes ei saa küllaldaselt aedvilja ja toormahlu, kes viibivad vähe õues ja on sageli haiged. Enneaegsetele lastele eespool nimetatud annusest ei piisa, nad vajavad rahhiidi vältimiseks 6000—7000 TÜ D-vitamiini ööpäevas.

Tuleb arvestada, et esineb juhte, kus laps on D-vitamiini suhtes liiga tundlik. Isegi profülaktilised D-vitamiini annused võivad neil esile kutsuda intoksikatsiooninähte hüperkaltseemia tõttu (nn. idiopaatiline hüperkaltseemia). (**L. Keres**, dotsent, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja.)

MIS ON OLEOPNEUMOONIA JA KUIDAS SELLEST HOIDUDA?

Oleopneumoonia on kopsu sattunud õlist põhjustatud kopsupõletik. Hingamiselundite haiguste diagnoosimise ja ravi uued meetodid, mille juures kasutatakse õlilahuseid, on põhjustanud oleopneumoonia esinemise sagenemist viimasel ajal. Oleopneumoonia tekib sagedamini isikuil, kes kasutavad ravi otstarbel süstemaatiliselt õlilahuseid inhalatsiooni või instillatsiooni (tilgutamise) näol või määrivad kurku õlilahustega. Tavaliselt teevad seda lauljad, näitlejad, kõnemehed jt.

Mineraalõlid (parafiin-, vaseliinõli jt.) ei imendu kopsust üldse ja nende ümber tekib põletikuline reaktsioon, mis hiljem kutsub esile tsirrootilise protsessi. Lahangul meenutavad sellised muutused sageli tuumorit või tuberkuloosset fibroomi. Alles keemilise analüüsi abil on võimalik täpselt kindlaks määrata granuloomi päritolu. Patoloogilis-histoloogiliselt leitakse kopsu granuloomis lipofaage, mononukleaare, neutrofiile ja eosinofiile (oleopneumooniat nimetatigi varem ka lipoidpneumooniaks, oleogranuloomiks või parafinoomiks).

Esialgu kulgeb haigus sümptoomideta. Röntgenoloogiliselt meenutab oleopneumoonia kopsutuumorit, mistõttu neil haigetel teostatakse sageli lobektoomia või nad suunatakse kiiritusravile.

Kirjanduses leidub rohkesti andmeid mineraalõlidest põhjustatud oleopneumoonia kohta. Mineraalõlid on väikese erikaalu tõttu kerged, mistõttu kõhareflekси sageli ei teki. Nii võivad mineraalõlid väikeste annuste puhul kergesti sattuda kõrisse ja sealt bronhidesse. Ka nina ja suu kaudu manustatuna leiavad õlitilgad kergesti tee alveoolidesse. Peale selle kahjustavad õlid ripsepiteeli talitlust. Eriti kergesti satuvad õlitilgad kopsudesse söögitoru haiguste (kartsinoom, divertiikul. kardiospasm jt.) ja neelamishäirete puhul.

Otorinolarüngoloogid ja ka haiged ise peavad olema väga ettevaatlikud ravimeetodite puhul, mis on seotud õlide sisseviimisega hingamisteedesse. Mineraalõiide kasutamine (parafiin-, vaseliinõli jt.) on täiesti keelatud. Samuti ei tohi mineraalõlisid kasutada laksantidena, kui haigel esinevad neelamishäired. (**A. Luts**, arstiteaduse kandidaat, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektor.)

MÕNE REAGA

Eesti NSV-s realiseeritakse iga päev keskmiselt 206 150 eksemplari kesk-, 789070 eksemplari vabariiklikke ning 258 620 eksemplari kohalikke (linna-, rajooni-) ajalehti ja ajakirju. Peale eespoolmainitute jõuab iga päev lugejate kätte keskmiselt 40 650 eksemplari rahvademokraatiamaade ja 3820 eksemplari kapitalistlike maade ajalehti ja ajakirju.

Eesti NSV on lugemistiheduse poolest NSV Liidus esikohal. Iga tuhande elaniku kohta levitatakse meie vabariigis iga päev keskmiselt 1074 eksemplari ajalehti ja ajakirju. Läti NSV-s on see arv 967, Leedu NSV-s 747, Valgevene NSV-s 668. NSV Liidus on keskmine lugemistihedus iga tuhande elaniku kohta 536.

1961. a. ilmus NSV Liidus 87 arstiteaduslikku ajakirja üldtiraažiga 21 miljonit 342 tuhat eksemplari.

Möödunud aastal ilmus NSV Liidus arstiteaduse alalt rohkem kui 200 perioodilist kogumikku ja mitmesuguseid bülletääne. Nende kogutiraaž oli 1 000 000 eksemplari. Üldse ilmus möödunud aastal 3480 arstiteaduslikku raamatut ja brošüüri.

NSV Liidu suurimaid arstiteadusliku kirjanduse kirjastusi «Медгиз» on välja andnud 13 245 000 raamatut ja brošüüri, muu hulgas mitmeköitelisi käsiraamatuid ja atlasi. Möödunud aastal ilmus sama kirjastuse väljaandel 96 mitmesugust populaarteaduslikku brošüüri.

Mitmete nõukogude autorite (A. Mjasnikov, J. Alpern, M. Koltsova jt.) arstiteaduslikke raamatuid tõlgitakse välismaal praegu paljudesse võõrkeeltesse. Nõukogude teadlaste tööd on leidnud teenitud tunnustuse.

Lugejate hulgas on suure populaarsuse võitnud ajakiri «Здоровье», mille tiraaž on praegu 800 000 eksemplari. Lätis ilmuva populaarteadusliku ajakirja «Veseliba» («Tervis») tiraaž on 100 000 eksemplari. Ajalehte «Медицинский работник» levitatakse üle 500 000 eksemplari.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» on 4,5 aasta jooksul trükitud 87 800 eksemplari. Ajakirja tellivad paljud NSV Liidu suuremad raamatukogud ja arstiteaduslikud asutused. Peale selle loetakse ajakirja ka Saksa Demokraatlikus Vabariigis, Hiina Rahvavabariigis, Rootsis, Inglismaal ja Ameerika Ühendriikides.

Armeenia arstiteaduslikku ajakirja «Arohtšabautšun» trükitakse 6700 eksemplaris. Leedu arstiteaduslik ajakiri «Sveikatos apsauga» ilmub 8030 eksemplaris. Valgevene NSV arstiteaduslikku ajakirja (ilmub vene keeles) levitatakse 12 451 eksemplaris. Kasahhi arstiteaduslik ajakiri «Kasahstani Tervishoid» (ilmub samuti vene keeles) trükitakse 2528 eksemplari.

Dnepropetrovski Veduriremondi Tehase kohalik ametiühingukomitee korraldas oma töölistele, kes tervisliku seisundi tõttu vajavad dieettoitlustamist, kaks korda päevas dieeteined. Töölised tasuvad $^1/_3$ toidu hinnast.

Riias valmis mikroautobuss «Latvija», millesse on ehitatud operatsioonituba. Viimane on sisustatud linna kiirabijaama novaatorite näpunäidete järgi. Autobuss on varustatud raadiotelefoniga, mis võimaldab kiiresti ühendusesse astuda iga meditsiiniasutusega.

Sverdlovski Linna Kliinilise Haigla arst arstiteaduse kandidaat Z. I. Rožnova tegeleb pikemat aega uute vahendite otsimisega ateroskleroosi vastu, millega kaasneb koronaarpuudulikkus. Ta ravib haigeid edukalt radioaktiivse joodi isotoopidega.

Viimase kahe aasta jooksul on Ukraina NSV kolhoosid ehitanud umbes 700 jaoskonnahaiglat ja ambulatooriumi, üle 800 sünnitusmaja ning velskri-ämmaemandapunkti ja ligi 1500 lastesõime.

Rostovis on hiigelmaja, milles elab üle 2500 inimese. Ühe majaelaniku, arst-pensionär Z. A. Rožnova initsiatiivil asutati möödunud aastal selles majas ühiskodanlik meditsiinipunkt. Majakomitee eraldas selleks ruumid. Õhtuti on meditsiinipunktis valvel kogenud arstid-pensionärid: pediaater R. Medvedovskaja, günekoloog

L. Bebtšuk, kirurg Z. Rošnova. Neid abistavad ka jaoskonnaarstid. Möödunud aastal käis konsultatsioonil üle 500 inimese. Sanitaarposti liikmete väljakutsete korral külastavad ühiskondlikud arstid haigeid ka kodus.

● Naiste keskmine eluiga on NSV Liidus nõukogude võimu aastail tõusnud rohkem kui kaks korda. Enne revolutsiooni oli naiste keskmine eluiga 33 aastat nüüd aga 72 aastat. NSV Liidus elab 16 276 naist, kes on 100-aastased ja vanemad.

● NSV Liidus on üle 300 000 naisarsti, sama palju naisvelskreid ning ämmaemandaid ja 690 000 meditsiiniõde.

● Selgub, et tavalist merevett võib muuta joodavaks mineraalveeks. Lihtsa meetodi selle valmistamiseks esitas arst A. Kaminskaja. Merevesi lastakse läbi spetsiaalse filtri ja gaseeritakse seejärel. Maitselt meenutab uus mineraalvesi «Marina» narsaani. Selles säilivad merevee bakteritsiidsed omadused ja ta osutub heaks ravivahendiks mõnede mao- ja soolehaiguste puhul.

● Hiljuti ilmus Riia 17. juuni nim. kondiitrivabriku toodete hulka uus küpsisesort «Meri». Nimelt sisaldavad need küpsised merikapsast, millel on teatavasti raviomadused. Küpsiseid soovitatakse tarvitada isikutel, kes põevad maohaigusi või ateroskleroosi. Ülalmainitud vabriku kollektiiv on viimase kahe aasta jooksul loonud palju uusi tooteid nn. meditsiinilisest taignast. Vabrikus toodetakse vahvleid «Balti» ja «Lastekooke», mis sisaldavad C-vitamiini. Küpsised «Tervis» sisaldavad rohkesti valku ja kasulikke mineraalaineid, nagu kaltsiumi, rauda, fosforit jt.

● Hiljuti ilmus Meditsiinikirjastuse väljaandel «Каталог медицинских препаратов». Sellist käsiraamatut pole meil varem ilmunud. Kataloog sisaldab umbes 1200 kirjeldust mitmesuguste preparaatide, vaktsiinide ja seerumite kohta. Peale selle leidub kataloogis andmeid desinfitseerivate jm. ainete kohta. Antud on preparaadi nimetus vene ja ladina keeles, näidatakse selle koostis, tarvitamisviis ja annused. Kataloogil on vene- ning ladinakeelne aineregister ja preparaatide register farmakoterapeutiliste rühmade järgi.

● 22. aprillil, V. I. Lenini sünnipäeval avaldati teadaanne Lenini preemiate määramise kohta 1962. a. Teaduse alal omistati Lenini preemia ka arstiteaduse doktorile V. N. Šamovile ja S. S. Judinile fibrinolüüsse vere valmistamise ja kasutamise meetodi väljatöötamise ja praktikasse juurutamise eest.

● Jevpatoria autoomanike keskel sündis hea algatus. 120 autoomanikku teatasid oma nõusolekust olla kordamööda tasuta valves linna polikliinikute juures, et toimetada valvearste väljakutsete korral kiiresti haigete juurde. Simferoopolis tuli meditsiinitöötajatele appi oblasti autokooli õpetaja N. Hovanko. Ta pöördus üleskutsega autoomanike poole, et need aitaksid meditsiinitöötajatel teenindada haigeid inimesi.

● Ukraina NSV Harkovi Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu sai hiljuti 100-aastaseks. Raamatukogu fondides on 600 000 köidet. Raamatukogu vahetab raamatuid 1000 Nõukogude Liidu raamatukoguga ja tal on alalised sidemed 138 meditsiiniasutusega rahvademokraatiamaades.

● Leningradi populaarteaduslike filmide stuudios valmis värviline sanitaarhariduslik film «Kahjulikud harjumused». Film tutvustab vaatajaid vähi profülaktikaga, mis seisneb vähieelsete haiguste vältimises ja nende ravis.

B. ÄNILINE VALITI NSV LIIDU ÜLEMNÕUKOGU SAADIKUKS

18. märtsil s. a. valiti Tallinnas Keskvalimisringkonnas NSV Liidu Ülemnõukogu Rahvuste Nõukogu saadikuks Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonna juhataja, Tallinna linna peakirurg, Eesti NSV teeneline arst Benno Hansu p. Aniline.

NSV Liidu Ülemnõukogu kuuenda koosseisu Liidunõukogusse valiti üldse 1443 saadikut (nende hulgas 15 meditsiinitöötajat) ja Rahvuste Nõukogusse 652 saadikut (nende hulgas 18 meditsiinitöötajat). Ülemnõukogusse valitute hulgas on NSV Liidu tervishoiu minister S. V. Kurašov, NSVL Arstiteaduse Akadeemia president N. N. Blohhin jt.

*

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 15. märtsil 1962. a. kapitaalehituste 1961. a. plaani täitmist ning 1962. a. kapitaalehituste ettevalmistamist. Kolleegium märkis, et aasta lõpuks täideti kapitaalehituste plaan 80%, ehitusmontaažitööde osas 84,7% ulatuses. Ettenähtud plaani kohaselt pidi käiku minema 7 haiglat 780 voodikohaga. Tegelikult anti aasta lõpuks ekspluatatsiooni ainult 3 haiglat (Tallinna Laste Nakkushaigla 190, Narva haigla 100 ja Antsla haigla 35 voodikohaga). Peale nende avati veel Haapsalu Ortopeedia ja Neuroloogia Haigla (40 kohta) ning Taheva sanatooriumi standardelamud (176 m^2 elamispinda). Suurematest objektidest ei valminud Ahtme, Maardu, Tapa ja Jämejala haigla (kokku 495 voodikohta).

Et kindlustada 1962. a. plaanide edukat täitmist, otsustas kolleegium kohustada ministeeriumi kapitaalehituse osakonna ülemat kontrollima järgmist: 1) lepingute sõlmimist projekteerimisorganisatsioonidega, 2) lepingu tähtaegadest kinnipidamist, 3) 1962. a. avatavate haiglate ehitustöid kogu vabariigi ulatuses.

*

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 29. märtsil 1962. a. diagnoosimise ja ravi küsimusi Tallinna haiglates. Ettekannetega esinesid Tallinna II Haigla peaarst A. Joakimov, Tallinna III Haigla peaarst V. Davidovitš, Kalinini Rajooni Haigla peaarst A. Pandre ja Nõmme Haigla peaarst B. Averbach. Kolleegium märkis, et viimasel ajal on paranenud sisehaigusi põdejate teenindamine. On paranenud haigete röntgenoloogiline uurimine ja laboratoorsete analüüside tegemine. Kirurgia ja teraapia osakondi juhivad kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistid. Selle tulemusena on mõned negatiivsed näitajad vähenenud (näit. suremine reuma tagajärjel on haiglais vähenenud poole võrra). Esineb aga ka tõsiseid vigu. Ei ole küllaldaselt kohti kirurgilist ravi vajavate ja sisehaigustega haigete jaoks, nimetatud osakonnad on üle koormatud. Ka kopsupõletikku ja hüpertooniat põdevate isikute hospitaliseerimisega ei ole kõik korras. Kolleegium otsustas kohustada Tallinna Tervishoiu Osakonda lõpetama tähtajaks Tallinna Kalinini Rajooni Haigla täiendava korpuse ehitamise. Tallinna II Haigla vastuvõturuumi juurde tuleb organiseerida eri palatid vältimatut abi vajavate haigete raviks.

*

12. aprillil 1962. a. arutas ENSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium Tallinna linna elanike stomatoloogilist teenindamist. Kolleegium märkis, et on laiendatud stomatoloogia osakondi Nõmmel, Mererajoonis ja Kalinini rajoonis. Koole külastavad regulaarselt liikuvad stomatoloogia kabinetid. Mitmetes stomatoloogia osakondades on aga ravile pääsemiseks veel pikad järjekorrad. Samal ajal, kui paljude tervishoiupunktide hambaravikabinetid on üle koormatud («Uus Kalev», «Volta»), töötavad mõned alakoormusega («Marat», Tallinna Pedagoogiline Instituut). Kolleegium otsustas ühendada Tallinna laste stomatoloogia osakonnad ja kabinetid Tallinna Linna Laste Stomatoloogia Polikliinikuks (1. jaanuariks 1963. a.). Tallinna TSN TK Tervishoiu Osakonda kohustati tarvitusele võtma abinõud järjekordade vähendamiseks ning nõudma töö kvaliteedi parandamist. Kolleegium märkis, et tuleb rohkem tähelepanu pöörata tuberkuloosihaigete stomatoloogilisele teenindamisele ja laste ortodontilisele ravile.

A. Kaldma

MAAELANIKE TERVISLIKU SEISUNDI UURIMISEST

Käesoleva aasta maikuus alustati Märjamaa rajooni elanike kompleksset uurimist tuberkuloosi ja vähktõve suhtes. Tuberkuliinidiagnostika viiakse läbi alates 5. elukuust ja kõik isikud alates 11. eluaastast fluorografeeritakse. Kõiki elanikke (kui ei ole vastunäidustusi) vaktsineeritakse tuberkuloosi vastu. Onkoloogilisele läbivaatusele kuuluvad naised alates 25. eluaastast ja mehed alates 30. eluaastast. Samaaegselt uuritakse rajoonis umbes 50 perekonna toitumist. Nimetatud uurimistöö viivad läbi Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser ja Vabariiklik Onkoloogia Dispanser koos Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga.

O. Pikksaar

MEDITSIINITÖÖTAJATE TEOREETILINE KONVERENTS

16. aprillil s. a. toimus EKP Tallinna Linna Keskrajooni Komitee korraldusel rajooni meditsiinitöötajate teoreetiline konverents NLKP XXII kongressi otsuste ja NLKP programmi tundmaõppimiseks.

Konverentsi avas EKP rajoonikomitee sekretär E. Silinek. P. Bogovski kõneles loodusteaduse arengust ja arstiteaduse tähtsusest. Ettekandja tutvustas arstidele-praktikutele teadusliku töö tegemise võimalusi ja mainis, millist abi võib Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut neile vajaduse korral anda.

J. Rochlin rääkis vajadusest võidelda reaktsiooniliste teooriate ja vaadetega meditsiinis ning sanitaarharidustöö metoodikast.

A. Nordbergi ettekanne käsitles tervishoiu edusamme Eesti NSV-s nõukogude korra ajal ja selle arenguperspektiive lähema 20 aasta jooksul.

A. Chevalier kõneles nõukogude arsti moraalist.

A. Nordberg

ENSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI ÕPETATUD NÕUKOGU PLEENUM

14. mail 1962. a. toimus ENSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu pleenum. Aruandega teadusliku uurimistöö koordineerimisest vabariigis esines Õpetatud Nõukogu esimees A. Gunter. Järgnenud sõnavõttudes arutati töös esinevaid puudusi ja tehti ettepanekuid Eesti NSV teaduslike asutuste uurimistöö koordineerimise kohta.

Pärast vaheaega kuulati ettekandeid. P. Bogovski käsitles vähktõve uurimist Eesti NSV-s. K. Vassiljeva rääkis nakkushaiguste- ja K. Silla koolihügieeni-alasest uurimistööst meie vabariigis. I. Sibul kõneles reuma uurimisest Eesti NSV-s. K. Kõrge käsitles allergilisi haigusi, nende profülaktikat ja desensibiliseerivat ravi. E. Raudam rääkis neuroloogia-alasest uurimistööst ja selle arenguperspektiividest.

Lõpuks võeti vastu resolutsioon uurimistööde edasise tõhustamise kohta.

H. Roots

METOODILINE KONVERENTS TALLINNA MEDITSIINILISES KOOLIS

Tallinna Meditsiinilises Koolis korraldatakse iga õppeaasta lõpul metoodiline konverents. Tänavu toimus konverents 7. mail teemal «Praktiline töö õppeprotsessis».

Sissejuhatava ettekande «Praktilise tegevuse tähtsusest õppeprotsessis» tegi Tallinna Pedagoogilise Instituudi pedagoogika kateedri juhataja E. Koemets.

Ettekannetega praktiliste tööde metoodikast ja praktikumide läbiviimisest lastehaiguste, sisehaiguste, kirurgia, hambaproteeside valmistamise ning ravimvormide tehnoloogia alal esinesid kooli õppejõud I. Kuusik, A. Valdma, V. Rätsep, N. Raaga ja K. Sõerde.

Konverentsi tööst võttis osa ka kooli endisi õpilasi ja raviasutuste juhtivaid töötajaid.

K. Sõerde

TALLINNA MEDITSIINILISSE KOOLI VASTUVÕTMISE TINGIMUSTEST

1962. a. sügisel võtab Tallinna Meditsiiniline Kool vastu uusi õpilasi meditsiiniõe erialale (nii statsionaarsesse kui ka kaugõppe osakonda) ja akušööri erialale (ainult statsionaarsesse osakonda). Kaugõppe osakonda võivad astuda ainult õena või velskrina töötavad isikud. Statsionaarsesse osakonda võetakse ainult keskkooli, kaugõppe osakonda ka 7-klassilise kooli lõpetanuid. Raviasutuste juhatajad on kohustatud võimaldama kaugõppe osakonda astujatele sisseastumiseksamite sooritamiseks 10 päeva palgata puhkust.

Sisseastumiseksamid algavad 15. augustil. Keskkooli lõpetanutel tuleb anda eksam eesti keeles (suuline ja kirjand) ja NSV Liidu ajaloos (suuline). Kaugõppe osakonda 7-klassilise haridusega sisseastujad sooritavad eksamid eesti keeles (etteütlus ja suuline) ning matemaatikas (suuline). Eksamid toimuvad vastava kooli programmi ulatuses ja seepärast enne eksameid konsultatsioone ei korraldata.

Kooli astumisel on vaja esitada järgmised dokumendid (direktori nimele): 1) avaldus (märkida ära soovitav eriala), 2) soovitus-iseloomustus (töökohalt, koolist või komsomoliorganisatsioonilt), 3) elulookirjeldus, 4) sünnitõend, 5) kolm päevapilti (3×4), 6) arstitõend (vorm nr. 286), 7) kooli lõputunnistus koos notariaalselt kinnitatud ärakirjaga.

Dokumente võetakse vastu kuni 1. augustini 1962. a. Kooli kantselei (Tallinn, Tõnismägi 12/14, tuba 21, telefon 422-87) on avatud igal tööpäeval (välja arvatud laupäev) kell 12.00—16.00.

Õppetöö koolis kestab akušööridel 2 aastat 6 kuud, meditsiiniõdedel statsionaarses osakonnas 2 aastat, kaugõppe osakonnas — keskkooli lõpetanuil 3 aastat ja 7-klassilise kooli lõpetanuil 4 aastat.

Statsionaarses osakonnas edukalt õppivad õpilased saavad stipendiumi.

Kaugõppe osakonna õpilased saavad I ja II kursusel 30 päeva, III ja IV kursusel 40 päeva palgalist lisapuhkust. Riigieksamite sooritamiseks antakse kaugõppijaile veel 30 päeva palgalist lisapuhkust.

Statsionaarses osakonnas on meditsiiniõdede erialal olemas ka vene õppekeelega rühm.

Täpsemat informatsiooni õppetöö ja tingimuste kohta koolis võib saada kooli kantseleist.

K. Sõerde

SISUKORD

A. SARAP — Tervishoiu ülesannetest maal NLKP Keskkomitee märtsipleenumi otsuste alusel . . . 3

Teooria ja praktika

A. LINKBERG, E. TÜNDER, K. PÕDER, H. TIHANE ja H. TIKKO — Intimotrombektoomiast alajäsemete tuiksoonte trombobliterereeruvate haiguste puhul 5

I. SKORODKO — Kilpnäärmehaiguste kirurgilise ravi tulemustest . . 8

A. KLIIMAN ja L. VEEBER — Anesteesiast raske türeotoksikoosiga haigete operatiivsel ravil . . . 11

G. MEDINSKI ja H. PIHL — Psitakoos ehk ornitoos 15

R. VODJA — Mõningatest harukordsetest mumpsivormidest 20

A. SAAR — Viljastusaja määramise ja rasestumise vältimise meetodist . 23

H. JALVISTE — Viljastumise füsioloogilisest vältimisest 28

S. SALZMAN ja H. EHVÄRT — Röntgeni- ja gammakiirguse dosimeetria aktuaalseid küsimusi Eesti NSV-s 34

N. ELŠTEIN — Kroonilise fenatsetiinimürgistuse kliinikust ja diagnoosimisest 37

СОДЕРЖАНИЕ

А. САРАП — О задачах здравоохранения на селе в свете решений мартовского Пленума ЦК КПСС 3

Теория и практика

А. ЛИНКБЕРГ, Э. ТЮНДЕР, К. ПЫДЕР, Х. ТИХАНЕ и Х. ТИККО — Об интимотромбэктомии при тромбооблитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей 5

И. СКОРОДЬКО — О результатах хирургического лечения заболеваний щитовидной железы 8

А. КЛИЙМАН и Л. ВЕЭБЕР — Анестезия при оперативном лечении больных с тяжелыми формами тиреотоксикоза 11

Г. МЕДИНСКИЙ и Х. ПИХЛ — Пситтакоз-орнитоз 15

Р. ВОДЬЯ — О некоторых редко встречающихся формах эпидемического паротита 20

А. СААР — Метод определения срока зачатия и предупреждения беременности 23

Х. ЯЛЬВИСТЕ — Физиологическое предупреждение оплодотворения 28

С. ЗАЛЬЦМАН и Х. ЭХВЯРТ — Актуальные вопросы по дозиметрии рентгеновского- и гаммаизлучений в Эстонской ССР 34

Н. ЭЛЬШТЕЙН — О клинике и диагностике хронического отравления фенацетином 37

Tervishoiu organisatsioon

A. VARES — Eesti NSV arstiteaduslike seltside ülesannetest . . . 41

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

V. SIBUL — Vere jääklämmastiku määramine jodomeetriliselt . . . 44
E. TALVE — Ravimtaimede kogumisest Vastseliina apteegis . . . 46

Abiks velskritele ja õdedele

A. SARAP ja R. MALVISTE — Velskri-ämmaemandapunktide osast dispanseerimisel 47
L. VARES — Meditsiiniõe osatähtsusest haige põetamisel statsionaaris . 51

L. ESPAR — Söögitoru söövitused . . 52
E. VAGANE — Miks vajab vitamiinide küsimus tähelepanu? . . . 56

Kaadri ettevalmistamine

A. NORDBERG — Arsti eetikast ja moraalist 61

Arstiteaduse ajaloost

H. LUURI — 50 aastat Tartu Linna Kliinilist Nakkushaiglat 65

B. SCHAMARDIN — XIX sajandi algul Tartus ilmunud raamatust töökügieeni kohta 67

Konverentsid ja nõupidamised

J. RIIV — Vere hüübimise probleeme käsitlev konverents Tartus . . . 69
I. MARIPUU — Konverents südame- ja veresoonkonna haigustest . 70

I. VELDRE — XIV üleliiduline hügienistide kongress 70
A. HAAVEL — Südame- ja veresoonte kirurgiale pühendatud konverents Moskvas 71

Tähtpäevad

Professor N. Veiderpass 75-aastane . 72

Küsimusi ja vastuseid 73

Mitmesugust

Mõne reaga 75

Kroonika 77

Организация здравоохранения

А. ВАРЕС — О задачах научно-медицинских обществ Эстонской ССР

Обмен опытом и казуистика

В. СИБУЛЬ — Иодометрическое определение остаточного азота в крови
Э. ТАЛЬВЕ — О сборе лекарственных растений Вастселийнаской аптекой

В помощь фельдшерам и сестрам

А. САРАП и Р. МАЛЬВИСТЕ — Роль фельдшерско-акушерских пунктов в диспансеризации
Л. ВАРЕС — О роли медицинской сестры в уходе за больным в стационаре

Л. ЭСПАР — Ожоги пищевода
Э. ВАГАНЕ — Почему следует уделять внимание витаминам?

Подготовка кадров

А. НОРДБЕРГ — Об этике и морали врача

Из истории медицины

Х. ЛУУРИ — 50-летие Тартуской городской инфекционной клинической больницы
Б. ШАМАРДИН — О книге по гигиене труда, изданной в начале XIX столетия в Тарту

Конференции и совещания

Я. РИЙВ — Конференция в Тарту по проблемам свертывания крови.
И. МАРИПУУ — Конференция по болезням сердца и кровеносных сосудов
И. ВЕЛЬДРЕ — XIV Всесоюзный съезд гигиенистов
А. ХААВЕЛЬ — Конференция в Москве, посвященная хирургии сердца и кровеносных сосудов

Юбилейные даты

75-летие профессора Н. Вейдерпасса

Вопросы и ответы

Разное

В несколько строк

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

5. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1962

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *M. Hansen*

Ladumisele antud 13. VI 1962. Trükkimisele antud 14. VII 1962. Trükiarv 3500. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 8,19. Tellimise nr. 5464. MB-00652.

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

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» TÖÖST

H. ROOTS,
toimetuse vastutav sekretär

«Nõukogude Eesti Tervishoid» ilmub juba viiendat aastat. Seepärast leiab toimetus, et oleks kohane tutvustada lugejaid seni tehtud tööga.

Ajakiri hakkas ilmuma 1958. a. Esimeses numbris rõhutati muu kõrval, et hoogsalt arenev arstiteadus nõuab meditsiinitöötajatelt teoreetiliste teadmiste pidevat täiendamist, samuti ootavad teaduse uued saavutused praktikasse juurutamist. Nende ülesannete täitmisele kaasaaitamiseks peeti vajalikuks valgustada ajakirjas järgmisi küsimusi: 1) tervishoiu organisatsioon, 2) ravi-, profülaktika- ning sanitaar-epidemioloogia asutuste töö; 3) arstiteaduse uusimad saavutused haiguste diagnoosimise, ravimise ja profülaktika alal; 4) kaadri ettevalmistamine, spetsialiseerimine ja täiendamine; 5) farmaatsia ja apteegiala; 6) meditsiiniasutuste sisseseade ja varustamine; 7) metoodika, instruktsioonid ja informatsioon; 8) sanitaarharidustöö. Lõpuks mainiti veel, et ajakirja edukas tegevus sõltub kõigi tervishoiutöötajate kaastöö aktiivsusest.

Kõige olulisemaks ülesandeks tuleb pidada ajakirja numbrite sisu temaatilist valimist, sest ajakiri peaks rahuldama kõiki lugejaid, kellele ta on määratud: s. o. arste, keskharidusega meditsiinitöötajaid, farmatseute ja arstiteadlasi. Lugejate erinevad huvid ning vajadused ühelt poolt ning artiklite autorite erinev tase teiselt poolt on tinginud ajakirjas ilmunud kirjutiste taseme teatava ebaühtluse, mis aga näib olevat paratamatu.

Siinjuures tuleb mainida, et rubriik «Abiks velskritele ja õdedele» avati 1958. a. 2. numbris ja püsis sama aasta lõpuni. Uuesti avati see rubriik 1961. a. 3. numbris. Siin avaldatud materjalid on peamiselt tellitud, kusjuures on arvestatud keskharidusega meditsiinitöötajate huvisid ning vajadusi (selles rubriigis kirjutavad ka keskharidusega meditsiinitöötajad ise). See ei tähenda aga, et teistes rubriikides ei leidu keskharidusega meditsiinitöötajaid huvitavaid kirjutisi.

1961. a. numbris avati rubriik «Küsimused ja vastused», millele lugejad on andnud positiivse hinnangu.

Ettekujutuse 4 aasta jooksul avaldatud materjalist annab tabel 1.

Toodud andmetest nähtub, et kõige rohkem materjale on avaldatud rubriikides «Teooria ja praktika», «Kogemuste vahetamine», «Tervishoiu organisatsioon», «Konverentsid ja nõupidamised» jm. Samas ilmneb, et vähe kirjutisi on ilmunud rubriikide all «Sanitaarharidustöö», «Bibliograafia», «Arstiteaduse ajaloost», «Vennasvabariikidest», «Referaate». Mis puutub viimasesse rubriiki, siis on selles avaldatud enamasti referaate, mis täiendavad sama numbri teistes rubriikides avaldatud kirjutisi. Sellele vaatamata, et kroonikaosas on 4 aasta jooksul avaldatud 84 lühiteadet, ei saa seda pidada küllaldaseks. Kroonika peaks senisest rohkem kajastama meie vabariigi meditsiiniasutuste ja -töötajate tegevust, sest tänapäeval on see olevik, meie igapäevane elu, mõne aja pärast aga ajalugu, kust tulevased meditsiiniajaloo uurijad võivad saada huvitavat materjali.

Tabel 1

«Nõukogude Eesti Tervishoius» 1958.—1961. a. avaldatud materjalid

	1958	1959	1960	1961	Kokku
Juhtkirjad ja rubritseerimata artiklid	7	5	12	7	31
Teooria ja praktika	66	54	72	66	258
Tervishoiu organisatsioon	12	15	8	2	37
Kogemuste vahetamine	18	18	4	17	57
Abiks velskritele ja õdedele	9	—	—	9	18
Kaadri ettevalmistamine	4	3	3	3	13
Sanitaarharidustöö	1	2	—	3	6
Vennasvabariikidest	—	—	—	1	1
Arstiteaduse ajaloost	3	7	3	5	18
Konverentsid ja nõupidamised	32	35	32	24	66 165
Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariikliku nõupidamise materjalid	—	—	—	42	
Konsultatsioone	2	3	3	3	11
Tähtpäevad	2	6	7	9	24
Nekroloogid	1	2	1	2	6
Bibliograafia	—	—	1	2	3
Küsimused ja vastused	—	—	—	14	14
Referaate	—	—	5	9	14
Mitmesugust	—	8	2	3	13
Uusi ravimeid	1	—	—	4	5
Välismaalt	—	28	3	—	31
Juhendeid	—	3	—	—	3
Kroonika	23	14	18	29	84
1958. a. lisa	35				35
	216	203	174	254	847

Suurematest artiklitest (474) pärineb Tallinnast 48,10%, Tartust 34,81%, perifeeriast 7,38% ja mujalt (ka väljastpoolt Eesti NSV-d) 9,71%. Üksikasjalisemad andmed selle kohta on toodud tabelis 2.

Tabel 2

Jrk. nr.	Asutuse nimetus	Artiklite arv	%
1.	TRÜ Arstiteaduskond	135	28,48
2.	Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut	41	8,65
3.	Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut	21	4,43
4.	Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium	60	12,66
5.	Tallinna ravi- ja profülaktikaasutused	106	22,36
6.	Tartu ravi- ja profülaktikaasutused	30	6,33
7.	Perifeeria ravi- ja profülaktikaasutused	35	7,38
8.	Mujalt (ka väljastpoolt Eesti NSV-d)	46	9,71
		474	100,00

Perifeeria ravi- ja profülaktikaasutustest saabunud töid on avaldatud 35 (s. o. 7,38%), mida tuleb ilmselt väheseks pidada. Perifeeriast saabuvate kirjutiste osatähtsust on toimetus omalt poolt püüdnud tõsta, kohaldades ja korrigeerides peaaegu kõik saabunud artiklid trükinõuetele vastavaks ja avaldades need eelisjärjekorras. Kaastööd on saabunud Vastseliina Jaoskonna Haiglast, Kuivajõe Jaoskonna Haiglast, Paide Rajooni

Haiglast, Narva Luutuberkuloosi Sanatooriumist, Viljandi Linna Haiglast ja mujalt. Eriti peab märkima Kingissepa Linna Haigla ja Mõisaküla Linna Haigla töötajate aktiivsust.

Arvamuste ja ettepanekute saamiseks lugejatelt lisas toimetus 1959. a. 1. numbrile ankeetlehe, millele aga saabus kahjuks vähe vastuseid. Esitatud soovid võttis toimetus edaspidises töös arvesse.

1962. a. 1. numbri lisana saatis toimetus lugejatele uue ankeedi. Seekord oli saabunud vastuste arv veidi suurem, kuid ulatuslikumate järelduste tegemiseks nendest siiski ei piisa.

Kokkuvõttes olid ankeedi saatjate arvamused järgmised. Enamik oli ajakirja senise temaatikaga rahul. Mõned lugejad arvasid, et temaatikat tuleks laiendada, avaldada rohkem sanitaar-hügieenialaseid artikleid, ülevaateid vabariigi uurimisasutuste tööst, tervishoiu olukorrast teistes maades jne. Rubriiki «Abiks velskritele ja õdedele» on kõikides ankeetides peetud täiesti vajalikuks. Selle temaatikat aga tuleks laiendada ja võimaluse korral tutvustada rohkem keskharidusega meditsiinitöötajate töökogemusi. Eriti on lugejad esile tõstnud dotsent K. Kõrge sisukaid kirjutisi. Rubriigiga «Küsimused ja vastused» on enamik ankeedisaatjaid rahul. Mõnede lugejate arvamust mööda on vastused liiga pikad. Vähe on ankeedisaatjad esitanud omapoolseid küsimusi.

Soovid ajakirja edaspidise temaatika kohta on väga erinevad. Leitakse, et rohkem tuleb valgustada tervishoiu organisatsiooni puudutavaid küsimusi, tuua edasiviivat kriitikat, käsitleda väärteooriaid meditsiinis, avaldada piiralaseid artikleid (keemia, bioloogia, botaanika jne. kohta). Soovitatakse algatada diskussioone kaasaja arstiteaduse mitmesuguste probleemide üle, avaldada andmeid uute ravimite kohta jne. Mõned lugejad leiavad, et ajakirjas tuleks käsitleda peamiselt kliinilisi materjale jne.

Puudujäägina mainitakse mitmevärvitrüki puudumist ja seda, et ilmub veel vähe fotosid. Samuti leitakse, et ajakiri peaks avaldama enam profülaktilisi juhiseid ja vähem teoreetilisi, keeruliselt sõnastatud, kitsa temaatikaga teaduslikke töid.

On tulnud ka mõned ettepanekud ajakirja nimetuse muutmiseks (näit. «Arstiteadus», «Tervishoid», «Arstiteaduslik Ajakiri»), kuid enamik ankeedi saatjatest leiab, et praegune nimetus sobib ja võib jääda ka edaspidiseks.

Kohtumine lugejatega on toimunud Kingissepas, Tallinnas ja Viljandis. Eriti huvitav ja arvamusterohke oli kohtumine Viljandis, kust toimetus sai häid ettepanekuid edasiseks tööks. Ajakirja toimetus kavatseb tänavu kohtuda veel Tallinna ja Tartu lugejatega (võimaluse korral ka mujal, kui lugejad selleks soovi avaldavad).

Ajakirja temaatika huvitavamaks muutmiseks on toimetus lugejate soovide teadasaamiseks aeg-ajalt pöördunud meie vabariigi meditsiiniasutuste ja -organisatsioonide poole. Näiteks saatis toimetus 23. augustil 1961. a. vabariigi suuremate haiglate õdede nõukogudele kirjad, milles paluti teatada neid huvitavatest teemadest ja organiseerida kaastöö saatmist. Üheltki õdede nõukogult aga vastust ei saabunud. 1961. a. augustis pöördusid Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees ja ajakirja toimetaja ühise kirjaga vabariigi tervishoiutöötajate ametiühingu kõikide kohalike komiteede poole kaastöö organiseerimiseks ja tellijate arvu suurendamiseks. 1961. a. saadeti kirjad kõikidele Eesti NSV arstiteaduslikele seltsidele (41). Käesoleval aastal (28. märtsil) pöördus toimetus arstide seltside poole ja palus teatada, milliseid aktuaalseid küsimusi võiks nende arvates (nende oma erialalt) ajakirjas avaldada. Kirju saadeti 41, vastuseid on seni saabunud ainult 13, mis näitab meie arstiteaduslike seltside vähest aktiivsust.

Toimetuse kolleegium pidas vajalikuks organiseerida üle vabariigi ajakirja mittekoosseisuliste korrespondentide võrk. Küsimust arutati ka

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juhtivate töötajatega ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komiteega. 26. aprillil k. a. saadeti kõigile tervishoiuosakondadele, rajoonihaiglatele ja vabariiklikele raviasutustele (kokku 57) ettepanek mittekoosseisuliste korrespondentide nimetamise kohta. Vastust paluti 1. juuniks k. a., senini on aga vastused saabunud ainult 15 asutuselt.

Praeguse trükiarvu juures (arvestades ka saavutatud tõusu) ei suuda ajakiri veel ennast ise majandada, seepärast on toimetus eriti paari viimase aasta jooksul püüdnud rakendada abinõusid ajakirja intensiivsemaks levitamiseks. Tänu paljude meditsiinitöötajate aktiivsusele ajakirja levitamisel on trükiarv tõusnud. Ülevaate saamiseks ajakirja levikust vt. tabel 3.

Tabel 3

Nr.	1958	1959	1960	1961	1962
1	3500	3200	3000	3000	3850
2	3500	3500	3000	3000	3900
3	3500	3200	3200	3000	4000
4	3000	3000	2700	2700	
5	3000	3000	2800	2800	
6	3000	3000	2750	2700	
Lisa	3000	—	—	—	

Tabelist nähtub, et ajakirja trükiarv on tõusnud eriti käesoleval aastal. Arvestades aga Eesti NSV meditsiinitöötajate arvu (umbes 12 000) ei saa seda pidada veel küllaldaseks. Tabeli andmeid kokku võttes selgub, et 4,5 aasta jooksul on ajakirja trükitud 87 800 eksemplari. Ajakiri on levinud ka väljapoole Eesti NSV piire. Ajakirja tellivad NSV Liidu suuremad raamatukogud ja meditsiiniasutused. Peale selle on tellijaid Saksa Demokraatlikus Vabariigis, Hiina Rahvavabariigis, Inglismaal, Rootsis ja Ameerika Ühendriikides.

Eespool toodud andmetest nähtub, et ajakirjas on üldse avaldatud ümmarguselt 500 suuremat artiklit, mis peaasjalikult on kirjutatud kohalike autorite poolt ja enamasti kohaliku materjali põhjal. Kogemused näitavad, et paljud tööd on lugejatele vajalikud isegi aastaid hiljem. Seepärast on tarvilik, et artiklid oleksid bibliograafiliste allikate kaudu hõlpsasti leitavad. Eesti NSV Riiklik Raamatupalat registreerib ja avaldab «Artiklite ja Retsensioonide Kroonikas» enamiku ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» ilmunud artikleid. Mõningaid ajakirjas ilmunud artikleid toovad ära (valikuliselt) ka NSV Liidu referatiivsed ajakirjad, nagu «Медицинский реферативный журнал» (ilmub iga kuu 10 osas), «Реферативный журнал. Биология» jt. Toimetus püüab rakendada abinõusid, et edaspidi pääseks rohkem ajakirjas ilmunud materjale NSV Liidu referatiivsete ajakirjade veergudele.

Ajakiri on meditsiinitöötajate hulgas propageerinud ka uut arstiteaduslikku kirjandust. Lugejaid on tutvustatud kirjastuse «Медгиз» ilmumisplaanidega. Igas ajakirja numbris avaldatakse äsja ilmunud meditsiiniliste trükiste nimestik (igas numbris u. 80 nimetust). Seega annab ajakiri aasta jooksul informatsiooni umbes 480 teose kohta, mis on saabunud Riiklikku Teaduslikku Meditsiinilisesse Raamatukogusse. Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu on teatavasti meditsiinilise kirjanduse kogumise, bibliografeerimise ja propageerimise vabariiklikuks keskuseks, seda eriti Eestis ilmuva meditsiinilise kirjanduse osas. Raamatukogul on meie vabariigis ainulaadne kataloog (aine- ehk märksõnakataloog), mis võimaldab kiiresti leida allikaid ka kõige kitsamate küsimuste kohta. Aas-

tate 1960—1962 jooksul ei ole aga raamatukogu rubritseerinud ega kataloogi paigutanud ühtegi kaarti «Nõukogude Eesti Tervishoius» avaldatud artiklite kohta. Arusaadavalt ei soodusta see meie teadlaste ja arstide tööde tutvustamist meditsiinitöötajate laiadele hulkadele.

Pahatihti esineb artiklites mitmesuguseid suuremaid või väiksemaid ebatäpsusi ja koguni vigu, mis on autorite tähelepanematuse või vilumatuse tõttu parandamata jäänud. Seetõttu tuleb kõiki saabunud materjale hoolikalt kontrollida, kasutada selleks toimetuses olemasolevaid teatmeteoseid, hankida teatmeid meditsiinilisest raamatukogust ja teistest allikatest, samuti pöörduda abi saamiseks vastavate eriala-arstide ja teadlaste poole. Paljud artiklid annab toimetus eriteadlastele retsenseerimiseks. Koostöös retsensentidega on mõnikord esinenud mittemõistmist. Mõned retsensendid avaldavad retsensiooni asemel ainult oma arvamist töö avaldamise vajalikkuse või mittevajalikkuse kohta, tungimata seejuures töö sisusse ja suhtumata käsitletavasse küsimusesse vajaliku kriitikaga. Seepärast leidub retsenseeritud töös mõnikord veel avastamata vigu ja ebatäpsusi. Siinkohal juhiksime retsensentide tähelepanu asjaolule, et toimetusel on vaja retsensendi kui eriteadlase arvamust just töö teadusliku taseme kohta (kas kirjutis vastab kaasaegsetele seisukohtadele, kas toodud andmed on õiged ja täpsed). Alles sellest tuleneb järeldus, kas tööd on soovitatav avaldada või mitte. Samuti tuleb arvestada seda, kas töö pakub huvi laiemale lugejaskonnale ja aitab tõsta erialast kvalifikatsiooni. Mõnikord selgub artikli läbitöötamisel ebatäpsusi ja vigu, mida artikli viseerija (asutuse juhataja) kui vilunud arst või teadlane kindlasti oleks avastanud, kui ta oleks artikli enne viseerimist läbi lugenud. Sageli saabub toimetusse allkirjata ja autori aadressiga varustamata töid.

Rohkesti lisatööd põhjustab artiklis kasutatud kirjanduse nimestike kontrollimine. Kord pole ilmumisaasta õige, teinekord puudub toodud ajakirja number või pole antud artikli algus- ja lõpplehekülgi, mõni autor lühendab ajakirja nimetusi meelevaldselt, oma äranägemise järgi jne. jne. Kui autor töötab Tallinnas, on asi lihtne: tal palutakse andmete täpsustamiseks tulla toimetusse. Kui autor on väljastpoolt Tallinna, siis püüavad toimetuse töötajad ise täpsustamisega toime tulla, kui see aga pole võimalik, saadetakse kirjalik järelepärimine. Nimetame, et ülaltoodud ebatäpsuste ja vigade õiendamiseks saatis toimetus 1961. a. jooksul autoritele ligi 150 kirja. Nii lükkub mõne artikli ilmumine autori enda tõttu numbrist numbrisse. Selle vältimiseks tuleb artiklite vormistamisel järgida 1962. a. 1. numbris toodud juhendit.

Toimetuse kolleegiumi koosolekutel on arutatud ajakirja töö parandamise küsimusi. Eriti on südant valutanud ja aidanud toimetust võidelda sisuliste eksituste ja trükivigade vastu arstiteaduse doktor P. Bogovski. Tartus töötavad kolleegiumiliikmed eesotsas professor A. Linkbergiga on aidanud kaasa ajakirja levitamiseks arstiteaduse üliõpilaste ning Tartu meditsiinitöötajate hulgas ja andnud kasulikke näpunäiteid.

Kui ajakirja sisu ning trükitehniline kujundus on paranenud ja trükivigade arv vähenenud, siis ei ole see kõik toimunud üleöö. Töö käigus on toimetuse töötajate vilumus suurenenud, nad on kasvanud ise ja jõudumööda aidanud kasvada ka kaastöölistel ja autoritel. Esialgsed nn. kasvuraskused on enam-vähem ületatud, kuid ajakirja sisu ja tehnilise külje paremaks muutmine nõuab pidevat tööd. Praegu on käimas sisujuhi koostamine ajakirja 5. aastakäigu kohta.

Lõpuks tahaks loota, et tihedam ja aktiivsem koostöö vabariigi meditsiinitöötajate ja toimetuse vahel aitab muuta ajakirja tööd senisest viljakamaks. Selleks on tarvis, et ka keskharidusega meditsiinitöötajad ise rohkem kaastööd saadaksid, rajooni- ning jaoskonnahaiglate arstid oma tähelepanekutest kirjutaksid ja arstiteaduslikud seltsid sõna võtaksid

oma probleemide kohta. Tervishoiuasutused ja ametiühinguorganisatsioonid peavad ajakirjas rohkem valgustama oma tegevust, samuti on vaja ajakirjale saata ettepanekuid ja andmeid eesrindlike tervishoiutöötajate tähtpäevade äramärkimiseks.

Ainult ühiselt, kõikide tervishoiutöötajate jõupingutustega on võimalik tõsta vabariigi tervishoiukorraldus sellisele tasemele, mis rahuldab meie kommunismiehitava elanikkonna nõudeid.

О РАБОТЕ ЖУРНАЛА «НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»

Х. Роотс

Резюме

«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» — орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР вступил в пятый год своего существования.

Журнал выходит 6 раз в год, тираж его в 1 полугодии 1962 г. возрос до 4000 экземпляров, он рассчитан на работников здравоохранения с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием.

В журнале освещаются: актуальные вопросы организации здравоохранения; работа лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических и аптечных учреждений; новейшие достижения медицины в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний; вопросы подготовки, специализации и усовершенствования кадров и др. Статьи иллюстрируются графиками, диаграммами, микрофотографиями, фотоснимками и рентгенограммами как в тексте, так и на отдельных вклейках.

Наибольшее количество материалов публикуется под рубриками «Теория и практика», «Обмен опытом», «Организация здравоохранения», «Конференции и совещания» и др.

Из опубликованных за 4,5 года около 500 крупных статей наибольшее количество написано профессорами и преподавателями медицинского факультета Тартуского государственного университета, работниками аппарата Министерства здравоохранения Эстонской ССР и работниками лечебных и профилактических учреждений Таллина и Тарту.

Необходимо отметить, что на долю медицинских работников учреждений, расположенных в районных центрах и на селе, приходится немногим более 7% опубликованных статей, подавляющее же большинство статей написано медицинскими работниками Таллина и Тарту.

Особое внимание обращается на актуальность публикуемых материалов, подбор статей по тематике, публикацию статей, содействующих повышению квалификации среднего медицинского персонала. В журнале помещается информация о выходе в свет новинок советской медицинской литературы, а также список книг, поступающих в Государственную научно-медицинскую библиотеку в Таллине.

Тесное сотрудничество всех медицинских работников с редакцией поможет развить плодотворную работу журнала, для чего необходимо, чтобы медицинские работники со средним образованием, врачи районных и участковых больниц чаще выступали на страницах журнала и писали о своих наблюдениях из практики, а врачебные общества освещали бы стоящие перед ними проблемы.

Только общими усилиями всех медицинских работников можно довести здравоохранение до уровня, удовлетворяющего требованиям советских людей — строителей коммунизма.

KURAARETOIMELISTE RAVIMITE KASUTAMISEST TRAUMATOLOOGIAS JA ORTOPEEDIAS

B. LEHEPUU

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Kuraaretoimeliste ravimite rühma kuulub tänapäeval terve rida aineid, mis erineva toimemehhanismi kaudu kutsuvad esile ühesuguse, nn. kurariseeriva efekti, mis väljendub vöötlihaste toonuse nõrgenemises. On teada, et looduslik kuraare (preparaat *Sol. tubocurarini*) ja sünteetilistest kuraaretoimelistest ravimitest osa (nimelt *Sol. diplacini* ja *Sol. paramyoni*) mõjuvad atsetüülkoliini blokeerijatena, takistavad depolarisatsiooni ja kutsuvad sellega 30—40 minutiks esile kurariseeriva efekti. Sellesse rühma kuuluvaid preparaate nimetatakse kuraare konkureerivaks tüübiks; nende antidoodiks on proseriin ja nad erituvad organismist põhiliselt muutumatutena.

Teised, nn. depolariseerivat tüüpi kuraaretoimelised preparaadid on sünteetilised ja nad sisaldavad enamikus suktsinüülholiini ning annavad intravenoossel manustamisel kurariseeriva efekti ainult umbes 5—6 minutiks. Nende preparaatide kurariseeriv toime on tingitud vöötlihaste kestvast depolarisatsioonist; efekt möödub, sest seda tüüpi kuraaretoimelised preparaadid lagunevad organismis koliin- ja pseudokoliinesteraasi mõjul. Kasutame preparaate *Sol. ditillini, Sol. lysthenoni, Sol. myo-relaxini.* Need preparaadid praktikas kasutatavaid antidoote ei oma. Peab märkima, et ühelgi seni tuntud kuraaretoimelisel preparaadil ei ole narkootilist ega analgeetilist toimet.

Viimasel ajal on välismaa ajakirjanduses ilmunud teateid kuraaretoimeliste ravimite kasutamise otstarbekuse kohta haavatute abistamisel [A. Skoblin (9)]. Ka meil on ilmunud artikleid kuraaretoimeliste ravimite rakendamise kohta traumatoloogias [M. Ljahhovitski (5), A. Skoblin (9)]. Kahjuks aga on materjal veel liiga väike üldistuste tegemiseks ja seetõttu ei ole ka keegi siiani andnud kindlaid juhtnööre nende ravimite kasutamiseks. Sel põhjusel oleme kasutanud kuraaretoimelisi ravimeid piiratult, pidades silmas ainult absoluutseid individuaalseid näidustusi. Takistavana on mõjunud ka kuraaretoimeliste preparaatide vähesus, eriti varematel aastatel.

Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonnas kasutatakse kuraaretoimelisi preparaate alates 1957. a. Meie tähelepanekud 1960. a. hõlmavad 67 haigusjuhtu. Nagu tabelist ilmneb, oleme kuraaretoimelisi ravimeid kasutanud eriti lihaste relaksatsiooni saavutamiseks osteosünteesi ajal ja juhitava hingamise teostamiseks pikemat aega vältavate trauma- ja ortopeediliste operatsioonide ajal, mil haige lamab narkoosiseisundis pikemat aega sundasendis (näiteks reieluu osteosünteesid haige küliliasendis või skoliooside operatsioonid haige kõhuliasendis jne.). Meie tähelepanekud kinnitavad paljude autorite arvamust, et spontaanne hingamine sundasendis ei suuda kauakestva operatsiooni vältel tagada küllaldast gaasivahetust ja põhjustab vältimatult süsihappegaasi kogunemist haige veres. Lülitades kuraaretoimeliste ravimitega spontaanse hingamise välja, saame intubatsioonimeetodil läbiviidava juhitava hingami-

sega kindlustada küllaldase gaasivahetuse. Pidades aga silmas aktiivse sisse- ja passiivse väljahingamisega teostatud juhitava hingamise üht negatiivset külge, nimelt vereringe häireid seoses rindkeresisese rõhu tõusmisega, oleme 1960. a. püüdnud juhitavat hingamist operatsiooni ajal kasutada vaheldumisi spontaanse hingamise perioodidega. 40 operatsioonist 29-l kasutasime perioodiliselt juhitavat hingamist. Ülejäänud 11 operatsioonil rakendasime juhitavat hingamist kogu operatsiooni vältel. Peaaegu kõigil neil juhtudel võisime märgata operatsiooni lõpuperioodis vereringe häireid, mis väljendusid pulsirõhu vähenemisena. Püüdes juhitavat hingamist muuta organismile vähem kahjulikuks, teostasime seda viimastel kuudel aktiivse sisse- ja aktiivse väljahingamisega, kasutades sel otstarbel narkoosiaparaadi hingamiskoti asemel aparaat RPA-1 lõõtsa. Peab märkima, et aktiivse sisse- ja väljahingamisega teostatud juhitava hingamise puhul varem kirjeldatud vereringehäireid ei esinenud.

Kuraaretoimelisi preparaate on kasutatud järgmistel näidustustel

1.	Õlavarreluu osteosüntees	8 haiget
2.	Sääreluude osteosüntees	7 „
3.	Reieluu osteosüntees	6 „
4.	Käsivarreluude osteosüntees	3 „
5.	Kõhuvigastuste operatsioonid	3 „
6.	Korrigeerivad ortopeedilised operatsioonid (*crura vara, coxa vara, luxatio coxae congenita, luxatio habitualis humeri* jt.)	9 „
7.	Skoliooside operatsioonid	4 „
8.	Kontraktuuride redressioon	3 „
9.	Traumaatiline šokk	11 „
10.	Puusaliigese nihestus	2 „
11.	Õlaliigese nihestus	3 „
12.	Õlaliigese nihestus ja õlavarreluu murd	1 „
13.	Luumurdude repositsioon	6 „
14.	Teetanus	1 „
		Kokku 67 haiget

Kuraaretoimeliste ravimite intravenoosse süstimisega saavutasime kõigil osteosünteesi juhtudel lihaste relaksatsiooni, mis kindlustas fragmentide kiire repositsiooni, see aga võimaldas operatsiooni ja narkoosi aega märgatavalt lühendada. Lühendavalt mõjus narkoosiperioodile ka kaasaegsete kombineeritud narkoosimeetodite rakendamine. Enamikul juhtudel kasutasime sissejuhatavana intravenoosset barbituraatnarkoosi, säilitades pindmise narkoosi naerugaasi või eetri ja hapniku lisamisega intubatsioonimeetodil. Narkoosi ajal kasutasime *Sol. diplacini* 9 haigel, *Sol. lysthenoni* 29 haigel, *Sol. tubocurarini* 1 haigel ja *Sol. procurani* 1 haigel. Süstinud oleme kuraaretoimelisi aineid fraktsioneeritult intravenoosselt, arvestades individuaalseid näidustusi. Operatsiooni ajal kasutasime *Sol. diplacini* või *Sol. lysthenoni* kogustes 100—600 mg. Operatsiooniaegselt ega -järgselt haigetel šokireaktsiooni ei esinenud, märgata võis mõõdukat vererõhu tõusu (kuni 10 mm Hg võrra) ja pulsi sagenemist (kuni 12 löögi võrra minutis, võrreldes operatsioonieelsete näitajatega). Tüsistusena esines ühel haigel rekurarisatsioon.

Naishaigel S., 52 a. vana (haiguslugu nr. 2726/1960), kehakaal 84 kg., teostati reieluu kaela osteosüntees lahtisel meetodil. 2 tundi 15 min. kestva operatsiooni jooksul süstiti fraktsioneeritult veeni *Sol. diplacini* 600 mg. Kogu operatsiooni vältel rakendati juhitavat hingamist pindmise eeter-hapniknarkoosi foonil. Operatsiooni lõpuks haige lihaste toonus ja spontaanne hingamine taastusid täielikult. Üks tund hiljem ilmnesid palatis rekurarisatsiooni nähud, haige lakkas hingamast, kiiresti arenes tsüanoos. Tehti korduv intubatsioon ja rakendati kunstlikku hingamist 1½ tunni vältel. Haige paranes.

Siiani on kirjanduses võrdlemisi vähe tähelepanu pööratud kuraaretoimeliste preparaatide kasutamisele traumaatilise šoki ravis. Üksikuid tähelepanekuid on esitanud M. Anitškov, M. Grigorjev (3). Kuna šoki-

seisundi patogeneesis on tähtis koht organismi ainevahetuse muutustel, mida põhjustavad kudede gaasivahetuse häired, siis saame juhitava hingamise abil normaliseerida välist hingamist, aktiivselt suunata ainevahetusprotsesse ja lihaste töö vähendamise arvel piirata organismi energiakulu. Pidades kuraaretoimelisi ravimeid šokiseisundi patogeneetiliseks raviks, oleme neid kasutanud 1960. aastal kõigi raskete šokiseisundite puhul. Meie tähelepanekud hõlmavad 11 haiget raske traumaatilise šoki seisundis pärast mitmesuguseid vigastusi, kusjuures osa neist haigeist saabus šoki IV staadiumis maksimaalse vererõhuga alla 60 mmHg. Kõigil nendel haigetel rakendati kõrvuti teiste üldtunnustatud šokivastaste ravivõtetega kurariseerimist ja juhitavat hingamist. 10 haigel saavutasime üldseisundi märgatava paranemise ja vererõhu tõusu, 1 haigel ei andnud ravi tulemusi. Intubatsioon ja kuraaretoimeliste ravimite süstimine viidi läbi pindmise naerugaas-hapniknarkoosi foonil. Narkoosi jätkamisel analgeesia staadiumis võimaldasid kuraaretoimelised preparaadid 10 haigel teha vältimatu operatsiooni, neist neljal laparotoomia, kolmel haavade kirurgilised töötlemised, kahel amputatsioonid ja ühel torakotoomia. 7 haigest, kes saabusid šoki IV staadiumis, jäi elama 3; 4 haigel esines sekundaarne šokk, millest ei õnnestunud neid välja tuua (kahel neist oli tegemist elutähtsate elundite vigastustega). Kahtlemata vajab kuraaretoimeliste preparaatide kasutamise metoodika šokiseisundis haigete raviks veel lõplikku lahendamist, kuid meie esialgsed tähelepanekud on paljulubavad.

Lühiajaliselt mõjuvaid kuraaretoimelisi preparaate oleme kasutanud 6 haigel nihestuste paigaldamiseks. Peab märkima, et nihestuste reponeerimine, ka atleetilise kehaehitusega haigetel, toimub kuraare abil väikese jõupingutusega, kergesti [P. Bulgakov (2), I. Žorov jt. (4)]. Konservatiivselt õnnestus paigaldada ka 1 kombineeritud õlavarreluumurd ja nihestus. Ühel haigel nihestunud õlavarre paigaldamine ei õnnestunud; järgneval verisel reponeerimisel selgus, et antud haigel takistas paigaldamist rebenenud liigesekapsli interpositsioon. Nihestuste paigaldamisel oleme kasutanud intravenoosset barbituraatnarkoosi, kurariseerides haiget kuni apnoeni ja teostades intubatsiooni ja kunstlikku hingamist narkoosiaparaadi või kunstliku hingamise aparaadi abil.

Dislokatsiooniga kinniste luumurdude akuutsel reponeerimisel oleme kasutanud depolariseerivat tüüpi kuraaretoimelisi preparaate 6 juhul lokaalselt, s. o. süstisime neid ravimeid pärast murru piirkonna kohalikku tuimastamist kas vigastatud jäseme veeni või lokaalselt hematoomi. Saavutatud jäsemelihaste relaksatsioon võimaldab fragmente küll kergesti reponeerida, kuid raskendab nende fikseerimist. Raskused lõdvenenud lihastega jäsemesegmendi fikseerimisel ja akuutse hingamisseiskuse oht on põhjuseks, miks meie valvekirurgid nii harva kasutasid kuraaretoimelisi preparaate. Anestesioloogilise teenistuse tugevnemine laiendaks tõenäoliselt nende preparaatide kasutamise näidustusi, sest meie arvates võiks neid tulevikus kasutada ka näiteks luumurdude pikaldasel reponeerimisel skeletivenituse tingimustes. See aga oleks võimalik ainult anestesioloogi valve all.

Ei saa nõustuda V. Mihhelsoni, V. Jurevitši (6) jt. arvamustega. Nimetatud autorid kasutavad luumurdude ja nihestuste reponeerimiseks kuraaretoimelisi preparaate väikestes hulkades, püüdes spontaanset hingamist mitte välja lülitada ja haiget mitte intubeerida. Kasutades kuraaretoimelisi preparaate endoskoopiate teostamise ajal veendusime, et haigete reaktsioon väikestele preparaadihulkadele on individuaalne. Oleme seisukohal, et iga haiget on vaja kurariseerida kuni apnoeni, siis intubeerida ja rakendada juhitavat hingamist kuni kurariseeriva efekti möödumiseni. Erandiks võiks olla ainult kuraare kasutamine jäsemetel žgutist allpool [A. Skoblin jt. (9)].

Tänapäeval on kuraaretoimelised preparaadid põhjendatult leidnud rakendamist kangestuskramptõve ravis. Reflektoorsete krampide ärahoidmisel etendavad need preparaadid otsustavat osa [A. Berkutov (1), K. Nurištšenko (1, 8), D. Mellin (12)].

1960. a. saabus Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse 1 teetanusehaige. Sel väga lühikese inkubatsiooniperioodiga teetanusehaigel (haiguslugu nr. 12398) esinesid tugevad ja sagedased tetaanilised krambihood. Püüdsime kasutada kuraaretoimelisi preparaate krambihoogude kupeerimiseks ilma haiget pidevalt kurariseerimata, kuid ilmnes, et tugeva krambihoo ajal veeni süstitud ravim toimis alles krambihoo möödumisel (tõenäoliselt venoosse verevoolu seiskumise tõttu krambihoo ajal) ilmselt selle tõttu ei õnnestunud ühe tugevama krambihoo kupeerimine ja haige suri.

Varasematest aastatest on meil tähelepanekud 2 juhu kohta: süstisime neile teetanusehaigetele *Sol. diplacini* veeni fraktsioneeritult väikestes doosides ilma spontaanset hingamist välja lülitamata. Mõlemad haiged paranesid.

Meie vähesed tähelepanekud näitavad kuraaretoimeliste preparaatide kasutamise otstarbekust traumade puhul ja ortopeedilist ravi vajavatel haigetel. Nimetatud preparaadid kergendavad luumurdude ja nihestuste reponeerimist, omavad tähtsa koha šoki ja teetanuse patogeneetilises ravis ja võimaldavad juhitava hingamise abil vältida operatsiooniaegseid gaasivahetushäireid. Et kuraaretoimelised preparaadid on potentsiaalselt ohtlikud, sest nad võivad individuaalselt esile kutsuda apnoe ka väikestes hulkades manustamisel [E. Mešalkin (7), V. Keating (11)], siis saab kuraaretoimeliste ravimite kasutamist soovitada ainult statsionaari tingimustes, kusjuures peab kõik valmis olema intubatsiooniks ja kunstlikuks hingamiseks aparaatide abil.

KIRJANDUS

1. Беркутов А. Н., Нурищенко К. А. Воен. мед. ж., 1960, 1, 44—48. — 2. Булгаков П. П. Хирургия, 1959, 6, 129—131. — 3. Григорьев М. С. и Аничков М. Н. Кураре и курареподобные препараты в хирургии. Л., 1957, 65—68. — 4. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. М., 1959, 346. — 5. Ляховицкий М. М. Ортопедия и травматол., 1958, 3, 62—63. — 6. Михельсон В. А. и Юревич В. М. Хирургия, 1959, 10, 90—95. — 7. Мешалкин Е. Н. и Смольников В. П. Современный ингаляционный наркоз. М., 1959, 93. — 8. Нурищенко К. А. Тезисы докладов на симпозиуме по применению нейроплегии в анестезиологии 24—26 окт. 1960. М., 1960, 46. — 9. Скоблин А. П., Дыскин В. П., Бланк В. М., Гуляева Е. А. Ортопедия и травматол., 1958, 3, 63—66. — 10. Griffith, H. and. Johnson, E. Anesthesiology, 1942, vol. 3, 4, 418—420. — 11. Keating, V. Anaesthesie accidents. London, 1956, 219—242. — 12. Mellin, D. Zbl. Chirurg., 1952, 40, 1681—1684.

Saabus toimetusse 30. detsembril 1960. a.

О ПРИМЕНЕНИИ ПРЕПАРАТОВ КУРАРЕПОДОБНОГО ДЕЙСТВИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Б. Лехепуу

Резюме

Препараты курареподобного действия для лечения травматологических и ортопедических больных в Таллинской республиканской больнице применяются с 1957 года. За 1960 год применяли препараты курареподобного действия в 67 случаях.

Эти препараты значительно облегчают вправление вывихов, репозицию переломов и редрессацию контрактур у ортопедических больных, являются эффективным противосудорожным средством при столбняке, а также ценными в комплексном лечении шока.

Применение названных препаратов показано при всех травматологических и ортопедических операциях, когда требуется расслабление мышц, а также в случаях, когда положение больного на боку или на животе затрудняет вентиляцию легких. В последних случаях рекомендуется поверхностный интубационный наркоз с применением препаратов курареподобного действия и управляемым дыханием.

Для одномоментной репозиции переломов костей со смещением и вправления вывихов целесообразно применение курареподобных препаратов короткого действия, т. е. деполяризующего типа (дитилин, листенон, миорелаксин), а для лечения столб-

няка, шока и проведения управляемого дыхания во время операции лучше применять длительнодействующие препараты, т. н. курареподобные препараты конкурентного типа (диплацин, д-тубокурарин). Применение курареподобных препаратов без интубации считаем необоснованным и опасным.

Из-за возможных осложнений (длительное апноэ, рекураризация и др.) применение препаратов курареподобного действия можно рекомендовать только в условиях стационара при наличии аппаратуры для проведения интубации и искусственного дыхания.

TRAUMA JA INVALIIDSUS

Eesti NSV teeneline arst *B. ÄNILINE*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Tallinnas esinevatest traumadest saame teatud ülevaate elanike 1958. a. haigestumiste süvendatud analüüsist. Nendes andmetes seisid traumad esinemissageduselt kolmandal kohal, andes 11% kõikidest haigusjuhtudest (145 haigusjuhtu 1000 elaniku kohta). Meestel esines traumasid 2 korda sagedamini kui naistel.

Teatud määral iseloomustab traumade raskust hospitaliseerimise protsent. Valdav enamik traumasid olid kerged, nii et haigeid raviti ambulatoorselt. Suhteliselt väike osa haigetest (4%) vajasid hospitaliseerimist raskete vigastuste tõttu. Viimaste hulk absoluutarvudes antuna on aga küllaltki suur: 1600—1700 täiskasvanud haiget. Sagedamini esinevatest kirurgilist ravi nõudvatest haigustest on traumad arvuliselt apenditsiidi järel teisel kohal, töövõimetus on aga traumade puhul hoopis pikemaajalisem, isegi siis, kui see ei lõpe invaliidsusega, nagu sageli juhtub. Käesolevas töös on analüüsitud Tallinna Linna Täitevkomitee Sotsiaalkindlustuse Osakonna I ATEK-i andmeid Tallinna raviasutustes 1955. ja 1959. a. viibinud traumadega haigete ravi tulemuste kohta.

Kui võrrelda 1955. ja 1959. a. traumade tagajärjel esmakordselt invaliidistunute arvu haiglates ravitud traumaga haigete arvuga (arvestatud on isikuid alates 15. eluaastast), siis leiame, et invaliidistumine 1959. a. sagenes: nimelt 1955. a. moodustasid traumajärgsed invaliidid 10,7% hospitaliseeritud haigete arvust, 1959. a. — 12,9%. Keskmiselt invaliidistus 11,8% haigetest. Invaliidsust põhjustanud haiguste hulgast langes traumade arvele keskmiselt 12% (1955. a. — 12,5%, 1959. a. — 11,4%). Võrdluseks võib tuua G. Manžulo* andmed Leningradi 2 rajooni kohta 1955.—1956. a. Invaliidsust põhjustavatest haigestumistest moodustasid seal traumad 8%.

Traumajärgse esmase invaliidsuse iseloomustamiseks võib esitada veel järgmised andmed.

1. Mehi oli invaliidide hulgas 3,3 korda rohkem kui naisi (mehi 77%, naisi 23%). Meestel ei esine traumasid mitte ainult sagedamini, vaid vigastused on neil ka raskemad, põhjustades sagedamini invaliidsust.

2. Kõige sagedamini (33,5% juhtudest) tekkis invaliidsus kõige kõrgema töövõimega eas, s. t. vanuserühmas 30—45 a.

3. Tootmistraumad moodustasid invaliidsust põhjustanud traumadest 40,8%.

4. Traumade tagajärjel tekkinud invaliidsus jagunes raskuselt järgmiselt: III grupi invaliidsus — 50,4%, II grupi — 44,1%, I grupi 5,5%.

Esmast invaliidsust põhjustanud traumasid võib diagnooside järgi jaotada 3 rühma.

---

* Манжуло Г. П. Сов. медицина, 1958, 11, 113—115.

Tabel 1

	1955. a.		1959. a.		Kokku		Leningradi 2 raj. 1955.—1956. a.
	arv	%	arv	%	arv	%	
1. Luumurrud	81	46,3	110	49,5	191	48,1	42,4%
2. Amputatsioonid	44	25,1	45	20,4	89	22,4	25,3%
3. Teised traumad	50	28,6	67	30,1	117	29,5	32,3%

Esikohal seisavad luumurrud, moodustades ligi poole kõikidest juhtudest (48,1%).

Sageduselt teisel kohal olid amputatsioonid (22,4%). Kolmandasse rühma on koondatud ülejäänud vigastused, millest tähtsamad on närvisüsteemi ja silmavigastused. G. Manžulo andmed Leningradist on enamvähem analoogilised.

Kõrvutades 1955. ja 1959. a. andmeid võib täheldada amputatsioonide osatähtsuse vähenemist.

Tabel 2

Invaliidsust põhjustanud luumurdude jaotus lokalisatsiooni järgi

	1955. a.	1959. a.	Kokku	%
1. *Fractura cruris*	26	38	64	33,5
2. „ *femoris*	13	26	39	20,4
3. „ *columnae vertebr.*	15	20	35	18,3
4. „ *cranii*	7	15	22	11,5
5. „ *pelvis*	5	6	11	5,8
6. „ *humeri*	5	3	8	4,2
7. „ *antebrachii* . .	6	1	7	3,7
8. „ *ossis pedis* . . .	4	1	5	2,6
	81	110	191	100%

Luumurdude lokalisatsiooni (vt. tabel 2) analüüsimisel paistab silma, et kõige sagedasemaks murruks on sääreluumurd (64 juhtu, s. o. 1/3 kõikidest murdudest). Sääreluude murdusid võib üldse pidada traumajärgse invaliidsuse üheks tähtsamaks põhjuseks (16% kõikidest invaliidsust põhjustanud traumadest). Järgnesid reieluumurrud 39 juhuga, neist 31 diafüüsi ja 8 reieluukaela murdu. Kokku moodustasid sääre- ja reieluumurrud üle poole (53,9%) kõikidest luumurdudest.

Nii sääre- kui ka reieluumurdude puhul oli invaliidistumise peamiseks põhjuseks murru puudulik konsolidatsioon — 62% juhtudest (38 sääre- ja 26 reieluumurrul). Teiseks invaliidistumise põhjuseks oli põlve- või hüppeliigese piiratud liikuvus — 22% juhtudest. Harvemini esines pseudoartroose — 7,7% juhtudest (5 sääre- ja 3 reieluumurru puhul) ja deformatsioone väärseisus konsolideerunud murru tagajärjel (3 korral).

Operatiivset ravi osteosünteesi näol (metalliga) rakendati sääreluumurdude puhul 8 juhul (12,5%) ja reieluumurdudel 18 juhul (46%). Opereeritud juhud pärinesid peamiselt 1959. aastast (22 juhtu), 1955. a. opereeriti vähe (4 juhtu). Andmeist nähtub, et osteosünteesi sagedasem rakendamine 1959. a. ei ole vähendanud invaliidistumist sääre- ja reieluumurdude tagajärjel.

Luumurdude hulgas olid invaliidsuse seisukohalt küllalt suure osatähtsusega veel lülisamba- ja koljumurrud (30% kõikidest juhtudest).

Harvemini põhjustasid invaliidsuse vaagna-, õlavarre-, käsivarre- ja põialuumurrud.

Amputatsioonide arvele langes 22,4% invaliidistumistest. Sageduselt seisid esikohal sõrmede amputatsioonid (33,7%), järgnesid käsivarre-, sääre- ja pöiaamputatsioonid. Prevaleerusid ülajäsemete vigastused (luumurdudel alajäsemete omad). Võrreldes luumurdudega isikutega olid amputatsioonide tõttu invaliidistunud eluealt nooremad: ligi pooled olid alla 30 a. vanad, neist pooled aga lapseeas.

Kolmanda rühmana traumadest tuleb märkida närvisüsteemi ja silmavigastusi. Närvisüsteemi vigastustest põhjustasid invaliidsust sagedamini kesknärvisüsteemi vigastused (29 juhtu), peamiselt entsefalopaatia (ühes pareeside ja epilepsianähtudega) pärast ajupõrutust või subarahnoidaalset verevalumit. Harvemini põhjustasid invaliidsuse perifeerse närvisüsteemi vigastused (16 juhul). Suurem osa silmavigastustest (umbes $^3/_4$ traumadest — 17 juhtu 23-st) olid tööstustraumad. $^1/_3$ juhtudest oli tegemist mõlema silma raske vigastusega, mis põhjustas I ja II grupi invaliidsuse.

Võib veel nimetada sõrmede kontraktuure (12 juhul), mis tekkisid kõõluste ja liigeste vigastuste tagajärjel.

Nagu analüüsist nähtub, on traumajärgses invaliidistumises suurim osatähtsus luumurdudel, eriti alajäsemete pikkade toruluude murdudel 30—45 a. vanustel isikutel. Järelikult on nende murdude ravile vaja pöörata erilist tähelepanu, rakendada kõiki kaasaegseid komplekssed ravimeetodeid ja otsida uusi vahendeid, mis soodustaksid luu regeneratsiooni, sest just puudulik konsolidatsioon osutus invaliidistumise peamiseks põhjuseks. Teatavasti võib aeglast konsolidatsiooni sageli täheldada kildudega või ristimurdude puhul sääreluu alumises osas, kus ka osteosüntees metalliga ei lühenda alati konsolidatsiooni aega. Neil juhtudel tuleb kaaluda ja uurida primaarse osteoplastika otstarbekust luu regeneratsiooni stimuleerimisel ja lisada osteosünteesil fiksaatorile spongioosne autotransplantaat, nagu seda eduga kasutatakse vanade murdude ja pseudoartrooside ravis. Ka lahtiste murdude ravis, kus teatavasti täheldatakse kõige rohkem puudulikku konsolidatsiooni, võib leida võimalusi varajaseks osteoplastiliseks operatsiooniks, eriti juhtudel, kui ei esine pehmete kudede suuri vigastusi ega nahadefekte ja võib arvestada haava esmaspingset paranemist 2—3 nädala jooksul. Selle aja möödudes võib teha osteosünteesi autotransplantaadi lisamisega murru piirkonda.

Võitluses traumatismiga tuleb nii käitiste administratsioonidel kui ka töölistel enestel kinni pidada ohutustehnika eeskirjadest. Nagu näitavad andmed, on vaja ohutustehnika eeskirjade täitmist eriti rangelt kontrollida silmavigastuste vältimiseks.

Luumurdude ravi edukus oleneb suurel määral õigest esmaabist. Tuleb organiseerida spetsiaalsed traumatoloogia-ortopeedia osakonnad ja varustada need kaasaegse aparatuuri, instrumentaariumi ja transplantatsioonimaterjaliga. Ainult sel puhul on võimalik rakendada kõiki uusimaid ravimeetodeid.

ТРАВМА И ИНВАЛИДНОСТЬ

Б. Энилине

Резюме

Согласно данным о результатах лечения больных с травмами в лечебных учреждениях г. Таллина из травм с исходом в инвалидность первое место занимают переломы, второе — ампутации и третье — прочие травмы.

Из переломов наибольшее количество случаев, заканчивающихся инвалидностью, дают переломы трубчатых костей нижних конечностей, причем основной причиной ее является недостаточная консолидация.

MAOVEREJOOKSUDE PÕHJUSTEST JA DIAGNOOSIMISEST

E. RUUS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dots. *H. Petlem*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Maoverejooksud on aastaid püsinud kirurgias aktuaalse probleemina. Letaalsus maoverejooksude puhul on keskmiselt 10%. N. Markoff (20) esitab 21 autori andmed 13974 verejooksuga haavandtõvehaige kohta (letaalsus 7,8%, kõikumisega 1,0—25,0%), ning samuti 21 autori andmed 517 mitmesuguse etioloogiaga maoverejooksuga haige kohta (letaalsus 0,2%). B. Rozanovi (7) andmetel suri 909 haigest 100, s. o. 11,1%. Operatiivse ravi laialdasema rakendamisega viimastel aastatel on küll ravitulemused haavandtõvest tingitud maoverejooksude puhul tunduvalt paranenud, kuid samuti on sagenenud nende juhtude arv, kus operatsioonil ei leitud haavandit, mida peeti verejooksu põhjuseks. B. Rozanovi (7) andmeil 20 haigest, kellel tehti diagnoosimisvea tõttu proovilaparotoomia, suri 4, s. o. 20%. Analoogiliste andmete alusel teistelt autoritelt soovitatakse ja rakendatakse paljudes kliinikutes kõikide maoverejooksude puhul konservatiivset ravi. Teiselt poolt propageeritakse aktiivset kirurgilist ravi verejooksude puhul, mille põhjuseks on haavand. Aktiivse kirurgilise ravi eelduseks on verejooksu põhjuse diagnoosimine, mis, nagu meie kliiniku ja ka kirjanduse andmed näitavad, on sageli seotud suurte raskustega.

1958. ja 1959. a. on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgia osakondades maoverejooksu sümptoomidega ravil viibinud 42 haiget. Verejooksude põhjused on esitatud tabelis 1.

Tabel 1

Maoverejooksude põhjused Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgia osakondades 1958/59. a.

Diagnoos	Haigete arv
Ulcus ventriculi	12
Ulcus duodeni	12
Cirrhosis hepatis	9
Gastritis haemorrhagica	3
Carcinoma ventriculi	1
Thrombosis venae lienalis	1
Fibromyoma oesophagi	1
Hypernephroma metastaticum hepatis	1
Leucosis acuta	1
Põhjus selgitamata	1

Nagu selgub tabeli 1 andmetest, esines haavandtõbi verejooksu põhjusena 24 haigel (57%). Sageduselt järgnesid maksatsirroos (21%) ja hemorraagiline gastriit (7%).

Tabel 2

Haavandtõve esinemine maoverejooksu põhjusena

Autor	Haigete arv	Neist haavandtõvega	% %
B. Rosanov (7)	1134	828	73%
N. Bobrova (1)	185	137	74%
H. Eads (15)	129	104	80%
W. Clark (16)	112	94	83%
S. Mage, A. Payson (21)	150	85	59%
R. Loe (19)	94	69	73%

Kirjanduse andmetel on gastrointestinaalsete verejooksude põhjuseks 60—80% juhtudest haavandtõbi. Tabelis 2 on toodud mõnede autorite andmed haavandtõve esinemise kohta maoverejooksu põhjusena.

Diagnostilisi raskusi illustreerivad kõige paremini andmed erakorralistel näidustustel opereeritud haigetest. Tabelis 3 on esitatud andmed 17 opereeritud haige kohta, kellel enne operatsiooni diagnoositi verejooksu põhjusena haavandtõbi.

Tabel 3

Erakorralistel näidustustel opereeritud haigete diagnoosid (diagnoos enne operatsiooni: haavandist põhjustatud verejooks)

Postoperatiivne diagnoos	*Resectio ventriculi*		*Laparotomia probata*		Kokku	
	Opereeritud	Suri	Opereeritud	Suri	Opereeritud	Suri
Ulcus ventriculi et duodeni	10	2	—	—	10	2
Carcinoma ventriculi	1	—	—	—	1	—
Cirrhosis hepatis	1	1	1	—	2	1
Gastritis haemorrhagica	—	—	2	—	2	—
Hypernephroma metast. hepatis	—	—	1	1	1	1
Põhjus selgitamata	—	—	1	—	1	—
Kokku	12	3	5	1	17	4

Ühel haigel teostati maksatsirroosist tingitud verejooksu puhul ekslikult maoresektsioon ning õige diagnoos püstitati alles lahangul.

Kliiniliste andmete kõrval pakuvad huvi ka patoloogide poolt esitatud lahanguandmed. B. Rozanovi (7) andmetel olid 394 maoverejooksu tõttu surnul veritsemise põhjused järgmised: haavandtõbi — 49,4%, maovähk — 15,9%, maksatsirroos — 8,9%, verehaigused — 7,4%, aordi ruptuurid — 5,1%, muud — 3,3%.

Arvestades meie kliinilisi andmeid ja kaasaegse kirurgilise ravi võimalusi peame otstarbekaks jagada maoverejooksude põhjused 3 rühma: 1) mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi, 2) portaalhüpertensiooni sündroom, 3) muud põhjused.

1. Haavandtõvest tingitud esmakordse verejooksuga viibis ravil 15 haiget, korduvate verejooksudega 9 haiget. 16 haigel teostati maoresektsioon ja 1 haigel perforeerunud maohaavandi suturatsioon. Opereeritud haigetel ühtisid saate- ja vastuvõtudiagnoosid kliiniliste diagnoosidega. 2 haiget haigestusid ootamatu vereoksendamisega, teistel haigetel esinesid prodromaalnähud maokaebuste ägenemise näol. Hospitaliseerimisel olid haigete hemoglobiiniväärtused järgmised: üle 70 Ü — 8 haigel, 50—70 Ü — 5 haigel, alla 50 Ü — 11 haigel. Leukotsüütide arv oli hospitaliseerimisel normi piires või mõõdukalt kõrgenenud. 8 opereeritul ja 2 konservatiivselt ravitud haigel oli haavandtõbe võimalik diagnoosida anamnestiliste andmete põhjal. Verejooksu kõrgperioodis seedetrakti ei röntgenoskopeeritud. Konservatiivselt ravitud haiged lahkusid paranenult. Operatiivselt ravitud haigetest suri 2 postoperatiivsete komplikatsioonide tõttu (müokardi infarkt, hüpostaatiline pneumoonia).

Haavandtõve diagnoosimisel on anamnestiliste andmete kõrval vajalik ka mõningate objektiivsete uurimismeetodite kasutamine. Kuni käesoleva ajani on meil liigse kartusega suhtutud seedetrakti röntgeno-

loogilisse uurimisse verejooksu ajal. Kirjanduse andmeil ei näi selline kartus olevat põhjendatud. M. Salman (8) esitab nõude, et ebaselge etioloogiaga ägeda maoverejooksuga haiget peab röntgenoskoopiliselt uurima esimestel tundidel pärast hospitaliseerimist. Uurimise metoodika esitas 1937. a. A. Hampton (17). M. Salman (8) rakendas röntgenoskoopiat 62 haigel ilma tüsistusteta, kusjuures 27 opereeritud haigel operatsioonileid vastas röntgenoloogilisele diagnoosile. Analoogilisi andmeid esitas L. Rigler (23), kes röntgenoskopeeris aneemilisi raskesti haigeid ja teostas sihtvõtteid samaaegselt vereülekandega. Ka S. Geinats ja A. Ivanov (3) soovitavad röntgenoskoopiat A. Hamptoni meetodil.

Gastroskoopia ja ösofagoskoopia verejooksu kõrgperioodil ei oma B. Rozanovi (7) andmeil olulist diagnostilist väärtust. E. Walker (24) soovitab gastroskoopiat söögitoru veenikomude diagnoosimiseks — nimetatud meetodiga olevat need paremini diagnoositavad kui ösofagoskoopiliselt.

2. Portaalse hüpertensiooni sündroomiga haigetel diagnoositi kliiniliselt maksatsirroosi. Saate- ja vastuvõtudiagnoosid olid järgmised: *cirrhosis hepatis, varices oesophagi* — 5, maoverejooks haavandist — 2 ja *cholecystitis et cholangitis* — 2 juhtu. Anamnestiliselt esinesid kõigil haigeil korduvad vereoksendamised kuni 10 a. jooksul. 4 haiget olid varem põdenud maksa- või sapiteede põletikku. Ühel haigel oli 8 aastat varem maoverejooksu tõttu magu resetseeritud, kusjuures verejooksud hakanud uuesti korduma 2 a. pärast operatsiooni. Astsiiti ja splenomegaaliat konstateeriti 3 haigel. Leukopeenia (kuni 1700 leukotsüüti) esines 8 haigel. Maksa funktsionaalsed proovid (Quick'i, Takata-Ara, veronaalitümooli-, kadmiumi- või sublimaadiproovid) viitasid maksa parenhüümi kahjustusele. Hüpoproteineemia — eriti albumiinide languse arvel — ning trombotsütopeenia esinesid 3 haigel, kellel tehti vastavad uuringud. Röntgenoskoopiliselt leiti ühel haigel söögitoru veenikomud ja ühel haigel krooniline gastriit.

Splenoportograafia koos põrnasisese rõhu määramisega teostati 2 haigel. Põrnasisene rõhk oli neil 390 ja 460 mmH_2O (norm kuni 200 mmH_2O). Mõlemal haigel esines maksatsirroosist tingitud portaalse hüpertensiooni sündroom.

Kahel haigel tehti eksliku diagnoosi tõttu (diagnoositi haavandi-verejooksu) laparotoomia. Ühel haigel resetseeriti magu, kuna ka operatsioonil ei pandud õiget diagnoosi ning peeti maolimaskestal leiduvat erosiooni haavandiks. Pärast operatsiooni sellel haigel vereoksendamised kordusid ja patsient suri komplikatsioonina kaasunud kopsupõletiku tõttu. Lahangul diagnoositi atroofilist maksatsirroosi. Teisel profuusse veritsemisega opereeritud haigel teostati proovilaparotoomial gastrotoomia ning haavandi mitteleidmisel diagnoositi maksatsirroosi.

Sisuliselt kuulub siia haigete gruppi ka lienaalse hüpertensiooni sündroomiga patsient. Tegemist oli 14 a. vanuse tütarlapsega, kellel esinesid korduvalt vereoksendamised. Objektiivselt leiti haigel splenomegaalia, leukopeenia ja röntgenoskoopiliselt söögitoru veenikomud. Splenoportograafial leiti põrnasisese rõhu kõrgenemine (480 mmH_2O) ning *vena lienalis*'e sulgus.

Portaalse hüpertensiooni puhul esineb anamnestiliselt tavaliselt maksa- või sapiteede haigestumisi. Objektiivselt võib leida muutusi maksa ja põrna palpeerimisel, astsiiti, *caput meduasae*'t, Cruveilhier-Baumgarteni sümptoomi (*ligam. falciforme hepatis*'e veenidest lähtunud subkutaanne veenikomu *linea alba*'l) (2, 20, 24). Laboratoorsetes analüüsides esinevad hüpersplenismile ja maksakahjustusele iseloomulikud muutused — leukopeenia, trombotsütopeenia, seerumi kõrgenenud bilirubiiniväärtused. Takata-Ara, tümooli-, kadmiumi- ja sublimaadiproovid omavad diagnostilist väärtust koos kliiniliste sümptoomidega. Kirjandu-

ses soovitatud broomsulfaleiinitesti (14, 24) ei ole meie kliinikus preparaadi puudumise tõttu rakendatud. Vere valgufraktsioonide määramine on suure diagnostilise väärtusega (2 ,11, 14), kuid aeganõudev ja praktiliselt veel raskesti teostatav. Spetsiaalsetest uuringutest on praktikas kõige kindlamaks osutunud splenoportograafia koos põrnasisese rõhu määramisega (2, 11, 12, 22, 24). Põrnasisese rõhu puhul kuni 250 mmH_2O ei esine portaalse ringe häireid (2, 24). Selle meetodiga on võimalik õigesti diagnoosida ka juhtudel, kus muud kliinilised ja laboratoorsed andmed on normi piires.

Söögitoru veenikomud on veritsemise perioodil röntgenoskoopiliselt ja ösofagoskoopiliselt harva diagnoositavad (7, 24).

3. Maoverejooksude puhul, mis olid tingitud muudest põhjustest (3 haiget), diagnoositi hemorraagilist gastriiti. Need haiged hospitaliseeriti haavandi verejooksu diagnoosiga. Tegemist oli korduvate verejooksudega ja aastaid kroonilise gastriidi diagnoosiga ambulatoorsel ravil viibinud haigetega. Kliinilisel uurimisel leiti aneemia, leukopeenia, kadmiumiproov positiivne. Ühel haigel teostati kohesel laparotoomial gastrotoomia, kusjuures veritsemise põhjust ei leitud. Kõhuõõne kontrollimisel sedastati põrna mõõdukat suurenemist. Ka teisel haigel ei selgunud laparotoomial verejooksu põhjus. Kõigil kolmel haigel puudusid anamnestiliselt hemorraagilist gastriiti põhjustavad tegurid. Objektiivsed andmed (leukopeenia, positiivne kadmiumiproov, põrna suurenemine 1 haigel) viitavad neil juhtudel portaalse hüpertensiooni võimalusele.

Kogemused näitavad, et hemorraagilise gastriidi diagnoosi püstitamisel puuduvad sageli andmed selle haiguse põhjuse kohta. Hemorraagiline gastriit on kujunenud nn. hädadiagnoosiks, kui verejooksu tegelikku põhjust ei ole suudetud välja selgitada.

Üksikjuhtudena esinesid maoverejooksud mao- ja söögitoru tuumorite puhul. Maoverejooksuga vähihaige hospitaliseeriti haavandiverejooksu diagnoosiga. Operatsioonil diagnoositi samuti maohaavandit ning teostati maoresektsioon. Hilisemal patohistoloogilisel uurimisel selgus, et tegemist oli *carcinoma ventriculi*'ga.

Söögitoru tuumorist tingitud verejooksuga haigel püstitati diagnoos röntgenoskoopiliselt (patohistoloogiliseks diagnoosiks oli fibromüoom).

Verehaigustest hemofiilia, Osleri tõbi, müeloiline ja lümfaatiline leukeemia, trombopeeniad ning neist tingitud hemorraagilised diateesid esinevad maoverejooksu põhjusena harva (7, 9, 13, 20). Meil oli äge müeloiline leukeemia maoverejooksu põhjuseks 27 a. vanusel meeshaigel, kellel diagnoos pandi vereanalüüsi alusel ja leidis kinnitust järgnenud lahangul.

Maksa lagunev metastaatiline tuumor (hüpernefroom) põhjustas maoverejooksu 24 a. vanusel meeshaigel, diagnoos selgus laparotoomial.

Maoverejooksu põhjus jäi selgitamata ühel haigel, vaatamata proovilaparotoomiale ja gastrotoomiale. Analoogilisi juhte kirjeldab I. Jankelson (18), kes 685 maoverejooksuga haige kohta leidis 60 (9%) selgitamata põhjusega juhtu.

Kirjanduses on loetletud veel mitmeid gastrointestinaalsete verejooksude harva esinevaid põhjusi (5, 7, 9, 20), mida tuleb diferentsiaaldiagnostiliselt arvestada. B. Rozanov (7) esitab nõude diferentsida esmajärjekorras haavandiverejooksu mittehaavandilisest. Arvestades portaalse hüpertensiooni kirurgilise ravi kogemusi ning selle küllalt suurt osatähtsust maoverejooksu põhjusena, peame otstarbekaks portaalsest hüpertensioonist tingitud verejooksude diferentsimist haavandilistest ja muudel põhjustel esinevatest verejooksudest.

Järeldused

1. Ainuüksi anamnestilised andmed ei ole küllaldased gastrointestinaalsete verejooksude põhjuse selgitamiseks.

2. Haavandtõvest, portaalsest hüpertensioonist ja muudest põhjustest tingitud verejooksude diferentsimine on vajalik ravimeetodite erinevuse tõttu.

3. Hemorraagilist gastriiti kui väga haruldast maoverejooksu põhjust võib diagnoosida ainult selgete anamnestiliste ja objektiivsete andmete alusel.

4. Diagnoosimise ja ravi kvaliteedi tõstmise huvides on vajalik, et kirurgia statsionaaride juures töötaksid biokeemia laboratooriumid.

KIRJANDUS

1. Боброва Н. В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения и их лечение. Автореф. дисс. Воронеж, 1959. — 2. Гальперин Э. И. Опыт диагностики и лечения портальной гипертонии. Автореф. дисс. М., 1959. — 3. Гейнац С. В. и Иванов А. А. Вестн. хирургии, 1956, 77, 1, 9—17. — 4. Корякина Т. О. Вестн. хирургии, 1957, 7, 28—35. — 5. Кузнецов В. А. Вестн. хирургии, 1958, 2, 83—89. — 6. Пациора М. Д. Вестн. хирургии, 1958, 2, 65—71. — 7. Розанов Б. С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. М., 1960. — 8. Сальман М. М. Клинич. медицина, 1959, 37, 4, 65—69. — 9. Федотова Р. Г. Вестн. хирургии, 1958, 2, 89—94. — 10. Шафер И. И. Вестн. хирургии, 1958, 2, 58—65. — 11. Шишкин В. П. и Аврущкий М. Я. Вестн. хирургии, 1958, 2, 53—58 — 12. Atkinson, M. and Sherlock, S. Lancet, 1954, 266, 6826, 1325—1327. — 13. Blakemore, A. H. Current Surgical Management. Philadelphia and London, 1957. — 14. Blakemore, A. H. Christopher's Textbook of Surgery VI Ed. Philadelphia, 1956. — 15. Eads, H. J. A. M. A., 1946, 131, 891. — 16. Clark, W. E. South. Med. J., 1945, 38, 24. — 17. Hampton, A. Amer. J. Roentgenol., 1937, 38, 565. — 18. Jankelson I. R. Gastroenterology, 1945, 5, 96—101. — 19. Loe, R. H. Arch. Surg., 1950, 61, 183. — 20. Markoff, N. Klinik und Therapie der massiven Magendarmblutung. Bern, 1950. — 21. Mage, S. and Payson, A. B. Surg. Gynecol. and Obstetr., 1960, 111, 1, 66—72. — 22. Pratt, G. H. Cardiovascular Surgery. Philadelphia, 1954. — 23. Rigler, L. G. Arch. Surg., 1959, 78. 4, 513—515 — 24. Walker, R. M. The Pathology and Management of Portal Hypertension. London, 1959.

Saabus toimetusse 5. juunil 1961. a.

О ПРИЧИНАХ И ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Э. Руус

Резюме

В хирургических отделениях Тартуской республиканской клинической больницы в 1958—1959 гг. по поводу желудочного кровотечения находились на лечении 42 больных.

Причинами острых желудочно-кишечных кровотечений были: у 12 больных — язва желудка, у 12 — язва двенадцатиперстной кишки, у 9 — цирроз печени, у 3 — геморрагический гастрит, у 1 — рак желудка, у 1 — тромбоз селезеночных вен, у 1 — фиброма пищевода, у 1 — метастазы гипернефромы в печень и у 1 — острый лейкоз. В одном случае причина кровотечения не была установлена.

По неотложным показаниям 17 больных с диагнозом «острое желудочное кровотечение язвенного происхождения» были подвергнуты оперативному вмешательству Во время операции диагноз подтвердился только у 10 больных. Из 7 остальных — у 1 был установлен рак желудка, у 2 — цирроз печени, у 2 — геморрагический гастрит, у 1 — обнаружены метастазы гипернефромы в печень. В одном случае причина кровотечения не была установлена.

Острые желудочные кровотечения следует подразделить по их происхождению на 3 группы: 1) при язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, 2) при синдроме портальной гипертензии и 3) остальные.

Для более точного выяснения причин высоких гастроинтестинальных кровотечений недостаточно основываться только на данных анамнеза и обычных клинических исследований. Из диагностических методов наряду с другими клиническими и лабораторными исследованиями следует применять рентгеноскопию по А. Хамптону, спленографию, функциональные пробы печени.

В целях точного диагностирования и определения правильного лечения профузных желудочных кровотечений необходимо обеспечить соответствующие стационары более широкими возможностями для проведения биохимических исследований.

VÄIKESE VAAGNA VEGETATIIVSETE NÄRVIDE TOPOGRAAFIAST KIRURGIA SEISUKOHALT

Ü. VALVERE

(NSVL Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudist, direktor professor *A. Serebrov*)

Tuleb nõustuda N. I. Pirogovi arvamusega, et olgu anatoomi uurimused kuitahes täpsed, ei ole ta tähelepanu pööranud just nendele üksikasjadele, mis kirurgile on väga olulised, kuid anatoomile vähemtähtsad [V. Ševkunenko ja A. Gesselevitš (3)]. Sageli leiame operatsioonilaual, et õpikus esitatud topograafilised normid ei vasta tegelikkusele. Tavaliselt ei ühti keskmised normid elundite tegeliku asetuse ja täpse vormiga.

Käesolevas töös iseloomustatakse väikese vaagna vegetatiivsete närvipõimikute topograafilist anatoomiat ja hinnatakse seda operatsioonitaktika aspektist.

Uurimused teostati 13 laibal (8 meest ja 5 naist 25—84 aasta vanuses). Materjaliks kasutati väikese vaagna elundite preparaate, mida eelnevalt töödeldi 3%-lise äädikhappe- ja 1%-lise formaliinilahusega 10—14 päeva vältel. Prepareerimine toimus makromikroskoopilisel meetodil binokulaarse luubi kaasabil.

Üheks olulisemaks väikese vaagna elundite närvikeskuseks on *pl. praelumbosacralis* [*seu pl. hypogastricus sup.* (1, 4, 11)]. R. Sinelnikovi (2) järgi asub *pl. praelumbosacralis a. iliaca communis*'te, enamasti aga *a. sacralis media* ja *a. iliaca communis sin.* vahelisel alal. Samal ajal märgib L. Elaut (5), et *pl. praelumbosacralis* esineb ühiste niudearterite ja promontooriumi poolt moodustatud kolmnurga vasakus pooles ainult $^1/_3$ juhtudest.

Meie andmetel kujutab *pl. praelumbosacralis* enamasti koondunud närvipõimikut, mis paikneb suuremal osal juhtudest *a. iliaca communis sin.* ja *a. sacralis media* vahelisel alal. Üksikutel juhtudel võib aga *pl. praelumbosacralis* esineda hajutatuna ja hõivata kogu piirkonna ühiste niudearterite vahel.

Pl. praelumbosacralis asetseb vahetult peritoneumi parietaalse lestme all ning kulgeb magistraalse tüübi puhul kahe peaaegu paralleelse väädina, mille distants teineteisest on 1,5—2,0 sm. Hajutatud tüübi puhul moodustavad närvikiud ja -ganglionid ühtlase võrgustiku. Seda fakti tuleb silmas pidada presakraalse sümpatektoomia ja *a. haemorrhoidalis superior*'i ligeerimisel rektumi kartsinoomi radikaalsete operatsioonide korral.

Kirjanduse andmeil võib *pl. praelumbosacralis* lõppeda allpool promontooriumi (2, 4, 6), selle kõrgusel (5) või koguni kõrgemal (1, 7). Toodud andmed näitavad veel kord variantide mitmekesisust väikese vaagna vegetatiivse närvisüsteemi topograafias.

Meie uurimused näitavad, et *pl. praelumbosacralis* ulatub kaudaalses osas enamikul juhtudel 1,0—2,5 sm allapoole promontooriumi. Üksikutel juhtudel võib ta aga lõppeda neeme kõrgusel või kuni 1,5 sm sellest kraniaalsemal. *Pl. praelumbosacralis*'e lõpposas, üleminekul vasakuks ja paremaks *pl. hypogastricus*'eks, esineb peen närvivõrgustik, mille G. A. Mitchell (9) nimetas *pl. hypogastricus medius*'eks.

Abdominoperineaalsetel operatsioonidel rektumi kartsinoomi puhul võib kergesti vigastada *pl. hypogastricus medius*'t ja *pl. praelumbosacralis*'e alaosa, kui *a. et v. sacralis media* ligeeritakse liiga kõrgelt. Seepärast on soovitatav nimetatud veresooned ligeerida 2,5—3,0 sm allpool promontooriumi.

Meie andmetel on *pars dorsalis pl. hypogastrici sin.* ja *dex.* vahel tunduvad topograafilised erinevused. Paremal pool kulgeb *pars dorsalis* ristluu keskjoone suunas, ristub *a. sacralis media*'ga terava nurga all I ristluulüli kõrgusel ning suundub laterokaudaalsele, asetudes *a. hypogastrica*'st 1,5—2,0 sm mediaalsemal (vt. tahvel I, joonis 1). Vasakul kulgeb *pars dorsalis* piki ristluud laterokaudaalses suunas, asetsedes *a. hypogastrica*'st 1,0—1,5 sm mediaalsemal. On oluline märkida, et *pars dorsalis pl. hypogastrici sin.* on rektumi ülemise ampullaarosa poolt nagu surutud vastu vaagna lateraalseina, omades seega võrdlemisi tiheda kontakti jämesoole rektosigmoidosaga. Seetõttu asub *pars dorsalis pl. hypogastrici* vasakul pool 1,0—1,5 sm võrra parempoolsest ventraalsemal (vt. tahvel I, joonis 2).

Topograafiliste erinevuste tõttu tekib väikese vaagna elundite operatsioonidel nii närvipõimikute kui ka kusejuha vigastusi tunduvalt sagedamini vasakul pool. Tüsistuste vältimiseks radikaalsetel operatsioonidel rektumi kartsinoomi puhul on soovitatav sigma mobilisatsioonil kasutatav parietaalse peritoneumi lõige teostada mitte rohkem kui 1 sm kaugusel soole lateraalseinast.

Pars ventralis pl. hypogastrici [*seu pl. pelvicus* (1, 4, 8, 10)] on lateraalselt piiratud *fascia pelvis*'ega ja ta asetus vastab III—V eesmisele sakraaljuurele (vt. tahvel I, joonis 2). Ainult oma algosas puutub *pars ventralis* kokku parietaalse peritoneumiga. Mediodorsaalselt piirab *pars ventralis*'t rektumi ülemine ja keskmine ampullaarosa, medioventraalselt seemnepõiekesed meestel ja tupe külgosa naistel.

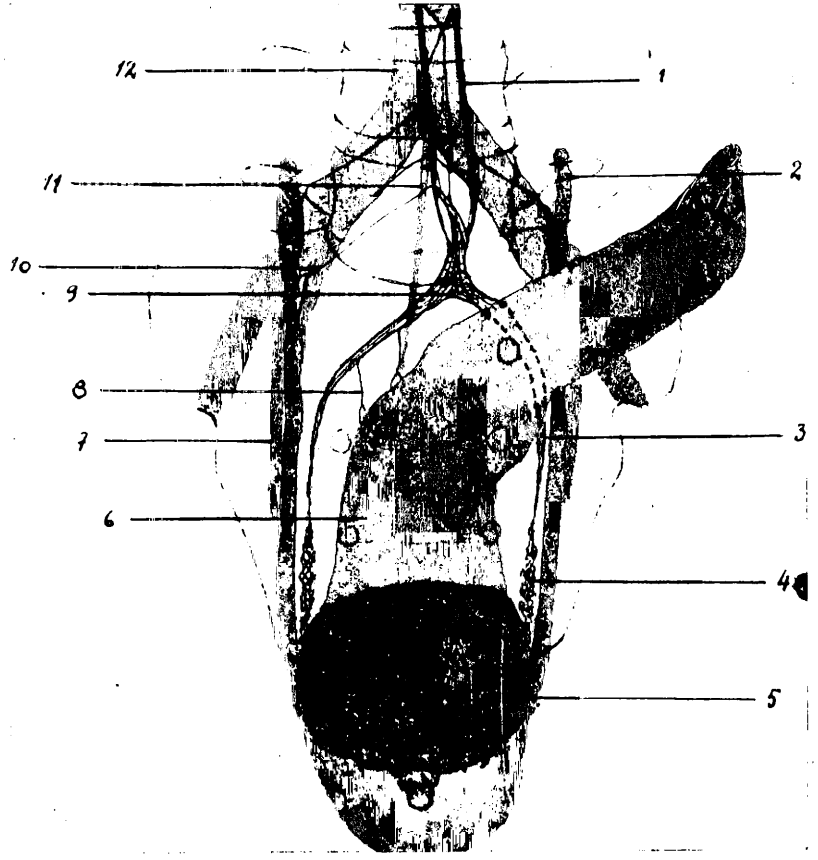
Suurt tähtsust vaagnaorganite parasümpaatilises innervatsioonis omavad *nervi splanchnici sacrales.* Nimetatud närvid algavad eesmistelt sakraaljuurtelt III ja IV sakraallüli kõrgusel, s. t. kohal, kus *os sacrum* on kõige konkaavsem (*inflexio sacralis*). *Nn. splanchnici sacrales* asuvad *fascia pelvis*'e (katab *pars ventralis pl. hypogastrici*'t lateraalselt) ja *rami anteriores nn. sacrales*'te vahel.

Topograafilise asendi tõttu on *nn. splanchnici sacrales*'te vigastamine rektumi radikaalsete operatsioonide korral vähem reaalne. On vajalik märkida, et rektumi mobiliseerimisel väikeses vaagnas võib siiski vigastada *nn. splanchnici sacrales*'eid koos *pars ventralis pl. hypogastrici*'ga juhul, kui kirurg kaotab operatsiooni ajal soole seinaga kontakti.

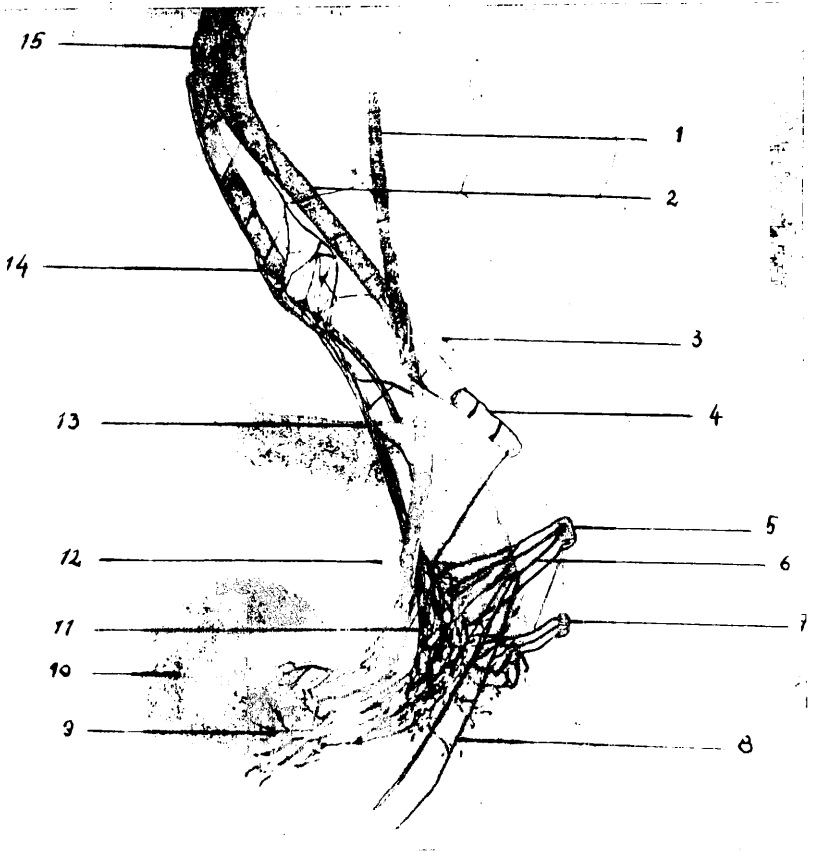
Ettekujutus närvivarustuse variantidest võimaldab kirurgil väikeses vaagnas paremini orienteeruda, eriti rektumi kartsinoomi radikaalsete operatsioonide puhul, mil tekib sageli närvipõimikute vigastusi.

KIRJANDUS

1. Рубашев С. М. Труды Белорусского Государственного Университета. Минск, 1925. 8—10, 95—124. — 2. Синельников Р. Д. Нервы мочевого пузыря человека. Материалы к макро-микроскопии вегетативной нервной системы и желез слизистых оболочек кожи. М., 1948, 121—178. — 3. Шевкуненко В. Н., Геселевич А. М. Типовая анатомия человека. Л., 1935. — 4. Curtis, A. N., Anson, B. J., Ashley, F. L. and Jones, T. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1942, 75, 6, 743—750. — 5. Elaut, L. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1932, 55, 5, 581—589. — 6. Gray, H. Anatomy of the human body. Philadelphia, 1955. — 7. Jung, Ph. Monatschr. Geburtsh. und Gynäkol., 1905, 21, 1—20. — 8. Langley, J. N. and Anderson, H. K. J. Physiol., 1896, 20, 1, 372—406. — 9. Mitchell, G. A. Cardiovascular innervation. Edinburgh and London, 1956, 128—159. — 10. Snow Beck, T. Philos. Trans. Roy. Soc. London, Part II, 1846, 213—235. — 11. Testut, L. Traité D' Anatomie Humaine. Paris, 1930, 413—432.



Joonis 1. *Pl. praelumbosacralis*-magistraalne tüüp: 1) *pl. praelumbosacralis*, 2) *ureter*, 3) *pars dorsalis pl. hypogastrici*, 4) *pars ventralis pl. hypogastrici*, 5) *vesica urinaria*, 6) *intestinum rectum*, 7) *a. hypogastrica*, 9) *pl. hypogastricus medius*, 11) *a. sacralis media*



Joonis 2. *Nn. splanchnici sacrales* ja *pars ventralis pl. hypogastrici*: 1) *ureter*, 2) *a. iliaca communis*, 3) *a. iliaca externa*, 5) *ramus anterior n. sacralis III*. 6) *nn. splanchnici sacrales*, 10) *vesica urinaria*, 11) *pars ventralis pl. hypogastrici*, 12) *intestinum rectum*, 13) *pars dorsalis pl. hypogastrici*, 14) *pl. praelumbosacralis*, 15) *aorta adbominalis*

Märkus. Seletuseta numberviited ei ole käesoleva töö seisukohalt olulised.

Foto 1. 6-aastase lapse alalõualuu parempoolse osa röntgenogramm, tehtud 1 kuu pärast ägeda osteomüeliidi põdemist; näha moodustuv sekvester alalõuanurga (*angulus mandibulae*) piirkonnas

Foto 2. Sama laps 7 kuud pärast ägeda osteomüeliidi põdemist. Röntgenogrammil on näha jäävhamba ($\overline{7}$ hammas) folliikuli põletik (all paremal)

Foto 3. Haige U. V. ülemiste lõikehammaste röntgenogramm enne operatsiooni. Näha destruktsioonikolle $\underline{2}$ hamba juuretipu piirkonnas

Foto 4. Sama haige röntgenogramm 9 kuud pärast operatsiooni. $\underline{2}$ hamba resetseeritud juuretipu kohal on alanud luu taastumine (juurekanal täidetud tsementfosfaadiga)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОПОГРАФИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НЕРВОВ МАЛОГО ТАЗА

Резюме

Ю. Валвере

При оперативном вмешательстве часто наблюдается несоответствие положения сосудов. нервов и органов с топографией, изложенной в руководствах. Средние нормы обычно не совпадают с действительным положением и точной формой органов, особенно в условиях патологии.

Из этого вытекает необходимость рассматривать вопрос с позиции типовой анатомии. В данной работе представлены крайние типы вегетативной нервной системы таза и дается их характеристика с точки зрения хирургической тактики.

Предпояснично-крестцовое сплетение (*pl. praelumbosacralis*) в основном располагается в пространстве между средней крестцовой артерией и левой общей подвздошной артерией. Но в редких случаях оно занимает почти все пространство между обеими общими подвздошными артериями. Это нужно учитывать при предпоясничной симпатэктомии и при выполнении радикальных операций по поводу рака прямой кишки.

В каудальном направлении предпояснично-крестцовое сплетение в большинстве случаев располагается на 1,0—2,5 см ниже мыса, но может располагаться также и на уровне мыса или на 1,5 см выше его.

При брюшно-промежностных операциях по поводу рака прямой кишки имеется реальная возможность повреждения нижней части сплетения в случае слишком высокой перевязки средних крестцовых сосудов.

Существенное топографическое различие имеется между задней частью левого подчревного сплетения и задней частью правого (*pars dorsalis pl. hypogastrici sin. et dex.*). Слева она как бы прижата прямой кишкой к боковой стенке малого таза и тесно соприкасается с ректо-сигмовидным отделом прямой кишки.

При операции на органах малого таза повреждения как нервных сплетений, так и мочеточника, отмечаются слева значительно чаще чем справа. Во избежание указанных повреждений при радикальных операциях по поводу рака прямой кишки желательно производить разрез париетального листка брюшины не дальше чем на 1 см от наружной переходной складки брюшины сигмовидной кишки.

Возможность повреждения висцеральных крестцовых нервов (*nervi splanchnici sacrales*) менее реальна, поскольку они находятся между тазовой фасцией, покрывающей переднюю часть подчревного сплетения, и передними крестцовыми корешками. Однако если хирург при освобождении прямой кишки в малом тазу несколько больше отступит от стенки кишки, не исключена возможность повреждения этих нервов вместе с передней частью подчревного сплетения, с которым соединяются висцеральные крестцовые нервы.

Знание вариантов иннервации способствует лучшей ориентировке хирурга в малом тазу, в частности при радикальных операциях по поводу рака прямой кишки, во время которых часто происходит повреждение нервных сплетений.

ÄGEDATEST LÕUALUUDE OSTEOMÜELIITIDEST LASTEL

M. LÕVI

(S. M. Kirovi nim. Riikliku Arstide Täiendusinstituudi näo- ja lõualuude kirurgia kateedrist, juhataja NSVL Arstiteaduse Akadeemia korrespondeeriv liige professor *A. Limberg*)

Lõualuude osteomüeliit võib esineda igas vanuses, mõned autorid [L. Ombrédanne (12), G. Port, H. Euler (13)] on aga arvamusel, et sagedamini tuleb seda ette lastel ja noorukitel. I. Lukomski (6) andmetel on lõualuude osteomüeliiti põdevate hospitaliseeritud haigete hulgas 1 kuni 15 aasta vanuseid lapsi umbkaudu 8,4%, H. Dobkina (3) andmetel — 14,5%.

Kliinilistest tähelepanekutest Leningradi Rauchfussi-nimelise Lastehaigla kirurgia osakonnas 1960.—1961. a. nähtub, et stomatoloogilistest haigustest moodustas lõualuude osteomüeliit 20%.

Käesolevas töös analüüsime osteomüeliidi tekkimise ja laste hospitaliseerimise põhjusi, samuti ravimise ja profülaktika probleeme. Töös vaa-

deldakse 198 haigusjuhtu. Vanuse järgi jaotusid haiged järgmiselt: kuni 1 a. — 3 (1,5%), 1—3 a. — 8 (4,0%), 3—6 a. — 46 (23,0%), 6—9 a. — 64 (32,3%), 9—12 a. — 42 (21,2%), 12—15 a. — 35 (18,0%).

198 haigest 195-l esines odontogeenne (hambast tingitud) osteomüeliit ja 3 imikul hematogeenne osteomüeliit; kirjanduses toodud andmetel on suhe ligikaudu samasugune. V. Uvarovi (7) järgi on lõualuude osteomüeliitidest 98% odontogeensed ja 2% hematogeensed ning traumaatilised. Odontogeensed osteomüeliidid tekivad seoses hambasööbijaga, mis võib aga teatavasti esineda juba 1,5—2 a. vanustel lastel. Sealjuures progresseerub hambakaaries 7 kuni 14 aasta vanustel lastel tunduvalt [Z. Knychalska-Karwan (10)].

Osteomüeliidi kaugelearenenud vormid, mis nõuavad haige hospitaliseerimist, on sageli tekkinud diagnoosimisvigadest ja sellest tingitud ebaõigest ravist. 198 haigest 82-l (41,5%) erines saatediagnoos kliinilisest diagnoosist: 20 juhul oli diagnoositud submandibulaarse looži (regiooni) flegmooni, 19 juhul lõualuu piirkonna flegmooni, 14 juhul submandibulaarset lümfadeniiti ja adenoflegmooni, 11 juhul suupõhja flegmooni, 9 juhul periostiiti ja 9 juhul väga mitmesuguseid haigusi (haimoriiti, tonsilliiti, submaksilliiti jt.). Kuigi lõualuu osteomüeliidi tüsistustena esinevad sageli lõualuu periostiit [N. Rowe, J. Heslop (14)] või flegmoon, pole siiski täiesti õige diagnoosida haigust lihtsalt flegmooni või periostiidina, sest need tekivad ka trauma ja lümfadeniidi tagajärjel.

Ägeda lõualuupõletiku esimesteks sümptoomideks on tavaliselt valud lagunenud või plombeeritud hamba piirkonnas. Pärast seda tekib pehmete kudede turse vastaval näopoolel. Nahk on valusa infiltraadi kohal kõva, liikumatu ja punetav, mõnikord võib palpeerimisel märgata fluktuatsiooni. Lõpliku dignoosi saab panna pärast suuõõne läbivaatamist. Haige hammas tavaliselt lõngub, on koputamisel valulik, vahel mädast ümbritsetud. Ige on punetav ja tursunud, suuesiku üleminekuvolt on samuti silenenud (täidetud infiltraadiga). Vahel võib alveolaarjätke piirkonnas täheldada kotitaoliselt paisunud moodustist — luuümbrisealust või igemealust abstsessi (*parulis*). Suuõõne vaatlus on sageli raskendatud, sest mälumislihaste põletikulise kontraktuuri tõttu avaneb suu piiratult.

Osteomüeliidi puhul võib flegmoon või abstsess tekkida juba 2—5 päeva jooksul, lümfadeniitide puhul aga kulub mädakolde moodustumiseks tavaliselt 1—3 nädalat. Siit tuleneb ravitaktika erinevus. Kui viimaste puhul on pikemat aega kestev konservatiivne ravi lubatav, siis osteomüeliit nõuab varajast operatiivset ravi. Sageli tarvitatakse osteomüeliidi ambulatoorses ravis liigselt antibiootikume, ilma et arvestataks mikrofloora tundlikkust nende suhtes.

Näide 1. Z. N., 13-aastane poisslaps (haiguslugu nr. 4474). Haigestus 1. V 1961. a.: tekkisid valud ja kerge turse vasaku alalõualuu piirkonnas, temperatuur kuni 38°. Polikliinikus diagnoositi tal vasakpoolset lõualuualust lümfadeniiti ja määrati ravi antibiootikumide ning soojendusega. Et lokaalse põletiku nähud ägenesid ja haige üldine seisund halvenes, siis 4 päeva hiljem ta hospitaliseeriti. Kliiniline diagnoos: vasaku alalõualuu äge odontogeenne osteomüeliit, tingitud $\lfloor\overline{6}$ hambast; vasaku submandibulaarse regiooni flegmoon (*osteomyelitis acuta mandibulae sinistrae, phlegmone regionis submandibularis sinistrae*). Viivitamatult avati mädakolle ja eemaldati $\lfloor\overline{6}$ hammas, pärast seda hakkas paistetus juba teisel päeval alanema. Operatsiooni järel sai haige 5 päeva jooksul lihasesse antibiootikume ja lokaalselt ultralühilaineravi. 7 päeva pärast kirjutati haige statsionaarist välja rahuldavas seisundis, väikese jääkinfiltraadiga ja granuleeruva haavaga vasaku alalõualuu piirkonnas, röntgenogrammil oli aga luu patoloogiliste muutusteta.

Üldnähtudena võis lastel täheldada temperatuuri tõusu 37°—39°-ni, pulsi ja hingamise sagenemist. Haiged olid kahvatud, apaatsed, isu puudus. Vere analüüs näitas peaaegu alati leukotsütoosi (20 000 ja üle selle), punaliblede settimise kiirus tõusis 40—60 mm-ni tunnis. Uriinis leidus valku jälgedena, harvemini silindroide.

Röntgenogrammidel võis haiguse ägedas staadiumis täheldada ainult luu kroonilisi muutusi (hambajuure granuloome ja destruktsioonikoldeid luus alveooli piires). Sekvestrite tekkimist ja jäävhamba folliikuli põletikku esines ainult mõnel juhul (2,5—3%), nimelt ägeda osteomüeliidi ülemineku korral kroonilisele (vt. tahvel II, fotod 1, 2).

Üldine seisund oli 104 haigel rahuldav, 86-l keskmise raskusega ja 8 haigel raske. Sealjuures oli seisundi raskus otseses sõltuvuses protsessi difuussusest. 198 lapsest 140 (70,7%) põdes alalõualuu osteomüeliiti, 58 (29,3%) ülalõualuu osteomüeliiti; kirjanduse protsentandmed on samasugused. Põletikulist protsessi põhjustavad sagedamini esimene ja teine piimapurihammas (44,6%) ja esimene jäävpurihammas (43%), teised harvemini (12,4%).

Piimahambad põhjustasid osteomüeliiti enamasti 3—9 aasta vanustel lastel, jäävhambad aga 9 kuni 15 aasta vanustel (vt. tabel).

Vanus	Piimahambad %	Jäävhambad %
kuni 1 a.	—	—
1—3 a.	8,5	—
3—6 a.	40,4	—
6—9 a.	40	35,6
9—12 a.	10	29,7
12—15 a.	1,1	34,7

Laste suuõõne plaanilisel saneerimisel tuleb ülaltoodut arvestada. Mõningates stomatoloogia polikliinikutes ja koolide tervishoiupunktides on laste suuõõne kontrollimine veel puudulik: 50—60% hospitaliseeritud koolieelistest lastest leidus karioosseid hambaid.

Lõualuupõletiku profülaktikaks on soovitatav suuõõnest eemaldada mitteravitavad gangrenoosse säsiga hambad ja hambajuured, sest need tekitavad mitte ainult osteomüeliiti, vaid ka lümfadeniiti, reumat ja organismi üldmürgistust. Lisaks võib krooniline põletikuprotsess piimahamba juureümbrise kudedes kahjustada jäävhamba arenemist [T. Albanskaja (1)]. Piimapurihammaste varasel eemaldamisel tekkivad muudatused jäävhammastikus ei ole suured ja esinevad ainult osal lastel [10,8%, G. Frumkina (8)]. Piimapurihambad on soovitatav profülaktiliselt eemaldada pärast esimese jäävpurihamba (6. hamba) ilmumist (6—7,5 a. vanuses) [J. Bielas, W. Poplawski (9)].

Vaadeldud juhtudel ravisime lapsi kompleksselt, kusjuures pearõhk oli operatiivsel ravil.

Üks osteomüeliidi tüsistumise põhjusi oli puudulik kirurgiline ravi polikliinikus. Polikliinikus olid hambad eemaldatud 83 haigel (44%) ja täiendavalt tehtud lõikeid 22 haigel (12,3%). Statsionaaris eemaldati hambad veel 106 juhul (56%) ja avati mädakoldeid 157 juhul (87,7%), s. t. kokku oli vaja hambaid eemaldada 189-l ja avada abstsesse 179 haigel.

Opereerimisel kasutati enamasti kohalikku tuimastust 0,25—1 %-lise novokaiinilahusega, harvem lühiajalist eeternarkoosi.

Esteetilistel kaalutlustel püüdsime vältida suuväliseid lõikeid. Suusiseseid lõikeid tehti 113 juhul (72%), suuväliseid 44 juhul (28%). Haavu dreneeriti harilikult 2—3 päeva vältel: suusiseseid kummiribadega, suuväliseid palsamisalviga (Višnevski salv) immutatud kitsaste marlitampoonidega.

Eemaldati kõik osteomüeliiti põhjustavad hambad, välja arvatud jäävlõikehambad, mida pärast ägeda protsessi likvideerimist raviti konservatiivselt. Hammastel, mis ei olnud sellisel viisil ravitavad, tehti juuretipu resektsiooni tüüpi operatsioon (vt. tahvel II, fotod 3, 4). Selliseid hambaid võib ka replanteerida [V. Kozlov (4)].

Näide 2. Haige U. V., 12-aastane tütarlaps (haigusl.ugu nr. 2441/1961) hospitaliseeriti diagnoosiga *osteomyelitis acuta maxillae dextrae*. Tüsistusena täheldati parema infraorbitaalse piirkonna abstsessi. Põletiku tekitajaks oli 2| hammas.

Algul tehti suusisene limaskesta- ja periostilõige suuesiku üleminekuvoldi piirkonnas. Et see ei võimaldanud mädakollet küllaldaselt dreneerida, tehti hiljem suuväline lõige paremal põsel nina kõrval, mille järel põletikunähud hakkasid kaduma. Haigele manustati antibiootikume. Hamba juurekanalit töödeldi mehaaniliselt ja jäeti põletiku kestmiseni avatuks.

Röntgenogrammil täheldati 2| hamba juuretipu piirkonnas luu resorptsiooni ja juurde tsüstgranuloomi. Kaks nädalat pärast haige hospitaliseerimist (põletiku alaägedas staadiumis) tehti juuretipu resektsioon koos granulatsioonkudede eemaldamisega, mille järel põletikunähud vaibusid täielikult. 5 päeva pärast kirjutati haige rahuldavas seisundis haiglast välja. (2| hamba juurekanal plombeeriti enne operatsiooni).

9 kuu jooksul põletiku retsidiivi ei tekkinud. Kontrollröntgenogrammil täheldati luustruktuuri taastumist endise kolde, s. t. 2| hamba juuretipu kohal.

Peale operatiivse ravi kasutati ka antibiootikume. Need soodustavad mädase protsessi kiiremat likvideerumist ja lühendavad ravi kestust. Antibiootikumide kasutamisel arvestasime mikrofloora tundlikkust nende suhtes. Sagedamini (52%) osutus osteomüeliidi tekitajaks *Staphylococcus aureus*. Mikrofloora oli resistentne biomütsiini suhtes 40%, streptomütsiini suhtes 18%, penitsilliini suhtes 15%, terramütsiini suhtes 15% ja levomütsetiini suhtes 12% juhtudest. Lähtudes nendest andmetest kasutasime peamiselt penitsilliini koos streptomütsiiniga või üht neist koos levomütsetiiniga. Samaaegselt antibiootikumidega manustati vitamiine. Lastele anti ka kaltsiumipreparaate ja kalamaksaõli.

Kõik lapsed said ultralühilaineravi. Vajaduse korral rakendati ka teisi füsioterapeutilisi menetlusi.

Organismi üldmürgistuse korral (toksiliste vormide puhul) tehti vereülekandeid väikestes annustes, süstiti veeni glükoosilahust ja rakendati hemoteraapiat.

Komplekssе ravi efektiivsusest odontogeensete põletikkude ravimisel on rohkesti andmeid ka kirjanduses [O. Levina (5), V. Uvarov (7), J. Toman (15), O. Lorenz (11)].

Haiged viibisid statsionaaris keskmiselt 5—7 päeva. 192 haiget paranes täielikult. Äge osteomüeliit muutus krooniliseks 6 juhul (3%). See protsent on 2,5—3 korda väiksem G. Vassiljevi ja J. Suslova (2) andmetest, mis pärinevad ajast enne antibiootikumide kasutusele võtmist. Ühel imikul lõppes hematogeenne osteomüeliit nabaväädi sepsise tõttu surmaga.

Kokkuvõttes võib öelda, et saaksime tunduvalt vähendada lõualuude ägeda osteomüeliidiga hospitaliseeritavate laste arvu, kui väldiţaks diagnostilisi vigu ja rakendataks rohkem varajast ning aktiivset operatiivset ravi polikliinikutes. Hoolikas suuõõne saneerimine lastel aitaks üldiselt vältida selle haiguse tekkimist.

KIRJANDUS

1. Альбанская Т. И. Сов. стоматология, 1934, 6, 21—33. — 2. Васильев Г. А., Суслова Е. А. Стоматология, 1937, 2, 33—45. — 3. Добкина Х. Ф. Сов. стоматология, 1935, 4, 29—50. — 4. Козлов В. А. Стоматология, 1960, 5, 35—38. — 5. Левина О. Я. Вопросы хирургии детского возраста. Сборник трудов ЛПМИ. Л., 1959, 152—157. — 6. Лукомский И. Г. Одонтогенные остеомиэлиты челюстей. М., 1929. — 7. Уваров В. М. Клиника и лечение одонтогенных остеомиэлитов челюстей. М., 1956. — 8. Фрумкина Г. Д. Влияние удаления у детей молочных и первого постоянного моляров на формирование, прорезывание и установку в зубной дуге постоянных коренных зубов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1958. — 9. Bielas, J., Poplawski, W. Czas. Stomatol., 1958, 1, 39—51. — 10. Knychalska-Karwan, Z. Czas. Stomatol., 1961, 14, 321—327. — 11. Lorenz, O. Med. Klinik, 1960, 15, 598—600. — 12. Ombrédanne, L. Précis clinque et opération de chirurgie infantile. Paris, 1925. — 13. Port, G., Euler, H. Lehrbuch der Zahnheilkunde. München, 1920. — 14. Rowe, N. L., Heslop, J. H. Brit. Dent. J., 1957, 103, 3, 67—78. — 15. Toman, J. Dtsch. Stomatol., 1961, 4, 255—265.

ОБ ОСТРЫХ ОСТЕОМИЕЛИТАХ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ

М. Лыви

Резюме

Остеомиелиты челюстей могут возникнуть в любом возрасте, однако некоторые авторы считают, что ими поражаются чаще дети и подростки.

В течение 1960—1961 г. г. в хирургическом отделении детской больницы им. Раухфуса в Ленинграде из стоматологических заболеваний 20% приходилось на остеомиелит челюстей.

Из 198 больных острым остеомиелитом челюстей (в возрасте от нескольких месяцев до 15 лет) у 195 детей и подростков был одонтогенный и только у 3 грудных детей — гематогенный остеомиелит. Таким образом, основной причиной остеомиелита челюстей являются кариозные зубы. У 50—60% госпитализированных детей школьного возраста был кариес зубов, что является следствием недостаточной санации ротовой полости у школьников.

Общее состояние было удовлетворительным у 104, средней тяжести у 86 и тяжелым у 8 больных. Развитие более тяжелых форм остеомиелита, при которых требовалась госпитализация больных, зависело, с одной стороны, от неправильного лечения вследствие диагностических ошибок, допущенных при амбулаторном обращении. Так, у 82 (42%) больных из 198 остеомиелит был диагностирован впервые только в стационаре. С другой стороны, причиной осложненного течения остеомиелита было недостаточное хирургическое лечение в поликлинике. Удаление причинного зуба было произведено в поликлинике у 83, а разрезы в области инфильтратов и абсцессов у 22 больных, тогда как причинные зубы необходимо было удалить у 189, а разрезы были показаны у 179 больных.

Больные подверглись комплексному лечению, в основном оперативному. При назначении антибиотиков учитывали лекарственную устойчивость микрофлоры к ним. Продолжительность лечения в стационаре составляла в среднем 5—7 дней. Полное выздоровление наступило у 192 больных, исход в хроническую форму наблюдали у 6 больных.

Условиями снижения числа госпитализируемых с острым остеомиелитом челюстей являются улучшение диагностики и проведение раннего и активного хирургического вмешательства в поликлиниках. Тщательное санирование ротовой полости предупреждает возникновение этого заболевания.

