



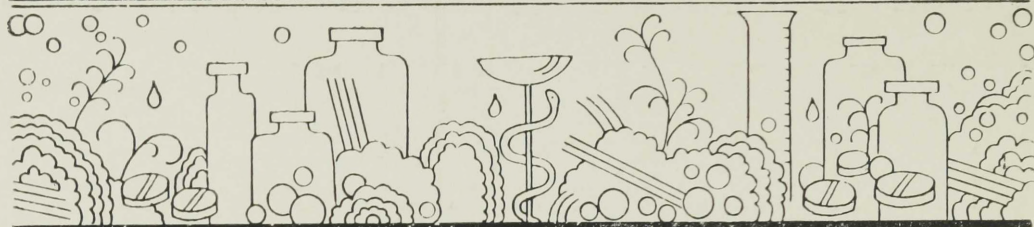
ISSN 0134—2350

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6 • 1980



UNGUENTUM PREDNISOLONI

Mõjus mittemikroobse etioloogiaga põletikuliste ja allergiliste nahahaiguste korral (ekseemid, dermatiidid, kihelus jm.).

Pakendis 10 g ja 20 g 0,5%-list salvi.

UNGUENTUM DEBERSOLON

Toimeaineks vees lahustuv prednisoloonhüdroklooriidi derivaat.

Salvil on tugev põletiku- ja allergiavastane ning kihelust leevendav toime. Mõjus ekseemide, dermatiitide, intertrigo, anogenitaalse pruriidi, eksudatiivse diateesi nahanähtude, peanaha seborroilise ekseemi korral.

Pakendis 10 g salvi.

UNGUENTUM DERMOSOLON

Sisaldab 0,5% prednisolooni ja 3% joodklooroksinoliini.

Näidustatud bakteriaalselt infitseerunud ekseemide, intertrigo, anogenitaalse pruriidi ja ekseemi, jala- haavandite, naha kiirituskahjustuste, mäda- ja seen- nakkuste korral.

Pakendis 5 g salvi.

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

V. Saarma, E. Altraja, E. Veri, M. Moppel, A. Norman — Koletsüstofluograafia sapipõie düskineesia diagnoosimisel 403

S. Viikari, I. Häkkinen, M. Inberg — Massuuringud maovähihaigete väljaselgitamiseks 406

M. Inberg — Mao antrumi ja korpuse piiri kindlakstegemine seoses selektiivse proksimaalse vagotoomiaga 408

A. Auranen, M. Isomäki — Alkoholi osa pankreatiidi tekkes 410

T. Törmä — Peaaju kompuutertomograafia neurokirurgi valvekorra ajal 411

L. Jannus, L. Maser, L. Sauemägi, S. Tamm, J. Paulson — Suitsetamise osa kroonilise bronhiidi etioloogias üliõpilastel 412

M. Teoste, R. Silla — Eesti NSV õpilaste suguline küpsemine 415

E. Vagane, M. Saava, R. Prööm, L. Toomsalu, M. Niit — Ainevahetus ja toitumine väikelapseas lastekodus 418

M. Kundla, P. Laane, B. Liberman — Veloergomeetria pärgarterite kahjustusaste hindamisel stenokardiahaigetel 422

V. Mihhailova — Troopikamaadest sisestoodud onhotserkoosi asümptoomsed vormid 425

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

L. Kährik — Meditsiinilise deontoloogia sotsioloogilisi probleeme 427

OLEVAATED

R. Looqa — Dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon 433

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

V. Sergijev — Kõhutüüfuse vastu valikulise immuniseerimise näidustused 438

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

P. Urm — Pelgulinna Haigla tehiseeruosakond 440

MÖTTEVAHETUS

N. Elstein — Tänapäevaste terapeutiliste haigete kliinilised iseärasused 442

SANITAARHARIDUSTÖÖ

H. Gustavson — Mõtteid tervishoiumuuseumi ümber 447

ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kainin — Abu Ali ibn Sina (980... 1037) 449

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

S. Teesalu — Vabariiklik sümposium «Pankreasetalituse regulatsioonimehanismid ja haiguste funktsionaalne diagnoosimine» 452

V. Kainin — IV teaduslik sessioon «Kõrgkooli ajaloost Tartus» 453

L. Allikmets — III vabariiklik neuro-psühhofarmakoloogiaalane nõupidamine 453

V. Särqava — Lasteotorinolarüngoloogia seminar 454

R. Veski — Teaduslik-metoodiline konverents «Huumuspäritoluga füsioloogiliselt aktiivsete ainete kasutamise perspektiivid põllumajanduses» 455

E. Saar — Sanitaarala keskastme meditsiinilise töötajate konverents 455

MEIE JUUBILARE

Leonid Vainer, Fritsas Markusas, Kaljula Aru, Eva Roode, Elena Müllerbek, Mihkel Roosaare, Vera Vassilenko, Asta Metsla, Kiira Subi, Liia Peterson, Vello Subi 456

VASTUKAJAD

S. Jõks, T. Aitsam — Terviseülikool — on seda vaja? 459

QUAESTIONES LINQUAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Meditsiiniterminoloogia komisjonis 461

KROONIKA 463

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 465

Artiklite venekeelsed resümeeid 467

Artiklite ingliskeelsed resümeeid 470

1980. aasta koondsisukord 473

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Toimetuse kolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elstein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 22. 10. 1980. Trükkimisele antud 3. 12. 1980. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,17. Tell. nr. 3690. MB-11052. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsitõlkjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitõlk peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 võtmesõna oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusurult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment, esitatakse toimetusele koos käsitõlkjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitõlke lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsitõlke lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Teooria ja praktika

UDK 616.366-009.2-073.75

KOLETSÜSTOFLUOROGRAAFIA SAPIPÕIE DÜSKINEESIA DIAGNOOSIMISEL

VALVE SAARMA EINI ALTRAJA EERIK VERI
MARGET MOPPEL ANNE-LII NORMAN TARTU

sapipõie düskineesiad, röntgendiagnoosimine,
sapipõie tühenemiskõvera tüübid

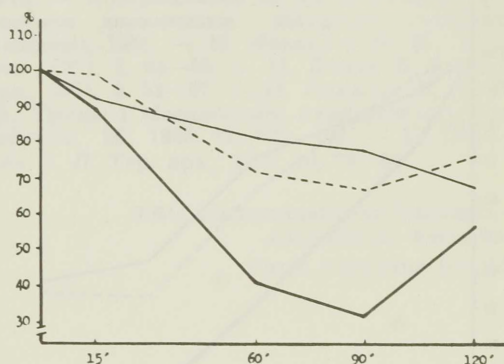
Seedetrakti vaevuste üks sagedamaid põhjusi on sapipõie düskineesia, mis tekib kroonilise koletsüstiidi, sapikivitõve ja mitme muu seedetraktihaiguse foonil (1, 10, 13). Ent sapipõie kineetilise funktsiooni hindamine polikliinilises praktikas on seni puudulikuks osutunud. Analüüsides kroonilisi sapiteede haigusi põdejate polikliinilise ja kliinilise diagnoosi ühtivust, leidis U. Mardna sapipõie düskineesiade diferentsimisel üllatavalt suure lahknevuse — 45,7% (8). Diagnoosi lahknevuse põhjusteks peetakse anamneesi, palpatoorse leiu ja duodenaalsisaldise uuringute tulemuste ülehindamist, kuid ka röntgendiagnostika vähest rakendamist (3, 4, 5, 6, 8, 10). See on tingitud esmajoones arstide arvamusest, nagu ei oleks haigete röntgenuuringuteks ettevalmistamine kodus piisav.

Töö eesmärk oli välja selgitada, kas sapipõie düskineesiat on fluorograafiliselt võimalik diagnoosida ning kas see meetod on rakendatav ambulatoorsetes tingimustes.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Üldse oli uuritavaid 72, neist 42 põdesid

kroonilisi sapiteede haigusi (32 naist ja 10 meest), 30-l seedetrakti vaevusi ei olnud (14 naist ja 16 meest). Uuritavate vanus oli 30...60 aastat. Statsionaaris uuriti seitset sapiteede haigusi ning 16 mitmesuguseid liigesehaigusi põdejat, kellel seedetrakti vaevusi ei olnud, ülejäänutel tehti uuringuid ambulatoorselt.

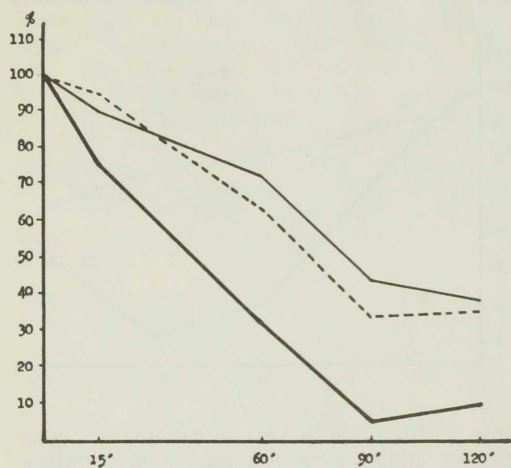
Kõigile määrati enne koletsüstofluorograafiat kaheks päevaks dieetlaud nr. 20 M. Pevzneri järgi. Ambulatoorsetele haigetele anti kirjalik toitumiseeskiri ning suusõnal selgitati dieedi vajalikkust. Sooltes tekkivate gaaside vähendamiseks ordineeriti üks gramm aktiveeritud sütt uurimise eelõhtul ja uurimise hommikul. Soolesisaldise eemaldamiseks ei antud lahtisteid ega tehtud klistiiri. 13 tundi enne uuringut anti kontrastainena suu kaudu 3,0 grammi (6 tabletti) Jopagnosti. Fluorogrammid tehti automaatrežiimil töötava fluorograafia, kusjuures uuritav oli vertikaalasendis. Fluorogrammid tehti enne uuringut (0') ning 15, 60, 90 ja 120 minutit pärast kahe toore muna rebu söömist. Fluorogrammidel hinnati 1) sapipõie asendit: kõrge, keskmine, madal; 2) sapipõie kuju: normo-, hüpo-, hüpertooniline; 3) sapipõie mahtu E. Poljaki (11) valemi $V = \frac{\pi d^2 \cdot h}{4}$ järgi (d — sapipõie diameeter, h — sapipõie kõrgus), mõõtmisel kasutati



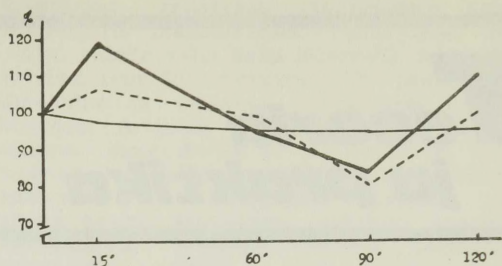
Joonis 1. Sapipõie normokineetiline tühenemiskõvera. Sellel ning joonistel 2 ja 3 väljendab jämejoon sapipõie voluumeni, peenjoon sapipõie kõrguse ja punktirjoon sapipõie diameetri muutusi.

nihkkaliibrit, mille täpsus oli 1:100 mm; 4) sapipõie kineetilist funktsiooni. Iga uuritu seeriavõtetel mõõdetud sapi-
põie kõrguse, diameetri ja mahu andmed väljendati relatiivsetes näitajates, võttes aluseks (100%) enne ärriti manustamist saadud arvud. Need andmed kujutati graafiliselt nn. tühjenemiskõverana (vt. joonised 1, 2, 3). Diagnoosimisel lähtusime V. Galkini ja kaastöötajate (4) ning E. Poljaki (11) andmetest. Arvesse võtsime järgmised näitajad: a) latentsusperioodi kestuse, s. o. ajavahemiku ärriti manustamise ja sapi-
põie kontraktsiooni alguse vahel (norm 5...15 minutit); b) sapipõie tühjenemise perioodi kestuse (norm 90...120 minutit); d) sapipõie kontraktsiooni intensiivsuse (norm 15. minutil: d vähenemine 20...32%; h vähenemine 20...28%; tühjenemisperioodi lõpul d vähenemine 37...63%; h vähenemine 36...54%); e) jääksapi hulga (norm noortel kuni 25%, üle 50 aasta vanustel kuni 43%). Normokineetiliseks pidasime sapi-
põie funktsiooni sel juhul, kui kõik eespool mainitud näitajad olid normi piires, samuti siis, kui kontraktsiooni intensiivsus eri etappidel kaldus küll normist kõrvale, kuid kui tühjenemis-
perioodi aeg ega ka jääksapi hulk normi piire ei ületanud.

Töö tulemused ja arutelu. Ettevalmis-



Joonis 2. Sapipõie hüperkineetiline tühjenemiskõver.



Joonis 3. Sapipõie hüpokineetiline tühjenemiskõver.

tust koletsüstofluorograafiaks võis hinnata heaks 66 uuritava, rahuldavaks kuuel, sest soolestikus leidus vähesel hulgal gaasi. Gaaside kogunemist kõhu sellesse piirkonda, mis oleks takistanud uuringute hindamist, ei täheldatud ühelgi juhul. Need andmed lubavad kinnitada, et haigete ettevalmistuseks ei ole vaja kasutada lakseerivaid vahendeid ega teha klistiire. Viimased vabastavad soolestikus vaba gaasi, kiirendavad peristaltikat, soodustavad soole sekretsiooni ning seetõttu koguni takistavad kontrastaine imendumist (7, 9). Ilmselt on haigete ettevalmistamisel otsustav tähtsus dieedil.

Kontrastainet talusid haiged üldiselt hästi. Viiel uuritava tekis lühiajalisi düspepsianähte, südamepekslemine, ühel tekis nõgestõbi, kuid need nähud uuringute lõpuleviimist ei takistanud. Ainult ühel haigel katkestati uuring tugeva oksendamise tõttu.

Viie haige sapipõis ei kontrasteerunud. Põhjusi võib olla mitmeid, neist sagedamaks peetakse sapikivi, mis topistab sapijuha. Negatiivset koletsüstogrammi on täheldatud ka mitte-kalkuloosse koletsüstiidi puhul. Kirjanduse andmeil (2, 4, 12) ei kontrasteeru sapipõis ulatusliku epiteelikahjustuse tõttu umbes 25%-l mitte-kalkuloosse koletsüstiidi juhtudest. Negatiivse koletsüstogrammi põhjuseks meie poolt uurituil võib aga pidada ülekaalulisust, nad kõik kaalusid üle 90 kg. Ühelgi ei olnud sümptoome, mis oleksid viidanud sapipõie oklusioonile või epiteeli raskele kahjustusele. Ülejäänud 66 haigel olid sapipõie kontuurid fluorograafilidel kontrastsed.

Tabel 1. Sapipõie kineetilise funktsiooni kontrollrühmas

Sapipõie tühjenemis- kõver	Sapipõie kuju			Kokku
	normo- tooniline	hüper- tooniline	hüpö- tooniline	
Normokineetilise	15	3	0	18
Hüperkineetilise	4	2	0	6
Hüpokineetilise	5	0	1	6
Kokku	24	5	1	30

Tabel 2. Sapipõie kineetilise funktsiooni kroonilisi sapiteede haigusi põdejatel

Sapipõie tühjenemis- kõver	Sapipõie kuju			Kokku
	normo- tooniline	hüper- tooniline	hüpö- tooniline	
Normokineetilise	8	3	0	11
Hüperkineetilise	4	8	0	12
Hüpokineetilise	5	0	8	13
Kokku	17	11	8	36

Sapiteede kineetilise funktsiooni hindamisel tühjenemiskõvera põhjal ilmnes kõvera kolm tüüpi: normokineetilise (vt. joonis 1), hüperkineetilise (vt. joonis 2) ja hüpokineetilise (vt. joonis 3).

Kaugeltki mitte kõikidel kontrollrühma isikutel ei olnud sapipõie funktsioon normokineetilise (vt. tabel 1). Mõõdukad sapipõie düskineetilised häired nähtavasti alati vaevusi ei põhjusta. Kõiki neid, kellel fluorograafiliselt diagnoosisime sapipõie düskineesiat, küsitlesime veel täiendavalt. Ent enamik kinnitas, et neil seedetrakti vaevusi ei ole. Üksnes neli uuritut, kellel oli sapipõie funktsioon hüperkineetilise, suutsid meenutada harva tekkivaid ebamääraseid valusid ülakõhus.

Kroonilisi sapiteede haigusi põdejate fluorograafiliste uuringute andmed on toodud tabelis 2.

Kõrvutades üksnes anamneesi andmetel, palpatoorsel leiul ja duodenaalsaldise uuringute andmetel põhinevaid polikliinilisi ja kliinilisi diagnoose

fluorograafiliste uuringute tulemustega, selgus, et kliinilisi uuringuid ilma röntgenoloogiliste uuringuteta ei saa sapipõie kineetilise funktsiooni hindamisel kuigi usaldusväärseks pidada. Eriti torkas silma see, et kliiniliselt diagnoositud hüperkineesia osutus fluorograafiliselt küllalt sageli hoopis hüpokineetiliseks häireks. Sapipõie kineetiliste häirete diferentsimine aga on väga oluline just adekvaatse ravi määramiseks. Teatavasti on sapipõie hüperkineesia ravi hüpokineesia ravist diametraalselt erinev ning seda nii režiimi, dieedi, füsioteraapia kui ka medikamentoose ravi poolest. Seetõttu osutub hädavajalikuks kolestüstofluorograafia rakendamine polikliinilises praktikas, pealegi on fluorograafilise uuring röntgenoloogilisest umbes kümme korda odavam.

KIRJANDUS: 1. Meyer-Burg, I., Häring, R., Henning, H. Die kranke Gallenblase. Leipzig, 1974. — 2. Reid, J. D., Sim, G. P. Clin. Radiol. (Basel), 1962, 13, 348—350. — 3. Schöndube, W. Radiol. Clin., 1958, 27, 207—211.

4. Галкин В. А., Линденбрaten Л. Д., Логинов А. С. Распознавание и лечение холецистита. М., 1972. — 5. Галкин В. А., Белах Н. А., Лебедева И. П., Юрикова Т. Д. Тер. арх., 1974, 10, 31—35. — 6. Линденбрaten Л. Д. В кн.: Хронические заболевания желчных путей. Донецк, 1966. — 7. Максимов Д. Н. Рентгенодиагностика заболеваний желчных путей. Ташкент, 1966. — 8. Мардна У. Б. Вопросы эпидемиологии и диагностики заболеваний желчевыводящих путей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1974. — 9. Мухамедов Я. Ю. Рентгенодиагностика дискинезии желчного пузыря. Ташкент, 1961. — 10. Ногаллер Н. М. Сов. мед., 1977, 2, 63—68. — 11. Поляк Е. З. Тер. арх., 1961, 8, 53—57. — 12. Поляков Н. М. В сб.: Труды I Московского медицинского института. М., 1965, 39, 103—106. — 13. Шамлян А. П. Тер. арх., 1978, 10, 79—84.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder
Tartu Kliiniline Haigla

MASSUURINGUD MAOVÄHI-HAIGETE VÄLJASELGITAMISEKS

SAULI VIKKARI ILKKA HÄKKINEN
MARKKU INBERG . TURU

maovähk, esinemissagedus, massuuringud, FSA-sõeltest, immunoloogilised uuringud, gastroskoopia, maovähi histoloogilised tüübid, prognoos, elulemus

Ehkki maovähi esinemissageduses on viimastel aastatel ilmnenu vähenemistendents, on maovähk ka edaspidi sageli esinev pahaloomuline kasvaja.

Maovähi prognoos on ikkagi veel halb. Vähi varajased tunnused puuduvad ja vähi metastaasid tekivad juba varajases staadiumis. Üha sagedamini on tehtud ulatuslikke maoresektsoone, totaalsete gastrektoomiate arv on näiteks Turu Ülikooli Kesksaigla kirurgiakliinikus praegu üle 50% kõikidest maovähi tõttu ette võetud resektsoonidest. Resektsoonide suurenenud arvu koos operatsioonijärgse väiksema suremusega tuleb hinnata kui ravitulemuste mingil määral paranemist opereeritui. Nüüdsetel uurimis- ja operatsioonimeetodeil ei suudeta ravitulemusi eriti märkimisväärselt parendada, sest kõigest hoolimata tulevad haiged ravile suhteliselt hilinenult. Sel põhjusel ongi viimastel aastatel üha suuremat tähelepanu pööratud nn. varajasele maovähile (*early gastric cancer*) ja selle avastamisele. Siiski tundub, et mao-

vähki varajases staadiumis diagnoositakse ikka veel liiga harva, kõige rohkem 5...10%-l vähijuhtudest.

Massuurimisega on püütud välja selgitada need vähihaiged, kellel haiguse tunnuseid ei ole. Jaapanis on selleks tehtud röntgenoloogilisi massuuringuid. Tulemused on paljutootavad.

Viimastel aastatel on täheldatud mitmete antigeenisüsteemide ilmnemist seedetraktivähi juhtudel. Nii on tõdetud, et samasugune on olukord ka maovähi korral. Meie uurimisrühmast on dotsent I. Häkkinen juba 1966. aastast alates maovähi diagnoosimiseks kasutanud fetaalset sulfoglükoproteiinantigeeni (FSA). Täiesti spetsiifilist immunoloogilist menetlust maovähi kindlakstegemiseks ei ole esialgu veel suudetud leida. FSA on makromolekul, mida maovähirakud või morfoloogiliselt juba prekantseroosseks muutunud mao limaskestarakud eritavad maomahlasse. Proovi võtmiseks antakse uuritavale vett juua, mis maos maomahla segunenuna hetke pärast aspireeritakse sondi kaudu. Sellisel viisil on antigeeni võimalik leida varem, kui oodata selle ilmumist vere ringesse. Isoleeritud FSA-antigeen reageerib positiivselt küüliku antiseerumi suhtes.

Uurimismaterjal. Massuuringuid alustasime 1974. aastal (vt. joonis 1). Kliiniline uurimine ja mao gastroskoopiline vaatlus koos koeproovi võtmisega tehti 3508 patsiendil. Koetükike võeti tavalisel viisil, maoloputusvedelikku kasutati

Tabel 1. Haigete vanus ja FSA-sõeltesti teel avastatud maovähi histoloogiline tüüp *

Maovähi histoloogiline tüüp	Haigusjuhtude arv	Juhte kokku (sulgudes vanusepiirid)	Keskmine vanus (sulgudes vanusepiirid)	
			naistel	meestel
Ülekaalukalt intestinaalne tüüp	23	63 (50...72)	63 (53...68)	64 (50...72)
Ülekaalukalt difuusne tüüp	10	60 (51...68)	61 (54...68)	58 (51...66)
Muud tüüpi või klas-sifitseerimata	3	64 (52...71)	68 (—)	62 (52...71)

* Märkus. Tabelis on toodud maovähi tüüpide jaotus Laureni esitatud jaotuspõhimõttele tuginedes.

Tabel 2. Maovähi penetratsioon maoseina. Maoreseksioonid pärast FSA-sõeltesti teel pandud maovähi diagnoosi*

Penetratsiooni sügavus	Maovähijuhtude arv (intestinaalne/difuusne tüüp)
Limaskestaga piirduv	9 (8/0/1 kartsinoid)
Submukooskoega piirduv	9 (5/4)
Lihaskestaga piirduv	4 (1/3)
Subserooskoega piirduv	2 (2/0)
Ulatub serooskesta ja selle ümbrusse	6 (4/2)
Kokku	30 (20/9/1 kartsinoid)
Metastaasid lümfisõlmedes	7 (5/2)

* Tabelist nähtub, kuidas maovähk oli piirdunud mao limaskestast või submukooskoega (17 juhul)

üksikjuhtudel lisaks biopsiale. Kõiki juhte on jälgitud vähemalt kaks aastat arvates esmasest maouurimisest, esimest haigeterühma juba üle kuue aasta.

Maohaiguste loetelu uurituil, kellel FSA-sõeltest oli positiivne, on toodud joonisel 1.

Kuuel juhul ei andnud esimene endoskoopiline uuring tulemusi, kuid mõned kuud hilisema kordusuuringu põhjal sedastati neil maovähk. 36 inimesest, kellel diagnoositi maovähk, ei olnud 30-l mingeid haiguse tunnuseid. Vaid kahel haigel, kellel haiguse tunnused olid (maovalud, seedehäired, kõhnumine), andis maoreseksioon hea ravitulemuse. Kahel vaevuste all kannataval haigel oli maovähk varajasema operatsiooni järel uuesti tekkinud. Neist, kes uurimisele kutse peale ei ilmunud, tulid hiljem ravile kolm vaevuste all kannatavat haiget. Neil kõigil diagnoositi maovähk metastaaside staadiumis. Magu uuriti röntgenoloogiliselt vaid 17 haigel, neist 7-l oli uuring negatiivne.

Tabelis 1 on toodud maovähi histoloogiliste tüüpide jaotumus. Tabelis 2 on operatsiooniaegsed andmed maovähi penetratsiooni kohta.

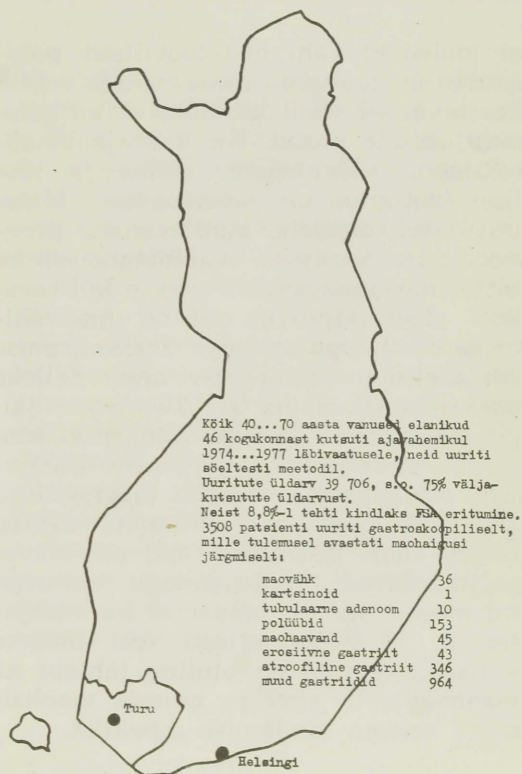
36 maovähihaigest oli 31 võimalik raviga kirurgiliselt, resektsioone tehti neist 86%-l. Operatsioon oli radikaalne 28 haigel (78%). Kaks haiget surid üks kuu pärast operatsiooni.

Joonisel 2 on esitatud kirurgilise ravi tulemused.

Meie kliinikus oli aastail 1966...1972 tavalisel viisil ravile saabunud haigetest tehtud resektsioone 46,1%-l. Massuurimisel väljaselgitatud haigetest oli maoreseksioone seevastu 86%-l, kõik peale ühe opereeritu on elus ning neil mingeid vähitunnuseid ei ole. Nimetatud üks haige suri 12 kuud pärast operatsiooni südame- ja veresoonte haiguse tõttu. Temal mingeid vähiretsidiivi tunnuseid ei leitud.

Massuurimisel läbivaadatute hulgas oli haige, kellel esimesel uurimisel FSA-sõeltest oli negatiivne. Seedetraktihaiguse tunnused ilmsesid tal esmalt 18 kuud hiljem. Opereerimisel leiti tal väikesemõõtmeline (1,5 cm) maovähk.

Kokkuvõte. Kasutades onkofetaalset antigeeni (FSA) leiti massuuringutel väljaselgitatud maovähijuhtude põhjal,

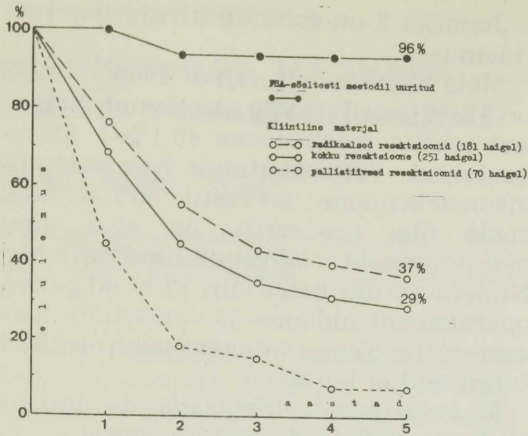


Joonis 1. On esitatud uuritute arv, uurimisviisid ja patoanatomiliste proovide põhjal määratud diagnoosid. Autori joonis.

MAO ANTRUMI JA KORPUSE PIIRI KINDLAKSTEGEMINE SEoses SELEKTIIVSE PROKSI- MAALSE VAGOTOOMIAGA

MARKKU INBERG . TURU

mao antrumi ja korpuse piir, selektiivne proksi-
maalne vagotoomia, basaalsekretsioon, maksi-
maalne sekretsioon, kaksteistsõrmikuhaavand



Joonis 2. Prognosis radikaaloperatsioonide teel ravitud haigete kohta võrrelduna vastavate kliiniliste andmetega aastast 1966...1972 haigete kohta, kellele oli tehtud radikaal- või palliatiivne resektioon. Joonise koostamisel on silmas peetud elulemust: arvestusest on välja jäetud patsiendid, kes surid operatsiooni järel. Autori joonis.

et mõlemad vähi histoloogilised põhitüübid on jaotunud samasuguses suhtes kui tavalisel viisil kindlakstehtud mao-vähijuhtude puhul. Ka kasvaja lokaliseerimine, vähahaigete ealine ja sooline jaotumus on samasugune. Massuurimisel väljaselgitatud haiguste prognoos on varajase vähidiagnoosimise tõttu märkimisväärselt parem kui tavalisel viisil kindlaks tehtud maovähahaigetel. Lõpphinnangut massuurimise kohta ei ole võimalik veel anda. Selleks peaksid meil olema 5...10-aastase jälgimise andmed. Praegu võib siiski kindlaks teha, et sellise massuurimise tulemusena saadetakse varajaselt diagnoositud vähktõbe põdejad viivitamata ravile. Nende ravi tulemused näivad olevat paljutootavad. Nagu praegu toimuvad uurimised, nii on näidanud ka varajasemad, et FSA-sõltesti teel haigete väljaselgitamisel on oluline tähtsus ka maohaavandi ravi ja muude maohaiguste arengu hindamise aspektist.

Turu Ülikooli Keskaigla
kirurgiakliinik

Parietaalrakkude vagotoomia (selektiivse proksimaalse vagotoomia) eesmärk on denerveerida mao soolhapet eritav osa — parietaalrakkude koguhulk. Distaalse dissektsiooni piirina kasutatakse tavaliselt anotoomilisi tunnuseid, see piir võidakse kindlaks määrata ka operatsiooniaegsete testide abil. Meie uurimistöös on ühte rühma kuuluvatel haigetel dissektsiooni piiri leidmiseks ära kasutatud *nervus Latarjet'* harude anotoomilised tunnused (I rühm). Teistel haigetel määrati mao antrumi ja korpuse piir gastrotomiaava kaudu pH-meetria abil (II rühm).

Uuriti 70 konsekutiivset haiget, kellele oli tehtud selektiivne operatsioon kroonilise kaksteistsõrmikuhaavandi tõttu. Mõlemad rühmad olid enne operatsiooni uurimise andmeil samasugused (vt. tabel 1). I rühma haigetel ulatus denervatsioon 6...8 cm kaugusele pylorusest. II rühma 35 haigest 22-l võisime pH-meetria tulemuste põhjal denerveeritud piirkonnale lisada veel 2 cm. Selle rühma haigetel tugevdati *n. Latarjet'* motoorset funktsiooni Burge' stimulaatorite abil. Selektiivse proksimaalse vagotoomia mõju happe-eritusele ilmneb tabelist 2. Basaalsekretsioon (BAO) oli vagotoomia järel mõlema rühma haigetel ühesugune. Samasugune oli ka pentagastriniga stimuleeritud happeeritus (PAO_{pg}). Ka insuliiniga stimuleeritud sekretsioon (PAO_i) oli mõlema rühma haigetel nii kaks kuud kui ka aasta pärast operatsiooni enam-vähem identne. Erinevad aga olid vereseerumi

Tabel 1. Operatsioonieelsed andmed haigete kohta

Haigete rühm	Naised/ mehed	Vanus aastates	Happe-eritus (mmol/h)		Vereseerumi gastriini nivoo
			basaal-sekretsioon (BAO)	maksimaalne sekretsioon (PAO)	
I	5/30	43,9±2,2	4,2±0,9	39,4±3,1	36,5±3,1
II	8/27	43,5±1,7	4,6±0,7	39,1±2,2	36,4±4,0

Tabel 2. Maosekretsiooni uuringud pärast selektiivset proksimaalset vagotoomiat*

Uuritute rühmad	Basaalsekretsioon (mmol/h)		Maksimaalne sekretsioon (mmol/h)			
	kaks kuud pärast operatsiooni	üks aasta pärast operatsiooni	(sekretsiooniärriti pentagastriin)	(sekretsiooniärriti insuliin)	kaks kuud pärast operatsiooni	üks aasta pärast operatsiooni
I rühm	0,55±0,17	1,30±0,32	11,31±1,62	18,71±2,22	1,5±0,4	4,4±1,1
II rühm	0,56±0,21	1,61±0,49	9,63±1,76	14,49±2,19	1,3±0,5	4,5±1,2

* I rühma haigetel mao antrumi ja korpuse piiri ei määratud, II rühmas seevastu määrati.

Tabel 3. Selektiivse proksimaalse vagotoomia mõju vereseerumi gastriini nivoole

Haigete rühmad	Basaalgastriini enne operatsiooni (pmol/l)	Basaalgastriini üks aasta pärast operatsiooni (pmol/l)
I	36,5±3,1	42,5±6,0
II	36,4±4,0	81,7±7,4

basaaalgastriini näitajad (vt. tabel 3). Mõlema rühma näitajad märgatavalt suurenesid, kuid II rühmas olid gastriininäidud aasta pärast operatsiooni oluliselt kõrgemad kui I rühmas. Kumagi rühma haigetel ei esinenud pärast operatsiooni retentsiooni. Mao tühjenemisaeg oli niisama pikk kui enne lõikust.

Paljud kirurgid kasutavad mao antrumi ja korpuse piiri määramiseks ka edaspidi *n. Latarjet'* harude topograafiat. Meie uurimistöö siiski näitas, et 22 juhul 35-st ulatus hapet eritav piirkond distaalsemale. Tulemus tähendab seda, et selektiivse proksimaalse vagotoomia järel jääb innervatsioon parie-

taalrakkude piirkonnas osal haigetel alles. Kas sellel on kliinilist tähendust?

Meie uurimistulemustest nähtus, et, kontrollinud operatsioonijärgseid happe-erituse näitajaid, mao antrumi ja korpuse piiri täpsel määramisel tähtsust ei olnud. II rühma haigetel tehti ekstensiivsem denervatsioon, mille tulemusena vereseerumi gastriini nivoo tõusis. On andmeid, et mao antraalosas paiknevail *n. vagus'*e harudel võib olla gastriini eritumisele inhibeeriv mõju. Kuigi hüpergastrineemia kliinilisi konsekvantse veel ei tunta, ei tule seda ilmingut soodsaks pidada. Et mõju happe-eritusele oli mõlemas uuritute rühmas ühesugune, tulime järeldusele, et seoses selektiivse proksimaalse vagotoomiaga ei ole vaja täpset mao antrumi ja korpuse piiri määrata.

Turu Ülikooli Keskhaigla

ALKOHOLI OSA PANKREATIIDI TEKKESE

AARRE AURANEN MIKKO ISOMÄKI . TURU

pankreatiit, etioloogia, alkoholi mõju, haigestumus, suremus

Alkoholi mõju pankreatiidi tekkele on üldiselt tuntud, ehkki seda toime-mehhanismi täpselt ei tunta. Ei teata, miks alkohol ilmsete anatoomiliste muutuste puudumisel ühel inimesel põhjustab kõhunäärme haigestumist, teisel aga mitte. Meie haiglas diagnoositud ägedate pankreatiitide arv suurenes märgatavalt 1970-ndate aastate algul. Lisaks sellele sapiteede haigustest põhjustatud pankreatiitide esinemissagedus naistel tavaliselt vähenes, meestel aga leiti rohkem alkoholpankreatiite. Soomes läks keskmise kangusega ölle müük 1969. aasta algul üle toiduainetekauplustele, mistõttu tärkas kahtlus, kas mitte see ei ole pankreatiidi levimise põhjus.

Aastail 1965...1974 diagnoositi ja raviti Turu Ülikooli Keskhaigla kirurgia- ja sisehaiguste osakonnas kokku 1028 akuutset pankreatiiti põdejat (vt. tabel 1). 1970-ndate aastate algul pankreatiidijuhud kolmekordistusid peamiselt alkoholpankreatiitide tõttu. Teata-vail ajavahemikel olid alkoholi tekitatud kõhunäärmehaigused ikkagi harva esinevad, kuid viimastel aastatel oli alkohol pankreatiidi peamine põhjus. Kümneaastast perioodi jälgides veendusime, et alkoholietioloogiaga on tegemist 30%-l juhtudest (vt. tabel 2).

Ölu ei paistnud olevat pankreatiidi-juhtude sagenemise põhjuseks, kuid juhtude arv oli seoses alkoholi üldtarbitud hulgaga, sest samal kümneaastasel perioodil oli alkoholi tarbimine iga elaniku kohta suurenenud 2,4 liitritl 6,2 liitriini aastas ümberarvestatuna 100%-liseks alkoholiks.

Üldsuresus oli 10,3%. Alkoholist põhjustatud pankreatiit oli surma põhjuseks harvem — 3,4%-l juhtudest,

Tabel 1. Turu Ülikooli Keskhaiglas ravil olnud pankreatiidihaiged

Aasta	Naised	Mehed	Kokku
1965	36	20	56
1966	39	12	51
1967	22	23	45
1968	39	26	65
1969	33	35	68
1970	58	44	102
1971	74	89	163
1972	55	95	150
1973	63	111	174
1974	44	110	154
Kokku	463	565	1028

Tabel 2. Pankreatiidi etioloogia

Etioloogia	Naised	Mehed	Kokku	%
Sapiteede haigus	266	123	389	37,9
Alkohol	30	259	289	28,1
Alkohol ja sapiteede haigused	0	23	23	2,2
Muu või tundmata põhjus	167	160	327	31,8
Kokku	463	565	1028	100,0

kuid need haiged olid märgatavalt nooremad kui haiged, kes surid muu etioloogiaga pankreatiidi tagajärjel.

Viimastel aastatel ei ole sagenenud pankreatiiti haigestumine ega ka alkoholi tarbimine meie maal, küll aga on suurenenud krooniliste pankreasevavuste all kannatajate arv.

Turu Ülikooli Keskhaigla

Võitluses tubakasuitsetamise vastu on kõige muu kõrval väga tähtis püüda kummutada üldsuse, eriti noorsoo hulgas laialt levinud väärarvamus, mille järgi suitsetamist peetakse inimese tugevuse ja enesekindluse sümboliks. Niisugune vildak seisukoht on eriti tütarlapsi ja naisi suitsetama ahvatlenud. Et veenda inimesi suitsetamise kahjulikkuses, ongi vaja kaotada see petlik kujutlus suitsetajast kui tahtejõulisest ja edukast inimesest.

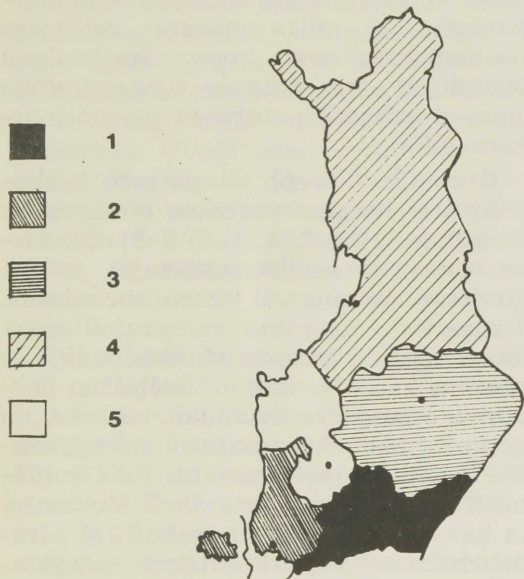
Здоровье мира, 1980, 3.

PEAAJU KOMPUUTER- TOMOGRAAFIA NEUROKIRURGI VALVEKORRA AJAL

TAPIO TORMÄ . TURU

peaajukahjustused, kompuutertomograafia, uurimisnäidustused, neurokirurgiline abi

Soomes on neurokirurgiline arstiabi keskendatud ülikoolide keskhaiglatesse, nimelt Helsingi, Turu, Oulu ja Kuopio ülikooli keskhaiglatesse (vt. joonis 1). Turu Keskhaigla neurokirurgiaosakonnale kuuluvad Turu, Satakunna (Pori) ja Ahvenamaa keskhaigla teeninduspiirkond, kus 1975. aasta andmeil oli 683 000 elanikku. Lisaks sellele ravitakse Turus ka väljastpoolt oma piirkonda saabuvaid haigeid, ka Tampere



Neurokirurgiahaiglate piirkonnad Soomes ja alaliste elanike arv nendes 31. detsembril 1975.

1 — Helsingi Ülikooli Keskhaigla piirkond	1745500
2 — Turu Ülikooli Keskhaigla piirkond	683000
3 — Kuopio Ülikooli Keskhaigla piirkond	858000
4 — Oulu Ülikooli Keskhaigla piirkond	567900
5 — Tampere Ülikooli Keskhaigla piirkond	765000
Kogu riigi rahvastik	4720500

Tabel 1. Kompuutertomograafilised uurimised Turu Ülikooli Keskhaiglas 1. jaanuarist 30. septembrini 1979

Regulaarsetel tööpäevadel		
peaaju skanneerimine	1261	1577
keha muude osade skanneerimine	316	1577
Valvekorra ajal		
peaaju skanneerimine	72	
keha muude osade skanneerimine	1	73
Kokku		1650

sest seelses keskhaiglas ei ole neurokirurgiaosakond veel tööd alustanud, mistõttu Turu Ülikooli Keskhaigla teeninduspiirkonnas on praegu ligikaudu 800 000 inimest.

Turus saadi kompuutertomograafia-seadmed 1978. aasta suvel. Kõne all on firma EMI «whole body Scanner» (mudel EMI 5005), mis on Soomes esimene omalaadne seade, millega saab tomograafiliselt uurida kogu inimkeha. Aparatuuri peamised kasutajad on kirurgiakliiniku neurokirurgiaosakond, neuroloogiakliinik ja kiiritusravikliinik, ka lastekliinik ja silmakliinik. Peapiirkonna uuringud moodustavad valdava osa (umbes 80%) kõigist uuringutest. 1979. aasta 9 kuu jooksul tehti seadmega 1650 uuringut, neist 1333 peapiirkonnast ja 317 mujalt (vt. tabel 1).

Peapiirkonna uuringute näidustuseks on olnud: 1) traumad: koljusisesed verejooksud, ajupõrutused; 2) vaskulaarsed peaajukahjustused: verejooksud, ajuinfarkt; 3) peaajukasvajad: primaarsed, metastaatilised; 4) infektsioonid: ajuabstsessid, entsefaliidid; 5) muud peaajuhaigused: ajuatroofia ja *hydrocephalus*, ning ajuanomaliad.

Raaluuringutel oli L. Kettoneni andmeil (1977) positiivseid leide 2300 uuringust 41%. Kui palju positiivseid leide on Turu Ülikooli Keskhaigla uurimismaterjali põhjal, see on mul teadmata. Siiski võib tõdeda, et pärast raaluuringute kasutuselevõttu on peaajukasvajate esinemissagedus tunduvalt suurenenud, mis tähendab diagnostika ilmset edasiminekut. Muude neuroradioloogiliste uuringute arv, eriti pneumoen-

Tabel 2. Turu Ülikooli Keskhaiglas valvekorra ajal tehtud kompuutertomograafiliste uurimiste tulemused 1. jaanuarist 30. septembrini 1979

Peaajukahjustused:	55 juhtu
kontusioon	36
epi- või subduraalne hematoom	17
võõrkeha peaaigus	2
Operatsioonijärgsed tüsistused:	5 juhtu
difuussed ajutursed	3
operatsioonijärgsed hematoomid	2
Korduv spontaanne arteriaalne verejooks	4 juhtu
Spontaansed peaaigusised verejooksud	2 juhtu
Entsefaliidid	6 juhtu
Kokku	72 juhtu

tsefalograafiliste (PEG), on suuresti vähenenud.

Valvekorra ajal, väljaspool regulaarset tööaega tehti 1979. aasta esimese 9 kuu jooksul üldse 72 raaluuringut (vt. tabel 2). Neist valdav osa (64 haiget) olid neurokirurgilised. Akuutsete peaajuvigastuste puhustel raaluuringutel on kasulikkus peaajuangiograafiaga võrreldes vaieldamatu. Koljusisene hematoom tuleb raaluuringutel täpsemalt esile nii oma asendi kui ka ulatuse poolest, ühtlasi saadakse selge pilt koljusisest rõhust ja peaajuvatsakeste süsteemist. Meie aparatuuriga ei saa kindlaks teha ajuvereringe kiirust, nagu seda võimaldavad uusimad raalseadmed. Turu Ülikooli Keskhaiglas on peaajuvigastustega haigeil angiograafiat valvekorra ajal rutatud tegema vaid üksikutel kordadel. Operatsioonijärgsete tüsistuste väljaselgitamisel on kompuutertomograafiline uuring varajasmatest uurimisviisidest väärtuslikumaks osutunud. Akuutsete subarahnoidaalverejooksude korral on raaluuringutest eriti suur kasu olnud haiguse prognoosimisel.

Juba niigi lühiajaliste tähelepanekute põhjal võib öelda, et kompuutertomograafilistest uuringutest on neurokirurgile valvekorra ajal suur abi.

KIRJANDUS: Ketonen, L. Computerized axial tomography of the brain. Thesis. Helsinki, 1977.

Turu Ülikooli Keskhaigla
neurokirurgiaosakond

UDK [613.84:616.233-002]:616-053.81(474.2)

SUITSETAMISE OSA KROONILISE BRONHIIDI ETIOLOOGIAS ÜLIÕPILASTEL

LII JANNUS LIIDIA MASER LEO SAUEMÄGI
SAIMA TAMM JÜRI PAULSON TALLINN

krooniline bronhiit, suitsetamine, levimus üliõpilaste hulgas

Kroonilistest mittespetsiifilistest kopsuhaigustest moodustab valdava osa krooniline bronhiit, mis on kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse üks sagedamaid algmanifestatsioone. Haigus areneb aeglaselt, paljude aastate kestel. Harilikult avastatakse see alles irreversiivses staadiumis, kui ilmnevad juba hingamisfunktsiooni häired. Kroonilise bronhiidi varajaseks väljaselgitamiseks ei piisa üksnes rutiinsest röntgenoloogilisest ega füsioloogilisest uurimisest, sest haiguse algstaadiumile omased vähesed muutused jäävad märkamatuks.

