

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
ENSV TEADUSTE AKADEEMIA

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI TEADUSLIKU
NÕUKOGU, ENSV TEADUSTE AKADEEMIA
EKSPERIMENTAALSE JA KLIINILISE MEDITSIINI
INSTITUUDI JA ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI
EPIDEMIOLOGIA, MIKROBIOLOGIA JA HÜGIEENI
TEADUSLIKU UURIMISE INSTITUUDI TEADUSLIKU
KONVERENTSI ETTEKANNETE TEESID

TALLINN, 24.—25. DETSEMBRINI 1954. A.



ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
УЧЕНОГО СОВЕТА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР,
ИНСТИТУТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ АН ЭССР
И ТАЛЛИНСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ
И ГИГИЕНЫ МИНЗДРАВА ЭССР

ТАЛЛИН, 24—25 ДЕКАБРЯ 1954 Г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР
АКАДЕМИЯ НАУК ЭССР

A-20601 III

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
ENSV TEADUSTE AKADEEMIA

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI TEADUSLIKU
NÕUKOGU, ENSV TEADUSTE AKADEEMIA
EKSPERIMENTAALSE JA KLIINILISE MEDITSIINI
INSTITUUDI JA ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI
EPIDEMIOLOOGIA, MIKROBIOLOOGIA JA HÜGIEENI
TEADUSLIKU UURIMISE INSTITUUDI TEADUSLIKU
KONVERENTSI ETTEKANNETE TEESID

TALLINN, 24.—25. DETSEMBRINI 1954. A.



ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
УЧЕНОГО СОВЕТА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР,
ИНСТИТУТА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ АН ЭССР
И ТАЛЛИНСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МИКРОБIOЛОГИИ
И ГИГИЕНЫ МИНЗДРАВА ЭССР

ТАЛЛИН, 24—25 ДЕКАБРЯ 1954 Г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭССР
АКАДЕМИЯ НАУК ЭССР

OBLITEREERUVA ENDARTERIIDI KONSERVATIIVSEST RAVIST

A. JOA-HIIE
Tartu Riiklikust Ülikoolist

1. Oblitereeruva endarteriidi kui närvisüsteemi troofilise funktsiooni häiretega haiguse ravi peab olema kompleksne ja individuaalne.

2. Oblitereeruva endarteriidi ravimeetodite valikul tuleb lähtuda nende säästvast ja taastavast toimest tsentraalsele närvisüsteemile, mis võimaldab organismi füsioloogiliste funktsioonide normaliseerumist.

3. Oblitereeruva endarteriidi raske prognoos ja haiguse pikaajaline kulg teevad vajalikuks haigete pideva jälgimise ja nende dispanseriseerimise, et oleks võimalik jälgida haiguse kulgu ning õigeaegselt teostada süstemaatilist ravi.

KOPSUMÄDANIKE ESINEMISEST, KLIINILISEST PILDIST JA RAVIST TARTU VABARIIKLIKU KLIINILISE HAIGLA SISEHAIGUSTEOSAKONNAS 1946.—1953. a.

H. VADI
Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

1. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla Sisehaigusteosakonna andmetel on kõige sagedasemad krupoosse kopsupõletiku järgsed kopsumädanikud.

2. On vajalik suuremat rõhku panna kopsumädanike profülaktikale, kindlustades varajast kopsupõletikkude avastamist ja otstarbekat ravi, pannes suuremat rõhku säästerežiimile kopsupõletiku ravijärgsel perioodil, võimaldades küllalt pikaajalist puhkust organismi vastupanuvõime taastamiseks.

3. Kopsumädanike diagnoosimisel tuleks senisest suuremat rõhku panna komplekssele uurimisele, sealjuures eriti elastsete kiudude ja aktinomükoosi elementide otsimisele rögas, bronhograafilisele ja bronhoskoopilisele uurimisele, maksa funktsiooni ja kardiovaskulaarse süsteemi muutuste jälgimisele (trummi-pulksõrmede uurimisele).

4. Perifeerse vere muutused on tugevamalt välja kujunenud akuutsete kopsumädanikkude puhul, kusjuures iseloomustavaks on kõrgenenud leukotsütoos või hüperleukotsütoos neutrofiilide arvel, keptuumsete rohkenemine 12—20% -ni, relatiivne lümfopeenia ja monotsüütide suhtelise hulga langus, samuti aneosinofiilia või eosinofiilide protsendi langus. Veresete on tavaliselt kiirenenud — 30—70 mm tunnis. Punase vere osas esineb hüpokroomne aneemia. Haigusprotsessi paranemisel konservatiivse raviga tõuseb hemoglobiini protsent ja erütrotsüütide hulk, langeb leukotsütoos ja veresete kiirus, kasvab lümfotsüütide, monotsüütide ja eosinofiilsete leukotsüütide suhteline arv. Jälgides kopsumädanikuhaige vere muutusi, on võimalik selgitada haiguse kulgu ja prognoosi.

5. Konservatiivsetest ravimeetoditest on efektiivseim kombineeritud lokaalne ja üldpenitsilliinravi koos sulfoonamiididega, mis annab akuutsete kopsumädanikkude juures peaaegu 100% -list paranemist, on profülaktiliseks meetodiks kroonilistest mädanikudest hoidumisel ja võimaldab positiivseid tulemusi krooniliste kopsumädanikkude ravis.

6. Kompleksravis tuleb suuremat tähelepanu pöörata korduvatele veretransfusioonidele ja mäda äravoolu tingimuste soodustamisele.

7. Krooniliste kopsumädanikkude ravil ei anna konservatiivne ravi täielikku tervistumist, kirurgiline ravi jääb praeguseni ainsaks radikaalseks meetodiks.

8. Operatiivsele ravile mitteallutatud krooniliste kopsumädanikkude puhul on vajalik korduvalt teostada järelravi kombineeritud penitsilliinravi meetodiga, et ära hoida kroonilise protsessi aktiveerumist.

HEMORRAAGILIS-TELEANGIEKTAATILISEST TÖVEST

N. V. ELSTEIN

Kohtla-Järve Linna Haiglast

1. Verdumisvormi, mida meditsiinilises praktikas tuntakse «Rendu-Osleri tõvena», kirjeldati XIX sajandi teisel poolel.

Kodumaises kirjanduses kirjeldas seda haigust esimesena eesti arst A. Arrak (1925. a.). Õigem oleks seda haigust nimetada hemorraagilis-teleangieaktaatiliseks tõveks, mis näitab, et see on kogu organismi haigus, mille peamiseks sümptomiks on verduvad teleangieктаasiad.

2. Hemorraagilis-teleangieaktaatiline tõbi on kogu organismi veresoonte süsteemi kahjustuse tulemuseks. Selle vaate kasuks räägib nimetatud haiguse sagedane kombineerumine pulmonaal-

sete arteriovenoosete aneurüsmidega ning kirjeldatud veritsemisjuhud hingamisteedest, urogenitaaltraktist, mao-sooletraktist ja sõrmede nahast. Naha ja kahjustatud limaskestade histoloogilisel uurimisel täheldatakse hulgaliselt väära kujuga veresooni, millede seinad on õhenenud ja koosnevad ainult endoteelist. Selgesti on nähtav naha kogu mesenhümaalse aparadi degeneratsioon.

3. Haiguse põhitunnused: a) peente angioomide ja teleangi-ektaasiade hulgaline olemasolu; b) nende veritsemine ja c) haiguse päritav, perekondlik iseloom. Teleangi-ektaasiad paiknevad limaskestadel ja katmata kehaosadel. Veritsemine (kõige sagedamini ninast) põhjustab aneemiat. Teisi muutusi veres ei ole. Siseelundite kõrvalekaldumisi normaalsest ei täheldata.

4. Radikaalseid ravimeetodeid Rendu-Osleri tõve ravimiseks ei ole. Verejooksud lakkavad sageli kaltsiumkloriidi või želatiini manustamisel; suurte verejooksude puhul ninast on näidustatud külma aplitseerimine ninajuurele, nina tampoonaad. Tuleb ravida aneemiat. Kirjanduse andmetel on kõige kestvamaid remissioone täheldatud pärast vereülekandeid. Võimalik, et tulemusrikamaid tagajärgi annab rutiini manustamine.

5. Meie jälgisime ühes perekonnas kolme hemorraagilis-teleangi-ektaatilise tõve juhtu. Meie tähelepanekute iseärasused: 61. a. vana haige R. suri lakkamatute verejooksude tagajärjel ninast. Haige R. pojatütrel S. leiti teleangi-ektaasiad 11. aastast, avaldatud töödes kirjeldatakse viimaste ilmumist alles 20.—30. aastast. Kolmas juhus oli tüüpiline.

6. Kõikide erialade arstid, eriti terapeutid ja otorinolarüngoloogid, kellede poole tavaliselt need haiged pöörduvad, peavad teadma selle haiguse (mida nähtavasti esineb sagedamini kui diagnoositakse) olemust.

MÖNEDE EESTI NSV PÕLEVKIVIBASSEINI ETTEVÖTETE ÕHU SAASTUMISEST PÕLEVKIVI JA SELLE TUHA TOLMUGA

H. JÄNES

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

Partei XIX kongressi otsuste valgusel, millistes on ette nähtud põlevkivitööstuse edasine tormiline areng, on erilise tähtsusega Eesti NSV põlevkivibasseini töötajate tööhügieeni ja tervise kaitse küsimused.

Põlevkivi kaevandamisel ja töötlemisel töötingimusi iseloomustavate muude ebasoodsate tegurite seas on olulise tähtsusega tolmutegur, sest põlevkivitolm on töötajate tervisele kahjulik. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadus-

likud töötajad S. Salzman kliinilis-röntgenoloogiliselt ja V. Kung ning T. Polozova morfoloogiliselt tegid kindlaks Eesti NSV põlevkivibasseini töötajate kopsudes silikootiliste muutuste arenemise põlevkivitolmu kestva sissehingamise tagajärjel.

Põlevkivitolmu iseloomustab kõrgeastmeline disperssus ning mõõdukas kvartsi sisaldus (üld SiO_2 — 9,26%, vaba SiO_2 — 8,5%).

Laavades on allmaatöölised põlevkivitolmu tähtsusetute kontsentratsioonide mõju all, mis seletub põlevkivi niiskusega (kuni 18%) ja 96—98%-lise relatiivse õhuniiskusega. Kõrgenenud põlevkivitolmu kontsentratsioone sedastati strekkide etes ja transportööri ajamipea ning vagonetikallutaja juures põlevkivi ümberlaadimise ajal. Väga kõrged põlevkivitolmu kontsentratsioonid saadi kaevanduse maapealses osas põlevkivi sõelumisel, purustamisel ning transportimisel.

Põlevkivi töötlemisel generaatorites on tööruumide õhus iseloomulik nii põlevkivi kui ka selle tuha tolmu tunduv esinemine. Põhilisteks põlevkivitolmu tekkeallikateks on põlevkivi mahalaa-dimine, transportimine, sorteerimine ja generaatoritesse laadimine. Tuhatolmu tekib põhiliselt generaatorite roopimisel, ringkanalite puhastamisel ning tuha kõrvaldamisel.

Põlevkivi töötlemisel kamberahjudes tekib olulisel hulgal põlevkivitolmu samade tööprotsesside puhul, tuhatolmu aga eraldub suurtes hulkades ekskavaatorite platvormil ja tuhakõrvaldamise teel.

Võitlus tolmuga põlevkivi kaevandavas tööstuses peab toimuma eelkõige töömahukate operatsioonide mehhaniseerimise ning seadmete hermetiseerimise teel.

Võitlus tolmuga põlevkivi töötlevas tööstuses peab toimuma tehnoloogilise protsessi täiustamise, normaalsest tehnoloogilisest protsessist range kinnipidamise, tolmu tekkega seotud protsesside mehhaniseerimise ning hermetiseerimise ja ratsionaalse ventitatsiooni ehitamise teel.

PNEUMOKONIOOTILISTEST MUUTUSTEST EESTI NSV PÕLEVKIVIBASSEINI TÖÖLISTE KOPSUDES

V. KÜNG

med. tead. kand.

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Seoses põlevkivitööstuse tormilise arenguga Eesti NSV-s muutus aktuaalseks küsimus põlevkivitolmu toimest inimorganismile. Kuni viimase ajani olid põlevkivitööstuse töölistel põlevkivitolmu toimel kujunevad pneumokoniootilised muutused histoloogiliselt uurimata.

2. Surnumaterjalil teostatud morfoloogilised uurimised tõestasid põlevkivitolmu toimel arenenud silikootilise fibroosi esinemist pikema tööstaažiga põlevkivitöölise kopsudes ja bronhiaalsetes lümfisõlmedes.

3. Silikootiline pneumoskleroos areneb põlevkivitöölistel aeglaselt ning on mõõdukas ka pikema tööstaaži puhul. Suhteliselt nõrgalt esinesid põlevkivitöölise kopsukoes põlevkivitolmu toimel kujunev proliferatiivne reaktsioon ja fibroos. Kopsukoes meie poolt uuritud juhtudel ei õnnestunud leida tüüpilisi silikootilisi sõlmekesi. Töölistel, kellede tööstaaž oli üle 8—10 aasta, täheldati kopsudes difuusset fibroosi ja vähesel arvul sõlmekestele sarnaseid moodustisi, mis olid kujult atüüpilised. Kopsukoes olid esiplaanil ebaühtlase alveolaarvaheseinte paksenemise ning perivaskulaarse ja peribronhiaalse sidekoe rohkenemise nähud. Töölistel, kelle tööstaaž oli alla 3 aasta, leiti ainult algavat, proliferatiivse reaktsiooni tulemusel kujunevat alveolaarvaheseinte ebaühtlast jämenemist.

4. Üksikuid või rohkeid tüüpilisi silikootilisi sõlmekesi leiti kopsuvärati lümfisõlmedes. Põlevkivipneumokonioosi teatavaks omapäraks võib pidada silikoosile tüüpiliste sõlmekeste esinemist kopsuvärati lümfisõlmedes mittetugeva difuusse fibroosi ja vähesete atüüpiliste sõlmekeste leiu puhul kopsukoes.

5. Kopsudes leitud muutused on küllaldased selleks, et pidada silikoosiprobleemi aktuaalseks ka põlevkivitööstuses. Põlevkivitööstust tuleb arvata nende rahvamajandusharude hulka, kus võitlus tööstusliku tolmuga osutub tingimata vajalikuks.

BIOKEEMILISED MUUTUSED KATSELOOMADEL PÕLEVKIVIBENSIINI AURUDE KROONILISE TOIME PUHUL

I. L. Krõnskaja

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

Põlevkivibensiini mõjul organismis toimuvate biokeemiliste nihete selgitamine soodustab kroonilise intoksikatsiooni õigeaegset diagnoosimist ja võib osutada teid mürgistuste raviks ja profülaktikaks.

Biokeemiliste muutuste ja võimalike maksakahjustuste avastamiseks teostati pikemaajalisi katseid (6 kuud) küülikutel, kes olid iga päev 4 tunni vältel põlevkivi gaasbenziini aurude mõju all, kusjuures viimaste kontsentratsioon oli 3 mg/l.

Teostati järgmised uuringud: kehakaalu ja temperatuuri, erütrotsüütide mahu, hemoglobiini, vere üldvalkude, albumiinide, globuliinide, seerumi gamma-globuliinide hulga ja protrombiini aja määramine; uriinis määrati üld ja vabade sulfaatide ning

fenoolide hulk. Tulemusi võrreldi katseloomade kontrollgrupi vastavate vaatluste ja analüüside andmetega. Kontrollgrupp viibis samades tingimustes, kuid ei allunud mürgistusele.

On kindlaks tehtud, et küülikute pikaajalisel mürgistusel põlevkivibensiini väikeste kontsentratsioonidega esineb:

- a) märgatav mahajäämus kasvus,
- b) verevalkude jämedisperse fraktsiooni gamma-globuliinide rohkenemine,
- c) üldfenoolide hulga tunduv kasv uriinis nende vabade osade arvel,
- d) väävelhappega seotud fenoolide hulga vähenemine vastavalt mürgistusele.

Erütrotsüütide maht, hemoglobiini, albumiinide ja globuliinide hulk ja viimaste suhe ning protrombiiniaeg kasutatud bensiini väikeste dooside mõjul ei muutunud.

Saadud muutused lubavad eeldada maksa funktsioonivõime langust, mis eksperimendis avaldub väheses valgu regulatoorse funktsiooni häires ning antitoksilise funktsiooni languses selle mõnedes lülides. Intoksikatsiooninähuks on katseloomade kasvus mahajäämine.

VÖRDLEVAID UURIMUSI KOHTLA-JÄRVE PÕLEVKIVI- OLIDE KAHJUSTAVAST TOIMEST KATSELOOMADE ORGANISMILE

L. NURMAND
dotsent, med. tead. kand.

H. VAHTER
med. tead. kand.

L. KALJAS
Tartu Riiklikust Ülikoolist

1. Põlevkiviproduktide (keskmine ja raske õli, samuti kamberahjutõrv) aplikatsioon katseloomade nahale põhjustab nende üldseisundi häireid, patoloogilisi muutusi määritud nahaosal ja siseelundeis.

