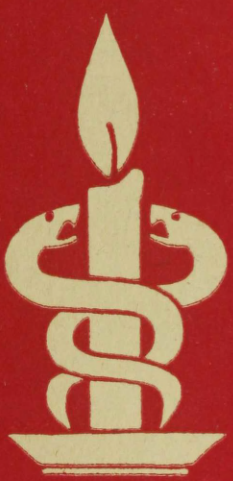
TARTU ÜLIKOOL · UNIVERSITAS TARTUENSIS · 1632

NÕUKOGUDE EESTI

TERVIS-HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1/68

NÕUKOGUDE EESTI

TERVIS-HOID

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1/68

11. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELŠTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

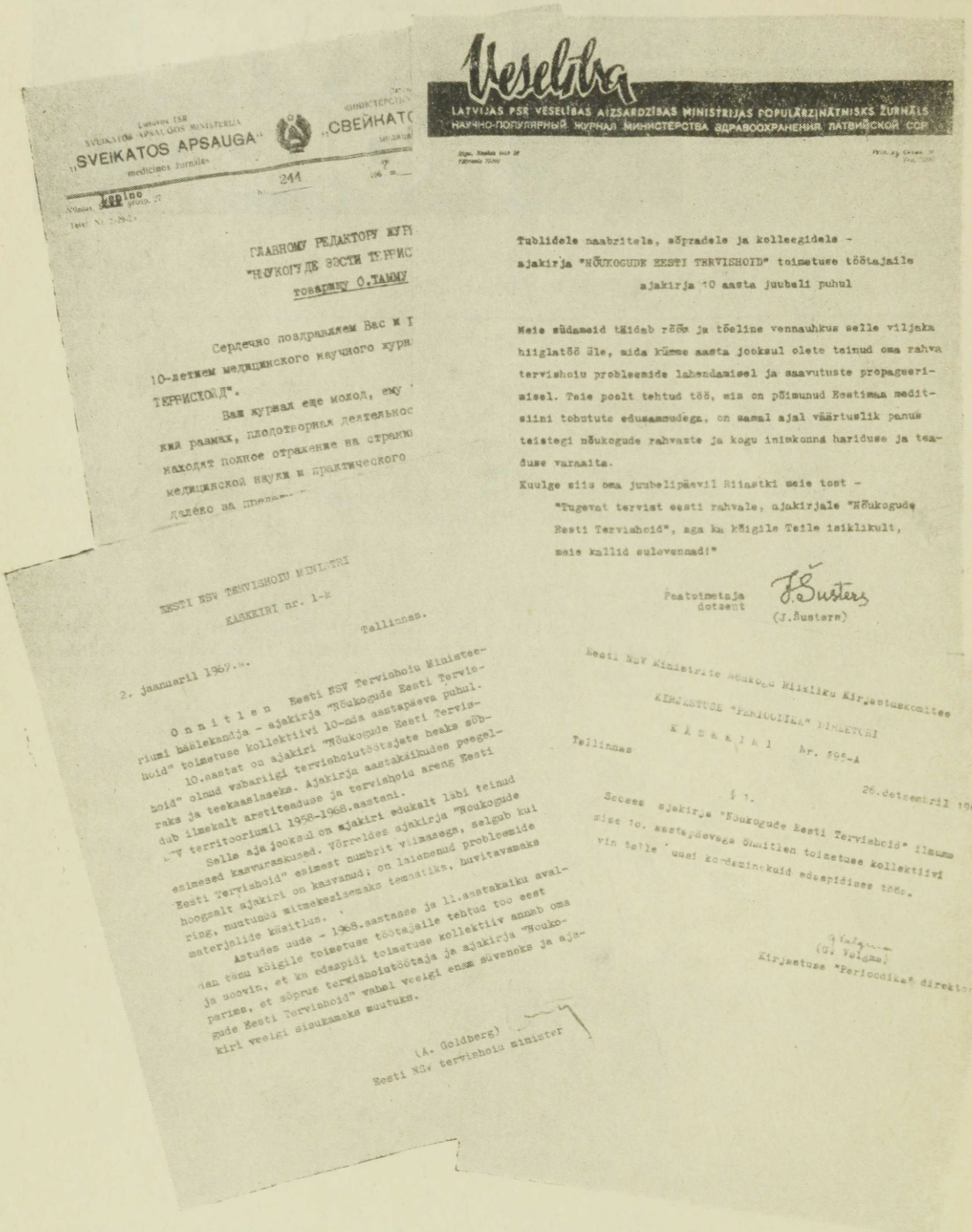
L. Abram (Viljandi), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), R. Kariis (Haapsalu), A. Klink (Võru), H. Kreek (Pärnu), P. Ott (Rakvere), D. Pärn (Hiiumaa), P. Rahu (Valga), V. Roos (Kohtla-Järve), L. Siirak (Harju rajoon), M. Sikk (Tartu rajoon), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), A. Tamm (Paide), Ü. Valvere (Kingissepa), V. Vessar (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-08. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 7. XII 1967. Trükkimisele antud 9. I 1968. Trükiarv 5500. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 9,03. Tellimise nr. 8171. MB-00309. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

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



Veselība

LATVIJAS PSR VESELĪBAS AIZSARDZĪBAS MINISTRIJAS POPULĀRZINĀTNISKS ŽURNĀLS

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫЙ ЖУРНАЛ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛАТВИЙСКОЙ ССР

Tublidele naabritele, sõpradele ja kolleegidele -
ajakirja "NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID" toimetuse töötajaile
ajakirja 10 aasta juubeli puhul

Meie südameid täidab rõõm ja tõeline vennauhkus selle viljaka hiiglatöö üle, mida kümme aasta jooksul olete teinud oma rahva tervishoiu probleemide lahendamisel ja saavutuste propageerimisel. Teie poolt tehtud töö, mis on põimunud Eestimaa meditsiini tohutute edusammudega, on samal ajal väärtuslik panus teistegi nõukogude rahvaste ja kogu inimkonna hariduse ja teaduse varaaita.

Kuulge siis oma juubelipäevil Riiastki meie tost -

"Tugevat tervist eesti rahvale, ajakirjale "Nõukogude Eesti Tervishoid", aga ka kõigile Teile isiklikult, meie kallid sulovennad!"

Peatoimetaja
dotsent
J.Šusters
(J.Šusters)

Eesti NSV Ministrite Nõukogu Riikliku Kirjastuskomitee
KIRJASTUSE "PERIOODIKA" DIREKTORI
K Ä S K K I R I Nr. 295-A
Tallinnas
26.detsembril 1967.a.

§ 1.

Seoses ajakirja "Nõukogude Eesti Tervishoid" ilmumise 10. aastapäevaga õnnitlen toimetuse kollektiivi vin talle uusi kordsminekuid edaspidises töös.

(G. Valgma)
Kirjastuse "Perioodika" direktor

Lietuvos TSR
SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA
„SVEIKATOS APSAUGA"
medicinos žurnalas
Tepino
244
7

ГЛАВНОМУ РЕДАКТОРУ ЖУР
"НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРРИС
товарищу О.ТАММУ

Сердечно поздравляем Вас и
10-летием медицинского научного журн
ТЕРРИСХОЙД".
Ваш журнал еще молод, ему
кий размах, плодотворная деятельнос
находят полное отражение на страни
медицинской науки и практического
далеко за преде

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTRI
KÄSKKIRI nr. 1-k
Tallinnas.

2. jaanuaril 1967.a.

O n n i t l e n Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi häälekandja - ajakirja "Nõukogude Eesti Tervishoid" toimetuse kollektiivi 10-nda aastapäeva puhul.

10.aastat on ajakiri "Nõukogude Eesti Tervishoid" olnud vabariigi tervishoiutöötajate heaks sõbraks ja teekaaslaseks. Ajakirja aastakäikudes peegeldub ilmekalt arstiteaduse ja tervishoiu areng Eesti NSV territooriumil 1958-1968.aastani.

Selle aja jooksul on ajakiri edukalt läbi teinud esimesed kasvuraskused. Võrreldes ajakirja "Nõukogude Eesti Tervishoid" esimest numbrit viimasega, selgub kui hoogsalt ajakiri on kasvanud; on laienenud probleemide ring, muutunud mitmekesisemaks temaatika, huvitavamaks materjalide käsitlus.

Astudes uude - 1968.aastasse ja 11.aastakaiku avaldan tänu kõigile toimetuse töötajaile tehtud töö eest ja soovin, et ka edaspidi toimetuse kollektiiv annab oma parima, et sõprus tervishoiutöötaja ja ajakirja "Nõukogude Eesti Tervishoid" vahel veelgi enam süveneks ja ajakiri veelgi sisukamaks muutuks.

(A. Goldberg)
Eesti NSV tervishoiu minister

Suur aitäh kõikidele heade soovide eest «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 10. aastapäeva puhul.

TOIMETUS

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
73780

MÕTTEID GASTROENTEROLOOGIA ARENDAMISEST EESTI NSV-s

KALJO VILLAKO
Tartu

UDK 616.34

Viimastel aastatel on kogu Nõukogude Liidus alanud gastroenteroloogia kiire ja plaanipärane arenemine. Sellele on hoogu andnud Üleliidulise Gastroenteroloogide Teadusliku Seltsi asutamine ja Moskvas vastava profiiliga keskinstituudi rajamine. Loomulikult ei saa vabariigi raviasutused gastroenteroloogia arendamisel kõrvaltvaatajate ossa jääda, sest seedetrakti haigusi esineb meil üpris sageli.

Võime rahuldustundega konstateerida, et Eesti NSV-s rakendatakse laialdaselt mao uurimise kaasaegseid meetodeid. Mao sekretoorse talitluse hindamisel on süstemaatiliselt hakatud kasutama sekretsiooni tugevasti provotseerivaid aineid (insuliini ja histamiini). On loobutud iganenud uurimisviisidest, mille puhul sekretsioon kutsuti esile kofeiini või alkoholi abil. Võrreldes teiste liiduvabariikidega on meil aasta jooksul tehtavate gastroskoopiate arv üks suuremaid. Ajavahemikul 1950—1965 saavutas see juba 4000 piiri. Gastroskoopia ei ole kasutamist leidnud mitte ainult Tallinnas ja Tartus, vaid seda meetodit küllaldasel määral valdavaid arste töötab ka mitmes rajoonikeskuses. Üha sagedamini hakatakse mao limaskesta seisundit uurima peroraalse gastrobiopsia abil.

Millised on edaspidised ülesanded? Lähemate aastate jooksul tuleks selleni jõuda, et kroonilise gastriidi diagnoosimisele alati eelneks mao limaskesta histoloogilise struktuuri uurimine. Teiseks vajab meie raviasutustes täiustamist ja parandamist peensoole uurimine. Täiesti juhuslikult tehakse praegu resorptsiooniteste, mis uurimiskompleksi peaksid alati kuuluma, kui tegemist on vaegtoitumuse ükskõik millise vormiga. Resorptsioonitestidest on kliiniliselt olulisemad need, mis näitavad rasvade ja süsivesikute imendumist. Kõige täpsemaid andmeid rasvade seedimise ja imendumise häirete kindlakstegemiseks saab roojas leiduva rasva hulga keemilise määramise teel. Radioaktiivse joodiga (^{131}I) märgistatud rasvhapete ja neutraalrasva kasutamine imendumistestide puhul, mis mõni aasta tagasi suuri lootusi äratas, ei suuda asendada eespool mainitud vanemat proovi, mis on märksa täpsem. Süsivesikute seedimise ja imendumise hindamiseks on paralleelselt kasutatavad kaks proovi, nimelt ksüloos- ja tärkliskoormuskatsud. Esimene neist näitab imendumise, teine nii seedimise kui ka imendumise seisundit. Pankrease haiguste, sealhulgas kroonilise pankreatiidi diagnoosimisel vääriksid rutiinset rakendamist röntgenoloogilised uuringud.

Kirjeldatud laboratoorsete uurimismeetodite ja mao ning peensoole biopsia levikut igapäevases arstipraktikas võivad takistama hakata asjaolud, mida ei suuda kõrvaldada arstide hea tahe ega püüdlikkus — uued meetodid suurendavad laboratooriumide koormust. Siin on vaja raviasutuste juhtkonna abi, et reguleerida laboratooriumide koosseise ja leida teid töö otstarbekamaks korraldamiseks. Alles siis võib imendumistestide kasutamine muutuda reeglipäraseks ja haigete uurimine piisavalt põhjalikuks. Biopsia teel saadud kudede uurimine hakkab patoloogidel-anatoomidel varsti samuti üle jõu käima. Nende ülekoormuse vältimise üheks võimaluseks oleks töö korraldamine selliselt, et prosektuurides histoloogilisi preparaate ainult valmistataks. Preparaatide interpreteerimine jääks aga

gastroenteroloogi enda hooleks. Niisugune lahendus eeldab, et ta õpib selgeks mao ja soolte limaskesta histoloogia. See oleks igapäevases töös väga kasulik ja vajalik: gastroenteroloog saaks histoloogilisi andmeid paremini kasutada kogu kompleksse diagnoosimise raames. Pealegi on arstil endal pärast biopsiat artefakte patoloogilistest muutustest kergem diferentseerida.

Gastroenteroloogia arendamise eeldusteks on vabariigi arstkonna teadmiste pagasi suurendamine kõnesoleval erialal ja gastroenteroloogia-spetsialistide ettevalmistamine. Esimese osas kulgeb tegevus täiesti rahuldavalt. Selles on teeneid ka ajakirjal «Nõukogude Eesti Tervishoid», mille veergudel sageli on ilmunud vastavasisulisi artikleid ja ülevaateid. Plaanipärasemalt tuleks jätkata gastroenteroloogide koolitamist. Tartu ja Tallinna gastroenteroloogia-entusiastide poolt 1965. a. alates regulaarselt organiseeritud seminarid on aidanud avardada sellest erialast huvitatute teadmisi. Esinejateks nendel on olnud ka külalised Moskvast. Seminaride korraldamist on tulevikus otstarbekohane jätkata. Kuid ühepäevastel kokkutulekutel saab anda peamiselt teoreetilisi aluseid, tänapäeva gastroenteroloogia aga nõuab praktilisi oskusi. Gastroenteroloogide hulka ei saa arvata neid, kes selle eriala vastu tunnevad ainult platoonilist huvi. Gastroenteroloog peab valdama instrumentaalse uurimise meetodeid, tundma mao ning soolte limaskesta normaalset ja patoloogilist histoloogiat ning oskama interpreteerida laboratoorsete uurimiste tulemusi. Selle kõige õppimine vajab kestvat juhendamist. Järelikult on otstarbekohane, et arste suunataks mõneks kuuks gastroenteroloogia-alastele täienduskursustele. Seni ei ole kasutatud isegi neid võimalusi, mis on olemas Tartus ja Tallinnas. Uusi gastroenteroloogiakabinette avatakse kindlasti ka tulevikus. Kabinetijuhatajate ettevalmistamiseks on üks või kaks arsti vaja kliinilisse ordinatuuri õppima saata.

Ei ole mõeldav, et üks arst suudaks omandada täieliku vilumuse kõikide endoskoopialiikide (ösofagoskoopia, gastroskoopia, rektoskoopia ja laparoskoopia) alal ning neile lisaks veel maksa biopsia tegemisel. Otstarbekas on gastroenteroloogide veelgi kitsam spetsialiseerumine. Piisaks sellest, kui vabariigis oleks 2 või 3 vilunud spetsialisti, kelle juurde võiks uurimisele suunata haigeid (neid on suhteliselt vähe), kes vajavad laparoskoopiat või maksa punktsiooni. Ühtlasi võimaldaks selline moodus üksikutel arstidel vastava uurimisviisi kasutamises rohkem kogemusi omandada.

Käesoleval ajal töötab Tallinnas kolm ja Tartus üks gastroenteroloogiakabinet. Need tekkisid enamasti sel teel, et gastroenteroloogiast huvitatud arstid omandasid omal algatusel piisavalt oskusi ja kogemusi ning alustasid haigete süstemaatilist uurimist ja ravimist. Alles pärast seda fikseeriti olukord ka ametlikult (kinnitati kabineti koosseis). Niisugune arengutee on ennast õigustanud: V. Milleri, E. Rosenbaumi ja I. Rätsepa poolt juhitavad gastroenteroloogiakabinetid töötavad viljakalt. Seniseid kogemusi tuleb arvestada. Kindlasti laieneb kabinettide võrk tulevikus veelgi. Kuid gastroenteroloogiakabinette ja -osakondi (haiglates) võib moodustada alles siis, kui on koolitatud küllaldasel arvul spetsialiste.

Gastroenteroloogiakabinettide võrgu laiendamisel tuleb lähtuda praktilistest vajadustest. Mõningad andmed näitavad, et just põlevkivibasseinis on palju seedetraktihaigusi põdevaid isikuid. Seepärast on aeg hakata välja õpetama gastroenteroloogi, kes sel erialal hakkaks töötama Kohtla-Järve Linna Haiglas.

Gastroenteroloogia on arstiteaduse klassikaliste erialade vaheline distsipliin. Seetõttu ongi Tallinnas ja Tartus kujunenud või kujunemas mitme ala spetsialistidest koosnevad töögrupid, kuhu kuuluvad internistid, kirurgid ja röntgenoloogid. Ilmselt võib niisugune koostöö gastroenteroloogia arendamisel häid tulemusi anda. Tahaksime loota, et gastroenteroloogia edasine arendamine kulgeb kooskõlastatult ja veelgi plaanipärasemalt kui seni.

РЕЗЮМЕ. В Эстонской ССР широко распространено использование современных методов исследования желудка. Во многих лечебных учреждениях систематически изучают секреторную функцию желудка с помощью сильных раздражителей — инсулина и гистамина. Часто производят гастроскопии и гастробиопсии. Например, с 1950 по 1965 г. было произведено свыше 4000 гастроскопирований.

Однако в ближайшее время необходимо достичь такого положения, при котором до исследования гистологической структуры слизистой желудка ни у одного больного не может быть диагностирован хронический гастрит. Недостаточно исследуются еще процессы пищеварения и всасывания. В практику лечебных учреждений надо внедрить тесты резорпций жиров и углеводов.

Для успешного развития гастроэнтерологии в республике следует повысить знания всех врачей в этой области.

Необходимо приступить к систематическому обучению специалистов-гастроэнтерологов. Возможности для этого имеются как в Таллине, так и в Тарту, куда и следовало бы направлять врачей на несколько месяцев для усовершенствования своих знаний и навыков. Целесообразно также направить 1—2 врачей в клиническую ординатуру в этой области. Все это способствовало бы планомерному развитию гастроэнтерологии в нашей республике.

Tartu Riiklik Ülikool

HAAVANDTÕVE KIRURGILISE RAVI AKTUAALSEID KÜSIMUSI

JAAN SARV
Tartu

UDK 616.33-089

Tüsistunud ja konservatiivsele ravile mittealluvate mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandite kirurgilise ravi valikmeetodiks on mao resektsioon. Haigete pikemaajaline jälgimine pärast mao resektsiooni ning nende täpne uurimine on aga näidanud, et paljudel esineb kaebusi ja on kujunenud uued, operatsioonist tingitud patoloogilised sündroomid. Seetõttu ei saa haavandtõve kirurgilise ravi probleemi pidada lahendatuks ja paljud sellega seoses olevad seisukohad nõuavad ümberhindamist (8, 9).

Kuivõrd edukas on haavandtõve radikaalne kirurgiline ravi, see sõltub paljudest asjaoludest, eeskätt õigetest näidustustest. Üldtuntud on fakt, et opereerida ei või noori, lühikest aega põdenud haigeid ja neid, keda haavandtõve esimeses faasis pole konservatiivselt ravitud. Sel perioodil tugevasti väljendunud neurovegetatiivsed häired domineerivad mao vaevuste üle ja resektsioon nende haigete puhul annab halbu tulemusi (3, 11, 17). Häid tulemusi võib siinjuures anda igakülgne konservatiivne ravi.

Kirurgiline ravi võib olla edukam haavandtõve teises staadiumis, kui prevaleerivad haavandist tingitud otsesed vaevused, neurovegetatiivsed häired on tagaplaanil (2, 3, 17) ja kõik konservatiivse ravi võimalused on ammendatud.

Eeltoodu kehtib eriti *ulcus duodeni*'t põdevate haigete kohta, kui haavandi maligniseerumise oht praktiliselt puudub ja operatsiooniga võib alati oodata. Erandi moodustavad need juhud, kus kirurgiliseks raviks on absoluutne näidustus (verejooks, stenoos jms.). Kui kalloosse maohaavandi juhtudel haavandi maligniseerumist vähegi oletatakse, tuleb opereerida.

Kirurgilise ravi edu sõltub ka resektsiooni ulatusest ja selle sooritamise viisidest. On teada, et sekretoorse alafunktsiooni saavutamiseks ei piisa ainult haavandi väljalõikamisest, vaid on tarvis resetseerida $^2/_3$ maost (15, 20). Nn. ökonoomsed resektsioonid (eemaldatakse $^1/_3 \ldots {}^1/_2$ maost) on haavandi retsidiivide või anastomoosi piirkonna peptiliste haavandite tekkimise sagedasemaks põhjuseks (1, 10, 13, 14, 15, 20). Teiselt poolt on kliinilised kogemused näidanud, et mida ulatuslikum on mao resektsioon, seda halvemad on ravi hilistulemused (1, 3). Seepärast püütakse parema resultaadi saavutamise eesmärgil sageli resetseerida väiksem osa maost (7).

Väljapääs olukorrast näib seisnevat selles, et resektsiooni ulatuse määrab eeskätt mao antraalse osa ulatus, mitte aga küllaltki ebamäärane mõiste «$^2/_3$ või $^3/_4$ maost». Haavandtõve kirurgilise ravi

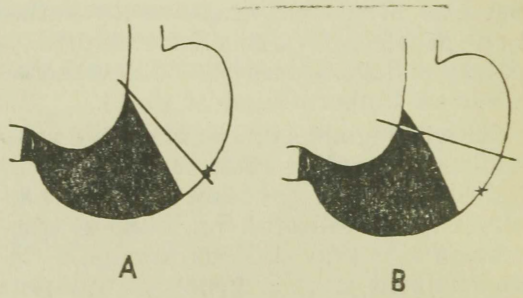
Mao antraalse osa piirid püloorusest proksimaalses suunas (juhtude arv)

Mõõtmise koht	Kaugus cm						Kokku
	5—6	7—8	9—10	11—12	13—14	15—16,5	
Väike kõverik	—	8	30	45	11	6	100
Eesmine ja tagumine sein	—	31	33	27	7	2	100
Suur kõverik	12	48	30	7	3	—	100

peamine eesmärk ongi see, et kirurgilisel teel katkestada see maosekretsiooni mehhanism, mis realiseerub gastriini kaudu (20, 22, 24, 25, 29). Seejuures lõigatakse paratamatult läbi ka osa maole suunduvaid *n. vagus*'e kiude. Teatavatel juhtudel osutub nähtavasti vajalikuks, et *n. vagus*'e harud lõigataks läbi veelgi täpsemalt, nn. selektiivne vagotoomia (22, 23, 24, 29). Et kirjanduses puudub ühtne seisukoht mao antraalse osa suuruse kohta (21, 27, 28, 30, 31), siis uurisime 100 resetseeritud haigel *antrum*'i piire varem kirjeldatud meetodil (18, 19). See on tarvilik selleks, et leida vajalik resektsiooni ulatus.

Nagu tabelist nähtub, võib *antrum*'i piir väikesel kõverikul ulatuda 8 . . . 16,5 cm võrra püloorusest proksimaalsele, s. t. võib hõlmata ligikaudu 80% väikesest kõverikust. Suurel kõverikul kõigub piir 6 . . . 14 cm vahel ja ei ulatu kunagi ka *aa. gastroepiploica dext.* ja *sin.* ühinemiskohani (van Goethemi punkt). Seega on otstarbekas, et *antrum*'i täielikuks eemaldamiseks valitaks vertikaalne resektsioonijoon (vt. joon. 1 A), kusjuures väikesest kõverikust eemaldataks vähemalt 80% ja suurel kõverikul ulatuks see joon van Goethemi punktini. Arvestada tuleb ka *antrum*'i kuju varieerumist ning seda, et korpuse ja *antrum*'i piir ei ole alati päris sirgjooneline (vt. tahvel I, foto). Nii võib vertikaalse resektsioonijoone korral *antrum*'i eemaldada ka vähem kui $^2/_3$ mao resetseerimise teel. Kui aga valitakse transversaalne resektsioonijoon, siis ei piisa alati isegi $^2/_3$ mao resetseerimisest selleks, et *antrum*'it väikese kõveriku piirkonnast täielikult eemaldada (vt. joon. 1 B). Järelikult kahjustub mao reservuaarne funktsioon transversaalse resektsioonijoone korral tunduvalt enam kui vertikaalse korral (19). Lisaks sellele on esimesel juhul vähe lootust maoköndi rütmiliseks tühjenemiseks, sest anastomoosirõngas ei moodustu küllaldasel määral (27).

Paralleelselt *antrum*'i suuruse arvestamisega peab mao resetseerimisel silmas pidama mao sekretsioonivõimet. Seda on vaja uurida insuliinstimulatsiooni puhul. Samuti tuleb uurida basaalsekretsiooni 12 tunni vältel. Eriti viimane on lihtne uuring ja selle varal saab teatava ettekujutuse *n. vagus*'e toonusest. Normist madalam basaalsekretsioon ja vaba soolhappe puudumine ning mao atoonia viitavad *n. vagus*'e langenud toonusele. Seda võib sageli täheldada *ulcus ventriculi*'t põdevatel haigetel. Haavandtõve mainitud vormi patogeneesis on muude tegurite kõrval oluline koht toidu pikaajalisel püsimisel maos, mis põhjustab gastriini ülemäärast produktsiooni *antrum*'is koos



Joonis 1. Mao distaalse osa eemaldamise variandid. A — vertikaalne ja B — transversaalne resektsioonijoon. × van Goethemi punkt

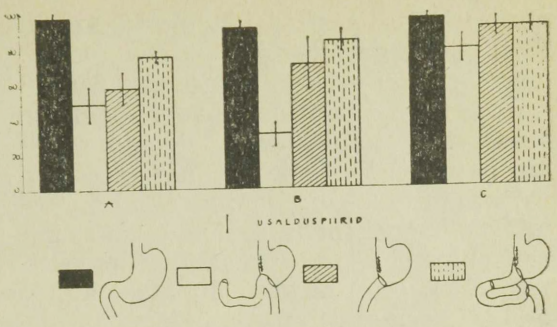
sekretsiooni stimuleerimisega. See tingib lõpuks haavandi kujunemise (kroonilise gastriidi ja kahjustunud limabarjääri foonil). Selektiivne vagotoomia on nendel haigetel vastunäidustatud, sest *n. vagus*'e toonus on niigi langenud (23).

Kaksteistsõrmiksoolehaavandi juhtudel on basaalsekretsioon enamasti kõr-

ge ja vaba soolhappe produktsioon suur. Liignõristus tühjas maos viitab *n. vagus*'e kõrgenenud toonusele. L. Dragstedt (23) arvab, et kui kaksteistsõrmiksoolehaavandi puhul basaalsekretsiooni uurimisel saadud vaba soolhappe hulk ületab 75 mekv./l, on selektiivne vagotoomia näidustatud ja vajalik. Seni oleme kinni pidanud järgmisest taktikast. Kui basaalsekretsiooni uurimisel saadud vaba soolhappe hulk ületab Dragstedti poolt antud nivoo, siis mobiliseerime kogu väikese kõveriku maoseina vahetus läheduses, *antrum*'i eemaldame aga eespool kirjeldatud viisil. Sellega saavutame peale antrektoomia ka antraalse vagotoomia.

Järgmiseks tähtsaks küsimuseks, millest haavandtõve kirurgilise ravi edukus sõltub, on seedetrakti läbitavuse taastamine pärast mao resetseerimist. Kas maokönt ühendada *jejunum*'i algosaga ja toit kaksteistsõrmiksoolest mööda juhtida või ühendada see kaksteistsõrmiksoolega (vahetult või peensoole transplantaadi abil)? Need küsimused on viimastel aastatel põhjustanud elavat, seni veel vaibumata diskussiooni (3, 5, 6, 8, 9, 12, 15 jt.). Vastukäivad kirjanduse andmed (4, 5, 6, 9, 12, 16) ja asjaolu, et kliinikus ei ole alati lihtne otsustada seedimisprotsessi kulu iseärasuste üle pärast seda, kui mao resetseerimiseks on rakendatud eri meetodeid, sundisid meid nende küsimuste lahendamiseks tegema eksperimentaalseid töid. Uurisime toitainete seedimist ja imendumist pärast mao resetseerimist bilansimeetodil (peensoole fistulite ja roojaanalüüside varal). Tegime 33 koeral 361 kroonilist katset (vt. joon. 2).

Nagu joonisel 2 esitatud andmetest nähtub, kannatab kaksteistsõrmiksoole väljalülitamisel pärast mao resektsiooni olulisel määral nii liha ja rasva seedimine kui ka glükoosi imendumine. Tunduvalt paremini kulgeb seedimine siis, kui toidu normaalne tee läbi kaksteistsõrmiksoole on taastatud (eriti gastrojejunoplastika puhul). Loomkatsed, samuti kliinilised tähelepanekud näitavad, et peensoole transplantaat oma aktiivse peristaltika tõttu takistab maoköndi kiiret tühjenemist. See omakorda tagab kaksteistsõrmiksoole rütmilise täitumise, toidumassides õigeaegse segunemise seedemahladega ja liikumise peensooles ning loob paremad tingimused seedimisprotsesside kulgemiseks. Järelikult võtab transplantaat kaotatud pülooruse funktsiooni mingil määral endale (6, 8, 9).



Joonis 2. Liha (A), rasva (B) ja glükoosi (C) seedimine ning imendumine tervetel ja resetseeritud maoga koertel

Veenvad eksperimentaalsed andmed gastrojejunoplastika eeliste kohta muude meetodite ees ei tähenda veel sugugi seda, et kõik mao resektsioonid peaksid tehtama sel viisil. Meetodi valik kliinikus sõltub paljudest teguritest, mistõttu tänapäeval on püstitatud tees: igale haigele oma operatsioon (8, 9). Nii on mitmete haigusjuhtude puhul näidustatud Billroth II tüüpi operatsioon, nagu pankreasse penetreerinud kaksteistsõrmiksoolehaavandite, *bulbus duodeni* eesmises ja tagumises seinas lokaliseeruvate laiaulatuslike põletikuliste muutustega haavandite jt. korral. Nendes tingimustes on vaevalt otstarbekad resektsioon Billroth I mooduse järgi või plastilised operatsioonid.

Osa haigeist võib opereerida Billroth I mooduse järgi, mis on kõige lihtsam ja mis nõuab kõige vähem aega. Sellepärast oleme seda rakendanud nendel juhtudel, kui kiiresti oli tarvis opereerida haige seisundi või mõne muu asjaolu tõttu. Seejuures peavad kaksteistsõrmiksool ja magu olema sedavõrd liikuvad, et gastroduodenaalset anastomoosi oleks võimalik rajada ilma igasuguse pingeta ning lisaprotseduurideta. Teataval osal haigeist võib pärast mao resetseerimist teha gastrojejunoplastika. Selleks on sobivad maohaavandit või polüpoosi põdevad haiged, seda eriti siis, kui resektsioon kujuneb tavalisest ulatuslikumaks (3, 4, 6, 8). Kaksteistsõrmiksoolehaavandi juhtudel peab

opereerimisse gastrojejunoplastika meetodil suhtuma teatava ettevaatusega, sest just siis esineb kõige sagedamini anastomoosi peptilisi haavandeid ja seda mis tahes resektsioonimeetodi kasutamisel. Peale selle tuleb arvestada asjaolu, et gastrojejunoplastika on suhteliselt keerukam ja aeganõudvam operatsioon kui muud resektsiooni moodused. Seepärast on see lubatav ainult nendes keskustes, kus on olemas küllaldaselt kogemusi ja kõik tingimused selleks operatsiooniks, narkoosiks ning operatsioonijärgseks raviks.