Kroonilise bronhiidi paljude tekkepõhjuste hulgas peetakse olulisemaks suitsetamist (1, 2, 3, 4, 6, 8, 9). On raske veenda kroonilist suitsetajat suitsetamisest loobuma või vähem suitsetama. Tõepoolest, enamikul suitsetajail märkimisväärsed hingamisfunktsiooni häired ju ei leita. Isikuil, kellel on soodumus kroonilise bronhiidi tekkeks, on kopsufunktsiooni muutusi spirograafilise uurimise teel võimalik juba suhteliselt varakult avastada. D. S. McCarthy ja kaasautorite tähelepanekuil (5) paraneb häiritud kopsufunktsioon märgatavalt nendel haigetel, kes suitsetamisest loobuvad või tubakatarvitamist tunduvalt vähendavad. Mõned hingamisfunktsiooni näitajad, näiteks forsseeritud sekundiekspiratsioon, Tiffeneau indeks, võivad normaliseeruda alles palju aastaid hiljem pärast suitsetamisest loobumist. Seega kopsufunktsiooni detailne uurimine võimaldab välja selgitada isikud, kellel on kalduvus hingamisteede obstruktsiooni arenemiseks, suitsetamise piiramine aga loob eeldused

haiguse progresseerumise tõkestamiseks.

Kroonilise bronhiidi avastamiseks ja suitsetamise leviku kindlakstegemiseks nooremas eas uuriti 1979. a. aprilli- ja maikuus E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi üliõpilasi, uuringuid tehti komplekselt.

Uuritavad ja meetodika. Kasutati kroonilise bronhiidi uurimise ankeetküsimustikku, mis on Ülemaailmse Teravishoiuorganisatsiooni krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste epidemioloogia ekspertide poolt 1974. a. nõupidamisel heaks kiidetud. Sellele lisasime mõned omapoolsed täiendused. Erilist tähelepanu pöörasime suitsetamisele. Püüdsime teada saada suitsetamise põhjusi, sealhulgas seost suitsetamisega vanemate, teiste sugulaste, sõprade ja eakaaslaste hulgas.

Kõigil uurituil tehti rindkere röntgenfluorograafiline, hingamisfunktsiooni spiromeetiline ja pneumotahhomeetiline uuring, kasutades koormusena bronholüütilist aerosoolipreparaati berotekki. Üliõpilastel, kellel küsitluse alusel diagnoositi kroonilist bronhiiti või oletati seda, võeti lisaks eelöeldule ette ka detailne füsiikaalne, spiograafiline ja röntgenoloogiline uurimine. Uurimistulemusi töödeldi elektronarvutil.

Tulemused ja arutelu. Kokku uuriti 782 üliõpilast (ettevalmistusosakond, I... V kursus), kelle keskmine vanus oli $20,44 \pm 0,06$ aastat. Naisüliõpilasi oli 571 (73%) ja meesüliõpilasi 211 (27%), nende keskmine vanus vastavalt $20,31 \pm 0,11$ ja $20,78 \pm 0,16$ aastat.

Kompleksse uurimise tulemusena leiti 782 üliõpilasest 44-l (5,6%) krooniline mittespetsiifiline kopsuhaigus, neist 39-l krooniline bronhiit ja 5-l infektsioos-allergiline bronhiaalastma. Prebronhiidile omaseid sümptome esines 29 (3,7%) uuritul. Prebronhiidiks pidasime üldtunnustatud kriteeriumidest lähtudes seisundit, kui perioodiliselt tekkivat köha enam ignoreerida ei saanud, kuigi kliiniline pilt kroonilise bronhiidi diagnoosile veel ei vastanud. Kroonilist bronhiiti põdejate keskmine

vanus oli $21,7 \pm 0,53$, prebronhiiti põdevate üliõpilaste vanus $22,0 \pm 0,33$ aastat, seega mõnevõrra suurem kui uuritavate keskmine vanus ($20,44 \pm 0,06$ a.). 39 kroonilist bronhiiti põdeva ja 5 bronhiaalastmat põdeva üliõpilase uurimistulemuste analüüsi tulemusena diagnoositi 17-l neist lihtsat bronhiiti (endobronhiiti) ja 15-l obstruktiivset bronhiiti, kuna 10 haigel sedastati peribronhiaalseid muutusi juba röntgenoloogiliselt. Prebronhiidi sümptoomidest täheleandavalt 29 uuritul perioodiliselt tekkivat köha (38%), sagedasi ägedaid respiratoorseid haigusi (41%), latentset bronhospasmi (13%), korduvalt tekkivaid ägedaid pneumoonilisi protsesse jm.

Ankeetküsitluse andmeil olid 782 üliõpilasest 183 suitsetajad, seega 23,4%. Uuritud meesüliõpilastest suitsetas 65 (30,8%), naisüliõpilastest 118 (20,7%). Need andmed on märksa madalamad kui K. Starkel (7), kes uuris suitsetamise levikut pedagoogikaüliõpilastel Saksa Demokraatlikus Vabariigis ja kelle järgi oli nende hulgas suitsetajaid 43%. Tervete üliõpilaste (709) hulgas oli suitsetajaid 150 (21,2%), 72 prebronhiiti ja kroonilist bronhiiti põdevast üliõpilasest suitsetas 33 (45,2%), seega enam kui kaks korda rohkem ($P < 0,01$).

Uuritud 183 üliõpilasest suitsetajast leiti 15-l (8,2%) krooniline bronhiit ja 18-l (9,8%) prebronhiit, 599 mittesuitsetajast vastavalt 29-l (4,8%) ja 11-l (1,8%). Järelikult põdesid suitsetajad nii prebronhiiti kui ka bronhiiti märgatavalt sagedamini kui mittesuitsetajad ($P < 0,01$).

Suitsetamise keskmine kestus oli tervetel üliõpilastel $2,2 \pm 0,1$, prebronhiiti ja kroonilist bronhiiti põdejal $4,1 \pm 0,3$ aastat ($P < 0,01$).

Tabelis on esitatud andmed suitsetamise kestuse ja intensiivsuse (sigarettide arv päevas, suitsetamisindeks) kohta nais- ja meesüliõpilastel eraldi. Nähtub, et nii terved kui ka haiged meesüliõpilased on naisüliõpilastega võrreldes tunduvalt aktiivsemad suitsetajad.

Anamneesi põhjal püüdsime välja selgitada suitsetama hakkamise võima-

Tabel. Suitsetamise kestus ja intensiivsus uuritud üliõpilastel

Uuritavate kontingent	Vanus aastates		Suitsetamise kestus aastates		Sigarettide arv päevas		Suitsetamisindeks	
	M±m	σ	M±m	σ	M±m	σ	M±m	σ
Naised: terved, n=100	20,69±0,17	1,68	2,03±0,12	1,18	4,57±0,29	2,94	9,60±0,89	8,92
krooniline bronhiit + prebronhiit n=18	22,17±0,39	1,65	3,39±0,36	1,54	5,28±0,80	3,41	20,17±4,53	19,20
Mehed: terved, n=50	20,66±0,26	1,81	2,50±0,20	1,43	7,84±0,63	4,44	20,38±2,68	18,96
krooniline bronhiit + prebronhiit n=15	22,80±0,55	2,14	5,20±0,31	1,21	12,07±1,13	4,38	63,13±7,57	29,30

likke põhjusi, suitsetamise sagedust vanematel ja teistel suitsetajale lähedastel inimestel. Põhjustest nimetati kõige sagedamini ümbritsejate mõju (vanemad, õed-vennad, sõbrad ja eakaaslased), mainiti ka kohvikumiljööde, sõjaväeteenistust, suurt närvipinget eksamite ajal, psüühilisi üleelamisi, igavust, lihtsalt huvi suitsetamise vastu.

Küsitletud 782 üliõpilasest 413-l (52,8%) olid kas ema või isa või mõlemad suitsetajad. 599 mittesuitsetaja üliõpilase vanematest suitsetas 299 (49,9%), 183 suitsetaja üliõpilase vanematest 114 (62,3%). Koduvälise keskkonna mõju peegeldavad järgnevad andmed. Mittesuitsetajate üliõpilaste lähedastest sõpradest suitsetas 34,2%, suitsetajate sõpradest aga 42,7%. Suitsetamist ajendav koduvälise mõju on eriti tugev naisüliõpilastel. Nii suitsetas 118 suitsetaja naisüliõpilase vanematest 59,3%, lähedastest sõpradest aga 80,5%; 65 suitsetaja meesüliõpilase puhul vastavalt 67,7% ja 52,3%.

Sellest nähtub, et naisüliõpilased on sõprade ja tuttavate poolt, kellega nad sagedamini suhtlevad väljaspool kodu, tunduvalt enam mõjutatavad, samal ajal aga meesüliõpilastele avaldab tugevamat mõju suitsetavate vanemate, eriti isa eeskuju.

Küsitlemisel selgus, et peaaegu kõik üliõpilased olid teadlikud tubakatoodete tervist kahjustavast toimest elunditesse ja nende mõjust inimorganismi talitlusele, kuid nad ei võta neid teadmisi tõsiselt.

Kokkuvõte. Kompleksse uurimistöö tulemusena diagnoositi E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi üliõpilastel kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi, peamiselt kroonilist bronhiiti, 5,6%-l uuritutest. Lisaks sellele ilmnesid prebronhiidile omased sümptoomid 3,7%-l uuritud üliõpilastest. Naisüliõpilastest suitsetas 20,7%, meesüliõpilastest 30,8%. Suitsetajatest diagnoositi kroonilist bronhiiti 8,2%-l ja prebronhiiti 9,8%-l, mittesuitsetajatest vastavalt 4,8%-l ja 1,8%-l.

Suitsetamine avaldab kahjustavat toimet hingamis-elunditesse juba suhteliselt lühikese aja jooksul — kroonilist bronhiiti ja prebronhiiti põdejad olid suitsetanud keskmiselt $4,1 \pm 0,3$ aastat.

Rutiinsed füsiikaalsed ja röntgenfluorograafilised meetodid ei ole küllal-dased kroonilise bronhiidi õigeaegseks avastamiseks. Latentsete hingamis-funktsiooni häirete kindlakstegemiseks tuleb kasutada spirograafiat koos bronholüütiliste preparaatidega.

Suitsetamisest loobumine või selle tunduv vähendamine on üks võimalusi, kuidas takistada prebronhiidi edasiarenemist ja ennetada kroonilise bronhiidi teket.

KIRJANDUS: 1. Freour, P., Coudray, P., Tessier, J.-P., Cachie, J.-P. Bull. Int. Union Tuberc., 1979, 54, 3—4, 412—414. — 2. Jackson, H. J. La. State Med. Soc., 1979, 131, 5, 141—145. — 3. Jancik, E. H., Tiesinga van der Veen, T., Jansen-Santema, T., Hansma, T. W. Prax. Pneumol., 1978, 32, 12, 769—776. — 4. Malik, S. K., Singh Kartar. Indian J. Chest Dis. a. Allied Sci., 1978, 20, 2, 73—79. — 5. McCarthy, D. S., Craig, D. B., Cherniack, R. M. Am. Rev. Respir. Dis., 1976, 114, 103—

113. — 6. Reissig, M. Z. Erkr. Atmungsorgane, 1977, 148, 3, 268—277. — 7. Starke, K. Z. Erkr. Atmungsorgane, 1977, 148, 3, 278—283.
8. Лифшиц Н. А. Проблемы пульмонологии. Вып. 7. Л., 1978, 28—40. — 9. Петрухин И. С., Осипова М. В. В кн.: Распространенность и исходы неспецифических заболеваний легких, Л., 1977, 84—86.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

*E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

UDK 612 661:616-053.4(474.2)

EESTI NSV ÕPILASTE SUGULINE KÜPSEMINE

MAIMU TEOSTE RAIOT SILLA · TALLINN

õpilased, suguline areng, menarche, menstruaaltsükkel, kehaline areng

Suguline küpsemine arengu integraalse näitajana räägib nii mõndagi kasvu ja arengu kiirusest ning organismi harmooniast üldse. Sellest ka huvi kasvuaaliste sugulise arengu vastu.

Uurimismaterjal ja -meetodid. 1970., 1971. ja 1972. a. sügisel oli vaatluse all Tallinna linna ning Harju rajooni 7...18-aastaste õpilaste kehaline areng, sealhulgas ka suguküpsus. Tallinnas uurisime 2991 eestlast, 2054 venelast ning 930 segarahvuste esindajat, Harju rajoonis 2396 eesti rahvusest maaõpilast. 1977. aasta sügisel uurisime 1668 Kohtla-Järve, Narva ja Rakvere 10 ja 14 aasta vanust õpilast. Uuritute üldarv oli 10 039.

Sekundaarsete sugutunnuste arengu staadiumid määrasime Tanneri (6) üldtunnustatud metoodika kohaselt visuaalse hinnangu alusel viiepallisüsteemis (1...5. staadium *resp.* arengu puudumisest kuni küpsusstaadiumini). Artiklis analüüsime ka kehalise arengu kiirenemist puberteedi ajal (kasv, jalgade pikkus mõõdetuna kasvu ja istepikkuse vahena, õlgade laius biakromiaalselt, nahaaluse rasvakihi paksus abaluul,

õlavarrel ja reiel, puusaümbermõõt ja puusade laiusena *distantia iliocristarum*). Individuaalse vestluse ning ema küsitlemise teel selgitasime välja, millal tütarlapsel *menarche* oli alanud ja kuidas menstruaaltsükkel oli kulgenud.

Tulemused ja arutelu. Puberteedieelse perioodi alguseks peetakse tütarlastel vaagna kasvu kiirenemist ja puusade ümardumist ning poeglastel testise suurenemist (5). Tallinna eesti rahvusest tütarlastel suurenesid puusade ümbermõõt ja laius intensiivselt 8. eluaastal, maatütarlastel algas suurenemine 9-aastaselt. Järelikult algas neil puberteedieelne periood 8...9 aasta vanuselt. Maatütarlaste puusaümbermõõdu suurenemine oli pidevam ja intensiivsem kui linnatütarlastel. Kui seitsmeaastastel maal elavatel tütarlastel oli puusaümbermõõt üle 3 cm väiksem kui linnas elavatel, siis 18-aastastel oli vahekord vastupidine: puusaümbermõõt maatütarlastel oli 2 cm suurem ümbermõõdust linnatütarlastel. Viimastel oli nahaalune rasvakiht märksa paksem kui esimestel, mistõttu luustiku ja lihastiku osas peaks vahekord veelgi selgemini maatütarlaste kasuks olema. 8-aastaselt algas nii Tallinna linna kui ka Harju rajooni tütarlastel kehakasvu ja õlgade laienemise kiirenemine. Tallinna vene rahvusest tütarlastel algas kasvu kiirenemine 9-aastaselt. Kehakasvu kiirenemine kui selgelt määratav ja kohustuslik antropomeetriline näitaja sobib puberteedieelse perioodi alguse määramiseks meie arvates paremini kui puusade ümardumise algus. Poeglastel oli kasvu kiirenemine märgatav kõigis rühmades 8-aastaselt. Õlgade laienemine kiirenes 9-aastaselt, ka puusad laienesid ja ümardusid, kuid märgatavalt alles 10. eluaastast. Puberteedieelse perioodi tunnuseks võrreldakse traditsiooniliselt tütar- ja poeglaste kehakasvu kõveraid, nende kasvukõverate nn. esimene ristumine toimus Tallinnas elavatel eestlastel 9. eluaastal.

Puberteedieelsele perioodile järgneb puberteediperiood, s. o. sugulise küpsemise periood, millele on iseloomulik

Tabel 1. Keskmised vanused Tallinna (T) ja Harju rajooni (H) õpilastel sekundaarsete sugutunnuste eri staadiumides ja *menarche* ilmunisel

Sugu	Rahvus	<i>Menarche</i> Ma ₂		Ma ₄	Ma ₂ ...Ma ₄ kestus aastates	Ax ₂	Ax ₄	Ax ₂ ...Ax ₄ kestus aastates
		M±δ	M±δ	M±δ	M±m	M±δ	M±δ	M±m
tütarlapsed	eestlased (T)	13,79±1,14	10,30±1,36	13,19±1,20	2,80±0,18	12,45±1,70	14,79±1,83	2,34±0,25
	venelased (T)	13,78±1,15	10,98±1,43	13,50±1,22	2,52±0,19	12,39±1,59	14,58±1,62	2,19±0,23
	segarahvusest (T)	13,55±1,26	10,74±1,38	13,56±1,09	2,82±0,18	12,34±1,20	14,54±1,69	2,20±0,21
	eestlased (H)	14,27±1,44	10,61±1,64	13,63±1,13	3,02±0,19	12,87±1,59	15,20±1,78	2,33±0,22
poeglapsed	eestlased (T)		12,37±2,19	15,09±1,25	2,72±0,25	14,64±1,32	15,78±1,31	1,14±0,19
	venelased (T)		12,51±1,44	16,05±1,32	3,54±0,20	14,20±1,35	15,91±1,47	1,71±0,20
	segarahvusest (T)		12,44±1,61	15,48±1,04	3,04±0,19	14,40±1,02	15,72±1,25	1,32±0,16
	eestlased (H)		12,84±2,02	15,15±1,72	2,28±0,20	14,89±2,17	16,51±2,21	1,62±0,19

Ma₂ — rinnanäärmete arengu algstaadium

Ma₄ — rinnanäärmete arengu väljakujunenud staadium

Ax₂ — aksillaarkarvastiku arengu algstaadium

Ax₄ — aksillaarkarvastiku arengu väljakujunenud staadium

sekundaarsete sugutunnuste väljakujunemine. Puberteedi algust tähistab rinnanäärmete arenemise, pubitaal- ja aksillaarkarvastiku kasvu algus. Et iga mainitud tunnus areneb eri eas, siis arvatakse puberteedi algust nende sekundaarsete sugutunnuste järgi, mis esimesena on arenemist alustanud — tavaliselt on see rinnanäärmete areng. Puberteedi lõpu määrab viimasena küpsustaadiumi jõudnud sugutunnus, tavaliselt on see aksillaarkarvastiku kasv. Tütarlastel on kolme nimetatud sugutunnuse algust ja lõppu lihtne määrata, poeglastel aga on rinnanibu ja selle ümbriuse hindamine kogemusi nõudev. Seetõttu soovitatakse viimaste puhul piirduda pubitaalkarvastiku kasvu hindamisega, kuid niisama hästi ja palju kergemini määratav on aksillaarkarvastiku kasv. Pubitaalkarvastiku kasvu määrasime Tallinna vene rahvusest tütarlastel. See ilmus neil keskmiselt 1,62 aastat ning aksillaarkarvastik 0,39 aastat enne *menarche* saabumist. Nii pubitaalkarvastiku kui ka rinnanäärmete arengu 4. staadiumi algus ja *menarche* saabumine langesid ealiselt kokku. Mainitu kehtib ka segarahvusest uuritute kohta.

Eestlannadel algas puberteedieale vastav suguline küpsemine üksikjuhtu-

del juba 7-aastaselt (rinnanäärmete arengu algstaadium, s. o. Ma₂). 11-aastaselt saabus üksikjuhtudel *menarche* ning konstateeriti rinnanäärmete arengu lõppstaadiumi (4. staadium). Individuaalsed erinevused on suured: kõige sagedamini algas suguline küpsemine 10...11-aastaselt, üksikjuhtudel alles 14. eluaastal. Puberteediea algus oli eesti rahvusest tütarlastel keskmiselt 10-aastaselt, poeglastel 12-aastaselt. Vene ja segarahvusest tütarlastel oli see algus 1/2 aastat hiljem kui eestlannadel. Poeglaste osas rahvuslikud erinevused puudusid.

Tabelist 1 selgub, et rinnanäärmete areng (2. staadiumist 4. staadiumini, s. o. Ma₂...Ma₄) kestis tütarlastel, sõltumata rahvusest, ligi kolm aastat. Poeglastel olid need erinevused suuremad, kuid keskmine kestus oli samuti alla kolme aasta. 1 1/2...2 1/4 aastat pärast rinnanäärmete arenemise algust hakkas arenema ka aksillaarkarvastik ja arenguperiood kestis tütarlastel 2 1/4 aastat, poeglastel, eriti eestlastel Tallinnas, vähem kui poolteist aastat. Erinevalt venelannadest saabus nii linnas kui maal elavatel eestlannadel rinnanäärmete küpsus (4. staadium) 1/2 aastat varem kui *menarche*. Muude puber-

teediperioodi arengunäitajate osas rahvuslikke erinevusi ei ilmnenud.

Kehakasv aeglustus vähemalt juba aasta enne *menarche* saabumist. See on kooskõlas mitmete uurijate andmetega (1, 7) ega kinnita varem tuntud väidet, mille järgi *menarche* ilmub puberteedi-eale omase nn. kasvuhüppe ajal (6). Esimesi soolise dimorfismi kujunemise nihkeid täheldatakse juba viieaastaselt, mil vaagna mõõdud tütarlastel hakkavad ületama poeglaste mõõtusi (9). Tüüpiline sooline erinevus — kitsamad õlad ja laiemad puusad tütarlastel, poeglastel aga vastupidi — ilmnes Tallinna eesti rahvusest õpilastel 13. eluaastast, seevastu poeglaste suhteliselt pikemad jalad olid täheldatavad kõigis vanuserühmades nii eestlastel kui ka venelastel ($\frac{\text{kasv} - \text{istepikkus}}{\text{istepikkus}} \times 100$). Väga iseloomulik oli rasva rohke naha alla ladestumine tütarlaste allkehal. Poeglastel me seda ei täheldanud, pigem esines neil nahaaluse rasvkoe vähenemine. Nahaaluse rasvkoe erinevus sõltuvalt soost kujunes välja põhiliselt puberteedi teisel poolel.

Menarche algas Tallinna eestlannadel $13,79 \pm 0,04$ aasta vanuses. 50 aastat tagasi saabus Tartu tütarlastel *menarche* keskmiselt 14,6 aasta vanuselt (4). Vanus *menarche* saabumisel rahvusest oluliselt ei sõltunud, kuid maal elavatel tütarlastel saabus see keskmiselt

Tabel 2. Regulaarse menstruaaltsükli kujunemise kiirus pärast *menarche*'t (arv %-des)

Vaatlusalused	Regulaarse menstruaaltsükli kujunemine					
	Uuritu arv	kohe	2...3 kuud	4...6 kuud	7...12 kuud	üle aasta
Eestlased Tallinnas	953	37,8	18,0	19,5	12,7	12,0
Eestlased Harju rajoonis	374	53,6	12,7	18,3	10,8	4,6
Eestlased Kohtla-Järvel	123	51,2	14,6	11,4	14,6	8,2
Venelased Kohtla-Järvel ja Narvas	147	49,7	16,3	10,2	11,6	12,2

pool aastat hiljem kui linnas elavatel (vt. tabel 1). Näiteks saabus *menarche* Jaapani maatütarlastel linnatütarlaste, näiteks Tokio tütarlastega võrreldes poolteist aastat hiljem (3, 2), Euroopas on vahe väiksem või puudub see hoopis (2). *Menarche* varajase saabumise poolest meie tütarlapsed Euroopa tütarlastega võrreldes (2) silma ei paista, aeg on keskmisest pisut hilisem.

Huvitav on see, et tallinlastega võrreldes olid Kohtla-Järve, Narva ning Rakvere tütar- ja poeglapsed rinnanäärmete arengu poolest 0,1...0,6 palli ees, aksillaarkarvastiku osas seda aga ei ilmnenud. Ka *menarche* saabus neil varem. Kui *menarche* oli 14-aastasest Tallinnas elavatest eestlastest 70,9%-l, venelastest 74,6%-l, siis eespool mainitud linnade puhul vastavalt 78,3% ja 75,4%.

Pärast *menarche* saabumist hakkasid järgnevad menstruaaltsioonid kohe regulaarselt ilmuma rohkem kui $\frac{1}{3}$ -l Tallinna tütarlastest, kuid maal ning Kohtla-Järvel, Narvas ja Rakveres oli protsent tunduvalt kõrgem (vt. tabel 2). Kui regulaarse menstruaaltsükli kujunemine on veninud rohkem kui aasta, tuleks arsti poole pöörduda. Suuremates linnades täheldati menstruaaltsükli kõrvalekaldu mis sagedamini kui Rakveres või maal. Menstruaaltsükli kestus oli meie vabariigi tütarlastel (ilma rahvuslike erinevusteta) keskmiselt $28,7 \pm 0,05$ päeva; need andmed on 1818 tütarlapse kohta, sealjuures pooltel tütarlastel (51,4%) 27...29 päeva, 27,8%-l 30...32 päeva ja 13,0%-l 24...26 päeva. 20...23-päevast ja 33...36-päevast tsüklit esines harva, vaid 6,5%-l ja 1,2%-l tütarlastest. Mõne teise maa tütarlaste menstruaaltsükliga võrreldes (10) esines meie tütarlastel suhteliselt sagedamini pika kestusega menstruaaltsüklit, 30...32 päeva, vähem aga 24...26-päevast tsüklit.

Menstruaaltsiooni kestus (2073 tütarlapse andmed) oli meie vabariigi tütarlastel keskmiselt $4,56 \pm 0,02$ päeva, kusjuures eestlastel oli ta pisut pikem kui

teiste rahvuste esindajail (võrreldud on linna tütarlapse, eestlannadel maal oli menstruatsiooni kestus lühim — $4,32 \pm 0,05$ päeva). 2...3 päeva kestev menstruatsioon oli 16,8% -l, 4...5 päeva kestev 65,8% -l, kuus või rohkem päeva 17,4% -l tütarlastest. Pika kestusega menstruatsiooni esines mõnevõrra sagedamini Kohtla-Järve tütarlastel, kõige vähem aga maatütarlastel.

Puberteediperioodi lõppu tähistab teisest sugutunnuste väljaarenemise lõppemine. Sõltumata rahvusest oli see tütarlastel 15-aastaselt ja poeglastel 16-aastaselt, maal noortel pool aastat hiljem kui linnas. Menstruatsioon muutub korrapäraseks ja lõpeb kiire kehaline areng, millele järgneb puberteedijärgne periood. Sel ajal organismi kasv lakkab. Näiteks lõpeb vaagna kasv viiendal aastal pärast *menarche* algust, see on täieliku suguküpsuse tunnus (8). Tallinna tütarlastel lakkas puusade laienemine 17-aastaselt, Harju rajooni tütarlastel kestis see 18. eluaastani. Poeglastel lõppes puberteedijärgne periood veelgi hiljem.

Suguline küpsemine on eestlastel viimase poole sajandi jooksul 1...2 aastat kiirenenud, puberteedijärgne periood arvatavasti veelgi rohkem, kui otsustada kasvu vaibumise kiiruse alusel puberteedijärgsel perioodil. Poeglaste suguline küpsemine toimus umbes 1...2 aastat hiljem kui tütarlastel, suguline küpsemine maastel ligi pool aastat hiljem kui linnastel.

KIRJANDUS: 1. *Angelov, G. A.* Ärztl. Jugendkd., 1971, 62, 1, 37—48. — 2. *Belitz, B.* Ärztl. Jugendkd., 1977, 68, 2, 81—92. — 3. *Hirai, N.* Monatschr. Kinderheilk., 1964, 112, 4, 209—212. — 4. *Madisson, H.* Sugumeid meie noorsoo suguelu algusest. Tartu, Postimees, 1929, Eesti Tervishoiu Muuseumi väljaanne nr. 68, 3—16. — 5. *Pavilonis, S., Andriulis, E., Česnys, G.* Žmogaus augimo ir brendimo diagnostika. Vilnius, 1974, 227. — 6. *Tanner, J. M.* Growth at Adolescence. Oxford, 1955. — 7. *Valšik, J. A.* Hum. Biol. Record Res., 1965, 37, 2, 75—90.

8. *Блуштейн Л. Я.* Материалы к возрастной характеристике таза у лиц женского пола в сопоставлении с некоторыми показателями их физического и полового развития. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Ростов-на-Дону, 1968. — 9. *Заводова А. С.*

Материалы к вопросу физиологии и патологии половой системы у девочек школьного возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ростов-на-Дону, 1962. — 10. *Тетер Е.* Гормональные нарушения у мужчин и женщин. Варшава, 1968.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia
ja Hügieeni Teadusliku Uurimise
Instituut

UDK [612.015.3+612.39]:616-053.37(474.2)

AINEVAHETUS JA TOITUMINE VÄIKELAPSEES LASTEKODUS

EINAR VAGANE MERILAI SAAVA RIINA PROOM
LEA TOOMSALU · TALLINN
MALLE NIIT · TARTU

väikelapse ainevahetus, kehaline areng, toitumine väikelastekodus

Töö eesmärk ja meetodika. Eesti NSV elanike ainevahetuse ealiste uuringute kompleksis uuriti 1977. a. sügisel ja 1978. a. kevadel Tartu II Väikelastekodus 1...3-aastaste laste ainevahetust, ühtlasi selgitati toitumise mõju ainevahetusele ja kehalisele arengule. Selleks määrati üldkasutatavatel biokeemilistel meetoditel sügisel 36 ja kevadel 26 lapse veeniveres ja hommikul ühe tunni jooksul kogutud uriinis mitmeid valgu- ja rasvaainevahetust ning vitamiinide ja makroelementidega varustatust iseloomustavaid näitajaid (1, 4). Et selle vanuserühma kohta kohalikud normid puuduvad, lähtusime tulemuste hindamisel kirjanduse andmetest (2, 5, 7). Kehalist arengut (kasvu ja kehakaalu) hindasime Eesti NSV samaealiste laste kehalise arengu hindamistabelite järgi (3). Näitajatevahelised erinevused (Studenti t-testi puhul) ja korrelatsioonid (r) loeti tõenäoseks $P \leq 0,05$ korral. Toitumise algandmeid toiduainete tarbimise kohta 10 päeva vältel mõlemal uurimisperioodil raaliti programmi abil, millesse olid sisestatud toiduainete kalorsuse ja keemilise koostise

Tabel 1. Ainevahetusnäitajate keskmine tase ($\bar{x} \pm m$)

Näitaja	Norm	Keskmine n = 62	Sügis n = 36	Kevad n = 26	P
Valguainevahetus:					
koguvalk vereseerumis (g%)	5,9—7,9	7,5 $\pm$ 0,06	7,7 $\pm$ 0,09	7,3 $\pm$ 0,09	<0,01
albumiinid (g%)	5,0—5,5	4,23 $\pm$ 0,053	4,32 $\pm$ 0,074	4,12 $\pm$ 0,073	<0,05
alfa ₁ -globuliinid (g%)	0,18—0,47	0,41 $\pm$ 0,013	0,43 $\pm$ 0,017	0,38 $\pm$ 0,018	<0,05
alfa ₂ -globuliinid (g%)	0,53—1,19	0,87 $\pm$ 0,022	0,90 $\pm$ 0,030	0,82 $\pm$ 0,033	>0,05
beeta-globuliinid (g%)	0,47—1,42	0,91 $\pm$ 0,019	0,96 $\pm$ 0,027	0,85 $\pm$ 0,025	<0,01
gamma-globuliinid (g%)	0,41—1,03	1,05 $\pm$ 0,036	1,00 $\pm$ 0,045	1,11 $\pm$ 0,059	>0,05
karbamiid seerumis (mg%)	16—45	28,0 $\pm$ 1,59	27,2 $\pm$ 2,43	29,0 $\pm$ 1,97	>0,05
karbamiid uriinis (g/t.)	—	0,25 $\pm$ 0,022	0,23 $\pm$ 0,026	0,29 $\pm$ 0,039	>0,05
kreatiniin uriinis (mg/t.)	—	9,1 $\pm$ 0,54	8,0 $\pm$ 0,58	10,6 $\pm$ 0,96	<0,02
Rasvaainevahetus seerumis:					
üldkolesteriin (mg%)	100—180	146 $\pm$ 3,0	140 $\pm$ 4,1	153 $\pm$ 4,2	<0,05
kolesteriini estrid (mg%)	65—115	75 $\pm$ 3,5	85 $\pm$ 5,6	64 $\pm$ 3,0	<0,01
vaba kolesteriin (mg%)	35—65	73 $\pm$ 5,5	55 $\pm$ 9,0	90 $\pm$ 6,4	<0,01
triglütseriidid (mg%)	30—170	74 $\pm$ 3,5	78 $\pm$ 5,5	68 $\pm$ 3,5	>0,05
Pre-beeta+beeta-lipo- proteiinid (mg%)	—	305 $\pm$ 7,6	302 $\pm$ 9,0	309 $\pm$ 13,3	>0,05
Vitamiiniainevahetuse näitajad:					
B ₁ -vitamiin uriinis (μg/t.)	—	11,2 $\pm$ 0,67	11,4 $\pm$ 0,83	10,8 $\pm$ 1,14	>0,05
B ₂ -vitamiin uriinis (μg/t.)	—	16,7 $\pm$ 0,95	16,5 $\pm$ 1,22	17,0 $\pm$ 1,57	>0,05
4-püridoksiinhape uriinis (μg/t.)	—	25,6 $\pm$ 0,82	25,3 $\pm$ 1,28	26,0 $\pm$ 0,90	>0,05
A-vitamiin seerumis (μg/%)	14—62	13,4 $\pm$ 2,09	19,2 $\pm$ 2,95	5,3 $\pm$ 1,87	<0,01
Karotinoidid seerumis (μg/%)	84—281	69,1 $\pm$ 3,80	72,4 $\pm$ 5,24	64,3 $\pm$ 5,71	>0,05
Makroelementide ainevahetuse näitajad:					
kaltsium seerumis (mg%)	9—11,6	9,7 $\pm$ 0,09	9,9 $\pm$ 0,11	9,4 $\pm$ 0,14	<0,01
magneesium seerumis (mg%)	1,6—2,2	1,6 $\pm$ 0,02	1,5 $\pm$ 0,03	1,6 $\pm$ 0,03	>0,05
fosfor seerumis (mg%)	4,0—7,0	5,7 $\pm$ 0,15	6,3 $\pm$ 0,14	4,9 $\pm$ 0,19	<0,01
kaltsium uriinis (mg/t.)	—	1,1 $\pm$ 0,19	0,7 $\pm$ 0,09	1,7 $\pm$ 0,40	<0,05
magneesium uriinis (mg/t.)	—	0,84 $\pm$ 0,053	0,83 $\pm$ 0,074	0,85 $\pm$ 0,078	>0,05
fosfor uriinis (mg/t.)	—	9,1 $\pm$ 0,71	7,5 $\pm$ 0,80	11,4 $\pm$ 1,16	<0,01
Kehaline areng:					
kasv (cm)		83,1 $\pm$ 0,92	84,1 $\pm$ 1,29	81,8 $\pm$ 1,28	>0,05
kehakaal (kg)		12,1 $\pm$ 0,27	12,2 $\pm$ 0,42	12,0 $\pm$ 0,31	>0,05
kehakaal (g/cm)		146 $\pm$ 1,9	145 $\pm$ 3,0	146 $\pm$ 2,1	>0,05
vanus (kuudes)		25,5 $\pm$ 1,13	25,4 $\pm$ 1,53	25,7 $\pm$ 1,74	>0,05

andmed (8), ning toitumist võrreldi Nõukogude Liidu 1968. a. diferentseeritud toidunormidega (6).

Ainevahetuse uuringutest selgus (vt. tabel 1), et väikelaste valgu- ja rasva-ainevahetuse näitajate keskmine oli normaalne, seejuures ei ilmnenud olulisi erinevusi poeg- ja tütarlaste ainevahetuse näitajate vahel. Vanuses 1 kuni 3 aastat suurenes vereseerumi albumiinisisaldus ($r=+0,40$), suurenes ka kreatiniini, B₁- ja B₂-vitamiini eritumine uriiniga ($r=+0,29$; $+0,33$; $+0,27$), samal ajal aga vähenes kaltsiumi- ja magneesiumisisaldus vereseerumis ($r=-0,29$ ja $-0,26$).

Väikelaste ainevahetuse näitajad seostusid nende kehalise arenguga: kasv ja

kehakaal korreleerusid positiivselt vereseerumi albumiinhisaldusega ($r=+0,45$; $+0,37$) ning B₁-vitamiini ($r=+0,34$; $+0,36$) ja magneesiumi eritusega uriinis ($r=+0,46$; $+0,46$); seosed olid positiivsed ka kasvu ja vereseerumi koguvalgu kontsentratsiooni ($r=+0,26$) ning kasvu ja vereseerumi karotinoidisisalduse vahel ($r=+0,28$). Samal ajal esinesid negatiivsed korrelatsioonid ühelt poolt kasvu ja kehakaalu ning teiselt poolt vereseerumi magneesiumisisalduse vahel ($r=-0,33$; $-0,28$), mis viitab sellele, et intensiivse kasvu perioodil ei ole organismis magneesiumi piisavalt.

Sesoonsel analüüsil ilmnisid olulised erinevused sügiseste ja kevadiste uuri-

Tabel 2. Toidu kalorsus, toitainete sisaldus ja allikad

Toitaine	Vaja- Sisaldus toidus (ühe dus lapse kohta päevas)					Allikad (% kaloreite või toitaine üldhulgast toidus)							
	Sügis	Kevad	Keskmine	Teravili	Suhkur	Kartul	Puu- ja köögivil	Piim	Liha	Kala	Munad	Muud	
Kalorsus (kcal)	1490	1615	1593	1604	23,5	15,4	4,4	4,4	36,6	9,2	0,9	2,1	3,5
Valgud (g):	53,2	53,6	67,8	55,7	20,6	—	3,2	2,7	42,9	22,2	3,3	4,8	0,3
loomsed	39,4	38,0	43,0	40,5									
taimsed	13,8	15,6	14,7	15,2									
Rasvad (g):	53,2	66,0	64,5	65,3	3,1	—	0,2	—	66,0	16,5	1,3	3,7	9,3
loomsed	49,3	61,1	58,3	59,7									
taimsed	3,9	4,9	6,2	5,6									
Süsivesikud (g)	189	213	206	210	38,3	30,7	8,6	6,7	15,3	0,2	0,1	0,1	—
Vitamiinid:													
A-vitamiin (mg)	1,0	1,0	0,74	0,90	—	—	0,3	20,5	33,9	37,7	—	7,5	0,1
B ₁ -vitamiin (mg)	0,9	0,71	0,69	0,70	36,9	—	14,9	6,2	29,3	9,2	—	2,7	0,6
B ₂ -vitamiin (mg)	1,2	1,51	1,48	1,50	6,5	—	2,8	2,6	61,9	18,8	0,3	6,8	0,3
B ₆ -vitamiin (mg)	1,0	2,12	2,11	2,10	24,0	—	42,3	4,9	15,5	11,4	0,4	1,4	0,1
C-vitamiin (mg)	40,0	54,9	48,9	51,9	—	—	33,6	30,3	12,6	4,5	—	—	—
D-vitamiin (µg)	12,5	4,1	3,0	3,8	—	—	—	—	36,9	12,9	7,7	32,7	9,8
Küllastamata rasvhapped (g)	4...8	3,4	4,1	3,7	—	—	—	—	38,2	21,7	0,6	15,5	24,0
Mineraalained (mg):													
kaltsium	1000	977	1014	996	4,0	—	0,8	2,9	85,9	0,9	2,4	1,3	1,8
fosfor	1500	1101	1188	1145	14,5	—	4,4	2,5	57,8	14,0	0,9	3,9	2,0
magneesium	140	235	220	228	24,7	—	8,8	6,4	41,6	7,5	1,4	5,5	4,1
raud	10	10,5	10,0	10,3	33,2	—	7,6	12,5	7,7	24,9	—	4,2	10,0

mistulemuste vahel (vt. tabel 1): tähelepanek valgu- ja rasvaainevahetuse halvenemist kevadel, mis väljendus vere-seerumi koguvalgu hulga vähenemises, eeskätt albumiinide arvel. Kogukolesteriini tase tõusis kevadel vaba fraktsiooni arvel, samal ajal halvenes kolesteriini esterifikatsioon, mis seostus vereseerumi koguvalgu vähenemisega ($r=+0,37$). Kevadeks halvenes A- ja D-vitamiiniga varustatus tunduvalt. Viimase tunnuseks oli kaltsiumi ja fosfori kontsentratsiooni langus vereseerumis samaaegse erituse suurenemise korral, sest D-vitamiini-vaeguse puhul ei omasta organism neid makroelemente küllaldaselt ja nende reabsorptsioon neerudes väheneb (5).

Toitumise uuringutest nähtus (vt. tabel 2), et väikelastekodu toidu kalor-

sus ja põhiliste toitainete sisaldus olid küllaldased: ratsioonid sisaldasid 4,6 g valku, 5,4 g rasva ja 17,5 g süsivesikuid kehakaalu ühe kg kohta (normid vastavalt 4,0, 4,0 ja 16,0 g/kg). Toidus aga oli normist vähem A-, B₁- ja D-vitamiini ning küllastamata rasvhappeid, kusjuures kevadel sisaldas toit A- ja D-vitamiini vähem kui sügisel.

Toidu koostise kõrvutamine ainevahetuse näitajatega lubab järeldada, et toidu mitteküllaldane vitamiinisaldus küllaldase rasva- ja süsivesikute sisalduse korral mõjutab väikelaste ainevahetust ja kehalist arengut, eriti kevadel. Hindetabelite järgi (3) oli Tartu II Väikelastekodu lastest kasv 60% -l ja kehakaal 30% -l keskmisest madalam (vt. tabel 3). Mahajäämus kehalises

arengus, eriti kasvus, oli ilmekam kevaldel. Tütarlapsed olid võrreldes hinde-tabelis tooduga mõnevõrra raskemad kui samaealised poeglapsed: 69% tütarlastest olid keskmisekaalulised ja 15% üle keskmise kehakaaluga, samal ajal oli poeglastest keskmisekaalulisi ainult 59%, ülejäänute kaal oli alla keskmise või olid nad väikesekaalulised.

Järeldused.

1. 1...3-aastaste lastekodu laste valgu- ja rasvaainevahetuse näitajate keskmine tase on normaalne, kusjuures ei ole olulisi soolisi erinevusi; väikelapsed ei ole piisavalt varustatud kasvuvitamiinide (A, B₁, D) ega küllastamata rasvhapetega.

2. Väikelaste keheline areng (kasv ja kehakaal) seostub valgu-, vitamiini- ja makroelementide ainevahetusega organismis, mida oluliselt mõjutab toidu tasakaalustamatus — katalüütiliste toidukomponentide vähesus küllaldase energeetiliste toitainete sisalduse puhul.

Tabel 3. Tartu II Väikelastekodu 1...3-aastaste laste keheline areng (%-des uuritud laste arvust)

Arengu näitaja	Keskmine n=60	Poeg- laps n=34	Tütar- laps n=26	Sügis n=34	Kevad n=26
Kasv:					
keskmine ($\bar{x} \pm 1\delta$)	40	41	38	56	19
alla keskmise ($\bar{x} - 1\delta$ kuni $\bar{x} - 2\delta$)	43	35	54	27	66
väike ($\bar{x} - 2\delta$ ja enam)	17	24	8	17	15
Kehakaal:					
üle keskmise ($\bar{x} + 1\delta$ kuni $\bar{x} + 2\delta$)	7	—	15	9	4
keskmine ($\bar{x} \pm 1\delta$)	63	59	69	65	62
alla keskmise ($\bar{x} - 1\delta$ kuni $\bar{x} - 2\delta$)	23	29	16	17	30
väike ($\bar{x} - 2\delta$ ja enam)	7	12	—	9	4

3. Toitumise sesoonsed erinevused mõjutavad väikelastel ainevahetust ja kehalist arengut: kevadel halvenevad valgu-, rasva- ning makroelementide ainevahetus ja A- ning D-vitamiiniga varustatus, mistõttu mahajäämus kehalises arengus on suurem kevadel.

4. Väikelastekodudes tuleb lastele anda rohkem vitamiinirikkaid toiduaineid (köögi- ja puuvilja, taimeõli, täispiima, subprodukte) või nende kontsentraate (pärmijooki, kibuvitsamarjaekstrakti, kalamaksaõli.). Talvel ja kevadel on soovitatav anda profülaktilistes annustes A- ja D-vitamiini ning määrata ultraviolettkiiritust.

KIRJANDUS: 1. Meri, B. P., Frings, C. S. Clin. Chem., 1973, 19, 10, 1201—1202. — 2. Normalwerte. Berlin, 1973. — 3. 1...7-aastaste laste kehalise arengu hindamistabelid. Tallinn, 1978.

4. Биохимические методы исследования. М., 1969. — 5. Потребность человека в витаминах. М., 1966. — 6. Рекомендуемые величины физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии. М., 1968. — 7. Тодоров И. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. София, 1963. — 8. Химический состав пищевых продуктов. М., 1976.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder

Tubakasuitsetamine tekitab kopsudes patoloogilise protsessi, mis järk-järgult areneb ja mis lõpuks jõuab välja pöördumatute kahjustusteni. Lõppkokkuvõttes on nende kahjustuste ulatus enam-vähem võrdeline aastate jooksul ärasuitsetatud sigarettide üldhulgaga. Et hingamisteede enesepuhastumise normaalne mehhanism on häiritud ning et kopsudes toimub bronhiolide ja alveolide destruktioon, võibki niisugune patoloogiline protsess olla krooniliste obstruktiivsete kopsuhaiguste suure esinemissageduse põhjus. Samalaadne patoloogiline protsess on ka ateroskleroosi esilekutsujaks suitsetajatel: peaaegu alati kõrge vere karboksühemoglobiinisisaldus koos kõrge kolesteriinisaldusega kutsub esile intensiivse aterosklerootiliste naastude moodustumise.

Хроника ВОЗ, 1978, 1.