2. Kõik kolm katsetatud põlevkiviprodukti olid blastomogeense toimega küülikute ja valgete hiirte nahale.

3. Ilmse kantserogeense mõjuga oli kamberahjutõrv valgetele hiirtele.

4. Põlevkivikombinaatide töölistel põhjustab naha määrdumine põlevkiviproduktidega professionaalsete dermatooside teket (püodermia, ekseem, dermatiit).

5. Professionaalsete dermatooside esinemine põlevkivitööstuse töölistel, samuti katseloomade organismile tekitatud kahjustus osutab vajadusele tugevdada profülaktilisi abinõusid nimetatud ainetega kokkupuutuvate tööliste osas.

KIVIÖLI PÕLEVKIVI-KEEMIA KOMBINAADI REOVETE SANITAARNE HINNANG

I. JÜRGENSON

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Põlevkivitööstuse pideva kasvuga üha suurenevad tehnoloogilise protsessi tulemusena tekkivad reovete hulgad, mis juhitakse veekogudesse. Need reoveed sisaldavad mitmesuguseid orgaanilisi ja anorgaanilisi ühendeid, mis sattudes looduslikesse veekogudesse reostavad neid, muutes veekogude vee majapidamises kasutamiseks kõlbmatuks.

2. Kiviõli Põlevkivi-keemia Kombinaadi reovete sanitaarseks hinnanguks ja looduslikele veekogudele reovete poolt tekitatava kahjuliku toime iseloomustamiseks teostati reovete ja looduslike veekogude vee füüsikalise-keemiline analüüs. Samuti teostati Kiviõli Kombinaadi vetega reostatud veekogude rajoonis kaevuvete analüüs.

3. Analüüsi andmeil olid Kiviõli Kombinaadi reovetes suured lenduvate ja lendumatute fenoolide ja ketoonide kontsentratsioonid. Reoveed andsid kõrgeid hapendumuse näitajaid ja evisid kõrget biokeemilist hapniku tarvidust.

Reovetel oli terav bensiini lõhn, milline kadus alles õige suures reovee lahjendustes. Reoveed olid kollakas-roosat või pruuni värvust, enamikul juhtudel peaaegu läbipaistmatud.

4. Looduslikud veekogud (Erra ja Purtse jõed), kuhu juhitakse Kiviõli Kombinaadi reoveed, on saastunud fenoolide, ketoonide, põlevkiviõlide ja teiste keemiliste ühenditega. Füüsikalise-keemilise analüüsi näitajate põhjal on jõevesi majapidamises kasutamiseks kõlbmatu.

5. Enamik kaeve Kiviõli Kombinaadi ja Erra ning Purtse jõe piirkonnas on tugevasti saastunud reovetega. Teostatud analüüsid näitasid kaevudes fenoolide leidumist. Kaevuvetel oli sageli bensiini lõhn ja maitse. Mõnedes kaevudes ujus veepinnal õlikiht terava bensiini lõhnaga.

6. Teostatud katsed kaladel, vesikirpudel ja veetaimedel näitasid reovete mürgisust veeselavatele organismidele sõltuvalt reovete fenoolide sisaldusest. Kõige tundlikumaks reovete suhtes osutusid kalad (kogred ja karpkalad), kellele reovete toksilised fenoolide kontsentratsioonid kõikusid 1,5–7,5 mg/l piirides, vesikirpudel osutusid mürgisteks fenooli kontsentratsioonid 7,5–15 mg/l ja veetaimedel 92–115 mg/l.

Kiviõli Kombinaadi reovetega saastatud jõgede ja Kiviõli Kombinaadi ning nimetatud jõgede piirkonnas asuvate kaevude sanitaarse seisundi parandamiseks tuleb:

- a) lõpetada eelneva puhastuseta reovete suunamine looduslikesse veekogudesse;
- b) Kiviõli Kombinaadi reovete puhastamiseks ehitada õlieraldajad, defenolatsioonitsehh ja bioloogilised filtrid;
- c) laiendada Kiviõli linnas ja rajada asustatud kohtades Erra ja Purkse jõe kaldail tsentraalne veevõrk, kasutades selleks põhjavett;
- d) veevärgi kaevule sobiva asukoha leidmiseks tuleb eelnevalt teostada hüdrooloogilisi ja sanitaarseid uurimusi;
- e) olemasolevad kaevud tuleb allutada Kiviõli Sanitaar-Epidemioloogilise Jaama pidevale laboratoorsele kontrollile.

LAPSE ORGANISMI REAKTSIOON BCG VAKTSIINI ÜLISUURTE DOOSIDE NAHAALUSI MANUSTAMISELE

A. VARES

Tallinna Vabariiklikust Haiglast

Tuberkuloosivastane vaktsineerimine on Nõukogude Liidus üldtunnustatud ja on muutunud üheks põhilisemaks tuberkuloosi profülaktika teguriks.

Nõukogude mikrobioloogide ja pediaatrite koostööga tõestati BCG tüve apatogeensus ja tema immuniseerivad omadused nii loomeksperimentis kui ka lastel ja noorukitel teostatud massiliste kaitsepookimiste tulemuste analüüsi alusel.

Teaduslik mõte jätkab töötamist vaktsinatsiooni meetodite täiustamiseks ja uute tuberkuloosivastaste vaktsiinide leidmiseks.

Käesolevas töös on teostatud rühma laste (41 last), kellele eksikombel süstiti nahaalusi 10 mg puhast BCG kultuuri, kliinilise vaatluse andmete üldistamine. Analoogilisi vaatlusi on teostanud NSVL MTA Tuberkuloosi Instituudi vanem teaduslik kaastööline meditsiiniliste teaduste kandidaat K. P. Berkos.

Sügava kliinilise analüüsi alusel tõestati, et kõikidel lastel, kellele nahaalusi viidi suured doosid BCG vaktsiini, tekkis karakterse kliinilise pildiga üldine ja paikne reaktsioon.

Juba teisel päeval pärast süstimist täheldati paljudel lastel kehatemperatuuri tõusu kuni 38°. Järgnevalt temperatuur tõusis perioodiliselt subfebrilsete väärtusteni.

Teisel päeval süstimiskohale tekkinud infiltraat suurenes ja omandas ühe kuu möödudes üksikutel juhtudel kuni 60 sm² suurused mõiimed.

Peaaegu kõigil juhtudel tekkisid infiltraadi keskele nekroosid ühes uuriste ja visalt paranevate haavanditega. Paralleelselt sellele täheldati põletikulist reaktsiooni regionaarsetes lümfisõlmedes ja kogu lümfaatilise aparadi mõõdukat hüperplaasiat.

Kõigil lastel täheldati tuberkuliinireaktsiooni viraaži väga kõrge tiitriga. Muutused vere poolt seisnesid progresseeruvast leukopeeniast, väljendunud eosinofiiliast, monopeenias ja kõrgenenud SR-s, mis andsid tunnistusi organismi allergilisest ümberkõlastusest ja retiikuloendoteeliaalsüsteemi funktsiooni pärssumusest.

Ühelgi juhul ei täheldatud organismis tuberkuloosse protsessi ägenemist ega tekkimist.

Esitatud vaatlustest nähtub, et BCG vaktsiin suurtes doosides ei põhjusta tuberkuloosi haigestumist ega ka aktiveeri märgatavalt organismis leiduvat tuberkulooset infektsiooni.

Kõrvuti sellega tõestati BCG vaktsiini suurte dooside toksiline mõju lapse organismile.

POSTTRANSFUSIOOSSETE REAKTSIOONIDE JA TUBERKULIINI-ALLERGIA SEOSEST

V. A. FRADKIN

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Vaatamata suurtele edusammudele konserveeritud doonorivere kasutamises ja toimemehhanismi selgitamises, on küsimust posttransfusioossete reaktsioonide tekkest uuritud veel mitteküllaldaselt.

2. Arvestades retsiipiendi organismi reaktiivsuse juhtivat osa nende reaktsioonide tekkes, teostati uurimine sihiga selgitada seost posttransfusioossete reaktsioonide ja organismi tuberkuliinitundlikkuse vahel.

Meie oletasime, et nende kahe teguri vahel kindla sõltuvuse leidmise korral võiksime seda kasutada kriteeriumina posttransfusioossete reaktsioonide tekkevõimaluse hindamisel.

3. Posttransfusioossete reaktsioonide ja tuberkuliinitiitri paralleelse hindamise alusel 120 mittetuberkuloosel haigel, kellele kanti üle sama grupi konservverd, tehti järgmised järeldused:

a) 250 sm³ vere ülekandmisel esineb kõrgenenud tuberkuliinitundlikkusega retsiipientidel posttransfusioossete reaktsioone tunduvalt sagedamini ja need väljenduvad tugevamini, kui madala või neutraalse tuberkuliinitundlikkusega isikutel;

b) 125 sm³ vere ülekandel esines reaktsioone tunduvalt harvemini ja need olid nõrgemalt välja kujunenud isegi kõrge tuberkuliinitundlikkuse puhul;

c) tavaliselt ei põhjusta korduvad vereülekanded (alghulgas 250 sm³ või 125 sm³) kõrge tuberkuliiniitiitri puhul posttransfusioosseid reaktsioone;

d) neil juhtudel, kui posttransfusioosete reaktsioonide tekkimine võib osutada ebasoodsat mõju haige organismile, tuleb lugeda otstarbekohaseks määrata retsiipiendil tuberkuliiniitiit. Kui tuberkuliinitundlikkus on kõrge, on kohane esimesel vereülekandel manustada 125 sm³ konservverd, järgnevatel hemotransfusioonidel viia vere hulka vajaliku suuruseni.

PSÜÜHILISI MUUTUSI KOPSUTUBERKULOOSIHAIGETEL

S. KOPPEL

Tarvastu Psühhoneuroloogilisest Haiglast

1. Kopsutuberkuloos häirib kõrgemat närvitalitlust: a) tuberkuloosi toksiinide ja koe lagunemisproduktide vahetu toimega organismile, b) kortikopulmonaalsete reflekside häirumise ja patoloogilise interoretseptiooni kaudu, c) haige töövõime ja sotsiaal-olustikulise seisundi muutumise kaudu («psühhogeenselt»). Haigete kliinilisel uurimisel ei saa nimetatud komponente vaadelda üksteisest isoleerituna.

2. Häirete patogeneesis ja patoplastikas omavad tähtsa koha närvisüsteemi omadused. Häirete esinemine ja raskus sõltuvad haiget ümbritsevast miljööst.

3. Kõrgema närvitalitluse häired võivad kliiniliselt avalduda psüühiliste muutustena. Kliiniliselt täheldatavaid psüühilisi muutusi esineb kasutatud materjalis rohkem kui 70%-l haigetest kopsutuberkuloosi aktiivsete vormide puhul ja umbes 25%-l haigetest kopsutuberkuloosi kroonilistes staadiumides. Psüühiliste haigusnähtude esinemine ja nende raskus ei sõltu teiste haigusnähtude ega tuberkuloosse intoksikatsiooni raskustest.

4. Kopsutuberkuloosile spetsiifilist psüühikat ei ole. Samasuguseid psüühilisi muutusi esineb ka teiste närvisüsteemi kahjustavate ning nõrgestavate eksogeensete tegurite toimel. Kopsutuberkuloos osutub äärmiselt harva psüühoose vallandavaks teguriks; küsimus spetsiifilistest tuberkuloosetest psüühooosidest on lahtine.

5. Tähtsamateks psüühiliste muutuste sündroomideks kopsutuberkuloosi puhul on: a) depressiivne seisund, b) hüpohondriiline sündroom, c) asteeniline sündroom, d) hüpersteeniline sündroom, e) erutusliku nõrkuse sündroom, f) «tuberkuloosne kerge-meelsus». Enamikul juhtudest on nimetatud sündroomid kergelt väljendunud ja ei nõua spetsiaalset psühhiaatrilist abi.

6. Asteenilist, hüpersteenilist ja erutusliku nõrkuse sünd-

roomi võib vaadelda ühe sündroomi (neurasteenia I. P. Pavlovi järgi) mitmesuguste staadiumidena. «Tuberkuloosne kergemeelus» on hüpersteeniline sündroom, millega liitub rida reaktiivseid, psühhogeenseid moodustusi.

7. Psüühiliste muutuste teravam ja kauakestvam avaldumine osutab sageli põhihaiguse ebasoodsale prognoosile. See on eriti kehtiv depressiivse ja hüpohondrilise sündroomi kohta, millised peale diagnoosi teatamist haigele esinevad peaaegu reeglina. Oige psühhoterapeutilise kohtlemise abil on võimalik nimetatud sündroomi pehmenada ja kõrvaldada, sellega oluliselt soodustades kopsutuberkuloosi paranemisprotsessi.

8. Hüpersteeniline sündroom esineb peamiselt haiguse varajastes staadiumides (sageli enne tuberkuloosi diagnoosimist), samuti paranemisstaadiumides. Selle sündroomi diagnoosimata jätmine (haiged ise ei ole hüpersteeniast reeglina teadlikud) põhjustab sageli haige organismi kurnamist ülejõu käiva tööga ja kopsuprotsessi halvenemist.

9. Asteeniline ja hüpersteeniline sündroom esinevad sagedamini kopsutuberkuloosi infiltratiivsete vormide puhul, erutusliku nõrkuse ja «tuberkuloosse kergemeelsuse» sündroom esinevad sagedamini krooniliste hematogeensete ning fibrokavernoosete vormide puhul.

10. Psüühiliste muutuste raviks tuleb tarvitada psühhoterapiat, tööterapiat (võimaluse korral kutsetööd) ja farmakoterapiat (broom ning kofeiin individualiseeritud doosides).

TIOSEMIKARBASOONIDE GRUPPI KUULUVA TUBERKULOOSIVASTASE PREPARAADI JAOTUMISEST KATSELOOMADE ORGANISMIS

E. VAGANE
farm. tead. kand.

ja H. NORMAN

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

Uuriti Tallinna Farmatseutilises tehases sünteesitud tiosemikarbasoonide gruppi kuuluva tuberkuloosivastase preparaadi — karbasoon-101 — jaotumist merisigade organismis. Selleks märgiti preparaat radioaktiivse väävliga (S^{35}) ja preparaadi kontsentratsioonid uuritavates kudedes ning vedelikes määrati nende radioaktiivsuse kaudu.

Tööst selgus järgmist:

1. Radioaktiivse karbasooni sisseandmisel tervetele ja tuberkuloosihaigetele merisigadele toimub kiire karbasooni või tema

laguproduktide imendumine seedetraktist verre, sest juba 1 tund pärast sisseandmist on katseloomade veri tunduvalt radioaktiivne. Maksimaalset radioaktiivsust veres täheldatakse esimesel ööpäeval, seejärel vere radioaktiivsus pikkamisi langeb ja kolmanda ööpäeva lõpul on veri ainult vähe radioaktiivne. Täielik radioaktiivsuse kadumine verest toimub 4—11 ööpäeva vältel.

2. Andes tervetele ja tuberkuloosihaigetele merisigadele suu kaudu radioaktiivset karbasooni, toimub radioaktiivsuse lõplik eritumine organismist 4—11 ööpäeva vältel. Seejuures suurem osa karbasoonist üldse ei imendu ja viiakse väljaheidetega organismist välja. Väiksem osa karbasoonist imendub ja eritatakse organismist peamiselt kolme ööpäeva vältel uriiniga (150 mg/kg annuse puhul eritub uriiniga 10—20% radioaktiivsusest) ja sapiga seedetrakti kaudu (sapp on suure radioaktiivsusega).

3. Seedetraktist imendunud karbasoon (või tema laguproduktid) satub vere kaudu maksa, kopsu, põrna, neerude jt. elundite kudedesse, kuid nendes ei salvestu (veri oli alati suurema radioaktiivsusega, kui nimetatud organite koed). Pea- ja seljaajusse difundeerub preparaati väga vähe.

SILMADE SKROFULOOSSETE HAIGUSTE RAVIST STREPTOMÜTSIINIGA

V. SAVI

dotsent, med. tead. kand.

ja O. MANDEL

Tartu Riiklikust Ülikoolist

1. Streptomütsiin on efektiivne vahend kõigi silmaskrofuloosi vormide ravimisel.

2. Silmaskrofuloosi kergete ja keskmise raskusega juhtude puhul on küllaldaseks streptomütsiinilahuse kasutamine silmatilkadena.

3. Silmaskrofuloosi raskematel juhtudel tuleb streptomütsiini silma tilgutamist kombineerida ionoforeesi või intramuskulaarsete süstetega.

4. Haige üldseisundi ja üldravi määramiseks (intramuskulaarsed streptomütsiini süsted jne.) on vajalik tihe koostöö ftisiaatriga.

5. Silmaskrofuloosi puhul tuleb silmas pidada sekundaarse infektsiooni võimalust ning neil juhtudel tingimata kombineerida streptomütsiini penitsilliiniga.

ÄGEDA VIIRUSMENINGIIDI ETIOLOOGIA, EPIDEMIOLOOGIA JA KLIINIK EESTI NSV-s

E. RAUDAM
dotsent, med. tead. kand.
Tartu Riiklikust Ülikoolist

1. Eesti NSV territooriumil esineb haigestumisi ägedasse viirusmeningiiti, mille etioloogilisteks faktoriteks on poliomüeliidi viirus, Cocksackie viirused, kevad-suve entsefaliidi viirus ja meile tundmatud ägeda seroosse meningiidi viirused.