KROONILISTE EKSEMATOOSSETE SÄÄREHAAVANDITEGA HAIGETE KOMPLEKSSEST RAVIST*

H. LANI ja *R. MARKOVITS*

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Alajäsemete tromboosiga haigetest 33%-l esinevad kroonilised säärehaavandid [I. Přeřovsky, I. Linhart ja R. Dejdar (3)], mis tüsistuvad sageli ekseemiga. Eksematoossete haavandite ravi probleem on siiani lahendamata, vaatamata kasutatavate ravivahendite ja -viiside rohkusele. Praktikas esineb sageli haiguse taasteket. Tänapäeval arvatakse, et krooniliste säärehaavandite tekke põhjuseks on troofikahäired. Troofikahäireid põhjustavad kõige sagedamini primaarsed veenilaiendid, tromboosid ja flebiidid, harvemini lümfostaasid. Primaarsed veenilaiendid esinevad kirjanduse andmeil palju sagedamini naistel [R. Foote (4) andmeil 2—3 korda sagedamini kui meestel]. Veenilaiendite tekke põhjus pole veel selge. H. Biegeleisen [tsit. (3) järgi] seob seda sidekoe üldise nõrkusega, sest neil haigeil esineb sageli ka lamppöid ja song. Troofikamuutused arenevad enamasti hiljemalt 4 aasta jooksul, säärehaavandid 10 aasta jooksul pärast ägedat tromboosi [G. Bauer (6)]. Siit järeldub, et

* Käesolev töö on ette kantud kirurgide vabariiklikul nõupidamisel 20.—21. okt. 1961. a. Tallinnas.

alajäseme veeni tromboosiga haiged vajavad erilist tähelepanu juba siis, kui esinevad ainult tursed ja vähesed troofikahäired. Neid sümptoome täheldatakse 73%-l veenitromboosiga haigetest ja 46%-l flebiitidega haigetest.

Lähtudes säärehaavandite ja ekseemide ühtsest patogeneesist (1) otsustasime nende puhul rakendada kompleksset ravi, mis parandaks troofikat ning mõjustaks vajalikus suunas organismi reaktiivsust. Peale tavaliste kliiniliste analüüside ja uuringute määrati ravialustel naha elektrijuhtivus (NEJ) S. Rosenthali järgi (2) ja naha temperatuur universaalse elektrotermomeetriga enne ravi algust, selle kestel, lõpul ja kaugtulemuste hindamisel. NEJ-i mõõtsime tervel nahal mõlema küünarvarre ülemise kolmandiku välisel pinnal (segment C_6), naha temperatuuri mõõtsime ülal- ja allpool haiguskollet ning samades kohtades tervel jalal. Komplekssе ravi viisime enamikul haigetest läbi alljärgneva skeemi järgi.

1. Blokaadid 0,5%-lise novokaiini- või benkaiinilahusega infiltratsioonimeetodil eksematoossete haavandite piirkonda. Ravikuuriks mitte üle viie süste (kuni 80 ml korraga). Blokaade tehti igal 2.—3. päeval.
2. Hapnikku manustati naha alla koldelähedasse koesse ülepäeviti 5—10 korda (100—250 ml iga kord).
3. Ekseemikoldeid määrisime naftalaanloksutusmikstuuriga kaks korda päevas.

Rp. *Acidi borici* 2,0
Naphtalani liq. 8,0
Zinci oxydati 25,0
Glycerini
Spiriti vini āā 10,0
Aq. calcis ad 100,0
MDS. Väline

4. Haavandeid puhastati 3%-lise vesinikülihapendilahusega. Neile asetati vastavalt näidustustele 5—10 %-lise naatriumkloriidilahusega niisutatud side. Višnevski salvi või Šostakovski palsamit.
5. Kõrgenenud reaktiivsusega haigetele, kellel esines NEJ-i tõus, äge eksematoosne protsess, allergiidid ja tugev sügelemine, manustati lihasesse 1%-list dimedroolilahust 3—5 ml korraga 1—2 korda päevas 5—10 päeva vältel.
6. Kõigile haigetele manustati suu kaudu C-vitamiini 0,2×2, rutiini 0,002×2. E-vitamiini 15 mg päevas ja nikotiinhapet 0,03—0,05×3.
7. Rakendati varajast kirurgilist ravi (naha siirdistutamine koos varikektoomiaga), vaatamata eksematoossele protsessile.
8. Ravivõimlemine lamavas asendis raviperioodi vältel.
9. Statsionaarist lahkusid haiged tsinkliimsidemega. Ambulatoorsetele haigetele tehti tsinkliimside kohe pärast ägeda ekseemi teandarenemist.

Kompleksset ravi sai statsionaaris 17 haiget, ambulatoorselt ravisime 11 haiget. Enamik haigetest olid naised, enamasti üle 60 a. vanad. Selles osas ühtivad tähelepanekud I. Přeřovsky, I. Linharti ja R. Dejdari (3) jt. andmetega.

Kõigil haigetel olid haavandid olnud 2—25 aastat. Enamasti esines neil ka eksematoosne protsess haavandi ümbruses. 3 juhul oli tegemist ägeda ekseemiga. 21 haigel olid veenilaiendid säärtel, neist 6-l oli näidustatud varikektoomia, mis ka teostati. NEJ-i määrasime enne ravi 16 haigel. Näitajad olid normaalsed (1,5—3,0) viiel haigel, kõrgenenud (>5,0) kolmel haigel (viitab ülitundlikkusele — allergiline protsess); kaheksal haigel olid näitajad madalad (<1,0). Seega oli pooltel meie haigetest reaktiivsus tunduvalt langenud. Tunduvat NEJ-i asümmeetriat täheldasime kahel patsiendil. Naha temperatuuri teatavat asümmeetriat (1—2°) alajäsemeil täheldasime kõigil haigetel. 2 patsiendil oli naha temperatuuri asümmeetria üle 3°. Haigel jalal oli naha temperatuur üldiselt madalam.

Vastavalt haiguse kliinilisele pildile jaotasime haiged gruppidesse.

I grupp — 13 haiget. Haavandite suurus 2×4 sm kuni peopesasuuruseni, minimaalsete veenilaienditega või nendeta. Võis eeldada haavandi paranemist konservatiivse raviga 4—6 nädala jooksul. Siia

gruppi kuulusid ka ägeda ekseemiga haiged. Ambulatoorselt ravisime 11, statsionaarselt 2 haiget eespool antud skeemi kohaselt. Sügelemine ja kipitustunne koldes vähenesid 1—2 blokaadi järel. Ekseem paranes tunduvalt esimese nädala vältel 3.—5. ravipäeval algas haavandi puhastumine ja granulatsioonide teke. Enamikul haigetel sulgusid haavandid 3—4 nädala jooksul. Me ei määranud absoluutset lamamisrežiimi, haigetel lubati käia vahelduvalt lamamisega.

II grupp — 9 haiget. Haavandid peopesast suuremad, kuni 15×32 sm. Esines ka alaäge või krooniline ekseem, veenilaiendid puudusid või olid niivõrd minimaalsed, et näidustust varikektoomiaks ei olnud. Neil haigeil rakendasime enne ja pärast naha siirdistutamist eespool mainitud kompleksravi. Kuigi me kasutasime homotransplantatsiooni (konserveeritud nahk) ainult 3 juhul, andis see kõigil haigetel tugeva, positiivselt stimuleeriva efekti. Transplantaat püsis haavandil ühel juhul 32 päeva, teisel 30 päeva, kolmandal 17 päeva. Pärast homotransplantatsiooni sulgus haavand kahel juhul umbes 50% ulatuses (ühel neist haigeist oli haavandi algsuurus 15×33 sm, patsiendi vanus 85 a.). Huvi pakkus asjaolu, et alaäge ekseem ei ägenenud, vaid paranes vähem kui kahe nädalaga. Kuuel haigel teostasime vaatamata eksematoossele protsessile autoplastika Reverdini järgi. Nahaülekanne õnnestus kõigil haigetel, ekseemi ägenemist ei esinenud. Haiglast lahkumisel oli ka eksematoosne protsess paranenud. NEJ-i näitajatel ilmnes 2.—4. päeval pärast operatsiooni mõõdukas tõusutendents, 10. operatsioonijärgseks päevaks oli see aga kõigil ravialustel normaliseerunud. Naha temperatuuri asümmeetria jalgadel kadus ravi lõpuks.

Selle haigetegrupi iseloomustamiseks toome mõned väljavõtted haiguslugudest.

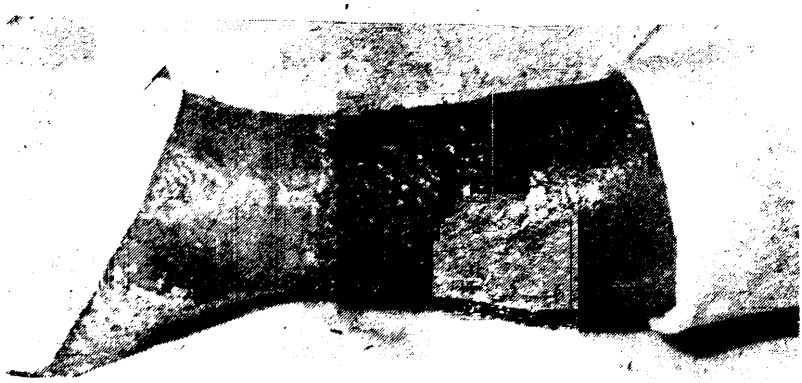
Juht 1. Haige E. S., 78 a. vana. Saabus ravile 26. septembril 1960. a (haiguslugu nr. 3119). Haavandid tekkinud 18 a. tagasi. Varem olnud korduvalt statsionaarsel ja ambulatoorsel ravil. Haigus retsidiveerus 5—6 kuud pärast ravi. Vasema sääre alumise ja keskmise kolmandiku ees- ja ka mediaalsel pinnal 3 haavandit suurusega u. 5×6 sm. Haavandite ümber kogu sääre ulatuses alaäge ekseem.

Diagnoos: vasaku sääre kroonilised haavandid, alaäge ekseem. Kliinilised analüüsid normis. Ostsillogrammil — väljalöögid peaaegu puuduvad. NEJ tunduvalt kõrgenenud, kusjuures vasemal kehapoolel oli see kõrgem kui paremal. Enne ravi esines alajäsemete naha temperatuuri asümmeetria (vahe 3°). Pärast esimest novokaiinblokaadi ja hapniku manustamist täheldasime NEJ-i ja naha temperatuuri asümmeetria kadumist. Teise blokaadi järel lähenes NEJ juba normaalsele. Ekseem paranes tunduvalt, haavand puhastus, kadus naha sügelemine. Kuna 4 nädalat kestnud raviga polnud haavandid täielikult sulgunud, teostati nahaplastika Reverdini järgi. Enne plastikat oli NEJ normaalne (2,0). Neljandal päeval pärast operatsiooni täheldasime mõningat NEJ-i tõusu opereeritud kehapoolel (4,0), kuid mõne päeva jooksul see normaliseerus. Haige lahkus paranenult pärast tsinkliimsideme asetamist. Järelravi toimus skeemi järgi. Kontrollimisel kaheksa kuud hiljem oli patsient terve. NEJ normis, temperatuuri asümmeetriat polnud.

Juht 2. Haige L. S., 84 a. vana, saabus ravile 4. augustil 1960. a. (haiguslugu nr. 2247). Haavand tekkinud 10 a. tagasi. Vasaku sääre keskmises ja alumises kolmandikus kalloossete servadega räpaskollaka eritusega kaetud haavand. Samal põial kaks haavandit (7×4,5 ja 5×2 sm).

Diagnoos: vasema sääre ning põia kroonilised haavandid ja ekseem. 29. VII 1960. a. tehti naha homotransplantatsioon paksulapi meetodil (konserveeritud nahk). Transplantaat püsis haavandil 32 päeva. 50% haavandist sulgus, ekseem paranes täielikult. Haavandi lõplikuks likvideerimiseks tehti oma naha siirdistutamine Reverdini järg (16. IX 1960. a.), mis õnnestus täielikult. Üldravi viidi läbi vastavalt skeemile. Naha temperatuuri asümmeetria vahe (2°) kadus patsiendil tervenemisega. Lahkus haiglast tsinkliimsidemega. Kontrollimisel kuue kuu pärast oli patsient terve (vt. foto).

III grupp — 6 haiget, kel esinesid haavandid, suured veenilaiendid ja ekseem. Haavandite suurus oli 5×4 sm kuni peopesasuuruseni. Varikektoomia teostati üheaegselt naha siirdistutamisega haavandile. Ekseem ei ägenenud, transplantaadid jäid püsima. Operatsioonihaavad paranesid esmaselt, ekseem paranes täielikult. Haiged lahkusid statsionaarist tsinkliimsidemega. Näitena toome väljavõtte haigusloost.



Juht 3. Haige K. S., 73 a., saabus ravile 5. VII 1960. a. (haiguslugu nr. 2266). Veresoonte laiendid alates 1930. a., haavandid 1946. a. Parema sääre siseküljel ulatuslikud veenilaiendid. Sama sääre eesküljel ja allosas alaäge ekseem. Välisest päksist veidi kõrgemal umbes peopesasuurune haavand. 17. VII 1960. a. teostati varikektoomia koos nahaülekandega. Operatsioonihaavad paranesid esmaselt, ülekantud nahk püsis 100 %-liselt, ekseem taandarenes. Patsient lahkus haiglast tsinkliimsidemega. Naha temperatuuri asümmeetria jalgadel (vahe 1,8°) kadus ravi lõpuks. Kuue kuu pärast oli patsient terve.

Kõigil kõrgenenud NEJ-iga haigetel täheldasime nende näitajate normaliseerumist raviprotsessis. Madalate väärtuste puhul tõusis NEJ pooltel juhtudest normi piiridesse. Ülejäänud juhtudel jäi see samaks või näitas tõusutendentsi. Ravitud haigete kaugtulemuste kontrollimisel oli NEJ normi piirides, neljal juhul aga madalam. Naha temperatuuri asümmeetria kadus neil haigeil peaaegu täielikult.

Ravi lähistulemuste kohta vt. tabel.

	Paranemine	Osaline paranemine	Tulemusteta	Kokku
Statsionaaris ravitud haiged .	15	1	1	17
Ambulatooriumis ravitud haiged	8	2	1	11
Kokku	23	3	2	28

IV grupp (võrdlusgrupp) — 20 sama diagnoosiga haiget, kellel ei rakendatud komplekssset ravi eespool nimetatud skeemi järgi. Neil olid lähistulemused kohe pärast haiglast lahkumist järgmised: 5 haiget lahkus statsionaarist paranemiseta, 6 haiget lahkus osalise paranemisega, 9 haiget lahkus paranenult.

Mittekomplekssset ravi saanud haigetest ilmus aasta pärast kontrollile 6, nendest viiel haavand püsis, ühel haigel oli haavandile ülekantud naha ümber tugev eksematoosne protsess (haige andmeil esines ekseem ka enne transplantatsiooni).

Komplekssе ravi kaugtulemusi (6 kuust 1 aastani) saime kontrollida 11 haigel. Need osutusid terveteks.

Eksematoossete haavanditega haiged vajavad tingimata komplekssset ravi ja järelkontrolli (dispanseerimist) pikema aja kestel pärast ravi lõpetamist (vähemalt ühe aasta vältel). Alaägeda ja kroonilise eksematoosse protsessi olemasolu pole vastunäidustuseks aktiivsele kirurgilisele ravile (transplantatsioon koos varikektoomiaga). Homo- ja autotransplantatsioon ei tekita ekseemihaigetel allergilist reaktsiooni, vastupidi, täheldasime eksematoosse protsessi kiiret taandarengut. Seda võib seletada biostimulaatori efektiga (Filatovi järgi).

Kõik haiged peaksid statsionaarist lahkuma tsinkliimsidemega. Tsinkliimsideme tegime tavaliste nõuete kohaselt. Sideme püsimine olenes liimi koostisosade vahekorrast. Meie poolt kasutatud tsinkliimi koostis erines mõnevõrra originaalsest Unna retseptist (vrd. retseptid). See oli nimelt tunduvalt vedelamat konsistentsi kui Unnal ning imbus seega kiiremini sidemetesse, soodustades ühtlasemat siduvust ja sideme elastsust.

Rp. *Zinci oxydati* 30,0
Gelatini 60,0
Glycerini
Aq. destillatae āā 180,0
MDS. Tsinkliim

Unna originaalretsept:
Rp. *Zinci oxydati*
Gelatinae purissimae āā 250,0
Glycerini
Aquae destillatae āā 500
MDS. Tsinkliim

Pärast sideme tegemist lamas haige ambulantsis veel 20—30 minutit, kuni side tahenes. Kodus lamas patsient veel päeva, et side täielikult kuivaks, siis lubati ta kõndima ja tööle. Kuu aja pärast kutsuti haiged kontrollile. Kõigil haigetel püsis tsinkliimside hästi, kaebusi polnud. Sageli aga mainiti, et varem haige olnud jalg tundus sideme all täiesti tervena. Kui tsinkliimside püsis hästi, pikendasime selle eemaldamise aega veel kaheks nädalaks, teistel aga eemaldasime sideme. Järelravi määramisel peab arvestama funktsionaalseid näitajaid.

Väiksemate eksematoossete protsessidega haigete kompleksset ravi on võimalik edukalt korraldada ka ambulatoorselt, kasutades selleks blokaadravi novokaiini ja benkaiiniga, hapniku manustamist naha alla, naftalaanmikstuuri, rutiini, E-vitamiini, C-vitamiini, nikotiinhapet ja tsinkliimsidet, mida saab teha igas raviasutuses.

Veenilaiendite olemasolu korral on soovitatav teha varikektoomia samaaegselt naha transplantatsiooniga. Ravivõimlemise rakendamine (nii operatsioonieelses kui ka -järgses perioodis) lamavas asendis parandab tunduvalt jäseme verevarustust ja troofikat.

KIRJANDUS

1. Подвысоцкая О. Н. Вестн. венерол. и дерматол., 1951, 2, 2—6. — 2. Розенталь С. К. Клинич. медицина, 1937, 8, 1023—1027, — 3. Přeřovsky, I., Linhart, I., Dejdar, R. Krankheiten der tiefen Venen der unteren Gliedmassen. Abhandl. über die Pathophysiol. der Regulationen. Heft 3. Jena, 1960, 89—113. — 4. Foote, R. Tsit. I. Přeřovsky jt. (3) järgi. — 5. Biegeleisen, H. I. Tsit. I. Přeřovsky jt. (3) järgi. — 6. Bauer, G. Tsit. I. Přeřovsky jt. (3) järgi.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭКЗЕМАТОЗНЫХ ЯЗВ ГОЛЕНИ

Х. Лани и *Р. Маркович*

Резюме

Комплексному лечению подверглись 28 больных с хроническими язвами голени, осложненными экземой.

В комплексе применяли новокаиновую (бенкаиновую) блокаду области язвы, подкожное введение кислорода, лечение экземы нафталановой болтушкой, очищение язвы раствором перекиси водорода и наложением повязки, смоченной гипертоническим раствором поваренной соли, мазью Вишневского или бальзамом Шостаковича.

Раннюю трансплантацию кожи производили одновременно с варикоэктомией. Внутрь все больные получали витамины С, Е и никотиновую кислоту.

В заключение на голень накладывали цинкожелатиновую повязку.

Полное выздоровление было отмечено в 23-х, неполное в 3-х случаях.

NAHAVÄHKTÖVE LÜHIFOOKUSRÖNTGENRAVIST

Arstiteaduse kandidaat *L. KOSKVEE*
(Tartu Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst *E. Haldre*)

Nahavähk esineb võrdlemisi sageli. Eesti NSV-s on see A. Gavrilovi ja E. Haldre järgi pahaloomuliste kasvajate hulgas neljandal kohal (10,3% vähijuhtudest).

Harilikult tekivad pahaloomulised nahakasvajad primaarselt, harva sekundaarselt. Pahaloomulised nahakasvajad viivad harva ja alles aastate järel surmani, nad võivad aga olla üsna ulatuslikud ja tekitada haigel raskeid häireid.

Histoloogiliselt tehakse nahakasvajate puhul vahet basalioomi ja spinalioomi vahel. Kaugelt üle poole pahaloomulistest nahaepitelioomidest kuuluvad basalioomide hulka. Need on ebaküpsed kasvajad, kuid pahaloomulisus on neil väike.

Spinalioomi kasv on tunduvalt agressiivsem kui basalioomil. Metastaaside tekkimine regionaalsetes lümfisõlmedes on sagedam, kuid kaugmetastaaside tekkimine siiski haruldane. Spinalioomid kalduvad sarvestumisele, mis mõnikord on väga tugev (vähipärlid). Ogajasrakulised tuumorid võivad areneda ka sarvestumata. Spinalioomid arenevad prekantserooside põhjal, sageli epidermise akantootilistest kohtadest. Kliiniliselt algab spinalioom samuti kui basalioom ja pole algstaadiumis esimesest eristatav. Varsti aga algab infiltratiivne, laatuv kasv. Kindlaks diagnoosimiseks on vaja patohistoloogilist uuringut.

A. Šanin, A. Halipski, J. Kudritski ja S. Stepanova (1) järgi esineb nahavähk näo piirkonnas 91—97% ning kerel ja jäsemetel 9—3% juhtudest. Näo ülemises osas — $^2/_3$ näost — esineb tavaliselt basalioom, alumises kolmandikus spinalioom (piirjoon kulgeb suuavast üle suunurkade kõrvalestade kinnitumiskohale). On aga olemas ka erandeid. Röntgenikiired, tõrv, päike kutsuvad spinalioomide arengut esile nii ülemises kui ka alumises näoosas. Sama on maksev põletuste, külmakahjustuste, luuese ja luupuse kohta.

Tartu Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri radioloogia osakonnas raviti 1955.—1960. a. 192 nahavähiga haiget lühifookusröntgenraviga.

Haigete vanuse ja soo kohta vt. tabel 1.

Tabel 1

Vanus	Mehed	Naised	Kokku
11—20	—	1	1
21—30	1	1	2
31—40	1	5	6
41—50	5	12	17
51—60	19	21	40
61—70	22	38	60
71—80	21	30	51
81—90	5	10	15
Kokku	74	118	192

Meie juhtudel olid nahavähiga haigetest 38,5% mehed ja 61,5% naised. Seega areneb nahavähk naistel 1,8 korda sagedamini kui meestel, mis vastab enam-vähem S. Startšikovi (2) andmetele Moskva kohta (1,7 korda). G. Nazarišvili (3) leidis, et Gruusias esineb nahavähk naistel 1,1 korda sagedamini kui meestel. K. Henkeli (7) järgi on aga nahavähk meestel sagedam kui naistel.

Anamnestiliste andmete järgi eelnes nahavähi arengule paljudel haigetel trauma — vigastused habemeajamisel, puuraiumisel, okstest, kratsimisest, loomahammustusest. Ühel juhul oli laps hammustanud hoidja rinda ja seal arenes nahavähk. Prillidega hõõrumisest võib tüüpilisel kohal areneda nn. prillivähk, mis esines meil 4 haigel. Edasi tuleks nahavähi põhjustajatest märkida vistrike ja käsnade pigistamist, lõikamist, põletamist hapetega (äädik- ja soolhape) või leelistega (seebikivi). Ühel juhul pani haige käsnale niikaua tõrva, kuni arenes nahavähk.

Olulist osa etendavad aktiinilised ärritused. Nahavähk areneb eriti inimestel, kes töötavad päikese ja tuule käes. 192 haigest tegeles põllutööga 65, aiatööga 17 ja teistel aladel välistöödel 25 isikut (kokku 107 inimest).

Nooremas eas võivad pahaloomulised nahakasvajad areneda sünnimärkidest. Kõige sagedamini aga tekivad pahaloomulised nahakasvajad vanadusatroofia põhjal (pigmendimuutused, teleangiektaasid, hüperkeratoosid). Meie haigetest oli 126 inimest 61—90 a. vanuses; selles elueas pole mainitud muutused harulduseks. Tabel 2 annab ülevaate, kaua haiged olid põdenud enne ravile tulekut.

Tabel 2

Jrk. nr.	Haiguse kestus aastates	Juhtude arv	%
1	kuni 1	91	43,54
2	1—2	30	14,35
3	2—5	35	16,75
4	5—10	17	8,13
5	10—20	3	0,60
6	määramata	33	15,80
—	Kokku	209	100,00

44% haigetest oli haigus kestnud mõnest kuust 1 aastani, 14%-l 1—2 a.; 17%-l 2—5; 8%-l 5—10 a.; alla 1% juhtudest 10—20 a. Määramata jäi haiguse algus 16% haigetest. Andmed nahavähi lokalisatsiooni kohta uuritud haigetel on esitatud tabelis 3.

Tabel 3

Jrk. nr.	Piirkond	Juhtude arv
1	põsk	70*
2	nina	47
3	otsmik	18
4	oimupiirkond	14
5	silma ja nina vaheline nurk	13
6	silmalau sisenurk	8
7	silmalau välisnurk	7
8	labiaalvolt	7
9	kõrva ees ja taga	4
10	alalaug	4
11	alalõug	4
12	alahuul	2
13	pealagi	2
	Kokku näol ja peas	200=95,7%
	kael	4
	kere	4
	jäse	1
	Kokku	9=4,3%

* neist silma all 18

Nahavähk esines 95,7% juhtudest näol ja peas, 4,3%-l teistel kehaosadel (S. Startšikovil olid vastavad protsentarvud 800 haige kohta 94 ja 6).

192 haigel esines kokku 209 nahavähki. 17 haigel oli vähk kahes kohas korraga; kolmel — erinevates kohtades korduvalt. Neist kahte oli varem ravitud interstitsiaalselt raadiumiga, kolmandat raviti lühifookusröntgenraviga 2 basalioomi ning 2 aastat hiljem uuesti 2 erineva lokalisatsiooniga basalioomi tõttu. Pärast tervistumist haigel nahavähk enam ei kordunud.

Tabelis 4 on toodud andmed nahavähi staadiumide ja patohistoloogilise ehituse kohta.

Tabel 4

Jrk. nr.	Nahavähi vorm	Juhtude arv			Kokku	Histoloogiliselt uuritud
		I st.	II st.	III st.		
1	*Basalioma*	177	14	1	192	54
2	*Spinalioma*	10	2	—	12	12
3	*Adenocarcinoma*	1	—	—	1	1
4	*Carcinoma basospinocellulare*	2	2	—	4	4
	Kokku	190	18	1	209	71

Biopsia teostati kõikidel haigusjuhtudel alates II staadiumist ja I staadiumis diagnoosi kahtluse korral. Patohistoloogilise ehituse, kliinilise pildi ning kulu järgi jagunesid diagnoosid järgmiselt: 192 basalioomi, 12 spinalioomi, 1 adenokartsinoom ja 4 basospinotsellulaarset segatüüpi. Basalioomide seas oli esikohal *basalioma planum* 145, järgnes *ulcus rodens* 31 ja *basalioma exophyticans* 16 juhuga. Spinalioomidest oli 6 eksofüütse kasvuga ja 6 *ulcus rodens*'i tüüpi. $^1/_4$ spinalioomidest ei sarvestunud, ülejäänud arenesid sarvestumisega.

Peab märkima, et basalioomivormid ei esine alati puhtal kujul ja üks vorm võib teiseks üle minna. Seepärast on vormide hindamine teataval määral subjektiivne. Spinalioomide algvormide diferentseerimine basalioomidest võib olla raske või võimatu. Täpset diagnoosi saab panna vaid patohistoloogilise pildi põhjal.

Nahavähi ravimiseks kasutati kodumaist aparaati RUM-7 (RUT-60-20-1) järgmistel tingimustel: 60 kV, 10 mA, filter Al 1,02—2,43 mm, nf. 5,0—7,5—10,0 sm (olenevalt protsessi sügavusest).

Lühifookusröntgenravil anti tavaliselt ülddoosina 5000—6000 r, suuremaid doose (6000—10 000 r) kasutati 15 juhul ning madalamaid (3000—4500 r) 24 juhul, nagu nähtub tabelist 5.

Tabel 5

Jrk. nr.	Juhtude arv	I st.	II st.	Ülddoos
1	24	21	3	3000—4500 r
2	169	157	12	5000—6000 r
3	15	12	3	6000—10000 r
Kokku	208	190	18	

Basalioomide ravimisel anti enamikel juhtudel ülddoosina 5000 r, spinalioomide ja retsidiivide ravimisel pärast operatsiooni 6000 r või rohkem. Retsidiivide tekkimise põhjuseks võib olla kiiritusvälja ebaõige valik või mitteküllaldane ülddoos. Nahavähi operatiivne ravi näo piir-

konnas annab sagedamini retsidiive kui kiiritusravi. Retsidiivide kiiritusravi on raskem kui primaartuumori ravi ja nõuab suuremaid ülddoose. Meie haigete hulgas oli 6 sellist juhtu.

Esimeses staadiumis anti üksikdoosina 500 r, teises 300 r. Osal juhtudel alustati ravi II staadiumis 500 r suuruste üksikdoosidega ja jätkati pärast 2000 r manustamist doosidega 300 r. Tuumori vähenedes rakendati väiksema läbimõõduga tuubuseid kui ravi algul. Kuna doosid üle 500 r annavad liiga tugeva nahareaktsiooni, ei soovitata neid rakendada [L. Podljašuk (4)]. Ei saa nõustuda S. Startšikovi (2) väitega, nagu annaksid suured üksikannused ja ülddoosid kõige paremaid tulemusi.

Retsidiive tekkis 2 haigel, neist ühel ei osutunud antud ülddoos (3000 r) küllaldaseks. Ka A. Rudermann ja L. Uspenskaja (5) saavutasid aparaadiga RUM-7 häid ravitulemusi. 303 haige ravimisel esines neil retsidiive vaid 3 korral.

Ühel 83-aastasel naishaigel oli 10 aasta vältel arenenud laialdane basalioom (nüüd III staadiumis), mis lähtus vasakust silma ja nina vahelisest nurgast ja kattis vasaku silma. Algul anti 2200 r süvaravi tingimustes. Pärast tuumori tunduvat taandarengut anti 2 kuud hiljem jääktuumorile veel 7800 r 2 väljaga lühifookusröntgenravi. Tuumor kadus täielikult ja asendus armkoega. Silma nägemisteravus ei kannatanud (vt. fotod 1, 2, 3).

Foto 1. J. P., 83 a. vana. Diagnoos: *basalioma*, III staadium

Foto 2. Seesama pärast 2200 r süvaravi

Foto 3. Seesama tervistunult pärast 7800 r lühifookusröntgenravi

Kiiritusreaktsioon kulgeb lühifookusröntgenravil kahesuguselt. Pärast 2—3 seanssi võib tekkida kerge erüteem. Edasi areneb eksudatiivne epidermiit mädas-verise eritusega, mis põhjustab massiivse kooriku tekkimise. Viimane langeb ära ja kasvab jälle uuesti. Haiged kaebavad sügelemise üle. Kasvaja väheneb pidevalt ja on reaktsiooni möödumisel harilikult kadunud. Tervistumiseks kulub tavaliselt 1,5—2 kuud.

Teiseks reaktsioonitüübiks on kuiv epidermiit. Sel juhul tekib erüteem hiljem või ravi lõpul ja on nõrgemini väljendunud. Tuumor väheneb ja kattub kuiva koorikuga. Pärast kooriku äratulemist toimub täielik epitelisatsioon.

Nende kahe vormi kõrval leidub ka üleminekuvorme, kus eksudatiivne vorm pole väga äge, mädaeritus on nõrk ja koorikud õrnemad.

Pärast paranemist tekib sile pehme arm, mille suurus sõltub kasutatud tuubuse suurusest. Vahel leiame hüperpigmentatsiooni, hiljem rohkem depigmentatsiooni. Aastate vältel võib tekkida teleangiektaasiaid ja isegi tunduv nahaatroofia. Reaktsiooni tekkimise aeg ja vältus sõltuvad antud üksikdoosidest ja ülddoosist. Tähtis on hoolitsus naha eest ravi jooksul ning kiiritusjärgsel ajal ja kõikide kahjustavate faktorite vältimine reaktsiooni vältel. Kuiva epidermiidi puhul oleme soovitanud kii-

ritatud naha määrimist rasvainetega, eksudatiivse epidermiidi puhul 5%-lise süntomütsiiniemulsiooniga, tesaansalviga, penitsilliinsalviga jne.

Mõnikord areneb tüsistusena dermatiit, kui salve pole nõuetekohaselt hoitud (on räästuma läinud) või kui on tegemist allergiale kalduvate haigetega. Mitmesugused traumad võivad kiiritatud kohas esile kutsuda haavandite ja retsidiivide tekkimise. Tuleb vältida kiiritatud koha mehaanilist, keemilist, aktiinilist ning termilist ärritamist.

KIRJANDUS

1. Шанин А. П., Халински А. Л., Кудритски Ю. К., Степанова В. С. Цит. по А. В. Козловой. Основы радиевой терапии. М., 1956, 145. — 2. Старчиков С. Вестн. рентгенол. и радиол., 1957, 3, 19. — 3. Назаришвили Г. П. Близкофокусная рентгенотерапия рака кожи. Тбилиси, 1952. — 4. Подлящук Л. Д. Рак кожи. Рентгенотерапия злокачественных опухолей. М., 1952, 68—74. — 5. Рудерман А. И. и Успенская Л. Ф. Вестн. рентгенол., 1959, 2, 67—71. — 6. Gavrilov, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 5, 64—66. — 7. Henkel, K. Strahlentherapie, 1939, 66, 108—118.

КОРОТКОФОКУСНАЯ РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ РАКА КОЖИ

Л. Коскеа

Резюме

В радиологическом отделении Тартуского республиканского онкологического диспансера за 1955—1960 гг. была проведена короткофокусная рентгенотерапия рака кожи у 192 больных. Использовали отечественный аппарат РУМ-7. Большинство больных получало общую дозу в 5000—6000 рентгенов. Выздоровление наступало в течение 1,5—2 месяцев. Рецидивы наблюдались у двух больных.

MÕNINGAID AKTUAALSEID KÜSIMUSI HINGAMISE PUUDULIKKUSEST

Professor *A. DEMBO*

(P. F. Lesgafti nimelisest Lenini ja Punalipu ordenit kandvast Leningradi Kehakultuuri Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor dotsent *D. Jonov*)

Üha kasvav huvi hingamise puudulikkuse vastu ei ole juhuslik, sest seisundit, mida nimetame välise hingamistalitluse puudulikkuseks, kohtavad kõikide erialade arstid oma töös iga päev. Hingamise puudulikkuse all mõistame hingamiselundite puudulikku talitlust. Välise hingamise talitlust määratleme kahe protsessi järgi: 1) ventilatsiooni järgi, mis hoiab vajalikul tasemel hapniku partsiaalset rõhku alveolaarses õhus, s. o. selles õhus, mis puutub kokku kapillaaride verega, ja 2) difusiooni järgi, s. o. hapniku ja süsihappegaasi läbiminekuga kopsumembraanist (vastavalt antud konkreetse isiku kopsumahule ja kasutatud hapniku koefitsiendile). On ilmne, et kui kas või üks nendest lülidest hakkab talitlema ebanormaalselt, on tegemist hingamise puudulikkusega.

Ülevaade oleks ebatäielik, kui me ei meenutaks veel üht tähtsat tegurit, mis (peale kopsumahu) osutab ventilatsioonile olulist mõju. Jutt on hingamisakti mehaanikast. Selle küsimusega on NSV Liidus viimastel aastatel palju tegelnud prof. L. Šik. Arvesse tulevad kaks peamist tegurit.

Esimeseks teguriks on väljahingamise kiirus. Terve inimene näiteks hingab temale maksimaalse kiirusega (pärast maksimaalset sissehingamist) esimese sekundi jooksul välja mitte vähem kui 75% kopsude elulisest

mahust, järgneva 2 sekundi jooksul ülejäänud 25%. Mitmete haiguste puhul, millega kaasneb hingamise puudulikkus, hingatakse esimese sekundi jooksul välja mitte rohkem kui 50—60% kopsude mahust ja järgneva 2 sekundi jooksul väljahingamine veel ei lõpe. Väljahingamise kiirust määratakse prof. B. Votšali pneumotahhomeetriga või spirograafiliselt. Teiseks teguriks hingamisakti mehaanikas on hingamislihaste töö, mida välise hingamise hindamisel ei ole arvestatud. On kindel, et hingamislihaste töö hingamise puudulikkuse puhul on rahulikus olekus suurenenud ja eriti suur füüsilise koormuse puhul. See nähtus tekib hingamiskeskuse järsu erutuse ja kõrgenenud aktiivsuse tõttu, mida põhjustavad retseptorite närviimpulsid, mis signaliseerivad kesknärvisüsteemi tavalistest tingimustest kõrvalekaldumisest (hingamise puudulikkus) ja tugevdavad reflektoorselt hingamislihaste tööd (et kindlustada kopsude küllaldast ventileerimist). Hingamise puudulikkust põdeval haigel muutub hingamisakt väsitavaks tööks, mis nõuab liigset energiakulu.

Tervel inimesel on hingamiskeskuse erutus ja kopsude ventileerimine omavahel otseses sõltuvuses. Krooniliste kopsuhaiguste puhul nõuab igasugune hingamisliigutuste tugevdamine hingamislihaste mitteadekvaatset stimuleerimist hingamiskeskuse poolt Seepärast kaasnebki mõnikord haige kaebusega hingeldamise üle hingamise minutimahu teatav suurenemine. Neil juhtudel peegeldab hingeldamistunne hingamiskeskuse mitteadekvaatset järsku erutust, mis on iseloomulik hingamise puudulikkusega haigetele. Tervetel inimestel esineb see ainult hingamise väga suure minutimahu puhul.

Omistame sellele tegurile tähtsust sellepärast, et hingamise puudulikkusega haigete hingamist reguleerivate närvimehhanismide pinge on kõrge isegi rahulikus olekus, sõltumata sellest, kas esineb arteriaalne hüpokseemia või mitte. Antud olukord piirab töövõimet, sest töö nõuab hingamise minutimahu edasist suurenemist.

Öeldust järeldub selgesti, et arteriaalse hüpokseemia esinemine ei pruugi veel tingimata olla hingamise puudulikkuse sümptoomiks. Peab arvestama ka ventilatsiooninäitajaid ja kogu hingamissüsteemi pingutatust. Kui aga näiteks arteriaalse vere normaalne küllastatus füüsilise koormuse puhul saavutatakse sellele koormusele mitteadekvaatsete kompensatoorsete mehhanismide sisselülitumisega, nimelt hingamise minutimahu suurenemisega, siis tuleb seda hinnata hingamise puudulikkusena. Kui rahulikus olekus esineb hingeldamine, s. o. teatud ajaühikus ventileeritava õhu hulga suurenemine, mille abil tagatakse arteriaalse vere normaalne küllastumine hapnikuga, siis näitab see samuti hingamise puudulikkust.

Kui asuda seisukohale, et hingamise puudulikkuse puhul peab tingimata esinema arteriaalne hüpokseemia, siis oleks seda võimalik diagnoosida ainult kvalifitseeritud kliinikutes, kus määratakse vere hapnikusisaldust, tavalisel arstil oleks see aga praktiliselt võimatu.

Tsüanoos ei ole alati arteriaalse hüpokseemia näitajaks. Ta võib esineda hapniku vähenemise tagajärjel venoosses veres, kusjuures arteriaalses veres on küllastatus normaalne. Seega peab arteriaalset hüpokseemiat hindama hingamise puudulikkuse hilise staadiumi, ventilatsioonihäireid aga varajaste staadiumide väljendusena. Selline arusaamine hingamise puudulikkusest võimaldab meie arvates arstil-praktikul igapäevases töös seda seisundit määrata.

Hingamise puudulikkust klassifitseerime järgmiselt: 1) kopsudes esinevate muutuste — kopsude või südame- ja veresoonkonna kahjustuste (kopsu-, või südame- ja kopsupuudulikkus) puhul esinev hingamise puudulikkus, 2) oluliste anatoomiliste muutuste puudumisel esinev kopsupuudulikkus (kesknärvisüsteemi kahjustuste, vereloomeelundite haiguste, hapniku partsiaalse rõhu languse puhul sissehingatavas õhus).

On olemas 3 peamist välismaist klassifikatsiooni. Saksa koolkond kasutab L. Braueri klassifikatsiooni (moderniseeritud H. W. Knippingi jt. poolt 1935. a.), mis jagab hingamise puudulikkuse järgmiselt: 1) ventilatsioonihäired — a) kopsude liikuvuse piiratus (tsentraalne või perifeerne); b) stenootiline hingamine; c) õhu segunemise häire kopsudes; 2) funktsionaalse surnud ruumi suurenemine; 3) veresoonte lühiühendused — a) arenemise anomaaliad koos šundi moodustumisega suurte veresoonte vahel ja südames, b) kopsude mitteventileeritavate piirkondade verevarustus; 4) difusioonihäired.

Selle klassifikatsiooni olulisemaks puuduseks on: 1) nn. ventilatsioonihäirete rühma täiesti erinevate nähtude ühendamine ja 2) surnud ruumi kõrgenenud ventilatsiooni mitte küllalt põhjendatud rõhutamine, sest viimane ei põhjusta kuigi sageli hingamise puudulikkust.

Palju ühist on ameerika ja šveitsi koolkonna klassifikatsioonidel, kuigi need töötati välja teineteisest sõltumatult. Ameerika teadlased E. F. Baldwin, A. Cournand ja D. W. Richards peavad otstarbekohaseks eristada välise hingamise kaht külge — ventileerivat (hõlab alal alveolaarse õhu ja kopsude õhu ühtlase koostise) ja alveolaar-respiratoorset (jaotab õhku üksikute alveoolide vahel ja korraldab gaaside difusiooni neis). Sellele vastavalt jaotavad autorid ka hingamise puudulikkuse ventilatsioonihäireks, mis ilmneb hingeldamises (arteriaalne hüpokseemia puudub), ning alveolaar-respiratoorseks häireks, mille puhul esineb arteriaalne hüpokseemia, real juhtudel aga ka hüperkapnia. Põhimõtteliselt oleme samal seisukohal ja jagame hingamise puudulikkuse kahte rühma: 1) liigseks ventilatsiooniks, s. t. kompensatoorne näht ilma organismi hapnikupuuduseta, ja 2) hapnikupuuduseks (peamiselt arteriaalne hüpokseemia koos ventilatsioonihäirega). Erinevalt ameerika autoritest ühendame (nagu šveitsi autoridki) need seisundid termini «hingamise puudulikkus» alla.

Ameerika autorid A. Cournand ja D. W. Richards koos kaastöölistega kasutavad kõigi vaadeldavate nähtude kohta terminit «kopsude puudulikkus». Ventileerimise puudulikkus võib nende autorite järgi sõltuda kas õhuteede läbitavuse häirest (obstruktiivne), või kopsude laienemise ja korditumise häirest (piirav, restriktiivne). Alveolaar-respiratoorne puudlikkus võib seisneda kas õhu ebaühtlases jaotumises alveoolides (põhjustab osalist või täielikku alveolaarset hüpoventilatsiooni) või difusioonihäiretes.

Peaaegu samasugune on šveitsi koolkonna klassifikatsioon (P. W. Rossier, A. Bühlman, K. Wiesinger), mis eelistab ka ventilatsioonihäirete tähistamiseks terminit «hingamise puudulikkus». Nad eristavad ilmset puudulikkust, mille puhul esineb gaasivahetuse häire, ja latentset puudulikkust, mille puhul ilmneb ainult ventilatsioonihäire. Autorid arvavad õigesti, et nende kahe liigi vahel pole niivõrd kvantitatiivne kui just kvalitatiivne erinevus, ja eraldavad seepärast igasse rühma 4 peamist häiretetüüpi: 1) täielik puudulikkus (kõikide alveoolide hüpoventilatsioon koos arteriaalse hüpokseemia ja hüperkapniaga); 2) osaline puudulikkus (osa alveoolide hüpoventilatsioon koos arteriaalse hüpokseemia arenemisega ilma hüperkapniata); 3) veresoonte lühiühendus; 4) difusioonihäired.

Erinevus ilmse puudulikkuse ja varjatud puudulikkuse vahel seisnebki selles, et varjatud puudulikkuse puhul esinevad rahulikus olekus ainult ventilatsioonihäired (või ilmnevad need isegi ainult töö korral), ilmse puudulikkuse puhul aga esineb arteriaalne hüpokseemia.

Nõukogude, ameerika ja šveitsi klassifikatsioonid on põhimõtteliselt ühtivad. Hiljuti ilmunud N. W. Steadi ja F. M. MacDonaldi klassifikatsioon ei paku midagi uut.

Mõni sõna termini «hapnikupuudus organismis» kohta ja selle seisundi tunnustest meie klassifikatsiooni alusel. Meie mõistame seda terminit (erinevalt välismaa autoritest) mitte ainult arteriaalse hüpokseemiana. Hapnikupuuduse nähuks organismis on ka hapendumata ainevahetusproduktide kogunemine verre (tavaliselt hapenduvad need produktid kopsu kapillaarides). See on üheks välise hingamise puudulikkuse tunnuseks.

Välise hingamise puudulikkuse ravi seisneb esmajoones seda puudulikkust esilekutsuva põhjuse likvideerimises. Ravi aluseks on hapniku (eelkõige segu, mis sisaldab 60 ja rohkem protsenti hapnikku) sissehingamine. Peame mainima, et hapnikravi ei ole süütu ravimeetod. Peale individuaalse talumatuse peab olema ettevaatlik hüperkapnia puhul, sest hapniku sissehingamine suurendab kahtlemata vere süsihappegaasisisaldust.

Veel ei ole öeldud viimane sõna ka hapniku sissehingamise kestuse kohta, selle protsendi kohta sissehingatavas segus jne. Meile tundub, et küsimus hapniku parapulmonaalse manustamise meetodite kohta ei ole veel ammendatud. Võib arvata, et teatud tingimustes võivad need meetodid olla efektiivsed.

Vastust kõikidele nendele küsimustele veel ei ole, ja lähema tuleviku ülesandeks on uurimistöö selles suunas.

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Дембо

Резюме

Возрастающий интерес к вопросам дыхательной недостаточности не случаен, так как с недостаточностью функции внешнего дыхания приходится иметь дело врачам всех специальностей. Под дыхательной недостаточностью следует понимать недостаточность функции органов дыхания.

Функция внешнего дыхания определяется двумя процессами:

1) вентиляцией, поддерживающей достаточное парциальное давление кислорода в альвеолярном воздухе,

2) диффузией, то есть прохождением кислорода и углекислоты через легочную мембрану.

Очевидно, что если даже одно из этих звеньев начнет функционировать ненормально, мы вправе говорить о дыхательной недостаточности.

Следует различать дыхательную недостаточность:

1) при наличии изменений в легких из-за поражения их или сердечно-сосудистой системы (легочная, сердечная и сердечно-легочная недостаточность),

2) при отсутствии существенных анатомических изменений в легких (при поражениях нервной системы, заболеваниях системы крови, при понижении парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе).

Лечение недостаточности внешнего дыхания заключается в устранении причины, вызывающей эту недостаточность. Основой лечения является ингаляция кислорода, и в первую очередь смеси его, содержащей 60 и более процентов кислорода.

Необходимо указать, что лечение кислородом не всегда безразличный метод терапии, ввиду индивидуальной непереносимости кислорода и возможности возникновения гиперкапнии.

TUBERKULOOSIHAIGETE SURMA PEAMISED PÕHJUSED LAHANGUMATERJALI ANDMEIL

(Autoreferaat)

Arstiteaduse kandidaat *L. JANNUS*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Nii Nõukogude Liidus kui ka enamikes välisriikides langeb suremine tuberkuloosi aasta-aastalt. Paralleelselt sellega täheldatakse patoloogilis-anatoomiliste diagnooside põhjal tuberkuloosivormide struktuuri muutumist. Kaasajal tuberkuloosi tagajärjel surnud isikutel on kõige sagedamini olnud mõni kopsutuberkuloosi fibroos-kaverniline vorm, sageli laialdaste tsirrootiliste muutustega.

Analüüsisime 85 tuberkuloosihaige surma juhtu Tallinna Linna Tuberkuloosihaiglas, Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri ja Nõmme Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaarides ajavahemikus 1958.—1961. a. Surnutest oli 64 meest ja 21 naist vanuses 18—80 aastat. Kui veel vanuserühmas 30—39 a. oli meeste ja naiste surmajuhtude suhe 11 : 7, siis vanuserühmas 40—49 a. oli surmajuhtude arv meeste hulgas 4 korda ja vanuserühmas 50—59 a. 8 korda suurem kui naistel samades vanuserühmades. Tuberkuloosivormidest prevaleeris fibroos-kaverniline kopsutuberkuloos (76 juhtu, s. t. 89,4%). Kolmel neljandikul uuritud haigetest oli enne surma rakendatud intensiivset tuberkuloosivastast antibakteriaalset ravi, kirurgilist ravi oli kasutatud 26 haigel.

73 juhul olid tuberkuloosiprotsessist haaratud mõlemad kopsud, hiidkavernid esinesid 31 lahangujuhul. Paralleelselt tuberkuloosist põhjustatud muutustega kopsukoes täheldati 24 juhul lümfisõlmede tuberkuloosi. Düstroofilised muutused maksas, südamelihases, neerudes ja ajukoes esinesid 63 juhul (74%). Kardiovaskulaarset või kardiopulmonaalset puudulikkust sedastati 54 juhul (63,5%). Aordi, südame pärgarterite ja ajuarterite skleroatilised muutused esinesid 34 lahangujuhul.

Uuritud lahangujuhtude analüüs näitab, et otsesed surmapõhjused võivad olla erinevad. Miliaarne tuberkuloos ja tuberkuloosne meningiit olid surma põhjuseks 11 juhul, kusjuures nimetatud tuberkuloosivormid olid 9 juhul arenenud krooniliselt kulgeva fibroos-kavernilise kopsutuberkuloosi foonil. Tuberkuloosiprotsessi ägenemine kopsudes oli surma põhjuseks 11 juhul, kaseoosne pneumoonia 6 juhul ja mittespetsiifilised põletikulised protsessid kopsudes 8 juhul. Seega põhjustas tuberkuloosiprotsessi progresseerumine surma 28 juhul (32,9%). Äge kopsuverejooks eelnes surmale 9 juhul, kopsu- või ajuarterite tromboos — 5 juhul. Amüloidoos oli otseseks surmapõhjuseks 13 juhul (15,3%). 11 juhul oli surma põhjuseks pahaloomuline kasvaja (12,9%). Kõik vähki surnud haiged olid mehed vanuses 48—80 a. Patoloogilis-anatoomilise leiu alusel oli 6 juhul tegemist primaarse kopsuvähiga, 2 juhul hüpernefroomiga koos metastaasidega kopsudes ja kolmel juhul maovähiga (neist ühel juhul metastaasidega kopsudes).

Nagu juba ülalpool mainitud, rakendati 26 haigel kirurgilisi ravimenetlusi, neist 14 haigel rohkem kui ühel korral. Nimetatud juhtude lähemal analüüsimisel selgub, et operatiivne vahelesegamine oli osal juhtudest põhjustanud tüsistusi ja kiirendanud surma. Peab lisama, et enamik operatsioonijärgsete tüsistuste tagajärjel surnud haigeid põdes raskekujulist kaugelearenenud tuberkuloosi, kus pikemat aega kestnud antibakteriaalne ravi ei olnud andnud soovitud tulemusi. 17-l meie poolt uuritud juhust (20%) saabus surm kas operatsiooni ajal (üks juht) või kuni kolme nädala jooksul pärast operatsiooni. Operatiivsetest vahelesegamistest oli kasutatud torakoplastikat, kavernotoomiat, ekstrapleuraalset pneumolüüsi, segmentektoomiat, lobektoomiat, lihase- ning nahalapi kavernisisest transplantatsiooni või torakotoomiat. Sagedamini tekkisid tüsistused hemodünaamiliste häirete taustal — kopsuverejooks, kopsuarteri tromboos, kopsuinfarkt (8 juhul); tuberkuloosiprotsessi ägenemist või mittespetsiifilise põletiku arenemist kopsudes täheldati viiel juhul.

Kokkuvõttes võib öelda, et kroonilistel fibroos-kavernilistel, laialdase destruktsiooniga kopsutuberkuloosi vormidel on tänapäeval tuberkuloosist põhjustatud surmajuhtude hulgas suur osatähtsus. Antibakteriaalne ravi ja kirurgilised vahelesegamised ei suuda neid haigeid päästa. Et antibakteriaalne ravi paljudel juhtudel vaid pikendab haige eluiga, ei likvideeri aga tuberkuloosiprotsessi täielikult, siis on ilmselt vajalik rakendada kirurgilist ravi rohkem tuberkuloosiprotsessi varasemates faasides, kus organismi kudedes ei esine veel väljakujunenud patoloogilisi muutusi, mis soodustavad operatsioonijärgsete tüsistuste teket. Lisaks sellele tuleb märkida, et antibakteriaalsete ja hormoonipreparaatide manustamine peab toimuma kindla raviskeemi alusel, mis on igale haigele individuaalne (suuremal osal meie poolt uuritud juhtudest oli nimetatud ravi olnud stiihiline, ebakorrapärane).

EESTI NSV-s AVASTATUD SALMONELLADE RAVIMIRESISTENTSUSE UURIMISEST

H. PIHL

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

Kaasajal ei ole küllaldane rahulduda nakkushaiguste etioloogia uurimisel ainuüksi haigusetekitaja avastamisega ja tema morfoloogiliste, biokeemiliste, seroloogiliste jt. omaduste tundmaõppimisega, vaid olulist tähtsust omab ka patogeensete mikroorganismide resistentsuse uurimine mitmesuguste ravimpreparaatide suhtes.

Soolenakkuste tekitajate ravimiresistentsuse uurimisel on meie vabariigis senini juhitud tähelepanu peamiselt ainult düsenteeriabakteritele (4, 2 jt.). Salmonellade ravimiresistentsust on meil varem kirjeldanud A. Ahhundova (1), kes esitab aga materjale ainult kahe seroloogilise tüübi — *S. typhimurium*'i ja *S. newport*'i kohta.

Täiendavate andmete saamiseks meil esinevate salmonellade ravimiresistentsuse kohta uurisime 110 erinevalt isikult eraldatud salmonellade kultuure, millest 35 kuulusid B-, 40 — C-, 14 — D- ja 21 — E-gruppi. Kokku uuriti *Genus Salmonella* 16 järgmist seroloogilist tüüpi: *S. anatum, S. cairo, S. chester, S. cholerae suis var. kunzendorf, S. derby, S. dublin, S. heidelberg, S. london, S. meleagridis, S. mission, S. muenchen, S. muenster, S. newlands, S. newport, S. typhimurium* ja *S. typhosa.*

Loetletud salmonellade ravimiresistentsuse uurimine toimus ravimpreparaatide seeriaviisilise lahjendamise meetodil (3). Antibiootikumidest kasutasime biomütsiini, kolimütsiini, mütseriini, levomütsetiini, streptomütsiini, terramütsiini ning sulfaniilamiididest norsulfasooli. Antibiootikumide põhilahused valmistati L. A. Tarassevitši nimelisest Meditsiiniliste ja Bioloogiliste Preparaatide Riiklikust Kontrollinstituudist saadud standardpreparaatidega, igale neist on märgitud toimeühikute arv ühes mg-s.

Iga kultuuri ravimiresistentsuse uurimine toimus 12 katseklaasist koosnevas reas. Kõikidesse katsutitesse kallati söötmeks 2 ml Hottingeri puljongit, mille pH = 7,3—7,4. Esimesse katsutisse lisati 2 ml koguses varem valmistatud kindla kontsentratsiooniga antibiootikumilahust. Pärast hoolikat segamist viidi esimese katsuti sisust (gradueeritud pipetiga) 2 ml järgmisse katsutisse jne. kuni 11. katsutini (viimane kaasa arvatud). 12. katsutisse preparaati ei manustatud, sest selles kontrolliti kultuuri kasvu ilma ravimi manuluseta. Nii saadi katsutite rida, kus 11. katsutis oleva ravimi kontsentratsioon oli 1024 korda nõrgem esimese katsuti lahjendusest.

Pärast ravimpreparaadi astmelist lahjendamist külvati igasse katsutisse Pasteuri pipetiga 1 tilk 10 000-kordselt lahjendatud uuritava salmonella 24-tunnilist puljongkultuuri. Katsutid loksutati seejärel hästi läbi ja paigutati termostaati +37°C juurde. 18-tunnilise inkubeerimise järel hinnati katsetulemused. Salmonellade kasvu määrati visuaalselt puljongi hägususe järgi. Märgiti üles ravimpreparaadi kontsentratsioon esimeses hägususega ja sellele eelnevas, veel selge puljongiga katsutis. Mõlema katsuti kontsentratsioonide matemaatilist keskmist loeti madalaimaks lahjenduseks, mispuhul preparaat on veel võimeline pärssima mikroobide kasvu. Võimalike vigade vältimiseks visuaalsel kontrollimisel tehti veel külvid Endo söötmele esimesest salmonellade kasvuga katsutist ja kahest eelnevast, kus hägusus puudus.

Ravimiresistentsuse suhtes rühmitasime salmonellad 4 rühma:

I rühm — kõrge tundlikkusega kultuurid, mis paljunesid söötmes, mille 1 ml-s oli 0,1—1,0 TÜ antibiootikumi; II rühm — keskmise tundlikkusega kultuurid, mis paljunesid söötmes, mille 1 ml-s oli 1,0—5,0 TÜ antibiootikumi; III rühm — madala tundlikkusega kultuurid, mis paljunesid söötmes, mille 1 ml-s oli 5,0—10,0 TÜ antibiootikumi; IV rühm — resistentsed kultuurid, mis paljunesid söötmes, mille 1 ml-s oli enam kui 10 TÜ antibiootikumi.

Norsulfasooli puhul arvestati rühmitamisel järgmisi kontsentratsioone: 0—10 mg%, 10—50 mg %, 50—100 mg % ja üle 100 mg %.

Töö tulemusena selgus (vt. tabel), et uuritud salmonelladel esines kõige sagedamini ravimiresistentsus streptomütsiini ja norsulfasooli suhtes. Kui näiteks biomütsiini, mütseriini, levomütsetiini ja terramütsiini suhtes ei olnud resistentne ükski kultuur, siis streptomütsiiniresis-

tentseteks osutusid 31,0% ja norsulfasooliresistentseteks 32,7% uuritud kultuuridest. Madala tundlikkusega olid streptomütsiini suhtes 28,1% ja norsulfasooli suhtes koguni 50,0% kultuuridest. Kõrge tundlikkus nende ravimite suhtes esines ainult üksikjuhtudel.

Salmonellade resistentsus antibakteriaalsete preparaatide suhtes

Jrk. nr.	Preparaadi nimetus	Kultuuride jaotumine resistentsuse astme järgi				Kokku uuritud kultuure
		Kõrge tundlikkusega kultuurid	Keskmise tundlikkusega kultuurid	Madala tundlikkusega kultuurid	Resistentsed kultuurid	
1.	Biomütsiin	98 (89,1%)	12 (10,9%)	—	—	110
2.	Kolimütsiin	66 (60,0%)	37 (33,6%)	5 (4,5%)	2 (1,8%)	110
3.	Mütseriin	81 (73,6%)	27 (24,6%)	2 (1,8%)	—	110
4.	Levomütsetiin	—	103 (93,7%)	7 (6,3%)	—	110
5.	Streptomütsiin	2 (1,8%)	43 (39,1%)	31 (28,1%)	34 (31,0%)	110
6.	Terramütsiin	74 (67,2%)	34 (31,0%)	2 (1,8%)	—	110
7.	Norsulfasool	1 (0,9%)	18 (16,4%)	55 (50,0%)	36 (32,7%)	110

Levomütsetiini suhtes oli valdav enamik kultuure (93,7%) keskmise tundlikkusega. Vaatamata sellele, et biomütsiini kasutatakse juba suhteliselt pikemat aega, omab see antibiootikum veel võrdlemisi kõrget antibakteriaalset efektiivsust salmonellade suhtes. Uuritud kultuuridest 89,1% olid biomütsiini suhtes kõrge tundlikkusega. Mütseriini suhtes ilmutasid kõrget tundlikkust 73,6%, terramütsiini suhtes 67,2% ja kolimütsiini suhtes 60,0% salmonelladest. Mis puutub salmonellade üksikutesse serotüüpidesse, siis nimetamisväärseid erinevusi nende ravimiresistentsuses ei täheldatud.

Käesoleva uurimise tulemusi on vajalik arvestada salmonelloosihaigete ja bakterikandjate ravimisel, kuigi *in vitro* saadud andmed ravimiresistentsusest ei kattu alati täielikult kliiniliste tähelepanekutega.

KIRJANDUS

1. Ахундова К. А. Сборник докладов третьей научной конференции Таллинского н/и ин-та ЭМиГ. Таллин, 1961, 50—57. — 2. Григорьева А. П., Розум А. Н. и Свичкарева А. И. Там же, 24—28. — 3. Инструкция для определения чувствительности патогенных микробов к антибиотикам методом серийных разведении. Антибиотики, 1956, 2, 54—57. — 4. Ahhundova, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 5, 54—58.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ САЛМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Х. Пихл

Резюме

При изучении этиологии инфекционных заболеваний не следует ограничиваться выявлением возбудителя их, но существенное значение имеет и исследование устойчивости патогенных микроорганизмов к различным лекарственным препаратам.

Устойчивость 110 культур салмонелл (выделенных у отдельных больных) к биомицину, колимицину, мицерину, левомицетину, стрептомицину, террамицину и норсульфазолу исследовали методом серийных разведений. Были использованы стандартные препараты, полученные из Государственного контрольного института медицинских и биологических препаратов им. Л. А. Тарасевича. Из исследуемых культур 35 относились к серологической группе B, 40 к группе C, 14 к группе D и 21 к группе E.

Установлено, что наибольшее количество исследованных культур были устойчивы к стрептомицину (31,0% из них обладали стрептомициноустойчивостью и 28,1% были мало чувствительны к этому антибиотику) и к норсульфазолу (32,7% устойчивых и 50,0% мало чувствительных культур).

К левомицетину подавляющее большинство культур (93,7%) имело среднюю чувствительность. В отношении биомицина 89,1% культур имели высокую чувствительность. Высокой чувствительностью к мицерину обладали 73,6%, к террамицину 67,2% и к колимицину 60% культур.

Различий в лекарственной чувствительности серотипов установить не удалось.

Данные, полученные в настоящей работе, следует учитывать при лечении больных салмонеллезами и бактерионосителей, памятуя, однако, что результаты, полученные *in vitro*, не всегда совпадают с клиническими наблюдениями.

KARBAMIIDFORMALDEHÜÜDLIIMIST K-17 PÕHJUSTATUD NAHA- JA LIMASKESTADE KAHJUSTUSED

Arstiteaduse kandidaadid *N. SCHAMARDIN* ja *I. MARIPUU*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Kaasajal leiavad tööstuses üha laialdasemat kasutamist mitmesugused vaikliimid (fenoolformaldehüüd, karbamiidformaldehüüd, epoksüüd jt.), mis võivad töölistel sageli põhjustada nahahaigusi. Viimastel on küllaltki kaaluv osa professionaalsete dermatooside hulgas (1).

Alates 1959. a. sagenesid naha- ja limaskestade kahjustused ka mõnede Tallinna mööblitehaste töölistel, mida seostati uut liiki liimi K-17 tarvitusele võtmisega. Liim K-17 on valmistatud sünteetilisest karbamiidformaldehüüdvaigust MF-17. Vaik on viskoosne mass, värvuselt valgest kuni helepruunini. Selle tootmisel kasutatakse lähteainetena formaliini, naatriumhüdroksüüdi, karbamiidi, ammoniaagi vesilahust ja dietüleenglükooli. Liimivad omadused saab vaik alles pärast katalüsaatori ehk kõvendaja (10%-lise oblikhappe vesilahuse või ammooniumkloriidi) lisamist, kusjuures täiteainena kasutatakse puidujahu (3, 4).

Karbamiidformaldehüüdvaikudest põhjustatud dermatiitide ja ekseemide kohta leidub kirjanduses rohkesti andmeid (5, 2, 6 jt.). Neist vaikudest valmistatud liimide toime kohta on aga vähem andmeid (alles alates 1943. aastast). L. Schwartzi ning kaasautorite (7) arvates omavad vaikliimid nii nahka ärritavat kui ka sensibiliseerivat toimet; liimiaurud võivad põhjustada ka konjunktiviite ning hingamisteede ärrituse nähte. D. Little (9) andmetel on esinenud vaid dermatiite.

Kirjanduses esinevate andmete järgi peaks kunstvaikliimide toime vaikude endi toimest mõnevõrra erinema. Täpsemaid andmeid liimide koostise kohta pole aga toodud.

Karbamiidformaldehüüdliimi K-17 toimet organismisse meile kättesaadava kirjanduse andmeil ei ole uuritud. 1960. a. jooksul jälgisime 61 töölist Tallinna mööblivabrikuist, kus kasutatakse karbamiidformaldehüüdliimi. Neis tehaseis tehakse liimimisel kõik tööoperatsioonid käsitsi, kaitsmata kätega. Seejuures on ka õhus rohkesti formaldehüüdi, mis nn. kuuma liimipressi juures ületab lubatud piirkontsentratsiooni (0,005 mg/l) 2—8 korda. Külmal liimimisel ja montaažitsehhis kõikus for-

maldehüüdisisaldus õhus 0,001—0,009 mg/l vahel — see võib põhjustada limaskestade ärrituse nähte. Oblikhappe aurusid esines kontsentratsioonis 0,0016 mg/l.

Uuriti 61 töölist (35 meest ja 26 naist) vanusega 18—59 a. Liimiga kokkupuutumise kestus oli neil 1 kuu—3,5 aastat. Sõltuvalt tööprotsessist märgiti töötajail teatud erinevusi tervisehäirete esinemises (vt. tabel).

Elukutse	Uuritavate arv	Kaebused seoses tööga	Silmade sidekesta-de ärrituse nähud	Nina ja neelu limaskesta-de ärrituse nähud	Nahakahjustused
Liimipressi töölised (kuumal menetlusel)	22	21	8	3	12
Tislerid-liimijad, vineerijad, liimijad, liimisegajad (külm liimimine)	18	18	8	6	5
Tislerid-monteerijad (kuivanud liimitolm)	20	20	9	12	1
Oblikhappe villija	1	1	—	—	1
Kokku	61	60	25	21	19

Sagedamini esinevateks kaebusteks olid peavalud (28 töölisel), valu silmis (23), väsimustunne (22), silmade kipitus (18), isutus (18), nahalööve, naha sügelemine ja kipitus (18), valu ninas (17), valu kurgus (12), unehäired (11) ja mõru, soolane või hapu maitse suus (4). Ainult ühel liimipressi töölisel (staaž 1 kuu) ei olnud kaebusi.

Nagu nähtub tabelist, esines nahakahjustus sagedamini liimipressitöölistel (peamiselt töötavad seal naised). Konjunktiviite ja nina ning neelu limaskestade ärrituse nähte esines töölistel kõigis elukutserühmades (meestel isegi mõnevõrra sagedamini).

Nahakahjustustest esines 13 töötajal dermatiit (neist kolmel ultseroosne), viiel ekseem ja ühel follikuliit. Ekseemi diagnoositi peamiselt nahalööve ulatuse ja haiguse kulu järgi, vähem lööve iseloomu alusel. sest nii dermatiidile kui ka ekseemile oli iseloomulik lööve-elementide polümorfism (punetus, erosioonid, märgumine, koorikud). Nahalööve lokaliseerus peamiselt riietest vabadel kehaosadel (käed, nägu, harvem jalasääred, kui need olid töö ajal katmata). Nahakahjustus tekkis sagedamini juba esimesel tööaastal, põhjustades mõnel juhul isegi korduvat ajutist töövõimetust. Töö katkestamise järel toimus tervistumine tavalise lokaalse ravi mõjul kiiresti; samale tööle asumisel aga tekkisid haigusnähud sageli uuesti.

Karbamiidformaldehüüdliimi K-17 sensibiliseeriva toime selgitamiseks määrati haigeil naha tundlikkus ainult vaigu MF-17 suhtes, sest selle katalüsaator oblikhape omab kirjanduse andmeil tugevat ärritavat toimet. Kasutatuna koos vaiguga kleepub liim pealegi tugevasti nahale, mis tunduvalt segab tulemuste hindamist. 13 töölisel, kel esines nahalööve, tehti nahatest tilgameetodil — kõhunahale asetati 1 tilk vaiku MF-17, reaktsiooni kontrolliti 24 tunni pärast. Kõigil 13-l osutus nahatest negatiivseks. 5-l nahalöövega töötajal teostati nahatest lapimeetodil. Viiekordsele marlilapile (suurus 2×2 sm) tilgutati 3 tilka vaiku MF-17. Lapp asetati 24 tunniks õlavarre välisküljele. Proov loeti positiivseks, kui lapi asukohta oli tekkinud püsiv naha hüpereemia. Proovi tulemus oli nõrgalt positiivne vaid kahel isikul.

Meie tähelepanekud näitasid, et karbamiidformaldehüüdliimi K-17 toimel sugenevad tervisehäired on kas üldised või lokaalsed. Üldhäiretest esinevad peavalud, väsimus, isutus, harvem unetus. Peamine tähtsus on aga liimi K-17 lokaalsel, limaskesti ja nahka ärritaval toimel. See avaldub konjunktiivide ja nina ning neelu limaskestade ärrituse nähtudena (konjunktiviit, farüngiit, riniit) või nahakahjustusena (dermatiit). Liimi kahjustavat toimet nahale tugevdab naha traumatiseerimine kuivanud liimi eemaldamisel. E. Merwetheri (8) andmetel ühineb formaldehüüd keratiiniga — sellega seletubki aldehüüdi püsimine nahal. Kuigi jälgitud haigete arv ei ole suur, võib siiski järeldada, et liimi K-17 spetsiifiline sensibiliseeriv toime ei tule praktiliselt arvesse. Üksikud ekseemijuhud tuleks lugeda liimi suhtes mittespetsiifilisteks.

Sünteetiline vaikliim K-17 leiab tööstuses üha laiemat kasutamist, sest kaseiinliimidega võrreldes on sel mitmeid eeliseid. Tervisehäirete vältimiseks tuleb liimiga kokkupuutuvatel töölistel võtta tarvitusele mõningad kaitseabinõud: 1) hoolitseda küllaldase ventilatsiooni eest tööruumides; 2) liimipintsleid hoida suletud anumates; liimised puidujäätmed koguda kaanega suletud kastidesse, viimased tühjendada iga vahetuse lõpul; 3) varustada end põllede, kummikinnaste ja käisekaitsetega; 4) enne töö alustamist tuleb hõõruda kaitsesalvi nendele kehaosadele, mis tööprotsessis võivad liimiga kokku puutuda; 5) liimi sattumisel nahale tuleb nahk puhastada 1%-lise perkarbonaatnaatriumiga, mis hapendab formaldehüüdi suhteliselt mittelahustuvaks soolaks; 6) pärast töö lõppu tuleb nahka pesta sooja vee ja seebiga (soovitatav sulfiitseebiga).

KIRJANDUS

1. Долгов А. П. и Соловьева Л. В. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 1961, I, 23—27. — 2. Лазарев Н. В. Вредные вещества в промышленности, ч. I, Л., 1954, 720. — 3. Hüsse, J. Sünteetiliste liimide kasutamine vineeritööstuses. Tallinn, 1958. — 4. Sverdlov, S. Puidu liimimine ja vineerimine liimiga K-17. Tallinn, 1958. — 5. Schwartz, L. Amer. J. Public Health, 1936, 26, 586—592. — 6. Koelsch, F. Handbuch der Berufskrankheiten. Jena, 1959. — 7. Schwartz, L., Tulipan, L. and Peck, S. Occupational Diseases of the Skin. Philadelphia, 1948. — 8. Merewether, E. Industrial Medicine and Hygiene. London, 1956. — 9. Little, D. tsiteeritud E. Merewether'i (8) järgi.

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЕМ КАРБАМИД-ФОРМАЛЬДЕГИДНОГО КЛЕЯ К-17

Н. Шамардин и *И. Марипуу*

Резюме

У обследованных рабочих мебельных фабрик, соприкасающихся с карбамид-формальдегидным клеем К-17, были выявлены местные поражения кожи и слизистых (дерматит, экзема, конъюнктивит, фарингит) и нарушения общего состояния (головные боли, отсутствие аппетита, нарушение сна и т. д.).

Заболевания кожи, вызванные раздражающим действием клея, легко обратимы при прекращении контакта с ним. Наблюдения над течением заболевания и результаты кожных тестов показали, что клей К-17 не обладает сколько-нибудь заметными сенсибилизирующими свойствами.

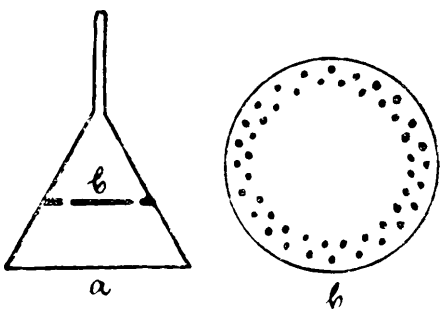
HAPNIKRAVI MEETODEIST KOPSUPÕLETIKU PUHUL VARAEALISTEL LASTEL *

L. KERES ja *L. LAARMANN*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, kateedri juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Hapniku annus ja manustamise viis, mida kirjanduses soovitatakse kasutada hingamise puudulikkusega kopsupõletiku haigete ravimisel, on erinevatel autoritel väga erinev. Viimasel ajal soovitatakse kopsupõletiku puhul kasutada suuri hapnikuannuseid, et vältida paljude elundite kahjustumist hüpoksia tõttu [M. Maslov (4), J. Dombrovskaja (2), V. Uspenski (9), V. Braginskaja ja A. Dengina (1), E. Tvingh (8) jt.]. Üldiselt on nõudeks, et hapniku pikaajalisel manustamisel ei oleks sissehingatava õhu hapnikusisaldus üle 40% (vanematel lastel üle 60%). Üliraske seisundi puhul võib lühiajaliselt (kuni 3 tundi) anda ka kõrgema hapnikusisaldusega gaasisegusid. Tugevate kontsentratsioonide pikaajalisel kasutamisel peab arvestama hüperoksia ohtu, mis kahjustab kogu organismi, eriti aga kopsukude (turse, verevalandid), maksa ja närvisüsteemi [G. Zilov (3), N. Sirotinin (7), I. Sapov (6) jt.] Arvestades eeltoodud andmeid peab hapniku doseerimine olema täpne; aladoseerimisel ei saavutata küllaldast raviefekti, üledoseerimine aga on organismile kahjulik. Hapniku andmise seadmed peavad võimaldama jätkata ravi ka protseduuride ja söömise ajal, mil orgnismi hapnikutarve tõuseb. Hapniku andmine ei tohi häirida lapse rahu.

Hapnikravi käsitlemisel kirjanduses märgitakse tavaliselt hapniku manustamise viis ja liitrite arv minutis, ei lähtuta aga hapniku kontsentratsioonist, mida soovitakse lapsele anda. Käesoleva töö ülesandeks oli selgitada, milline on lapse poolt sissehingatava õhu hapnikusisaldus hapniku andmisel lehtri, laste hapnikraviseadeldise (DKII-1) ja ninaneelukateetri kaudu. Uuringuid teostati 74 lapsel. Arteriaalse vere hemoglobiini küllastatus hapnikuga määrati 34 lapsel oksühemomeetriliselt (kõrvalestalt). Õhu hapnikusisaldus määrati gaasianalüsaatoriga pürogallooli abil 276-l, süsihappegaasisisaldus kaaliumhüdroksüüdi abil 24 korral.



Hapniku andmiseks kasutati suuri, 15 sm läbimõõduga klaasilehtreid. Veelgi paremad on plastmassist lehtrid, sest need on kerged ega purune. Lehter asetati lapse näo kohale nii, et lehtri serv oli 3 sm kaugusel näost. Hapniku andmisel lehtri abil selgus kaks puudust. Esiteks — suurte hapnikuannuste puhul muutus osa lapsi tugeva gaasijoa ärritava toime tõttu rahutuks, kusjuures nende hingamine muutus arütmiliseks. Teiseks puuduseks oli lehtrialuse õhu ebaühtlane hapnikusisaldus. Keskel, gaasijoa kohal oli hapnikusisaldus väga kõrge ja ületas imikueas lubatud piiri (40%) juba annuse puhul 3 l/min. Keskpunktist 2,5 sm kaugusel oli aga hapnikusisaldus tunduvalt madalam. Seega kõikus lapse sissehingatava õhu hapnikusisaldus iga tema pealiigutusega väga suures ulatuses.

Eeltoodud puuduste kõrvaldamiseks asetati lehtri põhja gaasijoa hajutaja. 7 sm läbimõõduga plastmassist kettasse (2,5 ja 3 sm kaugusele

---

* Ette kantud Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla 40. aastapäevale pühendatud teaduslikul konverentsil

selle keskpunktist) põletati 2 rida 2 mm läbimõõduga auke. Hajutaja (b) kinnitati silikaatliimiga lehtri (a) põhja, täpselt risti lehtri teljega (vt. joonis). Hajutaja efektiivsuse kindlakstegemiseks võrreldi hapnikusisaldust hajutajaga ja hajutajata lehtri all. Gaasiproove võeti lehtri serva tasapinnast 3 sm allpool 9 punktist: lehtri keskpunktist, neljast punktist 2,5 sm ja 5 sm kaugusel tsentrumist. Alljärgnevalt on toodud kolmel määramisel saadud keskmine hapnikusisaldus annuse puhul 4 l/min.

	Hajutajata lehter	Hajutajaga lehter
Tsentrumis	50%	38%
2,5 sm tsentrumist	31%	36%
5 sm tsentrumist	26%	30%

Seega andis hajutaja kaunis võrdse hapnikukontsentratsiooni lehtrialuse ruumi keskmises osas, perifeerses osas (5 sm tsentrumist) oli aga hapnikusisaldus madalam. Tabelis 1 on toodud keskmine hapnikusisaldus hajutajaga lehtri all mitmesuguste hapnikuannuste puhul. Aritmeetiline keskmine on arvutatud tsentrumist ja sellest 2,5 sm kaugusel võetud gaasiproovide määramise tulemustest (proove võeti 3 korda). Kui lehtri serv asub näost 3 sm kaugusel, on vaja anda 2—6 l/min. hapnikku, et sissehingatavas õhus oleks raviv kontsentratsioon (30—40%).

Tabel 1

Hapniku annus l/min.	Tsentrumis ja neljas 2,5 sm tsentrumist eemal asuvas punktis võetud proovi keskmine hapnikusisaldus (sulgudes kõikuvuse piirid)	
	Lehtri serv 3 sm kaugusel näost	Lehtri serv näo kõrgusel
2	30 (27—32)	40 (35—44)
4	35 (31—39)	45 (41—48)
6	39 (38—41)	48 (47—53)
8	42 (39—43)	51 (48—55)

Järgnevalt prooviti, kas on võimalik lehtri lähendamisega saavutada sama tulemus väiksema hapnikuannusega (vt. tabel 1). Kui lehtri serv asetati lapse näo kõrgusele, oli hapnikusisaldus lehtri keskmises osas umbes 10% võrra kõrgem. Väikeste hapnikuannuste kasutamisel esines sel puhul lehtri all süsihappegaasi kuhjumine. Annuse puhul 4 l/min. ja üle selle liigset (üle 0,3%) süsihappegaasi kuhjumist enam ei esinenud. Sellist lehtri asendit kasutati siis, kui oli raskesti haigele vaja anda üle 40%-lise hapnikusisaldusega gaasisegu.

Hapniku andmine hajutajaga varustatud lehtri kaudu on väga lihtne, igal pool rakendatav ja kõik lapsed taluvad seda hästi; raviva kontsentratsiooni saavutamiseks on aga vaja küllalt suuri (2—6 l/min.) hapnikuannuseid. Lehtrit saab fikseerida lapse näo kohale lihtsal viisil [L. Keres (10)]; hapniku andmisel peab aga valvama, et lapse pea asuks lehtri all.

Hapniku andmisel DKII-l aparaadiga asetatakse lapse ülakeha ja käed aparaadi pleksiklaasist kupli alla. Kuplialuse temperatuuri säilitamiseks nõutaval tasemel on aparaadil jääjahuti, sest ainult külma veega jahutamisel tõusis temperatuur juba 1 tunni vältel lubatust kõrgemale.

Aparaadi juhendi kohaselt soovitatakse anda alla 6 kuu vanustele lastele 400 ml, 6—12 kuu vanustele 350 ml ja vanuses üle ühe eluaasta 300 ml hapnikku kehakaalu kg kohta minutis. Sellise annuse puhul püsis hapnikusisaldus kupli all, s. t. lapse poolt sissehingatavas õhus 32—35% piirides. Hapniku andmisel 6—12 kuu vanustele imikutele saavutasime kupli all 30%-lise hapnikukontsentratsiooni juba 1—1,5 liitri puhul minu-

tis, 35%-lise 2—3 liitri puhul minutis ja 40%-lise 4—5 liitri puhul minutis. Seega kulub DKП-1 kasutamisel raviva kontsentratsiooni saavutamiseks vähem hapnikku kui lehtriga andmisel ja sissehingatava õhu hapnikusisaldus jääb ka lapse asendi muutmisel alati samaks. Hapnikravi meetodite efektiivsuse võrdlemiseks vt. tabel 2.

Tabel 2

Hapniku protsent sissehingatavas õhus	Hapniku annus l/min.		
	Hajutajaga lehter		ДКП-1
	Lehtri serv 3 sm kaugusel näost	Lehtri serv näo kõrgusel	
30%	2	süsihappegaasi kuhjumine	1—1,5
35%	4		2—3
40%	6—7		4—5
45%	10	4	7—8
50%	—	7—8	9—10

Hapniku andmiseks nina-neeluruumi kaudu kasutati põiekateetrit nr. 10. Selle otsa (1 sm ulatuses) põletati 6—7 väikest auku, et hapnikujuga jaguneks igas suunas ühtlaselt. Määramisi teostati 10 imikul ja 10-l 8—11-aastasel lapsel. Kateeter viidi imikutel 4,5 sm ja 8—11-aastastel lastel 7,5 sm sügavuselt ninasse. Hapniku andmise ajal olid 8—11-aastased lapsed täiesti rahulikud; kümnest imikust 9 nutsid ajuti ja tegid tõrjeliigutusi kateetri eemaldamiseks. Imikutel täheldati hapniku andmise ajal sageli lima rohket eritumist ja aevastamist.

Raviva hapnikukontsentratsiooni saavutamiseks sissehingatavas õhus kulus väga vähe, ainult 0,5—1,0 l/min. hapnikku. Selle meetodi puhul esineb üledoseerimise oht, mistõttu on vaja kasutada täpseid dosaatoreid. Et enamik imikuist olid sel ajal rahutud, kui hapnikku viidi nina-neeluruumi, ja sageli esines tugev lima eritumine, siis ei ole see meetod kopsupõletikuga imikute raviks kohane.

Hapniku ordineerimisel tuleb alati lähtuda kontsentratsioonist, mida tahetakse lapsele anda. Imikueas kasutamiseks sobivate hapnikravi meetodite (vt. tabel 2) võrdlemisel selgus, et kõige suurem on hapnikukulu, kui hajutajaga varustatud lehter on 3 sm kaugusel ravialuse näost; DKП-1 kasutamisel kulub hapnikku vähem. Kui sissehingatava õhu hapnikusisaldust on tarvis tõsta kõrgemale kui 40%, tuleb asetada lehtri serv näo kõrgusele või kasutada DKП-1 seadist.

Hüpokseemiat kõrvaldav hapnikukontsentratsioon on kopsupõletikuga haigetel väga erinev. See sõltub välise hingamise muutustest, respiratoorse pinna vähenemisest, gaaside difusiooni ja vereringe häiretest. Kõige täpsemini saab hüpokseemiat kõrvaldavat hapnikuannust määrata oksühemomeetriliselt. Selleks määratakse kasutatava ravimeetodi puhul vajalik hapnikuhulk, mis hoiab haige arteriaalse vere hemoglobiini küllastatuse 96% kõrgusel. Annuse määramine oksühemomeetriliselt tagab, et ei põhjustata hüperoksiat. Oksühemomeetri puudumisel tuleb hapnikuannus määrata kliiniliste näitajate alusel. Et selgitada, millised sümptoomid näitavad imikutel kõige paremini hüpokseemia tugevust, võrreldi 34-l hingamise puudulikkusega kopsupõletikuga imikul oksühemomeetriliste määramiste tulemusi kliiniliste näitajatega (hingamissagedus, rütmihäirete esinemine ja tsüanoosi tugevus sel puhul). Selgus, et puudub kindel vastavus tahhüpnoe ja hüpokseemia tugevuse vahel. Hingamise sagenemine kopsupõletiku puhul sõltus rohkem imiku vanusest kui hüpokseemia tugevusest. Alla 3 kuu vanustel hüpokseemiaga kopsupõletikku põdejatel esines

tahhüpnoe ainult $^3/_5$ juhtudest ja neist ainult ühel oli hingamine sagenenud üle 50%, võrreldes normaalväärtusega. Üle 3 kuu vanustel esines aga kõigil tahhüpnoe, kusjuures üle pooltel oli hingamine sagenenud üle 50%, võrreldes normaalväärtusega vastava vanuse puhul. Hingamiskeskuse erutuvus langes 34 uuritust 9-l alla 3 kuu vanusel lapsel. Kaheksal haigel esinesid apnoehood ja ühel oli hingamissagedus ja -sügavus laineliselt muutuv. Haigetel, kel hingamiskeskuse erutuvus oli langenud, oli hüpokseemia tugevus erinev. Seega ei saa alla 3 kuu vanustel tahhüpnoe tugevusest ega apnoehoogude esinemisest hüpokseemia raskuse kohta järeldust teha. Suurem vastavus oli tsüanoosi ja hüpokseemia tugevuse vahel. Oksühemomeetriliste määramiste alusel selgus, et hüpokseemiat kõrvaldavale hapnikuannusele on lähedane kõige väiksem annus, mis kõrvaldab tsüanoosi. Praktilises töös saab seda hapnikuannuse määramisel kasutada, kui oksühemomeeter puudub. Määramist on soovitatav alustada annusega, mil sissehingatavas õhus on 30% hapnikku, ja tõsta hapnikusisaldust astmeliselt 5% võrra (vt. tabel 2). Iga kord pärast annuse suurendamist tuleb enne nahavärvuse hindamist oodata 6—8 minutit, et hapnikusisaldus veres jõuaks tõusta antavale gaasisegule vastavaks. Osal juhtudel jääb tsüanoos püsima ka veel siis, kui sissehingatava õhu hapnikusisaldus on 40%. Kerge tsüanoosi püsimisel ei ole otstarbekohane hapnikukontsentratsiooni tõstmine üle 40% piiri; tugeva tsüanoosi puhul võib ka kopsupõletikuga imikuile anda mõne tunni kestel sissehingamiseks 40—60%-lise hapnikusisaldusega gaasisegu.

Lapse paranemisel tuleb hapnikuannust järk-järgult vähendada.

KIRJANDUS

1. Брагинская В. П. и Деньгина А. Ф. Педиатрия, 1960, 6, 41—47. — 2. Домбровская Ю. Ф. Клиника и патогенез гипоксемии растущего организма. М., 1961. — 3. Зилов Г. Н. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1953, 11, 4—6, и 1953, 12, 22—25. — 4. Маслов М. С. Патогенез дыхательной недостаточности при пневмониях у детей и ее лечение. Л., 1953. — 5. Сапов И. А. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1953, 5, 18—23. — 6. Сапов И. А. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1953, 4, 40—45. — 7. Сиротинин Н. Н. В кн.: Кислородная терапия и кислородная недостаточность. Академия наук УССР. Киев, 1952, 148—163. — 8. Твинг Э. И. Педиатрия, 1961, 9, 27—33. — 9. Успенский В. И. Лечебное применение кислорода. М., 1959. — 10. Keres, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 4, 56—59.

О МЕТОДАХ КИСЛОРОДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л. Керес и *Л. Лаарман*

Резюме

При лечении пневмонии у детей раннего возраста очень важна точная, соответствующая состоянию больного, дозировка кислорода, устраняющая гипоксемию, но не вызывающая гипероксии.

Подача кислорода через воронку вызывает у некоторых детей значительное беспокойство; содержание кислорода в разных частях раструба воронки неодинаково. Для устранения указанных недостатков воронку снабжают рассеивателем газовой струи. Из наших опытов выяснилось, что удовлетворительным рассеивателем является прикрепляемая внутри воронки параллельно краю ее раструба пластмассовая пластинка диаметром 7 см с двумя рядами небольших отверстий на расстоянии 2,5 и 3 см от центра.

При положении воронки с пластинкой-рассеивателем на расстоянии 3 см от лица ребенка содержание кислорода в пространстве под воронкой было более сдинаковым и составляло в центральной части его, около ноздрей ребенка, при дозе 2 л/мин. в среднем 30%, при 4 л/мин. — 35%, при 6 л/мин. — 39% и при 8 л/мин. — 42%.

Точным методом определения дозы кислорода является оксигемометрия. Приблизительно можно определить дозу по исчезновению цианоза. Доза кислорода, при которой исчезает цианоз, близка к дозе, устраняющей гипоксемию по оксигемометрическим данным.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

RASVUMISE RAVIST GRATSIDIINIGA

H. KANTER ja *A. VAPRA*

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

Rasvumise ravile isu alandavate vahenditega pühendatakse viimasel ajal suurt tähelepanu. Eriti laialdast kasutamist on leidnud mitmed fenüülalküülamiinidele lähedased keemilised preparaadid, nende hulgas ka gratsidiin (2-fenüülmetüül-tetrahüdro-1,4-oksasiin-hüdrokloraat).

Gratsidiin on preparaat, mille iga tablett sisaldab 0,025 g toimeainet. Muudes maades on keemiliselt koostiselt gratsidiiniga sarnased preparaadid tuntud fenmetrasiini, preludiini, sedafaameni jm. nimetuste all.

Gratsidiini tarvitatakse tavaliselt 1 tablett 2 korda päevas $^1/_4$—$^1/_2$ tundi enne sööki. Preparaat vähendab hüpotaalamuse piirkonnas asuva isukeskuse ärritatavust, mistõttu pärast gratsidiini sissevõtmist tekib söömisel kiiresti tunne, et kõht on täis. Et gratsidiin stimuleerib ka kesknärvisüsteemi, ei soovitata seda sisse võtta enne õhtusööki, sest siis võib see esile kutsuda unetust. Ravikuuri kestuseks loetakse 6 kuni 12 nädalat.

Gratsidiinravi tulemusena väheneb söögiisu tunduvalt ja langeb ka kehakaal. J. Ivanyi (3) täheldas 2—3 kuud kestnud ravi jooksul tavalise toitumisrežiimi juures kaalu langemist keskmiselt 6 kg võrra, C. Savely ja kaasautorid (7) 20-päevase ravi järel 3 kg võrra. C. Ressler (6) saavutas 3 kuud kestnud raviga keskmiseks kaalulanguseks 7 kg. Preparaadi efektiivsust isu alandamisel ja kaalu langemise esilekutsumisel tõendavad ka teised autorid.

Gratsidiini kasutanud autorid pole senini kordagi täheldanud raskemate kõrvalnähtude ega tüsistuste tekkimist (1, 4, 5). Preparaati talutakse hästi. On kirjeldatud vaid kergemaid kõrvalnähte suu kuivuse, südamekloppimise, unetuse näol (3). C. Savely ja kaasautorite (7) andmetel on üksikjuhtudel tekkinud pollakiuuria, kõhulahtisus, menstruaaltsükli häired või abstinentsinähud. Gratsidiini üledoseerimine võib aga esile kutsuda toksilise psühhoosi (2, 3 jt.). K. Szesci (8) leidis, et gratsidiin on efektiivne ka rasedail. Mitmenädalane gratsidiinravi kuur ei mõjustanud raseduse normaalset kulgu ega loote arengut.

Nõukogude arstiteaduslikust kirjandusest me gratsidiini tarvitamise kohta andmeid ei leidnud, mistõttu otsustasime avaldada meie poolt saadud tulemused mitmesuguse geneesiga rasvumise ravimisel.

Gratsidiini manustati eespool toodud skeemi kohaselt ambulatoorselt 45 isikule 6—12 nädala, enamikul juhtudel 8 nädala jooksul. Mehi oli 7, naisi 38. 28 isikul esines alimentaarne (eksogeenne) rasvumine, 16-l endokriinne (põhiliselt rasedusega või laktatsiooniperioodiga seoses olev) rasvumine ja 1 isikul tsentraalse (aju-) geneesiga rasvumine. Osa patsisientidest oli varem vähese eduga tarvitanud muid rasvumisvastaseid vahendeid (fenatiin, türeoidiin, pervitiin jne.).

Patsiendid talusid gratsidiini üldiselt hästi. 18 isikul esines mitmesuguseid kergeid kõrvalnähte, mille pärast polnud vaja ravikuuri katkestada. Ainult üks jättis ravi pooleli erutusseisundi ja kõhulahtisuse tõttu, mis tekkisid gratsidiinravi ajal.

Kõrvalnähtudest täheldati eufooriat ja töövõime tunduvat tõusu 8 isikul, unehäireid 6-l (enamasti neil, kes tarvitasid gratsidiini enne õhtusööki), iiveldustunnet pärast tableti sissevõtmist (ravikuuri algul) — 3-l, urineerimise sagenemist ravikuuri algul — ühel ja higierituse tõusu 2 isikul. Ühel patsiendil ilmnes kohe pärast ravikuuri lõpetamist väsimus ja loidustunne, mis kestis mõned päevad; teisel langes ravi lõpetamise järel töötahe ja meeleolu, mistõttu ta hakkas uuesti gratsidiini tarvitama. Nähtavasti on võimalik harjumuse kujunemine preparaadi suhtes.

30 isikul kontrolliti ravi vältel iga 10 päeva järel vererõhku, pulsisagedust, vere morfoloogilist pilti, vere hemoglobiinisisaldust, üksikjuhtudel tehti ka maksa funktsionaalsed proovid enne ja pärast gratsidiinravi. Gratsidiinravi vältel nimetatud näitajates nimetamisväärseid muutusi ei toimunud. Ainult 2 patsiendil tõusis mõnevõrra arteriaalne rõhk.

Instruktsiooni kohaselt on hüpertooniatõbi ja koronaarpuudulikkus gratsidiini tarvitamisele vastunäidustusteks. Meie ravialustest esines kolmel kaasuva haigusena hüpertooniatõbi (II-a staadium). Ühel 38-aastasel naisel 49-kilogrammise ülekaaluga (määratuna Broca valemi järgi) tõusis arteriaalne rõhk 170/110 mmHg nivoolt (enne ravi) 210/130 mmHg piiresse pärast 40-päevast gratsidiini tarvitamist, jäädes sellele püsima. Patsient jätkas oma soovil gratsidiini tarvitamist ja kaotas 8-nädalase ravikuuri jooksul kaalust 7,5 kg, kuid tuli siis paigutada hüpertooniatõve tõttu statsionaarsele ravile. Seejärel vererõhu väärtused normaliseerusid kiiresti. Ülejäänud kahel hüpertooniaga isikul vererõhk olulisel määral ei muutunud. Ka nende kaal langes tunduvalt.

Isu alanes märgatavalt 41 ravialusel, kolmel juhul isu ei langenud, kuigi kaal mõnevõrra vähenes. Söögiisu vähenes juba esimestel ravipäevadel. Enamasti täheldati pärast gratsidiini sissevõtmist omapärast reipustunnet, mis võimaldas neil teha vaimset tööd ka kohe pärast sööki.

Kaalu langemine 2,3—12 kg võrra saavutati 43 patsiendil (keskmiselt 5,8 kg). Kaal langes kõige rohkem ühel 25-aastasel naispatsiendil (20 kg võrra), kes lisaks gratsidiinile piiras tugevasti toidu kalorsust, läks üle liikuvale eluviisile jne. Ravikuuri kestus oli tal ebatavaliselt pikk (3,5 kuud), seepärast pole seda juhtu keskmise kaalulanguse väljaarvutamisel arvestatud. Ühel 43-aastasel naisel, kel oli ajugeneesiga rasvumine, kaal ei vähenenud, kuigi ta tegi läbi 8-nädalase ravikuuri, mille vältel tarvitas 100 tabletti gratsidiini.

Kaal langes kõige tunduvamalt esimese 10 päeva jooksul (0,7—4 kg), hiljem aeglasemalt. Ühel juhul kestis kaalu langemine 40 päeva, seejärel suurenes isu uuesti ja kaal hakkas jälle tõusma.

Gratsidiinravi kaugtulemusi jälgiti 11 isikul. Gratsidiini efekt oli 3—6 kuud hiljem säilinud kaheksal, kaal oli veidi tõusnud ühel ja saavutanud ravikuurieelse taseme kahel patsiendil. Ravikuuri vältel esinenud kõrvalnähud olid täielikult möödunud.

Ravialused, kes olid varem tarvitanud muid rasvumisvastaseid vahendeid, kinnitasid, et nad tundsid end gratsidiinravi vältel märksa paremini ja saavutasid palju märkimisväärsemaid tulemusi kui teiste preparaatide tarvitamisel.

Järeldused

1. Gratsidiin on isu vähendav vahend, mida võib edukalt kasutada mitmesuguse geneesiga rasvumise ravis. Gratsidiin on efektiivne ka tavalise toitumisrežiimi juures, mistõttu seda saab väga hästi kasutada ambulatoorseks raviks.
2. Gratsidiini kõrvaltoime on vähe väljendunud, olulisi muutusi organismi funktsioonides see esile ei kutsu.
3. Hüpertooniatõbe tuleb lugeda gratsidiini tarvitamisele suhteliseks vastunäidustuseks.

4. Gratsidiini tarvitamine kutsub esile kehakaalu märgatava langemise. Et pärast ravikuuri lõppemist kehakaal võib uuesti tõusta, on otstarbekas gratsidiinravi kuure korrata.

KIRJANDUS

1. Сатмари Э. Венгерская медицина, 1961, 2, 41—49. — 2. Evans, J. Lancet, 1959, II, 7095. — 3. Ivanyi, J. Ther. Gegenw., 1960, 12, 566—569. — 4. Ivanyi, J. Orv. hetilap., 1960, 101, 20, 708. — 5. Mosonyi, L. Gyógyszerész, 1959, 41, 21. tsit. Сатмари Э. (1) j. — 6. Ressler, C. J. Amer. Med. Assoc., 1957, 165, 2, 135—138. — 7. Savely, C., Balassa, S., Lörincz, L., Wagner, M. Orv. hetilap., 1960, 101, 20, 699—701. Ref. Мед. реф. ж., 1961, 1, 2, 1073. — 8. Szecsi, K. Orv. hetilap., 1961, 102, 647.

О ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ ГРАЦИДИНОМ

Х. Кантер и *А. Вапра*

Резюме

Грацидином в течение 6—12 недель амбулаторно лечили 45 больных ожирением, питание которых было при этом обычным. Переносимость препарата была хорошей, однако у 18 больных наблюдались легкие побочные явления в виде эйфории, расстройства сна, тошноты, повышения потоотделения и диуреза. Аппетит понизился у 41 больного, 43 больных потеряли в весе от 2,3 до 12 кг, в среднем 5,8.

Изменений картины крови и функции печени не наблюдалось. У двух больных повысилось артериальное давление.

Отдаленные результаты удалось проследить в 11 случаях, из которых в 8 эффект лечения сохранялся в течение 3—6 месяцев.

SUURE RASVIKU KEERDUMISE JUHT

B. PÕDER

(Paide Rajooni Haiglast, peaarst *K. Pärn*)

Kuigi esimest korda kirjeldas suure rasviku keerdumist M. Oberst 80 aastat tagasi (1882. a.), on see haigus harva esinemise tõttu vähe tuntud. Maailmakirjanduses on loetletud 1951. aastaks ainult 214 sellist haigusjuhtu.

Esitame Paide Rajooni Haiglas suure rasviku keerdumisega ravil viibinud haige haigusloo.

Meeshaige H. J., 54 a. vana, saabus haiglasse 5. sept. 1961. a. (haiguslugu nr. 1453) diagnoosiga *cholecystitis acuta*. Haigestunud 2 päeva tagasi tugevate hoogvaludega paremal pool kõhus, eelmisel öösel pole saanud valude tõttu magada. Oksendanud pole. Patsient on rasvunud, keel niiske, kodarluu tuiksoone pulsi sagedus 76 korda minutis, temperatuur 36,7°. Kõht on kujult kuplitaoline, tugeva rasvpolstriga. Komplemisel esines hellus sapipõie piirkonnas ja paremal alakõhus, kus sedastati reflektoorset lihasepinget ja teravalt positiivset Štšetkin-Blumbergi ja Salištševi sümptoomi. Murphy tunnus negatiivne. Vere ja uriini analüüsid normaalsed. Haigele soovitati operatiivset ravi, millega ta nõustus. Laparotoomia tehti sama päeva õhtul. Kõhuõõnes mõõdukal hulgal seroosset hägust vedelikku, eriti niude- ja umbsoole nurga piirkonnas. Niudesoole terminaalosa injitseerunud, soolel esinesid üksikud õrnad fibriinkatud. Mõõdukate katarraalsete nähtudega ussjätke eemaldati. Suur rasvik moodustas konglomeraadi, suurusega 9×6 sm, oli nekrootiline, verevalumitega, keerdunud oma pikitelje ümber 5 täisringi ja perifeerse koonilise otsaga fikseerunud ülenevale käärsoolele, haarates kaasa rasvikuripikud, mistõttu ka viimased olid nekrootilised. Suur rasvik resetseeriti osaliselt tervete kudede piires ja haav suleti kihiti. Haige tervistus ja lahkus haiglast 7. päeval pärast operatsiooni. Kontrollimisel 1962. a. veebruarikuus haigel kaebusi ei olnud.

Preparaadi patohistoloogiline leid: nekrobiootilises suures rasvikus paisliigveresus, verevalandid ja reaktiivsed põletikulised muutused; sidekoelise seinaga tsüstikese sisemine osa nekrootiline ja keskosas veeldunud (uuringu tegi arstiteaduse kandidaat V. Küng Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist).

Suure rasviku keerdumise nähte tuntakse veel vähe, paljud sümptoomid on samad mis teistel kõhuõõne ägedatel haigestumistel. Sellest tingituna opereeritakse neid haigeid erinevate diagnoosidega (apenditsiit, koletsüstiit jt.). Kaasajal kasutatakse järgmist klassifikatsiooni: 1) suure rasviku primaarne (idiopaatiline) ja 2) sekundaarne keerdumine (sagedamini näit. songa korral, kui selle värati kohal fikseerub suure rasviku distaalne ots; kõhuõõnesisese kasvaja, pankreatiidi jt. juhtudel). Ravi on alati operatiivne, detorsiooni tagasikeeramist tuleb lugeda ebaõigeks, sest suure rasviku veenid (*vv. epiploicae*) suubuvad *v. portae*'sse. Järelikult, jättes tromboseerunud nekrootilise kolde kas või osaliselt eemaldamata, loome astsendeeruva tromboosi võimaluse, mille ebasoovitavad tagajärjed on üldiselt teada.

Suure rasviku keerdumise profülaktika seisneb songade õigeaegses opereerimises, kõhuõõne tuumorite ja põletikuliste protsesside likvideerimises ning võitluses rasvumisega.

СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУЧИВАНИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА

Б. Пыдер

Резюме

В Пайдеской больнице при лапаротомии больного, поступившего с диагнозом «острый холецистит», было обнаружено перекручивание большого сальника. Перекрученная часть сальника была иссечена. Больной после выздоровления выписан из больницы.

Перекручивание большого сальника встречается редко, и так как распознавание его затруднено, принимается обычно за приступ аппендицита или холецистита. Лечение всегда оперативное.

KAKSTEISTSÕRMIKSOOLE DIVERTIIKULITEST

Arstiteaduse kandidaat *S. SALZMAN*,
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pearöntgenoloog

Kaksteistsõrmiksoole divertiikulid, mida röntgenoloogia-alases kirjanduses kirjeldati esmakordselt 1913. a. (3), jäävad sageli diagnoosimata: mõnikord katab neid magu või ei pöörata nendele küllaldast tähelepanu. Ei ole harvad ka juhud, kus divertiikulid ei täitu kontrastainega suudme kitsenemise tõttu, mis on tekkinud kas limaskesta põletiku või divertiikuli õõnes leiduvate toidumasside tagajärjel. Divertiikulid esinevad solitaarselt (üksikult) või hulgani. Viimaseid tuleb ette harva. Z. Bánki (4) kirjeldab kahte haiget, kel oli ühel 5 ja teisel 7 divertiikulit.

Pikemat aega peeti kaksteistsõrmiksoole divertiikuleid süütuks. Need võivad aga põhjustada valuaistinguid, mis on tavaliselt seoses toidu peetumisega (retensiooniga) ja selle lagunemisega divertiikulites. Selle tagajärjel tekivad divertiikuli seinas põletikulised muutused — kujuneb divertiikuliit.

Vateri näsa piirkonnas asetsevate divertiikulite puhul esineb sageli patoloogilisi nähte sapiteedes ja kõhunäärmes. Divertiikul sulgeb mehaaniliselt *ductus choledochus*'e ja *ductus pancreaticus*'e, põhjustades nendes

paisu, millega kaasneb ülenev nakkus ja selle tagajärjel põletikuline protsess maksas ja kõhunäärmes.

Elupuhuselt diagnoositakse divertiikuleid ainult röntgenoloogiliselt, kui nad uurimise ajal täituvad baariumiga ja perioodiliselt tühjenevad. Divertiikuli diagnoosimine on raskendatud, kui selle vari asetseb kaksteistsõrmiksoole *bulbus*'ega ühel tasapinnal (2), samuti siis, kui *bulbus* on tugevasti deformeerunud. Mitmesuunaline uurimine kergendab selle haiguse diagnoosimist.

Paljudel seedeelundite haigusi põdevatel haigetel osutub kaksteistsõrmiksoole divertiikul ainukeseks objektiivseks röntgenoloogiliseks leiuks. Raviarsti ees seisab küsimus, kas avastatud divertiikul on juhuslik leid või on ta haigestumise põhjuseks. Seda küsimust saab paljudel juhtudel lahendada täieliku kliinilise ja röntgenoloogilise uurimisega. Kinnituseks toome järgmised tähelepanekud Tallinna Vabariiklikust Haiglast.

J u h t 1. 56-aastane naishaige. Saabus haiglasse 18. märtsil 1961. a., lahkus 9. mail 1961. a. (haiguslugu nr. 4155). Diagnoos saabumisel ja väljakirjutamisel: kaksteistsõrmiksoole divertiikul. Haige kaebas epigastriumi piirkonna valude üle, mis esinesid 5 aasta jooksul. Viimastel nädalatel valud tugevnesid ja söögiisu kadus. Objektiivsel uurimisel sedastati valulikkust rindealuse piirkonna palpeerimisel, siseelundite osas normist kõrvalekaldumist ei esinenud. Hgb. 80%, leukots. 6000 1 mm^3-s, valge veri muutusteta.

Röntgenoloogiline uurimine: rindkereelundid ja magu normis. *Ramus descendens duodeni* (vt. tahvel III, röntgenogramm 1) mediaalsel küljel nähtav kontrastne, peaaegu kolmnurkse kujuga vari, mõõtmetelt 1,0×1,0 sm, mis on sääre kaudu ühenduses kaksteistsõrmiksoolega. Natuke kõrgemal, lateraalse külje juures on samuti nähtav horisontaalse tasapinnaga kontrastne kausikujuline vari mõõtmetega 4,0×2,0 sm. Läbivalgustamisel võis täheldada divertiikulite perioodilist tühjenemist.

Konservatiivne ravi tulemusi ei andnud. Pärast kirurgilist vahelesegamist (kõrvaldati osa kaksteistsõrmiksoolt koos divertiikulitega) haige seisund paranes ja valud kadusid. Histoloogilisel uurimisel leiti, et divertiikulite seintes esinesid kõik kaksteistsõrmiksoole kihid, s. t. tegemist oli tõeliste divertiikulitega (ebadivertiikulite puhul sopistub limaskest läbi soole lihaskihi pilu).

Antud juhul olid divertiikulid haiguse etioloogiliseks teguriks ja efektiivseks osutus ainult kirurgiline ravi. Peab mainima, et minevikus oli sellel haigel diagnoositud kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe, kuid see diagnoos kinnitust ei leidnud.

J u h t 2. 55-aastane meeshaige. Saabus haiglasse 30. septembril, välja kirjutati 6. oktoobril 1960. a. (haiguslugu nr. 14345). Diagnoos saabumisel: maovähk. Kaebas valude üle rindealuses piirkonnas, iivelduse, oksendamise, halva isu ja kõhnumise üle. Objektiivselt — siseelundid normis. Kõhu palpeerimisel resistentsust ei sedastatud. Maomahla happesus: vaba HCl 10—45, üldhappesus 15—47. Hgb. 79%, SR 29 mm, leukots. 9400, valge vere pilt muutusteta.

Röntgenoloogiline uurimine: rindkereelundid ja magu normis. Kaksteistsõrmiksoole alanevast osast lähtub suur divertiikul. Korduval uurimisel 30 min. pärast oli 4 sm läbimõõduga divertiikul veel tugevasti baariumiga täitunud. Pärast lühiajalist ravi haige seisund paranes ja ta kirjutati välja põhidiagnoosiga — kaksteistsõrmiksoole divertiikul.

Nimetatud haigel lülitati maovähi diagnoos välja kliiniliste ja röntgenoloogiliste uurimiste põhjal (maomahla normaalne happesus, kõigi mao-osade normaalne peristaltika jne.). Arvestades haige seisundi kiiret paranemist kirurgilist ravi ei rakendatud. Düspeptilised häired olid nähtavasti tingitud toidumasside perioodilisest kogunemisest divertiikuli õõnde. Haiglarežiim, dieet ja raviprotseduurid andsid kiiresti soodsaid tulemusi.

J u h t 3. 56-aastane naishaige. Saabus haiglasse 13. novembril, lahkus 8. detsembril 1961. a. (haiguslugu nr. 16709). Diagnoos saabumisel ja lahkumisel: krooniline hepatokoletsüstiit ja krooniline pankreatiit. Kaasnev haigus — kaksteistsõrmiksoole divertikuloos. Kaebas valude üle parema roietekaare all. Põdenud seda haigust 16 aastat. Haigel oli maks suurenenud, kõva konsistentsiga, maksa terav serv palpeeritav. Röntgenoloogilisel uurimisel oli magu normis. Alumises horisontaalses osas (vt. tahvel III, röntgenogramm 2), mitte kaugel kaksteistsõrmiksoole tühisoolde suubumise kohast sedastati kaks divertiikulit (mõõtmed 2,0×1,0 sm ja 2,5×1,2 sm), mis on sääre abil ühenduses soolevalendikuga. Haige mitmekordsel jälgimisel röntgenis täheldati, et need tühjenesid peaaegu täielikult ühe tunni jooksul.

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1

Röntgenogramm 4

Röntgenogramm 3

Vaevalt, et sellel haigel olid divertiikulid haiguse peapõhjuseks. Nad asetsesid Vateri näsast kaugel, seepärast on vähe tõenäoline, et nad põhjustasid paisu sapiteedes ja kõhunäärmes. Divertiikulite kiire tühjenemine kõneleb sellest, et nendes ei olnud põletikulist protsessi. Käesoleval juhul tuleb divertiikuleid pidada juhuslikuks leiuks.

Juhuslikuks leiuks osutus ka divertiikul (vt. tahvel IV, röntgenogramm 3), mis avastati 58-aastasel meeshaigel, kes põdes südame mitraalklapi kombineeritud riket (saabus haiglasse 1. veebruaril 1961. a., haiguslugu nr. 557). Divertiikulis (mõõtmed 3,0×2,0 sm) olid hästi nähtavad limaskestavoldid, mis olid samasugused nagu kaksteistsõrmiksooles.

Sageli leitakse divertiikuleid ka haavandtõvega haigetel. Neil juhtudel sõltub kliiniline sümptomatoloogia haavandi asukohast. Muuseas peab mainima, et kaksteistsõrmiksoole distaalse osa uurimisele omistavad röntgenoloogid sageli vähe tähelepanu, eriti siis, kui maos või kaksteistsõrmiksoole *bulbus*'es on avastatud patoloogiline protsess. Illustreerimiseks toome järgmise näite.

J u h t 4. 63-aastane meeshaige. Dispanseeriti Tallinna Vabariikliku Haigla polikliinikus 1958. a. maohaavandtõve tõttu. Kaebas valude üle rindealuses piirkonnas. 1958. a. avastati mao tagumise seina piirkonnas maokeha haavand. Divertiikul (vt. tahvel IV, röntgenogramm 4) avastati alles 8 kuud hiljem korduval röntgeniläbivaatusel (21. märtsil 1962. a.). Divertiikul, mõõtmetelt 5,0×3,0 sm, projitseerus allpool mao varju ja oli säärega ühendatud kaksteistsõrmiksoole alumise horisontaalse osa valendikuga. Uurimisel (haige lamavas asendis) suurenes divertiikul märgatavalt.

Divertiikulite diferentsiaaldiagnostikas (1) võib esineda järgmisi asjaolusid, mis võivad simuleerida divertiikuleid: 1) kui haigel on varem tehtud koletsüstoduodenostoomia, võib sapipõis täituda baariumiga, 2) kui kaksteistsõrmiksool on laienenud ja mõnedes selle osades esineb stenoos, 3) kaksteistsõrmiksoole varjatud perforatsioonid; 4) kui kõhunäärmevähk perforeerub kaksteistsõrmiksoolde. Peab samuti meeles pidama, et divertiikulid esinevad sagedamini kaksteistsõrmiksoole alanevas ja alumises horisontaalses osas. Kaksteistsõrmiksoole ülemises horisontaalses osas esinevad nad tunduvalt harvem.

Divertiikulite avastamiseks tuleb hoolikalt uurida kogu kaksteistsõrmiksoolt, vajaduse korral magu üles tõsta ja uurida haiget ka lamavas asendis.

KIRJANDUS

1. Айзенштейн А. В. и Гольст Л. Л. Руководство по рентгенодиагностике. М.-Л., 1949, выпуск 1. — 2. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике, том II, М., 1951. — 3. Фанарджян В. А. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки, БМЭ, изд. второе, том 8, 741—742. — 4. Bánki, Z. Über Duodenal-Divertikulosen. Fortschr. Röntgenstr. B. 95, 1961, 410—412.

О ДИВЕРТИКУЛАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С. Зальцман

Резюме

В Таллинской республиканской больнице находились на лечении 5 больных с дивертикулами двенадцатиперстной кишки. У двух из них дивертикулы являлись основным заболеванием, у остальных они были случайно обнаружены при рентгенологическом обследовании желудочно-кишечного тракта. Оперативному лечению был подвергнут больной с двумя дивертикулами, которые были иссечены вместе с частью кишки.

Для выявления дивертикулов необходимо тщательное рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки; в случае надобности следует при этом несколько приподнять желудок или исследовать больного в положении лежа.

При рентгенологическом исследовании дивертикулы следует дифференцировать с желчным пузырем после холецистодуоденостомии; компенсаторными расширениями двенадцатиперстной кишки при ее стенозах, скрытой перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, и в редких случаях с полостью, образующейся при прорастании рака поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку с последующей перфорацией ее и распадом опухоли.

Необходимо помнить, что дивертикулы встречаются преимущественно в нижней горизонтальной и нисходящей ветвях двенадцатиперстной кишки, тогда как в верхней горизонтальной ветви они встречаются значительно реже.

При обнаружении дивертикула необходимо установить, является ли он основным заболеванием или случайной находкой. Это достигается всесторонним клиническим и рентгенологическим обследованием больного.

Abiks velsseritele ja õdedele

KAHEASTMELISEST TEENINDAMISEST LASTEHAIGLAS

M. JÜRGENSON

(Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla vanemõde, peaarst *H. Kääri*)

Hea hoolitsus ja õigesti organiseeritud põetamine on suure tähtsusega nii ravi edukuse kui ka tüsistuste vältimise seisukohalt.

Käesoleva ajani toimus haigete teenindamine kahe- ja kolmeastmeliselt. Kolmeastmelise teenindamise puhul saabus haige juurde sageli esimesena sanitar ja alles siis õde ning arst. Arvestades sellise teenindamise puudusi, andis NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium 28. 04. 1959. a. välja määruse, milles soovitatakse kõikides haiglates üle minna kaheastmelisele teenindamisele. Kui kolmeastmelisel teenindamisel oli sanitar õe abistajaks, siis kaheastmelisel teenindamisel on see abi minimaalne. Sanitar on siin otsesest kokkupuutest haigega nihutatud peamiselt abi- ja koristustöödele. Põetustöö langeb tervikuna meditsiiniõele.

Kui võrrelda Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla töökogemuste alusel mõlemaid põetamissüsteeme, siis võib öelda, et kaheastmelisel teenindamisel on laste eest hoolitsemine tunduvalt paranenud. Kaheastmelise teenindamise põhilisteks eelisteks on: 1) haige laps kohaneb kiiremini haigla miljööga, sest temaga tegeleb üks kindel inimene — palatiõde; 2) õel ja arstil on täpne ülevaade haigest lapsest; 3) teenindamine on kvaliteetne.

Sageli on tervelgi lapsel raske kohaneda võõra miljööga, haigel lapsel on see veelgi raskem. Seetõttu on eriti vajalik, et haiglas tegeleks lapsega kogu päeva jooksul üks kindel inimene, kes asendaks talle haiguse ajal ema, kes teda sülle võtaks, temaga mängiks, teda söödaks ja joodaks.

Kolmeastmelisel teenindamisel ei olnud õe ja sanitari tööülesanded kindlalt piiritletud, eriti imikuteosakonnas. Seetõttu võis esineda juhtumeid, kus õel ei olnud täpset ülevaadet lapse seisundist. Kolmeastmelisel teenindamisel mähkis last peamiselt sanitar, kes ei osanud näiteks alati hinnata lapse naha ja rooja välimust. Osakonnas võis tekkida olukord, kus lapsel ilmus nahale nakkuslik lööve, millest õde ei olnudki teadlik ja alles arst avastas nakkushaiguse. Samuti võis hilineda seederikke diagnoosimine. Lapse läbivaatamisel on arstil mõnikord raske hinnata lapse käitumist, kuid õde, kes viibib pidevalt lapse juures, on teadlik muutustest lapse käitumises, tema nutu põhjustest jne. Sellised tähelepanekud abistavad arsti lapse ravimisel. On lapsi, kes söövad väga halvasti. Last toites märkab õde kohe, kuidas ta sööb, millist toitu või toidusegu ta armastab. Nii saab õde täpselt informeerida ka arsti. Esineb juhte, kus laps sööb küll kogu toiduportsjoni, kuid tema söötmiseks kulub õel ligi tund — see näitab samuti, et söögiisu puudub.

Kaheastmelise teenindamise suureks eeliseks on teenindamise kvaliteedi tõus. Last hooldab eriharidusega inimene, kes peab rangelt kinni režiiminõuetest ja suhtleb lapsega kasvatuslikult õigesti.

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas on haigete kaheastmeline teenindamine korraldatud kahes osakonnas: alates 1960. a. neljandast kvartalist bokseeritud imikuteosakonnas ja 1962. a. esimesest kvartalist eel- ja koolieaIiste laste sisehaiguste osakonnas. Bokseeritud imikuteosakonnas on päeval tööl 3 õde à 12 tundi ja 1 sanitar. Töö on korraldatud nii, et 2 õde teenindavad 10—12 last ja 1 õde teenindab sama arvu lapsi, kes on haiglas koos emaga. Öösel töötab osakonnas 1 õde ja sanitar. Palatiõde on pidevalt palatis ja annab ravimeid, süstib, söödab lapsi, mähib neid jne. Sanitarid koristavad, toovad köögist toidu ja teevad muud abitööd. Osakonna vanemõe ülesannetes olev õde täidab ka protseduuriõe kohustusi ja abistab arsti protseduuride läbiviimisel. Ta viib materjalid bakterioloogiliseks analüüsiks laboratooriumi, tellib ravimid, koostab toidulehe ja võtab osa arsti visiidist.

Vanemate laste sisehaiguste osakonnas on päeval ette nähtud 2,5 palatiõe- ja 2,5 sanitarikohta 30—40 lapse peale. Öösel töötab siin 1 õde ja 1 sanitar. Õdede töö on jaotatud nii, et igal hommikul tuleb tööle 2 õde kella 7-ks: protseduuriõde alustab kohe ravimite süstimist ja viib seejärel läbi sondeerimised ning teised protseduurid; teine õde teeb hommikuvõimlemist ja annab lastele suu kaudu manustatavad ravimid. Kui kell 8 tuleb tööle kolmas õde, siis algab laste teenindamine palatiprintsiibil. Kell 8 on hommikusöök. Kell 9—10 toimub laste riiete vahetamine, juuste kammimine, voodite ja öökappide korrastamine. Arsti visiit algab kell 10. Umbes 1 tund enne lõunat jääb õdedel aega organiseeritud tegevuseks lastega (juhendab pedagoog). Kell 11.30—12 annavad osakonna vanemõde ning palatiõde ravimid ja kell 12 jagavad lõunasöögi. Kell 13—15 on lõunauinak. Sel ajal vormistab palatiõde dokumentatsiooni. Kell 15—17 toimub kradeerimine, riietamine, voodite korrastamine ja ravimite andmine. Kell 17 on õhtusöök. Sellele järgnevad süstimised ja teised raviprotseduurid kuni kella 19-ni. Kell 19—20 mängitakse lastega. Kell 20 annab palatiõde töö üle öövalveõele, kes jagab õhtuoote, toidab lapsed, annab ravimid, viib läbi õhtused protseduurid ja paneb lapsed magama. Laste öörahu algab kell 21 ja kestab kuni kella 7.30-ni hommikul. Öövalveõde korraldab ka dokumentatsiooni. Kell 7.30—8 kradeerib öövalveõde lapsed ja kogub analüüsimaterjalid.

Varem, kui voodid korrastas sanitar, algas ta tööpäev kell 7. Nüüd tuleb sanitar tööle kell 7.30. Kõigepealt toimetab ta laste hommikuse pesemise ja toob siis hommikueine. Seejärel algab ruumide koristamine ja teised abitööd. Päeval töötav sanitar lõpetab töö kell 19.30. Uudisena rakendatakse igas palatis sanitaarpäeva: siis toimub palati suurpuhastus ja samal ajal kõikide laste vannitamine.

Kaheastmelise teenindamise puuduseks on asjaolu, et kui osakonnas on protseduuriõeks kogu aeg üks inimene, siis palatiõed dekvalifitseeruvad protseduuride tegemise osas. Seepärast ei määratud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas protseduuriõeks üht kindlat inimest, vaid iga õde töötab teatud päevadel protseduuriõena.

Kaheastmelise teenindamisega on laste hooldamine ja põetamine Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas tunduvalt paranenud. Seepärast on väga soovitatav kõigis haiglates üle minna laste põetamisele kaheastmelises süsteemis.

ÄGEDA ÜSSJÄTKEPÕLETIKU DIAGNOOSIMISEST

H. PETLEM

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*)

Äge üssjätkepõletik on kõige sagedamaks kirurgilist ravi nõudvaks kõhuõõne-elundite haiguseks (moodustab üle 50% kõikidest kõhuõõnega seotud haigestumistest, mille puhul on vajalik kirurgiline vahelesegamine). Kõhuõõne-elundite iga ägeda haigestumise korral tuleb mõelda ka üssjätkepõletikule.

Kõhuõõne ägedate haiguste käsitlemisel kasutatakse sageli mõistet «äge kõht». Püüame lühidalt selgitada, mida selle all mõeldakse.

«Ägeda kõhu» mõiste alla on koondatud kõik need haigused, mis kutsuvad esile ägedaid haigusnähte kõhuõõnes. Ägeda kõhu sümptoome ei põhjusta ainult kõhuõõne-elundite haigused, vaid ka mitmed rindkereelundite haigestumised, näiteks südame tagaseina infarkt, kopsupõletikud, roietevaheliste närvide põletikud jms., mida peab haigete uurimisel ja haiguse diagnoosimisel alati arvestama. Eriti oluline on jõuda selgusele, kas operatsioon on vajalik või mitte. Ägeda kõhu mõiste kasutamist diagnoosina tuleb võimalikult vältida. Mida vähem kasutab arst sellist üldist diagnoosi, seda kvaliteetsem on ta töö.

Kõhuõõne ägedad haigestumised, mis vajavad kirurgilist ravi, on järgmised: 1) üldised ja piirdunud kõhukelmepõletikud, 2) sisemised verejooksud kõhuõõnde või kõhuõõne-elundeisse, 3) soolesulguse (iileuse) mitmesugused vormid, 4) kivide pitsumised sapi- ja kuseteedes. Sealjuures peab silmas pidama veel seda, et ühed ja samad sümptoomid võivad esineda mitmete haiguste juures.

Kui haigustunnused on tüüpilised, on ägeda üssjätkepõletiku kindlakstegemine kerge. Kuid ka raskematel juhtudel võib haige igakülgsel ja põhjalikul uurimisel peaaegu alati panna õige ja õigeaegse diagnoosi.

Ägeda üssjätkepõletiku sagedamaks tunnuseks on ägedad kõhuvalud. Valude asukoht, tugevus ja iseloom on väga erinevad. Kõige sagedamini algab äge üssjätkepõletik valudega ülakõhus (valud üssjätke tavalises asukohas paremal pool allkõhus algul tihtilugu puuduvad). Koos valudega esineb haigetel ka temperatuuri tõus, halb enesetunne, iiveldus ja oksendamine. Mõne tunni möödumisel ilmuvad valud ka tüüpilisse kohta paremal pool allkõhus. Teistel juhtudel võivad valud esineda algul üle kogu kõhu või piirduda kõhu parempoolse osaga. Harukordadel võib valu alata ka vasemal kõhupoolel. Sageli täheldatakse üssjätkepõletiku tunnuste atüüpilisust lastel; neil esinevad valud enamasti naba piirkonnas, valudel on tihti hootine iseloom. Sageli peetakse ekslikult valude põhjuseks soolenugiliste esinemist, seedehäireid ja dieedivigu. (Mõningatele üssjätkepõletiku iseärasustele lastel oleme juhtinud tähelepanu ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1958, 2, 51—55.)

Haige objektiivset uurimist alustatakse üldise vaatlusega. Ägeda üssjätkepõletiku korral on haige nägu punetav. Kahvatu, kannatava ja valuliku ilmega nägu teravnenud näojoontega, esiletungiva ninaga ja aukuvajunud silmadega (nn. abdominaalne nägu) esineb raskekujulistel haigusjuhtudel, eriti siis, kui juba on tekkinud mädane kõhukelmepõletik. Üssjätkepõletikuga haiged on üldiselt rahulikud, nad lamavad selili või paremal küljel. Soolesulgusega haiged seevastu on rahutud, visklevad ega leia endale sobivat asendit.

Haige kõhu uurimist alustatakse vaatlusega. Ägeda üssjätkepõletiku algstaadiumis on haige kõht kergelt ette võlvunud, sest sooled sisaldavad siis rohkem gaase kui tavaliselt. Kõhu väliskuju asümmeetriat esineb harvem ja see on väiksem kui mõnede soolesulguse vormide puhul. Eriti

tugevat asümmeetriat põhjustab soolte keerdumine, mille puhul osa soolekäärudest on eriti tugevasti täitunud gaaside ja vedela soolesisaldisega. Neil ägeda ussjätkepõletiku juhtudel, kus on juba olemas kõhuseinte osaline pinge, muutub kõhu pingul osa lamedaks ja tõmbub sisse. Neil juhtudel ei võta kõht ühtlaselt hingamisliigutustest osa. Pinge all olev kõhupool on tavaliselt kitsam ja naba võib seetõttu nihkuda haigestunud poolele. Kõhu vaatlemisel peab haige lamama täpselt seliliasendis, mida tuleb kontrollida vaagna ja rindkere asendi järgi.

Kõhu komplemist alustatakse ettevaatlikult ja kaugemal sellest kohast, kus haige valu kaebab. Kõhu komplemisel saab kindlaks teha valupunkte, valu iseloomu, kõhulihaste pinget, selle tugevust ja ulatust, samuti võib leida põletikulisi tuumoreid — infiltraate ja abstsesse. Paljude autorite poolt kirjeldatud valupunktidel (s. o. valu tekkimine surumisel kõhu teatud kohtadele) on ägeda ussjätkepõletiku kindlakstegemise seisukohalt suhteliselt vähem tähtsad ja neid kasutatakse peamiselt kroonilise ussjätkepõletiku diagnoosimiseks.

Valusümptoomidest on väärtuslikum Sitkovski sümptoom: haiget vasemale küljele pöörates suurenevad ussjätkest tingitud valud paremal pool allkõhus. Oluline on ka Rowsingi sümptoom: pärast allkõhu vasema poole surumist sõrmeotstega ja käe järsku eemaldamist kaebab haige valu paremal pool allkõhus. Ägeda ussjätkepõletiku puhul esineb peaaegu alati Štšetkin-Blumbergi sümptoom: pärast kerget surumist allkõhu paremale poole ja käe eemaldamist tunneb haige valu samas kohas. Selle sümptoomi abil on võimalik teatava kindlusega määrata ka põletikukolde suurust — mida kaugemal surumiskohast haige valu tunneb, seda laialdasem on põletikuprotsess. Ka Obraztsovi sümptoomi abil on võimalik avastada põletikuprotsessi ussjätkes: vastu parempoolset kõhupiirkonda surutud peopesa all tunneb haige valu, kui ta tõstab selili lamades põlvest sirutatud jala puusaliigesest vertikaalsesse asendisse. Seda sümptoomi pole soovitatav kasutada väga ägedate haigusseisundite puhul, sest ussjätke võib tugeva surve tagajärjel mulgustuda.

Kõhuseinte pinge, mis tekib kõhulihaste pidevast kokkutõmbest põletikulisest koldest lähtuva reflektoorse ärrituse tagajärjel, võib olla kas piirdunud või üldine, haarates kaasa kõik kõhulihased. Kõhuseinte pinge on kõhuõõne-elundite põletikuprotsesside üheks kõige kindlamaks tunnuseks ja esineb peamiselt siis, kui põletik on juba kandunud kõhukelmele. Kõhukelmepõletikust tingitud pingeseisundit tuleb kindlasti eristada kõhulihaste kokkutõmbest, mille haige on tahtlikult tekitanud. Kõhulihaste tahtlik kokkutõmme tekib kartusest valu ees, eriti siis, kui uurija asetab käe haige kõhule ootamatult ja järsult. Tahtlikku kõhulihaste pingutamist on lihtne kindlaks teha: haige hoiab samaaegselt hinge kinni. Tahtlik pingutamine on tavaliselt lühiaegne ja esineb koos kõhupressiga, samuti rääkimisel, köhimisel, aevastamisel ja nutmisel.

Mitmesugustest kõhuõõne põletikulistest haigustest tingitud kõhulihastepinge on erineva tugevuse ja ulatusega. Erinevaid tugevusastmeid kirjeldada on muidugi raske ja neid õpitakse eristama ikkagi ainult kogemuste varal haigevoodi juures. Kõige tugevam on kõhulihaste pinge esimestel tundidel: pärast mao- ja soolemulgustust «kõht on kõva kui laud», kõhuhingamine puudub täiesti, kõht on normaalsest väiksem ja sisse tõmbunud. Ussjätkepõletikust tingitud kõhupinge on tunduvalt nõrgem. Kõhuseinte pinget on raske kindlaks teha, kui nahaalune rasvkude on hästi arenenud. Lastel on parem kõhupinget uurida, kui nad magavad või kui nende tähelepanu on keskusteluga mujale juhitud (näit. esemetele või mänguasjadele). Kõhuseinte pinge üheks erivormiks on Tšugajevi sümptoomina tuntud nn. apenditsiidi keeled. Nimelt on mõnikord võimalik kõhu palpeerimisel tunda kõhu välise põikilihase kokkutõmbunud kimpe, mis tuletavad meelde keelpillide pingutatud keeli. Kui kõhunahaalune

rasvkude on õhuke, on isegi kõhu vaatlusel näha kokkutõmbunud lihasekimbud, mis moodustavad reljeefseid põiki asuvaid kõrgendikke, valle.

Juba haiguse algul tõuseb kehatemperatuur (täiskasvanutel harva üle 39° C). Vastavalt sellele on ka pulss kiirenenud. Enamikul haigetest tõuseb leukotsüütide arv perifeerses veres, ulatudes 20—25 tuhandeni 1 mm^3-s. Valge vere pildis suureneb neutrofiilsete leukotsüütide suhteline osatähtsus, toimub nende nihe vasemale. Settereaktsioon jääb normi piiridesse. Seda kasutatakse diferentsimiseks emakamanuste põletikkudest, mille puhul punaliblede settereaktsioon on peaaegu alati kõrgenenud. Valgu leidumine uriinis, kui puuduvad teised neerupõletiku tunnused, on põhjustatud organismi üldisest intoksikatsioonist ussjätkepõletiku tõttu.

Ägeda ussjätkepõletiku kliiniline kulg ei ole kõikidel haigetel ühesugune. Erinevused olenevad haige vanusest, üldisest tervislikust seisundist, ussjätkepõletikuga samaaegselt esinevatest haigustest, ussjätke anatoomilistest iseärasustest ja selle asukohast, samuti sellest, kas ussjätkes on varematest põletikkudest tingitud armistumisi või esineb liitumisi naaberkudedega. Teiselt poolt oleneb haiguskäik aga ka põletikku põhjustanud pisikutest ja nende virulentsusest. Haigusnähud on enamasti kooskõlas põletiku raskusega. Kuid eriti lastel ja vanadel, samuti haigustest kurnatud isikutel võivad haigusnähud olla kergemad ja mitte kajastada kõhuõõnes tekkinud muutusi.