VELOERGOMEETRIA PÄRG- ARTERITE KAHJUSTUSASTME HINDAMISEL STENOKARDIA- HAIGETEL

MALLE KUNDLA PEETER LAANE
BORIS LIBERMAN · TALLINN

veloergomeetria, selektiivne koronarograafia,
stenokardia, pärgarterite kahjustuste diagnoosi-
mine

Südame isheemiatõve diagnoosimisel, eriti neil juhtudel, kui kliiniline pilt on atüüpiline, leiab laialdast rakendamist veloergomeetria. Üha sagedamini on veloergomeetria kasutama hakatud ka südame isheemiatõve väljakujunenud juhtudel kardiovaskulaarsüsteemi funktsionaalse seisundi hindamiseks ja ravi efektiivsuse kontrollimiseks (2, 6, 8, 11).

Koormustestide ja selektiivse koronarograafia andmete võrdlemisel on selgunud, et koormustestide parameetrid kas üksikult või kombineerituna võimaldavad kaudselt iseloomustada, kui suur osa pärgarteritest on ateroskleroosist kahjustatud. Tulemuste täpsus sõltub seejuures uuritute, koormuse laadist, testi meetodist, tulemuste hindamise kriteeriumidest jm. (4, 7, 8).

Selle töö eesmärk oli uurida mitmete lihtsalt määratavate veloergomeetriaste näitajate seost koronarograafia andmetega pingutusstenokardia korral, kasutades astmeliselt suurenevaid koormusi.

Uuritavad ja uurimismetoodika. Veloergomeetria (VEM) ja selektiivne koronarograafia (SKG) tehti 91 pingutusstenokardiat põdeval haigel, 84 mehel ja 7 naisel, kelle keskmine vanus oli $48,3 \pm 4,0$ aastat. Uuritavil ei olnud südame- ja vereringepuudulikkust ega stabiilset arteriaalset hüpertensiooni. Neist 35 olid varem põdenud müokardiinfarkti.

Veloergomeetria tehti haigel lamavas asendis. Alustati sõltuvalt seisundist võimsusega 25,30 või 50 W. Koormust

suurendati astmeliselt ilma puhkepausideta. Koormusastme kestuseks oli 4 minutit, iga astme järel suurendati koormust 100% algkoormusest. EKG 12 lülituses ja arteriaalne rõhk fikseeriti rahuolekus ning iga koormusastme viimase 15 sekundi jooksul, samuti kohe pärast koormuse lõppu ja puhkuse 1., 3. ja 6. minuti lõpul. Koormus katkestati, kui oli tekkinud isheemiline reaktsioon või kui oli saavutatud submaksimum ja südame löögisagedus oli kiirenenud kuni 80...85%-ni eale vastavast maksimaalväärtusest. Isheemiliseks

reaktsiooniks ja seega positiivse proovi kriteeriumideks peeti 1) pingutusstenokardia tekkimist, 2) EKG-s horisontaalse või alaneva ST-segmeni depressiooni esiletulekut vähemalt 0,10 mV kestusega mitte alla 0,08 sekundi pärast J-punkti. Üksikjuhtudel ilmnis täiendavalt ventrikulaarne arütmia või langes arteriaalne rõhk koormuse korral. Proovi tulemust hinnati negatiivseks, kui patsiendil submaksimaalse koormuse juures ei ilmnenu müokardi isheemia tunnuseid.

Müokardi hapnikutarbimise kaudseks hindamiseks registreeriti koormuse haripunktil nii südamefrekvents kui ka kaksikprodukt (*double product*) ehk Robinsoni indeks. Viimane võrdub südamefrekventsiga ja süstoolse arteriaalse rõhu korrutisega (jagatuna 100-ga) ning korreleerub tihedalt müokardi hapnikutarbimisega (määratuna invasiivsetel meetoditel) (3).

SKG tehti Judkinsi meetodil. SKG tulemuste alusel rühmitati haiged järgmiselt:

I. Stenoos >50% ulatuses või oklusioon kahes või enamas koronaararteris.

II. Ühe koronaararteri stenoos >50% või oklusioon (teised arterid on kas normaalsed või kitsenenud alla 50% arteri valendikust).

III. Koronarogramm normaalne või ühe või mitme arteri stenoos alla 50% arteri valendikust.

Nimetatud rühmade puhul jälgiti nii veloergomeetria kvalitatiivset tulemust (proov positiivne või negatiivne), rütmihäirete tekkimist kui ka järgmisi

Tabel 1. Veloergomeetria tulemused sõltuvalt selektiivse koronarograafia andmetest 91 pingutusstenokardiat põdeval haigel

Rühm	Koronarograafi- line iseloomustus	Hai- arv	Veloer- gete gomeet- ria posi- tiivne (haigete arv)	Veloer- gomeet- ria nega- tiivne (haigete arv)	Sooritatud töö maksi- maalne võim- sus vattides ($\bar{x} \pm m$)	Maksimaalne südamefrek- vents koormu- se haripunk- til ($\bar{x} \pm m$)	Maksimaalne kaksikpro- dukt koormu- se haripunk- til ($\bar{x} \pm m$)
I.	Stenoos >50% või oklusioon kahes või enamas koronaarar- teris	32	32	—	40,4±5,1 PI—II < 0,001 PI—III < 0,001	109,0±3,1 PI—II < 0,01 PI—III < 0,001	181,0±8,5 PI—II < 0,001 PI—III < 0,001
II.	Ühe koronaararteri stenoos >50% või oklusioon	29	24	5	76,9±7,7 PII—III < 0,001	126,9±5,0	228,0±6,3 PII—III < 0,05
III.	Koronarogramm nor- maalne või stenoo- sid <50%	30	17	13	123,9±7,0	134,4±3,7	254,8±9,9
Kokku		91	73	18			

kergelt määratavaid kvantitatiivseid näitajaid: isheemilise ST-segmendi depressiooni sügavust, maksimaalset koormust, maksimaalset südamefrekventsi ja kaksikprodukti läve- või submaksimaalse koormuse viimastel sekunditel.

Uurimistulemused ja arutelu. SKG andmeil esines kahe või rohkema pärgarteri stenoos üle 50% või oklusioon 32 haigel ja ühe pärgarteri stenoos üle 50% või oklusioon 29 haigel. Ülejäänud 30 haige koronarogrammidel nähtavaid muutusi ei ilmnenud või esinesid stenoosid ühes või mitmes arteris alla 50% valendiku läbimõödust.

Koormustesti tulemused on kõrvutatud koronarograafia andmetega tabelis 1. Kokku võttes leiti stenoseerivat koronaarskleroosi 73 uuritust, kellel veloergomeetriaproov oli positiivne, vaid 56-l (77%). See tulemus on vastavuses kirjanduse andmetega, mis rõhutavad isheemiale omaste EKG-muutuste sagedat esinemist neil südame isheemiatõbe põdejail, kellel kliiniline pilt on küll tüüpiline, kuid koronarograafialeid negatiivne (10, 13). Müokardi isheemia tekkepõhjustena tulevad siin arvesse paljud tegurid, millest nimetatagu müokardi ainevahetushäireid katehhooramiinide ülemäärasel vabanemisel, koronaararterite toonuse muutusi, mikrotsirkulatsiooni muutusi jm. (10, 12, 13). Tuleb silmas pidada

ka SKG interpreteerimise raskusi, mis on tingitud objektiivseist tegureist (koronaararterite suur individuaalne varieeruvus jt.).

Kui koormustesti puhtkvalitatiivne hinnang (kas proov on positiivne või negatiivne) võimaldab pärgarterite anatoomilise seisundi üle üsnagi tagasihoidlikult otsustada, pakub olulist lisabi mitmesuguste muude, esmajoones kvantitatiivsete näitajate jälgimine proovi ajal. Nii tekkisid koormuse ajal sagedad kas grupiviisilised või polütoopsed ventrikulaarsed ekstrasüstolid 13 haigel, neist 12-l oli vähemalt ühe, sagedamini mitme pärgarteri stenoos üle 50% või oklusioon. Tugev isheemiline ST-segmendi depressioon ($\geq 0,20$ mV) tekkis 9 juhul 11-st raske koronaarskleroosi foonil. Võib lisada, et mõnel I rühma haigel katkestati koormus enne isheemilise reaktsiooni täielikku väljakujunemist EKG-s, sest positiivse proovi esimeseks avalduseks oli neil intensiivne, oma olemuselt tüüpiline pingutusstenokardia. Sõltuvust isheemilise ST-segmendi depressiooni sügavuse ja koronaararterite kahjustuse astme vahel on leidnud ka teised autorid (5). Jälgides koormuse maksimaalset võimsust (vt. tabel 1), selgus, et haiged, kellel oli kahjustatud kaks või rohkem pärgarterit, olid sunnitud proovi katkestama koormusel keskmiselt 40 W,

Tabel 2. SKG andmete kõrvutamine veloergomeetria parameetrite kompleksidega 91 pingu-
tusstenokardiat põdeval haigel

Rühm	Koronarograafiline iseloomustus	Haigete arv	Haigete arv ja %, kellel koormuse maksimaalne võimsus ≤ 60 W, maksimaalne südamefrekvents ≤ 120 l/min. ja maksimaalne kaksikprodukt ≤ 200	Haigete arv ja %, kellel koormuse maksimaalne võimsus ≥ 100 W, maksimaalne südamefrekvents > 120 l/min. ja maksimaalne kaksikprodukt > 250
I.	Stenoos $> 50\%$ või oklusioon kahes või enamas koronaararteris	32	23 / 72%	1 / 3%
II.	Ühe koronaararteri stenoos $> 50\%$ või oklusioon	29	7 / 24%	8 / 28%
III.	Koronarogramm normaalne või stenoosid $< 50\%$	30	3 / 10% PI—III $< 0,001$	20 / 67% PI—III $< 0,001$

haigeil, kellel oli ühe pärgarteri stenoosieriv ateroskleroos, tekkisid limiteerivad sümptoomid koormuse puhul $76,9 \pm 7,7$ W. Kui pärgarterid olid normaalsed või vähe muutunud, pidid haiged, kellest kaks kolmandikku saavutas submaksimumi, proovi katkestama alles koormusel $123,9 \pm 7,0$ W. Seega ei ole diagnostiliselt oluline mitte ainult müokardi isheemia sümptomide tekkimise fakt iseenesest, vaid ka koormuse aste ja intensiivsus, mille puhul need sümptoomid ilmsiks tulevad. Tulemus on kooskõlas McNeeri ja kaasautorite (6) andmetega, kes leidsid, et 97% -l haigeist, kellel proov osutus positiivseks juba väikeste koormuste korral (I ja II aste Bruce'i järgi), esinesid tunduvad aterosklerootilised muutused vähemalt ühes arteris. Kolme arteri kahjustus oli haruldane haigeil, kes saavutasid vähemalt IV koormusastme ja proovi tulemus oli seejuures negatiivne.

Limiteerivate sümptomide tekkimisest fikseeritav maksimaalne südamefrekvents, eriti aga kaksikprodukt, võimaldab kaudselt iseloomustada müokardi hapnikutarbimist müokardi isheemia tekke momendil, s. t. hetkel, mil müokardi hapnikutarve hakkab kriitiliselt ületama hapnikupakkumist. Seejuures tekib igal haigel stenokardia individuaalse, praktiliselt konstantse kaksikprodukti väärtuse puhul (1). Töös saadud andmeil ilmnesid müokardi is-

heemia sümptoomid neil haigeil, kellel olid kahjustatud kaks või rohkem pärgarterit, südame löögisageduse ja kaksikprodukti küllaltki madalate väärtuste korral (vastavalt $109,0 \pm 3,1$ ja $181,0 \pm 8,5$). Haiged, kellel pärgarterid olid normaalsed või vähe muutunud, suutsid koormust taluda südamelihase hapnikutarbimise märksa kõrgema tasemeni (vastavad näitajad $134,4 \pm 3,7$ ja $254,8 \pm 9,9$).

Tabelis 2 on vaadeldud eeltoodud veloergomeetriliste näitajate diagnostilisi võimalusi komplekselt. Uurimismaterjali alusel vastas raskele koronaarskleroosile müokardi isheemia tunnuste tekkimine koormustel kuni 60 W maksimaalse südame löögisageduse puhul kuni 120 lööki minutis ja kaksikprodukti maksimaalsete väärtuste puhul kuni 200 (incl.). Need tingimused olid üheaegselt olemas 23 haigel (72%), kellel oli kahjustatud kaks või enam pärgarterit, ning samal ajal esinesid ainult kolmel haigel (10%), kellel pärgarterites olulisi muutusi ei olnud ($P < 0,001$). Nagu eelnevalt märgitud, muutis raske koronaarskleroosi võimaluse veelgi tõepärasemaks sügava (vähemalt 0,20 mV) isheemilise ST-segmendi depressiooni ja ventrikulaarsete rütmihäirete teke veloergomeetria käigus. Seevastu 67% haigeist, kellel stenoosierivat koronaarskleroosi ei olnud, suutis taluda koormust 100 W ja rohkem, kusjuures mak-

TROOPIKAMAADEST SISSE- TOODUD ONHOTSERKOOSI ASÜMPTOOMSED VORMID

VERA MIHHAILOVA · TALLINN

filarioos, onhotserkoos, asümptoomsed haigus-
vormid, diagnoosimine, ravi, dispanseerimine

simaalne südamefrekvents oli neil üle 120 löögi minutis ja kaksikprodukt üle 250. Meie piiratud andmeil ei esinenud kahe ega rohkema arteri rasket kahjustust ühelgi haigel, kellel koormusproov oli negatiivne submaksimaalsel tasemel. Negatiivse adekvaatse koormustesti korral need muutused teatud osal haigeil aga kahtlemata esinevad (6, 9).

Kokkuvõtteks võib öelda, et veloergomeetria ja selektiivse koronarograafia andmete vahel valitseb pingutusstenokardiat põdevatel haigetel arvestatav seos, eriti kui veloergomeetria tulemuste analüüsimisel ei piirduta ainuüksi traditsioonilise kvalitatiivse hinnanguga, vaid kui mitmesuguseid veloergomeetria parameetreid vaadeldakse komplekselt.

KIRJANDUS: 1. Amsterdam, E. A., Hughes, J. L., DeMaria, A. N., Zelis, R., Mason, D. T. *Am. J. Cardiol.*, 1974, 33, 737—743. — 2. Blomqvist, C. G. *Circulation*, 1971, 44, 1120—1136. — 3. Gobel, F. L., Nordstrom, L. A., Nelson, R. R., Jorgensen, C. R., Wang, Y. *Circulation*, 1978, 57, 549—556. — 4. Epstein, S. E. *Am. J. Cardiol.*, 1978, 42, 667—674. — 5. Levites, R., Anderson, G. J. *Am. J. Cardiol.*, 1978, 42, 533—538. — 6. McNeer, J. F., Margolis, J. R., Lee, K. L., Kisslo, J. A., Peter, R. H., Kong, Y., Behar, V. S., Wallace, A. G., McCants, C. B., Rosati, R. A. *Circulation*, 1978, 57, 64—70. — 7. Morris, S. N., McHenry, P. L. *Am. J. Cardiol.*, 1978, 42, 659—666. — 8. Redwood, D. R., Epstein, S. E. *Circulation*, 1972, 46, 1115—1131. — 9. Timmis, G. C., Westveer, D. C., Gordon, S., Ramos, R. G., Gangadharan, V. J. *Electrocardiol.*, 1979, 12, 241—248.

10. Гасилин В. С., Григорьян Р. А., Лобова Н. М. *Кардиология* (Москва), 1979, 19, 8, 27—31. — 11. Маароос Я. А. Адаптация сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку у больных стенокардией напряжения и тренированных лиц. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1971. — 12. Мазеев В. П., Аронов Д. М. *Кардиология* (Москва), 1974, 14, 5, 17—26. — 13. Шхвацабая И. К., Дорофеева З. З. *Кардиология* (Москва), 1974, 14, 5, 5—17.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

Onhotserkoosi kliiniline pilt on selle haiguse suhtes mitteimmuunsetel haigestunudel harilikult tüüpiline ja selge, avaldades haiguse varajases staadiumis allergiliste sümptomidena: öhtune ja öine nahasügelus, erineva laadi ja lokalatsiooniga lööbed, eri kehapiirkondades tursed, suurenenud lümfisõlmed, nägemiselundi patoloogilised muutused konjunktiviidi ja keratiidi sündroomina.

Nahasügelus on onhotserkoosi kõige kurnavam ilming (4). Ka nahaalused sõlmilised moodustised (nende diameeter võib olla mõnest millimeetrist mitme sentimeetriteni), milles elutsevad mikrofilariad (*Onchocerca volvulus*), on haigusele iseloomulikud. Nimetatud andmete põhjal ning arvesse võttes epidemioloogilist anamneesi (endeemilistes piirkondades viibimine, verd imevate putukate hammustused) on onhotserkoosi võimalik raskusteta diagnoosida (1, 3, 4, 5, 6, 8). Need tunnused võivad puududa endeemiliste piirkondade kohalikel elanikel, kelle organism on onhotserkoosi suhtes immuunne, kes on adapteerunud selle invasioonihaigusega, muutunud parasiidikandjaks. Need tunnused võivad puududa ka vähesel määral infitseerunud inimestel (4).

Troopikamaadest Tallinna sissetoodud onhotserkoosi põdeva 50 haige kliiniliste sümptomide laadi uurides tegime kindlaks, et enamikul olid need selgelt välja kujunenud ja esinesid mingis kombinatsioonis (2, 7).

Mitmel korral on tegemist olnud asümptoomsete juhtudega, ka pühkunud haigusvormiga, millele on iseloomulik ühe-kahe nõrgalt väljakujunenud tunnuse ilmnemine. Asümptoomseid haigusjuhte oleme diagnoosinud vere eosinofi-

lide hulga suurenemisele tuginedes. Diagnoosi õigsust kinnitasid Mazzotti proov ning parasitoloogiliselt ka mikrofilaariate (*Onchocerca volvulus*) kindlakstegemine nahalõikemeetodil.

Järgnevalt kirjeldame kolme haigusjuhtu. Haigeid raviti J. I. Martsinovski nimelise Meditsiinilise Parasitoloogia ja Troopikameditsiini Instituudi kliinikus, Tallinna Vabariiklikus Sadamahaiglas ja Polikliinikus, Tallinna Nakkushaiglas ja Kopli Polikliinikus.

Haigusjuht 1. 53-aastane meespatsient S. oli töötanud Ekvatoriaal-Gineas 1975. aasta juunist 1976. aasta juunini. Pärast NSV Liitu naasmist võeti ta arvele kui troopikamaalt saabunu. Dispanseersel läbivaatusel Kopli Polikliinikus filarioosi kliinilisi tunnuseid peale eosinofiilide hulga suurenemise (7...8%) ei täheldatud. Selline eosinofiilia püsis üks aasta ja neli kuud. Patsiendil oletati filarioosi, mida kinnitas Mazzotti proov. Haiget raviti dietüülkarbamasiiniga (neli kümnepäevast ravikuuri ajavahemikul 4. veebruarist 24. juunini 1978) Tallinna Nakkushaiglas ja Kopli Polikliinikus. Filarioosi diferentsiaaldiagnoosimise eesmärgil haiget parasitoloogiliselt ei uuritud. Ravikuuride ajal täheldati allergilisi ilminguid (riniiti, lümfisõlmede suurenemist 1...2 cm, subfebrilset kehatemperatuuri), mis ravimise lõpetamise järel kadusid.

Järgkordsel kontroll-läbivaatusel Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla Polikliinikus 13. märtsil 1979, kui haiguse diagnoosimisest oli möödunud kaks aastat, kahtlustas arst patsiendil onhotserkoosi. Vasaku sääre piirkonna palpeerimisel leiti üksikuid kuni 0,5 cm läbimõõduga nahaaluseid keskmiselt tihkestunud moodustisi, mis paiknesid varikoosete veenilaiendite piirkonnas. Kaebusi ei esitanud. Eosinofiile 13%. Tihkestunud moodustiste piirkonnast nahalõikemeetodil võetud preparaadis leiti 17 mikrofilaariat *O. volvulus* 12 mm² pindalal, s. o. 1,4 mikrofilaariat ühe ruutmillimeetri kohta. Diagnoosiks pandi onhotserkoos (pühkunud haigusvorm).

Et patsiendi enesetunde oli hea, loobus ta spetsiifilisest ravist (moranüülkuurist). Ta jäeti dispanseersele jälgimisele.

Aasta hiljem (5. märtsil 1980) toimunud läbivaatusel mingeid kliinilisi sümptomeid ei täheldatud. Eosinofiile 3%. Kaebusi ei esitanud. Taas uuriti nahalõikemeetodil ning 40 mm² pindalal leiti 49 mikrofilaariat, s. o. 1,22 mikrofilaariat 1 mm² kohta. Seega onhotserkoosile iseloomulikke akuutseid nähte, välja arvatud ravi ajal, mis aga olid provotseeritud nähud, kogu jälgimisaja kestel ei ilmnenu. Vastupidi, eosinofiilide hulk oli normi piires, mikrofilaariate esinemistihedus nahas vähenes (1,4-lt 1,22-le). Organism adap-

teerus nendega, haige ise oli parasiidikandja, kellel haiguse tunnuseid ei olnud. Teistkordselt keeldus moranüülkuurist hea enesetunde tõttu. Patsient on ka praegu dispanseersel arvel.

Haigusjuht 2. 40-aastaselt haigel T. ilmnesid selgelt väljendunud filarioosi tunnused: lööve ja vasaku alajäseme turse, eosinofiilide hulk suurenenud (18%). Haige saadeti ravile J. I. Martsinovski nimelisse Meditsiinilise Parasitoloogia ja Troopikameditsiini Instituudi kliinikusse (saatediagnoos: diferentseerimata filarioos), kus diagnoositi loaoosi. Raviks määrati kaheksa kümnepäevast dietüülkarbamasiinkuuri (neist neli samas haiglas, neli Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla Polikliinikus), kaks ravitsükliit vermoksiga, lisaks veel levamüsooli. Filarioosi tunnused taandusid täielikult, haige tervistus kliiniliselt. Parasitoloogiliselt kontrollimisel aasta ja 10 kuud pärast ravi lõpetamist (24. aprillil 1979) Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla Polikliinikus tehti kindlaks keskmiselt 0,55 mikrofilaaria (*Onchocerca volvulus*) larvi nahalõike ühel ruutmillimeetril. Eosinofiile 7%. Diagnoos: asümptoomne onhotserkoos (parasiidikandlus). Haiget raviti onhotserkoosi tõttu kombineeritult dietüülkarbamasiini ja moranüülga.

Haigusjuht on huvipakkuv kui näide kahekordse invasiooni võimalusest (loaoos ja onhotserkoos).

Haigusjuht 3. 38-aastaselt haigel P. leiti Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla Polikliinikus 13. veebruaril 1980 mikrofilaaria *Onchocerca volvulus*. Eosinofiile 6%. Haiguse kliinilised sümptoomid puudusid täielikult, need puudusid ka kogu jälgimisperioodi kestel. Haigel oli 25. novembril 1977 diagnoositud diferentseerimata filarioosi üksnes eosinofiilide suurenenud hulgale (12%) tuginedes. Diagnoosi õigsust kinnitas reaktsioon dietüülkarbamasiinkuurile. Moranüülravist keeldus patsient hea enesetunde tõttu.

Kõigil kolmel juhul kontrolliti nägemiselundi seisundit, patoloogilisi muutusi ei leitud.

Meie uurimistöö eesmärgiks jääb parasiidikandjail kliiniliste ilmingute tundmaõppimine dünaamikas asümptoomsete onhotserkoosivormide puhul.

Järeldused.

1. Onhotserkoosi nakatunud nõukogude inimese organismi hea üldimmuunsuse tõttu võib onhotserkoos kulgeda pühkunud haigusvormina või üldse asümptoomselt.

2. *Onchocerca volvulus*'e ja selle larvide kandlust asümptoomsete haigusjuhtude korral ning onhotserkoosi pühkunud haigusvormi on võimalik välja selgitada üksnes tänu endeemilistest

piirkondadest naasnud inimeste järjekindlale dispanseersele järelevalvele ja nende regulaarsetele läbivaatustele.

3. Onhotserkoosi asümptoomsete ja pühkunud haigusvormide kindlakstegemiseks on tingimata vaja endemilistest piirkondadest naasnuid parasitoloogiliselt uurida nahalõikemeetodil, et leida mikrofilaariaid ka neil juhtudel, kui haiguse kliinilised sümptoomid puuduvad või haiguse ilmingud on väga vähesed.

KIRJANDUS: 1. Granz, W., Ziegler, K. Tropenkrankheiten. Leipzig, 1976. — 2. Mihailova, V., Subi, V., Lepnjova, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 2, 116—117.

3. Алесеева М. И., Иманкулиев К. Д., Горбунова Ю. П., Красильников А. А., Орлова Г. Е. В кн.: Нозология и нозогеография тропиков. М., 1978, 50. — 4. Вароян О. В., Бредли Д. Дж. Современные взгляды на тропическую патологию. М., 1979, 244—254. — 5. Быховец Г. Н. В кн.: Болезни тропиков и субтропиков. М., 1976, 99—108. — 6. Кассирский И. А., Плотников Н. Н. Руководство по тропическим болезням. М., 1974, 278. — 7. Михайлова В. А., Суби В. О., Лепнёва С. М. Мед. паразитол. (Москва), 1980, 2, 82—86. — 8. Ульданов Г. А. В кн.: Onchocerciasis речная слепота. Алма-Ата, 1976, 58—74.

Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla

Südame isheemiatõve profülaktika võib olla väga tõhus, sest epidemioloogiline uurimine on tõestanud, et selle haiguse tekke risk on seoses inimese eluviisiga. Südame isheemiatõve arenguga korreleeruvad kolm peamist riskitegurit — rasvarikas toit, tubakasuitsetamine ja kõrge vererõhk, mille haigust soodustav mõju on ju ärahoitav. Suitsetamise seos isheemiatõvehaigestumusega tehti massuurimise teel kindlaks nendes maades, kus sellesse haigusesse haigestumine oli sage. Tulemusi kinnitas ka suitsetamisest loobunute põhjalik uurimine: mida rohkem aega oli möödunud suitsetamise mahajätmisest, seda enam lähenes südame isheemiatõppe haigestumise riski aste riskimääradele, kes elus kunagi ei olnud suitsetanud.

Хроника ВОЗ, 1980, 5.

Filosoofia ja meditsiin

110 aastat V. I. Lenini sünnist

UDK 614.253

MEDITSIINILISE DEONTOLOOGIA SOTSIOLOOGILISI PROBLEEME

LEONTI KÄHRIK · TALLINN

meditsiiniline deontoloogia, arstieetika, sotsioloogilised aspektid, arsti moraalsed suhted, eksperimendid, kapitalismaade arstieetika normide kriitika

Sajandeid on üks vanimaid kutseetika harusid — arstieetika — olnud peamiselt meedikute endi ja ka moraali-probleemidega tegelevate filosoofide uurimisobjektiks. See on seletatav sellega, et arstieetika valdkond oli küllalt kitsas, piirdus vaid suhetega arsti ja patsiendi vahel. Filosoofidele aga pakkusid arstieetika väärtused ja normid huvi sedavõrd, kuivõrd nad tihti peale väljusid üldkehtivate väärtuste ja normide piirest, tõestamaks sellega moraalinoüete suhtelist iseloomu.

XX sajandi 40-ndatest aastatest alates on olukord oluliselt muutunud. Lihtsad arstiriistad on asendunud keerukate uurimisseadmetega, mis üha enam on hakanud vahendama arsti ja patsiendi suhteid. Hoogustunud on arstide spetsialiseerumine, tänapäeval arvatakse kokku ligi 180 kitsast arstieriala. Kitsalt spetsialiseerunud arst ravib mingi ühe elundi või elundite süsteemi haigusi. Et aga inimese organism on terviklik süsteem, siis õige diagnoos ja ravi tingivad vajaduse konsultantide-

spetsialistide järele. Suhted haige—arst on asendunud suhtega haige—tervishoiusüsteem. Tunduvalt on suurenenud teaduse osa, eelkõige biomeditsiiniliste uurimuste valdkonnas, mis omakorda avaldab tugevat tagasimõju praktilisele meditsiinile. Samas aga tuleb nentida, et teaduslik-tehniline progress meditsiinis on tõstatanud mitmeid teravaid moraali-probleeme. Tänu teaduslik-tehnilisele progressile on nüüd mitmed pärilikud haigused ravitavad, kuid koos sellega on saanud võimalikuks ka manipuleerimine inimese genotüübiga. Kas see ei muutu ühiskonnale ohtlikuks? Uute psühhofarmakonidega võib ravida mitmeid raskeid haigusi, kuid selliste vahenditega saab kontrollida ja juhtida ka inimese käitumist. Aga mis siis, kui seda tehakse poliitilistel ja ideoloogilistel eesmärkidel? Paljudel juhtudel eeldab edukas ravi eksperimente inimesega. Kui kaugele aga võib selliste eksperimentidega minna?

Suured muudatused ühiskonna sotsiaal-majanduslikus valdkonnas on samuti tõstatanud mitmeid moraalseid laadi dilemmasid. Näiteks, kas eraldada rohkem summasid raviks või profülaktikaks? Nõukogude Liidus on otsus tehtud viimase kasuks. Kuidas aga sellise otsuse praktilised tulemused peegelduvad inimese teadvuses? Tuntud USA sotsioloog R. Merton, kellest hiljem veel juttu tuleb, kirjutab: «Arstid peavad tegema kõik haiguste ärahoidmiseks ja mitte ainult tegelema ravi ja haigusega. Kuid ühiskond hindab arste eelkõige ravi eest ja alles teises järjekorras profülaktika eest, seda eriti siis, kui profülaktika ei ole patsientidele otseselt tajutav ning kui nad ei tea, et tänu profülaktikale säilitasid nad oma tervise» (2. lk. 69). Mõistagi, erapraksise tingimustes on meditsiinilis-profülaktiline tegevus tunduvalt piiratud. Selline tegevus eeldab ühiskonnastatud tervishoidu, s. t. sotsialistlikku ühiskondlikku korda. Kuid fakt jääb faktiks: tänu sotsiaal-majanduslikele meetmetele ja meditsiinilis-profülaktilisele tegevusele on saanud võimalikuks palju inimelusid nõudvate haiguste

ärahoidmine, kuid ühiskondlikus teadvuses ei ole see fakt veel väärlist moraalselt hinnangut leidnud. Vaatamata sellele peab tervishoiusüsteem ikkagi peatähelepanu pöörama profülaktikale.

Taolisi näiteid võiks rohkemgi tuua, kuid ka kirjeldatutest piisab ühe küllaltki tähtsa järelduse tegemiseks: XX sajandi teisel poolel on meditsiiniline deontoloogia väljunud arstikabineti seinte vahelt. Traditsiooniliste arstieetikaprobleemide kõrvale on kerkinud mitmeid uusi. Neid probleeme võib uurida eetika, filosoofia, meditsiiniteooria, aga ka sotsioloogia seisukohalt lähtudes. Viimase puhul pööratakse tähelepanu tervishoiu institutsionaliseerumise ajaloolisele protsessile, uuritakse tervishoiu olemust ja funktsiooni erisugustes sotsiaalsetes süsteemides, analüüsitakse teaduslik-tehnilise progressi ja sotsiaal-majanduslike tegurite mõju meditsiinitöötajate kutse-eetikale, inimeste hoiakuid ja väärtusorientatsioone meditsiini suhtes jne.

Käesolevas kirjutises püüame leida kriteeriume, millest lähtudes saab öelda, et antud juhul on tegemist meditsiinilis-deontoloogilise situatsiooniga, visandada moraalsete suhete skeemi, millistesse astub arst, ja kriitiliselt vaagida Lääne sotsioloogide vaateid arstieetikaprobleemide kohta.

Traditsioonilisse arstieetikasse kuuluvad eelkõige need printsiibid, väärtused ja normid, mis reguleerivad moraalseid suhteid arsti ja haige vahel. Loomulikult on ka selle küsimuse kohta kirjandust kõige enam (J. Saarma, 1965, S. Doletski, 1974, V. Jerenkov, 1976, N. Elšteín, 1977 jt.). Neid küsimusi on käsitletud ka «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lehekülgedel (T. Tulva, 1972, Asklepiose klubi vestlusring, 1975, J. Saarma, 1980). Kuid, nagu juba öeldud, meditsiinilise deontoloogia valdkond on palju laiem, seda ei saa enam piiritleda suhetega arsti ja haige vahel. Püüaksime piiritleda eelkõige seda valdkonda, kus meditsiinilis-deontoloogilised situatsioonid võivad tekkida. Selleks aga tuleb põgusalt peatuda kutse-eetika olemuslikel joontel.

Arstieetikas on moraalne vastutus alati väga suur. Vajadus kutse-eetika järele tekib enamasti seal, kus tegevuse keskpunktis on inimene. Sellisel juhul ei mahu töö enam tehnoloogiliste normide ega eeskirjadega rangelt reguleeritud tegevuse skeemi. Professionaalsete rühmade tegevuse hindamisel tuleb peale muude kriteeriumide lähtuda ka humanistlikest motiividest. Ja seda seetõttu, et näiteks arstitöö eeldab oma laadilt suurt vastastikust usaldust, see töö on seotud vastutusega inimeste edasise käekäigu, heaolu ja saatuse eest. Avaldab ju arsti, juristi, pedagoogi tegevus määravat või isegi saatuslikku mõju inimeste elule ja tegevusele.

Kutse-eetika väärtused ja normid tõotatakse välja vahetu erialase töö ja suhtlemise pinnal. Igasuguse kutse-eetika, ka arstieetika struktuuris võib eristada järgmisi momente: 1) ühiskonna (klassi) üldiste moraalinoüete konkretiseerimise tulemusena saadud normid ja väärtused, mis on kohustuslikud antud elukutse esindajatele; 2) moraali erinõuded, mille määrab kindlaks konkreetne tegevusvaldkond (meditsiin, kohus, pedagoogika jt.). Kutse-eetika normid ei ole juriidilises mõttes kohustuslikud, kuid moraalilise seisukohalt võttes on nende täitmine vajalik.

Ka masside ühiskondlik arvamus avaldab kutsealasele käitumisele teatavat mõju. Asi on nimelt selles, et ühiskondlikus arvamuses kujunevad kindlad kujutlused ja stereotüübid nendest moraalsetest ning psühholoogilistest omadustest, mis mingi kindla elukutse esindajail peavad olema välja kujunenud. Arstilt oodatakse tähelepanelikkust, osavõtlikkust, konfidentsiaalsust ja muid taolisi omadusi.

On veel üks asjaolu, mida tuleb kutse-eetika uurimisel arvestada. Nimelt igaugune kutse-eetika saab tekkida ja eksisteerida seal, kus eriala professionaliseerumise aste on küllalt kõrge. Sotsioloogias mõistetakse professionaliseerumise all järgmist: 1) peavad olema professionaalid, kes tegelevad kindla tööloiguga; 2) peavad olema erialatöök vajalikud teadmised ja võtted ning

ühiskonna kontroll sellele erialale juurdepääsu üle; 3) peab olema stabiilne organisatsioon, mis kaitseb teatud elukutse esindajate huve, kontrollib professiooni ja ühiskonna seoseid ning ka seda, kuidas professionaal täidab kutse-eetika norme.

Erialade professionaliseerumise astmed on erisugused. Näiteks treialid. Neil on oma eriala, sellealased teadmised ja kogemused, kuid ühiskond ei kontrolli sellele erialale juurdepääsu, samuti puudub neil kutse-eetika. Autojuhi erialale juurdepääsu ühiskond juba kontrollib. Teadlased on alles saavutamas professionaliseerumise kõrgeimat astet. Teadlase kutse-eetika märgatav areng, täpsemalt, selle väljatöötamine, algas alles selle sajandi 40-ndatel aastatel pärast Hiroshima ja Nagasaki tragöödiat, mis tõstatas küsimuse teadlase moraalsest vastutusest ühiskonna ees. Nimetatud erialadega võrreldes on arstide töö kõrgelt professionaalne, täidetud on selle protsessi kõik kolm tingimust.

Nüüd võib esitada küsimuse: kus ja millal tekib meditsiinilis-deontoloogiline situatsioon? Tuntud USA sotsioloog S. Toulmin väidab, et tänapäeva kõrgelt kvalifitseeritud arsti eriala puhul on põhiliseks moraalsete konfliktide tekitavateks põhjusteks ühiskonna, patsiendi ja teaduse huvide kokkusobimatus (3. lk. 254). Ta kirjutab, et arst peab saladuses hoidma kõik andmed patsiendi tervise kohta. See on arsti kutse-eetika elementaarne nõue. Kuid täpse diagnoosi panemiseks tuleb tihti peale pöörduda kolmandate isikute — konsultantide poole. See on S. Toulmini arvates arstieetikaga vastuolus. Nagu näha, jääb S. Toulmin antud küsimuses vanamoeliseks, ta ei mõista spetsialiseerumise vajadust. Kuid see pole veel kõik. Ka teatud institutsioonid (näiteks kindlustuskompaniid) ja ühiskond tervikuna võivad nõuda andmeid patsiendi tervise kohta. Viimasel juhul peab S. Toulmin silmas juhtivate poliitikategelaste tervislikku seisundit, mille kohta Läänes tihtipeale avaldatakse meditsiinibülletääne. Nii tekibki mo-

raalne konflikt. Nõukogude tervishoiusüsteemis aga selliseid moraali-probleeme ei teki. Vaid erandolukordades võivad kolmandad isikud, näiteks kohtuorganid, haige tervisliku seisundi kohta andmeid saada.

Moraalne konflikt võib S. Toulmini järgi tekkida ka arsti ja teadlase vahel. On ette tulnud juhtumeid, kui on vaja nõu pidada biomeditsiinilise teaduse esindajatega. Veel ühed kolmandad isikud! Teadus aga on S. Toulmini järgi «vastutusetu eriala», sest puuduvad formaalsed, aga ka eetilised kontrollivahendid teadlase töö üle. Et see nii on, siis ei kanna teadlane mingit vastutust eksperimentide pärast, kuigi need võivad olla patsiendi tervisele kahjulikud.

Tõepoolest, teaduse arenguga on kaasnenumitmeid probleeme, mis vajavad juriidilist ja moraalset reguleerimist. Kuid näib, et S. Toulmini teeb olukorra liiga drastiliseks, mitmed tema järeldused tulenevad ainult kapitalimaade meditsiinipraktikast. Muidugi, kui lähutada LKA ja Pentagoni tegevusest, siis võib S. Toulmini seisukohtadega nõustuda, et teadus on teisel pool «headust ja pahesust». Hiljuti viidi USA-s läbi eksperiment, selgitamaks radiatsiooni mõju inimesele. Katsealused sõdurid ei teadnud sellest midagi. Aatomipomm plahvatas, Geigeri loendajad vaikisid, need olid eelnevalt rivist välja viidud. Ja tagajärjed: 63 inimest on juba surnud, 120 põeb vähki, ligi 1600 katsealust põeb mitmesuguseid naha- ja hingamisteede haigusi (vt. 4).

S. Toulmini seisukohtadest erinevalt tuleb siiski nentida, et rahvusvahelisel areenil on juba küllaltki palju ära tehtud eksperimentide moraalset ja juriidilist reguleerimist alal. On vastu võetud mitmeid rahvusvahelisi konventsioone (Nürnbergi koodeks 1947. aastal, Helsingi deklaratsioon 1964. aastal jt.), milles on formuleeritud üldised eetilised printsiibid, millest tuleb lähtuda eksperimenteerimisel inimesega. Muidugi on siin veel palju teha. Ei ole aga kahtlust, et ka need küsimused lahendatakse. Näiteks elundite siirdamises on

jõutud enam-vähem üksmeelsele otsusele: eelkõige tuleb arvestada doonori huve. Peale selle, ka teadlase kutse-eetika on märgata progressi, üha enam räägitakse teadlase moraalsest vastutusest ühiskonna ees.

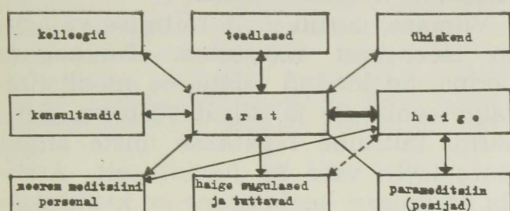
Mis aga puutub meditsiinilis-deontoloogilise situatsiooni eristamise kriteeriumidesse, siis näib, et S. Toulmini poolt pakutu jääb kitsaks ja ühekülseks. Moraali-probleemid võivad tekkida ka mujal, mitte ainult teaduse, patsiendi ja ühiskonna vastuoluliste huvide sfääris. Eespool on sellekohaseid näiteid juba toodud. Meditsiinilis-deontoloogiline situatsioon tekib meie arvates siis, kui on olemas järgmised tingimused. Esiteks, küsimus peab puudutama inimese, sotsiaalse rühma või terve rahva tervist. Teiseks, selle küsimusega tegelevad professionaalid, s. o. tervishoiutöötajad. Kolmandaks peab olema valikuvõimalus vähemalt kahe tegevusvariandi vahel, vastasel korral mingit moraalset probleemi ei teki. Inimese organism allub paratamatutele looduseadustele ja moraalil ei ole nendega mingit pistmist. Kuid ütleme, et arsti vastuvõtule on tulnud rohkem haigeid, kui ajalimiit lubab. Siin tekivad sellised dilemmad nagu, kas vastu võtta kõik abivajajad või mitte, kas iga haige läbivaatamiseks kulutada selleks vajalik aeg või läbivaatusega lühendada, mis aga võib diagnoosi ebatäpsust tunduvalt suurendada. Sellistel puhkudel on valikuvõimalus olemas ja siin tekivad ka moraalset laadi probleemid.

Meditsiinilis-deontoloogilised situatsioonid võivad tekkida tervishoiu kui sotsiaalse institutsiooni kõikidel hierarhilistel tasemetel.

Nüüd aga püüaksime visandada arstieetika poolt reguleeritavate suhete skeemi.

Oma erialases tegevuses astub arst mitmesugusesse suhetesse ümbritsevate inimestega. Nii kujunevad suhted arst—kolleegid, arst—konsultandid, arst—noorem meditsiinipersonal, arst—teadlased, arst—parameditsiini esindajad. Seejuures iga kvalitatiivset suhet rühma reguleerivad erinevad kutse-eeti-

ka normid. Kasutades sotsioloogilist keelt, võib öelda, et erinevates suhetes tuleb arstil «mängida» erinevaid rolle. Et kirjutise mahulised piirid ei võimalda kõiki neid rolle analüüsida, pööraksime esmalt tähelepanu suhetele arst—haige. Meditsiinilise deontoloogia



üks kesksemaid probleeme on arsti ja haige vaheliste suhete reguleerimine selliselt, et maksimaalselt taastuks või paraneks viimase vaimne ja kehaline tervis. On ju meditsiinilise deontoloogia peamine väärtus inimese tervis, selle taastamine, paranemine ja haiguste ärahoidmine.

Skeemilt nähtub, et patsiendi suhetering on suhteliselt kitsam kui arstil. Samas aga on tervishoiu tähelepanu keskpunktis haige, arstiabi vajav inimene. See on ka loomulik: võib olla haige ilma arstita, kuid ei ole arsti ilma haigeta. See aga veel ei tähenda, et haigel poleks mingisuguseid moraalseid kohustusi. Erialakirjanduses räägitakse ka haige-eetikast. See on põhjendatud. Oleneb ju ravi edukus suurel määral haige suhtumisest sellesse. Haige-eetika kuuluvad neli lihtsat normi, mida aga mitmesugustel, enamasti subjektiivset laadi põhjustel tihti ei täideta. Esimene norm: **haige peab arsti informeerima kõikidest oma haiguse üksikasjadest**. Sellest olenevad diagnoos ja selle täpsus. Teine norm: **haige peab arvestama arsti soovitusi ja täpselt järgima ravirežiimi nõudeid**. Sellest oleneb ravi edukus või siis diagnoosi korrigeerimine. Kolmas norm: **haige ei tohi tegelda eneseraviga, välja arvatud lihtsamad ja mittekroonilised haigusjuhud**, näiteks nohu, väike nohaav

vms. Neljas norm: **haige peab austavalt, tänulikult ja lugupidavalt suhtuma teda ravivasse ja hooldavasse meditsiinipersonali**. See norm tuleneb moraali üldisest nõudest, mis eeldab austavat suhtumist igasse isiksusse. Ja on veel üks norm, mis on nii haigele kui ka tervele adresseeritud ning millel on sügav moraalne tähendus. See on: **iga inimene on kohustatud hoidma oma tervist**. Marksismirajajad hindasid tervist kui ühiskondliku rikkuse ühte avaldusvormi, haigust aga määratlesid nad kui elu vabadust piiravat tegurit (1. lk. 64). Inimene peab oma tervise eest hoolt kandma seda enam, et meil Nõukogude Liidus on konstitutsiooniga garanteeritud tasuta arstiabi, riik aga eraldab tervishoiule suuri summasid. Nagu igas valdkonnas püüame suurendada ühiskonna vaimseid ja materiaalseid rikkusi, nii peab ka iga inimene hoidma tervist kui ühiskondlikku rikkust.

Järgnevalt vaatleme norme, mis reguleerivad suhteid arst—haige. Kriitilise analüüsi alla võib võtta need normid, mille empiiriliste uurimuste varal on välja selgitanud USA sotsioloog R. Merton. Normid esitame sellises sõnastuses ja järjekorras, nagu nad on autori poolt antud.

1. Patsientide ees peab arst oma emotsioone vaos hoidma, hoides «närvide külmad» ei tohi ta samastuda patsientidega.

Kuid: ülemäärased emotsioonid vaoshoidmisega ei tohi ta muutuda hingetuks, ta peab patsiendi suhtes osavõtlik olema.

2. Arstid ei tohi eelistada ühte patsienti teisele, nad ei tohi välja näidata oma vastumeelsust isegi nende suhtes, kes on distsiplineerimatud või kes ei reageeri arsti raviingutustele.

Kuid: arsti kõige suurem elamus on patsientidele tervise tagasiandmine.

3. Arstid peavad võitma patsientide usalduse ja hoidma nende saladusi.

Kuid: nad peavad vältima haigele liigset lähenemist, sest see võib kiiresti üle minna osavaks ja omakasupüüdlikuks kauplemiseks.

4. Arstid peavad endale tunnistama, et sageli on diagnoosid ajutise või esialgse iseloomuga.

Kuid: neil peab olema väärikat enesekindlust patsientide ees, kes tahavad teada saada, mis nende tervisega tõeliselt ikka lahti on.

5. Arstid peavad tagama iga haige õige ravi, keelatud on kiirustada.

Kuid: nad ei tohi ühe patsiendi arvelt tei-

se uurimiseks kulutada niigi limiteeritud aega.