Kokku võttes võib öelda, et haavandtõve kirurgiline ravi ei ole enam üksnes kirurgilise tehnika probleem. See moodustab tähtsa peatüki tänapäeva gastroenteroloogias ja esilekerkivaid küsimusi saab lahendada ainult siis, kui silmas pidada seedimise füsioloogiat ja patofüsioloogiat.

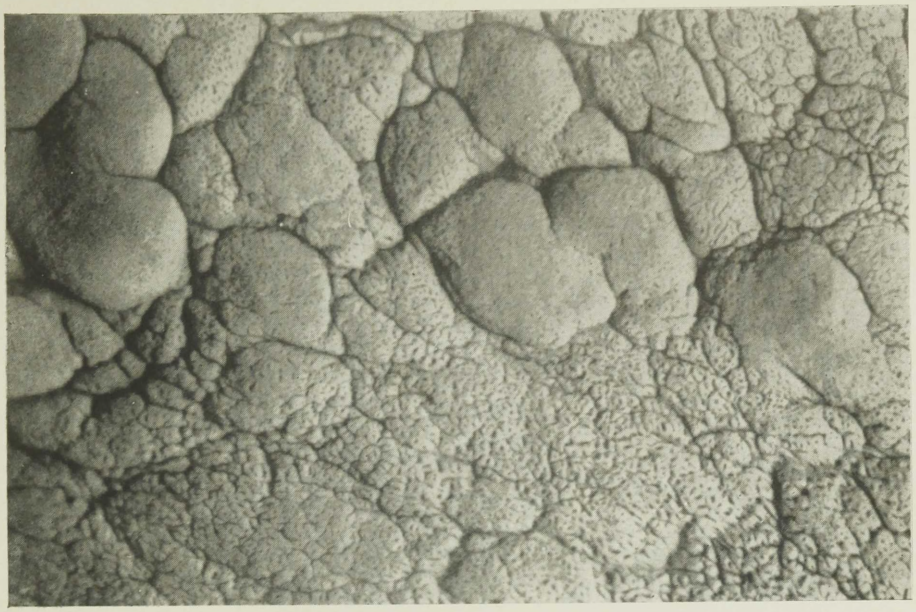
РЕЗЮМЕ. Успех радикального хирургического лечения язвенной болезни зависит от многих причин и в первую очередь от правильно установленных показаний к операции. Не следует оперировать больных молодого возраста с коротким анамнезом, в первом периоде язвенной болезни, когда выраженные нервновегетативные расстройства преобладают над желудочными явлениями. Резекция желудка допустима лишь в том случае, если длительное и всестороннее консервативное санаторное лечение и физиотерапия не дают эффекта.

Вторым вопросом, обусловливающим успех хирургического лечения, является объем резекции и методика ее выполнения. Объем резекции желудка определяется прежде всего размерами антральной ее части. Для этого автором проводилось измерение размеров антрума 100 больных язвенной болезнью. Оказалось, что размер антрума на малой кривизне колебался от 8 до 16,5 см, на передней и задней стенках желудка одинаково — от 7 до 15 см и на большой кривизне — от 6 до 14 см. Таким образом, для полного удаления антрума линия резекции желудка должна быть вертикальной. При этом на малой кривизне нужно удалять не менее 80%, а на большой кривизне линию сечения дистального отдела желудка желательно вести до точки ван Готхема. Кроме того, при резекции желудка нужно учитывать и данные его секреторной деятельности. Если содержание соляной кислоты в базальной секреции превышает 75 мэкв/л, то, кроме резекции, желательно проводить и антральную ваготомию.

Следующим важным моментом является вопрос восстановления непрерывности пищеварительного тракта после резекции желудка. Автором проведен 361 хронический опыт на 33 собаках. Выяснилось, что после резекции желудка с выключением дуоденального пассажа пищи страдает как переваримость мяса и жира, так и всасывание глюкозы. Значительно лучше протекают процессы пищеварения у собак с восстановлением нормального пассажа пищи после резекции желудка, особенно с тонкокишечной пластикой. Тонкокишечный трансплантат своими активными движениями обеспечивает ритмический переход пищевого химуса из культи желудка в дуоденум отдельными порциями и дальнейшее продвижение пищи по кишечному тракту в нормальные сроки. Несмотря на убедительные экспериментальные данные, вопрос о выборе метода резекции желудка в клинике решается строго индивидуально. Один метод резекции не может конкурировать с другим. Имеются определенные показания к проведению резекции по второму способу Бильрота. Для проведения пластических операций и резекции по первому способу Бильрота имеются также определенные показания.

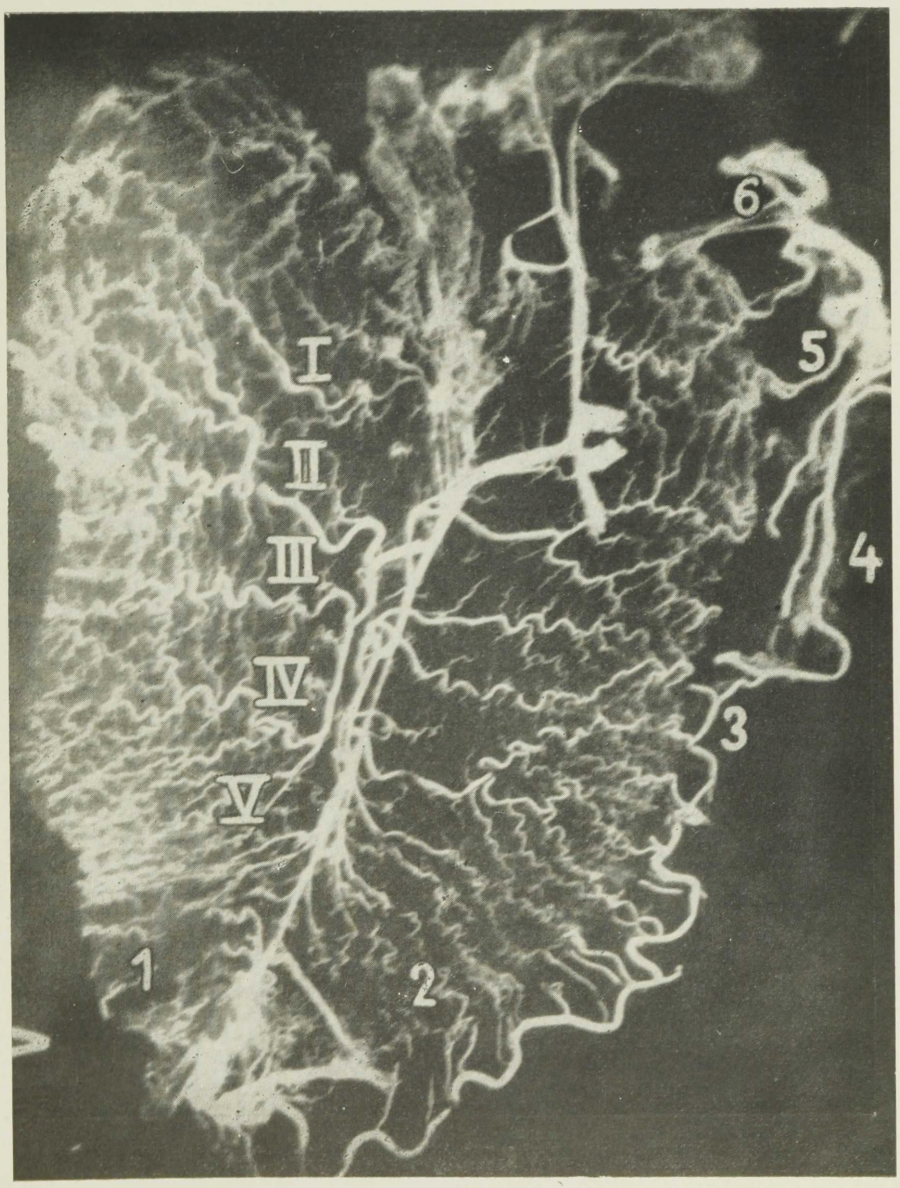
KIRJANDUS: 1. Андросов П. И. Труды научной сессии, посвящ. 15-летию Ин-та скорой помощи им. Склифосовсково. М., 1963, 38. — 2. Березин И. Ф. Хирургия, 1966, 8, 117—121. — 3. Бусалов А. А. и Комаровский Ю. Т. Патологические синдромы после резекции желудка. М., 1966. — 4. Биляевин Г. Д. Хирургия, 1959, 11, 144. — 5. Виноградов И. Е. Хирургия. 1965, 11, 112—113. — 6. Захаров Е. И. и Захаров А. Е. Тонкокишечная пластика при гастроэктомии и резекции желудка. М., 1962. — 7. Кальциенко И. И. В кн.: Еюногастропластика при гастрэктомии и резекциях желудка. Крымиздат, 1962, 57—61. — 8. Кузин М. И. В кн.: Материалы Всесоюзной (учредительной) конференции врачей терапевтов-гастроэнтерологов. Минск, 8—10 июня 1966, 27. — 9. Кузин М. И. и Чистова М. А. В кн.: Диагностика и лечение постгастрорезекционных синдромов и язвенных больных. Материалы симпозиума, М., 1967, 70—74. — 10. Левин М. М. Повторные операции при заболеваниях оперированного желудка. Харьков, 1961. — 11. Масюкова Е. М. Хирургия, 1966, 8, 121—125. — 12. Петрушинский М. И. Хирургия, 1958, 9, 57—62. — 13. Пипиа И. К. и Кумскашвили Р. Н. Хирургия, 1966, 6, 36—40. — 14. Розанов Б. С. Хирургия, 1966, 6, 5—10. — 15. Русанов А. А. Резекция и черезбрюшинная экстирпация желудка. Л., 1961. — 16. Русанов А. А. Вопр. онкологии, 1964, 12, 3—9. — 17. Савиных А. Г. Проблемы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Томск, 1945. — 18. Сарв И. И. и Кооль М. А. Материалы VII научной конференции Тернопольского гос. мед. ин-та, 1965, 402—404. — 19. Сарв И. И. Ученые записки Тартуского гос. университета. Труды по медицины, Тарту, 1965, XII, 178, 132—136. — 20. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955. — 21. Berger, E. H. Amer. J. Anat., 1934, 54, 87. — 22. Dragstedt, L. R. Arch. Surg., 1957, 75, 552—556. — 23. Dragstedt, L. R. Amer. J. Surg., 1963, 293—294. — 24. Harkins, H. N. a. o. Arch. Surg., 1962, 85, 6, 936—943. — 25. Harrison, R. C. a. o. Arch. Surg., 1959, 78, 832—835. — 26. Kronberger, L. a. Pirker, E. Langenbecks Arch. und Dtsch. Z. Chirurg., 1964, 305, 3, 231—237. — 27. Miya-

J. Sarv



Mao limaskesta reljeef korpuse ja antrumi piiriga. Suurendus 9 ×. C — korpus ja A — antrum

U. Sibul
R. Truve

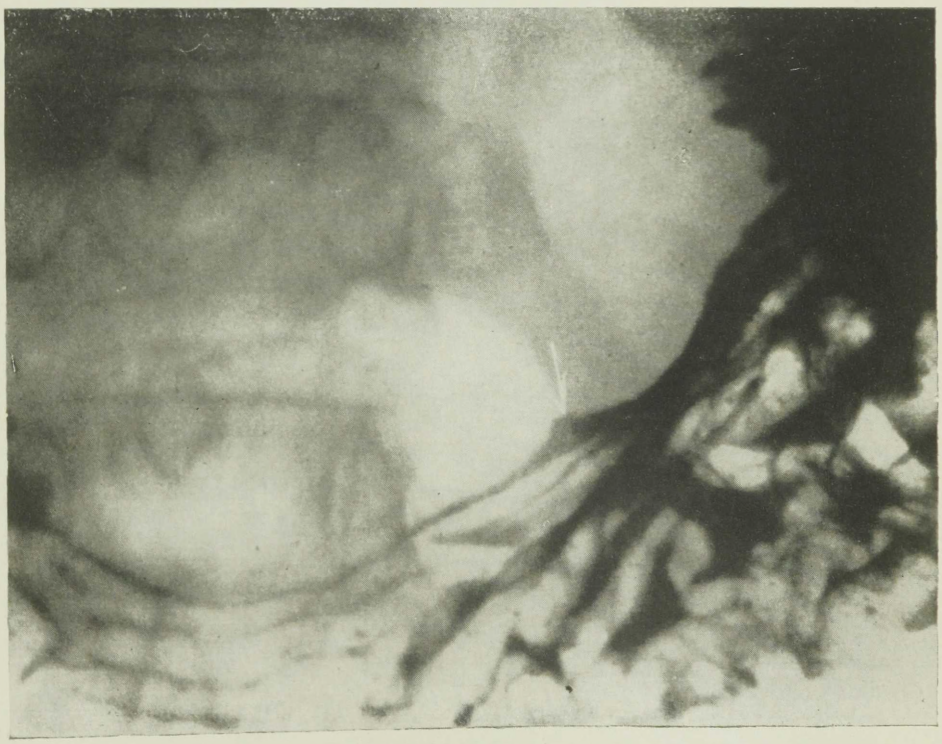


Vasogramm mööda suurt kõverikku lahtilõigatud maost. 1 — *paries anterior*, 2 — *paries posterior*, 3 — *a. gastroepiploica dext.* ja *sin.* kohtumiskoht, 4 — *a. gastroepiploica sin.*, 5 — *a. gastrica brevis (inf.)*, 6 — *a. gastrica brevis (sup.)*. I, II, III, IV ja V — *a. gastrica sinistra* harud, mis suunduvad mao eesmisele seinale.



K. Allpere
V. Miller
U. Sibul
L. Valdes

Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2

gawa, Y. J. Anat., 1920—21, 55, 56. — 28. Oi, M., a. o. Gastroenterology, 1959, 36, 45. — 29. Palumbo, L. T. a. Sharpe, W. S. Surgery, 1964, 56, 6, 1045—1050. — 30. Paschvis, K. u. Orator, V. Z. Anat. und Entwicklungsgesch., 1923, 67, 494. — 31. Ruding, R. a. Hirdes, W. H. Surgery, 1963, 53, 6, 743—755.

Tartu Riiklik Ülikool

MAO RESEKTSIOONI ULATUSE MÄÄRAMISEST

UNO SIBUL
RANDO TRUVE
Tallinn

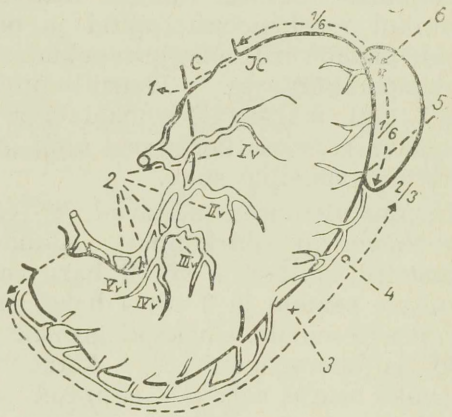
UDK 611.33-089.87

Mao ja kaksteistsõrmiksoole haiguste kirurgilise ravi aktuaalseks probleemiks on nn. klassikalise šabloonilise mao-resektsiooni asendamine nii viisilt kui ka ulatuselt individuaalse operatsioonivariandiga (17, 18, 20).

Et õigesti hinnata ühes või teises resektsioonitasapinnas erineva lõikesuunaga eemaldatud mao-osa suurust, on vaja tugineda konkreetsetele anatoomilis-topograafilistele orientiiridele maol (7, 8). K. Sapožkov (10) soovitab kasutada maole kinnituvaid ligamente, P. Napalkov (8), A. Gorbaško (4, 5) aga mao veresooni. Eemaldatud mao-osa suuruse hindamiseks soovitatud skeemid (2, 4, 7, 8, 9, 13, 19) võimaldavad määrata resetseeritud mao-osa suuruse mitte enam kui 6 erineva resektsioonitasapinna ulatuses. Mao resetseerimisel on vähe silmas peetud lõike suunda (vertikaalne, põiksuunaline) ja lõike kuju (kaarjas, astmeline, sirgjooneline). Diferentseeritud operatsioonitaktika puhul aga nõuavad nimetatud detailid senisest rohkem tähelepanu (3, 6, 11, 19).

Käesoleva töö käigus püüti välja töötada konkreetsetele anatoomilistele orientiiridele (veresoontele) tuginevaid skeeme, mis eemaldatud mao-osa suurust võimaldaksid täpsemalt määrata erinevas kõrguses ja suunas, samuti erineva kujuga tehtud resektsioonilõigete korral. Ühtlasi katsetati süstematiseerida mitmesuguse ulatuse, suuna ja kujuga tehtavaid mao resektsioone selliselt, et operatsioonikirjelduses oleks lühikese tingmärgi varal võimalik märkida resektsiooni kõrgust (väikesel kõverikul) ja ulatust (eemaldatud mao-osa suurus protsentides eeldatavast mao üldpinnast).

Mao veresoonte ja nende põhiharude topograafiat mao eri osade (*antrum*, *corpus*, *fundus*) suhtes uuriti *postsectionem* 50 täiskasvanu mao veresoonte



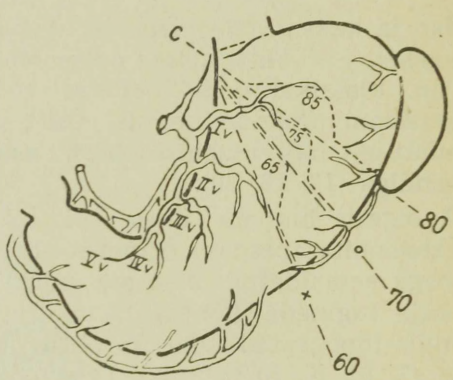
Joon. 1. Anatoomilis-topograafilised orientiirid mao väikesel ja suurel kõverikul: mao seina mööda kulgevad veresooned. 1) C — *cardia* (*r. cardiacus posterior*'i suundumiskoht maole). 2) I v., II v., III v., IV v. ja V v. — *Vasa gastrica sinistra* harud, mis suunduvad mao eesmisele seinale. 3) *Vasa gastroepiploica*'te kohtumiskoht suure kõveriku keskosas (elundivälise anastomoosi puudumisel nimetatud veresoonte viimaste harude vahekauguse matemaatiline keskmine) — van Goethemi punkt. 4) Matemaatiline keskpunkt van Goethemi punkti ja alumiste lühikeste veresoonte maole suundumise koha vahekaugusest. 5) Alumiste ja 6) ülemiste lühikeste veresoonte asukohad mao suurel kõverikul.

anatoomilise prepareerimise, vasograafia ja transilluminatsiooni abil. Kontrastaine (pliimenniku 10%-line želatiinilahus) injitseeriti *truncus coeliacus*'e kaudu kindla rõhu all (120 mm Hg) ja kindlal temperatuuril (+40° C). Vasograafiarežiim intaktse mao puhul: voolu pinge 45 V, tugevus 20 mA ja ekspositsiooniaeg 20″; mööda suurt kõverikku lahtilõigatud maol 40 V, 20 mA ja 15″ (vt. tahvel I, vasogramm). Lahtilõigatud mao preparaadil tehti planimeetrilisi mõõtmisi veresoonte (*vasa gastricae sinistrae, vasa gastroepiploicae sinistrae et dextrae, vasa gastricae breves*) põhiharude suundumis-, resp. lähtumiskohtade suhtes maole. Nimetatud veresooni kui anatoomilis-topograafilisi orientiire jälgiti 203 haigel *intraoperationem* (ilma spetsiaalsete angioloogiliste uurimisteta).

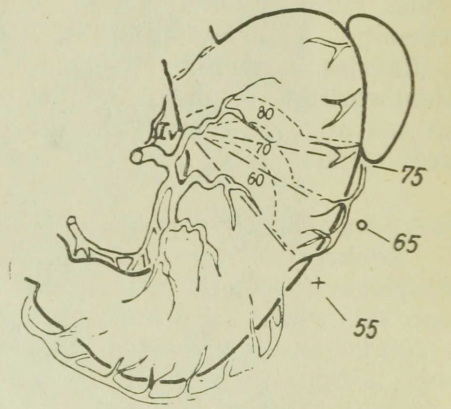
Toetudes anatoomilis-topograafilistele orientiiridele (mao veresoontele) mõlemal maokõverikul määrati (planimeetriliste mõõtmiste abil) eemaldatava mao-osa suurus 21 erinevas resektsioonitasapinnas. Selleks märgiti mõlemal kõverikul resektsioonitasapind ja mao seinale projitseeriti lõikejoon eeldatavas resektsioonikõrguses. Transilluminatsiooni abil märgistati eemaldatava ja allesjääva mao-osa kontuurid ning leiti nende omavaheline suhe.

Uurimistulemused näitavad, et väikese kõveriku piirkonnast suundub *a. gastrica sinistra* 4 või 5 haru mao eesmisele seinale ja 3 või 4 haru mao tagumisele seinale. Üheks kõige tugevamaks ja operatsiooni ajal kergemini leitavaks osutus *corpus*'e eesmisel seinal kulgeva *a. gastrica sinistra* II haruga paralleelselt asetsev veen (II veen).

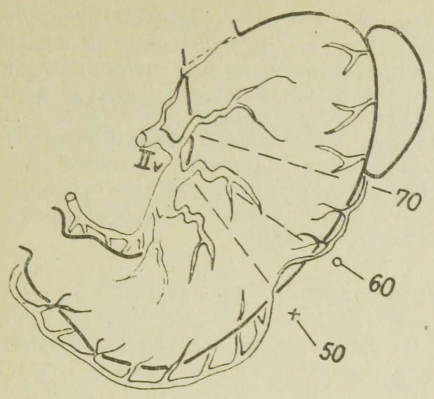
Nimetatud veresoon algab mao väikese kõveriku ülemise ja keskmise kolmandiku piirilt (vt. joon. 1). Sama kõveriku alumise ja keskmise kolmandiku piiril paiknev *a. gastrica sinistra* IV haru (resp. IV veen) oli angiograafia teel sedastatav kõikidel maopreparaatidel ja ka operatsiooni ajal jälgitav. *A. gastrica sinistra* I haru (resp. I veeni) võis leida 49 preparaadil 50-st. Ühel juhul polnud see väikesel kõverikul väikese läbimõõdu tõttu eristatav. Operatsiooni ajal on *a. gastrica sinistra* I haru (resp. I veen) nähtav ainult pärast maksa vasaku sagara ülestõstmist. *Vasa gastroepiploica*'te kohtumiskoht asetses 49 maopreparaadil 50-st suure kõveriku keskosas (vt. joon. 1). Ühel juhul polnud võimalik määrata nn. van Goethemi punkti asukohta, sest põrna puudumise tõttu (*aplasia lienalis*) puudusid ka vasakpoolsed rasviku veresooned. Konstantseteks orientiirideks suure kõveriku ülemise ja keskmise kolmandiku piiril osutusid alumised *vasa gastricae breves*, mis 47 juhul



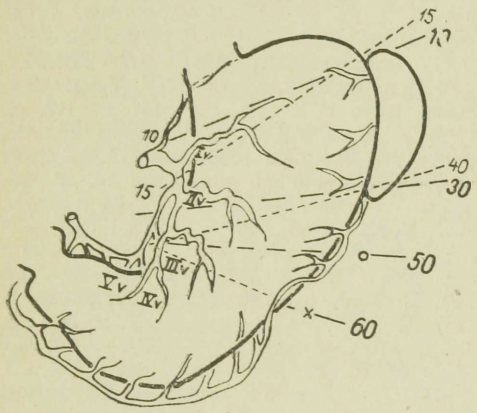
Joon. 2. Mao väikesel kõverikul kardia kõrgusel tehtavate resektsioonide (kõrged resektsioonid) puhul eemaldatavate mao-osade suurus (sirge ja astmelise lõikejoone korral).



Joon. 3. Mao väikesel kõverikul I veeni kõrgusel tehtavate resektsioonide (keskmised resektsioonid) puhul eemaldatavate mao-osade suurus (sirge ja kaarja lõikejoone korral).



Joon. 4. Mao väikesel kõverikul II veeni kõrgusel tehtavate resektsioonide (madalad resektsioonid) puhul eemaldatavate mao-osade suurus.



Joon. 5. Mao väikesel kõverikul I kuni IV veeni kõrgusel tehtavate proksimaalsete resektsioonide puhul eemaldatavate mao-osade suurus.

50-st suundusid (resp. lähtusid) maole põrna alumise pooluse kõrgusel. Ülemised lühikesed veresooned suundusid 46 juhul 50-st mao suurele kõverikule *fundus*'el *incisura cardiaca*'st suure kõveriku üldpikkuse $^1/_6$ võrra vasakul (lienaalsemal). Nimetatud veresooned olid operatsiooni ajal nähtavad ainult pärast vasaku roietekaare tõstmist ja mao ettevaatlikku tõmbamist paremale ja allapoole. Mao resetseerimisel eemaldatavate mao-osade suurus protsentides on toodud skeemidel (vt. joon. 2, 3, 4, 5).

Eespool esitatud andmed näitavad, et mõlemal maokõverikul on võimalik leida suhteliselt konstantse asukohaga praktikas rakendatavaid orientiire mao veresoonte näol. Orientiiridena sobivad ainult m a o s e i n a l paiknevad veresoonte harud, sest nende asukoht mao suhtes muutub vähem kui veresoonte põhitüvede asukoht, nagu S. Arhangelski (1), A. Gorbaško (4, 5), meie varasematest (12) ja ka käesolevatest uurimistest on selgunud. Et operatsiooni ajal on mao seina veenid paremini nähtavad (ilma angioloogiliste uurimismeetoditeta) kui arterid, kasutatakse orientiiridena veene (4, 5, 12, 20).

Mao veresoonte harude abil on võimalik täpsemalt orienteeruda eemaldatava mao-osa suhtelises suuruses ja valida resektsioonilõike tasapind selliselt, et maksimaalsel määral säiliks maoköndi adekvaatne verevarustus. See on eriti oluline nn. kõrgete mao resektsioonide korral (12, 14, 15, 16). Et kirurgilise ravi hilistulemuste hindamise ja mõnede hilistüsistuste tekkimise

Mao resektsioonide klassifikatsioon *

Resektsioonide klassifikatsioon väikese kõveriku eemaldamise ulatuse järgi			Resektsioonide klassifikatsioon eemaldatud distaalse mao-osa suuruse järgi
«kõrged» resektsioonid	«keskmised» resektsioonid	«madalad» resektsioonid	
C 85%	—	—	
C 80%	I v 80%	—	ulatuslikud
C 75%	I v 75%	—	ehk laiendatud
C 70%	I v 70%	II v 70%	resektsioonid
C 65%	I v 65%	—	mõõdukad
C 60%	I v 60%	II v 60%	resektsioonid
—	I v 55%	—	säästvad ehk
—	—	II v 50%	ökonoomsed resektsioonid

põhjuste uurimise seisukohalt on oluline teada mao väikese kõveriku eemaldamise ulatust (3, 6, 11) ja maoköndi orienteeruvat suurust, siis näib olevat otstarbekas tarvitusele võtta niisugune mao resektsiooni klassifikatsioon, milles

* Vt. joon. 2, 3, 4

neid detaile on arvesse võetud (vt. tabel lk. 11).

Järeldused

1. Mao eesmisel seinal paiknevad veresoonte põhiharud on suhteliselt konstantse asukohaga mao eri osade (*fundus, corpus, antrum*) suhtes, mistõttu neid saab kasutada orientiiridena patoloogia (polüüp, haavand) asukoha ja resektsioonitasapinna kõrguse hindamiseks.

2. Lähtudes konkreetsetest orientiiridest mõlemal maokõverikul on võimalik täpsemalt hinnata eemaldatud mao-osa suurust.

3. Mao resektsiooni ulatuse määramisel on peale lõike tasapinna ja suuna vaja arvestada ka lõike kuju (resektsiooni vorm).

РЕЗЮМЕ. Актуальной проблемой хирургии желудка является преодоление шаблона «классических» резекций в пользу индивидуализированных как по методу, так и по объему операций. Известные трудности представляет определение уровней и углов отсечения по отношению к большой и малой кривизне желудка.

Авторами выработан ряд схем для оценки величины удаляемой части желудка и сделана попытка систематизировать некоторые разные по форме варианты резекции с указанием величины удаляемой части в процентах (85%, 80%, 75%, 70% и т. д.) и высоты резекции по отношению к малой кривизне [на уровне кардии — «С», на уровне первой вены (I_v) и т. д.]. Для этого при помощи вазографии и трансиллюминации была изучена топография основных сосудов желудка по его отделам на 50 трупах взрослых людей.

Выяснилось, что положение пристеночных ветвей как по малой кривизне, так и по большой является относительно постоянным и они могут быть использованы в качестве анатомо-топографических ориентиров (рис. 1 ... 5). В клинической практике авторы рекомендуют ориентироваться на вены желудка (идущие параллельно артериям), которые легко обнаруживаются без применения дополнительных методов исследования.

KIRJANDUS: 1. Архангельский С. Х. Автореф. дисс. докт. мед. наук, Саратов, 1940. — 2. Березов Е. Л. Расширенные и комбинированные резекции желудка при раке. М., 1957. — 3. Богач П. Г. и Гройсман С. Д. Эксперим. хирургия, 1966, 4, 35—36. — 4. Горбашко А. И. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Л., 1964. — 5. Горбашко А. И., Рогозов. Л. И., Федоткин Д. В. Вестн. хирургии, 1964, 3, 49—55. — 6. Котельников В. А. и Гургатов Г. К. Вестн. хирургии, 1967, 4, 75—79. — 7. Мельников А. В. Новый хирург. архив, 1941, 1—2, 83—85. — 8. Напалков П. Н. Сов. медицина, 1958, 11, 3—11. — 9. Петров Н. Н. и Холдин С. А. В кн.: Злокачественные опухоли, Л., 1952, 581—582. — 10. Сапожков К. П. Вестн. хирургии, 1952, 4, 25—26. — 11. Сарв И. И. Уч. зап. ТГУ. Труды по медицине, 1965, XII, 179, 132—136. — 12. Сибуль У. Ф. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Ленинград—Таллин, 1966. — 13. Слюсаренко Е. А. Клинич. хир. 1963, 11, 20—24. — 14. Anderson, R. E., Witkowski, L. J. Arch. Surg. 1960, 80, 2, 276—282. — 15. Branch, S. D., Adams, C. S. Amer. J. Surg. 1963, 105, 3, 317—319. — 16. Casebolt, B. T. J. Internat. Coll. Surgeons, 1959, 31 (3) 269—272. — 17. Holle, F. u. Hart, N. Klin. Chir. 1965, 309, 3, 205—223. — 18. Hollender, L. F. Actuelle Chir. 1967, 2, 3, 147—154. — 19. Kuntzen, H. Langenbecks Arch. und Dtsch. Z. Chirurg. 1957, 287, 352—377. — 20. Zollinger, R. M. Amer. J. Surg. 1963, 105, 3, 413—422.