2. Poliomüeliidi meningiitiline vorm esineb kogu Eesti NSV territooriumil, eriti linnades ja peamiselt kevadel ning suvesügiskuudel. Haigestuvad kõige sagedamini lapsed 0—10 eluaastani. Kevad-suve entsefaliidi meningiitilise vormi esinemisega tuleb arvestada peamiselt Eesti NSV ida aladel maikuust kuni augustikuuni. Epideemiline viirusmeningiit, mille etioloogiliseks faktoriks on Cocksackie viirused, esineb meil puhangukena, eriti suvekuudel. Sporaadiline viirusmeningiit, mille täpsem etioloogia pole selgitatud, esineb meil läbi aasta.

3. 1953. a. suvel esines Eesti NSV-s ägeda viirusmeningiidi epideemilisi puhanguid. Esmase puhangu tõenäoseks allikaks olid narijad, kelledelt infektsioon kanti üle inimestele. Edasine infektsiooni levik kulges inimeselt inimesele kas piisknakkuse teel või seedetrakti kaudu. Inkubatsiooni perioodiks oli keskmiselt üks nädal. Epidemioloogiliste ja kliiniliste andmete alusel, pärast Armstrongi tõve väljalülitamist seroloogiliste reaktsioonide abil, võisime arvata, et ägeda epideemilise viirusmeningiidi tekitajaks on Cocksackie viirused A ja B grupist.

NSVL territooriumil kuni käesoleva ajani pole täheldatud Cocksackie viiruste poolt tekitatud puhanguid.

4. Epideemilist viirusmeningiiti võib jaotada järgmistesse kliinilistesse vormidesse:

a) Meningeaalne vorm ühe või kahefaasilise kuluga. b) Radikuloneuralgiline ja müalgiline vorm. c) Abortiivne vorm ühe või kahefaasilise kuluga

Epideemilise viirusmeningiidi puhul on tegemist kogu organismi viirusliku infektsiooniga, mis kulgeb organismis hematogeensel teel ja vallandab eelkõige ajukoore funktsionaalseid häireid kas kaitsepidurduse või erutusprotsesside prevaleerimisega, millele järgnevad aju-seljaaju vedeliku dünaamika häired hüpo- või hüpertensiooni näol, mis vallandab meningeaalsed sümptomid. Liikvori tsütopatoloogilised muutused ilmuvad hiljem ja

tõenäoselt omavad vähemat tähtsust meningeaalsete nähtude põhjustajana. Eriti tüüpilised on valud rinnus ja seljas.

5. Meie peame võimalikuks kliinilise sümptomatoloogia alusel diferentsida üksikuid viirusmeningiidi vorme etioloogilise printsiibi alusel. See on tähtis etioloogilise ravi määramisel ja viirusmeningiitide diferentsiaaldiagnoosil tuberkuloosest meningiidist.

6. Poliomüeliidi meningiitilise vormi puhul on tüüpilisteks sümptomideks keha t^o tõus, kuklakangestus ja kuklavalu, tugevad valud alajäsemeis ja nimmelistluu piirkonnas, üldine tugev nõrkus. Kevad-suve entsefaliidi meningiitilise vormi juures esineb kahefaasiline t^o kulg, üldised peavalud, valud ülajäsemeis ja lühiajaline ülajäsemete proksimaalsete osade nõrkus, tremor keeles ja keele kaldumine keskjoonest kõrvale ja keskmiselt väljendunud meningeaalsed nähud.

SÜNTOMÜTSIINI JA STREPTOMÜTSIINI KOMBINEERITUD KASUTAMISE MÕJU SOOLESTIKU NORMAALSELE FLOORALE

K. A. AHHUNDOVA
biol. tead. kand.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudist

V. A. FRADKIN

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Viimasel ajal on nõukogude õpetlaste poolt välja töötatud uus düsenteeria ravimeetod, mille üheks koostisosaks on süntomütsiini ja streptomütsiini üheaegne kasutamine kindla skeemi alusel. Selle meetodi puhul oodatakse paikset saneerivat efekti ainult neist antibiootikumidest, mida manustatakse enteralselt.

Käesoleva töö sihiks oligi eksperimentaalselt kindlaks teha antud antibiootikumide kasutatavate annuste ja manustamisskeemide võimalikku efektiivsust antibakteriaalselt aktiivsete kontsentratsioonide loomisel katseloomade soolestikus ja preparaate antud kontsentratsioonile tundliku normaalse mikroflora bakterite arvu vähendamisel.

2. Töö teostati valgetel hiirtel kolmes rühmas (10 hiirt igas rühmas), kusjuures hiired said kas süntomütsiini ja streptomütsiini üheaegselt või kumbagi antibiootikumi üksikult.

Preparaadi kontsentratsiooni ja normaalse mikroflora arvuliste muutuste uurimist roojas teostati dünaamiliselt kogu aja vältel, millal manustati antibiootikume vastavalt skeemile. Sel viisil iga hiirte rühma (arvestades ka rooja mikroflora esialgset ja lõplikku uurimist) vaadeldi ja uuriti 36 päeva vältel.

3. Teostatud uurimuste alusel tehti kindlaks, et:

a) ainuüksi süntomütsiini antibakteriaalne toime roojas leiduvaile bakteritele on äärmiselt väike, seega kasutatavad ravi- doosid ei loo soolestikus küllalt kõrget preparaadi kontsentratsiooni;

b) ainuüksi streptomütsiini enteraalset manustamisel toimub bakterite hulga tunduv vähenemine katseloomade roojas, kusjuures ka antud antibiootikumi kontsentratsioonid roojas on kõr- ged;

c) üheaegsel süntomütsiini ja streptomütsiini manustamisel ei ole märgatavaid eeliseid roojabakterite vähenemise suhtes võr- reldes ainuüksi streptomütsiini manustamisega;

d) nii ainuüksi streptomütsiini kui ka mõlemate antibiootiku- mide üheaegsel manustamisel ei vähene roojabakterite hulk alg- tasemega võrreldes enam kui 100—1000 korda;

e) antibiootikumide manustamistsükli vaheaegadel langeb antibiootikumide kontsentratsioon roojas kiiresti kuni nullini ja üheaegselt tõuseb järsult bakterite hulk roojas. Viimane kahtle- mata vähendab järgmise tsükli efektiivsust;

f) vastava antibiootikumi suhtes tundlike bakterite (soole- kepikeste) arvu maksimaalne langus saavutatakse juba teise manustamistsükli lõpuks. Kolmandas tsüklis (pärast vaheaega) saavutatakse peaaegu sama tase, mis teiseski tsüklis või bakte- rite arv on isegi suurem.

4. Saadud andmed lubavad öelda, et uuritud antibiootikumide enteraalset tsüklilist kasutamist pole küllalt efektiivne paikseks antibakteriaalseks toimeks ja nõuab täiendusi ja muu- datusi.

Juba teostatud töö alusel võib esitada süntomütsiini ja streptomütsiini kasutamise skeemide mõningaid variante (mui- dugi esialgu ainult nende efektiivsuse uurimise korras):

a) kiiniliselt väljendunud haiguspildi puudumisel ning dü- senteeriategitajate püsiva eritumise puhul on otstarbekohane teostada soolestiku sanatsiooni ainuüksi streptomütsiiniga;

b) ratsionaalseks osutub süntomütsiini ja streptomütsiini teise manustamistsükli pikendamine 2—3 päeva võrra ja kol- manda tsükli ärajätmine;

c) juba meie varasema ettepaneku kohaselt võib süntomüt- siini ja streptomütsiini esimese ja teise manustamistsükli vahe- ajal, samuti ka peale teist tsüklit soovitada mõne teise enteraal- selt toimiva preparaadi, nagu näiteks grisemiini või biomütsiini kasutamist.

DÜSENTEERIABAKTERITE FAGOTÜPAAŽ

R. N. RJUMINSKAJA

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudist

1. Fagotüpaaž kui bakteriraku samastamise meetod avab teed bakterite liigisisese muutlikkuse uurimiseks ja on suure teoreetilise ja praktilise tähtsusega.

2. Fagotüpaaži meetod, milline on laialdaselt läbi töötatud kõhutüüfuse ja paratüüfus B bakterite suhtes, leidis ulatuslikku kasutamist. Hügaliste katsetega on kindlaks tehtud tema suur epidemioloogiline ja diagnostiline tähtsus. Düsenteeeriabakterite fagotüpaaži ei ole kirjanduses valgustatud.

3. Meie eksperimentaalsed andmed kinnitavad kirjanduses leiduvaid teateid (Korsakova ja Zabrodina, 1950), et Sonne bakteritele on iseloomulik rida dissotsiatsiooniga seotud erinevusi bakteriofaagi suhtes. Need erinevused avalduvad:

a) erineva kergusega aktiivsete bakteriofaagide eritumises üksikute dissotsiantide suhtes;

b) saadud bakteriofaagide omaduste erinevuses;

c) üksikute variantide erinevas tundlikkuses S ja R bakteriofaagide suhtes.

4. Saadud tulemused osutavad vajadusele kasutada fagotüpaaži meetodi puhul vasteritatud Sonne baktereid, mis on dissiieerunud S vormis.

5. Sonne bakterid erinevad bakteriofaagide suhtes väljendunud tüvespetsiifilisusega, mis on nende iseloomulikuks jooneks ja ei esine sellisel määral teiste düsenteeeriabakterite liikide juures ning ongi aluseks üksikutesse fagotüüpidesse diferentseerimisel.

6. Vasteritatud Sonne baktereid võib bakteriofaagide suhtes, mis on saadud passaažidega vedelas söötmes ja kahekihilise meetodiga (n. n. «puhtad jooned»), jaotada nelja fagotüüpi.

7. Mitmesugustesse fagotüüpidesse kuuluvate Sonne bakterite seroloogiline analüüs ei selgitanud erinevusi põhiantigeenide struktuuris.

8. Sonne düsenteeeriabakterite fagotüpaaži meetod on ainsaks diferentseerimise meetodiks, mis lubab detailsemalt uurida selle düsenteeeria liigi dünaamikat.

9. Flexneri düsenteeeriabakterite erinevaid seroloogilisi tüüpe iseloomustab kindel suhe bakteriofaagi, mis osutab bakterite antigeense struktuuri ja fagotundlikkuse vahelise korrelatsiooni eksisteerimisele.

10. Newcastle düsenteeeriabakterid ei lüseeru teiste düsenteeeriabakterite liikide faagide toimel. Olulist abi võib osutada diagnostikas Newcastle monofaagide kasutamine, kui nende spetsiifilisuse eelkontroll on teostatud.

REKTOROMANOSKOOPIA KUI ABIMEETOD VARAEALISTE LASTE DÜSENTEERIA DIAGNOSTIKAS

S. SAAR

med. tead. kand.

Tartu Riiklikust Ülikoolist

M. I. SAMOILOVA

Tartu Linna Nakkushaiglast

1. Kuni käesoleva ajani pole lahendatud düsenteeria varase diagnostika küsimus, eriti varaealistel lastel. Olemasolevad mitte küllalt täpsed kliinilised uurimismeetodid on sageli diagnostiliste vigade allikaks. Kõige täpsema — bakterioloogilise — meetodi väärtust vähendab bakterioloogilise leiu madal protsent. Seepärast düsenteeria kõige täiuslikuma diagnoosimismeetodi otsingud on suure tähtsusega kliinikule ja düsenteeriavastasele võitlusele. Paljulubav on jämesoole distaalse osa patomorfoloogiliste muutuste uurimine endoskoopiliselt.

2. Rektoromanoskoopiat kasutatakse viimastel aastatel laialdaselt kliiniliste ja epideemiatõrje asutuste praktikas. Ometi on olemasolevad andmed jämesoole distaalse osa patomorfoloogiliste muutuste kohta, eriti varaealistel lastel, üsna vähearvulised ja vasturääkivad. Seoses sellega esineb tõsisid vigu düsenteeria diagnostikas, eriti lastekollektiivide saneerimisel.

3. Uurides ülaltähendatud meetodi diagnostilist väärtust kliinilisel materjalil (Tartu Linna Nakkushaigla sooleinfektsioonide osakond) ja osaliselt lastekollektiivides (Tartu IV Lastesõim), jõudsimme veendumusele, et rektoromanoskoopia annab suuremaid võimalusi ägeda düsenteeria ning ägenenud kroonilise düsenteeria puhul, kui bakterioloogiline uurimismeetod ja olles tehniliselt kergesti teostatav, tuleb teda laialdaselt juurutada laste ravi-profülaktiliste asutuste praktikasse. Diagnostiliste vigade vältimiseks peab personal olema hästi ettevalmistatud, et ta oskaks anda õige kliinilise hinnangu endoskoopilisele leiule.

4. Düsenteeria kliinilise diagnoosiga uuritud laste üldarvust 93% juhtudest täheldati ühe- või teissuguseid muutusi jämesoole distaalses osas. Seejuures 50% juhtudest täheldati erosiivset-haavandilist protsessi. Bakterioloogiliselt kindlaks tehtud düsenteeria diagnoosi puhul leiti limaskestast patomorfoloogilisi muutusi 100% juhtudest, seejuures prevaleerus erosiivne-haavandiline vorm (75% juhtudest).

5. Kõige sagedamini esines erosiivne-haavandiline protsess haigestumise teisel ja kolmandal nädalal (52%). Erosiivse-haavandilise protsessi olemasolu ei ole mitte alati seoses rooja patoloogiliste muutustega. Meie materjali järgi oli jämesoole distaalse osa erosiivsete-haavandiliste muutuste puhul iste normaalne 44% juhtudest. Sellest lähtudes tuleb rektoromanos-

koopia võtta kohustuslike uurimismeetodite hulka düsenteeriahaige väljakirjutamisel ning revideerida hospitaliseerimise tähtsust.

6. Düsenteeriakontaktsete seast (lasteasutuses) nõndanimeetatud batsillikandjate uurimisel täheldati viiel juhul kuuest haavandilist protsessi, mis osutab kliinilisele haigestumisele düsenteeriasse ja vajadusele uurida rektoromanoskoopiliselt kõiki kontakteid (lastekollektiivi tingimustes).

7. Erosiivse-haavandilise protsessi olemasolu jämesoole distaalses osas kerge kliinilise kuluga düsenteeriajuhtudel ja normaalne iste erosiivse-haavandilise protsessi puhul (44% juhtudest) osutavad otsese sõltuvuse puudumisele soolestiku distaalse osa patomorfoloogiliste muutuste ja haiguse kliinilise kulu raskuse vahel.

8. Varaealiste laste düsenteeria diagnostika parandamiseks tuleb teostada soolestiku distaalse osa patomorfoloogiliste muutuste uurimist igasuguse etioloogiaga kõhulahtisuse puhul.

TALLINNAS ISOLEERITUD HEMOLÜÜTILISTE STREPTOKOKKIDE HÜALURONIDAATILISED JA STREPTOLÜÜTILISED OMADUSED

A. I. SVITSKARJOVA

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudist

1. Rühma A hemolüütilised streptokokid erinevad mitte ainult tüübispetsiifilise antigeeni, vaid ka mitteühtlaste toksiliste omaduste poolest.

2. Viimasel ajal on rida autoreid kindlaks teinud, et hemolüütiliste streptokokkide hüaluronidaatilised ja streptolüütilised omadused pole ühesugused eri serotüüpide esindajail. Üksikuid vihjeid on ka terveilt ja sarlakihaigeilt eraldatud streptokokkide mainitud omaduste erinevusele.

3. Töö eesmärgiks oli sarlakihaigeilt ja batsillikandjate mitmesugustelt kontingentidelt (sõltuvalt streptokoki tüübist, kontakti astmest ja kandja vanusest) isoleeritud hemolüütiliste streptokokkide hüaluronidaatiliste ja streptolüütiliste omaduste uurimine.

4. Töö on teostatud Tallinnas, on uuritud 377 hemolüütilise streptokoki kultuuri, neist 147 sarlakihaigeilt ja 230 tervelt batsillikandjatelt.

5. Meie materjalis esines hüaluronidaasaktiivseid tüvesid 55,9% juhtudest, streptolüsiinaktiivseid 33,9%.

6. Kõige suurem protsent hüaluronidaasaktiivseid tüvesid esines 2. ja 4. hemolüütilise streptokoki tüübi puhul.

7. Streptolüsiinaktiivsed tüved esinesid kõige sagedamini hemolüütilise streptokoki 1. tüübi kultuurides.

8. Sarlakite ägedas perioodis eraldatud hemolüütilise streptokoki kultuurid olid sagedamini hüaluronidaatiliste ja streptolüütiliste omadustega kui rekonvalesstentide kultuurid. Siinjuures see näht ei kaasanud alati haiguse kulus toimunud streptokoki tüübi muutusele.

9. Skarlatinoossetes kolletes on streptolüsiinaktiivsete tüvede eritamine tunduvalt kõrgem kui sarlakivabades lasteasutustes, mida ei saa täielikult seletada ainult streptokokkide tüüpide erinevusega neis asutustes. Hüaluronidaatiliste omaduste uurimisel sellist seaduspärasust ei õnnestunud täheldada.

10. Uhe ja sama seroloogilise tüübi streptokokid, mis eraldati sarlakite rekonvalesstentidelt ja tervetelt batsillikandjatelt sarlakivabades lasteasutustes, olid harvemini streptolüsiinaktiivsete omadustega kui streptokokid, mis eraldati haiguse ägedas perioodis ja batsillikandjatelt skarlatinoossetes kolletes.