6. Arstid peavad patsiente tundma õppima kui isiksusi ja tähelepanu pöörama nende psüühilisele ja sotsiaalsele olukorrale.

Kuid: see ei tohi olla ajendatud uudishimust, vaid püüd valida patsiendi jaoks sobiv hooldusviis.

7. Arstid peavad täpse diagnoosi leidmiseks tegema (institute) kõik uuringud ja eksperimendid.

Kuid: selliste uuringutega peavad nad küllaltki ettevaatlikud olema, sest need on enamasti kallid ja võivad patsiendile väga kuluks minna.

8. Arstil on õigus saada «möödukat honorari», mis sõltub ravist ja patsiendi majanduslikust seisundist.

Kuid: nad ei tohi «rikastelt raha välja pressida», selleks et aidata vaeseid.

9. Arstid peavad lähtuma sellest, et arstiabi oleks patsiendile kättesaadav igal ajal, kui ta seda vajab.

Kuid: arstidel on õigus ka normaalsele elule, mida neil tuleb jagada perekonna ja sõpradega (2. lk. 68—69).

Mida nende normide kohta öelda? Mitmega võib nõustuda, vähemalt esimese kuuega. Samas aga tuleb arvestada seda, et moraalinoüete täitmine ei sõltu üksnes sellest, et nad olemas on, et nad on formuleeritud. Moraal tervikuna, sealhulgas ka professionaalne moraal, kujuneb kindlate majandussuhete pinnal ja eksisteerib nende suhete raames. Näiteks, kas terava konkurentsi tingimustes saab kohusetundlikult täita normi nr. 5? Vaevalt küll. Selle normi täitmist takistab kapitali sünnitatud elu- ja tegevuslaad, mida väljendab lõkkause *time is money*.

Normid 7... 8 on selgelt piiritletava klassiiselooga. Siin on kõik seotud rahaga ja veel kord rahaga: diagnoosi täpsus oleneb patsiendi rahatasku paksusest, arsti «honorari» suurus sõltub «patsiendi majanduslikust seisundist». Nähtavasti võivad arstid «rikastelt raha välja pressida», vaesed aga las olla ka terviselt vaesed ehk või: las nad siis vähemalt haiguste poolest olla rikkad!

Mis aga puutub teaduslikesse eksperimentidesse haigetega, siis need on lubamatud. Mõistagi, eduka ravi tagamiseks on ka eksperimendid vajalikud. Paljud arstid on eksperimendi objek-

tiks valinud iseenda ja ... maksnud selle eest eluga. Kuid teadusliku katse korral peavad olema täidetud vähemalt järgmised tingimused: eksperimenti võib läbi viia ainult humanistlikel eesmärkidel, peab olema eksperimenteeritava nõusolek, maksimaalselt peab olema tagatud eksperimendi ohutus, eksperimendi käik ja tulemused tuleb täielikult avaldada trükis.

Viimase, normi nr. 9 täitmise vajadus on iseenesest mõistetav. Nõukogude Liidus on loodud laialdane meditsiini-valveteenistuse ja kiirabisüsteem. Selle normi täitmine tagatakse mitte ainult moraalselt, vaid ka juriidiliselt. Arstiabi andmisest keeldumine on kriminaalkuritegu.

Seega siis, kriitiliselt läbi vaadanud R. Merton'i kirjeldatud moraalinoüded, mis reguleerivad arsti suhtumist haigesse, võib teha järelduse: arstieetika on kapitalismi tingimustes kahekordselt vastuoluline. Esiteks, arstieetika endas tekivad ja on erilised, ainult temale omased meditsiinilis-deontoloogilised dilemmad. Teiseks, eraomanduslikud suhted kas ei võimalda ausalt täita arstieetika nõudeid või siis tekitavad mitmeid uusi vastuolusid, millel samuti on moraalne iseloom.

Teadus- ja tehnikaprogress ning suured sotsiaal-majanduslikud muudatused tänapäeva maailmas on hulgaliselt sünnitanud lahendamist ootavaid probleeme. Palju on neid ka tervishoiusüsteemil. Nende probleemide senine lahendamise strateegia NSV Liidus lubab olla kindel selles, et on alanud arstiteaduse ja ka -praktika järjekordne humaniseerumise etapp, mis on täielikus kooskõlas V. I. Lenini printsiipidega tervishoiu kohta sotsialistlikus ühiskonnas.

KIRJANDUS: 1. Маркс К. и Энгельс Ф. Соч. т. I. 1954. — 2. Merton, R. K. Sociological Ambivalence and Other Essays. N. Y. 1976. — 3. Toulmin, S. In: Knowledge, Value and Belief. New York, 1977.

4. «Правда», 1980, 5. sept.

E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut

Tubakasuitsetamine soodustab haiguse väljakujunemist kas haiguse arengut otseselt stimuleerides või organismi normaalseid kaitsereaktsioone nõrgestades. Niisuguse toimemehhanismi kaudu võib sigaretsuitsetamine osutada soodustavaks teguriks haiguse subkliinilisest staadiumist üleminekul kliiniliselt väljakujunenud staadiumisse või kerge haigusvormi üleminekul raskekujuliseks. Suitsetamine võib mõnedest haigustest põhjustatud suremust isegi suurendada. Nimetatud toimemehhaismiga võibki seletada suitsetajate hulgas mõnevõrra suuremat suremust gripi või tuberkuloosi tagajärjel, ehkki sigaretsuitsetamine neid haigusi otseselt ei põhjusta.

Хроника БОЗ, 1978, 1.

Tubakasuitsetamine kutsub organismis esile kriisiseisundeid, mille puhul mitmete mõjuriite koostoime tagajärjel võib välja kujuneda haigus või invaliidisus või saabuda isegi surm. On põhjust arvata, et iga ärasuitsetatud sigaret suurendab südamelihase kahjustamise riski. Põhjus on selles, et nikotiini toimel vajab südamelihase hapnikku tavalisest rohkem, kuid suitsus sisalduv süsinikoksiid ehk vingugaas vähendab hapniku juurdevoolu, mille tagajärjel suureneb vere karboksühemoglobiinisaldus. Seega on mõistetav, miks suitsetamisest loobumine toob viivitamatult kaasa tubakasuitsetamisega seoses olevatest haigustest põhjustatud haigestumuse ja suremuse järsu vähenemise.

Хроника БОЗ, 1978, 1.

Ema suitsetamine põhjustab lootel arenguanomaaliaid. Ehkki see ei ole veel lõplikult tõestatud, võib teadusperioodikas üha sagedamini leida selliseid andmeid. Stokholmi riikliku tervishoiutalituse ja Lundi Ülikooli embrüoloogainstituudi teadlaste ühisuurimiste tulemused on mõneti veenvad. Vaatlusalusteks olid 66 ülahuule- ja suulaelõhega vastsündinu emad ning 66 kesknärvisüsteemi embrüonaaldefektiga (neuraalitoru arenguanomaaliad) vastsündinu emad. Võrdlusrühma moodustasid 132 täiesti terve vastsündinu emad. Võrdlusandmed näitasid, et 58 ülahuule- või suulaelõhega vastsündinu emadest olid 41 suitsetajad, kelle «päevanorm» oli 10 sigaretti. Tervete vastsündinute emade hulgas oli suitsetajaid hoopis vähem. Vastsündinute neuraalitorudefektide kujunemise ja emade suitsetamispahe vahelise seose kohta ei saanud teadlased lõplikku seisukohta esitada.

Ärztl. Praxis, 1979, 12.

Ülevaated

UDK 616.151.5-092-07-08(047)

DISSEMIINEERUNUD INTRA-VASKULAARNE KOAGULATSIOON

ROBERT LOOGA · TARTU

dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon, vere hüübimismehhanismid, vere fibrinolüütiline süsteem, vere hüübimise patoloogia

Dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon (DIK) on raske komplikatsioon, mis võib tekkida paljude haiguste ja haiguslike seisundite puhul (1, 3, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15). Ta on tingitud vere hüübimissüsteemi ja fibrinolüütilise süsteemi patoloogilisest reaktsioonist. Kui tavaliselt tekib vere hüübimine lokaalselt, veresoone kahjustuse kohal, siis DIK-i puhul toimub see protsess üldiselt, kogu veresoonekonna ulatuses. Moodustub suurel hulgal fibrini, mis mikrotrombidena ummistab kõikjal organismis väikesi veresooni. Sekundaarselt arenevad välja veresoonte seinte ja neid ümbritsevate kudede morfoloogilised kahjustused väikeste nekroosikollete tekkeni. See omakorda põhjustab siseelundite funktsiooni puudulikkuse nähte. Eriti iseloomulik on ägeda neerupuudulikkuse teke. Esineb ka südame- ja veresoonte ning hingamispuudulikkust, mis rasketel juhtudel paneb aluse šokile. Seoses fibrini rohke moodustumisega väheneb veres tunduvalt tema lähteaine fibrinogeeni ja mitmete teiste koagulatsioonifaktorite, sealhulgas ka trombotsüütide sisaldus. Samal ajal tõuseb haiguslikult vere fibrinolüütilise süsteemi aktiivsus. Ringleva vere hüübimisvõime kõige selle

tagajärjel järsku langeb või lakkab täiesti. Koos veresoonte seinte kahjustustega põhjustab see hemorraagilise diateesi teket. Kõikjal siseelundeis, nahaaluses koes ja limaskestades ilmnevad hemorraagianähud — petehhiad, purpurid, suuremad verevalumid ja sisemised verejooksud (trombohemorraagiline sündroom) (13). Ilmnevad ka hemolüütilise aneemia nähud, mis on tingitud erütrotsüütide purunemisest fibriinivõrgustiku läbimisel trombooside piirkonnas. Vere äigepreparaadis võib näha rohkearvuliselt skistotsüüte (fragmente).

Kirjeldataud kliinilised nähud on eriti ilmsed dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni ägeda kulu korral. Alaägeda või kroonilise kulu korral on nähud vähe väljendunud või puuduvad hoopis. See on tingitud organismi kaitsekompensatoorsete mehhanismide efektiivsusest tegevusest. Ehkki fibriini moodustub pidevalt, eemaldatakse see retikuloendoteliaalsüsteemi (RES) ja vere fibrinolüütilise süsteemi poolt. Vere hüübimisel ärakasutatud fibrinogeen ja teised koagulatsioonitegurid asendatakse maksa, vereloomeelundite ning kogu lümforetikulaarsüsteemi aktiveerumise teel.

Alljärgnevalt esitatakse DIK-i põhjustavate tähtsamate haiguste ja patoloogiliste seisundite loetelu.

1. Akuutne dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon.

1.1. Nakkushaigused. Eriti gramnegatiivsete bakterite (*E. coli*, meningokokid) toimel tekkivad nakkused, akuutsed viirus- ja riketsianakkused, malaaria, septilised seisundid, infektsioosne purpur.

1.2. Rasked vigastused, traumad. Ka põletused, elektritraumad, operatsioonid; peaju vigastused, insuldid; verejooksud.

1.3. Šokk. Traumaatiline, hemorraagiline, kardialne, anafülaktiline, septiline, endokriinne, neurogeenne, va-soobstruktsiooniline.

1.4. Rasedus- ja sünnituspatoloogia. Platsenta enneaegne irdumine, keisri-

lõige, verejooksud, septiline abort, rasedustoksikoosid.

1.5. Mürgitused. Mõned ussi- ja seenemürgid (ka rästikumürk), proteolüütilised ensüümid (näiteks trüpsiini satumine verre ägeda pankreatiidi või kõhunäärmeoperatsiooni puhul), adrenaliin suurtes hulkades, happed, metaanool, vingugaas, sublimaati, diklooretaan, hemolüütilised mürgid.

1.6. Ägedad immunopatoloogilised reaktsioonid. Sobimatu vere transfusioon, konservvere suurte hulkade transfusioon, anafülaksia, allergia, autoimmuunsus.

1.7. Äge hüpoksia.

1.8. Äge hüpertermia. Kuumuslööök.

2. Subakuutne dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon.

2.1. Pahaloormulised kasvaja, eriti leukoosid, erütremia, eesnäärmevähk.

2.2. Südamepatoloogia. Müokardiinfarkt, südame proteesimine, ekstrakorporaalne vereringe, kaasasündinud südamerikked, südame dekompensatsioon.

2.3. Mikrotsirkulatsiooni patoloogia. Staas.

2.4. Raseduspatoloogia. Surnud loode emakas, lootevete embolism.

2.5. Mürgitused. Hormoonid suurtes hulkades (pituutriin, AKTH, östrogeenid, suu kaudu manustatavad rasedusvastased preparaadid), krooniline hüperlipemia.

2.6. Kroonilised hemolüütilised seisundid. Hemolüütiline aneemia, paroksüsmaalne hemoglobiinuuria.

2.7. Äge neerupuudulikkus.

2.8. Maksapatoloogia. Hepatiit, tsirroosid.

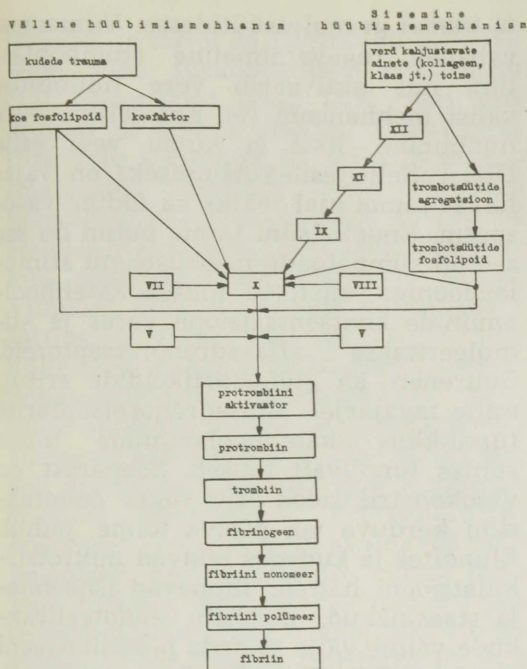
2.9. Vastsündinute krooniline asfüksia.

3. Krooniline dissemineerunud intravaskulaarne koagulatsioon.

3.1. Multilokaalsed hemangioomid.

3.2. Veresoonte kavernomatoosne transformatsioon.

Vere hüübimise omaduste muutumise alusel jaotatakse dissemineerunud intravaskulaarse koagulatsiooni areng kolme perioodi: reaalne hüperkoagulatsioon, potentsiaalne hüperkoagulatsioon ja reaalne hüpoagulatsioon. Tegeli-



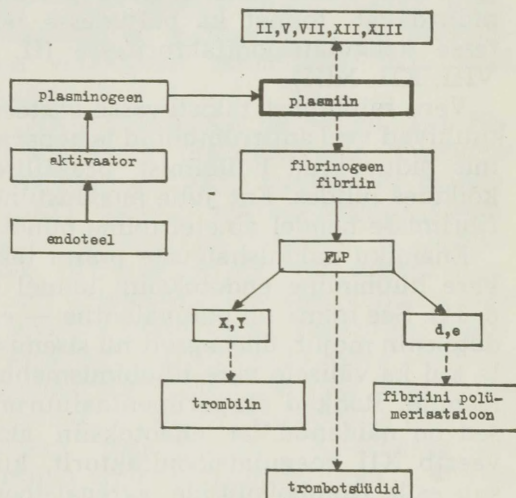
Joonis 1. Vere hüübismehhanismide skeem.

kult on vere hüübimine teises perioodis nõrgenenud, mis on tingitud koagulatsioonifaktorite rohkest tarbimisest esimeses perioodis («tarbimiskoagulopaatia»). Ent nende faktorite verele lisamisel, näiteks vereülekande puhul, tekib taas reaalne hüperkoagulatsioon. Kolmas periood on tingitud eeskätt intensiivsest fibrinolüüsist. Ägeda DIK-i puhul on esimene periood lühiajaline, vahel vaid mõneminutise kestusega. Põhiliselt esineb teine või kolmas periood. Alaägeda või kroonilise DIK-i puhul võib ka esimene periood püsida pikemat aega (14).

DIK-i patogenees. Ehkki kõigi DIK-i vormide puhul esinevad vere hüübimissüsteemi üldine aktiveerumine ja fibrinolüütilise süsteemi funktsiooni teatavad patoloogilised muutused, on nende muutuste tekkemehhanism eri haiguste ja patoloogiliste seisundite puhul erisugune. Seepärast on põhiliseks eelduseks DIK-i patogeneesi mõistmisel õige ettekujutus vere hüübismehhanismide ja fibrinolüütilise süsteemi normaalsest funktsioonist. Neid küsimusi on erialakirjanduses (10, 12, 13, 14) juba

küllaldaselt käsitletud. Seepärast piiratakse käesolevas töös vaid paari orienteeriva skeemi esitamisega (vt. joonised 1 ja 2).

Selgub, et vere hüübimise ahelreaktsioonides on keskne koht erilise aine — protrombiini — aktivaatori (trombokiinaasi, täieliku tromboplastiini) moodustumisel. See on kompleksühend, mille koostisse kuuluvad koagulatsioonifaktorid V ja X ning rakkudest pärinev fosfolipoid. Ta võib tekkida kahel teel — välise või sisemise hüübismehhanismi aktiveerimise kaudu. Väline hüübismehhanism on seotud kudede ja veresoonte traumaga. Purunenud rakkudest vabaneb kudede tromboplastiin (III faktor), mis koosneb koe fosfolipoidist ja erilise koefaktorist. Koos VII faktoriga kutsus kudede tromboplastiin esile X faktori aktiveerumise. Sisemine hüübismehhanism käivitub ka intaktsete veresoonte korral, kui veresse avaldavad kahjustavat toimet sellised ained nagu kollageen, immuunkompleksid, toksiidid, trüpsiin, atsetoon jt. Ka kokupuutel klaasiga tekib hüübimine samuti sisemise mehhanismi kaudu. Esmajärjekorras aktiveerub XII (Hage-



Joonis 2. Fibrinolüütilise mehhanismi skeem. Pideva joonega tähistatud nooled osutavad vastavate ainete stimuleerivale, aktiveerivale toimele, punktiirjoonega märgitud nooled pidurdavale, lõhustavale toimele.

mani) faktor ja tekib trombotsüütide agregatsioon. Järgnevalt aktiveerub taas X faktor, mis koos trombotsüütidest vabanenud fosfolipoidiga (trombotsüütide III faktoriga) paneb aluse protrombiini aktivaatori moodustumisele. Edasi kulgeb protsess kiirelt ja stereotüüpselt, nn. ühise lõpptee kaudu. Protrombiini (II faktori) aktiveerumise korral tekib trombiin, mis toimib fibrinogeenisse (I faktor). Viimase lõhustumine annab tõuke lahustuvate fibriini monomeeride moodustumiseks, mis polümeriseerudes ja fibriini stabiliseeriva XIII faktori toimele lähevad üle lahustumatuks fibriiniks, trombi põhiliseks koostisosaks.

Joonisel 2 on toodud fibrinolüütilise süsteemi põhikomponendi — plasmiini (fibrinolüsiini) — moodustumis- ja toime mehhanism. See aine tekib veres leiduvast plasminogeenist erilise aktivaatori toimele, mida produtseerivad eeskätt endoteelirakud. Aktivaatori liigsed hulgad eemaldab maks. Plasmiin lõhustab nii fibriini kui ka fibrinogeeni, mille tagajärjel moodustuvad fibriini lõhuproduktid (FLP) X, Y, d ja e. Viimased omakorda pidurdavad trombiini aktiivsust, fibriini monomeeride polümeriseerumist ja trombotsüütide agregatsiooni. Peale selle avaldab plasmiin pidurdavat toimet ka paljudesse teistesse koagulatsioonifaktoritesse (II, V, VIII, XII, XIII).

Vere hüübimist takistavasse süsteemi kuuluvad veel antitrombiinid ja hepariin, mis pidurdavad hüübimist praktiliselt kõikides lülides. Ent juba moodustunud fibriinisse nendel ainetel toime puudub.

Enamiku nakkushaiguste puhul tekib vere hüübimine endotoksiini toimele (1, 8, 14). See toime on polüvalentne — endotoksiin mõjub üheaegselt nii sisemisele kui ka välisele vere hüübismehhanismile. Rohked eksperimentaaluuringud on näidanud, et endotoksiin aktiveerib XII koagulatsioonifaktorit, kutsub esile trombotsüütide agregatsiooni, kahjustab veresoonte endoteelirakke ja põhjustab granulotsüütide purunemist. Samal ajal pidurdab ta fibrinolüütilise süsteemi ja RES-i funktsiooni. Näib aga, et peamine tähtsus on endotoksiini

toimel granulotsüütidesse. Viimastest vabaneb tugevatoimeline tromboplastiin, mis aktiveerib vere hüübimise välist mehhanismi (6). Ent selline vere hüübimine üksi ei kutsu veel esile DIK-i. Selle esilekutsumiseks on vajalik, et samal ajal tekiks ka üldine vasospasm. Endotoksiini toime puhul on see seotud sümptoadrenaalsüsteemi stimulatsiooniga, mistõttu tõuseb katehhoolamiinide kontsentratsioon veres ja stimuleeritakse alfa-adrenoretseptoreid. Suureneb ka glükokortikoidide eritus, mille tagajärjel alfa-adrenoretseptorite tundlikkus katehhoolamiinide toime suhtes tunduvalt tõuseb. Seepärast on vasokonstriksioon eriti tugev endotoksiini korduva või püsiva toime puhul. Elundites ja kudedes tekivad mikrotsirkulatsiooni häired, ilmnevad isheemia- ja staasinähud, mistõttu endoteelirakkude võime välja töötada plasminogeeni aktivaatorit väheneb. See põhjustab fibrinolüütiliste mehhanismide toime nõrgenemist. Samal ajal ka RES-i funktsioon langeb. See on tingitud RES-i rakkude blokaadist fibriini kuhjumise tagajärjel neisse ja endotoksiini otsesest pidurdavast toimest.

Kõikide eespool toodud patofüsioloogiliste mehhanismide üheaegse mõju tõttu tekivad tingimused rohkearvuliste mikrotrombide moodustumiseks ja püsimiseks väikestes veresoontes. Sekundaarselt kutsub see esile siseelundite mikro- ja makronekroose, hemorraagiaid jt. Et reflektorne vasospasm on eriti välja kujunenud neerudes, siis esinevad siin sageli ka kõige silmatorkavamad morfoloogilised muutused (4, 6).

Seega näib, et väljakujunenud DIK tekib siis, kui üheaegselt vere hüübismehhanismide üldise stimulatsiooniga esinevad ka sümptoadrenaalsüsteemi aktiivsuse märgatav tõus ja RES-i funktsiooni langus. Selline olukord on näiteks tugevate vigastuste ja traumade, eriti aga šoki puhul, kui vere hüübimise on esile kutsunud eeskätt kudedest vabanenud tromboplastiin. Sama olukord esineb ka müokardiinfarkti, pahaloomuliste kasvaja, sünnituspatoloogia jt. puhul. Tuleb aga märkida, et

rasedail ja lastel on fibrinolüütiline süsteem juba füsioloogiliselt pidurdunud (15). Seepärast tekib DIK neil eriti kergelt ja kulgeb raskelt. Tromboplastiini võib vabaneda ka erütrotsüütidest (malaaria, sobimatu vere ülekande, hemolüütiliste reaktsioonide korral) või endoteelirakkudest (hüpoeksia, hüpertermia, atsidoosi, riketsiooside jt. korral). Viimasel juhul on oluline ka kollageeni sattumine verre, mis aktiveerib vere hüübimise sisemist mehhanismi. Immunopatoloogiliste reaktsioonide puhul tuleb oluliseks pidada ka komplemendisüsteemi aktiveerumist, mis sekundaarselt stimuleerib samuti vere hüübimise sisemist mehhanismi. Proteolüütilised ensüümid ja ussimürgid avaldavad mõju peamiselt vere hüübimise «ühise lõpp-tee» lülile, põhjustades näiteks protrombiini muutmist trombiiniks või fibrinogeeni muutmist fibriiniks (5, 6, 7, 9, 13, 14, 15).

Pärast sümptoadrenaalsüsteemi aktiveerumise ägeda perioodi möödumist mikrotsirkulatsioon paraneb, mistõttu ka plasmii moodustub rohkem.

DIK-i kindlakstegemine. Seda võib teha kliiniliste sümptomide alusel, ent alati tuleb laboratoorsel teel määrata vere hüübimise süsteemide seisund haiguse puhul. See on vajalik nii ravi-reežiimi määramiseks kui ka ravi tulemuste jälgimiseks. Kahjuks ei ole seni ajani leitud sellist spetsiifilist hemoloogilist analüüsimeetodit, mis võimaldaks DIK-i seisundit ühekorraga kindlaks määrata (2). Seepärast tuleb teha mitmeid analüüse, et saada informatsiooni vere hüübimise süsteemide üksikute lülide kohta. Tavaliselt võib koagulatsiooni puhul täheldada järgmisi muutusi veres: 1) vere hüübimisaja pikenemist kuni hüübimise täieliku lakkamiseni; 2) fibrinogeeni, protrombiini, V ja VIII koagulatsioonifaktori sisalduse ja trombotsüütide arvu vähenemist; 3) plasminogeenisisalduse vähenemist, plasminogeeni aktivaatori ja plasmiinisisalduse suurenemist; 4) fibriini lõhustusproduktide sisalduse suurenemist. Nende muutuste kindlakstegemiseks on hematoloogia käsutuses mitmesuguseid ana-

lüüsimeetodeid (2, 5, 11, 13, 14, 15). Lihtsamad neist annavad vaid orienteeriva, ligilähedase vastuse. Täpsema ja spetsiifilisema vastuse saamiseks on vaja meetodeid, mis on küllalt keerukad ja aeganõudvad. DIK-i alaägeda või kroonilise kulu puhul võivad laboratoorsed leiud olla vähesed või isegi puududa. Ent see DIK-i võimalust veel ei välista. Ka selle seisundi ägeda vormi puhul võib mõnede koagulatsioonifaktorite, näiteks fibrinogeeni kontsentratsioon olla normi piires juhul, kui see varem oli põhihaiguse (põletiku, kasvajate jt.) tõttu tõusnud.

DIK-i diagnoosi aitab kinnitada ka hepariinravi soodus tulemus (*diagnosis ex juvantibus*).

DIK-i ravi. Eriti tähtis on põhjustavast tegurist vabanemine või selle likvideerimine (näiteks enneaegselt irdunud platsenta kõrvaldamine). Enamikul juhtudel osutub see küllaldaseks, et DIK-i peatada. Kui aga koagulatsiooni primaarse vallandava teguri toimet ei ole võimalik likvideerida, tuleb algust teha hepariinraviga. Ehkki hepariini kasutamine verejooksude puhul näib esimesel pilgul paradoksaalne olevat, on see siiski põhjendatud ja loogiline samm, kui silmas pidada DIK-i arengu patofüsioloogilisi mehhanisme. Ka praktilised tulemused kinnitavad seda täiel määral (1, 3, 5, 7, 13, 14).

DIK-i kolmandas perioodis, kui fibrinolüütiliste mehhanismide toime on liialt tugevasti välja kujunenud, manustatakse haigele epsilon-aminokarpoonhapet. Ei tohi aga unustada, et fibrinolüüs DIK-i puhul kujutab endast organismi otstarbekat kaitsereaktsiooni vere ülemäära tugevnenud hüübimise vastu. Seepärast võib fibrinolüütilise süsteemi ülemäärane pärssimine anda isegi halbu tulemusi — antud patoloogilise protsessi järsku tugevnemist. Otstarbekas on epsilon-aminokarpoonhappega ravida alles pärast hepariini manustamist.

Suurte verekaotuste puhul, kui šoki tekkimise oht on suur, tuleb ette võtta vere või vereplasma transfusioon. DIK-i teises perioodis, nagu eespool juba märgitud, võib see hüübimisprotsessi tuge-

vasti aktiveerida. Seepärast tuleb ka vereülekannete tegemisel haigele eelnevalt manustada hepariini.

Hepariinravi efekt DIK-i puhul ilmneb suhteliselt kiiresti. Juba 24 tunni jooksul hakkavad vere fibrinogeenisisaldus ja trombotsüütide arv suurenema, verejooksud aga vähenema või lakkavad täiesti. Fibriini lõhuproduktid kaovad verest aeglasemalt.

KIRJANDUS: 1. Hjort, P. F., Rapaport, S. I. Ann. Rev. Med., 1965, 16, 135—168. — 2. Koller F. Folia haematol. (Leipzig), 1977, 104, 6, 839—850. — 3. Kwaan, H. C. Med. Clin. North. Am., 1972, 56, 1, 177—191. — 4. Mc Kay, D. G. Thromb. Diathes. haemorrh. (Stuttgart), 1973, 29, 1, 11—26. — 5. Minna, J. D., Roboy, S. J., Colman, R. W. Disseminated Intravascular Coagulation in Man. Springfield, 1974. — 6. Müller-Berghaus, G., Lasch, H.-G. In: Handbuch der experimentelle Pharmakologie. Berlin—Heidelberg—New York, 1975, 16, 3, 429—513. — 7. Rodriguez-Erdmann, F. In: The Microcirculation in Clinical Medicine. New York — London, 1973, 253—287. — 8. Yoshikawa, T., Tanaka, K. R., Guze, L. B. Medicine, 1971, 50, 4, 237—258.

9. Балуда В. П. Пат. физиол., 1977, 2, 3—13. — 10. Зубаиров Д. М. Биохимия свертывания крови. М., 1978. — 11. Коблов Л. Ф. Методы и приборы для исследования гемостаза. М., 1975. — 12. Кудряшов Б. А. Биологические проблемы регуляции жидкого состояния крови и ее свертывания. М., 1975. — 13. Мачабели М. С. Коагулопатические синдромы. М., 1970. — 14. Раби К. Локализованная и рассеянная внутрисосудистая коагуляция. М., 1974. — 15. Скипетров В. П. Механизм изменений и нарушений свертываемости крови при беременности и родах. Саранск, 1976.

TRÜ arstiteaduskonna patofüsioloogia kateeder

Suitsetamise mõju lapse organismile. Üha rohkem on kogunenud uusi andmeid selle kohta, et suitsetamine lapseas põhjustab juba väga lühikese aja jooksul kõha ja rögaeritust, toob kaasa tüsistuste sagenemise ülemiste hingamisteede nakkushaiguste puhul ning tekitab kopsude ventilatsiooni häireid. Need kahjustused taandarenevad siis, kui laps suitsetamisest peagi loobub. Kui ta aga suitsetamist jätkab, siis kahjustused progresseeruvad, ja lõpuks võivad ilmneda kroonilise bronhiidi tunnused sellisel kujul, nagu need esinevad täiskasvanuil. Mida nooremalt laps suitsetama hakkab, seda suurem on risk kaotada tervis ning surra enneaegselt.

WHO Technical Report Series, 1979, 636

Tervishoiutöö korraldus

UDK 616.927:576.8.097.3

KÖHUTÜÜFUSE VASTU VALIKULISE IMMUNISEERIMISE NÄIDUSTUSED

VLADIMIR SERGIJEV · MOSKVA

köhutüüfus, valikuline immuniseerimine, näidustused, köhutüüfuse levik

Köhutüüfusesse haigestumine on Nõukogude Liidus ajavahemikul 1950... 1978 tunduvalt vähenenud. Pidevat vähenemist on täheldatud Vene NFSV-s, Ukraina, Valgevene, Gruusia, Aserbaidžani, Leedu, Moldaavia, Läti, Armeenia ja Eesti NSV-s, keskmiselt 3,09... 9,89% aastas.

Tingituna veevarustussüsteemi uuendamisest, asulate sanitaarseisundi paranemisest ning elanike sanitaarkultuuri tõusust on haigusjuhud järjest harvenenud. See on võimaldanud põhjendatult loobuda plaanilisest massilisest köhutüüfuse immunoprofülaktikast. Samal ajal võib neis paikades alles jääda valikulise immuniseerimise vajadus.

Köhutüüfuse vastu valikulise immuniseerimise üks näidustusi on lähedane perekonnasisene pidev kontakt köhutüüfuse pisikukandjaga. Nagu nähtub nende liiduvabariikide (Balti liiduvabariigid, Valgevene, Ukraina), kus esineb sporaadiline haigestumine ning kus kroonilise köhutüüfuse pisikukandjate arvestus on hästi korraldatud, köhutüüfusjuhtude epidemioloogilisest uurimisest, ei ole pisikukandjaga kontakti korral nakatumisrisk ühesugune. Nakatu-

mise tõenäosus suureneb järsult neil juhtudel, kui pisikukandja on eakas inimene, kes ei pea kinni isikliku hügieeni reeglitest ning kes elab maal eramus, kus puuduvad tsentraalne veevarustus-süsteem ja kanalisatsioon.

Kõhutüüfuse vastu valikulise immuni-seerimise teine näidustus on sõit selli-
sesse välisriiki, kus kõhutüüfusehaiges-
tumus on kõrge. Paljudes Euroopa ja
Põhja-Ameerika riikides on ametlikult
soovitatud kõhutüüfuse vastu immuni-
seerida neid inimesi, kes kavatsevad
sõita troopikamaadesse. Põhjendatud
soovitus on seotud tõsiasjaga, et suur
arv sissetoodud kõhutüüfusjuhte on
registreeritud just nendel inimestel, kes
on saabunud mõnest Aasia, Aafrika ja
Ladina-Ameerika riigist. Ülemaailmse
Tervishoiuorganisatsiooni igapälasest
epidemioloogilisest informatsioonist
nähtub, et kõigist registreeritud kõhu-
tüüfusjuhtudest moodustavad Belgias,
Soomes ja Rootsis sissetoodud haigus-
juhud rohkem kui 30%, Ameerika
Ühendriikides 40...60%, Inglismaal
80...90% ning Norras ja Šotimaal kuni
100%.

On huvitav teada, millistest riikidest
haigust kõige sagedamini sisse tuuakse.
Kuid need andmed eri maade kohta eri-
nevad üksteisest tunduvalt. Kõigepealt
viitavad need selle maa rahvusvaheliste
sidemete intensiivsusele ja omapärale
eri regioonides. Nii tuuakse kõhutüüfus
Inglismaale põhiliselt Indiast, Pakista-
nist ja Bangladeshist (kuni 67%) ning
Vahemeremaadest (kuni 20%), Prant-
susmaale peamiselt Põhja-, Lääne- ja
Ida-Aafrikast, samuti Kariibi mere maa-
dest, vähem aga Lõuna-Aasia riikidest.
Ameerika Ühendriikidesse tuuakse hai-
sus põhiliselt Mehhikost.

Lisaks eelnevatele tuleb nimetada
neid riike, kus kõhutüüfusjuhtude arv
viimastel aastatel on suurenenud. See
võib tingitud olla kas kõhutüüfusjuht-
ude täpsemast arvelevõtmisest või siis
epidemioloogilise seisundi halvenemisest
sellel maal. Ülemaailmse Tervishoiu-
organisatsiooni andmeil on sellised riigid
Hispaania, Ekuador, Tšiili, Singapur, Sri
Lanka, Lõuna-Korea.

Kaudset informatsiooni epidemiolo-
gilise seisundi kohta võib saada riiklike
laboratooriumitalituste aruannetest, mil-
les on ära toodud kõhutüüfuse tekitaja
isoleerimise suhteline sagedus võrrel-
duna teiste salmonellade isoleerimise
sagedusega. Nii oli epidemioloogilist
järelevalvet salmonellooside üle tegeva
laboratooriumikeskuse andmeil 1970-
ndate aastate algul 13 tüpiseeritud sal-
monella seas kõhutüüfuse tekitaja esi-
mesel kohal Birmas, Liibanonis, Tais ja
Ülem-Voltas, teisel kohal Kreekas, Itaa-
lias, Malaisias, Senegalis ning Hispa-
nias.

Viimastel aastatel on Mehhikos ja
Kagu-Aasia riikides hakanud levima
kõhutüüfuse tekitaja antibiootikumire-
sistentsed tüved, mis aga komplitseerib
kemoterapia mõjusust. Ka niisuguste
tüvede ringlemine on kõhutüüfuse vastu
valikulise immuniseerimise näidustuseks
enne nendesse maadesse sõitmist.

Järeldused.

1. Kõhutüüfuse vastu valikuline im-
muniseerimine on näidustatud isikutel,
kes on pidevas ning lähedases kontak-
tis kroonilise kõhutüüfuse pisikukand-
jaga.

2. Valikuline immuniseerimine on va-
jalik ka juhtudel, kui sõidetakse troo-
pikamaasse, kus on halvad sanitaartin-
gimused ja kõrge kõhutüüfusehaigestu-
mus, eriti aga sel juhul, kui kavatse-
takse külastada sealseid väikelinnu ja
maarajoone.

*NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi
Karantiinhaiguste Peavalitsus*

Tubakasuitsetamine ja sellest loobumine on
suurel määral tingitud kohalikust elulaadist
ja tavadest, rahva teadlikkusest, haridustase-
mest ja rahva suhtumisest suitsetamiskom-
besse ning sellealasest teabest üldse. Seetõttu
oleks ebaotstarbekohane anda mis tahes täp-
seid soovitusi, tundmata rahvuslikke iseära-
susi ning suitsetamise osa rahva elulaadis ja
kommetes.

Хроника ВОЗ, 1979, 11—12.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.61-008.64-08

PELGULINNA HAIGLA TEHISNEERUOSAKOND

PEETER URM · TALLINN

kunstlik neer, näidustused, ravi

Mitmete neeruhaiguste ning neerukahjustuste korral kahjustub neerude funktsioon sedavõrd, et konservatiivne ravi jääb sageli vähe mõjusaks ning me oleme sunnitud kasutama kunstlikku neeru.

Kuigi kirjanduses kestab diskussioon kunstliku neeru kasutamise (kroonilise neeruhaiguse terminaalfaasis) ning hemodialüüsi mõjususe üle teatud haiguste puhul, on tendents siiski ühesuunaline: hemodialüüsi näidustuste järkjärguline rohkenemine ning vastavalt sellele kunstliku neeru üha laialdasem kasutuselevõtmine. See ongi üks põhjusi, miks Tartu Kliinilises Haiglas töotavale kunstliku neeru osakonnale lisaks rajati kunstliku neeru kabinet ka Tallinna Pelgulinna Haiglas.

Tallinna Pelgulinna Haigla kunstliku neeru kabinet alustas tööd 1978. aasta veebruari lõpul. Kabinetil, praegu osakonnal on kolm hemodialüüsiaparaati АИИ-140. Osakonnas töötab kaks arsti (2,0 ametikohta), 2 õde (3,0) ning sanitar-tehnik (üks ametikoht). Mõlema aasta tööst annab ülevaate tabel.

1978. aastal kateteriseerisime mõnel korral ka alumist õonesveeni, edaspidi loobusime sellest arteriovenoosse šundi

kasuks. Arteriovenoosseid šunte tegime põhiliselt käsivarrele Scribneri üldtunnustatud meetodil. Šundid on enamasti kodumaised. Üksikjuhtudel oleme kasutanud ka USA šunte. Ühe arteriovenoosse šundi keskmine kasutamise aeg on 3...4 nädalat, mis vastab analoogiliste šuntide üleliidulisele keskmisele kasutamise ajale. Šuntoperatsioone teevad osakonna arstid. Hemodialüüsiks kasutame kodumaist tsellofaani. Tallinna veevõrgu vee koostist arvestades oleme välja arvutanud ühe paagi dialüüsivedeliku (120 liitrit) tarvis vajaminevad soolade ja glükoosi kogused (NaHCO_3 318 g; CaCl_2 40 g; KCL 30 g; NaCl 712 g; glükoosi 240 g), mis tagavad dialüüsi alglahuse. Muidugi tuleb meil sõltuvalt haigest nimetatud soolade ja glükoosi kontsentratsiooni dialüüsivedelikus võrdlemisi sageli muuta.

Haigete valik hemodialüüsiks.

1. Kroonilise neerupuudulikkusega haiged. Põhiliseks hemodialüüsiravi näidustuseks on: a) seerumkreatiini väärtused $\geq 9 \text{ mg}\%$, b) vereurea väärtused ≥ 250 , c) jääklämmastik $\geq 150 \text{ mg}\%$. Hemodialüüsiks oleme valinud ka haiged, kellel näitajad on nimetatud väärtustest madalamad ja kellel esineb pikaajaline progresseeruv ureemia koos oluliste nihetega elektrolüütide ainevahetuses.

2. Ägeda neerupuudulikkuse korral on kunstliku neeru kasutamise näidustuseks juhud, kui konservatiivse või kirurgilise raviga (dehüdratatsiooni likvideerimine, elektrolüütide düsbalansi korrigeerimine, hemodünaamika stabiliseerimine, uriini äravoolu takistuse kõrvaldamine jne.) tõhusat diureesi ei õnnestu taastada ning kui ureemia progresseerub (jääklämmastik $\geq 150 \text{ mg}\%$).

Erilise rühma moodustavad haiged, kellel on äge mürgitus. Diklooretaani-, tetrakloorsüsiniku-, etüleenglükooli-, metanooli- ja muude mürgituste puhul on hemodialüüs ainus mõjus ravivõte.

Ägeda neerupuudulikkuse all kannatavate haigete ravi on Tallinna Pelgulinna Haigla kunstliku neeru osakonnas võrdlemisi komplitseeritud, sest puu-

Tabel. Pelgulinna Haigla tehisneeruosakonna tegevus

Hemodialüüsid Haiged	1978. a.		1979. a.	
	arv	%	arv	%
Hemodialüüse kokku,	76	100	108	100
neist kroonilise nee- rupuudulikkuse korral	65	85,5	88	81,5
Haiged kokku,	17	100	13	100
sealhulgas kroonilise neerupuudulikkusega haiged	11	64,7	9	69,2
ägeda neerupuudu- likkusega haiged	6	35,3	4	30,8

dub võimalus kasutada reanimatsiooni-
palatit. Oleme rakendanud ka perito-
neaaldialüüsi 3 haigel. Nad ei olnud küll
sügavas ureemias, kuid neil esinesid ula-
tuslikud anasarka tüüpi tursed. Perito-
neaaldialüüsil on asoteemiat vähendav
efekt üpris tagasihoidlik. Kasutame Sak-
sa FV stilettperitoneaalkateetrit.

Hemodialüüsravi vastunäidustused.

1. Haigused, mis on tüsistunud neeru-
puudulikkusega ning mille korral he-
modialüüsi raviefekt on tühine ning ei
mõjuta prognoosi (näiteks vähktõbi,
maliigne hüpertooniatõbi, osa kollage-
noose jne.).

2. Haige kriitiliselt raske üldseisund
(rasked hemodünaamikahäired, mao-
sooletrakti verejooks, raske hingamis-
puudulikkus, ajuturse jne.), mil hemo-
dialüüsravi rakendamine viiks kiirele
letaalsele lõppele. Siiski ei ole absoluut-
set piiri siingi. Kui kriitiline seisund on
põhjastatud ureemiast, rakendame ka
siin hemodialüüsi (elulistel näidustus-
tel).

Ravi. Optimaalseks hemodialüüsi kes-
tuseks peetakse kuus tundi. Haige raske
üldseisundi korral võib hemodialüüsi-
seanss olla ka lühem, 3...4 tundi.
Kroonilise neerupuudulikkuse tõttu te-
hakse sügavas ureemias olevale haigele
algul mitu hemodialüüsi järjest (iga
päev üks). Kui seisund on stabilisee-
runud, töötatakse iga haige jaoks välja
individuaalne hemodialüüsravi skeem.
Sõltuvalt ureemia dünaamikast on ette

nähtud tavaliselt 2...3 hemodialüüsi
nädalas. Paralleelselt jätkub konserva-
tiivne ravi (vererõhu tõusu puhul hüpo-
tensiivsed vahendid, põletikuvastased
preparaadid, immunosuppressandid, he-
mopoeesi stimuleerivad vahendid, vita-
miinid, südamevahendid jne.). Kui kroo-
nilise neerupuudulikkuse korral jätkub
hemodialüüsravi tavaliselt kuni letaalse
lõppeni või tõhusa neerusiirdamiseni,
siis ägeda neerupuudulikkuse korral
lõpetatakse hemodialüüs efektiivse diu-
reesi taastumisel. Parimaid tulemusi
oleme saanud ägeda neerupuudulikkuse
ravis. Kroonilise neerupuudulikkuse all
kannatavate haigete ravi tulemuste
näitajaks võiks tinglikult pidada kesk-
mise ja maksimaalse hemodialüüsi arvu
muutusi ühe haige kohta nimetatud aast-
tail. Kui 1978. aastal tehti ühele krooni-
lise neerupuudulikkuse all kannatavale
haigele keskmiselt 5,9 hemodialüüsi ja
maksimaalne hemodialüüsi arv ühel
haigel oli 18, siis 1979. aastal vastavalt
9,78 ja 38. Samal ajavahemikul on hai-
geid ette valmistatud ka neerusiirdami-
seks. Haiged on edasi saadetud Tartu,
Minski, Vilniuse ja Moskva neerukes-
kustesse.

Kokkuvõte. Kunstliku neeru kasutu-
selevõtmine Tallinnas on end õigustan-
nud. Ent täiustamist vajaksid veel mit-
med aspektid, nagu intensiivravipalati
rajamine ning moodsa aparatuuriga va-
rustamine.

Kasutatud kirjandus: 1. Chang, A., Bent,
P. Dialys. Transplant., 1975, 3, 615—621. —
2. Curtis, I. R., Eastwood, I. B., Smith, E. K.
Dialys. Transplant., 1976, 4, 721—735. —
3. Egges, U., Blumberg, A., Marti, H. R. Clin.
Nephrol., 1973, 2, 221—234. — 4. Evans, D.
Practitioner, 1978, 6, 893—909. — 5. Marshall,
P., Fichman, M. D. Dialys. Transplant., 1976,
4, 742—759. — 6. Merrice, J. P., Hampers, C. L.
New Engl. J. Med., 1970, 4, 511—525. — 7.
Parsons, V. Practitioner, 1978, 6, 871—877. —
8. Robinson, B. H. Practitioner, 1978, 6,
881—890.

9. Ермоленко В. М. Терминальная уре-
мия у больных на регулярном гемодиализе.
Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1974.
— 10. Соловьев Г. М. Хроническая почечная
недостаточность и трансплантация почек.
Диссертация. М., 1971.