Patoloogilis-anatoomiliselt algab põletik ussjätke limaskestas ja mahlasõlmedes. Järgnevalt haarab põletik ussjätke sügavamad kihid ja viimaks ussjätket katva kõhukelme, mis muutub seetõttu pisikuid ja nende toksiine läbi laskvaks. Esialgu tekkivast seroossest kõhukelmepõletikust, mida iseloomustab varajane eksudaat (kergelt hägusa kollaka värvusega seroosse vedeliku kogunemine kõhuõõnde), areneb juba mädane kõhukelmepõletik. See võib olla algul kas kohalik või üldine. Primaarselt üldine kõhukelmepõletik võib ka hiljem muutuda piirdunud protsessiks. Piirdumine tekib suure rasviku, peensoolte, umbsoole ja ussjätke liitumise tõttu üheks põletikuliseks tuumoriks, mida kliiniliselt tuntakse apendikulaarse infiltraadi nime all. Kui selle põletikukolde sees on mädaga täitunud õõs, on tegemist juba apendikulaarse abstsessiga. Infiltraadi ja abstsessi eristamine on oluline ravi seisukohalt: infiltraate ravitakse konservatiivselt, abstsessid aga avatakse.

Ägeda ussjätkepõletiku puhul tehakse vahet tüsistusteta ja tüsistunud haigusprotsesside vahel. Tüsistusteta on haigusprotsess siis, kui pole veel tekkinud kõhukelmepõletikku. See on ägeda ussjätkepõletiku kergem vorm ja sageli ei ole siis kirurgilist ravi tarvis. Tüsistusteta haigusvormil eraldatakse omakorda veel kahte faasi ehk perioodi. Esimeses faasis haigusnähud ägenevad, teises faasis vaibuvad, vähenevad ja lõpuks haige paraneb. Haigusnähtude ägenemise ajal, s. o. haiguse algul, kui haigusnähud veel raskenevad, on võimatu öelda, kuidas haigus edaspidi kulgeb. On võimalik paranemine, kuid protsess võib ka üle minna kõhukelmele kas ussjätke mulgustumise või gangreeni tagajärjel. Kõhukelmepõletiku tekkimisega haigus raskeneb ja tegemist on juba tüsistustega ussjätkepõletikuga. Esimesest haigusvormist teise üleminek on alati võimalik. Et haigestumise algul pole haiguse edaspidine käik teada, tuleb ägedate haigusnähtude korral haige suunata raviasutusse, kus juba määratakse haige edaspidine ravi.

Ägeda ussjätkepõletikuga haige ravi annab 100%-lise tulemuse ainult siis, kui haiget opereeritakse tüsistusteta staadiumis, s. o. enne kõhukelmepõletiku tekkimist.

О ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Х. Петлем

Резюме

Описываются симптомы острого аппендицита, диагностика его, клиническое течение заболевания, особенности его в детском и старческом возрастах, патолого-анатомические изменения в червеобразном отростке и возможные осложнения заболевания.

MÕNEDE ÄGEDATE MÜRGISTUSTE DIAGNOOSIMISEST JA RAVIST

H. KAHN

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Ägedaid mürgistusi esineb tänapäeval küll võrdlemisi harva, kuid mõnedest sagedamini esinevatest tuleb kõnelda, sest nende diagnoosimisel, eriti aga ravimisel tehakse mõnikord veel vigu. Allpool käsitleme ägedaid mürgistusi uinutitega, metüülalkoholiga, etüleeritud bensiiniga ja süsinikoksüüdi ehk vingugaasiga.

Äge mürgistus uinutitega (luminaal, barbamüül jt. barbituraadid). Ägedad mürgistused tekivad uinutite või uinuteid sisaldavate ravimite sihiliku või mingist arusaamatusest tingitud liigtarvitamise tagajärjel. Ägedate mürgistuste tekkimise oht uinutite tarvitamise tagajärjel on seda suurem, et uinutite kasutamine suureneb pidevalt kogu maailmas. Nii näiteks tarvitati Taanis (elanike arv 4,5 miljonit) 1957. a. 9000 kg uinuteid, s. t. iga elaniku kohta 10 tabletti aastas.

Surmavaks luminaaliannuseks on 4—6 g, surmavaks veronaaliannuseks 6—8 g. Barbituraadid elimineeruvad organismist aeglaselt. Näiteks luminaali võib uriinis avastada veel nädal aega pärast selle tarvitamist.

Uinutitest põhjustatud ägedaid mürgistusi jaotatakse kolme astmesse: kerged, keskmise raskusega ja rasked. Kerge mürgistuse puhul säilib regulaarne, keskmise sügavusega hingamine. Pulsi täitumus on hea, refleksid elavad. Keskmise raskusega mürgistuse korral muutub hingamine pinnaliseks, kuid säilitab regulaarsuse. Refleksid on märgatavalt nõrgenenud. Äratamisele kannatadasaanu ei reageeri, kuid nõelatorgetele vastab kaitserefleksiga. Mürgistatud magavad 24—36 tundi, pärast ärkamist püsib neil mitme päeva vältel uimasus.

Rasket mürgistust iseloomustab sügav komatoosne seisund. Nägu on algul hüpereemiline, seejärel muutub tsüanootiliseks ja hallikaks. Hingamine pinnaline, hingamiskeskuse halvatuse tunnusena tekib Cheyne-Stokes'i hingamine. Pulss on algul aeglustunud, seejärel kiireneb. Südametegevuse nõrgenemise tagajärjel muutub pulss järjest nõrgemaks ning võib lõpuks hoopis kaduda. Kõõluserefleksid puuduvad. Erinevalt morfiinimürgistusest reageerib kannatanu valgusele (ehkki vähe). Vererõhu järsu alanemise tõttu halveneb peale aju verevarustuse ka neerude verevarustus, mille tagajärjel suureneb organismile kahjulikult toimivate ainevahetuse lõpp-produktide hulk veres. Uriinis võib leida valgu jälgi ja silindreid. Raskete mürgistuste korral võib Wassermanni reaktsioon muutuda ajutiselt positiivseks. Haige magab kõige rohkem 5—7 päeva.

Esmaabi korras tuleb teha maoloputus. Maoloputust on otstarbekohane teha vaid mürgistuse algperioodil (esimese 6 tunni jooksul), hiljem pole sel enam mõtet. Pidevalt on vaja kontrollida pulssi, vererõhku, hingamist ja reflekse. Tsüanoosi tekkimisel anda hapnikku, teha kunstlikku hingamist. Häid tagajärgi on andnud kunstliku hingamise aparaadi kasutamine (näiteks Tartu Vabariikliku Haigla respiratsioonitsentrumis).

Hoolitseda suuõõne puhtuse eest (proteesid eemaldada). Huuli määrida rasvaga. Kateteriseerida põit. Kopsuödeemi profülaktikaks süstida 40—60 ml 40%-list glükoosilahust veeni. Bronhopneumoonia profülaktikaks süstida penitsilliini. Šokinähtude kõrvaldamiseks lisada 10 mg mesatooni 1 l glükoosi- või füsioloogilise lahuse kohta ning manustada see veeni tilkinfusioonina. Samal eesmärgil võib veeni süstida 2—3 ml kordiamiini- või korasoolilahust. Näidustatud on ka strühniini süstimine suurtes annustes (5,0 ml 0,1%-list lahust päevas) naha alla.

Äge mürgistus metüülalkoholiga (metanooliga ehk puupiirituse ga). Metüülalkoholiga tekivad mürgistused enamasti seetõttu, et tavalise piirituse (etüülalkohol) pudel vahetatakse kogemata ära metüülalkoholi pudeliga. Harukordadel esineb ka puupiirituse sihilikku tarvitamist. Surmavaks annuseks peetakse 30—100 ml, kuid on kirjeldatud surmajuhte ka 10 ml metüülpiirituse tarvitamise tagajärjel. Erinevalt etüülalkoholist oksüdeerub metüülalkohol organismis aeglaselt ning peetub mitme päeva vältel. Mõnede autorite arvates blokeerib metüülalkohol hemoglobiinis sisalduvat rauda ja kudede raudasisaldavat hingamisfermenti, põhjustades nii organismi hapendumisprotsesside pärssumist. Kujuneb atsidoos, millel on nimetatud mürgistuse patogeneesis määrav osa.

Pärast latentset perioodi, mis kestab 1—24 tundi, tekib peapööritus, -valu, nõrkustunne, iiveldus, valud kõhus ja oksendamine. Raskematel juhtudel kujuneb mõne tunni jooksul Kussmauli tüüpi hingamine. Tekib tsüanoos. Haiged on algul väga rahutud, seejärel langevad koomasse. Pupillid laiad, ärritusele ei reageeri. Nägemine halveneb silma võrkkesta ja nägemisnärvi turse tõttu. Mürgistuse süvenemisel tekivad krambid. Surm järgneb hingamiskeskuse halvatuse tagajärjel.

Ravi seisneb eelkõige maoloputuses. Loputusveele on soovitatav juurde lisada 3—4 teelusikatäit meditsiinilist sütt. Kui haige on juba kaotanud teadvuse, siis on õigem maoloputus ära jätta. Peatähelepanu peab olema pööratud atsidoosi vältimisele. Selleks tuleb veeni süstida 100 ml 5%-list söögisoodalahust. Võib üle kanda ka plasmat (120 ml), millele on lisatud 5 g söögisoodat. Lisaks sellele tuleb söögisoodat anda ka suu kaudu (3—5 g). Peale ülalnimetatud raviprotseduuride on vaja määrata uriini reaktsioon (juhul, kui vere leelisereservi ei saa tehnilistel põhjustel määrata). Rahule võib jääda alles siis, kui uriin reageerib lakmusega või fenoolftaleiiniga aluseliselt. Vastasel korral tuleb iga 2 tunni järel anda 2 g söögisoodat, kuni uriin muutub aluseliseks. Kui haige seisund on raske ja suu kaudu ei ole võimalik söögisoodat anda, tuleb seda teha sondi abil. Närvisüsteemi, hingamise ja südametegevuse stimuleerimiseks on näidustatud strühniini, korasooli, kordiamiini ja lobeliini süstimine. Tuleb hoolitseda, et organism saaks küllaldaselt vedelikku (füsioloogilist lahust tilkinfusioonina). Väga oluline on kaitsta haige silmi valguse eest ning soojendada teda (soojad kotid, elektrisoojendaja).

Kõigi ülalnimetatud abinõude kompleksne rakendamine annab häid tulemusi isegi väga rasketel, sageli lootusetuina näivatel juhtudel. Rõhutame veel kord atsidoosivastase võitluse esmajärgulist tähtsust. Ilma selleta pole ägeda metüülalkoholimürgistuse ravimine efektiivne.

Äge mürgistus etüleeritud bensiiniga. Madala oktaanarvuga bensiinile lisatakse nn. etüülvedelikku, mis koosneb halogeene sisaldavatest orgaanilistest ühenditest ja tetraetüülpliist. Viimane on väga mürgine. Vaatamata sellele, et etüleeritud bensiin sisaldab tetraetüülpliid suhteliselt vähe (ligikaudu 0,1%), nõuab sellega töötamine ettevaatust.

Äge mürgistus tekib etüleeritud bensiini allaneelamise või selle aurude (suuremates hulkades) sissehingamise tagajärjel.

Ägeda mürgistuse puhul etüleeritud bensiiniga tekib tugev peavalu, üldine nõrkus, iiveldus, mõnikord oksendamine. Söögiisu kaob, tekib eru-

tusseisund, enesekriitika väheneb. Kõhus esinevad sageli tugevad koolikutaolised valud. Vererõhk ja kehatemperatuur alanevad. Pulss võib algul olla kiirenenud, seejärel aeglustub. Unetus. Esinevad painavad unenäod. Tuleb arvestada ka bensiini aspiratsioonist tingitud kopsupõletiku tekkimise võimalust, mida on üksikasjaliselt kirjeldanud A. Vapra («Nõukogude Eesti Tervishoid» 1960, 2, 52—55).

Etüleeritud bensiini sattumisel suhu tuleb esile kutsuda oksendamine. Peale selle on vaja anda 15—20 g naatriumsulfaati või 20—25 g magneesiumsulfaati (need ained ühinevad pliiga vähelahustuvaiks ühendeiks) ja seejärel teha 2%-lise soodalahusega maoloputus. Pärast maoloputust on hea anda juua piima ja toorest munavalget. Verre imendunud plii eemaldamiseks on näidustatud 20 ml 10%-lise etüleendiamiintetraäädikhappe kaltsiumdinaatriumsoola ($CaNa_2EDTA$) süstimine veeni. (Kroonilise mürgistuse puhul etüleeritud bensiiniga ei anna $CaNa_2EDTA$ süstimine tulemusi.) On näidustatud B_1-vitamiini süstimine, dibasooli, uinutite ja rahustite andmine. Raskematel juhtudel on soovitatav anda aminasiini 25 mg korraga, *pro die* kuni 100—150 mg. Atsidoosi kõrvaldamiseks tuleb suu kaudu anda 20—30 g söögisooda, magneesiumoksüüdi ja kaltsiumkarbonaadi segu.

Ägeda mürgistuse süsinikoksüüdiga (vingugaasiga) võivad põhjustada valgustusgaas (sisaldab 4—11% CO-d), sisepõlemismootorite heitgaasid (4—7% CO-d), generaatorigaas (kuni 30% CO-d) jne. Ägeda mürgistuse tekkimist soodustab asjaolu, et vingugaas on värvuseta ja lõhnata. Ägeda mürgistuse tunnused tekivad siis, kui 20% hemoglobiinist on ühinenud CO-ga. Kui see protsent tõuseb 65-ni, järgneb surm. Siinjuures tuleb silmas pidada inimeste individuaalset tundlikkust ja üldseisundit. Näiteks verehaigusi põdejatel tekib mürgistus märgatavalt kergemini kui tervetel inimestel.

Vingugaasil on 300 korda suurem hemoglobiiniga ühinemise võime kui hapnikul. Mürgistusnähud ei ole seletatavad aga ainult anokseemia tekkimisega. Teatud osa mürgistuse patogeneesis etendab koobaltit ja rauda sisaldavate fermentide blokeerimine vingugaasi poolt. Vingugaasi isotoopide abil on kindlaks tehtud, et CO peetub südamelihases, maksas, põrnas ja ajus pikemat aega. Seepärast võib komatoosne seisund püsida isegi siis, kui CO on verest kadunud.

Ägeda mürgistuse esimeses staadiumis tekib peavalu, peapööritus, südamepekslemine, kõhuvalud, iiveldus. Teises staadiumis muutub näonahk helepunaseks, hingamine muutub pinnaliseks, hüperventilatsiooni hood vahelduvad Cheyne-Stokes'i hingamisega. Tekivad krambid ja oksendamine. Viimane võib osutuda aspiratsioonipneumoonia põhjuseks. Vererõhu alanemine kõneleb südametegevuse halvenemisest. Eriti rasketel juhtudel tõuseb temperatuur (temperatuuri reguleeriva keskuse halvatuse tõttu) kuni 42° C. Järgneb surm.

Kõige esmalt tuleb kannatadasaanu eemaldada vingugaasi sisaldavast keskkonnast. See toob endaga kaasa CO kiire vähenemise veres — ühe tunni jooksul alaneb CO kontsentratsioon veres 30—50% võrra. Karbogeeni (hapniku ja 5%-lise CO_2 segu) inhaleerimine kiirendab vingugaasi eraldumist organismist ligikaudu neli korda. Lisaks sellele on soovitatav teha kunstlikku hingamist. Närvisüsteemi säästmiseks manustatakse 500 mg novokaiini koos 500 mg füsioloogilise lahusega veenisisese infusioonina (2 tunni jooksul). On näidustatud ka 10 ml 1%-lise metüleensinise lahuse süstimine veeni. Südametegevuse halvenemise korral anda südamevahendeid (kordiamiini, kofeiini, strofantiini). Kui 2—3 tunni jooksul seisund ei parane, siis eemaldatakse veenist 500—700 ml verd ning tehakse seejärel vereülekanne. Ajuödeemi vältimiseks süstida 60—80 ml hüpertoonilist söögisoodalahust ja 40—60 ml 40%-list glükoosilahust. Kopsupõletiku ennetamiseks süstida penitsilliini.

Ülalpool on käsitletud mõnede ägedate mürgistuste ravi nende n. ö. akuutses faasis. Tuleb arvestada aga seda, et ägedatel mürgistustel võivad esineda mitmesugused järelnähud, mis nõuavad haige täiendavat uurimist ja diferentseeritud ravi.

KIRJANDUS

1. Справочник врача скорой и неотложной помощи. Л., 1960. — 2. Профессиональные болезни. Под. ред. А. А. Летавет. М., 1957. — 3. Вредные вещества в промышленности. Под ред. Н. В. Лазарева, Л., 1954. — 4. Moeschlin, S. Klinik und Therapie der Vergiftungen. Stuttgart, 1959.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Х. Кахн

Резюме

Описываются диагностика и лечение острых отравлений снотворными, метиловым алкоголем, этилированным бензином и окисью углерода. Указывается на необходимость введения щелочей для ликвидации ацидоза при остром отравлении метиловым алкоголем, а также при остром отравлении этилированным бензином. Приводятся данные о применении кальцийдинатриевой соли этилендиаминтетрауксусной кислоты при лечении острых отравлений этилированным бензином, о применении больших доз стрихнина при остром отравлении снотворными и т. д.

KESKHARIDUSEGA MEDITSIINIPERSONALI ÜLESANNETEST MÜOKARDIINFARKTIGA HAIGE RAVIMISEL

Arstiteaduse kandidaat *B. SCHAMARDIN*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Müokardiinfarkt on teatavasti väga raske ja eluohtlik haigus, mis tekib südame pärgarterite aterosklerootiliste kahjustuste tagajärjel. Sel puhul ulatuvad südame pärgarterite valendikku aterosklerootilised naastud, mis võivad haavanduda. Nende peale ladestub fibriin, s. t. tekib tromb, mis suleb veresoone valendiku ja põhjustab infarkti. Südamelihase teatava ala toitumine häirub ning see kutsub esile vastavad kliinilised nähud, mille iseloom oleneb eelkõige infarktiala suurusest ja asukohast müokardis.

Müokardiinfarktiga haige ravimisel ja hooldamisel on meditsiiniõe osatähtsus eriti suur. Keskharidusega meditsiinipersonali ja sanitaride käitumisest ja teadmistest sõltub suurel määral haige paranemise käik, vahel aga ka elu.

Müokardiinfarktiga haigele määratakse täielik voodirežiim. Selle kestus (keskmiselt 4—6—8 nädalat) sõltub haiguse kulust igal konkreetsel juhul. Eriti oluline on täielik voodirahu esimese 2 nädala jooksul, sest pärast pärgarteri haru valendiku topistumist trombiga nekrotiseerub selle arteriharu poolt varustatav südamelihase ala, hiljem see aga sidekoestub järk-järgult. Kui südamelihase nekrootiline ala ei ole veel küllaldaselt sidekoestunud, põhjustab režiimi rikkumine mitmesuguseid tüsistusi, nagu südame ägedat aneurüsmi (s. t. infarkti piirkonnas õhukeseks muutunud südamelihase väljasopistumist), mis võib rebeneda, tromb-embooliat jm. Nende eluohtlike seisundite tekkevõimalus väheneb tunduvalt, kui haige peab rangelt kinni voodirežiimist (ta võib ainult pingutamata käsi liigutada või ettevaatlikult pead pöörata).

Nii õed kui ka sanitarid peaksid teadma, millised muutused toimuvad sel ajal haige organismis. Suhtumine haigesse peab olema läbimõeldud ja kindlustama haigele psüühilise ning füüsilise rahu. Ei piisa ülesannete lihtsast õigeaegsest täitmisest, tuleb teha nii, et haige oleks kohtlemisega rahul, et ta tunneks hoolitsust ja tähelepanu.

Füüsilise rahu tagab haigele eelkõige mugav asend voodis. Kõige soodsam haige südametegevusele on pooleldi lamav asend: ülakeha on patjade või vastava raami abil ülespoole tõstetud, jalad toetuvad vastu voodijalutsit, kuhu on selleks asetatud lauatükk või kokkukeeratud tekk. Hommikuti tuleb pesta haige käsi, puhastada tema hambaid ja suud, kammida juukseid. Päeva vältel tuleb mitu korda kohendada voodit ja tekki, janu puhul anda vähesel määral juua, enne sööki pesta käsi jne. Haiget peab söötma meditsiiniõde, ja nii, et see patsienti ei väsitaks. Ka voodipesu vahetamisel ei tohi ravialune end ise pingutada. On soovitatav kasutada tagant paeltega kinnipandavaid särke.

Siibri kasutamine toimugu õe või sanitari abiga. Erilist tähelepanu tuleb osutada soolestiku talitluse reguleerimisele. Soolestiku tühjendamisel peab haige vältima liigset pingutust. Et kõhukinnisuse puhul on see möödapääsmatu, siis tuleb juba haiguse esimestest päevadest määrata kõhukinnisuse vältimiseks rabarbrijuurt (*Pulvis radicis Rhei* 0,5—2 korda päevas) või purgeeni (1 tablett 2 korda päevas). Tugeva kõhupuhituse puhul, mis on väga koormav, võib haiget arsti loal ettevaatlikult küljele pöörata ja teha väikese rõhu all soolestiku sifoonloputusi sooja vee või sooja kummelileotisega (supilusikatäis kummelit 2 klaasi vee kohta). Soolestiku sifoonloputus on haigele tunduvalt vähem koormav kui puhastusklistiirid. Puhastusklistiire võib alustada 3.—4. haiguspäevast, kasutades klistiiriks 50 ml vaseliiniõli või glütseriini, hiljem aga 1—2 klaasi sooja vett või kummelileotist.

Pikaajaline range voodirežiim ei ole haigele alati ohutu. Pikaajalisel lamamisel aeglustub vereringe (jäsemetes, kopsudes jm.), mis võib põhjustada trombembooliate teket või hüpostaatilist pneumooniat. Kauaaegsest lamamisest tekivad lihaste, eriti alajäsemete lihaste atroofiad. Ka haige psüühikale mõjub pidev lamamine ebasoodsalt. Nende tüsistuste ja soovimatute kaasnähtude vältimiseks tuleb õigeaegselt alustada ravivõimlemisega.

Ravikehakultuuri alustamiseks pole kindlat tähtaega, lähtutakse haige seisundist. Üldiselt soovitatakse sellega algust teha võimalikult vara, juba alates 2.—3. nädalast, kui haige üldseisund on rahuldav, sagedad ja tugevad valud südame piirkonnas lakanud, temperatuur ja leukotsüütide arv normini langenud, settereaktsioon mõõdukas, vererõhu edasise languse tendents puudub ja EKG dünaamika ei viita müokardi seisundi halvenemisele. Ravikehakultuur on vastunäidustatud, kui haigel esinevad intensiivsed ja püsivad stenokardiavalud, kõrge temperatuur, püsiv leukotsütoos, südame rütmi häired (südameblokaad, ekstrasüstolid, virvendusarütmia) või infarkti tüsistused (tromb-endokardiit, perikardiit, ajuvereringe häired, tromboflebiidid, kopsuinfarkt). Ravivõimlemist viib tavaliselt läbi vastava ettevalmistusega metoodik. Algul piirdutakse vähem pingutust nõudvate harjutustega (sõrmede liigutamine, käte painutamine ja sirutamine küünarliigestest, labajalgade liigutamine jne.).

Lamatiste vältimiseks on soovitatav panna haigele tuharate alla kummirõngas. Oluline on pidevalt hoolitseda naha eest. Tuharate ja nimme piirkonda hõõruda iga päev kampripiiritusega. Arsti loal võib haiget vahel ettevaatlikult pöörata mõneks ajaks küljeli — vaheldumisi ühele ja teisele poolele.

Müokardiinfarkti ravimisel on oluline individuaalne ravitoitlustamine. Toidust tuleb välja jätta ained, mis soodustavad vere hüübimist, tekitavad kõhukinnisust, käärimisprotsesse seedetraktis ja puhitust.

Soovitatakse seedimist ergutavaid ja tselluloosi sisaldavaid toiduaineid: kuivatatud aprikoose, ploome, rosinaid, peedimahla, riivitud peeti, porgandimahla, hapupiima, rasvavaba keefiri. Nii vedeliku kui ka soolaste, teravamaitseliste ja vürtsitatud toiduainete tarvitamist tuleb tugevasti piirata. Päevane toiduhulk peab olema jaotatud võrdselt viiele söögikorrale. Viimane söögiaeg ei tohi olla hiljem kui 2—3 tundi enne magamaheitmist.

Värske müokardiinfarkti puhul on dieedi sihiks maksimaalselt säästa südamelihast. Esimesel 2—3 haiguspäeval antakse haigele ainult väikestes kogustes sooja vedelat soolata toitu: glükoosilahust, mett, mustasõstrateed, porgandi- ja peedimahla, puuviljamahla, jõhvikamorssi, kibuvitsamarjateed (mitte üle 1—2 klaasitäie). Täispiima ja viinamarjamahla ei soovitata, sest need põhjustavad puhitust. Ei soovitata ka tomatimahla, sest see sisaldab suurel hulgal K-vitamiini, mis soodustab vere hüübimist. 3.—4. päevast täiendatakse menüüd liha- või kalaproduktidega (frikadellid või aurutatud kotletid), kohupiimaga, saiakuivikutega. Edaspidi lisatakse võid, piima, keedetud kana, kisselle. Alates 3.—4. nädalast on lubatud dieeti laiendada, pidades seejuures silmas haiguse kulgu.

Väga oluline on algava infarktiga haigel kõrvaldada ägedad valuhood südame piirkonnas, sest need võivad haigele saatuslikuks saada. Süstitakse (arsti poolt määratud annustes) morfiini, pantopooni või promedooli koos atropiiniga. Kui valu poole tunni jooksul ei vähene, peab õde sellest arstile teatama, kelle korraldusel süstitakse korduvalt narkootikume. Mõnikord mõjub valuvaigistavalt ka meditsiiniliste kaanide (4—6 tükki) või sinepiplaastri panemine südame piirkonda. Valude vaigistumist soodustab südame piirkonna hõõrumine viieprotsendilise mentoolipiiritusega või validooliga.

Viimasel ajal kasutatakse müokardiinfarkti raviks ja mõnede tüsistuste (trombembooliad) vältimiseks laialdaselt antikoagulante — vere hüübimise vastaseid vahendeid (hepariin, dikumariin, pelentaan jt.). Tuleb silmas pidada, et nende vahendite tarvitamise või üledoseerimise tagajärjel ei tekiks omakorda tüsistusi (neeru-, mao-, soole-, emaka-, ajuverejooksud). Ravi vältel tuleb pidevalt jälgida protrombiiniindeksit ja vere hüübimise aega. Igemete verdumine, verevalumid naha all, pikenenud menstruatsioonid näitavad, et antikoagulantide manustamine tuleb kohe ära jätta ja haigele anda K- ja C-vitamiini, kloorkaltsiumi ja rutiini.

Paranemisperioodis, kui haigel lubatakse pöörata küljeli, istuda voodis, tõusta ja liikuda, peab õde pidevalt jälgima haige tegevust ja seisundit. Haiget peab ümbritsema optimistlik õhkkond — see soodustab tema paranemist ja töövõime taastumist.

ЗАДАЧИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Б. Шамардин

Резюме

Роль медицинской сестры в уходе за больным инфарктом миокарда исключительно велика. От поведения и знаний среднего медицинского персонала и санитарок в большой мере зависит ход выздоровления, а иногда и жизнь больного.

Konverentsid ja nõupidamised

TARTU LINNA KLIINILISE LASTEHAIGLA JUUBELIKONVERENTS

30. ja 31. märtsil toimus Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas haigla 40. aastapäeva tähistamiseks teaduslik konverents. Konverentsist võtsid osa külalised Leedust ja pediaatrid paljudest Eesti NSV linnadest ja rajoonidest.

Konverentsi peaprobleemideks olid laste suremise ja vaimse ning kehalise defektiivsuse vähendamine.

Kaunase Riikliku Meditsiiniinstituudi pediaatria kateedri assistent arstiteaduse kandidaat E. Sadouskaite esines ettekandega varaealiste laste surma põhjustest Kaunase Vabariikliku Kliinilise Haigla andmeil. Ettekandja kõneles headest tulemustest laste suremuse vähendamisel Kaunases.

Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarsti asetäitja ravi alal E. Ratnik analüüsis laste surma põhjusi nende välditavuse järgi Tartu linnas. Ettekandja viitas headele töötulemustele viimase 10 a. kestel. Ühtlasi näitas ta, et kopsupõletiku, viirusinfektsioonide, soolenakkuste vältimise ja meditsiinilise teenindamise parandamisega on võimalik vähendada imikute suremust $^2/_3$ ja 1—14 a. vanuste laste suremust $^3/_4$ võrra.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja dotsent L. Keres võrdles hapnikravi meetodeid, mida kasutatakse varaealistel lastel.

Kateedri assistent I. Muuga analüüsis kooliealiste laste defektiivsuse põhjusi ja näitas, kuidas meditsiinilise teenindamise parandamisega saaks neid vältida. Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst H. Käärі andis ülevaate laste vaimse defektiivsuse tekkimise põhjuste uurimisest ja ravimise võimalustest. Ettekandes toodi andmeid toksoplasmoosi ja fenüülketonuuria juhtudest Eestis. Autori andmeil võis 8%-l uuritud lastest pidada oligofreenia põhjuseks toksoplasmoosi. Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedri assistent L. Sildver analüüsis tuberkuloossest meningiidist põhjustatud defektiivsust. Autor märkis, et tuberkuloosset meningiiti põdenuist paranes 58% defektideta. 88% paranenuist olid võimelised õppima ja töötama. Kõige efektiivsemaks meetodiks residuaalnähtude ravimisel osutus kombineeritud streptomütsiin-, PAS- ja ftivasiidravi, mille puhul defektideta paranes 94% haigeist.

Assistent M. Luts analüüsis diagnoosimisvigade põhjusi süstoolsete kahinatega lastel.

Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja E. Kohandi näitas 1959.—1961. a. ravil viibinud haimoriidihaigete põhjal, et ka lapseeas võib mädane haimoriit olla üheks teguriks allergiliste haigestumiste kujunemisel, kusjuures osal juhtudel võib nina läbivaatusel patoloogiline leid puududa. Neil juhtudel on hädavajalik põsekoopa diagnostiline punktsioon.

E. Ratnik

TARTU LINNA KLIINILISE LASTEHAIGLA ÕDEDE JUUBELIKONVERENTS

31. märtsil 1962. a. toimus Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas õdede konverents asutuse 40. aastapäeva tähistamiseks. Konverentsist võtsid osa ka Lõuna-Eesti raviprofülaktikaasutuste õed.

Külalisena esines konverentsil Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla õde M. Tamm teemal «Õe kutse-eetikast». Ettekanne oli huvitav konkreetsete näidete poolest ja rõhutas õigesti õe osatähtsust haige ravimisel.

Lastehaigla vanemõde M. Jürgenson tegi ettekande kaheastmelise teenindamise eelistest. Lastehaigla siseosakonna vanemõde H. Kärner andis ettekandes «Protseduuride teostamisest lastel» näpunäiteid, kuidas käituda lastega ebameeldivate ja valutekitavate protseduuride tegemisel. Lastehaigla polikliiniku patronaažiõe S. Karjuse teemaks oli «Patronaažiõe töö». Ta näitas, kui lai tööpõld on patronaažiõel ja kui tähtis on tema osa ema abistamisel nii haiguste profülaktika kui ka kasvatustöö osas. Polikliinilise osakonna vanemõde A. Mägi («Polikliinilise vastuvõtu organiseerimisest») andis üksikasjalise ülevaate, kuidas jaotada ruumid, milline peab olema sisustus, kuidas organiseerida tööd. Lastehaigla piimaköögi dieetõe A. Lambi ettekanne «Uuemaid seisukohti imikute dieetikas» käsitles loomulikku, sega- ja kunstlikku toitmist.

A. Uibo

II ÜLELIIDULINE PATOLOOG-ANATOOMIDE KONVERENTS

22.—26. jaanuarini 1962. a. toimus Minskis II üleliiduline patoloog-anatoomide konverents. Sellest konverentsist võtsid aktiivselt osa ka akušöör-günekoloogid, mikropediaatrid ja füsioloogid.

Akadeemik I. V. Davõdovski mainis, et see konverents on ajalooline ja erakordselt tähtis, sest esmakordselt 40 aasta jooksul arutatakse vastsündinu patoloogiat ja surnultsündimise põhjusi.

Seoses nakkushaigustesse suremise, eriti laste suremise järsu vähenemisega nihkub esikohale vastsündinute suremine sünnitustraumade ja asfüksia tagajärjel. Üsasisese asfüksia ja sünnitustrauma probleeme käsitleti 17 ettekandes. Põhiettekannetega esinesid NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peaakušöör-günekoloog prof. L. S. Persianinov ja patoloog-anatoom prof. I. S. Dergatšov.

Prof. L. Persianinov mainis, et kui emal esinevad patoloogilised seisundid, mis põhjustavad hapnikuvaegust ja langevad ühte loote elundite kujunemise perioodiga ning platsenta kinnistumisega, võivad need põhjustada häireid embrüogeneesis.

Loote üsasisese asfüksia patogeneesis võib omada tähtsust mitte ainult lootesse toimivate patogeensete mõjude summa, vaid ka loote tundlikkus nende suhtes. I. Dergatšov rõhutas, et sünnitustrauma ja üsasisene asfüksia on patogeneetiliselt tihedas seoses. Ühine on nende nosoloogiliste vormide puhul kohaliku ja üldise iseloomuga vereringehäired. Loote suurte traumade puhul (koljuluude ja lülisamba murrud, koljuõmbluste rebendid jne.) ei teki kahtlust, et nende päritolu on mehaaniline. Arvamused lähevad lahku peamiselt küsimuses, missugune on koljusiseste ja elundisiseste verevalumite mehhanism — kas mehaaniline või asfüktiline. Sünnitustrauma ja asfüksia tõttu surnutel on surma saabumise mehhanism ühesugune — asfüktiline. Autor oletab, et 12—14% juhtudest esineb sünnitustrauma. Ta arvab, et kui patoloog-anatoom ja akušöör uurivad ühiselt kõiki raseduse ja sünnitusloo andmeid ning vastandavad need lahkamisandmetele, on alati võimalik kindlaks teha, kas esines sünnitustrauma või asfüksia. Edasi arvab ta, et diagnoos «asfüksia» tuleb lahti mõtestada, s. t. näidata selle põhjus, näiteks: üsasisene asfüksia seoses platsenta enneaegse irdumisega jne. Üsasisese asfüksia tekkimise seisukohalt omistati suur tähtsus platsenta muutustele.

Nii põhiettekannete tegijad kui ka läbirääkimistel sõnavõtnud mainisid vajaliku kontakti puudumist klinitsistide, akušöör-günekoloogide ja patoloog-anatoomide vahel. Vastsündinu arenemislugudes on liiga vähe andmeid, mistõttu patoloog-anatoomidel ei ole võimalik patoloogilist protsessi välja selgitada. Samuti mainiti, et patoloog-anatoome on vaja spetsiaalselt ette valmistada tööks sünnitusmajades ja lastehaiglates. Delegaatidele esitati arutamiseks uus juhend surnultsündinute ja surnud vastsündinute lahkamiseks. Pärast vastavat läbitöötamist võetakse juhend vastu ja saadetakse kõikidele patoloog-anatoomidele. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi esindaja L. D. Skorodnikova tegi ettepaneku luua ühine koordineerimiskeskus ühtsete kriteeriumide väljatöötamiseks, kuidas otsustada patoloogilise protsessi laadi üle. Nimetatud keskus peab koosnema patoloog-anatoomidest, akušöör-günekoloogidest, füsioloogidest ja immunobioloogidest.

Paljud ettekanded käsitlesid kaasasündinud väärarenguid, mille arv kirjanduse andmetel ja ettekandjate tähelepanekute põhjal on viimastel aastatel suurenenud. Üldise arvamuse järgi põhjustavad kaasasündinud väärarenguid emal varjatult kulgevad nakkushaigused ja hapnikuvaegus. Seoses väärarengute esinemisega tuleb ema uurida toksoplasmoosi ja listerelloosi suhtes, kui anamneesis esineb laste enneaegset ja surnultsündimist.

R. Oršanskaja

L. PASTEURI NIMELISE INSTITUUDI KONVERENTSILT

L. Pasteuri nim. Leningradi Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituut on üheks vanemaks teaduslikuks uurimisasutuseks Nõukogude Liidus. Juhituna sellistest tuntud teadlastest nagu E. Novgorodskaja, A. Smorodintsev, K. Tokarevitš jt. on instituudi kollektiiv välja töötanud hulga väärtuslikke ettepanekuid paljude nakkushaiguste vähendamiseks ja likvideerimiseks.

Instituut korraldab igal kevadel konverentsi. Sellest konverentsist võtavad traditsiooniliselt osa kõigi Nõukogude Liidu loodealadel paiknevate oblastite ja vabariikide, sealhulgas ka Eesti NSV esindajad.

Järjekordne konverents toimus 10.—12. aprillini 1962. a. Kanti ette soolenakkuste, leetrite, difteeria ja mitmete looduskoldeliste haiguste uurimise tulemused (üldse 34 ettekannet).

Prof. E. Novgorodskaja andis ülevaate L. Pasteuri nim. instituudi uurimistest soolenakkuste (düsenteeria, kolienteriidid, salmonelloosid, viirusliku etioloogiaga haigestumised) alal.

Elavat huvi äratasid ettekanded leetritevastastest kaitsesüstimistest. Prof. A. Smorodintsevi juhendamisel valmistatud elusvaktsiin on suure efektiivsusega. Praegu on käimas tööd selle vaktsiini viimistlemiseks.

Üks konverentsi istungeist oli pühendatud transmissiivsetele haigustele ja zoonoosidele (ornitoos, brutselloos, tähniline tüüfus, tularеemia ja leptospiroosid). Nende lähemal tundmaõppimisel on ka Eesti NSV kohaliku patoloogia seisukohalt suur tähtsus.

Konverentsil leidsid tunnustamist Eesti NSV-s toimuvad epidemioloogilised, bakterioloogilised ja virusoloogilised uurimised. A. Svitškarjova, R. Sudakova, A. Jannuse, H. Pihla ja K. Rjabtšenko ühine uurimus sisaldas materjale Tallinna varaealiste laste soolenakkuste etioloogilise struktuuri kohta. Haigete virusoloogilis-bakterioloogiline uurimine võimaldas haigusetekitajat avastada 64,3% uurituist. A. Jannus esitas huvitavaid materjale enteroviiruse ECHO-12 poolt põhjustatud nakkuse kohta ühes Eesti NSV asustatud punktis. H. Pihl tõi andmeid salmonellooside etioloogilise struktuuri kohta Eestis koos mõnede epidemioloogiliselt ja kliiniliselt oluliste üldistustega.

Eesti NSV-s esinevat looduslikku tularеemiakollet iseloomustasid G. Medinski, S. Višnjakova, K. Vassiljeva, A. Kužilnoi, A. Tsõrulnikov, M. Tšernõšova ja D. Kessler. Tularеemiakolde aastatepikkune jälgimine võimaldas autoritel teha praktiliselt olulisi ettepanekuid võitluses selle haigusega (profülaktiliste abinõude rakendamine koos näriliste hävitamisega jm.).

Osavõtmine L. Pasteuri nim. instituudi konverentsist rikastas Eesti NSV teaduslikke töötajaid ning arste-praktikuid uute andmete ja kogemustega.

G. Medinski ja H. Pihl

II ÜLELIIDULINE KONVERENTS RAADIOELEKTROONIKA KASUTAMISEST BIOLOOGIAS JA MEDITSIINIS

24.—28. aprillini 1962. a. toimus Leningradis II üleliiduline konverents raadioelektroonika kasutamise kohta bioloogias ja meditsiinis.

Konverentsi töös kajastusid ilmekalt need suured muutused, mis on bioloogias ja meditsiinis viimasel ajal aset leidnud. Võrreldes raadioelektroonika kasutamise praegust olukorda 1959. a. omaga (1959. a. toimus I üleliiduline konverents), on tehtud suuri edusamme. Kui 1959. a. esitati 50 ettekannet ja eksponeeriti 90 aparaati, siis nüüd olid vastavad arvud 113 ja 160. Raadioelektroonika osatähtsuse suurest kasvust bioloogias ja meditsiinis kõnelevad mitte ainult arvulised näitajad. Konverentsist osavõtjad olid üksmeelsel seisukohal, et matemaatilistel ja füüsikalistel meetoditel on bioloogia ja meditsiini edasisele arengule suur tähtsus. See näitab, et mõningad senised vastuväited on elu poolt kummutatud.

Konverentsi töö toimus 9 sektsioonis: 1) füsioloogiliste funktsioonide uurimise elektroonilised meetodid, 2) elektromagneetiliste väljade mõju eluskoele, 3) ultraheli kasutamine bioloogias ja meditsiinis, 4) raadiotelemeetria, 5) meditsiiniline küberneetika, 6) stimuleerimise elektroonilised meetodid, 7) televisiooni kasutamine bioloogias ja meditsiinis, 8) elektrooniline aparatuur isotoopidega teostatavate füsioloogiliste uurimuste jaoks, 9) elektroonika laboratoorsetes uurimistöödes.

Tuleb märkida erilist huvi mõnede teemade vastu: elektromagneetiliste lainete (mikrolainete) mõjust eluskoele esitati 11 ettekannet (1959. a. 1!) ja ultraheli kasutamise kohta meditsiinis ja bioloogias — 23 ettekannet (1959. a. 2!).

1959.—1962. a. on tunduvalt kasvanud asutuste ja organisatsioonide arv, kes tegelevad bioloogias ja meditsiinis kasutatava raadioelektroonilise aparatuuri konstrueerimise ja tootmisega. Rõõmustava asjaoluna tuleb tähendada, et Tartu Riikliku Ülikooli poolt esitatud aparatuur sai kõrge hinnangu osaliseks. Eriti elavat huvi äratas inimese keskmise vererõhu pideva registreerimise aparaat, mis töötab kaudsel meetodil (autorid M. Epler ja V. Reeben). Originaalse lahendusega densitomeetris elektroforegrammide ja kromatogrammide lugemiseks (V. Kiis, V. Reeben ja A. Jaagosild) on kõrvaldatud seniste densitomeetrite põhilised puudused, mille tagajärjel on tunduvalt tõusnud aparaadi lahutusvõime.

Arvukalt esitati mitmesuguseid elektroonikaaparaate, mis on määratud patsiendi või opereeritava haige füsioloogiliste funktsioonide, nagu südametegevus, vererõhk, ajuvoolud jt. jälgimiseks. Nende hulka kuulub «Biofispribor» poolt konstrueeritud elektrokardiomonitor — kompleks, milles on konstruktiivselt ühendatud elektrokardiostimulaator, defibrillaator ja elektrokardiosignalisaator. Võrreldes meil praktikas kasutatavate defibrillaatoritega torkasid silma «Biofispribori» defibrillaatori väiksed mõõtmed. Laialdasemalt on hakatud kasutama järelhelendusega ostsilloskoope, mis sageli lihtsustavad tööd ja võimaldavad tööjõudu ja -aega tunduvalt kokku hoida. Narkoosi sügavuse määramisel on üldise tunnustuse leidnud elektroentsefaloskoopia meetod.

Sõnavõttudes tõsteti üles terve rida praktilise tähtsusega küsimusi. Juhiti tähelepanu ka suurtele puudustele aparatuuri ekspluateerimisel teaduslikes meditsiiniinstituutides ja raviasutustes. Nimetatud puudused on tingitud peamiselt sellest, et ei ole kvalifitseeritud kaadrit. Seetõttu on olemasoleva aparatuuri kasutamise efektiivsus paljudes meditsiiniasutustes veel küllaltki madal (B. N. Aksjonov).

Konverents võttis vastu otsuse raadioelektroonika kasutamise laiendamiseks.

H. Ehvärt

I ÜLEVENEMAALINE FARMATSEUTIDE KONGRESS

3.—6. aprillini 1962. a. toimus Moskvas I ülevenemaaline farmatseutide kongress. Kongressile olid saatnud delegaadid kõik Vene NFSV farmatseutide seltsid. Külalistena viibisid kongressil teiste liiduvabariikide farmatseutide ühingute esindajad ja farmatseudid välismaalt (Bulgaariast ja Iraagist).

Kongressi avas Vene NFSV tervishoiu minister V. A. Vinogradov.

Kongressi töö toimus 4 sektsioonis. Kokku kuulati üle 70 teadusliku ettekande apteegiala organisatsiooni ja ökonoomika, uute ravimite leiutamise, ravimvormide ja galeeniliste preparaatide tehnoloogia ning analüüsimismeetodite kohta.

Huvitav oli proviisor I. K. Agalakova ettekanne elanikkonna teenindamise uutest vormidest Leningradis (retseptide vastuvõtmine polikliinikutes, ravimite kojuviimine, patsientide kirjalik informeerimine defitsiitsete ravimite saabumisest jne.) ja arstide ning farmatseutide koostööst.

Dots. N. I. Wolfi ettekanne puudutas retseptuuri standardiseerimist Leningradis, mille tulemusena valmistati farmaatsiatehases 1959.—1961. a. valmisravimvorme 43 kõige sagedamini esineva eeskirja järgi.

Valmisravimite sortimendi suurendamisest Bakuu apteekides rääkis dots. A. J. Izmailov.

J. G. Karpova jt. kõnelesid mitmesuguste aeganõudvate tööprotsesside mehhaniseerimisest apteekides ja apteegiladudes. V. A. Kobrin soovitas apteegis kasutatavate pudelpipettide asemel uut tüüpi doseerijaid, mille abil töö tootlikkus tõuseb 2 kuni $2^1/_2$ korda.

18 ettekannet olid pühendatud mitmesugustele tehnoloogia küsimustele. N. I. Bobkova rääkis raskesti valmistatavatest ja sobimatutest ravimsegudest Ivanovo oblasti apteekides. Samalaadseid ettekandeid oli ka teistelt.

Apteegiala Teadusliku Uurimise Keskinstituudi töötajad farmaatsiakandidaadid K. D. Sedova ja V. A. Martõnova esitasid oma uurimistöö tulemused korgikummi erinevate sortide mõjust ravimitele.

Huvipakkuvaks olid farmaatsiakandidaadi A. A. Semenõtševa jt. ettekanded südameglükosiidpreparaatide määramisest kolorimeetriliselt ja fotokolorimeetriliselt.

Prof. A. N. Kudrin rääkis kombineeritud ravimpreparaatide loomise farmakoloogilistest printsiipidest. Tema kontseptsiooni kohaselt tuleks ühe või teise haiguse puhul rakendada liitpreparaate, mis patogeneetiliselt ennast täielikult õigustaksid. Nii näiteks soovitab ta hüpertoonia puhul kasutada liitpreparaati, mis sisaldaks trankvilisaatorit, gangliioblokaatorit ning adrenolüütilist, spasmolüütilist ja vagotoonilist ainet, samuti hepariinrea preparaati.

Prof. V. A. Tšernovi ettekanne andis ülevaate uute vähktõbe ravivate preparaatide otsinguist.

Kongress võttis vastu üksikasjalised otsused, mille täitmine parandab märgatavalt elanikkonna varustamist medikamentidega.

D. Luik

Kriitika ja bibliograafia

HEA RAAMAT, MIS VÕIKS AGA OLLA VEELGI PAREM *

Tartu lastearstide kirjutatud raamat «Varaealise lapse tervishoid» on võitnud laialdase populaarsuse. Teose kohta öeldi kiitvaid sõnu ka mullusel tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklikul nõupidamisel. Korduva positiivse hinnangu on raamatu kohta andnud mitmed autorid ka ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» (näiteks 1961, 5, 64—65; 1962, 3, 41—44).

«Varaealise lapse tervishoid» on didaktilistel kaalutlustel jaotatud nelja peatükki: esimese peab rase omandama enne sünnitust, teise õpib noor ema selgeks sünnitusmajas, kolmanda ja neljanda — pärast sünnitust lapse esimestel elukuudel. Tartu meditsiinitöötajad koguni kontrol-

* «Varaealise lapse tervishoid», toimetaja arstiteaduse kandidaat L. Keres, II täiend. trükk. Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja, Tartu, 1960, 80 lk. Trükiarv 15 000.

livad ja hindavad raamatu põhjal omandatud teadmisi («Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 5, 64—65).

Üldmulje raamatust on hea. Selgesti ja lühidalt on suudetud esitada kõik peamine, mida peab teadma noor ema. Meeldivalt on kujundatud raamatu mitmevärvitrükis kaas (kunstnikku pole nimetatud). Autorite siiras tahe saavutada südamlik vahekord lugejatega kajastub ka sissejuhatusele eelnevas «Imiku kirjas emale». Raamat on väga tagaotsitav — nähtavasti peavad autorid mõtlema juba III trüki ettevalmistamisele. Kõneldud on koguni teose tõlkimisest teistesse keeltesse.

Raamat pole aga vaba ka mõnedest puudustest, mida tuleb vältida järgnevates trükkides.

Kõigepealt üksikutest puudujääkidest sanitaarharidustöö seisukohalt. Sanitaarhariduslikud trükised peavad olema väikseima pisiasjani sõna- ja mõtteselged. Seepärast tuleks kõigepealt vältida võõr- ja oskussõnu, eriti siis, kui on olemas rahuldavad emakeelsed vasted. Kindlasti on eelistatavam «pisik» (mitte «mikroob»), «soolenakkus» (mitte «sooleinfektsioon» — mõlemad lk. 11 teises lõigus alt ja veel mujalgi), «lastearst» (mitte «pediaater» — lk. 44 viimane rida), «käsikiimlus» (mitte «onaneerimine» — lk. 60 viienda lõigu alguses) jne.

Ja nüüd veel kord kirjast emale (lk. 3 ja 4). Tekib küsimus, miks algab see imiku *resp.* vastsündinu palvega: «Vii mind iga päev välja!» Kas see on kõige olulisem? Õigem oleks esile tõsta hoopis kirja kolmas lõik: «Ema, Sa tead ju, et rinnapiim on mulle kõige väärtuslikum toit!» On ju sulaselge, et vastsündinu nõuab kõigepealt süüa.

Miks selles kirjas ei nimetata kärbest kärbseks, vaid hoopis suureks ja mustaks õhus lendavaks putukaks, kes hammustab valusasti (muide, tavaline toakärbes ei hammustagi)? Kas tahetakse sellega kirjale anda rohkem lapselikku alatooni? Ent ometi seesama «Sinu pisitillu Mai» kõneleb samas erudeeritud spetsialistina verisest kõhutõvest, gripist, tuberkuloosist, kaitsepookimistest jms.

Et mitte enam kärbeste juurde tagasi tulla, siis kärbeste tõrjest kõnelemisel (lk. 11 esimene lõik jm.) ei piisa ainuüksi juhistest võitluseks valmikutega, vaid alati on vaja sel puhul juhtida tähelepanu (kas või mõne sõnaga) ka kärbeste siginemiskohtade (käimlad, jäätmekastid jne.) sanitaariale.

Ja nüüd mõni sõna pisikute kaitseks. L. Keres kirjutab: «Imikut tuleb teadlikult kaitsta nähtamatute vaenlaste — pisikute eest.» (Lk. 8 neljas lõik.) Ka H. Kuuse kõneleb «nähtamatute vaenlaste — mikroobide maailmast» (lk. 13 viimane lõik). Tegelikult ei ole asi kaugeltki nõnda, sest mikroorganismid ei ole ainult «nähtamatud vaenlased», vaid ka sõbrad. Nendeta poleks ehk elugi maailmas (aineteringlus), poleks väärtuslikke toiduaineid, ravimeid jne. Ühesõnaga, kõneldes pisikutest, kellega ema peab võitlema, tuleb alati kõnelda tõvestavatest pisikutest, kes tõepoolest on meie vaenlased. Tõvestavate pisikute ohtlikkust ei tohi alahinnata ega muuta neid nii jõuetuteks, nagu teeb seda H. Kuuse, kes konstateerib: «Osa tõvestavatest mikroobidest püsivad välistingimustes eluvõimelistena mitu päeva.» (Lk. 11 kolmas lõik.) Mitte ainult mitu päeva, vaid nädalaid, kuid ja isegi aastaid (seejuures üsna karmides välistingimustes).

Nõuanded ei tohi põhjustada vääritimõistmist. Üldiselt on näiteks teada kaaliumpermanganaadilahuse desinfitseeriv toime, mistõttu seda soovitatakse lisada vanniveele. Ent siin peitub ka ohte: nimelt võivad pooleldi lahustunud kaaliumpermanganaadi kristallid põhjustada põletushaavu. Kirjeldatakse raskeid söögitoru söövitusi, mis on tekkinud selle aine kontsentreeritud lahuse suhuvõtmisel laste poolt. Kõigele sellele L. Kalde ei viita, vaid ta räägib koguni «kaaliumpermanganaadivannid» *pro* «kaaliumpermanganaadilahuse vannid» (lk. 26 kolmas lõik).

Sisse on lipsanud paar väljenduslikku ebatäpsust, mis ei tekita küll arusaamatust, kuid mida korrektsuse mõttes tuleks siiski vältida. Näiteks lk. 42 (teise lõigu lõpus) loeme marjamahla söömisest *pro* joomisest. H. Kuuse kirjutab: «Iga ema peab oskama kaitsta oma last esimesel neljal eluaastal leetritesse haigestumise eest.» (Lk. 74 viimane lõik.) Tekib küsimus, kas siis vanemaid lapsi ei olegi vaja enam kaitsta leetrite ja teiste nakkuste eest. Sama autor ei ole endale lõplikult selgeks teinud ka leetrite, samuti läkaköha spetsiifilise profülaktika küsimusi.

Leetrite seerum on ammugi käibelt kõrvaldatud (kui ohtlik parenteraalne Botkini tõve levitaja) ning asendatud gammaglobuliiniga. Läkaköha vältimiseks kasutatakse aga juba esimesel eluaastal vastavat vaktsiini (koos difteeria ja teetanuse anatoksiiniga).

Raamatu autoriteks on 6 kõrge kvalifikatsiooniga pediaatrit (L. Keres, H. Kuuse, L. Kalde, R. Ratnik, V. Karu ja H. Kääri). Kahjuks aga ei ole nad nähtavasti kõiki küsimusi omavahel kooskõlastanud. Näiteks ütleb H. Kuuse (lk. 18 neljas lõik): «Emadel on tarvis rangelt kinni pidada sellest nõudest, et last hooldades peavad nad vahetama oma tööriided ja jalatsid koduse riietuse ja jalatsitega.» L. Kalde aga (lk. 22 teine lõik alt) ei nõua riietuse vahetamist, vaid mainib: «On soovitav, et imiku hooldamisel tõmmatakse tavalisele riietusele puhas kittel.» Kelle nõuanne on parem, jääb lugeja otsustada. Esineb ka materjalide kordumist. L. Keres (lk. 44 kolmas lõik) ja E. Ratnik (lk. 53 neljas lõik) õpetavad mõlemad, et pudelil kasutatava luti augud peavad olema väikesed, samuti seletavad mõlemad, kuidas seda kontrollida. Autorid pole omavahel kokku leppinud ka imiku vannivee optimaalse temperatuuri suhtes. Nii näiteks leiab L. Kalde (lk. 26 viimane rida), et esimestel elukuudel peab vannivee temperatuur olema 37° C. V. Karu aga peab 37°—38° C vett liiga soojaks.

Raamatus leidub ka keelevigu ja stiilikonarusi. Näiteks «lahu» *pro* «lahus» (lk. 25 üheksas rida alt), «doonorpiim» *pro* «doonoripiim» (lk. 47 teise lõigu kuues rida), «peale» *pro* «pärast» (lk. 24) jt. Ei saa nõustuda selliste stiilikohmakustega nagu «piima väljaandmine rinnast» *pro* «piima eritumine» (lk. 46 kolmas rida), «karastamist tuleb teha järjekindlalt» (lk. 63 esimene rida) jm. Mida tähendavad sellised väljendid nagu «laps hingab tähkivalt» (lk. 60 neljas rida alt), või «mõned lapsed hakkavad soole tühjenemise tarbe korral tehkima» (lk. 61 üheksateistkümnes rida ülalt)? Sõnu «tähkima» ja «tehkima» õigekeelsuse sõnaraamatus ei leidu ja vähemalt Põhja-Eestis ei ole need ka rahvakeeles tuntud. Pealkirjade ja jooniste allkirjade lõppu on pandud punktid, mis on seal üleliigsed. Lk. 17 leiduva joonise pealkirjas peab märk (—) nähtavasti tähistama tuberkuloosikepikesi ja lk. 20 asuva joonise pealkirjas märk (·) soolenakkuste pisikuid, kuid kõigile pole see küll arusaadav.

Kordustrükile tuleks siin loetletud (ja veel nimetamatagi) vääratuste kõrvaldamine ainult kasuks. Iseenesestmõistetavalt peab nii käsikirja kui ka trükipoognad läbi lugema mõni keeletundja.

Lõpuks veel raamatu «Varaealise lapse tervishoid» trükiarvust. Nagu näitab esimese ja teise trüki levik, on 15 000-line tiraaž ilmselt ebaküllaldane. Sünnib ju Eesti NSV-s ainuüksi ühe aasta jooksul tunduvalt rohkem lapsi. Tulevikus tuleks trükiarvuks planeerida 30 000 või 45 000.

Kordustrükki oleks soovitav täiendada lühikese juhisega (0,5 lk.) meditsiinitöötajatele raamatu kasutamise metoodikast (Tartu lastearstide kogemuste alusel). Samuti võiks raamat sisaldada kokkuvõtliku peatüki (1—2 lk.) raseda ja ema õigustest.

P. Hendrikus

Küsimusi ja vastuseid

MILLES SEISAB REUMA PROFÜLAKTIKA?

Reuma profülaktika seisab eelkõige organismi karastamises (sport, veeprotseduurid, päike ja õhk). Vältida tuleb külmetusi ja järske temperatuurimuutusi. Oluline on vitamiinide, eriti C-vitamiini küllaldane tarvitamine. Mineraalsooladest on kõige vajalikumad kaltsium ja fosfor. Ravida tuleb kõiki kroonilisi põletikke — eeskätt kroonilisi tonsilliite, sinusiite, otiite, ka karioosseid hambaid, kroonilist koletsüstiiti jne. Korduvate angiinide esinemisel on vajalik tonsillid kirurgiliselt eemaldada, sest enamasti eelneb reumale angiin. Väga tähelepanelik tuleb olla sarlakitesse haigestunud laste suhtes, sest 10% juhtudel algab reuma pärast sarlakite põdemist. Et reuma algab tavaliselt lapseeas — kõige sagedamini 6—8 aasta vanuses — siis tuleb ülemiste hingamisteede katarri, angiini või muud põletikulist külmetushaigust põdev laps hoida voodirežiimil (see peab kestma veel vähemalt 3 päeva pärast kehatemperatuuri langemist normaalsele tasemele). Kõrgenenud kehatemperatuuri pikemaajalisel püsimisel tuleb haigele tingimata anda antireumaatilisi vahendeid.

Eriti tähelepanelik tuleb olla, kui perekonnas esineb reumat (perekondlik eelsoodumus reuma suhtes) või kui antud isik on juba reumat põdenud (uute puhangute vältimine). Nende inimeste korteritingimused peavad olema head, töö külmetumisvõimalusteta. Reumakalduvustega või kord reumat põdenud isikute haigestumisel angiini, ülemiste hingamisteede katarri, sinusiiti jne. tuleb neile otsekohe määrata voodirežiim ja alustada antibiootikumide ning antireumaatikumide manustamist. Soovitatav on manustada penitsilliini 10—14 päeva jooksul 300 000 TÜ *pro die*, kusjuures ravi peab algama kohe haiguse alguses. Lisaks pentsilliinile tuleb haigele anda antireumaatilisi vahendeid, näiteks püramidooni 0,8—1,2 g, butadiooni 0,3—0,45 g või salitsüülnaatriumi 4 g päevas. Penitsilliini asemel võib kasutada bitsilliini, biomütsiini, terramütsiini või sulfaniilamiide täisannustes (resistentsuse tekkimise vältimiseks). Harva tekib beetahemolüütilise streptokoki resistentsus penitsilliini ja bitsilliini suhtes, seepärast on viimased kõige sobivamad medikamentoosse profülaktika läbiviimiseks. Analoogilised ravikuurid tuleb neil inimestel läbi teha igal sügisel ja kevadel umbes 1—1,5 kuu vältel. Nagu näitavad Tšehhoslovakkia, Taani, Ameerika Ühendriikide jt. maade teadlaste andmed, võimaldab taoline profülaktika vähendada retsidiivide teket kuni 93% ulatuses (võrreldes kontrollgruppidega). Kus võimalik, tuleb reumahaiged dispanseerida, sest siis saab kõige paremini korraldada haige elu- ja tööreežiimi ning läbi viia profülaktikat. Öeldut kinnitavad meie suuremate haiglate ja polikliinikute juurde moodustatud kardioloogia (reuma-) kabinettide kogemused.

Unustada ei tohi sanatooriumi- ja kuurordiravi suurt tähtsust korduvate reumapuhangute ärahoidmisel. Reumat põdenu peaks igal aastal kord viibima sanatooriumis või kuurordis. (**K. Valgma**, ENSV TA Kliinilise ja Eksperimentaalse Meditsiini Instituut.)

KUIDAS RAVITAKSE TÄNAPÄEVAL SKISOFREENIAHAIGEID?

Esimeseks probleemiks skisofreeniahaigete ravimisel tuleb lugeda haiguse varast diagnoosimist, mille järel on otsekohe vaja alustada ravi psühhoneuroloogia haiglas. Edukaks raviks on oluline, et haigus avastataks enne, kui see on üle läinud nn. destruktiivsesse faasi, s. t. on toimunud tagasipöördumatud muutused ajukoore rakkudes, haige isiksuses. Kuna skisofreenia diagnoosimine varases staadiumis on tihti seotud suurte raskustega, on kahtlastel juhtudel hädavajalik kohe konsulteerida psühhiaatri või psühhoneuroloogiga.

Skisofreeniahaigete ravis oli 1950-ndate aastateni peamisteks meetoditeks krampravi (meil peamiselt elekterkrampravi — EKR) ja insuliinravi (hüpoglükeemiliste koomadega). Alates 1950-ndatest aastatest on nende kõrval tähtsa koha omandanud neuroleptilised vahendid.

Skisofreenia aktiivset ravi EKR ja insuliiniga viiakse läbi ainult statsionaarselt. Insuliini kasutamisel on vaja rakendada pikka ravikuuri sügavate koomade esilekutsumisega. Ühes ravikuuris peaks olema vähemalt 40—60 koomat. Olenevalt tulemustest tuleb ravi kombineerida neuroleptiliste vahenditega.

Neuroleptiliste vahendite (aminasiin, reserpiin jt.) kasutusele võtmine skisofreenia ravimisel oli suureks sammuks edasi. Aminasiin on praegu meil kasutatavatest fenotiasiinipreparaatidest peamine. Nagu näitavad meie vabariigi haiglate kogemu-

sed ja kirjanduse andmed, on selle efekt skisofreenia ravis vaieldamatu; ambulatoorses järel- ja toetavas ravis, samuti krooniliste protsesside ravis on see preparaat aga asendamatu.

Skisofreenia ravimisel aminasiiniga on vajalikud pikad kuurid (2—3—6—8 kuud) suurte doosidega (300—400—600 ja enam, vahel isegi üle 1000 mg ööpäevas). Annuse suurus ja kuuri kestus oleneb protsessi iseloomust, haige individuaalsest tundlikkusest ja resistentsusest preparaadi suhtes, samuti ka tüsistustest. Efekti puudumisel kõrgete dooside (500—600 mg) rakendamise järel 5—6 kuu vältel on vaja üle minna teistele aktiivsetele ravimeetoditele, kombineeritud ravile, või teha vaheaeg. Need üldjuhised on kehtivad kõikide skisofreeniavormide kohta. Raviefekti saabumisel tuleb jätkata ravi vähemalt 1 kuu vältel, et veenduda resultaadi püsivuses. Hiljem on vajalik toetav ravi väikeste annustega (määratakse individuaalselt).

Skisofreeniahaigete aminasiinraviga on võimalik tutvuda vastavate metoodiliste kirjade kaudu.

Hädavajalik on varustada skisofreeniahaiged tsentraliseeritult tasuta aminasiiniga psühhoneuroloogia dispanserite või linnade (rajoonide) psühhoneuroloogide vahendusel — nagu suhkruhaigeid varustatakse insuliiniga ja tuberkuloosihaigeid antibakteriaalsete vahenditega.

Muude ravimeetodite kõrval on kindel koht tööteraapial. Tööteraapia rakendamisel tuleb haigele läheneda individuaalselt ja võimaldada talle küllaldast vabadust tööala valimisel.

Kaasaegsed psühhoneuroloogia haiglad peavad olema avarad, meeldivad ja kodused. Tuleb hoolitseda ka haigete kultuurilise meelelahutuse eest (kino, raadio, televisioon, isetegevus). (**U. Luts**, Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogia Haigla.)

Mitmesugust

MÕNE REAGA

● Orehhovo-Zujevo vabrik «Respiraator» asus tootma lühiajalise narkoosi aparaate. Aparaat on väikese kohvri kujuline, selle kaanel on balloonid narkootilise ainega, mida jätkub 40 minutiks. Aparaadi töökorda seadmiseks kulub 1 minut. Aparaadi konstrueerisid arstiteaduse kandidaat A. Sergejev ja insener B. Gorski.

● Donetsi Meditsiiniinstituut korraldab iga kuu viimasel reedel kirurgide päeva. Sellised linnade ja rajoonide kirurgide kohtumised on muutunud eesrindliku teaduse saavutuste ja praktiliste kogemuste vahetamise kooliks.

● Usbeki Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi immunoloogia osakonnas uuritakse ussimürgi raviomadusi. Hiljuti eraldasid teadlased ussimürgist uue preparaadi — kobrotoksiini. Preparaati kasutatakse bronhiaalastma ja teiste haiguste ravimisel.

● 1961. a. ilmus Nõukogude Liidus 74 000 raamatut ja brošüüri üldtiraažiga 1 119 350 eksemplari. Ajakirja tüüpi väljaandeid ilmus 4 121, kusjuures aastatiraaž oli 872,4 miljonit eksemplari. Ajalehti (arvestamata kolhooside ajalehti) ilmus 6 692 nimetust, ühekordse tiraažiga 70,7 miljonit. 1913. aastaga võrreldes on raamatute väljaandmine kasvanud 2,5 korda, väljaantavate ajalehtede nimetuste arv 6,3 korda.

● 44 aasta jooksul on Nõukogude Liidus välja antud 1 669 000 raamatut ja brošüüri, mille üldtiraaž oli 25 miljardit eksemplari. Need raamatud on ilmunud 89 NSV Liidu rahvaste keeles ja 49 võõrkeeles.

● Gruusia NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Teraapia Instituut organiseerib Tbilisi Linna Kiirabijaama juures trombemboolia keskuse. Selleks otstarbeks eraldati kümme sanitaarautot, mis on varustatud elektrokardiograafidega ja biokeemia laboratooriumidega.

● Riia Traumatoloogia ja Ortopeedia Teadusliku Uurimise Instituudi kudede konserveerimise laboratooriumis töötati välja meetod elusa naha konserveerimiseks, mis toimub —70° juures. Nahatükid säilitatakse ampullides kunstjääga varustatud konteinerites.

● Truskavetsi kuurorti laiendatakse tänavu jälle. Siia saabutakse ravile Moskvast, Leningradist, Kiievist ja mujalt. Käesoleval hooajal avatakse uued korpused. Ilma tuusikuta sõitnute jaoks avatakse pansionaat «Gorka», mis asub Truskavetsist 5 km kaugusel. Pansionaadi juures on oma ravilad ja füsioteraapia protseduuride kabinetid, laboratoorium ja polikliinik. Aasta jooksul saab Truskavetsis ravi 55 tuhat inimest.

● Meie maal on inimese keskmine eluiga 69 aastat. Tsaari-Venemaal oli see kõigest 32 aastat. Elatanud inimeste töövõime säilitamine ja nende suurte kogemuste ja teadmiste rakendamine kõikides rahvamajandusharudes on suure riikliku tähtsusega. Gomeli oblastis (Valge-Vene NSV) on iga 1000 el. kohta 11,2 üle 80 aasta vanust inimest, mis on kõrgem üleliidulisest keskmisest näitajast. Hiljuti avati Gomeli Oblasti Struumatõrje Dispanseri juures geriaatria kabinet. Seal saavad profülaktilist ravi kõrges eas inimesed. Ravi toimub vitamiinide, hormoonide ja teiste preparaatidega. Rakendatakse füsioteraapiat, ravivõimlemist jne. Dispanseeritakse kõik kõrges eas isikud.

● Sotšis töötab juba üle 2 aasta rajoonidevaheline hematoloogia kabinet. Kabinetis on dispanseerse järelevalve all üle 200 verehaigusi põdeja. Verehaiguste diagnoosimiseks kasutatakse punktsioone, biokeemilisi ja teisi uurimisi, mis aitavad varakult avastada ja diferentseerida verehaigusi. Haiged on kindlustatud uusimate ja efektiivsemate ravimitega. Sotši ühes apteegis on preparaatide erifond, kust väljastatakse ravimeid hematoloogia kabineti blanketile kirjutatud retseptiga. Sotši eeskujul avati hematoloogia kabinet ka Tuapses.

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDEL

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kuulas 17. mail 1962. a. ära tervishoiuasutuste tegevuse 1961. a. aastaaruande. Aruande esitas meditsiinistatistika osakonna ülem M. Marants.

Vabariigis suurenes haigla- ja sanatooriumikohtade arv, samuti tõusis arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate arv Ebarahuldavalt on aga veel planeeritud krooniiiste haigustega isikute hospitaliseerimine (Narva Linna Haiglas, Kohtla-Järve Linna II Haiglas, Elva Rajooni Haiglas).

Laste teenindamine on mõnes osas paranenud.

Elanikkonna haigestumine tuberkuloosi vähenes, kuid see on siiski kõrgem Nõukogude Liidu keskmisest.

Kohustati plaani- ja rahandusosakonna ning Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemat võtma tarvitusele abinõud voodite fondi ümberprofileerimiseks, samuti tuleb väikeste maahaiglate baasil organiseerida ambulatooriumid või velskri-ämmaemandapunktid.

Kolleegium kohustas Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemat ja vabariigi peaspetsialiste kindlustama nende haigete hospitaliseerimise, kes vajavad statsionaarset ravi. Eriti on vaja hoolitseda õigeagse kirurgilise abi eest.

Riiklikku peasanitaarinspektorit kohustati välja töötama perspektiivplaani töötingimuste parandamise ja töötajate haigestumise vähendamise kohta vabariigi töösturettevõtetes.

*

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 17. mail 1962. a. ka Varustuse Valitsuse finantsmajanduslikku tegevust. Varustuse põhiplaanid on täidetud 110,7%-liselt. Kaubaringlus on olnud plaanilisest kahe päeva võrra kiirem, ülenormatiivseid laoseise ei esine, debitoorne võlgnevus on vähenenud 3,5 tuhande rublani. Kapitaalehituste plaan on täidetud 100,9%, soetuste plaan 100% ulatuses. Põhiplaanid allettevõtete osas on samuti ületatud. Ülaltoodud saavutuste kõrval esines ka tõsiseid puudusi. Kasumiplaani ei täidetud varustuse ja autotranspordi osas. Ei ole küllalt võideldud veokulude omahinna alandamise eest. Kolleegium kohustas Varustuse Valitsuse ülemat tugevdama kontrolli finantsmajandusliku tegevuse üle.

*

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kuulas 24. mail 1962. a. ära Narva Linna TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja B. Tsitlise ning Viljandi Rajooni TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja L. Abrami ettekanded ja Eesti NSV Tervishoiu Ministee-

riumi peaepidemioloogi K. Vassiljeva kaasaruande nakkushaiguste likvideerimise ja vähendamise kohta vabariigis. Märgiti, et Narva linnas ja Viljandi rajoonis vähenes haigestumine kõhutüüfusesse, paratüüfusesse ja läkaköhasse, haigestumine ägedatesse soolenakkustesse on aga ikka veel sagedane, eriti Narvas. Mis puutub kaitsesüstimistesse, siis Narvas on need koolilaste hulgas regulaarselt läbi viidud. Viljandi rajoonis ei ole profülaktiliste kaitsesüstimiste tegemine rahuldav. Praktiliselt viiakse kaitsesüstimisi läbi kodus (selleks on eraldatud vaktsinaatori koht, kartoteegipidaja lastepolikliinikus aga siiani puudub). Laste arv mõnedes jaoskondades ületab 1200 piiri. Kaitsesüstimiste arvestus koolides ei ole korras. Rajoonis ei ole küllaldaselt haiglakohti nakkushaigustega haigete hospitaliseerimiseks.

Nakkushaiguste diagnoosimine Narva linnas ja Viljandi rajoonis on ebarahuldav. Töö nakkushaiguste vähendamisel ja likvideerimisel toimub plaanitult. Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse täitmiseks kohustas kolleegium Narva ja Viljandi TSN TK tervishoiuosakondade juhatajaid läbi vaatama nakkushaiguste vastu võitlemise perspektiivplaanid ja viima sisse konkreetsed täiendused. Kompleksplaani täitmist tuleb kontrollida süstemaatiliselt ning arutada tulemusi linna ja rajooni TSN täitevkomitees (mitte vähem kui üks kord aastas).

Narvas tuleb organiseerida kaitsesüstimise kabinet, Viljandi polikliinikus aga luua õe-kartoteegipidaja koht. Kohustati kohapeal välja töötama konkreetsed abinõud sanitaar-epideemiatõrje parandamiseks eelkoolialiste laste asutustes.

Narva tervishoiuosakonna juhataja peab osutama abi Narva nakkushaigla peaarstile, et bakterioloogia laboratoorium hakkaks tööle veel 1962. a. Narvas tuleb organiseerida (1962. a. kolmandas kvartalis) ajutine lastesõim düsenteeriat ja kroonilist düsenteeriat põdevate laste jaoks. Viljandi tervishoiuosakonna juhatajat kohustati kuni 1. juulini 1962. a. läbi viima profülaktilisele läbivaatusele kuuluvate laste loendus. Viljandis on vaja ümber korraldada meditsiiniline teenindamine koolides ning panna kooliarstide juhtimine lastepolikliinikutele.

A. Kaldma

TALLINNA LINNA TÖÖRAHVA SAADIKUTE NÕUKOGU VI ISTUNGJÄRGULT

28. mail 1962. a. toimus Tallinna Linna Töörahva Saadikute Nõukogu VI istungjärk, kus arutati tervishoiuküsimusi.

Nagu Tallinna Linna TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja A. Roosilehearuandest nähtus, esineb Tallinna elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel (vaatamata suurtele saavutustele) veel ka mitmesuguseid puudusi.

Näiteks on veel ebarahuldav võitlus mõnede nakkushaiguste, eriti aga düsenteeria vastu. Korraldamist vajab stomatoloogia-, naistehaiguste- ja kiirabialane töö. Parandada tuleb samuti polikliinilist abi (laiendada on vaja Kopli polikliinikut, kiiret lahendamist nõuab Pelguranna elanike teenindamise korraldamine jne).

Haiglaabi olukorda parandab mõnevõrra Tallinna Linna II Haigla uue korpuse avamine lähemal ajal. Käesoleva seitseaastaku jooksul antakse ekspluatatsiooni veel 125 voodikohaga Kalinini Rajooni Haigla teine hoone, 220 kohaga sünnitusmaja ja onkoloogia dispanser.

Tööstustöölisi teenindab Tallinnas praegu 28 arsti- ja 34 velskripunkti, kus töötab 50 arsti (neist 19 stomatoloogi), 145 keskharidusega meditsiinitöötajat ja 70 sanitari. Praegu toimub tervishoiupunktide ümberkujundamine tsehhijaoskondadeks. Tsehhijaoskonnad on avatud juba õmblusvabrikus «Baltika» ning Tallinna Vineeri- ja Mööblivabrikus.

1960. a. loodi Tallinna Stomatoloogia Polikliinikus kooliõpilaste sanatsiooni osakond, kus on 13,5 arstikohta (kolm brigaadi). Õpilasi teenindatakse koolides kohapeal; 53 koolist on seni saneeritud 43 kooli õpilased. Traumapunktis on korraldatud stomatoloogilise esmaabi andmine (õhtuti ja pühapäeviti).

Senini ei ole Tallinnas veel avatud kutsehaiguste kabinetti, kuigi selle järele on terav vajadus.

Lõppsõnas mainis A. Roosileht muuseas, et lähemal ajal varustatakse Tallinnas vältimatu abi arstid ravimitega, mida nad saavad müüa haigetele nende külastamisel.

Kaasaruande esitas Tallinna Linna TSN TK tervishoiukomisjoni esimees rahvasaadik M. Tšetverikova. Ta rõhutas kõigepealt, et tervishoiuosakond ei koordineeri küllaldaselt Tallinna tervishoiuasutuste tööd. Ebarahuldav on veel pealinna sanitaar-hügieeniline olukord, linna õhk on saastatud vabrikute suitsu ja tahmaga. Tallinnas asub küll mitu vabariiklikku dispanserit, kuid pole ühtegi linna alluvusega dispanserit. Esmajärjekorras tuleb avada Tallinna tuberkuloosidispanser.

Läbirääkimistest võtsid osa paljud rahvasaadikud ja tervishoiutöötajad. Sõnavõtuga esines ka Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, kes ütles, et tervishoiuküsimuste arutamine Tallinna Linna TSN istungjärgul näitab rahvasaadikute suurt huvi oma kodulinna elanike meditsiinilise teenindamise vastu. Ühtlasi avaldas ta arvamust, et istungjärgul vastuvõetud otsuse täitmine aitab tunduvalt parandada Tallinna sanitaar-hügieenilist olukorda ja tervishoiuasutuste tööd.

R. Alle

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ÜLIÕPILASTE VÕISTLUSTÖÖD 1961/1962. ÕPPEAASTAL

Käesoleval kevadel esitati Üliõpilaste Teadusliku Ühingu kaudu ülikooli nõukogule 19 arstiteaduslikku võistlustööd. 11-le omistati esimene, 5-le teine ja 3-le kolmas auhind.

I auhind omistati järgmistele töödele. 1. «Lüofiliseeritud arterite homotransplantatsioonist koertel» — töö autorid I. Idanurm (III kursus), A. Kallikorm (V k.), A. Korsar (V k.), A. Pruler (V k.). 2. «Pikkade toruluude murdude paranemise dünaamikast eksperimendis neuroirritatiivse düstroofia baasil» — autorid P. Roosaar (IV k.), H. Vainik (I k.). 3. «Oksühemoglobiiniprotsendi muutustest perifeerses arteriaalses veres kirurgiliste manipulatsioonide puhul rindkerel» — V. Vahing (V k.) 4. «C-vitamiini sisaldus organismis seoses maosoolhappesekretsiooni ja soole mikrofloora muutustega» — V. Viirsalu (V k.). 5. «Kopsuventilatsiooni muutustest südame vasema vatsakese algava kroonilise puudulikkuse korral» — H. Aarsalu (V k.), R. Ole (V k.). 6. «Naha hüdrofiilsuse muutustest ajukolju traumadega haigetel» — U. Rink (IV k.). 7. «Sügavkülmutatud arterite homotransplantatsioonist koertel» — S. Aluri (V k.), S. Joost(V k.), H. Truu (V k.). 8. «Südametegevuse ja hingamise vahekordadest mõnede vaimuhaiguste puhul» — V. Must (V k.), A. Haug (V k.), T. Rebane (IV k.). 9. «Venoosse paisu mõjust vereseerumi proteinogrammile reumatismi puhul» — M. Sooserv (V k.). 10. «Õliaerosoolide ja õlielektroaerosoolide füsioloogilisest toimest isoleeritud organitele» — M. Kukk (IV k.). 11. «Kusepõie reflektoorse talitluse muutustest ja selle tsüstomeetrilisest uurimisest pea- ja seljaaju traumadega haigetel» — R. Põllumaa (VI k.).

II auhinna said järgmised tööd. 1. «Motoorse kronaksia muutustest lumbosakraalse piirkonna intervertebraalsete diskide prolapside puhul» — autor V. Eomõis (V k.). 2. «Seitsmenda klassi õpilaste teadmised tervishoiust» — Ü. Kimmel (V k.), T. Rehemaa (V k.), T. Soo (V k.). 3. «Kopsukomplikatsioonide profülaktikast ja ravist raskete ajukolju traumadega haigetel» — L. Kallasmaa (V k.), A. Üprus (V k.). 4. «Rinnapiima morfoloogilistest nihetest sünnitusjärgselt» — M. Sõstra (VI k.), L. Kivila (VI k.), E. Matveitšuk (VI k.). 5. «Vektorkardiograafia ortogonaalse ja Akulinitševi prekardinaalse süsteemi rakendamise võrdlev hinnang südame vatsakeste hüpertroofia diagnoosimisel» — H. Sibul (V k.).

III auhind omistati alljärgnevate tööde eest. 1. «Traumatismist ja kannatanute abistamisest Lõuna-Eesti rajoonides Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla traumatoloogia osakonna andmeil» — autor J. Jürgens (VI k.). 2. «Arteriaalse rõhu ja pulsisageduse muutused seoses mitmesuguste manipulatsioonidega rindkerel» — T. Talving (VI k.), M. Ress (IV k.). 3. «Hüpoksilises seisundis olevate haigete hingekinnipidamiskatsu oksühemomeetriline iseloomustus» — T. Peil (V k.).

I. Maaroos

ARST PAUL MIKK LÄKS TEENITUD VANADUSPUHKUSELE

Elva Rajooni Haigla saatis 13. V 1962. a. pidulikult vanaduspensionile arst Paul Tõnise p. Miku.

P. Mikk sündis 4. VIII 1889 a. Elva vallas rentniku pojana. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas P. Mikk 1921. a. Pärast seda asus ta tööle Järvamaale Peetri jaoskonda. 1923.—1934. a. töötas P. Mikk Võrumaal jaoskonnaarstina, 1935.—1942. a. jaoskonnaarstina Lihulas, 1942.—1944. a. Haapsalus, 1945.—1946. a. Tervishoiu Rahvakomissariaadis Nakkushaiguste Vastu Võitlemise Valitsuses vaneminspektorina, 1946.—1950. a. Läänemaal epidemioloogina. 1950. a. asus P. Mikk tööle Elva Sanitaar-Epidemioloogia Jaama juhatajana, kellena töötas kuni pensionile minekuni.

Kaastöötajad tunnevad P. Mikku kui tõsist ja alati abivalmis arsti. Soovime 40-aastase arstistaažiga töömehele pikka iga.

H. Saare

REANIMATOLOOGIA TÄHELEPANU KESKPUNKTI

1962. a. aprillis arutati Pärnu Linna Haigla arstide konverentsil esmakordselt reanimatoloogia (terminaalsete seisundite vastu võitlemise) küsimusi. Sisuka ja huvitava ettekandega esines kirurg-anestesioloog V. Ott. Suurt huvi äratas ka ettekande käigus demonstreeritud aparatuur, samuti kiirabijaama töötaja Sanderi poolt leidlikult konstrueeritud seadeldis (õieti täiendus selle juurde) kunstliku hingamise tegemiseks suu suul meetodil. Kavas on veel terve seeria loenguid ja ettekandeid, samuti praktilised õppused.

Š. Haitov

EESTI NSV TERVISHOIUTÖÖTAJATE KUNSTILISE ISETEGEVUSE VABARIIKLIKU ÜLEVAATUSE TULEMUSTEST

2. ja 3. juunil k. a. toimus rajoonide tervishoiutöötajate isetegevuskollektiivide III vabariiklik ülevaatus, millest võttis osa 10 rajooni (1960. a. 6 rajooni). Tunduvalt on tõusnud ka isetegevuslaste kunstimeisterlikkus.

1962. a. tervishoiutöötajate kunstilise isetegevuse ülevaatusel esines 2 naiskoori, 1 segakoor, 3 meesansamblit, 9 naisansamblit, 3 naistriot, 23 laulu- ja tantsusolisti, 1 keelpilliorkester, 12 deklamaatorit, 5 näiteringi, 2 agitatsioonibrigaadi, 2 kunstilise võimlemise rühma, 7 tantsurühma jne. Žürii märkis ansamblite head esinemist. Eriti hästi olid ette valmistunud meesansamblid. Vähe esitati sõnalavastusi, eriti aga estraadilavastusi. Suuremat rõhku tuleks panna omaloomingule. Head eeskuju andsid selleks Tartu tervishoiuasutused (Tartu Linna Kliiniline Sünnitusmaja, Tartu Linna Laste Luu- ja Liigesetuberkuloosi Sanatoorium) ja Pärnu Linna Haigla.

Isetegevuse ülevaatusel said esikoha Tartu tervishoiutöötajad, neile järgnesid Tallinna ja Pärnu isetegevuslased.

Aukirjade ja mälestusesemetega autasustati parimaid estraadinäitlejaid C. Ustinovat ja R. Tsurenkovi, näitlejaid M. Arrot ja G. Ragunit. Parimateks deklamaatoriteks osutusid I. Soop, M. Bitter ja G. Arro, parimaks tantsusolistiks V. Mölder ja laulusolistiks I. Kostrjukova. Kollektiividest autasustati Tartu Tervishoiutöötajate Naiskoori, Tervishoiu Ministeeriumi Autopargi meesansamblit, Pärnu Linna Haigla, Tallinna Kalinini Rajooni Haigla ja Tallinna Vabariikliku Haigla naisansamblit, Tartu linna Kliinilise Nakkushaigla ja Jämejala Psühhoneuroloogia Haigla näiteringi, Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja kollektiivi omaloomingulise estraadipõimiku «Killukesi arstiteaduse ajaloost» esitamise eest, Tartu Linna Laste Luu- ja Liigesetuberkuloosi Sanatooriumi agitatsioonibrigaadi kaasakiskuva esinemise eest ning Tallinna Nõmme Haigla kunstilise võimlemise rühma.

Enamik tervishoiuasutuste peaarste ja tervishoiuosakondade juhatajaid soodustavad ja toetavad igati isetegevust. Mitmed neist võtavad ka ise aktiivselt osa mõne kollektiivi tööst, näiteks Tartu Linna Laste Luu- ja Liigesetuberkuloosi Sanatooriumi peaarst ja Tartu Linna Tervishoiutöötajate Ametiühingu Komitee esimees G. Arro. Tallinna Linna Lastehaigla peaarst C. Ustinova, Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla peaarst M. Boston.

Põhjendamatu on aga mitmete rajoonide eemalejäämine vabariiklikust ülevaatusest (Rakvere, Haapsalu ja Valga rajoon, Narva linn jt.).

U. Meikas

TALLINNA VABARIIKLIKU HAIGLA SANITAAR-AVIOJAAMA TÖÖST

Eesti NSV-s hakati sanitaarlennukeid kasutama esmakordselt 1945. aastal. Käesoleval ajal on meie vabariigis kaks aviojaama: üks Tallinna Vabariikliku Haigla juures (teenindab Põhja-Eestit), teine Lõuna-Eesti teenindamiseks. Tallinna aviojaam organiseerib väljalende Põhja-Eesti rajoonidesse, välja arvatud Harju rajoon, mis on Tallinnale väga lähedal, ja Märjamaa rajoon, kus ei ole maandumispaika. Tallinna Vabariikliku Haigla aviojaamal on kaks sanitaarlennukit ja üks sanitaarauto.

Esitame allpool mõned andmed Tallinna sanitaar-aviojaama tööst 1961. a. Sel aastal sai aviojaam 1005 väljakutset (kirjalikult ja telefoni teel). Mitmetes linnades ja rajoonides vajati konsultatsiooniks eriarsti. Konsultant viidi kohale 431 korral, 40 korral koos keskharidusega meditsiinitöötajaga. Evakueeriti 450 haiget, keda saatsid teel arstid (22 korda) ja meditsiiniõed (294 korda). Aviojaama töötajad olid haigete saatjateks 82 korda.

Siinjuures peab mainima, et esineb veel juhtumeid, kus sanitaar-aviojaama töös on takistusi, eriti siis, kui sanitaarlennuk kutsutakse välja mittetransporditava haige evakueerimiseks või teistel mittenäidustatud juhtudel. Näiteks hiljuti saadi väljakutse ühest perifeeriahaiglast. Telefoni teel teatasime haiglasse, et haige tuleb tuua teatud ajaks maandumispaigale. Lennuki kohalejõudmisel ei olnud haiget veel maandumispaigale toimetatud — ta toodi alles 2 tundi hiljem. Hilise aja tõttu ei jõudnud lennuk haiget enam sihtpunkti viia ja pidi ööseks maanduma teises linnas.

1961. a. jooksul konsulteerisid aviojaama poolt kohaletoimetatud arstid 1366 haiget, profülaktiliselt vaadati läbi 295 inimest. Peale selle osutati veel stomatoloogilist abi 138 isikule. Rajooni-, linna- ja jaoskonnahaiglates tegid väljakutsutud arstid mitmesuguseid operatsioone, mis nõudsid eriala-arsti kvalifikatsiooni (üldse 134 korral). Operatsioonid olid väga mitmesugused: kõhuõõne-elundite operatsioonid, koljuoperatsioonid, laminektoomiad, keerukad operatsioonid traumade ja sünnituse korral jne. Mitmetel juhtudel assisteerisid väljasõitnud arstid kohalikele arstidele, soodustades nii vähem kogenud kirurgide meisterlikkuse tõusu.

Aasta-aastalt vähenevad väljalennud meditsiinilisteks vedudeks (konserveeritud vere ja ravimite kohaletoimetamiseks). See on seletatav vereülekandeteenistuse parema korraldamisega kohtadel, samuti parema varustamisega seerumite ja ravimite osas. 1951. a. lennati sel otstarbel välja 90 korda, 1961. a. aga ainult 16 korda.

A. Tuch

P. STRADÕNI NIMELINE ARSTITEADUSE AJALOO MUUSEUM RIIAS

20. juulil k. a. tähistas P. Stradõni nimeline Arstiteaduse Ajaloo Muuseum Riias esimest aastapäeva. Muuseum loodi 3. septembril 1958. a. Lätimaa KP Keskkomitee ja Läti NSV Ministrite Nõukogu otsusega tuntud kirurgiaprofessori akadeemik P. Stradõni kollektsioonide baasil ning avati 20. juulil 1961. a.

Muuseum asub Riia südalinnas (L. Paegles iela 1) neljakorruselises majas (põrandapind umbes 3000 ruutmeetrit). Enne muuseumi avamist töötati läbi ja süstematiseeriti kõik kollektsioonid ning täiendati neid uute eksponaatidega. Muuseumi fondides on üle 10 000 eseme, niisama palju raamatuid, rohkesti arhiivimaterjale ja originaalfotosid.

Väljapanekud, mis peegeldavad arsti- ja rohuteaduse arenemist inimkonna varasest ajaloost kuni tänapäevani, on jaotatud viide osakonda. Siin on haruldasi nõusid keskaegsetest apteekidest, arstiteaduslikke raamatuid XVI sajandist ja palju muud.

Tähtsal kohal on väljapanekud nõukogude tervishoiust. Balti vabariikide arstiteaduse ja tervishoiu ajaloo osakonna aryukates saalides saame ülevaate arstiteaduse olukorrast Lätis enne nõukogude perioodi ja pärast nõukogude korra kehtestamist. Stendides ja vitriinides näeme materjale, mis iseloomustavad Läti NSV ravi- ja profülaktikaasutuste tööd, meditsiinikaadri kasvu ja nõukogude arstiteaduse õitsengut. Väljapanekuid Eesti ja Leedu kohta on vastava materjali puudumise tõttu märksa vähem. Käesoleval ajal tegelevad muuseumitöötajad uute materjalide kogumisega vennasvabariikide tervishoiu ajaloo ja üksikute arstiteaduse erialade kohta.

Huvi muuseumi vastu on suur. Iga kuu tutvub väljapanekutega üle nelja tuhande külastaja.

H. Hansen

KOHTUMINE AJAKIRJA LUGEJATEGA

1. juunil 1962. a. toimus Viljandi Arstide Seltsi ja ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse korraldusel Viljandi Linna Haigla punanurgas kohtumine ajakirja lugejatega. Ettekandega ajakirja tööst esines toimetuse töötaja H. Pihl.

Ettekandele järgnesid elavad läbirääkimised. Viljandi meditsiinitöötajad tegid väärtuslikke ettepanekuid ajakirja töö tõhustamiseks. Avaldati soovi, et igas numbris ilmuks ülevaateartikkel, et aastakäigu viimane number varustataks aine- ja autoriregistriga jne. Kroonika rubriigis taheti näha rohkem kohalikke materjale.

Viljandi tervishoiutöötajad lubasid omalt poolt senisest aktiivsemalt kaastööd tegema hakata ja tõsta veelgi ajakirja tellijate arvu.

E. Valge

SISUKORD

H. ROOTS — Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» tööst 3

Teooria ja praktika

B. LEHEPUU — Kuraaretoimeliste ravimite kasutamisest traumatoloogias ja ortopeedias 9
B. ÄNILINE — Trauma ja invaliidsus . 13
E. RUUS — Maoverejooksude põhjustest ja diagnoosimisest 16
Ü. VALVERE — Väikese vaagna vegetatiivsete närvide topograafiast kirurgia seisukohalt 21
M. LÕVI — Lõualuude ägedatest osteomüeliitidest lastel 23
H. LANI ja R. MARKOVITŠ — Krooniliste eksematoossete säärehaavanditega haigete komplekssest ravist . 27
L. KOSKVEE — Nahavähktõve lühifookusröntgenravist 32

СОДЕРЖАНИЕ

Х. РООТС — О работе журнала «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»

Теория и практика

Б. ЛЕХЕПУУ — О применении препаратов курареподобного действия в травматологии и ортопедии
Б. ЭНИЛИНЕ — Травма и инвалидность
Э. РУУС — О причинах и диагностике желудочных кровотечений
Ю. ВАЛВЕРЕ — Хирургическое значение топографии вегетативных нервов малого таза
М. ЛЫВИ — Об острых остеомиелитах челюстей у детей
Х. ЛАНИ и Р. МАРКОВИЧ — Опыт комплексного лечения хронических экзематозных язв голени
Л. КОСКВЕЭ — Короткофокусная рентгенотерапия рака кожи

A. DEMBO — Mõningaid aktuaalseid küsimusi hingamise puudulikkusest . 36
L. JANNUS — Tuberkuloosihaigete surma peamised põhjused lahangumaterjali andmeil (Autoreferaat) . . . 39
H. PIHL — Eesti NSV-s avastatud salmonellade ravimiresistentsuse uurimisest 41
N. SCHAMARDIN ja I. MARIPUU — Karbamiidformaldehüüdliimist K-17 põhjustatud naha- ja limaskestade kahjustused 43
L. KERES ja L. LAARMANN — Hapnikravi meetodeist kopsupõletiku puhul varaealistel lastel 46

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

H. KANTER ja A. VAPRA — Rasvumise ravist gratsidiiniga 50
B. PÕDER — Suure rasviku keerdumise juht 52
S. SALZMAN — Kaksteistsõrmiksoole divertiikulitest 53

Abiks velskritele ja õdedele

M. JÜRGENSON — Kaheastmelisest teenindamisest lastehaiglas 56
H. PETLEM — Ägeda ussjätkepõletiku diagnoosimisest 58
H. KAHN — Mõnede ägedate mürgistuste diagnoosimisest ja ravist . . . 61
B. SCHAMARDIN — Keskharidusega meditsiinipersonali ülesannetest müokardiinfarktiga haige ravimisel . . 64

Konverentsid ja nõupidamised

E. RATNIK — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla juubelikonverents . . . 67

A. UIBO — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla õdede juubelikonverents . . 67

R. ORŠANSKAJA — II üleliiduline patoloog-anatoomide konverents . . 68
G. MEDINSKI ja H. PIHL — L. Pasteuri nimelise instituudi konverentsilt 68

H. EHVÄRT — II üleliiduline konverents raadioelektroonika kasutamisest bioloogias ja meditsiinis 69
D. LUIK — I ülevenemaaline farmatseutide kongress 70

Kriitika ja bibliograafia

P. HENDRIKUS — Hea raamat, mis võiks aga olla veelgi parem . . . 70

Küsimusi ja vastuseid 73

Mitmesugust

Mõne reaga 74
Kroonika 75

А. ДЕМБО — Некоторые актуальные вопросы дыхательной недостаточности
Л. ЯННУС — Основные причины смерти больных туберкулезом по материалам вскрытия (Автореферат)
Х. ПИХЛ — Исследование лекарственной устойчивости салмонелл, выделенных в Эстонской ССР
Н. ШАМАРДИН и И. МАРИПУУ — Заболевания кожи и слизистых оболочек, обусловленные воздействием карбамидформальдегидного клея К-17
Л. КЕРЕС и Л. ЛААРМАН — О методах кислородной терапии при пневмонии у детей раннего возраста

Обмен опытом и казуистика

Х. КАНТЕР и А. ВАПРА — О лечении ожирения грацидином
Б. ПЫДЕР — Случай перекручивания большого сальника
С. ЗАЛЬЦМАН — О дивертикулах двенадцатиперстной кишки

В помощь фельдшерам и сестрам

М. ЮРГЕНСОН — Двухзвеньевое обслуживание в детской больнице
Х. ПЕТЛЕМ — О диагностике острого аппендицита
Х. КАХН — О диагностике и лечении некоторых острых отравлений
Б. ШАМАРДИН — Задачи среднего медицинского персонала при лечении больных инфарктом миокарда

Конференции и совещания

Э. РАТНИК — Юбилейная конференция Тартуской городской клинической детской больницы
А. УЙБО — Юбилейная конференция сестер Тартуской городской клинической детской больницы
Р. ОРШАНСКАЯ — II Всесоюзная конференция патолого-анатомов
Г. МЕДИНСКИЙ и Х. ПИХЛ — Конференция Института имени Л. Пастера
Н. ЭХВЯРТ — II Всесоюзная конференция по вопросам применения радиоэлектроники в биологии и медицине
Д. ЛУЙК — I Всероссийский съезд фармацевтов

Критика и библиография

П. ХЕНДРИКУС — Хорошая книга, которая могла бы быть еще лучше

Вопросы и ответы

Разное

В несколько строк
Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»

(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

5

September–Oktoober

5. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS

TALLINN 1962

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *M. Ollisaar*

Ladumisele antud 24. VIII 1962. Trükkimisele antud 10. X 1962. Trükiarv 3600. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 8,33. Tellimise nr. 7146. MB-07196.

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

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

TÖÖSTUSTÖÖLISTE HAIGESTUMISEST JA ABINÕUDEST SELLE VÄHENDAMISEKS

A. GOLDBERG,

Eesti NSV tervishoiu minister

NLKP XXII kongressi otsused näevad muu hulgas ette ka spetsiaalsete abinõude rakendamist tööhügieeni ja ohutustehnika alal.

Seoses sellega seisavad Eesti NSV meditsiinitöötajate ees vastutusrikkad ülesanded: tuleb kindlustada tööstustöölistele soodsad töötingimused ja järsult vähendada nende haigestumist. Mainitud ülesande edukaks lahendamiseks tuleb tihendada sidemeid teaduslike töötajate, sanitaararstide, tööstustöölisi teenindavate arstide, insener-tehnilise personali ja ametiühingu käitiskomiteede vahel.

Viimastel aastatel on kõikides vabariikliku alluvusega linnades avatud tööstussanitaaria laboratooriumid. Rajoone, kus oma laboratooriume ei ole, teenindab Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam. Peab mainima, et laboratooriumide töömaht on väga suur ja praeguse isikulise koosseisu juures ei suudeta veel hõlmata kõiki tööstusettevõtteid. Vabariigi tööstusettevõtete juures on 53 arstipunkti, 88 velskripunkti ja 17 tsehhiarstijaoskonda.

Tervishoiu Ministeerium on välja andnud mitu metoodilist kirja ajutise töövõimetuse ekspertiisi, dispanseerimise ja üksikute haiguste diagnoosimise ning ravi kohta. Sanitaarteenistuse töötajad uurivad süstemaatiliselt haigestumisi ja töötingimusi sanitaarses suhtes ebasoodsamates ettevõtetes («Punane Kunda», Maardu Keemiakombinaat, Kreenholmi Manufaktuur, Tallinna Vineeri- ja Mööblivabrik, Valutehas «Pioneer», Tartu Alumiiniumivabrik jt.). Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi töötajad uurivad aga juba üle 10 aasta töötingimusi põlevkivitööstuse ettevõtetes.

Peab mainima, et vabariigi elanikkonna tervisliku seisundi näitajad paranevad aastast-aastasse, kuid sellele vaatamata on mõnedes ettevõtetes ajutise töövõimetusega haigestumine veel kõrge. Seal, kus põhilisi sanitaarnõudeid täidetakse, on haigestumine tunduvalt madalam. Näiteks Viivikonnas, kus põlevkivi toodetakse maapealses karjääris, on töömahukad protsessid mehhaniseeritud, territoorium heakorrastatud. Õhu tolmusisalduse määramine puurimispinkide juures näitas, et tolmu on ainult veidi rohkem kui sanitaarnormid lubavad.

Teise näite võiks tuua eespool mainitud Tallinna Vineeri- ja Mööblivabriku kohta. Uue vineeri- ja toolitsehhi ehitustööde tähtaegadest mittekinnipidamise tõttu töötasid töölised 1961. a. jooksul vanades remontimata ruumides. Tolmusisaldus õhus on üle lubatud normi. Toolitsehhis on nitrolahustite aurude kontsentratsioon lubatust palju kõrgem. Tsehhides on tõmbetuul, talvel madal temperatuur, duširuumid ei tööta korralikult. Ka kõiki vajalikke kõrvalruume ei ole küllaldaselt. Vabrik ei täida kollektiivlepingus ettenähtud plaanilisi ülesandeid ja sanitaarteenistuse ettekirjutusi. Administratsiooni on korduvalt trahvitud, korduvalt on tehtud korraldusi üksikute tsehhide sulgemiseks, kuid olukord on ikkagi veel ebarahuldav. Ebasoodsate töötingimuste ja sagedase haigestumise küsi-

musi on arutatud mitmetes instantsides. Ootame, et Rahvamajanduse Nõukogu võtab selle ettevõtte suhtes tarvitusele otsustavad abinõud.

Vabariigi üldandmete põhjal ei ole haigestumise struktuur viimaste aastate jooksul põhiliselt muutunud. Juhtude arvu poolest on esimesel kohal haigusterühm, kuhu kuuluvad gripp ja ülemiste hingamisteede ägedad katarrid (1961. a. — 28,32 ja 1960. a. — 18,5 10 00 inimese kohta). Vähenenud on haigestumine mädanikulistesse haigustesse, tuberkuloosi ja ägedatesse mao-soolehaigustesse. Profülaktilist tööd tuleb nüüd suunata eriti nn. külmetushaiguste, naiste suguelundite haiguste ja traumatismi vähendamiseks.

Kreenholmi Manufaktuuri ketrustsehhides ulatub temperatuur +35°-ni, õhuniiskus 80%-ni ja kõrgemale, mis sunnib töölisi aknaid avama, nii et tekib tõmbetuul. Samasugune on olukord ka kondiitrivabrikus «Uus Kalev», kus haigestumus on 12,8% võrra kõrgem selle tööstusharu keskmisest.

Tööstusettevõtete ventilatsiooni probleemid tuleb radikaalselt lahendada. 1961. a. töötas Riikliku Teaduslik-Tehnilise Komitee juures erikomisjon ventilatsiooniküsimuste lahendamiseks. Komisjoni tööst võtsid osa ka sanitaarteenistuse töötajad. Töötati välja ettepanekud, mis saadeti EKP Keskkomiteele ja Eesti NSV Ministrite Nõukogule. Osa neist on juba ellu rakendatud. Näiteks Tööstusettevõtete Projekteerimise Instituudis «Eesti Tööstusprojekt» luuakse eri projekteerimissektor, mis hakkab projekteerima tööstuste ventilatsioonisüsteeme.

EKP Keskkomitee, Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu presiidium on rakendanud rida abinõusid töökaitse parandamiseks vabariigi ettevõtetes ja ehitustel. Rahvamajanduse Nõukogu, ministeeriume ja ametkondi on kohustatud looma töötajate tervisele soodsamaid töötingimusi. Tehti ettepanek 1. juuliks 1962. a. välja töötada vastavad perspektiivplaanid aastateks 1962—1965.

Sanitaar-epidemioloogia jaamade töötajatele saadeti metoodiline kiri ja töötingimuste parandamise näidisplaan. Peaarstide asetäitjatele töövõime ekspertiisi alal korraldati 16. mail s. a. seminar, kus anti juhtnööre perspektiivplaanide koostamiseks. Praeguste andmete järgi on see töö mitmes linnas ja rajoonis juba lõpetatud.

Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam korraldas 1962. a. seminari kõikide sanitaar-epidemioloogia jaamade tööstuslaboratooriumide keemikutele. Sanitaarteenistuse töötajad peavad tugevdama sanitaarkontrolli tööstusettevõtete üle, viima laialdasemalt läbi laboratoorseid ja instrumentaalseid uurimisi töötingimuste selgitamiseks.

Haigestumiste tundmaõppimine ei tohi piirduda ainult vorm Z-1 läbitöötamisega. Tuleb üksikasjalisemalt lahti mõtestada üksikud haigusrühmad, eriti lahter «muud». Sellesse lahtrisse kantakse 20—30% kõikidest haigestumistest. Kahtlemata satuvad ka kõik kutsehaigused sellesse lahtrisse. Tuleb analüüsida tervist kahjustavatel kutsealadel töötavate tööliste profülaktiliste läbivaatuste tulemusi.

1962. a. maikuus kontrollis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Ametiühingute Nõukogu kompleksbrigaad töökaitse ja meditsiinilise teenindamise olukorda Narva, Kiviõli ja Tallinna linna Kalinini rajooni tööstusettevõtetes. Kontrollimisel ilmnes, et meditsiinitöötajate töös esineb nii positiivseid kui ka negatiivseid külgi. Näiteks selgus, et tehase «Volta» tervishoiupunkti töötajatel (välja arvatud günekoloog O. Palu) on nõrk side ametiühinguorganisatsiooni ja tehase administratsiooniga. Arst B. Trahtenberg ei ilmutanud initsiatiivi tööliste töötingimuste edasiseks parandamiseks ja piirdus ainult haigete ambulatoorse vastuvõtuga. 1961. a., samuti 1962. a. I kvartali haigestumisi ei arutatud vabrikukomitee ega ka

tootmiskoosolekutel. Side sanitaar-epidemioloogia jaama ja tervishoiupunkti vahel tegelikult puudub.

Positiivse näitena võib mainida Kiviõli tervishoiuorganite tööd (haigla peaarst O. Modeiskaja, tervishoiupunkti juhataja J. Makarova). Meditsiinitöötajatel on teenitud autoriteet, nendel on alaline side vabrikukomiteega ja kombinaadi administratsiooniga. Iga kuu analüüsitakse tööliste haigestumist ja arutatakse seda koos tsehhiülematega. On olemas tervistavate ürituste läbiviimise kompleksplaan aastateks 1962—1965.

Tsehhiülemad viibivad tööekspertiisi küsimuste otsustamise juures. Koos vabrikukomiteega on korraldatud 3 reidi kollektiivlepingu täitmise kontrollimiseks.

Komisjon on positiivse hinnangu andnud ka Tallinna Masinaehitustehase tervishoiupunkti (juhataja J. Žurba) tööle.

Spetsialiseeritud arstiabi kättesaadavamaks muutmiseks otsustas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium väikesed tervishoiupunktid ühendada, mis andis võimaluse suurendada tervishoiupunktide koosseise erialaarstidega (kirurgid, günekoloogid, stomatoloogid jt.). Selline ümberkorraldus viidi läbi ka Tallinna Vineeri- ja Mööblivabrikus ning õmblusvabrikus «Baltika». Ühendatud tervishoiupunkt sai head ruumid ja muutus «tervise tsehhiks», nagu märgiti ajakirjanduses. On kavas ühendada ka tehase «Volta» ja Tallinna Masinaehitustehase tervishoiupunktid.

Kõige rohkem haigestumisi esineb masinaehitustööstuses, siis puidutöötlemistööstuses, nendele järgneb polügraafiatööstus. Kroonilistest kutsehaigustest on 1961. a. andmete järgi esikohal elukutsest tingitud nahahaigused. On registreeritud üksikuid mürgistusjuhte etüleeritud bensiiniga, elavhõbedaga, formaliiniaurudega. Väga sageli on nahahaiguste põhjuseks individuaalsete kaitsevahendite mitteküllaldane rakendamine ja nende halb kvaliteet, samuti see, et mitmetes kohtades puudub võimalus sooja veega käsi pesta. Peab mainima, et raskeid, hooletusse jäetud kutsemürgistusi ja -haigusi ei avastatud. Peamiselt esinevad haiguse algvormid.

Kutsehaiguste ekspertiisi alal on suurt tööd teinud Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. 1961. a. uurisid instituudi töötajad 1083 inimest, neist 750 esmakordselt.

Perioodilisi profülaktilisi läbivaatusi toimetavate tervishoiupunktide ja polikliinikute arstide teadmiste tase kutsehaiguste alal ei ole vajalikul kõrgusel. Mitmes polikliinikus ei ole võimalik teha kõiki laboratoorseid uuringuid. Veel enam, kontrollimine näitas, et mõnes tervishoiupunktis ei registreerita kutsehaigusi täpselt. Kutsehaiguste esinemise juhtudel ei teatata sellest iga kord sanitaar-epidemioloogia jaamale, mille tõttu hilineb profülaktika rakendamine töökohal.

Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam koos Tallinna Vabariikliku Haigla metoodilise bürooga peavad tõsiselt käsile võtma kutsehaiguste arvestuse korraldamise, ja peaasi, taotlema seda, et arstid, kes teenindavad tööstusettevõtteid, omandaksid hästi kutsepatoloogia küsimused, millega vastavas ettevõttes tuleb kokku puutuda.

1959. a. korraldati seminar kutsehaiguste küsimustes. Ka tänavu tuleb läbi viia selline seminar, kust võtaksid osa kõikide tervishoiupunktide ja polikliinikute arstid.

Eespooltoodust nähtub, et tervishoiuorganite ees seisab suur töö, mille edukus sõltub paljuski tervishoiuorganite, tööstusettevõtete administratsiooni ning ametiühingute omavahelisest koostööst ja tööliste aktiivi kaasatõmbamisest. Loodame, et tervishoiutöötajad rakendavad kogu jõu partei ja valitsuse poolt seatud ülesande täitmiseks — meie vabariigi tööliste tervise tugevdamiseks.

О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ И МЕРЫ ПО ЕЕ СНИЖЕНИЮ

А. Гольдберг

Резюме

За последние годы проведена большая работа по улучшению медико-санитарного обслуживания трудящихся Эстонской ССР. При промышленных предприятиях работают 53 врачебных и 88 фельдшерских здравпунктов, а также 17 цеховых участков. Организованы промышленно-санитарные лаборатории.

Министерство здравоохранения издало ряд методических писем по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности, диспансеризации, диагностики и лечения отдельных заболеваний.

Органами санитарной службы систематически изучаются состояние заболеваемости и условия труда на наиболее неблагоприятных в санитарном отношении предприятиях («Пунане Кунда», Химкомбинат «Маарду», «Кренгольмская Мануфактура», Таллинская фанерно-мебельная фабрика, Завод «Пионер», Тартуская алюминиевая фабрика и ряд других). На протяжении более 10 лет работниками Института экспериментальной и клинической медицины Академии наук Эстонской ССР изучаются условия труда на предприятиях сланцевой промышленности.

Необходимо отметить, что основные показатели здоровья населения республики с каждым годом улучшаются, однако на некоторых предприятиях заболеваемость с временной утратой трудоспособности остается еще на высоком уровне.

По общим республиканским данным за ряд изученных лет, структура заболеваемости в основном не изменилась. Снизилась заболеваемость туберкулезом, гнойничковыми и острыми желудочно-кишечными заболеваниями.

Придавая огромное значение состоянию условий труда и снижению заболеваемости, ЦК КП Эстонии, Совет Министров Эстонской ССР и Президиум Эстонского Совета профсоюзов наметили ряд мер, направленных на улучшение охраны труда на предприятиях и стройках республики.

Неотложной задачей органов здравоохранения на местах является организация строгого систематического контроля за выполнением намеченных планов и их корректировки в зависимости от состояния заболеваемости рабочих и фактических условий на каждом рабочем месте.

Медицинские работники поликлиник и здравпунктов, проводящие периодические профилактические осмотры, должны обратить особое внимание на повышение своих знаний в области профессиональной патологии.

Успех в снижении заболеваемости рабочих во многом зависит от активного участия в этой работе руководителей промышленных предприятий, профсоюзных организаций, самих рабочих и их контакта с органами здравоохранения.

ALLERGOLOOGIA PÄEVAPROBLEEME EESTI NSV-s *

K. KÕRGE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*)

Allergilised haigused sagenevad kogu maailmas. Meie vabariigis pööratakse laiemat tähelepanu peamiselt reumale ja reumatoidsele artriidile kui kohalikus patoloogias kõige domineerivamatele protsessidele. Tähelepanu osutatakse ka bronhiaalastmale, otorinolarüngoloogid puutuvad kokku allergiliste riniitidega ja dermatoloogid nahaallergoosidega. Muude allergiavormide diagnoosimine on aga üsna juhuslikku laadi.

Allergiliste haiguste sagenemine on seoses nii ekso- kui ka endogeensete teguritega. Eksogeensetest allergeenidest tuleb taimse ja loomse päritoluga ainete kõrval senisest rohkem arvestada tööstustoodete, tööstusliku tolmu ja gaaside allergiseerivat mõju. Nimetatud tegurite detailsem uurimine on eriti oluline meie põlevkivitööstuses.

Sagenevad ka infektsioos-allergilised haigusseisundid. On võimalik, et sellele aitab kaasa antibakteriaalsete ravimite süsteemitu kasutamine. Allergilised haigused sagenevad nimelt seoses ravimite suurenenud ja sageli kontrollita kasutamisega, eriti ilmneb see niisuguste tugeva allergeense potentsiaaliga ravimite nagu pürasoloonide rivaatide ja antibiootikumide puhul. Vähe arvestatakse insuliin-allergia võimalust. Eriti sagedane on allergia protamiin-tsink-insuliini kasutamisel. Vajab rõhutamist, et ravimite-allergia võib tekkida eriti kergesti tervishoiutöötajatel. Ravimite-allergiaga on seotud ka mõningate kollagenooside (*lupus erythematodes, periarteriitis nodosa*) arenemine.

Nii infektsioosse kui ka ravimite-allergia puhul tuleb arvestada autoallergilise protsessi käikulülitumist, mis tavaliselt põhjustab haiguse krooniliseks muutumist.

Allergia diagnoosimise küsimused (nii allergeenide kindlakstegemise kui ka allergiliste haigusseisundite diagnoosimise osas) on vaja meie vabariigi raviasutustes süvendatult läbi töötada. Väga vajalik on nahatestideks kasutatavate allergeenilahuste tootmine.

Meie vabariigi ravi- ja uurimisasutustes on kõige rohkem ära tehtud reumatismi, reumatoidse artriidi ja bronhiaalastma diagnostika täpsustamise alal. Üle 6 aasta rakendatakse proteinoloogilisi uuringuid (paberelektroforeesi), mida hakatakse praktikas üha laialdasemalt kasutama. Viimastel aastatel on kasutusele võetud immunoloogilised testid (antistreptolüsiin-0 ja autoantikehade määramine), reumatoidfaktori, mukoproteiidide ja siaalhappe määramine jm.

Vähe läbitöötatud küsimuseks on atüüpiliste allergooside diagnoosimine. Allergiline reaktsioon võib ju kulgeda kord surmava anafülaktilise šokina, kord kliiniliselt vaevalt väljendunud «šokk-fragmendina».

Senisest suuremal määral tuleb jälgida seedeelundeist lähtuvaid ja

* Kokkuvõte 14. mail 1962. a. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu pleenumil esitatud ettekandest.

seedetraktis lokaliseeruvaid allergilisi reaktsioone — toiduainete-allergiat. Niisuguse allergia võimalust oleme asunud uurima eelkõige resetseeritud maoga haigeil. On võimalik, et oluline osa resektsioonijärgseist häireist (nn. dumping-sündroomist) on seoses puudulikult seeditud valgu resorptsiooni ja sellest tingitud allergiaga.

Vajalikul tasemel ei ole meie raviasutustes veel allergiliste ja autoallergiliste verehaiguste (immunohemopaatiate) diagnoosimine, mis teatavasti võivad kulgeda kehvveresuse, leukopeenia ja trombopeenia näol. Nimetatud haiguste diagnoosimine eeldab spetsiaalse uurimismetoodika (millega meie kliiniliste laboratooriumide juhatajail tuleks tutvuda) valdamist, samuti mõningate laboratoorsete vahendite (näiteks Coombs'i testiks vajaliku antiglobuliinitesti-seerumi) kättesaadavaks tegemist.

Kliinilises diagnostikas tuleb suuremat tähelepanu pöörata anamneesi võtmisele, mis mõnikord aitab allergeeni selgitada. Süstemaatilisemalt on vaja rakendada lihtsamaid diagnostilisi teste (ekspositsiooni- ja eliminatsioonitesti, Prausnitz-Küstneri testi, leukopeenilist ja trombopeenilist testi jt.).

Allergia profülaktika eeldab laiahaardelisi üritusi elukondliku ja tööhügieeni edasiseks parandamiseks, võitlust tolmu, hallituse ja gaasidega. Profülaktika peab algama juba lapseeas. Eriti oluline on lastel hoolsasti ravida hingamiselundite nakkusi, sest on teada, et umbes $^1/_3$ bronhiaalastma juhtudest on haigus alanud inimese elu esimesel aastakümnel. Bronhiaalastma retsidiivide vältimiseks tuleb laialdasemalt rakendada klimatoteraapiat ja luua selleks vastavaid sanatooriume ning sanatoorseid pioneerilaagreid.

Allergiaküsimusi uuritakse praegu peamiselt Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste kateedrites ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi reumatoloogia sektoris. Mainitud probleemidega tegelevad ka mitmed arstid-praktikud.

Teaduslik töö keskendus seni reumaatiliste haiguste ja bronhiaalastma patogeneesi uurimisele, diagnostika täpsustamisele, ravimeetodite väljatöötamisele ning viimaste mõjumehhanismi selgitamisele (mudaravi, ärritusteraapia, uinutite mõju jt.). Edasises töös juhitakse tähelepanu veel allergia immunoloogilistele mehhanismidele (eriti autoantikehade küsimusele), toitainete-allergia probleemile, selgitatakse allergiliste haiguste esinemise sagedus meie vabariigis ja uuritakse mõningaid teisi, teooria ja praktika seisukohalt olulisi küsimusi.

О ПРОБЛЕМАХ АЛЛЕРГОЛОГИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

К. Кырге

Резюме

Аллергические заболевания имеют тенденцию роста во всем мире. Учащаются случаи инфекционно-аллергических состояний. Возможно, что этому способствует бессистемное и бесконтрольное употребление антибактериальных средств.

Из аллергических заболеваний в нашей республике до настоящего времени основное внимание обращалось на ревматизм, ревматоидный артрит, бронхиальную астму, аллергические риниты и аллергозы кожи, как доминирующие в местной патологии.

Углубленной разработки требуют вопросы диагностики аллергии. Крайне необходимо изготовление растворов аллергенов для постановки кожных проб. Врачи недостаточно знакомы с диагностикой атипичных аллергозов и аллергических реакций, связанных с пищевыми продуктами. На низком уровне находится диагностика аллергических и аутоаллергических болезней крови.

Врачам необходимо тщательно собирать анамнез, что иногда помогает установить природу аллергена, а также систематически применять простейшие диагностические пробы (экспозиции и элиминации).

Профилактика аллергии должна начинаться в детском возрасте. Следует проводить мероприятия, направленные на улучшение условий быта и труда, вести борьбу с пылью, плесенью и газами.

Кроме того, необходимо изучать иммунологические механизмы аллергии (особенно вопрос об образовании аутоантител), обращать внимание на аллергию от пищевых продуктов, выявлять частоту аллергических заболеваний в республике, изучать теоретические и практические вопросы аллергологии.

EPILEPSIA DIAGNOOSIMISEST JA RAVIST

Arstiteaduse kandidaat *A. CHEVALIER*

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

Arstid peavad epilepsiat enamasti lootusetu prognoosiga haiguseks. Ometi näitab praktika, et ravi vähendab epileptiliste hoogude sagedust ning raskust ja et ka täielik tervenemine langetõvest pole sugugi harukordne. Katamnestilised andmed kaunis suure arvu haigete kohta näitasid tervistumist Gerumi järgi 26,3%, Alströmi järgi 29% ja Sterni järgi 24,3% juhtudest [tsit. S. Davidenkovi järgi (1)]. Hiljuti avaldas M. Marchand (15) andmed 2287 epileptiku kohta, kellest 68-l (s. o. 2,9%) tekkis spontaanne (ilma ravita) paranemine. Säärased faktid sunnivad meid langetõbiste ravisse tõsisemalt suhtuma.

Ettekujutused epilepsia etioloogiast ja patogeneesist ning vastavalt sellele ka epilepsia klassifikatsioon on aastasadade jooksul teinud läbi suure arengu. Kuid ka viimaste aastakümnete elektroentsefalograafiliste uurimiste, kliiniliste ja kirurgiliste kogemuste põhjal väljatöötatud klassifikatsioonid [W. Penfield ja H. Jasper (2)] ei ole täiesti rahuldavad.

Kõigepealt tuleb eristada epilepsiat kui haigust teistest aju-,siseelundite või ainevahetushaigustest, mille puhul krambihood osutuvad vaid üheks sümptoomiks. Sääraseid haigusi on palju, neid tuleb osata diagnoosida ja õigesti, kausaalselt ravida.

Siseelundite haigustest ja ainevahetushäiretest, mis kulgevad epileptilise sündroomiga, tuleb mainida kõigepealt eklamptilist ureemiat (harva asoteemilist ureemiat), rasedate eklampsiat, tetaaniat, hüpoglükeemiat, neerupealiste ägedat puudulikkust ning mürgistusi — kõige sagedamini ägedat alkoholimürgistust, harvem vingugaasimürgistust. Üldiselt on teada, et kamper ja kardiasool on tüüpilised epileptogeensed ehk krampe soodustavad mürgid.

Väga paljud peaajuhaigused kulgevad epileptiliste krampidega. I. Razdolski (3) andmeil esinevad üldised epileptilised hood 22%-l kõikidest peaajukasvajatega haigetest. Kõige sagedamini põhjustavad epileptilisi hooge temporaal- ja frontaalsagara kasvajad, eriti arahnoidendotelioomid ja astrotsütoomid. Peaajukasvajatest tingitud epileptilised hood on tavaliselt päeval esinevad suured hood, mis oma iseloomu poolest ei erine teistest epileptilistest suurtest hoogudest, või Jacksoni hood. Iga haiget, kellel täiskasvanuna algavad suured epileptilised hood, tuleb kahtlustada peaajutuumori suhtes. Krambihood võivad aastaid olla ajukasvaja peaaegu ainsaks tunnuseks, nagu näeme järgmise haigusjuhu puhul (hood esinesid pealegi öösiti).

32-aastane meespatsient K. 1955. a. saanud löögi pähe. 1959. a. alguses halvenenud nägemine. Samast ajast alates kannatab öiste epileptiliste hoogude all, mille sagedus on umbes 1 kord kuus. 1959. a. veebruaris viibis uurimisel Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonnas (haiguslugu nr. 1102), kus pandi arahnoidiidi diagnoos. Hood jätkuvad. 1961. a. oli haiglas korduval uurimisel (haiguslugu nr. 12197). Avastati nägemisteravuse langus (paremal silmal 0,02, vasakul 0,4), paisnähud silmapõhjas nägemisnärvi algava atroofiaga, otsmikuluu palpeeritav ja röntgenifilmil nähtav hüperostoos. Elektroentsefalogrammidel patoloogilise protsessi tundemärgid frontaalsagarate eesmistes osades. Pandud frontaalse parasagi-

taalse arahnoidendotelioomi diagnoos. 8. IX 1961. a. ekstirpeeritud frontaalne *sinus sagittalis*'est läbikasvanud mandariinisuurune arahnoidendotelioom. Teistkordsel operatsioonil taastati kõvakelme ja luu plastiliselt. Haige lahkus paranenult, epileptilised hood lakkasid.

Peale ajukasvajate võiks nimetada veel järgmisi enam levinud närvihaigusi, mis kulgevad krambihoogudega: pahaloomuliste kasvajate metastaasid ajus, ajuabstsessid ja -tuberkuloomid, vigastustejärgsed subduraalsed hematoomid, ajutraumajärgsed residuaalseisundid (entsefalopaatia), hüdrotsefaalia, hüpertooniatõvest tingitud entsefalopaatia, mõningad entsefaliidid (näiteks äge hemorraagiline, reumaatiline entsefaliit), meningiidid (sageli tuberkuloosne), toksoplasmoos, polüskleroos, *lupus erythematodes*.

Niisiis, kui jätta epileptilise sündroomiga kulgevatest haigustest välja aju-, siseelundite ja ainevahetushaigused, jääb järele tõbi, mida võiks nimetada epilepsiaks sõna kitsamas mõttes. Sellised tarvituselolevad terminid nagu idiopaatiline, essentsiaalne ja krüptogeenne epilepsia on ilmselt üleliigsed, sest need ei muuda selle haiguse olemust selgemaks, rõhutades vaid meie piiratud teadmisi selle haiguse põhjustest.

Epilepsiat võiks defineerida kui haigust, mille tekkimises etendab osa ühelt poolt pärilik kõrgenenud krambivalmidus, teiselt poolt väline provotseeriv faktor. Haigus algab suhteliselt varakult, kulgeb perioodiliste tüüpiliste paroksüsmidega (aura ja hoog), sageli ka tüüpiliste iseloomumuutustega ja annab vaid vähest objektiivselt täheldatavat neuroloogilist mikrosümptomaatikat. Seevastu esinevad sageli aju bioelektrilise aktiivsuse kaunis tüüpilised muutused elektroentsefalogrammis [S. Davidenkov (1, 4), A. Lev (5), E. Popov (6), W. Penfield ja T. Erickson (7)]. Jättes kõrvale epilepsia patofüsioloogia [V. Galkin (8)] ning etioloogia küsimused, peatume vaid kahel praktiliselt väga olulisel küsimusel — epilepsia paroksüsmide fenomenoloogilisel klassifikatsioonil ja nende anatoomilise substraadi lokalisatsiooni küsimusel (epilepsia «fokaalsusel»).

Tunneme järgmisi epileptilisi paroksüsme.

1. A u r a — isoleeritult või sagedamini krambihoo algusfaasina. Aura võib endast kujutada sensitiivset, sensoorset (haistmis-, maitse-, kuulmis-, nägemis-, vestibulaarne aura), kõne-, (lühiajaline afaasia või kõneautomatismid), vegetatiivset (kardiaalne, abdominaalne jt.) või psüühilist (hirm, psühhosensoorsed häired) fenomeeni. Ka lokaliseeritud motoorset Jacksoni krampi võib vaadelda kui isoleeritud või üldhoole eelnevat motoorset aurat.

2. S u u r h o o g — teadvusekaotusega, üldiste tooniliste, siis klooniliste krampidega kulgev epileptiline paroksüsm.

3. V ä i k e h o o g (*petit mal* ehk *absence*) — lühiajaline, sekundeid kestev teadvusetus lihaste toonuse muutumiseta (haige ei kuku, jäsemed «tarduvad» momendiks). Nägu kahvatu, vahel ka kerged müoklooniad. Väikesele hoole on iseloomulik tüüpiline elektroentsefalogramm (aeglastest ja teravaharjalistest lainetest koosnev rütm). Väikesed hood reageerivad ravimitele, mis teistele hoogudele ei toimi. Seetõttu tuleks väikese hoo mõiste rangelt piiritleda ning mitte liigitada siia epileptiliste paroksüsmide teisi variante.

4. A u t o m a t i s m ehk p s ü h h o m o t o o r n e h o o g — pikemaajalisem (kümneid minuteid kestev ja pikem) automaatne tegevus.

5. M e s e n t s e f a a l n e h o o g — erineva kestusega tooniline hoog (paroksüsmaalne detserebratsiooni rigiidsus), mis tekib sageli tagumise koljuaugu kasvajate puhul ajutüve kompressiooni tagajärjel.

6. D i e n t s e f a a l n e h o o g — erineva kestusega vegetatiivsete häirete paroksüsm, mis vahel kombineerub automatismidega või mesentsefaalsete hoogudega (vt. ka «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 5, 59—62).

Nimetatud klassifikatsioonist kinnipidamine on väga tähtis põhjendatud medikamentoosse ravi määramiseks. Vastupidi, epilepsia kirurgi-

lise ravi võimaluse seisukohalt omab suurt tähtsust teine küsimus — fokaalsuse probleem. Praegusel ajal on nimelt võimalik eristada epilepsiajuhte, kus epileptogeenne erutus lähtub ajukoore ühest kindlast punktist (epileptogeenne fookus), ning juhte, kus kogu peaaju koore haarab üheaegselt erutus, mis lähtub arvatavasti koorealustest osadest. W. Penfieldi (10) järgi oleks meil esimesel juhul tegemist nn. fokaalse epilepsiaga, teisel juhul nn. tsentrentsefaalse epilepsiaga. Viimane nimetus pole meile vastuvõetav, samuti nagu termin «idiopaatiline». S. Davidenkovi (4) arvates võiks selle nimetuse asendada terminiga «generaliseeritud epilepsia».

Fokaalset epilepsiat võimaldab diagnoosida aura iseloomu, hoojärgsete automatismide, neuroloogilise mikrosümptomaatika ja elektroentsefalogrammi analüüsimine. Kaugeltki mitte igal fokaalse epilepsia juhul ei esine kõik need neli diagnostilist momenti korraga: sagedamini on tegemist ainult aura fokaalse iseloomuga ja aju biovoolude vastavate lokaalsete muutustega. Muuseas, viimase aja uurimised on näidanud, et õige sageli on epileptogeensete kollete asukohaks temporaalne sagar (arvatavasti seoses selle sagedase kahjustumisega sünnitusel). Sel juhul on tegemist olfaktoorse, vestibulaarse, maitse-, akustilise, optilise, epigastraalse või psüühilise auraga.

Näitena olgu toodud järgmine haigusjuht.

Meespatsient M., 26 a. vana, saabus uurimisele Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonda 1961. a. novembris epileptiliste hoogude tõttu (haiguslugu nr. 17421). Hood algasid 1961. a. juunis ja olid kahte liiki: ühed hood kulgesid teadvusekaotusega ja üldiste krampidega, teised algasid haige poolt kuuldava tuttava meloodiaga, samal ajal kaotas ta kõnevõime ja arusaamise teiste inimeste kõnest. Haiglas viibides esines üks säärane hoog. Varem on esinenud ka isoleeritud sensoorse afaasia lühiajalisi hooge.

Neuroloogilises staatuses peale sõrmede treemori muid patoloogilisi nähte ei avastatud. Elektroentsefalogrammidel sedastati temporaalpiirkonnas bilateraalselt esinevaid aeglasi laineid ja teravikke.

Pneumoentsefalograafiliselt leiti vatsakeste süsteemi mõõdukas laienemine, vasak külgvatsake paremast laiem.

Antud juhul viitavad nii isoleeritud akustiline aura (muusika), sensoorse afaasia hood kui ka elektroentsefalograafilised muutused epileptogeensele koldele temporaalsagaras (mõlemis?).

Fokaalsuse aktsendi väljatoomine üldiste krambihoogudega kulgeva epilepsia puhul on kahtlemata oluline, kuid epilepsia jagamine fokaalseks ja generaliseeritud epilepsiaks näib meile ebaotstarbekana. Esiteks, juba *a priori* võib arvata, et iga epilepsia puhul on paroksüsmaalsel erutusel oma lähtepunkt, s. o. oma fookus, ükskõik kas see asub ajukoores või -tüves. Teiseks, tegelikkus näitab, et mida täpsem ja mitmekülgsem on haige uurimine, seda sagedamini on võimalik epileptogeenset kollet avastada. S. Davidenkovi andmeil (1) jäi kliinikus uuritud 40 epileptiku elektroentsefalograafilise ja kliinilise uurimise tulemuste kõrvutamisel lokaalne aktsent avastamata vaid 3 haigel. Seega osutub termin «fokaalne epilepsia» suuremal määral asutuse diagnostilise taseme kui epilepsia iseloomu näitajaks.

Järgnevalt esitame mõningad epilepsia ravimise põhimõtted.

Endastmõistetavalt tuleb ajutuumorite, -abstsesside, -meningiitide ja teiste närvikava haiguste puhul, mis kulgevad epileptilise sündroomiga, rakendada põhjuslikku ravi. Juhul kui krambihoogude põhjus jääb avastamata, peame piirduma patogeneetilise teraapiaga. Siin tuleb kinni pidada mõningatest põhireeglitest.

Paralleelselt medikamentoosse raviga tuleb saneerida infektsioossed kolded, vajaduse korral läbi viia dehelmintiseerimine. Epileptikutel ei rakendata kindlat dieeti. Söögisooda väljalülitamine toidust on põhjendatud vaid bromiidide toime tõhustamiseks. Tuleb mõelda ratsio-

naalsele töö- ja puhkusereżiimile (mitte jätta epileptikut ilma füüsilise või vaimse tegevuseta!). Alkoholi kasutamine keelatakse täielikult. Medikamentide valik peab toimuma vastavalt krampide iseloomule (suured ja väikesed hood, automatismid, dientsefaalsed hood) ning organismi individuaalsele reaktsioonile. Puht-empiiriliselt tuleb otsida antud haige jaoks optimaalne vahend ja selle minimaalne annus, mis vabastab haige hoogudest, või vähemalt tunduvalt harvendab neid. Selleks peab nõudma haigelt päeviku pidamist, kuhu oleksid märgitud nii ravimite tarvitamine kui ka hoogude esinemine. Ainult säärast päevikut analüüsides saab arst kuu-paari järel (olenevalt hoogude sagedusest) orienteeruda ordineeritud ravimite toimes.

Kui optimaalne ravim ja selle minimaalne toimiv doos on leitud, tuleb seda rakendada vähemalt aasta jooksul, arvates viimasest krambihoost. Võib kasutada ka ravimite kombinatsioone (mitu krambivastast vahendit või krambivastase ravimi segu erutavalt toimiva vahendiga).

Antiepileptiliste vahendite ärajätmine peab toimuma vähehaaval. See on eriti oluline luminaali puhul, millest järsk loobumine võib põhjustada *status epilepticus*'t.