Tallinna Tõnismäe Haigla

KROONILISE MAOHAAVANDI PAHALOOMUSTUMISEST

VÄINO RÄTSEP

Tallinn

UDK 616.33-006.6-031 : 616.33-002.44

1818. a. viitas M. Baillie (10) esimesena kroonilise maohaavandi ja vähi seosele. Sellest ajast alates kogutud andmed kroonilise maohaavandi pahaloomustumise sageduse kohta on eri autoritel väga erinevad — kirjanduse andmeil võib kroonilistest maohaavanditest pahaloomustuda 0,3 ... 71% (1, 6, 16, 17, 18, 19, 23). Maohaavandtõve suhteliselt sage esinemine ning selle võimalik pahaloomustumine rõhutavad probleemi aktuaalsust ka tänapäeval.

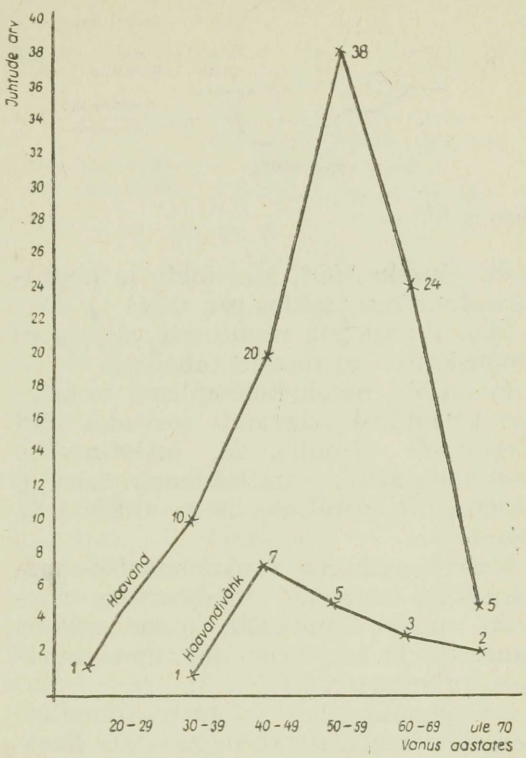
Käesolevas artiklis analüüsitakse Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri gastroenteroloogiaosakonnas aastail

1962—1965 ravil viibinud 116 maohaavandiga haiget *. Neil määrati mao sekretsioonivõime (HCl hulk maomahlas histamiinproovi abil, kloriidide ja pepsiinisisaldus maomahlas), tehti mao röntgenoskoopia (vajaduse korral parietograafia) ja gastroskoopia ning näidustuste esinemisel ka juhitav ja aspiratsioon-gastrobiopsia. Kõiki haigeid opereeriti (mao resektsioon), kusjuures operatsioonipreparaate uuriti patohistoloogiliselt (patoloog-anatoom K. Titkin).

Kriteeriumiks, mis näitab maovähi arenemist haavandist, võeti kasvaja patohistoloogilised iseärasused. Kauakestev haavandiline protsess põhjustab lihaskihi suure osa hävimise, mille tõttu haavandivähi ** korral *tunica muscularis mucosae* ja *tunica muscularis propriae* katkevad järsult haavandi serva juures. Iseloomulikke muutusi leidub sageli ainult haavandi ühel serval. Kui vähk ei ole arenenud haavandist, siis kasvajarakud küll komprimeerivad lihasekiude, kuid need on osaliselt säilinud.

Uurimistulemused näitavad, et 116 kroonilist maohaavandit põdevast isikust 18-l esines haavandivähk (s. o. 15,5%-l haigete üldarvust). Kroonilise maohaavandiga haigete hulgas oli 55 meest ja 43 naist. Haavandivähki diagnoositi 11 mees- ja 7 naishaigel. Haigete iga on näidatud joonisel 1.

Krooniline maohaavand esines 85 juhul üksikkoldena. 10 juhul oli ühel ja samal ajal 2 haavandit, mis paiknesid ühel juhul korpuse piirkonnas (eesmisel ja tagumisel seinal), 6 juhul väikesel kõverikul (antrumi ja korpuse piirkonnas), 3 juhul korpuses väikesel kõverikul ja tagumisel seinal. 3 juhul oli ühel

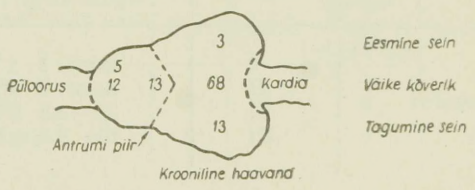


Joonis 1

ja samal ajal tegemist 3 haavandiga, mis lokaliseerusid ühel juhul väikesel kõverikul antrumis (1) ja korpuses (2), teisel juhul kõik 3 väikesel kõverikul korpuses ning kolmandal juhul väikesel kõverikul antrumis (1) ja korpuses (1) ning viimase tagumisel seinal (1). Kokku diagnoositi 114 kroonilist maohaavandit 98 haigel (vt. joon. 2).

Haavandivähk esines 17 juhul üksikkoldena, ühel juhul aga oli 2 kollet — maokorpuses tagumisel seinal ja suurel kõverikul, kokku 19 haavandivähki 18 haigel (vt. joon. 3). Eristati kaht haavandivähi erivormi, nimelt 1) armistunud haavandit katva või 2) kroonilise haavandi serva katva epiteeli pahaloomustunud vohandit.

Mao sekretoorse seisundi hindamisel



Joonis 2

* Artikli koostaja avaldab tänu asutuse kollektiivile, kes võttis osa nimetatud haigete uurimisest ja ravist.

** Kirjanduses kohtab termineid «maliigne haavand», «ulcus-carcinoma», «ulcus-cancrosum», «cancer ulcerativa», «carcinoma ex ulcere», «cancer-ulcus» jt., samuti nende mitmesuguseid kombinatsioone, mis põhjustab ebatäpsusi ja vääritmõistmist. Käesolevas töös kasutame järgmisi oskussõnu: 1) *carcinoma ex ulcere* ehk haavandivähk, mille all mõistetakse kroonilise maohaavandi servast või põhjast alguse saanud maovähki; 2) *carcinoma exulcerans* ehk haavandunud maovähk, mis võib olla a) maovähi haavanduv vorm (esmane) või b) maovähi eksofüütse vormi haavandumine (teisene).



Joonis 3

võeti aluseks HCl, kloriidide ja pepsiinisisaldus maomahlas (vt. tabel 1).

Mao limaskesta muutused väljaspool haiguskollet on toodud tabelis 2.

Peamised patohistoloogilised muutused kroonilise haavandi servadel olid järgmised: atroofia 23, intestinaalne metaplaasia 13, papilloadenomatoos 3, adenoos 34, papilloos 29 ja atüüpia 21 juhul.

Mao limaskesta funktsionaalse-morfoloogilise seisundi hindamiseks võrreldi mao limaskesta patoloogiliste muutuste ja sekretsiooninäitajate uurimise tulemusi (vt. tabel 3).

Röntgenoloogilise ja gastroskoopilise uurimise teel pandud diagnooside ühtelangemine patohistoloogiliselt kinnitatud lõppdiagnoosidega selgub tabelitest 4 ja 5.

Enne operatsiooni määratud eksidiagnoos jäi kroonilise maohaavandi korral püsima 15 (vaatamata paralleelselt rakendatud kahele uurimismeetodile) ja haavandivähi korral 2 juhul.

Juhitav gastrobiopsia tehti 22 juhul. 2 juhul leiti pärast operatsiooni patohistoloogiliselt haavandivähk, mida biopsia abil ei olnud kindlaks tehtud. Ühel juhul oli röntgenoloogiliselt ja gastroskoopiliselt diagnoositud haavandivähki, kuid haavandi servast oli võetud liiga pindmine tükk, mis andiski väära vastuse. Teisel juhul oli röntgenoloogilisel ja gastroskoopilisel uurimisel ekslikult määratud diagnoosiks «krooniline haavand». Biopsia haavandi servast eitas pahaloomulisust. Operatsioonil leiti 0,5 cm suurune haavand ja patohistoloogiliselt avastati haavandivähk. 20 haige puhul ei sedastatud pahaloomulisust: patohistoloogiline uuring kinnitas gastroskoopilist diagnoosi. Röntgenoloogiliselt oli 5 juhul ekslikult diagnoositud haavandivähki. Operatsioonipreparaatide patohistoloogiline uuring kinnitas kroonilise haavandi diagnoosi kõikidel juhtudel.

Et mao limaskesta mõlema haigusvormi korral patohistoloogiliselt iseloomustada, tehti aspiratsioon-gastrobiopsia enne gastroskoopiat 41 kroonilise haavandi ja 11 haavandivähi juhul (vt. tabel 2).

Kirjanduses leiduvad andmed haavandivähi esinemissageduse kohta on väga erinevad tõenäoliselt seepärast, et vaatlusalused on olnud erinevad. Näiteks kesk- ja vanemaealiste krooni-

Tabel 1

Maosekretsiooni näitajad kroonilise haavandi ja haavandivähi puhul (juhtude arv)

Näitaja	Aste	Piirväärtused	Krooniline haavand	Haavandivähk
HCl	0	üld 10—20/vaba 0	12	3
	I	21—39/kuni 19	8	—
	II	40—60/20—40	36	6
	III	üle 60/üle 40	34	6
Kloriidid	0	kuni 199 mg%	2	—
	I	200—499 mg%	30	12
	I	500—600 mg%	13	2
	III	üle 600 mg%	2	—
Pepsiin	0	kuni 1 g%	24	7
	II	kuni 2 g%	6	3
	II	2,1—4,5 g%	13	2
	III	üle 4,5 g%	7	2

Märkus: normiks on võetud II astme näitajad.

Tabel 2

Mao limaskesta muutused väljaspool haiguskollet (juhtude arv)

Limaskesta seisund	Krooniline haavand	Haavandivähk
Normaalne	11	2
Atroofia	30	9
Intestinaalne metaplaasia	8	6
Adenoos	5	3
Papilloos	7	1
Atüüpia	6	3
Krooniline põletik	11	4

line kalloosne haavand pahaloomustub sageli, S. Holdini (8) andmeil 10... 12%-l juhtudest. Kui arvesse võtta kõik haavandihaiged, jaotamata neid vanuse, haavandi vormide jt. tunnuste järgi, esineb haavandivähki terapeutide arvates tunduvalt harvem — 0,3... 3% (2, 7, 17, 18, 23). Kirurgiakliinikute andmeil on see 11,6... 21% (1, 6, 19). Umbes samasugused on ka meie andmed (15,5%). Tõenäoliselt on haavandivähi esinemissagedus suurem, sest ulatuslikuma maovähi juhtudel (ka enamiku II staadiumi protsesside puhul) on kasvaja geneesi patohistoloogilisel teel raske kindlaks teha (haavandile iseloomulikud muutused on hävinud vähi progresseerumise või lagunemise tagajärjel). Meie tähelepanekud ühtivad

Tabel 3

Mao limaskesta funktsionaalne-morfoloogiline seisund (juhtude arv)

Sekretsiooninäitaja ja selle aste		Limaskesta seisund			
		krooniline haavand		haavandivähk	
		normaalne	atroofia	normaalne	atroofia
HCl	0	2	5	—	3
	I	2	1	—	—
	II	3	15	1	3
	III	4	9	1	3
Kloriidid	0	—	1	—	—
	I	2	10	2	7
	II	2	6	—	1
	III	—	—	—	—
Pepsiin	0	1	8	1	3
	I	1	2	1	1
	II	—	8	—	2
	III	2	1	—	2

Tabel 4

Röntgenoloogiliste ja gastroskoopiliste diagnoose ühtelangemine kroonilise haavandi puhul (juhtude arv)

Röntgenoloogiline diagnoos	Gastroskoopiline diagnoos			
	õige	ekslik	gastroskoopiat ei tehtud	kokku
Õige	45	11	10	66
Ekslik	9	15	—	24
Röntgenoloogiliselt ei uuritud	4	1	3	8
Kokku	58	27	13	98

A. Fedorejevi (6) seisukohaga, kes haavandivähi arenemises eristab järgmisi staadiume: 1) mikrovähk — piirdunud vähikolle atüüpiliselt vohanud epiteelis; 2) mikroskoopiline haavandivähk — kasvaja haarab osa haavandi servast; 3) makroskoopiline vähk haavandi armistusest; 4) kaugelearenenud haavandivähk — kasvaja haarab peale haavandi servade ka selle põhja; 5) raskesti diagnoositav haavandivähk — haavandist või armistumisest on jäänud ainult jäljed (ainuüksi anamnees ja korduvad uuringud võimaldavad selgitada, et kasvajale eelneb maohaavand). W. MacCarty ja A. Brodersi (16) poolt esitatud väga suur kroonilise haavandi pahaloomustumise sagedus (71%) on tõenäoliselt tingitud atüüpianähtude ülehindamisest patohistoloogilise uuringu andmete tõlgitsemisel.

J. LaDue (15) andmeil on kroonilist haavandit põdevate haigete keskmine iga 40 aastat ja vähihaigetel 55 aastat. A. Melnikovi (1) tähelepanekuil põevad haavandivähki kõige sagedamini 50... 60-aastased haiged (36%). Käesoleva

Tabel 5

Röntgenoloogiliste ja gastroskoopiliste diagnoose ühtelangemine haavandivähi puhul (juhtude arv)

Röntgenoloogiline diagnoos	Gastroskoopiline diagnoos			
	õige	ekslik	gastroskoopiat ei tehtud	kokku
Õige	5	1	6	12
Ekslik	2	2	2	6
Kokku	7	3	8	18

Tabel 6

Vaevuste laad ja kestus (juhtude arv)

Vaevuse laad	Vaevuste kestus							
	kuni 1 aasta		kuni 3 aastat		kuni 5 aastat		üle 5 aasta	
	haavand	haavandivähk	haavand	haavandivähk	haavand	haavandivähk	haavand	haavandivähk
Kõhuvalu	24	8	24	5	10	3	38	1
Seljavalu	1	—	1	—	1	1	2	—
Valu kohe pärast söömist	8	4	9	—	2	1	15	—
Valu 1 . . . 2 tundi pärast söömist	1	1	2	—	—	—	6	—
Röhitised	5	3	2	1	2	1	6	—
Kõrvetised	4	2	4	—	1	1	3	—
Iiveldustunne	4	—	7	2	4	2	9	1
Oksendamine	7	3	3	5	1	1	16	1
Kokku	54	21	52	13	21	10	95	3

töö andmeil esines haavandivähki sagedamini 40 . . . 49-, kroonilist haavandit aga 50 . . . 59-aastastel. Selle põhjuseks on tõenäoliselt asjaolu, et viimast hinnatakse keskealisel kui võimalikku vähieelset seisundit ja need haiged suunatakse onkoloogiadispanserisse. Teisest küljest viitab see haige ea kui haiguse diagnoosimise näitaja tähtsuse vähenemisele.

Tuleb rõhutada haiguse sümptoomide mõnevõrra erinevat kestust kroonilise haavandi ja haavandivähi puhul (vt. tabel 6). Haavandivähi korral kestsid vaevused enamasti kuni 3 aastat, kroonilise haavandi juhtudel aga 3 . . . 5 aastat ja üle selle. Vaevuste laadil diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt otsustavat tähtsust ei ole. S. Jordani (14) andmeil esineb haavandtõve vaevuste sündroom 40%-l maovähi juhtudest, M. Comfort (12) leidis seda koguni 50%-l juhtudest. Seejuures täheldas ta 38%-l haavandihaigetest, kelle anamnees oli alla ühe aasta, haavandivähki. Seega tuleb iga kroonilist haavandit hinnata kui võimalikku vähieelset seisundit, seejuures erilist tähtsust omistamata haige eale ja anamneesi pikkusele.

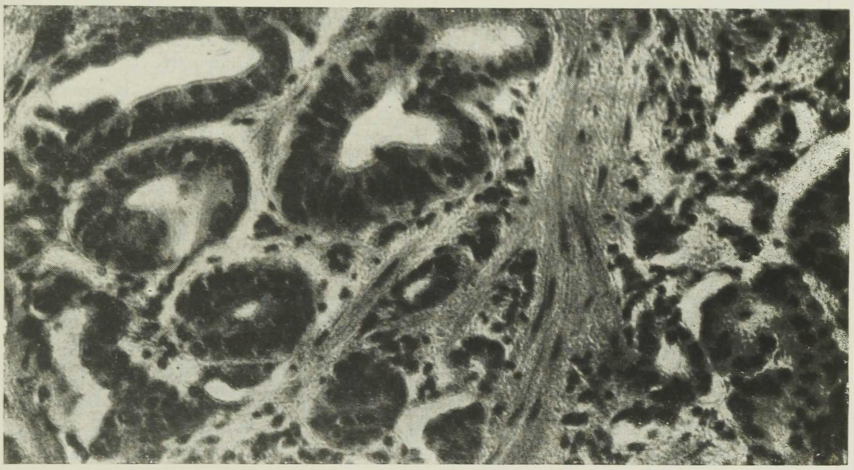
Käesoleva töö andmeil paiknes haavandivähk sagedamini püloro-antraalses piirkonnas, kusjuures samas paiknes ka ligikaudu $^1/_3$ kroonilistest haavanditest. Kirjanduse andmed on erinevad: J. LaDue (15) on nimetatud piirkonnas haavandivähki leidnud 70%-l, E. Benedict (11) 50%-l ja S. Jordan (14) ainult 17%-l kroonilise haavandi juhtudest. Esialgsed tähelepanekud näitavad, et kroonilised haavandid püloro-antraalses piirkonnas pahaloomustuvad suhteliselt sagedamini kui kroonilised haavandid muudes piirkondades. Võimalik, et selle põhjuseks on nimetatud piirkonna funktsionaalsed-morfoloogilised iseärasused, mille selgitamine vajab edaspidi uurimisi.

Meie tähelepanekuil paiknesid väikesel kõverikul sagedamini kroonilised haavandid. Sellele on kirjanduses ka varem tähelepanu juhitud (11, 22), kusjuures rõhutatakse pahaloomustumise sagenemist kardia suunas (22). Mõnevõrra teist laadi andmeid esitab J. LaDue (15), kes röntgenoloogilisel uurimisel on leidnud, et haavandivähki esineb 40—50%-l väikesel kõverikul paiknevatest kroonilistest haavanditest (autoril puuduvad operatsioonidel saadud kontrollandmed). Suurel kõverikul paiknevad haavandid on meie tähelepanekuil alati pahaloomustunud, mis ühtib ka M. Sussmanni (22) arvamusega.

Kui ühel ja samal ajal esines mitu kroonilist haavandit, olid need kõik healoomulised. Ühel haavandivähi juhul aga olid 2 haiguskollet mõlemad pahaloomustunud. Seejuures pahaloomustus alati haavandit kattev epiteel, mitte haavand ise. Need faktid viitavad meie arvates teatava üldise, ainevahetuslikku



Foto 1. Operatsioonipreparaat (lahti lõigatud mööda suurt kõverikku): subtotaalselt resetseeritud magu. Diagnoos: haavandivähk.



Mikrofoto 1. Koetükk fotol 1 kujutatud haavandivähi koldest. Patohistoloogiline diagnoos: mao adenokartsinoom. Värving: hematoksüliin-eosiin. Suurendus 252 ×.



Mikrofoto 2. Koetükk fotol 1 kujutatud mao limaskestast (väljaspool haiguskollet). Patohistoloogiline diagnoos: maokorpuse piirkonna limaskesta ulatuslik atroofia algava papilloosi ja kroonilise põletikulise infiltratsiooniga, näärmeepiteeli väljakujunenud atüüpia ning ulatusliku intestinaalse metaplaasiaga. Värving: hematoksüliin-eosiin. Suurendus 75 ×.

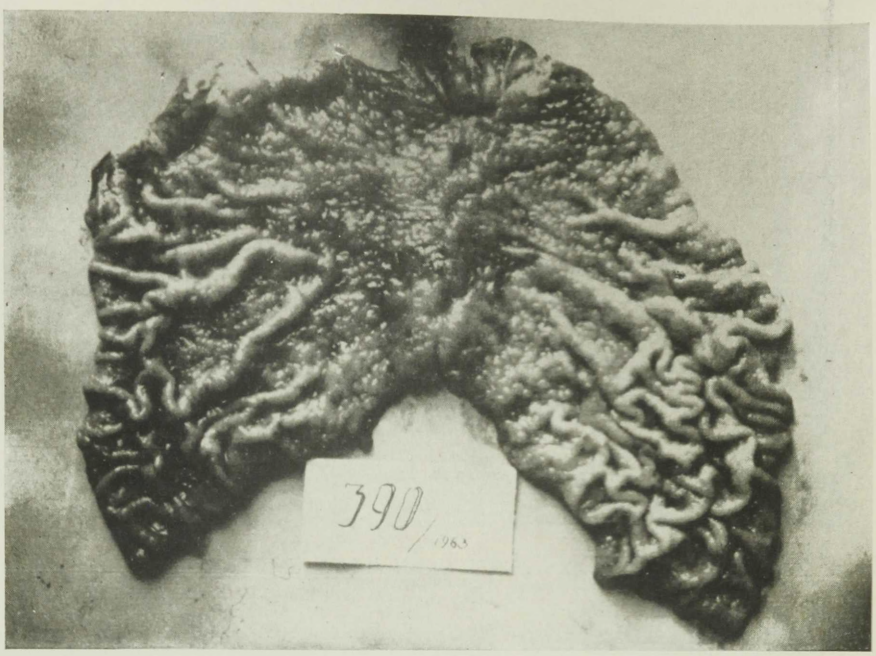
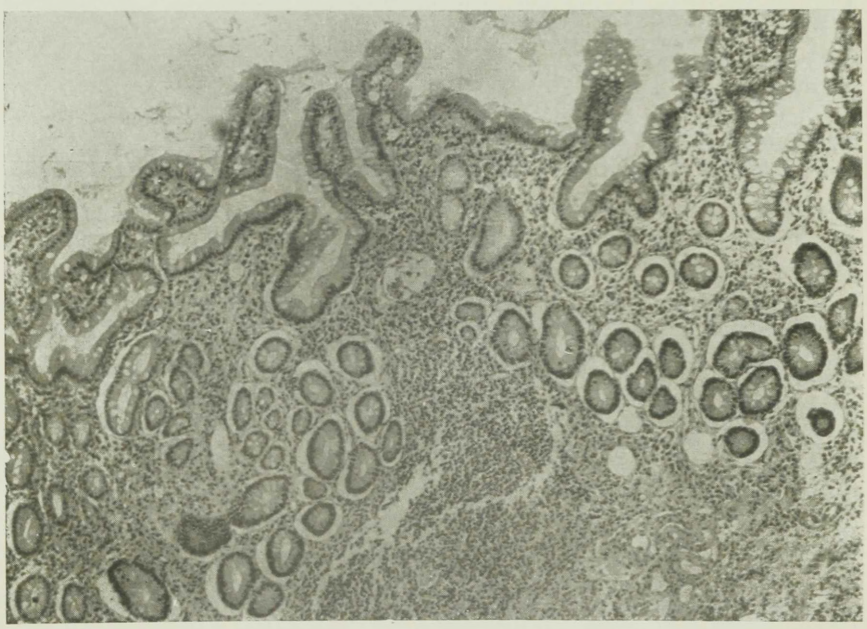


Foto 2. Operatsioonipreparaat: subtotaalselt resetseeritud magu. Diagnoos: kroonilised maohaavandid. 3 haavandit paiknevad väikesel kõverikul.



Mikrofoto 3. Koetükk fotol 2 kujutatud mao limaskestast (väljaspool haiguskollet). Patohistoloogiline diagnoos: maokorpuse tsooni limaskesta ulatuslik atroofia algava papilloosi ja kroonilise põletikulise infiltratsiooniga, näärmeepiteeli mõõduka atüüpia ning ulatusliku intestinaalse metaplaasiaga. Värving: hematoksüliin-eosiin. Suurendus 75 ×.

laadi teguri osatähtsusele kroonilise haavandi pahaloomustumises, kusjuures paikne tegur (haavand) tuleb asetada teisele kohale. Seda hüpoteesi toetab ka asjaolu, et haavandivähi üks vorm arenes armistunud haavandit katva epiteeli pahaloomustunud vohandina (krooniline haavand kui paikne tegur oli tagaplaanil).

Kirjanduse andmeil on haavandi suurusel diagnoosimise seisukohalt teatav tähtsus. Mitmed autorid (9, 12) peavad kõiki 4 cm ja suurema läbimõõduga haavandeid pahaloomuliseks või ainult üksikuid neist healoomuliseks (21). Üle 3 cm suuruste haavandite korral oleme haavandivähki täheldanud 2 korda sagedamini kui kroonilist haavandit. Seejuures tuli haavandivähki ette ka alla 2 cm suuruste kollete puhul. Peab rõhutama, et haavandi suurusel on protsessi laadi hindamisel suhteline diagnostiline tähtsus. Selle hindamisel on vaja arvestada haavandi kuju, servade ja põhja muutusi, mis mõnikord võimaldab haavandi algava pahaloomustumise gastroskoopiliselt kindlaks teha. Gastroskopeerimisel leitud klassikalistel pahaloomustunud haavandi tunnustel (korrapäratu kuju, sügav, ebasiledate seintega nišš, granulaarne verevalumitega serv ja sõlmekestega põhi) on suhteline tähendus, sest neid esineb peaaegu pooltel kroonilise haavandi juhtudest (3). Isegi vastupidi — üksikjuhtudel osutus ka korrapärase kuju ja siledate seintega nn. stantsitud haavand pahaloomuliseks. See fakt rõhutab, et gastroskoopia teel ei ole kroonilist haavandit algavast haavandivähist alati võimalik eristada, sest nn. pahaloomulisuse tunnused võivad haavandivähi puhul olla nõrgalt väljendunud ja domineerida kroonilise haavandi korral. Sellega ongi seletatav suhteliselt suur eksidiagnooside sagedus, sagedamini diagnoositakse haavandit vähina kui vähki haavandina (vt. tabel 4 ja 5). Vaieldamatult parandab diagnoosimist paralleelne röntgenoloogiline ja gastroskoopiline uurimine, sest vaatamata röntgenoloogilise tehnika arenemisele ei õnnestu R. Prévôt' ja M. Lassrichi (20) andmeil haavandi pahaloomustumist 20 . . . 40 %-l juhtudest õigesti diagnoosida.

Juhitav gastrobiopsia tõendab haavandivähi esinemist ainult positiivse patohistoloogilise leiu puhul, mis Ch. Debray (13) tähelepanekuil haavandi servast võttes ulatub 80 %-ni. Meie esialgsed kogemused näitavad, et biopsia puhul võib pahaloomustunud ala mitte tabada või võetakse koetükike liiga pindmiselt. Seepärast on tarvis, et 2 või enam koetükki pärineks haiguskolde eri osadest (servast ja põhjast), mis pahaloomustumise suhtes on rohkem kahtlased. Seega juhitav gastrobiopsia ei vähenda gastroskoopilise pildi tõlgitsemise tähtsust mingil määral. Kroonilise haavandi puhul võimaldas see moodus suure tõenäosusega kinnitada haavandi pahaloomulisust sel juhul, kui kasvajale iseloomulikke muutusi ei leitud koetükikeses, mis oli võetud neist haavandi osadest, kus visuaalselt võis oletada võimalikku pahaloomulisust (verevalumid, granulaarsus servadel jm.).

Maomahla happesuse vähenemist ja anatsiidsuse arenemist peetakse kroonilise haavandi pahaloomustumise üheks oluliseks tunnuseks. Mõne autori andmeil on see paikapidav siiski vaid pooltel haavandivähi juhtudest (1, 15). Meie tähelepanekuil esines normo- ja hüperkloorhüüdriat, samuti normaalset või kõrgenenud kloriidide ning pepsiini eritumist ka haavandivähi korral, sest kroonilise haavandiga kaasnes ligikaudu $^1/_3$ juhtudest hüpo- või akloorhüüdria ning kloriidide ja pepsiini-eritus oli vähenenud (vt. tabel 1). Ligikaudu $^1/_3$ kroonilise haavandi ja haavandivähi juhtudest esinesid atroofilise limaskesta puhul normo- ja hüperkloorhüüdria (vt. tabel 3). Sekretsiooni- ja morfoloogiliste näitajate mittekorreleerumine osal kroonilise haavandi ja haavandivähi juhtudest lubab oletada, et limaskesta atroofia ei ole difuusne, vaid koldeline, kusjuures intaktne limaskest on võimeline kompenseerima atrofeerunud osa funktsiooni. Normaalse morfoloogilise leiu ja alanenud sekretsiooninäitajate puhul on põhjus tõenäoliselt funktsionaalset laadi. V. Tugolukov (5) leidis histaminorefraktaarset anatsiidsust superfitsiaalse gastriidi korral, mis autori arvates näitab parietaalrakkude kõrval ka limaskesta pindmiste rakkude osavõttu soolhappe moodustamisest.

Kroonilise haavandi puhul oli enamasti tegemist mao limaskesta funkt-

sionaalse puudulikkusega, millega kaasnesid limaskesta troofika häired algava või väljakujunenud atroofia näol, mis rõhutavad selle haigusvormi troofilist geneesi (vt. tabel 3). Sellest lähtudes ei ühti meie andmed A. Stouti (21) seisukohaga, kelle arvates kroonilist haavandit ümbritseb muutusteta limaskest. Mao limaskesta morfoloogilised muutused olid sagedamad ja ulatuslikumad haavandivähi korral. Patohistoloogilisi muutusi, mis esinesid kroonilise haavandi servadel (atroofia, intestinaalne metaplaasia, papilloadenomatoos jt.), leidus mitmesuguste omavaheliste kombinatsioonidena ja erineva intensiivsusega ka mao limaskestas väljaspool haiguskollet enamikul kroonilise haavandi ja kõigil haavandivähi juhtudel (vt. tahvel III ja IV). Eespool loetletud patohistoloogilisi muutusi, eelkõige intestinaalset metaplaasiat maokorpuse limaskestas tuleb hinnata kui üht võimalikku vähieelse seisundi näitajat (3, 4). Selliste düsregeneratiivsete muutustega limaskestal paiknevat kroonilist haavandit (vt. tahvel IV) on tarvis hinnata kui obligatoorset vähieelset seisundit, mida võimaluse korral peab kirurgiliselt ravima.

Järeldused

1. 15,5%-l kroonilise maohaavandi juhtudest haavand pahaloomustub.
2. Suhteliselt sagedamini areneb haavandivähk püloro-antraalses piirkonnas paiknevatest kroonilistest haavanditest. Suurel kõverikul paiknevad haavandid on alati pahaloomulised.
3. Kroonilist maohaavandit tuleb hinnata kui fakultatiivset vähieelset seisundit, omistamata seejuures erilist tähtsust haige eale ja anamneesi kestusele. Düsregeneratiivsete muutustega mao-limaskestal esinevat kroonilist haavandit tuleb hinnata kui obligatoorset vähieelset seisundit.
4. Kroonilise maohaavandi üksikasjalikumaks iseloomustamiseks, ravi määramiseks ja prognoosi hindamiseks tuleb haigeid uurida komplekssselt, mistõttu seda on soovitatav teha gastroenteroloogilise profiiliga raviasutustes.

РЕЗЮМЕ. Разбираются данные, полученные при исследовании 116 случаев хронической язвы, из которых в 15,5% (18 случаев) нашли рак из язвы.

Рак из язвы чаще наблюдался в возрасте 40—49 лет, хроническая язва в возрасте 50—59, причем продолжительность анамнеза у первых 3 года, у вторых 3—5 лет и более. Каждую хроническую язву надо рассматривать как факультативный предрак, не придавая особого значения возрасту больного и продолжительности анамнеза.

При раке из язвы наблюдали нормальную и повышенную кислотность, а также нормальное и повышенное количество хлоридов и пепсина. У одной трети случаев хронической язвы имелась гипо- и ахлоргидрия и понижение количества пепсина и хлоридов.