EKSPERIMENTAALNE UURIMUS *TRICHOMONAS VAGINALIS*'E PATOGEENSUSEST

J. TERAS
med. tead. kand.

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Kirjanduse andmeil puuduvad ühtsed seisukohad *Trichomonas vaginalis*'e patogeensuse küsimustes. Autorid, kes *Trichomonas vaginalis*'t peavad patogeenseks, arvavad kliiniliste tähelepanekute alusel, et ta on naiste valgevooluse põhjustajaks. Samal ajal aga paljud autorid, kes kahtlevad *Trichomonas vaginalis*'e patogeensuses, arvavad, et valgevooluse etioloogias etendavad olulist osa mitmesugused mikroobid, sest *Trichomonas vaginalis* võib vagiinas esitleda haiguslikke nähte põhjustamata. Samal ajal on aga kirjanduse andmeil vaginaalset mikrofloorat *Trichomonas vaginalis*'e esinemisel uuritud puudulikult, peamiselt ainult bakterioskoopiliselt.

2. Lähtudes kirjanduses esinevatest lahtarvamustest *Trichomonas vaginalis*'e infektsiooni küsimustes oli töö ülesandeks:

Leida optimaalne sööde ja töötada välja meetodika *Trichomonas vaginalis*'e kultiveerimiseks ning puhta kultuuri saamiseks.

Teostada *Trichomonas vaginalis*'e patogeensuse selgitamiseks eksperimentaalseid uuringuid valgetel hiirtel.

Selgitada vaginaalse mikrofloora osatähtsust kolpiitide tekkel *Trichomonas vaginalis*'e esinemisel.

3. Töö tulemustest selgus, et:

a) *Trichomonas vaginalis*'e kultiveerimiseks võib edukalt kasutada meie poolt välja töötatud «TV» söödet. Puhaskultuuride saamise kindlustab «TV» söötmes 2500 ühiku penitsilliini ja 2500 ühiku streptomütsiini lisandamine 1 ml söötme kohta;

b) valgete hiirte intraperitoneaalsel infitseerimisel *Trichomonas vaginalis*'e puhaskultuuridega tekkisid katseloomade kõhuõõnes rasked põletikulised protsessid. Trihhomoonaste tugev invasiivne ja agressiivne toime avaldus peamiselt maksakoe suhtes. Maksas tekkisid ulatuslikud nekroosid ja põletikuline reaktsioon. Real juhtudest tungisid trihhomoonased ka kõhuõõne lümfisõlmedesse, põrna, kõhunäärmesse ja teistesse kõhuõõne elunditesse, põhjustades nendes samuti põletikku ja nekroosi. Tekkinud muutuste tõttu surid infitseeritud hiired ajavahemikul 4—52 päevani;

c) uuritud *Trichomonas vaginalis*'e tüved ei olnud valgetele hiirtele ühesuguse patogeensusega. Hiirte kõhuõõnes täheldatud patoloogilis-anatoomiliste ja patoloogilis-histoloogiliste muutuste intensiivsuse, nende arenemise kiiruse ja hiirte suremise aja järgi võis uuritud *Trichomonas vaginalis*'e tüved jaotada kolme erineva patogeensusega rühma;

d) uuritud haigusjuhtude kolpiitide kliinilise vormi ja *Trichomonas vaginalis*'e patogeensuse vahel valgetele hiirtele avaldus seos. *Trichomonas vaginalis*'e tüved, mis olid isoleeritud ägeda ja alaägeda kolpiidiga haigetelt osutusid tunduvalt patogeensemateks kui kroonilise kolpiidiga haigetelt isoleeritud tüved. Võib oletada, et *Trichomonas vaginalis*'e tüvede erinev patogeensus onoleb haigete organismi reaktiivsuse seisundist;

e) käesolevas töös täheldatud ümarjad, liikumatud, viburiteta trihhomoonased on tõenäoliselt *Trichomonas vaginalis*'e püsivormid, mis võisid tekkida hiirte kõhuõõnes makroorganismi suhteliselt tugevama reaktiivsuse puhul.

4. Käesoleva eksperimentaalse töö teostamisel ja töö tulemuste analüüsimisel tekkis rida uusi küsimusi, mis vajavad *Trichomonas vaginalis*'e infektsiooni vastu edukaks võitlemiseks kiiret lahendamist.

Nii näiteks on edaspidi vaja uurida: *Trichomonas vaginalis*'e patogeensusust erinevate kolpiidi kliiniliste vormide korral mitme loompassaazi vältel, *Trichomonas vaginalis*'e patogeensuse sõltuvust kasutatud ravimite toimest ja mitmesuguste ravimite toimet *Trichomonas vaginalis*'ele *in vitro* ja *in vivo*, meestel esinevate trihhomonaalsete uretriitide küsimust ja edukaks võitluseks *Trichomonas vaginalis*'e infektsiooni vastu selle infektsiooni epidemioloogiat.

RIKKETSIOOSIDE PROFÜLAKTIKA KAASAEGSED SEISUKOHAD

(Kirjanduse ülevaade)

G. H. Maiofis
med. tead. doktor

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudist

1. Rikketsioosid on inimeste nakkushaiguste omapäraseks rühmaks. Antud haiguste rühma iseloomustavateks joonteks on kliiniliste vormide rohkus, eriliiki viiruse reservuaaride ja ülekandjate esinemine, ülemaailmne levik.

2. Üksikute rikketsiooside etioloogiliseks teguriks on mitmesugused rikketsiate liigid — inimese, loomade ja lüljalgsete obligaatsed rakusisesed parasiidid.

3. XX sajand tähistab rea uute rikketsioosete haiguste avastamist kõigis maailma maades.

4. Viimastel aastatel on Nõukogude Liidu territooriumi mitmesugustes osades avastatud rida uusi rikketsioosseid haigusi: vesikuloosne-rõugeline rikketsioos, paroksüsmaalne palavik, Q-palavik.

5. Iga rikketsiooset haigestumist põhjustab eriline rikketsiaaliik, mis on spetsiifiline antud rikketsioosi vormile.

6. Rikketsiooside erivormide diferentsiaaldiagnostikas on erilise tähtsusega komplemendi sidumisreaktsioon spetsiifilise antigeeniga.

7. Haigust tuleb igal üksikul juhul diagnoosida kliiniliste, epidemioloogiliste ja seroloogiliste andmete kompleksi alusel.

8. Rikketsioosidevastane võitlus ja profülaktika peab olema diferentseeritud, sõltuvalt lüljalgsest ülekandjast ja viiruse reservuaarist.

PAHALOOMULISTE KASVAJATE HILISDIAGNOSTIKA PÕHJUSIST OTORINOLARÜNGOLOOGIAS

V. SÄRGAVA ja V. LIIV

Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

1. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurgu osakonnas on ravil olnud ajavahemikul 1945.—1953. a. 144 haiget pahaloomuliste kasvajatega. Neist 83 juhul oli kahjustatud kõri, 28 juhul nina ja selle kõrvalkoopad, 11 juhul neel, 10 juhul väliskõrv, 8 juhul söögitoru ja 4 juhul keel.

2. Enamikul juhtudest (ligikaudu $\frac{2}{3}$) ei olnud pahaloomulist kasvajat diagnoositud õigeaegselt (27% juhtudest esines III kasvaja staadium ja 41% juhtudest IV staadium).

3. Enamikul juhtudest oli pahaloomuliste kasvajate hilisdiagnostika põhjuseks haigete mitteküüaldane teadlikkus vähist ja tema varastest sümptoomidest, haiguse varjatud kulgu, real juhtudel ka pealiskaudne läbivaatus, lohakus või arstide mitteküüaldased onkoloogilised teadmised.

4. Tuleb enam tähelepanu pöörata arstide spetsiaalse onkoloogilise kvalifikatsiooni tõstmisele, samuti vastavale sanitaarharidustööle ja laiade elanikkonna hulkade profülaktilistele läbivaatustele.

5. Uuritud materjalist järeldub, et real juhtudel eelneb nina- ja kõrikartsinoomi.e prekantseroos kas kõripapilloomi, ninapolüüpide või krooniliste põletikuprotsesside näol.

6. Pahaloomuliste kasvajate avastamiseks tuleb tingimata kasutada kompleksseid uurimismeetodeid ja kunagi ei tohi baseeruda ainult üksikutel andmetel.

7. Eriti tuleb rõhutada biopsia tähtsust. Positiivne pato-histoloogiline leid kinnitab diagnoosi lõpikult. Kui ühekordne biopsia annab negatiivse vastuse, tuleb seda teha korduvalt.

8. Ülemiste hingamisteede krooniliste põletikkudega haigeid üle 40 eluaasta tuleb võtta spetsiaalse kontrolli ja ravi alla. Täiskasvanute kõri papillomatoosi tuleb ravida radikaalselt. Nina kõrvalkoobaste kroonilisi põletikke, mis ei allu ravile läbioputamistega, tuleb ravida radikaalse operatsiooniga. Prekantseroosiga haigeid tuleb dispanseriseerida.

KÖRIVÄHI RAVIST

H. ALEV

Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

1. Kõrivähi I ja II arengustaadiumis on efektiivseks ravi-meetodiks häälepaelte eemaldamine koos kasvajaga larüngofis-suuri teel ning ravi raadiumiplaadiga.

2. Raadiumiplaat, mis sisaldab 6,5 mg raadiumsulfiiti, viiakse fenestratsiooni meetodil kiipkõhresse, kusjuures kiirituse kestus ei tohi ületada 8×24 tundi, eriti pahaloomuliste papilloomide kiiritamisel, et vältida perikondriidi teket.

3. Haiguse III staadiumis annab röntgeniraviga võrreldes paremaid tulemusi konservatiivse kirurgilise ravimeetodina arterite ligeerimine (*a. thyreoidea superior* või *a. laryngea superior*) ühes järgneva röntgeniraviga.

4. Tänu kirurgiliste ravimeetodite täiustamisele ja penitsilliiniravile, tuleb III staadiumis parimate tulemuste saamiseks kasutada aktiivsemalt kui seni kõri totaalset ekstirpatsiooni.

5. Kõrivähi IV staadiumis, kasutades palliatiivse ravimeetodina arterite ligeerimist, võib saavutada haige seisundi ajutist paranemist ja kasvaja mõõtmete vähenemist.

SELJAAJU VÄÄRARENDITE OPERATIIVSEST RAVIST

R. PAIMRE

Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

1. Seljaaju väärarendite operatiivset ravi on soovitatav teostada varaealistel imikutel, alates 6-dast, 7-dast ja 8-dast päevast, et vältida naha matseratsiooni, sekundaarse infektsiooni teket.

2. Operatsioon teostada lokaalse anesteesiaga.

3. Meie materjalis sekundaarset meningiiti operatsioonijärgsel perioodil pole esinenud. Profülaktiliselt on kasutatud penitsilliini üldravina.

4. Operatsioonijärgsel perioodil vesipea kujunemist ei ole esinenud. Enne operatsiooni olnud vesipea on suurenenud ühel juhul.

5. Postoperatiivse komplikatsioonina on esinenud haava osalist rebenemist juhtudel, kus oli tegemist mõõdetelt suure meningotseele kotiga.

6. Osteoplastilist operatsioonimeetodit ei ole kasutatud. Li-haste, fastsia ja fibriinkile abil on saadud küllalt tugev lüliskaarte defekti kate.

7. Operatsiooni toimel halvatuste süvenemist ei ole esinenud. Ühel juhul on märgatud kliinikus viibimise ajal halvatuste paranemist.

8. Postoperatiivset letaalsust ei esinenud. Üks ravialune on lahkunud halvenenud seisundis.

9. Seljaaju väärarendite operatsioonide kaugtulemused on rahuldavad, mistõttu on vajalik vastavaid patsiente suunata õigeaegselt spetsiaalsetesse raviasutustesse.

KÕRGEMA NÄRVITALITLUSE UURIMISEST LASTEL REUMA PUHUL

A. REIMAN

dotsent, med. tead. kand.

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Reumahaigete laste kõrgema närvitalitluse dünaamiline uurimine tingitud reflekside kujundamise teel Ivanov-Smolenski poolt soovitatud kõne-liigutusmeetodi järgi näitas, et pärast

reuma ägeda hoo kliiniliste nähtude kadumist jäävad kõrgemas närvitalitluses püsima mõningad individuaalsed häired.

2. Kõrgema närvitalitluse häirete kestus on seoses ka üldise vereringe häire sügavusega.

3. Kõrgema närvitalitluse dünaamiline uurimine on prognostilise tähtsusega. Reumahaige lapse üldise hea enesetunde puhul ja ilmsete kliiniliste haigusnähtude puudumisel viitavad püsivad häired kõrgemas närvitalitluses latentselt progresseeruvale haigusprotsessile ja nõuavad meie aktiivset vahelesegamist.

4. Võimaldades koos muude uurimismeetoditega täpsustada haiguse kulgu ja prognoosi, on kõrgema närvitalitluse uurimine praktilise tähtsusega. Olles selle juures kliinikutes võrdlemisi kergesti teostatav, tuleb soovitada selle meetodi juurutamist kliinilisesse praktikasse laiaulatuslikumalt.

VEGETATIIVSE NÄRVISÜSTEEMI SEISUND LASTEL REUMA PUHUL

J. TOMINGAS

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Reumaatilise protsessi liigestevormide varajases staadiumis täheldati vegetatiivse närvisüsteemi sümpaatilise ja parasümpaatilise osa toonuse tõusu (ortostaatilise, klinostaatilise, histamiini ja adrenaliini proovide järgi). Üldised näitajad (pulss, hingamine, leukotsütoos, naha seisund) osutavad sellejuures sümpaatilise, Mc Clure Oldrici hüdrofiilsuse proov aga parasümpaatilise osa toonuse ülekaalu. Paranemisel «normaliseerub» sümpaatilise närvisüsteemi osa toonus ja hakkab prevaleerima parasümpaatilise närvisüsteemi osa toonus.

2. Reumaatilise protsessi ägedate südamevormide puhul esineb samuti vegetatiivse närvisüsteemi mõlemate osade kõrgeenenud toonus. Haige paranemisel on muutused vegetatiivse närvisüsteemi seisundis vähem täheldatavad kui liigestevormide puhul. Üldiste näitajate põhjal toimub vegetatiivse närvisüsteemi toonuse «normaliseerumine» sarnaselt liigestevormidele. Suurel osal südamevormidega reumahaigeist püsib (ortostaatilise ja adrenaliini proovide alusel) sümpaatilise osa kõrgeenenud toonus.

3. Reumaatilise protsessi närvivormide puhul näitavad ortostaatilised proovid sümpaatilise närvisüsteemi toonuse tõusu. Teised proovid osutavad parasümpaatilise osa toonuse tõusu ja suhteliselt madalat sümpaatilise närvisüsteemi osa tõusu. Para-

nemisel võib täheldada osal juhtudest sümpaatilise, osal parasümpaatilise närvisüsteemi osa toonuse tõusu.

4. Reumaatilise protsessi hoovabas perioodis täheldatakse juba varem väljakujunenud südamekahjustuse juures kõrvalekaldumist vegetatiivse närvisüsteemi normotooniast neil lastel, kellel esineb liigeste või lihaste valusid, väsimust, subfebriilset temperatuuri, kiirenenud või labiilset pulssi ja teisi mikrosümptoome. Toonuse kõrgenemine esineb peamiselt sümpaatilises, vähem parasümpaatilises osas. Ravi ja vajaliku režiimi rakendamisel toimus vegetatiivse närvisüsteemi mõlemate osade normaliseerumine kiiremini kui ägedas perioodis.

Et närvisüsteemi parasümpaatilise osa toonus hoovabas perioodis on muutunud vähemal määral kui sümpaatilise osa toonus, siis olid ka ravi vältel parasümpaatilise osa toonuse muutused vähem väljendunud.

5. Vegetatiivse närvisüsteemi uurimine mitmesuguste proovidega omab praktilist tähtsust, eriti prognoosi suhtes. Haige kliinikust lahkumisel püsima jäänud kõrvalekaldumine vegetatiivse närvisüsteemi normotooniast juhib tähelepanu edasikulgevale haigusprotsessile ja kesknärvisüsteemi seisundi tasakaalutusele, mida tuleb haiglavälise ravi ja režiimi määramisel arvestada.

6. Iga reumahaige laps vajab pärast ägeda hoo möödumist haiglast väljakirjutamisel järelravi vastavas reumahaigete sanatooriumis.

KROONILISE TONSILLIIDI OSATÄHTSUSEST REUMA KULULE LASTEL JA TONSILLEKTOOMIA EFEKTIIVSUSEST

L. KOOK

Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist

1. Enamikul meie poolt uuritud reumahaigeil lastel on reuma teke ja kulg seotud mandlite põetikulise seisundiga.

2. Tonsillektoomia annab enamikul juhtudel soodsaid tulemusi, mis sageli avalduvad hilistagajärgedena alles 1—2 ja enam aasta pärast.

3. Tonsillektoomia teostamiseks tuleb näidustusi hoolega individualiseerida ja küsimus otsustada pediatri ja otorinolaringo'oogi vahel kooskõlastatud arvamuse alusel.

4. Sageli esinevate angiinidega, ebamääraste kaebustega kestvate subfebriilsete temperatuuridega haigeid lapsi tuleb reuma profülaktika seisukohalt dispanseerida.