Praegusel ajal kasutatakse epilepsia raviks üha vähem bromiide ja luminaali. See-eest leiavad laiemat kasutamist järgmised preparaadid (9).

1) Suurte hoogude puhul rakendatakse pürimidiiniderivaate ja hüdantoiine. Esimesse rühma kuulub suhteliselt vähetoksiline, ilma sedatiivse toimeta krambivastane preparaat heksamidiin (välismaine sünonüüm *Mysoline*). Heksamidiini manustamisel tuleb alata väikestest annustest (0,125 kaks korda päevas) ning paari nädala jooksul suurendada annust kuni 1,0—1,5 *pro die* (lastele kuni 10 a. vanuses 0,5—1,0, 11—16 a. vanuses 0,75—1,5 *pro die*).

Hüdantoiinide rühmast on laiemalt kasutatav difeniin (dilantiin). Annus on 0,1 kolm-neli korda päevas. Difeniini võib kombineerida luminaaliga, belladonnaga, kofeiiniga, efedriiniga. Kõrvalnähtudest võivad esineda treemor, peapööritused, ataksia, gingiviidid, seedehäired.

Suurte hoogude puhul toimib ka juba vanast ajast kasutatav booraks (*natrium biboricum*). Selle kasutamine annustes kuni 3,0 *pro die* on ohutu. Booraksit võib kombineerida bromiidide ja luminaaliga.

2) Väikestele hoogudele avaldavad toimet oksasolidiinid ja suktsiinimiidid. Toimivaks, kuid siiski toksiliseks oksasolidiinipreparaadiks (võib põhjustada fotofoobiat, leukopeeniat, seedehäireid) osutub trimetiin (tridioon). Kasutatakse annustes 0,2—0,3 (lastele 0,1) kolm korda päevas. Trimetiini rakendamisel tuleb pidevalt kontrollida verepilti.

3) Automatismide puhul pole medikamentide toime nii kindel. Toimet avaldab heksamidiin, difeniin, glutamiinhape. Dientsefaalsete hoogude puhul toimib trimetiin, mida võiks kombineerida näiteks efedriiniga.

Epilepsia puhul on soovitatud kasutada ka teisi ravimite kombinatsioone (M. Sereiski retsept — luminaal, bromuraal, kofeiin ja papaveriin, F. Brodski retsept merkusaaliga jt.).

Omaette küsimuseks on õhu või hapniku subarahnoidaalne manustamine epilepsia puhul. W. Penfieldi jt. arvates on pneumoentsefalograafia kasulik, Pfisteri arvates — kasutu [tsit. S. Davidenkovi järgi (1)].

Arvamus, nagu rebiks õhk lahti tserebromeningeaalsed liited, näib olevat liiga lihtsustatud. Pneumoentsefalograafiat tuleb sageli kasutada diagnostilisel otstarbel, et võimaluse korral tõestada haiguse orgaanilist alust (mis on eriti tähtis ekspertiisi puhul), lokaalset ekspansiivset protsessi või näidata tserebromeningeaalse armi asukohta traumajärgse entsefalopaatia puhul. Kahjuks pole meie asutuse suured kogemused pneumoentsefalograafia osas veel läbi töötatud, kuid oleme sageli näinud, et see protseduur annab ilmse positiivse efekti, eriti traumaatilise geneesiga epilepsia puhul. Esitame näite.

4-aastane poisslaps A., kel oli 1959. a. oktoobris kerge koljutrauma. 3 päeva pärast algasid sagedad krambihood. Viibis novembris ja detsembris 1959. a. Tallinna Linna Lastehaiglas, kus hood esinesid vaatamata intensiivsele ravile kuni 10 korda päevas. Hood algasid silmade ja pea rotatsiooniga paremale, siis tekkisid tõmbed keres ja järgnes teadvusekaotus. Neuroloogilises staatuses esines vaid kerge strabism. Laps viidi üle Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonda (haiguslugu nr. 18119), kus teostati lumbaalne pneumoentsefalograafia hapnikuga. Leiti kerge sümmeetriline hüdrotsefaalia. Hood lakkasid 1½ aastaks. 1961. a. augustis korrati pneumoentsefalograafiat hoogude taasilmumise tõttu.

Epilepsia kirurgiline ravi on osutunud efektiivseks viimase paarikümne aasta jooksul, peamiselt tänu elektroentsefalo- ja -kortikograafia saavutustele. Epileptogeense kolde asukoha ligikaudne määramine (kliinik ja EEG) ning täpne määramine (EKoG*) operatsiooni ajal avatud ajukoorel võimaldab selle kirurgilist eemaldamist. Suuri kogemusi sel alal on Kanada neurokirurgidel eesotsas W. Penfieldiga (10), kes on ka välja töötanud koore säästva eemaldamise meetodi — subpiaalse väljaimemise aspiraatoriga. W. Penfieldi operatsioonide edu (opereeriti haigeid, kellel medikamentoosne ravi tulemusi ei andnud) oli järgmine: 45%-l täielik edu, 20%-l rahuldav, 18%-l puudulik, 17%-l tulemusteta.

Vahelesegamised epilepsia puhul laiendasid tunduvalt meie teadmisi «fokaalse epilepsia» kohta ning tõid palju huvitavat epilepsia etioloogiasse (õpetus temporaalsagara sagedast intranataalsest traumast jne.). Viimaste aastate jooksul on paljud neurokirurgid [P. Bailey (12), A. Krayenbühl (14), L. French (13)] teostanud epilepsia puhul ulatuslikke resektsioone (osa temporaalsagarast või terve sagar, isegi täielik hemisfärektoomia!). Tulemused on erinevad ja võib arvata, et kaugeltki alati ei ole liiga radikaalsed vahelesegamised õigustatud, sest need on seotud suure postoperatiivse defektiga. Muuseas, imestamisväärsed on peaaju kompensatoorsed võimed pärast hemisfärektoomiat [K. Zülchi (16) järgi sooritasid haiged aktiivseid liigutusi, taastus taktiilne tundlikkus!].

A. Zemskaja (11) andmeil opereeriti Leningradis 35 epilepsiaga last. Selle tulemusena 11 lapsel krambihood kadusid.

Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonnas oleme samuti opereerinud epilepsiahaigeid. Elektrokortikograafia puudumine lubas meil opereerida vaid kliiniliselt hästi välja kujunenud fokaalse aktsendiga (Jacksoni epilepsia) juhte, kus lõikusel oli peamiseks kriteeriumiks sensoorne ja motoorne efekt peaajukoore ärritamisel galvaanilise vooluga.

N ä i d e. Meespatsient K., 17 a. vana. Haige 5 aastat, esinesid sagedad üldised krambihood, mis viimasel ajal algasid paresteesiatega ja klooniliste tõmmetega näo vasemas pooles ja vasakus labakäes. Viibis ravil nii ambulatoorselt kui ka korduvalt statsionaarselt rajoonihaiglas ja Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla närviosakonnas. Medikamentoosne ravi ja pneumoentsefalograafia olid toimeta. 1961. a. septembris saabus haige Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakonda (haiguslugu nr. 13260). Neuroloogilises staatuses esines vasema näonärvi alumise haru kerge nõrkus ja kogu vasema ülajäseme valutundlikkuse alanemine. Elektroentsefalogrammil täheldati irregulaarset α-rütmi ja aeglasi laineid mõlemapoolsetes frontaallülitustes.

18. septembril teostati kohaliku tuimastusega parempoolne frontoparietotemporaalne osteoplastiline kraniotoomia. Ajukoor patoloogiliste muutusteta. Galvaanilise voolu abil otsiti välja näo ning käe motoorika ja tundlikkuse piirkond, mis eemaldati subpiaalselt ca 10 mm sügavuses. Pärast operatsiooni tekkis vasaku näonärvi ja keelealuse närvi halvatus ning vasaku ülajäseme lõtv halvatus sügav- ja valutundlikkuse kaotusega. 3. ja 4. operatsioonijärgsel päeval esinesid kloonilised tõmbed vasaku käe sõrmedes, mis hiljem kadusid. Epileptilisi hooge haiglas ei esinenud. Motoorika ja tundlikkus taastusid, novembris olid käe ja sõrmede aktiivsed liigutused päris jõulised, perifeerne tundlikkus oli taastunud täiesti, sügavtundlikkus — osaliselt. Detsembris, pärast haiglast lahkumist, ilmusid krambihood uuesti, kuid mitte enam nii sageli.

Raviefekti saavutamiseks peab ajukoore resektsioon olema küllalt ulatuslik. Retsetseerimispiirid saab määrata ainult elektrokortikograa-

* EKoG = elektrokortikogramm.

fiaga. Seepärast on elektrokortikograafia rakendamine neurokirurgia osakondades meie lähemaks ülesandeks.

Epilepsia on mitme eriala — neurokirurgia, psühhiaatria ja neuroloogia — kokkupuutealaks. Nende erialade arstid peavad ühiselt jõudu pingutama selle raske haiguse võitmiseks.

KIRJANDUS

1. Давиденков С. Н. В. кн: Многотомное руководство по неврологии, т. VI, Л., 1960, 257. — 2. Пенфилд У. и Джаспер Г. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека. М., 1958. — 3. Раздольский И. Я. Опухоли головного мозга. М., 1954. — 4. Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. Л., 1961. — 5. Лев А. А. В кн.: Многотомное руководство по неврологии, т. VI, Л., 1960, с. 446—478. — 6. Попов Е. А. В кн.: Многотомное руководство по неврологии, т. VI, Л., 1960, с. 411—424. — 7. Пенфилд В. и Эриксон Т. Эпилепсия и мозговая локализация. М., 1949. — 8. Галкин В. С. В кн.: Многотомное руководство по неврологии, т. VI, Л., 1960, с. 310—348. — 9. Штейнберг С. М. Ж. невропатол. и психиатрии им. Корсакова, 1957, 6, 781—788. — 10. Пенфилд В. Вопр. нейрохирургии, 1956, 1, 3—7. — 11. Земская А. Г. Вопр. нейрохирургии, 1961, 6, 3—8. — 12. Bailey, P. Zbl. Neurochirurg., 1954, 4/5, 195—206. Ref.: Вопр. нейрохирургии, 1956, 1. — 13. Frech, L. A. a. oth. J. neurosurg., 1955, 2, 154—164. — 14. Krayenbühl, H., Hess, R. u. Weber, G. Zbl. Neurochirurg., 1954, 4/5, 206—211. — 15. Marchand, M. L. Ann méd. psychol., 1961, 1, 2, 303—310. Ref.: Мед. реф. журн., 1961, IX, 10, 53. — 16. Zülch, K. J. Zbl. Neurochirurg., 1954. 1/2, 48—63.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ

А. Шевалье

Резюме

Прогноз при эпилепсии отнюдь не безнадежен. Настойчивое лечение эпилепсии может быть успешным при правильной этиопатогенетической оценке каждого конкретного случая. Эпилептический синдром возникает, кроме эпилепсии в собственном смысле слова, еще при многих заболеваниях мозга (опухоли, последствия травм, менингиты и др.) и внутренних органов (уремия, эклампсия беременных, гипогликемия и др.). Для обоснованной медикаментозной терапии первостепенное значение имеет четкая классификация эпилептических пароксизмов (аура, малый припадок, большой припадок, автоматизм, диэнцефальный и мезенцефальный припадок). Так, при больших припадках наиболее эффективными оказываются гексамидин и дифенин, при малых — триметин. При автоматизмах все эти препараты обладают менее постоянным действием. Нам приходилось наблюдать положительный терапевтический эффект от пневмоэнцефалографии. С точки зрения возможности хирургического лечения эпилепсии особое значение имеет т. н. фокальность, то есть возможность более четкого клинического выявления эпилептогенного очага. Кроме углубленного анализа ауры и припадка для этого необходимы электроэнцефалография и (интраоперационно) электрокортикография. Резекция коры должна быть достаточно обширной и в то же время не давать глубокого стойкого постоперационного дефекта.

VÄHKTÕVE HILISE AVASTAMISE PÕHJUSTEST

Arstiteaduse kandidaat *M. PURDE*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski)*

Vähktõvega haigete ravi võimalused sõltuvad oluliselt haiguse õigeaegsest avastamisest. Kahjuks diagnoositakse vähktõbe veel küllaltki sageli hilinenult. Nii avastati viimastel aastatel Eesti NSV-s vähktõbe hilinenult 22—28% arvelevõetutest. Hilinemise põhjuste uurimine võib anda andmeid, mis võimaldavad seniseid vigu vältida.

Diagnoosimise hilinemist analüüsisime vähktõve hilinenud avastamise protokollide (vorm nr. 248) alusel. Põhja-Eestist ja Tallinnast laekus Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse 1958.—1961. a. vältel 900 protokolli. Protokollid olid pärit peamiselt Tallinna raviasutustest. Rajoonidest saabus neid suhteliselt vähem, kuigi just rajoonides tuleks tunda enam huvi vähktõve avastamise hilinemise põhjuste vastu, sest vähktõve diagnoosimine hilineb rajoonides tunduvalt sagedamini kui Tallinnas.

Hilinemise põhjused võime meie materjalide põhjal jagada kolme gruppi: 1) raskused ja vead diagnoosi püstitamisel ning haige pikaleveninud uurimine (37,8% juhtudest), 2) haige hiline pöördumine arsti poole, vaatamata sümptoomide olemasolule (32,7% juhtudest), 3) haiguse varjatud, sümptoomideta kulg (29,5% juhtudest).

Sellest järeldub, et suur osa vähktõve hilinenud avastamise juhtudest on tingitud arstide mitteküllaldasest onkoloogia-alasest ettevalmistusest. Vahel on tegemist lihtsalt onkoloogilise valvsuse puudumisega, mis kajastub näiteks maovähktõveks üleläinud alahappesusega gastriitide puudulikus jälgimises. Sageli, vaatamata vaevuste olemasolule, pöördusid haiged ise hilja arsti poole. See kõik osutab sanitaarharidustöö puudujääkidele. Võrreldes meie andmeid Vene NFSV andmetega 1960. aastast näeme, et hilinemise põhjused jaotuvad analoogiliselt meie andmetega. Nii märgib L. Nikitina (2), et vähktõve hilise avastamise juhtude üldarvust 38,8% on tingitud diagnoosimise puudustest, 35,1% haigete hilinenud pöördumisest arsti poole ja 24,8% haiguse varjatud, sümptoomideta kulust. E. Kozlova (1) andmed 1950. a. olid vastavalt 45,3%, 41,0% ja 13,7%.

Hilinemise juhtusid vähktõve kliiniliste vormide järgi analüüsides näeme, et hilinemise põhjused on erinevad (vt. tabel 1; samas on toodud suhtarvud, viimaste vahe on statistika korral oluline, kontrollitud X^2-ga).

Vähktõve avastamine hilineb peamiselt siis, kui haigus areneb siseelundites. Tabelis 2 on näidatud 1958.—1961. a. esmakordselt arvele võetud vähijuhud põhiliste vormide järgi.

57% protokollidest on koostatud mao- ja kopsuvähktõve kohta. Nahavähktõbe avastatakse hilinenult vaid üksikutel juhtudel. Piimanäärme ja emakakaela vähktõve puhul, mis on kergemini avastatavad, hilineb ravi harvemini. Hilinemist põhjustab siin enam haigete vähene teadlikkus kui diagnoosimisvead. Maovähktõvest avastatakse diagnostika puudulikkuse tõttu hilinenult 39,0% ja hilise pöördumise tõttu samuti 39,0% juhtudest, kusjuures maovähktõbi avastatakse hilinenult pikemat aega (3—6 kuud) kestnud gastriitiliste vaevuste järel. Maovähktõve avastamine muutuks tunduvalt õigeaegsemaks, kui terapeudid jälgiksid kroonilise alahappelise gastriidiga haigeid nõuetekohaselt. Muidugi eeldab see ka röntgenoloogilise abi parandamist, eriti rajoonides. Hilinemine sümptoomide puudumise tõttu on maovähktõve korral suhteliselt vähem oluline — 22%. Kopsuvähktõvega haigete avastamine hilineb sümptoomide puudumise tõttu 40,2% juhtudest, s. o. sagedamini kui maovähktõve puhul. Kopsuvähktõvega haiged pöörduvad sageli ka ise hilja arsti poole (44,2%). Seejuures on haiguse kestust väga raske määrata sümptoomide vähesuse ja ebamäärasuse tõttu. Diagnoosimisraskuste ja -vigade tõttu hilines kopsuvähktõbiste avastamine vaid 15,5% juhtudest. Sellest järeldus: kopsuvähktõbe aitab õigeaegselt avastada vanemate inimeste massiline profülaktiline fluorograafiline läbivaatus.

Piimanäärme ja emakakaela vähktõvega haigete hiline avastamine sõltub mitte niivõrd diagnostilistest raskustest kui naiste hilisest pöördumisest arsti poole. Piimanäärme vähktõve hilinenud avastamist esineb suhteliselt vähe. Kõige sagedamini leidsid naised juhuslikult (pesemisel jne.) piimanäärmes valutu tüki ega osanud sellise leiu tähtsust

Tabel 1

Diagnoosimise hilinemine vähktõve lokalisatsiooni järgi

Hilinemise põhjus	Vähi lokalisatsioon																				Kokku	%
	Carcinoma ventriculi		*Carcinoma pulmonum*		*Carcinoma pancreatis*		*Carcinoma ovarii*		*Carcinoma uteri*		*Carcinoma recti*		*Carcinoma mammae*		*Carcinoma renis*		*Sarcoma*		Muud kartsinoomid ja pahaloomulised kasvajad			
	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%		
Vigade ja diagnoosimisraskustest põhjustatud hilinemine	133	39,0	27	15,6	16	34,1	11	23,4	4	12,9	13	43,3	5	18,5	9	36,0	8	15,0	64	40,3	340	37,8
Haige hiline pöördumine	133	39,0	77	44,6	12	25,5	17	36,2	16	51,6	13	43,3	18	66,7	7	28,0	3	40,0	48	30,2	294	32,7
Haiguse varjatud, sümptoomideta kulg	75	22,0	69	39,8	19	40,4	19	40,4	11	35,5	4	13,4	4	14,8	9	36,0	9	45,0	47	29,5	266	29,5
Kokku	341	100,0	173	100,0	47	100,0	47	100,0	31	100,0	30	100,0	27	100,0	25	100,0	20	100,0	159	100,0	900	100,0

hinnata. Vanemad naishaiged pidasid sellist tükki sageli paiseks ja ootasid, et see «lahti läheks», mis toimus kartsinoomi hilises kliinilises staadiumis, tuumori läbimurdel nahast. Kahel juhul varjasid naised oma haigust pikema aja vältel usuliste eelarvamuste sunnil. Kuna kõikide analüüsitud piimanäärmevähi juhtude seas ei esinenud ühtegi kliiniliselt infiltratiivset vähki, oleksid need olnud õigel ajal ravitavad. Tuleb tõsta elanikkonna teadlikkust ja õpetada naisi piimanäärmeid komplemise teel kontrollima. Suure panuse piimanäärme vähktõve õigeaegsel avastamisel annaksid naiste nõuandlad ja profülaktilised kabinetid, kui neis pidevalt kontrollitaks naiste piimanäärmeid. Seni seda kahjuks ei tehta.

Tabel 2

IV gruppi arvatud esmakordselt arvele võetud vähihaiged (vähi lokalisatsiooni järgi)

Jrk. nr.	Vähi lokalisatsioon	1958.—1961. a. esmakordselt arvele võetud haiged	Arvele võetud haigetest kuulus IV gruppi	
			arv	%
1.	Magu	1605	646	40,2
2.	Emakas	1222	97	7,9
3.	Nahk	801	10	1,2
4.	Kopsud	731	275	37,6
5.	Rinnanääre	614	66	10,7

Eeltoodu põhjal võib teha järgmised järeldused.

1. Suurel osal juhtudest (37,8%) hilines vähktõve avastamine (s. t. leiti IV grupp) ebaõige diagnoosi ja haigete pikaleveninud uurimise tõttu. Vähktõve õigeaegseks avastamiseks tuleb tõsta arstide-praktikute onkoloogia-alast kvalifikatsiooni. Haiged pöördusid hilja arsti poole 32,7% juhtudest. See kajastab sanitaarharidustöö lünklikkust. Haiguse varjatud kulu tõttu hilines avastamine 29,5% juhtudest. Väljendunud sümptoomide puudumisel võib vähktõbe sageli õigeaegselt kindlaks teha elanikkonna massiliste profülaktiliste läbivaatuste teel.

2. Erinevates elundites esineva vähktõve avastamise hilinemisel on erinevad põhjused. Sagedamini hilineb raskemini diagnoositavate, siseelundites esinevate vähktõvevormide avastamine. Hilinenult avastatud mao- ja kopsuvähktõve juhud moodustasid protokollidest 57%. Maovähktõbi avastatakse sageli hilinenult pärast pikemat aega (3—6 kuud) kestnud maovaevusi. Kopsuvähktõve kindlakstegemine hilineb sageli haiguse sümptoomideta kulu tõttu. Piimanäärme vähktõve hiline avastamine sõltub mitte niivõrd diagnostilistest raskustest kui elanike hilisest pöördumisest arsti poole.

3. Vähktõve hilise avastamise põhjuste uurimine annab andmeid vähktõvevastase võitluse parandamiseks. Seetõttu tuleb iga IV grupi vähktõve esmaselt avastatud juhtu analüüsida hilinemise põhjuste seisukohalt ja täita vastav protokoll (vorm nr. 248).

KIRJANDUS

1. Козлова Е. В. Тезисы докладов научной сессии ГОИ им. П. А. Герцена. М., 1952, 72—73. — 2. Никитина Л. Ф. Тезисы докладов. Всесоюзное совещание по вопросам организации онкологической помощи и краевым особенностям распространения рака. 9 июня — 14 июня 1960 г. в Сталинграде. 1960, 5—8.

О ПРИЧИНАХ ПОЗДНЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ

М. Пурде

Резюме

В результате изучения 900 протоколов (ф. 248) на выявление запущенной формы злокачественной опухоли у больных, поступивших в 1958—1961 гг. в Таллинский республиканский онкологический диспансер из г. Таллина и северных районов Эстонской ССР, установлено, что причинами позднего выявления заболевания раком являются:

1) затруднения при диагностировании, длительное обследование и врачебные ошибки (37,8%),

2) позднее обращение больного, несмотря на наличие симптомов заболевания (32,7%),

3) скрытое, бессимптомное течение заболевания (29,5%).

Запущенные случаи заболевания чаще всего встречаются при раке желудка и раке легкого (57% случаев).

Поздняя диагностика рака желудка зависит в 39% случаев от недостаточной диагностики и в 39% случаев от позднего обращения больного, обыкновенно после продолжавшихся в течение 3—6 месяцев явлений гастрита. Поздняя диагностика рака легкого в 40,2% случаев связана с бессимптомным течением заболевания и в 44,2% — зависит от позднего обращения больного к врачу.

Запоздалое выявление рака молочной железы и шейки матки зависит не от трудностей диагностирования, а от позднего обращения больных к врачу.

MUNAJUHA ESMASEST VÄHKTÕVEST

V. RAUDSEPP

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

Munajuha esmast vähktõbe esineb suhteliselt harvemini kui teisi naiste suguelundite vähi vorme. V. Mandelštami (2) andmeil on maailmakirjanduses kuni 1960. a. kirjeldatud ainult 600 juhtu. Et haiguse esinemine on viimasel ajal sagenenud, selle diagnoosimisel on aga raskusi, mistõttu ravi hilineb ja kaugtulemused on ebarahuldavad, siis on mainitud küsimus küllaltki aktuaalne.

Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri andmeil esines munajuha esmast vähktõbe 1949.—1960. a. 10 juhtu, mis moodustab 0,53% 1880-st dispanseris registreeritud naiste suguelundite esmase vähktõve juhtudest.

Kirjanduse andmeil esineb munajuha vähktõve mõlemapoolseid vorme 30—40% juhtudest (1, 4, 7). Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris esines vähk 2 juhul mõlemates munajuhades, parem- ning vasempoolses munajuhas kummaski 4 juhul. Haigete vanus oli 45—60 a.

Munajuha vähktõve sümptomatoloogias loetakse määravaks kolme põhilist leidu — eritus tupest, kombeldav kasvaja väikeses vaagnas, valud (1, 2, 9, 12 jt.).

1. Voolus tupest võib olla vesine, vesis-verine või verine. Kuni 50% juhtudest esineb voolus perioodiliselt koos kramplike väitustesarnaste valudega, nn. *hydrops tubae profluens* (Latzko 1915. a.). Voolusel võib olla ka püsivam verine iseloom, mida haiged ise tõlgendavad kui ebakorrapärast menstruatsiooni. Meie andmetel esines vesis-verine voolus 9 haigel, neist kolmel leidsime klassikalise *hydrops tubae profluensi* pildi.

2. Kombeldav kasvaja väikeses vaagnas emaka taga Douglase õõnes on tihti esmaseks ja haigestumise algul ka ainsaks leiuks (2, 5, 12 jt.). Generaliseerunud vormide korral kaasneb astsiit. Uuritud haigetel esines palpeeritav kasvaja 8 juhul, astsiit 1 juhul.

3. Valud (tuima, näriva või väitustesarnase iseloomuga) esinevad kirjanduse andmeil kuni $^2/_3$ haigusjuhtudest. Harilikult lokaliseerub valu protsessist haaratud poolele ning on tingitud 1) munajuha seina venitu-

sest sekreedi kogunemisel ja 2) munajuha perioodilisest kontraktsioonist sellesse kogunenud sekreedi eemaldamiseks (2, 11, 12). Uuritud 10 haigest kaebasid 7 valu protsessist haaratud poolel, neist kolmel esinesid valud hooti ja vaibusid pärast vooluse tekkimist.

Makroskoopiliselt on iseloomulik munajuha retordikujuline jämenemine ja pikenemine (vt. tahvel IV, foto 1). Läbilõikes esineb munajuha valendikus alati vedelikku ja vähkkude.

Kõige sagedamini esineb papillaarne kartsinoom, adenokartsinoom või mõlema segavorm. A. C. Sinha (12) jaotab munajuhavähki histoloogiliselt järgmiselt: 1) papillaarne vähk — tekib healoomulisest munajuha papilloomist või mukoosast, piirdub munajuha valendikuga; 2) papillaar-alveolaarne vähk — tekib hilisemas kasvustaadiumis, sellega kaasneb invasioon munajuha seina; 3) alveolaar-medullaarne vähk — siin kaob juba papillaarne ehitus ja glandulaarne asetus, esineb ilmne anaplaasia. Viimasel ajal on kirjeldatud ka munajuha preinvasiivset vähki, nn. *carcinoma in situ*'d (5, 6, 12).

Meie juhtudest esines 4 juhul adenopapillaarne, 4 juhul adenosoliidne vähk ning 2 juhul nende segavorm (patohistoloog K. Titkin). Huvitav on märkida, et 10 haigest kahel, kes olid pärast radikaalset ravi 5 aastat kliiniliselt metastaasidevabad, esines histoloogiliselt adenopapillaarne vorm (vt. tahvel IV, foto 2). Viimane vorm näib oma kliiniliselt kulult olevat suhteliselt healoomulisem.

Diagnoos pandi haigete kaebuste ja objektiivse leiu alusel. Lähtudes patsientide east loeti paljud verejooksud eelneva raviperioodi vältel lihtsalt klimakteeriliste häirete hulka ja haigeid raviti pikemat aega konservatiivselt. Kuna väga tihti, H. Wilkeni (13) järgi isegi $^1/_3$ juhtudest, kaasneb munajuha primaarse vähiga emaka müomatoos või tservikaalpolüpoos, mis põhjustavad samuti veritsemist, ei pöörata emakamanuste uurimisele sageli küllaldast tähelepanu. Samuti võib sel juhul emakakaape histoloogiline uuring viia ebaõige diagnoosi püstitamisele. Ka meie juhtudel oli 2 haigel histoloogilise uuringu alusel küllaldane põhjus veritsemiseks — ühel juhul submukoosne müoomisõlm ja teisel glandulaarne hüperplaasia koos polüpoosiga. Mõlemal korral pandi ebaõige operatsioonieelne diagnoos.

Kirjanduse andmeil soovitatakse diagnoosimisel laialdasemalt kasutada tsütotesti Papanicolau järgi, mis annab õige teostamise korral häid tulemusi juba haiguse varajases staadiumis (2, 7, 8, 9, 13 jt.). Meil uuriti tsütoloogiliselt 3 haiget. Ainult 1 juhul esines rakkude atüüpia ja malignisatsiooni kahtlus, kuid samal haigel leiti emakakaape histoloogilisel uuringul emakakeha maliigne adenoom, mis operatsioonil osutus munajuha vähktõve metastaasiks.

Üheks tähtsamaks diagnostiliseks menetluseks on emakaõõne abrasioon. Kui vaginaalsel uurimisel esineb kombeldav kasvaja, abrasioonil aga endomeetriumi kaabe puudub, siis tuleb üle 35-aastaste naiste puhul mõelda emakamanuste pahaloomulisele protsessile. Uuritud haigetest neljal teostati emakaõõne abrasioon, neist kahel leiti histoloogiliselt emakakeha vähk, mis operatsioonil osutus mõlemal juhul munajuhavähi metastaasiks.

Operatsioonieelsetes diagnoosides oli meie andmetel esikohal emakamanuste kasvaja 4 haigel, kusjuures 2 juhul kahtlustati samaaegselt munajuha esmast vähki. 2 haigel diagnoositi emaka müomatoosi, 2-l emakavähktõbe ja 2-l kahtlustati munajuhavähki (s. t. munajuhavähki kahtlustati enne operatsiooni 10 juhust neljal).

Munasarjakasvajate diagnoosimisel on viimasel ajal nii meil kui ka välismaal üha laialdasemalt levinud kuldoskoopia (uurimine Douglase ruumi kaudu). See meetod võimaldab kasvaja visuaalset uurimist, mis asendab paljudel juhtudel proovilaparotoomiat (3, 5).

Munajuha esmase vähi ravimisel esineb kaks põhisuunda: 1) emaka ja manuste täielik eemaldamine järgneva röntgensüvaraviga (7, 10, 12 jt.) ja 2) emakamanuste kirurgiline eemaldamine, kusjuures emakas säilitatakse emakaõõnesiseseks koobaltraviks, sest ainult operatsioonijärgne röntgenravi ei anna soovitud tulemusi (2, 5 jt.). Kirurgilise ravi puhul on nõutav operatsiooni ajal eemaldatud kasvaja läbilõike kohene vaatlus ja võimaluse korral histoloogiline kiiruuring. Sellest sõltub edasine operatsioonitaktika, mille õigsus omakorda väldib võimaliku relaparotoomia. Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris ravitud 8 haigel teostati radikaalravi — emakamanuste ja emaka täielik eemaldamine või supravaginaalne amputatsioon neile järgneva röntgensüvaraviga. Palliatiivne operatsioon (suure rasviku resektsioon ja protsessist haaratud emakamanuse eemaldamine) teostati 2 haigel. Kemoterapeutilise ravimina oleme 2 juhul manustanud operatsiooni ajal kõhuõõnde 40 mg TioTEF-i

Prognoos A. C. Sinha (12) järgi oleneb munajuhavähi histoloogilisest arenguastmest. Meie andmeil tervistus 10 haigest 2, kes elasid kauem kui 5 aastat. Nendest 1 elab käesoleval ajal tervena, teine haige suri 8 aastat pärast radikaalravi metastaaside tõttu maksas. 6 haiget suri 1 nädala kuni 3 aasta jooksul kartsinomatoosi tagajärjel, 1 haige on elanud 7 kuud, teine 3 a., kuid käesoleval ajal esinevad mõlemal laialdased metastaasid.

Järeldused

1. Naiste nõuandla arstid peavad senisest rohkem tähelepanu pöörama vesisele voolusele menopausi ajal ja uurima neid haigeid mitmekülgselt ja põhjalikult.
2. Laialdasemalt ja korduvalt tuleb rakendada tsütotesti, mis oma lihtsuse tõttu on teostatav igas haiglas.
3. Adneksprotsesside visuaalseks diagnostikaks on tarvis kasutada kuldoskoopiat.
4. Munajuha esmase vähktõvega haigete ravi on kombineeritud: pärast operatsiooni tuleb rakendada õõnesisest koobaltravi koos röntgensüvaraviga. Lisaks eespoolmainitule tuleks laialdasemalt rakendada hormooni- ja kemoterapeutilisi preparaate.

KIRJANDUS

1. Брусиловский И. А., Эпштейн И. Ф., Куклина А. А., Халфина И. Я. Акушерство и гинекология, 1960, 3, 40—42. — 2. Мандельштам В. А. Вопр. онкологии, 1960, 2, 57—61. — 3. Corscaden, J. Gynecologic Cancer. Baltimore, 1956, 442—450. — 4. Czipri, M., Tomber, J. Zbl. gynäkol., 1958, 26, 997—1000. — 5. Hayden, G. E., Potter, E. L. Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 1960, 79, 24—31. — 6. Hofstätter, R. Der Krebsarzt, 1960, 7/8, 318—319. — 7. Leonhardt, A. Zbl. Gynäkol., 1956, 41, 1645—1649. — 8. Martin, K. F. Zbl. Gynäkol., 1960, 39, 1499—1504. — 9. Schneider, E. Zbl. Gynäkol., 1957, 5, 184—189. — 10. Schultze, K. Zbl. Gynäkol., 1958, 51, 1992—1996. — 11. Semerak, V. Neoplasma, 1959, 2, 221—224. — 12. Sinha, A. C. Brit. Med. J., 1959, 5158, 996—1001. — 13. Wilken, H. Z. für ärtzl. Fortbild, 1960, 4, 186—187.

О ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЯЙЦЕВОДА

В. Paydcenn

Резюме

Из зарегистрированных в период 1949—1961 гг. в Таллинском республиканском онкологическом диспансере 1880 случаев первичного рака женских половых органов было 10 случаев (0,53%) первичного рака яйцевода. Возраст больных первичным раком яйцевода был 45—60 лет, у четырех из них был рак правого, у четырех — левого и у двух рак обоих яйцеводов. У 9 больных были бели серозного или геморрагического харак-

тера, причем у трех из этих больных выявлено *hydrops tubae profluens* с периодическими болями. Жалобы на боли предъявляли 7 больных. Из 10 больных у 8 прощупывалась опухоль.

С диагностической целью применялось выскабливание полости матки и цитологическая проба. До операции у 4 больных из 10 подозревалось заболевание яйцевода первичным раком. Оперативному лечению подверглись все 10 больных, а 8 из них — и послеоперационной рентгенотерапии. Гистологически в 4 случаях был диагностирован аденопапиллярный, в 4 — аденосолидный рак и в 2 — их смешанная форма. У 2 больных из 10 в течение 5 лет рецидива не наступило.

Для улучшения диагностики первичного рака яйцевода больные в женских консультациях должны подвергаться всестороннему обследованию с одновременным применением выскабливания матки и цитологического теста (пробы). Для визуальной диагностики процессов придатков следует применять кульдоскопию. Больных необходимо подвергать комбинированному лечению: операция, внутриполостная кобальтотерапия, послеоперационная глубокая рентгенотерапия, а также химиотерапия.

DIABEETILISE GLOMERULOSKLEROOSI JUHT

R. ORŠANSKAJA ja *I. RÄTSEP*

(Tallinna Linna III Haiglast, peaarst *V. Davidovitš*)

Seoses insuliini kasutusele võtmisega pikenes suhkruhaigete eluiga ja muutusid nende surma põhjused. Mõnede autorite andmeil on diabeetiline kooma surma põhjuseks 1,1% juhtudest [varem 63,8% juhtudest (3)]. Samal ajal on aga sagenenud suremine ateroskleroosi tagajärjel. Samuti on sagenenud suremine ureemiasse. Ureemia põhjuseks on mitmesugused suhkruhaigusega kaasnevad neerukahjustused, nagu püelonefriit, neerude arterioloskleroos, diabeetiline glomerulоskleroos jt. (2, 3).

1936. a. kirjeldasid Kimmelstiel ja Wilson (tsit. 3, 4 järgi) esmakordselt suhkruhaigusele karakteerset kliinilis-anatoomilist sündroomi interkapillaarse glomerulоskleroosi ehk glomerulohüalinoosi nimetuse all. Haigetel esinevad sel puhul albuminuuria, arteriaalne hüpertoonia, diabeetiline retinopaatia ja nefrootilised tursed. Varasemateks tunnusteks on muutused silmapõhjas ja albuminuuria. Võrkkestas tekivad väikesed täppverevalumid, kapillaaride aneurüsmid jne., mis põhjustavad pimedaksjäämist. Albuminuuria võib olla ajutine ning väheneda, enamasti on see aga mõõdukas, progresseeruva iseloomuga (5). Nefrootilist tüüpi arteriaalne hüpertoonia esineb 75—90% haigetest. Tursed esinevad harvem, võides areneda anasarkani. Nefroosisündroomi täheldatakse sagedamini noortel haigetel, hüpertooniat aga vanematel haigetel. Diabeetiline glomerulоskleroos esineb aastaid diabeeti põdenud haigetel ning kulgeb varjatult. Seepärast avastatakse seda suhteliselt harva. Haiguse kulg on aeglane. Neerupäsmakeste progresseeruv kahjustus viib neerude puudulikkuseni, millest omakorda areneb asoteemiline ureemia. Kaugelearenenud juhtudel langeb neerude kontsentratsioonivõime, vähenevad glükosuuria ning hüperglükeemia ja langeb insuliinivajadus. Spetsiifiline ravi kirjeldatud sündroomi puhul puudub. Võib oletada, et suhkruhaige õige ravi insuliini ja dieediga võib põhihaiguse paranemise korral ennetada ka glomerulоskleroosi teket.

13. oktoobril 1961. a. toodi Tallinna Linna III Haiglasse (haiguslugu nr. 1488) komatoosses seisundis 30-aastane naishaige, elukutselt meditsiiniõde, I grupi invaliid. Haige põdes suhkruhaigust 1955. a. alates. Kuni 1958. a. oli ravi korrapäratu. Alates 1958. a. viibis korduvalt ravil Tallinna haiglates (Nõmme Haigla, Tallinna Linna II Haigla, Tallinna Vabariiklik Haigla). 1958. a. tekkis haigel pärast lateraalse malleoluse murret parema hüppeliigese piirkonna gangreen. Kuna konservatiivne ravi ei andnud tulemusi, amputeeriti haigel 1959. a. parem jalg. Samal ajal kaebas haige valgusekartuse üle — diagnoositi konjunktiviiti. 1959. a. lõpul diagnoositi tal juba algavat diabeetilist katarakti. Veresuhkur püsis pidevalt 200—300 mg% piires, suhkur uriinis oli 1958. a. 0—4,6%, viimastel aastatel 0—1%. Uriini erikaal langes

1961. aastaks normaalsetelt väärtustelt 1007—1002-ni. Kuni 1961. a. oli arteriaalne vererõhk normaalne. Alates 1961. a. kevadest tõusis arteriaalne vererõhk kuni 200/120 mmHg. 1961. a. aprillikuus diagnoositi haigel esmakordselt diabeetilist glomeruloskleroosi e. Kimmelstiel-Wilsoni sündroomi. Haige jäi pimedaks 1961. a. mais. Kuni 1958. aastani kasutas haige insuliini juhuslikult. Alates 1958. a. oli päevane insuliiniannus 30—40 TÜ. Viimasel aastal insuliinivajadus langes kuni 10 toimeühikuni päevas.

Tallinna Linna III Haiglasse saabumisel oli haige üldseisund väga raske. Kontakt temaga puudus, välisärritustele ta ei reageerinud. Nägu pastoosne, nahk kahvatu, kuiv, jahe. Bulbused pehmed, nähtavad limaskestad kuivad. Suust eritus uriinilõhna. Hingamine oli sügav, Kussmauli tüüpi, 12—15 korda minutis. Auskultatoorselt esines rohkesti kuivi ja märgi räginaid. Südametoonid vaevalt kuuldavad, irregulaarsed, 98 korda minutis. Arteriaalne vererõhk 140/80 mmHg. Kõht puhitunud, esines astsiit. Maks oli suurenenud. Vasakul jalal esines turse, mis ulatus põlveni. Veresuhkur 296 mg%, jääklämmastik 225 mg%, urea 328 mg%, hgb. 49 üh., SR 7 mm/t., leukotsüüte 10600, valge vere valemis väike nihe vasakule. Verevalgud normis. Uriini erikaal 1010, valku 1,3%, suhkur ja atsetoon negatiivsed. 28 tundi pärast haiglasse saabumist haige suri anuuria ja kopsuödeemi nähtudega.

Kliiniline diagnoos: *diabetes mellitus, glomerulosclerosis diabetica, uraemia, retinopathia diabetica, amaurosis.*

Lahangul täheldati aneemiat, toitumus langenud, perifeersed tursed, samuti tursed õõntes (pleura- ja kõhuõõnes kuni 3,5 liitrit läbipaistvat vedelikku). Kopsudes sedastati ödeemi ja kompressiooni atelektaasi. Südame vasak vatsake suurenenud, seina paksus 2 sm. Südamelihas kuiv, hallikaspruun, suurte helekollast värvust nekroosikolletega vatsakestevahelises vaheseinas ja vasaku vatsakese seinas. Muskaatmaks mõõdetult suurenenud. Veidi suurenenud põrnas laialdased infarktid. Maos ja soolestikus tugev ureemiline katarr. Kõhunääre vähenenud ligi kaks korda (mõõdud 15×1,5×0,6 sm), tihenenud, väikesesagaraline, koejoonis ebaselge. Neerud suuruselt tavalised, kapsel raskesti eralduv, selle all neeru pind ebaühtlane, suurte sissetõmmetega. Neerude lõikepind kirju, kollakaspunane. Kõikidest elunditest eritub tugevat uriinilõhna.

Histoloogilisel uuringul esines kõhunäärme parenhüümi tugev atroofia side- ja rasvkoe vohanditega, mis kohati asendasid terveid sagarikke. Langerhansi saarekesi vähe, rakud neis püknootilised. Näärme veresooned paksenenud, hüaliniseerunud seintega, kohati kiustunud. Selliste veresoonte ümber ja sees suurtest plasmarakkudest infiltraadid, mille keskel eosiiniga intensiivselt roosaks värvunud kohad (vt. tahvel I, foto 1). Neerud: enamik neerupäsmakesi sisaldab eosiiniga roosaks värvunud, hüaliini meenutavaid ovaalseid ja kerakujulisi homogeenseid moodustisi, kohati leidub samasugust massi poolkuu-, kupli- ja mütsitaoliselt; Bowmani kapslid paksenenud, paljud neist sisaldavad epiteeli all samasuguseid moodustisi nagu päsmakesed. Päsmakeste kapillaaride, Bowmani kapslite ja kanalite basaalmembraan paisunud, kihistunud ning sisaldab kohati tüüpilisi moodustisi. Veresooned muutunud, aferentsete arterioolide seinad paisunud. Osal kanalitel valendik laienenud, täidetud hüaliinsete ja sõmerjate silindritega. Neeru stroomas esineb kohati rakuline infiltratsioon (vt. tahvel I, foto 2, ja tahvel II, foto 3).

Südame lihaskiud katkestatud paljudest kohtadest eosiiniga värvuvate kämbukeste poolt. Lihaskiududes nekroosikolded, mille ümber tugev põletikuline infiltratsioon (vt. tahvel II, foto 4).

Põrnaarterites tugevalt väljakujunenud skleroos ja hüalinoos. Arterite seintes esinevad samasugused moodustised nagu neerudeski.

Protsessi olemus seisneb järgnevas. Homogeensed hüaliinimassid ladestuvad mitte kapillaaride lingude vahele, nagu varem arvati, vaid endoteelrakkude tsütoplasmasse (1, 5). Toimub proliferatsioon samaaegselt basaalmembraanide paksenemise ja struktuuriliste muutustega. M. Vovsi (5) järgi toimuvad suured histoloogilised muutused päsmakeste rakkudes ja membraanides. Koos mukopolüsahhariidide väljalangemisega basaalsetes ja kapillaarsetes membraanides areneb päsmakeste endoteeli hüalinoos. Edasi viivad need muutused tema arvates kahjustatud päsmakeste skleroosini või täieliku hävinguni.

Meie poolt kirjeldatud juhul oli tegemist noore naishaigega, kes haiguse algaastail ei saanud küllaldast ravi. Läbipõetud gangreen võis olla neerusid kahjustavaks lisafaktoriks. Antud juhul võisid diabeetilise glomeruloskleroosi põhjustada mõlemad nimetatud asjaolud.

KIRJANDUS

1. Давыдовский И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека, том. II. М., 1958, 602—603. — 2. Богуславская Г. В. и Гредитор Е. М.

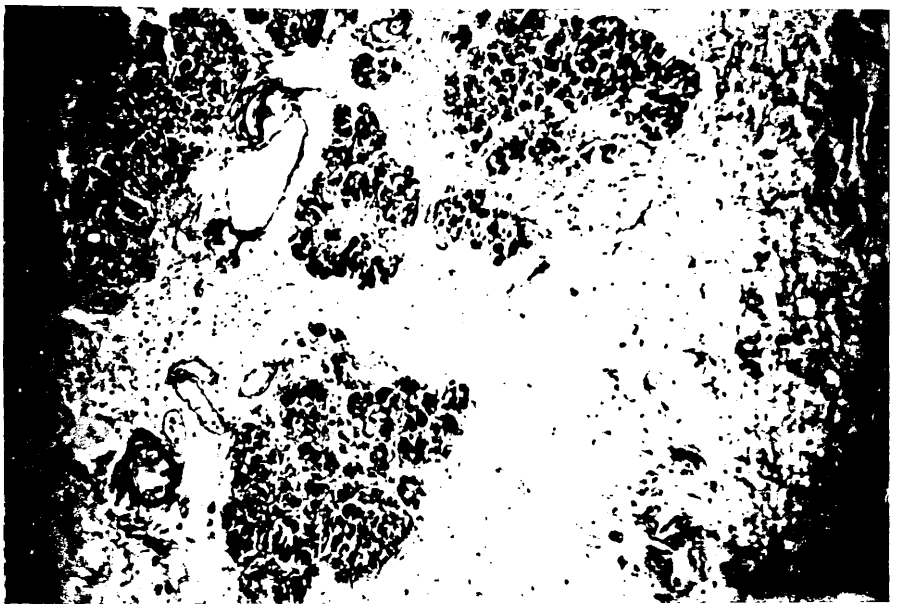


Foto 1. Kõhunääre. Näärme sagarikud väikesed, rasv- ja sidekoeliste vohanditega. Langerhansi saarekesi leidub vähe ja need on atrofeerunud

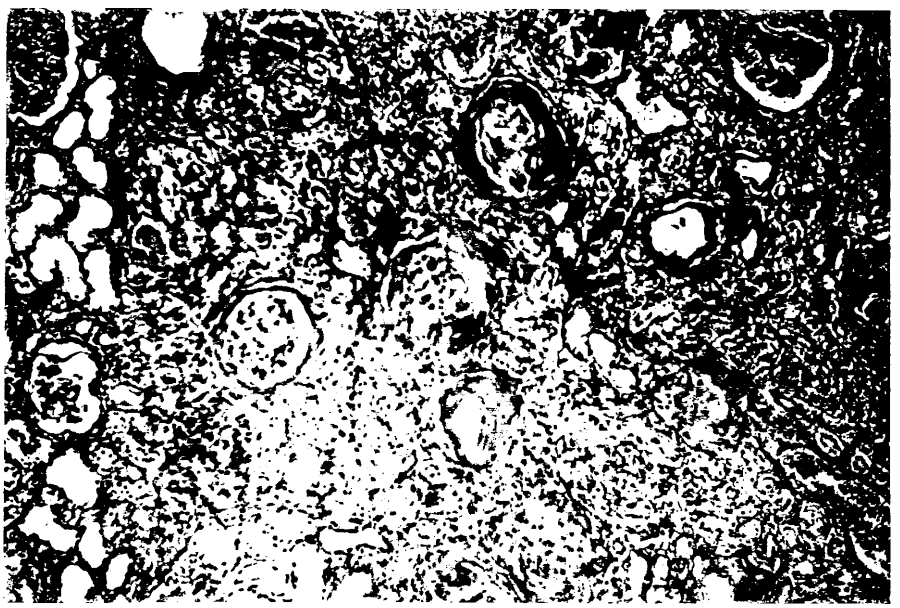


Foto 2. Neer. Suur osa päsmakesi valkkehakeste ladestustega. Näha kohevad, paksenenud, intensiivselt värvunud Bowmani kapslid. Kanalid laienenud, osa neist täidetud silindritega

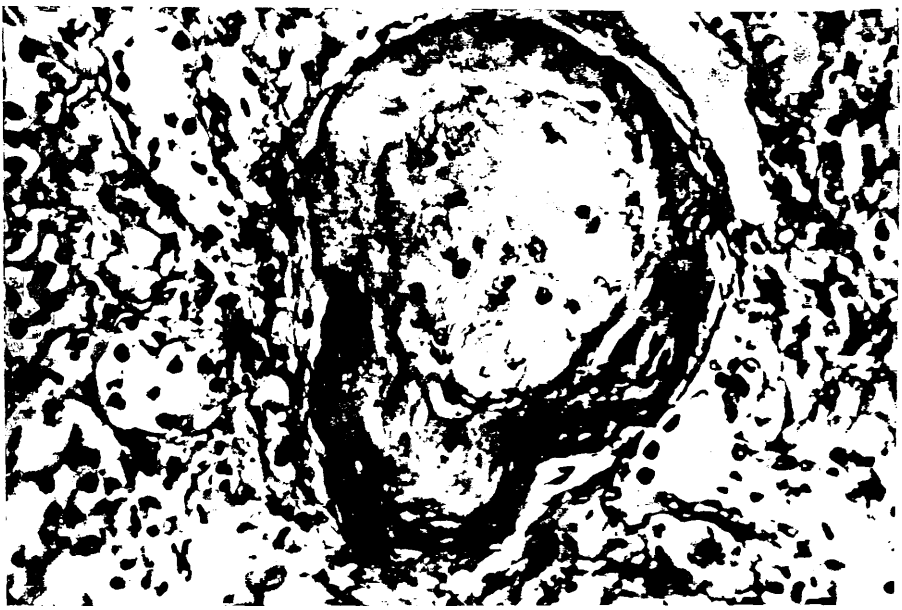


Foto 3. Neer (tugevasti suurendatud). Näha päsmake homogeensete moodustistega, mis täidavad peaaegu kogu päsmakese. Perifeerias kuplitaoline moodustis

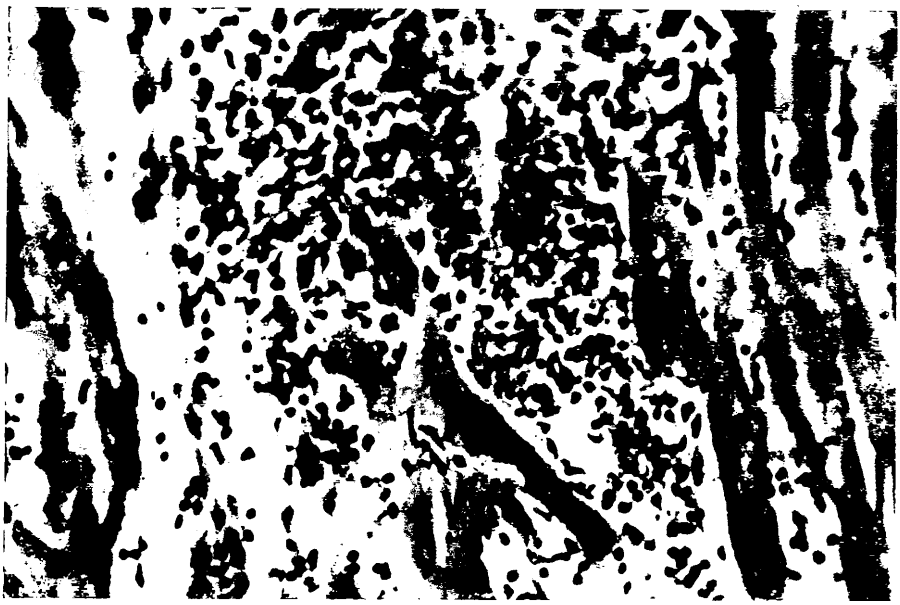


Foto 4. Südamelihas. Südamelihase kiud katkestatud valkkehakeste kämbukeste poolt, osa kiude nekrotiseerunud. Nekrotiseerunud osakeste ja kämbukeste ümber tugev põletikuline rakkinfiltratsioon

Врачебн. дело, 1961, 9, 20—23. — 3. Коган Б. Б., Ходжамирова В. С., Гулина Л. А., Жданов В. С. Терапевт. архив, 1960, 3, 52—60. — 4. Тареев Е. М. Нефриты. М., 1958, 576—577. — 5. Вовси М. С. Болезни системы мочеотделения. М., 1960, 158—160.

СЛУЧАЙ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА ПРИ ДИАБЕТЕ

Р. Оршанская и *И. Рятсеп*

Резюме

После открытия инсулина резко возросла продолжительность жизни больных диабетом и изменились причины, приводящие их к гибели. Так, от диабетической комы в настоящее время погибает только 1,1% больных, вместо прежних 63,8%, но зато чаще наблюдаются случаи гибели от атеросклероза и уремии. Причиной последней являются различные сопутствующие диабету заболевания почек. Киммельштиль и Уилсон в 1936 г. описали клинико-анатомический синдром, названный ими диабетическим интеркапиллярным гломерулосклерозом, или гломерулогиалинозом. Синдром характеризуется альбуминурией, артериальной гипертонией, диабетической ретинопатией и нефротическими отеками. Диабетический гломерулосклероз встречается у нерегулярно лечившихся больных диабетом, причем анатомическая сущность процесса заключается в глубоких гистохимических изменениях в клетках и мембранах клубочков с выпадением мукополисахаридов и белков, что ведет к склерозу клубочков и их гибели, вследствие чего развивается почечная недостаточность и уремия.

В 1961 г. в Таллинскую III городскую больницу в коматозном состоянии была доставлена больная диабетом с синдромом Киммельштиля-Уилсона. Больная, 30 лет, по профессии медицинская сестра, страдала диабетом с 1955 г. Лечилась до 1958 г. нерегулярно. Болезнь протекала с альбуминурией, диабетической ретинопатией, приведшей к слепоте, а с 1961 г. — и с повышенным артериальным давлением. Спустя 28 часов после поступления в больницу больная скончалась.

В почках наблюдалась массовая гибель клубочков вследствие отложения в эндотелии клубочков и базальных мембранах гиалиноподобных масс, интенсивно окрашивающихся эозином. Местами в почках были видны колпачки и шапочки из этих же масс. Такие же глыбки белковых тел были обнаружены в сердечной мышце и других органах.

Специфическое лечение описанного синдрома не известно. Только своевременное распознавание и регулярно проводимое лечение сахарного диабета могут предотвратить развитие диабетического гломерулосклероза.

NURGAMÕÕTJA-SUUNAJA TARVITAMISE METOODIKA REIELUUKAELA MEDIAALSETE MURDUDE PUHUL

Š. GULORDAVA

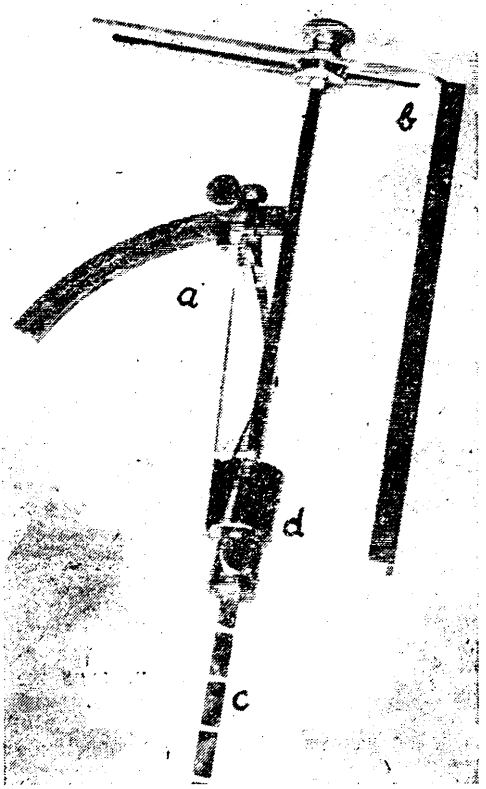
(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Enamik traumatoloogе peavad reieluukaela mediaalsete murdude puhul täiesti õigustatult valikmeetodiks kinnist osteosünteesi kolmetahulise naelaga. Arvukate soovitatud aparaatide ja suunajate rakendamine ei ole kirurgide-praktikute hulgas laialdaselt levinud. Tegeldes reieluukaela mediaalsete murdude operatiivse raviga konstrueerisime 1958. a. nn. nurgamõõtja-suunaja ning rakendasime seda Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonnas.

Aparaat koosneb nurgamõõtjast (a), suunavast vinklist (b) ja suunajast-mõõtjast (c) (vt. joonis 1). Nurgamõõtja põhiosaks on kaks omavahel risti asetsevat kaarekujulist skaalat. Üks neist, millel on jaotused 0—30° (paremalt vasakule) on jäigalt ühendatud nurgamõõtja alusega. Selle skaala abil määratakse külgvaates suunamõõtja ja reieluukaela telje vaheline nurk, mis võimaldab kolmetahulise naela õiget suunamist.

Nurgamõõtja aluse (d) ülemine osa on šarniiri abil ühendatud vardaga. Varras on omakorda jäigalt ühendatud teise gradueeritud kaare-

kujulise skaalaga (jaotused 0 kuni 45°). Viimase skaala abil määratakse kolmetahulise naela suund otsevaates.



Joonis 1. Nurgamõõtja-suunaja

Gradueeritud skaalad fikseeritakse vajalikku asendisse kahe kruviga varustatud fiksaatori abil.

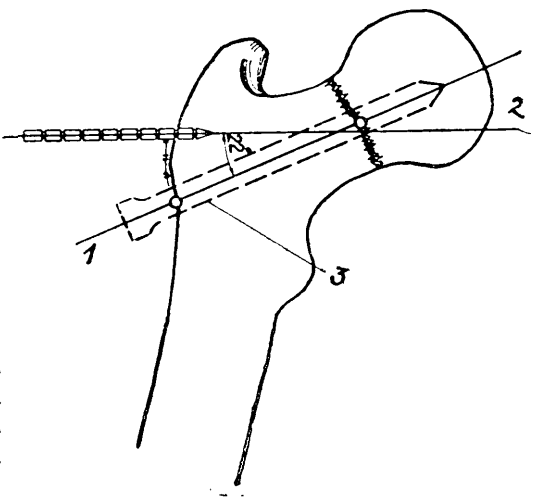
Suunav vinkel kujutab endast täisnurga all painutatud metallliistu, mille ühel harul on pilu nurgamõõtja varda kinnitamiseks, teisel harul aga on painutatud serv, mis juhib pikendaja otsa kruvitud kolmetahulist naela.

Operatsiooni ajal pannakse nurgamõõtja suunajale-mõõtjale; selleks on nurgamõõtja alusel (d) vastav neljakandiline ava. Suunaja-mõõtja kujutab endast terava otsaga ja üheksa 1-sentimeetrise jaotusega neljatahulist metallvarrast, mille abil määratakse kolmetahulise naela orienteeruv suund ja mõõdetakse kõik vajalikud kaugused röntgenogrammil.

Enne operatsiooni tuimastatakse murru koht Böhleri järgi ja haige asetatakse külgasendis ortopeedilisele lauale. Kere alumine osa kinnitatakse külgkinnitajatega. Vastusurveks on üle lahkliha kulgev riidest vöö. Vigastatud jäsemele antakse kerge sirutusasend, pöid fikseeritakse ortopeedilise laua pöiatoele, pööratakse sissepoole ja asutakse venitama. Arvestades, et murd on juba haige saabumise päeval osaliselt paigaldatud skeletivenituse abil ja haige lamab küljeli, mispuhul murd lihaste lõtvumise tõttu paigaldub enamasti võrdlemisi kergesti, peab venitus olema kerge. Samal ajal tuleb vigastatud jäset kindlalt kinni hoida.

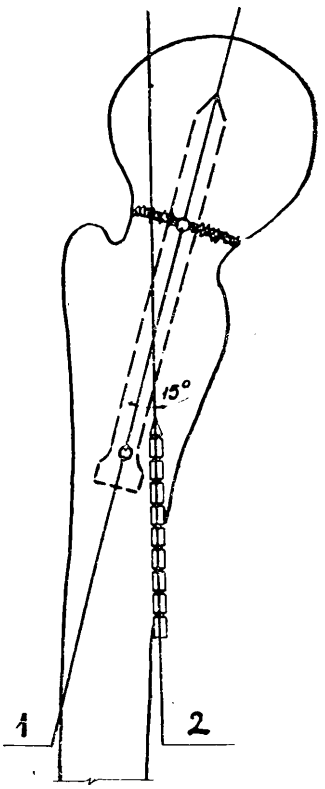
Suure pöörla keskmisesse osasse viiakse (kohaliku tuimastusega) suunaja-mõõtja ning tehakse kahes projektsioonis röntgeniülesvõte.

Otsevõttel (vt. joonis 2) märgitakse reieluukaela ja -pea telje vajalik suund. Selleks tõmmatakse sirgjoon pöörla-alusest piirkonnast (kõige kohasem koht kolmetahu-



Joonis 2. Röntgenogrammi skeem (otsevaates): 1 — reieluukaela telje vajalik suund, 2 — suunaja-mõõtja telg, 3 — sisseviidud kolmetahulise naela asetuse skeem

lise naela sisselöömiseks) reieluupea keskkohani. Malli abil tehakse kindlaks reieluukaela telje suuna ja suunaja-mõõtja telje varju suuna lõikumise nurk. Saadud parandus kantakse gradueeritud skaalale (jaotustega 0 kuni 45°). Peale selle on otsevõttel määratav reieluukaela ning -pea



Joonis 3. Röntgenogrammi skeem (külgvaates): 1 — reieluukaela telje vajalik suund, 2 — suunaja-mõõtja telg

Joonis 4. Kolmetahulise naela sisselöömine nurgamõõtja-suunaja abil

tegelik pikkus (järelikult ka kolmetahulise naela sisselöömise sügavus) ja kaugus suunajast-mõõtjast kuni valitud sisselöömispunktini. Mõlema kauguse määramise metoodika on ühesugune. Kõikide kauguste mõõtmise aluseks reieluukaela röntgeniülesvõtetel on sentimeetriste jaotustega suunaja-mõõtja ja selle vari, mis, asudes samal tasapinnal reieluukaela ning -peaga, muutuvad röntgenogrammil oma mõõdetelt ühesuguselt.

Külgülesvõttega (vt. joonis 3) saab määrata vahetult suure pöörla aluse piirkonna punkti asukoha reieluu keskjoonel ja reieluukaela murrujoone keskkoha. Nendest punktidest tõmmatakse joon reieluukaela ja -pea telge mööda. Mõõdetakse malliga selle joone ja suunaja-mõõtja varju lõikenurk. Saadud nurk (vastavalt reieluupea kallakule taha või ette) kantakse gradueeritud skaalale külgsuunas. Heade ülesvõtete korral saab kõik need lihtsad mõõtmised teha 5—10 minuti jooksul.

Pärast haige vastavat ettevalmistamist operatsioonieelsel perioodil tehakse kohaliku novokaiinituimastusega suure pöörla kohal puusa välisel pinnal suunamõõtjast allpool 6—8 sm pikkune lõige. Paljastatakse suunaja-mõõtja ja suure pöörla alune. Mõõdetakse varem saadud vahe-

maa suunajast-mõõtjast kuni kolmetahulise naela meie poolt valitud sisseviimispunktini. Samal tasapinnal, suure pöörla aluse piirkonna keskjoonel, määratakse kindlaks ka löögipunkt. See punkt on anatoomilises mõttes kõige sobivam koht ja tema projektsioon vastab alati reieluukaela teljele. Pärast löögipunkti kindlaksmääramist ja ettevalmistuse tegemist kolmetahulise naela sisselöömiseks asetatakse nurgamõõtja-suunaja suunaja-mõõtjale, suunav vinkel viiakse kolmetahulise naela sisselöömispunktile, vinkli painutatud servaga harule asetatakse pikendaja koos sellele kruvitud kolmetahulise naelaga (vt. joonis 4) ja lüüakse nael sisse.

Vastavalt osteosünteesi käigule tehakse kontrollülesvõtteid ja, veendudes suuna õigsuses, lüüakse kolmetahuline nael vajaliku sügavuseni. Operatsioonihaava niisutatakse penitsilliinilahusega Nesterovi järgi ja õmmeldakse umbselt kinni.

Osteosünteesi teostamine kolmetahulise naelaga nurgamõõtja-suunaja abil on tehniliselt kergesti teostatav, saadud lähis- ja kaugtulemused on enamasti head.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ УГЛОМЕРА-НАПРАВИТЕЛЯ ПРИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ш. Гулордава

Резюме

Для закрытого остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости автором сконструирован аппарат «угломер-направитель». Аппарат состоит из угломерного устройства, направляющего угольника и ориентира-измерителя.

Угломерное устройство имеет основание с двумя дуговыми градуированными шкалами, расположенными во взаимно-перпендикулярных плоскостях. При помощи этих шкал устанавливается правильное направление трехлопастного гвоздя. Направляющий угольник представляет собой металлическую полоску, согнутую под прямым углом, одна сторона которой надевается на угломерное устройство, а по другой стороне ее направляется кондуктор с ввинченным трехлопастным гвоздем.

Ориентир-измеритель представляет собой четырехгранный металлический стержень с делениями по 1 см.

Больного кладут на ортопедический стол в боковое положение. Над большим бугром бедренной кости вводят ориентир-измеритель и производят рентгеноснимки в двух проекциях.

На снимках при помощи транспортира и ориентира-измерителя определяют угол направления, точку и глубину введения трехлопастного гвоздя (рис. 2 и 3).

Под местной новокаиновой анестезией обнажают под большим бугром бедренную кость, угломер-направитель надевают на ориентир-измеритель и вводят трехлопастной гвоздь в заданном направлении.

Остеосинтез при помощи «угломера-направителя» легко выполним и дает обычно хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

ENTEROVIIRUSE *COXSACKIE* B-5 POOLT PÕHJUSTATUD HAIGUSPUHANG *(MORBUS BORNHOLMI)* EESTI NSV-s

A. JANNUS

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

Käesoleva aasta suvel puhkes Suure-Jaani linnas ja Viljandi rajoonis enteroviiruse *Coxsackie* B-5 poolt põhjustatud pleurodüünia ehk *morbus Bornholmi* epideemiline puhang. Haigus jätkus veel septembrikuus ja haaras ligi 200 inimest mitmesuguses vanuses. Sporaadilisi juhte esines ka Eesti NSV teistes linnades ja asulates (Tallinnas, Pärnus, Jõhvis, Viljandis, Vändras ja Mustlas).

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi poolt teostatud uurimistel isoleeriti haigetelt esimesel

korral saadud väljaheidetest 33 tsütopatogeenset agensit, mis osutusid tüpiseerimisel *Coxsackie* B-5 viiruseks. Viirust neutraliseerivate antikehade tiiter oli kõrgenenud 41 juhul. Tiitri maksimumiks oli 1 : 1024. Haigus kestis keskmiselt 2—7 päeva, kuid paljudel juhtudel märksa kauem, isegi kuni 7 nädalat. Osal täheldati 2—5 päeva pärast temperatuuri langemist hoogude kordumist. Haigust iseloomustasid temperatuuri järsk tõus (39—40°) ja ägedad, enamasti hookaupa kulgevad kõhu- ning rinnavalud. Domineerivatel juhtudel oli tegemist kurgu hüpereemiaga. Kaasusid tugevad peavalud. Osal haigeist esines pööritus ja oksendamine. Ühel juhul tekkis kõhulahtisus. Mõnedel haigetel olid kõhu- ja rinnavalud niivõrd tugevad, et simuleerisid ägedat kõhtu või kopsupõletikku. Ka Tallinnas on esinenud selliseid haigusjuhte. Nii opereeriti Tallinna Vabariiklikus Haiglas apenditsiidi oletusega kuus Bornholmi tõvega last ning kümmekond sellist haiget sattus kopsupõletiku diagnoosiga Tallinna Linna II Haigla sisehaiguste osakonda. Mitmetel haigetel konstateeriti käte või jalgade pareesi. Sageli kaebasid haiged paresteesiate üle.

Olgu märgitud, et sporaadiliste haigusjuhtude esinemine veel jätkub, mistõttu peab olema eriti tähelepanelik. Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb silmas pidada pleuriiti, kopsupõletikku, maohaavandtõbe, apenditsiiti, ägedat pankreatiiti ja halvatusnähtude esinemisel poliomüeliiti. Prognoos on üldiselt hea, välja arvatud juhul, kui on haaratud müokard (viimast võib esineda lastel). Ravi on sümptomaatiline — voodirežiim, rahu, narkootilised vahendid jne. Ravi antibiootikumidega ei aita.

Haiged tuleb varakult hospitaliseerida, eriti lapsed koolidest ja lasteasutustest, samuti toitlusalal ja laste- ning meditsiiniasutustes töötajad. Haiged lubatakse haiglast välja 21 päeva pärast haigestumise algust. Et haigus on väga nakkav ja vastuvõtlikkus, eriti väikelastel, on suur, tuleb hoolikalt täita sanitaar-hügieenireegleid. Väga oluline on, et veevarustus vastaks sanitaarnõuetele. Infektsioon levib alimentaarselt, kuid võimalik, et ka piisknakkuse teel. Haiguse esinemisel lasteaias, -sõimes või -haiglas, samuti grupihaigestumiste korral koolis kehtestatakse seal 21 päevaks karantiin. Epideemia ajal tuleb piirata laste masskogunemisi (võistlused, spartakiaadid jne.). Haigust põdenud dispanseeritakse.

Haiguse lõplik diagnoosimine on võimalik ainult viroloogilise uurimisega, mistõttu uurimismaterjalid — väljaheited, liikvor, nina-kurguloputusvedelik ning veri (võetuna vähemalt 2 korda: esimene kord haiguse ajal, teine kord 2—4 nädala pärast) — tuleb saata uurimiseks viroloogia laboratooriumi.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ВСПЫШКА В ЭСТОНСКОЙ ССР, ВЫЗВАННАЯ ЭНТЕРОВИРУСОМ *COXSACKIE B-5* (БОЛЕЗНЬ БОРНХОЛЬМА)

А. Яннус

Резюме

В городе Сууре-Яани и Вильяндиском районе в начале июня 1962 года возникла эпидемическая вспышка асептического менингита. В течение трех месяцев заболело около 200 человек. Болезнь характеризовалась резким подъемом температуры и острыми болями в животе и груди (плевродиния). У части больных со стороны нервной системы наблюдались патологические явления в виде парезов конечностей.

Инфекция распространилась и в некоторых других местах республики, где вызвала спорадические случаи заболевания. Так например, в Таллине были оперированы 6 детей из-за подозрения острого аппендицита.

Копровирусологическим исследованием из первичных материалов были изолированы 33 цитопатогенных агента, которые при типировании оказались энтеровирусами Коксеки В-5. Серологические исследования показали, что в парных сыворотках у большинства больных было отмечено значительное нарастание титра антител к изолированному вирусу. Это свидетельствует о том, что вспышка была вызвана вирусом Коксеки В-5 и сама инфекция являлась болезнью Борнхольма или эпидемической миальгией.

KUIDAS KUULATLEDA LASTE SÜDANT

M. LUTS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst H. *Kääri*)

Fonokardiograafilise uurimismeetodi edusammud võimaldavad mitmekülgselt täiustada ja korrigeerida südame auskulteerimise ehk kuulatlemise küsimusi. Probleem on aktuaalne seetõttu, et müokardiidi diagnostikas on kuulatlemise osatähtsus väga suur ja selle tulemuste ebaõige tõlgendamine on kardioloogias kõige sagedasemaks veaks. Käesolevas töös püüame anda ülevaate südame kuulatlemise metoodikast uuema kirjanduse andmetel.

Kõigepealt tutvume kõrva talitluse mõningate iseärasustega, mis oluliselt mõjustavad kuulatlemist.

1. Kõrval on ärrituslävi nii heli võnkesageduse kui ka tugevuse suhtes. Seepärast ei ole nii mõnedki südametegevusega seotud nõrgad ja madala sagedusega võnked kuulatlemisel kindlaksmääratavad või nad on väga raskesti diferentsitavad.

2. Kõrva tundlikkus on heli sageduse suhtes suurem kui heli tugevuse suhtes. Heli võnkesageduse kasvades suureneb kõrva tundlikkus: a) erineva kõrgusega, kuid sama tugevusega toone me tajume kui erineva tugevusega helisid; b) et vahet teha kahe heli (südametoonide ja -kahinate sagedusalal) tugevuses, peab üks heli olema teisest vähemalt $1^1/_2$—3 korda tugevam; üksteisele vahetult mittejärgnevate helide korral on tarvis veelgi suuremat erinevust. Mainitud asjaolu raskendab toonide ja kahinate maksimaalse kuuldavusala määramist, eriti nende tugevuse hindamist korduval uuringul; c) võrdselt hästi tajume nii toone (50—200 Hz) kui ka kahinaid (200—1000 Hz), kuigi viimaste intensiivsus on tunduvalt madalam; d) kuulatlemisel sedastatav tooni või kahina tugevdamine või nõrgenemine võib osutuda hoopis võnkesageduse suurenemiseks või vähenemiseks.

3. Tugeva heli korral on raske eristada teist samaaegset, kuid nõrka heli — nn. maskeerimisfenomen. Näit. tugevasti aktsentueeritud II toon südame põhimikul või tugev I toon südame tipul raskendavad tunduvalt nõrga süstoolse või diastoolse kahina kuulatlemist; tugeva kahina korral on raske kindlaks teha nõrga või keskmise tugevusega tooni esinemist; kärarikkas ruumis on raskendatud nõrkade ja keskmise tugevusega kahinate kuulatlemine. Ruum, kus toimub kuulatlemine, peab tingimata olema vaikne.

4. Kõrv on üksikute helide pikkuste ja ajaliste vahekordade määramisel ebatäpne. Seetõttu ei suuda kõrv tavaliselt kindlalt eraldada kahte heli ajalise intervalliga alla 0,05″—0,07″ (selles suhtes esineb siiski suuri individuaalseid erinevusi); kahe tooni või kahina pikkuse võrdlemine kõrva abil on ebatäpne; on raskendatud helide järgnevuse kindlakstegemine, näit. presüstoolset kahinat peetakse sageli süstoolseks kahinaks.

5. Mida pikem on heli, seda tugevamini teda tajume, ja vastupidi — lühikesed helid on raskemini määratavad.

6. Kui I tooniga kaasneb süstoolne kahin, siis I toon kostub nõrgemini kui sama tugev I toon ilma kahinata.

7. Kõrv on väga tundlik toonide ja kahinate tämbri suhtes; fonokardiograaf ei paku selleks võimalusi.

Kuulatlemise metoodika.

1. Kuulatlemise tulemus sõltub kasutatava instrumendi omadustest. Membraaniga varustatud fonendoskoop ja kõva stetoskoop annavad tugevamini edasi kõrgema sagedusega helisid, pehme stetoskoop aga madala sagedusega helisid. Seepärast aordi diastoolseid kahinaid, aga samuti toonide kahestumist ja vutirütmi soovitatakse kuulatleda ka fonendoskoobiga või kõva stetoskoobiga. Stetoskoop toimib teatud määral filtrina: mida väiksem on stetoskoobi diameeter, seda paremini antakse edasi kõrgema sagedusega helisid. Kuulatlemisleiu kvaliteeti mõjustavad ka stetoskoobi füüsikalised omadused.

2. Kuulatlemise tulemus sõltub oluliselt stetoskoobiga rindkerele vajutamise tugevusest: õrnalt vajutades kuuleme paremini madala sagedusega helisid — füsioloogilist I, II ja III tooni, vahel toonide kahestumist, galopirütmi, kardiopulmonaalset kahinat, mitraalklapi diastoolset kahinat jne.; tugevasti vajutades on selgemini kuuldavad kõrgema sage-

dusega helid: valvulaarsed süstoolsed kahinad, aordiklapi diastoolne kahin jt. Seejuures madala sagedusega helid tavaliselt nõrgenevad. Kui seda asjaolu ei arvestata, siis võib haige korduval jälgimisel juhtuda, et süstoolse kahina nõrgenemise või tugevnemise tõeliseks põhjuseks on hoopis kuulatlemise metoodiline ebatäpsus — stetoskoobi ebaühtlane vajutamine. Igas kuulatlemispunktis on soovitatav stetoskoobiga kuulatleda enne tugevasti ja seejärel õrnalt rindkerele vajutades.

3. I ja II tooni eristamine. Didaktilistel kaalutlustel on otstarbekas südametoone võrrelda silpidega: südame tipul — tám-ta ehk dúm-dak, põhimikul — tam-tá ehk dum-dák. I toon on II tooniga võrreldes ajaliselt pikem ja madalama sagedusega. I ja II tooni vahel on lühike intervall — süstol, II tooni ja järgneva I tooni vahel on pikem intervall — diastol; tipul kostub tugevamini I toon, baasil — II toon. I toon on sünkroonne tiputõukega ja unearteri pulsiga. Radiaalpulssi võib I tooni määramiseks kasutada ainult bradükardia korral. Pulss radiaalarteril hilineb umbes 0,17″ võrra, võrreldes I tooniga, seega tahhükardia korral võib radiaalpulss ajaliselt olla ligemal hoopis II toonile. Tugeva tahhükardia korral, eriti kui samaaegselt esineb arütmia, võib I ja II tooni eristamine osutuda praktiliselt võimatuks. Sellistel juhtudel saab toone eraldada alles kuulatlemisel pärast tahhükardia möödumist (näit. digitaalise toimel) või fonokardiograafi abil.

4. I tooni muutused südamepõhimikul ja II tooni muutused tipul ei ole iseseisva diagnostilise väärtusega: mõlemal juhul on tegemist edasikandunud muutustega, esimesel juhul — tipult, teisel juhul — põhimikult. Seepärast kirjeldatakse I tooni muutusi eelkõige tipu piirkonnas ja II tooni muutusi — südame põhimikul.

5. Kuulatlemisel on otstarbekas kontsentreerida tähelepanu südametsükli üksikutele faasidele allpool esitatud järjekorras (selektiivne kuulatlemine): a) I toon, b) II toon, c) süstol (intervall I ja II tooni vahel), d) diastol (intervall II tooni ja järgneva kompleksi I tooni vahel). Näiteks kui uuritaval patsiendil on südame frekvents 120 lööki ja on kuulda I toon, presüstoolne galopirütm, II tooni kahestumine, süstoolne kahin ja diastoolne kahin, siis esitatakse kõrvale ülesanne eristada ühes sekundis 12 erinevat heli. Sellisel juhul saadakse kuulatlusleiust kiiremini täielik ülevaade, kui püütakse kogu leidu haarata mitte korraga, vaid südametsükli üksikute osade kaupa, teatud kindlas järjekorras.

6. Kui II toon südame põhimikul on aktsenteeritud ja on raske vahet teha, kas II toon on rõhutatud aordil või kopsuarteril, võib toimida järgmiselt: kuulatletakse sümmeetrilistes punktides kahel pool rinnakut teises roietevahemikus rinnakust järjest kaugenedes, kuni ühel pool II toon tunduvalt nõrgeneb või kaob. Kui näiteks teatud kaugusel rinnakust II toon on kuuldav ainult (või peamiselt) vasakul, võib diagnoosida II tooni aktsenti kopsuarteril, ja vastupidi. II tooni muutuste hindamisel tuleb arvestada, et tugeva rotatsiooni korral ümber pikitelje kellaosuti liikumise suunas (EKG: $S_I Q_{III}$) või kogu südame vasakule nihkumise korral on II roietevahemikus rinnakust vasakul kuulatletavad II tooni muutused sageli seotud hoopis aordiklappidega.

7. Diagnostiliselt on oluline jälgida kuulatlusleiu muutumist seoses hingamisfaasidega. Sissehingamisel: a) aktsidentsed kahinad nõrgenevad; b) tuleb kuuldavale II tooni füsioloogiline lõhestumine (hilineb II tooni pulmonaalne komponent); c) tugevneb pulmonaalse komponendi hilinemisest põhjustatud II tooni patoloogiline kahestumine; d) mitraalstenoosi diastoolne kahin nõrgeneb; e) trikuspidaalklapi süstoolne ja diastoolne kahin tugevnevad (Rivero-Carvallo sümptoom); f) kardiopulmonaalne kahin tugevneb; g) pleuroperikardiaalne hõõrdumiskahin tavaliselt tugevneb; h) perikardi hõõrdumiskahin võib tugevneda. Väljahingamisel:

a) tekkiv või tugevnev II tooni kahestumine näitab, et hilineb II tooni aortaalne komponent; b) aktsidentsed süstoolsed kahinad tugevnevad: c) perikardi hõõrdumiskahin võib tugevneda; d) füsioloogiline III toon tugevneb.

8. Kuulatleda tuleb uuritava seistes ja selili ning vasakul küljel lamades. Kui uuritav seisab, siis a) aktsidentsed süstoolsed kahinad nõrgenevad tunduvalt, mõnikord kaovad täielikult; valvulaarsed või müokardiaalsed (südameklappidest või -lihasest tingitud) kahinad ei muutu või muutuvad vähe, enamasti nõrgenemise suunas; b) aordiklapi puudulikkuse diastoolne kahin tavaliselt tugevneb; c) II tooni füsioloogiline aktsent ja füsioloogiline lõhestumine vähenevad tunduvalt või kaovad täielikult, patoloogiline kahestumine aga muutub vähe. Kui uuritav lamab selili, siis: a) süstoolsed kahinad ja III toon on paremini kuuldavad; b) on kuulda II tooni füsioloogiline aktsent, mis sageli esineb ainult lamavas asendis; c) mitraalsuistiku stenoosi diastoolne kahin võib tugevneda. Kui uuritav lamab vasakul küljel, tugevnevad või tulevad esile: a) mitraalklapi diastoolne kahin, mida võib kuulatleda mõnikord ainult esimeste kontraktsioonide ajal pärast küljele pööramist; b) III toon. eriti esimese 10—20 kontraktsiooni vältel; c) mõnikord mitraalklapi orgaanilise puudulikkuse süstoolne kahin.

9. Arvestades kõrva füsioloogilisi iseärasusi tuleb erilise tähelepanuga suhtuda kahina maksimaalse kuuldavuse ala (*punctum maximum*'i e. epitsentri) määramisse. Selleks on sageli vaja haiget korduvalt uurida, kuulatledes teda nii lamavana kui ka seisvana. Hoolikalt tuleb jälgida, et igas kuulatluspunktis oleks stetoskoobi vajutus ühe ja sama tugevusega. Mida noorem on laps, seda raskem on määrata kahina maksimaalset kuuldavusala. Imikutel ja väikelastel on see sageli võimatu: südame ja rindkere ealiste iseärasuste tõttu kostub kuulatlusleid peaaegu untiaselt kogu südame kohal oleval (prekordiaalsel) alal.

10. Kahina uurimisel tuleb kirjeldada selle a) lokalisatsiooni ja edasikandumist; b) ajalist esinemist, c) kestust, d) tugevust, e) sagedust, f) tämbrit. Ajalise esinemise järgi jagunevad kahinad järgmiselt: süstoolne kahin — protosüstoolne, mesosüstoolne, prediastoolne (e. telesüstoolne); diastoolne — protodiastoolne, mesodiastoolne ja presüstoolne diastoolne kahin. Kestuse järgi võib eristada lühikest, keskmise pikkusega, pikka ja pan- ehk holosüstoolset (*resp.* diastoolset) kahinat. Kahinate tugevust kirjeldatakse sageli kraadides, kasutades kuuekraadilist süsteemi: väga nõrk, vaevalt sedastatav (1°); nõrk, kuid selgesti kuuldav kahin (2°); mõõdukas (3°); tugev (4°); väga tugev (5°); kahin on kuulda ka rindkerest eemal — nn. distantskahin (6°). Muutuva tugevusega kahinad on kas tugevnevad (*crescendo*) või nõrgenevad (*decrescendo*). Võnkesageduse järgi eristatakse madala, keskmise ja kõrge sagedusega kahinaid. Kahinate tämbri iseloomustamiseks kasutatakse kõige sagedamini järgmisi omadussõnu: puhuv, kare, saagiv, sumisev, sisisev, undav, vilistav, heliline jt.

11. Kahina tugevnemine pole tingimata seotud südamekahjustuse süvenemisega, nagu sageli ekslikult arvatakse. Südamelihase seisundi paranemisel tugevnevad vatsakeste kontraktsioonide tugevnemisest tingituna tavaliselt ka orgaanilised valvulaarsed kahinad.

12. Süstoolse kahina nõrgenemine või tugevnemine raviperioodi vältel ei anna alust pidada kahinat valvulaarseks või müokardiaalseks. Muutuvad on ka aktsidentsete ehk juhuslike kahinate tekkeks vajalikud tingimused.

13. Paljud autorid soovitavad kuulatleda klassikaliste kuulatlemiskohtade järjekorras: südame tipu kohal, II roietevahemikus rinnaku vasakul serval, II roietevahemikus rinnaku paremal serval, rinnaku alumisel osal ja Erbi punktis. Seda ei saa lugeda õnnestunuks, sest kui taoline võte

kujuneb rutiiniks, viib see sageli selleni, et piirdutakse ainult nende kuulatlemiskohtadega ja seetõttu võib jääda tegelik kuulatlusleid tähele panemata. Otstarbekohasem on kuulatleda klapirikete esinemise sagedusejärjekorras: alustatakse mitraalklapist, siis aortaal-, trikuspidaal- ja pulmonaalklapid. Kõigepealt tuleb seejuures selgitada puudulikkuse ja seejärel vastava stenoosi tunnuste olemasolu.

14. Südame kuulatlemisleidu on otstarbekohane üles kirjutada teatud järjekorras. Kõigepealt kirjeldatakse I ja II tooni, seejärel süstolis ja diastolis esinevat leidu. Kahinate kirjeldamist alustatakse lokalisatsioonist ja maksimaalsest kuuldavusalast, millele järgnevad andmed kahina pikkuse, tugevuse ja tämbri kohta. Edasi kirjeldatakse muutusi seoses hingamisfaasidega, kui haige lamab vasakul küljel ja seisab püsti. Töökatsu järel kuulatletakse kõigepealt püsti seisvat ja siis lamavat haiget.

Praktikas on eriti oluline, et polikliinikukaardil oleks fikseeritud ka terve lapse kuulatlemise leid. Teatud määral hõlbustab see füsioloogiliste süstoolsete kahinate eristamist patoloogilistest, kui last on hiljem vaja uurida.

KIRJANDUS

1. Василенко В. Х. БМЭ, т. 2, 1957, 1155—1158. — 2. Кассирский И. А. и Кассирский Г. И. Аускультативная симптоматика при приобретенных пороках сердца. М., 1961. — 3. Михайлов А. А. Сов. медицина, 1960, 12, 32—42. — 4. Новинский Г. Д. Врачебн. дело, 1950, 2, 177—178. — 5. Олейник С. Ф. Теория сердечных шумов. М., 1961. — 6. Фитилева Л. М. Краткое руководство по фонокардиографии. М., 1962. — 7. Шкляр Б. С. Диагностика внутренних болезней. Киев, 1957. — 8. Cassals, D. Med. Clin. N. America, 1957, 41, 1, 75—88. — 9. Leatham, A. Ped. Clin. N. America, 1958, 5 (4), 839—870. — 10. Luisada, A., Aravanis, C. Med. Clin. N. America, 1957, 41, 1, 235—267. — 11. Luts, M. Südame vaatlus, palpatsioon, perkussioon ja auskultatsioon. TRÜ rotaprint, Trt., 1961. — 12. Mannheimer, E. Advanc: Pediatr., 1955, 7, 171—207. — 13. Rushmer, R. F. Cardiac diagnosis. Philadelphia-London, 1955. — 14. Siebert, W., Crecelius, W. Der Perkussionskurs. Leipzig, 1961.

КАК ВЫСЛУШИВАТЬ СЕРДЦЕ У ДЕТЕЙ

М. Лутс

Резюме

Приводится анализ методики аускультации сердца. Особое внимание уделено допускаемым при этом ошибкам.

В диагностике болезней сердца большое значение придается правильному толкованию результатов выслушивания, с учетом данных фонокардиографического исследования.

Крайне важно, чтобы в амбулаторные карты заносились данные результатов обследования не только больных, но и здоровых людей. Это позволит при последующих их обследованиях дифференцировать, в частности, физиологически систолический шум от патологического.

PIIMAVALKUDE TÄHTSUS TOITLUSTAMISES

Veterinaararst *O. KONSAP*

(Kehra Liha, Piima ja Toiduainete Kontrolljaama juhataja)

Taimsete valkude kõrval etendavad inimese valguvajaduse katmisel suurt osa loomse päritoluga liha- ja piimavalgud. Viimased on kõrge bioloogilise väärtusega ja ületavad selles suhtes isegi koduloomadelt saadavad lihavalgud. Ainult kala ja mõnda liiki vetikate (*Scenedesmus obliquus*) valke (9) peetakse piimavalkudega samaväärseteks. Kuna piima-

valgu bioloogiline väärtus pole väiksem piimarasvast, siis on toitlus-füsioloogiliselt seisukohalt põhjendatud lõssi (kooritud piima) väärtuse võrdlemine koore väärtusega, nagu seda tehti Londonis Rahvusvahelisel Piimanduse Kongressil 1959. a. (10). Lõssi pole õige pidada piimatööstuse teisejärguliseks kõrvalproduktiks, veel vähem aga «piimatööstusjäätmeks».

Lisaks seniajani tuntud kolmele lehmapiima valguliigile (kaseiin, albumiin, globuliin) on viimastel aastatel isoleeritud veel 8 uut, erinevate molekulidearvuga valkainet, mis teevad piimavalgu tähtsuse toiduainena veelgi hinnatavamaks. Piimal on tunduvalt suurem toiteväärtus, kui seda lubab oletada tema kalorite hulk. Et piimavalkudel on eriline tähtsus, soovitatakse viimasel ajal mitmel maal veisearetust juhtida piima kõrgema valgusisalduse suunas.

Kuivõrd hinnatav on piimavalk inimtoiduna, sellest annab tunnistust mõnel maal, eriti Saksa Demokraatlikus Vabariigis alanud toitlustusteadlaste aktsioon lõssi kasutamise vastu sigade nuumamiseks (12). Põhjust selleks on andnud loomsete valkude vähesus toitlustamisel. Pealegi läheb loomasöödaks kasutamisel suur hulk väärtuslikke piimavalke (70—75%) kaotsi looma organismis toimuvates biokeemilistes protsessides, mistõttu mõnelt loomaliigilt saadakse isegi madalama bioloogilise väärtusega valkaineid, kui seda olid söödaks kasutatud piimavalgud.

Lõss on algaineks kohupiima, piimapulbri ja lahjade juustuliikide valmistamisel. Lõssist valmistatud kohupiim tuleb odavam kui täispiimast valmistatu ja saadud rasvavaesele kohupiimale võib igaüks (vastavalt maitsele ja tervislikule seisundile) piima, koort või taimseid õlisid juurde lisada. Ühtlasi aitaks see vähendada rasva hulka meie rasvadega ülekoormatud toidumenüüs. Ka on kohupiima valmistamine seotud väiksema tööjõu-, aja- ja materiaalse kuluga kui teiste kontsentreeritud piimavalgutoodete valmistamine. Tööstuslikul valmistamisel, kasutades laabifermenti, ei kulu kohupiima saamiseks üle 3—4 tunni.

Meie turgudel ja karnides on rohkesti müügil seapekki. Ühenduses sellega võiksid huvi pakkuda I. Glazunovi (3, 5) uurimisandmed, mis kinnitavad seost Tallinna elanikkude rasvatarbimise ja südamelihase infarktisse suremise vahel. Olgugi et tema andmetes ja uurimismeetodis leidub mõningaid vaieldavaid punkte, jääb püsima tõsiasi, et meie pealinnas kasutatakse selliseid loomseid saadusi nagu või, koor, searasv, sealiha jt. ligikaudu 2,3 korda rohkem inimese kohta kui Tadžiki pealinnas Dušanbes, kus peamise toidurasva moodustavad taimsed õlid, eriti puuvillaseemneõli.

Dušanbes ja Tallinnas südamelihase infarktisse surnute arvu suhe oli 1 : 3,3, seega tunduv ülekaal tallinlaste kahjuks. Samuti olid uurimisalustel isikutel Tallinnas vererõhk ja kolesteriini tase veres kõrgemad kui Dušanbes. Kuigi loomsete toiduainete tarbimine on teatavas sõltuvuses vastava ala kliimast ja põllumajanduse profiilist, võib eelnimetatud uurimustest siiski järeldada, et enamiku tallinlaste toidus ei ole toidurasvade ja -valkude suhe õige. Toitlusfüsioloogiliselt on nende kahe põhitoitaine suhe toidus oluline, eriti seetõttu, et valkainetel on omadus sekkuda rasvade-ainevahetusse organismis, aidates sellega kaasa rasvade-ainevahetuse normaalsele kulgemisele. Normaalne rasvade-ainevahetus hoiab tunduval määral ära südame- ja veresoonkonna haiguste teket. Üks põhjustest, miks eskimote süda ja veresooned suure rasvatarbimise all suhteliselt vähe kannatavad, on see, et paljude mereimetajate ja -kalade valgud, mida eskimod tarvitavad 280 grammi (= ca 1,6 kg tailiha) päevas (13), on bioloogiliselt samaväärsed piimavalkudega.

Piimavalkude füsioloogilist tähtsust kinnitas juba omal ajal Ph. Karelli tuntud piimravi, mis tegelikult on lõssravi, sest tema ravimeetodi järgi anti patsiendile ainult 200 kuni 800 g kooritud piima päevas. Mit-

mete tolleaegsetele raviviisidele raskesti alluvate haiguste puhul (6) saadi sellise raviga märgatavaid tulemusi.

Viimaste aastate uurimused immunoloogia valdkonnas on tõestanud, et eksogriinse retikuloendoteliaalnäärmena on udaral võime tekitada loomorganismisse sattunud pisikute vastu antikehi, eriti nende vastu, mis on udarasse tunginud otseselt või sinna tahtlikult sisse viidud (11). Samuti on kummutatud varem kehtinud vaade, nagu hävitataks suu kaudu manustatud antikehad jäägitult seedefermentide poolt.

Piimavalkude gammaglobuliinid võivad kanda antikehi mitmesuguste patogeensete ja teiste haigusetekitajate vastu. Piimavalgud on väga kasulikud vaimse ja kehalise töö tegijaile ning imetavatele emadele. Kiievi Meditsiiniinstituudis on tehtud tähelepanuväärіv uurimus kohupiima mõjust emapiima valgu- ja kaltsiumisisaldusele (4). Saadud andmed näitavad, et kui pärast sünnitamist sööta emadele 200 grammi kohupiima päevas, tõuseb emapiima valgusisaldus 2-kordseks, kaltsiumi hulk 1,5-kordseks ja piimarasvasisaldus 1% võrra.

Üleliidulisel piimandusalasel teaduslik-tehnilisel konverentsil Moskvas 1958. a. tehtud kalkulatsioonide kohaselt arvestatakse, et elanike ööpäevastes toidunormides peavad piim ja selle saadused moodustama ühe kolmandiku. Seega tuleks iga inimese kohta päevas ca 1,5 liitri piima ulatuses piimasaadusi, sellest 0,5 liitrit piima, hapupiima või keefiri (1). Muuseas olgu märgitud, et 1 liiter lõssi katab inimese ööpäevasest valgutarvidusest 43%, loomsete valkude tarvidusest 103%, kaltsiumitarvidusest 125% ja fosforivajadusest 64% (8).

Mis puutub piimavalkudes leiduvatesse amiinohapetesse, siis füsioloogiliselt seisukohalt väärivad eriti allakriipsutamist metioniin ja trüptofaan. Esimene neist sisaldab väävlit, mida piimavalkudes leidub 3,3%. Metioniinile omistatakse vere kolesteriinisisaldust alandavat toimet. Piimavalkudes leidub veel rohkesti amiinohapet türosiini (5,5%), mis võtab osa adrenaliini ja kilpnäärmehormooni türoksiini sünteesist organismis. Türosiin võib olulist amiinohapet fenüülalaniini, mille otsene funktsioon on seotud adrenaliini ja türoksiini sünteesiga, asendada 75% ulatuses ja seega leevendada fenüülalaniini vaegusest tingitud hormonaalseid häireid. Normaalse koostisega türoksiini eritumine piisaval hulgal on oluline veresoonte ateroskleroотiliste muutuste ennetamisel. Lapsed ja noorukid vajavad kasvamiseks amiinohapet histidiini, mille rikkalikuks allikaks on piimavalgud (2,6%).

Türosiinil ja trüptofaanil on peale ülalnimetatud füsioloogilise toime veel omadus pidurdada vähi kasvu (2). Seda piimavalkude antikantserogeenset omadust tuleb eriti hinnata.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata piimahügieenile. Piisab ainult mõneminutilisest otsesest päikesevalgusest, roosteplekkidest piimanõudes või väliskeskkonna patogeensete mikroobide sattumisest piimasse, et vähendada piima väärtust. Kõrgekvaliteedilise piimaprodukti tootmise eeltingimuseks on kvaliteetne piim.

Elanikkonna varustamist piimavalkudega, eriti kohupiimaga, on võimalik tunduvalt suurendada, kui tootmine ümber planeerida. Väärtuslikku piimavalku kasutavad suurel määral Eesti NSV kunstsarvetehased nööpide ja muude esemete valmistamiseks, mille tootmiseks võiks kasutada inimtoiduks mittekõlblikke aineid. Näiteks tootsid nimetatud tehased 1959. a. 812 tonni kaseiini, milleks kulutati ligi 28 000 tonni lõssi (34,12 kg lõssi 1 kg kaseiini saamiseks) (7). Nimetatud lõssikogusest oleks saadud valmistada 18%-lise normaalse valgusisaldusega kohupiima sellisel hulgal, et Eesti NSV iga kodaniku kohta oleks tulnud seda ca 4 kilogrammi aastas. Samal aastal toodeti meil lahjat kohupiima inimese kohta ainult 850 grammi. Tehniliseks otstarbeks kasutatakse meil rohkem pii-

mavalke kui toiduainete valmistamiseks. Piimavalkude sellist ebaratsionaalset kasutamist soodustab madal hind: sealihavalgu hinnast on see 4—5 korda madalam. Kuna koduloomade tailiha sisaldab samuti nagu kohupiimgi 18% valku, siis vastab 940 tonni kaseiini valmistamine ligi 6000 tonni tailiha (tapakaalus) valgukoguse kaotusele.

Kui osagi sellest valgukogusest, mida nimetatud tehas tehniliseks otstarbeks kulutab, kasutada elanikkonna toitlustamiseks kohupiima ja juustu kujul, siis võiksime meie tarbijaid nende väga väärtuslike ja nõutavate toiduainetega küllaldaselt varustada.

KIRJANDUS

1. Давидов Р. Молочная промышленность, 1958, 3, 1—5. — 2. Дзичковская В. П. Вопр. питания, 1957, 1, 52—54. — 3. Глазунов И. С. Распространение инфаркта миокарда среди населения некоторых городов СССР в связи с уровнем холестерина сыворотки крови и питанием. Автореф. дисс, канд. мед. наук. М., 1961. — 4. Крыжановская Е. С. Вопр. питания, 1953, 6, 30—33. — 5. Мясников И. Л. Терапевт. архив, 1960, 8, 3—14. — 6. Lüüs, A. Eesti Arst, 1926, 11, 401—416. — 7. Sergejev, V. Tehnika ja Tootmine, 1960, 10, 44—45. — 8. Dalla Torre, G. Latte, 1956, 30, 8, 585—587. Ref.: Реф. ж. Биология, 1957, 11, 47, 352. — 9. Fink, H. and Herold, E. Nutr. Abstrs. and Revs., 1957, v. 27, 2, 507. — 10. Internationaler Milchwirtschaftskongress, bd. 5. Schlussbericht, London, 1960, 559. — 11. Koller-Heilmittel, R. Das Kolostrum der grossen Haustiere als Nähr-, Schutz- und Zuchthygiene, Fortpflanzungsstörungen und Besamung der Haustiere. Hannover — Jena, 1959, bd. 3, 4, 221—231. — 12. Krüger, W. Dtsch. Milchwirtsch., 1960, 9, 258—259. — 13. Lampert, H. Ergebnisse der Physikalisch-Dietätischen Therapie. Dresden — Leipzig, 1951, 137.

ЗНАЧЕНИЕ БЕЛКОВ МОЛОКА В ПИТАНИИ

О. Консап

Резюме

Из пищевых белков белки молока являются наиболее полноценными, так как содержат наибольшее количество аминокислот, имеющих значение в деятельности гормональной системы и функции печени (метионин, триптофан, фенилаланин, тирозин). Поэтому белок молока следует использовать только для питания людей, а не в технических целях или для откармливания сельскохозяйственных животных.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

PÄRASOOLE KAASASÜNDINUD AVAUSETUS LÄSTEL

Arstiteaduse kandidaat *I. FREIBERG*

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

Pärasoole ja päraku väärarenguid esineb umbes 1 kord iga 5000 vastsündinu kohta. Kõiki sulgusi nimetatud piirkonnas võib jagada 3 rühma: 1) pärak on suletud õhukese kilega, 2) pärasoole sulgus mitmesuguses kauguses pärakust ja 3) pärasoole sulgus pärakust kõrgemal, kusjuures pärasoole distaalne osa ja pärak on arenenud normaalselt. Oluline on teada, et päraku väline sulgurlihas kujuneb mesodermaalsest koest ise-

Röntgenogramm 1

Röntgenogramm 2

Foto 1. Munajuha vähktõvega haigelt eemaldatud emakas ja emakamanused (haiguslugu nr. 295/1957. a.). Tüüpilise kujuga munajuha, mõõted 25×12×8 sm

Foto 2. Mikrofoto. Patohistoloogiline diagnoos (uuring nr. 13572) — adenopapillaarne munajuhavähk. Värv — hematoksüliin-eosiin. (Makropreparaat vt. foto 1.) Suurendus 120×

seisvalt, sõltumata pärasoole arengust, mistõttu pärast sulguse kõrvaldamist alustab nimetatud lihas sageli tegevust.

Pärasoole atreesiaga ehk avausetusega lastest peaaegu 70%-l kohtame kaasuvaid uuriseid kas kusepõide, kusetorusse, tuppe või lahklihasse. Nimetatud uurised võivad olla nii kitsad, et rooja väljumine nende kaudu on praktiliselt võimatu. Teistel lastel aga on uurised sellise läbimõõduga, et võimaldavad vedela ja puderja rooja eritumist.

Kirurgilise ravi taktika määramiseks on väga oluline teada pärasoole sulguse asukohta, s. t. selle kaugust lahklihast. Kui esineb vaid õhuke membraan pärakul, on näha pärasoole esilevõlvumist, kusjuures mekoonium muudab pärakukoha tumedamaks. Kui aga välisel vaatlusel ja palpeerimisel ülalnimetatud tunnused puuduvad, on umbselt lõppeva pärasoole kõrgust raske määrata. Kõige otstarbekam ja lihtsam on rakendada röntgenoloogilist uurimist, kusjuures uuritav laps on rippasendis, pea allapoole. Sel juhul tungib gaas läbi mekooniumi väljapoole kuni takistuseni — atreesiani. Gaasimulli kaugus lahklihast on kergesti määratav otse- ja külgvaates, kusjuures normaalse päraku kohale asetatakse metallmärgis, mis annab tugeva kontrasti (vt. tahvel III, röntgenogrammid 1 ja 2, haiguslugu nr. 9765, 1962. a.). Nimetatud uurimismeetod on rakendatav kõigis haiglais ja annab täpse ülevaate pärasoole sulguse asukohast. Oluline on vaid märkida, et sel puhul saab õigeid andmeid alles pärast 15.—16. elutundi, sest esimestel tundidel pärast sündi ei ole gaas iga kord tunginud läbi mekooniumikihi avausetuseni, mistõttu röntgeniülesvõte võib viia eksiarvamustele.

Kõik uuristeta päraku, pärasoole sulgusega ja põie ning kusetoru uuristega lapsed kuuluvad opereerimisele 1. elupäeva lõpul. Kui esinevad küllalt laiad uurised tuppe või lahklihasse, võib operatiivset ravi rakendada alles siis, kui laps on saanud 1—2 aasta vanuseks. Neid lapsi tuleb pidevalt jälgida, kas ei teki iileusenähte.

Päraku avausetuse puhul lõigatakse membraan läbi ja fikseeritakse pärasoole limaskest naha külge üksikute õmblustega. Kui on tegemist kõrgemal asuva sulgusega, siis teostatakse proktoplastika kas lahkliha kaudu või kombineeritud meetodil kõhuõõne ja lahkliha kaudu. Kui pärasoole umbse otsa kaugus pärakust ei ületa 3—5 sm, on võimalik pärasoolt vabastada lahkliha kaudu ja mobiliseerida küllaldaselt, et fikseerida limaskest pingeta naha külge. Uuriseid seejuures eraldi välja ei ekstirpeerita. Küllaldane on uuris ligeerida ja selle kohale tuua normaalne pärasoolesein.

Kui pärasool lõpeb aga kõrgemal kui 5 sm pärakust, tuleb opereerida kombineeritud meetodil: laparotoomia abil vabastatakse ja mobiliseeritakse sigmakäärsool ja pärasool, mis lahkliha kaudu tuuakse oma normaalsele kohale; pärasoole limaskest kinnitatakse naha külge üksikute siidõmblustega. Seda operatsiooni võib teha vastsündinuil. Et see on aga seotud võrdlemisi suure traumaga, soovitavad mitmed autorid vastsündinuil teha uuris sigmakäärscole ülemisse ossa ning alles hiljem, teise etapina kombineeritud proktoplastika.

ВРОЖДЕННАЯ АТРЕЗИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

И. Фрейберг

Резюме

Описываются формы врожденной атрезии прямой кишки и заднего прохода и тактика хирургического лечения атрезии. Особое внимание уделяется вопросу определения уровня атрезии прямой кишки путем рентгенологического исследования ребенка в положении его вниз головй.

UNIFITSEERITUD EKSTEMPORAALSEST RETSEPTUURIST VASTSELIINA APTEEGIS

E. TALVE

(Apteegist nr. 190, juhataja *E. Talve*)

Elanikkonna parema ning kiirema teenindamise eesmärgil, samuti assistendi ning retseptaari töökoormuse vähendamiseks viidi Vastseliina apteegis 1961. a. kolme esimese kvartali jooksul läbi 28 735 retsepti üksikasjaline ja põhjalik analüüs. (Üldse väljastati Vastseliina apteegist 1961. a. ravimeid 39 585 retsepti järgi.) Elanikkonna apteegialast teenindamist saab tunduvalt parandada valmisravimite osatähtsuse suurendamisega, sest valmisravimi määramisel külastab haige apteeki ainult üks kord, jääb ära ootamine ravimi valmimise järele ning ravi saab alustada kohe. Retseptuuri läbivaatamisel otsiti võimalusi vähendada spetsiaalset valmistamist nõudvate ravimite valmimise aega. Ekstemporaalsete ravimvormide varuks valmistamine reguleeriks töökoormust tipptundidel ja võimaldaks abivajajaid kiiremini teenindada. Püüti välja selgitada ka korduvaid retsepte, et teha ettepanek nende ravimvormide tööstuslikuks valmistamiseks. Püüti unifitseerida maa-arstijaoskonna ambulatoorset ekstemporaalset retseptuuri, et II grupi apteegipunktide kaudu oleks võimalik väljastada valmisravimeid. Koostasime koos kohalike arstidega 59-st sageli korduvast retseptist 30 unifitseeritud eeskirja, mille järgi apteek hakkas ravimeid ette valmistama. Juba 1961. a. olid tulemused ilmsed: 3245 retsepti järgi said abivajajad ravimid kätte ilma ooteajata.

1962. a. I kvartalis valmistati unifitseeritud eeskirjade järgi ravimeid varuks valmis 72 seeria järgi. Tulemused kontrollanalüüsi kohta kanti eraldi vihikusse. Retseptaar valmistas oma otsese töö kõrvalt ravimite segud, kontrollis neid ja jaendaja viis töö lõpuni (enamasti jaendamisaparaadi ja pulbrilusika abil). Segusid kontrolliti kaaluliselt veel teist korda. Kinnitati valmiskirjutatud signatuurid (selle töö tegid kassapidaja ning arveametnik) ja ravimid pandi tagavarakappi väljastamiseks. Standardiseeritud eeskirjade järgi valmistatud ravimite väljastamisel jääb retseptaari ülesandeks kirjutada signatuurile ainult abivajaja nimi, arsti nimi ja kuupäev. Tihti ulatub ooteaeg apteekides kuni kahe tunnini. Kui arvestada ekstemporaalsete retseptide valmistamise ajaks keskmiselt üks tund, hoiti 1962. a. I kvartalis abivajajate aega kokku 2004 tunni ulatuses. (1962. a. I kvartali retseptide üldarv oli 13 195, sellest ambulatoorseid ekstemporaalseid retsepte 3853).

Alates 1962. a. jaanuarist kuni 1. juulini valmistati varuks ravimeid 132 unifitseeritud seeria järgi. Kolme kvartali jooksul ilma ooteajata väljastatud ravimvormide arv tõusis 7051-ni. Vastseliina apteegi teenindamispiirkonnas asuva Meremäe arstijaoskonna juures töötava II grupi apteegipunkti kaudu väljastatud unifitseeritud ekstemporaalsete ravimvormide arv ulatus 628-ni (1962. a. esimese poolaasta andmetel).

Unifitseeritud eeskirjade järgi valmistatud ravimite nimekiri:

1. **Rp.** *Phenacetini*
   Acidi acethylsalicylici āā 0,3
   Coffeini natrio-benzoici 0,05
   Codeini puri 0,01
   M. f. pulvis D. t. d. N. X
2. **Rp.** *Dibazoli* 0,03
   Papaverini hydrochlorici 0,04
   Phenobarbitali 0,03
   Amidopyrini 0,3
   M. f. pulvis D. t. d. N. XX
3. **Rp.** *Analgini*
   Amidopyrini āā 0,25
   Codeini puri 0,01
   Coffeini puri 0,05
   M. f. pulvis D. t. d. N. XX
4. **Rp.** *Borax-glycerini* 20% — 10,0
   M. D. S.
5. **Rp.** *T-rae Valerianae spl.*
   T-rae Absynthii āā 2,0
   T-rae Arnicae
   T-rae Amarae āā 3,0
   Mentholi 0,1
   M. D. S.

6. **Rp.** *Acidi nicotinici* 0,05
Dibazoli 0,03
Papaverini hydrochlorici 0,04
Phenobarbitali 0,03
Amidopyrini 0,3
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

7. **Rp.** *Extr. Belladonnae* 0,02
Papaverini hydrochlorici 0,03
Sacchari albi 0,3
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

8. **Rp.** *Ungt. Rivanoli* 1% — 45,0
D. S.

9. **Rp.** *Ephedrini hydrochlorici* 0,03
Coffeini natrio-benzoici
Theophyllini āā 0,05
Extr. Belladonnae 0,015
Papaverini hydrochlorici
Phenobarbitali āā 0,02
Amidopyrini
Phenacetini āā 0,2
M. f. pulvis D. t. d. N. X

10. **Rp.** *Papaverini hydrochlorici* 0,15
T-rae Belladonnae 2,0
T-rae Valerianae spl. 10,0
M. D. S.

11. **Rp.** *T-rae Strophanti* 10,0
T-rae Convallaria majalis 10,0
Validoli lig. 5,0
T-rae Valerianae aeth. 20,0
M. D. S.

12. **Rp.** *Sol. Calcii chlorati* 10% — 200,0
D. S.

13. **Rp.** *Hexamethylentetramini* 0,3
Amidopyrini 0,2
Thiamini bromati 0,02
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

14. **Rp.** *Ichthyoli puri* 20,0
Glycerini med. 80,0
M. D. S.

15. **Rp.** *Acidi borici* 0,2
Streptocidi
Synthomycini āā 0,2
Osarsoli 0,3
Butyri cacao q. s.
M. f. glob. vag. D. t. d. N. X

16. **Rp.** *Acidi borici* 0,2
Sulfodimezini 0,2
Streptocidi albi 0,3
Synthomycini 0,2
Butyri cacao q. s.
M. f. glob. vag. D. t. d. N. X

17. **Rp.** *Sol. Trypaflavini* 1% — 10,0
D. S.

18. **Rp.** *Sol. Atropini sulfurici* 0,1% — 20,0
D. S.

19. **Rp.** *Codeini phosphorici*
Extr. Belladonnae āā 0,01
Papaverini hydrochlorici 0,02
Butyri cacao q. s.
M. f. supp. D. t. d. N. X

20. **Rp.** *Hydrargyri ppt. albi*
Bismuthi subnitrici āā 4,0
Acidi salicylici
Camphorae tr. āā 2,0
Lanolini
Vaselini āā 15,0
M. D. S.

21. **Rp.** *Spiritus camphorati* 40,0
Spiritus formicici 20,0
Chloroformii
Methylsalicylici
Ol. Terebinthinae āā 15,0
T-rae Capsici 10,0
M. D. S.

22. **Rp.** *Spiritus camphorati* 60,0
Chloroformii
Methylsalicylici
Ol. Terebinthinae āā 10,0
T-rae Capsici 20,0
Acidi salicylici 2,0
M. D. S.

23. **Rp.** *Spiritus camphorati* 100,0
T-rae Capsici 20,0
Methylsalicylici
Chloroformii āā 30,0
Ol. Hyoscyami 20,0
M. D. S.

24. **Rp.** *Spiritus formicici* 50,0
T-rae Capsici 20,0
Chloroformii
Methylsalicylici āā 30,0
Spiritus camphorati 50,0
Stimulini 2,0
M. D. S.

25. **Rp.** *Spiritus camphorati* 120,0
Liq. ammonii caust. 20%—30,0
T-rae Capsici 20,0
Methylsalicylici 20,0
Ol. Terebinthinae 30,0
Mentholi 4,0
M. D. S.

26. **Rp.** *Riboflavini* 0,01
Acidi ascorbinici 0,1
Sacchari albi 0,3
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

27. **Rp.** *Acidi ascorbinici* 0,1
Acidi nicotinici 0,02
Riboflavini 0,01
Sacchari albi 0,3
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

28. **Rp.** *Hexamethylentetramini* 0,3
Butadioni 0,1
Thiamini bromati 0,02
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

29. **Rp.** *Magnesii ustae*
Bismuthi subnitrici āā 0,25
Extr Belladonnae 0,02
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

30. **Rp.** *Cinchopheni*
Amidopyrini āā 0,25
Butadioni 0,15
M. f. pulvis D. t. d. N. XX

Suurt ajakulu võtnud töö retseptuuri analüüsimisel õigustas end täiesti. 30 unifitseeritud eeskirja igapäevasesse tööprotsessi juurutamisega saavutati abivajajate ooteaja kokkuhoid 7000 tunni ulatuses.

Toimetuse märkus. Avaldame E. Talve artikli kogemuste vahetamise

korras. On vaja, et Apteekide Peavalitsus hakkaks vabariigi apteeke laialdasemalt varustama valmisravimitega.

ОБ УНИФИЦИРОВАННОЙ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЕ В ВАСТСЕЛИЙНАСКОЙ АПТЕКЕ

Э. Тальве

Резюме

Увеличение удельного веса отпускаемых аптекой готовых лекарственных форм ведет к значительному облегчению работы аптечного персонала и улучшению обслуживания населения.

В Вастселийнаской аптеке в 1961 году проведен анализ наиболее часто выписываемых врачами рецептов. Выяснилось, что некоторые из прописываемых лекарств можно заранее изготовлять и иметь в готовом виде с тем, чтобы ускорить их отпуск и тем самым сэкономить время на посещение аптеки.

Abiks velsuecitele ja õdedele

KOGEMUSI PROTSEDUURIDE TEOSTAMISEST LASTEL

H. KÄRNER

(Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla meditsiiniõde, peaarst *H. Kääri*)

Lastele on protseduure raskem teha kui täiskasvanutele, sest lapsed kardavad iga ebameeldivat ja valuga seotud toimingut. Meditsiinipersonalil tuleb teha kõik, et haigel lapsel oleks protseduuri teostamisel võimalikult vähem ebameeldivaid elamusi.

Ei ole otstarbekas lapsele kavatsetavast protseduurist ette teatada. Last võib tuua vastavasse tuppa alles siis, kui kõik on toiminguks valmis pandud. Täiesti lubamatu on lasta lapsel teistele tehtavat protseduuri pealt vaadata, sest see võib last hirmutada ja tema kartust suurendada.

Lapse tähelepanu tuleb juhtida mujale. Seda võimaldab lastele uudne ja huvitav tegevus. Nii näiteks peab protseduuride toas olema selliseid mänguasju, mida palatis ei leidu. Kui juhitakse tähelepanu mänguasjadele, väheneb lapse hirm tunduvalt. Lastel kujunevad protseduuride toa kohta välja oma nimetused, nagu «kuke tuba» jne., ja nad lähevad sinna hea meelega. Laste jaoks peab alati käepärast olema kompvekke.

Valmis pandud instrumente ei tohi lapsele näidata, samuti ei tohi ta pealt vaadata talle tehtavat protseduuri — see suurendab hirmu ja vallandab tõrjeliigutusi. Protseduuri ajal on vaja lapsele selgitada, et tal ei tarvitse hirmul olla, et enne valu tekkimist talle öeldakse seda. Kui lapsele öelda, et nüüd tuleb kõige halvem, siis on tal valu kergem taluda. Protseduuri ajal on nõutav, et õde kogu aeg lapsega vestleks. Kui me oskame suunata vestluse ainele, millest laps meeleldi tahab rääkida, siis on ta tähelepanu juhitud muule ja ta rahuneb. Personal peab olema rahulik ning vältima igasuguseid tehnilisi jt. takistusi. Kui protseduur on lõppenud, tuleb lapsele avaldada kiitust ning anda ka kompvekke.

Järgnevalt lähemalt mõningatest keerulisematest protseduuridest.

1. Kaksteistsõrmiksoole sondeerimisel on vajalikud 50—150 sm pikkune 3—5 mm läbimõõduga oliiviga varustatud keedetud sond, statiiv katsutitega, 10—20 ml mahuga süstal, steriilne katsuti, 33%-line magneesiumsulfaadilahus, 2%-line naatriumbikarbonaadilahus, 1 ampull pituitriini, 1%-line dikaiini- või 5%-line novokaiinilahus. Laps jäetakse sondeerimispäeva hommikul söömata.

Sondeerimist on võimalik teha peaaegu igas vanuses lastel. Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas oli kõige noorem patsient, keda sondeeriti, 1,5 aastat vana. Raskusi on 1—3-aastaste laste sondeerimisel, kuid ka mõned kooliealised lapsed ei lase seda protseduuri teha. Kuna lastel on tugev oksendamisrefleks ja psüühiliselt labiilsetel lastel tekib ka tugev erutus, siis otsustati kasutada järgmist moodust. Hommikul vara, umbes 2 tundi enne sondeerimise algust antakse lapsele luminaali, pärast sondi sisseviimist jääb laps tavaliselt magama. Selle meetodiga on saadud häid tulemusi. Lapsed on sondi neelamisel ja hiljem külili lamades rahulikud, ei teki ka sapijuha sulgurlihase spasmi ning me saame enamikel lastel kõik sapifraktsioonid kätte.

Kui lapsel on liiga elavad kurgurefleksid, siis tuleb kurku anesteseerida kas 1%-lise dikaiinilahusega või 5%-lise novokaiinilahusega. Neelu ja kurgukaart tuleb lahusega kergelt pintseldada, seejuures peab ravialune hoiduma ravimi allaneelamisest. Enne sondi sisseviimist tuleb last õpetada, et ta peab neelama sondi nagu kuiva leiba ja et tal tuleb sügavalt ja rahulikult sisse ning välja hingata. Last rahustatakse, et midagi halba ei juhtu ja antakse lootusi peatseks paranemiseks ja kojuminekuks.

Protseduuri algul laps istub. Sond tuleb niisutada ja oliiviosa määrida meega. Oliiv asetatakse keelepärale ja lastakse alla neelata vähese hulga veega. Sondi lastakse neelata väikelastel kuni 35 sm, eelkoolialistel 40—45 sm ja koolialistel 55—60 sm sügavusele (arvates lõikehammastest). Kui sond on sisse viidud, siis asetatakse patsient paremale küljele, kusjuures pea ja ülakeha asetseb veidi allpool. Õel tuleb istuda kogu aeg lapse juures, kui laps ei maga, vestelda temaga või midagi ette lugeda.

Umbes poole kuni ühe tunni pärast satub oliiv peristaltika toimel kaksteistsõrmiksoolde. Kui senini voolas sondi kaudu katsutitesse maosisaldis, siis sondi sattumisel kaksteistsõrmiksoolde ilmub kuldkollane veniv sapp. See on sapi A-fraktsioon. B-fraktsiooni saamiseks tuleb viia sondi kaudu kaksteistsõrmiksoolde süstlaga 15—20 ml sooja 33%-list magneesiumsulfaadilahust. 15—20 minuti pärast ilmub tumekollane viskoosne sapp — sapi B-fraktsioon. Pärast B-fraktsiooni tuleb veel kollast vedelamat sappi, see on sapi C-fraktsioon.

Kui sond ei läbi ühe tunni jooksul maolukutit, siis on ta kas maos keerdunud või on sondi oliiv mao seinale kleepunud. Mõnel puhul võib esineda ka pülooruse spasm. Keerdumise kahtluse korral tuleb sondi veidi väljapoole tõmmata. Kui võib oletada, et oliiv on mao seina külge kleepunud, lubatakse lapsel veidi istuda või kõndida. Maolukuti spasmi korral viia makku 5 ml sooja 2%-list söögisoodalahust ja asetada kõhule soe kott. Kui aga pärast söögisoodalahuse manustamist sapi B-fraktsiooni ei ilmu, siis süstida sapipõie kontraktsiooni esilekutsumiseks 0,25—0,75 ml pituitriini (vastavalt arsti korraldusele). Kontraktsiooni esilekutsumiseks võib sondi kaudu kaksteistsõrmiksoolde viia ka kaks munakollast. Sondeerimine ei tohi lastel kesta üle kahe tunni. Pärast sondeerimist tuleb last kiita ja anda talle maiustusi. Duodenaalmahl tuleb kohe soojalt viia laboratooriumi, muidu võivad sapis leiduvad lambliad hävida.

2. Elektrokardiograafia (EKG) teostamisel on tähtis, et laps oleks söömata ja lamaks rahulikult. Esmakordselt EKG kabinetti

tulevatele lastele tuleb selgitada, et eelnev protseduur ei ole valus ega ebameeldiv. Suurematele lastele võib seda võrrelda tavalise pildistamisega. Laps rahuneb ka siis, kui palatikaaslane kõneleb elektrokardiograafiast kui valutust protseduurist. Väikelastele ei saa midagi selgitada. Neil tuleb ettevalmistused muuta mänguks, andes elektroodidele ja juhtmetele muud nimetused, näiteks: rinnaelektrood — seen, pall; kätele pandavad elektroodid — käekell jne. Võib tähelepanu juhtida värvilistele juhtmeotstele, võrrelda elektroodide rinnale kinnitamist lapse kuulatlemisega, mis on enamikule tuttav toiming.

Imikul peab püüdma protseduuri läbi viia siis, kui ta magab. Vahel aitab tähelepanu juhtimine mõnele muule esemele, mida ema või meditsiiniõde talle näitab. Enamikul imikutel saab elektrokardiograafiat teha ainult siis, kui nad magavad uinuti (kloraalhüdraadi, luminaali) toimel.

3. Tsüstoskooopi'a teostamiseks on tarvilikud järgmised instrumendid ja ravimid: Janet' süstal, 2 ja 5 ml mahuga süstlad, pipetid, kummikateetri otsik, tsüstoskoop, vahevoolikud, isotooniline steriilne naatriumkloriidilahus, steriilne 1%-line dikaiinilahus, 1 ampull omnopooni, 3%-line boorhappelahus, steriilne glütseriin, penitsilliin ja streptomütsiin.

Hommikul, 2 tundi enne tsüstoskopeerimist manustatakse lapsele (vastavalt vanusele) luminaali. Vahetult enne protseduuri algust süstitakse vastavalt arsti ettekirjutusele omnopooni.

Enne tüstoskoopia algust lastakse lapsel urineerida, pärast seda pestakse tema alakeha sooja vee ja seebiga puhtaks. Enne lapse saabumist protseduuriruumi peab olema kõik tüstoskoopiaks valmis pandud. Lapsele protseduuri teostamisest varem ei räägita. Enne protseduuri kontrollitakse, kas tsüstoskoop töötab, siis steriliseeritakse see piiritusega. Tsüstoskopeerimiseks vajalikud lahused peavad olema soojendatud.

Kui laps on asetatud tsüstoskopeerimislauale, tuleb välissuguelundite piirkond üle uhtuda sooja steriilse 3%-lise boorhappelahusega. Kusiti ümbrus anesteseeritakse steriilse 1—2%-lise dikaiinilahusega, samuti tuleb kusitisse kateetri kaudu lahust viia. Protseduuri viib läbi arst. Tsüstoskoop viiakse põide, pärast põie loputamist steriilse naatriumkloriidilahusega täidetakse põis sama lahusega. Protseduuri ajal peab õde last rahustama, sisendama talle, et midagi halba ei juhtu, tuleb ainult lamada pimedas toas. Tsüstoskopeerimise ajal võib anda lapsele maiustusi. Kusiti lokaalne anesteesia ja luminaal ning omnopoon muudavad protseduuri valutuks ja lapsed lamavad rahulikult. Vaatluse lõpul tuleb infektsiooni vältimiseks kindlasti põide viia penitsilliini- ja streptomütsiinilahust (mõlemat antibiootikumi 100 000 TÜ).

Kui protseduurid on hästi ette valmistatud, maksimaalselt valutustatud, kui suhtlemine lapsega on rahulik ja sõbralik, talub laps arstlikke manipulatsioone hästi, ta unustab need ruttu ja tal ei teki kartust raviasutuse ja meditsiinipersonali ees.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР У ДЕТЕЙ

Х. Кярнер

Резюме

Приводятся общие правила проведения процедур и даются рекомендации по зондированию двенадцатиперстной кишки, электрокардиографии и цистоскопии у детей.

Медицинские работники должны использовать все для того, чтобы процедуры не вызывали неприятных, болезненных ощущений и были бы ребенком легко переносимы.

ABISTAMISEST HINGAMISHÄIRETE PUHUL

A. VELDI

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Keskharidusega meditsiinitöötajale langeb raskesti haige ravis ja põetamises suur, sageli otsustav osa, ja seda just seetõttu, et ta viibib haige juures pidevalt kogu ööpäeva vältel. Põetamisest sõltub komplikatsioonide vältimine ja tekkinud komplikatsioonide ravi edukus.

Põetamise seisukohalt on kõige raskemad teadvuseta seisundis olevad haiged ja haiged hingamislihaste halvatusega. Oskuslikust esmaabist sõltub sageli haige edaspidine saatus. Seepärast peab iga keskharidusega meditsiinitöötaja tundma vajalikke esmaabivõtteid ja oskama neid õigel ajal ja vastavalt näidustusele rakendada.

Teadvuseta haige abistamisel on kõige olulisem hoolitseda, et ta hingamisteed oleksid vabad. Kõigepealt tuleb puhastada võõrkehadest ja sekreedist suuõõs, neel, nina ja trahhea: haige suu avatakse (võimaluse korral suuavaja abil), keel tõmmatakse välja (keeletangidega), eemaldatakse proteesid (kui need on olemas) ja aspireeritakse sekreet aspiraatori abil või Janet' süstlaga, mille otsa on asetatud kummivoolik või tavaline põiekateeter. Suuremaid võõrkehi on otstarbekas eemaldada kas veresulguri otsa asetatud tupsuti või sõrme abil. Sõrm, mille ümber on mähitud tükike marlit, viiakse nii sügavale neelu kui võimalik, eemaldatakse võõrkehad ja sekreet (nii neelu alumisest osast kui ka ninaneelust). Ninaõõs puhastatakse kummikateetri abil, mis viiakse ninakäiku.

Et vältida hammaste kokkupigistamist rahutusseisundite puhul, tuleb haige purihammaste vahele asetada kas suuavaja või marlist ja vatist keeratud rull.

Seliliasendis langeb teadvuseta haigel keel vastu neelu ja selle tagumist seina, tekitades nn. stertoroosset hingamist. Et keel ei saaks hingamist takistada, tuleb see keeletangide abil välja tõmmata (siin ettevaatust: pikaajalisel keele pigistamisel keeletangidega võivad tekkida hematoomid ja nekroos).

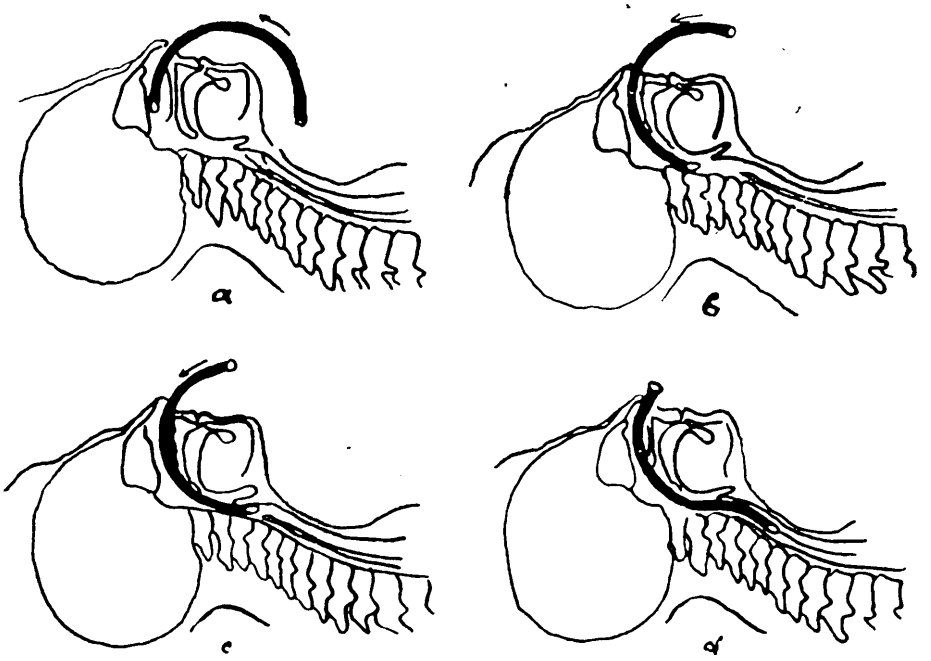
Keele tagasilangemist on hea vältida spetsiaalsete keelehoidjate, nn. Mayo tuubuste abil, mida valmistatakse nii metallist kui ka kummist. Seda tüüpi keelehoidjad on olemas iga kunstliku hingamise komplektis, samuti narkoosiaparaadi juures. Parimad on kummist keelehoidjad, mis ei vigasta neelu limaskesta. Keelehoidja viiakse neelu keelepära taha ja kinnitatakse väljalibisemise takistamiseks marlisidemega, mis seotakse ümber kaela.

Pikemaajalise teadvusetuse puhul on soovitatav viia patsiendil läbi nina kuni neelu alumise osani kummitoru. Võib kasutada intubatsioonitorust valmistatud torusid, millest pistetakse (ninasõõrme juures) läbi haaknõel, et toru vajalikust sügavamale ei libiseks. Toru kaudu on võimalik neelu aspiraatori abil korduvalt puhastada.

Väga hea võte sekreedi eemaldamiseks on haige asetamine kõhuli. Kõhuliasendis valgub sekreet välja pidevalt, nii ninast, suust, neelust kui ka hingetorust. Sekreedi väljavoolu soodustamiseks tõstetakse haigevoodi jaluts umbes 20 kraadi võrra kõrgemale. Seejuures tuleb haige asetada kõvale alusele.

Kui kirjeldatud lihtsad võtted ei anna küllaldasi tulemusi, siis tuleb haigele teha intubatsioon (spetsiaalne kummitoru viiakse kas läbi suu või nina hingetorru). Intubeerimine on täiesti jõukohane ka keskharidusega meditsiinitöötajale. Raskete ajutraumade, mürgistuste, epileptilise kooma jne. puhul võib intubatsioon päästa haige elu. Intubeeritud haigele tuleb vajaduse korral teha kunstlikku hingamist ja korduvalt puhastada hin-

gamisteid sekreedist. Intubatsioonitoru kaudu on võimalik haige kopse ventileerida nn. suu suul meetodil. Abistaja hingab maksimaalselt sügavasti sisse ja puhub siis väljahingatava õhu läbi intubatsioonitoru haigele kopsudesse (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 6, 55—59). Intubeeritud haigel annavad ka kõik teised kunstliku hingamise meetodid paremaid tulemusi. Samuti on intubatsioonitoruga väga kerge ühendada kunstliku hingamise aparaate.



Intubatsioonitoru liikumise suund hingamisteedes intubatsioonil läbi nina

Intubatsiooni on kõige kergem läbi viia silma kontrolli all larüngoskoobi abil. Selleks on vaja haige vanusele vastava suurusega intubatsioonitorusid ja kirurgilist larüngoskoopi. Larüngoskoop viiakse haigele suhu paremast suunurgast. Keel jäetakse vasakule, tungitakse keskjoone suunas kuni kõripealiseni, haaratakse kõripealis ja tõstetakse see üles, millega avanebki kõri sissekäik. Hoides larüngoskoopi vasakus käes, viiakse parema käega intubatsioonitoru läbi häälepilu trahheasse. Larüngoskoop eemaldatakse ja intubatsioon ongi teostatud.

Kui ei ole käepärast larüngoskoopi, võib intubatsioonitoru sisse viia kas sõrme kontrolli all läbi suu või pimesi läbi nina.

Intubeerimisel läbi suu sõrme kontrolli all seisab intubeerija haigest paremal pool. Abistaja avab haigel suu ja haarab marlitükikesega tema keele. Intubeerija viib vasaku käe teise ja kolmanda sõrme haigele neelu, tungib kuni kõripealiseni, tõstab selle üles, teise sõrmega leiab kõri sissekäigu. Parema käega viib intubeerija toru neelusolevate sõrmede kontrolli all trahheasse. Sel viisil intubeerida on hõlpus, kui intubeerijal on küllalt pikad sõrmed.