Основываясь на морфологических данных, можно предположить, что атрофические изменения слизистой при раке из язвы и при хронической язве не диффузные, а очаговые. Хронические язвы, располагающиеся в пилороантральной зоне, больше диспонированы возникновению рака из язвы.

Хроническую язву желудка с дисрегенеративными изменениями слизистой надо расценивать как облигаторное предраковое состояние.

KIRJANDUS: 1. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. М., 1954. — 2. Певзнер М. М. Рак желудка. М., 1951. — 3. Рятсеп В. И. О ценности гастроскопии и направленной гастробиопсии в диагностике рака и хронических заболеваний желудка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1965. — 4. Рятсеп В. И., Титкин К. Д. Вопр. онкологии, 1967, 6, 103—108. — 5. Туголуков В. Н. Современные методы функциональной диагностики состояния слизистой оболочки желудка и их клиническое значение. М., 1965. — 6. Федореев А. С. Рак желудка из язвы. М., 1948. — 7. Флекель И. М. Язвенная болезнь. Л., 1944. — 8. Холдин С. А. Рак желудка. В кн.: Злокачественные опухоли, т. II. М., 1952. — 9. Alvarez, W. C., MacCarty, W. C. J. A. M. A. 1928, 91, 226—231. — 10. Baillie, M. Tsit.: McNeer, G., Pack, G. T. In: Treatment of Cancer and Allied Diseases, P. B. Hoeber. Med. Div. of Harper a. Brothers, USA, 1962. — 11. Benedict, E. B. Cancer, 1950, 3, 3, 515—552. — 12. Comfort, M. W. Cancer, 1950, 3, 3, 515—552. — 13. Debray, Ch. I Congres National de Gastroenterologie. Bucuresti 11—13 oct., 1967. — 14. Jordan, S. M. Cancer, 1950, 3, 3, 515—552. — 15. LaDue, J. S. a. o. Arch. Surg., 1950, 60, 305—335. — 16. MacCarty, W. C., Broders, A. C. Arch. int. med., 1914, 13, 208—223. — 17. Meirelles, I. S., e. a. Rev. Ass. Med. Bras., 1960, 6, 113. — 18. Munteanu, P., Feles, N., Badea, Gh. I Congres National de Gastroenterologie. Bucuresti, 11—13 oct., 1967. — 19. Palumbo, L. T., Sharpe, W. S., Arch. Surg., 1962, 85, 705—710. — 20. Prevót, R., Lassrich, M. Röntgendiagnostik des Magen-Darmkanals. Stuttgart, 1959. — 21. Stout, A. P. Cancer, 1950, 3, 3, 515—552. — 22. Sussmann, M. L. Cancer, 1950, 3, 3, 515—552. — 23. Thunold, S., Wetteland, P., Acta Path. Microb. Scand., 1962, 56, 155—165.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

EAKATE INIMESTE MAOHAAVANDTÕVE RAVI TAKTIKAST

KALJO ALLPERE
VIKTOR MILLER
UNO SIBUL
LUULE VALDES
Tallinn

UDK 616.33-002.44

Röntgenoloogi, terapeudi ja kirurgi praktilises tegevuses tekib sageli raskusi maohaavandi diferentseerimisel haavandunud vähist või haavandivähist. Eriti keerukas on neid eristada siis, kui tegemist on eakate patsientidega.

Kirjanduses, mis käsitleb haavandtõve kulgu ning ravi eakatel inimestel, võib leida erinevaid ja isegi vastukäivaid seisukohti. Mitmed autorid [V. Gligore jt. (1), J. Samson (9)] ei leia olulisi iseärasusi kaksteistsõrmiksoole- ja maohaavandi kulus (andmete statistilisel töötlemisel käsitleti koos mõlemat haavandi liiki). K. Spang (14) peab eakate inimeste haavandtõbe selle haiguse kliiniliseks erivormiks, mida iseloomustab haavandi tekkimine maos. J. Amberg ja F. Zboralske (10) toovad andmeid 73 üle 70 aasta vanuse patsiendi kohta, keda uuriti röntgenoloogiliselt, ning kasutavad terminit «geriaatriline haavand». Nimetatud autorid peavad iseloomulikuks haavandi paiknemist vahetult allpool *cardia*'t väiksel kõverikul ja rohkem tagaseinal. Samuti viitavad nad nn. gigantsete haavandite sagedale esinemisele.

Samasuguseid andmeid esitavad L. Žavoronkova ja V. Burtsev (2), R. Koštšug (3). R. Petrov (7) väidab, et eakatel inimestel täheldatakse haavandtõve tüsistusi kaks korda sagedamini kui noortel ja konservatiivne ravi nende puhul on vähem edukas. T. Mordvinkina ja T. Latonina (4) peavad õigeks laiendada kirurgilise ravi näidustusi eakatel haavandtõbe põdevatel haigetel. Verejooksu korral soovitatakse kohe opereerida, sest eakad haiged taluvad verekaotust halvasti (6). Mitmed autorid soovitavad neil juhtudel, kui diferentsiaaldiagnoosimine on raske ja kui vältimatu kirurgiline ravi ei ole näidustatud, statsionaaris haigeid terapeutilise ravi vältel dünaamiliselt jälgida (2, 5, 6). Sellele vaidlevad vastu V. Russakov ja L. Starodubtseva (8), kes peavad õigeks rakendada kirurgilist ravi kohe, kui vähegi oletatakse haavandi pahaloomulisust. Viidatakse ka sellele, et pärast mao resetseerimist võib maokõndis areneda vähk (13).

Käesoleva töö eesmärgiks on selgitada, millised on diferentsiaaldiagnoosimise võimalused ja missugune ravitaktika tuleks valida mittespetsialiseeritud raviasutuses, kuhu haige esimest korda pöördub.

Tallinna Tõnismäe Haigla haiguslugude ja ambulatooriumikaartide järgi analüüsiti 120 maohaavandtõve-juhtu ajavahemikust 1963—1966. Haigete vanus oli 50 aastat või rohkem. Praegu tunnustatud klassifikatsiooni järgi peetakse eakateks 60 . . . 74-aastasi isikuid (15). Paljudes eakate inimeste haavandtõbe käsitlevates töödes (1, 2, 9, 12) aga on vanusepiiriks võetud 50 aastat, sest involutsiooniprotsessid ja etioloogiliselt arvestatav magistraal- või submukoossete arterite ateroskleroos saavad alguse peamiselt selles eas (11, 12). 120 haigest 59 olid üle 60 aasta vanad.

Konservatiivselt raviti 70 haiget, neist 46 viibis sisehaiguste osakondades, 24 oli ambulatoorsel ravil. Opereeriti 40 haiget (kirurgiaosakondades viibinute arv on suurem, kuid siin on arvesse võetud vaid need, kes elunevad Tallinna Tõnismäe Haigla teenindamispiirkonnas). Kirurgiaosakonda oli plaanilises korras hospitaliseeritud 25, urgentselt 15 haiget (viimastest maoverejooksu tõttu 7 ja mao perforatsiooni tõttu 6 haiget). Penetreerunud haavandeid esines 8 juhul. Kirurgilise ravi aktiivsus oli 33%.

Terapeutiliselt ravitud haigetest 12-l oli esmakordsel uurimisel oletatud haa-

vandi pahaloomulisust, kuid nende dünaamiline jälgimine ja ravitulemused seda kahtlust ei kinnitanud (haavand armistus). Pärast haavandi armistumist tekkis ühel juhul samas kohas maovähk (suri interkurrentsesse haigusse). Kirurgiliselt ravitud haigetest 14-l oletati enne operatsiooni samuti haavandi pahaloomulisust, mida histoloogiline uuring hiljem ei kinnitanud. Seega kokku 26 juhul arvati, et tegemist on pahaloomulise haavandiga, mida hilisem uurimine ei tõestanud. Ravitud haigetest 56-l sedastati südame ja veresoonkonna patoloogiat.

Terapeutilise ravi efekti illustreerimiseks toome väljavõtte haigusloost.

53-aastane naispatsient M. P. viibis ravil II sisehaiguste osakonnas 14. V 1966. — 8. VI 1966. a. (haiguslugu nr. 2168/1966. a.). Patsient kaebas valusid ülakõhus (tekkisid kohe pärast söömist), vahetevahel esines röhitisi. Maohaigusse oli haigestunud 1959. a. pärast seda, kui oli eemaldatud healoomuline emakakasvaja. Sellest ajast alates oli tundnud valusid ülakõhus. Haigus oli ägenenud kevaditi ja sügiseti. Kuu aja vältel enne haiglasse paigutamist olid taas olnud valud. Polikliinikus leiti 21. IV 1966. a. mao *corpus*'e keskmises kolmandikus väiksel kõverikul umbes 3 cm läbimõõduga lame haavandinišš (vt. tahvel II, röntgenogramm 1). Einhorni niiditest oli positiivne alates 46. cm-st. Gastroskoopilisel vaatlusel ei olnud väike kõverik *corpus*'e ülemises ja keskmises kolmandikus nähtav, mille tõttu haigusprotsessi laadi ei saadud hinnata. Haiglas palpeerimisel sedastati valulikkust ülakõhus (keskjoonel ja paremal roietekaare all), kõhulihased pingevabad. Alakõhul (keskjoonel) oli operatsiooniarm. Anamneesi, polikliinikus tehtud dokumenteeritud röntgenuuringu ning positiivse Einhorni niiditesti alusel diagnoositi *ulcus ventriculi*'t. Otsustati jätkata ambulatooriumis alustatud konservatiivset ravi. Ordineeriti vikaliini 1 tablett 3 korda päevas, dimedrooli 0,05 g üks kord päevas (õhtul), sünestrooli 0,01 g (tablettidena) üks kord päevas, *Sol. Natrii bromati* 10%—10,0+ *Sol. Atropini sulfurici* 0,1% 0,05 veeni; tehti konservvere («O» I rühm) ülekanne (125 ml). Nädala jooksul valud möödusid. Röntgenoloogilisel uuringul 25. V 1966. a.: söögitoru ja *cardia* vabad; magu normotooniline, tavalises asendis, elastsete seintega, korrapärase jämeda pikisuunalise limaskestareljeefiga; *pylorus* vaba; *bulbus* kolmnurkne, siledakontuuriline, valutu; duodeenumi kaar korrapärane, lame, kaarjas. 20 minuti pärast maos $^1/_3$ kontrastainet ja rohkesti vedelikku. Ülevaatlikud ja sihtvõtted (uuritud mao-limaskesta): väiksel kõverikul *corpus*'e ülemise ja keskmise kolmandiku piiril halva taklevusega piirdunud ala ning kontuuril lame, telgi kuju meenutav väljuvus (vt. tahvel II, röntgenogramm 2). Röntgenoloogiline diagnoos: paranev haavand (limakatuga) maokeha ülemises kolmandikus väiksel kõverikul. Korduval röntgenoloogilisel uurimisel 6. VI 1966. a. (läbivalgustusel ja ülevaatlikel röntgenifilmidel) otseseid või kaudseid haavandi tunnuseid ei õnnestunud kindlaks teha. Einhorni niiditest 8. VI 1966. a. negatiivne.

Patsient lahkus haiglast praktiliselt tervena. Pärast aasta möödumist tehtud röntgenoloogilisel (23. V 1967. a.) ja gastroskoopilisel (1. VI 1967. a.) uurimisel patoloogiat ei sedastatud. Einhorni niiditest 10. V 1967. a. negatiivne. Tehti ka aspiratsioon-gastrobiopsia. Histoloogiline uuring 7. V 1967. a.: atroofiata krooniline gastriit, ülekaalus difuusne gastriit. Aasta vältel patsiendil kaebusi ei olnud.

Kui eakate inimeste maohaavandtõve ravi taktika seisukohalt hinnata kirjanduses ja meie töös leiduvate faktide tähendust, tuleb kõigepealt arvestada seda, et kirjanduse andmed pärinevad enamasti spetsialiseeritud raviasutustest. Analüüsi tulemused olenevad ka sellest, kas see on tehtud kirurgia- või teraapiakliiniku andmete põhjal. Nähtavasti ongi see üheks põhjuseks, miks kirjanduses toodud andmete vahel tuleb ette olulisi erinevusi.

Eakatel inimestel esineva maohaavandtõve ravi taktika valikul peab esmajoones kaaluma, millal haigeid ravida konservatiivselt, millal opereerida. Ravitaktika valiku kriteeriumide hindamisel juhiksime tähelepanu järgmistele asjaoludele: 1) eakate inimeste maohaavand (ka nn. gigantne haavand) armistub paljudel juhtudel pärast terapeutilist ravi; 2) eakatel inimestel on tüsistunud maohaavandite protsent suhteliselt kõrge; 3) eakatel inimestel on vastunäidustusi kirurgiliseks raviks rohkem kui keskealistel ja noortel; 4) armistunud maohaavandist võib sugeneda maovähk; 5) maoköndis (pärast mao resektsiooni) võib arenema hakata vähk; 6) diferentsiaaldiagnoosimise raskuste korral ühekordsed, mittespetsialiseeritud raviasutustes seni tehtavad uuringud (röntgenoloogiline ja gastroskoopiline) ei võimalda alati küllaldase kindlusega kinnitada või eitada haavandi pahaloomulisust; 7) ei ole piisavalt võrdlusandmeid selle kohta, milline ravitaktika oleks eelistatavam mittetüsistunud maohaavandite korral, sest ravi hilistulemuste analüüsimine on raskendatud.

Eespool toodust lähtudes peame õigeks, et ravitaktika määramisel arvestataks järgmisi põhimõtteid.

1. Kirurgilisele ravile kuuluvad need juhud, kus tegemist on tüsistustega (haavandi perforatsioon, haavandi armistumisest tingitud stenoos, haavandiverejooks).

2. Neil juhtudel, kus vältimatu kirurgiline ravi ei ole näidustatud, peame õigeks haigeid hospitaliseerida sisehaiguste osakonda ning esialgu ravida konservatiivselt (tuleb loobuda füsioterapeutilistest ravivõtetest); korduvate röntgenoloogiliste ja endoskoopiliste uuringute varal (pärast 2...3 nädala möödumist) on võimalik hinnata, kas haavandi armistumise tendents on tekkinud või mitte.

3. Kui haavandi armistumise tendentsi terapeutilise ravi toimel ei ilmne, siis tuleb haige kirurgilisele ravile suunata. Peab märkima, et operatsioonile eelnev terapeutiline (stimuleeriv) ravi paari nädala vältel mõjub haigele hästi. Pealegi on samal ajal võimalik ka kaasnevaid haigusi ravida ja organismi üldseisundit täpsemalt uurida.

4. Kui terapeutilise ravi vältel haige dünaamilisel jälgimisel on ilmnenud haavandi armistumise tendents, siis tuleb sisehaiguste osakonnas ravi jätkata haavandi täieliku armistumiseni ning epiteliseerumiseni, mida on vaja kontrollida röntgenoloogiliselt, gastroskoopiliselt ja Einhorni niiditesti abil.

Eakad haavandtõbe põdevad haiged tuleks kohe hospitaliseerida, sest see aitab vältida tüsistuste tekkimist. Kui haavand osutub pahaloomuliseks, saab haiget viivituseta operatsioonile suunata. Pärast terapeutilist ravi, kui haavand on armistunud, vajaksid eakad haiged pikemaajalist dünaamilist jälgimist polikliinikus ka sel juhul, kui neil kaebusi ei ole.

Lõpuks tuleb rõhutada, et eakate inimeste maohaavandtõve ravi taktika määramisel on tingimata vajalik röntgenoloogi, terapeudi (gastroenteroloogi) ja kirurgi koostöö.

РЕЗЮМЕ. По вопросу лечебной тактики язвенной болезни у пожилых людей в литературе имеются разные и отчасти противоречивые точки зрения.

Задачей данной работы было выявление вопросов дифференциальной диагностики и лечебной тактики в условиях неспециализированного лечебного учреждения общей лечебной сети. Анализируются 120 историй болезни и амбулаторных карт больных язвенной болезнью Таллинской больницы Тынисмяэ (с 1963 по 1966 г.).

Авторы приходят к выводам: 1. оперативному лечению подлежат больные с осложнениями язвенной болезни, из них с кровотечениями — немедленному; 2. при отсутствии показаний к оперативному лечению больные госпитализируются в терапевтические отделения; 3. если при 2...3-недельном консервативном лечении тенденция к заживлению язвы не устанавливается, больные направляются на оперативное лечение; 4. консервативное лечение надо проводить обязательно в условиях стационара длительное время — до полной эпителизации язвы.

Для решения вопросов тактики лечения язвенной болезни пожилых людей необходим тесный контакт терапевта (гастроэнтеролога), хирурга и рентгенолога.

KIRJANDUS: 1. Глигоре В. и др. Клинич. медицина, 1959, 10, 41—44. — 2. Жаворонкова Л. Ю., Бурцев В. И. Сов. медицина, 1965, 6, 52—57. — 3. Кощуг Р. К. Тр. Кишиневского Гос. Мед. Института, т. XXI, 1963, 61—63. — 4. Мордвинкина Т. Н., Латонина Т. С. Терапевт. архив, 1966, 39—42. — 5. Мелихова М. Ю. Клинич. медицина, 1963, 4, 129—140. — 6. Петров Б. А. и др. Тезисы докл. IX пленума правления Всесоюзного общества хирургов, (Тбилиси) 1966, 45—48. — 7. Петров Р. А. Терапевт. архив, 1961, 12, 77—83. — 8. Русаков В. И., Стародубцева Л. Н. Клинич. медицина, 1967, 8, 140—141. — 9. Самсон Е. М. Терапевт. архив, 1961, 3, 54—58. — 10. Amberg, J. R., Zboralske, F. F. Amer. J. Roentgenol., 1966, 96, 2, 393—399. — 11. Antonie, T. Med. J. Australia, 1961, 48 (1), 210—211. — 12. Elkeles, A. Americ. J. Roentgenol., 1964, 91, 4, 744—750. — 13. Salupere, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 6, 415—418. — 14. Spang, K. Das Altersulkus am Magen und Zwölffingerdarm, Stuttgart, 1948. — 15. Vapra, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 1, 29—31.

Tallinna Tõnismäe Haigla

KROONILISE PANKREATIIDI DIAGNOOSIMISEST

VELLO SALUPERE
Tartu

UDK 616.37-002.616-071

Kroonilise pankreatiidi kindlakstegemine on sageli üsna raske. See ei tähenda, nagu seda ei diagnoositaks või ei saaks diagnoosida. Vastupidi, pankreatiiti avastatakse isegi väga sageli, kuid kriteeriumid, mille alusel diagnoos pannakse, on tihti veel ebamäärased. Diagnoos «krooniline pankreatiit» baseerub pahatihti mõnel üksikul sümptoomil, nagu näiteks kõhuvalul. Tihti hinnatakse üle mõnda laboratoorset näitajat. Näiteks peetakse praktikas mõnikord kroonilise pankreatiidi diagnoosimise küllaldaseks toetuspunktiks diastaasi aktiivsuse tõusu uriinis 64 ühikuni Wohlgemuthi järgi jne. Mitmesuguseid muid diagnoosimismeetodeid, mille puhul pankrease välissekretoorset osa ergutatakse soolhappe, eetri ja muude ainetega, kasutatakse kahjuks harva. Ka pankrease koormusdieedid (Schmidti dieet) ei ole küllaldaselt levinud.

Kroonilise pankreatiidi diagnoosimise raskused on nii objektiivset kui ka subjektiivset laadi. Tihti ei olda kursis nende võimalustega, mida saab kasutada pankrease kahjustuse täpsemaks kindlakstegemiseks, või ei tunta küllaldaselt kroonilise pankreatiidi kliinilisi variante. Kuid on põhjusi, mis otseselt ei sõltu arstidest. E. Palmer (3) on need nn. objektiivsed tegurid kokku võtnud järgmiselt:

1) normaalne pankreas on väike, asetseb sügaval ja on seepärast halvasti uuritav; 2) pankreas pole enamasti nähtav, palpeeritav ega kuulatletav; 3) röntgenoloogiliselt ei saa pankreast hästi uurida; 4) pankreasel on suured füsioloogilised reservid ja tema funktsiooni häire tuleb sageli esile alles siis, kui haigus on kaugele arenenud.

Krooniline pankreatiit tekib enamasti ägeda pankreatiidi tagajärjel. Krooniline pankreatiit on sageli progresseeruvat laadi, ta annab retsidiive ja on raskesti peatatav protsess. Sümptomatoloogia oleneb haiguse ulatusest ja sellest, kas see haarab ainult pankrease pea, keha või saba. Viimasest sõltub, kas kliinilises pildis domineerivad pankrease endo- või eksokriinse osa kahjustuse sümptoomid. Kliinilisele pildile jätab jälje ka see, milline morfoloogiline protsess uurimise ajal on ülekaalus, kas turse, nekroos või sidekoe vohamine.

Kroonilise pankreatiidi ägenemiste korral toimuvad (nagu ägeda puhulgi) elundisisene fermentide aktiveerumine ja elundi eneseseedimine. Selles faasis on pankrease fermentide peegel veres kõrge ja fermentide eritumine uriiniga suurenenud.

Haiguse lõppfaasis sõltuvad kliiniliste nähtude laad ja intensiivsus muude tegurite kõrval veel sellest, kas sidekoestumine haarab ainult pankrease ühte osa, kogu nääret või isegi ümbritsevaid kudesid. Ka tüsistused jätavad haiguse kliinilisse pilti oma jälje, muutes selle pahatihti tunduvalt komplitseeritumaks.

Haigusprotsessi kulu ühe või teise eespool nimetatud iseärasuse prevaleerimine põhjustab kindla kliinilise pildiga pankreatiidivormi. Erinevad vormid võivad omavahel kombineeruda.

1. Krooniline pankreatiit, mis kulgeb välissekretoorse osa ülekaaluka puudulikkusega

Selle vormi korral valu kas puudub või on tagaplaanil. Viimase asjaolu tõttu nimetavad mõned autorid, näiteks G. Maždrakov (1), neid vorme latentseks. Latentsus on siin tinglik, sest valu puudumine ei tähenda, et ülejäänud kliinilised nähud esineksid samuti varjatud kujul.

Peamisteks sümptoomideks on diarröa koos steatorröa ja kreatorröaga. Tuleb märkida, et need sümptoomid ilmuvad harilikult võrdlemisi hilja. Põhjuseks

on kõhunäärme hea kompensatsioonivõime. On näidatud, et kõhunäärme seedimisvõime säilib isegi siis, kui on kahjustatud kuni 90% tema sekretsioonivõimelisest parenhüümist. Head kompensatsioonivõimet soodustab asjaolu, et pankrease fermente dubleerivad soole fermendid.

Kui pankreatiidi kliinilises pildis prevaleerib diarröa koos steatorröa ja kreatorröaga, siis on enamasti tegemist kaugelearenenud protsessiga. Pankreatiidi varajasemates järkudes võib samuti esineda kõhulahtisus, enamasti aga on see ajutine ja vahelduv. Kaugelearenenud juhtudel võivad kõhulahtisusega kaasneda kõhnumine, hüpoproteineemia, aneemia, vitamiinide ja hormoonide ainevahetuse häired jt. nähud. Väljaheide on puderjas ja hele, rohkete seedimata lihasekiudude, rasvatilkade ja tärkliseteradega, mis tulevad ilmsiks, ilma et kasutataks spetsiaalseid koormusdieete.

Diarröa, steatorröa jt. nähtude olemasolu üksi ei luba veel väita, et tegemist on digestiivse steatorröa ehk maldigestioonisündroomiga, mis on iseloomulik just krooniliselе pankreatiidile. Seda seisundit tuleb eristada absorptiivsest steatorröast ehk malabsorptsioonisündroomist. Diferentseerimine ainult kliinilise pildi alusel on raske, kui mitte päris võimatu. Appi tulevad uurimismeetodid, mis ühelt poolt lubavad kindlaks teha pankrease kahjustuse (pankrease fermentide uurimine duodenaalsisaldises jt.) ning teiselt poolt peensoole anatoomilise ja funktsionaalse kahjustuse (soole resorptsiooni uurimise testid, peensoole röntgenoskoopia ja -graafia, jejunobiopsia jt.).

Kui krooniline pankreatiit ei ole ägenenud, ei anna veres ja uriinis sisalduvate fermentide (diastaas, lipaas, trüpsiin) uurimine olulist informatsiooni. Ka ägenemise korral kestab nimetatud fermentide aktiivsuse tõus veres ja uriinis sageli lühikest aega ja on küllalt raskesti tabatav.

Kroonilise pankreatiidi kaugelearenenud juhtudel on teatav tähendus fermentide sisalduse uurimisel duodenaalmahlas enne ja pärast pankrease stimuleerimist. Selleks viiakse sond kaksteistsõrmiksoolde ja kogutakse 20 minuti jooksul nn. tühiportsjon. Seejärel ergutatakse kõhunääret mitmesuguste ärritite ga (2 ... 4 ml narkoosieetrit, oliiviõli, 0,1 või 0,5% soolhappelahust, sekretiini) ja kogutakse duodenaalsisaldis fraktsioonide kaupa 60 minuti vältel iga 15 minuti järel. Enne ja pärast ergutamist määratakse duodenaalmahla portsjonides fermentide (diastaas, lipaas, trüpsiin) aktiivsus. Normaalselt peab see pärast ergutamist suurenema 1 ... 50 korda. Kõrvuti fermentide aktiivsusega on vaja kindlaks teha ka sekretsiooni üldine maht (normaalselt 85 ... 265 ml) ja bikarbonaadid (normaalselt 90 ... 210 mekv./l). Pankrease fermentide aktiivsuse uurimisel ei ole olulised niivõrd aktiivsuse absoluutväärtused, kuivõrd just dünaamika. Kõhunäärme välissekretoorse osa tugeva kahjustusega kulgeva kroonilise pankreatiidi korral suureneb fermentide aktiivsus pärast stimuleerimist vähe või jääb hoopis muutumata. Tuleb märkida aga tõika, et normaalne pankrease fermentide aktiivsus duodenaalmahlas enne ja pärast stimuleerimist ei eita veel krooniliselе pankreatiidi võimalust.

Digestiivsele diarröale ja steatorröale krooniliselе pankreatiidi korral on iseloomulik heledat värvust väljaheide, mis on tingitud süsivesikute heast seedimisest (viimaste seedimisega tulevad toime ka teised, pankreasevälised fermendid). Digestiivse diarröa korral on esiplaanil rasva seedimise häire. Kui väljaheites leidub seedimata rasva osiseid, siis on E. Palmeri (3) arvates üsna tõenäoliselt tegemist pankrease välissekretoorse osa puudulikkusest tingitud diarröaga. Siit järeldus — arst vaadaku haige väljaheidet ise!

Sageli on imendumishäired latentsed. Paraku pole aga soole resorptsioonivõimet kindlaks tegemata võimalik öelda, kas diarröa ja steatorröa aluseks on krooniline pankreatiit või mitte. Latentsete imendumishäirete diagnoosimiseks kasutatakse mitmesuguseid resorptsiooniteste.

J o o d k a a l i u m t e s t. Selle testi korral viiakse peensoolde sondi kaudu 20 ml 10%-list kaaliumjodaadilahust. Peensoole resorptsioonivõime üle otsustatakse aja järgi, mis kulub joodkaaliumi manustamisest kuni joodi esimeste jälgede ilmumiseni süljes (selleks lisatakse süljele 3 ... 5 tilka 1%-list tärklise-lahust ja 1 ... 2 tilka kontsentreeritud läm-

mastikhapet; ilmub sinine värvus). Normaalne joodkaaliumtesti aeg on 2...4 minutit.

Jodolipooltest. Haigele antakse jodolipooli. Viimase koostisse kuuluv rasv seeditakse ja absorbeeritakse. Vabanev jood eritub uriiniga, milles teda määratakse.

Väljaheite rasvasisalduse määramine. Ööpäevane väljaheide kogutakse ja segatakse hästi. Väljaheitest võetakse 10 mg analüüsiks, milles määratakse rasvasisaldus. Normaalselt eritub 3...4 g rasva. Kui rasva eritumine ületab 7 grammi, on tõenäoline steatorröa olemasolu.

A-vitamiini ja karotiini resorptsioonitest. Haiget koormatakse 3 päeva jooksul 3 korda päevas 15 000 TÜ karotiiniga ja seejärel määratakse spektrofotomeetriliselt karotiinisisaldus veres.

D-ksüloosi ekskretsioonitest. Haige joob hommikul tühja kõhuga 250 ml vett, mis sisaldab 25 grammi ksüloosi. Eelnevalt tühjendab ta põie. Seejärel kogutakse 5 tunni jooksul eritunud uriin ja määratakse kolorimeetriliselt selles d-ksüloosi-sisaldus. Normaalselt on d-ksüloosi ekskretsioon 4...7 grammi. Malabsorptsioonisündroomi korral eritavad haiged uriiniga alla 3 grammi ksüloosi.

Lisaks nimetatud testidele võib määrata radioaktiivse joodiga (^{131}I) märgistatud rasvade resorptsiooni, radioaktiivse koobaltiga (^{60}Co) märgistatud B_{12}-vitamiini resorptsiooni jt.

Resorptsioonitestid üksi ei lahenda veel küsimust pankreatiidi kasuks. Krooniline pankreatiit ja malabsorptsioonisündroom võivad esineda koos, nagu märgib E. Palmer (3). Resorptsioonitestide tulemusi tuleb tingimata hinnata koos kliinilise pildi, röntgenoloogilise uuringu, soolebiopsia jt. andmetega.

Pankrease tolerantsusetest. Pankrease tolerantsusetesti abil saadud tulemuste hindamine eeldab seda, et resorptsioon peensooles toimuks normaalselt. Pankreast koormatakse 3 päeva jooksul küllaldase koguse rasvade, valkude ja süsivesikutega ning iga järgmise päeva hommikul uuritakse väljaheidet rasvatilkade, tärkliseterade ja lihasekiudude suhtes. Oluline on täpselt määrata, mitu rasvatilka, lihasekiudu või tärklisetera on mikroskoobi vaateväljas (uurimisel tugeva suurenduse abil).

Pankrease fermentide puuduliku eritumise korral seedivad lihasekiud halvasti, neid leidub mikroskoobi vaateväljas rohkesti ja nende vöötsus säilib. Väljaheite rasvasisaldust saab uurida kas natiivpreparaadis või sudaan III värvimise järgi. Haiguslikuks peetakse juhtumeid, kus vaateväljas on üle 5 rasvatilga. Väljaheites tärklist tavaliselt ei leidu. Pankrease fermentatsioonihäire korral leitakse Lugoli lahusega värvitud preparaadis sinise või violetse värvusega ümaraid või ovaalseid tärkliseteri.

Peensoole biopsia. Sel uurimismeetodil on suur väärtus peensoole morfoloogilise kahjustuse kindlakstegemiseks [N. Sachris (4)].

Röntgenoloogiline uurimine. Kasutatakse peensoole fraktsioneeritud täitmist Prévôt' järgi, mille lähema kirjelduse on andnud N. Sachris (4). Kaltsifikaadid pankrease juhades saab kindlaks teha pankrease piirkonna ülevaateröntgenogrammidel.