MITMESUGUSTE UNERAVI KOMBINATSIOONIDE KASUTAMISE TÜLEMUSTEST FUNKTSIONAALSETE HÄIRETE KORRAL OTORINOLARÜNGOLOOGIAS

E. SIIRDE, S. SIBUL
dotsent, med. tead. kand.
Tartu Riiklikust Ülikoolist

H. ALEV

Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast

1. Kogelemise, Meniere'i sündroomi ja sisekõrva kuulmisvõime vähenemise puhul rakendatud uneravil luminaali abil on vähemefektiivsed tulemused kui uneravil, mida kombineeritakse veenisestest 0,25% novokaiinilahuse süstetega ja kogelemise puhul veel lisaks difeniiniga.

2. Mõjudes medikamentide abil tsentraalse närvisüsteemi erutus- ja pidurdusprotsessidele, tuleb silmas pidada medikamentooset toimet interoretseptoritele.

3. Erutus- ja pidurdusprotsesside tasakaalustamiseks interoretseptorite kaudu osutub sobivamaks vahendiks novokaiin, mis mõjub tõenäoliselt kui erutus- ja pidurdusprotsesside regulaator.

4. Forsseeritud (s. t. liig sügav ja kestev) medikamentoosne uni ei osutunud küllaldaselt ratsionaalseks ravimeetodiks. Efektiivne on uni, mis on kõige lähedasem füsioloogilisele unete.

5. Ülaltoodud vaatluste edasiseks arendamiseks on vajalik eksperimentaalsete ja kliiniliste uurimiste jätkamine.

STRUUMASSE HAIGESTUMISEST EESTI NSV TERRITOORIUMIL

V. PASCHKOV

Vabariiklikust Struumatõrje Dispanserist

1. Struumasse haigestumist esineb Eesti NSV territooriumil juba ammu. 1946—1949 aastail oli endokriinsete haigestumiste arv vabariigis ühel tasemel onkoloogiliste haigestumiste arvuga, kusjuures rõhuv osa endokriinsetest haigestumistest kuulus türeopaatiatele.

2. Meie poolt uuritud türeopaatiaga haigete kontingendist esines tähtsusetu hulk kilpnäärme kasvajaid ning põletikke.

3. Karakterseks osutus suhteliselt vähene esmase türeotoksikoosi, eriti Basedowi vormi esinemine (165 juhtu).

4. Türeopaatiatega haigetest oli struumahageid 98,2%, kelledest enamik (56,2%) oli vanuserühmas 21—40 aastat. Dispanserisse pöördunud struumahagete vanusekõver oli kulminatsioon 20—30 aastaste rühmas.

5. Enamikul juhtudest esines struuma kolmandas suuruseastmes (52%), vähem oli juhtusid teises suuruseastmes (35,9%). Neljandas ja viiendas suuruseastmes esines struumat tunduvalt harvemini (9,3%).

6. 94,7%-dil juhtudest täheldati struuma difuusset vormi, segavormi esines 4,2%-dil juhtudest ja sõlmelist vormi vaid 1,1%-dil juhtudest.

7. Suurima kontingendi struumahaigetest moodustasid naishaiged. 1951.—1953. aastate andmete kohaselt ületas Tartu linnas struumahaigete naiste arv vastava meeshaigete kontingendi 4,8-kordselt 21—40 a. vanuserühmas. Haiguse kulg mõlemast soost haigeil oli samalaadne.

8. Suurema hulga meile suunatavatest struumahaigetest moodustasid haiged Tartust ja Tallinnast ning Eesti NSV territooriumi kagu-rajoonidest. Vähemal arvul saabus haigeid saartelt ning mereäärsetest rajoonidest.

Struumasse haigestumist täheldati mitte üksnes kohalikel elanikel, vaid ka siia ümberasunuil, kes elasid varem territooriumil, kus endeemilist haigestumist struumasse ei esine.

9. Rõhuval enamikul juhtudest oli kilpnäärme koe vohamine esmaseks ja juhtivaks organismi haigestumise sümptomiks. Hüpertüreoosi nähud aga tulid haigeil esile pärast kilpnäärme hüpertrofeerumist ja ei esinenud alati. Hüpertüreoosi nähud ei olnud seoses struuma suurusega ega haiguse kestusega.

10. Struuma hüpertüreooidsed seisundid põhjustasid kergekujulist kuni raskekujulist türeotoksikoosi. Türeotoksikoos esines sel puhul sekundaarsena. Nii nais- kui ka meeshaigetel esines ta kõigis vanuserühmades, peamiselt aga 20—40 eluaastani. Türeotoksikoosi sümptoomidest olid juhtivaiks: subfebriilsus, lihaste nõrkus, kardiovaskulaarsed häired, süvenev väsimus, töövõimeetus, neurootilised seisundid.

11. Eesti NSV territooriumil on levinud kindlat vormi isepärase kuluga struumahaigus. Raskendavaks teguriks selle haiguse puhul ei ole mitte struuma suurus, vaid sekundaarse türeotoksikoosi esinemine enamikul juhtudest.

12. Oma leviku iseloomult, kliiniliselt kulult ja morfoloogiliselt struktuurilt (peamiselt kolloidne struuma) on struumahaigusel Eesti NSV territooriumil sarnasus selle struumahaigusega, mida esineb endeemilistes kolletes tasandikel.

13. Struumahaiguse etio-patogeneesi Eesti NSV-s pole veel küllaldaselt uuritud. Mõningate andmete kohaselt 1930.—1939. aastaist, vastab joodi sisaldus mõnede vabariigi rajoonide toiduainetes vajalikele normidele. Need tähelepanekud vajavad kinnitust suurema ning mitmetest rajoonidest kogutud materjali

alusel. Seejuures tuleb joodi sisaldust uurida nende maakohtade kogu biosfääris (pinnases, õhus, joogivees, toidus).

Veel ei ole uuritud ka rida teisi alalise iseloomuga etioloogilisi välistegureid, mis võivad põhjustada struumahaiguse arenemist.

14. Profülaktika seisukohalt väärib tähelepanu esmajärjekorras eütüreoidne kilpnäärme koe vohamine kõigis struumata suuruseastmes, sest kahtlemata on sellega seoses sekundaarse türeotoksikoosi avaldumine.

15. Eespool esitatu põhjal on alust läbi viia teatava elanike rühma profülaktilise jodeerimise katse mõningais vabariigi rajoonides.

16. Struumahaiguse kui ka tema kulgu raskendava türeotoksikoosi profülaktikas tuleb tõsiselt tähelepanu osutada veevarustusele, krooniliste infektsioonide ja intoksikatsioonide ning nugilistõve ja krooniliste seedetrakti haiguste vältimisele. Eriti väärib tähelepanu suuõõne saneerimine ja infektsioonikollete likvideerimine.

17. Meie kogemused näitavad, et türeotoksikoos struumahaiguse puhul ja selle retsidiivid pärast kirurgilist ravi on sageli tingitud ülemäärasest insolatsioonist, füüsilisest ja vaimsest ülepingutusest ja toitumisrežiimi häiretest. Liigne lihatoitude tarvitamine avaldas sageli ebasoodsat mõju türeotoksikoosi ravimisele.

18. Struumahaigusele kaasuvatest haigustest moodustasid aktiivse kopsutuberkuloosi kui ka reumatismi juhud tähtsusetu arvu, kuigi on teada, et nimetatud haigustele sageli kaasuvad mööduvad hüpertüreoosi ja kilpnäärme hüpertroofia seisundid.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Таллин, 24—25 декабря 1954 г.

О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА

А. ИОА — ХИИЕ
Из Тартуского Госуниверситета

1. Лечение облитерирующего эндартериита, как заболевания с нарушениями трофических функций нервной системы, должно быть комплексное и индивидуальное.

2. При выборе лечебных методов облитерирующего эндартериита следует исходить из щадящего и восстанавливающего действия на центральную нервную систему, способствующего нормализации физиологических функций организма.

3. Тяжелый прогноз облитерирующего эндартериита и его длительное течение ставят вопрос о необходимости длительного наблюдения за больными, их диспансеризации, чтобы иметь возможность следить за течением болезни и проводить своевременное систематическое лечение.

О ЧАСТОТЕ ГНОЙНИКОВ ЛЕГКИХ, ИХ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ И РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1946—1953 гг.

Х. В. ВАДИ
Из Тартуской Республиканской клинической больницы

1. На основании данных терапевтического отделения Тартуской Республиканской клинической больницы гнойники легкого чаще всего встречаются после крупозной пневмонии.

2. Необходимо больше обращать внимание на профилактику гнойников легких, обеспечивая раннее выявление пневмоний и целесообразное лечение, делая больший упор на щадящий режим в периоде реконвалесценции пневмонии, обеспечивая больным достаточно длительный отдых для восстановления защитной силы организма.

3. В диагностике гнойников легких следует обращать больше внимания на комплексное исследование, при этом, в частности, на обнаружение эластических волокон и элементов актиномикоза в мокроте, на бронхографическое и бронхоскопиче-

ское исследования, наблюдение за изменениями функции печени и кардиоваскулярной системы (барабанные пальцы).

4. Изменения периферической крови сильно выражены при острых легочных гнойниках, при чем характерным является повышенный лейкоцитоз или гиперлейкоцитоз за счет нейтрофилов, увеличение числа палочкоядерных до 12—20%, релятивная лимфопения и относительное уменьшение числа моноцитов, а также анэозинофилия или уменьшение процента эозинофилов. РОЭ обыкновенно ускорено — от 30 до 70 мм в час.

Со стороны красной крови наблюдается гипохромная анемия. При улучшении болезненного процесса от консервативного лечения поднимается процент гемоглобина и увеличивается число эритроцитов, падает лейкоцитоз и РОЭ, растет относительное число лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов.

Наблюдая изменения крови у больного с гнойником легкого оказывается возможным выяснить течение болезни и прогноз.

5. Из консервативных методов лечения активнейшим является комбинированная местная и общая пенициллинотерапия одновременно с сульфонамидотерапией, которая при острых гнойниках легких дает выздоровление почти в 100%, является профилактическим методом против хронических гнойников легких и обеспечивает положительные результаты при лечении гнойников легких.

6. В комплексной терапии следует больше внимания обращать на повторные переливания крови и улучшение условий эвакуации гноя.

7. При лечении хронических гнойников легких консервативное лечение не обеспечивает полного выздоровления. Хирургическое лечение остается в настоящее время единственным радикальным методом.

8. В случаях хронических гнойников легких, не подвергавшихся оперативному лечению, необходимо повторно проводить комбинированную пенициллинотерапию, чтобы предотвратить активизацию хронического процесса.

К ВОПРОСУ О ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Н. В. ЭЛЬШТЕЙН

Из Кохтла-Ярвской городской больницы Эстонской ССР

1. Форма кровоточивости, известная в медицинской практике как «болезнь Рандю-Ослера», описана во второй половине XIX столетия.

Эстонский врач А. Аррак впервые в отечественной литературе описал это заболевание (1925 г.), которое правильнее называть геморрагическая телеангиэктатическая болезнь, так как при этом подчеркивается, что это заболевание всего организма, ведущим признаком которого являются кровотечения телеангиэктазии.

2. Геморрагическая телеангиэктатическая болезнь — результат поражения всей сосудистой системы организма. В пользу этого взгляда говорит частое сочетание этого заболевания с легочными артериовенозными аневризмами и описанные случаи кровотечения из дыхательных, мочеполовых путей, желудочно-кишечного тракта, кожи пальцев рук. При гистологическом исследовании кожи и пораженных слизистых видны множественные неправильной формы сосуды, стенка которых истончена и состоит из одного эндотелия. Четко видна дегенерация всего мезенхимального аппарата кожи.

3. Основные признаки болезни: наличие множественных мелких ангиом и телеангиэктазий, обуславливающих кровоточивость и наследственно-врожденный семейный характер заболевания. Телеангиэктазии располагаются на слизистых и непокрытых участках тела. Кровоточивость (чаще из носа) приводит к анемии. Других изменений в крови нет. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается.

4. Радикальных методов лечения болезни Рандю-Ослера нет. Кровотечения нередко приостанавливаются от введения хлористого кальция, желатины; при обильных носовых кровотечениях показаны холод на переносицу, тампонада носа. Необходимо лечить малокровие. Наиболее длительные ремиссии наблюдались (по литературным данным) после переливания крови. Возможно, более обнадеживающие результаты дает применение рутина.

5. Мы наблюдали в одной семье три случая геморрагической телеангиэктатической болезни. Особенности наших наблюдений: больной Р-ч, 61 года, скончался в результате непрекращающихся массивных носовых кровотечений. У внуки больного Р-ч, С-н Сирии, в возрасте 11 лет наблюдались телеангиэктазии — по опубликованным работам последние появляются только к 20—30 годам. Третий случай — типичный.

6. Врачам всех специальностей, особенно терапевтам и оториноларингологам, к которым обычно обращаются эти больные, необходимо знать сущность этого заболевания, которое, повидимому, чаще встречается, чем диагностируется.

О ЗАГРЯЗНЕНИИ ВОЗДУХА НЕКОТОРЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ СЛАНЦЕВОГО БАССЕЙНА ЭССР ПЫЛЬЮ ГОРЮЧЕГО СЛАНЦА И СЛАНЦЕВОЙ ЗОЛЫ

Х. Я. ЯНЕС

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

В свете решений XIX съезда партии, предусматривающих дальнейшее бурное развитие сланцевой промышленности, особое значение приобретают вопросы гигиены труда и охраны здоровья рабочих сланцевого бассейна Эстонской ССР.

Среди других неблагоприятных факторов, характеризующих условия труда рабочих при добыче и переработке сланца, серьезное гигиеническое значение имеет пылевой фактор, так как сланцевая пыль является небезразличной для здоровья рабочих. Научными сотрудниками Института экспериментальной и клинической медицины С. М. Зальцманом клинико-рентгенологически и В. А. Кюнг и Т. В. Полозовой морфологически установлено развитие силикотических изменений в легких у рабочих сланцевого бассейна Эстонской ССР под влиянием длительного вдыхания пыли горючих сланцев.

Сланцевая пыль характеризуется высокой дисперсностью и умеренным содержанием SiO_2 (общая SiO_2 9—26%, свободная SiO_2 8,5%).

Рабочие подземных выработок в лавах подвергаются воздействию сланцевой пыли в небольших концентрациях, что объясняется влажностью сланца (до 18%) и относительной влажностью воздуха (96—98%). Повышенные концентрации сланцевой пыли были обнаружены в забоях и при перегрузке сланца у головки ленточного транспорта и у опрокида. Очень высокие концентрации сланцевой пыли были получены на поверхности шахты при процессах грохочения, дробления и транспортировке сланца.

При переработке сланца в газогенераторах воздушная среда рабочих помещений характеризуется значительной запыленностью как сланцевой, так и зольной пылью. Основными источниками образования сланцевой пыли являются процессы выгрузки, транспортировки, сортировки, и загрузки сланца. Зольная же пыль в основном образуется при шуровке газогенераторов, чистке кольцевых каналов и на золоудалении.

При переработке сланца в камерных печах значительное количество сланцевой пыли образуется при тех же процессах, а зольная пыль в больших количествах выделяется на экстракторной площадке и на тракте золоудаления.

Борьба с пылью в сланцедобывающей промышленности

должна идти, прежде всего, по линии механизации трудоемких работ и герметизации оборудования с устройством местных отсосов пыли.

Борьба с пылью в сланцеперерабатывающей промышленности должна идти по линии усовершенствования технологического процесса, строгого соблюдения нормального технологического режима, механизации и герметизации процессов, сопровождающихся образованием пыли, а также по линии оборудования рациональной вентиляции.

О ПНЕВМОКОНИОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЛЕГКИХ У РАБОЧИХ СЛАНЦЕВОГО БАСЕЙНА ЭСТОНСКОЙ ССР

В. А. КЮНГ

канд. мед. наук

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. В связи с бурным развитием сланцевой промышленности в Эстонской ССР стал актуальным вопрос о влиянии сланцевой пыли на организм человека. Вопрос о развитии пневмокониотических изменений у рабочих от действия сланцевой пыли до последнего времени гистологически не изучен.

2. Морфологические исследования, проведенные на трупном материале, установили наличие силикотического фиброза легких и бронхиальных лимфатических узлов под влиянием пыли горючих сланцев у рабочих с длительным стажем работы.

3. Силикотический пневмосклероз развивается медленно и носит умеренный характер даже у рабочих с длительным стажем работы со сланцевой пылью. Пролиферативная реакция и фиброз паренхимы легких у рабочих, соприкасающихся со сланцевой пылью выражены сравнительно слабо. На нашем материале не удалось найти типичных силикотических узелков в легких. Как правило, у рабочих со стажем работы более 8—10 лет в легких наблюдается картина нерезко выраженного диффузного фиброза. Наряду с этим наблюдаются в незначительном количестве образования, сходные с узелками, но они имеют атипичную и смазанную форму. В легких преобладают явления огрубения, неравномерного утолщения межальвеолярных перегородок и периваскулярных и перибронхиальных прослоек соединительной ткани. У рабочих со стажем работы не более 3 лет обнаруживаются лишь слабо выраженные неравномерные утолщения межальвеолярных перегородок за счет пролиферативной реакции.