Tallinna Pelgulinna Haigla

Mõtte- vahetus

UDK 616-053.8-07(049.3)

TÄNASE TERAPEUTILISE HAIGE KLIINILISED ISEÄRASUSED

NATAN ELSTEIN · TALLINN

terapeutiline haige, kliinilised iseärasused, närvisüsteemi funktsionaalsed häired, allergoosid, rasvumine, kroonilised nakkuskolded, tunnuste atüüpilisus

Tänase patsiendi psühholoogia muutustest on viimaste aastakümnete jooksul küllalt palju kirjutatud. Samal ajal aga ei ole ilmunud uurimusi, milles oleks antud hinnang tänase haige kliiniliste üldiseärasuste kohta. Sellel ei ole hoopiski mitte ainult teoreetiline tähendus. On hästi teada, et meditsiini spetsialiseerumise tõttu kaugeneb arst haigest, mis omakorda toob kaasa selle, et ta ei suuda haiget terviklikult mõista. Lõppkokkuvõttes kahjustab see diagnoosimise ja ravi kvaliteeti.

Püüame analüüsida ja esile tuua tänase haige neid iseärasusi, mis oma laadilt ei kuulu kindlalt mõne teatava sisehaiguse tüüpiliste tunnuste hulka.

Esmajoones tuleb esile tõsta haiguste rohkust, mis on tänase haige eripära. See tuleneb kahest põhjusest: keskmise eluea pikenemine (s. o. rahvastiku vananemine) ja üha kasvav krooniliste haiguste hulk. Ehkki paradoksaalne, kuid mõlemad põhjused on meditsiini progressi peegeldus: inimesed jäävad ellu pärast raskete ägedate haiguste põdemist, mille kulg sageli muutub krooniliseks, ning kõrges vanuses ealised degeneratiivsed haigused ju sa-genevad.

Juba varem ilmunud kirjandusest (28) on teada, et vastavalt inimese vanusele rohkeneb tema haiguste arv. Gerontoloogide hinnangu kohaselt on üle 60 aasta vanustel patsientidel polikliiniliste uuringute alusel vähemalt kolm haigust. Üle 65 aasta vanuste ambulatoorsete haigete jälgimisel saadud andmeil (7) on meestel keskmiselt 4,3 ja naistel 5,2 haigust. Kuid need andmed on toodud vaid väikese osa eakate kohta (27). Ilmekad on Tallinna geriaatriakabineti andmed. Kompleksselt uuriti 645 üle 60 aasta vanust patsienti, kellest täiesti terveks tunnistati vaid 6%, enamikul uurituil tehti kindlaks mitmesugused koosinevad haigused (24).

Paljusid niisuguseid haigusi ei saa käsitada kui gerontoloogia ja geriaatria kitsast valdkonda. Terapeudid on enam-vähem teadlikud haiguste vastastikusest mõjust ning ka sagedamaist koosinemise kombinatsioonidest: sapikivitõbi ja südame isheemiatõbi, krooniline mitespetsiifiline kopsuhaigus ja maohaavandtõbi, emakamüoom ja müokardiopaatia, glaukoom ja hüpertooniatõbi, bronhiaalastma ja krooniline ülalõuaurkepõletik. Samuti tunnevad arstid hepatorenaalset sündroomi, *cor pulmonale*'t jt. Samal ajal näitab paljude haiguste vastastikuse mõju põhjalik uurimine seda, et paljutki veel ei teata ning et uusi õpetlikke andmeid tuleb üha juurde.

Sellise näitena toome mõned järeldused ühest uurimusest, milles analüüsiti kaasnevate haiguste mõju müokardiinfarkti kulule (8). Infarktihaigetest põeb $80,5 \pm 1,4\%$ samal ajal ka muid haigusi, sageli mitut. Kaasnevate haiguste väljaselgitamiseks tehtud sihipärase uurimiste tulemusena selgus, et neid haigusi on hoopis 2,5 korda rohkem. Autor jõuab 1672 haigusjuhu analüüsi põhjal järeldusele, et kaasnevad haigused kujutavad endast täiesti iseseisvat tegurit, mis avaldab mõju müokardiinfarkti kliinilisele pildile, kulule ning lõppele nii vahetult pärast haigestumist kui ka haiguse hilisperioodil.

Südameinfarkti akuutsel perioodil on suurim osatähtsus patsiendi vanusel,

seejärel kaasnevatel haigustel. Isegi infarkti kordumise ning laadi (suuruse) osatähtsus on väiksem. Hilisprognoosi määramisel on kaasnevad haigused kolmandal kohal müokardiinfarkti kulu raskuse ja haige vanuse järel.

Seetõttu tuleb terapeutilise haige uurimisel tingimata ka kaasnevad haigused välja selgitada. Selle kohta on tähelepanuväärt andmeid (5); mitme sisehaiguse koosesinemist ühel ja samal haigel on kliinilistel andmetel 3... 8,3% -l, seevastu lahanguandmeil 80% -l. Rõhutagem, et haigestumuse hindamine arsti vastuvõtule pöördumiste alusel on napi informatiivsusega. Hoopis otsarbekam on sagedamini koosesinevaid haigusi uurida nii patogeneetilisest kui ka kliinilisest aspektist.

XX sajand on kaasa toonud neuroosid. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil on neuroosihäigestumus 65 aasta kestel (1974. aastaks) suurenenud 24 korda (14,26). Suurenenud on ka depressioonijuhtude arv, eriti XX sajandi teisel poolel. Psüühiliste haiguste osatähtsust käsitlevas monograafias (4) viidatakse sellele, et erisuguseid kesk-närvisüsteemi funktsionaalseid häireid ja psüühilisi haigusi diagnoositakse 30... 60% -l statsionaarseist ning 50... 80% -l ambulatoorseist haigeist. On tabavalt öeldud (3), et neuroosid ei ole neuropaatoloogia ega psühhiaatria, neuroosid on kogu meditsiin.

Närvisüsteemi talitlushäired on saatjaks kõikidele sisehaigustele. Seejuures on kolm võimalust: neuroos on tingitud siseelundite mitmesugustest talitlushäiretest, sagedamini südame ja veresoonte ning seedeelundite häireist; mitmesugused sisehaigused ise põhjustavad neuroosi; need häired ei ole algul põhjuslikust seoses, kuid hiljem avaldavad vastastikust mõju kummagi haiguse kulule.

Sagedased on neuroosid kroonilisi haigusi põdejail. Meie andmeil on närvisüsteemi talitlushäireid kindlaks tehtud haigla üldteraapiaosakonnas $66,8 \pm 2,7\%$ -l gastroenteroloogilistest haigest, $73,2 \pm 7,0\%$ -l vereringeelundite haigusi põdejatest.

Terapeutide töös ilmneb kahesugune paradoksaalne suhtumine neuroosidesse (29). Kui noore või keskealise patsiendi puhul haiguse diagnoos ei ole selge, püüab arst tavatuid sümptoome või oma diagnostilisi kontseptsioone selektada just närvisüsteemi häirete ilmingutega. Sel moel toimitakse eriti siis, kui haigel neuroosi ilminguid tegelikult on.

Küllalt paljud haiged (reumat, nefroptoosi, endokriinseid haigusi, süsteemset erütematooset luupust jm. haigusi põdejad) läbivad olematu neuroosi ravi okkalise tee enne seda, kui määratakse, sageli küll hilinevalt, haiguse õige diagnoos.

Sageli diagnoositakse polikliinikus neuroosi kui põhihaigust siis, kui ta seda tegelikult ei ole. Ilmneb ka vastupidist tendentsi, eriti haiglas, näiteks sellist: kui pärast haige igakülgset ja põhjalikku uurimist terapeudile lõpuks siiski tundub, et oleks «ebakorrektnel» haige väljakirjutamisel fikseerida üksnes diagnoos «närvisüsteemi talitlushäired». Neid haigeid hospitaliseeritakse harva, nähtavasti põhjusel, et haiglaravile tuleb saata üksnes siis, kui on avastatud orgaanilisi muutusi. Seejuures tõlgendatakse orgaanilisi muutusi kui rasket haigust, neuroosi aga kui kerget, ehkki see kaugeltki nii ei ole. Ning lõpuks, terapeudid ei kujuta endile ette närvisüsteemi funktsionaalsete häirete võimalikke kliinilisi ilminguid. On andmeid (15), et 1548 haigest, kellel neuroos oli põhihaigus, jäi see arstide poolt 78% -l juhtudest diagnoosimata.

Sümptoomide trakteerimine üksnes funktsionaalsete häirete tunnustena on äärmiselt vastutusrikas ülesanne.

Ning siiski, kui palju stenokardia, kroonilise kolestüstiidi, kroonilise tsüstiidi ja kroonilise kõhukinnisuse all kannatavaid haigeid ravitakse tulemuseta üksnes seetõttu, et unustatakse ära ravialuse psüühiline ja psühholoogiline seisund.

Rõhutagem, et linna polikliinikus ravitavaist neuroosihäigest on vaid 37,3% pöördunud neuroloogi poole (18),

$\frac{2}{3}$ neuroosi põdejaist ravivad peamiselt terapeudid.

Kahjuks ei ole paljud internistid hästi tuttavad neurooside nomenklatuuriga, nende erivormide diferentsiaal-diagnoosimisega, neurooside psühhoteraapia ja füsioteraapiaga, samuti medikamentoose ravi individualiseerimise põhimõtetega. Ühtedel juhtudel diagnoositakse kõigil haigeil neurasteeniat, teistel juhtudel aga vegetodüstooniat, psühhasteeniat, hüpohondriat.

Terapeutide ettevalmistus ei ole küllaldane seksuaalpatoloogia alal, millel on otsene ja tihe seos närvisüsteemi talitlushäiretega. I. Šetšenovi arvamus oli, et naistel on üheksal juhul kümnest neuroosi tekkepõhjus seoses seksuaalsfääriga. Ka meestel on neuroosi ja eesnäärme patoloogia vastastikune seos küllalt sage. Ei ole juhuslikult käibele võetud termin «genitaalne neurasteenia».

Ameerika Ühendriikides loetakse tulevastele arstidele psühhiaatriat juba esimesest kursusest alates. Jaapanis algab statsionaarse haige ravimine meditsiinipsühholoogi soovitustega. Kahjuks ei ole meil neid küsimusi isegi terapeudi käsiraamatus valgustatud.

Sajandi tähtsaks meditsiinilis-sotsiaalseks probleemiks on rasvumine. On arvamus (2, 6), et sellest tulenevatest tagajärgedest lüheneb inimese elu kaks korda rohkem kui pahaloomuliste kasvaja tõttu. Ehkki ülekaalulisus kujuneb koos inimese vananemisega (eriti pärast 35...40. eluaastat), täheldatakse ülekaalulisi üha sagedamini ka noorte hulgas. Majanduslikult arenenud riikide täiskasvanud elanikest on 30% ülekaalulisi, kusjuures nende kehakaal on normist suurem 20% või enam (1). NSV Liidu mitmete oblastite elanike epidemioloogiliste uurimiste andmeil (10) on ülekaalulisus neist 24%-l ja rasvumine 26%-l.

Eesti NSV rahvastiku eri rühmade uurimise andmeil on ülekaalulisi 18...39% uurituist, maal elavate naiste hulgas kaks korda sagedamini kui meeste hulgas, kusjuures vanuserühmas 50...

60 aastat oli iga kolmas naine ülekaaluline (12).

Tallinna Harjumäe Haigla andmeil oli terapeutilistel haigetel tehtud kindlaks rasvumine eri staadiumis $21,0 \pm 1,7\%$ -l meestest ja $40,9 \pm 2,0\%$ -l naistest. Kuid raviaruuste väljakirjutamisel oli kliiniliste diagnooside hulgas rasvumine fikseeritud vastavalt 2,1 ja 2,6 korda harvem, s. o. $9,9 \pm 1,1\%$ -l ja $15,5 \pm 1,2\%$ -l juhtudest. Nende andmete kõrvutamine näitab ilmekalt terapeutide suhtumist selsse. Kui rahvastik suhtub rasvumisse üksnes esteetilisest aspektist, siis arstid tegelevad üksnes III—IV staadiumi rasvumisega või rasvumise endokriinsete vormidega.

Terapeutidega vesteldes on ilmnenu, et paljudel neist ei ole selget ettekujutust, millised muutused arenevad rasvumise korral vereringe-, seede-, hingamis- ja neerudes ja kuseteedes, vereloomes, liigestes ja lihastes ning närvisüsteemis. Kõik see viib selleni, et sageli ravitakse haiget kroonilise kõhukinnisuse, suhkurtõve või vereringe puudulikkuse tõttu, kuid ei võeta midagi ette rasvumise vastu ega juhita haige tähelepanu selle kahjulikkusele. Üha enam mõjutab rasvumine refraktaarsust, s. o. vähendab ravi tõhusust.

Mitte vähem väärrib tähelepanu allergia. Enamik autoreid arvab, et selle all kannatab 10% elanikest (9). Terapeudi vastuvõtule tulnute hulgas on see näitaja veelgi suurem. Üha sagedamini kindlaks tehtav teatavate toitade talumatus tugineb $\frac{1}{4}$ -l juhtudest allergiliste mehhanismide tegevusele (23), bronhiaalastma on $\frac{2}{3}$ -l juhtudest allergilist päritolu, allergia osatähtsus suureneb maksa-, neeru-, südame-, liigese- ja soolehaiguste tekkepõhjuste reas.

Allergeenidest on tähtsamad olmes kasutatavad kemikaalid ja ravimid. Pahatihti ei pööra arstid sellele tähelepanu anamneesi kogumisel. Raviainete toime kõrvalmõjude uurimise üleliidulise keskuse andmeil on 70% medikamentoose patoloogia juhtudest allergilise päritoluga (20). Niisama puudulikult arvestatakse allergia osa sisehaiguste puhul, mil haigust ei saa arvata aller-

gooside hulka (näiteks krooniline hepatiit, koronariit jt.).

Tänase haige üks iseärasusi on ka krooniliste nakkuskollete esinemisrõhk. Probleem ei ole uus, selle kohta on ilmunud mitmeid kapitaalsete töid (11, 13, 16, 22), ning tundub, et see tõuseb üha rohkem päevakorrale. Nähtavasti etendab selles osa organismi muutuv reaktiivsus, sageli ka antibiootikumide vähe motiveeritud kasutamine, mistõttu nakkuskoldeid ei likvideerita. Nakkuskolled paiknevad eelkõige kurgumandlites, hammastes, ninakõrvalurkeis, kuid ka teisi lokalisatsioone ei tohi alahinnata, näiteks paiknemist emakamanustes, eesnäärmes, sapiteedes või mujal.

Krooniliste nakkuskollete esinemisageduse väljaselgitamiseks uurisime 298 terapeutilist statsionaaris ravil olevat haiget, kes enne haiglaravi olid vähemalt aasta olnud dispanseersel jälgimisel. Neist $64,0 \pm 2,8\%$ -l oli nakkuskoldeid kurgumandlites, ninakõrvalurkeis, genitaalides või teistes elundites. Sihipärane kompleksuurimine suurendab nakkuskollete leidmise protsendimäära veelgi. Maohaiguste, peamiselt kroonilise gastriidi korral oleme leidnud odontogeenseid, harvem tonsillaarseid nakkuskoldeid $56,0 \pm 3,1\%$ -l, mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve puhul $56,5 \pm 7,3\%$ -l. U. Josia tegi ankeetküsitluse põhjal (17) kindlaks, et gastroenteroloogilisi kaebusi esitanud naispatsientidest põeb $56,0 \pm 7,0\%$ peamiselt põletikulist laadi suguelundite haigusi. Tallinna Vabariiklikus Haiglas kroonilise kopsupõletiku tõttu ravil viibinud 200 haigest diagnoositi $52,5\%$ -l kroonilist ülalõuaurkepõletikku, frontiiti ja otiiti (21). Samuti Tallinnas ägedat glomerulonefriiti ja ägedat püelonefriiti põdenute dispanseerimisel leiti kroonilisi nakkuskoldeid vastavalt 76% -l ja $57,8\%$ -l dispanseerituist (19).

On ilmunud palju publikatsioone kroonilise tonsilliidi mõjust südamele, parodontoosi ja hambakaariese mõjust maole, kroonilise haimoriidi mõjust bronhiaalastmale. Rõhutagem ka krooniliste nakkuskollete osa haiguse üldtun-

nuste tekkes: suurenenud väsimus, subfebriilne kehatemperatuur, liigese- ja lihasevalu, rohkenenud higieritus, unehäired, peavalud, südamealutluse häired (südameklappimine, rütmihäired jm.). Koldenakkuse maskiks võib olla neuroos, ehkki need võivad ka koos esineda. Haigete seisund halveneb kehalisel pingutusel ja eriti ilmamuutuste aegu. Kroonilisele koldenakkusele on iseloomulik kiirenenud settereaktsioon, siaalhappesisalduse suurenemine, C-reaktiivse valgu ilmumine, proteino grammi muutused, patoloogilised muutused uriini koostises. Saksa teadlased on kasutusele võtnud termini *Herdkrankheit* (koldenakkushaigus).

On oluline, et paremini tuntaks kroonilistest nakkuskolletest põhjustatud kliinilisi ilminguid, mikrosümptome, haiguse «maski». Kroonilise nakkuskolde avastamisel on palju objektiivseid ja subjektiivseid raskusi, sest kohalike põletikunähte alati ei kaasne. Haimoriidi puhul võib nahu mitte olla, kroonilise koletsüstiidi korral võib valu roietekaare piirkonnas samuti puududa. On andmeid (25), et odontogeensete nakkuskollete korral oli vaid $12,7\%$ -l juhtudest väliseid põletikunähte.

Nakkuskolled esinevad harilikult koos: tonsilliit ja koletsüstiit, parodontiit ja haimoriit, koletsüstiit ja metriit jne.

Nakkuskollete saneerimisel on vaja terapeudi järjekindlust. Võib tavaliseks pidada, et otorinolarüngoloogid või günekoloogid ei märka seoseid kiirenenud settereaktsiooni ja kroonilise tonsilliidi või adeneksiidi vahel. Ka terapeudid ise jälgivad haigeid aastate kestel nn. tonsillaar-kardiaalsündroomi tõttu, kuid ei võta midagi ette kurgumandlite eemaldamiseks, või, dispanseerides haavandtõbe põdejaid, ei vaevu tähelepanu pöörata hammaste seisundile.

Viimane iseärasus, mida peab esile tõstma ja mis tuleneb eespool toodust, on haiguste kliinilise pildi atüüpilisus, haiguse pühkunud tunnused. Alles mõnda aega tagasi esitati järgmisi haigusi kui klassikaliste sümptomidega noloogilisi vorme: krupoosne kopsupõletik

ja haavandtöbi, reuma ja septiline endokardiit, difuusne glomerulonefriit ning tuberkuloos jt. haigused.

Ühtedel juhtudel on tegemist ravimite toimel arenenud muutustega, teistel juhtudel annab end tunda organismi muutunud reaktiivsus, kolmandatel juhtudel tuleb kõne alla erisuguste haiguste koosesinemine, mis toob endaga kaasa sümptomide kihistumise ja mosaigi.

Niisiis on otstarbekas esile tõsta tänase terapeutilise haige kuus kliinilist iseärasust, mis sageli üksteist mõjutavad: haiguste rohkus, närvisüsteemi talitlushäirete, allergooside, rasvumise, krooniliste nakkuskollete suur esinemis-sagedus, paljude haiguste kliiniliste ilmingute atüüpilisus ja haiguste pühkunud tunnused.

Tänase terapeutilise haige kliinilistele üldiseärasustele peaks eriti tähelepanu pöörama terapeutide ettevalmistamisel ja nende teadmiste täiendamisel.

KIRJANDUS: 1. Braunstein, J. J. Med. Clin. North Am., 1971, 1, 391—402. — 2. Fekete, T. Viata med., 1979, 6, 247—252. — 3. Hatieganu, I. Clinică și patologie medicală. Probleme și lecții. Vol. II. București, 1958. — 4. Imboden, J. B., Urbaitis, J. Ch. Practical Psychiatry in Medicine. N. Y., 1978. — 5. Pusch, H.-J., Franko, H. Fortschr. Med., 1979, 13, 611—614. — 6. Ries, W. Experimental Gerontology, 1974, 3, 145—149. — 7. Störmer, A. In: Schwerpunkte in der Geriatrie. München, 1972, 14—24. — 8. Volozh, O. In: Proceedings of Florence International Meeting on Myocardial Infarction. Vol. II. Amsterdam, 1979, 869—870.

9. Адо А. Д., Богова А. В. Эпидемиология аллергических заболеваний. Научный обзор. М., 1975. — 10. Бейл Е. А. Тер. арх., 1979, 12, 123—123. — 11. Бочоришвили В. Г. Патология внутренних органов у больных ангиной и хроническим тонзиллитом. Л., 1971. — 12. Вагане Э. П. Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР. Таллин, 1976. — 13. Вальдман В. А. Затяжные гипертермии и латентные инфекции. Л., 1949. — 14. Вейн А. М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. М., 1974. — 15. Возгралик В. Г. Клинические лекции по внутренним болезням. Горький, 1964. — 16. Грыз М. Г. Хронический тонзиллит и заболевания почек. М., 1967. — 17. Иосия У. И. В кн.: Вопросы практической гастроэнтерологии. Вып. 2. Таллин, 1974. 40—42. — 18. Ковалевская Г. В. В кн.: Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. М., 1967, 311—335. — 19.

Кюннату С. И., Пюель Л. Л. В кн.: Диспансеризация и специализация медицины. Таллин, 1975, 46—49. — 20. Лопатин А. С. В кн.: Побочное действие лекарственных средств. М., 1976, 11—17. — 21. Мардна А. Э., Юске А. Х., Альбова Г. Е., Тоотс Р. Р. Врачебн. дело, 1964, 10, 13—17. — 22. Матвейков Г. П. Тонзиллогенные поражения сердца. Минск, 1974. — 23. Югаллер А. М. Аллергия и хронические заболевания органов пищеварения. М., 1975. — 24. Ранд В. А. В кн.: Специализация и внутренние болезни. Таллин, 1971, 43—44. — 25. Сененко А. М. Сердце и очаговая инфекция. Л., 1973. — 26. Хананашвили М. М. Информационные неврозы. Л., 1978. — 27. Чеботарев Д. Ф. Гериатрия в клинике внутренних болезней. Киев, 1977. — 28. Эльштейн Н. В. Терапевты и специализация медицины. Таллин, 1973. — 29. Эльштейн Н. В. Клин. мед., 1977, 5, 142—146.

*Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut
Eesti NSV Tervishoiuministeerium*

Suitsetamine lühendab eluiga. Tänapäeval on tubakasuitsetamine niisama kaalukas surma põhjus kui minevikus laialdased epideemiad. Paljud riigid on säärase suitsetamisepidemia vastu võitlust alustanud, võttes appi seadusandluse. Parim tõestus, et palju surmajuhte on tingitud just suitsetamisest, on suremuse vähenemine suitsetamisest loobunute hulgas. On prognoositud, et vähktõvest põhjustatud surmajuhtude arv väheneks 25% võrra, kui suitsetamisest loobutaks. Kuid surmajuhtude arv suitsetamisest põhjustatud haiguste tagajärjel paljudes arengumaades järjest suureneb. Eriti ilmne on niisugune tendents olnud viimastel aastatel. See rõhutab veel kord suitsetamisest hoidumise erakordset tähtsust.

Suitsetajatel täheldatakse mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõbe kaks korda sagedamini kui mittesuitsetajatel. On kindlaks tehtud, et suitsetamine kiirendab mao tühjenemist, s. o. toidumasside edasilükkumist seedetraktis. See võibki etendada tähtsat osa kaksteistsõrmikuhaavandi patogeneesis, samuti pidurdada haavandtõve ravimist.

Хроника ВОЗ, 1979, 11—12.

Sanitaar- haridustöö

UDK 614

MÕTTEID TERVISHOIU- MUUSEUMI ÜMBER

HEINO GUSTAVSON · TALLINN

eellugu, eelkäijad, mõningaid tänapäevaprobleeme

Et vaenlast võita, ei piisa üksnes heast tahtest. Vaja on osata võidelda, vaenlast ja tema võtteid tunda. Eks ole see tõde kehtiv ka tervishoius. Just niisugune ülesanne langeb sanitaarharidustööle. Me teame, et nii mõnestki inimkonna vaenlasest on võimaldanud jagu saada alles üldrahvalik haridustaseme tõus, milleks ainuüksi spetsialistide teadmistest ei oleks piisanud.

Üks sanitaarharidustöö efektiivsemaid liike on näitlik propaganda — näitused ja muuseumid. Monotoonne loeng suitab, ilmetu brošüür nüristab tähelepanu. Väljapanekud aga võivad olla üsnagi köitvad. Vanaarahvaski ütleb, et oma silm on kuningas.

Juba 1921. a. asutati Tartus Eesti Arstideseltsi Liidu algatusel Eesti Tervishoiu Muuseum, mille ekspositsioon avati 1924. a. lõpul ajutistes ruumides. Päris oma maja osteti 1928. a. ja külastajaid hakati seal vastu võtma järgmise aasta aprillis. Et ka tallinlased väärt ettevõtmisest osa saaksid, rajati Tallinnas 1928. a. märtsis muuseumi filiaal.

Eesti Tervishoiu Muuseumi eesmärk oli «võimalikult kõikide tervishoiualade rahvalik-näitlik käsitlemine, õppevahendite soetamine ja laenamine*, rahvaliku

tervishoiulise kirjanduse väljaandmine, rahvalikkude loengute korraldamine, rahvameditsiini kogumine jne.» («Eesti entsüklopeedia», II, lk. 834). Erakordse innu, hoole ja asjalikkusega juhtis muuseumi arst V. Sumberg. Ekspositsioon oli metoodiliselt laitmatu. Selle kohta vaid üks näide: ühes Tartu muuseumiruumis oli lae all kahe pika klaasplaadi vahel mitme meetri pikkune paeluss, samas võis lugeda, kuidas säärasest hoiduda.

Eesti Tervishoiu Muuseumi tegevussuunas oli nii muuseumi kui ka sanitaarharidusasutuste komponendid. Üsna tagasihoidlikku nihet võis märgata ka meditsiiniajaloo poole, seda aga põhiliselt rahvameditsiini osas. Ometigi ei ole saladus, et põnevad ajaloo faktid võivad kujuneda küllalt olulisteks tähelepanuväärseteks. Eesti Tervishoiu Muuseumil ei jätkunud jõudu Eesti meditsiiniajalukku tungimiseks. Küll aga tegi professor A. Valdes 1938. a. ettepaneku asutada Tartu ülikoolis arstiteaduse ajaloo muuseum koos arhiiviga, professor H. Normann aga soovitas 1940. a. rajada ülikooli juures koguni arstiteaduse ajaloo instituudi. Paraku jäid mõlemad head kavatsused sõja tõttu katki. Oleme siin kasutanud piltlikku väljendit, sest säilinud on nii põhiosakonna hoone Tartus (praegune Tartu Meditsiiniülikool) kui ka filiaali ruumid Tallinnas (nüüd Vabariikliku Sanitaarharidusmaja osakond), kuid sõja ajal läksid täiesti kaduma kõik muuseumifondid.

Kirjeldatud muuseum ei olnud Eestis otseselt meditsiini alalt siiski ainuke. Arstide kõrval olid oma ala ajaloo jäädvustamisest huvitatud ka farmatseudid. Algas langes 1912. aastasse, mil Paide apteeker O. Brasche annetas 18. sajandist pärineva apteegisisustuse Järvamaa Muististe Säilitamise Seltsile ja see eksponeeriti. Apteegituba on praegugi Koduloomuuseumis. Kompleksse apteegimuuseumi asutamiseks avaldas Eesti Apteekrite Selts üleskutse 1921. a., ta tegi seda korduvalt hiljemgi, kuid vastukajad jäid nõrgaks ja muuseum asutamata.

Sõjajärgsed ülesehitusaastad ei and-

* s. t. laenutamine õppeotstarbeks

nud esialgu mahti meditsiinikallakuga muuseumide rajamisele mõeldagi. Ette jõudsid meie lõunanaabrid, kus 1957. aasta partei ja valitsuse määrus nõudis meditsiiniajaloo muuseumi asutamist. Paul Stradini nimeline Arstiteaduse Ajaloo Muuseum võttis esimesed külastajad vastu aastal 1961. Meie lugejat on sellest informeerinud mõned lühisõnumid ja kaks põhjalikumat artiklit (Gustavson, H. Meditsiini koidikust alates. Pilt ja Sõna, 1965, 9, 20—21 ning Roks, B. Paul Stradini nimeline Arstiteaduse Ajaloo Muuseum Riias. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 2, 149—152).

Esimestena Eesti NSV-s tegid muuseumi rajamisega algust farmatseudid. 1965. a. avaldati üleskutse ja samal aastal võis Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi XII konverentsil juba näha mõningaid laekunud esemeid. Algul hoiti seltsi ajalookogusid (tolleaegne nimetus) Tallinna Tõnismäe apteegis, suurelt jaolt pakituna, kuid alates 1973. a. saadi korralik fondihoidla apteegis nr. 215 Mustamäel. Kinnine ekspositsioon asub Raeapteegi keldris.

EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruses 31. oktoobrist 1968 «Tervishoiu edasise parandamise ja arstiteaduse arendamise kohta vabariigis» oli soovitus asutada Vabariikliku Sanitaarharidusmaja juures ajavahemikul 1971...1975 tervishoiumuuseum. Puhtsanitaarharidusliku külje kõrval nähti ette ka meditsiiniajaloo tutvustamise vajadust. Kaks aastat hiljem pöördus juba eksisteeriv muuseumi nõukogu, millesse kuulusid Tartu ja Tallinna tuntud arstiteadlased, meditsiinitöötajate poole üleskutsega aidata koguda materjali ja lähendada omapoolseid nõuandeid. Rõõmustas mõlema teaduslinna koostöö. (Asutagem tervishoiumuuseum! Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 5, 398). Sellal kogus meditsiiniajaloolane, TRÜ õppejõud V. Kalnin juba potentsiaalseid eksponaate.

Kahjuks kippus hea algatus venima. 1974. aastal tuletas Eesti NSV Ülemnõukogu istungil tervishoiumuuseumi

hädavajalikkust uuesti meelde A. Gavrilov. Kolm aastat hiljem tõstatas küsimuse ajaleht «Sirp ja Vasar». Kuid hea mõte jäi takerduma mõningate organisatsiooniliste tõkete taha. Lõpuks, 14. detsembril 1979. a. andis vastuvõtukomisjon esimesele sanitaarhariduslikule ekspositsioonile, mis oli Tallinna Meditsiinikoolis ajutiselt peavarju leidnud, hea hinnangu. Mõte oli teoks saanud. Rahva huvist annab tunnistust rohke külastatavus. Arvatavasti on suurim mure praegu see, et ruumid on kasutamiseks antud vaid ajutiselt. Tõsi, oma ruumide puudumine köidab muuseumitöötajaid käsist-jalust ning mõjub tööle kindlasti pidurdavalt. Vaevalt rahuldaks ruumide osas ka Kooli t. 15 asuv korter, kunagine Eesti Tervishoiu Muuseumi filiaali asupaik. Palju on kõneldud Tallinna südalinna muutmise muuseumide keskuseks. Ei oskaks ette kujutada paremat paika tervishoiumuuseumi tarvis kui Tallinna vanalinn! Sanitaarharidustöö koonduks kõrgematele, valgusrikkamatele korrustele, meditsiiniajalugu allapoole, hämarusse. Ka külastatavus kindlasti suureneks.

Tõenäoliselt on praegune ruumidealane ebakindlus süüdi ka apteegimuuseumi nõukogu otsuses jääda äraootavale seisukohale ühinemise suhtes tervishoiumuuseumiga. Fondi, mida aastate jooksul on kogutud hoole ja armastusega ning mille hulgas leidub suuri väärtusi, ei taheta anda ajutistesse ruumidesse, kus valve on nõrk ja kus ei ole kindlalt suletavaid vitriine. Pealegi on arhitektuurimälestiste kaitse asutused andnud lootust apteegimuuseumi paigutamiseks lausa ideaalsesse paika — Raeapteegi majja. Meenutagem siiski, et ühinemismõte on liikunud juba ajal, mil praegust tervishoiumuuseumi veel olemaski ei olnud (Gustavson, H. Kas apteegimuuseum või tervishoiumuuseumi farmaatsiaosakond? Nõukogude Eesti Tervishoid, 1971, 6, 467—469).

Tundub, et Tartu arstiteadlased on Tallinna tervishoiumuuseumist pisut kõrvale jäänud. Ometigi oli idee neile veel mõni aeg tagasi südamelähedane.

Arvatavasti peitub peapõhjus 1979. a. asutatud TRÜ Ajaloo Muuseumis, kuhu arusaadavalt kuuluvad ülikooli arstiteaduskonna ning seal õppinud-töötanud korüfeede materjalid. Olukorrast tuleb aru saada ja leida võimalusi sõbralikuks kokkuleppeks kahe muuseumi vahel, et ka Tallinnas oleks kas või pisutki võimalik eksponeerida lõiku Tartu arstiteaduskonna minevikust kui tähtsaimat Eesti meditsiiniajaloo.

Jõuamegi välja kriitilisena tunduva probleemini: kust nüüd enam võtta meditsiiniajaloolist materjali, sest aeg, sündmused ja inimesed on teinud oma töö. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Teadusraamatukogu ja TRÜ Teadusraamatukogu haruldaste raamatute ning käsikirjade osakond on usinasti muretsenud trükiseid, käsikirju, fotokogusid ka meditsiini alalt. Muuseumifondides hoitakse haruldasi instrumente. Juba sellises väikemuuseumis nagu Mahtra Talurahvamuuseum leidub mitmeid kupukirveid ja -snepreid, fotosid Tallinna meditsiiniajaloo teemal jms.

Kindlasti aitab eksponaatide kogumisele kaasa Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja O. Tamme ringkiri (21. augustist 1980) tervishoiuasutustele, mis on üleskutse meditsiinialaosalaste muuseumifondide täiendamiseks. Tahaks loota, et see pisutki tulemusi annab. Niisiis on probleemidest kesksel kohal ruumid, eksponaadid, suhted teiste muuseumidega jne. *Non est ad astra mollis e terris via!* Õnneks on vastse muuseumi töötajail head tahet, usku paremasse. Et tegemist on ikkagi erakordselt vajaliku asutusega, seda peaksid mõistma kõik, mitte üksnes otseselt meditsiiniga tegelevad inimesed!

Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse
Ministeeriumi KTB

Eesti NSV Teaduste Akadeemia
Kodu-uurimise Komisjon

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 616(092) Abu Ali ibn Sina

**ABU ALI IBN SINA
(980 ... 1037)**

VIKTOR KALNIN . TARTU

Abu Ali ibn Sina, biograafilised andmed, tema meditsiinipärand, «Arstiteaduse kaanon»

UNESCO otsusega tähistatakse käesoleval aastal laialdaselt kogu planeedil Oriendi suure õpetlase-entsüklopedisti Abu Ali ibn Sina (Avicenna) tuhandeaastast sünnitähapäeva. Ta oli keskaja üks tähtsamaid ja maailma ajaloos üks silmapaistvamaid arste.

Ibn Sina sündis Buhhaara lähedal Afšani külas maksukoguja peres. Buhhaara kujutas X...XI sajandi piiril endast suurt ja rikast feodaalriiki Kesk-Aasias. Hariduse omandas ibn Sina Buhhaaras, kus tema üldteaduslikus ja meditsiinialases ettevalmistuses etendas suurt osa Samaniidide rikkalik raamatukogu. Muutunud poliitiliste tingimuste ajal sattus ibn Sina 1000. aasta paiku naaberriiki Horezmi. Selle pealinnas Gurgendžis (praegu Urgentš) oli šahh Mamun asutanud «akadeemia», mis koondas silmapaistvaid Kesk-Aasia teadlasi (Biruni jt.). Gurgendžis ja Buhhaaras olid olemas Hippokratese, Galenuse ja teiste kuulsate meedikute ja filosoofide tööd. Siin saigi ibn Sinast silmapaistev arstiteadlane. Uued poliitilised sündmused sundisid teda 1017. a. Horezmist põgenema. Tema edasine elu kulges rändamises linnast linna, seejärel teaduslikus ja praktiseerivas arsti-

tegevuses Iraanis — Isfahanis ja Hamadanis. Mõnda aega oli ta ka ministriks. Ibn Sina suri 57 aasta vanuses Hamadanis, seal on ka tema hauasamba kohale 1954. a. püstitatud uus, monumentaalne mausoleum (3, 4).

Ibn Sina jättis tulevastele põlvedele palju töid (kuni 300) eri teadusaladelt. Meditsiinalaseid töid on praegu teada üle 20. Kõigile töödele on omased jaatav hoiak, püüd välja selgitada paljude nähtuste veel tundmatud põhjused, uurimiste eksperimentaalne meetod. Filosoofilistes vaadetes lähtus ibn Sina põhiliselt Aristoteelse õpetusest, astudes välja materialistlike ideede adeptina. Ta pidas olemist objektiivseks ja materiat igaveseks, tunnistas maailma tekkimist emanatsiooni teel, kuid mitte jumala tahtel, vaid vääramatust loomulikust paratamatusest. Seetõttu jälgitas muhameedi vaimulikkond ibn Sinat elu lõpuni. Ka pärast surma püüti tema õpetust kummutada ja halvustada, tema tööd aga kästi avalikult põletada kahel korral, nimelt 1160. aastal Bagdadis ja 1260. aastal Isfahanis.

Ibn Sina loomingut krooniks peetakse «Arstiteaduse kaanonit», mis on kirjutatud aastail 1012...1023. Teos sai tunnustuse osaliseks mitte ainult Idas (araabia keeles «Al-Kanun fit-tib»), vaid enam kui 600 aasta vältel oli ta põhiliseks meedikute õppevahendiks, teaduslikuks ja praktiliseks käsiraamatuks Euroopas («Canon medicinae»). Esimene käsikirjaline ladinakeelne tõlge pärineb XII sajandist, esimene trükiväljaanne aga 1472. aastast. «Kaanoni» inkunaafileid, esitrükiseid on teada vaid 15. XVI sajandil ilmus veel kakskümmend väljaannet ladina ja üks vanaheebrea keeles. Üldse on teda välja antud üle 40 korra täies ulatuses ning hulk kordi fragmentidena (2). Seega väljaandmise sageduselt võistles ta piibliga. Araabiakeelsest originaalist «Kaanoni» tõlke täielikku teaduslikku kommenteeritud väljaannet uutesse keeltesse ei ole suudetud teha üheski riigis, välja arvatud NSV Liit, kus Usbeki NSV Teaduste Akadeemia Orientalistika Instituut Taškendis andis selle vene ja

usbeki keeles välja aastail 1953...1960 (1). Praegu kirjastab Usbeki NSV Teaduste Akadeemia kirjastus «Fan» ibn Sina «Arstiteaduse kaanoni» teist, ümbertöötatud ja täiendatud fundamentaalset väljaannet.

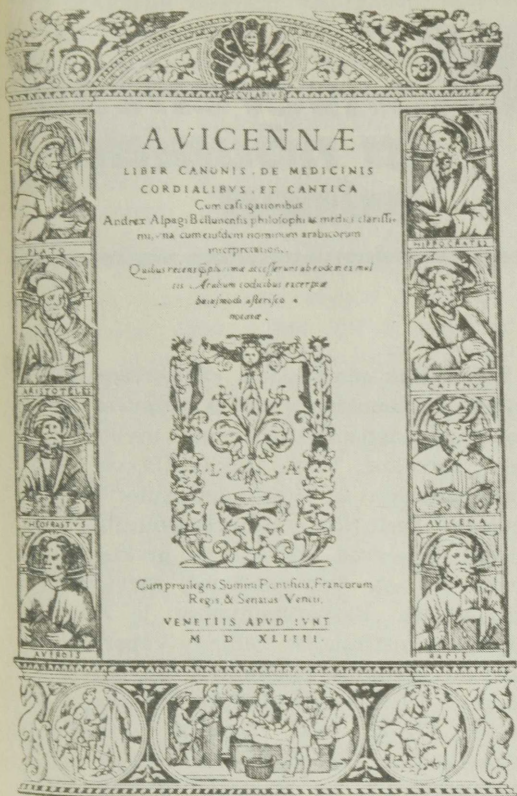
«Arstiteaduse kaanonisse» on kogutud mineviku meditsiini rikkalik pärand ja õpetlase isiklike kogemuste ning omaenda vaatluste tulemused. «Kaanon» kujutab endast tervet entsüklopeediat, milles ammendava täiuslikkusega oma aja teadmiste piires käsitletakse kõike, mis käib terve ja haige inimese kohta.

«Kaanon», mis koosneb viiest raamatust, tõi ibn Sinale ülemaailmse kuulsuse. Esimene raamat käsitleb meditsiiniteooriat. Teises kirjeldatakse lihtsaid raviaineid ja nende toimimise viise. Kolmas sisaldab küsimusi üksikute haiguste uurimise ja ravimise alalt. Käsitletakse pea-, kõrva-, nina- ja keelehaigusi elundite järgi. Neljandas raamatus kirjeldatakse üldhaigusi, kusjuures eriti palju ruumi on jäetud kirurgiale, palavikule ja üksikutele nakkushaigustele. Viiendas raamatus tutvustatakse liitravimeid, mürke ja vastumürke (1).

Ibn Sina arvas, et arstiteadus «uurib inimkeha nii terves kui ka haiges seisundis. Kuid selle uurimise lõppeesmärgi, nimelt tervise säilitamise ja haiguse peatamise seisukohalt peavad meditsiinil olema ka teised meetmed. Meetmeteks on siin söögi ja jookide otstarbekas kasutamine, õhu õige valik, rahu ja liikumine, medikametoosne ja kirurgiline ravi». Ta arvas, et tuleb ravida mitte haigust, vaid haiget, seejuures on ravi vaja individualiseerida (2).

Suurt tähelepanu pööras ibn Sina tervishoiule ja haiguste vältimisele. Paljud tema seisukohad tervise hoidmise eeskirjade, hügieeni, toitumisrežiimi, kehaliste harjutuste kohta on täiesti ratsionaalsed ega ole ka meie päevil oma tähtsust minetanud.

«Kaanoni» teine tugevam külg on haiguste kliinilise pildi täpne kirjeldus. Kliinilise patoloogia olemusest arusaamine ei ole ibn Sina arvates võimalik anatoomia ega füsioloogia tundmiseta. Nuga võib lõikusel kasutada üksnes



«Kaanoni» ühe paleotüüpse väljaande tiitel-
leht (Veneetsia, 1544).

vilunud kirurg, kes põhjalikult tunneb «närvide, veenide ja arterite anatoomiat». Ibn Sina põhjalikud teadmised anatoomia ja patoloogia alal tunnistasid, et ta anatomeeris, ignoreerides keskaegseid eelarvamusi (2).

Ülisuurt tähelepanu pööras ibn Sina haiguste põhjuste väljaselgitamisele. Tema järgi on seitse tervist mõjutavat põhjust: 1) natuuri tasakaalustatus; 2) toidu valik; 3) keha puhastamine jääkidest; 4) õige konstitutsiooni säilitamine; 5) sissehingatava õhu parandamine; 6) riietuse kohandamine; 7) kehalise liikumise ja vaimse töö tasakaalustatus. Haigus aga on ibn Sina järgi «inimkeha ebaloomulik seisund, mis tingib olemuselt esmasel viisil häire elundi talitluses».

Pole sellist meditsiinivaldkonda, millega ibn Sina oma kliinilises praktikas

ei oleks tegelnud. Nii tegi ta kindlaks erinevused katku ja koolera, röugete ja leetrite vahel, piiritles täpselt pleuriidi ja kopsupõletiku tunnused, esmakordselt andis meningiidi, närvihaiguste, diabeedi kirjelduse; esmakordselt tegi kindlaks kopsutuberkuloosi infektsioosse iseloomu, avaldas oletuse nakkushaiguste ülekandest nähtamatute tekitajate abil, haiguste leviku võimalusest vee ja pinnase kaudu, detailselt töötas läbi dieedi-, elamuhügieeni-, riietusküsimused; kirjeldas kivide eemaldamise ja trahheotoomia operatsioone, soovitas haavade desinfitseerimiseks alkoholi. Olgu märgitud, et maohaiguste sümptomide võrdlemisel ibn Sina seisukohade järgi ja tänapäeva kirjanduses ei ole leitud selliseid haiguste tunnuseid, mida ei oleks ära märkinud ibn Sina või millised oleksid kaotanud tähtsuse meie päevil. Ta on ka üks pediaatria rajajaid (2, 3).

Füsioloogia on ibn Sinale tänuvõlg silmalihaste esimese õige kirjelduse. Ta tõestas, et eseme kujutise annab võrkkest, mitte aga lääts, nagu varem arvati. Ibn Sina soovitas raviga luumurde püsiva venitusega, muu hulgas tegi ta edukalt venitust selgroolülide nihetuste puhul, esmakordselt töötas välja õlaliigese nihetuse lihtsa paigaldamise meetodi, mis veel kaua aega oli tuntud Avicenna meetodina. Esmakordselt hakkas ta õmblema närve, esimeste hulgas meditsiinis rakendas valutustamist raviainete abil. Ibn Sinale kuulub veel muidki prioriteete.

Ibn Sina farmaatsia ei ole eri allikatest saadud andmete mehhaaniline kogum, vaid katse viia kogutud materjalid süsteemi, siduda neid kliiniliste tähelepanekutega, kogu meditsiiniga. Varem tuntud ravimite arsenalil täiendas ibn Sina uute liikidega, näiteks aлександриlehed, rabarber, kamper, elavhõbe, arseen, väävel jt.. Üldse kirjeldas ta 811 raviainet, neist 526 taimse, 125 loomse ja 78 mineraalse päritoluga. Osa neid on põhjendamatult unustatud, ent üle 150 tema poolt kasutatud ravimi kuulub nüüdisaja ravivahendite arsenalile (2). Huvitav on ibn Sina hinnang

alkoholi kohta. Vastavuses tolle aja meedikute vaadetega käsitles ta veini ravivahendina. Ta kirjutas: «Vein on joomari vaenlane, ent mõõdukale sõber. Väikeses koguses on ta vastumürk, suures koguses mürk. Ta on kibe nagu isa nõuanne ning nagu isa nõuanne on ta kasulik. Ta on lubatud tarkadele, kuid keelatud rumalatele» (1, 2. rmt., lk. 610).