2. Krooniline pankreatiit, mis kulgeb pankrease sisesekretoorse osa ülekaaluka puudulikkusega

Võib ette tulla nii hüper- kui ka hüpofunktsiooni. Viimane vorm, mis kulgeb hüpoinsulinismi nähtudega, on sagedam ja tekib siis, kui kahjustus kroonilise pankreatiidi näol haarab peamiselt pankrease saba. Kui pankrease kahjustuse muudele sümptoomidele lisandub manifestne suhkurtõbi, on diagnoosi kerge määrata. Tõsisemad probleemid aga tekivad varjatult kulgeva sekundaarse suhkurtõve korral. Igal juhul, kui oletatakse kroonilist pankreatiiti, peab sekundaarset suhkurtõbe aktiivselt otsima. Selleks kasutatakse Staubi kõverat (kahekordne suhkru koormuskats). Pankrease insulaaraparaadi alatalitluse korral on kõvera hari pärast teist korda koormamist glükoosiga esimesest tunduvalt kõrgem.

Normaalne Staubi kõver ei luba veel väita, et haigel sekundaarset suhkurtõbe ei esine. Kahtluse korral on tarvis uurida veresuhkrukõverat pärast provotseerimist neerupealiste glükokortikoidhormoonide abil. 1954. a. alates on kasutusel kortisoon-glükoostest. See test seisneb järgmises. Enne glükoosi manustamist süstitakse uuritavale 8,5 ja 2 tundi varem 50 mg kortisoonatsetaati. Testi peetakse positiivseks siis, kui teiseks tunniks pärast glükoosi manustamist (näiteks 50...100 g) veresuhkrusisaldus tõuseb üle 140 mg%. 1957. a. alates on kasutusel ka prednisoloon-glükoostest, mille puhul haigele manustatakse 8,5 ja 2 tundi varem vastavalt 10 ja 10 mg prednisolooni ja pärast seda tehakse suhkrukoormuskõver.

Hüperinsulinismi kliinilisi nähte esineb kroonilise pankreatiidi puhul väga harva.

3. Krooniline pankreatiit, mida iseloomustavad eeskätt valud

Kõhuvalu on kroonilise pankreatiidi korral enamasti tingitud haiguse ägenemisest. Kuid valu võib tekkida ka kroonilise pankreatiidi fibroosifaasis. Niisugustel juhtudel on valu põhjuseks närvipõimiku kahjustus. Pankreatiidi vorme, mille puhul väga tugev valu tekib, nimetatakse mõnikord *pancreatitis dolorosa*'ks.

Valu põhjused kroonilise pankreatiidi korral võivad olla järgmised: 1) põletikuliselt tursunud kõhunäärme surve *plexus solaris*'ele; 2) *sphincter Oddi* turse ja spasm, mis viib rõhu tõusule *ductus Wirsungi*'s; 3) turse ja fibroosi mõju kõhunäärmes paiknevatele närvilõpmetele.

Valu võib kroonilise pankreatiidi korral olla mitmesugune, varieerudes nõrgast düskomforditundest kuni koolikuni. Valu tekib enamasti vasakus hüpohondriumis, harva keskel või paremal. Kroonilise pankreatiidi puhul irradieerub valu tavaliselt laialdaselt — selga, kätte, kaela, s. o. enamasti ülespoole naba. E. Palmeri (3) arvates kiirgub valu pankreatiidi puhul harva õlga. Kui see siiski nii on ja haigel on pankreatiiti muude tunnuste alusel juba diagnoositud, siis on põhjust arvata, et on tekkinud vahelihase või kopsukelmega seotud tüsistused (vedelik pleuraõõnes ja plaatatelektaas). Valu kroonilise pankreatiidi korral ei ole C. Hawkinsi (2) arvates püsiv, vaid enamasti vahelduv. See muutub püsivaks siis, kui nii pankreases eneses või tema ümber on alanud ulatuslik sidekoestumine, nagu see on protsessi lõppfaasis. Pankreatiidi korral vallandub valu sageli pärast alkoholi tarvitamist.

Eespool toodu ei tähenda, et *pancreatitis dolorosa* korral esineks ainult valu. Suurema või väiksema sagedusega kohtame ka iiveldust, oksendamist, kõhulahtisust, suhkurtõbe jt. sümptoome. Pärast oksendamist haige seisund tavaliselt kergemaks ei muutu (seda võib täheldada haavandtõvejuhtudel).

Pankrease pea fibroos võib tekitada ikteruse. Progresseeruv valutu ikterus võib meenutada pankrease pea kasvaja puhul esinevat ikterust. Niisuguse kuluga kroonilist pankreatiiti nimetatakse pseudotumoroosseks ja G. Maždrakovi (1) andmeil esineb seda 15%-l kroonilise pankreatiidi juhtudest.

4. Krooniline retsidiveeruv pankreatiit

Viimasel ajal pööratakse sellele pankreatiidivormile suurt tähelepanu. Retsidiivid kulgevad sarnaselt ägeda pankreatiidiga, fermentide aktiveerumine pankrease koes toimub hoogudena. G. Maždrakovi (1) järgi tuleb seda vormi ette väga sageli — kuni 60% haigetest.

Ei ole päris selge, miks haigus mõnel kroonilist pankreatiiti põdeval isikul peaaegu kunagi ei ägene, teistel ägeneb harva, samal ajal kui kolmandatel tekib nn. krooniline retsidiveeruv pankreatiit. E. Palmer (3) arvab, et krooniline retsidiveeruv pankreatiit on pärilik.

Haiguse algul on kehakaal normis, puuduvad diarröa ja suhkurtõbi. Ägenemise vaheajal tunneb haige end hästi. Retsidiivi raskus sõltub pankrease koe destruktsiooni astmest. Iga korduva ägenemise korral hävineb aatsinuste kude üha rohkem ja rohkem. Näärme parenhüüm asendub sidekoega. Viimase asjaolu tõttu on järgmised retsidiivid juba tunduvalt nõrgemad. Lõpuks võib välja areneda niivõrd tugev fibroos, et uusi fermentide aktiveerumise «hooge» enam ei teki. Ulatuslik pankrease fibroos võib aga anda muid kliinilisi nähte (ekso- või endokriinse funktsiooni puudulikkust jt.).

Kroonilise pankreatiidi eri vormid võivad omavahel kombineeruda. Sageli tähistab uute sümptoomide juurdetulek pankreatiidi progresseerumist ja viitab enamasti halvale prognoosile.

РЕЗЮМЕ. Диагностика хронического панкреатита довольно сложна, причем имеются диагностические трудности как объективного, так и субъективного характера. Часто не знают всех возможностей, используемых для более точного определения поражения поджелудочной железы или недостаточно знакомы с клиническими вариантами заболевания. В ряде случаев переоценивают какой-нибудь лабораторный показатель, в то время как некоторые методы диагностики еще недостаточно известны. Но имеются также и причины, непосредственно не зависящие от врачей.

Хронический панкреатит чаще всего возникает в результате острого панкреатита, причем

болезнь имеет прогрессирующий характер, дает рецидивы и плохо поддается лечебному воздействию. Симптоматология зависит от объема поражения и от того, какая часть железы поражена — головка, тело или хвост. От последнего фактора зависит, преобладают ли в клинической картине симптомы поражения эндо- или экзокринной части поджелудочной железы. В клинической картине оставляет след и то, какой морфологический процесс преобладает — отек, некроз или разрастание соединительной ткани. При обострении хронического панкреатита происходит внутриорганная активация ферментов и самопереваривание органа. В этой фазе уровень ферментов поджелудочной железы в крови низок и выделение их с мочой увеличивается. В конечной стадии болезни характер и интенсивность клинических симптомов зависят и от того, захватывает ли разрастание соединительной ткани только одну часть железы, всю железу или даже окружающие ткани.

Преобладание той или иной особенности течения болезненного процесса обусловливает формы панкреатита с определенной клинической картиной, причем отдельные формы могут сочетаться между собой. Присоединение новых симптомов означает прогрессирование панкреатита и в большинстве случаев указывает на плохой прогноз. Основными формами панкреатита являются:

1) Хронический панкреатит, протекающий с преобладающей недостаточностью внешнесекреторной части,

2) хронический панкреатит, протекающий с преобладающей недостаточностью внутрисекреторной части поджелудочной железы,

3) хронический панкреатит, характеризующийся в первую очередь болями,

4) хронический рецидивирующий панкреатит.

Описываются некоторые методы исследования функции поджелудочной железы, которые, с одной стороны, позволяют установить поражение поджелудочной железы (исследование ферментов поджелудочной железы в дуоденальном содержимом до и после стимуляции поджелудочной железы) и, с другой стороны, анатомическое и функциональное поражение тонкого кишечника (исследование резорбционной способности тонкого кишечника с помощью различных тестов, результаты которых следует оценивать вместе с клинической картиной, рентгенологическим исследованием, биопсией кишечника и другими данными).

KIRJANDUS: 1. Маждраков Г. Болезни поджелудочной железы. София, 1961. — 2. Hawkins, C. F. Diseases of the Alimentary Tract. London, 1963. — 3. Palmer, E. D. Clinical gastroenterology. Evanston and London, 1963. — 4. Sachris, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 1, 13—15.

Tartu Riiklik Ülikool

B_{12}-VITAMIIN- JA NOVOKAIINBLOKAADI KASUTAMISEST PERIFEERSE NÄRVISÜSTEEMI HAIGUSTE PUHUL

MIHHAIL FARBER
Narva

UDK 616.833.615.857.06

Viimaste aastate jooksul on B_{12}-vitamiini hakatud laialdaselt kasutama mitmesuguste kesk- ja perifeerse närvisüsteemi haiguste puhul. Seda võib seletada nimetatud preparaadi eriti tähtsa osaga organismi põhilistes biokeemilistes ja füsioloogilistes protsessides. Näiteks võtab ta osa nukleiinhapete sünteesist (12). Mõned uurijad oletavad, et B_{12}-vitamiin mõjub soodsalt närvikoe ainevahetusele (10, 14, 11). Rohkearvulised kliinilised uurimised näitavad selle vitamiini tähelepandavat analgeseerivat efekti (3, 13, 15).

Juba 1957. aastal juhtisime tähelepanu sellele, et B_{12}-vitamiinil on süstimiskohal anesteseeriv toime (5, 6, 9).

Lähtudes B_{12}-vitamiini paiksest anesteseerivast toimest ja muudest omadustest, töötasime välja nimme-ristluu radikuliiti põdevate haigete ravimise meetodi, mis seisneb nimetatud vitamiini epiduraalses süstimises. Sel viisil raviti statsionaaris 110 haiget, kellel esinesid väljakujunenud valusündroom, ärajäämanähud ja eriti visa haiguskulg. 90%-l juhtudest oli ravi edukas ja statsionaaris viibimise aeg lühenes. Järgmistel aastatel ilmusid kirjanduses mitme autori (2, 7) teated nimme-ristluu radikuliidi ravimise tulemustest B_{12}-vitamiini epiduraalse manustamise teel.

Narva Linna Haigla arst J. Šafer on soodsaid tulemusi saanud mitme nimme-ristluu radikuliiti põdeva haige ravimisel nahasiseste B_{12}-vitamiinblokaadidega (6).

Uurimistöö jätkamisel oleme tähelepanu pööranud sellele, et B_{12}-vitamiini lisamine 0,5%-lisele novokaiinilahusele pikendab ja tugevdab viimase anesteseerivat toimet. Seetõttu oleme hakanud tegema nahasiseseid B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaade nendele perifeerse närvisüsteemi haigusi põdevatele isikutele, kellel esinevad valud. Raviti 102 haiget (neist 21-l oli kaela- ja õlanärvipõimiku neuralgia või kaela ja rinna piirkonna radikuliit, 6-l kolmiknärvi neuralgia ja 75-l nimme-ristluu radikuliit). Mehi oli 67, naisi 35. Haigete vanus oli 21 . . . 62 aastat.

73 nimme-ristluu radikuliiti põdeval haigel ilmnes kroonilise radikuliidi ägenemine. Ärajäämanähte oli 77%-l haigetest, kusjuures Ahhilleuse refleks oli kustunud või nõrgenenud 51%-l, patellaarrefleks 20%-l haigetest. Pinnatundlikkuse häireid oli 71%-l, vibratsioonitundlikkuse häireid 63%-l haigetest. 41%-l esines pareese (kõige sagedamini suurvarba dorsaalfleksiooni nõrkust), 49%-l haigetest kahjustatud jäseme lihaste lõtvust ja atroofiat. Liikvorit uuriti 22 haigel, 12-l leiti valguhulga suurenemine (0,33 mg ‰ kuni 1,32 ‰).

Kõikidele haigetele tehti nimme-ristluu piirkonna röntgenogrammid kahes projektsioonis, mõnel juhul tehti funktsionaalsed ülesvõtted. 57%-l haigetest leiti deformeeriv spondüloos, spondülartroos, osteokondroos või kaasasündinud lülisamba-muutused.

40 haigel uuriti alajäsemete lihaste motoorset ja sääreluunärvi ning ühise pindluunärvi kronaksiat. 22 haigel avastati pikenenud kronaksia (kõige sagedamini pikal suurvarba painutajalihasel ja lühikesel pindluulihasel). Uuritud närvide kronaksia muutus harvem ja vähemal määral.

Kliinilise, spondülograafilise ja mitmel juhul ka pneumomüelograafilise uurimise alusel diagnoositi 80%-l haigetest diskogeenne nimme-ristluu radikuliit.

Nahasiseseid blokaade tehti M. Astvatsaturovi (1) meetodil. Enne süstimist lisati 10 ml 0,5%-lisele novokaiinilahusele 500 mikrogrammi B_{12}-vitamiini ja kõige valulikumale kohale süstiti kogu protseduuriks 1000 . . . 1500 mikrogrammi B_{12}-vitamiini 20 . . . 30 milliliitris 0,5%-lises novokaiinilahuses. Kokku tehti 1 . . . 5 blokaadi.

Enamik haigetest märkas valude vähenemist juba 5 . . . 10 minuti jooksul pärast esimest blokaadi. Suurenes lülisamba ja haige jala liikuvus, nõrgenesid venitussümptoomid. Järgmistel päevadel paranemine jätkus. Mida tugevamad olid valud, seda ilmekam oli nahasisese B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadi soodne toime.

Enamikul juhtudest (69 haiget) õnnestus ägedat valusündroomi kõrvaldada 1 . . . 3 B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadiga. Hiljem süstiti B-rühma vitamiine, proseriini ja biostimulaatoreid (eriti ärajäämanähtudega kulgeva nimme-ristluu radikuliidi puhul). Kõikidele tehti füsioteraapia protseduure. Mõnele haigele määrati ravikehakultuuri harjutusi.

Andmete suuremaks objektiveerimiseks tegime 20 haigele «galvaanilise valuproovi» kõige valutundlikumates punktides. Uurimist toimetati N. Mištšuki aparaadi abil enne ravi algust, 24 tundi pärast nahasisest B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadi ning pärast ravi lõpetamist. Enne ravi algust oli «galvaaniline valuproov» positiivne kõikidel haigetel. Kui esimesest nahasisesest blokaadist oli möödunud 24 tundi, jäi see muutumatuks ainult 6 juhul, 14-l osutus aga nõrgalt positiivseks või negatiivseks. Pärast ravi lõpetamist jäi «galvaaniline valuproov» positiivseks ainult 5 haigel.

Nahasisesed B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadid ei põhjustanud mingeid kõrvalnähte ega tüsistusi. Arteriaalne rõhk olulisel määral ei muutunud. Meie poolt kasutatud B_{12}-vitamiini annus (1000 . . . 1500 mikrogrammi) vastab selle vitamiini suurtele annustele, mida soovitavad mitmed autorid (13, 15, 8), kes on ravinud perifeerse närvisüsteemi haigusi, millega kaasneb valusündroom.

Ravi andis väga häid ja häid tulemusi 64-l, rahuldavaid 7-l ja halbu 4-l nimme-ristluu radikuliiti põdeval haigel.

Seega saadi väga häid ja häid tulemusi 85,3%-l haigetest. Opereeriti kuut haiget, kelle puhul pärast konservatiivset ravi ei õnnestunud saada soovitud tulemusi. Kõikidel avastati lülidevahelise diski hernia (5 haigel — L_4 . . . L_5 kõrgusel ja ühel L_5 . . . S_1 kõrgusel).

75 haiget, kellele oli tehtud nahasiseseid B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaade,

jälgiti 3 . . . 18 kuuni. 73 haiget on töövõimelised, neist 69 töötab endisel töökohal, 4 on läinud kergemale tööle. Retsidiive on tekkinud 9 juhul.

Nimme-ristluu radikuliiti põdevate haigete ravimisel B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadidega saadud tulemuste objektiivsemaks hindamiseks võrdlesime neid kontrollrühma ravitulemustega. Kontrollrühmas oli 95 nimme-ristluu radikuliiti põdevat haiget. Kliinilise pildi ja haiguse kulu poolest ei erinenud kontrollrühma haiged mingil määral haigetest, kellele oli tehtud nahasiseseid B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaade. Nendele tehti nahasiseseid blokaade 0,5%-lise novokaiinilahusega (ilma B_{12}-vitamiinita). Blokaadide üldarv oli 1 . . . 5. Kontrollrühma haigetele manustati samuti B-rühma vitamiine, biostimulaatoreid, tehti füsioteraapia protseduure.

Selgus, et pärast 1 . . . 3 nahasisest novokaiinblokaadi kadus valusündroom ainult 76 juhul (77%). Ravi lõpetamisel täheldati väga häid ja häid tulemusi 68 juhul (71,2%), rahuldavaid 16 ja halbu 11 juhul. Hilistulemuste uurimine 3 . . . 18 kuu jooksul pärast statsionaarist väljakirjutamist näitas, et 93 haiget olid töövõimelised, 7 viidi üle kergemale tööle, ülejäänud töötavad endistel töökohtadel. Retsidiive tekkis 18 juhul.

Seega võib järeldada, et nahasisene B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaad annab nimme-ristluu radikuliiti põdevate haigete ravimisel paremaid tulemusi kui nahasisene novokaiinblokaad.

21 muude perifeerse närvisüsteemi haigustega haigete ravimisel saadi nahasisese B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadiga väga häid ja häid tulemusi 17 juhul.

Silmas pidades B_{12}-vitamiini paikselt anesteseerivat toimet süstisime seda (annuses 1000 . . . 2000 mikrogrammi) perineuraalselt 6 haigele kolmiknärvi II ja III haru neuralgia puhul. Süstiti silmakoopa-alusesse ja lõuatsimulku. Kolmel juhul olid ravitulemused soodsad. Viimastel aastatel on avaldatud arvamust, et kolmiknärvi neuralgia tekkes on teatav tähtsus ka B_{12}-vitamiinipuudusest tingitud ainevahetushäiretel.

Nahasiseste B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadide kasutamisel saadud soodsad ravitulemused, tüsistuste ning kõrvalnähtude puudumine ja metoodika lihtsus lubavad meil seda meetodit soovitada valuga iseloomustuvate perifeerse närvisüsteemi haiguste ravimiseks mitte ainult statsionaaris, vaid ka ambulatooriumis.

РЕЗЮМЕ. Еще в 1957 году мы установили, что витамин B_{12} оказывает некоторое местноанестезирующее действие. Продолжая наши исследования, мы обратили внимание на тот факт, что добавление витамина B_{12} к 0,5% раствору новокаина усиливает и удлиняет анестезирующее действие последнего. Учитывая это, а также другие свойства витамина B_{12}, мы применяли внутрикожные блокады витамина B_{12} и новокаина больным, страдающим заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающимися болевым синдромом.

Лечение проведено 75 больным пояснично-крестцовым радикулитом и 21 больному шейно-плечевой невралгией и шейно-грудным радикулитом.

Блокады производились по методу М. И. Аствацатурова. Перед инъекцией к 10 см³ 0,5% раствора новокаина добавлялось 500 микрограммов витамина B_{12} и в места наибольшей болезненности внутрикожно вводилось (всего на процедуру) 1000—1500 микрограммов витамина B_{12} в 20—30 см³ 0,5% раствора новокаина. Количество блокад колебалось от 1 до 5.

Отличный и хороший результат получен у 64 (85,3%) больных пояснично-крестцовым радикулитом и у 17 больных шейно-плечевой невралгией и шейно-грудным радикулитом.

С целью контроля 95 больным пояснично-крестцовым радикулитом проводилось лечение внутрикожными блокадами 0,5% раствора новокаина, но без витамина B_{12}. По всей клинической картине и течению контрольная группа больных существенно не отличалась от группы больных, которым применялись внутрикожные блокады витамина B_{12} и новокаина. После окончания лечения отличный и хороший результат наблюдался только у 71,2% больных контрольной группы.

Из 6 больных невралгией тройничного нерва, которым витамин B_{12} вводился периневрально в дозе 1000—2000 микрограммов, положительный эффект получен у 3.

Таким образом благоприятные результаты лечения, отсутствие осложнений, простота методики позволяют нам более широко рекомендовать применение блокад с витамином B_{12} и новокаином при заболеваниях периферической нервной системы, сопровождающихся болевым синдромом.

KIRJANDUS: 1. Аствацатуров М. И. Советская врачебная газета, 1932, 22/23, 1287—1297. — 2. Бердичевский М. Я., Назаров И. П. Клинич. медицина, 1963, 9, 142—144. — 3. Поемный Ф. А. и Ройзен Ш. С. Ж. невр. и псих. им. С. С. Корсакова, 1957, 2, 191—192. — 4. Фарбер М. А. Сов. медицина, 1958, 6, 64—68. — 5. Фарбер М. А. Ж. невр. и псих. им. С. С. Корсакова, 1961, 2, 291—293. — 6. Шафер Ю. И. В кн.: Вопр. клинической неврологии и психиатрии. Тарту, 1965, т. 5, 170—173. — 7. Шевардин Г. Д. Сов. медицина, 1964, 8, 133. — 8. Brage, D.

Prensa méd. argent. 1956, 43, 498—504. — 9. Farber, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 6, 42—45. — 10. Lereboullet, J. e. Pluvinage, R. Semaine Hôp., Paris, 1953, 29, 1849—1853. — 11. Permin, M. Acta otolaryngol., 1954, 44, 348—349. — 12. Rege, D., Sreenivasan. Nature, 1950, 166, 4233, 117—121. — 13. Säker, G. u. Gaida, A. Münchener. med. Wochenschr., 1956, 26, 906—908. — 14. Sun Shu-Shan. Chinese Med. J., 1959, 78, 6, 594—596. — 15. Surtees, S. a. Hughes, R., Lancet, 1954, 6809, 439—441.

Narva Linna Haigla

FENOOLIDE OSATÄHTSUSEST PÕLEVKIVIÕLIDE TOKSILISES TOIMES

HARRI JÄNES
Tallinn

UDK 613.632.3

Põlevkiviõli kauaaegset edukat kasutamist tehnilise antiseptikumina põhjendatakse eeskätt õlides leiduvate fenoolide toksilise toimega mädanemist põhjustavatesse seentesse ja nende eostesse (6). Lisaks sellele on avaldatud andmeid, et kivisöe ja turba termilisel töötlemisel saadavate õlide ja õlitoodete toksilisus sõltub eelkõige fenoolisisaldusest nendes toodetes (2, 3). Ja lõpuks — mõni aasta tagasi tehtud katsed näitasid, et põlevkiviõlide lenduvad komponendid, mille hulgast happelist laadi ühendid on absorbeeritud 4%-lise naatriumhüdroksiidilahusega, ei põhjusta valgete hiirte hukkumist ka siis, kui ületatakse absoluutselt surmav kontsentratsioon (5). Loetletud asjaolud sundisid tegema spetsiaalset tööd, et üksikasjalikumalt selgitada fenoolide osatähtsust põlevkiviõlide toksilises toimes.

Katseteks kasutati V. I. Lenini nimelisest Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadist saadud summaarse põlevkiviõli diislifraktsiooni (keemispiirid 180 ja 330° C), mis sisaldab rohkesti kergemaid ühealuselisi fenoole. Loomkatseteks võeti nii harilikku ($d_{20}=935$, fenoole 16,5%) kui ka defenoleeritud õli ($d_{20}=895$, fenoole 0,68%).

Akuutsed katsed 186 valgel hiirel (ekspositsiooniaeg 2 tundi) näitasid, et defenoleeritud õli lenduvad komponendid on tunduvalt vähem toksilised kui defenoleerimata õli lenduvad ühendid ($P<0{,}001$). Samasugune seaduspärasus ilmnes ka siis, kui katseteks kasutatud õlisid anti 78 valgele rotile (vt. tabel).

Inhalatsiooni teel esilekutsutud ägeda mürgistuse algstaadiumi kliinilised sümptoomid (motoorse aktiivsuse vähenemine, hingamisliigutuste muutumine. naha hüpereemia ilmumine, krampide ja narkoosi tekkimine) olid peaaegu samalaadsed nii ühe kui ka teise õli korral, kuid intoksikatsiooni süvenemisel hakkasid neil, kes olid sisse hinganud defenoleerimata õli lenduvaid komponente, üha ilmsemalt prevaleeruma närvisüsteemi kahjustuse tunnused (tugevad krambid, tagajäsemete halvatus jne.). Makku viidud defenoleeritud õli toimel (1,1 . . . 22,5 g/kg) ei tek-

Defenoleerimata ja defenoleeritud põlevkiviõli toksilisuse põhiparameetrid

Toksilisuse parameetrid	Manustamisviis	Loomaliik	Defenoleerimata põlevkiviõli	Defenoleeritud põlevkiviõli
CL_0 mg/l	inhalatsioon	valged hiired	14,0	12,0
CL_{50} „	„	„	16,5±0,27	19,5±0,43
CL_{100} „	„	„	18,0	22,0
DL_0 g/kg	*per os*	valged rotid	1,1	2,2
DL_{50} „	„	„	5,8±0,30	10,0±0,40
DL_{100} „	„	„	13,5	18,0

kinud ühelgi valgel rotil krampe, küll aga registreeriti neid enamikul katseloomadest, kes samas annuses said defenoleerimata õli. Pärast defenoleeritud õli suu kaudu andmist hukkusid loomad esimese ööpäeva jooksul või kuni 5 päeva hiljem, defenoleerimata õli toimel aga esimese kahe tunni või esimese ööpäeva vältel.

Katseteks kasutatud põlevkiviõlide kumuleerumise uurimine valgetel hiirtel [kiirmeetodil (4)] võimaldab järeldada, et nii defenoleeritud kui ka defenoleerimata õli kumulatiivne toime on suhteliselt nõrk ja nende vahel selles osas olulised erinevused puuduvad.

Et selgitada defenoleeritud ja hariliku põlevkiviõli toimet vigastamata nahasse, sooritati 42 valgel hiirel katsed klassikalisel «sabameetodil». Defenoleeritud õli ei põhjustanud ühelgi juhul (aplitseerimise vältus 1, 2, 4 ja 6 tundi) saba kärbust, -küll aga võis seda täheldada pärast hariliku õli aplitseerimist (juba ühetunnilise aplikatsiooni korral), kusjuures pikemaajalise katse tulemusena tekkis kärbusi korduvalt. Fenoolid tungivad läbi vigastamata naha (7, 8 jt.), mistõttu ka naha kaudu toimunud mürgistuse kliiniline pilt oli erinev: defenoleerimata õli toimel kaotasid loomad võime püsida jalgadel ning neil tekkisid krambid, mida defenoleeritud õli aplitseerimisel kordagi ette ei tulnud.

Kroonilise toime uurimiseks korraldati katsed dünaamilise režiimiga mürgistuskambris, mille õhk sisaldas 5 mg/l õlide lenduvaid komponente (defenoleerimata õli kasutamisel oli fenoolide kontsentratsioon 0,057 mg/l, defenoleeritud õli puhul 0,005 mg/l). Valgeid rotte mürgistati iga päev 4 tundi, kokku 4 kuu vältel. Selgus, et neil defenoleeritud õli toimel suureneb hapnikutarvitus, areneb leukopeenia, katseperioodi lõpul alaneb närvi-lihase erutuvuse lävi ja suureneb vastupidavus anokseemia suhtes. Peale selle võis täheldada kaaluiibe aeglustumist, erütrotsüütide arvu ja vabade SH-rühmade sisalduse vähenemist, dünaamilisele koormusele vastupanuvõime nõrgenemist ja maksa, kopsude, südame ning vasaku neeru suhtelise kaalu suurenemist, kuid need muutused osutusid statistiliselt ebaoluliseks.

Defenoleerimata õli toimel arenesid katseloomade organismis üldjoontes samasugused nihked kui defenoleeritud õli toimel. Kuid kaaluiibe aeglustumine, gaasivahetuse intensiivistumine ning närvi-lihase erutuvuse läve alanemine sugenesid varem ja need muutused olid tugevamad ning püsivamad kui defenoleeritud õli puhul. Ka elundite (maksa, kopsude, neerupealiste) suhtelise kaalu suurenemine osutus statistiliselt oluliseks ($P<0,05$).

Eespool toodud katsetulemuste alusel võib väita, et püsisoojastele loomadele on toksilised nii süsivesinikud kui ka fenoolid, kuid viimastele kuulub põlevkiviõlide üld- ja paikses toimes juhtiv osa. Põlevkiviõlide tootmisel, töötlemisel ning kasutamisel tuleb töökohtade õhu ja atmosfääri saastumist kontrollida eeskätt fenoolide suhtes.

Põlevkivifenoolid on tunduvalt (10... 20 korda) toksilisemad kui kivisöetõrvas leiduvad fenoolid, mis 70% ulatuses koosnevad hüdroksübenseenist (1). Viimase toimest lähtudes on kehtestatud fenoolide sanitaarnorm 5 mg/m^3. Edaspidised uurimised peavad selgitama, kas sanitaarset piirkontsentratsiooni põlevkiviõlifenoolide puhul on tarvis muuta või kaitseb töölisi praegu kehtiv norm küllaldasel määral.

РЕЗЮМЕ. При изучении сравнительной токсичности двух видов сланцевых смол [необесфеноленная смола (пределы кипения 180—330 °С, удельный вес при 20 °С — 935, содержание фенолов — 16,50%) и обесфеноленная смола (пределы кипения 180—330 °С, удельный вес при 20 °С — 895, содержание фенолов — 0,68%] выяснено, что среднесмертельная концентрация летучих компонентов необесфеноленной смолы для белых мышей составляет 16,5±0,27 мг/л, а для обесфеноленной смолы — 19,5±0,43 мг/л. При пероральном введении соответствующий показатель для белых крыс при необесфеноленной смоле равен 5,8±0,3 г/кг, а при обесфеноленной смоле — 10,0±0,4 г/кг. При воздействии необесфеноленной смолы клинические признаки нарушения со стороны нервной системы были значительно более выражены, чем при воздействии обесфеноленной смолы. Различия в клинической картине интоксикации оказались особенно наглядными при введении смол в желудок белых крыс.

Кумулятивное действие как необесфеноленной, так и обесфеноленной сланцевой смолы слабо выражено.

При однократном воздействии необесфеноленной смолы на кожу хвоста белой мыши наблюдался некроз хвоста уже при 2-часовой аппликации (встречались и повторные некрозы),

в более продолжительных опытах (от 2 до 6 часов) животные принимали «боковое положение» и у них появлялись судороги. При воздействии обесфеноленной смолы некроз хвоста не наблюдался и признаки общерезорбтивного действия оказались выраженными значительно слабее.

В результате хронических опытов (продолжительность опыта 4 месяца, ежедневная экспозиция 4 часа, концентрация летучих компонентов в камере 5 мг/л, режим затравки — динамический) выяснилось, что под влиянием летучих компонентов обесфеноленной смолы у белых крыс временно увеличивается потребление кислорода, развивается лейкопения, в конце опыта снижается порог нервно-мышечной возбудимости и повышается устойчивость к аноксии. Кроме того, у подопытных крыс наблюдалось замедление прироста веса тела, уменьшение количества эритроцитов, снижение устойчивости к динамической нагрузке и некоторое увеличение относительного веса сердца, легких, печени и левой почки, но эти изменения являлись статистически несущественными. При хроническом воздействии необесфеноленной смолы в организме подопытных животных развиваются в основном те же сдвиги, что и под влиянием обесфеноленной смолы, но они оказываются более ранними, глубокими и устойчивыми.