4. Единичные или множественные типичные силикотические узелки были обнаружены в лимфатических узлах ворот легких.

В известной степени характерным своеобразием сланцевого пневмокониоза является наличие многочисленных и типичных для силикоза узелков в лимфатических узлах ворот легких при умеренно выраженном фиброзе диффузного типа с незначительными атипичными узелками в самой ткани легких.

5. Обнаруженные изменения в легких являются достаточным основанием для того, чтобы признать актуальной проблему силикоза и для сланцевой промышленности.

Сланцевую промышленность следует признать той отраслью народного хозяйства, в которой борьба с производственной пылью является необходимой.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ПАРОВ СЛАНЦЕВОГО БЕНЗИНА

И. Л. КРЫНСКАЯ

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

Выявление биохимических сдвигов, происходящих в организме под влиянием сланцевого бензина, может способствовать своевременной диагностике хронической интоксикации, указать пути для терапии и профилактики отравлений.

С целью обнаружения биохимических изменений и возможных поражений печени ставились опыты на кроликах, длительно (6 месяцев) подвергавшихся по 4 часа в день отравлению парами сланцевого газового бензина в концентрации 3 мг/л.

Производились следующие исследования: вес и температура тела, объем эритроцитов, количество гемоглобина, общих белков крови, альбуминов, глобулинов, гамма-глобулинов сыворотки, протромбиновое время; в моче определялось количество общих и свободных сульфатов и фенолов. Результаты сравнивались с данными наблюдений и анализов, произведенных у контрольной группы животных, находящихся в тех же условиях, но не подвергавшихся отравлению.

Установлено, что при длительном отравлении кроликов малыми концентрациями сланцевого бензина наблюдается:

- а) заметное отставание в приросте веса,
- б) увеличение грубодисперсной фракции белков крови — гамма-глобулинов,
- в) значительное нарастание количества общих фенолов в моче за счет свободной их части,
- г) снижение по мере затравок количества фенолов, связанных с серной кислотой.

Объем эритроцитов, количество гемоглобина, альбуминов и их соотношение, протромбиновое время под влиянием применявшихся малых доз бензина не изменились.

Полученные изменения позволяют предположить снижение функциональной способности печени, проявившееся в эксперименте в виде небольшого нарушения белково-регуляторной функции ее и понижения антитоксической функции в некоторых ее звеньях. Проявлением интоксикации является отставание в весе подопытных животных.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВРЕДНОГО ДЕЙСТВИЯ СЛАНЦЕВЫХ МАСЕЛ КОХТЛА-ЯРВЕ НА ОРГАНИЗМ ПОДОПЫТНЫХ ЖИВОТНЫХ

Л. П. НУРМАНД

доцент, канд. мед. наук

Х. Т. ВАХТЕР

канд. мед. наук

Л. А. КАЛЬЯС

Из Тартуского Государственного Университета

1. Аппликация сланцевых продуктов (генераторное среднее и тяжелое масло, а также камерная смола) на кожу подопытных животных вызывает нарушение их общего состояния, патологические изменения в смазанной коже и во внутренних органах.

2. Все три испытанных сланцепродукта проявили бластоогенное действие на кожу кроликов и белых мышей.

3. Явно канцерогенное действие имела камерная смола на белых мышей.

4. Загрязнение сланцепродуктами кожи рабочих сланцеперерабатывающих комбинатов вызывает появление профдерматозов (пиодермия, экзема, дерматит).

5. Выявление профдерматозов у рабочих сланцевого производства, а также вред, принесенный организму подопытных животных при аппликации на их кожу сланцевых масел, указывают на необходимость усиления мер профилактики для рабочих, соприкасающихся с этими веществами.

САНИТАРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОЧНЫХ ВОД СЛАНЦЕХИМИЧЕСКОГО КОМБИНАТА «КИВИЫЛИ»

И. А. ЮРГЕНСОН

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. В связи с быстрым ростом сланцеперерабатывающей промышленности все больше возрастает количество сточных вод, сбрасываемых в водоемы. Эти сточные воды содержат целый

ряд ядовитых химических веществ, которые, попадая в естественные водоемы, загрязняют их и делают непригодными для хозяйственного использования.

2. Для выяснения санитарной характеристики сточных вод и оценки их вредного действия на водоемы и источники водоснабжения были изучены некоторые физико-химические свойства сточных вод и вод естественных водоемов, исследовано токсическое действие сточных вод на некоторых водных организмах и произведены физико-химические анализы воды источников водоснабжения в районе сброса сточных вод в естественные водоемы.

3. Сточные воды комбината «Кивиыли» характеризуются значительным содержанием летучих и нелетучих фенолов, кетонов, высокой окисляемостью, а также высокими показателями биохимической потребности кислорода. Сточные воды имеют резкий запах сланцевых масел и бензина, который исчезает только в очень больших разведениях, желтовато-розовый или коричневый цвет. Сточные воды обычно непрозрачные.

4. Естественные водоемы (реки Эрра и Пуртсе), в которые сбрасывают сточные воды сланцеперерабатывающие комбинаты, весьма загрязнены фенолами, кетонами, сланцевыми смолами и другими химическими веществами. Вода этих водоемов по своим физико-химическим показателям является непригодной для хозяйственных целей.

5. Большинство местных источников водоснабжения (колодцев) в районе комбината «Кивиыли» и рек Эрра и Пуртсе оказались сильно загрязненными сточными водами сланцевой промышленности. Проведенные анализы показали значительное содержание в воде колодцев фенолов, наличие в ней запаха и привкуса сланцевого бензина. В отдельных колодцах были обнаружены масляные пленки с резким запахом бензина.

6. Опыты по изучению токсического действия сточных вод, проведенные на рыбах, дафниях и водных растениях, показали различные пределы их выживаемости в зависимости от содержания в сточных водах фенолов. Самыми чувствительными оказались рыбы (караси и карпы), предел выживаемости которых находится при содержании фенолов в воде в количествах 1,5—7,5 мг/л. Предел выживаемости для дафний лежит между 7,5—15 мг/л фенола, а для водорослей 92—115 мг/л.

В целях улучшения санитарного состояния водоемов и источников водоснабжения в сланцевом бассейне необходимо принять целый ряд мер:

- а) прекратить спуск сточных вод комбината «Кивиыли» без предварительной очистки в естественные водоемы;
- б) обеспечить очистку сточных вод комбината «Кивиыли»

перед спуском их в водоемы путем устройства смолотовушек, цеха дефеноляции и биофильтров;

в) оборудовать во всех населенных пунктах сланцевого бассейна центральное водоснабжение с использованием подземных водоисточников;

г) в целях выяснения мощности подземного водоисточника и качества воды произвести соответствующие исследования;

д) обеспечить систематический лабораторный контроль за качеством питьевой воды в колодцах сланцевого бассейна со стороны санитарно-эпидемиологической станции.

РЕАКЦИЯ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА НА ПОДКОЖНОЕ ВВЕДЕНИЕ ОЧЕНЬ БОЛЬШИХ ДОЗ ВАКЦИНЫ БЦЖ

А. М. ВАРЕС

Из Таллинской Республиканской Больницы

Противотуберкулезная вакцинация получила всеобщее признание в Советском Союзе и стала одним из решающих факторов профилактики туберкулеза.

Содружественной работой советских микробиологов и педиатров была доказана непатогенность штамма БЦЖ и его иммунизирующие свойства как в эксперименте на животных, так и на основании изучения результатов массовых прививок среди детей и подростков.

Научная мысль продолжает работать над совершенствованием методов вакцинации и изыскания новых противотуберкулезных вакцин.

В настоящей работе проведено обобщение данных клинического наблюдения за группой детей (41 человек), получавших ошибочно подкожно по 10 мг чистой культуры вакцины БЦЖ. Аналогичные наблюдения на другом материале проведены старшим научным сотрудником Института туберкулеза АМН СССР К. П. Беркос.

На основании глубокого клинического анализа было доказано, что все дети, получившие подкожно массивную дозу вакцины БЦЖ, дали выраженную общую и местную реакцию с характерной клинической картиной.

Уже на 2-й день после инъекции у многих детей отмечалось повышение температуры до 38°. В последующем температура повышалась периодически до субфебрильных цифр.

Появившийся на 2-й день инфильтрат на месте инъекции продолжал увеличиваться и достигал через месяц в отдельных случаях до 60 см² по площади.

Почти во всех случаях дело доходило до некроза в центре инфильтрата с образованием свищей и долго незаживающих язв. Параллельно с этим отмечалась воспалительная реакция со стороны регионарных лимфатических желез и умеренная гиперплазия всего лимфатического аппарата.

У всех детей отмечался вираж туберкулиновой реакции, титр которой достигал очень высоких степеней. Изменения со стороны крови сводились к прогрессирующей лейкопении, выраженной эозинофилии, монопении, повышению РОЭ и свидетельствовали о выраженной аллергической настроенности организма и оглушенности функции ретикулоэндотелиальной системы.

Ни в одном из случаев не отмечено обострения или развития туберкулезного процесса в организме.

Из приведенных наблюдений вытекает, что даже большие дозы вакцины БЦЖ не способны вызвать заболевания туберкулезом или даже заметно активизировать имеющуюся в организме туберкулезную инфекцию.

Наряду с этим доказано токсическое воздействие массивных доз вакцины БЦЖ на организм ребенка при подкожном их введении.

О СВЯЗИ ПОСТТРАНСФУЗИОННЫХ РЕАКЦИЙ С УРОВНЕМ АЛЛЕРГИИ К ТУБЕРКУЛИНУ

В. А. ФРАДКИН

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в деле использования консервированной донорской крови и объяснения механизма ее действия, вопрос возникновения посттрансфузионных реакций изучен еще недостаточно.

2. Учитывая ведущую роль реактивности организма реципиента в возникновении этих реакций, было предпринято исследование, целью которого являлось изучение связи между посттрансфузионными реакциями и степенью чувствительности организма к туберкулину.

Мы полагали, что в случае обнаружения определенной зависимости между этими двумя факторами, ее можно было бы использовать в качестве одного из критериев, с помощью которого, в необходимых случаях, оказалось бы возможным предугадать возникновение реакции при переливании крови.

3. На основании учета посттрансфузионных реакций и параллельного изучения высоты туберкулинового титра у 120

нетуберкулезных больных, которым переливалась одногруппная консервированная кровь, были сделаны следующие выводы:

а) у реципиентов с повышенной чувствительностью к туберкулину при переливании им 250 см^3 крови посттрансфузионные реакции наблюдаются чаще и выражены сильнее, чем у лиц с низкой или нейтральной чувствительностью к туберкулину;

б) при переливании крови в объеме 125 см^3 реакции даже при высоком уровне аллергии к туберкулину наблюдаются сравнительно редко и выражены слабее;

в) повторные переливания крови в начальном объеме (250 или 125 см^3) при высоком туберкулиновом титре обычно не вызывают посттрансфузионных реакций;

г) в тех случаях, когда появление посттрансфузионной реакции может оказать неблагоприятное действие на организм больного, следует считать целесообразным определение у реципиента высоты туберкулинового титра. Если чувствительность к туберкулину окажется высокой, уместно для первого переливания крови использовать дозу в 125 см^3 , а затем при повторных гемотрансфузиях, довести ее до требуемой величины.

ПСИХОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

С. Д. КОППЕЛЬ

Из Тарвастуской психоневрологической больницы Эстонской ССР

1. Легочный туберкулез вызывает нарушения высшей нервной деятельности: а) путем непосредственного воздействия на нервную деятельность туберкулезного токсина и продуктов тканевого распада, б) посредством нарушения кортикопультмональных рефлексов и интерорецепции, в) вследствие нарушения трудоспособности и социально-бытового положения больного («психогенно»). При клинической оценке состояния больного указанные факторы нельзя рассматривать изолированно.

2. Важное место в патогенезе и патофизиологии нарушений имеют свойства нервной системы. Наличие и тяжесть психических нарушений зависят от условий окружающей среды.

3. Нарушения высшей нервной деятельности клинически могут проявляться в психических изменениях. Психические изменения были в исследованном материале обнаружены более чем у 70% больных острыми формами легочного туберкулеза

и у 25% больных легочным туберкулезом в хронической стадии. Наличие и тяжесть психических нарушений не зависят ни от тяжести других симптомов заболевания, ни от выраженности туберкулезной интоксикации.

4. Специфической для легочного туберкулеза психики не существует. Те же психические нарушения могут возникать при воздействии и других поражающих и ослабляющих нервную систему экзогенных факторов. Легочный туберкулез крайне редко непосредственно вызывает психозы; вопрос о специфических туберкулезных психозах еще не решен.

5. Важнейшими психопатологическими синдромами при легочном туберкулезе являются: а) депрессивное состояние, б) гипохондрический синдром, в) астенический синдром, г) гиперстенический синдром, д) синдром слабости раздражения, е) «туберкулезная легкомысленность». В большинстве случаев указанные синдромы слабо выражены и не требуют специального психиатрического лечения.

6. Астенический, гиперстенический и синдром слабости раздражения могут рассматриваться, как различные стадии одного синдрома (неврастения по И. П. Павлову). «Туберкулезная легкомысленность» — это гиперстенический синдром с наложением ряда реактивных, психогенных образований.

7. Наличие длительных и выраженных психических нарушений часто говорит о неблагоприятном прогнозе основного заболевания. Это особенно относится к депрессивному и гипохондрическому синдрому, которые наблюдаются почти как правило после того, как диагноз становится известным больному. Правильное психотерапевтическое поведение может смягчить или полностью устранить эти синдромы, что в значительной степени способствует выздоровлению туберкулезного больного.

8. Гиперстенический синдром встречается преимущественно в начальных стадиях заболевания (зачастую до диагностирования туберкулеза), также в стадии выздоровления. В случаях, когда синдром не распознается (больные, как правило, не замечают своей гиперстении), возможно переутомление организма перенапряжением в работе и ухудшение легочного процесса.

9. Астенический и гиперстенический синдром часто встречаются при инфильтративных формах, синдром раздражительной слабости и синдром «туберкулезной легкомысленности» — при хронической гематогенной и фиброкавернозной формах легочного туберкулеза.

10. Лечение психических изменений возможно при помощи психотерапии, трудотерапии (по возможности профессиональной работы), и фармакотерапии (бром и кофеин в индивидуализированных дозах).

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ В ОРГАНИЗМЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРЕПАРАТА ИЗ ГРУППЫ ТИОСЕМИКАРБАЗОНОВ

Э. П. ВАГАНЕ и Х. К. НОРМАН

канд. фарм. наук

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

Изучалось распределение в организме морских свинок противотуберкулезного препарата из группы тиосемикарбазонов.— карбазона 101, синтезированного на Таллинском Фармацевтическом заводе. Для этого препарат был помечен радиоактивным изотопом серы (S^{35}) и концентрация его, в исследуемых тканях и жидкостях, определялась по радиоактивности.

В результате работы было выявлено следующее:

1. При введении внутрь здоровым и больным туберкулезом морским свинкам радиоактивного карбазона происходит быстрое всасывание либо нерасщепленной молекулы карбазона либо продуктов его распада, так как уже через 1 час кровь обладала значительной радиоактивностью. Максимальная концентрация в крови наблюдалась в первые сутки, затем она постепенно снижалась, достигая к концу третьих суток незначительных размеров. Радиоактивность крови полностью исчезла к концу 4—11 суток.

2. После введения внутрь здоровым и больным туберкулезом морским свинкам радиоактивного карбазона выделение радиоактивности длилось от 4-х до 11 суток. При этом большая часть карбазона вообще не всасывалась и выделялась с калом, а меньшая часть всасывалась и в основном выделялась в течение первых трех суток с мочой (при дозе 150 мг/кг с мочой выделялось 10—20%), а также с желчью через кишечник (желчь обладала значительной радиоактивностью).

3. Всосавшийся из желудочно-кишечного тракта карбазон (или продукты его распада), попав в общий кровоток, диффундирует из крови в ткани почек, печени, легких, селезенки и других органов, но в последних не накапливается (радиоактивность крови была всегда выше радиоактивности названных органов). В ткани головного и спинного мозга карбазон диффундирует лишь незначительно.

О ЛЕЧЕНИИ СКРОФУЛЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ СТРЕПТОМИЦИНОМ

В. А. САВИ и Ы. М. МАНДЕЛЬ
доцент, канд. мед. наук
Из Тартуского Госуниверситета

1. Стрептомицин является эффективным средством при лечении всех форм скрофулеза глаз.

2. В легких и средней тяжести случаях скрофулеза глаз достаточно применение раствора стрептомицина в виде глазных капель.

3. В более тяжелых случаях скрофулеза глаз необходимо комбинировать закапывание стрептомицина с ионофорезом или с внутримышечными инъекциями.

4. Для определения общего состояния и общего лечения больных скрофулезом глаз (внутримышечные инъекции стрептомицина и т. д.) необходимо тесное сотрудничество со фтизиатром.

5. При скрофулезе глаз надо иметь в виду возможность вторичной инфекции и в этих случаях необходимо комбинировать стрептомицин с пенициллином.

ЭТИОЛОГИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ОСТРОГО ВИРУСНОГО МЕНИНГИТА В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. И. РАУДАМ
доцент, канд. мед. наук
Из Тартуского Госуниверситета

1. На территории Эстонской ССР наблюдаются случаи заболевания острым вирусным менингитом, этиологическими факторами которого являются вирус полиомиелита, вирус Коксеки, вирус весенне-летнего энцефалита и неизвестные нам вирусы острого серозного менингита.