Kui spontaanne hingamine on säilinud, võib haiget suhteliselt kergesti intubeerida n.-ö. pimesi läbi nina. Selleks asetatakse haige selili, pea alla pannakse väike padi. Pea painutatakse kergelt tahapoole. Intubatsioonitoru kaetakse väljastpoolt õhukese salvikihiga, mis sisaldab mõnda anesteseerivat vahendit (näit. 2%-list dikaiinisalvi). Intubeerija asub haige

pea juures näoga jalgade suunas. Intubatsioonitoru viiakse alumisse ninakäiku. Seejuures hoitakse toru naha suhtes risti ja ninaots tõstetakse veidi ülespoole. Intubatsioonitoru kõverdus peab olema suunatud ettepoole. Ettevaatlikult viiakse toru sügavamale, samal ajal jälgitakse pidevalt, et suund oleks õige. Kui intubatsioonitoru ots on neelus kõri sissekäigu lähedal, võib läbi toru kuulda hingamiskahinat või tunda õhuvoolu. Viimane näitab, et suund on õige. Intubaator viiakse edasi seni, kuni õhuvool kulgeb ainult läbi toru. Intubatsioonitoru liikumist hingamisteedes illustreerib joonis. Hingetorusse jõudmisel vallandub tavaliselt köha (kui köharefleks on säilinud). Intubatsiooni edukus sõltub eelkõige õigest asendist. Kui intubatsioon esimesel katsel ei õnnestu, tuleb asendit korrigeerida. Mõlemad ilma larüngoskoobita intubeerimise viisid on kergesti õpitavad ja kasutatavad igasugustes tingimustes.

Pärast intubatsioonitoru viimist hingetorusse puhutakse mansett täis, et takistada sekreedi või vere valgumist hingetorusse. Siis asutakse hingetoru puhastamisele läbi intubatsioonitoru. Trahheobronhiaalseks tualetiks võib samuti kasutada tavalisi kateetreid. Aspiratsiooni jätkatakse seni, kuni hingamiskahin muutub puhtaks.

Kui haiget intubeeritakse läbi suu, tuleb hammaste vahele asetada marlist või kummist padjake, et haige ei saaks intubatsioonitoru hammastega kokku suruda. Intubatsioonitoru kinnitatakse sideme abil ümber kaela.

Haige intubeerimine ja hingamisteede puhastamine parandavad tunduvalt kopsude ventilatsiooni. Hingamine muutub rahulikuks, abilihaste osavõtt hingamisest lakkab, kaovad ka tsüanoos, higistamine ja suurenenud süljevool, mis viitab süsihappegaasi peegli normaliseerumisele veres.

Teadvuseta haigel on ajuturse tõttu koljusisene rõhk tavaliselt kõrgenenud. Süsihappegaasi kontsentratsiooni tõus veres laiendab tugevasti peaaju veresooni, mille tõttu ajuturse suureneb veelgi. Seetõttu on hüperkapnia teadvuseta haigele ohtlik. Selle põhjused tuleb kõrvaldada esmajärjekorras.

Kui ventilatsioon ei ole küllaldane, on näidustatud abistav kunstlik hingamine. Hingamisliigutuste küllaldase sügavuse korral aitab sageli hapniku inhalatsioon, mida on kõige parem teha läbi peenikese kateetri, mis asetatakse intubaatorisse.

Intubatsiooni ei ole võimalik teha haigele, kellel esinevad rasked näokoljuvigastused. Siis on näidustatud kohene trahheotoomia.

Pärast normaalse ventilatsiooni saavutamist asutakse vereringe normaliseerimisele. Madala vererõhuga haiget ei ole lubatud transportida. Kui esineb verekaotus, tuleb püüda see asendada konservvere või vereasendajatega (vastavalt kaotatud verehulgale). Südamelihase nõrkuse puhul süstitakse strofantiini, perifeerse veresoonkonna laienemise korral võib kasutada analeptikume (kofeiin, kordiamiin, efedriin, noradrenaliin jt.).

Transpordi ajal peab olema võimalik korduvalt puhastada hingamisteid ja pidevalt manustada hapnikku.

Kui haigel esinevad sagedased krambid (*status epilepticus*, teetanus jne.), millel on kalduvus sageneda ärrituste puhul, tuleb talle enne transportimist süstida pikaajaliselt mõjuvaid relaksante ja transportimise ajal kasutada vajaduse korral kunstliku hingamise aparaati. Sellise haige transportimiseks on tingimata vaja välja kutsuda Tartu Vabariikliku Haigla respiratsioonikeskuse väljasõidubrigaad.

Kui silmas pidada eespool toodud põhimõtteid, on võimalik edukalt ravida paljusid raskes seisundis olevaid teadvuseta haigeid.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ДЫХАНИЯ

А. Вельди

Резюме

Роль среднего медицинского персонала при лечении тяжелобольного очень ответственна, особенно когда требуется круглосуточное обслуживание его. Внимательное отношение к больному помогает предупредить осложнения и способствует выздоровлению.

В особом обслуживании нуждаются тяжелобольные с поражением дыхательных мышц и находящиеся в бессознательном состоянии. От своевременного умелого оказания первой помощи во многом зависят положительные результаты лечения.

Описываются способы устранения недостаточности внешнего дыхания, в том числе интубация через нос и через рот.

HAPNIKRAVIST SISEHAIGUSTE PUHUL

M. MIIDLA

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Hapnikupuudus ehk hüpoksia tekib organismis mitmesuguste haiguste puhul. Sisehaiguste kliinikus kohtame hüpoksiat hingamiselundite häirete (näit. kopsupõletik, bronhiit, pneumoskleroos), hemoglobiini langusega seotud haiguste (näit. aneemia) ja südame- ning veresoonkonna puudulikkuse puhul (šokk, kollaps, hüpertooniatõbi jne.), samuti mitmesuguste kudede kahjustuse korral, kui hapniku omastamine kudede poolt on häiritud. Tänapäeval rakendatakse hapnikteraapiat sisehaiguste ravis laialdaselt — nii haiglas, polikliinikus kui kodus.

Levinenumaks hapniku manustamise meetodiks on manustamine kopsude kaudu inhalatsiooni teel.

Hüpoksia korral toimuvad organismis hapnikteraapia tulemusena järgmised muutused: hapniku hulk arteriaalses veres normaliseerub, patsiendi enesetunne paraneb, väheneb või kaob hingeldus, köha, vähenevad rögaeritus ja valud rinnas, paraneb südametegevus. Hüpertooniatõve puhul võib hapnikravi alandada vererõhku, seoses sellega väheneb kapillaaride seinte läbilaskvus, väheneb või kaob tsüanoos, suureneb erütrotsüütide ja hemoglobiini hulk, langeb leukotsüütide arv ja SR. Südamehaigetel võib suureneda diurees, ilma et kasutataks mingeid medikamentoosseid vahendeid. Ka peavalu, peapööritus, kohin kõrvus väheneb või kaob, pikeneb uni jne. Hapnikravi tõstab ka ravimite efektiivsust.

On vaja silmas pidada, et hapniku manustamine kõrgetes kontsentratsioonides pikema aja vältel võib organismile mõjuda mürgistavalt: hingamine sageneb, vererõhk tõuseb, pulss kiireneb. Puhta hapniku (99%) sissehingamisel võivad need nähud tekkida juba 3—4 t. vältel. Praktika on näidanud, et kui sissehingatava õhu hapnikuprotsent on 40—50, siis ei tekita hapnikravi mingeid kõrvalnähte. Hapniku kasutamine kõrges kontsentratsioonis on lubatud ainult ägeda hapnikupuuduse puhul (näit. vingumürgistus jt.), kui puuduvad ägeda kopsupõletiku nähud.

Hapnikraviks võib kasutada ainult meditsiinilist hapnikku, mis sisaldab 99% puhast hapnikku ja 1% lämmastikku. Meditsiiniline hapnik on värvuseta, maitseta ja lõhnata. Seda transporditakse kas balloonides (gaasilises olekus) või spetsiaalsetes vaakuumnõudes või tankides (vedelas olekus). Et hapnik asub balloonides suure rõhu all (150 at), peab kogu personal, kes tegeleb hapniku transpordiga ja manustamisega,

täpselt täitma ohutustehnika reegleid. Balloonid on värvitud helesiniseks, pealkirjaks (mustaga) «Кислород» ja täht «M». Balloonide tugevust tuleb kontrollida vähemalt kord iga 5 aasta järel. Balloonidele on märgitud veel 1) väljalaskmise aasta, 2) ballooni tugevuse järgmise katsetamise kuupäev, 3) ballooni number, 4) rõhk balloonis, 5) hapniku hulk (kuupmeetrites), 6) hapniku hulk %-des, 7) vabriku nimetus. Hapnikuballoone tuleb hoida vertikaalses asendis, kuivas ruumis temperatuuriga mitte üle 35° C, vähemalt 2 m kaugusel soojusallikatest (ahjudest, radiaatoritest jne.). Nimetatud ruumis on keelatud tule süütamine, suitsetamine; tulekustutusvahendid peavad olema käepärast. Et hapniku kokkupuutumisel õliga, rasvadega, naftaga jt. naftatöötlemisproduktidega võib tekkida plahvatus, siis on keelatud nende ainete hoidmine hapnikuballoonidega ühes ruumis. Tuleb jälgida, et hapnikuga tegelevate isikute riided ei oleks saastunud õliga, rasvadega, värvidega. Keelatud on värvida täidetud hapnikuballoone. Hoiuruumi lukustamine on rangelt kohustuslik. Et hapnikuballoone transportimisel mitte põrutada, on soovitatav kasutada spetsiaalseid kärusid. Kategooriliselt on keelatud ise parandada ventiile, manomeetreid jne. Manomeetreid tuleb kontrollida iga 2 aasta järel. Ventiili avamisel on vaja olla ettevaatlik — hapnikujoa silmasattumine võib kahjustada nägemist. Hapnikuballooni ei tohi lasta hapnikust täiesti tühjaks, vaid hapniku rõhk balloonis peab jääma 1—2 at piiresse. «Tühjadele» balloonidele märgitakse kriidiga «tühi» ja need säilitatakse täidetud balloonidest eraldi. Keelatud on hapnikuballooni või -aparatuuri osi määrida õliga. Määrdeks võib kasutada glütseriini ja vee segu (1 osa glütseriini + 2 osa vett).

Hapniku manustamiseks kasutatakse kõige laialdasemalt hapnikupatju. Hapniku juurdevool hapnikupadjast peab olema ühtlane, kiirusega 4—5 l/min. Otstarbekas on asetada padjale mingi raskus, samuti reguleerida kraani nii, et hapnik väljuks ilma suurema kahinata ja padi tühjeneks u. 10 min. jooksul (kui padi mahutab 40 l hapnikku). Hapnikupadi ei tohi täidetuna seista üle 24—48 tunni. Maskid, kateetrid, oliivid ja huulikud desinfitseeritakse hapniku manustamise eel piiritusega. Huulikule mähitakse ümber puhas veega niisutatud rätik, mis omakorda niisutab sissehingatavat hapnikku. Huulik hoitakse patsiendi suu juures kergelt näole vajutatuna. Sissehingamise ajaks tuleb kraan avada, väljahingamise ajaks sulgeda. Hapnikku antakse 5—10 minuti vältel, seejärel tehakse vaheaeg, mille pikkus oleneb patsiendi seisundist, tema hapnikuvajadusest. Hapnikupadjale ärgu unustatagu ümber panna padjapüüri!

Hapnikupadja puudusteks on suur hapnikukadu, täpsuseta doseerimine, hapniku ebaühtlane sattumine hingamisteedesse ja manustamise ebamugavus raskesti haigete puhul. Seetõttu on konstrueeritud mitmeid aparaate hapniku manustamiseks, näiteks inhalaatorid КИ-3, КИ-1, И-2, hapnikutelgid jne. Otstarbekas on palatite tsentraalne varustamine hapnikuga, nagu seda on tehtud Tartu Kliinilises Lastehaiglas (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961, 4, 56—59). Nimetatud sisustuse puudumisel on soovitatav hapniku manustamiseks senisest enam kasutada ninasondi. Sondi ots, mis määritakse enne sisseviimist vaseliiniga, peab ulatuma pehme suulae kõrguseni (väliselt on see mõõdetav sondi pikkusega ninaotsast kuni väliskuulmekäiguni). Hapnikku võib võtta balloonist, kusjuures hapnik juhitakse enne sondi jõudmist läbi veepudeli. Läbi pudelit sulgeva korgi viiakse 2 klaastoru: hapnik pääseb vette pikema toru kaudu, mille ots ulatub vette; lühema toru kaudu väljub juba niisutatud hapnik. Ninasondi otsa tehakse 4—6 ava, et hapnik väljuks ühtlasemalt. Manustamise kiiruseks võib olla 2—4 l/min. Iga 12 t. järel tuleb ninakateeter puhastada ja desinfitseerida. Ninasondi asemel võib kasutada ka kahte väikest klaasist lehtrikest, mis viiakse ninna

1—3 sm sügavuseni, või fikseeritakse perforeeritud voolik nina alla. Kui esineb tugev limaeritus ninast või patsient ei saa hingata nina kaudu, soovitatakse kasutada huulikut, kusjuures hapniku väljumise kiiruseks on siis 6 l/min.

Peale inhalatsioonimeetodi kasutatakse sisehaiguste kliinikus laialdaselt hapniku manustamist pleuraõõne, kõhuõõne ja seedetrakti kaudu, samuti naha alla. Hapniku manustamisel naha alla kasutatakse pneumotooraksi või Bobrovi aparaati. Kui manustatava hapniku hulk ületab 50 ml, siis on seda lubatud süstida naha alla kas reie või abaluualuses piirkonnas, või ülakõhu piirkonnas. Soovitatav on hapnikravi alustada väikeste doosidega (50—150 ml), tõstes iga päev annust 25—50 ml võrra (kuni 500—600 ml-ni). Ravikuuri pikkus oleneb vajadusest (15—20 süstet), kusjuures kuuri võib korrata 2—3 kuu pärast. Polikliiniku tingimustes on oluline, et patsiendid pärast hapniku manustamist lamaksid vähemalt 15—20 min. Tuleb märkida, et hüpoksia puhul ei ole hapniku manustamine naha alla küllaldane.

Süstemaatilise hapnikravi läbiviimiseks hapnikutelgis on soovitatav orienteeruda alljärgneva tabeli järgi.

Haiguse nimetus	O_2 manustamine hapnikutelgis	
	O_2 kontsentratsioon	O_2 manustamise kestus
Pneumoonia Kopsude ägedad kahjustused mürgiste ainetega Kopsuödeem	40—50%	Olenevalt haiguse raskusest. Rasketel juhtudel mitu tundi lühikeste vaheaegadega
Pneumoskleroos Emfüseem	40—65% 50%	Seansi pikkus 1—3 t., 15—20 seanssi 2—3 korda aastas
Kopsuabstsess ja gangreen	60—70%	Seansi pikkus 3—35 min. 20—25 seanssi aastas
Koronaararterite puudulikkus Müokardiinfarkt	40—50% 60—99%	30 min.—2 t. Intervallide kestus 15—30—40 min., olenevalt südame- ja vereringe puudulikkuse astmest
Endokardiidid	40—50%	20—30 min. iga päev
Krooniline südame- ja vereringe puudulikkus	40—50%	Seansi pikkus 1—2 t. 10—15 seanssi ühe ravikuuri vältel
Hüpertooniatõbi	40—50%	Ravikuur 30 päeva à 45—60 min., alata 15—20 min., iga päev lisada 5—10 min.
Basedowi haigus	60—70%	Seanss 30 min., 10 seanssi
Suhkurtõbi *	60—70%	30 min. iga päev 2—6 nädala jooksul

* Välja arvatud komatoossed seisundid, kus O_2 manustatakse peamiselt ninasondi abil.

ЛЕЧЕНИЕ КИСЛОРОДОМ ПРИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЯХ

М. Мийдла

Резюме

В настоящее время в стационаре, в поликлинике и на дому широко проводится лечение кислородом внутренних заболеваний.

Основным методом является ингаляция кислорода, причем большое значение имеет точная дозировка его. Кроме метода ингаляции, с лечебной целью используют введение кислорода в полости брюшины и плевры, в пищеварительный тракт и под кожу.

При проведении лечения необходимо строго соблюдать все правила техники безопасности.

REUMA KAASAEGNE RAVI JA PROFÜLAKTIKA

K. VALGMA

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Reumat tuntakse juba väga ammu, kuid teadusliku formuleeringu andis reumale alles Baillau 17. sajandil.

Haigestumine reumaatilistesse haigustesse on niivõrd sage, et see on muutunud sotsiaalseks probleemiks. Statistiliste andmete kohaselt põeb 4% kogu maakera elanikkonnast mingisugust reumavormi (vähktõbe ainult 0,6%, tuberkuloosi 0,4%). 1958. a. hinnati USA-s reumahaigete arvu 10 miljonile inimesele. Inglismaal põeb reumat 10% koolilastest. Kogu Euroopa ulatuses langeb haiguse tõttu kaotatud tööpäevadest 11—15% reuma arvele.

75% juhtudest algab reuma enne 15. eluaastat ja ainult 10% juhtudest pärast 25. eluaastat. Kõige sagedamini tabab reuma 6—8-aastasi lapsi. Just selles eas lapse tervise suhtes peab ema äärmiselt tähelepanelik olema — tuleb vältida kõike, mis võiks soodustada haigestumist reumasse, ja haigestumise korral kiiresti tarvitusele võtta radikaalsed abinõud. Et see vajalik on, selleks pruugib vaid meelde tuletada uuemat Tšehhoslovakkia statistikat, mille kohaselt igast 1000 reumat põdenud lapsest elas 10 aasta pärast 733. 344-l oli südamerike ja 135 olid haiguse pärast sunnitud valima nn. istuva elukutse. Ainult 304 uuritut tundsid end täiesti tervena.

Reumasse haigestumist soodustavad külmad ja niisked eluruumid. Teatud osa on ka pärilikul eelsoodumusel, mille aluseks on sidekoe kaitsemehhanismide nõrkus ja ühesugused elutingimused. Nõukogude autorite andmetel haigestuvad reumaatikute lapsed reumasse 10—15 korda sagedamini kui lapsed, kelle perekonnas reumat ei esine.

Reuma tekitajaks peetakse A-gruppi kuuluvat beetahemolüütilist streptokokki. Selle poolt kõneleb asjaolu, et reumaatilisele puhangule eelnevad 40—80% juhtudest angiinid ja 5—13% juhtudest sarlakid. Sama tõendab see, et sulfaniilamiidid ja penitsilliin on reuma profülaktikas efektiivsed, et 50—80% reumahaigete verest isoleeritakse streptokokke, et streptokokkide antikehade tiiter veres on kõrge ja reuma sageneb angiinipuhangute korral.

Streptokokkide paiknemiskohaks on nina ja neelu limaskest, eriti tonsillid. Ka tervetel inimestel leidub streptokokke. Mitmesuguste välistegurite (külm, niiskus, temperatuuri järsk muutumine) ja sisemiste faktorite (kurnatus, ainevahetus- ja sisesekretsioonihäired) toimel tõuseb streptokokkide aktiivsus, tekib põletik. Loomulikud kaitsebarjäärid muutuvad streptokokkide toksiinidele ning kudede laguproduktidele läbita-

vateks ja viimased tungivad organismi. Organism vastab sellele streptokokk-antikehade produktsiooniga. Streptokokk-antigeenide ja -antikehade reageerimisel häirub fermentsüsteemide tasakaal. Tekivad proteolüütilised fermendid, mis kutsuvad esile kapillaaride läbilaskvuse tõusu ning sidekoe põhiaine destruktsiooni. Kudede lagunemisel vabanevad aktiivsed polüpeptiidid, mis omakorda süvendavad sidekoe kahjustust. Tekib sidekoe fibrinoidne väärastus. Selle kõrval esineb rakuline vohamine nn. Aschow-Talalajevi sõlmekeste näol. Tekkinud reumaatiline põletik on hüperergilise iseloomuga. Põletiku vaibumisel on ülekaalus produktiivsed skleroseerivad protsessid.

Reumasse haigestumist võivad soodustada kroonilised põletikud organismis, näiteks krooniline sinusiit, otiit, karioossed hambad jne.

Tõelise reuma kliiniline pilt sõltub reuma vormist. Eraldatakse 1) reumaatilist polüartriiti, 2) reumokardiiti ja 3) kesknärvisüsteemi reumat (*chorea minor*). Haigus võib olla a) äge, b) alaäge, c) krooniline. Sageli eespool toodud vormid kombineeruvad ja neile lisanduvad teiste elundite (maks, neerud, kopsud jne.) kahjustused.

Tõelise reuma äge ja alaäge vorm algavad kehatemperatuuri tõusu, liigeste valulikkuse, punetuse ja tursega. Reuma haarab enamasti mitu liigest korraga või järjestikku. Sageli algab haigus märkamatult, kusjuures lihaste ja liigeste kerge valulikkus võib olla ainsaks sümptoomiks. Viimasel ajal harveneb ägedasse reumasse haigestumine ja ikka rohkem esineb alaägeda ning kroonilise kuluga reumavorme. Eriti valvas tuleb olla reumokardiidi suhtes, mis tihti kulgeb alaägedalt ja võib tagasihoidlike sümptoomide tõttu jääda diagnoosimata. Reumokardiidi põhilisteks tunnusteks on kehatemperatuuri tõus, tugev nõrkustunne, tuimad valud südame piirkonnas, südamepekslemine, rütmihäired. Suureks abiks reuma diagnoosimisel on laboratoorsed analüüsid ja elektrokardiograafia. Meie tingimustes on võimalik teha järgmisi laboratoorseid uuringuid: paberelektroforeesil saadud vereseerumi proteinogramm, sidekoe põhiaine destruktsioonil vabanenud mukoproteiidide määramine vereseerumis, ja difenüülamiinreaktsioon, mis põhineb sidekoe põhiainest pärineva siaalhappe määramisel. Streptokokk-antikehade — streptolüsiin-0, antihüaluronidaasi ja antistreptokinaasi — määramine veres on väga suure diagnostilise tähtsusega, kuna nimetatud antikehade hulk veres on tõelise reuma puhul 70—80% juhtudest tõusnud. Tingimata tuleb teha elektrokardiogramm, sest reumaatiline protsess haarab alati südant. EKG-s on reumale kõige iseloomulikumaks tunnuseks PQ aja pikenemine. Tõeline reuma allub ravile hästi, jääb püsima aga retsidiivide oht.

Reumokardiidi tagajärjeks on väga sageli südameklapi rike. Eriti sage on mitraalklapi kahjustus. Mitraalklapi rikke diagnoosimisel tuleb alati silmas pidada kirurgilise ravi võimalust ja mitte lasta nn. mitraalhaigust nii kaugele areneda, et operatiivne ravi pole enam võimalik.

Kesknärvisüsteemi reuma võib kulgeda ägedalt, alaägedalt või krooniliselt. Kliinilises pildis on tavaliselt esiplaanil entsefaliidi, meningiidi või vaheaju kahjustuse sümptoomid.

Ägeda reuma ravi toimub haiglas, ainult erandjuhtudel kodus. Ravi põhiprintsiibid on kõigi reumavormide puhul sarnased. Esimeseks nõudeks on voodirežiim, mille kestus oleneb haigusprotsessi raskusest ja taandarenemisest. Väga oluline on haige eest hoolitsemine. Haigetoa õhk peab olema värske ja kuiv. Vältida tuleb külmetusi. Tihti on vaja vahetada pesu ja keha sooja vee, nõrga äädika- või piirituselahusega üle hõõruda. Haigesse tuleb sisendada optimismi, vältides liialdusi: patsiendile ei tohi rääkida, et üks või teine ravim või raviprotseduur kindlasti aitab ja patsient täiesti terveneb. Oodatud raviefekti mittesaabumine, nagu vahel juhtub, võib sellisel juhul haigele mõjuda negatiivselt.

Haige toidu valgusisaldust on soovitatav vähendada 40—50 grammini päevas. Vitamiinide, eriti C-vitamiini sisalduse tõttu avaldavad soodsat toimet juur- ja puuvili. Mõnedel juhtudel, eriti ravimisel püramidooniderivaatide või hormoonipreparaatidega, on vaja piirata vedeliku ning keedusoola hulka, tarvitada kaaliumirikast toitu (kartuleid) või manustada päeva jooksul 1—2 grammi kaaliumkloriidi suu kaudu. Unustada ei tohi vitamiine (B_1, B_{12}, E), eriti C-vitamiini.

Ravimitest kasutatakse kõige rohkem salitsüülnaatriumi (6—10 g päevas), samas koguses aspiriini ja püramidooni (2—4 g päevas). Viimastel aastatel on laialdast kasutamist leidnud pürasoolooniderivaadid (butasolidiin, butadioon, irgapüriin, pürabutool, reopüriin jt.). Butadioon on tugevatoimeline antireumaatiline ravim, mille annus täiskasvanule on 0,15 g neli korda päevas. Üheks kuuriks kulub 12—14 g butadiooni. Butadiooniga ravimisel peab tähelepanu pöörama vereuuringutele, sest butadioon, nagu püramidoongi, võib esile kutsuda agranulotsütoosi. Tuleb jälgida ka patsiendi kehakaalu ja veebilanssi, sest butadioon soodustab vee ja keedusoola peetumist organismis.

Kõige tugevama antireumaatilise toimega on kahtlemata hormoonipreparaadid: AKTH, kortisoon, hüdrokortisoon, prednisoloon jt. Neist AKTH (hüpofüüsi adrenokortikotroopne hormoon) stimuleerib neerupealiste koorollust eritama hormoone (glükokortikoide, vähesel määral mineralokortikoide). Kortisoon, hüdrokortisoon ja prednisoloon on neerupealiste hormoone asendava toimega.

Hormoonipreparaate rakendatakse ägedatel, rasketel reumajuhtudel, eriti, kui on tegemist reumokardiidi ja pankardiidiga (haaratud on kõik südamekihid). Nendel juhtudel on AKTH, kortisooni või prednisoolooniga võimalik kiiresti tulemusi saavutada ja kõrvaldada eluohtlik seisund. Kirjanduses leidub tähelepanekuid selle kohta, et varakult alustatud hormoonraviga on võimalik ära hoida südameklapi rikke tekkimist.

Hormoonravi peab toimuma oskuslikult, vastasel korral võib see kasu asemel kahju tuua. Kõige esmalt tuleb kindlaks teha, kas hormoonide kasutamiseks pole vastunäidustusi. Viimasteks on mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandid, aktiivne tuberkuloos (kui ei kasutata antituberkuloosset ravi), psühhoosid, diabeet, generaliseerunud osteoporoos, tugev rasvumine, südame- ja veresoonkonna raske kahjustus, raskekujuline hüpertoonia, neerude puudulikkus, klimakteerium.

Reeglina manustatakse hormoone alguses suurtes, siis järk-järgult väiksemates annustes. AKTH manustamist alustatakse tavaliselt 40—60 ühikust päeva kohta ja jäädakse viimaks püsima 10—20 ühikule, süstituna 2—4 korda päevas. Kortisooni esialgsed annused on 200—400 mg päevas. Annust vähendatakse 50—100 mg-ni päevas. Tugeva kõrvaltoime tõttu kasutatakse kortisooni viimasel ajal vähem. Kõige enam kasutatava hormoonipreparaadi prednisolooni manustamine algab 20—30 mg-st päeva kohta. Suuri annuseid kasutatakse 1—2 nädala vältel, siis vähendatakse kogust järk-järgult 5—10 mg-ni päevas. Prednisolooni tuleb sisse võtta pärast söömist.

Hormoonravi vältel tuleb silmas pidada kõrvalnähtude tekkimise võimalust (vee ja keedusoola retensioon, unetus, vererõhu kõrgenemine, veresuhkru peegli tõus, rasvadepoode suurenemine). Hormoonravi vältel võivad ägeneda organismis esinevad kroonilised põletikukolded. Prednisoloonravi korral esineb kõrvalnähte harva ja nad pole kuigi tugevad. Prednisolooniga ravimisel on kõige olulisem mõõdukas vedeliku ja keedusoola, samuti kaaliumirikka toidu tarvitamine või kaaliumkloriidi manustamine suu kaudu (2 g päeva kohta). Prednisoloonravi vältel tuleb neerupealiste stimuleerimiseks süstida aeg-ajalt AKTH-d. Hormoonravi lõpetamisel on tingimata vaja mõneks päevaks üle minna AKTH süstimi-

sele ja edasi mõne teise antireumaatilise vahendi, näiteks butadiooni manustamisele. Kunagi ei tohi hormoonravi järsult katkestada, sest see põhjustab haiguse ägenemist.

Hüdrokortisooni (koguses 25—30 mg) kasutatakse tavaliselt liigesesse süstimiseks, mis annab tihti häid tulemusi.

Reuma paranemise faasis on otstarbekohane kasutada füüsikalisi ravivorme, eeskätt soojusprotseduure: diatermiat, lühilainet, parafiin- ja osokeriitmähiseid. Hästi mõjuvad nahka ärritavad ning hüpereemiat tekitavad kamper- ja sipelgapiiritus, mesilase- ja ussimürgisalvid, iontoforees novokaiini, histamiini ja teistega. Tingimata vajalikud on massaaž ja ravikehakultuur.

Ägeda reuma ravi kestab mitu kuud ega lõpe haiglast väljumisega. Paari kuu vältel peab haige tarvitama väikestes annustes püramidooni, butadiooni või teisi antireumaatikume. Keelatud on kohe tööle, eriti kehalisele tööle asuda. Reumokardiiti põdenuil tuleb raskem kehaline töö arvesse alles 2 kuud pärast ägedate põletikunähtude vaibumist. Pärast ägedate nähtude kadumist tuleb saneerida fokaalinfektsiooni kolded. Reuma ravi peab lõppema kuurordis või sanatooriumis. Meil sobib reumahaigete raviks kõige enam sanatoorium nr. 1 Pärnus, kus haiged saavad peamiselt mudaravi.

Kõige tähtsamaks küsimuseks on kahtlemata reuma profülaktika. Tuleb eristada kahesugust profülaktikat: täiesti tervete inimeste (eriti nende, kellel on reuma suhtes eelsoodumus) kaitsmine reumasse haigestumise eest ja uute puhangute vältimine juba haigestunutel. Täiesti tervetel inimestel seisneb reuma profülaktika eelkõige organismi karastamises ja tugevdamises päikese, õhu ning vee toimel, samuti tegelemises kehakultuuri ja spordiga. Vältida tuleb kehalisi ja vaimseid ülepingutusi, mis võivad nõrgendada organismi kaitsejõude. Töö peab vahelduma puhkusega. Hoiduda tuleb külmetustest, töötamisest külmades ja niiskетes ruumides, järskudest välistemperatuuri muutustest. Oluline on õige toitumine. Toit peab olema mitmekülgne ja sisaldama rohkesti vitamiine, eeskätt C-vitamiini ja mineraalsooli — esmajoones kaltsiumi ja fosforit. C-vitamiini, kaltsiumi- ja kaaliumirikas on juur- ja puuvili. Kevadperioodil, kui C-vitamiini sisaldus toidus väheneb, tuleb tingimata tarvitada C-vitamiini preparaate. Peab märkima, et reumasse haigestumine on eriti sage sügisel ja kevadel, mistõttu reuma profülaktika nimetatud aastaaegadel peab olema eriti intensiivne. Kuna ligikaudu 80% juhtudest algab reuma pärast streptokokkide poolt põhjustatud põletikku ülemistes hingamisteedes, nina kõrvalkoobastes, tonsillides jne., siis tuleb nimetatud haigusi hoolikalt ravida. Nagu näitavad tšehhi, taani ja ameerika teadlaste tööd, võivad streptokokid üle kanduda ühelt inimeselt teisele nii piisknakkuse kui ka toiduainete kaudu. Ravimisele kuuluvad kroonilised põletikud kogu organismis: krooniline keskkõrvapõletik, põletikulised hambajuured, krooniline sapipõiepõletik jne. Erilist tähelepanu tuleb pöörata kroonilisele tonsilliidile, sest 40% juhtudest algab reuma angiini ja tonsilliidiga. Kroonilist tonsilliiti tuleb tingimata ravida kirgurgiliselt.

Eespooltoodu kehtib täiel määral ka reumakalduvusega ja kunagi reumat põdenud inimeste kohta. Need inimesed peavad end eriti hoolikalt, kuid ettevaatlikult karastama ja tugevdama, tarvitama vitamiine ja sügisel-kevadel võtma tarvitusele ettevaatusabinõud. Tuleb hoolitseda selle eest, et korter oleks kuiv ning soe ja et töökohal ei oleks külmetamisvõimalusi. Väga tähelepanelik tuleb olla laste, eriti 6—8-aastaste suhtes. Nimetatud kontingendi hulka kuuluvate inimeste haigestumisel ülemiste hingamisteede katarri, angiini, nina-kõrvalkoobaste põletikku või mõnesse muusse ebamäärasesse palavikuhaigusesse tuleb määrata voodirežiim koos antibiootikumide ja antireumaatiliste ravimite manus-

tamisega. Seejuures peab ravi olema küllalt resoluutne. Angiini puhul on näiteks soovitatav manustada penitsilliini 300 000 ühikut päevas 10 päeva vältel, kusjuures ravi peab algama kohe haiguse algul. Paralleelselt penitsilliiniga tuleb reumakalduvusega haigetele anda 2—4 nädala jooksul 1 g püramidooni või 0,3 g butadiooni päevas. Penitsilliini asemel kasutatakse ka sulfaniilamiide ja terramütsiini, kuid nimetatud ravimite suhtes areneb mikroobidel kiiremini resistentsus, mistõttu tuleb eelistada pentsilliini. Viimase suhtes muutuvad A-grupi streptokokid harva resistentseks. Umbes samasugune profülaktiline ravikuur penitsilliini või bitsilliiniga ja samaaegne antireumaatiline ravi on reuma suhtes disponeeritud inimestele vajalik ka igal sügisel ja kevadel. Stollerman ja tema kaastöötajad jälgisid 2 aasta vältel 6—16-aastasi reumat põdenud lapsi, kellele oli profülaktiliselt manustatud penitsilliini. Ühelgi neist ei tekkinud retsidiivi, kusjuures kontrollgrupis tekkis sama aja vältel uusi puhanguid 15% uuritutest.

Uute reuma-atakkide profülaktikas on väga oluline järjekindel igaaastane sanatooriumi- või kuurordiravi. Haiguse sagedaste ägenemiste puhul on soovitatav elama asuda kuiva ja sooja kliimaga piirkonda.

KIRJANDUS

1. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. М., 1961. — 2. Сумароков А. В. Фельдшер и акушерка, 1961, 12, 3—5. — 3. Ясиновский М. А. Вопросы ревматизма, 1961, 2, 55—61. — 4. Сафонов А. Г. Вопросы ревматизма, 1961, 3, 6—11. — 5. Tichy, H., Seidel, K., Heidelman, G. Lehrbuch der Rheumatologie. Berlin, 1959. — 6. Tichy, H. Vorsorge, Behandlung und Fürsorge bei rheumatischen Krankheiten. Berlin, 1960.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЗМА

К. Валгма

Резюме

В статье приводятся сведения о заболеваемости ревматизмом, дается обзор этиологии и патогенеза этого заболевания. Кратко излагаются вопросы классификации ревматизма, диагностики и клинической картины особых форм его. Более подробно описано лечение ревматизма стероидными препаратами, производными пиразолона и др., а также методы медикаментозной профилактики болезни.

Kaadri ettevalmistamine

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1962. a.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas 1962. a. ja sai diplomi 136 isikut, neist kiitusega 14. Stomatoloogia osakonna lõpetas 27, seejuures kiitusega 3 lõpetajat. Farmaatsia osakonnas

oli 24 lõpetajat, neist kahele anti diplom kiitusega. Üldse laskis TRÜ Arstiteaduskond sel kevadel välja 187 noort spetsialisti.

Arstid

Maie Adamsoo
Hille Ambos
Milvi Audova
Aini Augla
Nikolai Baikov
Viive Edula
Aili Ehari (kiitusega)
Tiiu-Liia Endrekson
Heino Ers (kiitusega)
Bina Glikman
Ene Grünberg
Marje Grünberg
Anne Holstein
Nikolai Hvatskov
Ado Juhasoo
Silvi Jänes
Juta Jürgens
Helju-Viivi Kaljula
Tiiu Kaljuste
Linda Kampus
Henno Kapp
Heljut Kapral (kiitusega)
Rein Kariis
Jaan Kelk
Imbi-Saida Kigaste
Ilmi-Maire Kingisepp
Mare Kivihall
Leili Kivila
Helgi Kivilo
Marje Kraft
Aita Kuus (kiitusega)
Reet Kõrgmaa (kiitusega)
Erna Kööbi
Lilian Laane
Vootele Laisaar
Milvi Leibak
Erika Lindpere
Kaja Lodi
Maimu Lukk
Beata Lumi
Elviira Matveitšuk
Tiiu Metsur
Sirje Mihkla (kiitusega)
Lea-Mai Mitt
Helvi Mägi
Jüri Männiste
Piia-Mai Männiste
Malle Niit
Helle Nurm
Leo Ora
Veera Otti
Maaja Paimre
Arnold Palu
Jüri Paulson
Valve Pillesaar (kiitusega)
Vassili Pino
Elle Pintson
Mihhail Potašenkov
Lydia Punder
Malle Punman
Ede-Mall Puskar
Helju Puskar
Tiiu Põder
Rein Põllumaa
Tiiu Päid
Mari-Anne Päsmel
Tiiu Raba
Aalon-Juhan Ramm
Reet-Malle Rammo
Hanno Ranne
Mati Ratt
Sirje Raukas
Loori Reinvald
Viiu Ridalaan
Ingrid Rikkinen
Aili Ross
Leili Rätsep
Helve Saar
Astrid Saava
Mari Saks
Jüri Samarütel
Evi Samarüütel
Valve Siider
Ille Sild (kiitusega)
Tiia Sillapere (kiitusega)
Astrid Steinberg (kiitusega)
Eerik Sumberg
Silvi-Silja Suurhans
Georg Suurväli (kiitusega)
Ivi-Mai Suurväli
Maie Sõstra
Tiina Talvik
Tõnu-Teet Talving
Lehi Tamm
Jaak Tepper
Aili Tihane
Ellu Tiisler
Mall Toone
Maie Tsirnask
Marge-Helene Tärk
Jaak Usk
Ants Vaar
Johan-Enno Veske (kiitusega)
Õilme Vilge
Ilmar Värsi
Raissa Aleksandrova
Ruta Danilan
Mark Gaiduk
Ljudmila Gladštein
Eleonora Godneva
Niina Gretško
Klaara Grišk ina
Polina Hvoinskaja
Mihhail Ivanov
Vadim Jermolajev
Larissa Kalnina
Ljubov Lazareva
Larissa Ljašenko
Vladimir Mišin
Serafima Mlõnorik
Svetlana Mägkova
Inara Ojamaa
Rafael Ratnikov
Viktoria Raud
Jelena Sahhovskaja
Svetlana Sergejeva
Pjotr Siletski
Voldemar Solk
Nikolai Serementjev
Julia Zalesskaja

Juri Zinin
Liilia Zinina
Ivan Tarasov

Arstid-stomatoloogid

Elle Abel
Asta Aben
Raime Aledinova
Siiri-Hell Braun
Milvi Ehasalu
Thea-Ingrid Havel
Helgi Hubel
Helle Jaagund
Maie Kangur
Iive Koppel (kiitusega)
Mai Kotkas
Virve Laama
Anne Leibur
Eha Lepp (kiitusega)
Mare Liivoja
Milvi-Maria Lulla
Ene Matti
Tiiu Mölder
Niina Pahla
Silvia Prass
Imbi Reedi
Eha-Mall Renno
Salme Soomets
Helle Tapfer
Helle-Maie Valdma (kiitusega)
Tiiu Vau
Raja-Koidula Virtmann

Svetlana Tarassova
Margarita Tihhonova (kiitusega)
Aleksandr Tšadin

Proviisorid

Maie Annus
Elmar Arak
Eve Aroella
Elgi Juhanson
Virve Jüriado
Kersti Karine
Kiiri Karus
Mari-Ann Kirikal
Helle-Mare Kraus
Endla Kuusik
Aino Laansoo
Heldur Laas (kiitusega)
Sirje Lahk
Helle Laissaar
Maila Madise
Lembi Merilo
Eevi Ploomipuu
Aili Rammo
Hans Rammo (kiitusega)
Riina Randoja
Leili Sadulsepp
Kristi Siim
Tiiu Somann
Viive Võsu

I. Maaroos

UUS LEND TALLINNA MEDITSIINILISEST KOOLIST

Tallinna Meditsiiniline Kool saatis tänavu ellu oma XVII lennu — 165 lõpetajat. Huvitav on märkida, et 20 aasta jooksul on kooli lõpetanud 7 erialalt kokku 2176 inimest. Kõige rohkem lõpetajaid (601) on olnud velskrite erialal. Meditsiiniõe kutsega on lõpetanud kooli 518 inimest. Akušööri ja velsker-ämmaemanda diplomi on kool välja andnud 447 lõpetajale. Apteegivõrku on tööle asunud 263 farmatseuti. Lasteasutustesse on suunatud 204 lasteasutuste meditsiiniõde. Kõige vähem lõpetajaid (143) on seni olnud hambatehnikute erialal.

1962. a. lõpetasid Tallinna Meditsiinilise Kooli järgmised isikud.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Aili Aasvee
Galina Afanasjeva
Viive Allabert
Aime Allorg
Raissa Altman
Galina Anikina
Maria Baronova
Irina Blagodatskaja
Niina Borovikova
Maret Ehala
Ester Elge
Valentina Fedetsova

Galina Filantšuk
Tatjana Grjasnova
Loida Grauberg
Lidia Guljaeva
Maria Guljaeva
Antonina Haak
Marianne Hindov
Valve Huberg
Elle Irve
Tiina Ivanova
Tiiu Jõulo
Elle Kalda

Erika Kalda (kiitusega)
Viivi Kalda
Riina Kandi
Aime Kiilas
Maria Kovšikova
Antonina Krainjukova
Ene Koplimets
Galina Kurkova
Valentina Kuropei
Inna Kuusk
Alevtina Kutuzova
Klara Ladoga
Ilme Laks
Mari Liigand
Inna-Liis Liim
Nelja Ljapina
Helve Masing
Reet Marlen
Gilja Melamed (kiitusega)
Nadežda Melnikova
Veera Minjailova
Galina Mišustina
Galina Morozova
Svetlana Murzina
Mare Must
Ella Männiste
Anna Novakova
Ludmilla Novikova
Lilian Nurk
Nadežda Obuhovskaja
Linda Pall
Ivi Palu
Anne Parves
Ilona Ploom
Tiiu Ploompuu
Ljubov Polkovnikova
Maria Potapenko
Anne Puumets
Katri Põlder (kiitusega)
Urve Põltsa
Aino Pärk
Aili Pärna
Jelisaveta Radtšenko
Õie Raidmets
Heldi Raim
Sirje Raud
Luive Rebane
Saima Riit
Maria Romanova
Maie Rooneem
Saima Roosvelt
Raissa Rõbak
Helle-Kaja Salis
Niina Sassi
Lea Seeder
Krista Schipai
Inna Seppen
Marje Siiber
Ludmilla Siljutina
Elena Sinitsina
Jusefa Skakun
Ludmilla Sokolova
Valentina Sorval
Virve Soots
Praskeva Suhanova
Žanna Suvorova
Tamara Šalunova
Svetlana Šolonova
Maria Zaitseva
Marika Zaripov
Sale Zimmer
Marje Tammo
Diana Timofejeva
Vaida Tiigimägi
Heljo Treimaa
Vaike Tull
Maria Urbla
Lii Uusmägi
Maire Valk
Eila Valter
Ludmilla Vanjukova
Liidia Veltri
Urve Veltson
Malle Viirsalu
Malle Välja
Helle Väärtmaa (kiitusega)

Lasteasutuste meditsiiniõed

Liina Hiie
Elle Jakson
Tiiu Järve
Ester Kask
Karin Kutter
Liidia Lebbin
Aino Leppik
Reet Liivaleht
Viive Lippert
Malle Oksamaa
Helle Prits
Urve Raaper
Reet Randla
Aino Räni
Aino Sitska
Linda Tiivel
Eda Toone
Külli Truup
Helju Utsar
Milvi Valk
Anne Vassiljev

Kaugõppe osakond

Farmatseudid

Peeter Tall

Meditsiiniõed

Asta Hanschmidt
Leida Helenurm
Platonida Kazmina
Vilmi Koplus

Cipa Lapidus
Evi Normet
Laine Pehka
Silvi Raimets
Ilme Rannik
Natalie Remmel
Leida Silla
Selma Suurekivi
Vaike Sõber
Evi Umbleja

Velskrid

Paula Adamovskaja
Ella Arismaa
Helja Arme
Endel Kruus (kiitusega)
Selma Kuusik
Silvi Kõla
Tatjana Laane
Selma Laursoo
Helmi Lepiku
Linda Mägi
Salme Männik
Laine Paju
Maimu Päit
Valli Reitmann
Ilda Sender
Daysi Sokk
Emilie Svirbut
Linda Varbola

K. Sõerde

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI LÕPETAJAD 1962. a.

Tartu Meditsiinilises Koolis toimusid sel aastal esmakordselt riigieksamid kaks korda aastas. Käesoleva aasta märtsikuus lõpetasid õpingud sanitaarvelskrite ja akušööride osakonna õpilased.

Statsionaarne osakond

Sanitaarvelskrid

Vello Arna
Mare Dobrus
Ellen Dorbek
Aino Hendrikson (kiitusega)
Liina Juhandi (kiitusega)
Tiina Karine
Valve Klein
Diina Kuklas
Ilme Kunder
Kadi Kõiv
Mervi Laari (kiitusega)
Mai Lehismets
Laine Lipp
Helve Loko (kiitusega)
Rita Mihejeva
Lilja Ool
Taimi Rannamäe
Milvi Rebane
Diana Sverdlova
Aita Siidra
Mall Schmidt
Reet Soom
Helgi Suits
Aino Tammeoja
Elle Tatrik
Helle Vahi

Akušöörid

Maarja Gross
Laine Haller
Helvi Helemets
Anne Hint
Tiina Jõesaar (kiitusega)
Ene Kansler
Evi Kase
Ellen Keskpaik
Ilme Kriisa
Emmi Kõrgesaar
Evi Laurits
Malle Pihlapson
Leeni Rehe
Linda Rott
Tiiu Saarmann
Aino Salvere
Milvi Timma
Vilve Toodo
Heljo Tõnismägi
Helvi Uibo
Eha Unus
Helve Vares
Imbi Vilt
Malle Õlekõrs

Meditsiiniõed

Mae Luha

Teine riigieksamite sessioon toimus juunikuus, mille põhjal anti lõputunnistus 90 isikule.

Meditsiiniõed

Kaie Ahto
Anne Aksel
Vaike Ardon
Helgi Hanimägi
Tiiu Heering
Tiiu Keerma
Aini Kera
Eha Kinsiveer
Niina Kirss
Taimi Koolmeister
Aili Kriisa
Ilve Kuhi
Hilvi Kuningas
Ene Kuusik (kiitusega)
Aili Kütt
Kerstin Kütt
Heli Loorits (kiitusega)
Meeli Lätt
Anne Maas
Elsa Mägi
Ingrid Niländer
Riina Noorlind
Valli Nurmeots
Tiiu Nõmmeots
Kerstin Padonik
Laine Palumaa
Evi Patlap
Ilme Patrael
Aime Peri
Loreida Perova
Linda Pihu
Ruta Podinš
Taimi Puniste
Taima Raondi
Virve Raudsepp
Erna Rumask
Tiiu Rüütel
Mirjam Salzmann
Tiiu Sihver
Eva Suija
Helgi Sõrm
Luule Talts
Sirje Teder
Helgi Teetlov (kiitusega)
Aili Toomet
Ludmilla Tsõganova
Aita Vaher

Velsker-laborandid

Alma Arbeiter
Eda Eek
Maie Erik
Saima Haage
Eha Haring
Raili Hiisküla (kiitusega)
Virve Kalev (kiitusega)
Silvia Kivi
Tähti Kolk
Liilia Nõgene
Helgi Nõmm
Hele Oidermaa
Helgi Ollino
Tea Otsing (kiitusega)
Astrid Paal
Virve Pauskar
Virve Peterson
Tiiu Piip
Anne-Liis Proosa
Anne Pärgma
Anne Rakki
Iivi Rehepap
Tiiu Rosenberg
Maie Rosenfeld
Silja Saar
Helju Uustal
Kristi Vaharo
Ester Vijar

Kaugõppe osakond

Sanitaarvelskrid

Hilja Ird
Linda Heinmets
Heljo Kodres (kiitusega)
Eduard Lehiste
Silvia Oja
Merika Pelänena
Hellen Pertel
Ilse Roht
Olga Sudela
Lea Teder
Reete Tohvri
Hiie Võsu

Velsker-laborandid

Juta Kamsen
Helju Ojaperv
Leili Pärtel

Järgmisel, 1963. aastal lõpetab Tartu Meditsiinilise Kooli samuti ligi 140 noort. Pärast mõneaastast vaheaega on lõpetajaid ka velskrite ja hambaarstide erialal. Käesoleval aastal aga võtab kool vastu 240 uut õpilast. Esmakordselt avatakse vastuvõtt lasteasutuste meditsiiniõdede erialale.

A. Horn

SANITAARHARIDUSTÖÖ ÜLESANNETEST TÄNAPÄEVAL

M. RAIG

(Vabariiklikust Sanitaarhariduse Majast, peaarst *M. Raig*)

NLKP XXII kongressi programm püstitas suured ülesanded: kommunismi materiaalse-tehnilise baasi loomise ja uue inimese kasvatamise.

Uue inimese kasvatamisel on sanitaarharidustööl täita oluline osa. Ta peab kujundama materialistlikku maailmavaadet, aitama likvideerida iganenud tõekspidamisi ja olema kooskõlas teaduslik-tehnilise progressiga.

Senini on sanitaarharidustöö tõsiseks puuduseks olnud eemalolek tervishoiu praktilistest ülesannetest ja mitteküllaldane ulatus. Tuleb tingimata saavutada, et sanitaarharidustöö oleks aktiivne, konkreetne.

Igas inimeses tuleb kasvatada vastutustunnet enda ja kogu kollektiivi tervise tugevdamise ja hoidmise eest. Põhiliseks loosungiks peab olema: iga ühiskonnaliikme tervis on rahva ühisvara. Peab ütlema, et elanikkonna sanitaarkultuuri tase ei pea sammu üldise kultuuritõusuga. Seetõttu tuleb mõelda sanitaarharidustöö meetodite ja vormide mitmekesistamisele. Tunduvalt rohkem tuleks kasutada raadiot, kino, televisiooni ning ajakirjandust. Mõnedes kohalikes ajalehtedes avaldatakse vähe sanitaarhariduslikke artikleid. Näiteks Valga kohalikus ajalehes ilmus 1961. a. kõigest 4, Hiiumaal 9 artiklit jne. Seevastu Pärnus avaldati 39, Tapal 45, Narvas 32, Võrus 23, Tartus 59, Tallinnas «Õhtulehes» 40 artiklit.

Eesti Raadios on tervishoiusaateid 2—3 korda kuus, kuid kohalikke raadiosõlmi kasutatakse väga vähe.

Viimastel aastatel on tunduvalt suurenenud sanitaarhariduslike filmide demonstreerimine. Rohkesti on neid linastatud Tartus (1961. a. 185 seanssi), Tallinnas, Haapsalus ja Pärnus. Mõnedes rajoonides aga (Kingissepas, Valgas, Võrus) demonstreeritakse sanitaarhariduslikke filme veel harva. Meditsiinitöötajate ja kultuuri alal töötajate koostöö peab olema tihedam. Ettepanekuid filmide temaatika kohta peaksid tegema meditsiinitöötajad, eelkõige kohalikest sanitaar-epidemioloogia jaamadest või haiglate sanitaar-epidemioloogia osakondadest. Vastavasisulisi filme tuleb lülitada ringvaatesse ning demonstreerida neid kinode ooteruumides. Igal aastal oleks vaja korraldada sanitaarhariduslike filmide festival, põimides filme loengutega.

Tervishoiualaste teadmiste levitamisel on tähtis koht ajakirjandusel ning populaarteaduslikel brošüüridel. Järjekindlat tähelepanu meditsiinipropagandale on osutanud ajakiri «Nõukogude Naine», teatud määral ka ajakiri «Kehakultuur». Vajalik oleks aga, et meie vabariigis hakkaks ilmuma populaarteaduslik meditsiiniline ajakiri.

Populaarteaduslikku meditsiinilist kirjandust annab välja Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja (nii tasuta levitamiseks kui ka müügiks). Kirjanduse väljaandmine on iga aastaga suurenenud. Toome mõningaid võrdlevaid andmeid. 1945. a. ilmus Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja väljaandel 6 nimetust trükiseid (brošüürid, meelespead ja lendlehed), tiraažiga 50 000 eksemplari; 1950. a. 26 nimetust, tiraažiga 138 000; 1955. a. 29 nimetust, tiraažiga 227 000; 1960. a. 38 nimetust, tiraažiga 449 000. Trükiste kvaliteet on nii sisult kui vormilt tunduvalt paranenud.

Kultuurhariduslikke asutusi (kultuurimajad, klubid, raamatukogud) tuleb senisest rohkem kasutada tervishoiu propageerimiseks. On vaja organiseerida tervishoiualaseid näitusi, sanitaarharidusliku kirjanduse vitriine, temaatilisi õhtuid, loenguid, küsimuste-vastuste õhtuid, olümpiaade jne. Kunstilise isetegevuse kavadesse on soovitatav lülitada spetsiaalseid numbreid, instseneeringuid jne. tervise kaitsmise, töö- ning elu-olustikulise hügieeni kohta.

Väga oluline on eelkooliealiste laste hügieeniline kasvatamine, sest positiivseid harjumusi tuleb juurutada kõige varasematest eluaastatest peale. Selleks on vaja teha selgitustööd lastevanemate ja kasvatajate seas.

Eriti tähtis on sanitaarselgitustöö õpilaste ja noorsoo hulgas. Väga oluline on õpetajate isiklik eeskuju. Meditsiinitöötajad peavad tõhustama konsultatiivset abi õpetajaile. Laialdasemalt tuleb juurutada klassivälise sanitaarharidustöö vorme, nagu mitmesugused ringid, ajakirjad, olümpiaadid jne. Tuleb osutada tähelepanu alkoholivastasele propagandale, suitsetamise kahjulikkusele ning seksuaalkasvatuse probleemidele.

NLKP programm näeb ette nakkushaigustesse haigestumise vähendamist ja osa haiguste täielikku likvideerimist. Suur ja sageli otsustav tähtsus on siin õigesti korraldatud sanitaarselgitustööl, sest sanitaar-profülaktiliste ja epideemiatõrjealaste abinõude elluviimine on mõeldav ainult kogu elanikkonna teadliku, hügieenireeglitekohase käitumise korral. Paremini tuleb rakendada ka sanitaaraktiivi. Üldrahvalikud heakorrastustööd on eredaks näiteks uuest kommunistlikust suhtumisest tervisesse. Seega peaks nn. tervisenädalaid ja -kuusid organiseerima kõikides rajoonides ja linnades.

Suur osatähtsus kutsehaiguste ja tootmistraumade vähendamisel on õigesti korraldatud selgitustööl. Tähelepanu keskpunktis peavad olema südame-veresoonkonna haiguste, vähktõve ja tuberkuloosi profülaktika.

On vaja rääkida rahvale spordi ja kehakultuuri tähtsusest, ratsionaalsest toitumisest, puhkuse ja töö vaheldumisest.

Viimastel aastatel on sanitaarselgitustöö rikastunud uute huvitavate meetoditega: korraldatakse «elavaid ajalehti», küsimuste-vastuste ja temaatilisi õhtuid, tervise olümpiaade. Eriti populaarsed on tervise rahvaülikoolid, mis töötasid käesoleval aastal Tallinnas, Tartus, Pärnus, Võrus, Põltsamaal, Viljandis, Valgas, Jõgeval, Paides, Rakveres jm. Kõikjal oli rohkesti kuulajaid. Kogemused näitavad, et see töövorm on efektiivne. Tervishoiu rahvaülikoole tuleb edaspidi organiseerida kõikides linnades ja rajoonikeskustes. Maal on soovitatav organiseerida lühema programmiga tervisekoole.

О СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧАХ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

М. Райг

Резюме

Санитарно-просветительная работа играет большую роль в улучшении условий быта и труда, повышает санитарно-культурный уровень населения. Необходимо поэтому улучшить санитарно-просветительную работу, разнообразить формы и методы ее проведения.

В местных газетах еще мало публикуется статей на санитарно-просветительные темы. Передачи республиканского радиовещания по вопросам здравоохранения проводятся 2—3 раза в месяц. За последние годы значительно увеличилось количество демонстрируемых санитарно-просветительных фильмов. Статьи санитарно-просветительного содержания публикуют также и некоторые местные журналы. В Эстонской ССР необходимо издание специального научно-популярного журнала.

Из года в год растет количество издаваемой республиканским Домом санитарного просвещения популярной медицинской литературы: так, если в 1945 было издано всего 6 брошюр и листовок, то в 1960 г. их было 38.

Большую популярность приобрели народные университеты здоровья, которые организованы в большинстве городов и районов Эстонской ССР.

Основное внимание в санпросветработе должно быть уделено борьбе с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, раком, туберкулезом и др.

Konverentsid ja nõupidamised

VIII RAHVUSVAHELINE VÄHIVASTANE KONGRESS MOSKVAS

Ülemaailmne vähivastane kongress tuleb kokku iga nelja aasta tagant. Viimane, 22.—28. juulini 1962. a. Moskvas toimunud kongress oli suurim nii osavõtjate kui ka ettekannete arvult. Koos oli üle 5000 delegaadi 70 maalt, ette kanti üle 800 ettekande. Üle 400 uurimistöö lühikokkuvõtted ilmusid mahukas köites koos ettekannete teesidega. Kongressist võtsid osa peaaegu kõik teadlased, kes on maailmakirjandusest tuntud vähiprobleemi uurijatena.

Kongress avati pidulikult Kremli Kongresside Palees. Tööistungid toimusid Moskva Riikliku Ülikooli ruumides. Kõik ettekanded ja sõnavõtud tõlgiti sünkroonselt vene, inglise ja prantsuse keelde, mis olid ametlikeks kongressikeelteks. Hästi oli organiseeritud informatsioon, programmist peeti täpselt kinni.

Kõige mahukama osa kongressist moodustasid nn. sektsiooniistungid. Igal istungil kuulati ära 15—19 ettekannet. Kõige rohkem istungeid (kokku 9) oli pühendatud vähiravi uutele meetoditele. Ka kantserogeneesi probleemi käsitleti paljudes ettekannetes — 6 istungil, vähi biokeemiat — 5 istungil ja kasvaja ning organismi vahekorda samuti 5 istungil. Kliinilisele onkoloogiale olid pühendatud samuti mitme sektsiooni ettekanded.

Teiseks töövormiks olid nn. spetsiaalsed ehk ümmarguse laua diskussioonid. Neid (kokku 18) toimus väga mitmesugustel teemadel, näiteks: kantserogeensed ained inimest ümbritsevas keskkonnas, vähi kemoteraapia, vähiraku bioloogia, vähi epidemioloogia jne.

Suurt huvi pakkusid pikemad ülevaated keskse test küsimustest. Loengud peeti ülikooli suures aktusesaalis, mis alati ei suutnudki mahutada kõiki kuulajaid.

Kongressi ajaks oli organiseeritud teaduslik näitus ettekannete või teeside kogumikus avaldatud uurimistööde illustratsioonidest. Suurt huvi pakkusid teaduslikud ja sanitaarhariduslikud filmid (ligi 100), mida demonstreeriti kogu kongressi töö vältel Ülikooli Klubi saalis. Peale selle oli M. Gorki nimelises Kultuuri- ja Puhkepargis avatud rahvusvaheline meditsiiniaparatuuri, laboratooriumisisustuse, ravimpreparaatide ja arstiteadusliku kirjanduse näitus. Nõukogude Liidu kõrval esinesid väljapanekutega ka mitmed rahvademokraatiamaad (Poola, Ungari, Saksa DV jt.) ja rida kapitalistlikke riike (USA, Saksa FV, Inglismaa, Jaapan jt.).

Meie vabariigist võttis kongressist osa 15 arsti ja teaduslikku töötajat eesotsas tervishoiu ministri A. Goldbergiga. Esmakordselt rahvusvaheliste vähikongresside ajaloos esinesid meie vabariigi delegaadid ka ettekannetega. Suurt huvi pakkus Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri kirurgi V. Rätsepa ettekanne «Gastroskoopia ja juhitav gastrobiopsia maovähi ja mõnede maokasvajaeelsete haiguste diagnostikas». Täiesti ajakohast ja uudset uurimismetoodikat on V. Rätsep rakendanud arvukatel haigetel heade tulemustega. Võib esile tõsta ka sama dispanseri prosektori K. Titkini ettekannet «Emakakaela ektoopia taustal areneva *Ca in situ* morfoloogiast ja klassifikatsioonist», milles esitati originaalne klassifikatsioon, mis tunduvalt hõlbustab emakakaelavähi algvormide mikroskoopilist diagnoosimist. Ettekande illustratsioonid eksponeeriti teaduslikul näitusel. Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanem teaduslik töötaja A. Võsamäe tegi ettekande «Eesti põlevkivi ja põlevkivi vedelkütuse põlemisel tekkiva tahma blastomogeensest toimest». Käesoleva ülevaate autor, Leningradi keemik A. Koževnikov ja Moskva toksikoloog G. Gortalum esinesid teemal «Mõnede põlevkivitööstuse toodete dekantserogenisatsioonist». Tartu Riikliku Ülikooli dotsendi H. Vahteri uurimus «Eksperimentaalse eelvähi (keratoakantoomi ja papilloomi) arenemisest kahjustatud närvitroofika tingimustes» oli teaduslikul näitusel ja avaldati teeside kogumikus.

Puudutame siin ainult loenguid ja mõne sektsiooni ettekandeid.

Esimese loengu pidas prof. O. Mühlbock (Holland) teemal «Laboratooriumi ja kliiniku koostoo onkoloogia-alastes uurimistes». Märkinud, et vähi ravimisel on endastmõistetavalt oluline mitme eriala klinitsistide tihe koostöö, rõhutas ettekandja, et ravimine on siiski viimane vahend ja et kõige tähtsam on avastada vähi põhjused. Selliseks uurimistööks on vaja spetsiaalseid asutusi, kuhu on koondunud paljude erialade eksperimentaatorid, viimasel ajal ka geneetikud, elektroonika-insenerid, viroloogid jne. Eksperiment peab aga olema seotud kliinikuga, näit. kemoteraapias. Ka kantserogeensete ainete kohta saadi esimesed andmed kliinikust. Eksperiment aga võimaldab korraldada õigeaegset profülaktikat. Üks eksperimentaalsete uurimiste kindlaid järeldusi on, et vähil ei ole ühtset põhjust. Probleem on raske, kuid klinitsistide ja eksperimentaatorite koostöö annab lootust, et vähi tekkimise põhjuste lõplik selgitamine ei ole kaugel.

Prof. L. Silber (NSVL) püüdis oma loengus «Viiruste osatähtsus vähi etioloogias» kooskõlastada viirusehüpoteesi ja viroloogide poolt täheldatud fakte kantserogeensete tegurite uurimisel kindlakstehtud seaduspärasustega. Ta märkis, et viirus paneb rakus ainult aluse pärilikule muutusele, mis viib vähiraku kujunemisele, ja et viirust hiljem, vähi edasiarenemisel enam tarvis ei ole. Ettekandja omistas kantserogeensetele teguritele omaduse luua organismis tingimused vähiviiruse aktiviseerumiseks. Mitmed ettekandja seisukohad olid aga, nagu ta ise rõhutas, hüpoteetilised ja vajavad veel edaspidist uurimist.

Prof. A. Haddow (Inglismaa) esitas olulisemad andmed uute kantserogeensete ainete uurimise kohta ajavahemikus 1958—1962, kusjuures ta rõhutas eriti, et päevakorras on kantserogeensete ainekomplekside probleem.

Suurt huvi pakkus prof. M. Tubiana (Prantsusmaa) loeng vähi kiiritusravi uutest meetoditest.

Prof. V. S. Šapot (NSVL) pidas sisuka loengu vähi biokeemiast (vt. «Медицинский рабодник» 1962, 31. VII).

Prof. D. Heller (USA) käsitles vähivastase võitluse organisatsiooni USA-s. Ettekandja jutustas pingutustest, mida teevad mitmesugused arstide seltsid, vähitõrje selts ja mitmed ühiskondlikud fondid ning organisatsioonid. Peamiseks on elanikkonna teadmiste tõstmine vähi varajaste tunnuste kohta, et haige oskaks pöörduda õigel ajal arsti poole. Nagu teada, ei ole USA-s vähivastane võitlus riiklike asutuste ülesanne nagu Nõukogude Liidus ja massilisi profülaktilisi elanikkonna läbivaatusi seal ei teostata.

Sektsioonidest oli kõige laiahaardelisem vähiravi uusi meetodeid käsitlev sektsioon (9 istungit). Esitati niihästi eksperimentaalseid kui ka kliinilisi töid. Uute vähiravimite otsingud toimuvad laial rindel kõigis maades. Üldiselt on selge, et ühtset vähiravimit ei saa olla, samuti paistis silma, et järjest rohkem katsetatakse ravimite kombinatsioone, et potentseerida ravimi toimet (näiteks deuteeriumihapendiga). Näib olevat perspektiive ka teatavate fenoolide (radikaalsete protsesside inhibiitorite) rakendamisel, nagu selgus N. M. Emmanueli ja L. P. Liptšina huvitavast ettekandest.

Samuti äratas suurt huvi E. M. Vermeli (NSVL) ettekanne taimse päritoluga vähivastaste ravimite (antiauksiinide) otsingute kohta.

Üks ulatuslikumaid oli ka kantserogeneesi sektsioon (6 istungit), kus käsitleti niihästi uusi kantserogeensed aineid kui ka kantserogeensete tegurite toimemehhanisme, uusi katsemudeleid jne. Nii ettekannete sisu kui ka elava arutluse poolest kujunes väga huvitavaks istung, mille juhatajaks oli käesoleva ülevaate autor koos Šveitsi teadlase dots. S. Neukommiga. Nii näiteks väitis Lõuna-Aafrika Vabariigi esindaja G. Dean, et suitsetamine ei suurenda kopsuvähi sagedust L.-Aafrikas. F. Rou (Inglismaa) esitas andmeid, mille järgi 3,4-benspüreen ei ole ainus oluline kantserogeenne ühend tubakasuitsus (see on kooskõlas meie poolt saadud tulemustega põlevkiviõlide uurimisel). Huvitavad andmed kopsuvähi ja kutse seosest esitas V. Ferstudt (NSVL). Diskussiooni korras võtsid sõna tuntud teadlased R. Waller (Inglismaa), J. P. W. Gilman (Kanada) jt. Kantserogeensete ainete üle toimunud diskussioonil esitas P. Kotin (USA) sisuka ettekande, milles äratasid erilist tähelepanu andmed gripiviiruse ja kantserogeense ühendi koostoime kohta hiire kopsusse. Niisuguse kombinatsiooni puhul tekkis katseloomadel palju rohkem kasvajaid kui ainult kantserogeeni toimel, kuna gripiviirus üksinda üldse kasvajaid ei tekitanud. Ei ole võimatu, et ka inimesel võib kombineeruda kantserogeense aine ja mingi hingamisteid kahjustava viiruse toime.

Vähi epidemioloogiale oli pühendatud 2 istungit. Peab märkima, et nimetus «epidemioloogia» võib viia eksiarvamusele. Tegelikult mõeldakse selle termini all vähi erinevate vormide levikut mitmesugustes geograafilistes tingimustes või seoses mingite kommete, tavade või eluviisidega — tegemist on ikkagi teatavate välistegurite kantserogeense toimega, mitte aga vähi levikuga nakkushaiguse taoliselt.

Huvitav oli vähi diagnostika sektsioon, kus kanti ette rida vähi varajase avastamise uudseid meetodeid. Kahtlemata pakub huvi plastmasside kasutamine mao tsütoloogilise uurimise materjali saamiseks (G. B. Cook ja A. R. Margulis — USA) ning üliväikese fotoaparaadi (gastrokaamera) rakendamine maosiseste värviliste ülesvõtete tegemiseks (M. Masuda — Jaapan).

Vähi biokeemia alal oli peatähelepanu keskendatud DNH ja RNH uurimisele, mille kohta oli ettekandeid mitmelt maalt. Mitmed ettekanded käsitlesid ka biokeemilisi nihkeid kemoteraapia puhul, samuti puudutati fermentide aktiivsuse histokeemilist uurimist.

Kliinilistes ettekannetes käsitleti peamiselt varajase diagnoosimise ja ravi küsimusi. Tähelepanu äratasid ettekanded, milles esitati kiiritusravi uusi meetodeid, mis võimaldavad suunata kasvajale valikuliselt tugevamaid energiahulki kontsentreeritult.

Vääriks märkimist ka prof. W. Hueperi (USA) ettekanne kutsekasvajate kohta. Ettekandja rõhutas, et kutsetegurid võivad olla paljudel juhtudel olulised ja et küsimus vajab süvendatud uurimist. Jutuajamisel prof. W. Hueperiga selgus, et USA-s tunnevad arstid-praktikud vähe huvi kutseanamneesi vastu. Ometi on just sel teel võimalik paljudel juhtudel kavandada otstarbekohaseid profülaktilisi üritusi.

Kongressi lõpetamine toimus samuti pidulikult Kremli Kongresside Palees. Algul pidas kõne prof. V. R. Khanolkar (India), kes esitles Rahvusvahelise Vähivastase Liidu (RVL) uut presidenti prof. A. Haddow'd (Inglismaa) ja teatas, et järgmine, IX rahvusvaheline vähivastane kongress toimub 1966. aastal Tokios ja et tulevaseks RVL presidendiks saab 1966. a. prof. N. N. Blohhin. Lõpukõne pidas kongressi president prof. N. N. Blohhin. Pärast lõputseremooniat toimus suurejooneline valitsuse vastuvõtt.

Lõpuks mõned üldmuljed. Kongressi kõrge teaduslik tase ja hea organisatsioon võimaldas kõigil delegaatidel tunduvalt täiendada oma teadmisi ja laiendada silmaringi. Sai võimalikuks sõlmida ka kasulikke isiklikke kontakte. Näib, et meie vabariik oleks võinud esitada rohkem ettekandeid — seda tuleb Tokio kongressi ettevalmistamise käigus arvesse võtta. Kongress andis täieliku ülevaate kogu maailmas vähiprobleemi alal tehtavatest uurimistest. Väärtuslik on mitte ainult teeside kogumik, vaid ka kõigi osavõtjate nimestik koos aadressidega, mis võimaldab igal delegaadil kirja teel mõtteid vahetada.

Kongressi materjalid antakse edaspidi välja täies ulatuses. Seni on aga asjasthuvitatuil võimalik tutvuda teesidega.

P. Bogovski

XV ÜLELIIDULINE TERAPEUTIDE KONGRESS

31. V—5. VI 1962. a. toimus Moskvas XV üleliiduline terapeutide kongress, mille tööst võttis osa üle 1700 teadusliku töötaja ja arsti-praktiku, nende hulgas tuntud teadlasi välismaalt.

Kongressi peaprobleemiks oli kopsupatoloogia. Sel alal esitati üle 120 ettekande.

Kopsupuudulikkuse füsioloogia ja patofüsioloogia küsimusi käsitlesid V. V. Parin, A. G. Dembo ja L. L. Šik. Ettekannetest hingamise puudulikkuse kindlaksmääramise kohta järeldub, et kopsupuudulikkus on ainult hingamise puudulikkuse üks väljendusi.

Seoses hapnikravi printsiipidega pöörasid N. N. Savitski, S. N. Sorinson jt. tähelepanu sellele, et tugeva arteriaalse hüpokseemia puhul ei taluta igakord hästi hapniku sissehingamist, mõnikord aga võib see olla isegi kahjulik. Soovitatavam on hapniku ja õhu 33—60%-line segu, mida antakse 30—40-minutiliste seanssidena mitu korda päevas. Hapnikravi on osa kompleksravist, kusjuures see on mitte ainult kompensatoorne, vaid ka patogeneetiline ravimeetod.

Paljud ettekanded käsitlesid ägedat pneumooniat. Kongressil võeti vastu N. S. Moltšanovi poolt esitatud klassifikatsioon, mille järgi kopsupõletikud liigitatakse järgmiselt.

A. Etioloogia järgi: 1) bakteriaalne, 2) viiruseline, 3) segavorm.

B. Kliinilis-morfoloogilise iseloomu järgi: 1) krupoosne, 2) koldeline, 3) interstitsiaalne, 4) segavorm.

C. Kulu järgi: 1) äge, 2) pikaleveniv.

N. S. Moltšanov, A. G. Gukasjan, G. M. Tsõgankov jt. märkisid, et ägedate kopsupõletikkude hulgas on ülekaalus koldelised vormid, krupoosseid kopsupõletikke aga esineb tunduvalt vähem. Gripist põhjustatud kopsupõletikke vaadeldi kui ägedaid interstitsiaalseid kopsupõletikke. Sageli sel puhul röntgenoloogilisi muutusi ei leita. P. A. Alissov ja kaasautorid peatusid üha sagenevatel, ornitoosiviirusest põhjustatud kopsupõletikel. Ornitoosiviiruse kandjateks on linnud, eriti tuvid.

Ägedate kopsupõletike ravis juhiti tähelepanu mitte ainult mikroobide mõjustamisele, vaid ka hapniku ja bronholüütiliste vahendite rakendamisele. N. S. Moltšanovi andmetel kirjutatakse umbes 37% ägedat kopsupõletikku põdenud haigetest statsionaarist välja jääknähtudega, mis on üheks kõige tõsisemaks krooniliste kopsuhaiguste tekkimist soodustavaks teguriks. A. J. Gubergrits rõhutas oma sõnavõtus, et kopsupõletiku ravi ei tohi lõpetada väljaspool statsionaari (nagu seda tehakse haiglapäevade vähendamise eesmärgil). Tuleb osutada vajalikku tähelepanu nina-neelupatoloogiale, mis soodustab kopsuhaiguste tekkimist (I. D. Mišenin).

Suurt tähelepanu omistati kroonilistele kopsupõletikele ja pneumoskleroosile. Põhiettekande sellel teemal tegi A. J. Tsigelnik kaasautoritega. Ettekandjate arvamusel on krooniliste kopsupõletike sagenemine seotud eelkõige ägedat kopsupõletikku põdenud haigete varajase statsionaarist väljakirjutamisega, kusjuures ei kontrollita kopsude ventilatsioonifunktsiooni. Negatiivselt mõjub suurte linnade saastatud õhk ja müra, mis viivad väikeste bronhide spasmide tekkele. Samuti osutatakse liiga vähe tähelepanu sinusiitide väljaselgitamisele ja ravile.

Suure tähelepanuga kuulati A. I. Strukovi ja I. M. Kodolovi ettekandeid pneumoskleroosi patogeneesist ja morfogeneesist. Autorid arvavad, et ravitaktika paremaks mõistmiseks ja krooniliste kopsuhaiguste ravimiseks peavad terapeudid paremini tutvuma just kopsu segmentaarse (mitte sagarate) struktuuriga. Peale selle arvasid referendid, et kroonilised kopsupõletikud pärinevad sageli lapsepõlves põetud kopsupõletikest.

Krooniliste kopsupõletike röntgenidiagnostikat käsitlesid G. A. Zedgenidze ja L. D. Lindenbraten, kes rohutasid, et äärmiselt tähtis on külgmistest projektsioonidest teostatud röntgenograafia. Z. I. Malnin kaasautoritega peatus pneumoskleroosside puhul esinevatel troofika- ja vereringehäiretel.

Ravi peab põhinema protsessi kliinilisel kulul. Kohustuslik on rakendada ravikehakultuuri (K. M. Smirnov, A. J. Tsigelnik jt.) ja bronhiolüütilisi vahendeid. Perspektiivseks osutub proteolüütiliste fermentide tarvitamine (D. M. Zlõdnikov). Tähtis on nende haigete dispanseerimine (A. M. Markov). A. B. Šahnazarov kaasautoritega, M. E. Efendijev ja S. M. Bedalova juhtisid tähelepanu sanatooriumi-kuurordiravile (kui see on näidustatud).

Kroonilist kopsupõletikku ja pneumoskleroosi käsitlevatest töödest tuleb mainida V. N. Vinogradovi ja E. G. Leizerovskaja ettekannet bronhektaasiatõvest ja A. I. Gefteri ettekannet pneumoskleroosi puhul esinevast parema vatsakese voolmete sündroomist.

Kongressi programmis oli oma koht kutsetööst põhjustatud kopsuhaigustel. Olgugi et viimaste arv meie maal väheneb, on nende haiguste tundmaõppimine tähtis. Silikoosi diagnoosimisest ja ravist kõneles D. D. Jablokov, pneumokoniooside patoloogilisest anatoomiast — P. P. Dvižkov. Kutsetööst põhjustatud pneumoskleroosside kliinilisi iseärasusi käsitlesid K. P. Molokanov, A. M. Rašev skaja jt. Profülaktika seisukohalt on tähtis tööstusettevõtete õhu puhastamine, varajane funktsionaalne diagnostika, vajaliku tähelepanu omistamine bronhiitide ravimisele (M. R. Hatšatrjan jt.).

Mittespetsiifilisi kopsuhaigusi käsitleti eri istungil.

V. A. Nassonova ja N. N. Gritsman peatusid kopsu- ja pleuraalsel sündroomil, mis sageli esineb kollagenoosihaigetel. Kõige sagedamini on siin tegemist pleuriitidega (polüserosiitidega), mis võivad osutuda süsteemse *lupus erythematodes*'e varajasteks tunnusteks. Nakkusliku polüartriidi ja kopsupatoloogia omavahelisest seosest kõnelesid M. G. Astapenko ja E. G. Pihlaka.

M. A. Jassinovski, samuti P. I. Šamarin kaasautoritega kõnelesid kopsude kahjustusest reuma puhul. Viimasega võivad kaasneda pneumooniad, pleuriidid ja kopsuarterite vaskuliidid. Sellistel juhtudel on näidustatud energiline reumavastane ravi.

S. B. Zakov peatus Besnier-Boeck-Schaumanni haiguse kopsuvormil. Huvitav oli I. P. Lerneri ja J. S. Brussilovski ettekanne nn. kopsu allergoosidest, mis puhkevad parasiitide invasiooni toimel või mitmesuguste ravimite tarvitamise tagajärjel.

Mitmed referendid (M. I. Teodori kaasautoritega, S. G. Moissejev, S. J. Agafonova ja N. V. Petšenina) peatusid tähtsal ja võrdlemisi vähe uuritud küsimusel — kopsuarteri trombemboolilistel protsessidel. Jällegi rõhutati (A. J. Jaroševski jt.) antikoagulantide rakendamise vajadust kopsuinfarktide puhul, isegi siis, kui esineb verejooks kopsust.

Suurt tähelepanu omistati südame patoloogilistele muutustele kopsuhaiguste puhul. Põhiettekande sel teemal tegi B. E. Votšal. Referendi arvates on kroonilise pulmonaalse südame (kops-südame) peamiseks põhjustajaks kopsuemfüseem. Südamepuudulikkus areneb kopsuemfüseemi puhul sageli kroonilise bronhiidi ägenemise ja pneumoonia tagajärjel. Erilist tähelepanu tuleb osutada krooniliste bronhiitidele, mis viivad kroniliste pneumooniate, pneumoskleroosi ja kopsuemfüseemi tekkimisele ja mis, piltlikult väljendudes, on sageli ainult nende raskete haiguste nomenklatuurseks pseudonüümiks. Kopsu- ja südamepuudulikkuse ravi hulka kuulub ka nakkust mõjustavate vahendite rakendamine, bronhiolüütilised ravimid, digitaalisepreparaadid, hapniku inhalatsioon, kordiamiin, diakarb, verelaskmine. A. T. Simonjan, A. A. Melik-Adamjan ja mõned välismaa teadlased soovitavad rakendada gangliоblokaatoreid.

Kroonilise kops-südame kliinilisest füsioloogiast kõnelesid B. B. Kogan ja P. M. Zlotševski. Nad omistavad haiguse diagnoosimisel suurt tähtsust vektorkardiograafiale, fonokardiograafiale, sfigmograafiale. B. M. Šereševski oma ettekandes kopsuemfüseemiga haigete vereringe kohta (nagu B. J. Votšalgi) omistab

suuremat tähtsust röntgenoloogilisele uurimisele. P. J. Lukomski arvates etendab funktsionaalse diagnostika juures suurt tähtsust spirograafia.

Rohkeid vaidlusi põhjustas krooniliste kopsuhaiguste puhul südames (südames ja veresoonkonnas) tekkivate muutuste nomenklatuuri küsimus. Arvamused olid niivõrd lahkuminevad, et kongress mingit kindlat otsust vastu ei võtnud.

Paljud tööd käsitlesid diagnostilisi uurimismeetodeid.

J. N. Sokolov, A. S. Rozenštrauch ja M. L. Semenovski tegid huvitava ettekande angiopulmonograafia kohta kasvajate ja põletikuliste haiguste korral kopsus.

B. J. Votšal arvas, et polikliinilises töös tuleb kõikjal kasutusele võtta pneumotahhomeeter, mis peab arstide töös omandama samasuguse koha kui arteriaalse vererõhu mõõtmise aparaat. Suur tähtsus on ka oksühemomeetri rakendamisel praktikasse, millest kõnelesid kümned sõnavõtjad. Suurt huvi tekitas A. A. Penknovitši ettekanne kopsude jääkõhu määramise oksühemomeetrilisest meetodist.

Vektorkardiograafia tähtsusest kopsu- ning südamepatoloogiaga haigete uurimisel rääkis O. S. Guštšina, elektrokümograafiast kõneles V. E. Gelštein. J. T. Puškarjovi ettekanne käsitles kopsuvereringe uurimise uut meetodit — reograafiat.

Eesti NSV-st esines kongressil B. Libermann (vektorkardiograafia diagnostilisest tähtsusest südamemuutuste hindamisel krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste puhul). L. Päi ja A. Vapra käsitlesid mitmesuguste pneumooniavormidega haigete kliiniku erinevusi ja proteiinide muutusi plasmas. N. Elštein võttis sõna läbirääkimistel ja peatus kopsuinfarktide probleemil ning lamblioosi puhul esineval allergilise päritoluga patoloogial kopsudes.

L. Mardna ja N. Elštein

IV VABARIIKLIK KONVERENTS SPORDIMEDITSIINI JA RAVIKEHAKULTUURI ALAL

11. ja 12. mail 1962. a. toimus Tallinnas spordimeditsiini ja ravikehakultuuri IV vabariiklik konverents.

Konverentsil arutati peamiselt 4 probleemi: 1) sportlaste treenituse ja optimaalse treeningukoormuse määramine, 2) ebaratsionaalse treeningu ja harjutuste ebaõige metoodika tagajärjel esinevate haiguste ja traumade ravi ning profülaktika, 3) hügieen ja kehakultuur koolis, 4) kehaliste harjutuste ravitoime.

Sportlaste funktsionaalsest uurimisest kõneles prof. H. Dembo. T. Tarien esitas arstlik-pedagoogilisi tähelepanekuid rühma sportlaste-noorukite kohta. Neil sportlastel rakendati standardset treeningukoormust, mis võimaldas määrata antud sportlaste optimaalse treeningukoormuse ja selgitada nende treenituse astet.

A. Viru, E. Viru, S. Oja ja H. Sildmäe uurisid ja võrdlesid vereringe regulatsiooni muutusi sportlastel ja spordiga mittetegelevatel isikutel ning määrasid sportlaste treenituse seisundit.

F. Markusas selgitas välja sprinterite organismi kõige parema adaptatsioniperioodi füüsilise koormuse suhtes ja näitas, et see periood langeb ühte kõige soodsama töövõimemomendiga. Seda tuleks sprinterite ettevalmistamisel arvestada.

J. Vares esitas uue spetsiifilise funktsionaalse proovi jalgratturite uurimiseks.

Arstiteaduse kandidaat N. Elštein rääkis spordimeditsiini ja kliiniku vaheliste sidemete tugevdamise vajadusest.

Tartu Arstliku Kehakultuuri Dispanseri peaarst A. Arro jagas Tartu dispanseri statsionaari töökogemusi.

Farmaatsiakandidaat E. Vagane rõhutas ettekandes «Mõningaid andmeid hüpovitaminoosside kohta Eesti NSV-s», et ka suvel peavad sportlased tarvitama vitamiinipreparaate (täienduseks toidus leiduvatele vitamiinidele).

Uudiseks spordimeditsiinis on A. ja E. Viru uurimised, mis näitavad, et suure füüsilise koormuse ajal eraldub organismist rohkesti neerupealiste hormoone. Seetõttu tekib nendest ajutiselt puudus, mis võib põhjustada väsimusseisundit.

Dotsent S. Ivanov (Moskva) käsitles oma ettekandes ravikehakultuuri rakendamise tulemusi bronhiaalastma puhul.

Arstiteaduse kandidaadi R. Silla, arstiteaduse kandidaadi O. Imeliku ja Eesti NSV teenelise arsti V. Hioni ettekandes räägiti kehakultuuri ja spordi mõjust noorte vaimsele ja kehalisele arenemisele, samuti päevarežiimi osast füüsilise arenemise suunamisel. L. Luts kõneles nimme- ja kaelalülide vaheliste herniate ravist venitusmeetodil.

M. Sannamees käsitles õlavarreluu distaalsete epimetafüsaarsete murdude funktsionaalse ravi tulemusi ja näitas selle ravimeetodi varajase rakendamise tähtsust kompleksses ravis. Sama tõendas ka M. Kull, kes peatus õlaliigese periartriitide ravil.

M. Mägi valgustas on ettekandes füüsilise väsimuse eelsoodumuslikku osa luumurrete tekkimises, samuti nende varajase diagnoosimise ja ravi küsimusi.

F. Markusas

Tähtpäevad

EESTI NSV TEENELINE ARST B. ÄNILINE 50-AASTANE

17. juulil 1962. a. sai 50-aastaseks ja tähistas 25-aastase töö juubelit Tallinna Linna TSN TK Tervishoiuosakonna peakirurg ja Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogia osakonna juhataja Benno Hansu p. Äniline.

B. Äniline sündis 1912. a. Viljandis. Lõpetanud 1937. a. Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna, asus B. Äniline tööle Tallinna Keskhaigla kirurgia osakonda, kus töötas algul ordinaatorina, alates 1944. aastast kuni siiani osakonnajuhatajana. 1950. aastal viibis ta traumatoloogia-alasel spetsialiseerimisel Leningradis Turneri-nimelises instituudis. Pärast Leningradist tagasipöördumist on B. Äniline pööranud suurt tähelepanu ravimeetodite täiustamisele traumatoloogia alal ja traumatismivastasele võitlusele.

Juubilar on avaldanud trükis ja esitanud teaduslikel konverentsidel mitmeid praktilise tähtsusega töid. Eriti tuleb mainida uurimisi, mis käsitlevad tööstus- ja põllumajandustraumatismi, ning töid luumurdude operatiivse ravi kohta.

B. Äniline on suurte kogemuste ja teadmistega kirurg. Seejuures leiab ta aega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmiseks loengutega, ettekannetega ning näitlike operatsioonidega. Ta võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. Paljude aastate vältel on B. Äniline olnud tegev Tallinna Kirurgide Teadusliku Seltsi juhatuses. Käesoleval aastal valiti ta NSV Liidu Ülemnõukogu saadikuks.

B. Änilise tööd on kõrgelt hinnatud. 1957. a. omistati talle Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. 1961. a. autasustati juubilari Tööpunalipu ordeniga.

Palju jõudu ja head tervist edaspidiseks!

Kolleegid

V. KOVALENKO 50-AASTANE

9. septembril 1962. a. tähistas 50. sünnipäeva Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Statistika Sektori inspektor Viktor Romani p. Kovalenko. V. Kovalenko sündis 1912. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. Pärast gümnaasiumi lõpetamist 1931. a. astus ta Tartu Ülikooli. Majanduslike raskuste tõttu tuli tal aga ülikooliõpingud katkestada ning siirduda tööle. Suure Isamaasõja ajal teenis V. Kovalenko Eesti Laskurkorpuses velskrina. 1944. a. mais ta demobiliseeriti ja lähetati tööle Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaati. 1944. a. septembris asus ta tööle vabastatud Eesti NSV-s. 1944. a. lõpetas V. Kovalenko Leningradi S. M. Kirovi nimelises Arstide Täiendusinstituudis tervishoiu organisaatorite kursused ja 1945. a. Moskvas Arstide Täiendamise Keskinstituudis meditsiinistatistikute kursused.

V. Kovalenko on töötanud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis statistika inspektorina alates 1944. a. 15. maist. Juubilar on näidanud end teadliku ja oma kutsetööd armastava töötajana. Pingerikka töö kõrval on juubilar aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst. 1947. a. autasustati teda märgiga «Tervishoiu eesrindlane».

50 a. juubeli puhul avaldas Eesti NSV tervishoiu minister oma käskkirjaga V. Kovalenkole tänu kauaaegse eeskujuliku töö eest ja premeeris teda.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja kohalik ametiühingukomitee soovivad juubilarile jätkuvat indu, tervist ja jõudu.

Kaastöötajad

Küsimusi ja vastuseid

KAS POLIOMÜELIIT ON EESTI NSV-s LIKVIDEERITUD?

Elanikkonna massiliste ja korduvate vaktsineerimiste tulemusena Sabin-Tšumakovi elusvaktsiiniga 1959., 1960., 1961. ja 1962. aastal on poliomüeliiti haigestumine Eesti NSV-s praktiliselt likvideeritud. Kui 1960. a. diagnoositi meil veel 6 paralüütilise poliomüeliidi juhtu, siis 1961. a. pandi poliomüeliidi diagnoos ainult ühele 7-kuusele lapsele, kes oli poliomüeliidi vastu vaktsineerimata. 1962. a. esimesel poolel poliomüeliiti haigestumisi ei esinenud.

Hästi vaktsineeritud piirkondades on inimeste väljaheidete massilise uurimisega tõestatud, et poliomüeliidiviiruse ohtlikud tüved (tüüp I, II ja III) on inimestevahelisest ringlusest kõrvaldatud. Samal ajal on korduvalt vaktsineeritud inimeste veres sedastatud küllaldases kontsentratsioonis poliomüeliidivastaseid kaitsekehi, mis on võimelised ohtlike viiruste organismi sattumisel haiguse tekkimist tõkestama. Võiks arvata, et meil pole enam vaja poliomüeliiti haigestumist karta. Ei tohi aga unustada, et poliomüeliidiviirusi võidakse sisse tuua piirkondadest, kus neid veel esineb. Kui viirused satuvad vaktsineerimata lapse organismi (seal paljunevad need eriti hästi), võib laps haigestuda ja tekkida ümbrust ohustav nakkuskolle. Seega tuleb lähematel aastatel arvestada võimalust, et üksikud mittevaktsineeritud või puudulikult vaktsineeritud võivad haigestuda paralüütilisse poliomüeliiti.

On teada, et lastehalvatuse suhtes tugevalt immuunsete inimeste seedetraktis poliomüeliidiviirused ei paljune või see toimub vähesel määral, mistõttu nimetatud isikud poliomüeliidiviirusi praktiliselt ei levita. Seda nähtust seletatakse seedetrakti lokaalse immuunsusega ning arvatakse, et viimane kujuneb eriti tugevalt välja elusvaktsiiniga vaktsineerimisel. Seedetrakti immuunsust peetakse aga ajutiseks, kusjuures täpsemad andmed veel puuduvad. Seega esineb võimalus, et seedetrakti immuunsuse kadumisel võivad poliomüeliidiviirused sooltes paljuneda ning tekib uuesti poliomüeliidiviiruste ringlus elanikkonna hulgas.

Selline olukord tekib ainult siis, kui massilisi vaktsineerimisi tulevikus ei korrata. Poliomüeliidi jäädavaks likvideerimiseks on vajalik, et kõik lapsed esimese eluaasta lõpuks alati plaaniliselt vaktsineeritaks. Samuti tuleb vähemalt mõneaastaste vaheaegadega läbi viia elanikkonna korduvad massilised vaktsineerimised.

On leitud, et elusvaktsiiniga vaktsineerimine pidurdab ajutiselt teiste enteroviiruste (ECHO, *Coxsackie*) paljunemist seedetraktis, vähendades nende ringlust ning sellega ka nimetatud infektsioonide levikut. (Dotsent **E. Raudam**, TRÜ Arstiteaduskonna neuroloogia kateeder.)

MIDA TULEB MÕELDA VÄHKTÕVE EPIDEMIOLOOGIA ALL?

Viimasel ajal võib onkoloogia-alases kirjanduses üha sagedamini kohata väljendit «vähktõve epidemioloogia». Moskvas toimunud VIII rahvusvahelisel vähktõvevastasel kongressil peeti samanimelises sektsioonis isegi kaks istungit. Küsitakse õigustatult: mida tuleb mõista vähktõve epidemioloogia all ja mis on selle onkoloogia eriharu uurimisobjektiks?

Et vähktõbi on kaasajal üks kõige massilisemalt levinud haigusi, mis ei jäta puutumata ühtegi rassi, rahvust ega etnilist rühma, siis (vastavalt epidemioloogia definitsioonile V. Bašenini järgi) on meil õigus kõnelda vähktõve epidemioloogiast.

Nõukogude Liidus (A. Tšaklini andmeil) toimub töö vähktõve epidemioloogia alal haigestumise materjalide analüüsimise ja elanikkonna massiliste läbivaatuste näol. Siinjuures on hinnatav ekspeditsioonide organiseerimine (esimene 1955. a.). Kaheksa kompleksset ekspeditsiooni on näidanud, et nimetatud meetod on õigustatud, sest Nõukogude Liidus eluneb mitmesugustes geograafilistes ja elukondlikes tingimustes üle 100 rahvuse. Vähktõve epidemioloogia uurimine vastavas piirkonnas haarab elanikkonna etnograafilise iseloomustuse koos geograafiliste tingimuste kirjeldusega, täpsustab vähktõppe haigestumise ja suremise statistikat ja annab ülevaate elanikkonna sanitaar-hügieenilisest tasemest. Nimetatud meetod võimaldaski välja selgitada vähi tekkes rea seaduspärasusi. Nii näiteks täheldatakse Nõukogude Liidu lõunarajoonides nahavähki haigestumise sagenemist, võrreldes põhjarajoonidega. Piirkondades, kus juuakse liiga palavat teed, on märgatud

sagedasemat haigestumist söögitoruvähki. Samuti on tähele pandud rinnanäärmevähi sagedamat esinemist rajoonides, kus emakakaelavähki esineb harvemini, ja vastupidi. Viimati nimetatud vähivormide esinemine on aga omakorda kindlas sõltuvuses sünnituste arvust ja rinnaga toitmise kestusest. J. Paymaster'i andmeil seletub suuõõnevähi ulatuslik esinemine Indias sellega, et sealsed elanikud närivad beetlit. Põievähi kõrge esinemissagedus Egiptuse talupoegadel on tingitud bilhartsioosist (šistosomiaasist), sest šistosoomi vastsed elavad vees, tungivad läbi terve naha ja elunevad kusepõie seinas.

Esitatust näeme, et vähktõve epidemioloogia ehk vähktõve kui geograafilise patoloogia uurimine püüab kindlaks teha, millised vähivormid esinevad sagedamini maakera ühes või teises piirkonnas, ühe või teise rahvuse juures. Arvestades geograafilisi, harjumuslikke, tööalaseid ja elukondlikke iseärasusi, mis ilmselt soodustavad ühe või teise vähivormi tekkimist, aitab epidemioloogia kui teadus sellega välja selgitada vähkkasvaja tekkepõhjusi (*resp.* tekkepõhjust) ja võimaldab edukamat võitlust selle haigusega. (**J. Raudsepp,** Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.)

MILLISED ON HORMOONRAVI NÄIDUSTUSED, VASTUNÄIDUSTUSED JA KÕRVALNÄHUD REUMAATILISTE HAIGUSTE PUHUL?

Kortikosteroididest kasutatakse meil põhiliselt AKTH-d, kortisooni, hüdrokortisooni ja prednisolooni. Kõige enam rakendatakse prednisolooni, mis on kõige toimivam, annab kõige vähem kõrvalnähte ja on manustatav suu kaudu. Kortikosteroidravi näidustuseks on äge ja raske kuluga reuma, eriti kui on tegemist pankardiidi või polüserosiidiga. Kirjanduses on andmeil selle kohta, et varakult alustatud hormoonraviga on võimalik vältida tugevamat südamekahjustust ja klapiriket, eriti lastel. Kortikosteroide tuleb kasutada ka nendel juhtudel, kus teised antireumaatilised vahendid ei anna soovitud tulemusi.

Teiseks põhiliseks näidustuseks on reumatoidne artriit. Reumatoidset artriiti ravitakse põhiliselt prednisolooniga, mida manustatakse vajaduse korral kuude viisi. Ka nn. suured kollagenoosid — *lupus erythemathodes disseminatus, sclerodermia, periarteriitis nodosa* ja *dermatomyositis* — on kortikosteroidide rakendamise otsesteks näidustusteks. Häid tulemusi annavad AKTH, kortisoon ja prednisoloon *morbus Behterew*'i puhul. Hüdrokortisoon on näidustatud (liigestesse süstituna) nendel juhtudel, kus on haaratud üks või paar liigest.

Hormoonravi suhtelisteks vastunäidustusteks on: aktiivne tuberkuloos, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavand, psühhoosid, diabeet, generaliseerunud osteoporoos, tugev rasvumine, epilepsia, raskekujuline südame- ja veresoonkonna kahjustus, raske neerukahjustus, väljakujunenud hüpertooniatõbi, klimakteerium ja hüsteeria. Paljudel juhtudel ei takista need lühiajalise hormoonravi läbiviimist. Igale haigusjuhule tuleb läheneda individuaalselt.

Kõrvalnähud tekivad sagedamini AKTH ja kortisooni manustamisel, harvemini prednisoloonravi puhul. Nimetada tuleks psüühika muutumist (eufooria, depressioon, unetus), keedusoola ja vee retensiooni organismis, rasva ladestumist (eriti näo piirkonda — kuunägu), hüpertrihhoosi, hüpertooniat, vere suhkrupeegli tõusu, menstruaaltsükli häireid, vastupanuvõime vähenemist infektsioonidele (krooniliste põletike aktiviseerumine organismis), nõrkustunnet, haavandtõve ägenemist, osteoporoosi teket, *libido* langust, hüpokalieemiat ja kortisooniresistentsuse tekkimist. Nimetatud kõrvalnähtude võimalust tuleb silmas pidada ja nende ilmnemisel tugevamal kujul kas vähendada ravidoosi või teha ravikuuris paus. (**K. Valgma,** Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.)

Referaate

***Coxsackie* ja ECHO grupi viirustest põhjustatud haigestumiste kliiniline kulg.** К. В. Шалупенко, В. В. Гришенко, Е. А. Шаповаленко, С. С. Филипская (Клиническое течение заболеваний, вызванных вирусами из группы Коксаки и ECHO). Сов. медицина, 1961, 1, 49—53.

1959. a. juulis hospitaliseeriti Krimmi Meditsiiniinstituudi Lastehaiguste Kliinikusse Simferoopolis suur hulk sarnase kliinilise pildiga lapsi. Kiievist väljasõitnud viroloogia laboratoorium tegi kindlaks, et haigestumised olid põhjustatud *Coxsackie* ja ECHO grupi viiruste poolt. Juuli lõpust kuni 1. oktoobrini 1959. a. hospitaliseeriti 137 last (83 poeg- ja 54 tütarlast); neist 33 olid 1—3-aastased, 48 4—7-aastased ja 56 8—15-aastased.

Haigestumise algus oli järsk, äge, palavik tõusis 38—40° ja kõrgemale. Lapsed kaebasid peavalu üle, mitmel esines oksendamine. Haigusnähud olid eriti rasked väiksematel lastel: esinesid krambid, teadvusetus, mõnel olid meningeaalsed sümptoomid.

Osa lastest kaebas tugevate valude üle kõhus ja kurgus. 95 lapsel leiti kurgu vaatlusel hüpereemia, 21-l esinesid kõval ning pehmel suulael ja neelus vesiikulid ning haavandikesed (herpangiin). 5 lapsel olid tugevad valud silmamunades.

Mõnel oli nägu hüpereemiline, esinesid verevalumid skleerades ning konjunktiivides ja verejooksud ninast. Enamik lastest oli erutusseisundis: nad nutsid, oigasid, visklesid siia-sinna. Uni oli kõigil häiritud. Üksikuil esines leetritega sarnane lööve või herpeetiline lööve näol, ülakehal või kogu keha ulatuses. Esimestel päevadel oli enamikul lastel isu langenud; iste sagenenud, vedel (osal lastel aga ka kõhukinnisus).

7 lapsel esines ilmselt väljakujunenud pleurodüünia sündroom ehk Bornholmi haigus (epideemiline müalgia): hoogudena ägedad pistvad valud rinnas, osal ka kõhus. Valud olid nii tugevad, et häirisid hingamistegevust. Mõnel lapsel arenes kõhuseinte pinge koos oksendamise, kõrge palavikuga ja kõhukinnisusega, mis sundis raviarste konsulteerima kirurge. Osal lastel olid pleurodüünianähud nõrgalt väljendunud. Pühkunud vorme kaasa arvates esines Bornholmi haigus 32 lapsel.

Näo, skleerade, konjunktiivide ja kurgu hüpereemiat, nahalööbeid ning enteriidinähte peetakse iseloomulikuks ECHO viiruste poolt põhjustatud nakkusele.

Raviks kasutati gammaglobuliini ja magneesiumsulfaadilahuse süsteid lihasesse, veeni manustati hüpertoonilist glükoosilahust. Tarvitati samuti kaltsiumglükonaadi 10%-list lahust, dimedrooli, suurte valude korral valuvaigisteid (püramidoon, analgiin), tehti sooje sissemähkimisi. Ordineeriti samuti polüvitamiine, C-vitamiini kõrgendatud annuses. Määrati voodirežiim ja dieettoit. Haigus kestis 2—6 päeva. Kõik lapsed tervistusid.

Raske haigusvorm esines 27%, keskmise raskusega vorm 53% ja suhteliselt kerge haigestumine 23% juhtudest.

Ref. H. Pihl

Bulgaarias avastatud *Coxsackie* viirused. Л. Шиндаров и З. Савов (*Вирусы Коксаки, выделенные в Болгарии*). Вопросы вирусологии, 1961, 5, 568—572.

Coxsackie viiruste poolt tekitatud haigestumiste uurimisi alustati Bulgaarias 1954. a. Põhjuseks oli aseptiliste meningiitide sage esinemine. Aseptilise meningiidi haigete kõrval uuriti veel herpangiinidega, epideemilise müalgiaga ja suvise gripiga haigeid. Ülevaates esitatakse andmeid *Coxsackie* viiruste kohta, mis avastati 1956.—1958. a. Üksikasjaliselt uuriti 40 viirusetüve. 30 neist isoleeriti herpangiiniga, 3 — epideemilise müalgiaga, 3 — suvise gripiga, 2 — aseptilise meningiidiga haigelt, 1 — tervelt lapselt ning 1 — väliskeskkonnast (herpangiini epideemia ajal).

Isoleeritud tüved kuulusid A- ja B-gruppi. Katsetes vastsündinud hiirtega oli haigestumise inkubatsiooniperioodiks keskmiselt 5,2 päeva; B-grupi tüvedega nakatamise puhul 6 ja A-grupi puhul 5 päeva. Erinevus ilmnes ka hiirte hukkumise ajas: A-grupi viirustega nakatamisel hukkusid hiired 1—2 päeva jooksul (harva 3. päeval), B-grupi viirustega nakatamisel juba mõne tunni jooksul alates haigestumise algusest (harva järgmisel päeval).

Patoloogia-alaste uurimiste alusel rühmitati A-gruppi 35 ja B-gruppi 5 tüve. A-grupi tüved põhjustasid vöötlihastes generaliseeritud Zenkeri nekroosi ja raskeid düstroofilisi muutusi neerude proksimaalsetes väänkanalikestes, mille valendikku kogunes homogeenseid valgumasse. B-grupi viirused tekitasid lihastes koldelise iseloomuga kahjustusi. Täheldati kahjustusi aju pehmekelmel, *plexus chorioideus*'es ja ajuparenhüümis (degeneratsioonikolded). Ajukoore ja seljaaju eesmiste sarvede närvirakkudes esines kromatolüüs, vakuolisatsioon ja neurofaagia.

Seroloogiliselt tõestati, et kõik tüved põhjustasid haigestumisi. Herpangiine tekitasid *Coxsackie* A1, A4, A5, A6, A14 ja B1 viirused, epideemilist müalgiat — A10, B2 ja B3 viirused, aseptilist meningiiti — B3, B4 ning suvist grippi — A13.

Ref. H. Pihl

Televisioon ja langetõbi. Schmidt, G. u. Rabending, G. (*Fernsehen und Epilepsie*). Das deutsche Gesundheitswesen, 1962, 33, 1408—1415.

Televisiooni üha laialdasema levimisega ja valgussähvatuste rakendamisega elektroentsefalograafilises diagnostikas avastatakse nn. fotogeenset ning fotosensiiblit epilepsiat viimastel aastatel üha sagedamini, nagu näitab ka vastav kirjandus. W. Walter, V. Dovey ja H. Shipton rakendasid EEG-diagnostikas valgussähvatustega stroboskoopi, mis võimaldab kindlaks teha ka nimetatud epilepsiavormi.

Tavaliselt diagnoositakse normist kõrvalekalduvat fotosensibiliteeti elektroentsefalogrammi abil. Sagedasti alluvad haiged spontaanselt ühele või teisele valgusärritusele ja küsitlusel ei ole raske kindlaks teha fotosensiiblit epilepsiat. Nendele haigetele mõjub valguse tugevuse kiire vaheldumine. Televisiooniülekande vaatamine, vilkuv valgus, aiatara vahelt langev päikesevalgus jne. põhjustavad mõnedel haigus-

hoo või iivelduse, peavalu ning tõmbluste tekkimise näos või kätes. Mõnedel juhtudel haigust diagnoositakse, teistel aga jääb ta selgitamata, eriti siis, kui tegemist on akineetiliste, psühhomotoorsete või väikeste hoogudega. Sel juhul on võimalik diagnoosi kinnitada EEG abil valgussähvatustega stroboskoobi rakendamisel.

Fotosensiiblid epilepsiahood liigitatakse refleksepilepsiate rühma. Fotosensiibel epilepsia on refleksepilepsiate peamine vorm. Oletatakse, et fotosensibiliteet esineb 10—20% epileptikutest. Kliiniliselt hoovabadest patsientidest umbes 3%-l esineb normist kõrgem fotosensibiliteet; epileptikute perekondades on see protsent arvatavasti kõrgem.

Neljast fotosensiibli epilepsiaga haigest esinesid ühel lapsel hood ainult televiisori vaatamisel, ülejäänutel esinesid hood ka optilistest ärritustest sõltumatult. Kahel haigel ilmusid hood alles mõni tund pärast televiisori vaatamist: nähtavasti on siin tegemist väikese hoo müoklooniliste vormidega. Hood olenevad arvatavasti ka ärritavate tegurite hulgast ja kvaliteedist, toimuvatest protektiivsetest protsessidest ja ajuosade eelnenud vigastustest.

Kahel haigel kasutati raviks primidooni (lepsiraali), üks haige loobus ravist, neljas ei olnud uurimiste lõpul veel rahuldavas seisundis. Patsientidel soovitati televiisori vaatamisest loobuda, kuni saabub hoovaba periood ja EEG-s ilmneb resistentsus fotostimulatsiooni suhtes. Haigetele selgitati hoogude ilmumise põhjusi ja soovitati neil tugeva päikesevalguse ja lumeerenduse puhul kanda päikeseprille.

Ref. H. Roots

Mitmesugust

MÕNEST KÜSIMUSEST SEOSES KOSMOSELENDUDEGA

Arstiteaduse kandidaat *H. JÄNES*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Ebaharilikke tegureid, millega inimesel tuleb kosmoselennul kokku puutuda, võib tinglikult jagada kolme rühma (3, 11).

Esimesse rühma kuuluvad tegurid, mis on seotud maailmaruumi füüsikalise seisundiga. Siin tuleb eelkõige arvestada äärmiselt madalat baromeetrilist rõhku, molekulaarse hapniku puudumist, ioniseerivat kiirgust (kosmiline, ultraviolett- ja korpuskulaarne kiirgus), ebasoodsaid meteoroloogilisi tingimusi ja meteoriitidega seotud ohtu.

Nende tegurite kahjuliku mõju vältimiseks riietatakse kosmonaut skafandrisse ja isoleeritakse spetsiaalsesse kabiini. Tuleb aga märkida, et senini ei ole välja töötatud kindlaid kaitsevahendeid ioniseeriva kiirguse, eriti korpuskulaarse kiirguse vastu, sest kosmoselaeva katmine pliiga või 5 sm paksuse terasega ei ole praegu tehniliselt teostatav. Seejuures tuleb kosmonaudil kokku puutuda mitte üksnes kosmilise kiirgusega, vaid ka Päikesel keskmiselt 1 kord kuus tekkivate «tormide» ajal maailmaruumi paiskuvate osakestega, läbida virmaliste piirkondi jne. Inimese senised lennud kosmoses 200—400 km kaugusel Maast on toimunud madalamal eriti ohtlikest teadaolevatest kiirgusvööndites, mis asuvad 1000—2000 ja ligikaudu 25 000 km kõrgusel. Samuti on välditud Päikese torme. Seetõttu kosmonautidel kiirituskahjustusi täheldatud ei ole. Kosmilise kiirguse toime kosmonaudisse, inimese normaalsesse mikrofloorasse, toidusse, joogisse jne. vajab veel edasist uurimist (1, 7).

Mõned aastad tagasi rõhutati eriti meteoriitide ohtu, sest 135 km kõrgusel atmosfäär enam nende eest ei kaitse. Nööpnõelapeasuurune meteoriit, mis liigub kiirusega 30—90 km/sek, võib kergesti läbida kosmoselaeva terasseina. Kokkupõrke kohal tekib seejuures nõrk plahvatus.

Kui meteoriit tekitab laeva seina augu, siis satub kosmonaut plahvatuse dekompressioonilaine mõju alla, võib kaotada teadvuse jne. Väikeste meteoriitide poolt tekitatud kahjustusi on võimalik likvideerida, kuid näiteks 25—28 g kaaluv meteoriit võib põhjustada kosmoselaeva hukkumise. Arvestused näitavad, et selliste mõõdetega meteoriite on maailmaruumis suhteliselt harva ja planeetidevaheline kosmoselaev võib sadu aastaid kurseerida ilma niisuguse ohtliku kohtumiseta. Väiksemate, kuid siiski ohtlike meteoriitidega võib kosmoselaev kokku põrgata mitte sagedamini kui üks kord kuus (2).

Teise rühma kuuluvad tegurid (müra, vibratsioon, kiirendus ja kaalutus) on tingitud raketiseadme abil toimuvast lennust endast. Seniste kosmoselendude kogemused näitavad, et aktiivse lennu perioodil mootorite poolt tekitatud müra ja vibratsioon on hästi talutavad ega kujuta endast nimetamisväärset ohtu.

Kiirenduse (ülekoormuse) mõju on suhteliselt hästi uuritud, sest seda on maapealsetes tingimustes võimalik teha tsentrifuugidel ja liftitaolistel seadmetel. Inimene talub rahuldavalt kiirendust, mis on raketil vajalik selleks, et 8 minuti jooksul saavutada kiiruseks 40 000 km/t ja vabaneda Maa gravitatsioonivälja mõjust (10). Pikaajalist väikest kiirendust talub inimene paremini kui lühiaegset suurt kiirendust. Raketimootorite täiustamisega võib seega ülekoormuse ebasoodne mõju oluliselt väheneda (10).

Ülekoormuse mõju inimorganismile sõltub selle koormuse suunast. Piki keha, jalgadest pea suunas talub inimene väikest (6—8-kordset) ülekoormust väga lühikese aja vältel (0,3 sek.). Peast jalgade suunas võib inimene sama aja jooksul taluda kaks korda suuremat ülekoormust. Ülekoormuse suurenedes väheneb selle talumise vältus tunduvalt.

Inimese vastupidavus on suurim, kui ülekoormus mõjub risti keha pikiteljega. Soodsaim on istuv asend näoga ettepoole, kusjuures keha on 20° võrra kallutatud kiirenduse vektori suunas ning jalad täiesti kõverdatud. Kuid ka siis tekib hingamises, hemodünaamikas ja närviregulatsioonis nihkeid, mis ülekoormuse vältuse ja tugevuse kasvades võivad muutuda kriitilisteks. Kõige olulisem on seejuures gaasivahetuse häirumine kopsudes, kuhu veri hakkab progresseeruvalt deponeeruma, sest väike vereringe ei suuda kaua kompenseerida kopsude vähenenud aeratsiooni ja ülekoormuse tingimustes ületab südame parema vatsakese löögimaht vasaku vatsakese löögimahu. Tekkiv anokseemia mõjutab ajutegevust, mis omakorda veelgi häirib kompensatoorseid mehhanisme (6). Viimati nimetatud suunas mõjub ka orbiidile lendamisele ja maandumisele kaasnev emotsionaalne pinge. Üldiselt on ülekoormus raskemini talutav maandumisel, pärast pikaajalist kaalutuses viibimist. See on üheks põhjuseks, miks kosmonaudid peavad ka lennu ajal süstemaatiliselt sooritama kehalisi harjutusi.

Peale ülalmainitud kehaasendi on ülekoormuse ebasoodsa toime vältimiseks soovitatud ka muid abinõusid. Nende hulgast pälvivad suuremat tähelepanu ettepanekud paigutada kosmonaut teatud kindla erikaaluga vedelikuga täidetud läbipaistvasse konteinerisse (nii nagu munas munavalge kaitseb munakollast) või vastavalt kiirenduse suunale automaatselt pöörlevasse ülekoormusevastasesse kapslisse.

Käesoleval ajal on ligikaudu kindlaks määratud pikemaajalise ülekoormuse piirväärtused ja välja töötatud treeningumeetodid kosmoselendurite vastupanuvõime tõstmiseks.

Inimene on arenenud Maa gravitatsioonivälja mõju all ja kohanenud selle mehaanilise toimega. See kajastub elundite ja kudede ehituses, vererõhk püsib erinevates kehaosades kindlal tasemel, on kujunenud tasakaalu ja keha asendit säilitavate reflekside süsteem. Inimene on omandanud nn. mehaanilise immuunsuse (5).

Maal ei esine kaalutust. Kaalutus tekib kõikide kosmonaudile mõjuvate tungide võrdsustumisest orbiidil liikumise ajal. Kaalutus järgneb vahetult ülekoormusele. Kosmonaudi pulss aeglustub, vererõhk langeb ja EKG muutused taandarenevad. Hiljem (8—10 tunni möödudes) kiirenevad südametegevus ja hingamine uuesti, ilmnevad T-saki muutused EKG-s jne. (6). Kõik täheldatud nihked kosmonautide vereringe- ja hingamiselundite talitluses on aga jäänud füsioloogilistesse piiridesse. Selgesti registreeriti ka tavalisi rütmimuutusi seoses töö, puhkuse ja uneaja vaheldumisega.

Füsioloogiliste normide piirides toimuvad nihked kõnelevad vegetatiivseid funktsioone reguleerivate keskuste labiilsusest kaalutuses. Sümpaatilise ja parasümpaatilise närvisüsteemi mõju nagu vahelduks lainetaoliselt. Nähtavasti on see seotud kaalutuse tingimustes tekkiva ebakõlaga meeleelunditest ajusse saabuvate signaalide vahel. Sellele viitavad kosmonaut G. Titovi (9) kogemused, kes 5. ja 7. tiirul tundis ebamugavat õõtsumistunnet, mis eriti teravalt ilmnes pea asendi äkilisel muutmisel või kiiresti liikuvate esemete jälgimisel. Tegemist oli tasakaaluelundi talitluse häirumisega kaalutuses. J. Gagarinil, A. Nikolajevil, P. Popovitšil ja USA kosmonautidel J. Glennil ja S. Carpenteril selliseid häireid ei esinenud.

Arvukad katsed lühiajalise (0,75—3 min.) kaalutusega (paraboollennud reaktiivlennukil või raketil) näitavad, et keskmiselt 50% kõikidest katsealustest talub kaalutust hästi ja 25% rahuldavalt. Ülejäänud 25%-l aga häirub ruumitaju: tekivad peapööritus, peavalu, illusioonid, iiveldustunne, üldine nõrkus, valud rindkeres ja ebameeldivad aistingud kõhukoopas. Seda sümptoomidekompleksi nimetatakse «sputniktõveks» (5).

«Sputniktõve» aluseks on ruumitaju häirumine kaalutuses. Normaalsetes tingimustes orienteerub inimene ruumis vastavalt närviimpulssidele, mis saabuvad ajusse silmadest, lihastest, kõõlustest, nahast ja tasakaaluelundeist. Peamist osa etendab seejuures nägemine ja signaalid, mis tulevad mehaanilisele ärritusele reageerivatest meeleelunditest. Kaalutuses puudub selline tugev ärritaja nagu raskustung, meeleelundite talitlus muutub ja tasakaaluelundeist ajusse saabuvad signaalid nagu satuksid vastuollu silmadest, lihastest, liigestest ja mujalt tulevate impulssidega. See häiribki osal inimestest ruumitaju ja muudab kaalutuse talumatuks.

Kaalutust saab kõrvaldada kunstliku gravitatsiooni loomisega kosmoselaeval. Kas see on hädavajalik ja milline peaks olema kunstlik raskustung, ei ole veel päris selge. Arusaadavalt ei anna seni inimeste poolt sooritatud 6 lendu sellele veel lõplikku vastust. On probleeme, mille lahendamine nõuab pikemat aega. Andmed kõnelevad näiteks, et Maa gravitatsiooniväli avaldab teatud mõju rakuliste ja eelrakuliste struktuuride füsioloogiale, vormikujunemise protsessidele ja embrüogeneesile. Oletatakse, et viljastatud munaraku jagunemine toimub gravitatsiooniväljas kindlakskujunenud seaduspärasuste järgi. Kuidas toimuvad need protsessid maailmaruumis ja teistel planeetidel, pakub bioloogia seisukohalt väga suurt huvi (8).

Vaatamata sellele, et kaalutuse pikaajaline mõju inimesele nõuab veel uurimist, võib kindlalt väita, et töövõime säilitamiseks kosmoselennul ei ole vaja kirurgilisel teel kahjustada kosmonaudi tasakaaluelundeid, nagu seda loomkatsete alusel soovitasid mõned Lääne teadlased (2).

Kolmas rühm ebaharilikke tegureid on seotud inimese viibimisega kosmoselaeva hermeetilises kabiinis. Siia kuuluvad kunstlik mikrokliima, toitumise iseärasused, töö ja puhkuse omapära, paljude maapealsele elule omaste ärritajate puudumine, emotsionaalne pinge, isikliku hügieeni nõuete raskendatud täitmine jne.

«Vostok»-tüüpi kosmoselaevade reisid näitasid, et normaalse mikrokliima tagamine õhu konditsioneerimise automaatsete seadmete abil ei ole enam probleemiks. Kõikidel nõukogude kosmoselaevadel on õhu temperatuur ja niiskus püsinud vajalikul tasemel.

Lühiajalistele lendudele Maa-lähedasse ruumi saab hapniku-, vee- ja toiduvarud kaasa võtta. 5-liikmelise ekipaažiga kosmoselaeva lennuks kolme aasta vältel on aga vaja vähemalt 19 tonni hapnikku, vett ja toiduaineid, millele lisandub pakendite, konteinerite jne. kaal. Võrdluseks meenutame, et «Vostok»-tüüpi kosmoselaevad kaaluvad ligikaudu 5 tonni.

Toidu- ja hapnikuvarude kaalu vähendamine ja nende muutmine sõltumatuks lennu vältusest on võimalik osalise või täieliku aineteringluse loomisega kosmoselaeval.

Kõige lihtsam on luua veeringlust, sest selleks saab kasutada mitmesuguseid füüsikalisi meetodeid, nagu destilleerimist tavalise või alarõhu juures, elektro-osmoosi, ioonvahetajatega puhastamist jne. Lahendamata on aga veel vee organoleptiliste omaduste parandamise ja mineraalainetega rikastamise probleemid. Märksa raskem on hapnikuringluse korraldamine, kuid ka see on füüsikaliste ja bioloogiliste meetoditega võimalik. Näiteks võib süsihappegaasi fotolüütiliselt lagundada ultravioletkiirte ja vask-katalüsaatori abil. Perspektiivsed on ka elektrolüütilised meetodid, fermentatiivsete protsesside tulemusena hapnikku eritavate anaeroobsete bakterite kasutamine jne.

Vee- ja hapnikuprobleemi lahendamine ei kindlusta aga veel inimese viibimist kosmoses. Vajalik on ka toit. J. Gagarin, G. Titov ja USA kosmonaudid sõid eriliselt valmistatud kõrgeväärtuslikke kontsentraate, mida hoiti tuubides. A. Nikolajev ja P. Popovitš tarvitasid edukalt tavalist «maapealset» toitu, mis nii mahult, maitseomadustelt kui toiteväärtuselt on eelistatavam.

Kõige täielikumalt lahendab selle probleemi K. E. Tšiolkovski idee suletud ökoloogilisest keskkonnast kosmoselaeval, kus toimuks toidu täielik regenereerimine ja inimese elutegevuse saadused kasutataks maksimaalselt selleks otstarbeks. Teoreetiliselt on võimalik ainevahetuse jääkidest (CO_2, vesi, NH_3, kusiaine jne.) sünteesida inimesele vajalikke amiinohappeid, rasvu ja süsivesikuid (8). See on aga tuleviku küsimus. Reaalsem tee on biosünteesi kasutamine. Erilist huvi pakub roheliste taimede fotosünteesi rakendamise võimalus. Laialdaselt uuritakse praegu üherakuliste roheliste vetikate kasutamist kosmonaudile vajaliku õhu ja toidu taastekitamiseks. Uurimised näitavad, et 2,5 kg sinirohelist vetikat *Chlorella pyrenoidosa*'t on küllaldane selleks, et kindlustada ühe inimese gaasivahetust (10). Samasuunalisi katseid tehakse ka hallitus- ja pärmiseentega. Lahendamist vajavad küsimused, kuidas vetikatest toituvale kosmonaudile tagada toidu vaheldumine, samuti küllaldane mineraalainete, eriti mikroelementide hulk toidus (neid taimed ei fotosünteesi), kuidas korraldada toiduainete termilist töötlemist jne. (4).

Komplitseeritud ülesanne, mis vajab veel lahendamist, on tervishoiunõuetele ja kosmoselennu iseärasustele vastavate assenisatsiooniseadmete ja fekaalide utiliseerimissüsteemi loomine. Väljaheidete kogumiseks kasutatakse eriliste vastuvõtuseadmetega hermeetilisi anumaid. Sinna ei saa neid aga koguda lõpmatuseni. Võimalik on fekaalide kasutamine eespool märgitud vetikate söödana, mispuhul nad hakkavad osa võtma aineteringlusest kosmoselaeval. Samaks otstarbeks, samuti ka joogivee saamiseks kasutatakse uriini (4, 8). Tuleb märkida, et seniajani ei ole veel leitud otstarbekat lahendust pikaajaliselt hermeetilistes skafandrites viibivate kosmonautide isikliku hügieeni nõuete rahuldamiseks.

Kosmosehügieeni seisukohalt tuleb välja töötada ka kosmoselaeva kabiini valgustusviis, riietusvariandid kosmoselenduritele jne.

Eraldi tuleb peatuda kosmoselendude psühholoogilistel probleemidel. Kosmoselaeva kabiinis puuduvad igapäevased, Maal esinevad ärritajad. Kosmoses valitseb harjumatu vaikus ja pimedus. Harjumuspärase fooni puudumine tekitab inimeses Maast eraldatuse tunde, kuigi Maaga on alaline raadioside ja puudub otsene hirm, et äkki ei õnnestu Maale tagasi pöörduda. Siin ei tohi unustada ka väikest, kuid alalist meteoriitide ohtu, samuti ka kaalutusele ja vaikusele järgnevaid elamusi maandumisel, mil kosmoselaeva kattekiht põleb.

Iselaadse nähtusena võib kosmonaudil tekkida klaustrofoobia, s. o. hirm isoleeritud kinnises ruumis viibimise ees. USA-s isoleeriti surdokambritesse vabatahtlikke üliõpilasi, et jälgida isoleerituse mõju. Katsealused, kes pidid lamama, talusid absoluutset vaikust ja üksindust 24—72 tundi. Seejuures tekkis «ärritajatenälg», nad ei püsinud paigal, ei saanud aru, kas nad magavad või on ärkvel, ilmnesid hallutsinatsioonid jne. Vaatamata suurele tasule (20 dollarit ööpäevas) ei olnud enamik katsealuseid nõus katseid jätkama (10).

Ülaltoodu põhjal on selge, et kosmonaudid peavad olema äärmiselt tasakaalukad ja rahulikud inimesed, kes kiiresti ning õigesti reageerivad ka kõige ootamatumates olukordades. Kosmonautide psüühiline tasakaalukus on eriti oluline pikaajalisel lennul, mis võib väldata aastaid, kui kosmoselaeva meeskond on mitmeliikmeline.

Inimene on kosmoses astunud esimesed sammud. Arengu algstaadiumis on ka kosmosemeditsiin. Ei ole võimatu, et maailmaruumi edasised uurimised toovad esile seni tundmatuid või vähe arvestatud tegureid, millele hinnangu andmine kuulub samuti kosmosemeditsiini valdkonda.

KIRJANDUS

1. Благонравов А. А. Вестн. АН СССР, 1961, 31, 6, 19—30. — 2. Вопросы медицины при межпланетных полетах. Под. ред. В. М. Яздовского. М., 1055. — 3. Газенко О. Г. Вестн. АН СССР, 1962, 32, 1, 30—34. — 4. Лазаренко Д. И. Гигиена и санитария, 1962, 7, 60—63. — 5. Николаев А., Егумнов В. Мед. работник, 1962, 24 август. — 6. Парин В. В., Газенко О. Г., Яздовский В. И. Вестн. Акад. мед. наук СССР, 1962, 4, 76—81. — 7. Петрович Г. В. Вестн. АН СССР, 1961, 31, 5, 13—22. — 8. Сисакян Н. М. Вестн. АН СССР, 1961, 31, 6, 31—40. — 9. Титов Г. С. Вестн. АН СССР, 1962, 32, 7, 10—18. — 10. Человек в условиях высотного и космического полета. Под. ред. В. И. Иванова. М., 1960. — 11. Яздовский В. И. Вестн. АН СССР, 1962, 32, 4, 15—20.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ В СВЯЗИ С ПОЛЕТАМИ В КОСМОС

Х. Янес

Резюме

Основные опасные или потенциально опасные факторы космического полета можно подразделить на 3 группы.

Первая из них связана с физическим состоянием космического пространства (низкое барометрическое давление, отсутствие кислорода, ионизирующие излучения, неблагоприятные температурные условия, метеоритная опасность и т. д.) как среды, в которой человек не может существовать без соответствующих приспособлений.

Ко второй группе следует отнести факторы, обусловленные самим полетом на ракете и космическом корабле: шум, вибрация, ускорение.

Третья группа связана с невесомостью человека и пребыванием его в герметической кабине во время полета. К этой же группе можно отнести искусственную атмосферу корабля, особенности питания, режима труда и отдыха, эмоциональное напряжение, пребывание в защитных средствах, затрудняющих соблюдение личной гигиены в полете.

LENINI ORDENIGA AUTASUSTATUD V. I. LENINI NIMELISE NSVL RIIKLIKU RAAMATUKOGU 100. AASTAPÄEV

1. juulil 1962. a. möödus 100 aastat Lenini ordeniga autasustatud V. I. Lenini nimelise Riikliku Raamatukogu asutamisest. Seda tähtsat päeva pühitsesid kõik Nõukogude Liidu ja välismaa raamatusõbrad. Saja aasta jooksul on raamatukogu läbi käinud pika arengutee: endisest Rumjantsevi Muuseumi ühe lugemissaaliga raamatukogust on kasvanud maailma suurim raamatukogu.

Raamatukogu ei nimetata põhjuseta Lenini raamatukoguks. V. I. Lenini hoolitsusel kasvas raamatukogu pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni kiiresti. V. I. Lenin oli ise seal lugeja ning andis eeskuju, kuidas kasutada ja hoida raamatut. V. I. Lenin pidas raamatukogu uhkuseks ja auks mitte seda, kui palju leidub raamatukogus haruldasi ja vanaaegseid raamatuid, vaid seda, kuidas kasutab raamatuid rahvas, kui palju uusi lugejaid on värvatud, kui kiiresti rahuldatakse nõudmine ükskõik missuguse raamatu järele.

V. I. Lenini nimelises raamatukogus säilitatakse nõukogude ja maailmakirjanduse aardeid — kokku üle 22 miljoni trükise. Raamatukogu 22 lugemissaali on lugejatele avatud aasta ringi.

Raamatukogus töötab palju spetsialiste raamatukogunduse ja bibliograafia, humanitaar- ja loodusteaduste alal. Nende üheks peamiseks ülesandeks on metoodilise abi osutamine raamatukogudele üle kogu maa ja bibliograafia-alane töö teaduse abistamiseks. Nimetatud ülesandeid aitavad täita raamatukogu kirjastamisosakond ja trükikoda. Kirjastuse töömahust annab ettekujutuse kas või see, et viiekümne aasta (1862.—1912. a.) jooksul andis Rumjantsevi Muuseum välja umbes 126 trükist, NSV Liidu V. I. Lenini nimeline Riiklik Raamatukogu aga ainuüksi 1961. a. jooksul 247 trükist (kogumahuga 1 114 trükipoognat).

Raamatukogu kirjastab seeriaväljaandeid, brošüüre, albumeid jm. Ka käesoleval aastal ilmub raamatukogu kirjastuselt väga mitmesuguseid väljaandeid. Raamatukogutöötajad saavad järjekordselt kogumiku «NSV Liidu raamatukogud. Töökogemused», milles iseloomustatakse suurte üld- ja erialaraamatukogude tööd NLKP XXII kongressi materjalide propageerimisel. Ilmub rida metoodilisi ja bibliograafilisi juhiseid külaraamatukogu hoidjatele. Teaduslike töötajateni jõuab järjekordne osa kandidaadi- ja doktoridissertatsioonide kataloogist. Samuti ilmub informatsioonibülletään raamatukogusse saabunud uute välismaa raamatute kohta ja mahukas bibliograafia 1961. a. ilmunud nõukogude ja välismaa kirjanduse kohta. Mainitutele lisanduvad bibliograafiad mitmete teemade kohta, näiteks vestlusteks raamatutest, põllumajandusest, välispoliitikast ja palju muud.

Raamatukogu juubeli puhul väljaantavas mahukas kogumikus (aastaaruanne) «Lenini ordeniga autasustatud NSV Liidu V. I. Lenini nimeline Riiklik Ramatukogu 1961. a.» leidub palju huvitavat. Aasta jooksul oli lugejaid 184 000, raamatukogu külastati üldse 2 400 000 korda. Lugejatele anti teatmeid rohkem kui 136 000 korral (suuliselt või kirjalikult). Raamatukogudevahelise abonemendi kaudu saadeti teistele meie maa raamatukogudele 284 500 raamatut. 248 000 nõukogude raamatut, ajakirja ja ajalehte saadeti välismaale raamatute rahvusvahelise vahetamise korras. 1961. a. jooksul on raamatukogus katalogiseeritud ja lugejatele kasutamiseks läinud 485 527 raamatut, 475 729 ajakirjanumbrit ja 1 560 366 ajalehte.

V. I. Lenini nimelise Riikliku Raamatukogu 100. aastapäeva puhul saatis NLKP Keskkomitee tervituse raamatukogu kollektiivile ja kõikidele NSV Liidu raamatukogutöötajatele. Läkituses avaldati veendumust, et kõik raamatukogutöötajad tõstavad väsimatult raamatukogude osatähtsust, sest neile langeb tänulik ülesanne kasvatada kodumaale ustavaid, igakülgselt arenenud kommunismiehitajaid.

B. Kanevski järgi H. Roots

MÕNE REAGA

● Klini Kunstkiu Kombinaadi meditsiiniosakonna kollektiiv koos tehase ajalehega «Tehase tõde» andsid välja erinumbri tervishoiuküsimuste ja tervisesse kommunistliku suhtumise kohta. Otsustati edaspidi üks kord kuus üks number pühendada täielikult meditsiinile.

● Tbilisi Linna Kiirabijaamas alustas tööd trombemboolia keskus, mille organiseeris Gruusia Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Teraapia Teadusliku Uurimise Instituut. Valvekorras on väljaõpetatud personal, kelle käsutuses on spetsiaalne auto. Autos on elektrokardiograaf, biokeemia laboratoorium ja kõik vajalik kiire abi osutamiseks südame ja veresoonkonna ägedate haigestumiste puhul.

● Senini müüdi ženšennijuure preparaate ainult piiritusleotise näol. Nüüd hakkas Leningradi Keemia-Farmaatsiatehas nr. 1 seda väljastama tablettides. Iga tablett sisaldab 0,15 g ženšennijuurt. Tablettide valmistamine on odavam ja neid on hõlbus kasutada.

● Kustanais avati esimene geriaatria kabinet Tselinnõi krais. Hakatakse läbi viima enneaegse vananemise profülaktikat. Enne tööle asumist viibisid kabineti töötajad Zelenodolskis (Tatari Autonoomses Vabariigis), kus nad tutvusid meditsiinitöötajate töökogemustega võitluses vananemise vastu. Elatanud inimesed võeti dispanseerse järelevalve alla. Geriaatria ja gerontoloogia kabinette kavatsetakse lähemal ajal avada ka teistes Tselinnõi krai linnades.