На основе результатов эксперимента можно прийти к заключению, что содержание фенольных соединений в значительной степени определяет токсичность сланцевых смол. При производстве, переработке и применении сланцевых смол необходимо проверять воздушную среду на рабочих местах прежде всего в отношении содержания фенолов.

KIRJANDUS: 1. Аккерберг И. И. и Юргенсон И. А. Вопр. гиг. труда в сланцевой промышленности Эст. ССР, сб. IV, Таллин, 1960, 242—248. — 2. Григорьев З. Э. Гиг. и сан., 1953, 34—37. — 3. Он-же. Гиг. и сан., 1953, 11, 26—30. — 4. Рекомендаций для предварительной оценке токсичности летучих органических веществ скоростным методом. Л., 1964. — 5. Янес Х. Я. Гиг. труда, 1962, 6, 33—38. — 6. Aarna, A. Põlevkivikeemia probleeme Eesti NSV-s. Tln., 1965. — 7. Evans, S. J. Brit. J. Industr. Med., 1952, 3, 227—229. — 8. Freeman, M. V. a. o. J. Labor. Clin. Med. 1951, 38, 2, 262—266.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

TÖÖ TEADUSLIKU ORGANISEERIMISE PÕHIMÕTETE ELLUVIIMISEST

NATAN ELŠTEIN
Tallinn

UDK 614.2 : 658.387

Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirja nr. 90 alusel (17. maist 1967. a.) asutati Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud meditsiinilise nõukogu juurde spetsiaalne komitee, mille ülesandeks on tegelda tervishoiuasutuste töö ja juhtimise teadusliku organiseerimisega. Komiteesse kuuluvad ravi- ja profülaktikaasutuste, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi esindajad.

Komitees on arutatud neid töö ja juhtimise teadusliku organiseerimise suundi ja probleeme, mis on vaja lahendada vabariigi meditsiiniasutustes. Uurimisele kuuluvad küsimused on laialdased ja mitmekülgsed: meditsiiniõele korralduste andmise moodusest ühtede või teiste spetsialiseeritud osakondade loomise otstarbekuseni, templi «Hambad saneeritud» valmistamisest kuni omadusteni, mis peavad olema peaarsti asetäitjal ravi alal.

Komitee on arvamusel, et viiepäevasele töönädalale ülemineku tõttu avanevad eriti laialdased võimalused optimaalsete töövormide teaduslikuks analüüsimiseks. Seoses sellega on väga tähtis meditsiinikaadri õige paigutamine töö- ja puhkepäevadel. Nimetatud küsi-

muste lahendamiseks on tarvis tundma õppida polikliinikusse pöördumiste struktuuri ning patsientide haiglast väljakirjutamise ja hospitaliseerimise dünaamikat (sõltuvalt kellaajast, nädalapäevast ja kuust). Peamine seisneb selles, et saadud andmeid ainult ei fikseeritaks, vaid neid asutuse töö korraldamisel tegelikult arvestataks. On vaja uurida ka röntgenikabinettide, laboratooriumide, funktsionaalse diagnoosimise kabinettide, samuti kiir- ja vältimatu abi asutuste töökoormuse seaduspärasusi.

Teiseks aktuaalseks suunaks on meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmise tegurite ja vormide ning töö kvaliteedi kompleksne uurimine igapäevase töö käigus. Jutt on osakonnajuhatajate visiitide tõhususe analüüsist, samuti sellest, kuidas ja millal korraldada seminare, konverentse jms. Kuidas ja kunas kontrollida meditsiinitöötajate tööd, missugused kvalifikatsiooni tõstmise vormid on kõige tõhusamad? jne.

Näiteks meie uurimised näitasid, et polikliinikute terapeutide koormus on esimesel kolmel nädalapäeval märksa suurem kui järgmistel päevadel. Seetõttu pole otstarbekas korraldada nõupidamisi ja konverentse nädala esimesel poolel. Kuidas jõuda niikaugele, et nõupidamistel aastast aastasse ei räägitaks ikka ühtedest ja samadest puudustest? Kuidas tõhusamalt kontrollida tööülesannete täitmist? Kas poleks tarvis, et mõned inspektorid tegeleksid rohkem süstemaatilise kontrollimisega kui jooksvate kaebustega? Võib-olla on see hoopis tõhusam puuduste kõrvaldamise viis? jne.

Inspektorite tegevuse analüüsimine on tihedalt seotud töö teadusliku organiseerimise ja juhtimise kolmanda suunaga. Jutt on nimelt sellest, kuidas oma tööd peaksid korraldama asutuste juhatajad ning nende asetäitjad, osakonna- ja kabinetijuhatajad, vanem-meditsiiniõed. Kirjutasime* juba sellest, et nimetatud küsimustega ei ole meie tervishoiuasutustes õieti keegi veel tegelnud. Muide, nimelt sellega tervishoiuasutuste juhatajad ning osakonna- ja kabinetijuhatajad peavadki tegelema. Mida rohkem aega nad kulutavad jooksvatele küsimustele, seda kindlamalt võib öelda, et juht pole omal kohal.

Peaarst, tema asetäitja, osakonnajuhataja peavad analüüsima möödunut ja planeerima homset. Sellest lähtudes on tarvis, et töö teadusliku organiseerimise probleeme uuriksid eeskätt meditsiiniasutuste juhatajad, osakonnajuhatajad ja vanem-meditsiiniõed.

Töö teadusliku organiseerimise küsimused ei tohiks taanduda uute meditsiinilise dokumentatsiooni vormide kehtestamisele. Ka vormid on olulised, kuid siingi on vaja arukust ja süsteemi.

Komitee peaks muutuma keskuseks, kuhu koondatakse töö ja juhtimise teadusliku organiseerimise alane informatsioon vabariigis. Komitee analüüsib ja üldistab kogemusi ning annab Tervishoiu Ministeeriumile ning selle õpetatud meditsiinilisele nõukogule soovitused kõige ratsionaalsemate töövormide ja -meetodite kasutuselevõtmiseks.

Nimetatud küsimuste käsitlemiseks avas ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» rubriigi. Tahaks loota, et autorid kirjutavad ajakirjale mitte ainult sellest, mida üks või teine uuendus annab, vaid ka raskustest, millega uuenduste elluviimisel tuleb kokku puutuda (näiteks diktofoni kasutamine haiguslugude vormistamisel).

Komitee istungid toimuvad igas kvartalis, perioodiliselt hakatakse välja andma informatsioonimaterjale. 1969. aastaks on planeeritud vabariiklik konverents, mille kavas on kogu vabariigi tervishoiuasutuste töö ja juhtimise teadusliku organiseerimise küsimused.

Töö teaduslikule organiseerimisele ei tuleks vaadata kui mingisugusele uuele kampaaniale. Võib-olla tõstatame selle probleemi küll hilja, kuid igal juhul mitte ajutiseks.

РЕЗЮМЕ. Приводятся основные проблемы научной организации труда и управления, требующие внимания медицинских учреждений Эстонской ССР.

При министерстве здравоохранения республики создан специальный комитет по вопросам научной организации труда и управления.

По мнению комитета, серьезного изучения требуют: а) Научный анализ оптимальных форм работы при пятидневной рабочей неделе, с особым акцентом на правильную расстановку медицинских кадров в рабочие и выходные дни. б) Изучение совокупности факторов и форм повышения квалификации медицинских работников в процессе повседневной деятельности.

* «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1967, 2, 83—86, samas 1967, 4, 300—303.

в) Выработка наиболее рациональных форм работы руководителей медицинских учреждений (начиная от главного врача и кончая старшей медицинской сестрой) и повышения эффективности их руководства подчиненными.

В 1969 году планируется организация республиканской конференции по научной организации труда и управления в здравоохранении республики, соответствующий раздел выделяется и в журнале «Здравоохранение Советской Эстонии».

Tallinna Linna TSN Täitevkomitee
Tervishoiu Osakond

NEUROLOOGILISTE HAIGETE REHABILITATSIOONTERAAPIAST

ALEKSANDRA LUMESTE
Haapsalu

UDK 616.8-009.1-085.851.8

Meditsiini haru, mille eesmärgiks on maksimaalselt taastada haigete normaalne füüsiline ja psüühiline seisund, kutsealased võimed ja sotsiaalne heaolu, nimetatakse nn. rehabilitatsioonteraapiaks. Rehabilitatsiooni puhul on haigete ravimine tihedalt seotud nendele ühiskondliku heaolu tagamisega.

Neuroloogilisi haigusi põdevate isikute rehabiliteerimiseks kasutatakse mitmesuguseid ravivõtteid, mille sihiks on maksimaalselt arendada haige kompensatoorseid võimeid. Klassikalise füsioteraapia kõrval on suur tähtsus balneoteraapial (eriti mudaravil), kinesioteraapial, mis tihedalt on seotud tööraviga, ravikehakultuuril (eelkõige analüütiline ja sünteetiline ravivõimlemine), mehhanoteraapial, vesiravi-kehakultuuril, samuti käsimassaažil ja veealusel massaažil. Rehabilitatsioonteraapia hulka kuuluvad ka ortopeediline profülaktika, proteesimine ja ortopeediline kirurgia, ühtlasi psühholoogiline ja pedagoogiline rehabilitatsioon. Sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärgiks on, et haigestunu omandaks uue elukutse vastavalt säilinud töövõimele.

Et rehabiliteerimise programmi ellu viia, on haige seisundit tarvis igakülgselt hinnata (organismi füsioloogilised võimed, somaatiline ja neuroloogiline staatus). Selle alusel määratakse rehabilitatsioonipotentsiaal ehk -prognoos, milleks võivad olla töövõime taastumine, eneseteenindamine või teenindamise miinimumini viimine.

Eesti NSV-s on rehabilitatsioonteraapia keskuseks Haapsalu Vabariiklik Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla, mis asutati 1958. a. detsembris (algul lastesanatooriumina). Nimetatud raviasutuse loomise põhjuseks oli poliomüeliidiepideemia. 1960. a. septembris rajati sama asutuse juurde Haapsalu Sanatoorne Internaatkool, kus peale ravi saab hariduse ning omandab eriala 140 haiget.

Kui algusaastatel raviti haiglas peamiselt poliomüeliiti põdenud patsiente, kellel liikumisvõime korduvate kompleksse kuuride toimel paranes tunduvalt ja töövõime taastus täielikult või osaliselt, siis viimastel aastatel on ravialuste hulgas suurenenud spinaalse, perifeerse närvisüsteemi, ajukolju- ja sünnitrauma järelnähtudega, samuti ajuinfarktijärgseid halvatusi põdevate haigete osatähtsus. Seega on Haapsalu Vabariiklik Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla spetsialiseerunud kõikide neuroloogilisi ja ortopeedilisi haigusi põdevate isikute rehabilitatsioonteraapiale.

Rehabilitatsioonteraapia on täiskasvanuile näidustatud pärast peaaju haigestumisi ja kahjustusi (ajukolju trauma, ajuinfarkt ja ajukolju operatsiooni järgsed seisundid), pärast seljaaju haigestumisi või perifeerse närvisüsteemi kahjustusi, samuti ka haigetele, kellel esinevad neuroinfektsioonide-järgsed halvatused ja degeneratiivsed või ortopeedilised haigused. Laste puhul on see õigustatud järgmistel juhtudel: sünnitraumade järelnähud, närvisüsteemi nakkushaiguste mitmesugused järelseisundid, degeneratiivsed ja ortopeedilised haigused, kesk- ja perifeerse närvisüsteemi traumad.

Ravile suunamisel tuleb rangelt arvestada järgmisi vastunäidustusi: tuberkuloos, mädapõletikud, südame ja veresoonte haigused dekompensatsioonistaadiumis, kasvajad, psüühikahäired, operatsioonivajadus, eriti aga

juhud, kus rehabilitatsioon on perspektiivitu.

Et rehabiliteerimisele kuuluvate haigete arv on Eesti NSV-s küllaltki suur, oleks voodikohtade arvu Haapsalu Vabariiklikus Neuroloogia ja Ortopeedia Haiglas otstarbekas veelgi suurendada. Sel puhul tuleks avada uusi kabinette ja haiglat täiendavalt varustada aparatuuriga. Niisugused abinõud tagaksid olukorra, et järelravi vajajaid õigel ajal ravitaks ja neile võimaldataks korduskuure. Ühekordse järelkuuriga võrreldes on viimased tunduvalt tõhusamad. Ainult sel teel on osa haigete töövõimet võimalik taastada ja neid kasulike liikmetena ühiskonnale tagasi anda.

Rehabilitatsioonteraapiaga tegelevate haiglate ülesandeks on ka ravikogemuste üldistamine ja profülaktika-alane töö teenindatavas piirkonnas. Otstarbekas oleks vabariigis luua ühtne dispanseerimise süsteem. Et maaelanikke paremini teenindada, tuleks rajoonihaiglate juurde asutada ravikehakultuurikabinetid, kus vastava eriala spetsialisti juhendamisel saaksid ravivõimlemist jätkata rehabilitatsioonikeskusest lahkunud, kuid korduvaid järelkuure vajavad haiged. Sel teel oleksid tagatud kontroll edaspidiseid ja kordusravikuure vajavate haigete üle ning rehabilitatsiooniprogrammi maksimaalne täitmine.

РЕЗЮМЕ. Центром реабилитационной терапии в Эстонской ССР является Хаапсалуская республиканская неврологическая и ортопедическая больница, которая была основана в 1958 году как детский санаторий. В сентябре 1960 года при санатории была создана Хаапсалуская санаторная школа-интернат, в которой, помимо лечения, получают образование и овладевают профессией 140 больных.

В первые годы здесь лечили в основном больных, перенесших полиомиелит, но в последнее время значительно возрос удельный вес больных со спинальными поражениями, заболеваниями периферической нервной системы, последствиями черепно-мозговой и родовой травмы, а также больных с параличами после мозгового инсульта. Можно сказать, что Хаапсалуская республиканская неврологическая и ортопедическая больница специализирована по реабилитационной терапии больных, страдающих разными неврологическими и ортопедическими заболеваниями.

В Эстонской ССР число больных, подлежащих реабилитационной терапии, довольно велико. В связи с этим было бы целесообразным еще более увеличить коечный фонд названной больницы с тем, чтобы открыть новые кабинеты и дополнительно обеспечить больницу необходимой аппаратурой. Для обеспечения контроля за выписавшимися больными, но еще нуждающимися в дальнейших и повторных курсах лечения, а также для максимального выполнения программы реабилитации следовало бы создать в республике единую систему диспансеризации. Для этого в районных больницах необходимо создать кабинеты лечебной физкультуры, где под руководством специалиста можно было бы продолжать лечение и вести постоянное наблюдение за состоянием больного.

Haapsalu Vabariiklik Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

VAAKUUMEKSTRAKTORI KASUTAMISE NÄIDUSTUSTEST

VALDUR ESTER
EVI MALM
LINDA REISSAR
Pärnu

UDK 618.5-089.888.15

Kirjanduse andmeil lõpetatakse 1,4 . . . 6,2% sünnitustest vaakuumekstraktori abil [H. Meinrenken (14), v. Appen (11), A. Jermakova ja L. Timošenko (4), H. Murzalieva (8), S. Galitski (3)]. Pärnu Linna Haigla sünnitusosakonnas on aastail 1960—1964 tehtud 175 vaakuumekstraktsiooni, s. o. 4,8% sünnitustest.

Enamasti (170 juhul) oleme kasutanud Pettšenko-Demitševi otsikut (9), millel on rida eeliseid, võrreldes Malmströmi otsikutega. Pettšenko-Demitševi otsik libiseb ära väga harva ja tema

tõmbejõud on suurem (vaakuum 0,8 kg/cm^2, pind 19,62 cm^2, tõmbejõud 15,7 kg), mis vaakuumekstraktorit võimaldab kasutada samade näidustuste puhul kui tange (pideva traktsiooniga ja sünnitaja aktiivse kaasabita). Otsik, mis kuju tõttu surub lahklihale, mõjutab emaka kokkutõmbeid reflektoorsel teel tugevdavalt. Otsiku ja haardekoha jäik ühendus ja suhteliselt lühike vahekaugus võimaldavad pea liikumist juhtida. Traktsiooni jaoks ettenähtud ristsuunas väljaulatuvad metall-liistud on otsikuga liikuvalt ühendatud ja võimaldavad loote peal sooritada turbinaal-liikumise väikeses vaagnas.

Vaakuumekstraktori kasutamise näidustuste kohta leidub kirjanduses palju eri seisukohti. Enamik autoreist soovitab seda loote asfüksia ohu ja väituste ning väljutusjõudude nõrkuse puhul. Emapoolseid näidustusi puudutavad seisukohad on aga erinevad. Paljud nõukogude autorid, kes vaakuumekstraktori puhul eeldavad ema aktiivset kaasabi, peavad vastunäidustuseks nn. ema haigusi [V. Aristova (1, 2), K. Žmakin (5). jt.]. Kuid kirjanduses on rohkesti andmeid vaakuumekstraktori eduka kasutamise kohta ka nendel juhtudel [A. Pettšenko ja I. Demitšev (9), H. Meinrenken (14), v. Appen (11), H. Murzalieva (8), S. Galitski (3) jt.].

Pärnu Linna Haigla sünnitusosakonnas on vaakuumekstraktorit kasutatud peamiselt järgmistel näidustustel: 1) üsasisene asfüksia (86 juhtu, s. o. 49%); 2) sekundaarne sünnitustegevuse nõrkus ja väljutusjõu nõrkus (40 juhtu, s. o. 22%); 3) näidustused ema poolt (49 juhtu, s. o. 29%): a) nefropaatia 32, b) preeklampsia ja eklampsia 4, c) hüpertooniatõbi 4, d) südamehaigused 4 ja e) silmahaigused 5 juhtu.

Loote üsasisese asfüksia puhul oleme vaakuumekstraktori püüdnud kasutusele võtta võimalikult vara, s. o. asfüksiaohu või algava asfüksia (I või II aste) tunnuste ilmumisel. Niisuguseid juhte on ette tulnud 50 ja alati oleme saanud elusad lapsed, kusjuures ainult kolmel korral oli pärast sündimist vaja rakendada elustamisvõtteid. 36 sünnituse ajal esinesid üsasiseselt II astme asfüksia, pikema kestusega III astme asfüksia või tekkisid korduvad asfüksiahood. Neil juhtudel rakendati üsasisese asfüksia profülaktikat A. Nikolajevi meetodil ühel korral (16 juhtu) või korduvalt (20 juhtu). Pärast sünnitust vajas 12 last elustamist, mida tehti Legentšenko ja Persianinovi meetodil 10 minuti või pikema aja vältel. 32 last sündis elusalt ja nad lahkusid tervetena. Kaks last sündis surnult. Ühel juhul oli asfüksia põhjuseks nabaväädi väljalangemine. Kuigi loode väljutati 2 traktsiooniga 2 minuti jooksul, jäi elustamine tagajärjetuks. Teisel juhul oli tegemist pikaleveninud sünnitusega, suure lootega ja korduvate asfüksiahoogudega. Kaks last sündis III astme (valges) asfüksias. Nende elustamine ei andnud tulemusi.

K. Tšatšava ja P. Vašakidze (10) leiavad, et vaakuumekstraktori kasutamine ei süvenda loote asfüksiat (nagu seda teevad sünnitustangid) ja seetõttu on see näidustatud esimeste asfüksia tunnuste ilmumisel. Ka K. Žmakin (5) peab vaakuumekstraktori kasutamist algava asfüksia puhul täiesti õigustatuks. Tulemused on seda paremad, mida kiiremini loode väljutatakse.

Sekundaarse sünnitustegevuse nõrkuse ja väljutusjõu nõrkusega oli vaadeldaval perioodil tegemist 40 juhul, mil vaakuumekstraktori kasutamine oli näidustatud (26 sünnitajal esines sekundaarne sünnitusvalude nõrkus ja 14-l väljutusjõu nõrkus). 32 juhul võeti tarvitusele medikamentoosne stimulatsioon. Sünnitus vältas 26 juhul üle 20 tunni. 39 last sündis elusalt ja nad lahkusid sünnitusosakonnast tervetena. Elustus 11 üsasisese asfüksiaga (I aste) last. Üks laps sündis surnult toksoplasmoosist tingitud väärarendite tõttu.

49 juhul oli vaakuumekstraktori kasutamise põhjuseks ema haigus. Pettšenko-Demitševi otsik võimaldab eesseisva osa ja vaagna sobivuse korral loote pead väljutada sünnitaja aktiivse abita lühikese aja jooksul; ema tervist see ei ohusta. 4 juhul oleme vaakuumekstraktsiooni ühendanud eeternarkoosiga. Osal juhtudest oleme kasutanud Verbovi sidet (kui ilmnesid algava asfüksia nähud või kui tegemist oli väljutusjõu nõrkusega). 32 juhul kasutasime vaakuumekstraktorit hilise rasedustoksikoosi tõttu. Näidustuseks olid vererõhu progresseeruv kõrgenemine ja kaebused (peavalu, nägemishäired).

Pärast ekstraktori kasutamist ema tervis ei halvenenud mitte ühelgi juhul. 32 last ekstraheeriti elusalt ja nad lahkusid tervetena. Ühel juhul sündis loode surnult, mis oli tingitud üsasisesest asfüksiast ja ajuverevalumist.

Kolmel rasedal esines väljakujunenud preeklamptiline seisund. Pärast vaakuumekstraktsiooni (eeternarkoos) emade tervis paranes. Ka lapsed lahkusid sünnitusosakonnast tervetena. Vaakuumekstraktsiooni tegime ka sünnitajal, kellel oli esinenud kolm eklamptilist krambihoogu (kaks hoogu kodus, üks sünnitusosakonda saabumisel). Haige oli teadvuseta. Loote pea oli suure segmendiga fikseerunud vaagna sissekäigus, emakasuue oli avatud nelja põikisõrme ulatuses. Emakakaela tehti kahes suunas lõiked (kasutati eeternarkoosi) ja loode ekstraheeriti vaakuumekstraktori abil ühe pideva traktsiooniga, mis vältas 20 minutit. Ema lahkus haiglast paranenult koos terve lapsega 11. päeval pärast sünnitust.

M. Mahmudova (7) on avaldanud andmed vaakuumekstraktori kasutamise kohta 140 juhul raskete raseduse teise poole toksikooside korral (nendest 10 preeklampsia- ja 15 eklampsiajuhtu). 38 juhul kasutati eeternarkoosi. Sünnitajate üldseisund ei halvenenud, kõik paranesid kolme esimese päeva jooksul. Surnult ei sündinud mitte ühtegi last ja varajane laste suremus oli 0,7%. K. Žmakin (5) peab vaakuumekstraktori kasutamist eklampsia puhul lubamatuks, sest siis ei jälgita vajalikku ravirežiimi. Samuti peab ta vastunäidustuseks kerget nefropaatiat kui potentsiaalset eklampsiat. Nende seisukohtadega ei saa me nõustuda. Kui rakendada üldravi (magneesiumsulfaat, aminasiin jms.) ja vajaduse korral ka üldnarkoosi, saab meie poolt kasutatava otsikuga sünnituse lõpetada ilma oluliste traumadeta.

Hüpertooniatõbe (ilma nefropaatiata) põdes 4 ema (IIA ja IIB). Väljutusperiood hoiti ära vaakuumekstraktori abil. Emade tervise seisundis muutusi ei täheldatud. Lapsed sündisid elusalt ja nad lahkusid tervetena.

Vaakuumekstraktorit kasutasime ka 4 südamehaigel. Nendest ühel esines südame ja vereringe puudulikkus (II ... IIIA). Kolmel juhul oli tegemist mitraalklapi puudulikkusega (ilma südame ja vereringe puudulikkuseta). Emade seisund ei halvenenud. Lapsed sündisid elusalt ja lahkusid tervetena. Meie tähelepanekud ühtivad M. Mahmudova (6) andmetega, kes vaakuumekstraktorit väljutusperioodi vältimiseks on kasutanud 70 südamehaigel. 60 juhul tekkisid kompensatsioonihäired (IA ja IIA). Emade tervis ei halvenenud. Surnultsündimist ette ei tulnud. Vastsündinute suremus oli 1,4%. Tangide kasutamisel on täheldatud palju suuremat perinataalset suremust (3 ... 36%) ja välissuguelundite traumatismi (72,5%).

Viiel juhul põdesid emad silmahaigusi (*myopia magna, chorioretinitis*), mille tõttu väljutusperiood oli samuti soovitatav välja lülitada. Silmapatoloogia ei süvenenud. Lapsed sündisid elusalt ja lahkusid tervetena.

Emapoolsete näidustuste korral on vaakuumekstraktorit kasutanud nii NSV Liidu kui ka välismaa autorid [A. Pettšenko ja I. Demitšev (9), H. Meinrenken (14), K. Evelbauer (13)]. Sel puhul oleme silmas pidanud järgmisi tingimusi: loote pea ja vaagna sobivus, täielikult avanenud emakasuue ja lootepõie puudumine. Vastunäidustuseks oleme pidanud näguseisu, tunduvat enneaegsust ja funktsionaalselt kitsast vaagnat.

РЕЗЮМЕ. В литературе имеются различные точки зрения, касающиеся применения вакуумной экстракции, причем большинство авторов рекомендует применять ее при угрожающей асфиксии плода и слабости родовой деятельности и потуг. В отношении же показаний для матери взгляды еще более разноречивы. Некоторые авторы считают болезни матери противопоказанием. В то же время в литературе имеются многочисленные данные об успешном применении вакуумной экстракции и в этих случаях.

В родильном отделении Пярнуской городской больницы для вакуумной экстракции пользуются наконечником Петченко-Демичева, который благодаря своей форме сдавливает промежность и рефлекторно усиливает сокращение матки. Наконечник дает возможность постоянной тракции, причем активная помощь роженице оказывается ненужной. Неподвижное соединение наконечника с цепляющим местом и сравнительно короткое расстояние позволяют управлять движением головки. Предназначенные для тракции поперечно расположенные металлические пластинки находятся с наконечником в подвижном соединении и позволяют производить турбинальное движение плода в малом тазу.

Вакуумную экстракцию мы применяли в основном при следующих показаниях:

1) внутриутробная асфиксия (86 случаев);

2) вторичная слабость родовой деятельности и слабость потуг (40 случаев);

3) показания со стороны матери (49 случаев); а) нефропатия — 32, б) преэклампсия и эклампсия — 4, в) гипертоническая болезнь — 4, г) болезни сердца — 4 и д) глазные болезни — 5 случаев.

При внутриутробной асфиксии плода вакуумную экстракцию применяли в возможно более ранние сроки, т. е. при появлении признаков угрожающей асфиксии или начальной асфиксии (I и II степень) — 50 случаев, а также при внутриутробной асфиксии II степени, длительно продолжавшейся асфиксии III степени и повторных приступах асфиксии.

Из имевших место случаев слабости родовой деятельности и слабости потуг один ребенок родился мертвым в связи с дефектами развития на почве токсоплазмоза. Из 32 случаев нефропатий в одном случае плод родился мертвым, что было вызвано внутриутробной асфиксией и кровоизлиянием в головной мозг. При преэклямптическом состоянии, гипертонической болезни, болезни сердца и глаз роженицы хорошо переносили вакуумную экстракцию и во всех случаях родились живые дети.

При учете показаний к применению вакуум-экстракции со стороны матери имели в виду следующие условия: совместимость головки плода и таза, полное открытие шейки матки и отсутствие (отхождение) вод, противопоказанием считали лицевое предлежание, значительную преждевременность и функционально узкий таз.

KIRJANDUS: 1. Аристова В. Н. Акушерство и гинекология, 1957, 6, 21—25. — 2. Аристова В. Н. Применение вакуум аппарата в родах. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1962. — 3. Галицкий С. А. Акушерство и гинекология, 1965, 1, 82—86. — 4. Ермакова А. Я., Тимошенко Л. В. Акушерство и гинекология, 1965, 1, 65—70. — 5. Жмакин К. Н. Акушерство и гинекология, 1965, 1, 92—95. — 6. Махмудова М. М. Мед. журнал Узбекистана, 1964, 8, 73—77. — 7. Махмудова М. М. Мед. журнал Узбекистана, 1964, 1, 46—49. — 8. Мурзалиева Х. Е. Акушерство и гинекология, 1965, 1, 73—76. — 9. Петченко А. И., Демичев И. П. Акушерство и гинекология, 1957, 6, 15—20. — 10. Чачава К. В., Вашакидзе П. Д. Акушерство и гинекология, 1957, 6, 11—14. — 11. v. Appen, Zbl. Gynäkol., 1958, 12, 475—476. — 12. Eggers, H. u. a. Zbl. Gynäkol., 1965, 14, 475. — 13. Evelbauer, K. Zbl. Gynäkol., 1959, 81, 563—564. — 14. Meinrenken, H. Zbl. Gynäkol., 1958, 8, 475.

Pärnu Linna Haigla

Abiks velskritele ja õdedele

ESMAABI VERERINGE ÄGEDA PUUDULIKKUSE KORRAL

ÜLO LEPP
INGE LIIV
Tartu

UDK 616.12-008.315-08

Vereringe äge puudulikkus tekib sel juhul, kui süda ja veresoonkond ei suuda organismi vajalikul määral verega varustada. Elundite verevarustuse eest kannavad hoolt süda, mille löögimaht suureneb vastavalt vajadusele, ja veresoonkond, mis muudab oma läbimõõtu vastavalt sellele, kuidas elundid verd vajavad. Seda talitlust reguleerivad närvisüsteem, humoraal- ja hormonaalsüsteemid.

Vereringe äge puudulikkus võib avalduda südame esmase puudulikkusena (vasaku või parema südamepoole ülekaaluka puudulikkusena) või veresoonkonna puudulikkusena (minestus, kollaps, šokk). Mõlemad vormid võivad ilmneda ka ühel ja samal ajal ning teineteist soodustada.

Et vereringe ägeda puudulikkuse korral tekivad rasked, sageli eluohtlikud aju, südamelihase, kopsude ja muude elundite verevarustuse häired, siis sõltub elu päästmine eelkõige sellest, kui kiiresti suudetakse esmaabi anda ja kuivõrd otstarbekohane see on. Vastavalt olukorrale, kas ülekaalus on südame või veresoonkonna äge puudulikkus, rakendatakse erinevaid ravimenetlusi (osalt on need isegi vastandlikud), mistõttu enne esmaabi andmist on vaja täpsustada diagnoos ja pidevalt jälgida haige

seisundit, sest võib ette tulla kiireid üleminekuid ühest vereringe puudulikkuse vormist teise.

Südame äge puudulikkus areneb kiiresti, mõne minuti kuni mõne päeva jooksul südamelihase põletikulise või düstroofilise kahjustuse tagajärjel, samuti kroonilise puudulikkuse järsu süvenemise korral.

Kui ülekaalus on vasaku südamepoole äge puudulikkus, mis võib kujuneda selle südamepoole ülekoormatuse tõttu ägeda neerupõletiku, hüpertooniatõve, mitraalrikete, ägedate nakkushaiguste jms. puhul, siis tekib verepais kopsudes. See põhjustab hingeldust (südameastma) ja kopsuturset. Hingamine muutub korisevaks, kopsudes on rohkesti märgi räginaid. Eritub vahust verist röga. Haige ei suuda lamada, kui ta pealune on madal — ta istub voodiserval või patjade najal. Nahk on kahvatu, huuled, käed ja jalad sinakad. Südametegevus kiire, pulss halva täitumusega. Süstoolne arteriaalne rõhk, mis peegeldab esmajoones südame löögimahtu, on olulisel määral langenud (algstaadiumis vähesel määral tõusnud). Diastoolne rõhk, mis peamiselt oleneb veresoonkonna takistusest perifeerias, on enamasti tõusnud, kuid langeb kollapsi tekkimisel. Ringleva vere hulk on suurenenud.