2. Менингеальная форма полиомиелита встречается на всей территории ЭССР, особенно в городах и преимущественно в весенние и осенне-летние месяцы. Чаще всего заболевают дети от 0—10 летнего возраста. С менингеальной формой клещевого энцефалита необходимо считаться в восточной территории ЭССР, в весенне-летние месяцы (с мая до августа). Эпидемический вирусный менингит, этиологическим фактором которого являются вирусы Коксеки, встречается на нашей территории вспышками, особенно в летние месяцы. Случаи заболевания спорадическим вирусным менингитом неизвестной этиологии встречаются во все времена года.

3. Летом 1953 г. в ЭССР наблюдались эпидемические вспышки вирусного менингита. Вероятным источником первичной вспышки были грызуны, от которых инфекция распространилась на человека, дальнейшее распространение шло контактным путем (капельная инфекция, инфицирование через желудочно-кишечный тракт). Инкубационный период эпидемического вирусного менингита в среднем одна неделя. На основе клинических и эпидемиологических данных, исключив с помощью серологических реакций болезнь Армстронга, можно было считать возбудителями этого острого вирусного менингита вирусы Коксеки, из группы А и Б. На территории СССР до настоящего времени не наблюдались вспышки Коксеки.

4. Эпидемический вирусный менингит можно разделить на следующие клинические формы: а) менингеальная форма с однофазным или двухфазным течением; б) радикулоневралгическая и миалгическая форма; в) abortивная форма с однофазным или двухфазным течением.

При эпидемическом вирусном менингите мы имеем дело с вирусной инфекцией всего организма, которая распространяется в организме гематогенным путем и вызывает, прежде всего, функциональные кортикальные расстройства с преобладанием охранительного торможения или возбуждения, за которым следуют нарушения динамики спинномозговой жидкости в виде гипертензии или гипотензии, вызывающие менингеальные явления. Цитопатологические изменения спинномозговой жидкости появляются позже и видимо имеют меньшее значение в возникновении менингеальных явлений. Очень типичными являются боли в спине и в груди.

5. На основе клинической симптоматиологии мы считаем возможным дифференцировать отдельные формы вирусного менингита по этиологическому принципу. Это имеет практическое значение при назначении этиологического лечения и при дифференциальном диагнозе вирусных менингитов от туберкулезного менингита.

6. Для менингеальной формы полиомиелита типичными симптомами являются повышение температуры тела, ригидность затылка и боли в затылке, сильные боли в нижних конечностях и в пояснично-крестцовой области, сильная общая слабость. При менингеальной форме весенне-летнего энцефалита отмечаются двухфазное повышение температуры тела, общие головные боли, боли в верхних конечностях и кратковременная слабость в проксимальных частях верхних конечностей, тремор и отклонение языка от средней линии, менингеальные симптомы, выраженные в средней степени.

ДЕЙСТВИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СИНТОМИЦИНА И СТРЕПТОМИЦИНА НА НОРМАЛЬНУЮ ФЛОРУ КИШЕЧНИКА

К. А. АХУНДОВА
канд. биол. наук
Из Таллинского Института
эпидемиологии, микробиологии
и гигиены

В. А. ФРАДКИН
Из Института экспериментальной
и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. В последнее время советскими учеными разработан и предложен новый метод лечения дизентерии, включающий в себя, как одну из составных частей, одновременное применение синтомицина и стрептомицина по определенной схеме. При этом методе местный saniрующий эффект ожидается только от этих антибиотиков, вводящихся энтерально.

Целью данной работы и являлось — установить в эксперименте степень возможной эффективности применяемых доз и схемы введения указанных антибиотиков по созданию ими антибактериально-активных концентраций в кишечнике подопытных животных и по снижению там количества бактерий нормальной микрофлоры, чувствительных к данным концентрациям препаратов.

2. Работа была проведена на трех группах белых мышей (по 10 мышей в группе), получавших или синтомицин и стрептомицин одновременно или каждый из этих антибиотиков в отдельности.

Изучение концентрации препарата в фекалиях и количественных изменений там нормальной микрофлоры проводилось в динамике на протяжении всего курса введения антибиотиков, предусмотренного изучаемой схемой. Таким образом каждая группа мышей (включая и предварительное и заключительное изучение микрофлоры фекалий) наблюдалась и исследовалась в продолжение 36 дней.

3. В результате проведенных исследований было установлено, что:

а) Антибактериальное действие одного синтомицина в отношении бактерий, высеваемых из фекалий, крайне незначительно, так как употребляемые дозы не создают в кишечнике достаточно высоких концентраций этого препарата.

б) При энтеральном введении одного стрептомицина происходит заметное снижение количества бактерий в фекалиях экспериментальных животных, причем этому снижению сопутствуют и высокие концентрации данного антибиотика в фекалиях.

в) Одновременное введение синтомицина и стрептомицина не имеет заметных преимуществ в отношении снижения количе-

ства бактерий в фекалиях по сравнению с введением одного стрептомицина.

г) Количество бактерий в фекалиях уменьшается не более чем в 100—1000 раз по сравнению с исходным уровнем, как при введении одного стрептомицина, так и при введении обоих антибиотиков одновременно.

д) В перерывах между циклами введения концентрация антибиотиков в фекалиях быстро снижается до нуля и одновременно там резко возрастает количество бактерий. Последнее несомненно снижает эффект следующего цикла введения.

е) Наибольшее снижение количества чувствительных к данным антибиотикам бактерий (кишечных палочек) достигается уже к концу второго цикла введения. В третьем цикле (после перерыва) или достигается почти тот же уровень, что и во втором цикле введения, или даже количество бактерий остается на более высоком уровне.

4. Полученные данные позволяют признать, что изучавшаяся схема энтерального циклического применения антибиотиков недостаточно эффективна для местного антибактериального воздействия и нуждается в дополнениях и изменениях.

Уже на основании проведенной работы можно предложить некоторые варианты схем применения синтомицина и стрептомицина (конечно, пока только в порядке изучения их эффективности):

а) при отсутствии клинически выраженного заболевания, и наличия стойкого выделения возбудителя дизентерии, целесообразнее проводить санацию кишечника одним стрептомицином;

б) рациональным является удлинение второго цикла введения синтомицина и стрептомицина на 2 или 3 дня и отмена третьего цикла их введения;

в) между первым и вторым циклами введения синтомицина и стрептомицина, а также после второго цикла можно рекомендовать, как нами уже было предложено, энтеральное применение другого местно действующего препарата, например гриземина или биомицина.

ФАГОТИПАЖ ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ

Р. Н. РЮМИНСКАЯ

Из Таллинского Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены

1. Фаготипаж, как метод познания бактериальной клетки, открывает пути к изучению изменчивости внутри одного вида бактерий и имеет большое теоретическое и практическое значение.

2. Метод фаготипажа, широко разработанный в отношении брюшнотифозных и паратифозных «В» бактерий нашел широкое применение. Многочисленными опытами установлено его большое эпидемиологическое и диагностическое значение. Фаготипаж дизентерийных бактерий в литературе не освещен.

3. Наши экспериментальные данные подтвердили имеющиеся в литературе сообщения (Корсакова и Забродина, 1950), что бактерии Зонне характеризуются целым рядом особенностей в отношении к бактериофагу, связанных с диссоциацией. Эти особенности проявляются в: а) различной легкости выделения активных бактериофагов к отдельным диссоциантам, б) различии свойств полученных бактериофагов и в) различной степени чувствительности отдельных вариантов к бактериофагам S и R.

4. Полученные результаты показали необходимость использования для разработки метода фаготипажа свежевыделенных бактерий Зонне, находящихся в диссоциирующей S форме.

5. Бактерии Зонне в отношении к бактериофагам отличаются выраженной штаммовой специфичностью, которая является отличительной чертой этих бактерий, не встречается в такой мере у других видов дизентерийных бактерий и является основой для дифференциации на отдельные фаготипы.

6. Свежевыделенные бактерии Зонне по отношению к бактериофагам, полученным методом пассирования в жидкой среде и двуслойным методом (так называемые «чистые линии»), могут быть разделены на четыре фаготипа.

7. Серологический анализ бактерий Зонне, принадлежащих к различным фаготипам, не выявил разницы в структуре основных антигенов.

8. Метод фаготипажа дизентерийных бактерий Зонне является единственным методом дифференциации, позволяющим более детально изучить динамику дизентерии этого вида.

9. Дизентерийные бактерии Флекснера различных серологических типов характеризуются определенным отношением к бактериофагу, показывающим существование корреляции между антигенной структурой бактерий и фагочувствительностью.

10. Дизентерийные бактерии Ньюкестль не лизируются фагами других видов дизентерийных бактерий. Применение монофагов Ньюкестль может оказать существенную помощь в диагностике при условии предварительной проверки их специфичности.

РЕКТОРОМАНОСКОПИЯ КАК ПОДСОБНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

З. Н. СААР

канд. мед. наук

Из Тартуского Госуниверситета

М. И. САМОЙЛОВА

и Из Тартуской Инфекционной
больницы

1. До настоящего времени не разрешен вопрос ранней диагностики дизентерии, в особенности у детей раннего возраста. Существующие методы клинического исследования, не будучи достаточно точными, часто являются источником диагностических ошибок. Ценность наиболее точного бактериологического метода исследования снижается низким процентом бактериологических находок. Поэтому поиски наиболее совершенных методов диагностики дизентерии имеют важное значение для клиники и постановки борьбы с дизентерией. Многообещающим является изучение патоморфологических изменений дистального отдела толстого кишечника, доступного исследованию методом эндоскопии.

2. Метод ректороманоскопии в последние годы начинает широко применяться в практике клинических и противоэпидемических учреждений. Однако имеющиеся данные о патоморфологических изменениях дистального отдела кишечника в особенности у детей раннего возраста, весьма малочисленны и разноречивы. В связи с этим наблюдаются серьезные ошибки при диагностике дизентерии, в особенности при санации детских коллективов.

3. Изучая диагностическую ценность вышеуказанного метода на клиническом материале (отделение кишечных инфекций Тартуской городской инфекционной больницы) и частично в детских коллективах (IV ясли г. Тарту) мы пришли к убеждению, что метод ректороманоскопии дает большие возможности для диагностики острой дизентерии и обостренной хронической дизентерии, чем бактериологический метод исследования и, будучи технически легко проводимым, должен быть широко внедрен в практику работы детских лечебно-профилактических учреждений. Во избежание диагностических ошибок необходимо иметь хорошо подготовленный персонал, умеющий давать правильную клиническую оценку эндоскопической находки.

4. Из общего числа обследованных детей с клиническим диагнозом дизентерии в 93% случаев были обнаружены те или иные изменения дистального отдела толстого кишечника. При этом в 50% случаев был обнаружен эрозивно-язвенный процесс. При бактериологически установленном диагнозе дизентерии

патоморфологические изменения слизистой были найдены в 100% случаев, при этом превалировала эрозивно-язвенная форма (75% случаев).

5. Наиболее часто эрозивно-язвенный процесс встречался на второй и третьей неделе заболевания (52%). Наличие эрозивно-язвенного процесса не всегда связано с патологическими изменениями стула. На нашем материале в 44% случаев при эрозивно-язвенных изменениях в дистальном отделе толстого кишечника стул был нормальным. Исходя из этого необходимо ректороманоскопию ввести в число обязательных методов исследования при выписке дизентерийного больного и пересмотреть срок госпитализации.

6. При обследовании так называемых бациллоносителей из числа контактных с дизентерией (из детского учреждения) в 5 случаях из 6-ти обнаружен язвенный процесс, что указывает на клиническое заболевание дизентерией и необходимость подвергать исследованию методом ректороманоскопии всех контактных (в условиях детского коллектива).

7. Наличие эрозивно-язвенного процесса в дистальном отделе толстого кишечника при легких формах клинического течения дизентерии и нормальный стул при имеющемся эрозивно-язвенном процессе (в 44% случаев) указывают на отсутствие прямой зависимости патоморфологических изменений дистального отдела кишечника от тяжести клинического течения болезни.

8. Для улучшения диагностики дизентерии у детей раннего возраста необходимо исследовать патоморфологические изменения дистального отдела кишечника при поносах различной этиологии.

ГИАЛУРОНИДАЗНЫЕ И СРЕПТОЛИТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ СРЕПТОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ В ГОР. ТАЛЛИНЕ

А. И. СВИЧКАРЕВА

Из Таллинского Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены

1. Гемолитические стрептококки группы А различаются не только типоспецифическим антигеном, но и неодинаковой токсигенной способностью.

2. В последнее время рядом авторов установлено, что гиалуронидазные и стрептолитические свойства гемолитических стрептококков неодинаковы у представителей различных серотипов. Имеются также отдельные указания о различии этих свойств у стрептококков, выделенных от здоровых и больных скарлатиной людей.

3. Целью работы являлось изучение гиалуронидазных и стрептолитических свойств гемолитических стрептококков, выделенных у скарлатинозных больных и различных контингентов носителей в зависимости от типа стрептококка, степени контакта со скарлатиной и возраста носителя.

4. Работа проводилась в гор. Таллине. Изучено 377 культур гемолитического стрептококка, из них 147 от скарлатинозных больных и 230 от здоровых носителей.

5. На нашем материале гиалуронидазоактивные штаммы встречались в 55,9% случаев, стрептолизиноактивные в 33,9%.

6. Наибольший процент гиалуронидазоактивных штаммов обнаруживался среди гемолитических стрептококков 2-го и 4-го типов.

7. Стрептолизиноактивные штаммы чаще встречались среди культур гемолитического стрептококка 1-го типа.

8. Культуры гемолитического стрептококка, выделенные в острый период скарлатины, чаще обладали гиалуронидазными и стрептолитическими свойствами, чем культуры реконвалесцентов. Причем, данное явление не всегда сопровождалось изменением типа стрептококка в течение болезни.

9. В скарлатинозных очагах процент выделения стрептолизиноактивных штаммов значительно выше, чем в благополучных по скарлатине детских учреждениях, что нельзя полностью объяснить только особенностями типового пейзажа стрептококков в этих учреждениях. Подобной закономерности при изучении гиалуронидазных свойств установить не удалось.

10. Гемолитические стрептококки одного и того же серологического типа, выделенные у скарлатинозных реконвалесцентов и у здоровых носителей в благополучных по скарлатине детских учреждениях, реже обладали активными стрептолитическими свойствами, чем стрептококки, выделенные в острый период болезни и у носителей в скарлатинозных очагах.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОГЕННОСТИ ВАГИНАЛЬНОЙ ТРИХОМОАДЫ

Ю. Х. Терац

канд. мед. наук

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. По литературным данным нет общего мнения в вопросах патогенности вагинальной трихомонады. Авторы, считающие трихомонаду патогенной, полагают на основании клинических наблюдений, что она является причиной белей у женщин. В то же время многие авторы, сомневающиеся в патогенности трихо-

монады, считают, что в этиологии белей существенную роль играют различные микробы, в то время как трихомонада, встречаясь во влагалище, может и не вызывать болезненных явлений. В то же время, по данным литературы, вагинальная микрофлора при наличии трихомонады недостаточно изучена и в основном только бактериоскопическим методом.

2. Исходя из противоречий, имеющих в литературе по вопросам культивирования трихомонады и инфекции, целью работы было:

Найти оптимальную среду и выработать методику культивирования и получения чистой культуры трихомонады.

Провести экспериментальные исследования на белых мышах для выяснения патогенности трихомонады.

Выяснить роль вагинальной микрофлоры в возникновении кольпитов при наличии трихомонады.

3. В результатах работы выяснено, что:

а) для культивирования трихомонады можно с успехом применять разработанную нами среду «TV». Получение чистой культуры обеспечивается средой «TV» с прибавлением на 1мл среды 2500 единиц пенициллина и 2500 единиц стрептомицина;

б) при интраперитонеальном инфицировании белых мышей чистой культурой трихомонады, в брюшной полости у подопытных животных возникали тяжелые воспалительные процессы. Сильное инвазивное и агрессивное действие трихомонады проявлялось главным образом в отношении печеночной ткани. В печени возникали обширные некрозы и воспалительная реакция. В ряде случаев трихомонады проникали в лимфатические узлы брюшной полости, в селезенку, поджелудочную железу и другие органы брюшной полости, обуславливая в них также воспаление и некрозы. В результате возникших изменений инфицированные мыши погибали в сроки от 4—52 дней;

в) исследованные штаммы трихомонады не были одинаково патогенны в отношении к белым мышам. По интенсивности отмеченных в брюшной полости белых мышей патолого-анатомических и патолого-гистологических изменений, скорости их развития и сроками гибели мышей, можно разделить изученные штаммы трихомонад на три группы различной патогенности;

г) выявлена связь между клинической формой кольпитов обследованных больных и патогенностью трихомонады для белых мышей. Штаммы трихомонады, изолированные у больных острым и подострым кольпитом оказались значительно более патогенными, чем штаммы выделенные от больных хроническим кольпитом. Можно предполагать, что различная патогенность штаммов трихомонады зависит от состояния реактивности организма больных;

д) наблюдавшиеся в настоящем исследовании округлые, неподвижные лишённые жгутиков трихомонады очевидно являются энцистированными формами трихомонад, которые могли возникать в перитонеальной полости мышей при относительно более сильной реактивности макроорганизма.