● Vladimiri oblasti arstide VII kongress märkis ära Kovrovi linna meditsiinitöötajate väärtusliku algatuse. Nimelt on korraldatud nii, et üle 60 a. vanused inimesed ei käi polikliinikus, vaid neid külastavad arstid kodus. Mõtte initsiaatoriks oli Vladimiri Linna II Haigla kollektiiv eesotsas arst U. Parfentjeviga.

● Ukraina Eksperimentaalse Endokrinoloogia Teadusliku Uurimise Instituudi Endokriinsete Preparaatide Tehas hakkab välja laskma uut preparaati tsetamüfeeni, mida kasutatakse ateroskleroosi raviks.

● Tšeljabinski Metallurgiatrusti majavalitsuse nr. 5 juures avati lasteaed. Uus lasteaed erineb teistest selle poolest, et see töötab ühiskondlikel alustel. Trusti kommunaalosakond eraldas ruumid ja inventari; naiskomisjon kogus mänguasju ja toidunõusid. Praegu viibib lasteaias 20—30 last.

● Poola haiglatesse, polikliinikutesse, apteekidesse ja farmaatsiatööstusse suunati 1962. a. üle 4300 kõrgema meditsiiniõppeasutuse lõpetaja — arste, stomatolooge ja proviisoreid.

● Minski Meditsiiniinstituudi närvikliinikus rakendatakse arstide ja arvutuskeskuse töötajate koostöö tulemusena diagnoosimiseks universaalset arvutusmasinat «Урал-1». Arstid valisid katseks rühma sageli esinevaid närvihaigusi ja märkisid üles nende sümptoomid, mille alusel koostati šifreeritud programm. Masin andis täpse diagnoosi 70 haige kohta, kelle haiguse olid eelnevalt kindlaks määranud Minski ja Leningradi parimad arstiteadlased. Praegu koguvad kliiniku arstid ebaselgete ja keerukate kesknärvisüsteemi haiguste sümptoome, et neid seejärel ümber töötada programmi koostamiseks elektronarvutusmasina jaoks. «Урал-1» mahutab ligikaudu 200 mitmesugust sümptoomi ja võib eksimatult määrata kuni 40 haiguse diagnoosi.

● J. Jakovleva NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Raviainete ja Meditsiinilise Tehnika Valitsusest teatab ajakirjanduses, et NSVL Tervishoiu Ministeeriumi farmakoloogia komitee uuris kartsisaani (rutiini- ja rauaühendid koos glükoosiga) NSVL Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudis. Samuti uuriti preparaati kliiniliselt mitmetes Eesti NSV meditsiiniasutustes. Katsed kestsid 2 aastat. Saadud tulemused näitasid, et ei ole alust pidada kartsisaani spetsiifiliseks kasvajatevastaseks vahendiks. Seepärast pole preparaadi ulatuslik juurutamine praktikasse otstarbekohane. Nendel Leningradi, Tallinna ja teiste linnade arstidel, kes seni on jätkanud kartsisaaniretseptide väljakirjutamist, tuleb ülaltoodut arvestada. Käesoleval ajal laseb tööstus välja dopaani, sarkolüsiini, TioTEF-i, dipiini ja teisi preparaate, mida rakendatakse pahaloomuliste kasvajate ravimisel.

● Seoses suurenenud nõudmisega gammaglobuliini järele laiendatakse tunduvalt selle tootmist. Vastavate laboratooriumide arv suureneb peaaegu kahekordseks. Uued laboratooriumid valmivad Sverdlovskis ja Irkutskis. Samuti organiseeritakse vere vastuvõtu punkte. 1963. a. suureneb gammaglobuliini tootmine Vene NFSV-s 1961. aastaga võrreldes 40% võrra.

● Leningradi S. M. Kirovi nim. Tekstiiliinstituudi ja Läti NSV Teaduste Akadeemia Orgaanilise Sünteesi Instituudi teadlased töötasid välja uue antimikroobse sünteetilise kiudaine, mida saab edukalt kasutada kirurgias. Bakterioloogilised uurimised näitasid, et uus kiudaine on steriilne ega saastu õhus ja vees leiduvate mikroobidega. Sellest kiudainest valmistatud niidiga võib haavu õmmelda, ilma et niiti tarvitseks eelnevalt steriliseerida. Sellest materjalist võib valmistada ka vatti ja sidemeid.

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas 7. juunil 1962. a. toimunud istungil onkoloogilise abi parandamist Kohtla-Järve, Narva ja Rakvere rajoonis.

Ettekannetega esinesid Kohtla-Järve Linna TSN TK Tervishoiuosakonna juhataja J. Lebedev, Narva Linna Tervishoiuosakonna juhataja B. Tsitlis ja Rakvere rajooni Tervishoiuosakonna juhataja J. Narma.

Kolleegium märkis, et onkoloogiliste haigete dispanseerimine toimub veel ebarahuldavalt. Nii puudusid 1961. a. Jõhvis andmed 102 haige tervisliku seisundi kohta, kes olid dispanseersel arvel. Narvas puudusid järelevalveandmed 100 haige kohta, kel esines vähieelne seisund. Kohtla-Järvel ravib naiste nõuandla vähieelsete seisunditega haigeid ebarahuldavalt.

Onkoloogilise abi parandamiseks kohustas kolleegium Narva Linna Tervishoiuosakonna juhatajat B. Tsitlist, Kohtla-Järve Tervishoiuosakonna juhatajat J. Lebedevi ja Rakvere Tervishoiuosakonna juhatajat J. Narmat kõrvalekaldumata täitma NSVL tervishoiu ministri käskkirja nr. 19 25. jaan. 1956. a. ja NSVL Tervishoiu Ministeeriumi vastavaid instruktsioone. Erilist tähelepanu tuleb pöörata profülaktiliste läbivaatuste kvaliteedile ja dispanseersele järelevalvele võetud haigete ravile. Ühtlasi on vaja nõuda peaarstidelt ja onkoloogidelt, et nad kontrolliksid jaoskonnaarstide tööd seedeelundite haigustega isikute dispanseerimisel. Kolleegium kohustas Kohtla-Järve Tervishoiuosakonna juhatajat suurendama kasvajatega haigetele määratud voodite arvu 20-ni.

Samas kohustati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Ab. Valitsuse ülemat A. Sarapit ja Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti A. Gavrilovit tugevdama kontrolli ja metoodilist juhtimist vähitõrje alal.

*

26. juulil 1962. a. kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil peaanestesioloog B. Lehepuu aruannet.

Meie suuremates haiglates on hakatud laialdaselt rakendama kõiki kaasaja valutustamise meetodeid. Arste-anestesiolooge valmistatakse ette kohalikes baasides ja Moskva ning Leningradi instituutides. Vabariigis töötab 15 erieettevalmistusega anestesioloogi. Anestesioloogia keskusteks vabariigis on Tallinna Vabariiklik Haigla ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla hingamiskeskus. Kuid mõnede ravi-profülaktikaasutuste juhatajad ei pööra anestesioloogia küsimustele veel küllaldaselt tähelepanu. Ka anastesioloogikohti ei ole küllaldaselt. Vabariigi haiglates ei ole veel organiseeritud iseseisvaid anestesioloogia osakondi. Ei ole ette valmistatud õdesid-anestesiste. Haiglate kirurgia osakonnad ei ole veel küllaldaselt kindlustatud anesteseerimiseks vajalike aparaatidega.

Kolleegium kohustas linnade ja rajoonide tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonihaiglate peaarste ning vabariikliku alluvusega ravi-profülaktikaasutuste peaarste eraldama anestesioloogi- ja õe-anestesistikohad vastavalt NSVL tervishoiu ministri käskkirjale nr. 169 9. aprillist 1960. a. Need kohad tuleb komplekteerida 1962.—1963. a. jooksul. Kolleegium kohustas Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehte, Tartu Vabariikliku Haigla peaarsti M. Bostonit ja Kohtla-Järve Linna Tervishoiuosakonna juhatajat J. Lebedevi looma 1963. a. iseseisvad anestesioloogia osakonnad vastavalt NSVL tervishoiu ministri käskkirjale nr. 537 19. dets. 1959. a. Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehte kohustati organiseerima 1963. a. jooksul elustamistsentrum haigla neurokirurgia ja traumatoloogia osakonna baasil. Ühtlasi kohustati ENSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna ülemat L. Barõševat ja peakirurgi Š. Gulordavat koos peaanestesioloogiga välja töötama anestesioloogide ja meditsiiniõdede ettevalmistamise plaan.

Apteekide Peavalitsuse ülemal I. Podolskil tuleb koos peaanestesioloogiga välja selgitada, milliseid aparaate ning preparaate on vaja ja kindlustada nende plaaniline jaotus.

Peakirurg Š. Gulordavale ja peaanestesioloog B. Lehepuule tehti ülesandeks anda süstemaatiliselt konsultatsioone ravi-profülaktikaasutuste töötajatele.

A. Kaldma

DÜSENTEERIABAKTERITE UUEST NÕUKOGUDE KLASSIFIKATSIOONIST

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga nr. 118 13. märtsist 1962. a. kehtestati meil düsenteeriabakterite uus klassifikatsioon. Patogeensete Bakterite ja Viiruste Nomenklatuuri Komitee taotleb senini kehtinud klassifikatsiooni muutmisega lähenemist rahvusvahelisele klassifikatsioonile. Komitee otsuse kohaselt tuleb uut klassifikatsiooni hakata tarvitama nii teaduslikus kirjanduses kui ka praktikas.

Düsenteeriabaktereid nimetatakse nomenklatuuris düsenteeriabakterite perekonna nimetuse *Genus Shigella* järgi šigelladeks (vrd. *Genus Salmonella* — salmonellad). Nomenklatuurikomitee on teinud mõned muudatused rahvusvahelises klassifikatsioonis. Nii näiteks leitakse, et ei ole mingisugust põhjust loobuda alajaotusest «liik». Meie uues klassifikatsioonis on termin «liik» säilitatud, kuid on ära jäetud termin «alarühm». Uue klassifikatsiooni skeemis kuuluvad manniiti mittefermenteerivate düsenteeriabakterite hulka järgmised liigid: *Shigella grigoriewa-schigae* (tüübi antigeen — 1), *Shigella stutzeri-schmitzii* (tüübi antigeen — 2), *Shigella large-sachsi* (tüübi antigeenid — 3, 4, 5, 6 ja 7) ja veel mõned provisoorsed (provisional) bakterid (tüübi antigeenid — 8, 9, 10).

Manniiti fermenteeriveks düsenteeriabakterite liigiks on *Shigella flexneri*. *Shigella flexneri*'l on järgmised alaliigid: i) *Shigella flexneri* [tüübi antigeen — 1 (alatüüp — 1_a ja 1_b); tüübi antigeen — 2 (alatüüp — 2 ja 2_b); tüübi antigeen — 3 (alatüüp 3_a, 3_b, 3_c); tüübi antigeen — 4 (alatüüp — 4_a ja 4_b); tüübi antigeen — 5, tüübi antigeen — *var x* ja tüübi antigeen — *var y*]; 2) *Shigella newcastli* (tüübi antigeen 6); 3) *Shigella boydii* (tüübi antigeenid — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Aeglaselt laktoosi käärivaks düsenteeriabakterite liigiks on *Shigella sonnei*.

Esitatud skeemi kohaselt on muudetud ka diagnostiliste preparaatide nomenklatuur.

H. Pihl

TARTU TERAPEUTIDE SELTSI KOOSOLEKUTEST

Alates septembrist 1961. a. kuni juunini 1962. a. on Tartu Terapeutide Selts pidanud 11 koosolekut, neist viis koos teiste seltsidega.

Kaks koosolekut on peetud koos Tartu Kirurgide Seltsiga. 1. märtsil 1962. a. esines külalisena Leningradist arstiteaduse kandidaat A. Litmanovitš ettekandega veresoonte kirurgiast. Samal koosolekul kõnelesid veel L. Vainer ja J. Riiv preskaleenilisest (astriklihaste ees asetsevate kudede) biopsiast ning E. Ruus maoverejooksude põhjustest ja diagnostikast. 26. aprillil 1962. a. rääkisid dots. A. Rulli ja J. Sarv resetseeritud maoga haigete järelravist ning V. Salupere dumpingsündroomist.

26. aprillil 1962. a. peeti koosolek koos Viljandi Arstide Teadusliku Seltsiga. Päevakorras olid järgmised ettekanded: «Elektrokardiograafia momendi telgede diferentsi võrdlus Kerni indeksiga» (L. Märss), «Fonokardiograafilisest leiust vasema venoosse suistiku stenoosi puhul» (R. Ridala) ja «Sternheimer-Malbini rakkude diferentsiaaldiagnostilisest tähtsusest» (H. Novek).

19. mail 1962. a. toimus Tartu Terapeutide Seltsi väljasõit Kingisseppa. Koos Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsiga arutati peamiselt uroloogia probleeme. B. Savtšenko esines ettekandega põlütsüstiliste neerude esinemisest, A. Rumjantseva — hormoonravist, R. Lepner — püelonefriitidest, H. Hanson — glomerulonefriitide ravist ning S. Maramaa — renaalsest hüpertooniast.

1962. a. 8. veebruari ühine koosolek Tartu Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsiga oli pühendatud neuroreumatismi probleemile. E. Tulmin andis ülevaate kesknärvisüsteemi reumast, J. Riiv kõneles neuroreumatismi jääknähtudest, V. Kanguri ning L. Toomani ettekande teemaks oli «Somatogeeniast ja psühhogeeniast neurooside patogeneesis».

Reuma ja allergia küsimusi puudutati ka teistel koosolekutel. 19. oktoobril 1961. a. esinesid dots. K. Kõrge ja dots. U. Podar teemal «Letaalse lõpuga astmajuhud», L. Päi kõneles 16. juunil 1961. a. autoantikehadest mõningate patoloogiliste protsesside arenemisel. Koosolekul 18. jaanuaril 1962. a. andis S. Aru ülevaate reumahaigete dispanseerimisest Tartu linnas.

Tartu Terapeutide Seltsis on esinenud V. Ulst ülevaatega Tartu linna tervishoiualasest programmist (19. oktoobril 1961. a.) ning K. Põldvere histoloogia kaasaegsetest probleemidest (21. septembril 1961. a.). 22. märtsil 1962. a. kõneles S. Maramaa infarktoidsest kardiopaatiast loomeksperimentide alusel. Samal koosolekul analüüsis S. Aru sapiteede haiguste diagnostika ja ravi olukorda Tartu linnas.

Uuemaid diagnoosimis- ja ravimeetodeid käsitleti mitmetes ettekannetes. Nii rääkis H. Hanson transaminaasi määramise kliinilisest tähtsusest ja S. Kukk

demonstreeris leekfotomeetrit (7. detsembril 1961. a.), V. Sibul tutvustas jääklämmastiku, alkalireservi, kloriidide ja trüpsiini määramise uusi lihtsustatud biokeemilisi meetodeid (28. septembril 1961. a.). 19. oktoobril 1961. a. kõneles V. Salupere lokaalse hüperplastilise gastriidi diagnoosimisest biopsia meetodil. D. Pihelgas rääkis ravimite manustamisest tilkinfusioonina (18. jaanuaril 1962. a.).

Üldse on mainitud ajavahemikus seltsi teaduslikkudel koosolekutel esitatud 28 ettekannet. Ettekannete kõrval on demonstreeritud 24 haigusjuhtu, mis pakuvad huvi diagnoosimise või ravi aspektist.

Osavõtt koosolekutest on olnud rohkearvuline ja läbirääkimised elavad.

V. Saarma

VILJANDI LINNA HAIGLA ÕDEDE NÕUKOGU TÖÖST

Neil päevil kogunesid Viljandi Linna Haigla Õdede Nõukogu liikmed haigla punanurka, et koostada tööplaan 1962. a. II poolaastaks.

Keskharidusega meditsiinitöötajaile otsustati korraldada loenguid toksoplasmoosist, hüpnoosravist, vähktõvest jne. Moskvas toimunud ülemaailmsest vähktõvevastasest kongressist räägib sellest osavõtnu J. Koljak. Tutvutakse uusimate raviaparaatidega. Peale selle on kavas rida loenguid üldhariduslikel teemadel («Naise õigused nõukogude ühiskonnas», «Kommunistlikust kasvatusest perekonnas» jt.).

Õdede Nõukogu tööplaan näeb ette haigla osakondade, polikliinikute ja velskripunktide külastamist 1—2 korda kuus ning jaoskonnahaiglatega töökogemuste vahetamist. Plaanis on ka kontroll ravimite säilitamise üle osakondades ja kabinettides.

Unustatud pole ka tööd noorema meditsiinipersonaliga. Neile korraldatakse loenguid jooksvast desinfektsioonist, meditsiinilise teenindamise kultuurist, sise- ja välispoliitilisest olukorrast.

K. Sossi

SISUKORD

A. GOLDBERG — Tööstustööliste haigestumisest ja abinõudest selle vähendamiseks 3

Teooria ja praktika

K. KÕRGE — Allergoloogia päevaprobleeme Eesti NSV-s 7
A. CHEVALIER — Epilepsia diagnoosimisest ja ravist 9
M. PURDE — Vähktõve hilise avastamise põhjustest 14
V. RAUDSEPP — Munajuha esmasest vähktõvest 18
R. ORŠANSKAJA ja I. RÄTSEP — Diabeetilise glomeruloskleroosi juht 21
Š. GULORDAVA — Nurgamõõtja-suunaja tarvitamise metoodika reieluukaela mediaalsete murdude puhul . 23
A. JANNUS — Enteroviiruse *Coxsackie* B-5 poolt põhjustatud haiguspuhang (*Morbus Bornholmi*) Eesti NSV-s . . 26
M. LUTS — Kuidas kuulatleda laste südant 28
O. KONSAP — Piimavalkude tähtsus toitlustamises 31

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

I. FREIBERG — Pärasoole kaasasündinud avausetus lastel 34
E. TALVE — Unifitseeritud ekstemporaalsest retseptuurist Vastseliina apteegis 36

Abiks velskritele ja õdedele

H. KÄRNER — Kogemusi protseduuride teostamisest lastel 38
A. VELDI — Abistamisest hingamishäirete puhul 41
M. MIIDLA — Hapnikravist sisehaiguste puhul 44
K. VALGMA — Reuma kaasaegne ravi ja profülaktika 47

Kaadri ettevalmistamine

I. MAAROOS — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad 1962. a. 51
K. SÕERDE — Uus lend Tallinna Meditsiinilisest Koolist 53
A. HORN — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1962. a. 55

СОДЕРЖАНИЕ

А. ГОЛЬДБЕРГ — О состоянии заболеваемости промышленных рабочих и меры по ее снижению

Теория и практика

К. КЫРГЕ — О проблемах аллергологии в Эстонской ССР
А. ШЕВАЛЬЕ — О диагностике и лечении эпилепсии
М. ПУРДЕ — О причинах позднего выявления заболевания раком
В. РАУДСЕПП — О первичном раке яйцевода
Р. ОРШАНСКАЯ и И. РЯТСЕП — Случай гломерулосклероза при диабете
Ш. ГУЛОРДАВА — Методика применения угломера-направителя при медиальных переломах шейки бедренной кости
А. ЯННУС — Эпидемическая вспышка в Эстонской ССР, вызванная энтеровирусом *Coxsackie B-5* (болезнь Борнхольма)
М. ЛУТС — Как выслушивать сердце у детей
О. КОНСАП — Значение белков молока в питании

Обмен опытом и казуистика

И. ФРЕЙБЕРГ — Врожденная атрезия прямой кишки у детей
Э. ТАЛЬВЕ — Об унифицированной экстемпоральной рецептуре в Васт-селийнаской аптеке

В помощь фельдшерам и сестрам

Х. КЯРНЕР — Опыт проведения лечебных процедур у детей
А. ВЕЛЬДИ — Оказание помощи при нарушениях дыхания
М. МИЙДЛА — Лечение кислородом при внутренних болезнях
К. ВАЛГМА — Современное лечение и профилактика ревматизма

Подготовка кадров

И. МААРООС — Окончившие в 1962 г. медицинский факультет Тартуского государственного университета
К. СЫЭРДЕ — Новый выпуск Таллинской медицинской школы
А. ХОРН — Окончившие в 1962 г. Тартускую медицинскую школу

Sanitaarharidustöö

M. RAIG — Sanitaarharidustöö ülesannetest tänapäeval 57

Konverentsid ja nõupidamised

P. BOGOVSKI — VIII rahvusvaheline vähivastane kongress Moskvas . . . 59
L. MARDNA ja N. ELŠTEIN — XV üleliiduline terapeutide kongress . . . 61
F. MARKUSAS — IV vabariiklik konverents spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alal 63

Tähtpäevad

Eesti NSV teeneline arst B. Äniline 50-aastane 64
V. Kovalenko 50-aastane 65

Küsimusi ja vastuseid 66

Referaate 67

Mitmesugust

H. JÄNES — Mõnest küsimusest seoses kosmoselendudega 69
H. ROOTS — Lenini ordeniga autasustatud V. I. Lenini nimelise NSVL Riikliku Raamatukogu 100. aastapäev 74
Mõne reaga 74

Kroonika 76

Санитарно-просветительная работа

М. РАЙГ — О современных задачах санитарно-просветительной работы

Конференции и совещания

П. БОГОВСКИЙ — VIII международный противораковый съезд в Москве
Л. МАРДНА и Н. ЭЛЬШТЕЙН — XV всесоюзный съезд терапевтов
Ф. МАРКУСАС — IV республиканская конференция по спортивной медицине и лечебной физкультуре

Юбилейные даты

50-летие заслуженного врача Эстонской ССР Б. Энилине
50-летие В. Коваленко

Вопросы и ответы

Рефераты

Разное

Х. ЯНЕС — О некоторых вопросах в связи с полетами в космос
Х. РООТС — 100-летие Государственной ордена Ленина библиотеки СССР имени В. И. Ленина
В несколько строк

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

6
November–Detsember

5. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1962

Журнал

«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»

Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР

На эстонском языке

Korrektor *M. Ollisaar*

Ladumisele antud 2. X 1962. Trükkimisele antud 19. XII 1962. Trükiarv 3700. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+0,5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 8,05. Arvutuspoognaid 8,48. Tellimise nr. 8128. MB-090.

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

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

MÕNINGAID ANDMEID P-VITAMIINI TOIME KOHTA

L. TERAS

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Laialdaselt tuntud ja põhjalikult uuritud vitamiinide kõrval pööratakse viimastel aastatel üha suuremat tähelepanu P-vitamiinile (sünonüümid: C_2-vitamiin, bioflavonoidid). P-vitamiini rühma kuuluvad paljud, sageli keemiliselt ehituselt üksteisest küllaltki erinevad ühendid.

P-vitamiini leidub paljudes taimedes. Rikkalikult sisaldavad bioflavonoide mitmed puu- ning köögiviljad ja marjad, nagu mustad sõstrad, apelsinid, sidrunid, ploomid, kirsid, tomatid, kapsad jt. P-vitamiini üheks kättesaadavamaks ja ühtlasi suhteliselt rikkalikuks looduslikuks allikaks on tee (4). P-vitamiini preparaatidest kasutatakse Nõukogude Liidus käesoleval ajal tatraürdist toodetud rutiini ja teelehtedest valmistatud katehhiinide kompleksi. Välismaal kasutatakse peale rutiini laialdaselt veel tsitriini, hesperidiini, kvertsetiini ja eskuliini.

Juba P-vitamiini avastamise aastal, s. o. 1936. a. ilmusid esimesed teated bioflavonoidide kasutamise kohta kliinilises praktikas. Alates sellest ajast on bioflavonoide rakendatud edukalt väga mitmesuguste haiguste ravis. Bioflavonoidide kliinilise kasutamise kohta kogutud materjali rohkusest annavad tunnistust mitmed arvukate kirjandusallikate alusel koostatud artiklid ja raamatud: H. Scarborough ning A. Bacharach (16), J. Griffith kaastöölistega (12), M. Zaprometov (4) jt.

Eriti häid tulemusi on saadud mitmesuguste kapillaartoksikoosidе ja vaskulaarsete purpurate ravis. Juba mõni päev pärast ravi algust kaovad hemorraagilised nähud ja haiged paranevad kiiresti. Ravi kordamisega välditakse retsidiivide tekkimist. R. Litvaki ning R. Šklovskaja (8) andmeil on katehhiinid teistest P-vitamiini preparaatidest efektiivsemad. P-vitamiini preparaadid annavad häid tulemusi ka mitmesuguste teiste hemorraagiliste sündroomide ravis, nagu hemorraagiline tsüstiit jt.

Rohkesti kasutatakse P-vitamiini preparaate hüpertooniatõve ravis. P-vitamiini toimel langeb hüpertooniahaigetel vererõhk. Kasutades tsitriini või teelehtedest saadud katehhiini preparaati annuses 0,1 g kolm korda päevas, täheldas D. Džeims-Levi (2) maksimaalse vererõhu langust keskmiselt 15 mmHg võrra. On iseloomulik, et isegi neil juhtudel, kus P-vitamiini manustamisele ei järgne vererõhu vähenemist, paraneb haigete üldseisund tunduvalt, kaovad kapillaaride seinte nõrkusest tingitud tüsistused, nagu peavalu, verevalumid silma võrkkestas, ajus jne. I. Sibul ning M. Kull (10) leidsid, et eriti efektiivne on rutiin hüpertooniatõve ravis neil juhtudel, kui ilmnevad kudede hingamisprotsesside puudulikkuse selged nähud (patoloogiliselt kõrgenenud vakathapniku peegel uriinis, peavalu, väsimus, unehäired).

Ravides hüpertooniahaigeid bioflavonoididega täheldasid J. Lübeck ning C. Scheffler (14) neil kolesteriinipeegli langust veres. Vere kolesteriinisisalduse vähenemist bioflavonoidide manustamisel leidsid ka teised autorid. Arvestades seda, et P-vitamiini pikemaajalisel manustamisel vähe-

nesid eksperimentaalse ateroskleroosi nähud, kasutatakse bioflavonoide hea eduga üldise ateroskleroosi raviks. Eriti silmapaistvaid tulemusi sai B. McConnel (15) ateroskleroosist tingitud ajuverevalumite ravimisel tsitrusviljadest saadava P-vitamiini preparaadiga. 89-st P-vitamiiniga ravitud patsiendist esines korduv insult ainult 3 juhul, kuna 62 haigest, kellel rakendati teisi ravimeetodeid, tekkis korduv insult 18 juhul (5 juhtu *exitus letalis*'ega). Autor sedastas tihedat seost ravi efektiivsuse ja kapillaaride resistentsuse tõusu vahel.

Kapillaaride resistentsus on langenud mitmesuguste krooniliselt kulgevate haiguste korral, nagu tuberkuloos, reuma, septiline endokardiit, kardiovaskulaarne insufitsientsus, poliomüeliit, diabeet jt., mistõttu nimetatud haiguste puhul soovitatakse spetsiifilise ravi kõrval kasutada ka P-vitamiini preparaate. Arvestades kapillaaride permeaabluse tunduvat tõusu raseduse korral, kasutatakse P-vitamiini edukalt rasedusajal esinevate gingiviitide ning toksikooside raviks ja ähvardava abordi ärahoidmiseks (16).

Erilist osa mängib P-vitamiin kiiritustõve ja kiirituse tagajärjel tekkinud kahjustuste puhul. Arvestades seda, et kiiritushaiguse korral on üheks surmapõhjuseks verevalumite tekkimine, on P-vitamiini preparaadid siin eriti efektiivsed. Peale selle kiirendab rutiin reparatiivseid protsesse ka röntgenikiirtega kahjustatud kudedes. A. Kursanov ning kaastöölised (7) kasutasid röntgenravi-tüsistuste — troofiliste haavandite ja induratiivse ödeemi — raviks katehhiine. Kõikidel juhtudel normaliseeris preparaat kapillaaride permeaablust ja soodustas haavandite paranemist.

Bioflavonoide doseeritakse enamasti küllaltki suurtes annustes: 300—600 mg päevas, tavaliselt 100—200 mg kolm korda päevas koos 50—100 mg askorbiinhappega. NSVL Arstiteaduse Akadeemia Toitlustusinstituudi andmetel on inimese ööpäevane P-vitamiini vajadus 50—100 mg. Kirjanduse andmeil ei põhjusta bioflavonoidid mingeid kõrvalnähte.

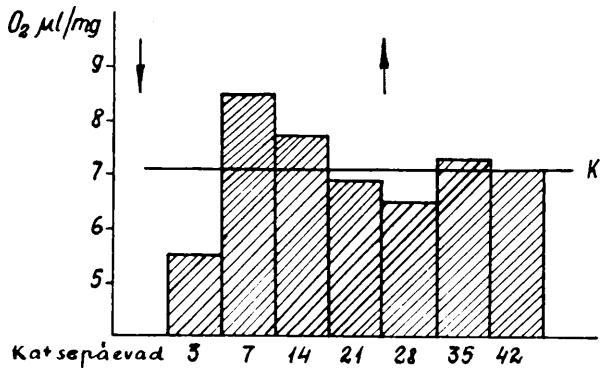
Kõrvuti bioflavonoidide raviomaduste tundmaõppimisega on viimastel aastatel osutatud tähelepanu P-vitamiini profülaktilisele kasutamisele. E. Kraiko (5) näitas, et kevadtalvisel perioodil on kuumade tsehhide töölistel kapillaaride resistentsus langenud. I. Sibul ning M. Kull (10) leidsid, et tervetel inimestel on kapillaaride resistentsuse tase sõltuv aastaajast, eriti on see langenud kevadel. A. Clazebrook kaastöölistega (11) näitas, et P-vitamiini sisaldus toidus on kõrgeim augustis-septembris ja madalaim veebruaris-märtsis. Need faktid näitavad, et kevadtalvisel perioodil esineb inimestel sageli P-vitamiini defitsiit. Seetõttu soovitavad M. Zaprometov (3) jt. P-vitamiini preparaate kasutada profülaktiliselt, seda eriti elukutsete puhul, mis on seotud rõhu muutustega (kessoonitöölised, lendurid, tuukrid) või kiiritusega (röntgenoloogid jt.). Arvestades asjaolu, et mitmesuguste ravimite, kaasa arvatud arseenipreparaatide, dikumarooli, sulfaniilamiidide ja antibiootikumide pikaajalisel kasutamisel tekib organismis kapillaaride resistentsuse langus, tuleks veelgi laiendada P-vitamiini profülaktilise kasutamise näidustusi. Siinkohal pole üleliigne märkida, et Saksa Demokraatlikus Vabariigis kasutatakse juba mitmete aastate jooksul rutiini profülaktiliselt iga vereülekande korral (100 mg ampulli kohta), millega on järsult vähenenud transfusioonijärgsete komplikatsioonide arv (17).

P-vitamiini toimel suureneb askorbiinhappe hulk kudedes ja organism omastab C-vitamiini märksa paremini (6). Seda tuleks silmas pidada C-vitamiini ordineerimisel mitmesuguste haiguste ja ka nn. kevadväsimuse korral. Juba väikesed P-vitamiini annused (20—40 mg päevas) suurendavad tunduvalt C-vitamiini toimet.

Bioflavonoidid mõjustavad ka mitmesuguseid biokeemilisi protsesse. Nii on leitud, et bioflavonoidid pärsivad mitmesuguste fermentide, peamiselt hüaluronidaasi aktiivsust. Bioflavonoidid takistavad samuti adre-

naliini ja askorbiinhappe kiiret oksüdeerumist (12). Suhteliselt vähe tähelepanu on pööratud bioflavonoidide hapendavate ja taandavate omaduste tundmaõppimisele, kuigi paljud tööd osutavad kaudselt bioflavonoidide osavõtule oksüdatsiooniprotsessidest kudedes. Seejuures on paljud teadlased (4, 6, 13) veendunud, et bioflavonoidide toimemehhanismi alust tuleb otsida nende osavõtus organismi hapendumis- ja taandumisprotsessidest. Seda arvestades uurisime hapniku neeldumisvõime muutumist loomse organismi kudedes P-vitamiini toimel *in vitro* ja *in vivo*.

Katsed viidi läbi valgetel rottidel, kusjuures maksakoelõikude hingamise suurust mõõdeti Warburgi manomeetrilisel meetodil. P-vitamiini preparaatidena kasutati Tallinna Farmatseutilises Tehases valmistatud rutiini, Štšelkovo Vitamiinide Tehases teelehtedest saadud P-vitamiini prepaati (meie apteekides väljastatakse seda ka tsitriini nime all) ja samas tehases teelehtedest valmistatud katehhiinide parenteraalseks manustamiseks määratud puhastatud preparaati. Katsetulemuste variatsioonstatistiliseks läbitöötamiseks kasutati Student'i t-testi.



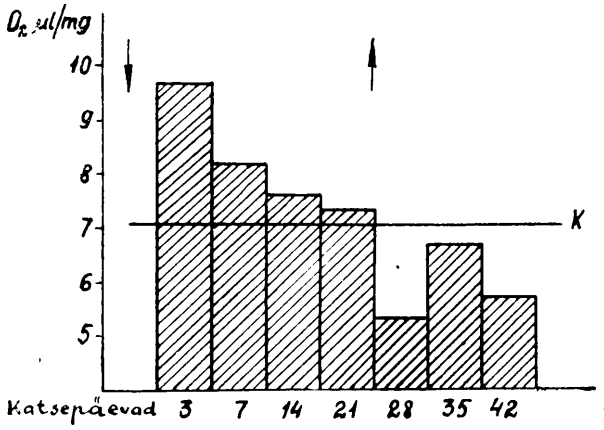
Joonis 1. Maksakoe hingamise muutused rutiini toimel. Siin ja järgmistel joonistel on esitatud katserühmade keskmised andmed. Sirge joon kujutab kontrollrühma keskmist. Ordinaatteljel on märgitud 1 tunni vältel neeldunud hapniku hulk mikroliitrites (koe 1 mg kuivkaalu kohta), abstsissteljel katsepäevad. Nooltega on tähistatud preparaadi manustamise algus ja lõpp

In vitro katsetest selgus, et rutiin ei mõjustanud hapniku neeldumist maksakoes üheski meie poolt uuritud lahjenduses (10^{-2}—10^{-9}). Teelehtedest valmistatud P-vitamiini preparaadi lisandamisel maksakoelõikudele täheldati hapniku neeldumise suurenemist kontsentratsioonide 1:10 ja 1:100 juures vastavalt 272% ja 90% võrra. Katehhiinide puhastatud preparaadi toime oli veelgi suurem. See preparaat kontsentratsioonis 1:25 suurendas maksakoe hingamist 224% ja lahjenduses 1:100 104% võrra. Mõlema preparaadi väiksemate kontsentratsioonide (10^{-3}—10^{-7}) puhul ei erinenud hingamise tugevus kontrollist. Meie katsetest selgus, et täheldatud efekt tuleneb oluliselt teelehtede P-vitamiini preparaatide autoksüdatsioonivõimest.

In vivo katsetes manustasime uuritavaid bioflavonoide valgetele rottidele subkutaanselt 25 mg kehakaalu kilogrammi kohta iga päev 21 päeva vältel. Hapniku neeldumise suurust katseloomade maksakoes määrasime 3., 7., 14. ja 21. katsepäeval (10 rotist koosnevatel katserühmadel) ja järeltoime selgitamiseks pärast preparaatide manustamise lõpetamist veel 28., 35. ja 42. päeval.

Rutiini manustamisel suurenes katseloomadel maksakoe hingamisvõime (pärast algreaktsioonina tekkinud hapniku neeldumise vähenemist) seitsmendaks katsepäevaks (vt. joonis 1) 20% võrra, võrreldes kontrollrühma tasemega. Ka 14. katsepäeval oli hapniku neeldumine katserühma loomade maksakoes kõrgenenud, mis variatsioonstatistiliselt ei osutunud aga oluliseks. Teelehtede P-vitamiini preparaat kutsus esile maksakoe hingamisvõime suurenemise juba 3. katsepäeval. Hapniku neeldumine maksakoes suurenes võrreldes kontroll-loomadega 37% võrra (vt. joonis 2). Preparaadi edasisel manustamisel efekt vähenes. Katehhiinide puhastatud preparaat avaldas maksakoe hingamisvõimele märksa

tugevamat toimet kui eelmised P-vitamiini preparaadid. Juba kolmandaks katsepäevaks suurenes maksakoe hingamine 44% võrra (vt. joonis 3). Maksakoe hingamisvõime jäi kogu manustamise vältel kõrgemaks kui kontroll-loomadel. Ka järelperioodis, s. t. pärast katehhiinide manustamise lõpetamist, leidsime katserühma loomadel maksakoe hingamisvõime kõrgenenuna kõigi kolme vaatlusnädala vältel.

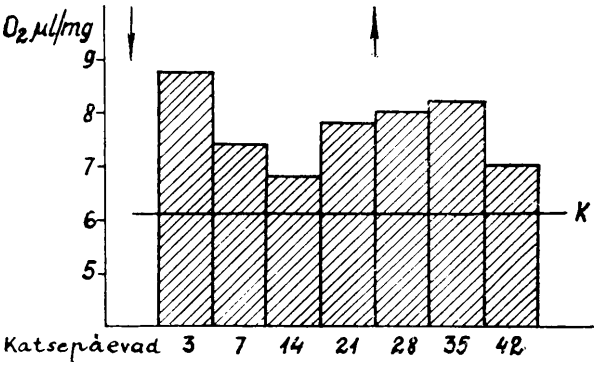


Joonis 2. Maksakoe hingamise muutused teelehtede P-vitamiini preparaadi toimel.

Ka lihaskoe hingamisele avaldasid uuritud P-vitamiini preparaadid (rutiin ja katehhiinid) analoogiliselt toimet. Lihaskoes, nagu maksakoegi puhul, oli rutiini toime maksimaalne 7. manustamispäeval, mil hapniku neeldumine lihaskoes suurenes kontroll-loomadega võrreldes 30% võrra. Lihaskoe hingamisvõime püsis kõrgenenuna rutiini manustamise lõpuni. Katehhiinide preparaat avaldas ka lihaskoe hingamisele suuremat toimet kui rutiin. Lihaskoe hingamisvõime suurenes katehhiinide manustamisel juba 3. katsepäevaks 38% võrra. Katehhiinide toime lihaskoesse oli aga, võrreldes maksakoega, ebapüsivama iseloomuga. Samuti ei jäänud lihaskoe hingamise tõus püsima pärast preparaadi manustamise lõpetamist.

Katsetest mitmesuguste hingamissubstraatidega (merevaikhape, α-ketoglutaarhape, tsütokroom c) selgus, et P-vitamiini preparaatide manustamisel esineb ilmne seos lihaskoe hingamisvõime muutuste ja merevaikhappe ning tsütokroom c oksüdatsiconi vahel. Sellest võime järeldada, et bioflavonoidid toimivad Krebsi hingamistsükli madalamatel astmetel.

Seega näitavad meie andmed, et P-vitamiin tõstab oksüdatsiooniprotsesse loomsetes kudedes. Seejuures on teelehtedest saadud P-vitamiini preparaadid märksa efektiivsemad kui rutiin. Äratab tähelepanu, et meie poolt täheldatud katehhiinide suurem kudede hingamist soodustav toime langeb ühte nende suurema raviefekti (8), kapillaaride resistentsust tõstva (1), askorbiinhappe salvestumist soodustava (6) ja punaliblede resistentsust tõstva (9) toimega. Need asjaolud lubavad teha oletuse, et bioflavonoidide kudede hingamist soodustav toime on üheks oluliseks faktoriks nende toimemehhanismis.



Joonis 3. Maksakoe hingamise muutused katehhiinide puhastatud preparaadi toimel

Arvestades meie katsetulemusi võib P-vitamiini soovitada kudede, eriti aga maksakoe oksüdatsioonivõime kahjustustega seotud haiguste ja seisundite raviks.

KIRJANDUS

1. Букин В. Н., Ерофеева Н. Н. Докл. АН СССР, 1954, 98, 6, 1011—1013. — 2. Джеймс-Леви Д. Е. Витаминные ресурсы и их использование. М., 1959, 4, 253—259. — 3. Запрометов М. Н. Тез. докл. и сообщ. IV Всесоюз. совещ. по витаминам. М., 1957, 211—212. — 4. Запрометов М. Н. Сб. Витаминные ресурсы и их использование. М., 1959. 4, 5—29. — 5. Крайко Е. А. Сб. Витаминные ресурсы и их использование. М., 1959, 4, 265—272. — 6. Курсанов А. Л., Букин В. Н., Поволоцкая К. Л., Запрометов М. Н. Биохимия, 1950, 15, 337—346. — 7. Курсанов А. Л., Сондак В. А., Неговский Н. П., Рудерман А. И. Вестн. рентгенол. и радиол., 1952, 6, 68. — 8. Литвак Р. И., Шкловская Р. Ш. Сб. Витаминные ресурсы и их использование. М., 1959, 4, 240—245. — 9. Сибуль И. К., Кибе П. П. Тез. докл. науч. конфер. по вопросам питания и эндокринологии. Таллин, 1958, 8—9. — 10. Сибуль И. К., Кулль М. М. Сб. Современные данные по лечебному применению витаминов. М., 1960, 54—60. — 11. — Glazebrook, A. J., Scarborough, H., Wokes, F. Biochem. J., 1947, 41, 2, XXV. — 12. Griffith, J. Q., Krewson, C. F., Naghski, J. Rutin and Related Flavonoids. Easton, 1955. — 13. Kühnau, J. Klin. Wochenschr., 1949, 27, 17/18, 294—297. — 14. Lübeck, J., Scheffler, C. Z. Ges. innere Med., 1957, 12, 11, 510—514. — 15. McConnel, B. H. J. Amer. Geriatr. Soc., 1961, 9, 110—118. — 16. Scarborough, H., Bacharach, A. L. Vitamins and Hormones. N.-Y., 1949. — 17. Schedel, F., Schmidt, G. Dtsch. med. Wochenschr., 1952, 77, 16, 505—506.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ДЕЙСТВИИ ВИТАМИНА *P*

Л. Терас

Резюме

Витамин *P* широко распространен в природе, его содержат многие фрукты, овощи и ягоды. Источником витамина *P* является также чай.

Витамин *P* успешно применяется для лечения различных заболеваний, протекающих с геморагическими явлениями, гипертонической болезни, атеросклероза, а также лучевой болезни и осложнений при рентгенотерапии.

Лечебная доза витамина *P* равна 300—600 мг в день. Суточная потребность человека в витамине *P*, по данным Института питания АМН СССР, составляет 50—100 мг.

Профилактически он применяется в зимне-весенний период, когда содержание его в пище низкое.

Под влиянием витамина *P* количество аскорбиновой кислоты в тканях увеличивается. Уже малые дозы его (20—40 мг) значительно увеличивают действие витамина С.

Из опытов, проведенных нами для исследования действия препаратов витамина *P* на дыхание тканей, выяснилось, что рутин — препарат витамина *P* из листьев чая и очищенный препарат катехинов — значительно повышают окислительные процессы как в ткани печени, так и в мышечной ткани. При этом очищенный препарат катехинов оказывал более выраженное и более длительное действие на дыхательную способность тканей.

Сопоставление наших данных с данными литературы позволяет предполагать, что благоприятное действие витамина *P* на тканевое дыхание является одним из существенных факторов в механизме действия этого витамина.

На основании наших опытов витамин *P* можно рекомендовать для лечения заболеваний, связанных с нарушениями окислительной способности тканей, особенно ткани печени.

MÕNINGATE MAOVÄHKTÕVE-EELSETE HAIGUSTE DIAGNOOSIMISEST

V. RÄTSEP

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*, ja Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

A. Melnikovi (4) ja mitmete teiste autorite arvates kujutavad kõik maovähktõve-eelsed haigusseisundid ühtse patoloogilise protsessi erinevaid morfoloogilisi väljendusvorme. Maos tekkivate hüperplastiliste kasvukollete patogeneetiliseks aluseks on krooniline gastriit (4, 15 jt.). Viimast

põhjustavad mao limaskesta düsregeneratiivsed protsessid, mis on arenenud neurotroofika häirete tagajärjel (1, 3 jt.).

Mao polüpoostõbi on sageli üheks krooniliseks gastriidi koldelise proliferatsiooni staadiumiks (4, 6, 15). Kõik polüübid kujutavad endast potentsiaalset vähki (4, 5, 13, 16 jt.), mille pahaloomuliseks muutumine võib toimuda mõne aasta (10) või isegi kuude vältel (1).

Krooniline maohaavand muutub pahaloomuliseks 15—23,7% juhtudest (4, 9). S. Judin (12) peab haavandi pahaloomuliseks muutumist seda tõenäolisemaks, mida suurem ja sügavam on haavand, mida madalam on maomahla happesus ja mida vanem on haige.

Et mao polüpoostõbi ja krooniline haavandtõbi võivad olla vahktõveeelse iseloomuga, on nende haiguste varajane ja täpne diagnoosimine eriti oluline. Röntgenoloogiline uuring ei ole alati küllaldane ning seepärast soovitavad mitmed autorid kasutada paralleelselt gastroskoopiat (8, 2, 17 jt.). Ainult röntgenoloogilisel uurimisel eksitakse polüpoostõve iseloomu määramisel ligikaudu 25% juhtudest (10). N. Smirnovi andmeil (8) andis krooniliste maohaavandite röntgenoloogiline uuring negatiivse tulemuse 21,2% neist juhtudest, kui gastroskoopiline leid oli positiivne. G. D. Dodd ja R. S. Nelson (14) said krooniliste maohaavandite röntgenoloogilisel uurimisel õige diagnoosi 51,2% ja gastroskopeerimisel 94,2% juhtudest.

Benedicti poolt 1948. a. kasutusele võetud operatsiooni-gastroskoop võimaldab võtta muutunud kudedest proovitükki. Kui biopsiat õnnestub teha õigest kohast, on näiteks healoomulisest polüübist võimalik patomorfoloogiliselt diferentseerida varajast polüpoidset kartsinoomi ja haavandi pahaloomuliseks muutumist.

Käesoleva artikli eesmärgiks on analüüsida gastroskoopia võimalusi krooniliste maohaavandite ja polüpoostõve diagnoosimisel. Vaatluse alla on võetud haiged ajavahemikul 1953.—1961. a., kellel teostati peale röntgenoloogilise uuringu ka gastroskoopia. Viimase poolteise aasta vältel rakendame juhitavat gastrobiopsiat. Meie arvates ei lülita see välja ega vähenda visuaalse vaatluse tähtsust gastroskopeerimisel. Positiivne biopsialeid kinnitab maovähi diagnoosi lõplikult. Negatiivne patohistoloogiline leid lokaalse kahjustuse puhul (kasvaja, haavand) ei lülita veel välja pahaloomulisuse võimalust, sest 1) koetükk võidi võtta normaalsest koest patoloogilise kolde kõrvalt või 2) koetükk võeti liiga pindmiselt, haaramata patoloogilist kude.

Gastroskopeeriti 95 krooniliste maohaavanditega haiget (44 meest ja 51 naist). 54 neist opereeriti. Haigete põhihulk langeb vanusesse 40—69 a. Neid oli 91 haiget (43 meest ja 48 naist). Nimetatud 91 haigest 50 olid 50—59 a. vanad (24 meest ja 26 naist). Järgnevalt analüüsime 54 opereeritud haiget. Kõigil juhtudel uuriti haavandit patohistoloogiliselt.

54-st opereeritud maohaavandtõve juhust langes röntgenoloogiline ja gastroskoopiline diagnoos kokku 16 juhul (29,6%). Röntgenoloogiline diagnoos osutus õigeks 22 juhul (40,8%) ja gastroskoopiline 37 juhul (68,5%). Operatsioonieelne vale diagnoos jäi püsima 6 juhul, kusjuures neist kolmel oli diagnoos pandud ainult röntgenoloogiliselt (gastroskoopia ebaõnnestus). Seega võib operatsioonieelset diagnoosi õigeks lugeda 43 juhul (79,6%).

5 juhul tõlgendati krooniliste maohaavanditega kaasnevat limaskesta infiltratsiooni, rigiidsust ja penetratsioonist ning perigastriidist tingitud deformatsioone kartsinoomina. 4 juhul ei suudetud kindlalt sedastada kroonilist haavandit (neist 3 juhul oli haavand armistunud).

Gastroskopeerimisel nähtava haavandi kuju, suurus, servadel ja põhjal esinevad muutused ei ole alati määrava tähtsusega haavandi iseloomu üle otsustamisel. Nii näiteks esines 4 juhul korrapäratu kujuga ja 31 juhul sügav konarliku seinaga haavandinišš. 19 juhul oli tegemist infiltreeritud ja granulaarse limaskestaga ning 6 juhul verevalumitega haavandi servadel. 26 juhul oli haavandi põhi granulaarne, ebatasane ja katuga kae-

tud. 20 juhul oli haavandi suurus üle 1 sm, neist 4 juhul isegi üle 3 sm (mõõdetud operatsioonipreparaadil).

Kõiki mainitud muutusi käsitletakse gastroskoopia üldtuntud käsiraamatutes ja õpikutes kui haavandi pahaloomuliseks muutumise tunnuseid. Meie analüüs lubab väita, et nimetatud tunnused ei ole ka alati kindlad pahaloomuliseks muutumise näitajad, kuid nende esinemine (eriti mitu tunnust ühel ja samal juhul) hoiatab sellise muutumise võimalikkuse eest. Nendel juhtudel on vajalik radikaalne operatiivne ravi Hüperdiagnostika on sellistel juhtudel haigele soodsam kui hüpodiagnostika.

Sageli oli raske röntgenoloogiliselt avastada väikesi haavandeid ja õigesti diagnoosida suhteliselt suuri haavandeid. Näiteks kuni 0,5 sm suuruste haavandite diagnoosimisel ei asetatud ühtegi õiget diagnoosi. 1,0—3,0 sm ja suuremate haavandite puhul pandi 7 valediagnoosi (18-st). Perigastriidist tingitud deformatsioonid ja kohati jämenenud limaskestavoldid võisid anda nišisümptoomi. See rõhutab veel kord paralleelse gastroskoopilise uurimise otstarbekust.

Gastroskoopia puhul esines valediagnoos kõige enam kuni 1 sm suuruste haavandite puhul (3 juhul 5-st). Armistunud maohaavand diagnoositi valesti 1 juhul 7-st (röntgenoloogiliselt 3 juhul). Järelikult on gastroskoopiline diagnostika väikeste haavandite ja armistumise korral mõnikord raskendatud.

Mao polüpoostõvega haigeid gastroskopeeriti 41 (16 meest ja 25 naist), neist opereeriti 16. Haigete põhihulk langeb vanusesse 50—69 a. (30 haiget, neist 11 meest ja 19 naist). Edasi on analüüsitud 16 opereeritud juhtu.

16-st opereeritud polüpoostõvejuhust langes röntgenoloogiline ja gastroskoopiline diagnoos ühte 6 juhul. Röntgenoloogiline diagnoos osutus õigeks 8 ja gastroskoopiline diagnoos samuti 8 juhul. Operatsioonieelne valediagnoos jäi püsima 3 juhul.

Gastroskoopia põhjal pandud valediagnoosidest olid 3 hüperdiagnostika tagajärjeks: polüübi suurus, lai alus, sagaraline pind ja ümbritseva limaskesta infiltratsioon põhjustasid kartsinoomi diagnoosi. Gastroskoopiliselt kahtlastel diagnoosijuhtudel (arvult 4) olid analoogilised muutused väljendunud nõrgemal määral.

Üksik polüüp esines 10 juhul. 6 juhul oli tegemist 2 või enama polüübiga. Polüüpide suuruseks (operatsioonipreparaadil mõõdetuna) oli 13 juhul kuni 1 sm ja 3 juhul kuni 3 sm. 11 juhul oli polüübil lai alus. 3 juhul asus selle ümber infiltreerunud limaskest ja 5 juhul oli polüübi pind sagaraline, verevalumitega.

15 juhul uuriti polüüpe patohistoloogiliselt. 1 juhul esines angiofibromatoosne polüüp. 14 juhul oli tegemist adenomatoosse polüübi või polüpoosiga; neist 4 juhul diagnoositi morfoloogiliselt prekantseroosi.

Eespool öeldust nähtub, et lai alus, infiltreerunud limaskest selle ümber ja sagaraline, verevalumitega pind võivad esineda ka healoomulistel polüüpidel. Kui patoloogilis-morfoloogiliselt sedastati prekantseroosset seisundit, esines alati üks või mitu eespool mainitud tunnust. Gastroskoopilise diagnostika seisukohalt peab arvestama, et taolised muutused on sagedamini polüübi pahaloomulisuse näitajateks. Illustratsiooniks esitame järgmise juhu.

Meeshaige V. K., 36 a. vana (haiguslugu nr. 173/1962. a.). Gastroskoopia: umbes 4 sm läbimõõduga sagaraline polüüp laia aluse ja osaliselt tumepunase pinnaga (verevalumid). Polüüp asus antraalosas suurel kõverikul. Diagnoos: pahaloomuliseks muutunud polüüp. Tehti juhitav gastrobiopsia polüübist ja selle alusest. Patohistoloogiline diagnoos (nr. 23346, K. Titkin): maligniseerunud adenopapillomatoos (*carcinoma in situ* tüüpi) (vt. tahvel II, joonis 3) limaskesta ulatusliku atroofia foonil. Teostati subtotaalne maoresektsioon Billroth I järgi. Makropreparaadi (vt. tahvel I, joonis 1) patohistoloogiline uuring kinnitas gastrobiopsia morfoloogilist diagnoosi.

Teisel juhul oli polüübist arenenud kartsinoom.

Meeshaige J. E., 64 a. vana (haiguslugu nr. 1065/1961. a.). Gastroskoopiliselt: antraalosas 3 siledapinnalist polüüpi, läbimõõt umbes 0,5 sm. Samas eesmisel seinal asub umbes 3,0 sm suurune pindmise haavandumisega eksofüütne kartsinoom (*ex polypo*). Tehti juhitav gastrobiopsia kartsinoomist ja selle kõrval asuvast limaskestast. Patohistoloogiline diagnoos (nr. 23399, K. Titkin): mao adenokartsinoom intestinaalselt metaplaseerunud limaskesta foonil (vt. tahvel II, joonis 4). Teostati subtotaalne maoresektsioon Billroth I järgi. Makropreparaadi (vt. tahvel I, joonis 2) patohistoloogiline uuring kinnitas gastrobiopsia morfoloogilist diagnoosi.

Kliiniliselt seisukohalt tuleb igat polüpoostõve juhtu vaadelda vähieelse seisundina ja võimaluse korral haiget opereerida. Operatsioon peab olema radikaalne, et muutunud limaskest (millel arenesid polüübid) saaks eemaldatud ulatuslikumalt

Gastroskopeerimine ebaõnnestus 8 kroonilise haavandtõvega haigel (üldse 54 haiget) ja ühel polüpoostõvega haigel (üldse 16 haiget). 4 juhul põhjustas seda haige seisund (rahutus, antiperistaltika), 3 juhul langes gastroskoobi ülisuure painde tõttu vaateväli välja ja 2 juhul oli instrumendil tehniline rike.

Järeldused

1. Gastroskoopia ja röntgenoloogilise uuringu paralleelne kasutamine krooniliste maohaavandite korral tõstis operatsioonieelsete õigete diagnooside arvu (79,6%-ni). Polüpoostõve puhul asetati õige operatsioonieelne diagnoos 13 juhul 16-st.

2. Kroonilise maohaavandiga kaasnevad limaskesta infiltratsioon, rigiidsus ning penetratsioonist ja perigastriidist tingitud deformatsioonid võivad gastroskopeerimisel põhjustada eksliku kartsinoomidiagnoosi. Kroonilise maohaavandi ja polüübi korrapäratu kuju, infiltratsioon, sagaralisus, verevalumid jt. võivad olla pahaloomuliseks muutumise tunnuseks, kuid see ei ole absoluutne.

3. Krooniline maohaavand ja eriti polüpoos on vähieelsed seisundid. Haigeid tuleb võimaluse korral ravida radikaalse operatsiooni teel.

4. Juhitav gastrobiopsia võimaldab gastroskoopilise leiu andmeid täiendada morfoloogilise iseloomustusega.

KIRJANDUS

1. Вайль С. С. Военно-Морской врач, 1952, 3, 3—7. — 2. Виллако К. Гастроскопия как дополнительный метод к рентгенологическому исследованию в диагностике желудочных заболеваний. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1953. — 3. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. М., 1947. — 4. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. М., 1954. — 5. Петров Н. Н. Врачебное дело, 1952, 10, 869—872. — 6. Раков А. И. Вопросы профилактики рака желудка. В сб.: Профилактика злокачественных опухолей, под. ред. А. И. Сереброва. М., 1955, 33—58. — 7. Рейнберг С. А. К проблеме раннего распознавания рака желудка. М., 1946. — 8. Смирнов Н. С. Клинич. медицина, 1959, 10, 45—47. — 9. Федореев А. С. Рак желудка из язвы. М., 1948. — 10. Чайков И. М. Хирургия, 1957, 5, 107—116. — 11. Юдин С. С. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1953. — 12. Benedict, E. B. Gastroenterology, 1948, 11, 2, 281—283. — 13. Colp, R., Weinstein, V. A. Surg. Clin. North-Amer., 1953, 33, 2, 422—433. — 14. Dodd, G. D., Nelson, R. S. Radiology, 1961, 77, 2, 177—195. — 15. Konjetzny, G. E. Der Magenkrebs. Stuttgart, 1938. — 16. Kuhlmann, F. Präcancerosen des Magens. Med. Klin., 1954, 49, 47, 1872—1874. — 17. Schindler, R. Gastroscopy, Chicago, 1950. — 18. Schallenberger, P. L., De Wan, C. H., Weed, C. B., Reganis, J. C. Gastroenterology, 1950, 16, 2, 327—340. — 19. Ylvisaker, R. S., Carey, J. B., Myhre, J. Gastroenterology, 1955, 28, 1, 88—102.

Joonis 1. Makrofotogramm subtotaalselt resetseeritud maost pahaloomuliseks muutunud polüübiga. Preparaat on lahti lõigatud mööda suurt kõverikku. Paremal pool suur rasvik

Joonis 2. Makrofotogramm subtotaalselt koos suure rasvikuga resetseeritud maost Antraalosas, atroofilise limaskesta foonil asuvad 3 siledapinnalist polüüpi ja haavandunud eksofüütne kartsinoom

Joonis 3. Mikrofotogramm gastrobiopsiast. Patohistoloogilline diagnoos: pahaloomuliseks muutunud adenopapillomatoos (*carcinoma in situ*) (Värvitud hematoksüliin-eosiniga, suurendus 330 korda)

Joonis 4. Mikrofotogramm gastrobiopsiast. Patohistoloogiline diagnoos: adenokartsinoom intestinaalselt metaplaseerunud limaskesta foonil. (Värvitud hematoksüliin-eosiniga, suurendus 300 korda)

О ДИАГНОСТИКЕ НЕКОТОРЫХ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА

В. Рятсеп

Резюме

Обобщены результаты гастроскопии при диагностике хронической язвы и полипоза желудка, рассматриваемые нередко как предраковые состояния. При хронической язве желудка гастроскопия проводилась у 95 больных (44 мужчин и 51 женщина), среди которых 54 были оперированы (резекция желудка с последующим патогистологическим исследованием язвы). Рентгенологический и гастроскопический диагнозы совпали в 16 случаях (29,6%). Рентгенологический оказался правильным в 22-х (40,8%), гастроскопический — в 37-ми (68,5%) случаях. До операции правильный диагноз был установлен в 43 случаях (79,6%).

Обнаруживаемые при гастроскопии ригидность, инфильтрация слизистой желудка, сопутствующие хронической язве, и деформация, вызванная пенетрацией и перигастритом, можно нередко ошибочно принять за рак. Неправильная форма язвы, относительно большие ее размеры, грануляция на краях и на дне язвы, а также кровоизлияния не всегда являются абсолютными показателями малигнизации язвы желудка. Гастроскопический диагноз может быть также затруднен при наличии маленьких (до 1,0 см) язв желудка и рубцов.

При полипозе желудка гастроскопия была проведена у 41 больного (16 мужчин и 25 женщин), из которых 16 оперировали (резекция с последующим патогистологическим исследованием). Из оперированных больных рентгенологический и гастроскопический диагнозы совпали в 6 случаях, были правильными в 8 случаях. Дооперационный диагноз оказался неправильным у 3 больных.

Широкое основание полипа, инфильтрация слизистой, геморрагии могут наблюдаться как в случаях доброкачественных полипов, так и при малигнизации их.

KASVAJATE KEMOTERAAPIAST

(Kirjanduse ülevaade)

J. RAUDSEPP

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Kui F. Cuthrie 1859. a. Inglismaal ja A. Niemann 1860. a. Saksamaal esmakordselt ipriidi valmistasid, ei võinud keegi arvata, et aine, mis 1917. a. juulipäevadel oma kohutavat toimet ilmutas, tulevikus inimsõbralikke eesmärke võib teenida ja panna aluse kasvajate kemoteraapiale.

Kõneldes kasvajate kemoteraapiast tuleb silmas pidada, et selle nimetuse all mõistetakse üksnes selliseid keemilisi aineid (looduslikke või sünteetilisi), mis avaldavad spetsiifilist toimet kasvajakoesse [S. Moškovski (8)], mitte mingil juhul aga sümptomaatilisi ja muid ravivahendeid, mis kuuluvad farmakoteraapia valdkonda.

Tänapäeval kasutusel olevad kasvajavastaselt (antiblastiliselt) toimivad preparaadid jagatakse toimemehhanismi alusel kolme peamisse rühma: 1) hormoonid, 2) tsütotoksilised ehk alküleerivad ained, kuhu kuuluvad klooretüülamiinid ehk lämmastikipriidid koos etüleenimiinidega, ja 3) antimetaboliidid.

Nii paradoksaalne kui see ka ei ole, on kasvajate kemoteraapias kasutusel olevad klooretüülamiinid avastatud mitte arstiteaduslikust huvist lähtudes, vaid need on välja kasvanud toksikoloogilistest uuringutest uute ründeainete otsingul. Seepärast võib täiesti nõustuda B. Boyland'iga, kui ta ütles, et tuleb olla hämmastunud õpetlaste kangelaslikkusest, kes esimestena hakkasid humaansetel eesmärkidel kasutama elusolendeile niivõrd toksilisi ühendeid.

1931. a. katsetasid F. Adair ja H. Bagg (14) esmakordselt ipriidi toimet 13 haigel ja said kasvajasse manustamise tulemuseks selle taandarengu.

1935. a. sünteesis K. Ward rea ipriidi lämmastikanalooge ehk nn. lämmastikipriite, mida tookord käsitleti kui potentsiaalseid keemilisi ründeaineid. Ühe sellise lämmastikipriidi (tuntud šifri all HN3) luuüdi vereloomet pärssivate omaduste kindlakstegemine viiski uurijad mõttele kasutada nimetatud ainet vereloomeelundite haiguste ravimise võimaluste väljaselgitamiseks. Esimesed katsed teostati A. Gilmani ja kaastööliste poolt 1942. a. Yale'i ülikoolis. Uuringud kuulusid sõjasaladuste alla ja neid ei avaldatud. 1943. a. alustas L. Jacobson kliinilisi uurimisi teise lämmastikipriidiga (tuntud nimetuste all HN2, Nitrogen mustard, N-Lost, embihhiin) ja sai tulemusi lümfogranulomatoosi ravis. Ajavahemikul 1943.—1946. a. uuriti lämmastikipriite Ameerika Ühendriikide mitmetes kliinikutes. Needki uuringud olid salajased. Kui sõjaajale omased kitsendused kõrvaldati, tegi C. Rhoads (18) 1946. a. esmakordselt kokkuvõtte 160 haige ravi tulemustest. Nimetatud ajavahemikust alates on klooretüülamiine ja etüleenimiine uuritud väga ulatuslikult. Praegu kasutatakse praktikas mitmeid kodumaise päritoluga kasvajavastaseid preparaate.

Kõige esimene kliinilist kasutamist leidnud preparaat klooretüülamiinide rühmast oli embihhiin, mida toodeti Nõukogude Liidus 1949. aastast kuni 1953. aastani. Siis asendati ta novembihhiiniga. Kuna nimetatud preparaati kasutatakse meil praegu vaid piiratud ulatuses (imporditakse vähesel määral Saksa Demokraatlikust Vabariigist, sealne nimetus dimitaan), ei ole tema kasutamisviisidel otstarbekas peatuda.

N o v e m b i h h i i n (sünonüüm: embihhiin nr. 7)

Kõne all olevat preparaati hakati Nõukogude Liidus kasutama L. Larionovi ja kaasautorite (4) ettepanekul. Võrreldes embihhiiniga toimib novembihhiin tugevamalt lümfopoeesile ja nõrgemalt luuüdi vereloomele. E. Panitševa (9) kasutas novembihhiini 67 lümfogranulomatoosi põdeja ravimiseks. Autori andmeil jäi 12-st II staadiumis olnud lümfogranulomatoosiga haigest viie aastani ellu 6 (50%), III staadiumis olnud 30 haigest ainult 5 (16,6%). Kaugtulemused on seega varasema vormi korral paremad. Autor soovitab preparaati kasutada veenisiseste süstetena üle päeva (kolm korda nädalas), arvestades ühekordseks annuseks 8—10 mg. Ravikuur koosnegu 12—18 süstest. Novembihhiin (10 mg ampullis) tuleb lahustada 10—20 ml steriilses Ringeri lahuses (mitte mingil juhul füsioloogilises lahuses!). Soovitavamaks Ringeri lahuse koostiseks peab I. Peissahovitš (10) järgmist: kloornaatriumi 9,0; kloorkaaliumi 0,42; kloorkaltsiumi 0,24; naatriumbikarbonaati 0,15 ja destilleeritud vett kuni 1000 ml.

L. Larionov (5) soovitab lümfogranulomatoosi ravis mitte kunagi piirduda üksnes esimese ravikuuriga, vaid viia $1^1/_2$—2-kuuliste vaheaegadega läbi 1—2 täiendavat ravikuuri täielikuma remissiooni saavutamiseks. Viimase saabumisel on vaja kindlasti rakendada vähem intensiivseid profülaktilisi ravikuure üks kord iga poole aasta tagant.

L. Larionovi ja kaasautorite (6) andmeil võib pärast operatsiooni kujunenud piimanäärmevähi metastaase lümfisõlmedes (peamiselt supraklavikulaarseid) viia märgatava vähenemise ja isegi likvideerumiseni novembihhiinraviga, mis sarnaneb lümfogranulomatoosi ravimisel kasutatava kuuriga.

S a r k o l ü s i i n (sünonüümid: Phenylalanine mustard — USA, Melphalan — Inglismaa).

1953. a. valmistas Nõukogude Liidus teadlaste kollektiiv L. Larionovi idee kohaselt uue klooretüülamiini — sarkolüsiini. (Samal ajal ja viimati nimetatuist sõltumata sünteesiti analoogiline preparaat ka

Inglismaal F. Bergel'i ja J. Stock'i poolt nimetuse all — Melphalan.) L. Tšebotarjova (12, 13) teateil alustati preparaadi kliinilist uurimist esmajärjekorras mitmesuguste sarkoomivormide all kannatavail haigeil, sest eksperimendis osutus sarkolüsiin kõike toimivamaks just rottide kasvajasse (sarkoom 45). Kliinikus osutus sarkolüsiin aga, vastupidi ootustele, tavaliste sarkoomide suhtes toimetuks. Seevastu sai autor huvitavaid tulemusi 16 seminoomihaige ravis, kellel kõigil olid kaugelearenenud metastaasid (IV staadium). 6 juhul saadi kliiniliselt kasvaja täielik resorptsioon. Metastaasidest osutusid kõige tundlikemaks supraklavikulaarsed ja retroperitoneaalsed vormid. Histoloogilised uuringud täielikku seminoomi likvideerumist sarkolüsiini toimel ei näidanud. Autor loeb kõige efektiivsemaks ühekordseks annuseks 60—70 kg raskusele täiskasvanule 50 mg sarkolüsiini, antuna 1 kord nädalas, kogu kuuriks aga 200—250 mg. Kehakaalu korral alla 50 kg ja lastele arvestatakse annuseks 0,5—0,7 mg/kg. Ettevaatlik tuleb olla preparaadi doseerimisega ravi lõpul, kui kasvaja hakkab vähenema. Seepärast soovitatakse ravikuuri lõpuks annust vähendada 30 mg-le üks kord nädalas. Ravim antakse tablettidena *per os* (tablett sisaldab 10 mg preparaati). Seminoomi märgatav vähenemine saabub reeglina 2—4 nädala pärast, s. o. pärast preparaadi 2—4-kordset manustamist. Kui selleks ajaks raviefekt ei saabu, on edaspidine preparaadi kasutamine otstarbetu. Kasvajarakkude eluvõime halvamiseks soovitatakse enne hemikastratsiooni teostamist haigele ordineerida sarkolüsiini ülaltoodud skeemi kohaselt 2—3 korda.

Sarkolüsiini talutavus on hea. Kõrvalnähtudest täheldatakse iiveldust ja oksendamist (ligikaudu $^1/_3$ haigetest). Nimetatud ebameeldivuste vältimiseks soovitatakse sarkolüsiini anda ööseks pool tundi enne magamajäämist, kusjuures eelnevalt manustatakse barbamüüli annuses 0,3—0,5, või kasutada 1 tund enne sarkolüsiini andmist aminasiini annuses 0,025. Põhiliseks tüsistuseks sarkolüsiinravi puhul on vereloome depressioon, kusjuures leukotsüütide ja trombotsüütide hulga langus võib jätkuda 1—2 nädala jooksul pärast ravi lõpetamist.

N. Merkulova (7) on kasutanud sarkolüsiini mõnede sidekoelise päritoluga kasvajavormide korral. 1954.—1957. a. rakendati ravi 185 juhul. Preparaadi suhtes osutusid tundlikeks retikulosarkoom, pahaloomuline angioendotelioom, Ewingi kasvaja, plasmotsütoom (*myeloma multiplex*) ja primaarne maksavähk. Autor soovitab kasutada sarkolüsiini nimetatud juhtudel üks kord nädalas, algul 50—40 mg korraga, hiljem vähendades annust 30 mg-ni; üldannus kogu kuuriks 250—300 mg.

Dopaan

Preparaat on sünteesitud Nõukogude Liidus L. Larionovi ettepanekute kohaselt ja allutatud kliinilisele uurimisele 1955. a. alates.

E. Višnjakova (2) järgi osutus preparaat toimivaks lümfogranulomatoosi ja kroonilise müeloleukoosi juhtudel. E. Ivanova (3) andmeil andis 85 lümfogranulomatoosiga haige ravimine tulemusi 67 juhul (80%): saadi remissioon 1 kuust kuni 2,5 aastani. Preparaati kasutatakse tablettidena *per os*, sisaldusega à 2 mg. Autor soovitab anda dopaani 10 mg korraga üks kord 4 päeva tagant 5 päeva jooksul (pärast söömist). Üldannus kogu kuuriks on individuaalne, kõikudes 50—80 mg piires. Ühekordseks annuseks lastele loetakse 0,15 mg/kg. Dopaani soovitatakse kasutada rangelt individualiseeritult, sest tal on tugev vereloomet pärssiv toime. Haiged, kellel on varem rakendatud kemoteraapiat või röntgenravi, saavad dopaani vähem (8—6 mg korraga) või suurendatakse intervalle preparaadi andmiste vahel 6—7 päevani. Pärast ebaedukat röntgenravi soovitatakse dopaani kasutada mitte enne 1 kuu möödumist (viimasest kiiritusseansist arvates). Dopaani soovitatakse rakendada krooniliste, aeglaselt progresseeruvate lümfogranulomatoosivormide korral. N. Perevodtšikova (11) mär-

gib, et dopaani kasutamine on novembihhiinist enam näidustatud kroonilise müeloosi juhtudel. Lümfogranulomatoosi ravi tulemused ei jää maha novembihhiiniga saavutatud tulemustest, kuid dopaani lihtsam kasutamisviis ja vähem väljakujunenud kõrvalnähud teevad ta siingi teatud puhkudel eelistatumaks.

Tiofosfamiid (sünonüümid: Tio-TEF; THIO-TEPA, TSPA-USA)

Tiofosfamiid etüleenimiinide esindajana sünteesiti Ameerika Ühendriikides ja kirjeldati esmakordselt 1962. a. Läti NSV Teaduste Akadeemia Orgaanilise Sünteesi Instituudis toodetakse tiofosfamiidi 1955. a. alates.

H. Shay ja kaasautorid (19) kirjeldasid 1953. a. esmakordselt tiofosfamiidi efektiivsust kroonilise müeloidse ja lümfoidse leukeemia puhul 1958. a. tegi J. Bateman kindlaks, et tiofosfamiid annab raviefekti kaugelearenenud ovariaalkartsinoomi ja rinnanäärme vähkkasvaja metastaaside korral. N. Blohhina (1) andmeil on tiofosfamiidi kasutatud rahuldavate tulemustega rinnanäärmevähi rindkerele dissemineerunud nahasiseste metastaaside ravimisel. Metastaasid maksa, kopsudesse ega regionaarsetesse lümfisõlmedesse ei allunud ravile. Autori andmeil saadi kemoteraapiaga tulemusi ka kahel opereeritud munasarjavähiga haigel metastaatiliste kasvajatega väikeses vaagnas. Viimased resorbeerusid tiofosfamiidi toimel täielikult. Ühele nendest haigetest viidi operatsiooni lõpul kõhuõõnde 20 mg preparaati. Operatsioonijärgse perioodi 9. päevast alates sai haige tiofosfamiidi lihasesse 10 mg korraga üle päeva, üldhulgas 215 mg. Preparaat väljastatakse pudelikestes mahuga 10—20 mg ja lahustatakse 4 ml steriilses destilleeritud vees. Preparaati võib viia kas lihasesse, veeni, kõhu- või pleuraõõnde. Autor soovitab süstida tiofosfamiidi annustes 15—20 mg (0,2—0,4 mg/kg) üle päeva lihasesse, edaspidi vähendades annust 10—15 mg-ni päevas. Kogu kuu keskmiseks annuseks loetakse 150—200 mg preparaati. Tiofosfamiidi kasutamisel täheldatakse järeltoimet. Seepärast soovitatakse enne preparaadi iga järjekordset manustamist määrata leukotsüütide ja trombotsüütide üldhulk. Kasutades vereülekandeid koguses 150—250 ml korraga 2—3 korda nädalas, on võidud üldannust tõsta teatud juhtudel kuni 280 mg-ni.

Eeltoodu kohaselt soovitatakse tiofosfamiidi kasutada dissemineerunud munasarjavähi, emakakaelavähi metastaaside ja rinnanäärmevähi nahasiseste metastaaside raviks. Eriti tuleb arvestada sellist hinnatavat sümptomaatilist tulemust nagu vedeliku resorbeerumist peritoneaal- ja pleuraõõnest. Normaalsete verenäitajate korral viiakse nimetatud õõntesse pärast vedeliku evakueerimist tiofosfamiidi annuses 20 mg, lahustatuna 6—8 ml füsioloogilises lahuses. Preparaadi manustamist õõnde võib kombineerida lihasesse manustamisega (näit. üks kord nädalas viiakse kõhuõõnde ja ülejäänud kaks korda lihasesse). Preparaadi talutavus on hea. Iiveldus ja oksendamine puuduvad.

Kirjeldatud preparaatide näol on meil tegemist tugevat bioloogilist aktiivsust omavate ainetega. Alküleerivad ained on siiani ainuke keemiliste ühendite rühm, mille toime organismisse omab mitmeid ühiseid jooni röntgenikiirgusega (mutageenne ja kantserogeenne efekt, raku spetsiifiline kahjustumine rakutuuma desoksüribonukleiinhappega reageerimise tõttu). Selle analoogia rõhutamiseks võttiski P. Dustin (16) kasutusele termini «radiomimeetilised ained».

Nimetatut silmas pidades tuleb erilist tähelepanu pöörata nende ainete kõrvaltoimele. N. Gerlich (17) loetleb neist järgmisi: üldreaktsioonidest nõrkustunne, aeg-ajalt liigesevalud, peavalu, isutus, meeleolu langus, iiveldus; limaskesta muutustest vaarmarjakeel, stomatiit, gingiviit, farüngiit, ösofagiit, limaskestade atroofia, kõhulahtisused; naha muutustest päikese käes katmata kehaosadel sümmeetrilised erüteemid, küünte troofikahäired, juuste väljalangemine; südame- ja vereringe häiretest

vererõhu langus; suguelundite talitluse häiretest spermiogeneesi häired ja menstruatsiooni korrapäratus kuni amenorröani.

Alküleerivate ainete poolt esilekutsutud tüsistustest jääb peamiseks vereloome depressioon, mistõttu vastavate preparaatide kasutamisel tuleb tähelepanu pöörata vereloome seisundi jälgimisele. Nii tuleb leukotsüütide ja trombotsüütide absoluutväärtused määrata vähemalt iga 3 päeva tagant ja vere üldanalüüs teha vähemalt üks kord nädalas. Leukotsüütide absoluuthulga langemisel 3000 rakuni 1/mm^3 ja trombotsüütide vastava hulga langemisel 100 000 rakuni 1/mm^3 tuleb ravi katkestada. Tavaliselt taastub vereloome funktsioon iseenesest 2—3—4 nädala jooksul pärast ravi lõpetamist. Vereloome stimuleerimiseks soovitatakse vereülekandeid väikestes kogustes (100—150 ml) 2—3 korda nädalas. Mis puutub nn. vereloome stimulaatorite kasutamisse (nukleiinhapu naatrium, pentoksüül, tesaan, leukogeen, batiool), siis puuduvad nimetatud ainete soovitamiseks kliinikusse siiani peaaegu igasugused eksperimentaalsed andmed.

Kuigi kasvajate kemoteraapiat on katsetatud kõigest paarkümmend aastat, on selle ajaga esmakordselt onkoloogia ajaloos saanud võimalikuks keemilisel teel pidurdada kasvajalist protsessi. Kuigi saavutatud remissioonid on olnud veel ajutised ja lühiajalised, lubavad senised ravikogemused käsitleda kasvajate kemoteraapiat kui põhimõtteliselt võimalikku, uut ja laia arenguvõimalusega ravisuunda, mis asub ründama kasvaja metastaase ja retsidiive, jättes kirurgia ja radioloogia ülesandeks kasvaja põhikolde likvideerimise.

KIRJANDUS

1. Блохина Н. Г. Вопросы химиотерапии злокачественных опухолей. М., 1960, 427—432. — 2. Вишнякова Е. Г. Вопр. онкологии, 1958, 4, 5, 569—572. — 3. Иванова Е. М. Вопр. химиотер. злокачеств. опухолей. М., 1960, 388—397. — 4. Ларионов Л. Ф. Сов. медицина, 1956, 8, 59—61. — 5. Ларионов Л. Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. М., 1962, 463. — 6. Ларионов Л. Ф., Литвинова Е. В., Холдин С. А. Вопр. онкологии, 1956. 6, 717—722. — 7. Меркулова Н. В. Вопр. химиотер. злокачеств. опухолей. М., 1960, 403—409. — 8. Мошковский Ш. Д. Вестник Акад. мед. наук СССР, 1959, 6, 12—24. — 9. Паничева Е. А. Вопр. химиотер. злокачеств. опухолей. М., 1960, 379—384. — 10. Пейсахович И. М. Химиотерапия злокачественных опухолей. Киев, 1961, 304. — 11. Переводчикова Н. И. Лекарственные методы лечения злокачественных опухолей. М., 1961, 144. — 12. Чеботарева Л. И. Вопр. онкологии, 1956, 2, 3, 323—328. — 13. Чеботарева Л. И. Вопр. химиотер. злокачеств. опухолей. М., 1960, 398—402. — 14. Adair, F., Bagg, H. Ann. Surg., 1931, 93, 190—199. — 15. Bateman, J. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1958, 68, 3, 1057—1071. — 16. Dustin, P. Nature, 1947, 159, 794—797. — 17. Gerlich, N. Chemotherapie Maligner Tumoren. Stuttgart, 1959, 80—83. — 18. Rhoads, C. J. Amer. Med. Assoc., 1946, 131, 656—658. — 19. Shay, H., Zarafonetis, C., Smith, N., Woldow, J., Sun, D. A. M. A. Arch. Internal Med., 1953, 92, 5, 628—645.

О ХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ

(Обзор литературы)

Ю. Раудсепп

Резюме

Химиотерапия опухолей получила наибольшее развитие лишь за последние 15—20 лет, в течение этого времени она достигла ряд успехов.

Противоопухолевые препараты разделяются по механизму действия в основном на три группы: 1) гормоны, 2) цитотоксические или алкилирующие вещества и 3) антиметаболиты. Наиболее распространено применение алкилирующих веществ (хлорэтиламины и этиленимины), которые могут рассматриваться как азотистые производные иприта.

Из большой группы алкилирующих веществ из отечественных препаратов в клиническую практику внедрены новэмбихин, сарколизин, допан, а также тиофосфамид.

Эти препараты обладают лечебным действием главным образом при опухолеподобных заболеваниях кроветворной системы (лимфогранулематоз, хронические лейкозы). Сарколизин и тиофосфамид являются, однако, достаточно эффективными и при истинных опухолях (сарколизин — при семиномах, ангиоэндотелиомах, саркоме Юинга; тиофосфамид — при раке яичников).

В связи с тем что перечисленные медикаменты характеризуются угнетающим действием на кроветворение, необходимо их применять осторожно.

Химиотерапию опухолевых заболеваний не следует противопоставлять хирургическим методам лечения или лучевой терапии. Химиотерапия особенно целесообразна в комбинации с хирургическим лечением после удаления первичной опухоли, так как химиопрепараты действуют более активно на метастазы, чем на первичную опухоль.

PAIKSE HÜPERPLASTILISE KASVAJATAOLISE GASTRIIDI DIAGNOOSIMISEST

V. SALUPERE

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Paikne hüperplastiline kasvajataoline gastriit pakub suurt teoreetilist ja praktilist huvi, sest seda on sageli raske eristada maovähist. Andmed kirjeldatud gastriidivormi esinemissageduse kohta on mitmesugused. Enamik autoreid [T. Rostovtseva (7), J. Sokolov ja S. Govžman (9), W. Ricketts, G. Kirsner ja W. Palmer (6)] kirjeldavad ainult üksikuid juhte. R. Maimon kaasautoritega (17) on leidnud paikset hüperplastilist gastriiti 5765 gastroskoopia kohta 6 korral. N. Smirnov (8) leidis 3000 gastroskoopia kohta üle 50 kasvajataolise gastriidi juhu, märkimata aga difuussete protsesside arvu. Röntgenoloogilise meetodiga on O. Korsakova (3) 1070 ahüüliku röntgenoskopeerimisel 56 korral kindlaks teinud nimetatud patoloogia.

Paikse kasvajataolise gastriidi etioloogia on ebaselge. Ühed [J. Sokolov ja S. Govžman (9), W. Ricketts kaasautoritega (16)] seostavad seda limaskesta kaasasündinud paksenemisega või *muscularis mucosa* spasmidega [W. Ricketts (16)]. R. Schindler (17) tunnustab aga põletikulist geneesi. Et need muutused paiknevad enamasti suure kõveriku läheduses, peab I. Tager (10) neid limaskesta omapäraseks konstitutsionaalseks autoplastikaks. Tunnustades suure kõveriku hambulisuse füsioloogilisust, rõhutab ta, et põletiku lisandumisel tekib kartsinoomi meenutav röntgenoloogiline pilt. J. Lazovski (4) arvates etendavad siin osa just korduvad patoloogilised regeneratsioonid, mis on tingitud kroonilise gastriidi ägenemistest ja vaibumistest. Histoloogiliselt sedastatakse atroofilis-hüperplastilist gastriiti, mille puhul atüüpilist limaskesta iseloomustab näärmete aregeneratoorne atroofia ja katteepiteeli düsregeneratoorne hüperplaasia.

Kliinilises pildis pole midagi iseloomulikku. Vaevused on peaasjalikult gastriidile ja kasvajale omased. Sageli esineb püsiv ahüülia.

Diagnoos püstitatakse röntgenoloogilise uurimise ja gastroskoopia põhjal. Osa autoreid toetub ainult röntgenile, soovitades korduvat röntgenoloogilist uuringut [O. Korsakova (3), I. Tager (10)]. I. Liberman (5) rõhutab seejuures peristaltika jälgimise tähtsust. Peristaltika jälgimisele ja selle farmakoloogilisele stimuleerimisele maohaiguste röntgenidiagnostikas viitavad ka E. Kagan (2), L. Novofastovskaja (6) ja J. Pfeiffer (15).

G. Vainštein (1), N. Smirnov (8), S. Maimon kaasautoritega (13), H. Moersch (19), W. Ricketts kaasautoritega (16), R. Schindler (17) rõhutavad kompleksse uurimise vajadust (röntgen, gastroskoopia ja vajaduse korral proovilaparotoomia). Kui röntgenoloogilis-gastroskoopilistel uuringutel jääb kahtlus püsima, tuleb teha gastrobiopsia [N. Smirnov (8), R. Schindler (17)].

Käesolevas töös analüüsitav materjal (Tartu Linna Kliiniline Haigla, Viljandi Linna Haigla) hõlmab 10 paikse hüperplastilise gastriidi juhtu, mis on kindlaks tehtud 641 ambulatoorselt ravitud maohaige röntgenoloogilisel uurimisel. Kahel uuritaval oli röntgenoloogiline pilt niivõrd tüüpiline, et piirduti ainult röntgeniga. Ülejäänutel teostati peale röntgeniuuringu veel gastroskoopia ja kahel ka proovilaparotoomia.

Esitame lühidalt tüüpilisemad juhud.

Juht 1. A. K., 54-aastane meespatsient. On olnud haige juba aastaid. Kaebab valude üle ülakõhus pärast söömist. Esineb täistunne, vahetevahel oksendamine, umbes 1 aasta jooksul anatsiidsus. Ambulatoorne saatediagnoos: krooniline gastriit.

Röntgeniuuring (ambulatoorselt). Magu asub korpusega kõrgel roietekaare all, mistõttu paipeerimine röntgenoloogilise uurimise ajal on takistatud. Subkardiaalsest piirkonnast algab paar laia, ebakorrapärase kuluga limaskestavolti, mis kaovad (*resp.* tasanduvad) mõne sm järel. Sellest aboraalsemale ei õnnestu enam sedastada mingit korrapärast reljeefi (vt. tahvel III, joonis 1). Peristaltika algab siinusanguluse joonelt ja on korrapärane. Esialgne röntgenoloogiline diagnoos: *tumor corporis ventriculi?*, *gastritis localis hyperplastica tumorosa ventriculi?*

Gastroskoopia (ambulatoorselt 1 päev pärast röntgeniuuringut). Korpuses, suure kõveriku läheduses tagaseinal on subkardiaalsest piirkonnast kuni anguluseni ulatuv kindla struktuurita vohand, mida kattev limaskest on heledam ümbritsevast, kuid intaktne. Mao täitmisel õhuga nimetatud vohand ei lamene. Gastroskoopiline diagnoos: *gastritis localis hyperplastica parietis posterioris corporis ventriculi.*

Korduv röntgeniuuring (2 päeva hiljem). Muutused püsivad endises ulatuses. 3 minutit pärast 0,25 ml 1% *Sol. morphini hydrocnlorici* naha alla süstimist tekib sügav peristaltika, mis algab kõrgelt korpuse ülaosast ja kulgeb korrapäraselt mööda mõlemat kõverikku. Peristaltika muutused fikseeriti polügrammile. Seega on antud juhul lõplikuks diagnoosiks: *gastritis localis hyperplastica corporis ventriculi.*

Esimene röntgeniuuring ei võimaldanud täiesti kindlalt diagnoosida lokaalset hüperplastilist gastriiti, sest magu asetses kõrgel roietekaare all ja polnud palpeerimiseks kättesaadav. Kahtlastes osades puudus ka peristaltika. Peristaltika puudumine mao korpuses ei viita iseenesest veel patoloogiale, sest kõrvuti teiste faktoritega omab peristaltika tekkes tähtsust ka mao sisu kontakt maoseintega [I. Šehter (11)]. Mao ülaosades see patsiendi püstiasendi puhul aga tavaliselt puudub. Gastroskoopiline leid oli üsna iseloomulik paiksele hüperplastilisele gastriidile, kuid vohandi teatud rigiidsus mao täitmisel õhuga sundis läbi viima uue korduva röntgeniuuringu koos peristaltika stimuleerimisega. Peristaltika korrapärasus kahtlases piirkonnas kinnitas diagnoosi lõplikult.

Juht 2. K. J., 65-aastane meespatsient. Kannatab juba aastaid anatsiidsuse all. Saatediagnoos: *gastritis chronica.*

Röntgeniuuring. Korpuse suurele kõverikule jääb ulatuslik täitumisdefekt, mis püsib ühesugusena nii reljeefi uurimisel kui ka pingulitäitmisel (vt. tahvel III, joonis 2). Peristaltika algab defektist aboraalsemalt ja on korrapärane. Röntgenoloogiline diagnoos: *gastritis localis hyperplastica corporis ventriculi.*

Gastroskoopia (1 nädal hiljem). Korpuse suurele kõverikule, tagaseina lähedusse, jääb korrapärase struktuurita limaskestaala, mis ulatub ümbrusest kõrgemale. Vohandit kattev limaskest on halkjaskollast värvust ja intaktne. Mao täitmisel õhuga kirjeldatud vohandi kuju ei muutu. Gastroskoopiline diagnoos: *gastritis localis hyperplastica corporis ventriculi.*

Proovilaparotoomia (1 kuu hiljem, haiguslugu nr. 1785/1960. a.). Palpeerimisel on magu normis.

Antud juhul oli tegemist protsessi tüüpilise paiknemisega mao korpuse suurel kõverikul. Röntgenoloogilise ja gastroskoopilise uuringu põhjal püstitatud diagnoos oli kindel ja lubas eitada tuumorit. Proovilaparotoomia oleks tulnud asendada dünaamilise röntgenoloogilis-gastroskoopilise jälgimisega.

Juht 3. F. S., 66-aastane naispatsient. Kaebab tuimade valude üle ülakõhus. Esineb anatsiidsus. Saatediagnoos: *gastritis chronica.*

Röntgeniuuring (ambulatoorselt). Mao korpuses on nähtav üksainus lai limaskestavolt, mille servad on sakilised. Siinusest veidi oraalsemale, suurel kõverikul, lõpeb nimetatud volt ebaühtlaste servadega täitumisdefektina. Teine samasugune defekt on antrumi algosas (vt. tahvel III, joonis 3). Peristaltika algab täitumisdefektist aboraalsemalt ja on korrapärane. 4 minutit pärast 0,5 ml 1% *sol. morphini hydrochlorici* naha alla süstimist tekib tugev, korpuse ülaosast algav peristaltika. Täitumisdefektide kohal peristaltika lameneb veidi. Röntgenoloogiline diagnoos: *gastritis localis hyperplastica (tumorosa) corporis ventriculi.*

Gastroskoopia (ambulatoorselt 5 päeva hiljem). Korpuse suure kõveriku alumises osas asub mao valendikku ulatuv korrapärase struktuurita vohand, mis on kaetud intaktse roosa limaskestaga. Mao täitmisel õhuga vohand ei muuda oma kuju. Gastroskoopiline diagnoos: *gastritis localis hyperplastica corporis ventriculi.*

Korduv röntgeniuuring 3 kuud hiljem: leid vastab eelmisele uuringule.

Esitatust nähtub, et paikne hüperplastiline gastriit esineb igapäevases praktikas üsna sageli ja vajab senisest rohkemat tähelepanu. Erilise tähtsuse omandab ta seetõttu, et teda on sageli raske eristada maovähist. Kuigi lokaalsel hüperplastilisel gastriidil pole patognomoonilist kliinilist, röntgenoloogilist ega ka gastroskoopilist pilti, on siiski rida tüüpilisi pidepunkte, mida arvestades saab diagnoosi panna ilma proovilaparotoomiata.

Eelkõige on vaja rõhutada komplekssе ja korduva uurimise vajadust. Kuigi O. Korsakova (3) jt. rõhutavad peamiselt röntgenoloogilise meetodi osa diagnoosi püstitamisel, ei tohi piirduda ainuüksi lihtsa röntgenoskopeerimisega. Röntgenoloogiline meetod on oluline just protsessi esmaseks avastamiseks. Seejuures on neid haigeid vaja uurida korduvalt, eriti reljeeftehnikas, fikseerides saadud leiu sihtülesvõtteile. See on vajalik objektiivse dünaamilise jälgimise mõttes.

Röntgenoloogiliselt iseloomustab paikset hüperplastilist gastriiti paiknemine mao korpuses, eriti suure kõveriku läheduses. See on tüüpiline kirjeldatud gastriidivormile, ebatüüpiline aga maovähile. Röntgenoloogilis-anatoomiliselt võib olla tegemist kas 1) pahaloomulist reljeefi meenutava vormiga (juht 1 ja 3) või 2) suurt solitaarset kasvajat meenutava vormiga (juht 2). Röntgenoloogilisel diferentsiaaldiagoosimisel on oluline peristaltika jälgimine ja eriti selle farmakoloogiline stimuleerimine. Mao motoorika farmakoloogiline mõjustamine on tähtis, sest püstiasendis patsiendi uurimisel algab peristaltika tavaliselt alles korpuse allosast ja lokaalne hüperplastiline protsess jääb enamasti motoorselt aktiivsest tsoonist välja. Peristaltika stimuleerimiseks kasutasime 0,25—0,5 ml 1%-list *Sol. morphini hydrochlorici* süstimist naha alla. Kohe seejärel lasksime patsiendil lisaks juua veel 200 ml kontrastainet, et saavutada suuremat kontakti maoseintega. Et veelgi soodustada peristaltika teket, asetasime uuritava vajaduse korral kõhuliasendisse. Selliselt mõjustades tekkis harilikult tugev peristaltika, mis algas kõrgelt, subkardiaalsest regioonist. Paar minutit pärast lisaportsjoni joomist alustasime uurimisega. Kirjanduses soovitatud jälgimisaega (5—15 minutit pärast süstimist) pidasime liiga hiliseks. Osal juhtudel fikseerisime maoseinte liikumise ka polügrammile. Lokaalse hüperplastilise gastriidi puhul ületab peristaltikalaine enam-vähem korrapärasena protsessist haaratud ala. Kuigi vahel oli tegemist peristaltika teatud lamenemisega, ei vastanud see siiski sellele, mida oleks võinud oodata nii suure pahaloomulise protsessi puhul. Peristaltika säilimist kahtlasel kohal tuleb pidada üheks paikse hüperplastilise gastriidi diagnoosimise olulisemaks pidepunktiks.

Komplekssе uurimise raamidesse kuulub ka gastroskoopia. Tavaliselt leidsime maovalendikku ulatuva hüperplastilise struktuurita ala, mis oli kaetud intaktse, ümbrusest heledama limaskestaga. Vahel võib limaskest olla ka hüpereemiline. Mao täitmisel õhuga vohand tavaliselt ei lamenenud. Oli fikseeritav tüüpiline paiknemine korpuses, suure kõveriku läheduses. Gastroskoopia on oluline ainult komplekssе uurimise raamides. Ainuüksi gastroskoopia abil pole võimalik paikset hüperplastilist gastriiti diagnoosida.

Et selle protsessi edaspidine saatus pole selge (ühed peavad seda haavandieelseks, teised vähieelseks), tuleb neid haigeid jälgida korduvalt. Oluline oleks, et neid vaataks läbi üks ja sama röntgenoloog, kuna juures uurimist lihtsustaks, kui röntgenoloog oleks ise ka gastroskopeerija [V. Smirnov (8)]. Suuri võimalusi diagnoosi täpsustamiseks pakub kaheldamatult gastrobiopsia.

KIRJANDUS

1. Вайнштейн Г. И. Клинич. мед., 1959, 11, 44—51. — 2. Каган Е. М. Клинич. мед., 1959, 1, 62—67. — 3. Корсакова О. Н. Сб. научных трудов Азербайдж. Гос. И.-И. Ин-та рентгенол. и радиологии. Баку, 1958, 94—99. — 4. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. М., 1947. —

Joonis 3

Joonis 2

Joonis 1

Foto 1. Retrograadne piielogramm

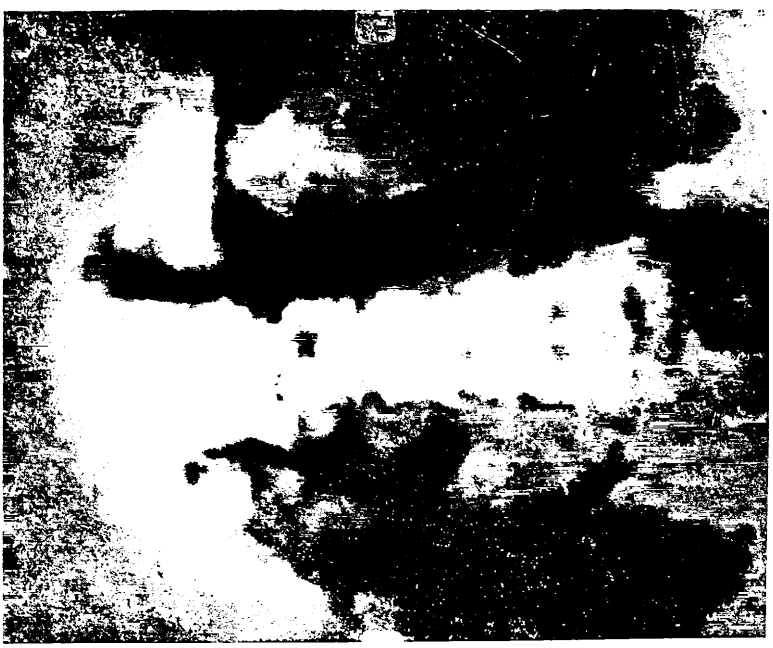


Foto 2. Pneumoretroperitoneum

5. Либерман И. М. Сб. научных трудов Красноярского гос мед. ин-та. Красноярск, 1958, 5, 175—177. — 6. Новофастовская Л. Р. Вест. рентгенол. и радиол., 1959, 1, 16—22. — 7. Ростовцева Т. Ф. Вестн. рентгенол. и радиол., 1960, 1, 6—8. — 8. Смирнов Н. С. Терапевт. архив, 1957, 3, 26—36. — 9. Соколов Ю. Н., Говзман С. Г. Вестн. рентгенол. и радиол., 1955, 2, 45—49. — 10. Тагер И. А. Ошибки и трудности в рентгенодиагностике рака желудка. М., 1959. — 11. Шехтер И. А. Вопросы рентгенологии и радиологии. Сб. трудов. М., 1955, 170—179. — 12. Яльцев П. Д., Шехтер И. А. Вестн. рентгенол. и радиол., 1953, 5, 30—35. — 13. Mamoin, S. N., Bartlett, J. P., Humpreys, E. M., Palmer, W. L. Gastroenterology, 1947, 8, 397. — 14. Moersch, H. J. Gastroenterology, 1947, 8, 284. — 15. Pfeiffer, J. Fortschr. Geb. Roentgenstrahlen, 1956, 84, 4, 421—429. — 16. Ricketts, W. E., Kirsner, G. B., Palmer, W. L. Gastroenterology, 1947, 8, 123. — 17. Schindler, R. Gastroscopy. Chicago. Illinois. Sec. Edit. 1950, 240—247.

О ДИАГНОСТИКЕ ЛОКАЛЬНОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ОПУХОЛЕВИДНОГО ГАСТРИТА

В. Салупере

Резюме

Локальный гиперпластический гастрит встречается сравнительно часто и трудно отличим от рака желудка. В этиологии и патогенезе его имеется еще много неясного.

Настоящее сообщение составлено на основании обследования десяти случаев локального гиперпластического гастрита, выявленных при амбулаторном рентгенологическом исследовании 641 больного с патологией желудка. Почти всем, кроме указанного исследования, была проведена гастроскопия. У части больных проводилось повторное обследование. Двум была проведена пробная лапаротомия. При рентгенологических обследованиях особое внимание уделяли исследованию перистальтики желудка и ее стимулированию (применялся 1% раствор солянокислого морфина в количестве 0,25—0,5 мл).

Хотя локальный гиперпластический гастрит не имеет патогномоничных клинических, рентгенологических и гастроскопических признаков, практически все же возможно с большой достоверностью установить этот диагноз. Этому отчасти помогает типичная локализация болезненного процесса на большой кривизне желудка, через которую стимулированная перистальтика проходит почти не изменяясь, чего никогда не бывает при наличии злокачественного процесса. При диагностике локального гиперпластического гастрита гастроскопия не имеет самостоятельного значения, но является очень ценным дополнительным методом исследования.

RENAALSEST HÜPERTOONIAST

S. MARAMAA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*)

Mitmesuguste ühe- ja kahepoolsete neeruhaiguste karakteerseks sümptoomiks on arteriaalne hüpertoonia. Akuutne ja krooniline nefriit, ühe- ja kahepoolne püelonefriit, amüloidkortsneerud, tsüstneerud ja neeruarteri valendiku ahenemisest tingitud neerude-verevarustuse häire põhjustab süstoolse, eriti aga diastoolse vererõhu kõrgenemise, s. t. vererõhk kõrgeneb primaarselt neerudes arenevate muutuste tagajärjel.

Kõige sagedasemaks neeruhaiguseks on krooniline püelonefriit, mis esineb 5—7% lahangujuhtude üldarvust (7, 8). Väheste kliiniliste sümptoomide tõttu jääb krooniline püelonefriit sageli diagnoosimata ning sel puhul esinevat vererõhu kõrgenemist võidakse tõlgendada siis hüpertooniatõvena (1).

Teisest küljest hüpertooniatõbi ja mitmesugused muud mitteerenaalse päritoluga vererõhu kõrgenemised (feokromotsütoomist, vaheaju ja ajutüve entsefaliitidest jm. tingitud) põhjustavad arterioolide ahenemise tõttu neerude isheemiat ja seega ka kahjustavad neid. Siin on neerudel sekundaarne, kuigi edaspidise haiguskulu mõjustamise seisukohalt otsustav tähtsus. Neerude verevarustuse reflektoorne vähendamine lülitab sisse renaalse pressoorse faktori, mis stabiliseerib vererõhu kõrgemal nivool.

Renaalse ehk nefrogeense hüpertoonia tekkemehhanismi on viimastel aastakümnetel intensiivselt uuritud. Esialgu peamiselt eksperimentaalsetele uurimistele on selle aja vältel lisandunud uued, endistele lausa vasturääkivad seisukohad. Probleem on muutunud aktuaalseks ka praktilises arstitegevuses. Niisugusteks seisunditeks on ühepoolsest püelonefriidist, neeruinfarktist või neeruarteri ahenemisest tekkinud hüpertoonia, mispuhul annab häid tulemusi kahjustatud neeru eemaldamine.

Renaalne hüpertoonia on tuntud ka «Goldblatti hüpertooniana». H. Goldblatt näitas 1934. a., et neeruarteri valendiku ahendamisel erilise komprimeeriva klambriga tekib vererõhu kõrgenemine (5). Neerud on isheemia suhtes väga tundlikud. Verevarustuse vähenemine 10—15% võrra võib põhjustada vererõhu tõusu. Hüpertensiivselt toimivad selpuhul neerust verre inkreteeruvad ained. Seega võib neeru vaadelda näärmena, millel on endokriinne funktsioon. Hoolimata arteri kompressioonist esineb aga ka veel eksokriinne funktsioon. Siinkohal tekib kohe küsimus, millise morfoloogilise struktuuriga on seotud need neeru peamised funktsioonid.

Analoogiline probleem tekkis eksperimentaalses meditsiinis juba varem, nimelt kõhunäärme puhul, mis sisaldab samuti endokriinseid elemente. L. Sobolev tõestas 1901. a., et kõhunäärmejuha ligeerimisel tekib nimetatud näärme eksokriinse osa täielik atroofia. Intaktseiks jäävad vaid insuliini produtseerivad Langerhansi saared, mille tõttu diabeeti ei arene

Kahjuks pole neerude juures niisugune tehnika läbiviidav: ekskretoorse juha — kusejuha — ligeerimisel hävib neeru parenhüüm täielikult, kusjuures hävivad ka sellise neeru «endokriinsed elemendid» ja tekib hüdronefrootiline tsüst, mis neeru talitluse seisukohalt on võrdne neeru täieliku ekstirpatsiooniga.

Selleks et eraldada neeru ekskretoorset elementi senini hüpoteetilistest ja mitteidentifitseeritud inkretoorsetest vererõhku tõstvatest koeelementidest, kasutas Kanada endokrinoloog G. Selye (3) nn. endokriinse neeru opereerimisel teravmeelset tehnikat. Ta viis aorti metalltraadi ning ligeeris sellel aordi nii, et üks neeruarter jäi ligatuurist kaudaalsemale. Traat oli valitud paraja läbimõõduga, nii et pärast selle eemaldamist ei tekiks ligatuurist perifeersemal asuva neeru nekroosi. Et täielikult peatada uriini eritumist, ligeeriti ka isheemilise neeru kusejuha.

Mõne nädala pärast arenevad vastavas neerus karakteersed muutused: neer väheneb ja peaaegu kogu nefron, sealhulgas ka glomeerul (neerupäsmake) atrofeerub, välja arvatud tubulaaraparaadi proksimaalne ehk printsipiaalosa (*pars convoluta*). Viimane, hoopis vastupidi, hüpertrofeerub, siinsed rakud prolifereeruvad. Nendes rakkudes tekivadki hüpertensiivselt toimivad ained, mis siit inkreteeruvad.

Kui katseloomadel eduka operatsiooni järel areneb progresseeruv hüpertoonia, on võimalik vererõhku normaliseerida «endokriinse neeru» varajase eemaldamisega. Kui niisugune «endokriinne neer» jääb pikemaks ajaks organismi, tekib kontralateraalse neeru nefroskleroos ning primaarselt kahjustatud neeru eemaldamine enam vererõhku ei langeta.

Edaspidi isoleeriti katsetel loomadega neeruveeni verest (aga ka inimverest) neerudest pärinev pressoorne substants — reniin. Reniinil

endal ei ole veel vererõhku tõstvat toimet, ta vaid toimib fermendina vereseerumi α_2-globuliinses fraktsioonis esinevale hüpertensinogeenisse, muutes selle hüpertensiiniks. Hüpertensiin pole valkaine, vaid madala molekulkaaluga termostabiilne substants, mis põhjustab hüpertooniat.

Varem arvati, et mehhanism reniin—hüpertensiin on oluline kõigil renaalse hüpertoonia juhtudel. Praegusel ajal on selgitatud, et reniin pole hüpertooniatõve ega ägedate ja krooniliste nefriitide puhul areneva vererõhu homeostaasi häirete põhjustajaks. Ka eksperimentaalse nefrogeense hüpertoonia kroonilises staadiumis on vere reniinisisaldus normaalne.

Hüpertensiini asemel osutuvad nende seisundite korral olulisteks ekstrarenaalsed, esmajoones närvifaktorid. Praegusel ajal arvatakse, et neeruhaigused põhjustavad hüpertooniat normaalselt vererõhku reguleerivate mehhanismide kaudu. Vererõhu regulatsioon kõrgematest vegetatiivsetest keskustest toimub kahe erineva efektoorse mehhanismi kaudu. Esimeseks on autonoomse närvisüsteemi sümpaatiline ja parasümpaatiline osa, teiseks endokriinsed näärmed. Seepärast on viimasel ajal renaalse hüpertoonia patogeneesi uurimisel pööratud tähelepanu vegetatiiv-endokriinsest süsteemist pärinevatele ainetele: vasopressiinile, adrenaliinile, noradrenaliinile ja serotoniinile*. Arvatakse, et akuutse glomerulonefriidi puhul tingib hüpertooniat serotoniin, kroonilise glomerulonefriidi puhul aga noradrenaliin ehk arterenool. Teiste autorite järgi on serotoniinil perifeerseid veresooni laiendav toime ning ta mõjub antidiureetiliselt, vähendades ka kloriidi-ioonide eritumist (4).

Peale nimetatute toimivad pressoorselt ka mineralokortikoidid, mille hüpersekretsiooniga seletuvad nefriitide puhul arenevad vee- ja soolade-ainevahetuse häired. Mineralokortikoidide pressoorne toime realiseerub katioonide (K^+ ja Na^+) ainevahetuse muutuse tulemusena, mille väljenduseks on Na^+ vähenenud eritumine neerude kaudu ja sellest tingitud suurenenud veeretensioon kudedes. Ka teised pressoorsed faktorid (adrenaliin, noradrenaliin, vasopressiin jt.) põhjustavad intersellulaarselt paiknevate naatriumi-ioonide ning vee sisenemist rakkudesse ja kaaliumiioonide vastupidist liikumist.

Nimetatud faktid lubavad oletada, et neerud toimivad antihüpertensiivselt, reguleerides vee- ja soolade-ainevahetust. Seda tõestab kõige enam «renopriivse hüpertoonia» tekkimine. «Renopriivne hüpertoonia» areneb, nagu nimetuski näitab, mõlema neeru eemaldamise tagajärjel. Seda on võimalik eksperimentaalselt demonstreerida mitme kuu vältel — tänu kunstlikule neerule või jääkaineid kehast eemaldavatele kõhuõõne läbivoolutustele. Kuid neerudel näib olevat tähtis osa ka mitmesuguste hüpertensiivselt toimivate ainete kahjustustamises. Kui sellise katsealuse organismi istutada terve neer, siis vererõhk normaliseerub. «Renopriivse hüpertoonia» teooriat kinnitab juhtum pahaloomulist hüpertooniat põdeva ühemunakaksikuga, kelle vererõhku õnnestus langetada pärast tema mõlema neeru eemaldamist ja tema venna neeru edukat siirdistutamist (2).

Nagu sellest nähtub, on neerudel oluline, kuid kahesuunaliselt tõlgendatav osa hüpertoonia patogeneesis. Neerud võivad ise produtseerida hüpertensiivselt toimivaid aineid, kuid neerudes näib toimuvat ka vererõhku tõstvate ainete lammutamine.

Sellest aspektist pakub huvi üks meie patsient, kellel ühepoolse püelonefriitilise kortsneeru operatiivne eemaldamine põhjustas peaaegu pahaloomulise hüpertoonia paranemise.

---

* Serotoniini ehk 5-hüdroksütrüptamiini füsioloogiline funktsioon on oluliselt veel selgitamata. Tal on teatud tähtsus allergiliste reaktsioonide väljakujunemisel, sest ta toimib silelihastesse, kutsudes esile bronhide ja bronhiaalveresoonte spasme.

Meeshaige R. P., 27 a. vana, haigestus 14 aasta vanuselt pärast angiini põdemist ägeda tsüstiidi ja nefriidi nähtudega. Viibis Tartu Linna Kliinilise Haigla siseosakonnas 10. I 1949. a. kuni 3. III 1949. a. (haiguslugu nr. 25). Haige kaebas valulikku, sagenenud urineerimist. Temperatuur oli algul subfebriilne. Vererõhk oli haiglaravi vältel kõrgenenud, keskmiselt 156/90 mm Hg. Uriinis oli valk positiivne, sademes 20—30 erütrotsüüti, 4—6 leukotsüüti vaateväljas ning üksikuid granuleerunud silindreid. Tsüstoskoopial leiti põies põletikulisi muutusi, mis olid eriti väljendunud põie kolmnurgas: täheldati hüpereemiat, kohati bulloosset ödeemi. Uriinis avastati hemolüütilisi ja mittehemolüütilisi valgeid stafülokokke. Tuberkuloosikepikesi uriinis ei leidunud. Haige paranes pikkamööda, vererõhk oli haiglast väljakirjutamisel 130/75 mmHg, albuminuuriat ei esinenud. Raviks kasutati salooli, streptotsiidi, penitsilliini. Diagnoos haiglast väljakirjutamisel: *nephritis acuta, cystitis acuta.*

Edaspidi tundis patsient end tervena. Teenis kolm aastat sõjaväes, kus avastati mõõdukas hüpertoonia, mille tõttu olnud pideva arstliku järelevalve all. Nefriiti hüpertoonia põhjusena seal ei diagnoositud.

Alates 1957. aastast kannatab peavalude all. Väsib kergesti ja higistab. Viibis Tartu Linna Kliinilises Haiglas 18. XI 1959. a. kuni 11. XII 1959. a. (haiguslugu nr. 3613). Haigel esines hüpertoonia 200/110 mmHg, mis hoolimata reserpiinteraapiast oluliselt ei alanenud. Silmapõhjade arterid olid veidi kitsenenud, ebakorrapärase valendikuga (*angiopathia retinae hypertonica*). EKG — vasema vatsakese hüpertroofia. Röntgenoloogiliselt rindkereelundid patoloogilise leiuta. Vere analüüs: hgb. — 87% (Sahli järgi), erütrots. 4,35 milj., leukots. 5400, SR 2 mm/t. Uriini analüüs: erikaal 1009—1024. Valk jälgedena. Sademes vähe ümarepiteele, 1—2 leukotsüüti vaateväljas. Tsüstoskopeerimisel põies limaskesta muutusi ei täheldatud. Intravenoosselt süstitud indigokarmiin eritus vasema kusejuha suudmest 4 minuti pärast, parema kusejuha suudmest aga 7 minuti pärast ja tunduvalt nõrgemas kontsentratsioonis kui vasemalt. Retrograadsest püelogrammist selgub, et parempoolne neeruvaagen on vasemast väiksem ning neerukarikate kuju on muutunud. Neerukarikad on lühemad ja tömbid (vt. tahvel IV, foto 1). Protsessi parempoolset lokalisatsiooni võimaldas veelgi täpsustada pneumoretroperitoneumi rajamise järel võetud röntgenogramm (vt. tahvel IV, foto 2). Parem neer on sellel märksa väiksem, pikkusega 10 sm. Vasem neer oli aga normaalsest isegi suurem, pikkusega 14 sm.

Kliiniline diagnoos: parempoolne püelonefriitiline kortsneer. Kaaluti parempoolse nefrektoomia vajadust, kuid soovitati siiski esialgu konservatiivset ravi.

Vaevuste süvenemise ja kõrge vererõhu tõttu (püsivalt 200/120 mmHg), hospitaliseeriti haige 14. IX 1961. a. jälle Tartu Linna Kliinilisse Haiglasse. Kliinilised uuringud kinnitasid varasemat diagnoosi. Arvestades konservatiivse teraapia vähest edu ja vasema neeru veel rahuldavat funktsiooni (Volhardi kats näitas neerude lahjendusvõime säilimist, uriini erikaal kõikus 1000—1020) soovitati haigele kirurgilist ravi. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas teostati haigel 9. X 1961. a. nefrektoomia. Parem neer oli 5×10 sm suur. Neeru pind oli mügarlik, ebaühtlase kuju ja sügavusega, sissetõmmetega. Histoloogilisel uuringul leiti interstitsiaalse sidekoe vohamist ja armistumist. Enamik päsmakesi oli hüaliniseerunud.

Pärast operatsiooni langes haigel süstoolne vererõhk 140—125 mmHg-le, diastoolne 85—90 mmHg-le. Üldine enesetunne paranes, peavalud vähenesid. Pärast endisele tööle asumist vererõhk pisut kõrgenes. Korduvatel kontrollimistel oli süstoolne rõhk 140—160, diastoolne rõhk 90—100 mmHg. Haige ei loobunud suitsetamisest. Pärast operatsiooni uriinis enam valku ega Sternheimer-Malbini rakke ei leidunud.

Kirjeldatud haigusjuht näitab, et pärast ühepoolse püelonefriitilise kortsneeru eemaldamist langes vererõhk tunduvalt, kuid ei normaliseerunud täiesti. Kirjanduses on aga rohkesti viiteid, et nefrektoomia võib niisugusel juhul viia vererõhu täieliku normaliseerumiseni (1). Seevastu W. Goldringi ja H. Chasise (6) järgi 76 haigest, kellel oli teostatud ühepoolne nefrektoomia, normaliseerus vererõhk vaid seitsmel. Ilmselt sõltub ravi tagajärg haigusprotsessi staadiumist. Haiguse vältel tekkiva kontralateraalse neeru nefroskleroosi puhul ei või oodatagi hüpertoonia täielikku paranemist. Kui meie haigel oleks teostatud nefrektoomia paar aastat varem, oleksid tulemused olnud kahtlemata paremad ning väljavaated täielikuks tervistumiseks reaalsemad.

Ülaltoodu kinnitab seisukohta, et neerudest väljuvad ained või närviimpulsid, mis kõrgendavad vererõhku. Ka püelonefriitilist kortsneeru võib seetõttu vaadelda «endokriinse neeruna».

KIRJANDUS

1. Брод Я. Хронический пиелонефрит. М., 1960, 55. — 2. Парин В. В. Сов. медицина, 1961, 9, 3. —3. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960, с. 123. — 4. Goetz, E. Lehrbuch der pathologischen Physiologie. Jena, 1962, S. 59. — 5. Goldblatt, H., Lynch, J., Hanzal, R. F., Summerville, W. W. J. Experim. Med., 1934, 59, 347. — 6. Goldring, W., Chasis, H. Hypertension and hypertensive disease. New York, 1944. — 7. Raaschou, F. Chronic Pyelonephritis. Kopenhagen, 1948. — 8. Staemmler, M. Münchener med. Wochenschr., 1932, 79, 2005.

О ГИПЕРТОНИИ ПОЧЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

С. Марамаа

Резюме

Больной, 27 лет, поступил в Тартускую городскую клиническую больницу с жалобами на головные боли и утомляемость. Артериальное давление — 200/120 мм рт. ст. На основании патологических изменений в моче и функциональных проб почек, пиелографии и ретропневмоперитонеума диагностирован правосторонний пиелонефрит. Больной заболел этой болезнью в четырнадцатилетнем возрасте, когда находился в этой же больнице по поводу цистита и нефрита.

После удаления правой сморщенной почки артериальное давление снизилось до 140/85 мм рт. ст., а через 6 месяцев оно несколько повысилось (150/95 мм рт. ст.). В моче патологических изменений не обнаружено

Приводится обзор данных литературы о патогенезе пиелонефрита.

LEUKOOSIDE DIAGNOOSIMISEST JA RAVIST

A. MARDNA, arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN*, *A. JUSKE* ja *L. SEPP*

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

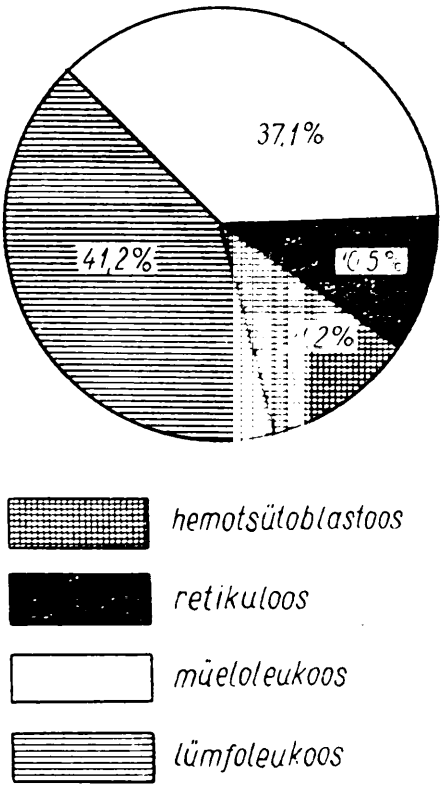
Viimaste aastate vältel on leukooside probleemile üha enam tähelepanu osutatud. Kuigi kirjanduses on enam käsitletud leukooside etiopatogeneesi ja ravi, ei ole leukooside kliiniku ja varajase diagnoosimise küsimused vähema aktuaalsusega. Leukooside kliiniliste iseärasuste uurimine on aktuaalne veel sellepärast, et nagu paljude teiste haiguste puhul, nii on ka leukooside kliiniline kulg viimase 10 aasta vältel tunduvalt muutunud.

Peale V. Saarma (6) ja A. Lukaši (3) kirjelduse kolme kasuistilise lümfoleukoosijuhu kohta pole meile kättesaadavas kirjanduses töid, mis käsitleksid leukooside probleemi Eesti NSV-s.

Käesolev töö puudutab leukooside kliinikut, diagnoosimist ja ravi 143 haigel, kes viibisid ravil Tallinna Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakonnas 1950.—1960. a. 53 haiget on olnud ravil korduvalt ja haigusprotsessi on jälgitud dünaamiliselt. Haigetest 64 olid naised ja 79 mehed. Haigete jaotamisel elukutsete ja elukoha järgi (vabariigi rajoonide kaupa) ei ilmnenud mingit seaduspärasust.

53 haigel (37,1%) diagnoositi müeloleukoosi, 16-l (11,2%) hemotsütoblastoosi, 59-l (41,2%) lümfoleukoosi ja 15-l (10,5%) retikuloosi (vt. joonis 1). Meestel esines lümfoleukoosi 2 korda sagedamini kui naistel, mis vastab ka kirjanduse andmetele. Nii näiteks märgib J. Kassirski, et lümfoleukoosiga meeshaigeid oli 2,2 korda enam kui naishaigeid; M. Tušinski ja A. Jaroševski (5) andmeil moodustasid mehed 72% kõigist lümfoleukoosi põdejatest. Teiste leukoosivormide puhul puudus seos esinemissage-

duse ja soo vahel. Haigete eraldamine vanuse järgi näitas, et 79% juhtudest, s. o. 113 haigel, diagnoositi leukoosi 41—60-aastastel ja vanematel, kusjuures 100 isikul kulges haigus krooniliselt. Haiguse krooniline vorm esines ka 62%-l J. Kassirski juhtimisel ajavahemikus 1935.—1950. a. ravitud haigetest. Meie andmetel kulges 30-st 20—40-aastasest haigest leukoos ägedalt või alaägedalt 21-l. Silmatorkav on suhteliselt harv haigestumine 31—40 aasta vanuses (7 haiget) (vt. joonis 2).



Joonis 1. Leukoosihaigete jaotumine diagnoosi järgi

Ajavahemikus 1950.—1955. a. diagnoositi leukoosi 54 haigel, 1956.—1960. a. aga 89 haigel. Et meie analüüs leukooside sageduse kohta ei vasta statistikanõuetele (puuduvad andmed haigestumise sageduse kohta, võrreldu na elanikkonna arvuga), võime ainult konstateerida, et meie haiglas viibis viimase 5 aasta jooksul ravil peaaegu 2 korda rohkem leukoosihaigeid kui 1950.—1955. a. Vaieldamatu on aga fakt, et leukoosi esinemine sageneb kogu maailmas, sealhulgas ka NSV Liidus. Meie poolt jälgitud leukoosijuhtude põhjal võib täheldada eriti hemotsütoblastooside ja retikulooside kasvu. Viimaseid diagnoositi ajavahemikus 1950.—1956. a. ainult kahel, 1956.—1960. a. aga 29 haigel. Võimalik, et mõnevõrra mõjub siin kaasa nomenklatuuri ebatäpsus 1950-ndate aastate algul. Hemotsütoblastooside sagenemist on täheldanud ka teised, näiteks G. Ossetšenskaja (4).

Leukooside etioloogias ja patogeneesis on veel palju ebaselget. Käesolevas töös me ei puuduta lähemalt ka enam tuntud teooriaid leukooside tekke kohta (infektsioon-allergiline, viiruslik, neoplastiline, konstitutsionaalne). Nähtavasti tuleb nõustuda G. Ossetšenskajaga (4), kelle arvates leukooside tekkel võivad etendada osa mitmesugused tegurid, nagu infektsioon ja füüsikalised faktorid, eriti rõhutab ta ioniseeriva kiirguse tähtsust. Kahtlemata on olulised ka senini veel täpselt tundmata faktorid, mis kutsuvad esile leukoosi põhjustavate endogeensete ainete moodustumist või mõjuvad amiinohapete sünteesile ja teistele ainevahetusmehhanismidele. Perspektiivi näib omavat ka leukoosi patogeneesi uurimine autoallergia seisukohalt.

Mis puutub leukooside kliinilisse pilti, siis olid meie haigeil kõikide leukoosivormide puhul peamisteks kaebusteks progresseeruv väsimustunne, kõrgenenud temperatuur, harvem õhupuudustunne, higistamine, polüartralgilised ja neuralgilised valud.

Ägeda leukoosi puhul oli esiplaanil septiline ja aneemiline sündroom. Krooniliste retikulooside korral esines põrna ja lümfisõlmede suurenemine, hilisemal perioodil aneemia. Kroonilise müeloleukoosi kliinilises pildis domineeris aneemiline sündroom ja põrna suurenemine. Krooniline lümfoleukoos kulges enamasti perifeersete lümfisõlmede ja põrna suurenemisega, samuti aneemiaga.

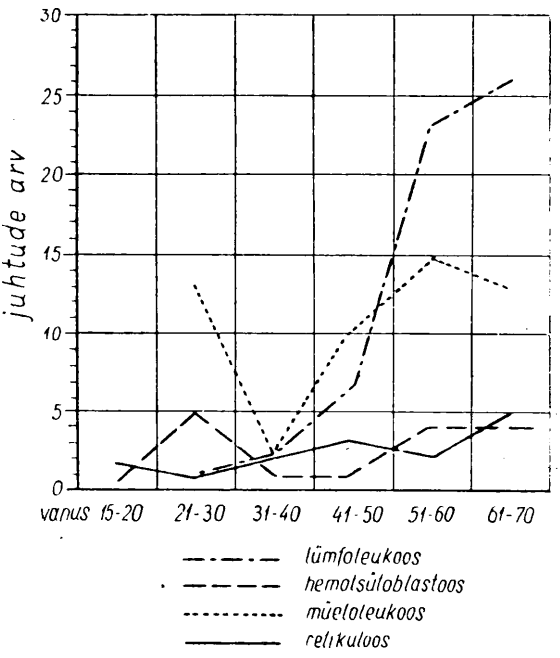
Vaatamata sellele, et leukooside kliinik on teiste nende haigustega seotud probleemidega võrreldes enam tuntud, esineb praktikas veel kül-

lalt diagnoosimisvigu. Arstid mõtlevad vähe leukooside, eriti ägedate leukooside esinemise võimalusele, juhindudes diagnoosi püstitamisel prevaleeruvast sümptoomist ja unustades haige kui terviku. Meie poolt kirjeldatud juhtudel oli diagnoos pandud domineeriva sümptoomi järgi: kehvveresus, sepsis, angiin, trombotsütopeeniline purpura jne.

Näide 1. 23 a. vanune meespatsient S. (haiguslugu nr. 472, 1958. a.) suunati Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-nina-kurguhaiguste osakonda 9. 01. 1958. a. diagnoosiga *angina phlegmonosa*. Kaebused nõrkuse, külmavärinate, kõrgenenud temperatuuri üle, valulikkus neelamisel. 1957. a. detsembris tekkis patsiendil nõrkustunne, periooditi kõrgenenud temperatuur. 1958. a. jaanuaris lisandus neelamisel kurgu valulikkus, pidevalt kõrgenenud temperatuur (kuni 38—39°). Vahetult enne haiglasse tulekut esinesid igemete valulikkus ja ninaverejooksud. Objektiivselt: aksillaarsed ja ingvinaalsed lümfisõlmed on palpeeritavad herneterasuurustena. Igemed hamba piiril tursunud, veritsevad. Neeluruum puhas. Põrn palpeeritav kahe põikisõrme võrra allpool roietekaart. Hgb. 38%, leukots. 3450. Hemogramm: müeloblaste 75%, hemotsütoblaste 7%, trombotsüüte 32 500, SR 53 mm/t. Diagnoos: *leucosis acuta*. Haige suunati 11. 01. 1958. a. edasiseks raviks sisehaiguste osakonda. Ravi: antibiootikumid, vereülekanded, vitamiinid ja lühiajaline hormoonteraapia. *Exitus letalis* 8. 02. 1958. a. Kliiniline diagnoos: *myeloleucosis acuta*, mis leidis ka patoloogilis-anatoomiliselt kinnitust.

Antud juhul juhinduti diagnoosimisel ainuüksi lokaalsest leiust, jättes arvestamata anamneesi ja objektiivse leiu tervikuna.

Näide 2. 45 a. vanune meespatsient A. (haiguslugu nr. 3013, 1957. a.) suunati Tallinna Vabariiklikku Haiglasse 26. 02. 1957. a. rajoonihaiglast, kus ta oli viibinud ravil 12 päeva diagnoosiga *morbus Werlhofi*. Haigestus 2 nädalat tagasi: nõrkus, vereeritus suust, verduvad haavandid suuõõnes, täppverevalumid üle kogu keha, eriti jalgadel. Objektiivselt: temperatuur 37—38°, üldseisund rahuldav. Nahk kahvatu. Jalgadel, kätel (vähem kehal) hemorraagilise iseloomuga lööve. Suuõõnes põse limaskestal ja keelel veritsevad haavandid. Hemorraagiad kogu suukoopa limaskestal, eriti pehmel suulael. Maks, põrn, aksillaarsed lümfisõlmed mõõdukalt suurenenud. Hgb. 20%, erütrots. 1 220 000, leukots. 2900. Hemogramm erilise leiuta. Trombots. 10 400. SR 83 mm/t, protrombiini aeg 101%, vere hüübimine 5'30", verejooks 2'15". Ravi: hormoonid, antibiootikumid. 6. 03. 1958. a. *exitus letalis*. Kliiniline diagnoos: *myeloleucosis acuta*. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos sama.



Joonis 2. Leukooside esinemine mitmesugustes vanuserühmades

Käesoleval juhul pandi saatediagnoos prevaleeriva hemorraagilise sündroomi alusel, jättes tähele panemata organmetaplaasia. Olgugi et ka meie juhtudel ei esinenud perifeerse vere patoloogiat, püstitati õige diagnoos üldise kliinilise pildi alusel.

Günekoloogia osakonda suunati emakaverejooksuga 46-aastane naine M. (haiguslugu nr. 7994, 1955. a.). Kahtlustati aborti. Emakaverejooks osutus ägeda leukoosi hemorraagilise sündroomi üheks väljenduseks. Sellest ilmneb, kui vajalik on hematoloogilisi haigusi tunda ka teise erialaga arstidel.

Mõned diagnoosimisvead on tingitud vere morfoloogia mitteküllaldasest tundmisest. Sageli ei diferentseerita just mikrohemotsütoblaste lümfotsüütidest, mis põhjustab kergesti ebaõige diagnoosi (diagnoositakse agranulotsütoosi).

Näide 3. 24-aastane meespatsient T. (haiguslugu nr. 12520, 1959. a.) haigestus 2 nädalat enne hospitaliseerimist igemete verdumisega, kõrgenenud temperatuuriga. Hiljem lisandusid nahaalused verevalumid. 28. 08. 1959. a. suunati patsient rajooni-haiglasse ja 2 päeva pärast Tallinna Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakonda diagnoosiga *agranulocytosis*? Objektiivselt haige üldseisund keskmise raskusega, temperatuur 38—39° C. Kaelal, käsivartel ja jalgadel nahaaluseid verevalumeid. Suuõõne limaskestad kaetud verega, igemed tugevalt verduvad, pehmel suulael verevalum. Hgb. 41%, leukots. 1400, hemogrammis hemotsütoblaste 69%, trombots. 32 000, SR 30 mm/t., vere hüübimine 5'10", verejooks enam kui 9'. Uriin: valk positiivne, vaateväljas leidub lugematul arvul värskeid erütrotsüüte. Sternaalpunktaat: peaaegu eranditult hemotsütoblastid. Ravi: antibiootikumid, vereülekanded, antistüptikumid. *Exitus letalis* 2. 09. 1959. a. Kliiniline diagnoos: *leucosis acuta (haemocytoblastosis), anaemia secundaria.* Patoloogilis-anatoomiline diagnoos sama.

Mõnel juhul diagnoositi leukoosi kliinilise verepildi juhuslikul määramisel, nagu näiteks 28-aastasel meespatsiendil L. (haiguslugu nr. 2246, 1961. a.): krooniline müeloleukoos avastati profülaktilisel läbivaatusel

Saatediagnoos ühtis kliinilise diagnoosiga 70,6% haigetest. Halvemini diagnoositakse retikuloose (saatediagnoos oli ebaõige 12 juhul 15-st) ja paremini lümfoleukoose (7 eksidiagnoosi 59-st). Müeloleukoose ja hemotsütoblastoose ei diagnoositud ühel kolmandikul juhtudest.

Minnes üle raviküsimustele, peame märkima, et viimase 10 aasta jooksul on leukooside ravi taktika märgatavalt muutunud, mis kajastub ka meie andmeis. Erinev on ägedate ja krooniliste leukooside ravi. Kui ägedatel leukoosidel tuleb aktiivset ravi alustada haiguse avastamisel, siis kroonilisi, aeglaselt kulgevaid lümfoleukooside ja müeloleukooside puhul (eriti remissioonifaasis) on igasugune aktiivne ravi vastunäidustatud, sest see põhjustab sageli haigusprotsessi ägenemist.

Näide 4. Tallinna Vabariikliku Haigla sisehaiguste osakonda tuli 25. 10. 1960. a. ravile 68-aastane naispatsient V. (haiguslugu nr. 5605, 1960. a.), diagnoos *leucosis lymphatica.* 1959. aastast esinevad tal nõrkustunne, subfebriilsed temperatuurid, rohke higistamine, millele aga haige eelnevalt erilist tähelepanu ei omistanud. 1960. a. pöördus ta jaoskonnaarsti poole. Patsienti konsulteeriti Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris, kus patoloogilise verepildi alusel diagnoositi kroonilist lümfoleukoosi ning suunati ta ravile meie siseosakonda. Objektiivselt üldseisund rahuldav, nahk puhas, temperatuur subfebriilne. Aksillaarpiirkonnas ploomisuurused, kaelal kirsisuurused tihedat konsistentsi liikuvad lümfisõlmed. Maks ühe põikisõrme võrra allpool paremat roietekaart. Hgb. 80%, leukots. 78 300, neist lümfots. 89%, trombots. 295 000, SR 7 mm/t. Ravi: antibiootikumid, vereülekanded, vitamiinid. Kuna püsisid suurenenud lümfisõlmed, määrati haigele Tio-TEF-ravi kuur, milie järel 8. päeval tekkisid suu limaskestal raskesti eemaldatava valkja katuga haavandid. Hiljem ilmus kogu kehale papuloos-vesikuloosne lööve. Temperatuur septiline. Vaatamata raskele kliinilisele seisundile verepildis erilisi muutusi ei tekkinud. 12. 12. 1960. a. *exitus letalis.* Kliiniline diagnoos: *leucosis lymphatica chronica, arteriosclerosis universalis, toxicodermia.* Patoloogilis-anatoomiline diagnoos sama.