Parema südamepoole ägeda puudulikkuse korral, mida võivad põhjustada kopsuarteri emboolia, astmaatiline seisund bronhiaalastma korral, kopsupõletikud ja skleroosiga lõppevad kopsuhaigused, tekib haige huultel ja jäsemetel tugev sinikus. Kaelaveenid on paisunud ja sageli pulseerivad nähtavalt. Nahaturse tavaliselt puudub, kui seda ei esinenud juba varem. Maks suureneb, millest tingituna tekib valu maksa piirkonnas. Pulss ja vererõhk muutuvad samuti nagu vasaku südamepoole ägeda puudulikkuse korral. Südame ägeda puudulikkuse juhtudel registreeritakse sageli südame rütmihäireid (paroksüsmaalne südametegevuse kiirenemine, südameblokaadid, kodade virvendus-laperdusarütmia jt.), mis omakorda võivad soodustada puudulikkuse kujunemist või süvenemist.

Südame vasaku vatsakese ägeda puudulikkuse korral seisneb esmaabi eelkõige ohtliku kopsupaisu kõrvaldamises. Kopsupais halvendab hapniku vastuvõttu kopsudes ja kahjustab südamelihast ning närvisüsteemi veelgi. Et kopsupaisu ja kopsuturset vähendada, tuleb haige voodis asetada poolistukile. Mugava asendi korral võivad ta jalad üle voodiserva alla rippuda. Sel puhul nihkub verepais kopsudest ohutumasse piirkonda — alajäsemetesse. Tuleb hoolitseda selle eest, et kehaasend või riietus ei takistaks rindkere ja kõhu liikumist hingamisel. Vere juurdevoolu südamesse ja kopsuturset vähendab žguttide asetamine reitele või ka õlavartele, nii et arteriaalse vere juurdevool neisse toimuks vabalt (ei tohi tekkida valu jäsemes), veenid aga oleksid paisutatud. Jäse muutub sinakaks, kuid on soe. Niisuguse sisemise «aadrilaskmisega» saame olulisel määral vähendada kopsuturset ja südame koormust. Kui hiljem tekivad kollapsinähud, siis on vere juurdevoolu südamesse võimalik suurendada, milleks žgutid eemaldatakse. Need võib peale jätta 20 . . . 30 minutiks seni, kuni raviained (strofantiin jt.) on juba toimet avaldanud. Veenitrombooside vältimiseks võib žgutte eemaldada 20 minuti järel, mida tehakse vahelduvalt, ükshaaval, kuni paisu kadumiseni; alles pärast seda võib need tagasi asetada. Lõplikult eemaldatakse žgutid aeglaselt ja ükshaaval.

Veenipunktsioon 300 . . . 500 ml vere eemaldamiseks mõjub sageli samuti soodsalt. Kuid neil juhtudel, kus südame ägedale puudulikkusele kaasub kollaps, ei ole veenipunktsioon näidustatud. Oluline on, et vererõhu taset pidevalt jälgitaks. Eriti tuleb pidurdada venoosset juurdevoolu südamesse siis, kui süstoolne arteriaalne rõhk on normist kõrgem või pole olulisel määral langenud.

Haigetuba tuleb hoolikalt õhustada. Peab vältima haige jahtumist. Eriti soodsalt mõjub hapnikravi, milleks kasutatakse spetsiaalset hapnikuaparaati või hapnikutelki (hingamine hapnikukotist on vähem efektiivne). Et haige hingamiskeskus on erutusseisundis, siis võib hapnikku manustada, ilma et lisataks süsihappegaasi. Kollapsinähtude korral mõjub soodsamalt hapniku ja süsihappegaasi segu hingamine.

Röga vahustumist pidurdab ja

hapniku vastuvõttu kudedes soodustab hapniku hingamine läbi alkoholi, mis on asetatud hingamissüsteemi niisutusampulli vee asemele. Kui kasutatakse ninakateetrit, võetakse 95%-list alkoholi, kui aga kinnist maski, siis 40%-list alkoholi. Hapnikku manustatakse sel viisil 20 minuti vältel, millele järgneb 10-minutiline vaheaeg.

Kopsuturset, südameastmat ja kaasnevat stenokardiat võivad reflektoorsel teel vähendada soojad jala- ja käevannid. Tähtis on haige psüühika rahustamine ja absoluutne füüsiline rahu. Enne ägedate nähtude taandumist ei tohi haiget haiglasse transportida. Seda võib teha ainult spetsiaalselt sisustatud kiirabiauto olemasolul ja kardioloogi juuresolekul. Südame ägeda puudulikkuse korral ei tohi haigele süüa anda, samuti tuleb vältida vedeliku joomist.

Vasaku vatsakese ägeda puudulikkuse korral on enamasti tarvis manustada morfiini. See rahustab hingamiskeskust, nõrgendab südameastmat ning vähendab kopsuturset, mõjutab soodsalt haige psüühikat, aitab vältida šokki (eriti müokardiinfarkti korral) ja vähendab organismi hapnikuvajadust. Süstitakse 10 ... 15 mg morfiinhüdrokloriidi, pantopooni või omnopooni (1%-list lahust 1 ... 1,5 ml) naha alla. Morfiin on vastunäidustatud hingamise rütmihäirete (perioodilise ja korrapäratu hingamise) korral.

Atropiin on näidustatud neil juhtudel, kus südametegevus on aeglustunud ja ilmneb koronaarverevarustuse puudulikkus (eriti müokardiinfarkti korral). Kui tegemist on kiire pulsiga, ei ole atropiin vajalik. Atropiinsulfaati süstitakse 0,25 ... 0,5 mg (0,1%-list lahust 0,25 ... 0,5 ml) naha alla.

Südamelihase jõudluse tõstmiseks süstitakse veeni strofantiini aeglaselt, sest ravim toimib väga kiiresti ja erinevalt digitaalisepreparaatidest avaldab toimet ka südamelihase ägedate põletikuliste ning düstroofiliste kahjustuste korral. Strofantiini süstitakse veeni 3 ... 5 minuti jooksul 0,25 ... 0,3 mg (0,05%-list lahust 0,5 ... 0,6 ml). Lahjendamiseks kasutatakse füsioloogilist keedusoolalahust või glükoosilahust. Kõige soodsam on seda veeni viia tilkinfusiooni teel. Kui arteriaalne rõhk pole olulisel määral langenud, siis enamasti mõjub hästi koos strofantiiniga süstitud eufülliin (2,4%-list lahust 5 ml). Kui haige on eelnevalt saanud digitaalisepreparaate, ei tohi strofantiini süstida.

Võib kasutada rahustavalt toimivaid vahendeid, nagu validooli, valokordiini ja luminaali. Hüpertooniahaigetele avaldab head mõju dibasooli süstimine hüpertooniliste kriiside ajal.

Parema südamepoole ägeda puudulikkuse korral ühtib esmaabi suurel määral vasaku vatsakese ägeda puudulikkuse puhul antava esmaabiga. Kuid siin on parem strofantiini asemel digitaalisepreparaate (digitoksiini jt.) kasutada. Soodsalt mõjub eufülliini süstimine veeni. Parema südamepoole ägeda puudulikkuse korral on morfiini (pantopooni, omnopooni) kasutamine vastunäidustatud, sest hingamiskeskuse erutusseisund on neil haigeil tingitud süsihappegaasi kuhjumisest veres (seda põhjustab puudulik kopsude ventilatsioon). Hingamiskeskuse pidurdamine nimetatud preparaatidega halvendab hapnikuvarustust veelgi ning suurendab süsihappesisaldust organismis. Rasketel juhtudel ei ole hea ka puhta hapniku sissehingamine, sest see võib hingamiskeskuse langenud tundlikkust veelgi vähendada.

Kui südame äge puudulikkus tekib seoses paroksüsmaalse tahhükardiaga (hootine südametegevuse kiirenemine 140 ... 180 löögini minutis), siis aitavad mõnikord rütmi normaliseerida korduv punnestamine, okserefleksi väljakutsumine ja silmamunadele vajutamine. Kui need menetlused südamepekslemise hoogu ei kõrvalda, tuleb teha novokaiin-amiidi- ja kokarboksülaasisüsteid. Novokaiin-amiidi süstitakse naha alla või viiakse tilkinfusiooni teel veeni (0,5 ... 1,0 g novokaiin-amiidi + 500 ml 5%-list glükoosilahust). Mõnikord on rütmi taastamiseks tarvis veeni viia ainult 50 mg ravimit, enamasti läheb seda vaja 250 ... 750 mg, mida tilgutatakse 25 ... 45 minuti jooksul. Arteriaalse rõhu tugeva languse korral on vaja manustada noradrenaliini. Kui ventrikulaarne paroksüsmaalne tahhükardia on tekkinud digitaalise üledoseerimisest, siis tuleb kasutada kaaliumisooli.

Kui koos südame ägeda puudulikku-

sega tekib kodade virvendus-laperdus-arütmia (absoluutne arütmia), siis peab ravi alustama digitaalise glükosiididega (digitoksiin või muud).

Veresoonkonna ägeda puudulikkuse haiguspildis eristatakse kolme põhilist tüüpi puudulikkust: minestus, vasomotoorne kollaps ja šokk. Minestus avaldub lühiajalises teadvuse kaotuses ja on tingitud aju verevarustuse halvenemisest. Põhjuseks on piklikus ajus paikneva veresoonte toonust reguleeriva keskuse funktsionaalne pidurdus hirmu, psüühiliste traumade ja reflektoorsete ebasoodsate mõjude toimel (arstlikud protseduurid, valu). Minestus tekib enamasti seistes, sagedamini ülekuumenenud ja saastunud õhuga ruumis.

Kollapsi põhjuseks on veresoonte toonust reguleeriva keskuse pidurdus ägedate nakkushaiguste ja mürgistuste, hapnikupuuduse, kõrge palaviku ja ebasoodsate reflektoorsete mõjude tagajärjel. Perifeersete veresoonte toonuse langusest tingituna koguneb eriti seedeelundite piirkonda hulgaliselt verd, mistõttu vere juurdevool paremasse südamepoolde olulisel määral väheneb. Südame löögimaht väheneb ja arteriaalne rõhk langeb. Selle tagajärjel häirub aju verevarustus ja haige kaotab teadvuse.

Kollapsi puhul on haige kahvatu. Nahaalused veenid pole nähtavad. Nahk on enamasti kaetud külma higiga. Turseid, paismaksa ja kopsupaisu nähte ei esine — see aitab kollapsit südame ägedast puudulikkusest diferentseerida. Hingamine on kiirenenud, pindmine, kuid mitte raskendatud. Südametegevus on kiirenenud, pulss halva täitumusega. Et esmaseks põhjuseks on veresoonkonna toonuse langus, siis väheneb perifeerne takistus arteriaalses süsteemis ja selle järelkajana langeb diastoolne arteriaalne rõhk. Vere juurdevoolu vähenemise tõttu südamesse väheneb südame löögimaht ja selle tagajärjel ka süstoolne arteriaalne rõhk. Et ravimisel tuleb otsustada, kas ägedale südame puudulikkusele kaasub ka kollaps (diastoolne rõhk langeb) või mitte (viimasel juhul võib diastoolne rõhk tõusta), siis on äärmiselt oluline, et vererõhku korduvalt kontrollitaks. Haiguspilt võib kiiresti muutuda ja ühest vormist teise üle minna.

Vasomotoorse kollapsi arenemist võivad soodustada ka konstitutsionaalsed tegurid. Pikk kasv, jäsemete ja kõhuseinte lõtv lihaskond, samuti diafragma lõtvus ja veenilaiendid (varikoossed veenid) võivad soodustada kollapsi tekkimist, eriti püstiasendis.

Šokk kujutab endast veresoonkonna ägeda puudulikkuse kõige raskemat vormi, mille puhul veresoonkond ei suuda enam kohaneda organismi vajadustega. Ringleva vere hulk on olulisel määral vähenenud, võrreldes veresoonkonna mahuga. See võib tingitud olla verekaotusest või vere vedelate komponentide valgumisest läbi veresoonte seinte kudedesse.

Esmast šokki põhjustavad rasked traumad, põletused, verekaotus, soolekanali äge sulgus, kudede suur veekaotus ja tokseemia. Šokk võib esineda ka tüsistusena seoses operatsioonidega. Hirm ja tugev valu soodustavad šoki arenemist. Südame äge puudulikkus, rasked südame rütmihäired (eriti südametegevuse äärmine kiirenemine) võivad samuti šokki põhjustada.

Šoki korral on haige kahvatu, hallika jumega. Vahel esineb huulte, käte ja jalgade sinikus. Nahk on jahe, sageli langenud turgoriga. Iseloomulikud on hirmunud ilme ja teravnenud näojooned, samuti rahutus, keha värisemine ning jõuetus. Teadvus säilib kaua. Keel on kuiv ja kaetud. Võivad tekkida iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus ja uriinipeetus. Südametegevus on enamasti kiire, pulss halva täitumusega. Hingamine on pindmine ja kiire, kuid mitte raskendatud. Arteriaalne rõhk on tugevasti langenud. Vererõhu väärtusi 80/60 mm Hg ja madalamaid võib pidada šokile iseloomulikuks. Kriitiliseks süstoolse rõhu väärtuseks, mille puhul vereringe juba olulisel määral halveneb, on 75 . . . 60 mm Hg. Kehatemperatuur on normaalsest madalam.

Minestuse korral tuleb haige asetada lamama, kusjuures jalad tõsta kõrgemale. Rusikatega kõhule (kõhuaordile) vajutamine suurendab mõnevõrra rõhku aordi ülaosas ja parandab aju verevarustust. Saastunud õhuga ruumist tuleb haige välja kanda või ruumi õhustada. Vereringekeskust ergutavalt mõjub naha ja nina ning suu limaskesta närvilõpmete ärritamine (anda nuusu-

tada nuuskpiiritust, näole ja rinnale piserdada külma vett, hõõruda peopesi ja tallaaluseid).

Šoki puhul vajab haige absoluutset rahu. Ta asetatakse lamama (selili või kõhuli), kusjuures pea jäetakse kehaga samale tasapinnale. Kehatemperatuuri languse vältimiseks on haiget vaja mõõdukalt soojendada, seejuures hoiduda liigsest kuumutamisest. Manustatakse rahustavaid ja valuvaigistavaid ravimeid.

Kõige tõhusam abinõu valu vastu on morfiin (pantopoon), mida süstitakse naha alla või veeni väikestes annustes (6 . . . 10 mg). Suured korduvad annused on ohtlikud ja võivad šokki isegi soodustada, sest need vähendavad venoosset juurdevoolu paremasse südamepoolde. Et šoki puhul ravimid imenduvad naha alt aeglaselt, siis on neid otstarbekam veeni viia. Barbituurhappe-preparaadid on šoki korral vähese toimega ja vahel isegi kahjulikud.

Ravi põhiliseks ülesandeks šokijuhtudel on suurendada vere hulka veresoontes. Kui süstoolne arteriaalne rõhk pärast esmaabi andmist jääb madalamale kui 80 mm Hg, siis tuleb teha vereülekanne (500 . . . 1000 ml). Võib teha ka vereplasma ja vereasendajate ülekandeid (kui ei ole esinenud verejooksu).

Šoki esimeses staadiumis töötavad vererõhku reguleerivad mehhanismid veel äärmise pingutusega. Seetõttu ei anna noradrenaliin sel ajal olulist ravi-efekti. Šoki lõppstaadiumis on ravimi toime samuti nõrk, seevastu keskmises staadiumis võib noradrenaliin sageli elu päästa. Soovitatav on 5 mg noradrenaliini lisada 500 ml verele, vereplasmale või vereasendajale ja see tilkinfusiooni teel veeni viia. Tavaliselt viiakse veeni 3 . . . 4 mg noradrenaliini 3 . . . 4 tunni jooksul. Kui infusiooni katkestamisel 10 . . . 15 minutiks vererõhu tase jääb püsima ja selle langustendentsi ei ilmne, siis on see prognoosi seisukohalt heaks tunnuseks.

Vasomotoorse kollapsi raviks kasutatakse mitmesuguseid vereringekeskust ergutavaid ravimeid. Hästi toimib metrasool ehk korasool, mille manustamine on eriti tõhus tsentraalse reflektoorse, infektsioos-toksilise ja uinutitest põhjustatud kollapsi korral. Ravimit süstitakse 0,1 . . . 0,3 g lihasesse. Metrasooli toime ajal soovitatakse süstida naha alla 1 . . . 3 mg strühniinnitraati. Metrasooli puuduliku toime korral on enamasti vaja manustada noradrenaliini tilkinfusiooni teel veeni. Allergilise reaktsiooni puhul areneva kollapsi ja šoki juhtudel annab positiivseid tulemusi glükokortikoidide (hüdrokortisooni, prednisolooni), samuti efedriini kasutamine. Soovitada võib ka sümpatooli ehk vasotooni süsteid naha alla (0,06 . . . 0,12 g) või veeni (6%-list lahust 1,0 ml).

Kollapsi puhul manustatakse veel mesatooni, adrenaliini, kordiamiini, kofeiini, lobeliini jt. raviaineid, kuid nende kasutamisel peab arvestama vastunäidustusi.

Kui südame ägeda puudulikkuse või šoki korral südametegevus lakkab, jääb võimalus, et on tegemist südameseiskumise või vatsakeste virvendusega. Seetõttu tuleb appi võtta südamemassaaž ja kunstlik hingamine. Kui need püsivaid tulemusi ei anna, siis võib oletada vatsakeste virvendust. Niisugusel juhul tuleb süda elektrivoolu abil defibrilleerida, mille järel massaaž võib osutuda tõhusaks. Kasutatakse ka südametegevuse stimuleerimist elektri abil.

РЕЗЮМЕ. Описываются причины, клиническая симптоматология и методы лечения острой сердечной и сосудистой недостаточности (обморок, коллапс, шок).

При лечении острой недостаточности кровообращения следует использовать наиболее сильные и быстродействующие средства. Выбор тех или иных средств зависит от характера недостаточности кровообращения — сосудистой или сердечной. Необходимо учитывать также заболевание, вызвавшее острую недостаточность кровообращения. При сочетании сердечной и сосудистой недостаточности следует комбинировать лечебные мероприятия, учитывая каждый раз преобладание той или иной недостаточности.

При острой сердечной недостаточности больному назначается покой, полусидячее положение, грелки к ногам и рукам, повторное вдыхание кислорода. Кровопускание 300—500 мл (или наложение жгутов на конечности) показано при перегрузке сердца и именно при более опасной левожелудочковой недостаточности, когда застой крови в легких может оказаться смертельным.

Для понижения возбудимости дыхательного центра при острой левожелудочковой недостаточности рекомендуется назначать морфин (при угнетении дыхательного центра морфин противопоказан).

Из средств, стимулирующих миокард, при левожелудочковой недостаточности рекомендуется внутривенное введение (лучше капельным путем) строфантина, при правожелудочковой недостаточности необходимо выбирать препараты дигиталиса. Благоприятное действие оказывает эуфиллин. При пароксизмальной тахикардии средствами выбора являются новокаинамид, кокарбоксилаза, соли калия, дигиталис.

Лечение острой сосудистой недостаточности проводится с учетом этиологических и патогенетических особенностей. Основной задачей при лечении всех видов острой сосудистой недостаточности является восстановление соответствия между объемом циркулирующей крови и функциональной емкостью сосудистого русла. Это достигается двумя путями: увеличением массы циркулирующей крови и восстановлением тонуса сосудистой системы. Даются указания для применения циркуляторных аналептиков.

SOOVITATAV KIRJANDUS: 1. Байсбейн С. Г. Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней, М., 1952. — 2. Йонаш В. Частная кардиология 11, Прага, 1963. — 3. Луизада А. А., Роша Л. М. Лечение острых сердечно-сосудистых нарушений, М., 1964. — 4. David, W. Dringliche Therapie in der inneren Medizin, Leipzig, 1958. — 5. Kleinsorge, H. Kreislauferkrankungen, Jena, 1963. — 6. Zarday, I. Praktische Kardiologie, Dresden-Leipzig, 1961.

Tartu Riiklik Ülikool

Kaadri ettevalmistamine

UUSI TEADUSTE KANDIDAATE

23. novembril 1967. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul kandidaadiväitekirja Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja Oku Tamm. Esitatud uurimuse teemaks oli «Eesti NSV elanikkonna sanitaar-epidemioloogilise teenindamise areng (XIX sajandi teisest poolest kuni 1965. aastani) ja selle edaspidised perspektiivid». Nii ametlikud oponendid — Eesti NSV teeneline teadlane arstiteaduse doktor professor F. Lepp ja arstiteaduse kandidaat J. Reinaru — kui ka teised sõnavõtjad hindasid kõrgelt töö teoreetilist, eeskätt aga praktilist väärtust.

Erilist tähelepanu väärivad väitekirjas toodud ettepanekud sanitaar-epidemioloogiateenistuse edasiarendamiseks vabariigis. On vaja jätkata sanitaar- ja epidemioloogiajaamade materiaalse baasi tugevdamist, komplekteerida nad arstidega kõigil hügieeni erialadel, tööle kaasa tõmmata ka füüsikud, keemikud ja insenerid, rajada rajoonidevahelisi laboratooriume kitsamatel erialadel, uurida laialdaselt levinud mittenakkuslikke haigusi (pahaloomulised kasvajad, südame ja veresoonte haigused) epidemioloogilistel meetoditel, viia sanitaar-epidemioloogiateenistuse juhtimine teaduslikule alusele.

Arstiteaduskonna nõukogu tunnistas üksmeelselt O. Tamme arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks.

O. Tamm sündis 1927. a. Tartus teenistuja perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas ta samas linnas, kus lõpetas Tartu I Keskkooli 1946. a. kevadel. Sügisel alustas õppimist Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas 1952. a. Pärast ülikooli lõpetamist asus Suure-Jaani rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama peaarsti ametikohale. Ajavahemikul 1954—1964 tegutses O. Tamm Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama peaarstina. 1964. aastast alates on ta Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja. O. Tamm kuulus kollektiivi, keda 1965. a. autasustati Nõukogude Eesti preemiaga poliomüeliidi elusvaktsiini esmakordse kasutuselevõtmise eest meditsiinipraktikasse Eesti NSV-s ja Nõukogude Liidus. Põhitöö kõrval täidab 1965. a. alates ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja ülesandeid. O. Tamm on TRÜ Arstiteaduskonna mittekoosseisuline õppejõud.

Maido Sikk

17. novembril 1967. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul väitekirja «Heksoosamiinide biosünteesist mao limaskestas ja nende sisalduse muutustest seoses mao funktsionaalse seisundiga» biokeemia kateedri assistent Laine Villako. Oponeerisid professor A. Siim ja dotsent J. Riiv. Väitekiri on valminud professor E. Martinsoni ja

dotsent L. Tähepõllu juhendamisel. Autor on uurinud heksoosamiinide biosünteesi mitmest aspektist nii *in vitro* kui ka *in vivo*. Selgus, et see toimub mao limaskestas *in vitro* kõige intensiivsemalt siis, kui lisatakse glükoos-6-fosfaadi, *in vivo* aga pärast karbamiidi manustamist.

Vabade ja seotud heksoosamiinide sisalduse muutumist mao limaskestas jälgiti pärast histamiini, karbokoliini, atropiini, insuliini ja kortisoonatsetaadi süstimist naha alla. Täheldati vabade ja seotud heksoosamiinide hulga suurenemist maosekretsiooni intensiivistavate ainete (histamiin, karbokoliin, insuliin) toimel. Atropiin ja kortisoonatsetaat kutsusid esile vabade heksoosamiinide hulga suurenemise ja seotud heksoosamiinide sisalduse vähenemise. Tulemused pakuvad gastroenteroloogias huvi nii teoreetilisest kui ka kliinilisest aspektist.

L. Villako sündis 1925. a. Võrumaal töölisperekonnas, keskhariduse omandas Jõhvi gümnaasiumis. Seejärel töötas Kohtla-Järve apteegis õpilasena 1945. a., kust siirdus Tartu Riikliku Ülikooli farmaatsiaosakonda, mille lõpetas kiitusega 1949. a. 1955. a. alates töötab ta TRÜ biokeemia kateedris assistendina. Töö- ja perekonna- ning emakohustuste kõrval valmis väitekiri, mille põhjal töökale naisele anti bioloogiakandidaadi kraad.

*

TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu tunnistas arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks ka Võru Rajooni Keskhaigla kardioloogi ja endokrinoloogi Elmut Laane, kes kaitses väitekirja «Hegglini sündroomist südame kroonilise liigkoormuse korral». Oponeerisid arstiteaduse doktor professor K. Kõrge ja arstiteaduse kandidaat K. Ester. E. Laane tööd juhendas arstiteaduse kandidaat dotsent Ü. Lepp.

Nimetatud uurimus on välja kasvanud ühe rajoonihaigla igapäevasest praktilisest tööst ja käsitleb sisemeditsiini üht aktuaalsemat probleemi — südamelihase kahjustuste varajast diagnoosimist. Autor on püüdnud leida võimalusi südamelihase kahjustuste diagnoosimiseks juba enne südamepuudulikkuse manifestsete nähtude ilmumist. Ta näitab, et Valsalva katsu ajal südame mitmesuguse kroonilise liigkoormuse juhtudel võib ilmneda Hegglini sündroom, millele ta annab südame kontraktsioonihäire tunnuse tähenduse. Viimase põhjuseks peab autor südamejõudluse mittevastavust koormusele. E. Laane poolt rakendatud metoodikat südame reservjõudluse languse väljaselgitamiseks saab kasutada ka väikestes raviasutustes. Retsensendid andsid väitekirjale kõrge hinnangu, sest oma uurimismaterjali hindamisel ei piirdu autor ainult praktilise küljega, vaid käsitleb ka teoreetilisi probleeme ja annab uut. E. Laane on tubli kardioloog, kes tunneb suurt huvi oma eriala vastu.

E. Laane sündis 1928. a. Võru rajoonis Rõuges põllutöölise perekonnas. 1957. a. lõpetas ta Viljandi Vabariikliku Kaugõppe Keskkooli kiitusega, seejärel töötas ühe aasta Viljandi Rajooni Kõpu Jaoskonnahaigla velskrina. 1958. a. septembris alustas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, mille lõpetas väga heade tulemustega 1964. a. Sama aasta 1. juulist alates töötab E. Laane Võru Rajooni Keskhaigla kardioloogiakabineti juhatajana ja kohakaasluse alusel endokrinoloogina.

*

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu andis Tartu Riikliku Ülikooli meditsiini teadusliku uurimise kesklaboratooriumi nooremale teadurlikule töötajale Toomas Sullingule arstiteaduse kandidaadi kraadi pärast väitekirja «Pärgarteri ajutine ligatuur venoosse paisu tingimustes» kaitsmist. Tööd oponeerisid arstiteaduse doktor J. Ennulo ja dotsent Ü. Lepp. Väitekiri on valminud T. Sullingul aspirantuuri ajal professor A. Linkbergi ja dotsent Ü. Arendi juhendamisel.

T. Sullingu eksperimentaalset uurimust peetakse väga sisutihedaks ja aktuaalseks eriti meie vabariigis, sest siin täheldatakse südameinfarkti sagedamini kui muudes liiduvabariikides ja seepärast areneb jõudsalt ka südame ning veresoonte kirurgia. Mainitud uurimus ja selle tulemused peaksid praktikasse tee leidma, sest autor taotleski võimaluste avamist sellisteks operatsioonideks, mis nõuavad pärgarteri ajutist sulgemist. Autor tegi 83 koeral mitmesuguseid eksperimente. Uurimistulemustel on peale teoreetilise väärtuse ka praktiline tähtsus, sest autor saab kinnitada, et venoosse paisu teki-

tamine südame isheemilise haiguse ravis õigustab end. Venoosse paisu tekitamist südamelihases võib kasutada nii iseseisva operatsioonina kui ka võttena, mis võimaldab pikendada pärgarteri ajutise ligatuuri kestust.

T. Sulling sündis 1940. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1954. aastal lõpetas ta Tallinna 28. Mittetäieliku Keskkooli, viibis vahepeal Tartu Laste Luu-Liigese Tuberkuloosi Sanatooriumis ning keskkooli viimase klassi lõpetas ta Tallinna 10. Keskkooli juures 1958. a. Seejärel astus ta Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonda, mille lõpetas 1964. a. Otsekohe jätkas ta tööd ülikooli aspirantuuris, kus nimetatud väitekiri valmiski. Juba üliõpilasena oli ta kirjutanud 4 teaduslikku tööd, millest 3 tulid esimesele kohale ja ka vabariiklikul võistlusel said preemiad. Äsja valiti noor teadlane Tartu Riikliku Ülikooli Üliõpilaste Teadusliku Ühingu nõukogu esimeheks.

Irene Maaroos

Sanitaarharidustöö

ÕPETAJATE HÜGIEENIALASEST ETTEVALMISTAMISEST

SIRJE PROPST
Tallinn

UDK 613.955

Kooli teenindavate meditsiinitöötajate kohustuste hulka kuuluvad õpilaste tervise seisundi jälgimine, jooksvate ravi- ja profülaktikaürituste korraldamine ning mitmekülgse profülaktikaalase töö organiseerimine. Kahjuks jätavad paljude koolide meditsiinitöötajad tagaplaanile sanitaarharidustöö. Kui kooliarst 1 või 2 korda õppeaasta jooksul on esinenud õpetajatele ja lastevanematele, kooli meditsiiniõde aga korraldanud mõne vestluse õpilastega, aidanud välja anda sanitaarharidusliku seinalehte ning tegelnud Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni ülesannetega, siis arvatakse, et sellest piisab. Selliselt korraldatud sanitaarharidustöö võib vähemal või suuremal määral tulemusi anda, kuid õppe- ja kasvatustöö kõiki osi hõlmavaks see sel juhul ei muutu iialgi. Eriti halvas olukorras on koolid, kus koosseisulised meditsiinitöötajad puuduvad (maarajoonide algkoolid), sest seal jääb ära seegi sanitaarharidustöö miinimum.

Niisuguse olukorra parandamiseks tuleb sanitaarharidustöö koolis korraldada nii, et sellest võtaks osa kogu personal, eeskätt pedagoogid. Õpetajate teadmised peaksid olema küllaltki laialdased, et nad hügieenialase õppe- ja kasvatustööga edukalt toime tuleksid. Eriharidusega õpetajad saavad eelteadmisi koolihügieenist kõrgemas õppeasutuses õppimise ajal. Ainult nendele teadmistele lootma jääda aga ei saa, sest igapäevases elus satub õpetaja sageli vastamisi niisuguste probleemidega, mille sügavamaks mõistmiseks on tingimata vaja meditsiinitöötaja abi. Peale selle esineb hügieeni valdkonnas palju olulisi, kuid esimesel pilgul vähe tähtsatena näivaid detaile, mida ei osata vajalikul määral hinnata. Sanitaarharidustöö tegemisel õpetajate hulgas peab meditsiinitöötaja eriti rõhutama niisuguseid küsimusi, mida tavaliselt küll tuntakse ja mis näivad endastmõistetavalt selgetena (näiteks üldhügieeni nõuded), kuid mille meeldejäävale käsitlemisele ei pöörata küllaldaselt tähelepanu. Ei tohi unustada, et vabariigi koolides töötab palju eririduseta õpetajaid, kellel koolihügieenialane ettevalmistus puudub.