4. При проведении настоящей работы и анализа ее результатов возник ряд новых вопросов, которые требуют срочного разрешения. Так, например, в дальнейшем необходимо изучить: 1) патогенность трихомонады при различных клинических формах кольпита, применяя повторные пассажи у ряда животных, 2) зависимость патогенности трихомонады от действия применяемых лекарств, 3) воздействие различных лекарств на трихомонаду *in vitro* и *in vivo*, 4) вопрос о возникающих у мужчин трихомонадных уретритах, 5) эпидемиологию трихомонадной инфекции с целью успешной борьбы с нею.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О ПРОФИЛАКТИКЕ РИККЕТСИОЗОВ

(Обзор литературы)

Г. Х. МАЙОФИС

доктор мед. наук

Из Таллинского Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены

1. Риккетсиозы являются своеобразной группой инфекционных заболеваний человека.

Характерные особенности данной группы заболеваний: многообразие клинических форм, различные виды передатчиков и резервуаров вируса, мировое распространение.

2. Этиологическим фактором отдельных групп риккетсиозов являются различные виды риккетсий — облигатных внутриклеточных паразитов человека, животных и членистоногих.

3. XX век — ознаменован рядом открытий новых видов риккетсиозных заболеваний во всех странах мира.

4. За последние годы на различных территориях Советского Союза обнаружен ряд новых форм риккетсиозных заболеваний: везикулезно-оспённый риккетсиоз, пароксизмальная лихорадка, Q — лихорадка.

5. Каждое риккетсиозное заболевание вызывается особым видом риккетсий, специфическим для данной формы риккетсиоза.

6. Для дифференциальной диагностики различных форм риккетсиоза особое значение имеет реакция связывания компонента со специфическим антигеном.

7. Диагноз заболевания в каждом отдельном случае может

быть поставлен на основании комплекса клинических, эпидемиологических и серологических данных.

8. Профилактика и борьба с отдельными видами риккетсиоза должны быть дифференцированными в зависимости от вида членистоногого передатчика и резервуара вируса.

О ПРИЧИНАХ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

В. А. СЯРГАВА и В. Э. ЛИЙВ

Из Тартуской Республиканской клинической больницы

1. Через отделение уха-горла-носа Тартуской Республиканской клинической больницы за период с 1945—1953 год прошло 144 больных со злокачественными опухолями. В 83 случаях опухолью была поражена гортань, в 28 — нос и придаточные пазухи носа, в 11 — глотка, в 10 — наружное ухо, в 8 — пищевод и в 4 случаях — язык.

2. В большинстве случаев (приблизительно 2/3) диагноз злокачественной опухоли не был своевременно установлен (в 27% случаев была III стадия и в 41% случаев — IV стадия опухоли).

3. Причиной поздней диагностики злокачественных опухолей, как правило, являлась недостаточная осведомленность больных о раке и его ранних признаках, скрытое течение болезни, в ряде случаев также поверхностный осмотр, небрежность или недостаточные онкологические познания врачей.

4. Необходимо обратить больше внимания на повышение специальной онкологической квалификации врачей, а также на соответствующую санитарно-просветительную работу и проведение профилактических осмотров широких масс населения.

5. Из обследованного материала следует, что в части случаев карциноме носа и гортани предшествовала преинвазивная стадия в виде папилломы гортани, носовых полипов или хронического воспалительного процесса.

6. Для выявления злокачественных опухолей необходимо применять комплексные методы исследования, никогда нельзя базироваться на отдельных данных.

7. Особое внимание необходимо уделять проведению биопсии. Положительное патолого-гистологическое заключение окончательно подтверждает диагноз. Если однократная биопсия дает отрицательный ответ, необходимо провести ее повторно.

8. Прошедшие через стационар случаи рака пищевода дают возможность предполагать, что своевременной диагностике

этого заболевания, в которой кроме прочих методов исследования имеет большое значение эзофагоскопия, уделяется пока слишком мало внимания.

9. Больных с хроническими воспалениями верхних дыхательных путей старше 40 лет необходимо взять под специальный контроль и на специальное лечение. Папилломатоз гортани у взрослых следует лечить радикально. Хронические воспаления придаточных пазух носа, не поддающиеся лечению промыванием пазух, необходимо лечить путем радикальной операции. Больных с преанцерозными состояниями следует диспансеризовать.

О ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ

Х. Г. АЛЕВ

Из Тартуской Республиканской клинической больницы

1. В I и II стадиях развития рака гортани эффективным лечебным методом является удаление голосовых связок вместе с опухолью путем ларингофиссуры и лечение пластинкой с радием.

2. Пластинка с радием, содержащая 6,5 мг сульфита радия вводится методом фенестрации щитовидного хряща, причем время облучения не должно превышать 8×24 часа, в особенности при облучении злокачественных папиллом, для предотвращения возможности возникновения перихондрита.

3. В III стадии болезни лучшие результаты по сравнению с рентгенотерапией дает применение лигатуры артерий (*a. thyreoidea sup.* или *a. laryngea sup.*) в качестве консервативного хирургического метода с последующей рентгенотерапией.

4. Благодаря усовершенствованиям хирургии и пенициллинотерапии в III стадии, в целях достижения наилучших результатов, следует применять активнее чем до сих пор метод полной экстирпации гортани.

5. В IV стадии рака гортани, применяя в качестве паллиативного метода лигатуру артерии, можно добиться временного улучшения состояния больного и уменьшения размеров опухоли.

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СПИННОГО МОЗГА

Р. И. ПАЙМРЕ

Из Тартуской Республиканской клинической больницы

1. Оперативное лечение пороков развития спинного мозга желательнее проводить у грудных детей раннего возраста, на-

чиная с 6-го, 7-го и 8-го дня, чтобы избежать мацерации кожи и вторичной инфекции.

2. Операцию следует проводить под местной анестезией.

3. По нашему материалу в послеоперационном периоде не встречалось вторичного менингита. С профилактической целью проводилась общая пенициллинотерапия.

4. В послеоперационном периоде не наблюдалось образования водянки головного мозга. Имевшаяся до операции водянка мозга увеличилась в одном случае.

5. Как послеоперационное осложнение отмечалось частичное расхождение раны в тех случаях, когда имелась больших размеров менингоцеле.

6. Остеопластический операционный метод не применялся. Используя мышцы, фасцию и фибринную пленку получался достаточно прочный покров дефекта позвоночных дуг.

7. Не было отмечено прогрессирования параличей в результате операции. В одном случае отмечалось улучшение параличей во время пребывания в клинике.

8. Послеоперационной смертности не было. Один находившийся на излечении больной выписался в состоянии ухудшения.

9. Отдаленные результаты оперативного лечения пороков развития спинного мозга удовлетворительны. Исходя из этого соответствующих больных следует направлять своевременно в специальные лечучреждения.

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

А. Я. РЕЙМАН

доцент, канд. мед. наук

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. Динамическое исследование высшей нервной деятельности у детей ревматиков с применением рече-двигательной методики Иванова-Смоленского показало, что после ликвидации клинических симптомов острого ревматического приступа в высшей нервной деятельности остаются некоторые, индивидуальные расстройства.

2. Длительность нарушения высшей нервной деятельности связана с глубиной расстройства общего кровообращения.

3. Динамическое исследование высшей нервной деятельности имеет прогностическое значение. При общем хорошем само-

чувствии и отсутствии явных клинических симптомов ревматизма нарушения в высшей нервной деятельности указывают на латентно прогрессирующее заболевание и требуют активного вмешательства.

4. Практическое значение динамического исследования высшей нервной деятельности и сравнительно легкое проведение его в клинических условиях позволяют рекомендовать этот метод для более широкого внедрения во врачебную практику.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Ю. Э. ТОМИНГАС

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. В ранней стадии суставной формы ревматического процесса отмечается повышение тонуса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (орто-и клиностатические, гистаминовые и адреналиновые пробы). Общие показатели (пульс, дыхание, лейкоцитоз, состояние кожи) при этом указывают на повышение тонуса симпатического, а проба Ольдрича на повышение тонуса парасимпатического отдела.

При выздоровлении тонус симпатического отдела «нормализуется» и превалирует тонус парасимпатического отдела.

2. При острых сердечных формах ревматического процесса также отмечается повышение тонуса обоих отделов вегетативной нервной системы. При выздоровлении изменения в состоянии вегетативной нервной системы меньше чем при суставной форме. По общим показателям нормализация происходит подобно суставной форме. У большинства больных с сердечной формой ревматизма повышение тонуса симпатического отдела осталось стойким (ортостатическая и адреналиновая пробы).

3. При нервной форме ревматизма (хорея) ортостатическая проба указывает на повышение тонуса симпатического отдела. Другие пробы указывают на повышение тонуса парасимпатического отдела и относительно сниженный тонус симпатического отдела.

При выздоровлении в одних случаях отмечается повышение тонуса симпатического, в других — парасимпатического отдела.

4. При внеприступном периоде ревматического процесса у детей с болями в суставах или в мышцах, у которых отмечаются усталость, субфебрильная температура, ускоренный или

лабильный пульс и другие микросимптомы при уже выраженном поражении сердца, наблюдается отклонение от нормотонии в сторону повышения тонуса вегетативной нервной системы. Повышение тонуса отмечается главным образом в симпатическом, меньше в парасимпатическом отделе. При лечении и правильном режиме тонус вегетативной нервной системы нормализуется быстрее чем в случаях острого периода.

Поскольку тонус парасимпатического отдела нервной системы во внеприступном периоде изменен в меньшей степени, чем тонус симпатического отдела, то и в течение лечения изменения со стороны тонуса парасимпатического отдела были выражены меньше.

5. Исследование вегетативной нервной системы различными пробами имеет практическое значение, особенно в отношении прогноза. Стойкие отклонения от нормотонии вегетативной нервной системы при выписке больного из больницы указывают на дальнейшее развитие процесса и на неуравновешенность центральной нервной системы, что необходимо учитывать при назначении внебольничного лечения и режима.

6. Каждый ребенок, больной ревматизмом, нуждается после перенесения острого приступа и выписки из больницы в санаторном лечении в специальном ревматическом санатории.

О ВЛИЯНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ И ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Л. Ю. КООК

Из Института экспериментальной и клинической медицины
АН Эстонской ССР

1. У большинства обследованных нами детей, больных ревматизмом, возникновение и характер течения этого заболевания связаны с воспалительным состоянием миндалин.

2. Тонзиллэктомия оказывает во многих случаях благоприятный эффект, что выражается в отдаленных результатах, иногда лишь через 1—2 года и позже.

3. Вопрос о необходимости тонзиллэктомии в каждом отдельном случае необходимо решать на основании имеющихся показаний у данного больного совместно с оториноларингологом.

4. Для профилактики ревматизма больных детей с частыми ангинами, неясными жалобами и длительной субфебрильной температурой необходимо подвергнуть диспансеризации.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ ТЕРАПИИ СНОМ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Э. К. СИИРДЕ, С. Ф. СИБУЛЬ
доцент. канд. мед. наук

Из Тартуского Государственного Университета

Х. Г. АЛЕВ

Из Тартуской Республиканской клинической больницы

1. При лечении заикания, синдрома Меньера и понижения слуха внутреннего уха сном, вызванным при помощи люминала, результаты лечения оказываются менее эффективными, чем при применении терапии сном, комбинированной с внутривенными инъекциями 0,25% раствора новокаина, а при заикании еще с дифенином.

2. Воздействуя при помощи лекарственных препаратов на процессы возбуждения и торможения центральной нервной системы, следует иметь в виду влияние этих веществ на интерорецепторы.

3. Для уравнивания процессов возбуждения и торможения через интерорецепторы подходящим средством является новокаин, действующий по всей вероятности как регулятор процессов возбуждения и торможения.

4. Форсированный (т. е. черезчур глубокий и длительный) медикаментозный сон оказался недостаточно рациональным методом лечения. Эффективным является сон, более схожий с физиологическим сном.

5. В целях дальнейшего развития вышеприведенных наблюдений необходимо продолжать экспериментальные и клинические исследования.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗОБОМ НА ТЕРРИТОРИИ ЭСТОНСКОЙ ССР

В. А. ПАШКОВ

Из Республиканского противозобного диспансера

1. Зоб встречается на территории Эстонской ССР давно. В 1946—1949 годах распространенность эндокринных заболеваний в Республике стояла на одном уровне с онкологическими заболеваниями; ведущее место при этом занимали тиреопатии.

2. Среди обследованного нами контингента больных тиреопатиями, число случаев с опухолями и с воспалительными процессами в щитовидной железе было незначительным.

3. Характерным является сравнительно небольшое число случаев первичного тиреотоксикоза, в частности — базедовой его формы (165 случаев).

4. Среди больных с тиреопатиями было 98,2% больных зобом, среди которых приходилось на группу в возрасте от 21 года до 40 лет 56,2%. Кривая обращаемости больных зобом достигала кульминационной точки в возрасте от 20 до 30-ти лет.

5. Главным образом встречался зоб 3-ей степени величины в (52% случаях); за тем следовала 2-я степень (35,9%). Зоб четвертой и пятой степени величины встречался гораздо реже (9,3%).

6. В 94,7% случаев наблюдался зоб диффузной формы: смешанная форма зоба составляла 4,2%, а узловая — только 1,1%.

7. Наибольший контингент больных зобом составляли женщины. Среди населения города Тарту, по данным 1951—1953 гг. число больных зобом женщин в возрасте наибольшей обращаемости (21—40 лет) превосходило число больных зобом мужчин в 4,8 раза. Течение болезни у обоих полов было одинаковое.

8. Наибольшее число больных зобом было направлено к нам из гор. Тарту, из гор. Таллина и из районов юго-восточной части территории Эстонской ССР. Наименьшее число больных поступило с островов и из приморских районов Республики.

Заболевание зобом наблюдалось не только у местных жителей, но и у жителей, переселившихся сюда из местностей, где заболевание зобом эпидемически не распространено.

9. В подавляющем числе случаев разрастание щитовидной железы оказалось первоначальным и ведущим симптомом заболевания организма. Гипертиреоз же появлялся у больных позже гипертрофии щитовидной железы и не являлся обязательным явлением. Появление гипертиреоза не было связано с величиной и давностью самого зоба.

10. Гипертиреоидные состояния зоба приводили к тиреотоксикозу от легкой степени до тяжелой. Тиреотоксикоз был при этом вторичным. У обоих полов он выявлялся во всех возрастных группах, преимущественно в возрасте 20—40 лет. Среди симптомов тиреотоксикоза ведущим были субфебрилитет, мышечная слабость, кардио-васкулярные расстройства, нарастающая быстрая утомляемость, потеря трудоспособности, невротические состояния.

11. На территории Эстонской ССР распространена определенная форма зобной болезни, имеющая здесь своеобразное течение. Отягочающим фактором при этой болезни является

не величина зоба, а появление в большом числе случаев вторичного тиреотоксикоза.

12. По характеру распространенности, по своему клиническому течению и по морфологической структуре (в основном — коллоидных) зобная болезнь на территории Эстонской ССР имеет сходство с зобной болезнью, встречающейся эндемически в равнинных местностях.

13. Этиопатогенез зобной болезни в Эстонской ССР изучен еще недостаточно. По некоторым данным 1930—1939 гг. содержание иода в пищевых продуктах некоторых районов Республики отвечает требуемым нормам. Эти наблюдения нуждаются в подтверждении на большем материале из разных районов и участков, при этом должно быть исследовано содержание иода во всей биосфере этих местностей (почва, воздух, питьевая вода, пища).

Не изучен еще ряд других постоянных внешних этиологических факторов, могущих обусловить развитие зобной болезни.

14. С точки зрения профилактики заслуживает внимания в первую очередь эутиреоидное разрастание щитовидной железы, при том всех степеней величины зоба, так как, несомненно, с ним связано появление вторичного тиреотоксикоза.

15. На основании этого имеется основание провести опыт профилактического иодирования известной группы населения в некоторых местностях Республики.

16. Среди мероприятий по предупреждению как самой зобной болезни, так и отягощающего ее тиреотоксикоза, необходимо обратить серьезное внимание на водоснабжение, на предупреждение хронических заболеваний кишечника. Особого внимания заслуживает санация полости рта, ликвидация очагов инфекции.

17. Наш опыт показал, что тиреотоксикоз при зобной болезни и его рецидивы после хирургического лечения часто наступают вследствие неумеренной инсоляции, в связи с физическим и умственным переутомлением, нарушением сна нужной длительности и режима питания. Избыточное применение мясных продуктов оказалось часто неблагоприятным при лечении тиреотоксикоза.

18. Среди сопутствующих заболеваний при зобной болезни число случаев туберкулеза легких в активной форме, а также и ревматизма было незначительным, хотя этим заболеваниям, как известно, часто сопутствуют проходящие состояния гипертиреоза и гипертрофии щитовидной железы.

Toimetaja I. Laan

Ladumisele antud 15. IV 1955. Trükkimisele
antud 28. V 1955. Paber 62×88, 1/16. Trükipoog-
naid 4. Trükiarv 400. MB-10559. Tellimise
nr. 1347. Trükikoda «Ühiselu», Tallinn,
Pikk tn. 40/42.

На эстонском и русском языках.

Tasuta

TASUTA.

A-20607
III

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00356266 9