Käesoleval juhul muutis aktiivne tsütostaatilise preparaadi kasutamine healoomuliselt kulgeva kroonilise lümfoleukoosi ägedaks. Seevastu võib tuua näiteid, kus ainult üldtugevdava ravi rakendamine on mõjunud krooniliselt kulgevale lümfoleukoosile soodsalt. Näiteks 54-aastane meespatsient P. (haiguslugu nr. 6949, 1957. a.) on haige 1955. aastast. Viimase 4 aasta jooksul on ta saanud ainult üldtugevdavat ravi. Patsient püsib kogu aeg rahuldavas üldseisundis ja olulisi nihkeid verepildis ei ole.

Leukoosi ravi peab olema alati kompleksne, koosnedes järgmistest komponentidest: antibiootikumid, hormoonid, vereülekanded, üldtugevdav ravi, valikuliselt tsütostaatilised preparaadid. Tänapäeval ei tunta veel leukooside spetsiifilist etiopatogeneetilist ravi. Ravi valikul tuleb alati rangelt juhinduda näidustustest. Nii näiteks on antibiootikumid näidustatud profülaktiliselt aleukeemiliste ja subleukeemiliste vormide puhul, samuti subfebriliteedi korral. Antibiootikumidest tuleks eelistada penitsilliini, mis on üks paremini talutavaid ja kõige väiksema kõrvaltoimega. Hormoone kasutatakse eeskätt ägedate leukooside ravis. Remissioon saavutatakse sisemiste reservide mobiliseerumise soodustamisega diferentseerimisvõimeliste rakkude olemasolul luuüdis. Hormoonravi efekt on (peale mõninga antiproliferatiivse toime leukeemilisele protsessile) oluli-

selt tingitud organismi hüperergilise reaktsiooni vähenemisest, mis on sageli vastuolus muutumatu hematoloogilise leiuga. Vereülekannete määramisel on kriteeriumiks punase vere seisund.

Viimasel ajal on leidnud kasutamist rida uusi tsütostaatilisi preparaate, nagu müelosaan (myleran), Tio-TEF, 6-merkaptopuriin, trietüleenmelamiin (TEM), aminopteriin, degranool, dopaan jt. Müelosaani kasutatakse eeskätt krooniliste müeloleukooside puhul. Preparaadi eeliseks on hea talutavus ja ambulatoorse kasutamise võimalus pikema aja vältel, kui samal ajal regulaarselt kontrollitakse vere koostist (leukotsütoos, trombotsütoos). Mittediferentseeritud rakkude prevaleerimisel hemo- ja müelogrammis rakendatakse 6-merkaptopuriini. Häid tulemusi on saadud ägedate ja alaägedate leukooside ravis 6-merkaptopuriini kombineerimisel steroidhormoonidega. Eriti sobivad on prednisooni ja prednisolooni tüüpi preparaadid, mis ei põhjusta kortisoonile omaseid kõrvalnähte. Märkimist väärib, et 6-merkaptopuriini võib kasutada mitte ainult leukeemiliste, vaid ka aleukeemiliste vormide puhul. Tsütostaatiliste preparaatidega võib kombineerida ka röntgenravi, eriti väljakujunenud organmetaplaasia puhul. Aleukeemiliste leukooside puhul on mõnikord häid tulemusi andnud leukopoeesi stimuleerivate vahendite kasutamine kompleksses ravis. Parimat remissiooni on saadud kortikosteroidide rakendamisel.

Näide 5. 43-aastane naispatsient J. (haiguslugu nr. 8927, 1960. a.) suunati ravile 1960. a. juunis. Saatediagnoos: *aleukia haemorrhagica*. Kaebused nahaaluste verevalumite, igemete verdumise üle. Objektiivselt üldseisund keskmise raskusega, igemed veritsevad. Jalgadel nahaalused verevalumid. Regionaalsed lümfisõlmed, maks, põrn pole palpeeritavad. Temperatuur subfebriilne. Hgb. 60%, leukots. 3900, hemogrammis hemotsütoblaste 26,5%, SR 22 mm/t. Sternaalpunktaat: hemotsütoblaste 12,8%. Ravi: hormoonteraapia, vereülekanded, antibiootikumid, vitamiinid. 27. 07. 1960. a. lahkus haiglast kliinilise remissiooniga. Ambulatoorselt ordineeriti haigele pidevalt hormoone. Vere analüüs aasta pärast: hgb. 75%, leukots. 3900, trombots. 127 000, SR 13 mm/t. Hemogrammis müelotsüüte 1,0%. Seega näitas haige kontrollimine peale kliinilise remissiooni ka hematoloogilist remissiooni.

Kirjanduses leidub andmeid leukooside iseenesliku paranemise kohta, kusjuures samaaegselt esinesid mädased protsessid. Arvatakse [I. Kassirski (2)], et sel puhul põhjustab leukoosi remissiooni vere trefoneerimine mädas leiduvate leukotsüütide poolt. Ka meil oli võimalus jälgida ägeda leukoosiga haiget, kel tekkis kliiniline remissioon seoses gluteaalabstsessi ja paraproktiidiga.

Ehkki antud töö ulatus ei võimalda lähemalt peatuda kitsamatel probleemidel, nagu leukoosi esinemine samaaegselt teiste haigustega, raseduse ga ja tuumoritega, peaks ülaltoodust nähtuma, et leukoosidel on küllaltki suur osatähtsus sisehaiguste hulgas. Selle haigusgrupi olemasolu tuleb meeles pidada mitte ainult internistidel, vaid ka teiste erialade arstidel. Nii oleks võimalik nii mõnelgi juhul ravi alustada õigeaegselt, seda enam, et viimastel aastatel on leukoosi ravimise võimalused pidevalt paranenud.

Järeldused

1. Tallinna Vabariiklikus Haiglas leukoosiga ravil olevate isikute arv on kasvanud aastatel 1955—1960 kahekordseks, võrreldes 1950.—1954. aastaga. Eriti võib märkida hemotsütoblastoosisse ja retikuloosisse haigestumise sagenemist.

2. Diagnoosimisvigade põhjuseks on kas haigusjuhu puudulik analüüs ja lähtumine ainuüksi prevaleerivast sümptoomist või vere morfoloogia mitteküllaldane tundmine.

3. Leukoosihaige ravi peab olema alati kompleksne ja vastama haigusvormi ja -kulu iseärasustele.

4. Õigeaegseks diagnoosimiseks ja ravitulemuste parandamiseks peame otstarbekaks võtta dispanseersele arvele kõik patoloogilise verepildiga haiged, rääkimata kindla leukoosidiagnoosiga isikutest.

5. Arvestades leukoosijuhtude küllaltki suurt kaalu vereloomeelundite haiguste hulgas, oleks vaja nende kohta pidada eraldi statistilist arvestust, võttes nimetatud haigused omaette nosoloogiliseks ühikuks.

KIRJANDUS

1. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955. — 2. Кассирский И. А. Клинич. медицина, 1958, 7, 10—22. — 3. Лукаш А. А. Сборник научных работ Краснознаменного Балтийского флота. Таллин, 1959, 201—203. — 4. Осеченская Г. В. Автореферат докт. дисс. М., 1961. — 5. Тушинский М. Д. и Ярошевский А. Я. Болезни системы крови. М., 1959. — 6. Saarma, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 5, 18—19.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙКОЗОВ

А. Мардна, Н. Эльштейн, А. Юске и Л. Сепп

Резюме

В 1950—1960 гг. в Таллинской республиканской больнице находилось на лечении 143 взрослых больных лейкозом, из них 53 поступили повторно. У 53 диагностирован миелоз, у 16 — гемоцитобластоз, у 59 — лимфаденоз, у 15 — ретикулоэндотелиоз. Мужчин, больных лимфаденозом, было в два раза больше, чем женщин. В отношении других форм лейкоза связи между их частотой и полом больных отметить не удалось. В 79% случаев лейкоз диагностирован у лиц в возрасте свыше 40 лет. У этих больных в большинстве случаев (100 человек из 113) лейкоз протекал хронически. В возрасте 20—40 лет лейкоз имел чаще острое или подострое течение.

Диагнозы направления и клинические совпали в 70,6%. Хуже всего диагностируются ретикуло-эндотелиозы (диагноз направления был ошибочным в 12 из 15 случаев), лучше всего — лимфаденозы (ошибочный диагноз поставлен лишь в 7 из 59 случаев). Миелозы и гемоцитобластозы не диагностировались у одной трети больных.

Ошибочный диагноз ставился чаще всего по доминирующему симптому: малокровие, сепсис, ангина, тромбоцитопеническая пурпура. Некоторые диагностические ошибки обусловлены недостаточным знанием врачами морфологии крови, в частности неумением дифференцировать гемоцитобласты от лимфоцитов, что явилось причиной неправильного диагноза агранулоцитоза.

В клинической картине хронического миелоза доминировали анемический синдром, увеличение селезенки; при остром течении миелоза на первый план выступали септический и анемический синдромы. Гемоцитобластозы проявлялись прежде всего малокровием, сепсисом и умеренным увеличением лимфоузлов. При хроническом лимфаденозе в большинстве случаев выявлялось отчетливое увеличение периферических лимфоузлов и селезенки, а также анемия. Последняя наблюдалась и в большинстве случаев ретикулоэндотелиозов.

Больных лечили комплексно с использованием цитостатических препаратов, кортикостероидных гормонов, общеукрепляющих средств, антибиотиков и переливанием крови. При алейкемических формах лейкозов хорошие результаты дало применение в комплексной терапии средств, стимулирующих лейкопоэз. Наилучший непосредственный эффект наблюдался при включении в терапию кортикостероидных гормонов.

LASTE ESMANE HAIGESTUMINE REUMASSE TALLINNAS

Arstiteaduse kandidaat *E. MÜLLERBEK*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Lastel esinevatest haigustest on suure osatähtsusega reuma. Täiskasvanutel kulgeb reuma enamasti lapseeas alanud haiguse jätkuna.

Selgitasime, et kooliealistest lastest põeb Tallinnas reumat 2,3%. Arvele võeti kõik reumat põdenud lapsed Tallinna statsionaaride ja poliklinikute andmete põhjal (E. Müllerbek, 1959. a.). Meie andmed vastavad ka keskmistele üleliidulistele andmetele [2—3%, A. Volovik (1)].

Eelmises töös (5) arvestasime kõiki reumat põdenud lapsi, kuid ei uurinud eraldi antud aasta jooksul esmakordselt haigestunuid. 1958. a. uurisime (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Pediaatria Instituudi ette-

panekul) esmakordselt reumasse haigestunud lapsi ja nende elutingimusi. Et saada täielikumat pilti, uurisime 1958. a. ka esmakordsete reumaatakkide tõttu Tallinna Lastehaiglas, Tallinna Vabariiklikus Haiglas ja Tallinna Raudteehaiglas ravil viibinud laste haiguslugusid. Kasutati samuti polikliinikute andmeid kodus ravitud laste kohta. 1958. a. avati Tallinna Lastehaiglas sanatoorne osakond reumahaigete laste edasiravimiseks hoojärgsel perioodil.

Üldse oli meie vaatluse all 106 last, kes 1958. a. põdesid esmaselt mitmesuguseid reumavorme. Laste esmane haigestumine reumasse oli Tallinnas 1958. a. 0,15%.

Enamik 1958. a. esmakordselt reumasse haigestunud laste vanematest olid terved, rasedus oli kulgenud normaalselt ja lõppenud füsioloogilise sünnitusega, lapsed sündides terved. Ainult kahel emal oli lapse kandmise ajal hüpertoonia ja ühel nefropaatia. 3 juhul toimus tangsünnitus ja 1 juhul keisrilõige. Esimesel eluaastal arenesid kõik lapsed normaalselt, peale ühe, kes ema ütluse järgi arenenud nii füüsiliselt kui ka vaimselt aeglaselt.

21 lapsel (85-st) esinesid väikelapsena või vanemana eksudatiivse diateesi nähud. 21 lapse emad ei teadnud täpselt öelda, kas nende lapsed kannatasid diateesi all või ei.

Kuni reuma puhkemiseni oli 60 last (56,4%) põdenud ühte või kahte nakkust, 39 last (32%) kolme või rohkemat nakkust, seitse last (6,8%) ei olnud nakkushaigusi põdenud. 34 last (32%) oli põdenud enne reuma puhkemist sarlakeid.

Angiin eelnes esimesele reumahoole 27,3% juhtudest, mis ühtib A. Voloviku (1) jt. andmetega. Pooltel juhtudel ei saanud esimest reumahoogu siduda mingi haigusega.

44 lapsel (41,5%) eelnesid haigestumisele kroonilised mädakolded organismis, 22 lapsel (20,8%) oli krooniline tonsilliit. Kroonilist tonsilliiti täheldasime harvemini kui N. Konstantinova (2) jt. Andmete lahkuminekut võib nähtavasti seletada sellega, et ülalmainitud autor uuris tonsilliidi esinemist reumahaigetel lastel üldse, arvestamata läbipõetud atakkide arvu.

Umbes 22%-l esmast reumat põdevast lapsest oli Pirquet' reaktsioon positiivne.

Kas võib meie tähelepanekute põhjal veendunult kinnitada, et reuma puhkemist soodustab angiin või tonsilliit? Ei või. Kui 20% lastest täheldati enne reumasse haigestumist kroonilist tonsilliiti, siis 22% neist olid tuberkuloosist nakatunud. Raske on kinnitada, et üks või teine neist teguritest tingimata soodustab reumasse haigestumist. Võimalik, et mitmesugused eelnevad haigused, nõrgestades ja sensibiliseerides organismi, aitavad kaasa reuma puhkemisele.

Reumasse haigestumise ja laste elutingimuste seose kohta on andmed vasturääkivad. R. Kogan ja J. Rõsseva (3) mainivad, et keskmise raskusega reumavormi esineb sagedamini lastel, kes elavad heades materiaalsetes tingimustes ja saavad valgurikast toitu. A. Rodina (4) arvab vastupidi ja väidab, et perekonnad, kus on reumahaigeid lapsi, on materiaalselt vähem kindlustatud.

Meie andmetest selgus, et peaaegu pooled 1958. a. reumasse haigestunutest on perekonnas ainukeseks lapseks. Lasterikastes perekondades haigestub vähe lapsi. Samuti peab mainima, et enamikul haigestunud lastest olid olemas mõlemad vanemad. Ainult üks vanematest oli 9%-l lastest. Enamik haigestunud lapsi elas rahuldavates või heades materiaalsetes tingimustes. 10 last elas halbades materiaalsetes tingimustes.

106-st meie poolt küsitletud vanemast arvasid 104, et nende laste toit on küllaldane ja mitmekesine. Ainult 2 last said vanemate ütluse järgi ebarahuldavalt süüa. 12 last sõid vähe puuvilju ja toorest aedvilja.

Suur hulk lapsi (106 lapsest 42) toitusid korrapäratult, mitte samadel kellaaegadel. 6% lastest elas liiga tihedasti asustatud elamispinnal ja pooled kitsastes korterioludes. 25% lastest elas niisketes korterites. Haigestunud kooliealistest lastest tegid ainult 3 hommikuvõimlemist. 14 lapsel oli kärarikas kodu.

Üle 50% koolilastest magas öösel 8—9 tundi, ainult kolm magasid ka päeval. Suurem osa lapsi viibis õppeperioodil vähe värskes õhus (1—2, narva 3 tundi päevas). 42 last veetsid suve linnas, 8 last olid pioneerilaagrites, 3 last sõitsid lasteaiaga suvitama. Ülejäänud 53 lapsel ei olnud suvepuhkus korraldatud õigesti, ehkki nad sõitsid linnast välja.

Seega nähtub, et 1958. a. esmakordselt reumasse haigestunud lapsed elasid enamasti rahuldavates materiaalsetes tingimustes ja toitusid küllaldaselt. Laste päevarežiimi ja olustikutingimuste korraldamisel esines aga mitmeid puudusi. Paljud toitusid korrapäratult, viibisid vähe värskes õhus, magasid umbse õhuga ruumides, ei veetnud suvepuhkust õigesti. Enamik neist ei tegelnud spordiga ega karastanud end. Mõnedel olid kodud kärarikkad.

«Perekondlikku» reumat esines 45 juhul (42,4%). Kui sellele omistada epidemioloogilist tähendust (streptokokk!), siis tuleb eriti oluliseks pidada seda, et paljud haigestunud elunesid kitsastes korteritingimustes.

45,2% esmakordselt reumasse haigestunud lastest olid 7—10-aastased, s. o. õppisid üldhariduslike koolide esimestes klassides. See kohustab tõsiselt mõtlema selleealiste laste režiimi, toitumise ja kehalise kasvatuse küsimustele.

Esmakordselt reumasse haigestunute hulgas oli poisse ja tüdrukuid peaaegu võrdselt. Samasugused andmed leiame ka saksa kirjandusest [H. Kirchoff (6) jt.]. Kuni 6 a. vanuste laste arv on kõrge — 23,5% (25 last).

1958. a. reumasse haigestunud laste haigusvormid ja haigusprotsessi iseloom on esitatud tabelis.

Reuma vorm ja iseloom

Haigusvorm / Kulu iseloom	Äge	Alaäge	Pikaldane	Varjatud	Kokku
Polüartriit	4	1	—	—	5
Väike tantstõbi . .	—	5	—	—	5
Endomüokardiit . .	26	19	1	3	49
Endomüokardiit koos polüartriidiga .	41	3	—	—	44
Väike tantstõbi koos endomüokardiidiga .	1	2	—	—	3
Kokku	72	30	1	3	106

Nagu näeme, esines peaaegu pooltel juhtudel reuma südamevorm. 53% haigetest kulges see ägedalt, ülejäänutel pikaldaselt ja varjatult. Samuti sageli esines südame-liigesevorm (41,5% juhtudest), mis peaaegu alati kulges ägedalt. Üldse 106 haigest kahel kolmandikul oli haiguse kulg äge, kolmandikul alaäge, pikaldane või varjatud.

Suurem osa haigetest viibis haiguse aktiivses faasis haiglaravil, ülejäänud (9 haiget) olid kodus ja saabusid haiglasse (kõige sagedamini sanatoorsesse osakonda) paranemisfaasis.

106 haigest 7 ei saanud ataki ajal küllaldast ravi, sest vanemad keeldusid õigeaegsest hospitaliseerimisest või viisid lapsed varem koju. Ülejäänud lapsi (arvult 99) raviti küllaldaselt ja õigeaegselt. 30 last viibis kohe pärast haiguse ägeda faasi möödumist või hoogudevahelisel perioodil haigla sanatoorses osakonnas. Ainult kaks last oli hoogudevahelisel perioodil Pärnu sanatooriumis ja üks Kislovodskis.

Pärast haiglast väljakirjutamist olid kõik lapsed reumakabineti järelevalve all. 25% neist külastas aga kabinetti halvasti, alles pärast korduvaid väljakutseid. Kõikidel järelevalve all olnud lastel saneeriti hoogudevahelisel perioodil hambad. 17 lapsel tehti tonsillektoomia, 10-l raviti kroonilist tonsilliiti konservatiivselt.

1,5—2 aastat pärast esimest reumaatakki vaadati kõik 106 last läbi. Selgus, et 62 neist (58,5%) kaebavad veel kõrgenenud väsimuse üle koolipäeva lõpul, pistete üle südame piirkonnas, higistamise üle jne. 31 lapsel täheldati hoovabal perioodil muutusi EKG-s (rütmihäire, intervallide PQ ja QT pikenemine, intervalli ST nihkumine koos T-saki vähenemisega jt.).

44 lapsel (41,5%) esines kuulatlemisel nähte, mis lubasid diagnoosida olemasolevat või kujunevat mitraalklapi puudulikkust. 23 lapsel (21,7%) olid korduvalt reumaatakid.

Nagu näha, korduvad esmaselt reumasse haigestunud lastel atakid juba lähema 1,5—2 aasta jooksul võrdlemisi sageli. Üle poole põdenud lastest ei tunne end selle aja jooksul täiesti tervetena ja neil on mitmesuguseid kaebusi. Ka esineva või kujuneva südameklapikahjustuse protsent on kõrge. See kinnitab veel kord, et reuma on tõsine haigus.

Reuma soodsamaks kulgemiseks hoovabal perioodil võeti tarvitusele mitmesugused abinõud. Mõned lapsed vabastati kooliskäimisest 6—8 kuuks. 88 lapsele määrati säästev režiim: vabastati nad osaliselt või täielikult kehakultuurist (s. o. normide täitmisest, võistlustest, rasketest harjutustest) ja määrati nad ettevalmistusrühma, neile anti täiendav vaba päev nädalas, loodi eriline režiim pärast hoovabal perioodil põetud interkurrentset haigust. Hoovabal perioodil angiini, grippi ja teisi haigusi põdenud lastel viidi läbi 2-nädalased püramidooni- või aspiriinikuurid. Kõikidele lastele määrati rohkesti vitamiine, karastavaid protseduure, anti nõu toitumise, režiimi jne. kohta. Lastevanemate hulgas tehti sanitaarharidustööd.

Reumat põdenud laste perekondades esines aga tunduvaid raskusi õigete elutingimuste korraldamisel. Ainult mõnedes kodudes saadi kõiki arstide soovitusi täielikult rakendada.

Sageli esineb režiimirikkumisi koolides (õpilaste ülekoormatuse tõttu). Arstlik järelevalve kehakultuuritundide üle ei ole küllaldane. Puuduvad võimalused kindlustada nendele lastele erirežiim.

Pärast korduvaid atakke täheldatakse suurel hulgas lastel raskemate kombineeritud südamerikete kujunemist. 58,5% lastest esineb pärast esimest läbipõetud reumaatakki kliinilise reumaprotsessi aktiivsuse nähte. Väga võimalik, et keerukamate laboratoorsete (näiteks sidekoe biokeemia) uurimistega see arv suureneks veelgi. See viitab vajadusele luua nende laste jaoks spetsiaalne režiim. Hoovabal perioodil tuleb nendele lastele kindlustada lühendatud koolipäev, pikem puhkus õppepäeva keskel, eriprogramm töö ja kehakultuuri jaoks. Nad peavad magama värskes õhus ja sööma korrapäraselt. Tuleb rakendada vastavaid raviabinõusid ja silmas pidada profülaktikat. Nende tingimuste puudumisel langeb haiglas läbiviidud ravi efektiivsus tunduvalt.

Peame vajalikuks, et pärast reumaatakki paigutataks lapsed teatud ajaks metsakooli tüüpi internaatkoolidesse, kus on vajalik režiim ja ravi toimuks reumatoloogi alalise valve all. Sellega saaks viia miinimumini kõik reuma ebasoovitavad tagajärjed.

KIRJANDUS

1. Воловик А. Б. Ревматизм в детском возрасте. М., 1955. — 2. Константинова Н. П. Эффективность тонзиллэктомии при хроническом тонзиллите и ревматизме. М., 1955. — 3. Коган Р. Б., Рысева Е. С. Клинико-статистические данные о ревматизме у детей по материалам Института педиатрии АМН СССР. М., 1955, 8—17. — 4. Родина А. П. Распространение ревматизма среди школьников Ленинграда и санитарно-гигиеническая оценка их жилищно-бытовых условий. Л., 1956. — 5. Müllerbek, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 4, 30—34. — 6. Kirchoff, H. W., Bette, L., Duchene, N. Arch. Kinderheilkunde, 1959, 159, 3, 226—245.

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ РЕВМАТИЗМОМ В г. ТАЛЛИНЕ

Е. Мюллербек

Резюме

Обобщаются данные о детях, первично заболевших ревматизмом в Таллине в 1958 году. Приводится анализ причин рецидивов ревматизма у этих детей и возможных факторов, оказывающих влияние на заболевание и рецидивирование болезни.

Под наблюдением было 106 детей. Первичная заболеваемость детей ревматизмом составила 0,15%. До заболевания у 20% детей был хронический тонзиллит, у 22% — инфицированность туберкулезом. Очевидно, что эти факторы нельзя рассматривать как обязательно способствующие заболеванию ревматизмом. У большинства заболевших детей материальные условия были хорошие, однако у некоторых выявлены недостатки в организации их режима и быта.

В половине случаев наблюдалась сердечная форма ревматизма, почти также часто — сердечно-суставная форма. Спустя 1,5—2 года 58% детей предъявляли разнообразные жалобы, 21,7% детей перенесли повторные атаки болезни. Высок процент имеющихся и формирующихся пороков сердца.

Обращается внимание на необходимость проведения ряда мероприятий по предупреждению повторных атак ревматизма у детей (организация школ-интернатов, соблюдение правильного режима и т. д.).

ARSTIDE ÜLESANNETEST VÕITLUSES KOPSUTUBERKULOOSIGA

I. BUGAKOV

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

Tuberkuloosi varajase avastamise tähtsus, kopsutuberkuloosi värskete vormide, täiskasvanute esmase tuberkuloosi, meningeaalse, urogenitaalelundite, silma- ja teiste elundite tuberkuloosi varajase diagnoosimise raskus, kopsutuberkuloosi lahtiste ja aktiivsete vormide eriline epidemioloogiline tähtsus — kõik see nõuab iga arsti osavõttu võitlusest tuberkuloosiga, olgu ta eriala milline tahes.

Selleks et osata võidelda tuberkuloosi vastu, on vaja tunda tuberkuloosivorme, dispanseeritud tuberkuloosihaigete kontingente ja neid muutusi, mis viimaste aastate jooksul tuberkuloosisse haigestumise struktuuris ning ravitavuses on toimunud.

Viimase 10 aasta jooksul on meie maa elanike kõikides vanuserühmades, eriti laste ja noorukite hulgas, haigestumine ja suremine tuberkuloosi järsult vähenenud; vähenenud on ka tuberkuloosipisikuid eritavate haigete arv ja pikenenud tuberkuloosihaigete eluiga. 1961. a. langes haigestumine tuberkuloosi Eesti NSV-s 6,2% võrra. Arvel olevate ja aasta jooksul registreeritud aktiivse tuberkuloosiga haigete arv vähenes 1961. a. 6,8% võrra. Tuberkuloosibaktereid eritavate haigete arv vähe-

nes 7,9% võrra, baktereid mitteeritavate haigete arv 18,6% võrra. Äsja avastatud haigetel esineb üha vähem ägedaid, kiiresti kulgevaid haigusvorme.

On muutunud vaated tuberkuloosi ravitavusele. Varem ravimatuks peetud, vere kaudu levivad ägedad protsessid (miliaarne tuberkuloos, tuberkuloosne meningiit) on muutunud ravitavateks ja viimasel ajal esineb neid üha harvem. Ägedad tuberkuloosivormid alluvad nimelt kõige täielikumalt taandarengule; nende puhul võivad patoloogilis-morfoloogilised muutused jäljetult kaduda. Kroonilised fibroos-kavernoossed ja dissemineerunud vormid destruktsioonifaasis on ravitavad, kui rakendatakse kompleksravi ja haiget opereeritakse õigel ajal. Ja lõpuks, haigusvorm, mis on täna veel ravimatu, võib muutuda ravitavaks lähemal ajal.

Kaugelearenenud tuberkuloosivormidega haigete arv väheneb aastast aastasse, kuid sellesse rühma lisandub veel haigeid nii äsja avastatud kui ka nn. väikeste tuberkuloosivormidega arvel olevate isikute hulgast (hospitaliseerimisraskuste ja ebapiisava ambulatoorse ravi tõttu).

Erilist tähelepanu tuleb omistada üle 50 aasta vanustele kopsutuberkuloosiga haigetele. Kopsutuberkuloos selles vanuses isikutel on omaette kliiniline ja epidemioloogiline probleem. Seda uurivad paljude maade ftisiaatrid. Nimetatud küsimusele oli pühendatud ka üks programmettekandeid XVI rahvusvahelisel tuberkuloosialasel kongressil Torontos (Kanadas).

Üle 50 aasta vanuste isikute arv moodustab 20—23% dispanseris arvel olevate haigete üldarvust. See kõik suurendab tervete isikute haigestumise võimalust.

Ülaltoodust on ilmne, kui tähtis osa on terapeutidel, röntgenoloogidel ja epidemioloogidel kopsutuberkuloosi varajasel kindlakstegemisel (läbivaatused polikliinikus ning haiglas ja elanikkonna massilised röntgenograafilised ja fluorograafilised uurimised). Pediaatrid, kooliarstid, tervishoiupunktide arstid ja epidemioloogid peavad oma töölõigus pöörama tõsist tähelepanu kuni 30 a. vanuste isikute vaktsineerimisele ja revaktsineerimisele. Esmajärjekorras tuleb vaktsineerida ja revaktsineerida üliõpilased, töölisnoorukid, tervist kahjustavatel aladel töötavad töölised ning kutseealised.

On teada, et tuberkuloos kulgeb paljude haiguste maski all. Seepärast on polikliinikuarstide osatähtsus tuberkuloosi avastamisel eriti suur. Tuleb tingimata kõik polikliinikusse pöörduvad haiged röntgenoloogiliselt läbi vaadata. Tuberkuloosipisikute suhtes tuleb uurida kõiki haigeid, kellel eritub röga. Samuti tuleb uurida kõiki, kes on pikemat aega ja sagedasti haiged. Antibakteriaalsete preparaatide (streptomütsiin, ftivasiid, PAS, tsükloseriin jt.) keerukat toimet tuberkuloosihaigete makro- ja mikroorganismidesse peaksid tundma kõikide erialade arstid.

Erilist tähelepanu tuleb omistada mükobakterite vastupanuvõimele mitmesuguste antibiootikumide suhtes. Ei tohi unustada ka nn. happekindlaid, atüüpilisi mükobaktereid ja saprofüüte, mis on tuberkuloosi tõelise mükobakteriga äärmiselt sarnased. See on väga tähtis, kui tahame tuberkuloosihaigete diagnoosimist ja ravi tunduvalt parandada.

Tuberkuloosiprobleem on väga laialdane, haarates patogeneesi, diagnoosimist, kliinikut, ravi ja epidemioloogiat. Ei ole õige ega ka reaalne panna kogu tuberkuloosi likvideerimise töö ainuüksi ftisiaatritele, ainult tuberkuloositõrje dispanseritele. Seepärast on iga arsti kvalifikatsiooni tõstmine kõikide arstiteaduslike seltside ülesandeks. Kõik seltsid peavad propageerima tuberkuloosi varajase diagnoosimise kaasaegseid meetodeid, tutvustama oma liikmetele raskesti diagnoositavaid, kuid õigesti määratud tuberkuloosijuhte, andma kriitilist informatsiooni diagnoosimisvigade kohta, võtma oma koosolekute kavasse ettekandeid tuberkuloosi ning sellele lähedaste haiguste kohta.

Ka sanitaarharidustööga elanikkonna hulgas tuleb tegelda kõikide erialade arstidel. Ainult ühiste jõupingutustega on võimalik tuberkuloosi likvideerida.

О ЗАДАЧАХ ВРАЧЕЙ В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

И. Бугаков

Резюме

За последние десять лет заболеваемость туберкулезом по Советскому Союзу снижается из года в год. В Эстонской ССР за 1961 г. заболеваемость снизилась на 61%, болезненность на 6,8%, количество бациллярных больных уменьшилось на 7,9%. Острые формы туберкулеза у вновь выявленных больных наблюдаются крайне редко. Изменилось представление об излечимости туберкулеза. Ведущую роль в излечении туберкулеза сыграло правильное применение антибактериальных препаратов и в показанных случаях хирургического вмешательства.

Врачи-терапевты и рентгенологи поликлиник должны выявлять ранние формы туберкулеза легких в процессе своей повседневной работы, обращая особое внимание на болеющих повторно катарами верхних дыхательных путей, гриппом, пневмонией, сахарным диабетом.

Следует подчеркнуть, что из числа состоящих на учете больных туберкулезом легких свыше 20% — лица старше 50 лет, поэтому на лиц пожилого возраста также необходимо обращать особое внимание при выявлении туберкулеза легких.

Необходимо обязательно проводить рентгенологическое обследование органов грудной клетки у всех пациентов, обращающихся в поликлинику к любому врачу, и поступающих в больницу по поводу любого заболевания.

Для лабораторной диагностики туберкулеза имеет значение правильное отличие микобактерий туберкулеза от кислотоупорных сапрофитов. Врачи-педиатры, школьные врачи, врачи здравпунктов, эпидемиологи должны уделять максимум внимания вакцинации и ревакцинации внутрикожным методом соответствующих контингентов до 30-летнего возраста, и в первую очередь школьников, студентов, рабочих вредных профессий и лиц призывного возраста, а также подвергать их массовым флюорографическим обследованиям.

Дальнейшее снижение заболеваемости туберкулезом — важнейшая задача не только врачей-фтизиатров, но и всех врачей общей лечебной сети.

RAVIMITE NOMENKLATUURIST

I. PODOLSKI,

Apteekide Peavalitsuse ülem

NSV Liidu Riikliku Farmakopöa IX trükk (edaspidi RF IX) näeb ette ravimite (õigemini ravimpreparaatide) ametlikes nimetustes rida muudatusi.

Allpool vaatleme nimetuste muutusi üksikute rühmade kaupa.

1. Nimetused endiste patenteeritud kaubanimetuste asemel

RF VII ja RF VIII kasutasid mõnede ravimpreparaatide nimetustena peamiselt saksa keemia-farmaatsiafirmade poolt patenteeritud nimetusi, mis ei peegeldanud antud ravimi keemilisi omadusi.

Vitamiinide puhul on nüüd ametlikuks rahvusvaheline tinglik keemiline nimetus; vitamiini nimetus tähega märgituna tuuakse ära sünonüümina (*Acidum ascorbinicum — Vitaminum C, Thiaminum bromatum — Vitaminum* B_1).

Tetratsükliinrea antibiootikumide ja penitsilliinide puhul on samuti ametlikeks nimetusteks nende rahvusvaheline tinglik keemiline nimetus, NSV Liidus levinud teised nimetused on jäetud sünonüümidena (*Chlortetracyclinum hydrochloricum crystallisatum — Biomycinum, Aureomycinum; Benzylpenicillinum-natrium crystallisatum — Penicillinum-natrium crystallisatum*).

Sellesse rühma kuuluvate ravimpreparaatide nimetused on järgmised:

RF VIII (vana)	RF IX (uus)
Adalinum	*Carbromalum*
Aspirinum	*Acidum acetylsalicylicum*
Atophanum	*Cinchophenum*
Balsamum Schostakovsky	*Vinylinum*
Biomycinum	*Clortetracyclinum hydrochloricum crystallisatum*
Bromuralum	*Bromisovalum*
Dioninum	*Aethylmorphinum hydrochloricum*
Diuretinum	*Theobrominum-natrium cum Natrio salicylico*
Formalinum	*Solutio Formaldehydi*
Luminalum	*Phenobarbitalum*
Medinalum	*Barbitalum-natrium*
Nembutalum	*Aethaminalum-natrium*
Penicillinum	*Benzylpenicillinum-kalium crystallisatum*
Penicillinum	*Benzylpenicillinum-natrium crystallisatum*
Perhydrolum	*Solutio Hydrogenii peroxydati concentrata*
Pyramidonum	*Amidopyrinum*
Rivanolum	*Aethacridinum*
Sajodinum	*Calcium iodbehenicum*
Salolum	*Phenylium salicylicum*
Solutio vitamini A	*Solutio Axerophtholi acetici oleosa*
Trypaflavinum	*Flavacridinum hydrochloricum*
Tubazidum	*Isoniazidum*
Urotropinum	*Hexamethylentetraminum*
Veronalum	*Barbitalum*
Vitaminum B_{12}	*Cyancoblaminum*

Retsepti näiteid:

Rp. *Acidi acetylsalicylici* 0,3
Amidopyrini 0,2
Coffeini 0,05
M. f. pulv. D. t. d. N. 6
S. 3 korda päevas 1 pulber

Rp. *Phenobarbitali* 0,1
D. t. d. 6 *in tabul.*
S. 1 tablett õhtuti

2. Muudatused keemilistes nimetustes

Paljudel juhtudel kasutab RF IX rahvusvahelise keemianomenklatuuri seisukohalt ratsionaalsemaid nimetusi. Hapude soolade märkimiseks on prefiks *bi-* asemele võetud prefiks *hydro-*, näiteks *Natrium bicarbonicum* asemel *Natrium hydrocarbonicum.*

Anioonide kahekordset arvu aine molekulis märgitakse prefiksi *bi-* asemel nüüd prefiksiga *di-*, näiteks *Chininum bihydrochloricum* asemel *Chininum dihydrochloricum.*

Mõned nimetused on täpsustatud ja unifitseeritud. Näiteks *Spiritus aethylicus pro Spiritus vini, Solutio Ammonii caustici pro Ammonium causticum solutum.*

Muudatused on järgmised:

RF VIII (vana)	RF IX (uus)
Aether	*Aether medicinalis*
Ammonium causticum solutum	*Solutio Ammonii caustici*
Aqua redestillata (bidestillata)	*Aqua pro injectionibus*
Barium sulfuricum	*Barium sulfuricum pro Roentgeno*
Calcium chloratum solutum 50%	*Solutio Calcii chlorati 50%*
Camphora monobromata	*Bromcamphora*
Charta sinapisata	*Sinapismata*
Emulsio streptocidi	*Linimentum Streptocidi*
Emulsio synthomycini	*Linimentum Synthomycini*
Folium Thymi vulgaris	*Herba Thymi vulgaris*
Natrium bicarbonicum	*Natrium hydrocarbonicum*
Nitroglycerinum solutum	*Solutio Nitroglycerini*
Oleum jecoris Aselli	*Oleum jecoris*
Pituitrinum	*Pituitrinum pro injectionibus*
Platyphyllinum bitartaricum	*Platyhyllinum hydrotartaricum*
Solutio acidi ascorbinici in ampullis	*Solutio Natrii ascorbinici in ampullis*
Spiritus Vini	*Spiritus aethylicus*
Tinctura jodi	*Solutio Iodi spirituosa*
Tinctura Convallariae majalis	*Tinctura Convallariae*

Retsepti näidiseid:

Rp. *Sol. Iodi spirituosae* 5%—20,0
D. S. Välispidine — naha desinfitseerimiseks

Rp. *Mentholi* 0,5
Spiritus aethylici 50,0
M. D. S. Nahale määrimiseks

Rp. *Barii sulfirici pro Roentgeno* 100,0
D. S. Arsti kätte

Rp. *Sol. Hydrargyri dichlorati* 0,1% — 200,0
D. S. Desinfitseerimiseks

3. Muudatused ladinakeelses ortograafias

Muudatused mõnede ravimite nimetustes on tingitud ka ladina õigekeelsuse nõudeist. Nagu juba ülalpool võis märgata, kasutab RF IX kombineeritud ravimvormide väljakirjutamisel rea keskel pärast sõnu *Solutio, Tabulettae, Unguentum* jt. nimisõnas suurt algustähte. Nii on õige kirjutada *Solutio Natrii chlorati, Liquor Ammonii anisatus, Unguentum Ichtyoli* jne.

Joodi sisaldavate preparaatide nimetustes esineb *j* asemel *i*, sest *j* klassikalises ladina keeles puudus. Seega tuleb kirjutada *Iodum, Iodoformium, Kalium iodatum.*

Menstruaaltsüklist (kreeka sõnast *oistras*) tulenevaid nimetusi kirjutatakse *e* asemel *oe*-ga, nagu *Synoestrolum* (mitte *Synestrolum*) jne. *Pregninum*'i asemel kirjutab RF IX *Praegninum* (tuletatud sõnast *praegnans* — rase).

Mitmest komponendist koosnevate tablettide ja lahuste farmatseutiliste nimetuste grammatiliseks lihtsustamiseks on võetud eessõna *cum* asemel kasutusele sidesõna *et: Tabulettae Phenacetini* 0,25 *et Coffeini* 0,05 (vrd. endine *Tabulettae Phenacetini* 0,25 *cum coffeino* 0,05).

RF VIII (vana)	RF IX (uus)
Bijochinolum	*Biiochinolum*
Diaethylstilbestrolum	*Diaethylstilboestrolum*
Jodum	*Iodum*
Kalium jodatum	*Kalium iodatum*
Natrium jodatum	*Natrium iodatum*
Oleum vaselini	*Oleum Vaselini*

Oleum terebinthinae	*Oleum Terebinthinae*
Pregninum	*Praegninum*
Rhizoma et radix Valerianae	*Rhizoma cum radicibus Valerianae*
Rhizoma Veratri	*Rhioma cum radicibus Veratri*
Solutio natrii chlorati	*Solutio Natrii chlorati*
Synestrolum	*Synoestrolum*
Tabulettae codeini cum terpino hydrato	*Tabulettae Codeini et Terpini hydrati*
Unguentum hydrargyri album	*Unguentum Hydrargyri album*

4. Rahvusvaheline nomenklatuur

Preparaatide ladinakeelsete ja venekeelsete (ka eestikeelsete) keemiliste nimetuste ühtlustamiseks ja nende unifitseerimiseks (või lähendamiseks rahvusvahelisele ladinakeelsele nomenklatuurile) tegi RF IX mõningaid muudatusi ravimite nimetustes.

RF IX sissejuhatavas osas on märgitud, et RF IX kehtivuse ajal säilitatakse peamiste ametlike nimetustena RF VIII vanad ladinakeelsed nimetused ja nende all tuuakse ära rahvusvahelised ladina nimetused (ka viimaseid on lubatud kasutada). See võimaldab RF X kehtestamisel juba täielikult üle minna rahvusvahelisele ladinakeelsele nomenklatuurile.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri nr. 02—15/48 31. 08. 1962. a. nõuab, et tööstused kasutaksid ravimite pakendite markeerimisel rahvusvahelist ladinakeelset nimetust. See teeb nende nimetuste tundmise eriti tähtsaks. Nomenklatuuri kohaselt kirjutatakse keemiliste preparaatide nimetustes esikohal katiooni nimetus omastavas käändes ja teisel kohal aniooni nimetus nimetavas käändes, näiteks *Natrii chloridum* — naatriumkloriid.

Anioonide ladinakeelsed nimetused moodustatakse hapnikku sisaldavate hapete soolade puhul sufiksitega *-as* ning *-is* ja hapnikuta ühendite puhul sufiksiga *-idum*.

is- ja *as*-lõpulised nimetused

Rahvusvaheline nimetus	Vana nimetus
Anorgaanilised ühendid	
Amylii nitris	*Amylium nitrosum*
Argenti nitras	*Argentum nitricum*
Barii sulfas	*Barium sulfuricum*
Bismuthi subnitras	*Bismuthum subnitricum*
Calcii carbonas	*Calcium carbonicum*
Cupri sulfas	*Cuprum sulfuricum*
Magnesii sulfas	*Magnesium sulfuricum*
Natrii sulfas	*Natrium sulfuricum*
Zinci sulfas	*Zincum sulfuricum*
Orgaanilised ühendid	
Calcii glycerophosphos	*Calcium glycerophophoricum*
Calcii gluconas	*Calcium gluconicum*
Natrii ascorbinas	*Natrium ascorbinicum*
Natrii citras	*Natrium citricum*
Natrii para-aminosalicylas	*Natrium para-aminosalicylicum*
Natrii salicylas	*Natrium salicylicum*
Natrii nicotinas	*Natrium nicotinicum*

Omastava käände lõpp *is*-lõpulistel sõnadel (kasutatakse retseptides) on *-itis* (*nitritis*) ja *as*-lõpulistel sõnadel *-atis* (*sulfatis*).

idum-lõpulised nimetused:

Rahvusvaheline nimetus	Vana nimetus
Anorgaanilised ühendid	
Calcii chloridum	*Calcium chloratum*
Hydrargyri oxydum flavum	*Hydrargyrum oxydatum flavum*
Hydrogenii peroxydum	*Hydrogenium peroxydatum*
Kalii bromidum	*Kalium bromatum*
Kalii iodium	*Kalium iodatum*
Magnesii oxydum	*Magnesium oxydatum*
Magnesii peroxydum	*Magnesium peroxydatum*
Natrii bromidum	*Natrium bromatum*
Natrii chloridum	*Natrium chloratum*
Zinci oxydum	*Zincum oxydatum*
Orgaanilised ühendid	
Acetylcholini chloridum	*Acetylcholinum chloratum*
Diplacini dichloridum	*Diplacinum dichloratum*
Thiamini bromidum	*Thiaminum bromatum*
Streptomycini et Calcii chloridum	*Streptomycinum-Calcium chloratum*

Enamiku orgaaniliste aluste (primaarsed, sekundaarsed ja tertsiaarsed ühendid) halogeensooladel kasutatakse veel sufiksit *hydro-*, seega *hydrobromidum, hydrochloridum ja hydroiodidum.*

Rahvusvaheline nimetus	Vana nimetus
Aethylmorphini hydrochloridum	*Aethylmorphinum hydrochloricum*
Adrenalini hydrochloridum	*Adrenalinum hydrochloricum*
Apomorphini hydrochloridum	*Apomorphinum hydrochloricum*
Chlortetracyclini hydrochloridum	*Chlortetracyclinum hydrochloricum*
Cocaini hydrochloridum	*Cocainum hydrochloricum*
Emetini hydrochloridum	*Emetinum hydrochloricum*
Ephedrini hydrochloridum	*Ephedrinum hydrochloricum*
Lobelini hydrochloridum	*Lobelinum hydrochloricum*
Morphini hydrochloridum	*Morphinum hydrochloricum*
Oxytetracyclinii hydrochloridum	*Oxytetracyclinum hydrochloricum*
Pachycarpini hydroiodidum	*Pachycarpinum hydroiodicum*
Papaverini hydrochloridum	*Papaverinum hydrochloricum*
Pilocarpinum hydrochloridum	*Pilocarpinum hydrochloricum*
Salsolini hydrochloridum	*Salsolinum hydrochloricum*
Scopolamini hydrobromidum	*Scopolaminum hydrobromicum*

Retsepti näidiseid:

Rp. *Kalii bromidi*
Natrii bromidi ää 3,0
Aq. destill. 200,0
M. D. S. 3 korda päevas
1 supilusikatäis

Rp. *Sol. Thiamini bromidi* 5%—1,0
D. t. d. N. 10 *in amp.*
S. Süstimiseks à 1 ml.

Rp. *Scopolamini hydrobromidi* 0,025
Aq. destill. 10,0
M. D. S. Silmatilgad

Rp. *Natrii sulfatis* 30,0
D. S. Lahtisti

KIRJANDUS

1. Государственная Фармакопея Союза Советских Социалистических Республик. Восьмое изд. М., 1952. — 2. Государственная Фармакопея Союза Советских Социалистических Республик. Девятое изд. М., 1961 — 3. Туркевич Н. М. и Гнидец И. Р. Номенклатура фармацевтических препаратов. Л., 1962. — 4. Циркулярное письмо Министерства здравоохранения СССР № 02–15/48 31/VIII 1962 г. — 5. Gehes Codex. VII Auflage. Dresden. 1937.

О НОМЕНКЛАТУРЕ МЕДИКАМЕНТОВ

И. Подольский

Резюме

Государственная фармакопея СССР IX издания ввела ряд изменений в официнальные наименования медикаментов. Эти изменения можно в основном свести в четыре группы: новые наименования взамен патентных торговых названий; применение более рациональных химических наименований; изменения, связанные с латинской орфографией, и использование международной терминологии согласно *Pharmacopoea Internationalis*.

Перечисленные изменения рассматриваются по отдельным группам и сравниваются с номенклатурой Государственной фармакопеи СССР VIII издания.

Хотя во введении к фармакопее IX издания отмечается, что на время ее действия в качестве основных официнальных названий сохраняются старые латинские названия, принятые в Государственной фармакопее VIII издания, однако Министерство здравоохранения СССР своим циркулярным письмом № 02-15/48 от 31 VIII 1962 г. дало указание медицинской промышленности писать на этикетках медикаментов международные латинские названия. Это обстоятельство делает изучение международных наименований особенно важным.

Tervishoiu organisatsioon

VÄSIMATULT TÄIUSTADA JA PARANDADA HAIGLARAVI

A. SARAP,

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem

NLKP XXII kongressil vastuvõetud programmis näidatakse konkreetsed teed Nõukogude Liidu elanike tervise paremaks kaitsmiseks. Lähemas tulevikus tuleb linna- ja maaelanikud täielikult rahuldada iga liiki kõrgesti kvalifitseeritud arstiabiga.

Vabariigi tervishoiuorganid on viimaste aastate jooksul suurendanud voodikohtade arvu, seda ka erialade järgi. On tõusnud meditsiinipersonali kvalifikatsioon, täienenud haiglate tehniline sisseseade, paranenud haigete teenindamise kvaliteet ja kultuur. 1. jaanuariks 1962. a. oli ainuüksi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis 10 915 voodikohta. 1961. a. saadi juurde üle 500 voodikoha. Viimastel aastatel on voodikohtade arv suurenenud peamiselt uute haiglate ehitamise arvel. Avati uued suured haiglad Tapal, Narvas, Antslas, Kallavere töölisasulas, Kohtla-Järvel (Ahtmes) jm. Kasvas ka linna- ja rajoonihaiglate keskmine suurus, väikeste jaoskonnahaiglate arv samal ajal vähenes.

1961. a. raviti linnahaiglates 165 790 inimest, nende hulgas 56 086 maaelanikku.

Meie vabariik on haiglavooditega suhteliselt rahuldavalt kindlustatud, üksikutel erialadel on aga neist veel puudus (sisehaiguste, kirurgilist ravi vajavate haiguste, günekoloogiliste haiguste, silma- ja kõrva-nina-kurguhaigustega haigete raviks). Uute haiglate ehitamisel tuleb seda arvestada.

Samuti on mõnedes linna- ja rajoonihaiglates haiglakohad koormatud ebaühtlaselt. Kui 1961. a. oli haiglavoodi keskmine kasutatavus vabariigis 335,5 päeva, siis maa-jaoskonnahaiglates oli see 305,3 päeva (sünnitajatele määratud haiglakohtade kasutatavus ainult 81 päeva). See näitab, et paljud rajoonihaiglad ei rakenda küllalt jaoskonnahaiglate reserve. Sünnitusabiks määratud voodikohad tuleb aga paljudes jaoskonnahaiglates ümber profileerida.

Kuigi voodikohtade üldarv on suhteliselt rahuldav, esineb võrdlemisi suur protsent hospitaliseerimisest äraütlemisi (mõnedes haiglates kuni 10%). Samal ajal aga viibib haiglates suur hulk selliseid krooniliste haigusvormidega haigeid, kes ei vaja eriarstide abi, vaid peamiselt põetamist. Näiteks Tartu Linna Kliinilises Haiglas (peaarst R. Lepner) viibis haige K. (82 a. vana, diagnoos: sooleveerejooksu kahtlus, ateroskleerootiline kardioskleroos) ravil 82 päeva. Haige M., 76 a. vana, viibis kroonilise südame ja vereringe puudulikkusega ravil 81 päeva.

Oluliseks puuduseks on see, et ambulatooriumid ja polikliinikud ei valmista haigeid küllaldaselt ette statsionaarseks raviks, haiglates aga ei kasutata haige polikliinilise uurimise andmeid. Näiteks Pärnu Linna Haiglas (peaarst K. Mõttus) kontrolliti kirurgia osakonnast (osakonna juhataja A. Kõre) lahkunud 53 haige haiguslugu. Selgus, et paljud haiged, kes saabusid operatsioonile plaanilises korras, olid polikliiniku poolt uurimata, mistõttu operatsioonieelne periood venis pikale. Järelikult pikenes ka patsientide haiglas viibimise aeg.

Mõnedes haiglates ei täideta kohustuslikku nõuet uurida haiglaravile saabunud isikuid röntgenoloogiliselt ja soolenugiliste suhtes. Näiteks kontrolliti Viljandi Rajooni Haigla (peaarst K. Soots) I kirurgia osakonnast käesoleval aastal lahkunud 123 haige haiguslugu. Selgus, et 78 inimest olid jäänud röntgenoloogiliselt uurimata. Soolenugiliste suhtes ei olnud uuritud 50 inimest.

Mitmetes haiglates ei vaadata profülaktilis-onkoloogiliselt läbi ravil viibivaid naisi ja ravitakse puudulikult kõrvalhaigusi (günekoloogilisi, stomatoloogilisi, kõrva-nina-kurguhaigusi jt.).

Haiguslugusid täidetakse sageli hilinenult ja hooletult. Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas kontrolliti 140 haiguslugu. 15% juhtudest ei olnud märgitud tähtsaid momente haige seisundi kohta, nii et ei saa ettekujutust haiguse kulust. Näiteks haiguslugu nr. 1474/1962. a.: diagnoos — müokardiinfarkt; anamneesis puuduvad seda haigust iseloomustavad sümptoomid. Haiguslugu nr. 749/1962. a.: diagnoos — kardioskleroos, krooniline südame- ja veresoonte puudulikkus, III järk; haigusloose ei ole märgitud andmeid südamepiirde, südametoonide ja pulsi iseloomu kohta.

Paljudes haiguslugudes puudub lõpliku diagnoosi panemise kuupäev, mistõttu ei ole võimalik selgitada haigete kliinilise uurimise kestust. Näiteks Viljandi Rajooni Haigla I kirurgia osakonnast väljakirjutatud 161 haige haigusloo uurimisel selgus, et lõpliku diagnoosi panemise kuupäev puudus 88 haiguslool. Pärnu Linna Haigla sisehaiguste osakonnas kontrollitud 75 haigusloost puudus kliinilise diagnoosi panemise kuupäev 13 haiguslool.

Haiglaravi kestusele avaldavad mõju ka pühade-eelsed päevad, pühad ja pühapäevad, sest siis ei uurita ega ravita haigeid aktiivselt ja nad on

peamiselt keskharidusega meditsiinipersonali hooldamisel. Kogemused näitavad, et enamikus haiglates ravitakse haigeid 7 nädalapäeva asemel ainult 5—5,5 päeva.

Meil on veel palju kasutamata sisemisi reserve. Haiglate peaarstide ülesandeks on jälgida voodikohtade kasutamist ning haiglaravil viibimise kestust ja organiseerida sellele vastavalt reservide ärakasutamist.

Kõige suuremad reservid peituvad elanikkonna polikliinilises teenindamises, selle paremas korraldamises, eriti arstiabi andmisel kodus. Ravi kodus tuleb aga vaadelda kui hästi korraldatud polikliinilise abi liiki.

Haigete hospitaliseerimiseks on vaja luua kindel süsteem. Eeskätt on vaja korraldada haigete ratsionaalne uurimine ja kindlustada täielik koostöö polikliiniku ning statsionaari vahel. Plaanilises korras statsionaari saadetavad haiged peavad olema ambulatooriumis hoolikalt uuritud, vajaduse korral tuleb konsulteerida eriarsti. Siis saab komplekssset ravi (kaasa arvatud füsioteraapia ja ravikehakultuur) alustada juba patsiendi haiglasse saabumise päeval. Tuleb hoolikalt ja igakülgselt kaaluda hospitaliseerimise näidustusi, haiglas viibimise aega ja tarvilike uurimiste iseloomu ning ulatust. Samuti tuleb korraldada meditsiinitöötajate tööd. Haiglas on see eelkõige osakonnajuhatajate ülesanne.

Käesoleva aasta septembris korraldatud üleliidulisel nõupidamisel haiglaravi üle rõhutas NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov, et tähtis on haigete hospitaliseerimises sisse seada täpne süsteem, kusjuures tuleb arvestada mitte ainult territoriaalset printsiipi, vaid ka olemasolevate voodikohtade jaotumist. Tuleb kasuks, kui mitmesuguste haiglate väikesed osakonnad ja üksikud spetsialiseeritud voodikohad ühendada üheks suureks osakonnaks. Samuti tuleb talitada ka laboratooriumidega: ühendada haiglates kõik väikesed laboratooriumid üheks ja varustada see kaasaegse sisseseadega. Seda tuleb meil teha esmajärjekorras Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel. Mõnede ravi-profülaktikaasutuste juurde on vaja luua suured biokeemia, seroloogia, bakterioloogia ja hematoloogia laboratooriumid. Sel alal on väärtuslikke kogemusi Leningradil.

Nõupidamisel rõhutati haigla ja polikliiniku koostöö vajalikkust. Nii märkis Moskva TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja asetäitja A. Šelapin, et polikliinikute arstid on nüüd hoolikamad ja hospitaliseerivad haigeid polikliiniku sisehaiguste osakonna juhataja osavõtul. On saavutatud tihe koostöö paljude statsionaaride ja isegi ühendamata polikliinikute vahel, mida aga meie veel kahjuks väita ei saa. Näiteks haigete hospitaliseerimine Kopli polikliiniku poolt teenindatavast rajoonist on alati seotud suurte raskustega, olgugi et see on Tallinna suurim tööstusrajoon. Tallinna Linna Tervishoiu Osakond peab selle küsimuse viivitamata lahendama. Tallinna Linna II Haigla baasil tuleb organiseerida konsultatsioonikeskus, mis aitaks tõsta Tallinna raviasutuste töö kvaliteeti.

Statsionaarse abi parandamisel etendab tähtsat osa arstide ja keskharidusega meditsiinipersonali kvalifikatsiooni tõstmine (nii sisehaiguste alal kui ka piiraladel). Polikliiniku arstide kvalifikatsiooni tõstmise üheks mooduseks on ka nende rakendamine statsionaaris. Nagu praktika on näidanud (seda öeldi ka üleliidulisel nõupidamisel) on ebaotstarbekohane, kui polikliinikuarst töötab statsionaaris ainult 3—4 kuud. See aeg peab olema pikem — kuni 1 aasta ja isegi rohkem, sõltuvalt kohalikest oludest ja võimalustest.

Meditsiiniõdede kvalifikatsiooni tõstmine peab toimuma programmi järgi, mille kohaselt tuleb omandada ka peamised diagnoosimismeetodid vältimatus abis, elektrokardiograafia tehnika müokardiinfarkti puhul, uriini atsetooni- ja suhkrusisalduse uurimine diabeetilise kooma korral, lihtsamad laboratoorsed uuringud, samuti mõned füsioterapeutilised protseduurid, mida saab teha iga valveõde. Tuleb käsitleda ka meditsiiniõe tööd vastavalt osakondadele.

Kompleksravis on suur tähtsus säästerežiimil. Oluline on kõrvaldada kõik haiget ärritavad tegurid. Palju oleneb meditsiinipersonali käitumisest, alates arstist ja lõpetades sanitariga. Säästerežiimi loomisel on tarvis sisustada haigete vaba aega (kultuurharidustöö jm. üritused). See aitab mõtteid haigusest, tulevikust pärast haiglast väljakirjutamist jne. kõrvale juhtida. On tarvis, et haiged saaksid pikemat aega värskes õhus viibida.

Paljudes haiglates ei ole patsientide külastamine hästi korraldatud. Ülalliikuvate haigete kokkusaamine omastega peab toimuma väljaspool palatit, puhketubades või külastajate vastuvõtuks sisustatud ruumis.

Külastajaid tuleb hoiatada, et nad ei häiriks haige rahu ega räägiks talle kodustest jm. ebameeldivustest. Igas osakonnas peab olema nähtaval kohal informatsioon: külastamispäevad ja -tunnid, toiduainete loetelu, mida võib haigele tuua jm. Tuleb võtta eeskuju eesrindlikest haiglatest, kus haigete külastamise tundidel viibivad osakonnas raviarst ja osakonna juhataja, sageli isegi haigla peaarst. Kas haiget võib külastada või mitte, otsustab raviarst.

Lõpuks on ravi- ja säästerežiim otseses seoses esteetikaga. Miks peab haiglas olema kõik šablooni järgi, näiteks seinad, taburetid, voodid, pesu, kitlid jne. — kõik valged? Kas ei ole kontrast palati, korteri või haige endise tööruumi vahel liiga järsk? Kas ei väsita, ei ärrita see ümbrus haigeid ja ka meditsiinitöötajaid endid? Sama võiks küsida ka meditsiinipersonali riietuse kohta: see peab olema täiesti korras, ent niisugune, et see rõõmustaks ja rahustaks haiget. Tuleb julgemini juurutada Meditsiiniliise Varustuse Valitsuse poolt väljatöötatud riietust. Mõnikord on haiglates pesu halvasti pestud ega vasta haige kasvule. Miks ei võiks lubada haigel viibida statsionaaris oma ihupesuga, kanda oma pidžaamat või hommikumantlit?

Viimastel aastatel on paljude Nõukogude Liidu linnade ümbruses organiseeritud tervenejate sanatoorseid osakondi, mis alluvad haiglatele. Ka meil tuleks otsida selliseid võimalusi.

Kogemused näitavad, et haigla tööd võib tunduvalt paremini korraldada, kui täielikumalt kasutada olemasolevaid reserve ja võimalusi.

НЕУСТАННО СОВЕРШЕНСТВОВАТЬ И УЛУЧШАТЬ СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

А. Сарап

Резюме

Стационарная помощь занимает одно из важнейших мест в системе медицинского обслуживания населения. Органами здравоохранения республики за последние годы проведен ряд мероприятий по расширению коечной сети и ее специализации, повышению квалификации медицинского персонала, техническому оснащению больничных учреждений, улучшению качества и культуры обслуживания больных.

Вместе с тем в стационарном обслуживании имеются серьезные недочеты, нередко обусловленные недостаточным использованием внутренних резервов лечебно-профилактических учреждений

С большой недогрузкой работают сельские участковые больницы, недостаточно используются родильные койки. Амбулаторно-поликлиническая сеть недостаточно подготавливает больных к стационарному лечению, что подчас ведет к нерациональному использованию коечного фонда. Весьма большое значение имеет лучшая организация поликлинического обслуживания населения и особенно оказание помощи больным на дому. Необходимо рациональнее организовать преемственность между поликлиникой и стационаром. Работу поликлинического врача в стационаре необходимо продлить до одного года и более, причем заведующие поликлиническим и соответствующим стационарным отделениями должны совместно решать вопрос о продлении или сокращении срока работы врача в стационаре.

В комплексе лечения больных большое значение имеет также правильно организованный охранительно-лечебный режим. Оправдывает себя организация при больницах отделений для выздоравливающих больных или санаторные отделения.

HÜPERTOONIATÕVE RAVIST ERPOSIIDIGA

· *R. KASKMETS*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *J. Riiv*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*).

Hüpotiasiid (dihüdroklorotiasiid) on tuntud diureetilise ja hüpotensiivse vahendina (3, 4, 5, 6, 7, 8). Diureetiline toime on tingitud naatriumi ja kloori reabsorptsiooni pidurdumisest neerutorukestes, mille tõttu nende elementide ja vee, vähemal määral kaaliumi eritumine suureneb (1, 5, 6). Ka hüpotensiivset toimet seotakse natriureesiga, eriti veresoonte seinte naatriumisisalduse langusega, mille tagajärjel väheneb veresoonte tundlikkus pressoorsete amiinide (adrenaliin, noradrenaliin) suhtes (2,6). Ühe komponendina tuleb arvesse ka südame löögimahu langus, mis on seotud hüpovoleemiaga (5, 6). Mitmed autorid [L. Poljantseva ja A. Mosel (5), V. Menšikov (4), N. Ratner kaasautoritega (6), L. Lantsberg (2)] on esile tõstnud hüpotiasiidi reserpiini potentseerivat toimet.

Ungari firma «Hinoin» toodab preparaati nimetusega erposiid, mille üks tablett sisaldab 0,1 mg reserpiini ja 10 mg hüpotiasiidi. 1 tablett erposiid-fortet sisaldab 0,25 mg reserpiini ja 25 mg hüpotiasiidi. Meil oli võimalus rakendada erposiid-fortet hüpertooniatõvega haigetel vanusega 18—76 a. (30 haiget, 21 naist ja 9 meest). 7 juhul oli haigus kestnud kuni 2 a., 7 juhul kuni 5 a., 13 juhul kuni 10 a., 3 juhul üle 10 a. Ühel haigel oli hüpertooniatõbi I staadiumis, 10-l IIa staadiumis, 17-l IIb staadiumis, kahel III staadiumis. Rohkem kui pooltel haigetest esines hüpertooniatõve tserebraalne vorm (16 juhul), 9-l haigel tserebrokardiaalne, 5-l kardiaalne vorm. Tserebraalse vormiga haigetel olid esiplaanil kaebused peapöörituse, peavalude ja kohina üle kõrvus, tserebrokardiaalse vormi puhul lisandusid nendele veel stenokardianähud või südame- ja veresoonkonna puudulikkus. Kardiaalse vormiga haiged hospitaliseeriti südame- ja veresoonkonna puudulikkuse nähtudega, kolmel neist olid tursed jalgadel.

3 haiget raviti ambulatoorselt, 27-l toimus ravi statsionaaris 1—6 nädala vältel ja jätkus ambulatoorselt. Peale 1 haige olid kõik varem saanud mitmesugust ravi (reserpiin, *magn. sulfuricum*, novokaiin jt.), mis olid andnud ajutise või puuduliku tulemuse.

Ravi erposiidiga alustati statsionaaris viibimise 3.—5. päeval. Muid hüpotensiivseid vahendeid sel ajal ei kasutatud, vajaduse korral said haiged ainult palderjanitinktuuri, adonisiidi, õhtul 0,1—0,2 g barbamüüli, kardiovaskulaarse puudulikkuse korral strofantiini või digitaalist. Erposiidi määrati algul 2—3 tabletti päevas, vererõhu järsu languse puhul vähendati annust kahe, ühe või poole tabletini päevas. Rõhuval enamikul (23 haigel) langes vererõhk märgatavalt juba 2.—3. ravipäevaks, ülejäänud 7-l hakkas vererõhk langema 4.—5. päeval. Maksimaalne hüpotensiivne efekt saabus kõige sagedamini (13 haigel) 4. ravipäeval, teistel 5.—8. päeval. Eriti kiiret ja ulatuslikku vererõhu langust võis täheldada suurema algdoosi puhul (3 tabletti päevas). Ravi tulemusi illustreerib tabel.

Vererõhu langus erposiidravi vältel

Hüpertoonia-tõve staadium	Haigete arv	Süstoolse vererõhu langus (mm-tes)				Diastoolse vererõhu langus (mm-tes)					Raviefekt puudus	
		10—20	21—40	41—60	üle 60	10—20	21—30	31—40	41—60	üle 60	Subj.	Obj.
I	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
IIa	10	1	3	6	—	6	4	—	—	—	1	—
IIb	17	2	4	7	4	9	5	—	—	3	1	—
III	2	—	2	—	—	1	1	—	—	—	1	—
Kokku	30	3	10	13	4	17	10	—	—	3	3	—

Kõikidel haigetel langes nii süstoolne kui ka diastoolne vererõhk: süstoolne 10—110 mmHg, diastoolne 10—90 mmHg võrra. Statsionaarse ravi lõpul jäi vererõhk kas normi piiridesse (19 haigel) või mõõdukalt kõrgenenuks (8 haigel). Ka kõigil kolmel ambulatoorselt ravitud haigel olid tulemused head. Paralleelselt vererõhu langusega vähenesid või kadusid ka subjektiivsed häired, ainult 3 haigel jäid kaebused püsima.

Vererõhu väga kiire ja järsu languse korral tundsid haiged nõrkust, peapööritust, esines ka oksendamist, üksikutel tugevnes stenokardia. Väiksema päevase annuse (2 tabletti või vähem) toimel langes vererõhk aeglasemalt ja selliseid nähte ei esinenud. Koronaar- ja ajuvereringe häirete puhul, kus vererõhu järsk langus pole soovitav, tuleb niisiis alustada ravimi väiksemate annustega, kontrollides sagedasti vererõhku (vähemalt 1—2 korda päevas). Koronaarskleroos iseenesest pole erposiidravile vastunäidustuseks. Kahel haigel kutsus 2 tabletti erposiidi päevas esile unisuse. Muid ebasoovitavaid kõrvalnähte ravi vältel ei täheldatud.

Olles saavutanud esialgse raviefekti, valisime individuaalse säilitusdoosi, milleks osutus $^1/_2$—1—2 tabletti päevas. Sama annus määrati ka koduseks raviks.

11 haiget jälgiti pärast statsionaarse ravi lõppu veel ambulatoorselt 1—5 kuu vältel. 8-l neist võib kaugtulemusi hinnata heaks. Haiged tunnevad end hästi, vererõhk on kas normi piirides või mõõdukalt kõrgenenud (160—170/90—100 mmHg). Sobivaks annuseks on neil jäänud $^1/_2$—2 tabletti päevas. Ravimi ärajätmisel või liiga väikese annuse puhul tõuseb aga vererõhk uuesti ja enesetunne halveneb. Ravi peab seetõttu olema püsiv, süstemaatiline. 3 haigel, kelle ravi tulemused statsionaaris olid tagasihoidlikumad, jäid kaebused püsima ja ka kodus tõusis vererõhk kestvale ravile vaatamata.

Erposiidravi vältel olid haiged tavalisel toidul, keedusoola hulka piirati ainult kardiovaskulaarse puudulikkusega haigetel. Tursete esinemisel (3 haigel) täheldasime esimese 4—5 päeva vältel diureesi tõusu 40—80 ml võrra, hiljem diurees väheneb ja suurenes uuesti novuriidi manustamisel. Kardiovaskulaarse puudulikkusega (I või IIa staadium) haigetel, kel tursed puudusid, ületas diurees tarvitatud vedelikuhulga esimese 4—5 päeva vältel kas 300—400 ml võrra või oli vedeliku bilanss tasakaalus. Täieliku kardiovaskulaarse kompensatsiooniga haigetel polnud diureesi suurenemist märgata.

Kindlaid hüpokalieemia tunnuseid haigetel ei esinenud. Küll aga soovitavad mitmed autorid (1, 2, 5, 6), silmas pidades hüpokloreemia ja -kalieemia tekkimise võimalust hüpotiasiidi pikaaegsel kasutamisel, soolasisaldust toidus mitte piirata ja manustada aeg-ajalt tsüklitena kaaliumkloriidi 4—6 g päevas.

Erposiidi puudumisel võib niisamasuguse eduga kasutada reserpiini ja hüpotiasiidi kombinatsiooni vastavates annustes. Meie kogemused näitavad, et nimetatud ravimeid eraldi tarvitades võib reserpiini pideval kaastoimel manustada hüpotiasiidi ka ainult 2—3 korda nädalas 50 või 100 mg *pro die*.

KIRJANDUS

1. Кишфалуди Ш. Венгерская медицина, 1961, 1, 19—31. — 2. Ланцберг Л. А. Клинич. медицина, 1962, 1, 48—53. — 3. Лесничий А. В. Сов. медицина, 1962, 2, 151. — 4. Меньшиков В. В. Терапевт. арх., 1961, 9, 12—15. — 5. Полянцева Л. Р., Мозель А. И. Сов. медицина, 1962, 12, 23—29. — 6. Ратнер Н. А., Глезер Г. А., Спивак Г. Л., Шарапов У. Б., Терапевт. арх., 1961, 10, 92—102. — 7. Рийв Я. Я. и Хансон Х. М. Врачебн. дело, 1962, 1, 51—54. — 8. Ясиновский М. А., Терлецкая Г. М. и Руденко Н. Б. Врачебн. дело, 1962, 1, 44—51.

О ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЭРПОЗИДОМ

Р. Каскметс

Резюме

Для лечения гипертонической болезни применялся венгерский препарат эрпозид-форте, одна таблетка которого содержит 25 мг гипотиазида и 0,25 мг резерпина. Суточная доза в 2—3 таблетки вызывает резкое понижение артериального давления уже на второй или третий день лечения. Максимальный гипотензивный эффект наступает обычно на четвертый, в некоторых же случаях на 5—8 день, причем понижаются как систолическое (на 10—110 мм) так и диастолическое давление (на 10—90 мм). Эффект держится у большинства больных, причем артериальное давление остается в пределах нормы или несколько повышенным. Оптимальной поддерживающей лечебный эффект дозой является 1/2—1—2 таблетки в день. При этой дозировке эрпозид не вызывает побочных явлений и может с успехом применяться в течение длительного времени и в амбулаторных условиях.

MAO- JA SOOLESISU EVAKUEERIMISEST

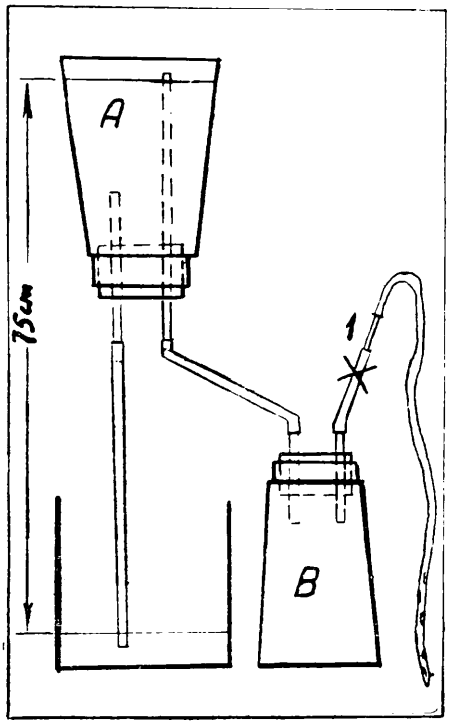
R. PURRE ja *J. SAMARÜTEL*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üldkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *A. Rulli*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Üldkirurgia osakondade igapäevases ravitöös on üheks sagedasemaks ja raskemaks probleemiks võitlus seedetrakti pareesiga, mis esineb komplikatsioonina paljude patoloogiliste protsesside ning kirurgiliste operatsioonide puhul. Eriti teravalt kerkib nimetatud küsimus esile peritoniidi ja mehaanilise iileusega haigete operatsioonijärgsel põetamisel. Kuna neil juhtudel on ravi sageli vähese efektiivsusega, oleme Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonnas rutiiniks kujunenud ravivõtete (mitmesugused klistiirid, korduvad maoloputused, soojad mähised, silelihaskonna stimulaatorid, paranefriumi blokaadid, hüpertoonilise soolalahuse manustamine veeni) kõrval kasutusele võtnud mao- ja soolesisu pideva aktiivse aspireerimise.

Iileuse puhul on ravi põhiülesandeks saavutada soolestiku dekompressioon, et taastuks soolte normaalne kaliiber, toonus, verevarustus ja motoorika. Nii kodu- kui ka välismaise meditsiinilise kirjanduse andmeil kasutatakse sel eesmärgil laialdaselt gastrointestinaalset intubatsiooni. Võttes aluseks teoreetilise seisukoha, et seedetrakti pareesi korral põhjustab meteorismi pidevalt allaneelatava õhu ning peamiselt trakti üla-

osast pärineva vedeliku valgumine peristaltika kaotanud soolde (O. H. Wangensteen *), võiks oodata, et juba maosisu, veel parem kaksteistsõrmiksoole sisu pidev evakueerimine annab häid tulemusi paralüütilise iileuse profülaktikas ja ravis.



Vedelik väljub Bobrovi pudelist A, tekitades aspiratsiooniks vajaliku negatiivse rõhu kogumispudelis B. Klaaslüli (1) võimaldab jälgida süsteemi tööd. Et vältida süsteemi tühjaksjooksmist sondi loputamise ajal, tuleb toru klemmiga (×) sulgeda. Aeg-ajalt on kasulik sondi loputamisel klemm avada, et kontrollida aktiivse aspiratsiooni olemasolu. Kummitorud on skeemil lihtsuse mõttes kujutatud lühikeste ja sirgetena, tegelikult pole nende pikkus oluline.

Alates 1961. a. sügisest olemegi kasutanud järgnevat metoodikat: viime haigele nina kaudu makku peene maosondi või duodenaalsondi, millel on oliiv eemaldatud ning samasse külgedele 25 sm ulatuses 5—6 auku lõigatud. Sondi neelamise hõlbustamiseks võib haigele samaaegselt anda juua. Keskmist kasv täiskasvanuil oleme sondi viinud sisse 75—85 sm ulatuses (alates ninasõõrmest), arvestusega, et see kaksteistsõrmiksoolde edasi liigub. Sondi asendit me ei ole röntgenoloogiliselt kontrollinud Seejärel aspireerime sondi kaudu pidevalt umbes 75 sm veesamba negatiivse rõhuga. Aspiratsioonirõhu saamiseks kasutame ühendatud anumate süsteemi Bobrovi pudeleist (vt. joonis). Süsteemi efektiivseks töötamiseks tuleb seda pidevalt jälgida ja sondi reeglipäraselt loputada sooja Ringeri lahusega (loputamise sagedus oleneb aspireeritava soolesisu iseloomust).

Kirjeldatud metoodikat oleme rakendanud peritoniidi, mehaanilise iileuse, ägeda pankreatiidi, anastomosiidi, pülooruse stenoosi jms. diagnoosidega haigetel nii operatsiooni eel kui ka pärast operatsiooni. Nagu kirjanduse andmetel, nii on ka meie kogemuste järgi tulemus parem juhul, kui aspireerimist tehakse profülaktiliselt, ootamata meteorismi teket. Kuid ka väljakujunenud meteorismi puhul takistab aspireerimine selle progresseerumist ning võimaldab osalist dekompressiooni.

Operatsioonijärgsel perioodil oleme mao- ja soolesisu pidevat aspireerimist alustanud kohe, jätkates seda 3—4 ööpäeva jooksul. Vajaduse korral oleme sondi sisseviimisel ninasõõrmeid vahetanud. Sondeerimise oleme lõpetanud siis, kui on olemas küllaldane peristaltika ning pärasoolest väljub gaasi. Paralleelselt kasutame silelihaskonna stimulaatoreid ja teisi ravivõtteid.

Lisaks püüame haigetel, kel põhiprotsessi või pikaajalise infusioonteraapia tõttu on oodata raskeid vee- ja elektrolüütide- ainevahetuse häireid, määrata iga päev plasma ioonide (Na+, Cl—, K+) koostist ning rakendada vastavat ravi. Erinevalt varasemast kasutame seetõttu nüüd hüpertoonilist soolalahust veenisisesi ainult siis, kui on olemas näidustus põhiprotsessi, eelnevat ravi ja plasma ioonide nihkeid arvestades. Vee ja elektrolüütide bilanssi aitab hoida ka see, et pidev aspireerimine võimaldab määrata eemaldatud soolesisu hulka ning koostist.

* O. H. Wangensteen «Intestinal Obstructions», Ed. III. Springfield (Illinois), 1955, 196—262.

ОБ ЭВАКУАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО

Р. Пурре и *Ю. Самарютель*

Резюме

Излагаются физиологические основы применения постоянного желудочного (дуоденального) дренажа при лечении паралитических состояний желудочно-кишечного тракта. Описывается применяемая в хирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы методика постоянного отсасывания желудочно-кишечного содержимого при помощи системы сообщающихся сосудов. На основании данных литературы и собственного опыта рекомендуется применение этой методики при профилактике и лечении паралитической непроходимости кишечника различной этиологии (перитонит, острый панкреатит и т. д.).

DEPOLARISEERIVA RELAKSANDI LÜSTENOONI KASUTAMISEL ESINENUD «KAHEKORDSE BLOKI» JUHT

Arstiteaduse kandidaat *N. HAUG* ja *A. TALIHÄRM*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*, ja Tallinna Linna Tuberkuloosihaiglast, peaarst *L. Osminina*)

Üheks harva esinevaks tüsistuseks depolariseerivate relaksantide kasutamisel on nn. kahekordne blokk, mille tagajärjel spontaanne hingamine lakkab haigel 1—2 tunniks pärast relaksandi korduvat fraktsioneeritud manustamist. Senini on kirjanduses kirjeldatud üksikuid «kahekordse bloki» juhte dekametooniumi ja ditiliini (lüstenoon on viimase sünonüüme) kasutamisel [V. Smolnikov (1), H. Churchill-Davidson (2)]. Esitame tähelepaneku, kus «kahekordne blokk» tekkis haigel, keda opereeriti ägeda soolesulguse tõttu, kusjuures narkoosiks manustati depolariseerivat relaksanti lüstenooni.

Meeshaige E. R., 59 a. vana, suunati ravile Tallinna Linna Tuberkuloosihaiglasse 26. XII 1961. a. diagnoosiga *cystitis tuberculosa* (haiguslugu nr. 11509). 1956. a. oli haigel esinenud ajuinsult ja 1961. a. kevadel diagnoositud röntgenoloogiliselt kaksteistsõrmiksoole haavandit. Viimase 3 kuu jooksul enne haiglasse tulekut kannatas haige korduvalt osalise soolesulguse nähtude all. 7. I 1962. a. tekkisid haigel ägeda soolesulguse nähud, mis konservatiivsete ravimenetluste rakendamisel ei möödunud. 8. I 1962. a. tehti haigel üldnarkoosi all laparotoomia, kus selgus, et soolesulguse põhjustas jämesoole parema käärsoolekoolu piirkonnas asuv suur tuumor, mis topistas peaaegu kogu jämesoole valendiku. Maksas metastaase ei täheldatud. Resetseeriti ülenev käärsool ning suurem osa ristikäärsoolest ja anastomoseeriti ileotransversostoomia näol külg-küljega.

Operatsioon toimus kombineeritud intratrahheaalse narkoosiga (naerugaas, hapnik, lüstenoon). Operatsiooni algusest kuni eemaldatava sooleosa mobiliseerimise lõpuni tehti haigele juhitavat hingamist täieliku kurarisatsiooni foonil (lüstenooni manustati iga 3—5 minuti järele 40 mg). Anastomoosi õmblemise ajal anti narkoosi spontaanse hingamisega (naerugaas ja hapnik vahekorras 3 : 1) poolavatud süsteemi juures. Enne operatsiooni lõppu kõhukoopa sulgemise ajal süstiti veel kord lüstenooni 60 mg, mis ootamatult kutsus esile kauakestva apnoe. Haigel puudus korneaalrefleks, pupillid olid laienenud, pulss keskmise täitumusega, regulaarne, pulsi frekvents 112 korda minutis, RR 118 70. Apnoe kestus 2 tundi, mille vältel tehti juhitavat hingamist. Seejärel süstiti veenisisesi 1,0 mg atropiini ja 1,5 mg proseriini. Ühe minuti möödumisel süstimisest taastus spontaanne adekvaatne hingamine ja lihaste toonus. Intubatsioonitoru eemaldati. Operatsioonijärgsel perioodil välise hingamise osas enam häireid ei esinenud.

Operatsioon kestis 4 tundi. Lüstenooni süstiti haigele kokku 920 mg. Operatsiooni ajal tehti järgnevad infusioonid: 0 (I) grupi verd 250 ml, 5%-list glükoosilahust 800 ml, füsioloogilist lahust 600 ml, 40%-list glükoosilahust 120 ml koos 16 TÜ insuliiniga, 10%-lst kaltsiumkloriidilahust 5 ml.

Eespool kirjeldatud juhul oli pikaajaline apnoe pärast depolariseeriva relaksandi lüstenooni korduvat süstimist kahtlemata nn. kahekordse bloki tulemuseks, sest seda oli võimalik kiiresti kupeerida proseriini manustamisega veeni. Kahekordse bloki tekkemehhanism ei ole selge. V. Smolnikov (1) on arvamusel, et depolariseerivat tüüpi relaksant võib pärast seda, kui ta fraktsioneeritud manustamisel on korduvalt esile kutsunud depolarisatsiooni, senini teadmata põhjustel tekitada mittedepolariseerivat tüüpi paralüüsi, mille tulemuseks on pikenenud apnoe. Sellega on seletatav ka spontaanse hingamise kiire taastumine pärast proseriini süstimist.

Pikenenud apnoe võib depolariseeriva relaksandi kasutamisel esineda ka siis, kui haigel ei ole veres küllaldasel hulgal pseudokoliinesteraasi, sest sel juhul ei toimu relaksandi hüdrolüüsimine normaalselt. Diferentsiaaldiagnostiliselt seisukohalt on oluline märkida, et pseudokoliinesteraasopeenia esinemisel tekib kauakestev apnoe juba esimese relaksandisüste järel. Meie poolt kirjeldatud juhul tekkis pikaajaline apnoe operatsiooni lõpul pärast viimast lüstenoonisüstet. Alates operatsiooni algusest kuni eemaldatava sooleosa täieliku mobiliseerimiseni süstiti haigele pidevalt lüstenooni (fraktsioneeritult), mis kutsus esile tavalise depolariseerivat tüüpi paralüüsi, kestusega 3—5 minutit. Sellest nähtub, et lüstenoon hüdrolüüsiti veres normaalselt ja pikenenud apnoe põhjuseks ei saanud käesoleval juhul olla vere puudulik pseudokoliinesteraasisisaldus.

Nagu eespool märgitud, ei ole kahekordse bloki tekkemehhanism selge. Võimalik, et meie poolt kirjeldatud haigel soodustas kahekordse bloki tekkimist tugev intoksikatsioon soolesulguse ja laguneva tuumori tagajärjel.

KIRJANDUS

1. Смольников В. П. В кн.: Е. Н. Мешалкин и В. П. Смольников Современный ингаляционный наркоз, М., 1959, 93—94. — 2. Churchill-Davidson, H. C. Soc. Med., 1955, Vol. 48, 621—622.

СЛУЧАЙ «ДВОЙНОГО БЛОКА» ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛИСТЕНОНА-РЕЛАКСАНТА ДЕПОЛЯРИЗИРУЮЩЕГО ТИПА

И. Хауг и А. Талихярм

Резюме

Описывается случай «двойного блока» при применении листенона у 59-летнего больного кишечной непроходимостью вследствие раковой опухоли толстой кишки.

Механизм возникновения «двойного блока» неясен. Возможно, что у описанного больного возникновению блока способствовала сильно выраженная интоксикация, развившаяся вследствие непроходимости кишечника и распада опухоли.

NORSKAMISE RAVIST *

V. KÖÖP

(Tallinna Linna III Haiglast, peaarst *V. Davidovitš*)

Sageli pöördutakse arsti poole küsimusega, mida tuleb ette võtta, et vabaneda norskamisest. Kahjuks on arstid mainitud häire puhul enamasti jõuetud. Tavaliselt piirdub abi kroonilise nohu või paranasaalurgete haiguslike protsesside ravimisega, toniseerivate vahendite rakendamisega ning mõnede füüsikaliste ravivõtetega. Nimetatud abinõud ei anna aga

* Avaldatakse mõttevahetuse korras.

sageli rahuldavaid tulemusi. On ju teada, et isegi täiesti terved noored inimesed võivad väga tugevasti norsata.

I. Kazanski järgi võib norskamine esineda inimestel, kel on ülemäära suur pehme suulagi, väike suulaenibu ja kelle kurgukaared on ühenduses eriti kõrge ja kitsa kõva suulaega. Norskamise põhjuseks võib olla ka kurguvalendiku ja ninaneelu kitsus.

Tekkemehhanismilt ja lokalisatsioonilt võib norskamist jagada kahte liiki. Ühel puhul tekitab norskamist peaasjalikult neelu ülemine, pehmete osadega piirkond, teisel juhul aga neelu alumine osa.

Ülemäära suur pehme suulagi koos lopsaka suulaenibuga ulatub vabas olekus sügavale keelejuure taha, mistõttu neel sageli selles piirkonnas kitseneb. Selili magades (lihased on siis pealegi lõtvunud) langeb pehme suulagi koos kurgunibuga neelu tagumisele seinale ja õhu läbivool hingamisel takistub. Sellest tingitud jõulisem hingamine paneb pehme suulae fibreerima ning põhjustab norskamisele omaseid helisid.

Teine liik norskamist on sügav hüpofarüngeaalne norskamine, mis tekib tavaliselt siis, kui keel on ülemäära lopsakas ja kõri asetseb võrdlemisi madalal. Viimase asjaolu tõttu on keeletagune neeluosa pikk ja tavalisest kitsam. Mõnel inimesel on keelejuur pikk ning lihav ja kõri asub nii sügaval, et raske on seda peegliga larüngoskopeerida (harilikult näeme spaatliga keelele vajutamisel kõripealist). Vananemisel langevad kõik siseelundid allapoole, samuti ka kõri. Seetõttu esineb norskamist sagedamini just vanematel inimestel. Magamisel või ka narkoosi puhul langeb keel neelu tagumisele seinale. Keele vajumist soodustab alalõua langemine allapoole. Siis sulgub hingamistee selles piirkonnas osaliselt või täielikult. Hingamisel paneb õhusamba läbivoolamine lima ja keelepära fibreerima ning tekitab norskamisheli.

Pehmest suulaest põhjustatud norskamist on võimalik kirurgiliselt ravida. Hüpofarüngeaalne norskamine, mille kutsub esile peaasjalikult sügavale vajunud keel, ei allu kirurgilisele ravile.

Tallinna Linna II Haigla ja hiljem ka Tallinna Linna III Haigla kõrvanina-kurguosakonnas on hakatud viimasel ajal rakendama mainitud vaevuse puhul kirurgilist ravi — tonsillektoomiat koos suulaenibu amputatsiooniga. Praeguseni on opereeritud viis haiget. Neljal neist kadus norskamine täielikult, viiendal nõrgenes see aga vaevalt märgatavalt. Operatsiooni tulemus oleneb suurel määral isiku ülemiste hingamisteede (peaasjalikult neelu) anatoomilise ehituse iseärasustest.

Esitame 2 haigusjuhtu.

1. j u h t. Meeshaige U. T., 38 a. vana, kannatas aastaid norskamise all. Lõpuks pöördus ta Tallinna Linna III Haigla kõrva-nina-kurguosakonna poole. Läbivaatusel selgus, et haigel esines Highmore'i urke tsüst, krooniline tonsilliit ja pikk pehme suulagi koos väga lopsaka suulaenibuga. Tsüst eemaldati Caldwell-Luc'i meetodil. Ninahingamine muutus täiesti normaalseks, kuid norskamine jäi muutmatult püsima.

Haige võeti kõrva-nina-kurguosakonda 27. II 1961. a. (haiguslugu nr. 309) tonsillektoomia tegemiseks. Enne operatsiooni esines patsiendil tugev norskamine, nii et ka teised haiged palatis nurisesid selle üle. Läbivaatusel märgiti täiesti vaba ninahingamist, nina limanahk normotroofne. Kõva suulagi oli normaalse võlvumisega. Kurgumandlid hüpertroofilised, lõhelised, kurgukaared (eriti tagumised) kroonilisest infiltratsioonist mõõdukalt paksenenud. Esines ülemäära pikk pehme suulagi koos rippuva suulaenibuga. Teostati tonsillektoomia dissektsioonimeetodil. Samaaegselt eemaldati sügavalt ja laialt eesmine kurgukaar, arvestusega, et sellele järgnev armistumine tõmbab pehme suulae alla ja ettepoole, nii et neeluruum selles piirkonnas avardub. Juba mõni päev pärast operatsiooni oli haige norskamine tunduvalt nõrgem, olgugi et ei esinenud veel armistumist (pehme suulagi oli nähtavasti haava tagajärjel vähem liikuv). Suulaenibu oli sel perioodil ödematoosne ja väga pikk. Viiendal päeval pärast tonsillektoomiat tehti suulaenibu amputatsioon ligeerimise teel. Mõne päeva pärast ligeeritud osa eraldus. Sellest ajast haige enam ei norsanud.

Oleme jälginud kirjeldatud patsienti käesoleva ajani, s. o. üle aasta. Ta on norskamisest täielikult vabanenud. Olgugi et suulaenibul on laulmisel ja kõnelemisel suur tähtsus, ei ole sellel haigel täheldatud mingisuguseid häireid.

2. juht. Meeshaige, 38 a. vana, pöördus Tallinna Linna II Haigla kõrva-nina-kurguosakonna poole abi saamiseks. Järelevaatusel selgus, et nina ja selle kõrvalõõned olid normaalsed, ninahingamine korras. Kõva suulagi oli normaalse võlvumisega. Kurgumandlid hüpertroofilised, lõhelised, rohkete korkide ja kaseoosse massiga. Kurgukaared olid mõõdukalt paksenenud. Indirektse larüngoskoopia teel võis kõri vaevalt jälgida: segas suur keel ja kõri suhteliselt madal asend. Magamisel esines haigel hüpofarüngeaalne norskamine. Haigele sai selgitatud, et tema juures ei anna operatiivne ravi tulemusi. Ta oli aga kuulnud juhtumist, kus operatsiooni järel norskamine kadus täielikult ja soovis seepärast tungivalt operatsiooni. Operatsioon viidi läbi eespool kirjeldatud viisil. Algul norskamine ei vähenenud üldse, kuid poolteise-kahe kuu möödumisel nõrgenes vähesel määral, millisena jäigi püsima.

Tonsillektoomia puhul, eriti lauljate ja kõnelejate juures, tuleb jälgida, et võimalikult vähem traumeeritaks kurgukaari, nii et säiliks pehme suulae funktsioon. Kui aga esineb selline pahe nagu norskamine ja inimene tahab sellest vabaneda, siis on näidustatud tonsillektoomia koos eesmiste kurgukaarte traumeerimisega armistumise tekitamiseks. Vajaduse korral võib amputeerida ka suulaenibu.

Operatsiooni määramisel tuleb arvestada ühtlasi vastunäidustusi, nagu kõrge iga, arterioskleroos, hüpertoonia jm.

Norskamise kirurgilise ravi kohta ei ole me kirjanduses andmeid leidnud. Meie poolt opereeritute arv on väike ja seepärast ei saa veel anda kindlaid juhiseid operatsioonimetoodika kohta. On soovitatav, et kõrva-nina-kurguosakonnad võtaksid nimetatud probleemi vaatluse alla ja avaldaksid oma seisukoha.

О ЛЕЧЕНИИ ХРАПЕНИЯ

В. Кёэп

Резюме

У врачей часто спрашивают, что нужно предпринять, чтобы избавиться от храпения. К сожалению, в этих случаях врачи часто бессильны.

По механизму возникновения и локализации можно различать два вида храпения. В одних случаях храпение вызывает верхняя часть, в других — нижняя часть глотки.

Храпение, вызванное мягким нёбом, можно лечить хирургическим путем. Гипофарингальное храпение, вызванное преимущественно запавшим во время сна языком, хирургическим путем не излечимо.

По поводу храпения нами в пяти случаях применено хирургическое лечение — была произведена тонзиллэктомия с ампутацией язычка мягкого нёба. В четырех случаях храпение полностью исчезло, в одном — едва заметно уменьшилось.

Результат операции в большой мере зависит от особенностей анатомического строения верхних дыхательных путей (преимущественно глотки).

KROONILISE SÜDAMEHAIGE REŽIIMIST KODUSTES TINGIMUSTES

K. VALGMA

(Eesti NSV TA Kliinilise ja Eksperimentaalse Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse doktor *P. Bogovski*)

Kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkusega haigeid on võimalik ja sageli otstarbekohane ravida kodustes tingimustes. Kodus ravimisel langeb aga pearõhk elu- ja toitumisrežiimile. Kuigi põhilised ettekirjutused annab haigele raviv arst, jääb korralduste täitmise kontrollimine, samuti raviefekti hindamine ja haige seisundi pidev jälgimine suurel määral meditsiiniõe hooleks.

Krooniline südame- ning veresoonkonna puudulikkus tekib reumaatilise südamekahjustuse, reumaatilise ja ateroskleroótilise kardioskleroosi, hüpertooniatõve, koronaarpuudulikkuse, raskete kopsuhaiguste (emfüseem) jm. tagajärjel. Südame tööjõudluse nõrgenemine põhjustab venoosse paisu tekkimise vereringes ja viimase aeglustumise kogu organismis. Kannatab kudede ja elundite varustamine hapniku ning toitainetega. Krooniline südame- ning veresoonkonna puudulikkus kujuneb välja aeglaselt, mis võimaldab organismil selle haigusseisundiga kohaneda ja välja arendada kompenseerivaid mehhanisme. Sel juhul on haige töövõimeline ja haigusnähud on nõrgalt väljendunud. Ebaõige režiimi, muude haiguste, puuduliku ravi jm. tõttu ei suuda kompensatoorsed mehhanismid enam organismi küllalt säästa ja areneb välja dekompenseeritud krooniline südame- ning veresoonkonna puudulikkus. See on tõsine haigusseisund, mis nõuab meditsiinitöötajatelt täit hoolt ja vastutusrikast suhtumist.

Kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse algsümptoomideks on tugev hingeldus kehalistel pingutustel, südamepekslemine, peapööritus, unetus ja kergesti väsimine. Uriini eritamine öösel suureneb, kehakaal tõuseb peetuva vee arvel, tarvitatava vedelikukoguse ja uriini eritumise omavaheline tasakaal muutub — uriinihulk väheneb. See on nn. varjatud tursete periood. Haiguse süvenemisega ilmuvad õhtuti jalgadele tursed, mis esialgu hommikuks kaovad, hiljem aga jäävad püsima. Kopsude venoossest paisust tingituna on haigel mugavam lamada kõrgema peaalusega. Huuled on tsüanootilised, kaelaveenid tugevasti täitunud. Aeglustunud vereringe ja venoosne pais kõhuõõne piirkonnas häirib mao ja soolte talitlust ning pidurdab toidu imendumist. Tekivad gastriidid, enteriidid, kõhukinnisus või -lahtisus, eriti sage on meteorism. Öösiti võivad esineda järsku tekkivad hingeldushood — *asthma cardiale*. Südame- ning veresoonkonna puudulikkuse süvenemisega tugevnevad tursed, uriini eritumine väheneb, südametegevus nõrgeneb ja muutub arütmiliseks, esineb pidev köha ja rögaeritus (paisunähtudest kopsus), sagedad on bronhopneumooniad, emboliad ja tromboosid, vedelik koguneb seroosse kelmega vooderdatud õõntesse, põhjustades astsiiti ja hüdrotooraksit. Sellisel juhul on tegemist juba täiesti töövõimetu, lamava haigega.

Krooniline südame- ning veresoonkonna puudulikkus jaotatakse kolme staadiumi. Esimest staadiumi iseloomustab hingeldamine ja südamepekslemine mõõduka kehalise töö puhul, kergesti väsimine, halb uni, urineerimise sagenemine öösel. Objektiivsed sümptoomid avalduvad koormuskatsude sooritamisel.

Teises staadiumis ilmnevad hingeldamine ja südame rütmi häired ka puhkeolekus, esineb meteorism, paismaks, kardiaalne astma, bronhiit, jalgadel on tursed. Haige pole kehaliseks tööks võimeline. Ravimisel vähenevad haigusnähud tunduvalt.

Südamehaiged kolmandas staadiumis on täiesti invaliidid. Seda haigusstaadiumi iseloomustavad väga tugevad tursed, astsiit, transudaadi kogunemine pleuraõõnde, südame arütmiad, embooliad, tromboosid, tugevad seedehäired, kopsuinfarktid jne. Energiline ravi annab lühiajalisi tulemusi.

Režiim oleneb haiguse staadiumist ja on igal konkreetsel juhul individuaalne.

Kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse esimene aste ei nõua eriti range režiimi kehtestamist. Selles haigusjärgus tuleb kehalise töö tegijatel mõnel juhul reguleerida töötingimusi — minna üle kergemale tööle ja hoolitseda küllaldase puhkuse eest. Lisaks 7—8-tunnilisele öisele unele tuleb puhata ka päeval. Puhkepäevadel töötamine on keelatud. Puhkeaeg on vaja kasutada jalutuskäikudeks ja ekskursioonideks. Südame- ning veresoonkonna puudulikkuse esimeses staadiumis on tingimata tarvis tegelda kehakultuuriga, see tugevdab südamelihast, soodustab vereringlust ja ainevahetusprotsesse, tõstab diafragma liikuvust, närvisüsteemi toonust jne. Harjutuste kompleksi koostab arst igale haigele individuaalselt. Haiguse algstaadiumis võib olla lubatud isegi ujumine, suusatamine ja sportlikud mängud. Võistlussport on keelatud. Esimese astme südame- ning veresoonkonna puudulikkusega haiget tuleb igati säästa erutusest ja vaimsest ülepingutusest. Sellest on vaja informeerida perekonnaliikmeid ja töökaaslasi.

Oluline on muude haiguste profülaktika, sest viimased võivad oluliselt mõjutada haige seisundit. Reumaatilisest südamekahjustusest tingitud kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse korral tuleb vältida eriti angiini, ülemiste hingamisteede katarri jt. põletikke. Reuma ägenemine võib haigust järsult süvendada. Külmetushaiguste vältimisel on väga tähtis osa karastamisel veega, päikese- ja õhuvannidega. Soovitada tuleb ülehõõrumisi toasooja veega ja vahelduva temperatuuriga dušše. Hea oleks, kui see järgneks igahommikusele võimlemisele. Kuumas saunas vihtlemine pole lubatud. Päikesevannide võtmisega ei tohi liialdada. Soovitatavad on lühiajalised päikesevannid vaheldumisi liikumisega või kergete sportlike mängudega.

Kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse esimeses staadiumis tuleb hoiduda alkohoolsete jookide tarvitamisest ja suitsetamisest. Eriti kahjulik on suitsetamine, sest see soodustab bronhiitide, unetuse ning seedehäirete teket ja südamelihast toitvate pärgarterite ahenemist, mille tagajärjel langeb südamelihase toitumine ning jõudlus.

Haige toit on tavaline. Tüsedatel inimestel tuleks piirata rasvarikast toitu, samuti ka vedeliku ja keedusoola tarvitamist, kuid mitte olulisel määral. Süüa tuleb neli korda päevas, vähe korraga, et mitte koormata seedeelundeid, südant ning vereringesüsteemi. Vitamiinidest on eriti vajalik C-vitamiin.

Südame- ning veresoonkonna algava puudulikkuse korral mõjub väga soodsalt kuurordi- ja sanatooriumiravi (süsihappe- ja väävelvesinikuvannid, massaaž, elekterravi). Ravimitest võib aeg-ajalt kasutada nõrgatoimelisi südamevahendeid, nagu *Adonis vernalis*'t, *Convallaria majalis*'t, valokor-

diini, toniseerivatest medikamentidest rauda, fosforit ja arseeni sisaldavaid preparaate. Kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse teises staadiumis tuleb juba perioodiliti rakendada voodirežiimi. Seda ei tohi aga üleliia pikendada, sest lamamisel halveneb südame verevarustus, nõrgenevad ainevahetusprotsessid südamelihases, väheneb ringleva vere hulk, ringlus aeglustub ja vererõhk langeb. Seepärast tuleb haigel juba lamamisrežiimi perioodil lasta teha kehalisi harjutusi. Esialgu piirduvad need ainult käte ja jalgade kõverdamise ning sirutamisega. Koormust tõstetakse järk-järgult, kui patsient võib juba istuda ja kõndida. Õe ja velskri kohuseks on aidata haiget harjutuste sooritamisel ja kontrollida haige seisundit pärast seda. Kui harjutuste kompleks osutub liiga väsitavaks, tuleb seda muuta vastavalt raviarsti ettekirjutustele.

Ruum, kus haige lamab, peab olema puhas, valge, hästi tuulutatud. Värske õhk on südamehaigele väga vajalik. Haige ei pea kogu aeg lamama. Vastavalt enesetundele võib teda aidata poolistukile või istukile. Voodipesu peab olema puhas ja seda tuleb vähemalt iga 7—10 päeva järel vahetada. Oluline on naha puhtuse eest hoolitsemine. Nahk tuleb iga päev üle hõõruda keedetud vees niisutatud vatiga. Väga hea on puhastada nahka nõrga äädikhappelahuse või odekolonniga, sest lisaks mehaanilisele puhastavale toimele soodustab see naha vereringlust, mis aitab pikemat aega lamavatel haigetel vältida lamatiste teket. Hoolitseda tuleb ka selle eest, et haige puhastaks igal hommikul ja õhtul hambaid. Tihti kujuneb meteorism ja kõhukinnisus. Selle ärahoidmiseks antakse patsiendile iga päev hapupiima, porgandimahla, ploome või õunu. Kui dieediga pole võimalik seedetegevust reguleerida, tuleb kasutada karboleeni, klistiire või lahtisteid. Viimased aitavad organismist välja viia ka tursevedelikku.

Kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse teises staadiumis on oluline koht dieedil. Toit peab olema täisväärtuslik, s. o. sisaldama vajalikul määral süsivesikuid, valke, rasvu, mineraalsooli ja vitamiine. Süüa tuleks tihti ja korraga vähesel hulgal, et mitte liigselt koormata seedeelundeid, südant ja veresoonkonda. Ohtul tuleb süüa vähemalt 2—3 tundi enne magamaminekut. Lülitatakse välja raskesti seeditavad toidud: rasvane liha, rasvased lihasupid, vürtsitatud toidud, teravamaitseline suitsuvorst, praetud toidud, maks, neerud, ka munakollane. Nimetatud eeskirjad kehtivad esmajärjekorras tüsedate ja ateroskleroosi all kannatavate inimeste kohta. Ka värske rukkileib, hapukapsas, herned jt. sooles käärimisprotsesse soodustavad toiduained mõjuvad ebasoodsalt, sest nad põhjustavad meteorismi ja diafragma kõrgseisu. Südamehaige toit koosneb eeskätt piimast, piimasaadustest, juur- ja puuviljast (välja arvatud hapukapsas ja herned). Piima- ja taimetoit on kergesti seeditav ja hästi omastatav, peale selle on tal tugev diureetiline toime. Võrdlemisi levinud on vaade, et südamehaige ei tohi süüa liha. See pole õige. Liha on väga valgurikas ja teda tuleb tarvitada, kuid mõõdukalt —2—3 korda nädalas. Süüa võib tailiha (soovitatav vasika- või kanaliha). Haiguse teises staadiumis on lubatud sai, sepik, makaronid, kohupiim, piim, keefir, koor, või, juust, lahja vorst, ka kanamunad, piimasupid ja lahjad liha-juurviljasupid, magusad toidud, juur- ja puuviljapüreed ning salatid. Jookidest on eriti kasulikud juur- ja puuviljamahlad, vähesel hulgal võib tarvitada ka teed ja kohvi. Soovitatav on kohupiim, sest see sisaldab metioniini, mis muuhulgas soodustab südamelihase talitlust. Toit peab olema vitamiinirikas. Lisaks toidus sisalduvatele vitamiinidele on sageli vaja kasutada C- ja B_1-vitamiini tablette.

Kõige olulisem on vedeliku ja keedusoola tarvitamise piiramine. Tuleb jälgida, et haige ei saaks vedelikku üle 1—1,2 liitri päevas (toidus olev vedelik kaasa arvatud). Keedusoola kogus peaks olema 3—5 g päevas (õige hulga määramiseks tuleb toit keeta magedana ja hiljem

sool juurde lisada). Vedeliku ja keedusoola piiramine on vajalik seetõttu, et südame- ning veresoonkonna puudulikkuse korral nii vedelik kui ka keedusool peetub organismis.

Mõnikord on tursete vähendamiseks vajalik määrata piimadieet: haigele antakse 2—3 päeva vältel üks liiter piima päeva kohta, muu toit jäetakse ära. Piim tuleb juua 200 g kaupa ühtlaste vaheaegadega. Piimadieedil on tugev diureetiline toime.

Samal eesmärgil nähakse südamehaige toidurežiimis ette ka nn. puuviljapäevad, kohupiimapäevad, riisi-puuviljapäevad, õuna-kohupiimapäevad jne. Puuviljapäeval saab haige ainult 1 kg õunu, kohupiimapäeval 400—600 g kohupiima, 100 g hapukoort ja 100 g suhkrut, puuviljariisipäeval 75 g riisi ja 800 g õunu jne. Väga hästi mõjuvad riisitoidud kõrgvererõhuhaigusest tingitud kroonilise südame- ning veresoonkonna puudulikkuse korral.

Meditsiiniõde peab selgitama ühe või teise diureetilise toidu vajalikkust, jälgima kuseeritust soodustava dieedi tulemusi ja informeerima sellest arsti.

Haiguse teises staadiumis tuleb tarvitada ravimeid: digitaalisepreparaate, strofantiini, kordiamiini, diureetilistest vahenditest merkusaali, hüpotiasiidi, diuretiini, fonuriiti, novuriiti jt. Keskharidusega meditsiinitöötaja ülesandeks on ka ravimite toime jälgimine ja raviarsti informeerimine kõrvalnähtude tekkimisest. Kõige sagedamini tekivad kõrvalnähud digitaalise manustamisel — pulsi frekventsi liigne aeglustumine (alla 40 löögi minutis), ekstrasüstolite tekkimine, harvemini stenokardianähud.

Haiguse kolmandas staadiumis kehtivad kõik eespool kirjeldatud nõuded, kuid nad on rangemad kui teises staadiumis. Kolmanda astme südame- ning veresoonkonna puudulikkusega haige on invaliid, kellel tuleb lamada kuude kaupa. Seepärast vajavad need haiged erilist hooldamist. Tuleb rõhku panna suukoopa, naha ning pesu puhtusele ja seedimistegevuse reguleerimisele. Väga tähtis on lamatiste vältimine. Lamatiste profülaktikas tuleb kasutada naha ülehõõrumisi odekolonni või nõrga äädikhappelahusega, sageli vahetada haige asendit. Tekkinud lamatiste piirkonda asetada kummirõngad ja alustada energilist võitlust nakkuse vastu (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1959, 5, 53—54). Lamatiste ravis annavad häid tulemusi biomütsiinisalv, Višnevski salv, tsinkpasta jt. Tähelepanelik tuleb olla tromboosiide ja tromboflebiitide, allseisuslike kopsupõletikkude ja kopsuinfarktide tekkevõimaluste suhtes. Dieedi kohta kehtivad samad nõuded kui haiguse teises staadiumis. Lisaks eespool nimetatud ravimitele tuleb sageli kasutada hapnikravi (kodustes tingimustes hapnikupadja abil). Mõnikord osutub vajalikuks kõhuõõne ja pleuraõõne punkteerimine sinna kogunenud transudaadi eemaldamiseks. Meditsiiniõe osa raske südamehaige ravimisel on eriti suur, sest haige ise ei suuda end enam kõiges aidata.

Arsti ja keskharidusega meditsiinipersonali ülesandeks ei ole üksnes haige ravimine medikamentidega ja õige režiimi kehtestamine, vaid ka optimismi sisendamine haigesse, tema veenmine režiimi ja ravimite vajalikkuses ning usu tõstmine ravi tulemustesse. Sõna on võimas ravim, mida ei tohi kunagi alahinnata.

KIRJANDUS

1. Юренев П. Н. Мед. сестра, 1956, 9, 16—20. — 2. Юренев П. Н. Мед. сестра, 1958, 5, 7—11. — 3. Brugsch, Th. Kardiologie. Leipzig, 1955.

РЕЖИМ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЕРДЦА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

К. Валгма

Резюме

Больных хроническим заболеванием сердца нередко можно и даже целесообразно лечить в домашних условиях. При этом, однако, должно быть обращено внимание больше на необходимость строгого выполнения режима, предписанного врачом. Медицинская сестра, посещающая больного на дому, обязана следить за состоянием его здоровья и проверять, соблюдаются ли в полной мере предписания лечащего врача.

Режим лечения устанавливается в каждом конкретном случае индивидуально, в зависимости от стадии болезни.

В статье даются рекомендации среднему медицинскому персоналу по уходу за больными с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью в домашних условиях.

PIIMANÄÄRMEPÕLETIKU PROFÜLAKTIKA

K. SÖÖT

Üheks tüsistuseks pärast sünnitust, eriti esmassünnitajail, on piimanäärmepõletik ehk mastiit.

Mädase piimanäärmepõletiku otseseks tekitajaks on ema nahal ja imiku neelus ning ninaõõnes leiduvad pisikud, peamiselt stafülokokid, harvem ka streptokokid. Rinnanibu pakatiste kaudu piimanäärmesse tunginud pisikud leiavad siin soodsad arenemistingimused. Mastiit võib tekkida ka siis, kui nibud ei ole küll pakatunud, kuid piimanäärme nahk on vigastunud kas sügamisest, nibuekseemist vm. Mõnikord tekib mastiit seoses sünnitusjärgsete vooluste peetuse, suguelundite piirkonna põletike või mädakoldega mingis elundis. Sellisel juhul tungib nakkus piimanäärmesse lümfisüsteemi ja vereringe kaudu. Nakkus võib mõnikord levida ka teenindava personali vahendusel: infektsioon kandub personalilt vastsündinu neelu- ning ninaõõnde ja sealt imetamisel ema piimanäärme nibule. Katsete najal on kindlaks tehtud, et kui ei hoolitseta desinfitseerimise eest, siis on 90% vaatlusalustel juba 3. päeval nibu üle külvatud pisikutega, peamiselt stafülokokkidega. Nii kujuneb nakkuse levimisteeks personal → laps → ema rinnanibu.

Mastiidi kliinilised vormid on järgmised: 1) seroos-infiltratiivne, 2) abstsedeeruv (mädanikuline), 3) flegmonoosne (sidekoemädapõletikuline), 4) gangrenoosne (roiskkärbuslik) ja 5) infiltratiivne-krooniline. Edasi liigitatakse mastiite mädakolde asukoha järgi: pinnaline, sügav ja piimanäärmetagune (retromammaarne) koos näärmekoe kahjustusega.

Nagu eespool juba märgitud, soodustavad sünnitusjärgse mastiidi tekkimist nibude pakatised, mida leidub peaaegu igal imetaval emal. Selles võib veenduda luubiga vaatlemisel. Pakatised tekivad hügieenireeglite rikkumisest, piimanäärme või nibude puudulikust arenemisest (nibu on sisse tõmbunud, lame, madal, kahestunud jne.), samuti nibude venitamisest imetamisel ja nende sagedasest niiskumisest imiku süljega. Pidev imetamine takistab pakatiste paranemist, need muutuvad sügavateks infitseeritud haavandikesteks, jaotades nibu peaaegu pooleks. Seepärast tuleb nende tekkimist ennetada sünnituseelse ja -järgse profülaktikaga.

Piimanäärmete ettevalmistust imetamiseks on soovitatav alustada raseduse 32. nädalast alates. Naiste nõuandla peab sanitaarharidustöös rõhutama puhtuse tähtsust: kaks korda nädalas tuleb võtta sooja dušši

või vähemalt kord nädalas pesta end saunas ja vahetada pesu. Rinnanibude tugevdamise parimaks meetodiks on rindade, rindkere ja kaenlaaluste igapäevane pesemine sooja vee ja seebiga. Piimanäärmeid võib üle hõõruda ka sooja boorhappelahusega (2 teelusikatäit boorhappepulbrit liitri vee kohta). Soovitatav on naha kuivatamisel kasutada karedat rätti ja võtta õhuvanne 5—10 minuti vältel 1—2 korda päevas. Suvel võib piimanäärmeid kiiritada päikese käes. Väga oluline on ka hügieeniline riietumine. Pihik ja rinnahoidja ei tohi rinda suruda.

Pakatisi aitab ära hoida piimanäärme massaaž sünnituseelsel ja sünnitusjärgsel perioodil. Viimane suurendab nibuepiteeli vastupidavust mehaanilisele ärritusele, soodustab vereringet ning nibu esilekerkimist areolaar-niburefleksiga. Viimane kaasasündinud tingitud refleks on normaalne füsioloogiline nähe: ilma selleta ei saa vastsündinu täielikult nibu haarata ega eritu ka piima normaalselt. Piimanääret masseeritakse kerge tsirkuleeriva silitamisega (kellaosuti suunas), kumbagi nääret 5—10 minuti jooksul, endastmõistetavalt puhtaks pestud kätega. Massaaž on eriti vajalik väikeste lamedate, sissetõmbunud või kahestunud rinnanibudega naistele. Selline massaaž rasedusajal ja pärast sünnitust väldib pakatiste tekkimise.

Mastiitide sünnitusjärgne profülaktika on kõige mõjuvam ja ratsionaalsem, sest see toimub vastsündinu imetamise ajal: siis saab anda täieliku hinnangu naise piimanäärme laktatsioonifunktsioonile. Viimast hinnatakse järgmiste komponentide alusel: 1) ema ettevalmistus imetamiseks, 2) areolaar-niburefleks imetamisel, 3) vastsündinu jõud imemisel ja 4) erituva piima hulk. Ämmaemandatel on vaja teada, et ühe või mitme laktatsioonikomponendi väljalangemine või nõrkus (näiteks vastsündinu nõrk imemisjõud või nibu nõrk erutuvus, mis segab nibu täielikku haaramist) tuleb juba arvata mastiidi tekkimist soodustavaks nähuks.

K l i i n i k. Juba 3.—4. sünnitusjärgsest päevast alates võivad sünnitanul tekkida mastiidile eelnevad nähud: ihusoojuse tõus (arvestada isegi minimaalset!), piimanäärmete valulikkus, ebameeldiv enesetunne, peavalud, piimanäärme ühepoolne paisumine jne. Eriti tuleb silmas pidada nibu epidermise marrastumist, pakatisi, mis on juba mastiidi eelastmeks. Mastiidi seroos-infiltratiivse algvormi puhul tekib järsk ihusoojuse tõus (kuni 38,5—39,0°), valud piimanäärmes. Laps ei võta hästi vastu haigestunud rinda. Vaatlusel võib sedastada piimanäärme suurenemist, komplemisel on see valulik, väline pind pole muutunud, kontuurid on säilinud. Kui haigust viivitamatult ei pidurdata, areneb protsess kiiresti, muutudes ägedakujuliseks infiltratiivseks vormiks: piimanääre suureneb, nahk punetab, tekib ebamääraste piiridega väga valulik infiltraat. Esinevad vappekülm, peavalu, unetus, kehatemperatuur kuni 40°; SR 30—40 mm/t., leukotsüütide arv 10 000—12 000. Protsess tabab ka kaenlaaluseid näärmeid. Sellisest haigusprotsessist võib areneda üks või teine mastiidivorm.

Mastiidi profülaktikaks soovitame ühelt poolt kinni pidada hügieenireeglitest, eriti piimanäärmete suhtes, ja teiselt poolt jälgida, et piimanäärme funktsioon (laktatsioon) säiliks vastaval füsioloogilisel tasemel.

Piimanäärme suhtes rakendatav sanitaar-hügieenirežiim koosneb järgmistest menetlustest.

1. Sünnitaja vastuvõtmisel sünnitusosakonda tuleb tingimata raseerida ka kaenlaalused karvad (vähendab nakkusohtu).

2. Enne sünnitanu üleviimist sünnitusjärgsesse osakonda tuleb lisaks muudele menetlustele piimanäärmed üle hõõruda 2%-lise nuuskpiirituselahusega. Menetlus peab sündima kindlas järjekorras: 1) piimanäärme, 2) rangluude ja roietekaarte vahelise ala nahk ja 3) kaenlaalused. Edaspidi tuleb hõõruda kaks kord päevas, pärast imiku teist ja viiendat söögikorda (ka nendel sünnitanute, kellel arst on imetamise keelanud). Sama-

aegselt on vaja piimanääret määrida aerooliga ja nibu briljantrohelisega (Rp. *Viridis nitentis* 1,0; *Spiritus vini* 50° *ad* 100,0. *MDS*. Väline).

3. Ema peab enne lapse imetamist ilmtingimata desinfitseerima käed 2%-lise nuuskpiirituselahusega. Selleks otstarbeks hoitakse sünnitanu laual alati purgike steriilse vati ja pudelike nuuskpiirituselahusega.

4. Sünnitanu väliste suguelundite tualeti puhul tuleb pesta ka tuharatevahelist volti.

5. Rinnaga toitmise eel peab nibu olema kuiv ja erektiilne. Pärast toitmist piserdada rinnanibusid 60%-lise piirituselahusega, millele on lisatud gramitsidiini (Rp. *Sol. Gramicidini spirituosae* 2% — 4,0, *Spiritus vini* 60° *ad*. 100,0. *MDS*. Väline). See menetlus on tehniliselt lihtne ja kliiniliselt efektiivne. Nibusid võib piserdada ka nibude marrastumise ja pakatiste algavas staadiumis. Pärast imetamist tuleb rinnanibud katta steriilse (või triigitud) lapiga.

6. Regulaarselt, vähemalt kolme päeva järel tuleb vahetada sünnitanu pesu.

Piimanäärmete aktiivse funktsiooni säilitamiseks on vaja: 1) teha ravivõimlemist alates teisest päevast pärast sünnitamist, 2) masseerida piimanääret alates esimesest päevast pärast sünnitamist, 3) tõmmata jääkpiim välja, 4) toita vastsündinut korrapäraselt.

On teada, et ravivõimlemisega saab aktiviseerida kogu organismi funktsioone. Mastiitide profülaktikas tuleb arvestada kehakultuuri mõju sünnitanu naha funktsioonile, eriti aga tema närvisüsteemile, lihaskonnale ja veresoonestikule. Nahaerituse happelisuse suurenemisega suureneb ka selle bakteritsiidsus, aktiveerub nibuväljade ja nibude neuromuskulaarne talitlus.

Piimanäärmete tsirkulaarmassaaži profülaktiline ja raviv toime on eriti suur. Massaaži tuleb võtta kui spetsiifilist ravivõimlemist, mille eesmärgiks on laktatsiooni reguleerimine. Massaž väldib esimestel päevadel esineda võivad paisunähud piimanäärmeis ning kutsub reflektoorselt esile emaka energilise kontraktsiooni.

Suur osatähtsus on ka lapse imetamise tehnikal. Laps peab haarama mitte üksnes nibu, vaid ka suurema osa nibuväljast. Ta peab imema pidevalt (mitte lasta teda uinuda rinna juures!). Nibu eemaldatakse lapse suust mitte jõuga, vaid kerge pigistusega lapse ninasõõrmetele. Pärast söötmist tuleb nibu kuivatada vatiga, kusjuures on soovitatav võtta kohe 5—10 minutit õhuvanni. Lastetubade õed on kohustatud rangelt jälgima imetamist ja olema abiks emadele, eriti algajaile, sealjuures kontrollides piimanäärmeid ja nibusid.

Nibude pakatiste vältimiseks lühendatakse esimestel päevadel imetamise aega: esimesel päeval 7, teisel 10 ja kolmandal 12 minutit. Puudujääv toiduhulk asendatakse väljatõmmatud emapiimaga järeltoitmise teel. Alates neljandast päevast on ühe imetamise aeg 20 minutit. Soovitame emadel pärast haiglast väljumist jätkata seal kasutatud menetlusi ja kahe nädala vältel tarvitada briljantroheliselahust rinnanibude peitsimiseks (pidurdab mikroobide kasvu).

Valve-ämmaemandal ja -õel on ülisuur ja vastutusrikas ülesanne — varakult avastada mastiidi esimesed sümptoomid ning võtta viivitamata tarvitusele abinõud kujuneva kolde likvideerimiseks. Mastiidi prodromaalsed tunnused on järgmised: 1) paikne valulikkus piimanäärmeis; mõnikord infiltraat puudub, kuid temperatuur on subfebriilne, 2) subfebriliteet vähemärgatava infiltraadiga, 3) piimanäärme turse ja vähenenud laktatsioon, 4) alalaktatsioon, temperatuur kõrgenenud.

Avastanud mõne nendest tunnustest, peab palati valve-ämmaemand viibimata asuma aktiivsele võitlusele: 1) manustab suu kaudu 30,0 g naatriumsulfaati, mis on lahustatud $^1/_2$—$^3/_4$ klaasis soojas vees, 2) süstib strep-

tomütsiini 250 000 TÜ lihasesse 2 korda öö-päevas, 3) annab terramütsiini või biomütsiini á 2 tabletti 5 korda ööpäevas, 4) asetab jääkoti haigestunud piimanäärmele, 5) hoolitseb, et ema kannaks rinnahoidjat, 6) hoolitseb lapse korrapärase imetamise eest, 7) alustab autohemoteraapiat (á 10,0 ml verd, süstida üle päeva). Seda ravi rakendame 4—5 päeva vältel, välja arvatud punkt 1, mida korratakse kolmandal päeval.

Ülaltoodud abinõude rakendamisega saavutasime Tallinna Vabariiklikus Haiglas sellise olukorra, et 1960. ja 1961. a. ei esinenud seal mitte ühtegi mastiidijuhtu. Võime kinnitada, et imikute toitmise õige organiseerimine, mastiitide profülaktika tundmine ning kiire arstiabi kindlustavad mädaste mastiitide vältimise.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

К. Сеэт

Резюме

Одним из осложнений послеродового периода родильниц, особенно первородящих, является мастит.

Непосредственной причиной болезни является проникновение с кожи матери, а также из полости рта сосущего ребенка гноеродных микробов (в основном стафилококков, реже — стрептококков) в молочную железу через трещины сосков. Возникновению заболевания способствует застой молока в железе. Иногда мастит может возникнуть лимфогенным или гематогенным путем из гнойного очага какого-либо органа родильницы.

Для предупреждения возникновения трещин сосков проводят дородовую и послеродовую профилактику. Первая сводится к тому, чтобы подготовить молочные железы к вскармливанию ребенка, она ведется под наблюдением женской консультации, начиная с 32-й недели беременности. Сюда входит: 1) уход за кожей всего тела, 2) круговой массаж каждой молочной железы в течение 5—10 минут. Массаж необходим женщинам с плоскими, втянутыми, раздвоенными сосками, а также с тонкой, изнеженной, малоупругой кожей.

Послеродовая профилактика мастита является особенно действенной. При этом она должна быть не односторонней, а комплексной.

Нами предложен метод комплексной профилактики мастита на основе двух принципов: 1) принципа широкого санитарно-гигиенического режима молочной железы и 2) принципа сохранения функции молочной железы на соответствующем физиологическом уровне при лактации.

Предупреждение мастита должно также заключаться в раннем выявлении продромальных симптомов болезни и в раннем ее лечении.

Приведенный метод комплексной профилактики мастита вполне себя оправдал — в Таллинской республиканской больнице в 1960 и 1961 гг. в стационаре случаев гнойного мастита не наблюдалось.

Konverentsid ja nõupidamised

FTISIAATRITE VI VABARIIKLIK KONVERENTS

28.—30. juunini 1962. a. toimus Tallinnas ftisiaatrite VI vabariiklik konverents, mille tööst võttis osa üle 300 arsti. Rohkearvuliselt (üle 30) oli konverentsil teadlasi ja arste teistest liiduvabariikidest.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus.

Esimesel istungil kuulati NSVL Tervishoiu Ministeeriumi peaftisiaatri A. Lapina ettekannet tuberkuloositõrje ülesannetest NSV Liidus. Lähtudes senistest positiivsetest nihetest tuberkuloosi epidemioloogias, on käesoleva seitseaastaku ülesandeks

haigestumise edasine vähendamine. Tuberkuloositõrje tööle on vaja kaasa tõmmata kogu tervishoiusüsteem ja lai üldsus. Senisest enam tähelepanu on vaja pöörata tuberkuloosivastasele vaktsineerimisele ja revaktsineerimisele. 1962. ja 1963. a. jooksul tuleb juurutada intrakutaanne vaktsineerimismeetod. Kogu elanikkonda tuleb profülaktiliselt (röntgenoloogiliselt, fluorograafiliselt) uurida tuberkuloosi suhtes. Ravitulemuste parandamiseks ja baktereid eritavate haigete isoleerimiseks on vaja tunduvalt suurendada tuberkuloosihaigetele määratud voodite arvu.

Tuberkuloositõrje olukorrast ja ülesannetest Eesti NSV-s rääkis E. Kama. Alates 1953. a. on haigestumine tuberkuloosi vabariigis vähenenud. Eriti tunduvalt on vähenenud haigestumine laste seas ja haigestumine luutuberkuloosi. Viimastel aastatel on paranenud tuberkuloosi profülaktika. Esineb aga veel puudusi profülaktiliste läbivaatuste organiseerimisel.

E. Kuznetsova (Riia) käsitles tuberkuloositõrje olukorda Läti NSV-s. I. Laan (Tallinn) rääkis laste tuberkuloosivastasest vaktsineerimisest ning revaktsineerimisest ja selle mõjust. A. Reinvaldi ning L. Sauemäe (Tallinn) ja E. Kongo (Võru) ettekanded käsitlesid elanikkonna fluorograafilise uurimise kogemusi. H. Pullisaar (Tallinn) kõneles elanike haigestumisest ja infitseeritusest tuberkuloosi (massuurimiste andmete põhjal). Uurimiste andmed näitavad, et maal avastatakse dispanserile mitte teada olevaid tuberkuloosihaigeid tunduvalt rohkem kui linnas. Olulisi erinevusi aga maa- ja linnaelanike haigestumises ei ole. L. Rabadiku (Taagepera) ja G. Arro (Tartu) ettekanded olid pühendatud tööravi korraldamisele sanatooriumides.

Teisel konverentsipäeval kuulati ettekandeid tuberkuloosi diagnoosimise ja ravi kohta.

Kopsutuberkuloosi esinemist vanemas eas käsitlesid Vene NFSV teeneline teadlane prof. A. Rabuhhin (Moskva) ja arstiteaduse kandidaat A. Reinvald (Tallinn). Vanemas eas esinev tuberkuloos omandab viimasel ajal suure osatähtsuse seoses demograafiliste nihetega ja haiguse muutumisega. Vanemas eas kulgeb tuberkuloos sageli maskeeritult. Tuleb kindlustada üle 50 a. vanuste inimeste iga-aastane uurimine.

Prof. I. Kotšnova (Moskva) ettekanne käsitles tuberkuloosi «väikeste vormide» progresseeruvat kulgu.

E. Vardja (Tallinn) esitas huvitava ettekande sooletuberkuloosi röntgendiagnostikast. Autor avastas sooletuberkuloosi 40% kopsutuberkuloosiga haigetest, kes kaebasid mao ja sooltega seotud häirete üle.

Prof. N. Stolõgvo ja arstiteaduse kandidaat V. Temmere (Riia) käsitlesid isonikotiinhappe hüdrasiidi kontsentratsiooni mõjustavatest faktoritest tuberkuloosihaigete veres.

J. Karusoo (Tallinn) ja arstiteaduse kandidaat H. Sillastu (Tartu) esitasid oma uurimistulemusi pneumotooraksi toimest neerupealiste koore funktsioonile, vereseerumi valgufraktsioonidele, valge vere pildile ja vere suhkrusisaldusele.

Arstiteaduse kandidaadi L. Jannuse ja V. Harjo (Tallinn) ettekanne puudutas tuberkuloositekitajate ravimiresistentsust. Uuritud *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvedel täheldati resistentsust streptomütsiini suhtes 50% juhtudest, ftivasiidi suhtes 49% juhtudest, PAS-i suhtes märgatavalt harvemini (11% juhtudest).

Arstiteaduse kandidaadi M. Teoste ja H. Normani (Tallinn) ettekanded käsitlesid ainevahetuse muutusi eksperimentaalse tuberkuloosi puhul.

Konverentsi viimase päeva kavas olid kopsu- ja luutuberkuloosi kirurgilise ravi küsimused. Juhtiva ettekande tegi NSVL Arstiteaduse Akadeemia korrespondeeriv liige Lenini preemia laureaat prof. L. Boguš (Moskva) — «Ftisiokirurgia kaasaegsest seisundist ja selle arenguperspektiividest». Ettekandes rõhutati, et ftisiokirurgiat on vaja laialdasemalt rakendada kopsutuberkuloosi krooniliste vormide ravis. Perspektiivne on aga eriti ökonoomse kopsuresektsiooni kasutamine.

Torakoplastika osatähtsusest kaasaegses ftisiokirurgias rääkis arstiteaduse doktor J. Ennulo (Tallinn). Autor esitas andmeid kaenlaaluse torakoplastika rakendamise kohta kavernotoomiaga. Mitu ettekannet (dots. A. Rulli, H. Raaga, E. Laisaar Tartust; I. Rosenberg Riiast ja V. Solovjov, U. Kreegimäe, A. Kofkin ning A. Filippova Tallinnast) analüüsisid kopsuresektsiooni tulemusi. Viimastel aastatel on kopsuresektsiooni Eesti NSV-s laialdasemalt rakendama hakatud ja ravitulemused on paranenud.

A. Talihärm (Tallinn) kõneles kombineeritud intratrahheaalse narkoosi kasutamisest ftisiokirurgiliste operatsioonide läbiviimisel. Alates 1960. a. kasutatakse Tallinna Linna Tuberkuloosihaiglas kombineeritud intratrahheaalset narkoosi. Luutuberkuloosi kirurgilisele ravile olid pühendatud A. Malevski, K. Voltšonoki (Narva) ja V. Bolšova (Tallinn) ettekanded. Viimasel 3 aastal rakendatakse Narva-Jõesuu ja Tallinna Luutuberkuloosi Sanatooriumis laialdaselt ja edukalt kirurgilist ravi suurte liigeste tuberkuloosi ja lülisambatuberkuloosi puhul.

Ettekannete teesid on avaldatud trükis eesti ning vene keeles.

E. Kama

KUTSETERVISHOIU VABARIIKLIK KONVERENTS

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja I. Metšnikovi nimeline Eesti Vabariiklik Arstide Teaduslik Selts korraldasid Tallinnas 12.—13. juunini 1962. a. vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi Eesti NSV põhitööstusharude tööhügieeni ja kutsehaiguste küsimustes.

Konverentsil esines ENSV Rahvamajanduse Nõukogu esimees Eesti NSV TA kirjavahetajaliige A. Veimer, kes kõneles vabariigi tööstuse arenguperspektiividest ja -suundadest, eriti seoses tööstustööliste kaadri kasvu ja paigutamisega.

Ülevaate tööstustööliste haigestumisest ja selle vähendamise abinõudest vabariigis andis ENSV tervishoiu minister A. Goldberg.

Kutsetervishoiu üldküsimusi käsitlesid mitmed külalisettekandjad. NSVL Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi (Moskva) teaduslikud töötajad arstiteaduse kandidaadid V. Solovjova ja E. Podoba rõhutasid, et automaatjuhtimiskeskuste loomisel tootmises on eriti vaja arvestada inimese füsioloogilisi võimeid ja vastavalt sellele reguleerida töötaja poolt jälgitavate signaalide järjekorda, sagedust, intensiivsust jne., sest tugev närvisüsteemi pinge võib saada haigestumise põhjuseks.

Professor B. Koiranski Leningradi Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Teadusliku Uurimise Instituudist rääkis õhu ionisatsiooni probleemist kutsetervishoius. Referent toonitas, et tootmisruumide õhu kunstlik ioniseerimine ei tule kõne alla enne, kui on täpselt selgitatud ionisatsiooni mõju õhus leiduvale tolmule ja gaasidele, et vältida viimaste tervistkahjustava toime tugevdamist.