On arusaadav, et mõned «Kaanoni» väited kõlavad XX sajandi seisukohtadelt naiivsetena. Kuid tähtis on hoopis see, et paljud ibn Sina poolt keskajal väljatöötatud seisukohad elundi ja väliskeskkonna ühtsusest, psüühilise ning somaatilise vastastikusest toimest, ter-vise ja haiguse põhjustest ei ole oma praktilist tähtsust ka meie päevil kaotanud. Ibn Sina aimas ette palju meditsiinitõdesid, mis leidsid kinnitust alles palju sajandeid hiljem seoses meditsiinitehnika, eksperimendi ja teadusliku mõtte arenguga. Seepärast pakub tema pärand tänapäeva meditsiinile suurt teoreetilist ja praktilist huvi, tarvis on seda vaid põhjalikult ja igakülgset uurida.

KIRJANDUS: 1. *Ибн Сина Абу Али (Авиценна). Канон врачебной науки.* кн. 1—5. Ташкент, 1954—1960. — 2. *Абу Али ибн Сина — выдающийся врач, ученый, энциклопедист. Материалы II Всесоюзного съезда историков медицины.* Ташкент, 1980. — 3. *Петров Б. Д. Очерки истории отечественной медицины.* М., 1962. — 4. *Терновский В. Н. Ибн Сина (Авиценна).* М., 1969.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Suitsetamise saatuslikud tagajärjed. Teadlased on välja selgitanud, et igal aastal sureb Rootsis 3200 inimest suitsetamisest põhjustatud haiguste tagajärjel. Suitsetamise ja sellest tekitatud haiguste tõttu invaliidistus 11 000 inimest ning 8000 juhul oli haiguse kestus vähemalt kuus kuud. Suitsetamisest ja selle tagajärgedest tulenev üldkahjum on igal aastal 1130 miljonit krooni. Elanike üldarv Rootsis on 8,2 miljonit.

Deine Gesundheit, 1979, 11.

Konverentsid ja nõupidamised

Vabariiklik sümpoosion «Pankreasetalitluse regulatsioonimehhanismid ja haiguste funktsionaalne diagnoosimine» toimus mullu Tartus. Selle korraldas Tartu Riiklik Ülikool. Sümpoosionil esitati 24 ettekannet. Autoriteks olid peamiselt Eesti NSV-s pankreasetalitluse uurimisega tegelevad teadurid ja praktiseerivad arstid TRÜ-st, Vabariiklikust Struumatõrje Dispanserist, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, Tallinna Vabariiklikust Haiglast, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Küberneetika Instituudi biokeemiasektorist. Ettekandeid oli ka Moskva, Leningradi ja Andžani teaduritelt. Sümpoosioni eesmärk oli tutvustada viimaste aastate arstiteaduse saavutusi pankreasetalitluse valdkonnas ning propageerida tänapäeva diagnostilisi kriteeriume pankreasehaiguste diagnoosimisel. Sümpoosionil esitati ja arutleti pankreasetalitluse humoraalse regulatsiooni probleeme, sealhulgas prostaglandiinide ja serotoniini mõju pankreasele, pankrease sekretsioonimehhanismi ja ATPaaside osa selles, pankreasetalitluse muutusi kosmoselennu tingimustes. Käsitleti ka enteroinsulaarse telje mõistet ja selle arvestamise tähtsust diabeedi puhul. Mitmes töös oli vaatluse all ägeda ning kroonilise pankreatiidi ensüüm-, instrumentaal- ja immunodiagnostika. Sisukaid ettekandeid esitati pankrease ensüümide määramise nüüdisaegsetest meetoditest, mis on kasutusel nii eksperimendis kui ka kliinikus. Sümpoosionil materjalide kohta on ilmunud venekeelne kogumik, mida saab osta «TRÜ Toimetiste» müügipunktist Tartus (Ülikooli t. 16) või tellida lunamaksuga aadressil 202400 Tartu, Tiigi t. 28/215, TRÜ Kirjastusosakond.

Selma Teesalu

IV teaduslik sessioon «Kõrgkooli ajaloost Tartus» toimus mullu ning selle korraldas TRÜ ajalookomisjon. Meditsiinisektsiooni istungil arutati 15 tööd, mis olid avaldatud «Tartu ülikooli ajaloo küsimusi» 9. vihikus.

Professor Ü. Arend ja allakirjutanu rääkisid histoloogia ja embrüoloogia õpetamisest ja sellealase uurimistööst Tartu ülikooli arstiteaduskonnas kuni vastava kateedri asutamiseni 1876. aastal. Professor E. Käer-Kingisepp oli vaatluse alla võtnud A. Schmidt juures aastail 1864...1894 tehtud doktoriväitekirjad ning vere hüübimatuse probleemi A. Schmidtis töödes. «L. Puusepp seljaajukirurgia arendajana» oli professor A. Tiku töö teema. Professor E. Siirde kaasautoritega esitas ülevaate teadustöö arendamisest otorinolaringoloogia alal Tartu ülikoolis aastail 1802...1978. V. Albitski (Kaasan) ja allakirjutanu valgustasid Tartu ja Kaasani ülikooli sidemeid meditsiini alal, millele professor J. F. Erdmann pani aluse XIX sajandi algul. Tartu ülikooli kasvandike osa dermatoveneroloogia arendamises Lätis käsitles A. Miltinši (Riia) töö. Allakirjutanu ja A. Loidi ühistöös tutvustati Tartu ülikooli õppejõudude ja kasvandikega seotud eponüümseid meditsiinitermineid. Autorid selgitasid välja kuni 1940. a. ligi 130 eponüümi. A. Viksna (Riia) ja allakirjutanu vaatlusid Tartu ülikooli õppejõudude ja kasvandike kuni 1922. a. avaldatud Baltimaade meditsiinialalugu käsitlevaid töid. L. Vaineri töö iseloomustas W. Zoege von Mannteuffelit peamiselt kui inimest, tema hobisid. A. Tsikliku (Moskva) töös analüüsiti S. Botkini õpilase S. Vassiljevi (oli teraapia-professoriks Tartu ülikoolis ajavahemikul 1891...1903) kliinilist pärandit. Tartu ülikooli õppejõudude tegevusest hambaarstikoolis aastail 1909...1924 rääkis M. Lõvi. G. Stšepetova (Saraatov) töö teema oli «Tartu ülikooli kasvandike meditsiinialane ja ühiskondlik tegevus Saraatovi kubermangus». Allakirjutanu käsitles professor G. Samson von Himmelstierni vaateid ja tegevust hügieeni ja epidemioloogia valdkonnas. P. Prülleri töös «TRÜ aeroionisatsiooni ja elektroaerosoolide laboratooriumi asutamine ja tegevus» toodi esile ka füüsikute, otorinolaringoloogide ja neuroloogide koostöö.

Järgmine sessioon korraldatakse 1981. a. oktoobris Tartus.

Viktor Kalnin

III vabariiklik neuro-psühhofarmakoloogia-alane nõupidamine toimus 22...23. maini 1980. a. Tartus. Nagu eelmisedki nõupidamised 1973. ja 1976. a., toimus ka seekordne TRÜ farmakoloogia ja psühhiaatria kateedri baasil. Nõupidamisel käsitleti neuroleptikumide ja trankvillisaatorite toimemehhanismi uurimise tulemusi. Sel alal on viimastel aastatel intensiivselt töötatud TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedris (A. Žarkovski, L. Nurmand, S. Jürisson, allakirjutanu), psühhiaatria kateedris (J. Saarma, L. Mehilane, J. Liivamägi) ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi psühhofarmakoloogia laboratooriumis (M. Otter, A. Michelson, M. Saarma, T. Agan). Nõupidamisel oli ligikaudu 50 külalist Leningradist, Moskvast, Novosibirskist, Donetskist, Riist ja Kaunasest, kellest paljud esitasid ka ettekandeid.

Neuroleptikumide toimemehhanismi uurimise tulemusi käsitlesid G. Avrutski (Moskva), S. Germane (Riia), L. Mehilane, M. Otter, A. Žarkovski, E. Karelson, L. Tähepõld, allakirjutanu jt. Peatähelepanu oli pööratud pre- ja postsünaptiliste dofamiinireseptorite tundlikkuse muutustele neuroleptikumide kestva kasutamise korral. Neuroleptikumidest tingitud dofaminoreaktiivsete süsteemide ülitundlikkus põhjustab mitmeid kliinilisi kõrvaltoimeid (düschineesid). Eksperimentaalselt näidati Li^{+} -soolade antagonistlikku mõju retseptorite ülitundlikkusele. Samuti oli vaatluse all neuroleptikumide toime ionide ja mediaatorite transmembraansesse transpordisse ja neuromediaatorite ainevahetusesse. Neuroleptikumide peamise ründepunkti — dofaminergilise süsteemi — talitluse muutusi kesknärvisüsteemis analüüsiti ka dofaminomeetiliste ainete abil (E. Vasar, A. Aadamsoo, A. Nurk, A. Žarkovski jt.). Näidati, et osa neuroleptikumide pöörasid presünaptilisi dofamiinireseptoreid tugevalt, põhjustades seega dofamiini ringkäigu kiirenemist. Osa tugeva üldpärssiva toimega neuroleptikumide (levomepromasiin, kloorprotikseen jt.) blokeerib ka presünaptilised serotoniinireseptorid, põhjustades sel teel serotoninergiliste protsesside intensiivistumist, mis avaldub trankvilliseerivas toimes emotsionaalsetesse reaktsioonidesse. Riialaste ettekanded (Z. Graudinja, B. Kupča jt.) tutvustasid ka neuroleptikumide uusi antagonistide.

Palju tähelepanu pöörati uute trankvillisaatorite — gamma-aminovõihappe ja gamma-

oksüvõihappe derivaatide — farmakoloogiale (K. Rajevski, L. Rägo, I. Rõžov, R. Ostrovskaja, T. Agan jt.). Tänu keemikute ja farmakoloogide koostööle on sel alal NSV Liidus suurt edu saavutatud. Vaatluse all olid nende ainete molekulaarne toimemehhanism, krambivastane, trankvilliseeriv, motorikat mõjutav efekt. Nõupidamisel kuulati ettekandeid ka bensdiasepiinirea trankvillisaatorite toime-mehhanismi kohta (fenasepaam, diasepaam).

Viimasel ajal on hakatud põhjalikumalt uurima psühhotroopsete ainete pideva kasutamise lõpetamisel ärajäämanähtudena tekkivaid organismi talitluse muutusi, nn. rikošett-eefekte. Selle analüüsi kaudu on ühelt poolt võimalik analüüsida ravimite ründepunkte ja toimemehhanismi, teiselt poolt aga kliinilisi kõrvaltoimeid ja nende ennetamise võimalusi. Ärajäämanähtude molekulaarmehhanismi uuringuid retseptorite tasemel on intensiivselt tehtud ka TRÜ-s.

Nõupidamisel võeti vastu otsus, milles toodi esile X viisaastakul Eesti NSV-s farmakoloogia alal saavutatud, samuti määrati kindlaks uued uurimissuunad eelseisvateks aastateks. Üleliidulise Farmakoloogide Seltsi juhatuse soovitusel otsustati psühhofarmakoloogiaalaseid nõupidamisi Tartus edaspidi korraldada üleliidulistena ja TRÜ-le pandi juhtiva asutuse ülesanded nende uurimistööde koordineerimisel NSV Liidus. Psühhofarmakoloogiaalaste uurimistööde programm Nõukogude Liidu ulatuses XI viisaastakuks on praegu koostamisel TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia ja psühhiaatria kateedris.

Lembit Allikmets

Lasteotorinolarüngoloogia seminar toimus 13. juunil Tartus, seminari korraldas Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teaduslik Selts.

Sissejuhatav ettekanne oli A. Jentsilt, kes rääkis V. I. Leninist kui nõukogude meditsiini rajajast.

Allakirjutanu andis ülevaate 1979. a. septembris Kuibõševis toimunud üleliidulisest lasteotorinolarüngoloogia konverentsist, kus käsitleti organisatoorseid küsimusi, ägedat larüngotrahheiiti, mikrokirurgiat lastel ja kollagenooside seost otorinolarüngoloogiliste haigustega, samuti esitas ta ettekande surdoloogilisest abist meie vabariigis. Peale selle leidsid käsitlemist meie vabariigi lasteotorinolarüngoloogia probleemid.

E. Siirde kõneles ägedast larüngotrahheiidist lastel, sellesse haigestumisest meie vabariigis, haiguse kliinilisest pildist ja ravist. Tegemist on viirusnakkusega, millega kaasneb sekundaarne infektsioon. Ravi on statsionaarne, kusjuures peale otorinolarüngoloogi peaksid ravis osalema ka pediaater ja anestezioloog. Et haigust ära hoida, tuleb hoiduda viirusnakkushaigustesse haigestumisest.

E. Laamann esitas kogemusi hingamisteedesse sattunud võõrkehade avastamise alalt; vahel võivad need märkamatuks jääda. Võõrkehade aspiratsiooni juhte esineb eriti viienda eluaastani. Komplikatsioonidena võivad tekkida kopsupõletik, atelektaas või abstsess, mädane bronhiit. Võõrkehad eemaldatakse üldnarkoosis relakseeritult, kasutatakse hingamisbronhoskoopi; tarbe korral on näidustatud ka profülaktiline bronhoskoopia.

J. Mürsepp käsitles kuulmise uurimist lastel. Orienteerumisrefleksi heli on võimalik jälgida juba vastsündinul. Kõne arengu puudulikkus võib olla tingitud kuulmishäirest, seetõttu tuleb neid lapsi eriti hoolikalt uurida. Mitmesuguste objektiivsete kuulmise uurimise meetodite kõrval on kolmandast eluaastast alates rakendatav mänguaudiomeetria. Viie kuni kuue aasta vanustel lastel saab audiogrammi tavaliselt koostada juba harilikul viisil.

J. Mürsepp rääkis samuti eksudatiivsetest otiitidest lastel. Pikaleveninud juhtudel, kui tavaline ravi enam ei aita, osutub vajalikuks kuulmekile šunteerimine.

A. Põld ja S. Sibul käsitlesid otorinolarüngoloogilist esmaabi lastel. See osutub vajalikuks ägeda keskkõrvapõletiku, traumade, võõrkehade, ninaverejooksude, subglottilise larüngiidi, söövituste puhul. Esmaabi vajavad kõige enam ühe kuni kolme aasta vanused lapsed.

H. Kruuse andis ülevaate organisatoorsetest küsimustest, ambulatoorse ja statsionaarse arstiabi korraldusest, seminaride korraldamisest, profülaktikast ja haigete dispanseerimisest.

Viktor Särgava

Teaduslik-metoodiline konverents «Huumuspäritoluga füsioloogiliselt aktiivsete ainete kasutamise perspektiivid põllumajanduses» toimus 24...27. juunini 1980. a. Dnepropetrovskis.

Põllumajandusspetsialistide kõrval võtsid konverentsist osa ka meedikud, põhiliselt V. Filatovi nimelise Silmahaiguste ja Kuderavi Instituudist. Konverentsi organiseerimiskomiteesse kuulus sama instituudi farmakoloogialaboratooriumi juhataja professor V. Solovjova. Tema ettekande teema oli «Turba füsioloogiliselt aktiivsete ainete uurimise põhisuunad meditsiinis». Akadeemik V. Filatovi kuderavi põhimõtetele (avastatud 1933. a.) põhinedes on loodud mitmeid preparaate organismi reaktiivsuse tõstmiseks. Need preparaadid on nõutavad nii meil kui ka välismaal, neid eksporditakse rohkem kui 30 välisriiki. Üks nn. biogeenseid stimulaatoreid on torfooleum — veeauruga turbast üleatutud ainete segu, mis sisaldab amiine, fenoole, madalamaid rasvhappeid jt. ühendeid. Torfooleumi saagis turbast on ainult 1...1,5%. Seetõttu on hakatud uurima, ja küllaltki edukalt, turba humiinhappeid.

Huumuspäritoluga füsioloogiliselt aktiivsete ainete kasutamise kohta meditsiinis on artikleid meedikutele vähemteatavas kogumikus «Гуминовые удобрения. Теория и практика их применения». Dnepropetrovsk, 1980.

Rein Veski

Sanitaarala keskastme meditsiinitöötajate konverents toimus 15. augustil 1980. a. Jänel. Konverentsi korraldas Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu. Põhiprobleem oli sanitaarteennistuse ülesanded seoses põllumajanduse kemiseerimisega.

Konverentsi avas tervishoiuministri ase-täitja O. Tamm. Ülevaate sanitaarkontrollist põllumajanduse kemiseerimise üle andis Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst H. Lutsoja. Türi Maaparanduse Valit-suse juhataja Ü. Roosalu rääkis keskkonna-kaitse ja maaparanduse seostest. Sanitaarala keskastme meditsiinitöötajad esitasid kaheksa ettekannet. Huvipakkuv oli Tartu Linna Sani-taar- ja Epidemioloogiajaama laborandi E. Kruuse ettekanne «Kloororgaaniliste pesti-tsiidide jääkide sisaldusest loomsetes toidu-ainetes». Töö oli uurimuslikku laadi ja rik-kalikult illustreeritud. Heatasemelised olid veel Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemio-loogiajaama sanitaararsti abide T. Uderi ning K. Pritsoni ühine ettekanne «Sanitaarkontrolli kogemusi põllumajanduse kemiseerimise üle

Harju rajoonis» ning Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi E. Univeri töö «Mineraalväetiste hoiutingimu-sed ja kasutamine Pärnu rajooni majandites».

Konverentsil esitatust tegi kokkuvõtte Eesti NSV Tervishoiuministreeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogia Valitsuse juhataja H. Kreek. Ta pidas konverentsi kordaläinuks. Puudu-seks oli, et ei olnud ettekandeid Viljandi ega Paide rajooni meditsiinitöötajatelt, on ju need meie vabariigi peamised põllumajandusrajoon-id.

Järgnes Seltsi Põhja- ja Lõuna-Eesti Nõu-kogu aruande- ja valimiskonverents. Põhja-Eesti Nõukogu esimeheks valiti A. Avioja Vabariiklikust Sanitaar- ja Epidemioloogia-jaamast ning Lõuna-Eesti Nõukogu esimeheks A. Lepik ning auesimeheks J. Matsalu, möle-mad Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast.

16. augustil toimus Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi juha-tuse aruande- ja valimiskonverents. Aruanded kolme aasta töö kohta esitasid allakirjutanu (juhatuse esimees) ja revisjonikomisjoni esi-mees A. Kivimäe. Seltsi juhatuse tegevus hin-nati aruandeperioodil heaks.

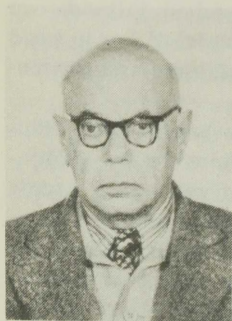
Seltsi uude juhatusse valiti allakirjutanu (esimees), A. Avioja, A. Lepik, J. Matsalu (aseesimehed), K. Nestrik (sekretär), A. Saar (laekur), F. Tuvi, J. Välling, L. Peipsi ja L. Vilumets (liikmed).

Edgar Saar

Suitsetajate kopsudes on palju tolmu. Uue meetodi kopsudes peetunud tolmu hulga mõõt-miseks on kasutusele võtnud Massachusettsi Tehnoloogiainstituudi teadlane D. Cohen. Va-rem kasutati sellisteks uuringuteks radioak-tiivset märgistatud tolmu, mille abil oli või-malik tolmuieritust jälgida vaid kahe kuu jooksul. D. Cohen võttis aga kasutusele ohutu magnetilise tolmu (magnetiit). Uuel meetodil on võimalik isegi 0,02 mg magnetilise tolmu olemasolu kindlaks teha. Nende katsetega tõestati ka seda, et veel aasta pärast suitseta-misest loobumist on endise suitsetaja kopsu-des viis korda rohkem tolmu kui mittesuitse-tajal ning see hulk moodustab ikkagi veel poole sissehingatud tolmu üldkogusest. See leid aitas selgust tuua ka tõsiasjas, miks asbestiga tööl kokkupuutuvad suitsetajad haigestuvad kopsuvähki sagedamini kui samas töötavad mittesuitsetajad.

Science, 1979, 514

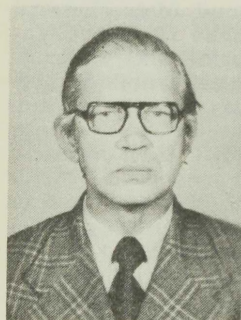
Meie juubilare



Leonid Vainer, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri assistent, Eesti NSV teeneline arst, sai 7. jaanuaril 1980. aastal 70-aastaseks. L. Vainer on sündinud Tallinnas arsti perekonnas. Tartu ülikooli lõpetas 1936. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist töötas samas assistendina. Ajavahemikul 1943...1944 oli ta jaoskonnaarstiks Virumaal. 1945. aastast alates kuni 1980. aastani oli ta TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri assistent. L. Vainerit tunneb kogu meie vabariigi arstikond. Üle nelja aastakümne on ta olnud noorte arstide kasvataja ning õppejõud, kelle ümber kogunesid üliõpilased ja noored arstid ka pärast õppetööd. Trükis on ilmunud üle 50 teadusartikli. Silmapaistev on olnud juubilari ühiskondlik tegevus, aastail 1949...1952 oli ta Tartu linna peakirurg ja peaonkoloog, Tartu Kirurgide Seltsi esimees, Eesti NSV Kirurgide Teadusliku Seltsi juhatuseliige. L. Vainerit on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ning tervishoiueesrindlase rinnamärgiga.



Fritsas Markusas, Vabariikliku Arstliku Kehakultuuridispanseri ravi-kehakultuurikabineti juhataja, sai 2. oktoobril 70-aastaseks. Sündinud Berliinis, kus omandas ka keskhariduse ja alustas õpinguid instituudis. Võttis osa kommunistlikust noorsooliikumisest, emigreerus 1934. aastal Taani. Pärast kehakultuuriinstituudi lõpetamist asus elama Leetu, kus töötas võimlemisõpetaja ja sporditreenerina. Suures Isamaasõjas, kus sai raskesti haavata, tegutses radistina-rindepropagandistina. Aastail 1944...1949 õppis Alma-Ata Meditsiiniinstituudis, seejärel töötas Rakvere Rajooni Haiglas kehakultuuriarstina, hiljem samas polikliniku peaarsti asetäitjana. Ajavahemikul 1957...1975 oli juubilar Vabariikliku Arstliku Kehakultuuridispanseri peaarst. Ta on jõudnud palju ära teha spordimeditsiini arengu heaks meie vabariigis, sportlaste arstiabi ja ravivõimlemise alal. Ta tööd kajastavad ka 10 teaduslik-praktilist spordimeditsiinikonverentsi, neist üks üleliiduline, mis toimusid meie vabariigis ja mille ettekannete kogumikud on tunnustust leidnud ka üleliiduliselt. 1975. aastast töötab praegusel ametikohal.



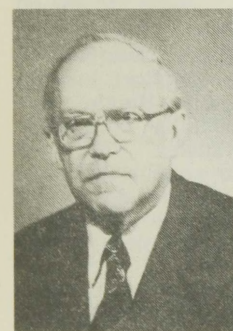
Kaljula Aru, Tartu Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla osakonnajuhataja, sai 10. aprillil 1980. aastal 60-aastaseks. Sündinud 1920. a. Jõgeval sidetöölise perekonnas. 1940. aastal lõpetas Valga Gümnaasiumi. Samal aastal astus TRÜ arstiteaduskonda, mille lõpetas 1949. a. 1949. a. alustas ta tööd Tartu Kliinilises Psühhoneuroloogiahaiglas, kus algul oli ordinaatoriks. 1952. aastast alates on K. Aru osakonnajuhataja. Juubilar on pidevalt täiendanud oma erialateadmisi Leningradis, Moskvas, Harkovis. K. Aru on kõrgema kategooria psühhiaater. On avaldanud teaduslikke artikleid ja kuus populaarteaduslikku brošüüri. K. Arul on eriline huvi olnud alkoholismiprobleemide vastu, selle ala spetsialistina tuntakse teda ka laiemas arstikkonnas ja elanike hulgas. K. Aru on 1964. aastast alates Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu mittekoosseisuline usaldusarst, korduvalt on teda valitud ametiühingu juhtivaisse organeisse. Ühingu «Teadus» populaarne lektor. Praktiseeriva psühhiaatri tegevuse kõrval on K. Aru juhendanud TRÜ arstiteaduskonna üliõpilasi ja kliinikus täiendusel viibivaid arste. Ta on aastaid olnud Tartu L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatri Teadusliku Seltsi juhatuses esimees. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ning tervishoiueesrindlase rinnamärgiga.



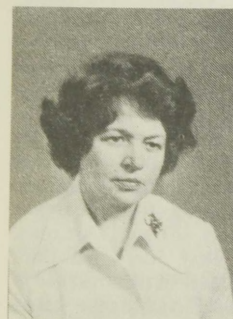
Eva Roode, Tartu Kliinilise Haigla füsioteraapiaosakonna juhataja, sai 28. augustil 1980. aastal 60-aastaseks. Sündinud 1920. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1938. aastal alustas õpinguid Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1946. aastal. Aastail 1944...1949 töötas TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia kateedris, algul vanemlaborandina, seejärel assistendina. Ajavahemikul 1949...1975 oli Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiaosakonna ordinaator. 1952. aastast alates juhatab Tartu Kliinilise Haigla füsioteraapiaosakonda. E. Roode on kõrgema kategooria füsioterapeut. Sageli esitanud ettekandeid konverentsidel, seminaridel ja arstide seltsides ning juhendanud füsioteraapiakabinettide meditsiiniõdede spetsialiseerimise ja kvalifikatsiooni tõstmise kursusi. 1970. a. alates osaleb mittekoo-seisulise õppejõuna arstide iga-aastase spetsialiseerimis- ja täiendus-kursuste töös füsioteraapia alal. Ühiskondlikus töös aktiivne, mitme ratsionaliseerimisettepaneku ja ühe leiutise autor. Teda on autasustatud tervishoiueesrindlase rinnamärgiga.



Elena Müllerbek, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogiaosakonna juhataja, arstiteaduse kandidaat, Eesti NSV teeneline arst, sai 25. oktoobril 60-aastaseks. Sündinud 1920. a. Toržokis teenistuja perekonnas. Aastail 1937...1942 õppis Moskva I Meditsiiniinstituudis. Suure Isamaasõja lahinguteed läbis meditsiini-töötajana. Ajavahemikul 1947...1950 töötas Tallinna I Lastehaiglas. 1951. a. alustas tööd Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Insti-tuudis nooremteadurina. Aastail 1953...1956 oli sihtaspirantuuris Leningradi Pediaatriainstituudis. Pärast kandidaativäitekirja kaits-mist 1957. aastal jätkas tööd instituudis vanemteadurina. 1967. a. alates on osakonnajuhataja. Avaldanud ligi 100 teadusartiklit ja kaas-autorluses käsiraamatu lastereumast. Palju on teinud lastereumatee-nistuse väljaarendamiseks meie vabariigis. Kuulub Eesti NSV Tervis-hoiuministeeriumi pediaatria ja reumatoloogias probleemikomisjonis-desse. E. Müllerbekki on autasustatud Punatähe ordeni, ordeniga «Austuse märk» ning mitme medali ja tervishoiueesrindlase rinna-märgiga. NLKP ridadesse kuulub 1960. a. alates.



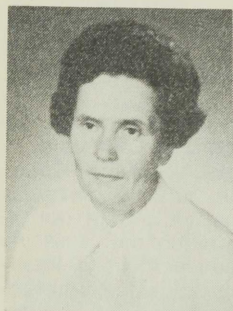
Mihkel Roosaare, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonna vanemteadur, arstiteaduse kandidaat, sai 26. juulil 1980. a. 60-aastaseks. Sündinud 1920. aastal Krimmis teenis-tuja perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas Paides. TRÜ arsti-teaduskonna lõpetas 1950. aastal, seejärel töötas lühikest aega jaos-konnaarstina Võru rajoonis Osulas. Aastail 1951...1954 oli Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas kliinilises ordinatuuris neuroloogia alal. 1957. aastast alates on töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonnas. Uurinud peamiselt radi-kuliidihagete kuurordiravi. Kandidaativäitekirja «Haapsalu ravi-muda ja sellest valmistatud preparaadi humisooli toimest lumbosak-raalse radikuliidi haigetesse kliiniliste ja kliinilis-füsioloogiliste uuri-miste andmetel» kaitses 1967. aastal. Trükis avaldanud üle 57 teadus-töö. Otsese teadusliku töö kõrval on osalenud erialaseltside töös ja täitnud mitmesuguseid ühiskondlikke kohustusi.



Vera Vassilenko, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi viroloogiaosakonna juhataja, arsti-teaduse kandidaat, sai 28. mail 50-aastaseks. Sündinud Novosibirski oblastis sõjaväelase perekonnas. 1953. aastal lõpetas Leningradi Sani-taar-Hügieeni Instituudi. Aastail 1953...1960 töötas Väike-Maarja Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama paarstina ning rajoonihaigla pea-rstina. Instituudis on töötanud 1960. aastast. Ajavahemikul 1960...1963 õppis aspirantuuris D. I. Ivanovski nimelises Viroloogiainstituudis Moskvas. Järgmisel aastal kaitses kandidaativäitekirja. Aastail 1968...1970 oli Kuuba Riiklikus Hügieeniinstituudis ja Havanna Üli-kooli mikrobioloogia kateedris teaduslikuks konsultandiks. 1974. aas-tal sai vanemteadurikutse. Avaldanud trükis 50 teaduslikku tööd pea-miselt arboviiruste ja puukentsefaliidi probleemide valdkonnast. Autasustatud tervishoiueesrindlase rinnamärgiga, Eesti NSV Tervis-hoiuministeeriumi aukirjadega, Kuuba Vabariigi Tervishoiuministee-riumi aukirjaga. Juubilar on ühiskonnatöö aktivist. NLKP liige 1954. aastast alates.



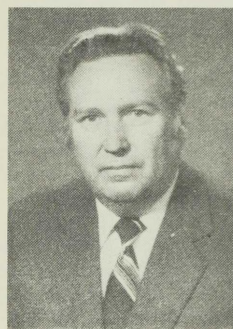
Asta Metsla, Tartu Kliinilise Haigla arst, sai 20. juunil 1960. a. 50-aastaseks. Sündinud 1930. aastal Tartus teenistuja perekonnas. 1949. aastal lõpetas Tartu 2. Keskkooli ning 1955. a. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Seejärel asus tööle Kaagvere jaoskonnahaigla juhatajana. Aastail 1958...1959 oli Otepää rajoonihaigla peaarsti asetäitja ravi ja profülaktilise töö alal ning ajavahemikul 1959...1960 samas raviosakonna juhataja. 1960. aastast alates on töötanud Tartu Kliinilises Haiglas, algul oli ta metoodikarst, aastail 1977...1979 reumatoloogiaosakonna juhataja. 1979. aastast sama osakonna arst. Juubilar on palju teinud Lõuna-Eesti rajoonide organisatsioonilis-metoodilise töö täiustamise ja arstiabi korraldamise alal. Aktiivselt osalenud haigla ühiskondlikus töös ametiühingukomitee ja rahvakontrolligrupi esimehena. A. Metslat on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee aukirjaga.



Kiira Subi, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi respiratoorse viirusnakkuste laboratooriumi juhataja, arstiteaduse kandidaat, sai 4. augustil 1980 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas arsti perekonnas. Tallinna 7. Keskkooli lõpetas 1948. aastal, TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna 1954. a. Samas jätkas õpinguid aspirantuuris aastail 1954...1958. Instituudis on töötanud 1958. aastast alates. Kandidaadiväitekirja kaitses 1961. a. 1966. aastast vanemteadur, 1969. aastast gripi- ja adenoviiruste laboratooriumi juhataja. Juubilar on Üleliidulise Gripi keskuse vabariikliku tugibaasi juhataja. Avaldanud trükkis 112 teaduslikku artiklit, ka välismaa teadusperioodikas, peamiselt respiratoorsete viirusnakkuste diagnoosimise ja profülaktika alalt. Korduvalt on teda autasustatud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja instituudi aukirjadega. Juubilari kaunistab tagasihoidlikkus, abivalmidus, tema suur sõprus laste, muusika ja teadusega.



Liia Peterson, Tartu Kliinilise Haigla vereülekandeosakonna terapeut, sai 5. augustil 50-aastaseks. Sündinud 1930. aastal Virumaal teenistuja perekonnas. 1948. aastal lõpetas ta Rakvere Keskkooli ning 1954. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel oli Tartu Meditsiinikooli pedagoog ja 1960. a. samas direktori kohusetäitja. 1962. aastast alates on töötanud Tartu Kliinilise Haigla vereülekandeosakonnas. L. Peterson on tunnustatud spetsialist transfusiooniloo alal. Ta on korduvalt viibinud täienduskursustel. Võtab osa arstide seltside tööst ning on esitanud ettekandeid seminaridel ning arstide seltside koosolekutel. Juubilar on palju teinud doonorluse propageerijana ja organiseerijana. Ühiskondlikus töös aktiivne. Teda on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning korduvalt aukirjadega eeskujuliku töö eest.



Vello Subi, Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla peaarst, sai 15. septembril 1980. a. 50-aastaseks. Sündinud Viljandi rajoonis talupoja perekonnas. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1956. a. Pärast TRÜ lõpetamist töötas Ambla maahaiglas ja Tapa rajoonihaiglas peaarstina. Aastail 1960...1964 oli aspirantuuris TRÜ-s. Ajavahemikul 1964...1976 töötas Eesti Raudteekonna Tallinna Haiglas, algul peaarsti asetäitjana ravi alal, hiljem peaarstina. 1976. aastal määrati Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla peaarstiks, kus töötab tänaseni. Üks keerukamaid ja vastutusrikkamaid töid on olnud uue sadamahaigla ehitamine, sisustamine ja kaadriga komplekteerimine. Kahel korral on viibinud täienduskursustel tervishoiuorganisatsiooni alal Moskvast. V. Subi on I kategooria tervishoiuorganisatsioon. Trükkis on tal ilmunud üle kümne teadustöö. Rahvasaadiku kohustusi on täitnud Amblas, Tapal ja Tallinna Mererajoonis. Eeskujuliku töö eest on juubilari autasustatud kahe medali, kolme tervishoiueesrindlase rinnamärgi ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. NLKP ridadesse kuulus 1960. aastast alates.

UDK 614(049.3)

TERVISEÜLIKOO — ON SEDA VAJA?

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse Asklepiose klubi vestlusringist 11. oktoobril 1979. a. arutati rahva terviseõpetust (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 2, 141—146), kus muu hulgas avaldati arvamust tervise rahvaülikooli kui ühe tervishoiuõpetuse ja -kasvatuse vormi efektiivsuse kohta (H. Jänes, V. Ilmoja). Kuidagi ei saa nõustuda H. Jänese arvamusega, nagu oleks tervise rahvaülikoolide kasutegur väikesevõitu juba sel põhjusel, et suurem osa kuulajaid on aastate jooksul ühed ja samad.

Pikaajalised kogemused Tallinna Terviseülikooli õppetöö organiseerimisel lubavad meil väita vastupidist. Tooksi mõned andmed Tallinna Terviseülikooli 1979/1980. õppeaasta aruandest. Sellel õppeaastal oli kuulajaid 6343, neist 3772 (ligikaudu 60%) moodustasid üldhariduslike koolide, keskeriõppeasutuste ja kutsekoolide õpilased (vastavalt 9. ja 10. klass või I ja II kursuse).

Noorte tervishoiukasvatuse tõhustamine on üks sanitaarselgitustöö põhiprobleeme Tallinnas. Üldhariduslikes koolides on olukord selles osas parem uue tervishoiu- ja seksuaalkasvatuse programmi tõttu, keskeriõppeasutustes ja kutsekoolides on olukord endiselt ebarahuldav. Tervishoiukasvatuse programm on nende jaoks veel koostamata ning õpilaste tervishoiukasvatus sõltub suurel määral kooli juhtkonna suhtumisest sellesse.

Noorte terviseülikool on seni ainuke süstemaatilise tervishoiuõpetuse vorm. Selle programmid on paljudes nendes õppeasutustes, mille juhtkond suhtub tervisekasvatusse mõistvalt, kohustuslikud kõikidele I ja II kursuse õpilastele.

Programmides on kajastatud nooruki ter-

vishoiu aktuaalseid probleeme: kehakultuur ja sport kehaliste ning vaimsete võimete väljakujunemisel, terved eluviisid, ka suguhaiguste vältimine, alkoholi ning suitsetamise kahjulikkus jne. Vastavalt õpitavale erialale on käsitletud töötervishoidu.

On selge, et sellise suure töömahuga ei tuleks Tallinna Noorukite Poliklinik üksi toime. Tervishoiukasvatusega tegelemine rahvaülikoolis annab meile võimaluse kutsuda lektoriteks Tallinna ravi- ja teadusasutuste arste. Eeskätt noortele oleme lektoriteks valinud oma ala tunnustatud spetsialiste, kes suudavad luua hea kontakti noortega.

Tallinna Tõnismäe Haigla on üks tublimaid noorte tervishoiukasvatustes. Haigla arstid on korraldanud terviseülikooli õppusi Tallinna Pedagoogilises Koolis, Riikliku ja Kooperatiivkaubanduse Tehnikumis, Ehitus- ja Mehaanikatehnikumis või muudes õppeasutustes ning on pälvinud häid ja väga häid hinnanguid.

Sanitaarhariduskabineti korraldatud ankeetküsitluste põhjal julgeme väita, et noorte tervishoiualased teadmised sõltuvad suurel määral just lektorimeisterlikkusest. Enamik õpilasi eelistab tervishoiuõpetajana arsti, mitte aga pedagoogi.

Terviseülikooli õppustel oleme silmas pidanud ka teist aspekti, nimelt huvi äratamist tervishoiutöötaja elukutse vastu. 80 Tallinna 44. Keskkooli õpilast, kes terviseülikooli kursuse sel kevadel lõpetasid, esitasid lõputööna referaadi. Noored olid ära teinud suure töö — refereerinud populaarteaduslikku meditsiinkirjandust, avaldanud oma arvamusi ja mõtteid. Tulemused olid üllatavalt head, neist kaheksa õppurit pälvisid tervishoiuosakonna aukirja. Tahaks loota, et nii mõnelgi õpilasel saab sellest alguse huvi, mis teda hiljem Tallinna Meditsiiniülikooli või TRÜ arstiteaduskonda viib.

Tallinna 44. Keskkoolis korraldab terviseülikooli õppusi Nõmme Haigla. Tunnustust väärib selle keskkooli bioloogiaõpetaja T. Saava töö, kes oli tervishoiuõppuste hingeks.

Täiskasvanud kuulajaskonnast moodustasid enamiku naised (2233 kuulajat). Õpperühmad, milles käsitletakse naistetervishoidu, töötavad ravi- ja profülaktikaasutustes (Pelgulinna Haigla, Tallinna Vabariiklik Haigla), klubilistes asutustes (J. Tombi nim. Kultuuripalee, Keldrimäe Kultuurimaja) ja paljudes tööstusettevõtetes.

Üks populaarsemaid on Pelgulinna Haiglas osakond «Teile, naised». Aastate jooksul on selle populaarsus kasvanud ning on kahju, et ruumipuuduse tõttu ei ole võimalik kõiki soovijaid vastu võtta.

V. Klementi nim. Õmblustootmiskoondises töötab terviseülikooli õpperühm juba viiendat aastat. See aga veel ei tähenda, et kogu aeg oleksid kuulajad ühed ja samad olnud. Esialgselt oli õppetöö planeeritud keskja vanemaalistele kuulajatele kaheks aastaks, hiljem moodustati noorte õpperühm ja muudeti ka õppeprogrammi.

Populaarseks on saanud need õpperühmad, mida oleme organiseerinud koos asutuste komsomolialgorganisatsioonidega. Üks tublimaid oli Tallinna Kaubamaja komsomolirühm (juhendas Tallinna Kiirabihaigla). Peale tervishoiuküsimuste on käsitletud ka kodu korshoidu, rõivastust, toiduvalmistamist, lastekasvatust jm. Loengud on vaheldunud praktiliste õppustega ning tundub, et noored peavad eriti lugu praktikumidest.

Pensionäre oli tervise rahvaukooli osakondades 116 (1,2% kuulajate üldarvust). Mainitute hulgas on ka selliseid, kes suurest huvist terviseprobleemide vastu on lõpetanud mitu kursust. Selles ei näe me midagi halba. Hoo pis vastupidi, osa õpperühmi on spetsiaalselt moodustatud eakamatele kuulajatele, näiteks onkoloogiadispenseris tegutsev osakond, kus õppetöö on juba aastaid kulgenud huvitavalt ja sisukalt.

Ka üldtervishoiu õpperühmades on eakaid inimesi, kuid tänapäeva vanaemad ja vanaisad peavadki tervishoiuküsimustest olema teadlikumad, kui olid vanaemad ja vanaisad oma noorusaastail, sellest on neil palju kasu lastelaste kasvatamisel.

Tallinna Terviseülikooli õppenõukogu on peatähelepanu pööranud õppetöö kvaliteedile. Töö on muutunud huvitavamaks ja mitmekesisemaks. Peale loengute toimus tänavusel õppeaastal 60 seminari, 166 praktilist õppust, 62 õppeekskursiooni. 126 korral vaadati tervishoiuteemalisi filme, millele järgnes arutelu. 16 korral kohtuti tervishoiujuhtidega, 23 korral korraldati küsimuste-vastuste õhtuid, millest võtsid osa mitme eriala arstid. Uus üritus oli terviseülikooli osakondadevaheline sotsialistlik võistlus (1978/1979 ja 1979/1980), mis oli pühendatud V. I. Lenini 110. sünniaastapäevale. Et rahvaukoolides on sotsialistlikku

võistlust korraldatud haruharva, tuli ette mitmeid raskusi (tuli leida ühtsed hindamiskriteeriumid jne.). Ometi näitasid kaheaastase võistluse kulg ja tulemused, et üritus avaldab rahvaukoolide tööle distsiplineerivat ja innustavat mõju. Sotsialistliku võistluse võitja vimpel anti Pelgulinna Haiglale, Tallinna Vabariiklikule Onkoloogia Dispanserile ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudile. Nõmme Haigla tunnistati võistluse võitjaks üldhariduslike koolide õpilaste õpetamisel, Noorukite Polikliinik kutsekoolide ja tehnikumide õppuritega tegelemisel ning Tõnismäe Haigla tööstusettevõtete rahvaukoolide töös. Võitjavimpel anti ka sanitaarhariduskabinetile tubli töö eest terviseülikooli õpetegevuse korraldamisel ja juhendamisel.

Tallinna Terviseülikooli õppenõukogu on arvamusel, et tervishoiuõpetuse organiseerimine rahvaukooli õppustena on sihipärane ning tõhustab sanitaarselgitustöö mõjusust. Tallinna Terviseülikooli õppenõukogu toetab igati Pelgulinna Haigla peaarsti V. Ilmoja mõtteavaldust, et tervise rahvaukoolide osatähtsus kaugeltki ei vähene, vaid, vastupidi, see töö on tänuväärne ja vajalik.

*Tallinna Terviseülikooli
rektor bioloogiakandidaat
Silver Jõks*

*Tallinna Sanitaarhariduskabineti
juhataja Tiit Aitsam*

Passiivne ehk sundsuitsetamine. Põlevast sigaretist ruumi eralduvas tubakasuitsus sisaldub hoopis rohkem toksilisi aineid kui suitsetamisel, mida hingab sisse suitsetaja ise. Nii sisaldub selles õhus süsinikoksiidi viis korda, tõrvaineid ja nikotiini kolm, benso(a)pireeni neli, ammoniaaki 46 korda rohkem, samuti kõrgemas kontsentratsioonis muid toksilisi ja kantserogeenseid aineid, iseäranis nitrosoühendeid. On selge, et tubakasuits avaldab kahjustavat toimet ka mittesuitsetaja organismisse. Tunni jooksul hingab ta tulutamata ruumis sisse niisama palju tubakasuitsu kui suitsetaja ühe sigareti suitsetamisel. Selle tagajärjel võib mittesuitsetaja organismis suurem osa karboksühemoglobiinisaldust, tekkida nina, silmade ja kurgu limaskestade ärritus, peavalu ning iiveldus. Neid ilminguid põhjustavad formaldehüüdi, akroleiini, atseetaldehüüdi ja lämmastikoksiidi sattumine organismi. Mittesuitsetajate tervise kaitseks tuleks seadusandlike ja sanitaarhariduslike ettekirjutuste täitmist silmas pida.

Хроника ВОЗ, 1979, 11—12.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

MEDITSIINITERMINOLOOGIA KOMISJONIS

Meditsiiniterminoloogia komisjoni üheteistkümnendal koosolekul 25. jaanuaril 1980 oli päevakorras Rahvusvahelise Terminoloogiliste Neologismide Unifitseerimise Komitee poolt saadetud terminitele eestikeelsete ekvivalentide määramine.

Selle komitee eesmärk on kergendada tõlkide ja teadlaste tööd, mis omakorda kiirendab teadusliku ja tehnilise informatsiooni vahetust. Laekunud terminitest koostatakse Rahvusvaheliste Terminite Maailmapank, mille fondide põhjal hiljem antakse välja glossaare.

Komitee keskus asub Varssavis ja teda huvitab, kui ulatuslikult on kohapeal käibel rahvusvaheline terminoloogia. Komisjon saadab päringuid ka Nõukogude Liidu 11 rahvuskeele kohta, ja kuivõrd kõik keeled on suveräänsed, tuleb päris uute mõistete puhul kõne alla ka lühikese ja ühesõnalise eestikeelse termini lülitumine rahvusvahelisse varasalve (meenu-tagem üldtuntud terminina soome *sauna*). Oma töö tulemused avaldab komisjon regulaarselt ajakirjas «Babel».

Meditsiiniterminoloogia komisjon vaatas läbi saabunud 61 terminit, millest ligi kolmandik olid uued, veel mitte levinud ja seega ka muutuda või mitte juurduda võivad oskussõnad.

Mõnele rahvusvahelistele terminitele lisasime omakeelse vaste ning reastasime sõnapaareid tarvitamissagedust arvestades: *faktor*, *tegur*; *ravim*, *medikament*; *kamber*, *kompartement*; *efektiivsus*, *tõhusus*; *sekretsioon*, *nõristus*.