Füüsikalisi tervist kahjustavaid tegureid vaadeldi Eesti NSV Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arsti G. Martõnova ja Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslike töötajate arstiteaduse kandidaatide A. Lutsu ning B. Schamardini ja N. Ehvärti ettekannetes (tööhügieen radioaktiivsete ainetega töötamisel, dosimeetria probleeme ja müra- ning vibratsioonikahjustuste vältimine tööstuses).

Tööstustolmule ja sellest tulenevale patoloogiale oli pühendatud 5 ettekannet. Arstiteaduse kandidaadid B. Velitškovski ja B. Katsnelson Sverdlovski Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Teadusliku Uurimise Instituudist esitasid uusi eksperimentaalseid andmeid ja teoreetilisi seisukohti silikoosi patogeneesi kohta. Arstiteaduse kandidaat V. Küng Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist andis ülevaate tööstustolmust põhjustatud pneumokonioosi ohtlikkuse hindamisest tolmu keemilis-mineraloogilise koostise põhjal. Originaalseid uurimistulemusi tutvustasid N. Tihhon, N. Spinkova (Eesti NSV Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast) ning U. Vagur (Rakvere Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast), kes uurisid töötingimusi Kunda tsementitehases. Vabariigi fosforiiditööstuse töölistel esinevat silikoosi iseloomustas arstiteaduse kandidaat I. Maripuu Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, näidates, et antud juhul on tegemist aeglaselt progresseeruva tolmufibroosiga. Elavat huvi tekitas Eesti NSV Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arsti N. Tihhoni ja Eesti NSV Vabariikliku Veterinaarbakterioloogia laboratooriumi töötaja N. Raudsepa uurimus väliskeskkonna saastumisest fluoriühenditega ja selle mõjust kariloomadele.

Tööstustoksikoloogia-alastest ettekannetest tuleb eelkõige märkida Leningradi Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi professori I. Gadaskina üksikasjalist ülevaadet süsinikoksiidi kroonilisest toimest organismisse, bioloogiadoktori E. Ljublina ning arstiteaduse kandidaadi A. Golubevi informatsiooni kahjulikkude ainete ligikaudsete sanitaarsete piirkontsentratsioonide määramise arvutusmeetodi väljatöötamise tulemustest ja teadusliku töötaja A. Loidi kokkuvõtet mõnede uute tööstusmürkide toksilisuse määramise ekspressmeetoditest. H. Kahn Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist esines ettekandega pliimürgistustest Eesti NSV-s. Eesti NSV Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötaja P. Lopatko andis hinnangu töötingimuste kohta M. I. Kalinini nimelises Elavhõbealaldajate Tehases.

Kaks ettekandjat, arstiteaduse kandidaat N. Schamardin Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist ja I. Kovaljova Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, kõnelesid kutsega seotud nahahaigustest ja nende profülaktikast Eesti NSV-s.

Arutlustest võtsid elavalt osa teaduslike instituutide, tervishoiuasutuste ja Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu esindajad. Konverentsil vastuvõetud otsuses märgiti ära vabariigi tervishoiutöötajate edasised ülesanded kutsehaiguste likvideerimisel ja tööstustööliste haigestumise vältimisel.

H. Jänes

VABARIIKIDEVAHELISEST OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONVERENTSIST

7.—10. juunini 1962. a. toimus Riias teine Balti vabariikide ja Valgevene otorinolarüngoloogide konverents, mis korraldati koos Nõukogude Liidu Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogia Instituudiga. Eesti NSV-st oli osavõtjaid 19.

Konverentsil käsitleti järgmisi probleeme: otorinolarüngoloogilise abi organiseerimine, kõrvahaiguste diagnostika ja ravi küsimused, onkoloogia ja anestesioloogia küsimused, krooniline tonsilliit, ülemiste hingamisteede ja söögitoru haiguste (eriti traumad ja allergia) diagnoosimine ja ravi. Kokku kuulati üle 70 ettekande.

Prof. N. Hodjakov (Riia) esitas ülevaate otorinolarüngoloogilise abi olukorrast Balti liiduvabariikides, selle arenguteedest ja perspektiividest.

A. Luts (Tallinn) esines ettekandega kõrva-nina-kurguhaiguste professionaalsest iseloomust mõnedes Eesti NSV tööstusharudes, analüüsides klimaatilisi tegureid, keemilisi ärritajaid (tolm, gaasid), müra, allergilisi momente. See Balti liiduvabariikides aktuaalne ja esmakordne töö äratas tähelepanu, sest, nagu märgiti, mujal Balti vabariikides kutsehaigustega otorinolarüngoloogia alal ei tegelda.

Prof. R. Zassossov (Leningrad) käsitles uute, eriti küberneetiliste meetodite rakendamist otorinolarüngoloogias.

Kroonilise otiidi konservatiivse ravi küsimusi käsitlesid L. Blehher (Novgorod). V. Šimko (Minski) jt. L. Burmeister (Riia rääkis lätikeelse kõne audiomeetriast, H. Alev (Tartu) — sigmatismi sõltuvusest kuulmishäiretest, E. Laamann (Tartu) — avatud kuulmetõrve sümptomatoloogiast ja diagnostikast.

Rida ettekandeid oli pühendatud kõrva mikrokirurgia küsimustele. Eesti NSV-st oli vastav ettekanne V. Särgavalt (Tartu), kes rääkis otoskleroosi audioloogilisest diagnostikast ning kirurgilise ravi näidustustest. H. Kruuse ja L. Espar (Tallinn) kõnelesid otoskleroosi kirurgilise ravi kogemustest Tallinna Vabariikliku Haigla andmetel. Originaalne oli E. Gaudinši (Riia) ettekanne kõrva restaureerivast kirurgiast eksperimendis.

Tähelepanu äratasid prof. N. Karpovi (Leningrad) ettekanded ülemiste hingamisteede kasvajate geograafilisest levikust ja ülemiste hingamisteede pahaloomuliste kasvajate metastaasidest.

Kõrivähi kirurgilise ravi mitmesuguseid meetodeid käsitlesid prof. N. Hodjakov (Riia), L. Buhman (Leningrad), V. Ostrovskaja (Riia) jt., anestesioloogia küsimusi prof. J. Soldatov ja V. Virgiljeva (Kuibõšev), D. Kazanski (Leningrad) ja K. Gerassimova (Tartu). V. Liiv (Tartu) esitas kaks haruldast kasuistilist juhtu (rinofüüm ja kaasasündinud neelukasvaja).

Kroonilise tonsilliidi diagnoosimise, ravi ja profülaktika küsimusi käsitlesid L. Kačane (Riia), V. Dzõza (Dnepropetrovsk), A. Skvirskaja (Dnepropetrovsk) jt.

Dots. E. Siirde (Tartu) esitas ettekande allergilisest rinopaatiast funktsionaalse diagnostika andmetel seoses negatiivse ionisatsiooniga, rõhutades allergia kasvavat osatähtsust ülemiste hingamisteede patoloogias. S. Sibul (Tartu) esitas tähelepanekuid luminestsentsmeetodi rakendamisest otorinolarüngoloogias ja A. Jents (Tartu) — sama meetodi kasutamisest aerosoolide uurimisel.

A. Kängsepp ja M. Tikk (Tartu) käsitlesid külmkvartsravi kogemusi otorinolarüngoloogias. V. Gugel (Tallinn) kõneles psühhoteraapiast otorinolarüngoloogias, A. Vassiljev (Tallinn) — põsekoobaste tsüstide allergilisest olemusest.

Ülemiste hingamisteede ja söögitoru võõrkehade küsimust käsitlesid prof. N. Hodjakov ja kaastöölised (Riia), A. Piotrovskaja (Kaliningrad), V. Kirda (Kaunas). Trahhea ja bronhide tuberkuloosil peatusid A. Kotšetkova (Riia) ja M. Dimvelene (Vilnius).

Ettekannetele järgnesid elavad sõnavõtud. Osavõtjad viisid konverentsilt kaasa rohkesti muljeid ja värskeid teadmisi.

V. Särgava

SEMINAR ELUOHTLIKE SEISUNDITE RAVIST TARTUS

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia kateeder koos Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla respiratsioonitsentrumi, neurokirurgia ja neuroloogia osakondadega organiseeris 17.—19. maini 1962. a. esmakordselt vabariigis seminari eluohtlike seisundite ravi kohta. Seminarile saabus kirurge, anestesiolooge, neuroloogе jt. erialade esindajaid kõigist vabariigi suurematest keskustest. Kokku võttis seminarist osa 157 arsti. Neljal istungil kuulati 26 ettekannet.

Seminari ülesandeks oli laiemalt tutvustada kaasaegseid komplekssеid ravimeetodeid ning organisatsioonilisi printsiipe eluohtlikus seisundis olevate haigete

ravimisel ja vahetada kogemusi. Enamik ettekandeid põhines respiratsioonitsentrumis üliraskes seisundis olnud haigete (4 a. jooksul arvult 700) ravimisel saadud kogemustel.

Dots. E. Raudami sissejuhatav ettekanne käsitles eluohtlikus seisundis olevate haigete ravi kaasaegseid seisukohti. Ettekandja tegi mitmeid ettepanekuid ravi organisatsioonilise külje edasiarendamiseks ja täiustamiseks vabariigis.

A. Veldi ettekanne verekaotuse probleemist ja A. Tiku ettekanded hapnikuvaeguse ja vee- ning elektrolüütide-ainevahetuse küsimustest näitasid haige seisundit iseloomustavate konkreetsete andmete vajalikkust (vere-, vee- ja elektrolüütidebilansi ning gaasi-ainevahetuse täpsed arvestused).

Sisuka ülevaatega esines vabariigi peaanestesioloog B. Lehepuu (elustamise komplekssе meetodi kasutamisest 41 juhul Tallinna Vabariiklikus Haiglas).

Teine istung oli pühendatud raskesti haigete ravi üksikprobleemidele. A. Veldi kõneles haigete põetamise põhimõtetest. Ettekandja märkis, et on vaja spetsiaalselt ettevalmistatud keskharidusega meditsiinipersonali. E. Kross käsitles haigete pikaajalise kunstliku toitmise kogemusi respiratsioonitsentrumis. P. Mallene ja A. Tikk peatusid raskesti haigete sagedaima komplikatsiooni — kopsupatoloogia — etioloogial, patogeneesil ja ravil, kusjuures peamine tähelepanu oli pööratud aspiratsioonipneumooniatele. Kriipsutati alla füüsikaliste ravimeetodite juhtivat osa kopsupatoloogia profülaktikas ja ravis.

R. Põllumaa käsitles kusepõie häirete ravi kaasaegseid põhimõtteid, millele kaasnes vastava aparatuuri demonstratsioon.

Huvitavaid andmeid üliraskete peaajuvigastustega haigete elektroentsefalograafilise uurimise tulemuste kohta esitas M. Mägi.

Kolmas istung oli pühendatud eluohtlike närvihaiguste ravile. E. Murašev analüüsis kohtuarstliku ekspertiisi kompetentsi kuuluvaid surmajuhte, tõi esile senise ravikorralduse organisatsioonilisi puudusi ning näitas reserve respiratsioonitsentrumi töö laiendamiseks.

A. Tikk ja A. Kaasik käsitlesid vastavalt pea- ja seljaajutraumade ravi kogemusi respiratsioonitsentrumis. Kompleksne ravi trahheotoomia, intubatsiooni, aerosoolide, hapnikravi, hüpotermia jne. kasutamisega on võimaldanud nelja aasta jooksul üliraskete traumadest põhjustatud letaalsust vähendada 80—90%-lt 20—30%-le. Samade ravimeetodite kasutamise näidustustest ja tulemustest aju vaskulaarsete haiguste puhul kõneles H. Rüpp. R. Paimre käsitles samu küsimusi seoses peaajukasvajate operatsiooniga. Aju vaskulaarsete haiguste puhul peeti vajalikuks laiemalt rakendada operatiivset ravi.

Teetanusehaigete ravi organisatsioonilistel küsimustel Eesti NSV-s peatus A. Veldi. Referent selgitas, miks ei ole lubatav teetanusehaigeid ravida rajoonihaiglates, vaid tuleb kiiresti välja kutsuda hingamiskeskuse väljasõidubrigaad ja transportida haige Tartusse.

H. Noor esitas huvitava ettekande mürgistuste (peamiselt barbituraatidega) ravi tulemustest respiratsioonitsentrumis. Ettekandele järgnenud sõnavõttudes peeti vajalikuks välja töötada ja avaldada uued kaasaegsed eeskirjad mürgistuste raviks nn. skandinaavia meetodil.

Neljandal istungil käsitleti peamiselt üldkirurgia probleeme. Dots. A. Rulli kõneles pneumotooraksi mitmesugustest vormidest ja nende ravist. J. Sarv ja J. Samarütel esitasid andmeid soolesulgusega haigete ravi tulemustest Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas. Autorid näitasid vee- ja elektrolüütide-ainevahetuse patoloogia korrigeerimise juhtivat osa soolesulgusega haige ravis.

Põletustega haigetele esmaabi andmise ja varase ravistaadiumi ainevahetushäirete küsimustel peatus E. Ruus ning elustamisprobleemidel günekoloogia kliinikus V. Loolaid.

K. Põldvere juhtis patoloogilis-anatoomiliste uuringute alusel klinitsistide tähelepanu nendele komplikatsioonidele hingamisteedes ja seedetraktis, mis tulenevad pikaajalisest raskest haigusest ja mõningatest ravimeetoditest.

H. Kokk esitas andmeid eluohtlikus seisundis olevate haigete ravi tulemustest Võru rajoonis. Kõneleja toonitas, et rajoonihaigla ja respiratsioonitsentrumi väljasõidubrigaadi vahel peab valitsema tihe koostöö.

Seminaril eksponeeriti varustust, mis on vajalik eluohtlikus seisundis olevate haigete kompleksraviks. Demonstreeriti ka respiratsioonitsentrumi spetsiaalselt sisustatud ambulants-autot.

Vabariigi peakirurg Š. Gulordava märkis lõppsõnas, et eluohtlikus seisundis olevate haigete ravi põhimõtete laiem juurutamine ja töö koordineerimine on väga vajalik. Tehti ettepanek kinnitada metoodiliseks juhtijaks sel alal Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla respiratsioonitsentrum. Viimane peab koos vabariigi peaspetsialistidega välja töötama ka ühtlase arvestusvormi vastava töö fikseerimiseks. Rajoonihaiglates vastutavad nende haigete ravi organiseerimise eest kirurgid.

A. Tikk

LEEDU NSV TERAPEUTIDE VI VABARIIKLIK KONVERENTS

Terapeutide vabariiklik konverents toimub Leedu NSV-s iga 2 aasta järel. VI konverentsil (19.—21. 04. 1962. a.) käsitleti kolme probleemi: 1) kortikosteroidhormoonide rakendamine sisehaiguste puhul, 2) kollagenoosid ja 3) verehaigused.

Programm-ettekande steroidravi printsiipidest tegi Z. Januškevičius.

Kortikosteroidravi tüsistuste küsimusi valgustas J. Kiauleikis. V. Murza ja B. Vassiliauskas märkisid oma ettekannetes, et steroidid, eriti AKTH, võivad mõnedel juhtudel toimida organismi sensibiliseerivalt. Uuteks, kuid vaieldavateks on M. Astapenko ja N. Janikejeva (Moskva) seisukohad, kes arvavad, et AKTH manustamine pärast kortikosteroidravi ei ole igal juhul kohustuslik. See olevat otstarbekohane ainult pärast pikemaajalist ravi, kui on andmeid, et on vaja stimuleerida neerupealiseid. A. Žiugzda ja J. Dievaitiene kõnelesid antibiootikumide ja kortikosteroidide kombineeritud rakendamise printsiipidest. L. Kõpman (Tallinn) peatus steroidhormoonide eritumisel kusega, nimelt mudaravi puhul.

Kollagenooside arutamisel omistati suurt tähelepanu reumale.

NSVL Arstiteaduse Akadeemia Keemiainstituudi kaastööline V. Vorobjov märkis, et viimastel aastatel on arstide valvsus reuma suhtes suurenenud, kuid esineb ka ülediagnoosimist. Ettekandja tutvustas kuulajaid uue nosoloogilise ühikuga — infektsioos-allergilise polüartriidiga —, mille eraldas A. Nesterov. Liigesekahjustuste iseloomu poolest meenutab see polüartriit väga reumat, kuid ei põhjusta liigeste deformatsioone ega südamekahjustusi.

Atüüpilistest reumavormidest rääkis M. Krikštopaitis, kelle tähelepanekute järgi kulgeb haigus täiskasvanutel 37% juhtudest varjatult. E. Gutmanas puudutas raseduse mõju reumale. R. Kaminskiene peatus tonsillektoomia toimel neerude funktsioonile reuma puhul.

Huvi pakkus J. Danyse töö. Ta rakendas diatermiat neerupealiste piirkonnas, saavutades real juhtudel reumaprotsessi vaibumise. L. Päi (Tartu) esitas materjale autoantikehade määramisest reumahaigetel.

Paljud ettekanded käsitlesid kollagenoose ja nakkuslikke artriite (B. Sideravičius kaasautoritega, V. Sačkovas kaasautoritega, A. Sakénienė jt.). Huvitav oli A. Baubinienė ettekanne süsteemse *lupus erythematodes*'e kliinikust ja ravist. Viimase diagnoosimine jätab praegu veel soovida. J. Lelise andmetel diagnoosivad seda enamikul juhtudel mitte terapeudid, vaid dermatoloogid.

Tähelepanelikult kuulati K. Kõrge ettekannet eosinofiilide dünaamikast infektsioos-allergiliste haiguste puhul ja A. Šefferi ettekannet reumatoidsest faktorist.

Väga sisukad ja mitmekesised olid istungid, kus arutati hematoloogia probleeme. E. Buterlevičienė ja L. Gargasas üldistasid andmeid vereloomeelundite haiguste kohta Leedu suuremates haiglates. Nad näitasid, et viimaste aastate jooksul on nimetatud haiguste rühmal kasvutendents. Sama tõendas ka A. Jančiene ettekanne.

J. Kupčinskas peatus autoallergiliste verehaiguste diagnoosimise ja patogeneesi aktuaalsel probleemil. J. Lašiene jt. esitasid leukooside uue klassifikatsiooni, mis vaatleb neid haigestumisi vereloomeelundite uudismoodustiste vormina.

Mitmed ettekanded käsitlesid leukoose. J. Bakšys rakendas hemotsütoblastoosi puhul luuüdi transplantatsiooni. Ühel juhul kolmest saadi lootustandvaid tulemusi. Käesoleva kirjutise autorid ja A. Juske ning L. Sepp rääkisid leukooside kliinikust ja diagnoosimisest.

Peab mainima A. Šimkuse ettekannet, mis üldistas 48 müeloomihaige kliiniku andmeid.

Konverentsi tööst võttis osa üle 300 arsti ja teadusliku töötaja. Tutvusime Kaunase Meditsiiniinstituudi kliinikutega. Hea mulje jätsid funktsionaalse diagnostika kabinetid. Meile näidati ka aparaati, mille abil saab elektrokardiogrammi üle anda ja vastu võtta telefoni teel. Aparaadi konstrueeris prof. Z. Januškevičius kaastöölistega. Olgugi et elektrokardiogrammi ülekandmiseks kulub praegu umbes tund aega, on sellel uuendusel suur perspektiiv.

A. Mardna ja N. Elštein

FTISIOKIRURGIA-ALANE NÕUPIDAMINE MOSKVAS

10.—12. maini 1962. a. toimus Moskvas üleliiduline nõupidamine kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi küsimustes.

Nõupidamisel käsitleti kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi kaasaegseid meetodeid, anestesioloogia probleeme kopsutuberkuloosi kirurgias ja tuberkuloosihaige kompleksse ravi põhimõtteid ning meetodeid.

Juhtiv ettekanne oli prof. V. Strutskovilt ja A. Safonovilt. Ettekandjad rõhutasid, et kavernide esinemisel ei ole veel küllaldaselt ära kasutatud kirurgilise ravi võimalusi. Selleks et tõsta kopsutuberkuloosi destruktiivsete ja krooniliste kavernoossete vormide ravi efektiivsust, on vaja tunduvalt tõsta ftisiokirurgiliste meetodite osa tuberkuloosi kompleksses ravis. Kõigis liiduvabariikides ja oblastites on vaja välja arendada kaasaegse aparatuuriga ja kvalifitseeritud kaadriga varustatud ftisiokirurgia keskused.

Ülalnimetatud autorid, samuti prof. D. Assejev ja prof. G. Gorovenko märkisid, et viimastel aastatel on meil pidevalt vähenenud operatsioonide üldarv. See on toimunud seetõttu, et õhkrinda korrigeerivaid operatsioone ja kollapskirurgilisi meetodeid rakendatakse viimasel ajal tunduvalt vähem, mida ei saa õigeks pidada. Ehkki on sagenenud kopsuresektsiooni kasutamine, ei suudeta sellega veel hõlmata kõiki kirurgilise ravi näidustustega haigeid. Samuti ei ole kroonilisi vorme võimalik ravida resektsioonimeetodil. Tuleb kasutada kõiki ftisiokirurgia meetodeid. Prof. F. Šebanov tegi oma ettekandes ettepaneku jaotada kopsutuberkuloosi haiged vastavalt näidustustele 5 rühma:

1) protsessid, mis kulgevad ilma destruktsioonita — näidustatud antibakteriaalne ravi,

2) protsessid värske destruktsiooni faasis — antibakteriaalne ja õhkrindravi (prof. F. Šebanov toonitas õhkrindravi vajalikkust destruktiivsete vormide puhul, eriti kui pikaajaline statsionaarne ravi ei ole võimalik).

3) kavernoossed vormid — peamiselt kirurgiline, teatud määral ka kollapsravi.

4) lagunevad tuberkuloomid, piirdunud fibrokavernilised protsessid — ainult kirurgiline ravi, ökonoomne resektsioon,

5) laialdased kroonilised protsessid destruktsiooniga. Need haiged ei ole veel tervistatavad. Pärast pikaajalist ettevalmistust on osal juhtudel võimalik kirurgiline ravi.

Konverentsi teisel päeval esinesid ettekannetega ftisiokirurgia kaasaegsetest meetoditest prof. L. Boguš, prof. N. Amossov ja prof. T. Hruštšova.

Prof. L. Boguš käsitles üksikute meetodite rakendamise näidustusi. Piirdunud kavernoossete tuberkuloosivormide ravis on kõige perspektiivsem segmentaarne resektsioon: samaaegse antibakteriaalse ravi puhul tervistub üle 90% haigetest. Krooniliste fibrokavernoossete protsesside puhul koos madalate hingamisreservide ja südameveresoonkonna kahjustustega on võimalik saavutada tervistumine muude kirurgiliste meetodite abil (kaverni drenaaž, torakoplastika puhul, bronhi ligeerimine, kavernotoomia jt.).

Prof. T. Hruštšova käsitles kollapskirurgiliste meetodite osa ftisiokirurgias. Enne antibakteriaalsete preparaatide kasutusele võtmist andsid kollapskirurgilised meetodid 58—70% juhtudest kliinilise efekti. Antibakteriaalne ravi kõrvaldab kollapsravi põhilised komplikatsioonid ja 90—93% juhtudest on võimalik saavutada kliiniline paranemine.

Ulatuslike ja kahepoolsete tuberkuloosiprotsesside puhul on kollapsravil rohkem eeldusi kui resektsioonimeetoditel.

N. Gerassimenko käsitles kirurgilist ravi ulatusliku ja kahepoolse kopsutuberkuloosi fibrokaverniliste vormide puhul. Ettekandja toonitas, et kasutades kõiki kaasaegseid meetodeid võime laiendada näidustusi krooniliste vormide ftisiokirurgiliseks raviks. Tuleb kasutada kombineeritud meetodeid — ökonoomset resektsiooni ekstrapleuraalse pneumolüüsiga, kahepoolset pneumolüüsi, kavernotoomiat torakoplastikaga jt.

V. Severov tegi ettekande bronhide plastilisest operatsioonist tuberkuloosi puhul. Autor on bronhide plastilist operatsiooni edukalt rakendanud 10 haige juures.

J. Ennulo (Tallinn) esines teemal — kavernotoomia meetodi rakendamine samaaegselt torakoplastikaga.

Anestesioloogia-alastes ettekannetes (E. Lebedev, J. Šilin) rõhutati, et viimastel aastatel on ftisiokirurgias peamiseks anesteesiameetodiks intratrahheaalne pindmine narkoos eeter-hapniku hüperventilatsiooniga ja juhitava hingamisega, samal ajal kasutatakse lihaserelaksante. Soovitatakse rakendada ka ganglionblokaatoreid.

Nõupidamise viimasel istungil käsitleti kopsutuberkuloosi kompleksse ravi põhimõtteid ja meetodeid. Juhtivate ettekannetega esinesid prof. N. Šmeljov, prof. A. Rabuhhin ja prof. M. Oifebach.

Prof. A. Rabuhhin kõneles kirurgilise ravi efektiivsusest. Ebatäielikult likvideeritud kopsutuberkuloosi ägenemisel esineb komplikatsioone sagedamini ja hilistulemused on sel puhul halvemad. Seda täheldatakse kõigi operatsioonimeetodite puhul. Bronhituberkuloos, samuti ravimiresistentsus halvendab ravi tulemusi.

Prof. A. Rabuhhin rõhutas, et destruktiivsete vormide puhul ei ole õige loobuda õhkrindravist, nagu seda viimastel aastatel on tehtud. Õhkrinna lühiaegne kasutamine (1—1,5 aastat) koos antibakteriaalse raviga annab tunduvalt paremaid tulemusi kui ainult antibakteriaalne ravi.

Prof. M. Oifebach peatus kopsutuberkuloosi kirurgilise ravi vajalikkusel. Kavernoossete haigusvormidega haigetel on kirurgiline ravi näidustatud 11—13%

juhtudest, värskete kaverniliste protsesside puhul 18—22%, lagunevate tuberkuloomide puhul 60—70% juhtudest. Kirurgilisele ravile kuuluvaist haigeist 60—70%-l on näidustatud resektsioonimeetodite ja 30%-l kollapskirurgiliste meetodite rakendamine. Praegu veel 50% haigeist keeldub kirurgilisest ravist. On vaja parandada ravitulemusi ja veenda haigeid otsustama kirurgilise ravi kasuks.

Kokkuvõttes tuleb märkida, et nõupidamine otsustas laiendada kirurgiliste meetodite osa kopsutuberkuloosi haigete ravis. Resektsioonimeetodite kõrval on vaja laiemalt kasutada ka kollapskirurgiat ja teisi meetodeid.

E. Kama

SISEVEEKOGUDE-ALANE KONVERENTS KARJALA ANSV-s

21.—25. maini 1962. a. toimus Petrozavodskis Karjala ja Baltimaade siseveekogudele ja nende majandusliku kasutamise probleemidele pühendatud teaduslik konverents, millest võtsid osa teadlased ja praktikud Karjalast, Eestist, Lätist, Leedust, Leningradist ja Moskvast.

Enamik ettekandeid oli Karjala töötajatelt, Läti NSV-st oli 9 ja Leedu NSV-st 5 ettekannet. Eesti NSV töötajad esitasid 8 ettekannet. Jõgede ja järvede tähtsusest meie maastikupildis rääkis TA Looduskaitse Komisjoni aseesimees E. Varep. Eesti jõgede kasutamise ja reostamise küsimusi käsitleti kahes ettekandes (I. Veldre Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist ja J. Ristkok Tartu Riiklikust Ülikoolist). Narva veehoidlat kui joogivee allikat iseloomustasid I. Veldre ja I. Maasik (Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut). Peipsi järve uurimisest andis ülevaate L. Kullus (Hüdrometeoroloogia Teenistuse Valitsus), Eesti karstipiirkonna jõgede voolurežiimist rääkis T. Eipre (Hüdrometeoroloogia Teenistuse Valitsus) ja ürgorgude tähtsusest Eestis veevarustuse seisukohalt A. Verte (Eesti NSV TA Geoloogia Instituut). L. Tepaks ja A. Kask (Tallinna Polütehniline Instituut) esitasid jõgede vooluhulkade määramise meetodeid. Ettekannete vastu tunti elavat huvi.

Märgiti vajadust jätkata ja süvendada tööd looduslike veekogude reostumise uurimise alal, laiendada uurimisi veekogudes lubatud toksiliste ainete piirväärtuste väljatöötamiseks ja läbi vaadata kehtivad sanitaarnormid. Rõhutati, et põhjavete ja eriti nende hüdrokeemia uurimist on vaja jätkata.

I. Maasik

NSVL TEADUSTE AKADEEMIA BIOLOOGIATEADUSTE OSAKONNA SESSIOON

1.—2. oktoobril 1962. a. toimus Moskvas NSVL TA bioloogiateaduste osakonna sessioon, mis oli pühendatud Maa esimese kunstliku kaaslase väljalaskmise 5. aastapäevale. Üldkoosoleku töö toimus kolmes sektsioonis, millele lisandusid ühised plenaaristungid. Plenaaristungitel kuulati ära 10 ettekannet. Kosmoselendude läbiviimise sektsioonis esitati 12 ettekannet, mis käsitlesid põhiliselt meditsiiniliste ja bioloogiliste uurimiste metoodikat ja vahendeid. Kõneldi matemaatiliste meetodite rakendamisest kosmosebioloogias ja kosmonautide eritreeningu küsimustest.

Teises sektsioonis käsitleti kosmoselennu mõju elusorganismidele. Muutuva gravitatsioonivälja mõju tasakaaluelundeile, peaaju verevarustuse dünaamika gravitatsioonivälja suuna muutumisel, peaaju bioelektrilise aktiivsuse seisundite analüüs ülekoormusel jt. omavad otsustavat tähtsust kosmoselendude edukaks läbiviimiseks, eriti pikemaajaliste lendude korral.

Radiobioloogia sektsiooni töö koondus probleemidele, mis kerkivad seoses inimese organismis kosmosekiirguse mõjul tekkivate muutustega. Erilist huvi pakkus autorite kollektiivi ettekanne «Kosmilise kiirguse bioloogilise mõju uurimised mudelitel».

Plenaaristungid avas akadeemik N. Sisakjan ettekandega «Nõukogude Liidu panus kosmose uurimisse». Akadeemik A. Oparin esines ettekandega «Elu universumis». Rida ettekandeid oli pühendatud kosmilise lennu füüsikalistele tingimustele ja bioloogilisele karakteristikale. Kosmoselennu tingimused esitavad kõrgendatud nõudeid kosmonaudi psüühikale. Seda teemat käsitlesid ettekanded «Grupi kosmonautide eksperimentaal-psühholoogiline uurimine» jt.

Sessioon näitas veenvalt, et nõukogude teadlased on kosmosebioloogia valdkonnas saavutanud suurt edu ja suutnud leida õige lahenemistee paljudele esmajärgulise tähtsusega probleemidele. See lubab edasistelt uurimistöödelt oodata põhimõttelise tähtsusega tulemusi.

H. Ehvärt

Kriitika ja bibliograafia

MÕNI SÕNA MEIL ILMUNUD SANITAARHARIDUSLIKEST BROŠÜÜRIDEST

Vabariikliku Sanitaarharidusmaja üheks töövormiks on populaarteaduslike brošüüride kirjastamine.

Järgnevalt vaatleme nelja sisehaiguste alalt ilmunud brošüüri. Kõikide autoriks on K. Valgma.

1. «Reumatism» *

Autor on andnud üldülevaate reuma etioloogiast, patogeneesist ja avaldumisvormidest. Kirjeldatakse äraproovitud ravivahendeid ning -meetodeid ja dieeti. Samuti on märgitud klimatoteraapia, muda- ja vesiravi head toimet haiguse remissiooni ajal. Juhitakse tähelepanu keskkonna, eelsoodumuse, närvisüsteemi ja koldeinfektsiooni osatähtsusele. Rõhutatakse seda suurt hoolt, mida Nõukogude Liidus pühendatakse võitlusele reuma vastu.

Siinjuures oleks olnud soovitav peatuda reumal kui sotsiaalsel probleemil, samuti näidata reumaatilise südamehaiguse suurt osa südamehaiguste hulgas ja viidata mõningate reumaatiliste südamekahjustuste operatiivse ravi võimalustele tänapäeval.

Kirjeldades nn. klassikalist reumat, mõistab autor selle termini all tõenäoliselt Sokolsky poolt üldisest liigesehaiguste grupist eraldatud haigust. Lugedes aga lk. 4 kolmandat lõiku ülalt («Käesolevas brošüüris pole võimalik käsitleda kõiki reumatismi vorme, seepärast peatume pikemalt vaid nn. klassikalisel reumatismil»), edasi lk. 5 esimest lõiku («Olenevalt sellest, millised elundid on enam kahjustatud, räägitakse reumatismi ülekaalukast südame, liigeste või närvisüsteemi vormist.») ning lk. 6 viiendat lõiku («Reumaatiliste haiguste hulka kuulub ka liigeste moondumisega kulgev liigeste põletik.»), ei ole selge, kas autor mõistab «reumaatiliste» vormide all kõiki liigesehaigusi, või ainult tõelise reuma vorme. Lk. 4 kolmanda lõigu esimeses reas esineva «kõiki reumatismi vorme» asemel oleks olnud sobivam kasutada «kõiki liigesehaigusi».

Lk. 4 neljandas lõigus loeme: «Reumatism kahjustab kogu organismi, kõige enam südant ja liigeseid . . .» Siinjuures oleks autor pidanud selgituseks ära märkima ülitundlikkusest tingitud sidekoepõletiku kui reumaatilise kahjustuse aluse.

Käsitledes medikamentoosset ravi väidab autor (lk. 8, teine lõik, rida 13—14): «Häid tulemusi on andnud reumaatilise liigestepõletiku ravi atofaani- ja urodaaniga . . .». On küsitav, kuivõrd otstarbekohane on reumat ravida ülalmainitud ravimitega. Lk. 3 kolmandast lõigust 9. reast loeme, et alles kahjustavate tegurite mõjul muutuvad streptokokid «inimorganismile kahjulikuks». Kas ei oleks otstarbekohasem öelda «tõvestavaks». Lk. 5 neljandas lõigus 4. reas tarvitatakse nimetust «südame väliskesta põletik», tarvitatavam on aga «südamepauna reumaatiline põletik».

Klassikalist reumat kirjeldades oleks autor pidanud sellega piirduma. Kui juba mainida moonutavat liigesepõletikku (lk. 6, neljas lõik) ja öelda (lk. 9, teine lõik, esimene rida), et reuma on «üks sagedasemaid invaliid-

* Tartu, 1959, 10 lk.

suse põhjusi», oleks autor just siin pidanud alla kriipsutama nende kahe haiguse põhilist erinevust, sest nii südamekahjustusega reuma kui ka moonutava liigesepõletiku kulg ja prognoos on erinev. Oleks võinud vältida võõrsõnade tarvitamist: produtseerima (lk. 4, 13. rida), kapriisne (lk. 6, teine lõik, 3. rida), perifeerne (lk. 6, kolmas lõik, esimene rida) jt. Peale ülaltoodu esineb mõningaid stiilikonarusi.

Kokkuvõttes peab tähendama, et brošüüri peamiseks puuduseks on terminoloogia väärkäsitlus. Reuma ja liigesehaigused ei ole võrdmõisted. Terminit «reumatism» tuleb kasutada vaid tõelise reuma puhul.

2. «Gastriidid» *

Autor on selgelt ja lühidalt käsitlenud maokatarri tekkepõhjusi, rõhutades sealjuures elundite vastastikust mõju ning närvisüsteemi osatähtsust. Loetletakse haigusnähud, mille puhul peab pöörduma arsti poole. Eriti hinnatav on tähelepanu osutamine toitumishügieenile kui ühele tähtsamale profülaktilisele tegurile. Kirjeldatud on dieetravi erinevate gastriidivormide puhul.

Küllaldaselt on peatutud üldisel hügieenirežiimil, kehakultuuril. Oluliseks puuduseks on, et maohäirete mitmesuguste tekkepõhjuste loetelus puuduvad ussnugilised, mille osa maovaevuste kujunemisel pole aga teatavasti väike.

Kohasem oleks brošüüri pealkirjana kasutada rahva seas tuntud nimetust: maokatarri või maolimaskesta põletikku. Kõik ei tunne ju ladinakeelset meditsiinilist terminoloogiat.

3. «Kõrgvererõhuhaigus» **

Brošüür on mahult suurem kui eelmised ja seda täiesti õigustatult, sest kõrgvererõhuhaigus põhjustab käesoleval ajal kõige rohkem invaliidistumist ja surma. On väga tähtis, et kõigil oleks ettekujutus selle haiguse olemusest.

Kogu materjal on jagatud 8 ossa. Esitus on selge ja arusaadav.

Sissejuhatava osa (lk. 3—4) on autor pühendanud kõrgvererõhuhaiguse sotsiaalsele tähtsusele ning nõukogude arstiteadlaste suurele panusele selle haiguse tekkepõhjuste selgitamisel.

II osas (lk. 4—5) on selgelt ja lühidalt käsitletud normaalse vereringe füsioloogilisi aluseid.

III osas (lk. 5—7) on õigesti eristatud tõelist hüpertooniatõbe mitmesuguste haiguste puhul esinevast sümptomaatilisest hüpertooniast.

IV osas (lk. 7—18) on käsitletud kõrgvererõhuhaiguse tekkepõhjusi, lähtudes I. P. Pavlovi õpetusest. Juhitakse tähelepanu hüpertooniatõppe haigestumise sageduse erinevusele maa- ja suurlinnaelanike hulgas. Peatutakse toitumisrežiimil, sest see võib soodustada haiguse tekkimist.

V ja VI osas (lk. 13—21) kirjeldatakse kõrgvererõhuhaiguse astmete kliinilisi iseärasusi ja tüsistusi.

VII osas (lk. 21—33) vaadeldakse ajakohaselt kõrgvererõhuhaiguse ravi. Õigesti on tähelepanu juhitud dieedi tähtsusele, sanatoorse ravi heale toimele ning sageli esinevale vajadusele töötingimuste muutmiseks. Eriti hinnatav on autori nõue: mitte valikuta kasutada lõunapoolseid raviasutusi.

VIII osas (lk. 33—37) juhitakse lühidalt ja selgelt tähelepanu toitumis-, töö- ning puhkerežiimile ja kehakultuuri osale organismi üldises tugevdamises, s. t. ka kõrgvererõhuhaiguse profülaktikas. Ei ole unustatud mainida ka alkoholi ja nikotiini kahjulikkust.

---

* Tartu, 1961, 12 lk.
** Tartu, 1961, 38 lk.

Kokkuvõttes peab tähendama: vaatamata sellele, et kõrgvererõhuhaigust süstematiseeritult käsitleda on küllaltki raske, on autor sellega hästi toime tulnud. Ainukeseks märkuseks on, et autor pole selgitanud vegetatiivse ja kesknärvisüsteemi füsioloogilist erinevust, mistõttu lugejale jääb eriti mõiste «vegetatiivne» ebaselgeks (lk. 8).

4. «Südame-veresoonkonna haigused»*

Brošüüris on lühidalt kirjeldatud südame ja veresoonkonna normaalset ja patoloogilist füsioloogiat (ühes patoloogilis-morfoloogiliste muutustega). Sagedamini esinevate haigustena on õigesti nimetatud reumat, ateroskleroosi ja kõrgvererõhuhaigust. Hästi on käsitletud südame- ning veresoonkonna haiguste profülaktikat ja ravi (nii medikamentoosset kui dieetravi). Juhitakse tähelepanu tervis- ja ravivõimlemise vajadusele. Rõhutatakse, et ravi peab toimuma ainult arsti soovitusel ja järelevalvel. Siinjuures tuleb mainida, et iatrogeenia ärahoidmiseks peaks südameneuroosi käsitlema orgaanilistest südamehaigustest eraldi.

Oleks pidanud vältima selliste võõr- ja oskussõnade kasutamist nagu «kapillaarveresooned» (lk. 3, teine lõik, 8. rida), «perifeerne» (lk. 4, teine lõik, 7. rida), «staadium» (lk. 7, teine lõik, 3. rida). Stiilikonarlustest torkas silma lk. 5 (teine lõik, 11. ja 12. rida) «elastsuse langemine» — elastsus ei lange vaid väheneb. Lk. 10 (kolmas lõik, 7.—8. rida) esineb trükiviga: on trükitud «enfrülliin», peab olema «eufülliin».

Kõik vaadeldud brošüürid on määratud elanikkonna teadmiste tõstmiseks. Esimeseks nõudeks sellistele väljaannetele on, et nad oleksid kirjutatud lihtsas, arusaadavas keeles ning vormis ja vastaksid tänapäeva arstiteaduse tasemele. Pearõhk tuleb seejuures panna profülaktika küsimustele.

Vigade ja puudujääkide vältimiseks on vaja anda brošüüride käsikirjad retsenseerida vastavatele spetsialistidele. Igal trükiväljaandel peab olema ka vastutav toimetaja. Kui näiteks K. Valgma brošüüridel «Reumatism», «Gastriidid» ja «Kõrgevererõhuhaigus» on vastutavaks toimetajaks J. Riiv, siis brošüüris «Südame-veresoonkonna haigused» andmed toimetaja kohta puuduvad.

Edaspidi tuleks rohkem rõhku panna sanitaarhariduslike väljaannete kujundusele. Neid võiks illustreerida ka fotode ja joonistega. Kõne all olnud brošüürides ei ole näiteks ühtegi illustratsiooni.

L. Mardna

KASULIK RAAMAT**

Viimase kümne aasta jooksul on ilmunud võrdlemisi vähe monograafiaid ja kogumikke maksa- ning sapiteedehaiguste kohta. Samal ajal on aga nende haiguste uurimine väga aktuaalne, sest neid esineb võrdlemisi sageli. Seetõttu pakub suurt huvi tööde kogumik, mis ilmus meie maa tuntuma gastroenteroloogi NSVL TA korrespondeeriva liikme prof. S. Rõssi toimetusel. Raamat sisaldab 16 artiklit maksahaiguste ja 4 artiklit sapiteede ja sapipõie patoloogia kohta.

Botkini tõve ja maksatsirrooside kliinilist pilti käsitleb S. Rõss. Erilist tähelepanu on omistatud diferentsiaaldiagnostikale ja neid haigusi

---

* Tartu, 1962, 12 lk.

** Заболевания печени и желчных путей. Под ред. чл.-корр. АМН СССР проф. С. М. Рысса. Л., 1961, 191 стр., тираж 3000.

põdevate haigete dispanseersele jälgimisele. N. Zaslavski, I. Bolovi, J. Krutskihh, Z. Bezkorovainaja jt. tööd puudutavad mitmesuguseid teste, mida tehakse maksafunktsiooni ja -kahjustuste üle otsustamiseks. Tähelepanu äratavad J. Mihhailovi uurimised luminestsentsmikroskoopia ja fermentide aktiivsuse määramise üle mitmesuguse etioloogiaga kollatõvede diferentsiaaldiagnostikas, samuti ka Z. Švartsmani töö maksa summaarse funktsioonivõime hindamisest kahjustusastme kindlaksmääramiseks epideemilise hepatiidi puhul.

Peab nimetama ka V. Šisko artiklit Botkini tõbe põdenud inimeste dispanseerimise metoodika ja ravi-profülaktiliste abinõude kohta.

V. Smagina iseloomustab epideemiliste hepatiitide tagajärjel arenevate maksatsirrooside kliinilist pilti ja annab nende klassifikatsiooni. V. Okunevitši artiklid puudutavad sapiteede düskineesiate röntgenoloogilist uurimist ja sel puhul kasutatavaid ganglioblokaatoreid (fubromegaan) ning koliinolüütiliselt toimivat preparaati arpenaali. M. Raivo näitab oma töös arpenaali efektiivsust sapiteede düskineesiaga kaasnevate koletsüstiitide ravimisel.

V. Semjonova uuris D. Finko reaktsiooni. Autor tuleb järeldusele, et maksa- ja sapiteedehaiguste korral ei ole sellel reaktsioonil diferentsiaaldiagnostilist väärtust.

Kahjuks ei ole kogumik vaba ka mõnedest puudustest. Liiga vähe on antud ruumi sapipõie- ja sapiteedehaigustele. Vaevalt on õige lamblioosi ravimiseks soovitada viiekuurilist skeemi akrihhiiniga (V. Šiško artikkel). Esineb ebatäpsusi bibliograafilises nimestikus.

Tervikuna võttes sisaldab raamat aga palju väärtuslikku maksa- ja sapiteedehaiguste diagnoosimise ja ravi kohta. Kogumik on kasulik nii sisehaiguste kui ka nakkushaiguste arstidele, laborantidele ja epidemioloogidele.

N. Elštein

METOODILINE JUHEND ENTEROVIIRUSTE KOHTA

Hiljuti ilmus trükist arstiteaduse kandidaadi A. Jannuse koostatud metoodiline juhend («Metoodilisi juhendeid enteroviiruslike materjalide kogumiseks ja laboratoorseks töötlemiseks», Tallinn, 1962, 14 lk.). Juhendi sissejuhatuses tuuakse lühike ülevaade enteroviiruste klassifikatsioonist, nende olemusest ja uurimise ajaloost. Esitatakse ka tabel poliomüeliiti haigestumisest Eesti NSV-s 1955.—1962. a. Esimeses peatükis käsitletakse viroloogilisteks uurimisteks materjali kogumise metoodikat ja materjali laboratooriumi saatmise tingimusi. Järgmised peatükid sisaldavad ülevaate enteroviiruste laboratoorsete uurimiste alustest ja näpunäiteid saadud tulemuste hindamiseks.

O. Kruus

Küsimusi ja vastuseid

KAS KÕIK LÕDVAD SPINAALSED HALVATUSED ON AINULT POLIOMÜELIIDI ETIOLOOGIAGA?

Kolme viimase aasta jooksul paralüütilise poliomüeliidina diagnoositud haigusjuhtude kliiniline ja viroloogiline uurimine piirkondades, kus massiline vaktsineerimine hästi läbi viidi (nende hulgas Eesti NSV), näitas, et tegemist oli, eriti vaktsineeritute haigestumisel, mittepoliomüeliitilise etioloogiaga lõtvade halvatustega. Etioloogilisteks faktoriteks olid kas *Coxsackie* (A_{1-4}, A_7, $A_{9, 10}$, B_{2-5}) või ECHO (2, 4, 6, 9, 11, 16) viirused. Osal juhtudest ei suudetud etioloogilist tegurit välja selgitada Kliiniliselt kulgesid halvatused üldiselt kergete spinaalsete vormidena (sageli ühe jala nõrkus), ilma kehatemperatuuri tõusuta ja patoloogiliste muutusteta liikvoris. Sagedamini haigestusid lapsed kuni 3. eluaastani. Haigestumised sagenesid mais ja juunis

Järelikult on iga lõdva spinaalse halvatuse esinemisel vaja selgitada haigestumise etioloogia. See on võimalik ainult viroloogiliste ja seroloogiliste uurimiste abil (väljaheidete viroloogiline uurimine haiguse akuutses järgus ja seroloogilised uurimised paarisseerumis — üks haiguse algjärgus ja teine 2—3 nädala pärast). Klinitsistilt nõutakse aga diagnoosi kiiret püstitamist. Et see pole sageli võimalik, soovitatakse poliomüeliidi või mittepoliomüeliitiliste lõtvade halvatuste diagnoosimist ja registreerimist läbi viia kahes etapis. Esialgse diagnoosi panevad klinitsistid kliiniliste ja epidemioloogiliste andmete alusel, lõpliku diagnoosi püstitab aga klinitsistide ja viroloogide komisjon 2—3 kuud hiljem, pärast viroloogiliste uuringute teostamist. Prof. M. Tšumakov soovitab lõplikku diagnoosi vormistada järgmiselt: 1) paralüütiline poliomüeliit — kliiniliselt ja laboratoorselt tõestatud, 2) paralüütiline poliomüeliit — laboratoorselt tõestamata, 3) lõdvad spinaalsed halvatused — tõestatud enteroviiruste olemasoluga, 4) lõdvad spinaalsed halvatused selgitamata etioloogiaga.

Aparalüütilise poliomüeliidi diagnoosimisest ainult kliiniliste andmete alusel tuleb loobuda.

On vajalik, et kõik lõtvade halvatuste ja pareesidega haiged hospitaliseeritaks varakult, kohe pärast kohalike neuroloogide konsultatsiooni. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogia sektor teostab viroloogilisi ja seroloogilisi uuringuid, mis võimaldavad selgitada lõtvade halvatuste etioloogilist struktuuri kaasaja tasemel. (Dotsent **E. Raudam**, TRÜ Arsiteaduskonna neuroloogia kateeder.)

KAS LEUKOOSIDE SAGENEMIST VÕIB SEOSTADA RÖNTGENIKIIRGUSE TOIMEGA ORGANISMISSE?

Rahvusvahelise statistika andmeil on viimase 30 aasta jooksul suremine leukooside tagajärjel kõikides maades tunduvalt sagenenud. 1947. a. tõestasid M. Sacks ja B. Seemen esmakordselt statistiliselt leukoosidesse haigestumise ja suremise tõusu USA-s (1944. aastaks oli see suurenenud 4,3-kordseks, võrreldes 1900. aastaga). A. Markovi andmeil on sama täheldatud ka Nõukogude Liidus, kuid vähemas ulatuses. Seepärast on hakatud õigustatult otsima seletust nn. verevähi sagenemisele. Kirjanduses torkab üha enam silma üks ja sama vihje — leukooside ja ioniseeriva kiirguse vahel peab valitsema parallelism, ehk, nagu ütlevad R. Blattner ja E. Lewis, lineaarne sõltuvus, mille kohaselt teise suurenemine tingib ka esimese sagenemise. Nagu röntgenikiirgus võib esile kutsuda nahavähi tekke, samuti võivat ta tekitada «radiatsioonileukoosi» ehk «kiiritusleukoosi» (S. A. Reinberg).

Autorid, kes kaitsevad esitatud seisukohta, rajavad oma väidete kinnituse järgnevale. 1. Isikud, kes elasid üle tuumarünnaku Hirošimale ja Nagasakile, haigestuvad leukoosi sagedamini kui teised. 2. Haiged, kes on saanud pikemat aega röntgenravi anküleeriva spondüloartroosi tõttu, haigestuvad seda sagedamini leukoosi, mida suurem on olnud röntgenravi doos. Nagu 14 000 haigusloo analüüsist Inglismaal nähtub, haigestuvad kõne all olevad haiged leukoosi 10 korda sagedamini kui kontrollrühma haiged. 3. Isikud, kes oma elukutse tõttu puutuvad päev-päevalt kokku röntgenikiirgusega, haigestuvad teistega võrreldes sagedamini: P. Marchi andmeil haigestuvad näiteks röntgenoloogid umbes 10 korda sagedamini kui teised arstid. Samasuguseid andmeid esitab J. Furth. 4. Lastel, kelle emadel on rasedusajal teostatud vaagnaelundite röntgenoloogilisi uuringuid, on suurem kalduvus leukoosi haigestu-

miseks. A. Stewarti andmeil suri Inglismaal 1953. — 1955. a. leukoosi ja pahaloomulistesse kasvajatesse 1500 kuni 10 aasta vanust last. Anamnestilistest andmetest selgus, et 85% nende laste emadest oli rasedusajal teostatud röntgenoloogilisi uuringuid, vastavas kontrollrühmas aga ainult 45%-l. 5. Viimastel aastatel on kirjanduses ilmunud viiteid leukoosidesse haigestumise kohta pärast türeotoksikoosi ravi radioaktiivse joodiga (H. Vetter, W. Kennedy).

Paljud teadlased ei ole esitatuga nõus: on ju leukoosidesse haigestumise kirjeldusi teada juba ammu enne röntgenikiirte avastamist ja kasutusele võtmist. Sellele vastukaaluks viitavad esimese seisukoha pooldajad nn. loodusliku radioaktiivse fooni olemasolule, mis on olnud ja on radioaktiivse kiirguse peamiseks allikaks. Loodusliku radioaktiivse fooni all tuleb mõista kogu radioaktiivse kiirguse summat, mille annab kosmiline kiirgus, pinnase, vee ja atmosfääri radioaktiivsus koos organismis leiduvate radioaktiivsete elementidega. Siit teebki E. Lewis järelduse, et 10—20% nn. spontaansetest leukoosidest on indutseeritud loodusliku radioaktiivse fooni poolt. Seoses tuumakatsetuste ja radioaktiivsete isotoopide kasutamisega on kaasajal radioaktiivne foon tugevnenud. O. Leipunski oma matemaatilises uurimuses tuumakatsetuse toimest organismisse märgib, et näiteks 10-megatonnise vesinikupommi plahvatuse korral üle kogu maakera paiskunud radioaktiivsed osised võivad 2,5-miljardilise elanikkonna hulgas esile kutsuda 15 000 leukoosijuhtu.

Eeltoodust nähtub, et kuigi ei ole täie veenvusega tõestatud, et ioniseeriv kiirgus on leukooside tekke ainuke ja otsene põhjus, on siiski õigustatud kõik need jõupingutused, mida tehakse ioniseeriva kiirgusega kokkupuutuvate töötajate ohutuse tagamiseks, 2—7-nädalase rasedusega naiste (sel ajal toimub lootel organogenees) kõhuõõneelundite röntgeniuuringute piiramiseks ja loodusliku radioaktiivse fooni suurenemise pidurdamiseks. (**J. Raudsepp**, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.)

MISSUGUNE ON KROONILISE VINGUGAASIMÜRGISTUSE TEKKEMEHHANISM JA SÜMPTOMATOLOOGIA?

Halbade sanitaar-hügieeniliste ja sanitaartehniliste tingimuste korral võib kroonilisi vingugaasimürgistusi esineda mitmesugustes tööstusettevõtetes (gaasigeneraatorite ja martäänahjude tsehhides, valutsehhides, mootorite katsetamiste juures, autogaraažides, tsementitehastes jne.). Tuleb arvestada, et majapidamisgaas sisaldab vingugaasi 4—11%, generaatorigaas — 9—29%, lõhkegaasid — kuni 60%, kaasaegse linnatranspordi heitegaasid — 1—14% jne.

Krooniline vingugaasimürgistus tekib CO väikeste kontsentratsioonide (0,08—0,09 mg/l) pikaajalise sissehingamise või kergekujuliste ägedate mürgistuste kordumise tagajärjel.

Kroonilise vingugaasimürgistuse korral tekib karboksühemoglobiini niivõrd vähe (tavaliselt mitte üle 10%), et see ei saa olla hüpokseemia otseseks põhjuseks. Vähene, kuid pidev karboksühemoglobiini sisaldumine veres avaldab aga pärssivat mõju oksühemoglobiini aktiivsusele. Hapniku eraldumine oksühemoglobiinist aeglustub. Kudedes, eriti närvisüsteemis, tekib krooniline hapnikuvaegus. Peale selle on eksperimentaalselt kindlaks tehtud, et pikema aja jooksul väikestes hulkades sissehingatuna alandab vingugaas mõnede fermentide aktiivsust.

Kroonilisel vingugaasimürgistusel ei ole rangelt spetsiifilisi tunnuseid, kuid esineb küllalt iseloomulikke subjektiivsete ja objektiivsete sümptoomide kombinatsioone. Kroonilise vingugaasimürgistuse peamisteks tunnusteks on peavalud, mälu halvenemine, erutatavus, vasomotoorsed häired, tasakaaluhäired, hingeldus, valud rinnus, kehakaalu langus, higistamine, alkoholitaluvuse vähenemine ja südamelihase düstroofia. Kroonilise vingugaasimürgistuse diagnoos on põhjendatud vaid siis, kui inimene on pikema aja jooksul (kuud, aastad) viibinud vingugaasiga saastunud ruumis ja esinevad ülalnimetatud nähud. Oluline on välja lülitada kõik teised, kroonilise vingugaasimürgistuse kliinilist pilti meenutavad haigused. (**H. Kahn**, Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.)

Refeeraate

Tervishoid Kuuba Vabariigis. И. З. Мухутдинов (Здравоохранение в Кубинской республике). Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1962, 10, 128—132.

1962. a. veebruaris ja märtsis viibis Kuubas Nõukogude tervishoiutöötajate esimene delegatsioon. Selle aja jooksul tutvuti nii Havanna kui ka mitme provintsi tervishoiu- ja lasteasutustega.

Kuubas on loodud Tervishoiu ja Sotsiaalhoolekande Ministeerium. Haiglavoodite põhiline fond on praegu Tervishoiu Ministeeriumi käsutuses, kuid on olemas veel ka üksikuid erahaiglaid. Haiglavoodeid ei ole veel küllaldaselt — 2 voodit 1000 elaniku kohta (vrd. Eesti NSV-s 9,8 voodit 1000 elaniku kohta — refereerija märkus). Haiglaravi on tasuta. Praegu puuduvad veel polikliinilise abi jaoskonnad ja dispanseerne teenindamine. Arste on vähe — ligi 5 arsti 10 000 elaniku kohta (vrd. Eesti NSV-s 24 arsti 10 000 elaniku kohta — refereerija märkus).

Kuni viimaste aastateni valmistas arste ette ainult Havanna Ülikool. 1961. a. avati meditsiinifakulteet veel Santiago de Cubas ja 1963. a. on kavatsus luua arstiteaduskond ka Santa-Clara ülikoolis. Havanna meditsiinifakulteedis on praegu üle 2000 üliõpilase. Kliiniliseks baasiks on Havanna 13 haiglat (kokku üle 5000 voodi). Õppeaeg meditsiinifakulteedis on 6 aastat; viimase kursuse üliõpilased töötavad subordinaatoritena. Pärast lõpetamist peab arst vähemalt aasta töötama maal. Tervishoiu Ministeeriumi alluvuses on rida uurimisinstituute. Antakse välja 3 ajakirja: üldmeditsiini, pediaatria ja kirurgia alal (ajakirjad ilmuvad üks kord kahe kuu jooksul).

Revolutsioonieelses Kuubas puudus sanitaar-epidemioloogia teenistus. Profülaktikaga ei tegeldud. Kaitsesüstimisi viidi läbi väga piiratult. Praegu on sanitaar-epidemioloogiaalase tegevuse juhtimine pandud ühele kolmest tervishoiu ministri asetäitjast. Ministeeriumis on peale muu 2 valitsust: sanitaarvalitsus ja epidemioloogia valitsus. Iga provintsi tervishoiuosakonna juures on sanitaar-epidemioloogia valitsused. Töötab juba 6 sanitaar-epidemioloogia jaama. Provintside sanitaar-epidemioloogia jaamad vastavad oma struktuurilt ja koosseisult meie oblastite omadele. Nii näiteks on Havannas asuva, provintsi sanitaar-epidemioloogia jaama koosseisus 107 inimest, nendest ligi 50 arsti. Jaam asub 3-korruselises hoones. Bakterioloogia ja sanitaar-hügieeni laboratooriumid on head. Rahvusliku Hügieeni ja Epidemioloogia Instituudis on loodud vabariigi esimene viroloogia laboratoorium.

Praegu veel puuduvad ammendavad ametlikud andmed elanike haigestumisest. Andmete järjekindlaks saamiseks seatakse sisse mitmed arvestuse ja aruandluse vormid.

Aktuaalseteks probleemideks on soolenakkused ja tuberkuloos. Vabariigis on rida häid, kaasaegse sisustusega tuberkuloosihaiglaid. Kõik aktiivse tuberkuloosiga haiged kannavad haiglates maski, et vältida nakkuse levikut ja superinfektsiooni. Vastsündinud vaktsineeritakse tuberkuloosi vastu nahasisesi. 6 a. vanuselt viiakse läbi revaktsineerimine (enteraalselt), kusjuures revaktsineerimise eel Pirquet' reaktsiooni ei tehta. Vaktsineerimistega ei hõlmata kõiki vastsündinuid, sest praegu sünnitab veel isegi linnade sünnitusmajades ainult 60% rasedaist.

Võrdlemisi sage on haigestumine difteeriasse, kusjuures suremine sellesse ulatub haiglas 4%-ni. Sealsed infektsionistid pooldavad difteeriaravi antibiootikumidega, seerumravi peaaegu ei rakendata. Suhteliselt sageli kasutatakse trahheotoomiat, mis seletub nähtavasti haigete hilise hospitaliseerimisega. Difteeriavastased kaitsesüstimised on rakendamisel.

Poliomüeliiti registreeriti Kuubas juba ammu. Aeg-ajalt haigestumine sagenes (1932., 1942. ja 1952. a.). Käesoleva aasta algul viidi läbi laialdane immuniseerimine Moskva Poliomüeliidi Instituudi vaktsiiniga. Vaktsineeriti ligi 1,8 miljonit 2—14 a. vanust last. Vaktsineerimine kuulutati riiklikuks ülesandeks.

Võitluses malaariaga likvideeritakse anofelogeenseid veekogusid. Kuuba valitsus seadis ülesandeks likvideerida malaariasse haigestumine 3 lähema aasta jooksul.

Tõsiseks probleemiks on helmintoosid: mõnedes rajoonides põeb 80—90% elanikest helmintoosi.

Nakkushaigete hospitaliseerimiseks on praegu ligi 1000 voodit. Havanna 250 voodikohaga nakkushaigla jätab hea mulje. Sealsed arstid on kõrge kvalifikatsiooniga ja tunnevad ka hästi erialast välismaist kirjandust. Puuduseks on nakkushaiguste hiline avastamine ja bakterioloogiliste ning viroloogiliste uurimiste mitteküllaldane rakendamine.

Ref. H. Pihl

ÜLELIIDULISE KOHTUARSTIDE JA KRIMINALISTIDE TEADUSLIKU SELTSI EESTI OSAKONNA TEGEVUSEST

A. LUKAS,
ÜKKTÜ Eesti Osakonna juhatuse esimees

Üleliidulise Kohtuarstide ja Kriminalistide Teadusliku Seltsi Eesti Osakond asutati 1951. a. Esimestel aastatel oli seltsi töö mõnevõrra ebaregulaarne. Edaspidi aga nõudis elu ise kohtuarstide-ekspertide energilist osavõttu seltsi tegevusest. 10-aastase tegevuse jooksul on seltsis peetud 45 plenaaristungit, mis enamasti kestsid kaks päeva.

Plenaaristungitel kuulati ära ja arutati läbi 147 ettekannet. Enamik neist (109) oli pühendatud kohtuarstliku ekspertiisi teooria ja praktika küsimustele. Esitatud kohtuarstiteaduslike ettekannete temaatika on olnud järgmine: traumatoloogia — 65 ettekannet, toksikoloogia — 6, äkksurm — 11, laste surm ja laste traumatism — 9, asitõendite ekspertiis — 5, töövõime ekspertiis — 3 ja kohtuarstiteaduslik kasuistika — 10 ettekannet. Pöörati tähelepanu kohtuarstlike organite tegevusega seotud küsimustele (13 ettekannet).

4 istungil arutati kriitiliselt kohtuarstiteaduslikke õpikuid ja kogumikke. Peale selle kuulati 11 ettekannet vennasvabariikide kohtuarstide ja kriminalistide konverentside ja kongresside kohta, millest meie seltsi liikmed delegaatidena osa võtsid.

Vabariigi kohtuarstid peavad tihedat sidet ka teiste arstiteaduslike seltsidega, nagu patoloog-anatoomidega, terapeutidega, kirurgidega jt.

Perioodiliselt on seltsi Eesti osakonna koosolekutest osa võtnud kohtuarstiteaduse tuntud spetsialistid, näiteks NSVL Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetajaliige professor M. I. Avdejev, dotsent V. I. Tšarnõi jt.

Kohtuarstide seltsi peaeesmärgiks on parandada ekspertiisi kvaliteeti ning tervishoiukorraldust ja kasvatada noort kaadrit. Puuduste ilmnemisel tervishoiukorralduses on kohtuarstid kaasa aidanud nende kõrvaldamisele.

Eesti kohtuarstide teaduslikke töid on avaldatud vabariiklikes ja keskajakirjades. Seltsi tegevusaja jooksul on üldse trükis avaldatud 22 tööd. Tegelikult on kogunenud tohutu materjal, mida oleks vaja üldistada ja mis pakuks suurt huvi tervishoiu ja sotsialistliku seadusandluse parandamise seisukohalt. Seni on kohtuarstid teadusliku tööga veel vähe tegelnud. Nimelt on meie vabariigis puudulikult läbi töötatud äkksurma profülaktika ja laste surma küsimused.

Igapäevases töös osutavad vabariigi kohtuarstid kohtuorganeile suurt abi. Kohtuarstide-ekspertide otsus etendab sageli otsustavat osa keerukate ja vastutavate juriidiliste küsimuste lahendamisel inimese elu ja tervise kallale tungimise juhtudel. Kohtuarstide selts võttis aktiivselt osa uue Eesti NSV Kriminaalkoodeksi arutamisest ja tegi omapoolseid ettepanekuid. Samuti töötas selts välja kehavigastuste kindlaksmääramise reeglid.

Siinjuures ei saa jätta mainimata, et vabariigi kohtuala töötajad ei ole veel seltsi liikmed. Nõukogude Liidus ühinesid kohtuarstid ja kriminalistid 1946. a. ühte, Üleliidulisesse Kohtuarstide ja Kriminalistide Ühin-

gusse. Eesti Kohtuarstide seltsi juhatuse mitmekordsed katsed kriminaliste seltsi töösse kaasa tõmmata ei ole senini tagajärgi andnud. Seda võib eelkõige seletada vabariigi kohtuorganite juhtivate töötajate aktiivsuse puudusega. Jälitusorganite töötajate kaasatõmbamisega seltsi tegevusse elavneks töö sotsialistliku seadusandluse parandamisel tunduvalt.

Kroonika

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas sünnitusabiks ettenähtud voodite arvu suurendamist Tallinnas. Ettekandega esines Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Laste ja Emade Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna ülem L. Lavrova. Kolleegium märkis, et sünnitajatele abi andmiseks on Tallinna haiglates 192 voodit, sellest 110 Tallinna Vabariiklikus Haiglas, kus 31% ulatuses teenindatakse maaelanikkonda. Sünnitajatele määratud voodite arvu suurendamiseks kohustati Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst A. Roosilehte ümber profileerima 70 voodit II günekoloogia osakonnast — 55 sünnitajatele, ülejäänud 15 haigla teistele osakondadele.

Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maureri kohustati avama Nõmme haiglas ajutiselt 30 voodit naistehaigusi põdejatele. Edasi kohustati Harju rajooni TSN TK Tervishoiuosakonna juhatajat N. Ressi avama Kallavere haiglas 40 voodiga günekoloogia osakond.

Kolleegium otsustas paluda Raudtee Ravi-Sanitaarvalitsuse ülemat, et ta lisaks vältimatuks kirurgiliseks abiks kaks valvekorda kuus Tallinna Raudteehaigla kirurgia osakonnale.

*

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidium arutas tervishoiuasutuste katlaruumide ohutustehnilist olukorda. Kuulati ära Tervishoiu Ministeeriumi tuletõrje ja ohutustehnika inspektori A. Vakkeri ettekanne ja tervishoiuasutuste esindajate sõnavõtud. Ohutustehnika olukord on teatud määral paranenud, kuid esineb veel puudusi. Mõnedes tervishoiuasutustes on katlad registreerimata.

Kolleegium kohustas kõiki tervishoiuasutuste juhatajaid otsekohe tarvitusele võtma abinõud katlaruumide nõuetekohasesse olukorda seadmiseks, varustama katlad vajalike mõõteriistadega, koostama vajalik dokumentatsioon, valmistama katlaplaanid. Ühtlasi tuleb hiljemalt 1. jaanuariks 1963. a. registreerida Riiklikus Tehnilise ja Mäejärelvalve Inspektsioonis kõik arvelevõtmisele kuuluvad keskküttekatlad.

Linnade ja rajoonide tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonihaiglate ja vabariiklike allasutuste peaarste kohustati pidevalt kontrollima ohutustehnilist seisukorda. Kutseta kütjad tuleb suunata vastavatele kursustele.

Kolleegium kohustas Tootmisettevõtete ja Abikäitiste Valitsust varustama kõiki tervishoiuasutusi vajalike materjalidega ja mõõteriistadega. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ehitusosakonna ülemal J. Kivimäel tuleb aga abistada haiglaid ja teisi allasutusi keskküttekatelde registreerimiseks vajaliku tehnilise dokumentatsiooni koostamisel.

*

Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium arutas tervishoiu rahvaülikoolide tööd. Ettekandega esines Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst M. Raig.

Tervishoiu rahvaülikoolid on elanikkonna seas leidnud suure poolehoiu. Täis auditooriumidega on töötanud Tallinna, Tartu, Pärnu, Viljandi, Võru, Rakvere, Elva, Põltsamaa, Märjamaa rahvaülikool. Tartus kuulavad 117 rahvaülikooli lõpetanut spetsiaalset loengutetsüklit edasijõudnutele.

Huvitavalt ja hästi on tervishoiu rahvaülikoolide tööd organiseerinud järgmised arstid: Tartus V. Paškov, Tallinnas P. Bogovski, Pärnus L. Haas, Võrus E. Kongo, Viljandis H. Pihlak. On korraldatud rohkesti praktilisi õppusi, seminariõppusi, ekskursioone, näidatud filme jne. Väga kohusetruult suhtub oma ülesannetesse TRÜ Arsiteaduskonna õppejõud G. Rooks, kes viib huvitavalt läbi anatoomiapraktikume Tartu Tervishoiu Rahvaülikoolis. Samuti jälgiti huviga kurgu-, nina-, kõrvahaiguste kateedri õppejõu dots. E. Siirde loenguid ja praktikume.

Tervishoiu rahvaülikoolide töös esineb ka raskusi. Kõige rohkem teeb muret ruumipuudus, eriti Tallinnas ja Tartus. Väiksemates rajoonides ei saa lektorite puuduse tõttu mõnel erialal kinni pidada ainekäsituse süstemaatilisusest. Puudus on näitliikest vahenditest ja kinofilmidest. Mõnedes rahvaülikoolides on suur protsent kuulajaid välja langenud. Põltsamaal lõpetas 223 registreeritust 126, Elvas 132-st 21, Räpinas 190-st 63.

Kolleegium kohustas linnade ja rajoonide tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonihaiglate peaarste osutama suuremat tähelepanu tervishoiu rahvaülikooli (või selle osakonna) organiseerimisele. Kolleegium pani ette rakendada tervishoiu ülikooli lõpetanud tööle sanitaaraktivistidena või ühiskondlike sanitaarvolinikena.

Tervishoiu rahvaülikoolidesse tuleb kutsuda külalislektoreid: TRÜ Arstiteaduskonna õppejõude, ENSV Tervishoiu Ministeeriumi, Tallinna Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajaid jt.

Edasi kohustas kolleegium Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarsti M. Raigi varustama kõiki rajoone rahvaülikooli õppekavadega ja loenguteks vajalike näitliike vahenditega. Peale selle kohustati Vabariiklikku Sanitaarharidusmaja kirjastama 1963. a. 5 autoripoogna ulatuses materjale tervishoiu rahvaülikooli kuulajaile ja kontrollima ning juhendama rahvaülikoolide tööd.

Kolleegium avaldas hea töö eest tänu Võru Tervishoiu Rahvaülikooli direktorile E. Kongole, Viljandi rahvaülikooli direktorile H. Pihlakule ja Pärnu rahvaülikooli direktorile L. Haasile.

A. Kaldma

TUBLI TÖÖMEES LÄKS PENSIONILE

Elva Rajooni Haigla saatis 15. IX 1962. a. pidulikult pensionile 78-aastase hambaarsti A. Perlmani.

Arnold Jakobi p. Perlman sündis 21. juunil 1884. a. Viljandis. Pärast hambaarstide kooli lõpetamist Riias siirdus ta Tartu Ülikooli, kus omandas hambaarsti kutse. Tööd alustas A. Perlman Tartus 1907. a., kus töötas kuni 1941. aastani, mil siirdus Nõukogude Liidu tagalasse. Kuni sõja lõpuni töötas ta Iljanovski oblastis Bogdassini rajoonis. 1945. a. siirdus A. Perlman tööle Elva. Alates 1955. a. töötas A. Perlman sanitaar-epidemioloogia alal. Aastaid juhtis ta Elva rajooni tervishoiutöötajate ametiühingu tööd, oli linnanõukogu saadikuks. Kaastöötajad tunnevad A. Perlmani alati noorusliku, reipa ja seltsimehelikuna. Soovime 55-aastase staažiga töömehele pikka iga.

H. Saare

UUED TEADUSLIKUD KUTSED

NSVL Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon andis Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktorile arstiteaduse doktorile Pavel Aleksandri p. Bogovskile professori teadusliku kutse patoloogilise anatoomia ja onkoloogia alal.

G. Loogna

*

Hiljuti saabus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti teade, et Kõrgem Atestatsioonikomisjon on omistanud vanema teadusliku töötaja kutse instituudi direktorile arstiteaduse kandidaadile Arnold Eduardi p. Jannusele ja direktori asetäitjale teaduslikul alal arstiteaduse kandidaadile Raiot Vasso p. Sillale.

H. Pihl

UUS ARSTITEADUSE KANDIDAAT

23. oktoobril k. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli aulas Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul kandidaadiväitekirja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Šalva Aroni p. Gulordava. Väitekirja «Reieluukaela mediaalsete murdude osteosüntees» kaitsmisel oponeerisid arstiteaduse doktor professor A. Linkberg ja arstiteaduse kandidaat dotsent H. Petlem.

Š. Gulordava kaitses väitekirja edukalt. Arstiteaduskonna nõukogu otsustas talle omistada arstiteaduse kandidaadi kraadi.

H. Mägi

RETSEPTIDE TUNDMAÕPPIMISE JA STANDARDISEERIMISE ALALINE KOMISJON

Retseptide standardiseerimise laiemale alusele viimiseks asutati Tallinnas 1962. a. septembrikuus Retseptide Tundmaõppimise ja Standardiseerimise Alaline Komisjon. Komisjoni koosseisu kuuluvad Tallinna arstid M. Eitelberg, M. Golneva, B. Äniline, V. Tamm, V. Kööp, H. Taumi, A. Brems, H. Merila ja farmatseudid D. Luik, A. Roost, L. Samoson, L. Tungla, A. Karrus, V. Gutmann, J. Kalda, H. Kuiv, L. Savi, A. Olmre, H. Leib.

22. oktoobril k. a. pidasid komisjoni farmatseudid oma esimese töökoosoleku. Koosolek otsustas, et tuleb läbi töötada Tallinna apteekide kogu novembrikuu ekstemporaalne retseptuur. Juhendeid töö läbiviimiseks andsid V. Päsmel Apteekide Peavalitsusest ja komisjoni esimees D. Luik. Kontrollanalüütilisest Kesklaboratooriumist. Apteegid jaotati komisjoniliikmete — farmatseutide vahel, kelle peale jääb praktilise töö organiseerimine kohtadel. Koondmaterjalid arutatakse läbi komisjoni ühisel koosolekul, millele järgneb materjalide laiem tutvustamine ja standardravimite tootmise organiseerimine nii apteekide kui ka galeenilise laboratooriumi baasil.

P. Zobel

UUS TALLINNA LINNA PEATERAPEUT

Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maureri käskkirjaga nr. 206 10. nov. 1962. a. nimetati Tallinna linna peaterapeudiks arstiteaduse kandidaat Natan Vladimiri p. Elštein.

E. Sild

ÜLELIIDULISEST NÕUPIDAMISEST HAIGLARAVI KORRALDAMISE ÜLE

25.—27. septembrini k. a. toimus Moskvas üleliiduline nõupidamine NSVL elanikkonna haiglaraviga kindlustamise üle. Nõupidamisest võttis osa üle 2000 arsti-praktiku, teadlase ja tervishoiu organisaatori. Eesti NSV-st viibis nõupidamisel 16 inimest: A. Goldberg, L. Lavrova, A. Vares, A. Roosileht, L. Maurer, A. Linkberg, J. Koltsar, B. Tsitlis, I. Lebedev, K. Mõttus, A. Muller, L. Rätsep, N. Kimask, M. Ugolnikova, D. Migulin ja A. Sarap.

Nõupidamisel esines ettekandega NSVL tervishoiu minister S. Kurašov teemal «NSVL elanikkonna statsionaarse teenindamise olukorrast ja abinõudest selle edaspidiseks parandamiseks».

A. Sarap

BAKTERIOLOOGIA KURSUSED

1. septembril k. a. algasid Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis bakterioloogia kursused vabariigi sanitaar-epidemioloogia jaamade arstidele. Kursustest võtavad osa järgmised isikud: T. Klompus Pärnu Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, O. Vilge Kingissepa Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, J. Zagarjatskaja Jõhvi Sanitaar-Epidemioloogia Jaama Kohtla-Järve filiaalist ja L. Prohhorenko, Z. Kujaževa, V. Štšerbakova ning Z. Tsenkman Tallinnast.

Kursused kestavad neli kuud. Lektoriteks ja praktikumide läbiviijateks on peale instituudi teaduslike töötajate Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi, Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ja Tallinna Linna Nakkushaigla spetsialistid.

Kursante tutvustatakse ka viroloogilise uurimise põhialustega.

L. Tamm

MÄRKMEID PÄRNU TERVISHOIUTÖÖTAJATE ELUST

Oktoobri algul EKP Pärnu Linnakomitee poolt korraldatud propagandistide nõupidamisel märgiti ära ning autasustati mitmeid aktiivseid propagandiste, nende hulgas ka kahte arsti Pärnu Linna Haiglast — I. Sahharovit ja Š. Haitovit.

Tänavu avaldasid haigla arstid üksmeelset soovi tegelda poliitharidusringis filosoofia küsimustega, esmajoones teemaga «Filosoofilisi probleeme meditsiinis». See on

ka arusaadav, sest üha uued ja uued väljapaistvad arstiteaduslikud avastused vajavad sügavat filosoofilist tõlgendamist ja lahtimõtestamist.

Partei linnakomitee lubab õppuste heaks kordaminekuks igakülgset abi. Mööduvad aastate eeskujul (propagandisti algatusel) kavatsetakse ka tänavu kutsuda esinema külalislektoreid. See teeb õppused veelgi huvitavamaks ja sisukamaks.

*

Pärast suvevaheaega on Pärnus taas avanud uksed elanikkonna huigas populaarseks saanud Tervishoiu Rahvaülikool. Arstid valmistuvad loenguteks täie tõsiduse ja vastutustundega. Rahvaülikooli nõukogu äsjasel koosolekul kinnitati õppeprogramm ning otsustati pöörata senisest rohkem tähelepanu hügieeniküsimustele.

*

Pärnu ainsat (ja suhteliselt väikest) siseujulat kasutavate arstide arv on mullusega võrreldes kahekordistunud. See rõõmustav fakt on valmistanud aga omamoodi pettumuse senistele kõige agaramatele basseinikasutajatele: ujumishuviliste arv on kasvanud, aga ülekoormuse tõttu ei ole võimalik tundide arvu suurendada. Iga meditsiinitöötajate grupp saab nüüdsest peale ujulat kasutada vaid kaks korda kuus (senise nelja korra asemel).

Š. Haitov

ARSTIDE KOOSOLEK KINGISSEPAS

12. novembril 1962. a. toimus Saaremaal Kingissepas Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku nõukogu ja Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi ühine koosolek, millest võttis osa üle 50 inimese. M. Purde käsitles onkoloogia, L. Jannus ftisiaatria, E. Veinpalu kurortoloogia aktuaalseid küsimusi ja Kingssepa Linna Haigla arst A. Birkenfelt elanikkonna loomulikku liikuvust ja haigestumust Kingissepa rajoonis. Referaatidele järgnes elav mõttevahetus. Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse kolleegiumi liige prof. P. Bogovski märkis positiivselt Kingssepa arstide aktiivsust ajakirja kaastöölistena ja avaldas lootust, et tulevikus sidemed ajakirja ning Saaremaa arstkonna vahel veelgi tihenevad.

H. Jänes

KINGISSEPA RAJOONI HAIGLA ÕDEDE NÕUKOGU TÖÖST

Kingissepa Rajooni Haigla õdede nõukogu töö on olnud üsna mitmekesine.

Keskharidusega meditsiinitöötajate teadmiste tõstmiseks on käsitletud südamevereringe haigusi, verehaigusi, kiiritustõbe ja mitmeid teisi aktuaalseid küsimusi. Erilist tähelepanu on juhitud aju verevalumitega haigete põetamisele. On õpetatud käsitsema kunstliku hingamise ja narkoosiaparaate.

Kogemuste vahetamiseks on korraldatud õppereise vabariigi teistesse raviasutustesse.

Õdede nõukogu on organiseerinud ka õmbluskursusi, õppusi kulinaaria ja lauakatmise alal. Võeti osa ujumiskursustest ja õpiti tundma vetelpäästevõtteid.

Poliitilisi teadmisi täiendatakse kolmes rühmas. On läbi töötatud ka N. Zaglada kiri. Meditsiiniõdede nõupidamisel on arutatud nõukogulikku töössesuhtumist ja kutse-eetika küsimusi.

Õdede nõukogu ülesandeks on ühtlasi ka sanitaride kvalifikatsiooni tõstmine. Sanitaridele korraldatakse konverentse ja õppusi sanitaarmiinimumi alal, samuti informatsioone sise- ja välispoliitiliste sündmuste kohta.

H. Lember

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMI NING ÜLEMNÕUKOGU TERVISHOIU JA SOTSIAALKINDLUSTUSE KOMISJONI VÄLJASÕIDUISTUNG KOHTLA-JÄRVEL

2. novembril 1962. a. peeti Kohtla-Järve linnas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Eesti NSV Ülemnõukogu Tervishoiu ja Sotsiaalkindlustuse Komisjoni ühine väljasõiduistung, millel arutati Kohtla-Järve elanikkonna meditsiinilist teenindamist ja abinõusid selle parandamiseks. Aruandjaks oli Kohtla-Järve Linna TSN Täitevkomitee esimees N. Makarov.

Istungi tööst võtsid osa Eesti NSV Ülemnõukogu saadikud — Ülemnõukogu Tervishoiu ja Sotsiaalkindlustuse Komisjoni liikmed eesotsas komisjoni esimehe J. Jürnaga ning esimehe asetäitjad A. Madik ja dotsent E. Raudam, NSV Liidu Ülemnõukogu saadikud E. Jaska, A. Vahtraorg ja B. Äniline. Peale nende võtsid istungist osa Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, kolleegiumi liikmed A. Sarap ja I. Masik, Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistid A. Vares, A. Gunter, N. Malõševa, sotsiaalkindlustuse ministri asetäitja H. Virngof, Riikliku Kontrollkomisjoni esindaja G. Kimask, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees U. Meikas, Riia Ortopeedia ja Traumatoloogia Instituudi professor S. Lišnevski, Riikliku Plaanikomisjoni esindaja L. Kose, Eesti NSV Ministrite Nõukogust A. Muller, Rahvamajanduse Nõukogu aseesimees V. Kivi, Kohtla-Järve linna tööstusettevõtete direktorid, kaevanduste ülemad, haiglate peaarstid ja palju teisi, kokku üle 120 inimese.

Aruandja tõi esile need suured muudatused, mis on toimunud rahva tervishoius ja elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel viimastel aastatel. 1962. aasta lõpuks oli Kohtla-Järvel 12 haiglavoodit 1000 elaniku kohta (kokku 1210 voodit). Käesoleval ajal on Kohtla-Järvel ametis 198 arsti ja üle 700 keskharidusega meditsiinitöötaja. Meenutagem, et 1948. a. töötas selles piirkonnas ainult 8 arsti ja siin oli 80 haiglavoodit. Aastast aastasse langeb laste suremus. 1961. a. moodustas see 21,3. 1962. a. teostati voodite õige profileerimine, haigla nr. 1 baasil (Kohtla-Järve linnaosas) organiseeriti üldkirurgia-, traumatoloogia-, sisehaiguste, uroloogia-, otorinolarüngoloogia- ja onkoloogia-osakond. Haigla nr. 2 baasil (Kohtla-Järve linna Jõhvi linnaosas) rajati 200 voodikohaga lastehaigla. Lähemal ajal antakse käiku uus 200 voodikohaga haigla Kohtla-Järve linna Ahtme linnaosas.

Ülemnõukogu saadikud, Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistid ja teised, kes eelnevalt olid uurinud ravi- ja profülaktika-asutuste tööd, juhtisid oma sõnavõttudes tähelepanu puudustele meditsiinilisel teenindamisel ja tööliste tervise kaitsmisel, tööstusettevõtetes ning kaevandustes.

Väljasõiduistungil kavandati konkreetsed abinõud elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tööliste töötingimuste edaspidiseks parandamiseks.

A. Sarap

EESRINDLIKE TÖÖKOGEMUSTE VAHETAMINE

Eesrindlike töökogemuste vahetamise eesmärgil kuulati Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 20. XI s. a. Kingissepa Rajooni Haigla ühiskondliku nõukogu esimehe N. Homutova ja Tõrva Linna Haigla peaarsti G. Filipsi ettekannet haigla ühiskondliku töö kohta. Presiidium märkis, et mõlema haigla ühiskondlikud nõukogud on ära teinud suure positiivse töö. Näiteks sai Tõrva Linna Haigla endale ühiskondliku nõukogu (esimees E. Luik) kaasabil uued, avaramad ruumid, seati sisse veevarustus, rajati kanalisatsioon ja tehti remont ühiskondlikus korras. Ühiskondliku nõukogu tööd suunab aktiivselt Tõrva Linna Haigla peaarst G. Filips.

Kingissepa Rajooni Haigla ühiskondlik nõukogu koosneb 21 liikmest. 2 aasta jooksul on nõukogu pidanud 10 koosolekut, kus on arutatud väga olulisi tervishoiu küsimusi (elanikkonna profülaktiline röntgenofluorograafiline läbivaatus, katseealiste dispanseerimine, doonorlus, tootmistraumatism jne.). Tänu ühiskondliku nõukogu liikmete aktiivsele abile saadi polikliiniku tarvis uued, avaramad ruumid, mis võimaldas haiglat laiendada ja luua ravimiseks soodsamad tingimused. Oma vajadused vereülekande alal katab Kingissepa Rajooni Haigla doonoritelt tasuta saadud verega.

*

Meie vabariigi tervishoiuasutustes võtab üha laiemat hoogu võistlus kommunistliku töö kollektiivi austava nimetuse saamiseks. Käesoleval ajal taotleb seda nimetust ligi 30 ravi- ja profülaktikaasutust, mis hõlmab üle 600 meditsiinitöötaja. Seoses kommunistliku töö kollektiivi nimetuse taotlemisega võtsid Tallinna Linna Lastehaigla kõik töötajad endale individuaalsed kohustused.

A. Silm

SISUKORD

Teooria ja praktika

L. TERAS — Mõningaid andmeid P-vitamiini toime kohta . . . 3
V. RÄTSEP — Mõningate maovähktõve-eelsete haiguste diagnoosimisest 7
J. RAUDSEPP — Kasvajate kemoteraapiast (Kirjanduse ülevaade) . 11
V. SALUPERE — Paikse hüperplastilise kasvajataolise gastriidi diagnoosimisest 16
S. MARAMAA — Renaalsest hüpertooniast 19
A. MARDNA, N. ELŠTEIN, A. JUSKE ja L. SEPP — Leukooside diagnoosimisest ja ravist 23
E. MÜLLERBEK — Laste esmane haigestumine reumasse Tallinnas . . 28

I.BUGAKOV — Arstide ülesannetest võitluses kopsutuberkuloosiga . . 32
I. PODOLSKI — Ravimite nomenklatuurist 34

Tervishoiu organisatsioon

A. SARAP — Väsimatult täiustada ja parandada haiglaravi 39

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

R. KASKMETS — Hüpertooniatõve ravist erposiidiga 43
R. PURRE ja J. SAMARÜTEL — Mao- ja soolesisu evakueerimisest . 45

N. HAUG ja A. TALIHÄRM — Depolariseeriva relaksandi lüstenooni kasutamisel esinenud «kahekordse bloki» juht 47
V. KÖÖP — Norskamise ravist . . 48

Abiks velskritele ja õdedele

K. VALGMA — Kroonilise südamehaige režiimist kodustes tingimustes 51
K. SÖÖT — Piimanäärmepõletiku profülaktika 55

Konverentsid ja nõupidamised

E. KAMA — Ftisiaatrite VI vabariiklik konverents 58
H. JÄNES — Kutsetervishoiu vabariiklik konverents 60

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

Л. ТЕРАС — Некоторые данные о действии витамина *P*
В. РЯТСЕП — О диагностике некоторых предраковых заболеваний желудка
Ю. РАУДСЕПП — О химиотерапии опухолей (Обзор литературы)
В. САЛУПЕРЕ — О диагностике локального гиперпластического опухолевидного гастрита
С. МАРАМАА — О гипертонии почечного происхождения
А. МАРДНА, Н. ЭЛЫШТЕЙН, А. ЮСКЕ и Л. СЕПП — О диагностике и лечении лейкозов
Е. МЮЛЛЕРБЕК — Первичная заболеваемость детей ревматизмом в г. Таллине
И. БУГАКОВ — О задачах врачей в борьбе с туберкулезом легких
И. ПОДОЛЬСКИЙ — О номенклатуре медикаментов

Организация здравоохранения

А. САРАП — Неустанно совершенствовать и улучшать стационарное обслуживание населения

Обмен опытом и казуистика

Р. КАСКМЕТС — О лечении гипертонической болезни эрпозидом
Р. ПУРРЕ и Ю. САМАРЮТЕЛЬ — Об эвакуации желудочно-кишечного содержимого
Н. ХАУГ и А. ТАЛИХЯРМ — Случай «двойного блока» при применении листенона-релаксанта деполяризирующего типа
В. КЁЭП — О лечении храпения

В помощь фельдшерам и сестрам

К. ВАЛГМА — Режим больного хроническим заболеванием сердца в домашних условиях
К. СЕЭТ — Профилактика воспаления молочной железы

Конференции и совещания

Э. КАМА — VI республиканская конференция фтизиатров
Х. ЯНЕС — Республиканская конференция по профессиональной гигиене

V. SÄRGAVA — Vabariikidevahelisest otorinolarüngoloogide konverentsist 61
A. TIKK — Seminar eluohtlike seisundite ravist Tartus 61
A. MARDNA ja N. ELŠTEIN — Leedu NSV terapeutide VI vabariiklik konverents 63
E. KAMA — Ftisiokirurgia-alane nõupidamine Moskvas 63
I. MAASIK — Siseveekogude-alane konverents Karjala ANSV-s . . 65
H. EHVÄRT — NSVL Teaduste Akadeemia bioloogiateaduste osakonna sessioon 65

Kriitika ja bibliograafia

L. MARDNA — Mõni sõna meil ilmunud sanitaarhariduslikest brošüüridest 66
N. ELŠTEIN — Kasulik raamat . . 68
O. KRUUS — Metoodiline juhend enteroviiruste kohta 69

Küsimusi ja vastuseid 70

Referaate 72

Mitmesugust

A. LUKAŠ — Üleliidulise Kohtuarstide ja Kriminalistide Teadusliku Seltsi Eesti Osakonna tegevusest . 73

Kroonika 74

В. СЯРГАВА — О межреспубликанской конференции оториноларингологов
А. ТИКК — Семинар в Тарту по вопросам жизнеопасных состояний
А. МАРДНА и Н. ЭЛЬШТЕЙН — VI республиканская конференция терапевтов Литовской ССР
Э. КАМА — Совещание в Москве по фтизиохирургии
И. МААЗИК — Конференция в Карельской АССР по вопросам внутренних водоемов
Х. ЭХВЯРТ — Сессия отделения биологических наук Академии наук СССР

Критика и библиография

Л. МАРДНА — Несколько слов о вышедших санитарно-просветительных брошюрах
Н. ЭЛЬШТЕЙН — Полезная книга
О. КРУУС — Методическая инструкция по энтеровирусам

Вопросы и ответы

Рефераты

Разное

А. ЛУКАШ — О деятельности Эстонского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов

Хроника

AJAKIRI

„NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID“

1962. a.

SISUKORD

ЖУРНАЛ

„НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСНОЙД“

1962 г.

СОДЕРЖАНИЕ

GOLDBERG, A. — Tööstustööliste haigestumisest ja abinõudest selle vähendamiseks . . . . . V— 3
ROOTS, H. — Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» tööst . IV— 3
SARAP, A. — Tervishoiu ülesannetest maal NLKP Keskkomitee märtsipleenumi otsuste alusel . III— 3

Teooria ja praktika

BOGOVSKI, P. ja GAVRILOV, A. — Onkoloogiaalase teadusliku uurimistöö ja vähivastase võitluse ülesannetest Eesti NSV-s NLKP programmi valguses . . . . II— 3
BUGAKOV, I. — Arstide ülesannetest võitluses kopsutuberkuloosiga VI—32
CHEVALIER, A. — Epilepsia diagnoosimisest ja ravist . . . . V— 9
DANILOVITŠ, A. ja ALLIK, E. — Vereseerumi aldolaasi aktiivsuse ja bilirubiini nihetest epideemilise hepatiidi haigetel . . . . I—30
DEMBO, A. — Mõningaid aktuaalseid küsimusi hingamise puudulikkusest . . . . . IV—36
ELŠTEIN, N. — Kroonilise fenatsetiinimürgistuse kliinikust ja diagnoosimisest . . . . . III—37
GULORDAVA, Š. — Nurgamõõtjasuunaja tarvitamise metoodika reieluukaela mediaalsete murdude puhul . . . . . V—23
GULORDAVA, Š. ja PÄSMEL, M. — Reieluukaela mediaalsete murdude osteosünteesi kaugtulemused . . . . . II—29
JALVISTE, H. — Viljastumise füsioloogilisest vältimisest . . . III—28
JANNUS, A. — Enteroviiruse *Coxsackie B-5* poolt põhjustatud haiguspuhang (*Morbus Bornholmi*) Eesti NSV-s . . . . . V—26
JANNUS, L. — Tuberkuloosihaigete surma peamised põhjused lahangumaterjali andmeil (Autoreferaat) . . . . . IV—39
KARUSOO, J. — Ftisiokirurgiliste operatsioonide toimest hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi funktsioonile (Autoreferaat) . . . . II—40
KERES, L. ja LAARMANN, L. — Hapnikravi meetodeist kopsupõletiku puhul varaealistel lastel IV—46
KLIIMAN, A. ja VEEBER, L. — Anesteesiast raske türeotoksikoosiga haigete operatiivsel ravil . III—11
KONSAP, O. — Piimavalkude tähtsus toitlustamises . . . . . V—31

ГОЛЬДБЕРГ А. — О состоянии заболеваемости промышленных рабочих и меры по ее снижению
РООТС Х. — О работе журнала «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
САРАП А. — О задачах здравоохранения на селе в свете решений мартовского Пленума ЦК КПСС

Теория и практика

БОГОВСКИЙ П. и ГАВРИЛОВ А. — Задачи по противораковой борьбе и научно-исследовательской работе по онкологии в Эстонской ССР в свете программы КПСС
БУГАКОВ И. — О задачах врачей в борьбе с туберкулезом легких
ШЕВАЛЬЕ А. — О диагностике и лечении эпилепсии
ДАНИЛОВИЧ А. и АЛЛИК Э. — О сдвигах активности альдолазы и билирубина в сыворотке крови у больных эпидемическим гепатитом
ДЕМБО А. — Некоторые актуальные вопросы дыхательной недостаточности
ЭЛЬШТЕЙН Н. — О клинике и диагностике хронического отравления фенацетином
ГУЛОРДАВА Ш. — Методика применения угломера-направителя при медиальных переломах шейки бедренной кости
ГУЛОРДАВА Ш. и ПЯСМЕЛЬ М. — Отдаленные результаты остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости
ЯЛЬВИСТЕ Х. — Физиологическое предупреждение оплодотворения
ЯННУС А. — Эпидемическая вспышка в Эстонской ССР, вызванная энтеровирусом *Coxsackie B—5* (болезнь Борнхольма)
ЯННУС Л. — Основные причины смерти больных туберкулезом по материалам вскрытия (Автореферат)
КАРУСОО Я. — О действии фтизиохирургических операций на функцию гипофизарно-адреналовую систему (Автореферат)
КЕРЕС Л. и ЛААРМАН Л. — О методах кислородной терапии при пневмонии у детей раннего возраста
КЛИЙМАН А. и ВЕЭБЕР Л. — Анестезия при оперативном лечении больных с тяжелыми формами тиреотоксикоза
КОНСАП О. — Значение белков молока в питании

KOSKVEE, L. — Nahavähktõve lühifookusröntgenravist . . . . IV—32
KÕRGE, K. — Allergia patogeneesist ja diagnostikast . . . . I— 3
KÕRGE, K. — Allergoloogia päevaprobleeme Eesti NSV-s . . . V— 7
KÄBIN, R. — Toitude kohustuslikust vitaminiseerimisest . . . I—22
LANI, H. ja MARKOVITŠ, R. — Krooniliste eksematoossete säärehaavanditega haigete kompleksest ravist . . . . . IV—27
LEHEPUU, B. — Kuraaretoimeliste ravimite kasutamisest traumatoloogias ja ortopeedias . . . . IV— 9
LINKBERG, A., TÜNDER, E., PÕDER, K., TIHANE, H. ja TIKKO, H. — Intimotrombektoomiast alajäsemete tuiksoonte trombobliterееruvate haiguste puhul . . . . . III— 5
LUTS, M. — Kuidas kuulatleda laste südant . . . . . V—28
LÕVI, M. — Ägedatest lõualuude osteomüeliitidest lastel . . . IV—23
MARAMAA, S. — Renaalsest hüpertooniast . . . . . VI—19
MARDNA, A., ELŠTEIN, N., JUSKE, A. ja SEPP, L. — Leukooside diagnoosimisest ja ravist . VI—23
MEDINSKI, G. ja PIHL, H. — Psitakoos ehk ornitoos (Kirjanduse ülevaade) . . . . . III—15
MOSSIN, V. ja PAŠININ, P. — *C*-reaktiivse valgu testi diagnostilisest tähtsusest kopsupõletikkude puhul . . . . . II—33
MÜLLERBEK, E. — Laste esmane haigestumine reumasse Tallinnas VI—28
ORŠANSKAJA, R. Südamesisestest trombidest ja polüüpidest . . I—33
ORŠANSKAJA, R. ja RÄTSEP, I. — Diabeetilise glomeruloskleroosi juht . . . . . V—21
PIHL, H. — Eesti NSV-s avastatud salmonellade ravimiresistentsuse uurimisest . . . . . IV—41
PODAR, U. — Primaarsest maksavähist . . . . . II— 8
PODOLSKI, I. — Ravimite nomenklatuurist . . . . . VI—34
PURDE, M. — Vähktõve hilise avastamise põhjustest . . . . . V—14
RAUDSEPP, J. — Kasvajate kemoteraapiast (Kirjanduse ülevaade) . . . . . VI—11
RAUDSEPP, V. — Munajuha esmasest vähktõvest . . . . . V—18
REINARU, J. — Nakkusliku kollatõve etioloogia ja profülaktika tänapäeval (Kirjanduse ülevaade) . . . . . I—26
RIIV, J. — Kogemusi bronhiaalastma ravimisel . . . . . I—10
RUUS, E. — Maoverejooksude põhjustest ja diagnoosimisest . . IV—16
RÄTSEP, V. — Gastroskoopia väärtusest maovähktõve diagnoosimisel . . . . . II—14

КОСКВЕЭ Л. — Короткофокусная рентгенотерапия рака кожи
КЫРГЕ К. — О патогенезе и диагностике аллергии
КЫРГЕ К. — О проблемах аллергологии в Эстонской ССР
КЭБИН Р. — Об обязательной витаминизации пищи
ЛАНИ Х. и МАРКОВИЧ Р. — Опыт комплексного лечения хронических экзематозных язв голени
ЛЕХЕПУУ Б. — О применении препаратов курареподобного действия в травматологии и ортопедии
ЛИНКБЕРГ А., ТЮНДЕР Э., ПЫДЕР К., ТИХАНЕ Х. и ТИККО Х. — Об интимотромбэктомии при тромбобли-терирующих заболеваниях артерий нижних конечностей
ЛУТС М. — Как выслушивать сердце у детей
ЛЫВИ М. — Об острых остеомиелитах челюстей у детей
МАРАМАА С. — О гипертонии почечного происхождения
МАРДНА А., ЭЛЬШТЕЙН Н., ЮСКЕ А. и СЕПП Л. — О диагностике и лечении лейкозов
МЕДИНСКИЙ Г. и ПИХЛ Х. — Пситтакоз-орнитоз (Обзор литературы)
МОСИН В. и ПАШИНИН П. — Диагностическое значение теста на *С*-реактивный белок при пневмониях
МЮЛЛЕРБЕК Е. — Первичная заболеваемость детей ревматизмом в г. Таллине
ОРШАНСКАЯ Р. — О внутрисердечных тромбах и полипах
ОРШАНСКАЯ Р. и РЯТСЕП И. — Случай гломерулосклероза при диабете
ПИХЛ Х. — Исследование лекарственной устойчивости салмонелл, выделенных в Эстонской ССР
ПОДАР У. — О первичном раке печени
ПОДОЛЬСКИЙ И. — О номенклатуре медикаментов
ПУРДЕ М. — О причинах позднего выявления заболевания раком
РАУДСЕПП Ю. — О химиотерапии опухолей (Обзор литературы)
РАУДСЕПП В. — О первичном раке яйцевода
РЕЙНАРУ И. — Этиология и профилактика инфекционного гепатита в настоящее время (Обзор литературы)
РИЙВ Я. — Опыт лечения бронхиальной астмы
РУУС Э. — О причинах и диагностике желудочных кровотечений
РЯТСЕП В. — О ценности гастроскопии при диагностировании рака желудка

RÄTSEP, V. — Mõningate maovähktõve-eelsete haiguste diagnoosimisest . . . . . VI— 7
SAAR, A. — Viljastusaja määramise ja rasestumise vältimise meetodist . . . . . III—23
SALZMAN, S. ja EHVÄRT, H. — Röntgeni- ja gammakiirguse dosimeetria aktuaalseid küsimusi Eesti NSV-s . . . . . III—34
SALUPERE, V. — Maoresektsioonijärgsetest hilissündroomidest . II—21
SALUPERE, V. — Paikse hüperplastilise kasvajataolise gastriidi diagnostikast . . . . VI—16
SCHAMARDIN, N. ja MARIPUU, I. — Karbamiidformaldehüüdliimist K-17 põhjustatud naha- ja limaskestade kahjustused . . . . . IV—43
SCHOTTER, L., MANDEL, Õ. ja AARMANN, L. — Haapsalu ravimuda destillaadi kasutamisest silmahaiguste puhul . . . . II—36
SILD, M. ja TALLMEISTER, E. — Süstelahuste palavikkutekitava toime uurimisest . . . . . I—15
SKORODKO, I. — Kilpnäärmehaiguste kirurgilise ravi tulemustest . . . . . III— 8
TERAS, L. — Mõningaid andmeid P-vitamiini toime kohta . . . VI— 3
VAGANE, E. — Sanatoorsel ravil viibivate polüartriidihaigete C-vitamiini vajadusest . . . . I—18
VALDES, V. — Kaks atüüpilist prostatavähi juhtu . . . . II—11
VALVERE, Ü. — Väikese vaagna vegetatiivsete närvide topograafiast kirurgia seisukohalt . . IV—21
VIEDEBAUM, I. — Anestesioloogia kaasaegsete meetodite rakendamine Kilingi-Nõmme haiglas . II—25
VODJA, R. — Mõningatest harukordsetest mumpsivormidest . III—20

ÄNILINE, B. — Trauma ja invaliidsus . . . . . IV—13

Tervishoiu organisatsioon

LEVIN, I. — Tallinna elanike haigestumise uurimisest (1958. a. andmetel) . . . . . II—41
SARAP, A. — Väsimatult täiustada ja parandada haiglaravi . . . VI—39

SARAP, A. ja MARANTS, M. — Ajutist töövõimetust põhjustavate haigestumiste uurimisest Eesti NSV tööstusettevõtetes . I—37
VARES, A. — Eesti NSV arstiteaduslike seltside ülesannetest . III—41

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

FREIBERG, I. — Pärasoole kaasasündinud avausetus lastel . . V—34
HAUG, N. ja TALIHÄRM, A. — Depolariseeriva relaksandi lüstenooni kasutamisel esinenud «kahekordse bloki» juht . . . VI—47

РЯТСЕП В. —О диагностике некоторых предраковых заболеваний желудка

СААР А. — Метод определения срока зачатия и предупреждения беременности
ЗАЛЬЦМАН С. и ЭХВЯРТ Х. — Актуальные вопросы по дозиметрии рентгеновского и гаммаизлучений в Эстонской ССР
САЛУПЕРЕ В. — Поздние синдромы после резекции желудка
САЛУПЕРЕ В. — О диагностике локального гиперпластического опухолевидного гастрита
ШАМАРДИН Н. и МАРИПУУ И. — Заболевания кожи и слизистых оболочек, обусловленные воздействием карбамидформальдегидного клея К-17

ШОТТЕР Л., МАНДЕЛЬ Ы. и ААРМАН Л. — Применение отгона хаапсалуской лечебной грязи при некоторых заболеваниях глаз
СИЛЬД М. и ТАЛЛМЕЙСТЕР Э. — Об исследовании пирогенного действия растворов для инъекций
СКОРОДЬКО И. — О результатах хирургического лечения заболеваний щитовидной железы
ТЕРАС Л. — Некоторые данные о действии витамина *P*
ВАГАНЕ Э. — О потребности в витамине *C* у больных полиартритом при санаторном лечении
ВАЛДЕС В. — Два случая атипичного рака предстательной железы
ВАЛВЕРЕ Ю. — Хирургическое значение топографии вегетативных нервов малого таза
ВИЕДЕБАУМ И. — Применение современных методов анестезиологии в Килинги-Ныммеской больнице
ВОДЬЯ Р. — О некоторых редко встречающихся формах эпидемического паротита
ЭНИЛИНЕ Б. — Травма и инвалидность

Организация здравоохранения

ЛЕВИНА И. — Об изучении заболеваемости в городе Таллине (по данным 1958 г.)
САРАП А. — Неустанно совершенствовать и улучшать стационарное обслуживание населения
САРАП А. и МАРАНЦ М. — Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на промышленных предприятиях Эстонской ССР
ВАРЕС А. — О задачах научно-медицинских обществ Эстонской ССР

Обмен опытом и казуистика

ФРЕЙБЕРГ И. — Врожденная атрезия прямой кишки у детей
ХАУГ Н. и ТАЛИХЯРМ А. — Случай «двойного блока» при применении листенона-релаксанта деполяризирующего типа

KANTER, H. ja VAPRA, A. — Rasvumise ravist gratsidiiniga . IV—50
KASKMETS, R. — Hüpertooniatõve ravist erposiidiga . . . . VI—43
KÖÖP, V. — Norskamise ravist . VI—48
LEMARINJE, V. — Mikrotraumade ja nende tüsistumise profülaktika . . . . . II—49
LIIV, V. — Rinofüümist . . . II—48
MÄRSS, L. — Maovähk 16-aastasel noorukil . . . . . II—45
PETLEM, H. — Maos tekkinud võõrkehad (kolloodiumpulstikud) I—40
POKKAT, H. — Solkmetest põhjustatud spastilise soolesulguse juht II—47

PURRE, R. ja SAMARÜTEL, J. — Mao- ja soolesisu evakueerimisest . . . . . VI—45
PÕDER, B. — Suure rasviku keerdumise juht . . . . . IV—52
SALZMAN, S. — Kaksteistsõrmiksoole divertiikulitest . . . . IV—53
SIBUL, V. — Vere jääklämmastiku määramine jodomeetriliselt . . III—44
SÖÖT, K. — Mitmikute loodete üsasisene spontaanne pööre 39.—40. rasedusnädalal . . . . I—42
TALVE, E. — Ravimtaimede kogumisest Vastseliina apteegis . . III—46
TALVE, E. — Unifitseeritud ekstemporaalsest retseptuurist Vastseliina apteegis . . . . . V—36
TAMM, S. — Võõrkehadest kopsus varaealistel lastel . . . . I—43

Abiks velskritele ja õdedele

AHHUNDOVA, K. ja PUUSEP, E. — Rõuged ja nende profülaktika (Kirjanduse ülevaade) . . . I—51
ESPAR, L. — Söögitoru söövitused III—52
JÜRGENSON, M. — Kaheastmelisest teenindamisest lastehaiglas IV—56
KAHN, H. — Mõnede ägedate mürgistuste diagnoosimisest ja ravist IV—61
KERES, L. ja VALDMANN, A. — Profülaktilise töö süvendamisest varaealiste laste patroneerimisel II—50

KONTS, E. ja TALIVALO, M. — Hingamise juhtimisest narkoosi ajal . . . . . II—56
KÄRNER, H. — Kogemusi protseduuride teostamisest lastel . . V—38
MIIDLA, M. — Hapnikravist sisehaiguste puhul . . . . . V—44
PETLEM, H. — Ägeda ussjätkepõletiku diagnoosimisest . . IV—58
SARAP, A. ja MALVISTE, R. — Velskri-ämmaemandapunktide osast dispanseerimisel . . . III—47
SCHAMARDIN, B. — Keskharidusega meditsiinipersonali ülesannetest müokardiinfarktiga haige ravimisel . . . . . IV—64
SIBUL, S. — Esmaabist kõrvanina-kurguhaiguste alal . . . I—46

SÖÖT, K. — Päimanäärmepõletiku profülaktika . . . . . VI—55

КАНТЕР Х. и ВАПРА А. — О лечении ожирения грацидином
КАСКМЕТС Р. — О лечении гипертонической болезни эрпозидом
КЕЭП В. — О лечении храпения
ЛЕМАРИНЬЕ В. — Профилактика микротравм и их осложнений
ЛИЙВ В. — О ринофиме
МЯРСС Л. — Рак желудка у 16-летнего юноши
ПЕТЛЕМ Х. — Инородные тела в желудке (коллодий-безоары)
ПОККАТ Х. — Случай спастической непроходимости кишечника, вызванной аскаридами
ПУРРЕ Р. и САМАРЮТЕЛЬ Ю. — Об эвакуации желудочно-кишечного содержимого
ПЫДЕР Б. — Случай перекручивания большого сальника
ЗАЛЬЦМАН С. — О дивертикулах двенадцатиперстной кишки
СИБУЛЬ В. — Йодометрическое определение остаточного азота в крови
СЕЭТ К. — Внутриматочный спонтанный поворот близнецов на 39—40-й неделе беременности
ТАЛЬВЕ Э. — О сборе лекарственных растений Вастселийнаской аптекой
ТАЛЬВЕ Э. — Об унифицированной экстемпоральной рецептуре в Вастселийнаской аптеке
ТАММ С. — Об инородных телах в легких у детей раннего возраста

В помощь фельдшерам и сестрам

АХУНДОВА К. и ПУУСЕП Э. — Оспа и ее профилактика (Обзор литературы)
ЭСПАР Л. — Ожоги пищевода
ЮРГЕНСОН М. — Двухзвеньевое обслуживание в детской больнице
КАХН Х. — О диагностике и лечении некоторых острых отравлений
КЕРЕС Л. и ВАЛЬДМАН А. — Об углублении профилактической работы при патронаже детей раннего возраста
КОНТС Э. и ТАЛИВАЛО М. — Об управлении дыхания во время наркоза
КЯРНЕР Х. — Опыт проведения лечебных процедур у детей
МИЙДЛА М. — Лечение кислородом внутренних заболеваний
ПЕТЛЕМ Х. — О диагностике острого аппендицита
САРАП А. и МАЛЬВИСТЕ Р. — Роль фельдшерско-акушерских пунктов в диспансеризации
ШАМАРДИН Б. — Задачи среднего медицинского персонала при лечении больных инфарктом миокарда
СИБУЛЬ С. — Об оказании первой помощи при заболеваниях уха-горла-носа
СЕЭТ К. — Профилактика воспаления молочной железы

VAGANE, E. — Miks vajab vitamiinide küsimus tähelepanu . . III—56
VALGMA, K. — Haigete ettevalmistamisest röntgenoloogilisteks uuringuteks . . . . . II—53
VALGMA, K. — Kroonilise südamehaige režiimist kodustes tingimustes . . . . . VI—51
VALGMA, K. — Reuma kaasaegne ravi ja profülaktika . . . . V—47
VARES, L. — Meditsiiniõe osatähtsusest haige põetamisel statsionaaris . . . . . III—51
VELDI, A. — Abistamisest hingamishäirete puhul . . . . . V—41

ВАГАНЕ Э. — Почему следует уделять внимание витаминам
ВАЛГМА К. — О подготовке больных к рентгенологическим исследованиям
ВАЛГМА К. — Режим больного хроническим заболеванием сердца в домашних условиях
ВАЛГМА К. — Современное лечение и профилактика ревматизма
ВАРЕС Л. — О роли медицинской сестры в уходе за больным в стационаре
ВЕЛЬДИ А. — Оказание помощи при нарушениях дыхания

Kaadri ettevalmistamine

Eesti NSV arstide atesteerimisest . II—75
HORN, A. — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1962. a. . . . V—55
JÄNES, H. ja REINARU, J. — Aspirantuurikohtadest 1962. a. . . II—76
MAAROOS, I. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad 1962 a. . . . . V—51
NORDBERG, A. — Arsti eetikast ja moraalist . . . . . III—61
SÕERDE, K. — Uus lend farmatseute Tallinna Meditsiinilisest Koolist . . . . . II—76
SÕERDE, K. — Uus lend Tallinna Meditsiinilisest Koolist . . . V—53

Подготовка кадров

Об аттестации врачей Эстонской ССР
ХОРН А. — Окончившие в 1962 г. Тартускую медицинскую школу
ЯНЕС Х. и РЕЙНАРУ И. — Об аспирантуре 1962 г.
МААРООС И. — Окончившие в 1962 г. медицинский факультет Тартуского государственного университета
НОРДБЕРГ А. — Об этике и морали врача
СЫЭРДЕ К. — Новый выпуск фармацевтов Таллинской медицинской школы
СЫЭРДЕ К. — Новый выпуск Таллинской медицинской школы

Sanitaarharidustöö

RAIG, M. — Sanitaarharidustöö ülesannetest tänapäeval . . . V—57

Санитарно-просветительная работа

РАЙГ М. — О современных задачах санитарно-просветительной работы

Arstiteaduse ajaloost

LUURI, H. — 50 aastat Tartu Linna Kliinilist Nakkushaiglat (1912—1962) . . . . . III—65
PALLI, H. — Arstitõenditest XVIII sajandi algul . . . . . II—61
PIHL, H. — 100 aastat Fr. R. Kreutzwaldi teose «Häda- ja Abi-raamatukene» ilmumisest . II—58
SCHAMARDIN, B. — XIX sajandi algul Tartus ilmunud raamatust tööhügieeni kohta . . . . III—67

История медицины

ЛУУРИ Х. — 50-летие Тартуской городской инфекционной клинической больницы (1912—1962)
ПАЛЛИ Х. — О врачебных справках в начале XVIII века
ПИХЛ Х. — 100 лет со дня выхода в свет труда Ф. Р. Крейцвальда «Необходимая и вспомогательная книжка»
ШАМАРДИН Б. — О книге по гигиене труда, изданной в начале XIX столетия в Тарту

Konverentsid ja nõupidamised

ALLIK, E. — Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla konverents . . II—65
BOGOVSKI, P. — VIII rahvusvaheline vähivastane kongress Moskvas . . . . . V—59
EHVÄRT, H. — NSVL Teaduste Akadeemia bioloogiateaduste osakonna sessioon . . . . VI—65
EHVÄRT, H. — II üleliiduline konverents raadioelektroonika kasutamisest bioloogias ja meditsiinis IV—69
ELŠTEIN, N. — Tallinna Vabariikliku Haigla III teaduslik-praktiline konverents . . . . . II—65

Конференции и совещания

АЛЛИК Э. — Конференция Тартуской городской клинической инфекционной больницы
БОГОВСКИЙ П. — VIII международный противораковый съезд в Москве
ЭХВЯРТ Х. — Сессия отделения биологических наук Академии наук СССР
ЭХВЯРТ Х. — II Всесоюзная конференция по вопросам применения радиоэлектроники в биологии и медицине
ЭЛЬШТЕЙН Н. — III научно-практическая конференция Таллинской республиканской больницы

HAAVEL, A. — Südame- ja veresoonte kirurgiale pühendatud konverents Moskvas . . . . III—71
HEINSOO, E. — Sümpoosion lülidevaheliste diskide degeneratiivsete haigestumiste alal . . . I—58
JÄNES, H. — Kutsetervishoiu vabariiklik konverents . . . . VI—60
JÄNES, H. — Sessioon põlevkivitööstuse kutsehügieeni kohta Kohtla-Järvel . . . . . II—62
KAMA, E. — Ftisiaatrite VI vabariiklik konverents . . . . VI—58
KAMA, E. — Ftisiokirurgia-alane nõupidamine Moskvas . . . VI—63
KUSLAP, T. — Viirushaiguste teaduslik sessioon Moskvas . . . I—58
LUIK, D. — I ülevenemaaline farmatseutide kongress . . . . IV—70
MAASIK, I. — Siseveekogude-alane konverents Karjala ANSV-s . . VI—65

MARDNA, L. ja ELŠTEIN, N. — XV üleliiduline terapeutide kongress . . . . . V—61
MARDNA, A. ja ELŠTEIN, N. — Leedu NSV terapeutide VI vabariiklik konverents . . . . VI—63
MARIPUU, I. — Konverents südame- ja veresoonkonna haigustest III—70
MARKUSAS, F. — IV vabariiklik konverents spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alal . . . . V—63
MEDINSKI, G. ja PIHL, H. — L. Pasteuri nimelise instituudi konverentsilt . . . . . IV—68
MEDINSKI, G. ja PIHL, H. — Vabariiklik konverents parasitoloogia ja looduskoldeliste haiguste alal . . . . . II—63
NAARITS, S. — Akušöör-günekoloogide VI vabariiklik konverents . . . . . I—55
ORŠANSKAJA, R. — II üleliiduline patoloog-anatoomide konverents IV—68

RATNIK, E. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla juubelikonverents . . . . . IV—67
RIIV, J. — Vere hüübimise probleeme käsitlev konverents Tartus . . . . . III—69
SCHAMARDIN, B. — Leningradis toimunud sessioon vibratsioontõvest . . . . . II—66
SCHAMARDIN, N. — Tööhügieeni ja kutsehaiguste alane konverents Moskvas . . . . . II—66
SÄRGAVA, V. — Vabariikidevahelisest otorinolarüngoloogide konverentsist . . . . . VI—61
TIKK, A. — Seminar eluohtlike seisundite ravist Tartus . . . . VI—61
UIBO, A. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla õdede juubelikonverents . . . . . IV—67
VALDRE, E. ja TEOSTE, M. — Kooliarstide seminar . . . . I—57
VELDRE, I. — XIV üleliiduline hügienistide kongress . . . III—70

ХААВЕЛЬ А. — Конференция в Москве, посвященная хирургии сердца и кровеносных сосудов
ХЕЙНСОО Э. — Симпозиум по дегенеративным заболеваниям межпозвоночных дисков
ЯНЕС Х. — Республиканская конференция по профессиональной гигиене
ЯНЕС Х. — Сессия в Кохтла-Ярве по профессиональной гигиене в сланцевой промышленности
КАМА Э. — VI республиканская конференция фтизиатров
КАМА Э. — Совещание в Москве по фтизиохирургии
КУСЛАП Т. — Научная сессия в Москве по вирусным заболеваниям
ЛУЙК Д. — I Всероссийский съезд фармацевтов
МААЗИК И. — Конференция в Карельской АССР по вопросам внутренних водоемов
МАРДНА Л. и ЭЛЬШТЕЙН Н. — XV Всесоюзный съезд терапевтов
МАРДНА А. и ЭЛЬШТЕЙН Н. — VI республиканская конференция терапевтов Литовской ССР
МАРИПУУ И. — Конференция по болезням сердца и кровеносных сосудов
МАРКУСАС Ф. — IV республиканская конференция по спортивной медицине и лечебной физкультуре
МЕДИНСКИЙ Г. и ПИХЛ Х. — Конференция Института имени Л. Пастера
МЕДИНСКИЙ Г. и ПИХЛ Х. — Республиканская конференция по паразитологии и природоочаговым заболеваниям
НААРИТС С. — VI республиканская конференция акушеров-гинекологов

ОРШАНСКАЯ Р. — II Всесоюзная конференция патолого-анатомов
РАТНИК Э. — Юбилейная конференция Тартуской городской клинической больницы
РИЙВ Я. — Конференция в Тарту по проблемам свертывания крови

ШАМАРДИН Б. — Сессия в Ленинграде по вопросам вибрационной болезни
ШАМАРДИНА Н. — Конференция в Москве по гигиене труда и профессиональным заболеваниям
СЯРГАВА В. — О межреспубликанской конференции оториноларингологов

ТИКК А. — Семинар в Тарту по вопросам жизнеопасных состояний
УЙБО А. — Юбилейная конференция сестер Тартуской городской клинической детской больницы

ВАЛДРЕ Э. и ТЕОСТЕ М. — Семинар школьных врачей
ВЕЛЬДРЕ И. — XIV Всесоюзный съезд гигиенистов

Konsultatsioone

KALDMA, A. — Uutest määrustest **II—70**

Tähtpäevad

A. Gavrilov 50-aastane . . . . **I—69**
BOGOVSKI, P. — Hans Roots 50-aastane . . . . . **I—70**
Eesti NSV teeneline arst B. Äniline 50-aastane . . . . . **V—64**
Professor N. Veiderpass 75-aastane **III—72**
Professor Valter Hiie 60-aastane . **I—68**
SILLA, R. — Eesti NSV teeneline arst V. Hion 60-aastane . . . **II—69**
V. Kovalenko 50-aastane . . . **V—65**

Kriitika ja bibliograafia

ELŠTEIN, N. — Kasulik raamat . **VI—68**
HENDRIKUS, P. — Hea raamat, mis võiks aga olla veelgi parem . . **IV—70**
KRUUS, O. — Metoodiline juhend enteroviiruste kohta . . . . **VI—69**
MARDNA, L. — Mõni sõna meil ilmunud sanitaarhariduslikest brošüüridest . . . . . **VI—66**
KÜSIMUSI JA VASTUSEID **I—71, II—67, III—73, IV—73, V—66, VI—70**

Referaate . . . **I—75, V—67, VI—72**

Mitmesugust

JÄNES, H. — Mõnest küsimusest seoses kosmoselendudega . . . **V—69**
KLEMENT, A. — Arstiteadusest tänapäeva Prantsusmaal . . . **II—71**
LUKAŠ, A. — Üleliidulise Kohtuarstide ja Kriminalistide Teadusliku Seltsi Eesti osakonna tegevusest . . . . . **VI—73**
REEBEN, V. — Elektroonika rakendamisest meditsiinis . . . . **I—61**
ROOTS, H. — Lenini ordeniga autasustatud V. I. Lenini nimelise NSVL Riikliku Raamatukogu 100. aastapäeva . . . . **V—74**
ZOBEL, P. — Eesti NSV apteegid tänapäeval . . . . . **I—59**

MÕNE REAGA . . **I—66, II—73, III—75, IV—74, V—74**

Kroonika . . **I—77, II—77, III—77, IV—75, V—76, VI—74**

Консультации

КАЛДМА А. — О новых постановлениях

Юбилейные даты

50-летие А. Гаврилова
БОГОВСКИЙ П. — 50-летие Ханса Роотса
50-летие заслуженного врача Эстонской ССР Б. Энилине
75-летие профессора Н. Вейдерпасса
60-летие профессора Валтера Хийе
СИЛЛА Р. — 60-летие заслуженного врача ЭССР В. Хиона
50-летие В. Коваленко

Критика и библиография

ЭЛЬШТЕЙН Н. — Полезная книга
ХЕНДРИКУС П. — Хорошая книга, которая могла бы быть еще лучше
КРУУС О. — Методическая инструкция по энтеровирусам
МАРДНА Л. — Несколько слов о вышедших санитарно-просветительных брошюрах
ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Рефераты

Разное

ЯНЕС Х. — О некоторых вопросах в связи с полетами в космос
КЛЕМЕНТ А. — О медицине в современной Франции
ЛУКАШ А. — О деятельности Эстонского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов
РЕЭБЕН В. — О применении электроники в медицине
РООТС Х. — 100-летие Государственной ордена Ленина библиотеки СССР имени В. И. Ленина
ЦОБЕЛЬ П. — Аптеки Эстонской ССР в настоящее время

В НЕСКОЛЬКО СТРОК

Хроника

UUSI RAAMATUID RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

VASSAR, V. Hügieeni küsimusi polütehnilises õpetuses. Trt., 1962, 19 lk.
ALEKSANDROV, B. A. Vitamiinid taimedest. Tln., 1962, 146 lk.
KUUSE, H. Soolenugilised ja võitlus nendega. Trt., 1962, 19 lk. Hoidke hambaid. Trt., 1962, 11 lk.
NURMAND, L. Jalgadel esinevad seenhaigused ja nende vältimine. Trt., 1962, 12 lk.
МОТОРИНА М. П. Диспансерное обслуживание учащихся профессионально-технических учебных заведений, М., 1962, 128 стр.
БРЕМЕНЕР С. М. Гигиена питания (с основами анатомии и физиологии). [Учеб. пособие для техникумов обществ. питания]. Изд. 3-е. М., 1962, 328 стр.
Радиационная гигиена. Руководство для сан. врачей. М., 1962. Т. 1. Гигиена труда. 232 стр. Т. 2. Коммунальная гигиена. 224 стр.
АНТРОПОВА М. В. Школьная гигиена. [Учебник для сан.-фельдшерского отд-ния мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1962, 287 стр.
Сборник важнейших официальных материалов по вопросам гигиены труда и производственной санитарии. Под ред. Л. В. Янина. Вып. 1. М., 1962, 315 стр.
ПЛАТОНОВ К. К. Вопросы психологии труда. М., 1962, 219 стр.
ТЕПЛОВ С. И. Нервная и гормональная регуляция коронарного кровообращения. Л., 1962, 144 стр.
БРАЙНЕС С. Н. и др. Нейрокибернетика. М., 1962, 172 стр.
ПИРС Э. Гистохимия. Пер. со 2-го англ. изд. М., 1962, 962 стр.
ЛЕЙБСОН Л. Г. Сахар крови. М.-Л., 1962, 400 стр.
СМИТ Л. Витамин B_{12}. Пер. с англ. М., 1962, 176 стр.
ДАВЫДОВСКИЙ И. В. Общая патология человека. М., 1961, 503 стр.
БУРЛЬЕР Ф. Старение и старость. Основы гигиены и терапии. Пер. с франц. М., 1962, 96 стр
ХРУЩЕЛЕВСКИ Э. и ШТЕРЛЬ-ЗЕЙФРИДОВА Г. А. Секция трупов плодов и новорожденных. Пер. с польского. М., 1962, 224 стр.
АБРАМОВ М. Г. Клиническая цитология. М., 1962, 412 стр.
КАН Г. С. Стрептомицин. Физиол. механизмы влияния на нервную систему. М.-Л., 1962, 279 стр.
ЧЕРНУХ А. М. и КИВМАН Г. Я. Антибиотики группы тетрациклинов. М., 1962, 356 стр.
ВЕНЧИКОВ А. И. Биотики. (К теории и практике применения микроэлементов). М., 1962, 235 стр.
ГИНЗБУРГ В. Г. Основы рентгенологического исследования черепа. М., 1962, 180 стр.
ЗАКУТИНСКИЙ Д. И. и др. Справочник по токсикологии радиоактивных изотопов. М., 1962, 116 стр.
БОДЯЖИНА Б. И. Влияние ионизирующей радиации на половые железы, беременность и внутриутробный плод. М., 1962, 183 стр.
ЭНГСТРЕМ Э. и др. Кость и радиоактивный стронций. Перевод с англ. М., 1962, 128 стр.
ГУКАСЯН А. Г. Внутренние болезни. [Учебник для мед. училищ]. Изд. 4-е. М., 1962, 451 стр.
ВАЙСБЕЙН С. Г. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Диагностика и терапия. Изд. 3-е. М., 1962, 379 стр.
МИХАЙЛОВ И. Ф. и ДЬЯКОВ С. И. Люминесцентная микроскопия. (Применение в мед. микробиологии). М., 1961, 223 стр.
ТУРИЧ М. Л. Использование сельскохозяйственных опрыскивателей, опылителей и аэрозольных генераторов для целей медицинской дезинсекции. М., 1962, 99 стр.
ОСТРЫЙ О. Я. Инфекционный процесс. М., 1962, 355 стр.
Проблемы токсоплазмоза. Под ред. Д. Н. Засухина. М., 1962, 159 стр.
ЗВЕРЕВ Е. И. Дизентерия, пищевые токсикоинфекции и кишечные инвазии. М., 1962, 263 стр.
ПЕТЕЛИН Л. С. Грязелечение эпидемического полиомиелита. М., 1962, 127 стр.
БОРТФЕЛЬД С. А. и ГОЛОВИНСКАЯ Н. В. Лечебная гимнастика в восстановительном периоде полиомиелита у детей. Л., 1962, 64 стр.
СТРУЧКОВ В. И. Общая хирургия. [Учебник для мед. ин-тов]. М., 1962, 495 стр.
Дифференциальная диагностика важнейших хирургических заболеваний в таблицах. Под ред. А. Т. Лидского. М., 1961, 272 стр.

Hind 40 kop.
Цена 40 коп.

ШИЛОВ П. И. и ПИЛЮШИН П. В. Внутренняя патология при ожогах (термических). Л., 1962, 296 стр.
КОЛЕСНИКОВ И. С. и ВИХРИЕВ Б. С. Оперативное лечение глубоких термических ожогов. М., 1962, 179 стр.
КУТУШЕВ Ф. Х. Диагностика и лечение открытого артериального протока. Л., 1962, 204 стр.
ГАРИН Н. Д. Хирургические аппараты для резекции легких. М., 1962, 76 стр.
АБАРБАНЕЛЬ М. Э. Рентгенологические наблюдения после радикальных операциях на легких. М., 1962, 211 стр.
РОГОЗКИНА М. В. Рентгенодиагностика прикрытых прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. М., 1962, 132 стр.
ЗАХАРОВ Е. И. и ЗАХАРОВ А. Е. Тонкокишечная пластика при гастрэктомии и резекции желудка. М., 1962, 167 стр.
КАПТЕЛИН А. Ф. Профилактика некоторых деформаций опорно-двигательного аппарата у детей. М., 1962, 120 стр.
МАТВЕЕВА А. И. Замещение дефектов черепа регенерирующей костью. М., 1962, 136 стр.
БАЗИЛЕВСКАЯ З. В. Закрытые повреждения позвоночника. М., 1962, 112 стр.
БАИРОВ Г. А. Переломы в области локтевого сустава у детей. Л., 1962, 152 стр.
МИРОНОВА З. С. Повреждения менисков, боковых и крестообразных связок коленного сустава при занятиях спортом. М., 1962, 135 стр.
ВИШНЕВСКИЙ А. А. и ШРАЙБЕР М. И. Военно-полевая хирургия. [Учебник для мед. ин-тов]. М., 1962, 263 стр.
РУСАКОВ В. И. Стриктуры уретры. М., 1962, 139 стр.
МАЦ Д. И. Социально-гигиенические вопросы противораковой борьбы. М., 1962, 203 стр.
МЕРКОВ А. М. и ЧАКЛИН А. В. Статистическое изучение злокачественных новообразований. М., 1962, 220 стр.
АЛЬТГАУЗЕН А. Я. Морфологическое (цитологическое) исследование пунктатов из опухолей, опухолевидных образований и серозных полостей. М., 1962, 132 стр.
ДЕЗЕВ П. и др. Гормоны и рак. Перевод с франц. М., 1962, 267 стр.
ЛАРИОНОВ Л. Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей. М., 1962, 464 стр.
Противоопухолевые антибиотики. Под ред. М. М. Маевского. М., 1962, 311 стр.
Аурантин — противоопухолевый антибиотический препарат из группы актиномицетов. (Ред. Х. Х. Планельес и др.) М., 1962, 280 стр.
НОВИКОВ А. Н. и РОДИОНОВ В. В. Результаты хирургического лечения рака легкого. М., 1962, 240 стр.
НЕМЫРЯ Я. Н. Организация онкологической помощи больным раком желудка. М., 1962, 108 стр.
ЛИХТЕНШТЕЙН Е. А. Рентгенодиагностика злокачественных опухолей полости носа. гайморовых пазух и носоглотки. М., 1962, 179 стр.
АСТРАХАН Д. Б. Лучевое лечение злокачественных опухолей полости рта и ротового отдела глотки. М., 1962, 191 стр.
НГУЕН ГУЙ ФАН. Хирургическое лечение гемангиом челюстно-лицевой области. М., 1962, 116 стр.
ЛАГУНОВА И. Г. Опухоли скелета. М., 1962, 367 стр.
ВОЛКОВ М. В. Первичные опухоли костей у детей. М., 1962, 248 стр.
БУРЛУЦКИЙ А. П. Опухоли шишковидной железы. М., 1962, 168 стр.
Многотомное руководство по глазным болезням. Т. 3. Заболевания сетчатки, зрительного пути и глазодвигательного аппарата. Повреждения органа зрения. Симпатическое воспаление. Болезни глазницы. Связь болезней органа зрения с заболеваниями придаточных полостей носа. М., 1962, 699 стр.
БОГОЛЕПОВ Н. К. Коматозные состояния. 2-е изд. М., 1962, 492 стр.
КАНАВЕЦ Л. Н. Неврозы и их санаторно-курортное лечение. М., 1962, 215 стр.
ПИВОВАРОВА Г. Н. Затяжные реактивные состояния у детей и подростков. М., 1962, 151 стр.
ШУБ Р. Л. и др. Новое в акушерстве и гинекологии. Рига, 1961, 23 стр.
БРАУДЕ И. Л. и ПЕРСИАНИНОВ Л. С. Нотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. М., 1962, 359 стр.
АСКАНАС А. и др. Оказание неотложной помощи детям. Перевод с польского. М., 1962, 216 стр.
ХЛЫСТОВА И. П. и ЧИЖИКОВА Е. К. Методики ультрафиолетовых облучений в детских учреждениях. Л., 1962, 40 стр.
ПЕТРОВА В. А. Методика занятий по развитию речи с детьми второго года жизни. М., 1962, 96 стр.
СМИЯН И. С. Санаторно-курортное лечение детей с хроническими заболеваниями печени и желчных путей. М., 1962, 131 стр.