Enamikul terminitel fikseeris komisjon aga ainult rahvusvahelise vaste, nagu näiteks

biofarmaatsia, ekstsipient, farmakokineetika, fotosensitiivsus, gnotokseenia, insulineemia, kronofarmakoloogiline, krüoensümoloogia, ksenotransplantatsioon jpt.

Arutatavate ekvivalentide hulgas oli ka termin, mis «Võõrsõnade leksikonis» (1978) esineb kui *vehiikel*. Ilmselt on sõna sellisel kujul meile tulnud saksa keelest, kuid kuna termin tuleneb ladinakeelsest sõnast *vehiculum*, siis on õige tuletusvorm *vehiikul*. Selliselt on see oskussõna kirjas ka trükimisyärge ootavas A. Valdese ja J. V. Veski meditsiinisõnaraamatus.

Uus ja perspektiivne termin on *metaboli-seerima*, mille kõrvale komisjon soovitas ka lühemat kuju *metaboleerima*.

Teise päevakorrapunktina oli arutusel «Rahvusvahelise kasvajate klassifikatsiooni» tõlke käsikiri, mille komisjon soovitas pärast paranduste siseseviimist trükki anda.

Jooksva terminoloogia küsimusi oli kaks.

1. Kas *regionaalne* = *regionaarne* või on neil erinev tähendus?

Põhimõtteliselt võiksid mõlemad tähendada ühte ja sedasama, kuid meditsiinis on traditsiooniks kujunenud *regionaarne*.

2. *Primary site* (ingl.) eestikeelne vaste on *alglokalisatsioon*, mitte *lähtekoht*.

Meditsiiniterminoloogia komisjoni kaheteistkümnendal koosolekul 29. veebruaril 1980 arutati seaduseelnõu «Atmosfääriõhu kaitsest» terminoloogiat ning I. Laane koostatud retsensiooni Ü. Arendi, Ü. Hussari jt. «Histoloogia praktikumi» käsikirja kohta. Oma seisukohad esitas terminoloogiakomisjon justitsministeeriumile ja kirjastusele «Valgus».

Meditsiiniterminoloogia komisjoni kolmeteistkümnendal koosolekul 11. aprillil 1980 olid kõne all laekunud üksikterminid.

1. Kas võib haigestuda insulti või haigel tekib, areneb insult?

Et insult on ikkagi haigus, mitte trauma, on väljend «ta haigestus insulti» täiesti korrektne. Muidugi võib insult ka tekkida, areneda.

2. Kirjanduses nimetatakse pisanäärme erituse bakteritsiidset ainet nii lüsotsüümiks kui ka lüsoosüümiks. Hiljaaegu tuli müügile ravim lüsotsüüm (*Lysozym*, *Лизоцим*). On selle ravimi eestikeelne nimetus õige?

Komisjoni arvates on õige vorm *lüsoosüüm*, sest z-tähe transkribeerime eesti keelde enamasti ikka s-na (näiteks *ensüüm*).

3. Erialases trükisõnas ja ajakirjanduses on teisi segavaid lahknevusi, näiteks kutiikul ja kutiikula, epiderm ja epidermis, inhibiitor ja inhibitor, mitokonder ja mitokondrion. Kuidas neisse suhtuda?

Nähtavasti on tegemist mõnede spetsialistide eriarvamusega ja seetõttu võib vääraid oskussõnu tõenäoliselt edaspidigi vahel trükis leida. Küllap aeg teeb siin oma korrektuuri. Õiged sõnakujud on aga muidugi **kutiikul, epidermis, inhibiitor ja mitokonder**. Nii on need sõnad kirjas ka ÕS'76-s.

4. Kas sõna *lapskond* on võrreldav sporditerminitega *meeskond* ja *naiskond*?

Lapskond on õigesti tuletatud termin, kuid ei tähenda võistkonda, vaid laste kogu.

5. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» venekeelsete referaatide bibliograafilises kirjes on autori(te) nimele lisatud teine initsiaal, mis artikli juures tegelikult puudub. Ka rubriigis «Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal» on ingliskeelsete artiklite kirjes kaks initsiaali. Kas võib seda pruuki õigeks pidada?

Teise initsiaali lisamist venekeelsele referaadile võib soovitatavaks pidada, sest see vastab vene traditsioonilisele kirjepildile.

Täiesti vale aga on teine initsiaal ingliskeelsel artiklil, sest anglosaksidel tähistab see teist eesnime, mitte isanime. Kuid kui kirjutus on kahe initsiaaliga juba ilmunud, ei saa artikli kirjet muuta. Autor peab ise hoolitsema oma nime õigsuse eest. See tähendab, et eraldi kaaskirjas (käib ka keskajakirjanduse kohta) tuleb tähelepanu juhtida oma passijärgsele ladinatähstikulisolele nimetusele.

6. *Kipsituba* tähendaks ruumi, kus hoitakse kipsi. Kas tegevust aluseks võttes ei oleks õigem öelda *kipsimistuba*?

Sisuliselt on *kipsimistuba* õige, kuid *kipsituba* on juba ammu kõnes juurdunud ja seega võib mõlemat kasutada.

7. Kes on *mikrokirurg* ja *mikropediaater*?

Meditiinis kasutatakse laialdaselt *mikrokirurgilisi operatsioonimeetodeid* ja on tekkinud isegi uus eriala *mikrokirurgia*, mille arendamiseks loodud juba *mikrokirurgiakeskusi*. Opereerib aga ikka spetsiaalsete tehniliste vahendite ja aparatuuri abil kirurg või siis silma-, veresoonte *mikrokirurg*. Täiend sõnata *mikrokirurg* pole terminina siiski kõige sobivam.

Малая хирургия oleks aga **pisikirurgia**.

Mikropediaater on sünnitusmajas töötav vastsündinute arst.

8. Mida tähendab *traumatism*?

Selle terminiga on tõepoolest palju segadust, sest sõnaraamatud ja teatmeteosed annavad mõistele erinevaid tähendusi. Igal juhul ei tähenda *trauma* ja *traumatism* üht ja seda sama.

Meil on **traumatism** eelkõige statistikatermin ja alles teises järjekorras võiks ta tähendada traumajärgset, traumast põhjustatud haiguslikku seisundit.

9. Kas ka *patoloogia* mõistele ei ole meie igapäevases kõnes antud liiga laiad piirid?

Patoloogia alg tähenduses on õpetus haiguslikest protsessidest ja muutustest organismis. Omal kohal on ka omadussõna **patoloogiline**, näiteks *patoloogiline sünnitus, muutus*.

Täiesti väärad aga on arstide hulgas levinud väljendid: ilma patoloogiata, kas patoloogiat esineb, patoloogiat ei täheldatud, verepildi patoloogia, naatrium oli veres patoloogiline, patoloogia tingimustes jpt. Enamasti pruugib vaid patoloogia asendada patoloogiliste muutustega ja jutu mõte on selge.

10. Suguelu uurivat teadust nimetati esialgu *seksoloogiaks*, praegu on aga ÕS'76 alusel levinud üksnes *seksuoloogia*. Kumb on õige?

Seksuoloogia aluseks on ladina *sexūs, sexūs*, millest saadud u-line adjektiiv *sexualis* ja ilmselt siit on tuletatudki *seksu-o-loogia*.

Kuid vale ei ole ka paljudes keeltes, sealhulgas ka vene ja inglise keeles, levinud lühem vorm **seksoloogia** (ladina tüvi *sex+o+logia*). Kas lõpuks juurdub lühem ja hõlpsamini hääldatav *seksoloogia* (seda peab õigeks ka TRÜ dotsent latinist R. Kleis) või ÕS'76-s toodud pikem — *seksuoloogia*, näitab jällegi ainult aeg. Paralleeli tõmbamiseks võiks siinkohal osutada ka omaaegse kohmaka *virusoloogia* lühenemisele *viroloogiaks*.

Põhimõtteliselt samal seisukohal on ka E. Kindlam artiklis «Retseptuurist, seksuoloo- giast ja muust» (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 1, 78—79).

11. Kas *промежуточный синдром* eestikeelseks vasteks sobib *vaheühendroom*?

Õigem oleks **vahepealne** (e. **vaheline**) **sündroom** e. **intermediaarsündroom**.

Meditiini terminoloogia komisjoni
sekretär Ilmar Laan

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi 1980. a. 15. mai koosolekul käsitleti suitsetamisvastast võitlust meie vabariigis. Ettekanded olid Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarstilt A. Haugilt ja tervishoiuministeeriumi peaterapeutilt N. Elsteinilt.

Suitsetamise levimusele on suuresti kaasa aidanud eksiirvamus tubakasuitsetamise vähestest kahjulikkusest tervisele. On oluline, et arstid oma eeskujuga näitaksid eitavat suhtumist suitsetamises — praegu aga suitsetab veel 42% meesarstidest ning 20% naisarstidest.

Otsustati keelata meditsiinipersonalil ning ravalustel suitsetada haiglas ja muudes tervishoiuasutustes. Suitsetamist haiglaravil pida ravirežiimi rikkumiseks.

22. mai koosolekul tehti kokkuvõtteid tervishoiuasutuste 1979. aasta ülevaatuse tulemustest. Võitjateks ning rahapreemia ja diplomi väärilisteks tunnistati järgmised tervishoiuasutused.

Esimeses rühmas Riiklik Teaduslik Meditsiinäramatukogu (preemiaks 1500 rbl.);

teises rühmas Tartu Linna Polikliinik, Tallinna Merimetsa Haigla, Valga Rajooni Keskhaigla (neist igale 4400 rbl.);

kolmandas rühmas Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam (1200 rbl.);

neljandas rühmas Rõngu Jaoskonnahaigla (1100 rbl.), Taebla (500 rbl.) ja Kuusalu (300 rbl.) ambulatoorium;

viiendas rühmas Pärnu Kalakombinaadi ja Valga Õmblusvabriku tervishoiupunkt (ä 150 rbl.), Tartu Lihakombinaadi, Kalinini-nimelise Tallinna Elektrotehnikatehase ja Tallinna Autobussipargi tervishoiupunkt, Linnamäe, Voore, Uhtna, Soinaste, Kobratu, Vasalemma ja Pühajärve velskri- ja ämmaemandapunkt.

Märgiti ära Tartu Kliinilise Haigla, Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Võru Rajooni Keskhaigla, Tallinna Pelgulinna Haigla, Pärnu Linna Haigla, Misso Jaoskonnahaigla, Suure-Jaani Jaoskonnahaigla, Tallinna Ehituskraamikatehase tervishoiupunkti ja V. Klementi nimelise Õmblus-

tootmiskoondise tervishoiupunkti kollektiivi edukat tööd.

Samas kuulati informatsiooni tervishoiuasutuste sotsialistlike kohustuste täitmise ja töö kohta. Otsustati anda kommunistliku töö kollektiivi nimetus Tartu 1. Mai tänava apteegi, Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama ja Varstu Jaoskonnahaigla kollektiivile.

Jüri Ennet

11. septembril arutati kolleegiumi koosolekul laste ja emade suremust. Madalam on laste suremus Pärnu linnas, Põlva ja Võru rajoonis, kõrgem Harju, Tartu ja Valga rajoonis. Surma põhjustest on peamised varajase lapse haigused, kaasasündinud arenguanomaaliad ja hingamiseldundite haigused. Edaspidi on oluline haigestunud imikuid ravida ja jälgida täieliku tervenemiseni, neid uurida viroloogiliselt, täiustada ravi, dispanseerida kõik enneaegselt sündinud lapsed. Väga tähtis on vältida sünnitus- ja lasteosakondades siseinfektsioonide tekke võimalusi. Oluline on ka see, et linnade ja rajoonide rahvasaadikute nõukogud arutaksid oma istungjärgudel regulaarselt 1...2 korda aastas laste suremuse edasise vähendamise võimalusi. Selline ettepanek otsustati teha kõikidele RSN täitevkomiteedele.

Samal istungil kuulati informatsiooni, analüüsiti ja arutati 1980. aastal esinenud üksikuid tüsistunud sünnitusjuhte, mille puhul oli tegemist lootevete emboolia ja mesenteriaalveresoonte tromboosiga.

Inge Plakso

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOOLIS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 20. mail kuulati Tartu Kliinilise Haigla peaarsti, hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri dotsendi kt. L. Karu *venia legendi* loengut «Adaptatsioon kui sotsiaalhügieeni probleem» dotsendikutse taotlemiseks. Nõukogu andis loengule kõrge hinnangu.

Teadusprodekaan professor E. Sepp andis ülevaate leiutus- ja ratsionaliseerimistegevusest, samuti probleemikomisjonide tööst teadusliku uurimistegevuse koordineerimisel. Leiutustegevuse alal tõsteti esile neuroloogia ja neurokirurgia, oftalmoloogia ja farmakoloogia kateedrit jt. Kahjuks on kateedreid, mille teadustöö temaatika ja tulemused võimaldaksid vormistada leiutisi ning avastusi, kuid ei vaevuta seda tegema. Üldse on teadustöö tulemusi hakatud paremini juurutama meditsiinipraktikasse ja õppetöösse.

Prodekaan professor A.-E. Kaasik andis ülevaate subordinatuuri tööst. Sel alal on edukalt töötanud stomatoloogia, pediaatria, sünnitusabi ja günekoloogia ning teaduskonnasisehaiguste kateeder. Professor A.-E. Kaasik märkis hospitaalsisehaiguste, hospitaalkirur-

gia, nakkushaiguste, spordimeditsiini kateedrite ebapiisavat tööd subordinatuuri tsüklite planeerimisel ja õppedistsipliini tagamisel. Nõukogu kohustas deканаati ja kateedrijuhatajaid tõstma nõudlikkust subordinatuuri programmide täitmisel.

Dekaani professor L. Allikmets andis informatsiooni NSV Liidu Ministrite Nõukogu Kõrgema Atestatsioonikomisjoni inspektsiooni tulemustest ülikoolis. Kontrolliti ka arstiteaduskonna erialanõukogude tegevust, millega jäädi üldiselt rahule, kusjuures tõsteti esile neuroloogia, neurokirurgia ja psühhiaatria nõukogu (esimees professor J. Saarma) head tööd.

Kriitilised märkused puudutasid erialanõukogude ebapiisavat tegevust teadustöö tulemuste juurutamisel ja mõnede pealiskaudsete retsensioonide aktsepteerimisel. Toonitati vajadust aktiveerida nõukogu kõigi liikmete tööd.

Arstiteaduskonna nõukogu juunikuu koosolekul kuulati pediaatria kateedri juhataja dotsendi kt. L. Tamme *venia legendi* loengut «Süsteemsete sidekoehaiguste diagnoosimine ja diferentsiaaldiagnoosimine lapseas» dotsendikutse taotlemiseks. Nõukogu andis loengule kõrge hinnangu.

Konkursi korras valiti üldkirurgia, anestezioloogia ja reanimatoloogia kateedri assistendi kohale U. Kõöbi. Järgmiseks tööperioodiks valiti dotsendi ametikohale taas A. Kõdar, N. Vihm, P. Nuiamäe, E. Lepp ja assistendi ametikohale H. Tälli ning E. Rajavee.

Prodekaan professor L. Pokk rääkis ettevalmistusest 1980/1981. õppeaastaks. Üliõpilaste ja õpperühmade arv on suurenenud, suureneb ka õppejõudude arv, samuti vajadus õpperuumide järele. Kateedrid peavad tagama suvel sanitaarremondi, moodbli juurdemuretsemise ja auditooriumide korrastamise. Ta peatus ka lõppenud õppeaastal ilmnenu puudustel kateedrite, deканаadi ning kursusejuhendajate töös ja tegi ettepanekuid puuduste kõrvaldamiseks. Sotsialistliku võistluse põhjal olid arstiteaduskonna kolm paremat kateedrit psühhiaatria, neuroloogia ja neurokirurgia ning farmakoloogia kateeder.

Tartu Kliinilise Lastehaigla kapitaalremondi lõppemisega paranes oluliselt pediaatria kateedri õppebaas. Avati uus radioloogia, röntgenoloogia ja onkoloogia kateeder (juhataja professor K. Villako). Teaduskonnasisehaiguste kateeder sai juurde nefroloogiaosakonna. Ruumikitsikus on kõige suurem teoreetilistes kateedrites, mis asuvad amortiseerunud hoonetes (Vana Anatoomikum, Uus Anatoomikum), kuid uue hoone ehitamine on XI viis-aastaku lõpule edasi lükkunud.

Professor T. Karu ja dotsent M. Zilmer informeerisid nõukogu spordimeditsiini kateedri ja biokeemia kateedri lepinguliste tööde käigust. Kinnitati ka arstiteaduskonna ÜTÜ võistlustööde konkursi tulemused. Ilmumiseks kinnitati neli uut õppevahendit ning kaks meetodilist kirja raviasutustele.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juhataja professor J. Saarma viibis 1979. a. jaanuarikuus Montrealis, kus ta McGilli Ülikoolis pidas loenguid ja juhendas seminare.

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri assistent A. Sarkovski stažeeris 1979. a. kuus kuud Poolas Lublini Arstiteaduse Akadeemia farmakoloogia kateedris. Uurimisobjektiks oli neuromediaatorite osa neuro- ja psühhotropsete ainete toimemehhanismis.

Mullu maikuus viibisid Helsingis TRÜ gastroenteroloogid professorid K. Villako ja V. Salupere, arstiteaduse kandidaadid A. Tamm ja H.-I. Maaros ning bioloogiakandidaat L. Villako. Täpsustati 1979...1980. a. koostööplaane Helsingi Ülikooli gastroenteroloogidega.

Depressiivsete seisundite psühhopatoloogia-alasel rahvusvahelisel sümposiumil Soomes oli 1979. a. juunikuus TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juhataja professor J. Saarma.

TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedri juhataja professor L. Tähepõld võttis osa 1979. a. juunis toimunud NSV Liidu ja Saksa DV Biokeemikute Teadusliku Seltsi V ühendamise sümposiumist Weimaris.

VI Euroopa neurokirurgide kongressil Pariisis oli mullu juulikuus TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri professor A. Tikk. Ta külastas ka Pariisi Ülikooli neurokirurgia kliinikut, tutvumaks prantsuse neurokirurgide argitööga.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi laboratooriumijuhataja A.-V. Mikelsaar võttis osa 1979. a. augustikuus Prahas toimunud rahvusvahelisest sümposiumist «Uued tsütogeneetilised meetodid meditsiinis».

1979. a. septembris leidis Szegedis aset Ungari RV lastekirurgide VI kongress. Kongressil oli ka TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri dotsent U. Reino.

* * *

2. juulil tuli kokku Tervise Rahvaülikoolide Vabariiklik Nõukogu, et arutada ja hinnata möödunud õppeaasta tööd. Õppetöö arvulised näitajad on ligikaudu samad mis eelmisel õppeaastal: elanikkonna hõlmatus 1,3%, fakultete 124, õpperühmi 403, kuulajaid 19 461, neist lõpetas täieliku kursuse 11 346. Loenguid peeti 4553 (eelmisel õppeaastal 4133), kokku 5916 tundi.

Nõukogu hindas tervise rahvaülikoolide töö rahuldavaks, tõstes esile tänava avatud tervishoiumuuseumi suurt osa selles. Parimad olid Tartu ja Valga rajooni ning Tallinna linna rahvaülikoolid, kritiseeriti aga Pärnu linna ja Kingissepa rajooni rahvaülikoolide tööd. Kõigile tervise rahvaülikoolide nõukogudele tehti kohustuseks intensiivistada õpurite värbamist ning kutsuda viimati nimeetatud rajoonide esindajad tervishoiuministriumi kolleegiumile aru andma.

Maano Kivilo

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Jents, A., Särgava, V. The action of electroaerosols on hearing disorders. — 8th International Congress of Biometeorology. Book of Abstracts, Shefayim, 1979, 186.

Körge, H., Kudu, K., Laan, M. The discharge in pure nitrogen at atmospheric pressure in point-to-plane discharge gap. — 3rd International Symposium on High Voltage Engineering, Milan, 1979, Paper No. 31. 04.

Laan, M., Körge, H., Kudu, K. The field strength and electron density calculations for the corona pulses. — Journal de Physique. Tome 40, Col. C-7, Suppl. au no 7, 1979, p. C7-351-C7-352. XIV Conf. Intern. Phen. Joniz. Gaz. Grenoble, 1979.

Lausvee, E., Tomberg, T., Mägi, M. The Evaluation of the Severity and Prognosis of Cerebral Vascular Disturbances by the REG. — Proceedings of the 5th Intern. Symposium on Rheoencephalography. Zadar, Yugoslavia, 1979.

Mikelsaar, A.-V. Fluorescence investigation of chromosomes in the newborns and their parents. — Abstr.: Symposium on Contribution of New Cytogenetic Methods to Medicine. Praha, August 28—30, 1979.

Mikelsaar, A.-V., Ilus, T. Populational polymorphic regions (NORs) in human acrocentric chromosomes. — Human Genetics, 1979, 51, 281—285.

Микельсаар А.-В., Силлеунд, Ю. (Австрия), **Шварцахер, Т. Т.** (Австр.). Satellite association frequency and number of nucleolus depend on all cycle duration and NOR-activity. — Human Genetics, 50, 81—91, 1979.

Noormaa, U., Tikk, A. The relationship between initial intravascular coagulation and later infections complications in patients with severe closed brain injury. — Thrombosis and Haemostasis, 1979, 1, 42, 311—312.

Noormaa, U., Tikk, A. Cerebral intravascular coagulation and increased platelet aggregation as mechanisms of cerebral ischemia in patients with acute cerebrovascular diseases and brain injury. — Acta neurol. Scand. Suppl., 1979, 72, 60, 630—631.

Нутт, Х. Р., Саар, Х. А. О возможной роли клеточных иммунологических механизмов в переходе панкреатита в рак. — XXIX International cursus perfectionis medicorum. Karlovy Vary (Carlsbad), 24—28, IX, 1979.

Paju, A., Teesalu, R., Sulling, T., Lai, R., Keis, U., Planken, A., Kivik, A., Mölder, V., Planken, Ü. Myocardial protection during direct myocardial revascularization. Финляндия, Хельсинки, 1979, 28.

Päi, L. The Results of Long-Term Treatment of Patients with Rheumatoid Arthritis (Clinical Immunological Aspects). — IXth European Congress of Rheumatology. Wiesbaden, September 2—8, 1979, 98.

Reino, U., Geldt, U. G., Volodko, J. A. Diagnostic difficulties in infants with anoma-

lies of urogenital system. — Abstracta. Congressus pediatrico-chirurgicus. Szeged, 1979, 58.

Rätsep, V. CEA in Carcinoma of the Stomach and in other Malignancies. — In: VI-th Meeting of Intern. Research Group for Carcino-Embryonic Proteins J.R.G.C.P., 1979, Sept. 17—21. Marburg. West-Germany. Abstr. N. 19.

Rätsep, V. The Natural Environment and Health. — In: STP Socialism. Theory and Practice, 1979, 10, 106—108.

Rätsep, V., Salijev, V. P., Tauts, E. A. The correlation of CEA with Several Immunological Tests. — In: VII-th Meeting on International Society for Oncodevelopmental Biology and Medicine, September 9—14, 1979. Surrey V. K. Abstracts, N. 47c.

Sibul, S., Vender, V. The Effect of Negative Air Ions on the Blood Supply of the External Auditory Meatus. — 8th International Congress of Biometeorology. Shefayim, Israel, 1979, 199.

Siirde, E., Sibul, S., Reinet, J. The action of negative air ions and electroaerosols on the vegetative nervous system. — Book of Abstracts. 8th International Congress of Biometeorology. September 9—15, 1979, Shefayim, Israel, 202.

Teesalu, R., Kallikorm, A., Keis, U., Zilmer, K., Planken, Ü. Effect of induction period of NLA on various parametres in patients with coronary artery disease. — Абстрактс, Вроцлав, 1979.

Teesalu, R., Sulling, T., Keis, U., Masso, R., Paju, A., Planken, A., Mölder, V., Lai, R. Myocardial protection during aortocoronary bypass. — Cor et Vasa, 1979, 21, N. 6.

Teesalu, R., Sulling, T., Lai, R., Keis, U., Planken, A., Kivik, A., Mölder, V., Planken, Ü., Paju, A. Myocardial protection during direct myocardial revascularization. — Abstracts the Scandinavian association for thoracic and cardiovascular surgery. Annual meeting. September 20—21, 1979, Helsinki, Finland, 28.

Tikk, A., Noormaa, U. The significance of cerebral and systemic disseminated intravascular coagulation in early prognosis of brain injury. — Acta neurochirurg., 1979, Supplement, 28, 96—97.

Tähepöld, L., Villako, L., Wihalemm, T., Kingsepp, A.-T., Lind, H., Zilmer, M. Effects of some gastrointestinal hormones and biogenic amines on transports-ATPases in digestive glands. — 5th Joint Symposium of the Biochemical Societies of the GDR and USSR. Abstracts. Weimar, June 25—27, 1979, 75.

Tünder, E., Tikko, H., Pöder, K. Reoperations after aortoiliac reconstructions. — Societe Internationale de Chirurgie, 28th Congress Abstracts. Sept. 2—8, 1979, San Francisco, California, USA, 156.

Vain, A. Dynamics of the Deformations of the Vertebral Column and Foot in Gymnasts.

— Abstr. VIIth Intern. Congress of Biomechanics. Warsaw, Poland, 1979, 126—127.

Vapra, A., Pokk, L. Death Causes of Rheumatoid Arthritis. — IXth European Congress of Rheumatology. Wiesbaden, September 2—8, 1979, 94.

Viru, A., Kõrge, P. Role of anabolic steroids in the hormonal regulation of skeletal muscle adaptation. — J. Steroid Biochemistry, 1979, v. 11, 931—932.

Toots, I., Metspalu, A., Lind, A., Saarma, M., Villem, R. Immobilized eukaryotic 5.8 S RNA binds *Escherichia coli* and rat liver ribosomal proteins. — FEBS Letters, 1979, vol. 104, 1, 193—196.

Villem, R., Saarma, M., Metspalu, A., Toots, I. New aspects of the eukaryotic ribosomal subunit interaction. — FEBS Letters, 1979, vol. 107, 1, 66—68.

KONGRESSID, KONVERENTSID, SÜMPOOSIONID JA TEADUSLIKUD NÕUPIDAMISED 1981. AASTAL

1981. aastal on Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumil plaanis kolm vabariiklikku kongressi, kuus konverentsi, kaks sümposiooni, kaks teaduslikku nõupidamist ja üks rahvusvaheline seminar.

Kongressid

18...20. maini toimub Tallinnas Eesti NSV terapeutide kongress. Põhiprobleem on poli-kliiniline arstiabi.

15...16. septembrini leiab Tallinnas aset II Eesti NSV farmatseutide kongress. Arutamisele tulevad meie vabariigi apteekide töö edasine täiustamine ja teaduslike uurimiste efektiivsuse tõstmine XI viisaastakul.

17...18. novembrini on Tallinnas X akušööride ja günekoloogide kongress, mille teemaks on «Riskifaktor sünnitusabis ja günekoloogias.»

Konverentsid

24...25. veebruarini korraldavad Eesti NSV Kohtuarstide Teaduslik Selts ja Patoanatoomide Teaduslik Selts Tallinnas V konverentsi. Arutamisele tulevad teooria ja praktika küsimused kohtumeditsiini ekspertiisis ja regeneratsioon ning patoloogiline proliferatsioon.

26...27. märtsini toimub Tallinnas Vabariikliku Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ja Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri korraldamisel X ftisiaatrite ja pulmonoloogide konverents. Kavas on tuberkuloosi diagnoosimine ja ravi ning pulmonoloogilise abi täiustamine.

9...10. aprillini toimub Kohtla-Järvel Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Insti-

tuudi XVI teaduslik sessioon, kus vaatluse alla võetakse põlevkivitööstuse tööhügieen ja kutsehaigused.

22...23. septembrini on Pärnus IX kurortoloogia ja füsioteraapia konverents, kus vaetakse kuurordiravi probleeme Eesti NSV-s. Korraldajaks on Eesti Vabariiklik Füsioteraapeutide ja Kurortoloogide Selts koos Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu Kuurortide Valitsusega.

13...14. oktoobrini on Tallinnas konverents teemal «Immunoloogia aspektid infektsioonipatoloogias.» Selle korraldavad Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ning TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut.

22...24. oktoobrini leiab Tallinnas aset Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi ja Vabariikliku Onkoloogide Teadusliku Seltsi ning Eesti, Läti ja Leedu NSV onkoloogiadispenserite korraldusel V Balti liiduvabariikide onkoloogide konverents. Käsitletakse onkoloogilise abi korraldust ja onkoloogiliste haiguste profülaktika, diagnoosimise ning ravi aktuaalseid küsimusi.

Sümposioonid

13. novembril on Tartus Vabariikliku Kirurgide Teadusliku Seltsi ja Tartu Riikliku Ülikooli korraldusel veresoontekirurgia sümposioon.

Teaduslikud nõupidamised

25...26. maini toimub Tallinnas Üleliidulise Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi juhatuse pleenum. Selle organiseerimisest võtavad osa Eesti NSV Tervishoiu-ministeerium ja Tallinna Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser.

9...14. juunini korraldatakse Tallinnas üleliidulise väliskeskonnakaitse veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektiooni pleenum, mis on pühendatud merevete sanitaarkaitse metodoloogiale ja printsiipide täiustamisele. Korraldajaiks on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut ning üleliiduline väliskeskonna teaduslike hügieenialuste probleemikomisjon.

Rahvusvaheline seminar

27...29. maini on Tallinnas laste ja noorukite hügieenialane rahvusvaheline seminar. Selle korraldab Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut koos NSV Liidu Laste ja Noorukite Hügieeni Instituudiga.

Andrei Sarap

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 6, ноябрь, декабрь, 1980 г.

В. А. Саарма, Э. М. Альтрая, Э. Э. Вери,
М. Э. Моппел, А. Г. Норман — **Холеци-
стофлюорография в диагностике диски-
незий желчного пузыря**

Кинетическая функция желчного пузыря оценивалась при помощи холецистофлюорографии у 42 больных хроническими заболеваниями желчевыводящих путей и у 30 лиц без заболеваний пищеварительного тракта. Выяснилось, что пероральная холецистография легко проводится флюорографическим методом. Информация, полученная при анализе серии флюорограмм, достаточна для оценки кинетической функции желчного пузыря. Рассматриваемый метод можно рекомендовать для определения моторной функции желчного пузыря в амбулаторных условиях.

С. Вийкари, И. Хяккинен, М. Инберг — **Массовые исследования в целях выявления больных раковой болезнью желудка**

М. Инберг — **Определение границ тела и антральной части желудка в связи с селективной проксимальной ваготомией**

А. Ауранен, М. Исомяки — **Значение алкоголя в патогенезе панкреатитов**

Т. Тэрмэ — **Компьютерная томография головного мозга во время дежурства нейрохирурга**

Л. Э. Яннус, Л. Ю. Мазер, Л. Р. Сауэмяги, С. И. Тамм, Ю. Н. Паульсон — **Значение курения в развитии хронического бронхита у студентов**

С целью выявления хронического бронхита, а также определения роли курения

в его развитии было проведено комплексное исследование студентов Таллинского педагогического института им. Эд. Вильде. Всего было обследовано 782 студента, из них 571 (73%) женщина и 211 (27%) мужчин. Курящие составляли 23,4% всех обследованных студентов (183 человека). Среди мужчин курящих было 30,8%, среди женщин — 20,7%. ХНЗЛ (хронический бронхит, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма) были выявлены у 44 (5,6%), признаки предбронхита — у 29 (3,7%) обследованных. Хроническим бронхитом болели 8,2% курящих и предбронхитом — 9,8%, соответствующие цифры среди некурящих составляли 4,8 и 1,8%.

Для предупреждения развития хронического осложненного бронхита с необратимыми морфологическими изменениями серьезное внимание следует обратить на возможно раннее выявление симптомов, указывающих на возникновение предморбидного состояния — предбронхита. Одним из наиболее достоверных факторов риска развития хронического бронхита у лиц молодого возраста является курение.

М. Э. Теосте, Р. В. Силла — **Половое созревание школьников Эстонской ССР**

Осенью 1970... 1972 и 1977 гг. было обследовано 10 039 школьников эстонской, русской и смешанной национальностей гор. Таллина, Кохтла-Ярве, Нарвы и Раквере, а также сельской местности. У всех школьников определяли развитие вторичных половых признаков и ряд антропометрических показателей. Начало пубертата установлено в 8—9-летнем возрасте, начало пубертата в 10-летнем возрасте у девочек и в 12-летнем — у мальчиков, начало постпубертата — в 15-летнем возрасте у девочек и в 16-летнем возрасте у мальчиков. Наблюдались значительные индивидуальные отклонения от этих средних цифр. В целом половое созревание у эстонцев за последние полвека сдвинулось на 1—2 года вперед. На селе оно происходит на полгода позже, чем в городе. Национальные различия в большинстве случаев несущественны.

Э. П. Вагане, М. Э. Саава, Р. Р. Прээм, Л. А. Тоомсалу, М. И. Нийт — **Обмен веществ и питание детей раннего возраста в Доме ребенка**

Осенью 1977 и весной 1978 г. во II Доме ребенка гор. Тарту были изучены некоторые показатели белкового и жирового обмена у детей в возрасте от 1 до 3 лет, а также обеспеченность их витаминами А, В₁, В₂, В₆ и минеральными веществами: кальцием, фосфором и магнием. Одновременно были охарактеризованы питание и физическое развитие детей.

Выяснилось, что средние показатели белкового и жирового обмена находятся в пределах нормы, однако имеет место недостаток витаминов роста (А, В₁, D) и ненасыщенных жирных кислот. Несбалансированность рационов, особенно весной, ухудшает обмен веществ, обеспеченность витаминами и минеральными веществами и углубляет задержку физического развития детей. В Домах ребенка для улучшения качества питания следует увеличить потребление овощей, фруктов, молока и растительного масла. Зимой и весной нужно давать детям витаминные концентраты или препараты.

М. Ю. Кундла, П. Г. Лаане, Б. М. Либерман — Велоэргометрия при оценке тяжести поражения коронарных артерий у больных стенокардией напряжения

Сопоставлены данные велоэргометрии и коронарографии у 91 больного стенокардией напряжения. По тяжести ангиографически определяемых изменений больные распределились следующим образом: 32 имели выраженное стенозирование (более 50% просвета) или окклюзию двух или более коронарных артерий, 29 — выраженное стенозирование или окклюзию одной артерии, у 30 больных изменения отсутствовали или ограничивались начальным (менее 50% просвета) сужением артерий.

Положительный результат велоэргометрической пробы давал мало сведений о тяжести поражения, т. к. наблюдался также при выраженном стенозировании (в подавляющем большинстве случаев) и при неизмененных или малоизмененных артериях (в большинстве случаев).

Полезную для ориентировочной оценки тяжести изменений коронарных артерий информацию давали три количественных параметра, легко определяемых при велоэргометрии: мощность выполненной нагрузки, частота сердечных сокращений (ЧСС) и величина двойного произведения при максимальной нагрузке. Для больных с выраженным и распространенным поражением коронарных артерий оказалось характерным появление лимитирующих симптомов при следующем сочетании величин: мощность пороговой нагрузки не выше 600 ватт, ЧСС на высоте нагрузки не более 120 уд./мин., двойное произведение ниже 200. Вероятность тяжелого поражения возрастала, если в ответ на нагрузку отмечалось смещение интервала ST на 0,2 мВ или более, появлялись частые групповые или политопные желудочковые экстрасистолы. У больных с малоизмененными или неизмененными коронарными артериями, как правило, выявлялась способность выполнять нагрузку мощностью 100 ватт и

более, ЧСС у них достигала более 130 уд./мин. и величина двойного произведения была выше 250.

В. А. Михайлова — Бессимптомные формы завозного онхоцеркоза

При изучении характера симптомов завозного онхоцеркоза у советских граждан установлено, что у большинства из 50 обследованных больных они были ярко выражены: зуд кожи, преимущественно вечерний и ночной, сыпь различного характера и локализаций, реже отек различных участков тела, увеличение лимфатических узлов и конъюнктивально-роговичный синдром. Выявлены также стертые и бессимптомные формы болезней. В этих случаях диагноз был поставлен на основании эпидемиологического анамнеза и повышенной эозинофилии крови, подтвержден пробой Маззотти и обнаружением микрофилярий *O. volvulus* в срезах кожи.

Бессимптомное паразитоносительство иногда наблюдается у местных жителей эндемичных стран, адаптировавшихся к данной инвазии, или малоинфицированных лиц. Для неиммунных людей при заражении онхоцеркозом обычно характерна острая аллергическая реакция.

Паразитоносительство микрофилярий онхоцерков при отсутствии клинических симптомов у отдельных советских специалистов, возвратившихся из эндемичных районов, является исключением и заставляет более углубленно обследовать всех вернувшихся, независимо от интенсивности симптомов и даже при их отсутствии.

Л. О. Кяхрик — Социологические проблемы медицинской деонтологии

В статье обосновывается тезис о том, что в силу существенных научно-технических и социально-экономических сдвигов, происшедших в обществе, значительно изменилась сфера действия врачебной этики. Еще 40 лет назад врачебная этика регулировала в основном отношения между врачом и больным, теперь же она распространилась на отношения между здравоохранением как системой и больным. В связи с этим выявляются критерии, которые позволяют указать, где и когда возникает медико-деонтологическая ситуация и вступает в действие врачебная этика: 1) вопрос должен касаться здоровья отдельного человека, определенного социального слоя, всего народа; 2) этим вопросом занимаются профессионалы — медицинские работники; 3) необходимо иметь ситуацию морального выбора. Много внимания уделяется обоснованию и формулировке норм этики больного, а также нормам, регулирующим действия врача по отношению к больному. В статье подвергаются острой критике

взгляды буржуазных социологов С. Тульмина и Р. Мертона на содержание и задачи медицинской деонтологии; доказывалось, что сформулированные Р. Мертоном нормы врачебной этики в условиях конкуренции невозможно выполнять честно и добросовестно, а многие из них носят сугубо классовый характер, т. к. должны обеспечивать лучшие условия лечения богатых, по сравнению с трудящимися массами.

Р. Ю. Лоога — Диссеминированная интраваскулярная коагуляция (ДИК)

В обзоре приводятся основные литературные данные, относящиеся к понятию этиологии, патогенезу, клинике, диагнозу и лечению ДИК'а. ДИК является осложнением при многих патологических состояниях и болезнях, перечень которых дается в статье в виде таблицы. Основное значение в патогенезе ДИК'а имеют всеобщая активизация системы свертывания крови и патологические реакции противосвертывающей системы. Эти реакции усиливаются одновременной активизацией симпатoadrenalовой системы и сенсibilизацией х-адренорецепторов глюкокортикоидами. В результате значительного фибринообразования многие мелкие сосуды всего организма закупориваются микротромбами. Во внутренних органах, в частности в коре почек, развиваются очаги ишемии, а также при достаточно длительном сохранении микротромбозов, геморрагические и некротические явления. Клинически ДИК проявляется в виде геморрагического диатеза, несвертываемости крови, гемолитической анемии и симптомов недостаточности внутренних органов, в частности почек. Основное значение при лечении ДИК'а имеет гепаринотерапия.

В. П. Сергиев — Показания для выборочной иммунизации против брюшного тифа

На территориях со спорадической заболеваемостью брюшным тифом близкий внутрисемейный контакт с зарегистрированным хроническим носителем возбудителя брюшного тифа в условиях, способствующих заражению, может рассматриваться как показание для выборочной иммунизации против брюшного тифа. На основании имеющихся данных о частоте регистрации завозных случаев брюшного тифа в разных странах и характеристики эпидемической ситуации в странах Азии, Африки и Латинской Америки обосновывается целесообразность проведения прививок против брюшного тифа для выезжающих в тропические страны.

П. Х. Урм — Отделение искусственной почки при Пельгулиннской больнице

В статье анализируется деятельность нефрологического кабинета, третий год работающего при Таллинской Пельгулиннской больнице, за 1978 и 1979 гг. За указанный период 30 больным 184 раза проведен гемодиализ. У 10 из них отмечалась острая почечная недостаточность. Описывается использованная аппаратура и методика работы. Автор останавливается на вопросе отбора больных, показаниях и противопоказаниях к проведению гемодиализа. Хотя материал исследования невелик, в статье показано, что, по мере накопления опыта уменьшается число смертных случаев при гемодиализе, больные начинают лучше переносить гемодиализ, запрограммированный период гемодиализа увеличивается. Затрагиваются также вопросы перитонеального диализа. Дается характеристика тактики лечения в период гемодиализа. В заключение приводятся причины, которые тормозят работу нефрологического кабинета и даются конкретные указания по направлению больных на лечение гемодиализом.

Н. В. Эльштейн — Общие клинические особенности современного терапевтического больного

На основе собственных клинических наблюдений, обобщения исследований, выполненных в Эстонии, и данных литературы автор выделяет шесть общих клинических особенностей современного терапевтического больного: множественность болезней, растущая с возрастом больных; высокая частота заболеваемости функциональными расстройствами нервной системы (неврозами, депрессией), аллергическими болезнями, ожирением, хронической очаговой инфекцией; атипичность и стертость клинических проявлений многих заболеваний. Нередко имеет место взаимовлияние различных факторов. Изучение общих клинических особенностей современного пациента требует специального рассмотрения в процессе подготовки и усовершенствования терапевтов.

Х. А. Густавсон — Заметки о музее здравоохранения

В статье дается обзор существовавших в прошлом и современных музеев Эстонии, связанных с историей медицины и проблемами здравоохранения. Особое внимание уделяется недавно основанному в гор. Таллине Музею здравоохранения Республиканского Дома санитарного просвещения, где в ближайшем будущем намечено открыть также отдел истории медицины.

В. В. Калнин — 1000 лет со дня рождения Абу Али Ибн Сина (980—1037)

С. А. Тээсалу — Республиканский семинар по теме «Регуляторные механизмы функции желудочной железы и функциональная диагностика болезней»

В. В. Калнин — IV научная сессия «Об истории Тартуского университета»

Л. Х. Алликметс — III Республиканское совещание по вопросам нейропсихофармакологии

В. А. Сяргава — Семинар по вопросам детской оториноларингологии

Р. Э. Вески — Научно-методическая конференция «Гулиновые удобрения. Теория и практика их применения»

Э. В. Саар — Конференция Общества средних медицинских работников санитарной службы

Юбилейные даты

С. Р. Йыкс, Т. А. Айтсам — Нужен ли народный университет здоровья?

И. А. Лаан — В комиссии медицинской терминологии

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 6. November, December 1980

V. Saarma, E. Altraja, E. Veri, M. Moppel, A. Norman — Cholecystofluorography as a Diagnostic Method for Gallbladder Dyskinesia

The kinetic function of the gallbladder was estimated by means of peroral cholecystography in 42 patients with chronic biliary diseases and 30 subjects without digestive troubles. It may be concluded that peroral cholecystography using fluorographic method is easy to carry out. The information obtained from a serial fluorogram is sufficient for the estimation of kinetic function of the gallbladder. This method can be recommended for diagnosis in outpatient departments.

S. Viikari, I. Häkkinen, M. Inberg — Mass Screening for the Presence of the Cancer of the Stomach

The purpose of this mass study by means of FSA screening test was to detect cancer of the stomach in an early stage. Clinical studies and gastroscopic examination associated with biopsy were carried out in 3,508 patients. The article presents the results of the screening and treatment. Use of the mass screening is recommended for the rapid detection of gastric cancer and as an aid in the differential diagnosis of several gastric diseases.

M. Inberg — The Establishment of Boundaries between the Gastric Antrum and the Corpus in Connection with Selective Proximal Vagotomy

This article presents the results of a comparative study on 70 patients who underwent a selective operation for chronic duodenal ulcer. As the effect of surgery on acid secretion is similar in both groups of patients

studied, the author has arrived at the conclusion that, in cases of selective proximal vagotomy, there is no need to establish boundaries between the gastric antrum and the corpus.

A. Auranen, M. Isomäki — The Role of Alcohol in the Development of Pancreatitis

The authors present data on 1,028 patients suffering from acute pancreatitis which was diagnosed and treated at the University Central Hospital in Turku. In the early seventies there was a three-fold increase in the incidence of pancreatitis due to alcohol abuse. In recent years the incidence of pancreatitis has stabilized.

T. Törmä — Computer-Assisted Tomography at the Disposal of a Neurosurgeon on Duty at the Emergency Service

The author deals with his first-hand experience in using computer-assisted tomography (EMI "Whole Body Scanner" type 5005) at the University Central Hospital in Turku. An analysis of 1,650 computer-assisted tomographic examinations is presented. In conclusion, the author points out that computer-assisted tomography is of much help in handling neurosurgical emergencies.

L. Jannus, L. Maser, L. Sauemägi, S. Tamm, J. Paulson — Chronic Bronchitis and Smoking among Higher School Students

A comprehensive survey (involving questionnaires, X-ray fluorography and pulmonary function tests) has been carried out among 782 students at the Ed. Vilde Tallinn Pedagogical Institute. The study included 73 per cent of female and 27 per cent of male students. Of those 782 students studied 183 were regular smokers (23.4 per cent).

Chronic non-specific lung diseases, such as chronic bronchitis, bronchial asthma, were diagnosed in 44 cases (5.6 per cent) and pre-bronchitis was detected in 29 cases (3.7 per cent) among the students studied. The smokers, however, suffered from chronic bronchitis in 8.2 per cent and had pre-bronchitis in 9.8 per cent, the respective figures for non-smokers were 4.8 and 1.8 per cent.

M. Teoste, R. Silla — Sexual Maturation of Schoolchildren in the Estonian SSR

A total of 10,039 schoolchildren in Tallinn and Kohtla-Järve, at Narva and Rakvere and some rural areas underwent physical examination in the autumn 1970, 1972 and 1977. In this group of pupils the development of secondary sexual characteristics and a number of anthropometric indices were investigated. As a result, it was found that pre-

puberty in those pupils started at the age of 8—9 years, and puberty started in girls at the age of 10 and in boys at the age of 12 years, the post-puberty period occurred at the age of 15 and 16 respectively. There were individual deviations from these mean values. It is concluded that in the countryside puberty starts approximately 6 months later than in towns, and during the last half century puberty among Estonian children occurs 1 to 2 years earlier than before. In most cases, there were no national differences in sexual maturation.

E. Vagane, M. Saava, R. Prööm, L. Toomalu, M. Niit — Metabolism and Nutrition of Infants at an Infants' Home

In the autumn 1977 and in the spring 1978, at the Tartu Infants' Home No. 2, protein and fat metabolism and vitamin A, B₁, B₂, B₆, calcium, phosphorus and magnesium intake was investigated in infants, aged between 1 and 3 years. At the same time the infants' growth and development was assessed. As a result, no significant disturbances in infants' protein and fat metabolism were observed, but a certain deficiency, however, in growth vitamins, such as vitamin A, B₁ and D, and in unsaturated fatty acids was observed in the subjects studied. Food imbalance, which was greater in spring, had led to metabolic disorders; vitamin and mineral deficiency had contributed to general stunting of growth among infants.

It is concluded that in infants' homes, infants and toddlers should be given food which is richer in vitamins or vitamins in concentrated form.

M. Kundla, P. Laane, B. Liberman — Veloergometry in Predicting the Extent of Coronary Artery Disease in Patients with angina pectoris

91 patients with *angina pectoris* underwent both exercise stress testing and selective coronary angiography. The data indicated that a combination of exercise parameters is diagnostically important in assessing the presence and extent of coronary artery disease. 72 per cent of patients who had multi-vessel disease had positive exercise tests at workloads <60 W, at maximum heart rate <120 beats/min. and at peak double product <200. Patients without significant disease completed work loads ≥100 W achieving maximum heart rate >120 beats/min. and peak double product >250.

V. Mikhailova — Asymptomatic Forms of Introduced Onchocerciasis

A clinical evaluation of onchocerciasis was made in Soviet citizens suffering from

this disease. 50 patients had developed following well-defined symptoms of this disease: itch, mostly in the evening and at night, skin rash of various character and localisation, less frequently oedema at different areas of the body, enlargement of lymphatic nodes and conjunctival-scleral syndroma. Asymptomatic forms of the disease were also observed. In such cases the diagnosis was made on the basis of epidemiological data, elevated eosinophil count, the results of Mazzotti test and the detection of *Onchocera volvulus*. Asymptomatic parasite carriers are sometimes observed among the native population of endemic countries. These carriers are either adapted to the invasion or infected with very small doses of the parasite. Non-immune persons develop a severe allergic reaction to the parasite after contracting onchocerciasis. The author recommends to carry out a thorough check-up among those who return home from the countries which are endemic in relation to onchocerciasis.

L. Kährik — Sociological Problems of Medical Deontology

The author points out that tremendous scientific, technological, social and economic achievements in the society have brought about changes in the area of medical ethics. As early as 40 years ago medical ethics controlled the relationship between the doctor and the patient, but today it regulates the relationship between the public health system, as a whole, and the patient. In this connection, the author has come up with several criteria indicating the appearance of medico-deontologic situation and showing where and when medical ethics produces its effect. These criteria are as follows: 1) the state of health, social stratum and relation to people; 2) medical profession; 3) a situation of moral dilemma.

Much attention is paid to the substantiation and definition of ethical norms of the patient, and also to the norms which regulate doctor-patient relationship. The author sharply criticizes the viewpoints of S. Toulmin and P. Merton, bourgeois sociologists, concerning the essence and purposes of medical deontology. The authors viewpoint is that it is impossible to apply norms of medical ethics in conditions of Capitalist competition, and a majority of these norms have marked class characteristics, so they are supposed to provide more convenient treatment facilities for the rich compared with the rank-and-file people.

R. Looga — Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)

The review presents some basic data on the concept, etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of DIC. DIC is a

grave complication of many pathologic states and diseases in the body. It develops as a result of general pathologic activation of blood coagulation, fibrinolysis and sympathetic-adrenal system. When fully expressed, it is a catastrophic clinical syndrome manifested by bleeding due to depletion of platelets and coagulation factors, organ ischemia consequent to deposition of fibrin in the microcirculation, and hemolytic anemia caused by fibrin-induced traumatic red cell destruction. Heparin therapy is a basic method for the treatment of DIC.

V. Sergiev — Indications for a Selective Immunisation against Typhoid Fever

P. Urm — The Use of Artificial Kidney in Tallinn

N. Elshtein — General Clinical Peculiarities of the Present-Day Therapeutic Patient

On the basis of personal clinical findings and the conclusions derived from several studies carried out in Estonia and according to the relevant literature data, the author has come up with the following 6 clinical features characterizing the present-day therapeutic patient: 1) a multiplicity of ailments growing with age; 2) a high incidence of functional disturbances of the nervous system (e. g. neuroses, depression, etc.); 3) a high incidence of allergic diseases; 4) obesity; 5) chronic focal infections; 6) atypic and unremarkable clinical signs and symptoms of the majority of diseases. Often an interaction between these diverse factors is observed.

It is concluded that the present-day therapeutic patient benefits only from the treatment which depends upon the specialized knowledge and clinical judgement of the physician.

H. Gustavson — First-Hand View of a Newly Founded Museum of Public Health

V. Kalnin — In Memory of Abu Ali ibn Sina (980—1037)

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

S. Ioks, T. Aitsam — The So-Called «University of Health» — Is it Necessary?

I. Laan — At the Committee on Medical Terminology

Chronicle

Soviet Estonian Scientists' Publications Abroad

English text edited and translated by E. Saarnok

1980

Nõukogude Eesti Tervishoid

SISUKORD

Ahelik, S. — EKP tegevus sotsiaalkindlustuse ja tervishoiu alal
Allikmets, L. — TRÜ arstiteaduskond aastail 1940...1980

Rätsep, V. — Nõukogude Eesti tervishoiu areng aastail 1940...1980

Rätsep, V. — Tervishoiukaadri kasvatusprobleeme

Vannas, M. — Eesti NSV 40. aastapäevaks

Väärt, E. — Tubakasuitsetamise vältimise probleemid

TEORIA JA PRAKTIKA

Auranen, A., Isomäki, M. — Alkoholi osa pankreatiidi tekkes

Beltšikov, E., Lazarenko, T., Kask-Sarv, E. — Parodontoosihagete dünaamiline immunoloogiline uurimine

Boston, L. — Tiaminfosfaati sisaldavate ensüümide aktiivsus ägedat pneumooniat ja bronhiiti põdevatel varaealistel lastel

Eha, J., Leissoo, A., Altraja, E., Luha, O. — Südamekodade ajutine elektrostimulatsioon koormustestina südame isheemilise diagnoosimisel

Eha, J., Leissoo, A., Serka, T., Luha, O. — Ekstrasüstoolijärgne potentsioneerimine vasaku südamevatsakese kontraktsioonihäirete pöördumise hindamisel

Ehivest, M. — Klebsiellabakterite põhjustatud soolepõletikud

Grodinskaja, M. — Liikvori seromukoidi uurimise tulemustest hemorraagilise insuldi ja peaaugukasvajate puhul ning normväärtused

Hanstein, S., Stamberg, A. — Kaasasündinud huulelõhede kirurgiline ravi Millardi meetodil

Inberg, M. — Mao antrumi ja korpuse püri kindlakstegemine seoses selektiivse proksimaalse vagotoomiaga

Jannus, L., Maser, L., Sauemägi, L., Tamm, S., Paulson, J. — Suitsetamise osa kroonilise bronhiidi etioloogias üliõpilastel

Kaarma, H. — Üksikute antropomeetriliste tunnuste prognoosimine noortel naistel

Kalits, I., Leisner, U. — Lapse sünnikaal ja sünnituste arv suhkurtõve riskitegurina

Kivi, S., Mikelsaar, A.-V., Lövi, M. — Kromosoomivariandid näolõhedega haigetel

Kundla, M., Laane, P., Liberman, B. — Veloergomeetria pärgarterite kahjustustaseme hindamisel stenokardiahaigetel

Laidna, M., Jalviste, H. — Uroinfektsioon ja hiiustoksikoos kui raseduse tüsistus

СОДЕРЖАНИЕ

Ахелин С. А. — О деятельности КПЭ в области социального обеспечения и здравоохранения.

Алликметс Л. Х. — Медицинский факультет Тартуского государственного университета в 1940—1980 гг.

Рятсеп В. И. — Развитие советского здравоохранения в Эстонской ССР в годы 1940—1980.

Рятсеп В. И. — К вопросу воспитания кадров здравоохранения.

Ваннас М. В. — К 40-летию Эстонской ССР.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

Вязрт Э. А. — О проблемах борьбы с курением.

- Leibur, E.** — Embrüonaalsete hamba algmete diferentseerumine koekultuuris
- Leimann, A., Nuiamäe, P., Poljanski, V.** — Koldeväline osteosüntees luumurdude ravivis
- Lepik, B.** — *Citrobacteri* perekonna mikroobide esinemine Rapla rajooni elanikel
- Luts, A.** — Kuulmisjäädgid kurtuse puhul ja kuulmise proteesimine
- Luts, L., Paškov, A.** — Morgagni-Stewart-Moreli sündroomi diagnoosimine
- Lövi, M.** — Kaasasündinud näolõhede mikroovrmid
- Maramaa, S.** — Infektsioosse müokardiidi diferentsiaaldiagnoosimine
- Mihailova, V.** — Troopikamaadest sissetoodud onhotserkoosi asümptoomsed haigusvormid
- Müür, A.** — Bүүлепroteesid hammaste-kaare defektide ravivis
- Paulson, J.** — Hingamisüsteemi funktsionaalne seisund näisüüloplastel
- Paves, A., Tälli, H.** — Akuutne respiratoorne viirusnakkus varaealistel lastel
- Pokk, T., Pokk, L.** — Pahaloomulised mitmikkasvajad
- Riis, E.** — Dermatoloogilised haigused puuvillakombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» ketrus- ja kudumisvabrikute põhitöölistel
- Roosaare, M.** — Radikuliidihaigete muda-ja balneoravile saamine
- Russak, S., Vihalemm, T., Kalits, I.** — Suhkruhaigete sülje alfa-amülaasi ja happelise fosfataasi aktiivsus seoses hamba-kaariesega
- Rätsep, V.** — Embrüonaalantigeenide kasutamise võimalused
- Rätsep, V., Nikitin, J.** — Makrofaagide migratsiooni pidurduse test fütohemaglutiniiniga stimuleerimisel rinnavähi korral
- Saarma, V., Altraja, E., Veri, E., Moppel, M., Norman, A.** — Koletsüstofluorograafia sapipõie düskineesia diagnoosimisel
- Subi, K., Tapupere, V., Kasesalu, G., Vorobjova, A., Kutsar, K., Hannus, L., Lääne, V.** — Respiratoorsed viirusnakkused Eesti NSV-s 1978/1979. aasta talvel ja kevadel
- Sudakova, R.** — *Shigella sonnei* põhjustatud düsenteeria mikrobioloogiline iseloomustus Eesti NSV-s haigestumise tõusu ja languse aastail
- Tammepõld, E., Prükk, T.** — Seerumhepatiti pödenute vereseerumi valkude polüakrüülamidgeel-diskuselektrofoores
- Tamm, S., Olm, T., Mardi, R., Kutsar, K., Kook, L., Männiste, J., Vares, A., Ennu-lo, J.** — Üliõpilaste vereringesüsteemi funktsiooni hälbep õppeaja vältel
- Teoste, M., Silla, R.** — Eesti NSV õpilaste suguline küpsemine
- Teoste, M., Silla, R.** — Suguhormoonide eritussugulise küpsemise perioodil
- Tõrmä, T.** — Peaaju kompuutertomograafia neurokirurgi valvekorra ajal
- Undla, J., Pöder, H., Veinpalu, E., Trink, R., Veinpalu, L.** — Elektroaerosoolravi kamb-rimeetod reuma- ja reumatoidartriidihai-ge te kuurordiravis
- Vagane, E., Saava, M., Prööm, R., Toom-salu, L., Niit, M.** — Ainevahetus ja toitumine väikelapseas lastekodus
- Vihm, M.** — Hambakaarse levimus ja intensiivsus Eesti NSV asulate lastel ja noorukitel
- Vikari, S., Häkkinen, I., Inberg, M.** — Massuurimised maovähihaigete väljaselgitamiseks
- Лейбур Э. Э.** — Дифференциация эмбриональных зубных зачатков в культуре ткани
- Леймани А. Э., Нуйамяе П. К., Полянский В. П.** — Использование внеочагового остеосинтеза в лечении переломов костей
- Лепик Б. К.** — О распространенности микробов семейства *Citrobacter* у жителей Раплаского района
- Лутс А. Э.** — Об остаточном слухе при глухоте и о протезировании слуха (аудиометрическое исследование)
- Лутс Л. Л., Пашков А. В.** — О диагностике синдрома Морганьи-Стюарт-Морель
- Лыви М. О.** — Микроформы врожденных расщелин лица
- Марамаа С. Я.** — Дифференциальный диагноз инфекционного миокардита
- Михайлова В. А.** — Бессимптомные формы воз-возного онхоцеркоза
- Мююр А. Л.** — Бюгельные протезы при протезировании частичных дефектов зубных рядов
- Паулсон Ю. Н.** — О функциональном состоянии дыхательной системы у студентов
- Павес А. Э., Тялли Х. Э.** — Острая респираторная вирусная инфекция у детей раннего возраста
- Покк Т. А., Покк Л. Р.** — Множественные злокачественные опухоли
- Рийс Э. А.** — О дерматологической заболеваемости рабочих основных профессий прядильных и ткацких фабрик комбината «Кренгольмская мануфактура»
- Роосааре М. А.** — О направлении больных радикулитом на грязебальнеологическое лечение
- Руссак С. А., Вихалемм Т. Э., Калитс И. А.** — Активность α-амилазы и кислой фосфатазы слюны у больных сахарным диабетом в зависимости от кариеса зубов
- Рятсеп В. И.** — Возможности применения эмбриональных антигенов
- Рятсеп В. И., Никитин Ю. Г.** — Тест торможения миграции макрофагов *in vivo* в присутствии фитогемагглютинина (ФГА) при раке молочной железы
- Саарма В. А., Алтрая Э. М., Вери Э. Э., Мопел М. Э., Норман А. Г.** — Холецистофлюорография в диагностике дискинезий желчного пузыря
- Суби К. К., Тапупере В. О., Касесалу Г. С., Воробьева А. И., Кутсар К. К., Ханнус Л. Х., Ляне В. Я.** — Респираторные вирусные инфекции в ЭССР в зимний и весенний период 1978—1979 гг.
- Суданова Р. Н.** — Микробиологическая характеристика дизентерии Зонне в Эстонской ССР в годы подъема и спада заболеваемости
- Таммепылд Э. К., Прюкк Т. Я.** — Определение белков сыворотки крови методом диск-электрофореза в полиакриламидном геле у переболевших сывороточным гепатитом
- Тамм С. Я., Ольм Т. Е., Марди Р. А., Кутсар К. К., Кок Л. И., Мяннисте Ю. Э., Варес А. Ю., Эннуло Я. Ю.** — Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы студентов в процессе обучения в вузе
- Теосте М. Э., Силла Р. В.** — Половое созревание школьников Эстонской ССР
- Теосте М. Э., Силла Р. В.** — Выделение гормонов в период полового созревания
- Төрмэ Т.** — Компьютерная томография головного мозга во время дежурства нейрохирурга
- Ундла И. Ю., Пыдер Х. А., Вейнпалу Э. Ю., Trink Р. Ф., Вейнпалу Л. Э.** — Камерный метод электроаэрозольтерапии как существенный компонент курортного лечения больных ревматизмом и ревматоидным артритом
- Вагане Э. П., Сава М. Э., Прээм Р. Р., Тоомсалу Л. А., Нийт М. И.** — Обмен веществ и питание детей раннего возраста в Доме ребенка
- Вихм Н. А.** — Распространение и интенсивность кариеса зубов у школьников Северной и Южной Эстонии
- Виикари С., Хяннинен И., Инберг М.** — Массовые исследования в целях выяснения больных раковой болезнью желудка

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

- Koppel, S. — Lenini peegeldusteooria ja psühhofüsioloogia
 Koppel, S. — Tervis kui vajadus ja väärtus
 Kährrik, L. — Meditsiinilise deontoloogia sotsioloogilisi probleeme
 Kährrik, L. — Ratsionaalse loodusekasutuse ja looduskaitse leninlikud ideed
 Saarma, J. — Meditsiinilise deontoloogia mõningaid nüüdisprobleeme
 Saarma, J. — Meditsiinitöötajate tegevuse kutse-eesilisi aspekte

OLEVAATED

- Birkenfeldt, R. — Rehabilitatsiooni põhimõtted ja vahendid
 Ester, K. — Glükoosi homöostaasi regulatsioon
 Jalviste, H., Liivrand, V. — Termotabiilse leeliselise fosfataasi aktiivsus füsioloogilise raseduse ja raseduspatoloogia korral
 Kuusk, I. — Piima talumatus
 Laan, I. — Ravimiallergia diagnoosimine
 Looqa, R. — Dissimineerunud intravaskulaarne koagulatsioon
 Purde, M., Aareleid, T. — Rinnavähihaigete elulemust mõjutavad tegurid
 Reinaru, J., Belokon, V., Mirotšnik, V. — Viirushepatiidi etioloogia ja immunoloogia
 Roosalu, M., Freiberg, I. — Inimese segasülje biokeemiast
 Roosalu, M., Freiberg, I. — Sülnäärmete tegevus ja selle regulatsioon
 Silla, R., Umanski, S. — Haiguseelsed seisundid
 Zupping, R. — Haigete ravimidistsipliin
 Teesalu, R. — Südame väljutuseelse perioodi ja vasaku vatsakese väljutusaja suhe vasaku vatsakese funktsiooni hindamise vahendina
 Valgma, K., Lintsi, M. — Südame siinussõlme kahjustuse sündroom
 Vorobjova, T. — Haavandtõve immunoloogias

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

- Barševa, L., Voronina, L., Levin, M. — Stomatoloogide tööd iseloomustavad sotsiaalsed ja olmetegurid
 Gasman, L., Talvoja, H., Roigas, S. — Eesti NSV Tervishoiuministri personali peaspetsialistide infovajaduse uurimine
 Hanstein, S. — Stomatoloogilise abi organisatsioon Eesti NSV-s
 Ilmoja, V. — Ideelis-poliitilise ja tööalase kasvatus mõju tervishoiuasutuste töö efektiivsusele
 Kask, V. — Lastegünekoloogia organisatsiooni alused
 Piltv, I., Tellmann, A., Reitsak, A. — Lapsevanemate ja meditsiini personali arvamus lastepolikliiniku registratuuri töö kohta
 Sergijev, V. — Kõhutüüfuse vastu valikulise immuniseerimise näidustused

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

- Karusoo, J., Sarapuu, K. — Kaasasündinud bronhiolektaasia juht
 Lintsi, M., Kõiv, E.-A., Korrovits, V., Talur, M. — Äge septiline endokardiit
 Maramaa, S., Särg, I. — Kopsarteri retsidiveeruv trombemboolia
 Mihailova, V., Subi, V., Lepnjoa, S. — Filarioositorje kogemusi

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА

- Коппель С. Д. — Ленинская теория отражения и психофизиология
 Коппель С. Д. — Здоровье как потребность и ценность
 Кяхрик Л. О. — Социологические проблемы медицинской деонтологии
 Кяхрик Л. О. — Ленинские идеи о рациональном природопользовании и об охране природы
 Саарма Ю. М. — Некоторые современные проблемы медицинской деонтологии
 Саарма Ю. М. — Аспекты профессиональной этики в деятельности медицинского работника

ОБЗОРЫ

- Биркенфелдт Р. Р. — Основные цели, виды и средства реабилитации
 Эстер К. М. — О регуляции гомеостаза глюкозы
 Яльвисте Х. И., Лийвранд В. Э. — Активность термостабильной щелочной фосфатазы в сыровотке крови при физиологической беременности и при патологии беременности
 Кууск И. Э. — Непереносимость молока
 Лаан И. Ю. — Диагностика лекарственной аллергии
 Лоога Р. Ю. — Диссеминированная интраваскулярная коагуляция (ДИК)
 Пурде М. К., Аарелейд Т. П. — Факторы, влияющие на выживаемость больных раком молочной железы
 Рейнару И. К., Белоконов В. Н., Мирочник В. В. — Современная этиология и иммунология вирусного гепатита
 Роосалу М. О., Фрейберг И. А. — О биохимии смешанной слюны человека
 Роосалу М. О., Фрейберг И. А. — Деятельность слюнных желез и ее регуляция
 Силла Р. В., Уманский С. Ш. — Проблема прерывных состояний
 Цуппинг Р. Х. — Лекарственная дисциплина больных
 Теэсалу Р. В. — Соотношение периода предызгания и фазы изгнания
 Валгма К. А., Линтси М. Э. — Синдром слабости синусового узла
 Воробьева Т. А. — Иммунология язвенной болезни

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

- Барышева Л. М., Воронина Л. А., Левин М. Я. — О социально-бытовых факторах в характеристике труда стоматологов
 Гасман Л. А., Талвожа Х. Г., Рыйгас С. Э. — Изучение информационных потребностей главных специалистов Министерства здравоохранения Эстонской ССР
 Ханстейн С. К. — Организация стоматологической помощи в Эстонской ССР
 Ильмоя В. А. — О влиянии идейно-политического и трудового воспитания на эффективность работы медицинского учреждения
 Каск В. А. — Основы организации детской гинекологии
 Пильв И. И., Теллман А. Х., Рейсак А. Г. — Изучение мнения родителей и медицинского персонала о работе регистратур детских поликлиник
 Сергиев В. П. — Показания для выборочной иммунизации против брюшного тифа

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

- Карусоо Я. Я., Саралуу К. Я. — Случай врожденных бронхиолектазов
 Линтси М. Э., Кыйв Э.-А., Корровитс В. В., Талури М. О. — Острый септический эндокардит
 Марамаа С. Я., Сярг И. А. — Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии
 Михайлова В. А., Суби В. О., Лепнёва С. М. — Опыт борьбы с филариозами в г. Таллине

Männiste, J., Pärk, A., Valdes, V. — Aber-	119
rantse kõhunäärme juht	
Pokk, L. — Surmaga lõppenud medika-	117
mentoosse allergia juht	
Praks, L., Vapra, A. — Sjögreni sündroom	285
Riikjärv, M.-A., Loit, P.-H., Kung, A. —	
Bronhokartsinoidi juht lapseas	286
Schotter, L., Panov, A. — Originaalse of-	
talmoendoskoobi kasutamine silmasiseses	290
võõrkeha eemaldamiseks	
Sepp, L., Valdes, V. — Ravimitest põhjus-	204
tatud hüpoplastiline aneemia	
Tallmeister, E. — Uus tõhus desinfektsi-	34
oonivahend Estosteril	
Urm, P. — Pelgulinna Haigla tehisneeru-	440
osakond	

ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

Karusoo, J. — Glükokortikoidide kasuta-	36
mine bronhiaalastma ravis	
Mesimaa, E. — Eosinofiilne infiltraat	293
Vagane, E., Nigesen, U. — Rahhildist	208

MÖTTEVAHETUS

Elstein, N. — Tänaise terapeutilise haige	442
kliinilised iseärasused	

SANITAARHARIDUSTÖÖ

Gustavson, H. — Mõtteid tervishoiumuuseumi	447
ümber	
Kivilo, M. — Uus tervishoiumuuseum	210

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Kohtla-Järve Meditsiinkooli lõpetajad	371
1980. a.	
Loogna, N. — Tervishoiuülikooli tööhügi-	292
eeni- ja kutsehaiguste osakond	
Maaroos, I. — Arstiteaduse doktor Koit	367
Ester	
Maaroos, I. — Teaduslikke kutseid	40
Tallinna Meditsiinkooli lõpetajad 1980. a.	369
Tartu Meditsiinkooli lõpetajad 1980. a.	370
TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1980. a.	368
Veldre, I. — Uusi arstiteaduse kandidaate	40

ARSTITEADUSE AJALOOST

Birkenfeldt, R., Vapra, A., Koort, M. —	41
175 aastat polikliinilise terapeutilise abi	
õpetamist Tartu ülikoolis	213
Kaasik, A., Kalnin, V. — Pimedad Eestis	
Kalnin, V. — Abu Ali ibn Sina (980... 1037)	449
Kalnin, V., Viksna, A. — 125 aastat I. Brennsöhni sünnist	123
Kõõp, A. — 30 aastat Tallinna Vabariikliku	295
Haigla traumatoloogiasakonda	
Ratassepp, E. — Esperanto looja doktor	125
Ludwik Zamenhof	
Russak, S., Lövi, M., Vihm, N. — Stomato-	375
loogiaalasest õppe- ja teaduslikust tegev-	
usest Tartu Riiklikus Ülikoolis	

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

Laos, V. — Tallinna Kiirabihaigla alustas	371
tööd	
Martinson, M. — Haapsalu Rajooni Kesk-	39
haigla uus korpus	
Nigesen, U. — Tallinna Linna Kliiniline	121
Lastehaigla	

Мянинисте Ю. Э., Пярк А. Х., Валдес В. А. —	
Случай эктопической поджелудочной железы.	
Покк Л. Р. — Медикаментозная аллергия с	
летальным исходом.	
Пракс Л. Х., Вапра А. П. — Синдром Сьегрена.	
Рийкярэ М.-А. Ф., Лойт Р.-Х. О., Кюнг А. И. —	
Случай бронхокарциноида у ребенка.	
Шоттер Л. Х., Панов А. В. — Случай удаления	
внутриглазного инородного тела с приме-	
нением оригинального офтальмоскопа.	
Сепп Л. О., Валдес В. А. — Медикаментозная	
гипопластическая анемия.	
Таллмейстер Э. Т. — Новое эффективное дезин-	
фицирующее средство.	
Урм П. Х. — Отделение искусственной почки	
при Пелгулинской больнице.	

В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ

Карусоо Я. Я. — Применение глюкокортико-	
идов при лечении бронхиальной астмы.	
Мезимаа Э. О. — Эозинофильный инфильтрат.	
Вагане Э. П., Нигесен У. Т. — О рахите.	

ОБМЕН МЫСЛЕЙ

Эльштейн Н. В. — Общие клинические особен-	
ности современного терапевтического боль-	
ного.	

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Густавсон Х. А. — Заметки о музее здраво-	
охранения.	
Кивило М. О. — Новый музей здравоохране-	
ния.	

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Окончившие Кохтла-Ярвскую медицинскую	
школу 1980 г.	
Лоогна Н. А. — Отделение гигиены труда и	
профессиональных болезней в народном уни-	
верситете здоровья.	
Маароос И. Ю. — Доктор медицинских наук	
Койт Эстер.	
Маароос И. Ю. — Ученые звания.	
Окончившие Таллинскую медицинскую школу	
в 1980 г.	
Окончившие Тартускую медицинскую школу в	
1980 г.	
Окончившие медицинский факультет ТГУ в	
1980 г.	
Велдре И. А. — Новые кандидаты медицинских	
наук.	

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Биркенфелдт Р. Р., Вапра А. Н., Коорт М. Р. —	
175 лет преподавания терапии в поликлиниче-	
ских условиях в Тартуском университете.	
Каазик А. А., Кальнин В. В. — Слепые в Эсто-	
нии.	
Кальнин В. В. — 1000 лет со дня рождения Абу	
Али ибн Сина (980—1037).	
Кальнин В. В., Вискна А. А. — 125 лет со дня	
рождения И. Бренсона.	
Кеэп А. А. — 30 лет травматологического от-	
деления Таллинской республиканской боль-	
ницы.	
Ратасепп Э. — Создатель эсперанто доктор	
Лудвик Заменгоф.	
Русак С. А., Ливи М. О., Вихм Н. А. — Науч-	
но-педагогическая деятельность в области	
стоматологии в Тартуском Государственном Уни-	
верситете.	

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Лаос В. А. — Таллинская больница скорой	
помощи начинала действовать.	
Мартинсон М. М. — Новый корпус Централь-	
ной больницы Хаапсалуского района.	
Нигесен У. Т. — Таллинская клиническая дет-	
ская больница.	

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

- Allikmets, L.** — III vabariiklik neuro-psühhofarmakoloogiaalane nõupidamine
Birkenfeldt, R. — Konverents teemal «Nüüdisaegse polikliiniku probleemid»
Elstein, N. — Eesti NSV ja Ungari RV teadlaste sümposion
Elstein, N. — Eesti NSV terapeutide ülevabariigiline nõupidamine
Elstein, N. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia teadusliku teerapianõukogu üleliiduline pleenum
Elstein, N. — Ülevabariigiline teraapiaalane nõupidamine
Kahn, H. — II porfüriinidealane sümposion
Kainin, V. — XII Baltimaade teaduse ajaloos konverents
Kainin, V. — IV teaduslik sessioon «Kõrgkooli ajaloo Tartus»
Karusoo, J. — III üleliiduline meditsiiniensümboolia sümposion
Karusoo, J. — Noelraviarstide nõupidamine
Kask-Sarv, E. — Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikute stomatoloogide konverents
Kolle, H. — Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesriikide ekspertide vähiepidemioloogia alane nõupidamine ja metoodiline seminar
Laane, E. — III üleliiduline kardioloogide kongress
Laos, V. — Eesti NSV meditsiinitöötajate vabariiklik konverents «Nõukogude meditsiinitöötaja kohusest ühiskonnas»
Lenzner, A. — Balti liiduvabariikide kõrgkoolide mikrobioloogide esimene nõupidamine
Lenzner, A. — VI üleliiduline kosmosebioloogia ja aviokosmilise meditsiini alane konverents
Lenzner, A. — II inimese gastrointestinaalset mikrofloorat käsitlev rahvusvaheline sümposion
Looga, R. — TRÜ arstiteaduskonna teaduslik konverents «Arstiteaduskond tervishoiule»
Loogna, N. — III rahvusvaheline allergoloogia- ja immunoloogiasümposion
Luts, A. — Eesti NSV otorinolaringoloogide VI konverents
Luts, A. — Ukraina NSV lääneblastite otorinolaringoloogide esimene oblastitevaheline konverents
Mehilane, L. — Tšehhoslovakkia SV ja Nõukogude Liidu kolmas psühhiaatriasümposion
Purde, M. — Rahvusvahelise koostöö laienemine vähiepidemioloogia alal
Pöder, K. — XXVIII ülemaailmne kirurgide kongress
Saag, M. — TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri 40. ning Vabariikliku Stomatoloogide Teadusliku Seltsi ja Tartu Stomatoloogide Teadusliku Seltsi 25. aastapäeva tegevusele pühendatud koosolek
Saar, E. — Sanitaarala keskastme meditsiinitöötajate konverents
Särgava, V. — Lasteorinolaringoloogia seminar
Tamm, L. — Teaduslik-praktiline konverents «TRÜ lõpetanud lastearstid Eesti NSV laste tervise kaitsel»
Teesalu, S. — Vabariiklik sümposion «Pankreasaletitluse regulatsioonimehhanismid ja haiguste funktsionaalne diagnoosimine»
Uibu, J. — III Nõukogude Liidu — Ameerika Ühendriikide ühisnõupidamine väliskeskonna hügieeni alal
Uibu, J. — VI N-nitrosoühendite alane nõupidamine
Vahter, H. — VII üleliiduline dermatovenoloogide kongress

КОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ

- Алликметс Л. Х.** — III Республиканское совещание по вопросам нейро-психофармакологии.
Биркенфельдт Р. Р. — Конференция по теме «Проблемы современной поликлиники».
Эльштейн Н. В. — Симпозиум ученых Эстонской ССР и Венгерской Народной Республики.
Эльштейн Н. В. — Республиканское совещание терапевтов Эстонской ССР.
Эльштейн Н. В. — Всесоюзный пленум терапевтов.
Эльштейн Н. В. — Республиканское совещание по вопросам терапии.
Кахн Х. А. — II симпозиум по вопросам порфиринов.
Кальнин В. В. — XII конференция по вопросам истории наук республики Прибалтики.
Кальнин В. В. — IV научная сессия «Об истории высшей школы в Тарту».
Карусоо Я. Я. — III Всесоюзный симпозиум по вопросам медицинской энзимологии.
Карусоо Я. Я. — Совещание врачей по иглоукалыванию.
Каск-Сарв Е. И. — Конференция стоматологов поликлиник (Пельгулина и Копли) Таллинской Пельгулинской больницы.
Колле Х. А. — Совещание по вопросам эпидемиологии рака и методический семинар.
Лаане Э. Я. — III Всесоюзный съезд кардиологов.
Лаос В. А. — Республиканская конференция «О долге советского медицинского работника в обществе» медицинских работников Эстонской ССР.
Ленцнер А. А. — Первое совещание микробиологов вузов союзных республик Прибалтики.
Ленцнер А. А. — VI Всесоюзная конференция в области космической биологии и авиакосмической медицины.
Ленцнер А. А. — II международный симпозиум по вопросам гастроинтестинальной микрофлоры человека.
Лоога Р. Ю. — Научная конференция «Медицинский факультет здравоохранению» медицинского факультета Тартуского госуниверситета.
Лоогна Н. А. — III международный симпозиум по вопросам аллергологии и иммунологии.
Лутс А. Э. — VI конференция оториноларингологов Эстонской ССР.
Лутс А. Э. — Первая межобластная конференция оториноларингологов западных областей Украинской ССР.
Мехилане Л. С. — III симпозиум психиатров ЧССР и СССР.
Пурде М. К. — Расширение международного сотрудничества в области эпидемиологии рака.
Пыдер К. А. — XXVIII Всемирный съезд хирургов.
Саар М. Х. — Совещание, посвященное к 40-летию кафедры стоматологии медицинского факультета Тартуского госуниверситета, и к 25-летию республиканского научного Общества стоматологов и Тартуского научного Общества стоматологов.
Саар Э. В. — Конференция Общества средних медицинских работников санитарной службы.
Сяргав В. А. — Семинар по вопросам детской оториноларингологии.
Тамм Л. Я. — Научно-практическая конференция «Педиатры, окончившие ТГУ на защите здоровья детей Эстонской ССР».
Тээсалу С. А. — Республиканский семинар по теме «Регуляторные механизмы функции желудка и желез и функциональная диагностика болезней».
Уйбу Я. А. — III совместное совещание ученых СССР и США в области гигиены внешней среды.
Уйбу Я. А. — VI совещание по вопросам N-нитрозосоединений.
Вахтер Х. Т. — VII Всесоюзный съезд дерматовенерологов.

Vahter, H. — Vabariiklik dermatovenero- loogide XIII konverents	44
Valdes, V. — Üleliidulise Patoanatoomide Teadusliku Seltsi juhatuse IX pleenum	218
Vapra, A. — Leedu NSV reumatoloogide konverents	46
Veldre, I. — Keskkonnahügieeni teaduslik- ke aluseid käsitleva üleliidulise probleemi- komisjoni veehügieeni ja veekogude sani- taarkaitse sektisooni väljasõidupleenum	381
Veski, R. — Teaduslik-metoodiline konve- rents «Huumuspäritoluga füsioloogiliselt aktiivsete ainete kasutamise perspektiivid põllumajanduses»	455
Vihm, N. — Stomatoloogiliste haiguste es- mase profülaktika üleliiduline nõupidä- mine	219

ARSTIDE SELTSIDES

Elstein, N. — Eesti NSV Terapeutide Seltsi pleenum	382
Haavel, A. — Kingissepa Arstide Teadus- liku Seltsi koosolek	383
Kalnin, V. — Üleliidulise Meditsiiniajaloo- laste Teadusliku Seltsi juhatuse V pleenum	50
Karusoo, J. — Vabariikliku Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi ja Soome Tuberkuloosi- tõrje Assotsiatsiooni ühine koosolek	382
Laan, I. — Asutati Vabariiklik Reumatolo- ogide Teaduslik Selts	51
Salupere, V. — Terapeutide ja kardioloog- ide seltside väljasõiduistung	51
Sibul, U. — Soome kirurgid külas Tallinna ja Tartu kirurgide teaduslikul seltsil	133

MEIE JUUBILARE

Aino Ilmoja	55
Aino Rubinstein	135
Albert Kliiman	134
Alfred Raamat	134
Ants Haavel	305
Arvo Tikk	55
Asta Metsla	458
Eha Luik	385
Eerik Saarnok	135
Elena Müllerbek	457
Elmar Ester	220
Elmar Mikkel	53
Elmar Siirde	220
Eva Roode	457
Feliks Raudkepp	304
Fjodor Komarov	303
Fritsas Markusas	456
Heinrich Petlem	134
Helga Lenzner	305
Helgi Vadi	384
Herman Vahter	220
Iimar Laan	53
Joel Aasav	55
Joosep Beltšikov	304
Kaljula Aru	456
Kiira Subi	458
Lea Tammal	135
Leo Pokk	385
Leo Päi	304
Leonid Vainer	456
Liia Peterson	458
Malev Uibo	53
Maria Epler	304
Mihkel Roosaare	457
Naomi Loogna	305
Niin Ajasta	55
Rein Põllumaa	385
Silver Jõks	54
Silvia Kaldma	54
Silvia Russak	135
Salva Gulordava	384
Valdek Ritslaid	384
Valve Saarma	54
Velda Sibul	54
Vello Ilmoja	305
Vello Subi	458
Virve Kask	385
Vera Vassilenko	457

Вахтер Х. Т. — XIII Республиканская конфе- ренция дерматовенерологов	44
Валдес В. А. — IX пленум правления Всесоюз- ного научного общества патоанатомов	218
Вапра А. Н. — Конференция ревматологов Ли- товской ССР	46
Вельдре И. А. — Выездной пленум секции ги- гиены воды и санитарной защиты водоемов всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены внешней среды»	381
Вески Р. Э. — Научно-методическая конферен- ция «Гуминовые удобрения. Теория и практика их применения»	455

Вихм Н. А. — Всесоюзное совещание по воп- росам первичной профилактики стоматологии болезней	219
--	-----

В ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

Эльштейн Н. В. — Пленум общества терапев- тов Эстонской ССР	382
Хаавел А. А. — Совещание Научного общества врачей г. Kingissepa	383
Кальнин В. В. — V пленум правления Всесоюз- ного научного общества историков медицины	50
Карусоо Я. Я. — Совместное совещание Рес- публиканского научного общества фтизиат- ров и противотуберкулезной ассоциации Фин- ляндии	382
Лаан И. Ю. — Основывали Республиканское научное общество ревматологов	51
Салупере В. Я. — Выездное заседание обществ терапевтов и кардиологов	51
Сибуль У. Ф. — Финские хирурги в научном обществе хирургов гг. Таллина и Тарту	133

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

Айно Ильмоя	55
Айно Рубинштейн	135
Альберт Клийман	134
Альфред Раамат	134
Антс Хаавел	305
Арво Тикк	55
Аста Метсла	458
Эха Луйк	385
Эерик Саарнок	135
Элена Мюллербек	457
Элмар Эстер	220
Элмар Миккел	53
Элмар Сийрде	220
Эва Рооде	457
Феликс Рaudкепп	304
Фёдор Комаров	303
Фрицас Маркусас	456
Хейнрих Пэтлем	134
Хелга Ленцнер	305
Хелги Вад	384
Херман Вахтер	220
Илмар Лаан	53
Еэл Аасав	55
Еосеп Бельчиков	304
Калюла Ару	456
Кира Суби	458
Лэа Таммай	135
Лэо Покк	385
Лэо Пяй	304
Леонид Вайнер	456
Лия Петерсон	458
Малев Уйбо	53
Мария Эплер	304
Михкел Роосааре	457
Наоми Лоогна	305
Нийн Аяста	55
Рейн Пыллумаа	385
Сильвер Йюкс	54
Сильвия Калдма	54
Сильвия Руссак	135
Шалва Гулордава	384
Валдек Ритслайд	384
Валве Саарма	54
Велда Сибул	54
Велло Ильмоя	305
Велло Суби	458
Вирве Каск	385
Вера Василенко	457

VASTUKAJAD

- Jõks, S., Aitsam, T. — Terviseülikool —
on seda vaja? 459

MEDITSIIINITEHNIKA

- Altraja, E. — Fluorograafifilmi tundlik-
kust tõstev looritusvaba fenidoonilmuti 56
- Nuiamäe, P. — Sääreluu distaalotsa eesmi-
se ja tagumise serva luufragmendi repo-
naator 306
- Pojlanski, V. — Koldevälise osteosünteesi
aparaat 221

INTERVJU

- Rahvusvahelistel kursustel Soomes 51

MITMESUGUST

- Laos, V. — Nõukogude Eesti preemia uute
uurimismeetodite eest gastroenteroloogia-
praktikas 386
- Jänes, S. — Tartu II Eriinternaatkool 138

IN MEMORIAM

- Arnold Seppo 31. XII 1917...19. IV 1980 223
- Justin Norman 10. IX 1897...12. XI 1979 58
- Klavdia Bežanitskaja 15. X 1889...12. X
1979 59
- Ludmilla Nürmand 23. VIII 1897...3. III
1980 222
- Riho Roots 06. VIII 1900...12. XI 1979 59

UUSI RAVIMEID

- Jürison, A. — Apilakisalv, barbovaal, ri-
boksiin 390
- Jürison, A. — Fenibut 140
- Jürison, A. — Nosepaam, teonikool 224
- Jürison, A. — Oraasi graanulid 309
- Jürison, A. — Silmakiled sulfapüridasiin-
naatriumiga 140

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

- Kindlam, E. — Loomuliku keele kaitseks 146
- Kindlam, E. — Organismi C-vitamiini-vaja-
dusest ja A-vitamiini hulgast vereseeru-
mis 307
- Laan, I. — Meditsiinterminoloogia komis-
jonis 225, 461

ASKLEPIOSE KLUBIS

- Rahva terviseõpetus 141

KROONIKA 60, 149, 226, 310, 391, 463

- Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimu-
sed 68, 231
- Eesti NSV teadlaste publikatsioone välis-
maal 230, 465

ОТКЛИКИ

- Яныс С. Р., Айтсам Т. А. — Нужен ли народный
университет здоровья?

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

- Алтрая Э. М. — Повышающий чувстви-
тельность против вуалирующей фенидомовый
проявитель для флюорографической пленки.
- Нуйамяз П. К. — Репонатор костных фрагмен-
тов переднего и заднего края дистального
конца большеберцовой кости.
- Полянский В. П. — Аппарат для внеочагового
остеосинтеза.

ИНТЕРВЬЮ

- Международные курсы в Финляндии.

РАЗНОЕ

- Лаос В. А. — Премия Советской Эстонии за
новые методы исследования в практике гастро-
энтерологии.
- Янес С. А. — Тартуская спецшкола-интернат
№ 2.

НЕКРОЛОГИ

- Арнолд Сеппо 31. XII 1917...19. IV 1980.
- Юстин Норман 10. IX 1897...12. XI 1979.
- Клавдия Бежанитская 15. X 1889...12. X 1979.
- Людмила Нурманд 23. VIII 1897...3. III 1980.
- Рихо Роотс 6. VIII 1900...12. XI 1979.

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Юрисон А. Я. — Мазь апилака, барбовал, ри-
боксин.
- Юрисон А. Я. — Фенибут.
- Юрисон А. Я. — Нозепам, теоникол.
- Юрисон А. Я. — Гранулы оразы.
- Юрисон А. Я. — Глазные пленки с сульфapi-
ридазином натрия.

ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

- Киндлам Э. К. — К защите естественного язы-
ка.
- Киндлам Э. К. — Толкование вопросов эстон-
ского языка.
- Лаан И. А. — В комиссии терминологии.

В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА

- Санитарно-просветительная работа (собеседава-
ние).

ХРОНИКА.

- Законченные исследования ученых Эстонской
ССР.
- Публикации ученых Эстонской ССР в зарубеж-
ной печати.

НОВЫЕ КНИГИ ЗА РУБЕЖОМ. СЕРИЯ В.

Igakuine kriitilis-bibliograafiline ajakiri.

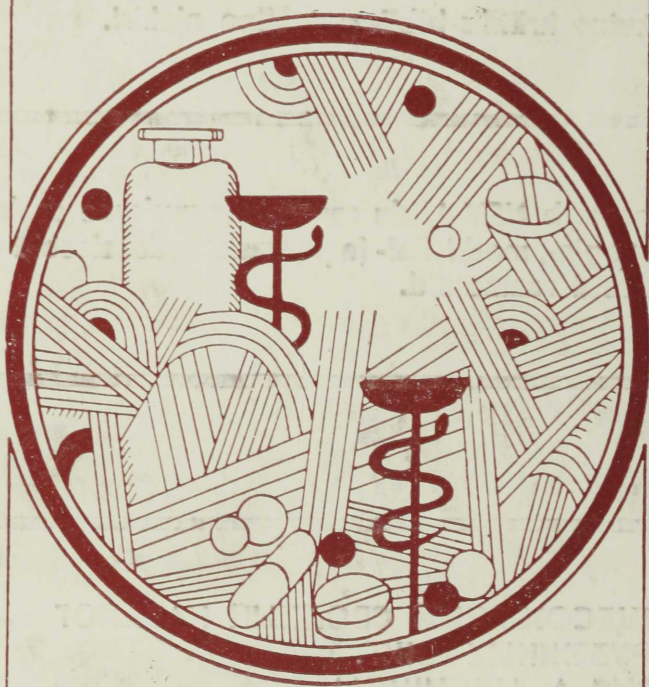
Refereerib NSV Liidu raamatukogudesse saabunud bioloogia-, meditsiini- ja põllumajandusalaseid võõrkeelseid raamatuid.

ОБЩЕСОЮЗНЫЙ СВОДНЫЙ КАТАЛОГ
ЗАРУБЕЖНЫХ КНИГ.
СЕРИЯ А. МЕДИЦИНА.

NSV Liidu raamatukogudesse saabunud võõrkeelsete arstiteaduslike raamatute koondkataloog.

NB! Kasutage RVL-i (raamatukogudevahelist laenutust) raamatute väljatellimiseks.

Mõlemad väljaanded on Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus.



TABULETTAE BARALGINI

Baralgiinitabletid on spasmolüütilise ja analgeetilise toimega ravimikombinatsioon. Mõjus mitmesuguse etioloogiaga valusündroomide ja silelihaskonna spasmide korral.

Näidustatud neerukoolikute, kuseteede spasmide, mao- ja soole-spasmide, spastilise düsmenorröa, sapikoolikute, sapiteede düskineesiade, samuti pärgarterite spasmide ning migreenihoogude korral.

Pakendis 20 tabletti.

Toodetakse Jugoslaavia FSV-s.