Eespool toodut arvesse võttes peaksid arstid õpetajate hügieenialasele ettevalmistamisele senisest suuremat rõhku panema. Neile korraldatakse täienduskursusi ja -seminare vabariigi ning rajooni ulatuses. Tervishoiuteemaliste loengute ja seminaride organiseerimisel

rajoonis peavad initsiaatoriteks olema rajooni juhtivad tervishoiutöötajad. Seni on suuremat algatusvõimet näidanud just haridusorganid! Isegi temaatika valikul on meditsiinitöötajad veel vähe kaasa rääkinud. Kuid tervishoiutöötajad, kellel on kõige täpsemad andmed rajooni koolides valitseva sanitaarse olukorra ja õpilaste arstliku läbivaatuse tulemuste kohta, peaksid ometi kõige paremini teadma, mis õpetajate tervishoiualaste teadmiste pagasis on vajaka. Õpetajate hulka tuleb sanitaarharidustööd tegema suunata paremad spetsialistid, kes kohalikke tingimusi oskavad maksimaalselt seostada üldiste nõuetega.

Õpetajate ettevalmistamist tuleks alustada hügieeniteemaliste seminaride ja loengute plaani väljatöötamisest, mis peaks toimuma koostöös rajooni haridusosakonna ja selle metoodilise kabinetiga. Juhendmaterjalina võiks sel puhul kasutada Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja poolt koostatud koolihügieenialaseid õppeprogramme. Need on ette nähtud täienduskursuste korraldamiseks kooli juhtkonnale, klassijuhatajatele, internaatkoolide ning pikapäevarühmade kasvatajatele, bioloogiaõpetajatele, tööõpetuse-, samuti algklasside õpetajatele.

Kooli juhtkonda kuuluvatele õpetajatele ettenähtud loengutes tuleb käsitleda õpilase päevarežiimi ja õppetöö hügieeni, õpilastel tekkida võivate haiguste ja funktsioonihäirete profülaktikat, hügieeninõudeid kooli maa-ala, hoonete ja ruumide suhtes, õpilaste kehalist kasvatust ja toitlustamist.

Klassijuhatajatele korraldatud kursustel ja loengutel on olulised järgmised küsimused: kooliealiste laste anatoomilis-füsioloogilised iseärasused ning nende tähtsus õppe- ja kasvatustöös, õpilaste hügieenialase õpetuse ja kasvatuse põhiprintsiibid, seksuaalkasvatuse metoodika ja lastehaiguste profülaktika. Internaatkoolide ja pikapäevarühmade kasvatajatele tuleb lisaks nimetatule rääkida veel päevarežiimist internaatkoolides ja pikapäevarühmades, õpilaste kehalisest kasvatusest ja iseteenindamisest.

Kõiki teemasid on tingimata tarvis siduda kohalike tingimustega.

Kui on tekkinud vajadus mõnda küsimust selgitada laiemalt ja mitmekülgsemalt, siis on sellele soovitatav pühendada omaette seminar. Seni on enamikule õpetajatest raskusi valmistanud seksuaalkasvatus nii õpilaste kui ka lastevanemate hulgas. Õpetajate ettevalmistamiseks sel alal on otstarbekohane korraldada seminar järgmise plaani kohaselt: tingimuste loomine isikliku hügieeni nõuete täitmiseks koolis, kasvava organismi anatoomilis-füsioloogilised iseärasused, suguküpsuse perioodi iseärasused poeg- ja tütarlastel, viljastamine, rasedus, sünnitus, abort ning selle mõju naise tervisele, naiste- ja suguhaiguste vältimine, samuti kooli ülesanded seksuaalkasvatuses, isikliku hügieeni õpetamine tütarlastele ja noorukitele, kooli osa lastevanemate ettevalmistamisel seksuaalkasvatuse alal.

Seksuaalkasvatuslike seminaride korraldamisest peaksid osa võtma ka pedagoog, psühholoog ja jurist, kes, toetudes oma kogemustele eetilises kasvatustöös, võiksid arste abistada moraalinormide seostamisel tervishoiunormidega.

Et rajoonis korraldatavad kokkutulekud ei hõlma kõiki õpetajaid ning kõiki küsimusi seal puudutada ei saa, siis peab osa õpetajaist hügieeni alal ette valmistama kooliarst või kooli meditsiiniõde. Selleks võivad meditsiinitöötajad kasutada mitmekesiseid töövorme. Kogu kooli puudutavaid ja organisatsioonilist laadi probleeme (õppetöö korraldus hügieeni seisukohalt, õpilaste läbivaatuse tulemuste analüüs) käsitleb kooliarst õppenõukogu, ametiühingu või direktsiooni koosolekutel.

Iga õpetaja peab tundma laste ealisi anatoomilis-füsioloogilisi iseärasusi. Et õpetaja tihti võib olla esimene, kes märkab algava haiguse tunnuseid, seepärast on tal vaja teadmisi õpilastel tekkida võivatest haigustest. Iga õpetaja kohuseks on üldhügieeni nõudeid metoodiliselt õigesti põhjendada ja ise neist alati rangelt kinni pidada. Kõiki seda laadi küsimusi, mis pakuvad huvi kõikidele õpetajatele, võib käsitleda loengutel.

Õpetajad, kelle aine võimaldab hügieeni õpetada (bioloogia, kodulugu, kehaline kasvatus, füüsika, keemia), peavad seda tegema maksimaalses ulatuses ja põhjalikult. Selleks tuleb meditsiinitöötajatel aineõpetajaid konsulteerida.

Kooliarst peab klassijuhatajatele andma juhendeid nõrga tervisega laste õppereŽiimi kohta. Ta määrab kindlaks ka sanitaarharidustöö põhisuuna klassis. Kasvatustöö planeerimisel tuleb igal klassijuhatajal alati ette näha ka sanitaarhariduslikke üritusi õpilaste ja lastevanemate hulgas.

РЕЗЮМЕ. К сожалению, имеется еще немало школ, где санитарно-просветительная работа находится на низком уровне. Особенно плохо положение в тех школах, где нет штатных медицинских работников (начальные школы сельских районов). В них санитарно-просветительную работу проводят педагоги. Для того, чтобы справиться с этой задачей, они должны обладать достаточными знаниями в области школьной гигиены. Учителя со специальным образованием получают предварительные знания по гигиене в высших учебных заведениях, однако не следует забывать, что в школах республики работает немало учителей, не имеющих специального образования, а следовательно, и подготовки по школьной гигиене. Поэтому гигиенической подготовке учителей следует уделять больше внимания. Каждый учитель должен знать возрастные анатомо-физиологические особенности детей, он также обязан методически правильно обосновывать общегигиенические требования и всегда сам строго их придерживаться. Учителя, чей предмет позволяет преподавать гигиену (биология, домоводство, физкультура, физика, химия), должны это проводить в максимальном объеме.

Подготовку учителей в этой области следует начать с разработки планов лекций и семинаров по гигиене, причем в качестве методического материала можно использовать учебные программы по школьной гигиене, составленные Республиканским домом санитарного просвещения. Они предназначены для организации курсов усовершенствования для руководства школы, классных руководителей, воспитателей школ-интернатов и групп продленного дня, преподавателей биологии, а также учителей труда и начальных классов. Инициаторами организации семинаров и лекций должны быть руководящие медицинские работники района, хотя до сих пор большую инициативу проявляли органы просвещения.

Опыт показал, что для учителей представляют трудности вопросы сексуального воспитания. Поэтому на эту тему рекомендуется организовать отдельные семинары, причем в них, кроме врача, должны принять участие и педагог, психолог и юрист, которые, опираясь на свой опыт в этическо-воспитательной работе, могут помочь врачу увязать гигиенические нормы с вопросами морали.

Так как общерайонные мероприятия (семинары, курсы усовершенствования) не охватывают всех учителей и не затрагивают все вопросы, то для части учителей подготовку по гигиене должны проводить школьный врач или медицинская сестра школы.

Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja

Arstiteaduse ajaloost

MEDITSIINILINE KESKHARIDUS EESTIS

VIKTOR KALNIN
Tartu

UDK 614.39

Keskastme meditsiinitöötajaid võib kohata Tallinna linna teenistuses juba XIV sajandist alates. Nendeks olid habemeajajad-kirurgid ja ämmaemandad. Nad saabusid Eestisse välismaalt, peamiselt Saksamaalt ja asusid suurematesse linnadesse. XVII sajandi linnafüüsik (s. o. linnaarst) J. H. Happel, kes tegi palju ära meditsiiniala korraldamiseks ja sanitaarse olukorra parandamiseks Tallinnas, saavutas muu hulgas ka seda, et raad võttis alaliselt teenistusse kaks ämmaemandat ning asutas linna habemeajaja-kirurgi ametikoha (11). Sellest ajast algas nende ettevalmistamine ka kohapeal, kuid see toimus eranditult individuaalses korras: praktiseerivad habemeajajad-kirurgid ja ämmaemandad võtsid endale õpilasi-abilisi samuti kui muudki käsitöölised. Atestaadi iseseisva praktiseerimise õiguse kohta said õpilased pärast eksamite sooritamist linnafüüsiku, XVIII saj. lõpust alates kubermangu meditsinaalvalitsuse juures. Õiguse teatavas linnas töötamiseks andis neile raad sellekohase ametikirja alusel. Väljaõpetatud keskastme meditsiinitöötajate arv oli niivõrd tühine, et nad parimal juhul võisid abi anda üksnes kubermangu- ja

kreisilinnade elanike tähtsusetule osale. Maarahvas jäi seesugusestki abist veel kauaks ilma ning kasutas endiselt posijate, ämmaeitede jms. teenuseid.

Esimese katse Eestis kooliharidusega keskastme meditsiinitöötajaid ette valmistada tegi P. E. Wilde XVIII sajandi 60-ndail aastail. Tollal kujunes Põltsamaa Liivimaa silmapaistvamaks tööstuskeskuseks. 1766. a. ehitati seal P. E. Wilde projekti järgi haigla. Ühtlasi asutas ta apteegi. Mõlemas hakkas P. E. Wilde noormeestele õpetama arstiteadust, valmistades ette tulevasi velskreid-kirurge.

Õpetus oli Põltsamaa meditsiinikoolis praktiline ja näitlik, see sarnanes suurel määral õpetusega tolleaegsetes vene hospitaalkoolides. Nagu P. E. Wilde kooli programmist nähtub, said õpilased oma aja kohta mitmekülgse ja küllalt põhjaliku ettevalmistuse. Hommikupoolikul oli kavas «liigendamise kunsti» õpetamine luude ja kujutiste peal. Sellele järgnes kehaosade omavahelise seose näitamine loomade siseelunditel. Nende harjutuste kaudu pidid õpilased «märkamatult omandama oskuse laipu lahata *lege artis.*» Järgnevalt toimus iga kehaosa talitluse selgitamine terves seisundis, s. t. andmete esitamine füsioloogiast. Programmis märgitakse, et see peab tagama üldise arusaamise haigustest. Haigusõpetus ise oli ette nähtud pärastlõunatundidel. Programmis oli ka keemia, kusjuures õpilased pidid katsetest järeldama seaduspärasusi. Apteeker pidi näitama ravimite valmistamist. Neli korda päevas koguneti haiglasse, et õppida haiguste diagnoosimist. Edaspidi oli kolmapäeviti ja laupäeviti kavas õpetada ka kirurgiat, botaanikat ja ravimite «ravijõudu» (4).

Põltsamaa meditsiinikool ei saanud kaua eksisteerida. Pärast P. E. Wilde surma 1785. a., mis langes kokku Põltsamaa kui tööstuskeskuse kadumisega, lakkas seal kauaks ka meditsiiniasutuste tegevus. Kahjuks puuduvad andmed Põltsamaa kooli õppeaja ja õpilaste arvu ning lõpetanute edasise tegevuse kohta.

XVIII ja XIX sajandi vahetusel hakkasid kostma hääled vajadusest luua Baltikumis meditsiiniline organisatsioon, sealhulgas ka koolid õpetatud ämmaemandate ettevalmistamiseks, et neid piisaks kõikidesse maakondadesse. Sellised ettepanekud tegid 1795. a. oma «Meditsiinilis-poliitilises mõtiskluses» D. G. Balk (8), kes hiljem sai esimeseks Tartu ülikooli patoloogia ja kliiniku professoriks, 1803. a. oma populaar-meditsiinilises käsiraamatus Tartu ülikooli dieteetika, populaarse ja riikliku meditsiini professor M. E. Styx (35), 1806. a. oma märgukirjas siseasjade ministrile Pärnu arst K. J. Richter, kellest 1808. a. sai Harju kreisi arst Tallinnas (11) jt. Ämmaemandate koole esialgu siiski ei asutatud. Ainult Riias tehti 1804. a. katse luua üks selline õppeasutus (10).

1809. a. arutati sünnitusabi õpetamist maanaistele siseasjade ministeeriumi meditsiininõukogus. Sellele järgnes siseasjade ministri ettekirjutus kuberneridele hakata ämmaemandate koole organiseerima. Ministri tsirkulaari täideti ainult Eestimaa kubermangus: Tallinnas töötas aastail 1809—1811 edukalt «sünnitusabiinstituut». Selles õpetati välja 83 naist, kes kuberner Uexkülli hinnangu järgi «pöördusid pärast eksamite sooritamist siinse kubermangu mitmesse kihelkonda osavate ämmaemandatena» (3). Seoses «instituudi» asutamisega ilmus 1812. a. Tallinnas esimene eestikeelne sünnitusabi käsiraamat «Lühhikenne Õppetus Eestimaa Tallorahva Ämmadele», mille oli koostanud kubermangu meditsinaalvalitsuse inspektor J. S. Walther ja eesti keelde tõlkinud pastor O. R. Holtz. Raamat oli mõeldud abiks ämmaemandatele. Retsensiooni trükise kohta kirjutas K. E. Baer, kes suurepäraselt valdas eesti keelt (7).

1812. a. asutas professor Chr. Deutsch ämmaemandate kooli Tartu ülikooli sünnitusabikliiniku juurde. Aastail 1812—1827 lõpetas selle 21 ämmaemandat. Peale selle suunasid Liivi-, Kura- ja Eestimaa meditsinaalvalitsused mainitud ajavahemikul arstiteaduskonna juurde eksamineerimiseks 78 ämmaemandat, kes väljaõppe olid saanud mähkimisnaistena, s. o. abilistena praktiseerivate ämmaemandate juures. Nende nimestikus, mille koostas H. Köhler, leidub ainult ühe, nimelt Darthe nime järel sulgudes märkus, et ta on lätlane (15). Võib arvata, et ülejäänud olid balti sakslased. Tööle asusid nad peamiselt linnades. Näiteks Tartus oli 1845. a.

peale kreisiämmaemanda Johanna Usingu politsei poolt registreeritud veel 15 ämmaemandat.[1]

Mainitud kooli õpilaste arv kõikus 6 . . . 30. Aastail 1880—1882 selle tegevus ajutiselt lakkas. Kooli avas taas professor M. Runge 1883. a. Õpetus kestis 5 kuud ja toimus saksa keeles (38). Seetõttu oli see eesti maanaistele vähe kättesaadav.

Selle aja keskastme meditsiinitöötajatest võib nimetada ka dentiste (hambaarste) ja apteekriõpilasi ning -abisid, kes kogu XIX sajandi vältel omandasid teadmisi eraõppimise teel praktiseeriva dentisti juures või apteegis. 1810. aastast alates pidid nad ametinimetuse saamiseks eksamid sooritama Tartu ülikooli arstiteaduskonna juures. Esmakordselt toimus eksam dentistikutse saamiseks Tartu ülikoolis 1814. aastal (16). Apteekriabi-kutse sai esimesena Cesisest pärit J. F. Arens 1812. aastal. Aastail 1812—1827 anti Tartu ülikoolis apteekriabi-diplom üldse 27 isikule (15). Edaspidi nende arv suurenes. Sajandi lõpust alates hakati Tartu ülikooli farmaatsiainstituudi juures apteekriabidele korraldama kursusi, millest võisid osa võtta ka naised (33).

XIX sajandi keskel kerkis teravamalt päevakorda küsimus ämmaemandate ettevalmistamisest maaelanikkonna tarvis. Fr. R. Kreutzwald kirjutas «Teejuhhataja Ämma-kooliste õppetuse juures» (1. trükk 1852. a.), mis ilmus Liivimaa rüütelkonna kulul ning oli mõeldud abiks ämmaemandate ettevalmistamisel maakonnahaiglate baasil (14). Kuid ainult Paides alustati linnaarst K. Schnelli algatusel ämmaemandate õpetamist. Tema juurde suunati kihelkondadest 9 talunaist. Õpetus kestis 4 kuud, õpetamisest võtsid osa ka Paide kreisiarst K. Hesse ja kreisiämmaemand Frey. Esimene lend (kõigest 5 ämmaemandat) lõpetas 4. IV 1863. a. (22). K. Schnelli algatusel õppis kreisihaiglas aastail 1862—1863 ka 14 noormeest Peetri ja Türi kihelkonnast, kes said teadmisi aadrilaskmise, kuppude panemise, rõugepookimise ja haavasidumise alal (21).

1864. a. Venemaa keskkubermangudes toimunud semstvoreformi peegeldusena tehti ka Eestis ettepanekuid tervishoiukorralduse parandamiseks maal, sealhulgas ämmaemandate ja velskrite ettevalmistamiseks, et neid oleks kõigis kihelkondades. Ajakirjas «Baltische Monatsschrift» ilmus 1864. a. anonüümne artikkel «Die landärztlichen Verhältnisse Livlands» (9) ja 1867. a. arst V. Holsti artikkel tervishoiukorralduse üksikasjaliku projektiga (12). Kuid Eestis piirduti 1866. aasta vallakogukonna määruse väljaandmisega, semstvoreformi ellu ei viidud. Seetõttu ei asutatud siin ka velskrite ja ämmaemandate koole, nagu see paljudes semstvokubermangudes tollal toimus. Alles 1898. a. asutati professor A. Muratovi ettepanekul Tartu ülikooli juures erikool maaämmaemandate ettevalmistamiseks. Õpilaste jaoks ehitati internaat (1). Õppetöö kestis 9 kuud. Et õpilased ei osanud vene keelt, toimus õpetus eesti ja läti keeles. Kool eksisteeris 1918. aastani (38).

1901. a. asutati ämmaemandate kool ka Tallinnas — Eestimaa Ämmaemandate Õppeasutus. Selle organiseerijaks oli arst W. Knüpffer, kooli pidas ülal rüütelkond ja abistas Tallinna linn. Algul oli õppeasutusel 6 voodit ja 6 õpilast, 1914. aastaks suurenesid mõlemad 14-ni (11). Aastail 1904—1918 oli selle asutuse direktoriks arst R. Keyserlingk (11). Eesti keelde tõlgituna ilmus W. Knüpfferi eessõnaga varustatud B. S. Schultze mahukas «Ämmaemandate õpperaamat» (34). See õpik avaldati üldse neljas trükis.

Nii Tartus kui ka Tallinnas oli õpetus maksuline (näiteks Tallinnas oli aastamaks 150 rubla, millele lisandusid instrumentide soetamisega seotud kulud). Õpilasteks võeti 18 . . . 35 aasta vanuseid naisi, kusjuures sisseastumisel nõuti elamis-, ristimis-, kõlblus- ja rõugepanemistunnistust, abielus olevatelt naistelt ka tunnistust mehe nõusoleku kohta. Rasedaid kooli ei võetud. Sisseastujad pidid oskama eesti keeles lugeda ja kirjutada ning tundma aritmeetikat (13).

1918. a. novembris liideti Tallinna ämmaemandate kool Ühiskondliku Hoolekande Kolleegiumi haigla sünnitusabiosakonnaga ja viidi 1919. a. üle Tartu ülikooli naistekliiniku juurde (11), kus R. Bernakoff organiseeris ämmaeman-

[1] ENSV RAKA, f. 378, nim. 1, s.-ü. 24, l. 59.

date kooli. See kool töötas 1930. aastani. Siis hakkas ämmaemandaid ette valmistama Eesti Halastajaõdede Ühingu kool Tartus. 1943. aastal asutas Eesti Tervishoiukoda ämmaemandate kooli naistekliiniku juures. Õppeaeg kestis poolteist aastat ja sisseastujailt nõuti gümnaasiumiharidust. Tartu ämmaemandate koolist ja õdede ühingu koolist tuli aastail 1812—1943 2400 ämmaemandat (38).

1909. a. asutas arst D. S. Levinovitš Tartus hambaarstide kooli, mis eksisteeris 1924. aastani ja mille lõpetas 378 hambaarsti. Ka professor M. Rostovtsevi Tartu eraülikooli arstiteaduskonna juures töötas aastail 1911—1913 hambaarstiosakond (16).

Eestimaa Arstide Seltsi poolt väljatöötatud ja 1903. a. I arstide kongressil Tallinnas heakskiidetud tolle aja kohta tähelepanuväärne tervishoiureform, mis Eestimaa sanitaarkomisjoni abiga ellu viidi, jaotas kubermangu 36 tervishoiupiirkonnaks, mille eesotsas seisid maa esindajatekogu sanitaararstid («Landschafts-Sanitätsärzte»). 15 piirkonnas olid ka haiglad (voodite arv 5 . . . 12), millest 9 asutati pärast 1905. aastat. Reform nägi ette ka ämmaemandate ja haigetalitajate ettevalmistamise ja ametisse määramise. Näiteks 1914. a. allus kubermangu neljas kreisis sanitaararstide kontrollile 52 ämmaemandat (11).

Katse naisi haigetalitajatena rakendada, mis küll täielikult ebaõnnestus, tegi juba Peeter I. 1722. a. andis ta välja ukaasi, milles käskis saata ka Tallinna mereväehospidalile (asutati Peeter I käsul 1720. a.) kloostrist kaks nunna, ühe vanemana ja teise tema abilisena. Nad pidid järk-järgult üle minema tõelisele haigete põetamisele. 17. VI 1724. a. (vkj.) saabusidki Pihkvast Vosnessenski kloostrist kaks nunna, Augustina ja Jevpraksia. Vanemale määrati aastapalgaks 7, nooremale 5 rubla. Kuid nunnade elu osutus Tallinnas raskeks: polnud korterit ja töö oli harjumata. Kuigi mereasjanduse ametkond käskis nunnadele Tallinna hospidali juurde eluruumid ehitada, kutsus Katariina I pärast Peeter I surma nad juba 1725. aasta augustis tagasi (11).

Halastajaõdede ettevalmistamine Eestis algas XIX sajandi 60-ndail aastail. 1867. a. asutas pastor Stackelberg Tallinnas Diakonisside Kodu halastajaõdede ettevalmistamiseks, seejuures õpetuse vajadusteks ka väikese haigla (5a). Vene-türgi sõja ajal (1877—1878), kui Vene Punase Risti Seltsi Tartu kohalik komitee ja Tartu Daamide Komitee komplekteerisid kaks laatsaretti, et neid avada Bulgaaria sõjatandril, suunati sinna tööle 7 halastajaõde. Nad pärinesid Riia halastajaõdede kogukonnast ja Jelgava Diakonisside asutusest (31). Halastajaõdede kogukonna asutas 1888. aastal Tallinnas vürstinna J. Šahhovskaja (32). 1894. a. hakkas halastajaõdesid ette valmistama Punase Risti Seltsi Eestimaa kubermangu komitee (24). Samal aastal loodi ka Tartus Mellini erahaigla juures õdede õppeasutus (25). Esimese maailmasõja ajal korraldasid arstiteaduslikud seltsid mitmeid lühiajalisi õdede kursusi Tallinnas, Tartus (ülikooli juures) ja Narvas.

Pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni Eestis kehtestatud nõukogude võim ei jõudnud meditsiinilise keskhariduse korraldust reorganiseerida. Kuid tervishoiu reorganiseerimisel pöörati suurt tähelepanu keskastme meditsiinitöötajate määramisele arstipunktidesse ja haiglatesse ning nende kaasatõmbamisele punaarmeelaste teenindamisele. Näiteks Tartu Maakonna Töörahva Nõukogu võttis 1918. a. jaanuaris vastu otsuse avada maakonnas kümme 10 . . . 15 voodikohaga haiglat ja määrata igasse neist ametisse arst, velsker, ämmaemand ja sanitar (36).

Kodanlikul ajal avas Eesti Punane Rist 1920. a. Tallinnas kooli halastajaõdede ettevalmistamiseks (41). Oma tegevust jätkas õdede kool Tartus Mellini erahaigla juures. 1925. a. asutas Eesti Halastajaõdede Ühing Tartus oma õdede kooli. Viimases hakati 1930. aastast alates ette valmistama ka ämmaemandaid. Pärast 3 õppeaastat pidid õed-ämmaemandad praktiseerima 8 kuu vältel ülikooli kliinikutes (38). 1925. a. oli Eestis 386 meditsiiniõde, 370 ämmaemandat ja 183 hambaarsti, kuid rõhuv enamik neist töötas linnades (6). Iga sõjaväediviis valmistas laatsareti baasil 8-kuulise õppeaja jooksul ette nn. rooduvelskreid; neid oli jäänud ka revolutsioonieelsest ajast. 1939. a. lubati 10 aastat töötanud rooduvelskritel sooritada Tallinna Velskrite Ühingu juures eksamid «koolivelskri» nimetuse saami-

seks. Kogu kodanliku perioodi jooksul valmistati selliseid velskreid ette 54. Üldse oli 1940. a. velskreid 120 (5). Võitluses oma õiguste eest koondusid keskastme meditsiinitöötajad kutsealastesse ühingutesse ja seltsidesse. Nii tekkisid Eesti Halastajaõdede Ühing (1922), Eesti Ämmaemandate Selts (1928), Üleriikline Meditsiinivelskrite Ühing (1930) ja Eesti Apteegiassistentide Ühing (1935) (18). Näiteks velskritel tuli pidada võitlust erialase täiendamise võimaluste eest, samuti tekkis neil vastuolusid arstide seltsidega. Viimased väitsid, et velskrid tekitavad rahva tervisele rohkem kahju kui kasu ja püüdsid taotleda velskripraktika keelamist. Selle võitluse tegelikuks ajendiks oli eraviisil praktiseerivate arstide püüd vabaneda konkurentidest, sest arstiabi kalliduse tõttu kasutasid haiged sageli velskrite abi. 1. jaanuaril 1940. a. oli Eestis keskastme meditsiinitöötajaid 1267, peale selle 158 hambaarsti (5). 1925. aastaga võrreldes oli nende arv suurenenud ainult 1,5 korda (10 000 elaniku kohta tuli 12 keskastme meditsiinitöötajat). Selline olukord vähendas töötajatele niigi raskesti kättesaadavat meditsiinilist abi ja ei võimaldanud haigete küllaldast põetamist. Eriti nõrgalt olid korraldatud sünnitusabi ja lastele ettenähtud arstiabi maal. Nii oli Eesti suurimas maakonnas, nimelt Tartu maakonnas (64 valda ja üle 181 000 elaniku), 1937. a. ainult 15 ämmaemandat, 5 halastajaõde ja üks masseerija.

Pärast nõukogude võimu taaskehtestamist 1940. a. aktiviseerus keskharidusega meditsiinitöötajate ühiskondlik tegevus. Juba esimestel kuudel alustas tegevust tervishoiutöötajate ametiühing, millesse võrdõiguslikena arstidega kuulusid ka keskharidusega meditsiinitöötajad ja kõik teised tervishoiutöötajad (28). Ametiühingu koosolekutel valiti komiteedesse ka õdesid, velskreid ja ämmaemandaid, kritiseeriti arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate teravat seisuslikku jaotumist, millest kohati ei olnud lahti saadud nõukogude võimu algaastailgi. Tartus nõudsid velskrid, et neile korraldataks täienduskursusi (29). Äsja loodud Eesti NSV Punase Risti Selts organiseeris juba augustis-septembris 1940. a. mitmeid meditsiiniõdede ja desinfektorite kursusi, et rahuldada tervishoiuasutuste kasvavaid vajadusi (26, 27). 25. II 1941. a. alustas tööd Tartu Meditsiinikool, milles esialgu oli 87 õpilast.

Fašistliku Saksamaa kallaletungi tõttu Nõukogude Liidule kõik need algatused hääbusid, tervishoid elas okupatsiooniaastail läbi languse. Keskharidusega meditsiinitöötajate arv vähenes 1500-lt 1940. a. 1300-le 1945. a. (2). Suure Isamaasõja aastail tagalasse evakueerunud meditsiinitöötajad arvestasid Eesti NSV peatset vabastamist ja valmistusid okupantide poolt purustatud tervishoiuvõrku taastama. 1943. a. avati Tambovis Eesti Velskrite ja Ämmaemandate Kool, Sverdlovskis hakati aastail 1943—1944 sanitaararsti abisid ette valmistama, kusjuures kursantideks olid peamiselt Eesti Laskurkorpuse tagavarapolgu meditsiinitöötajad (23). Algas ka ettevalmistus Eesti NSV Punase Risti Seltsi töö organiseerimiseks. Koos Eesti Laskurkorpuse ja Nõukogude armee teiste väeosadega läbisid ka eesti meditsiinitöötajad kodupinna puhastamisel fašistlikest vallutajatest kuulsusrikka võidutee. Paljud keskharidusega meditsiinitöötajad ilmutasid ennastsalgavust haavatud ja haigetele võitlejatele abi andmisel nii rindel kui ka hospidalis. Operatiivgruppidesse, kes tegelesid tervishoiualase töö taaskorraldamisega vabastatud territooriumil, kuulus ka velskreid, meditsiiniõdesid ja desinfektoreid (17, 37, 39).

Sõjajärgseil aastail vajati purustatud tervishoiuvõrgu taastamiseks ja edasiarendamiseks hulgaliselt keskharidusega meditsiinitöötajaid. Juba 1944. a. sügisel asutati meditsiinikoolid Tartus ja Tallinnas, 1945. a. Viljandis, seejärel Rakveres ja Kohtla-Järvel (40). Need koolid valmistasid ette mitmesuguse profiiliga spetsialiste: meditsiiniõdesid, ämmaemandaid, velskreid, velskerlaborante, sanitaarvelskreid, hambaarste ja -tehnikuid, keskharidusega farmatseute. Peale selle valmistati meditsiiniõdesid ette ka Punase Risti Seltsi 2-aastastel või 7-kuulistel kursustel. Paljud nende kursuste lõpetajad töötasid esialgu aseõdedena. Kitsamatele erialadele (füsioteraapia, röntgenoloogia, ravikehakultuur jt.) spetsialiseerusid meditsiiniõed vabariiklike haiglate juures.

1955. aastani andsid vabariigi medit-

siinikoolid igal aastal ligi 600 lõpetajat. Võrreldes 1940. aastaga suurenes keskharidusega meditsiinitöötajate arv 4,3 korda, saavutades üldarvuks 6500 (2). Et see vajadust ei rahuldanud, anti 1955. a. alates vastavatel ametikohtadel töötavatele, kuid haridusdokumendita isikutele võimalus õppida mittestatsionaarselt.

1957. a. likvideeriti Rakvere Meditsiinikool kui väike õppeasutus, millel puudusid tingimused kaadri ettevalmistamiseks, 1958. a. suleti meditsiinikool Kohtla-Järvel (19). Edaspidi likvideeriti ka Viljandi Meditsiinikool, mis valmistas ette ainult meditsiiniõdesid. Samal ajal suurendati õpilaste vastuvõttu Tartu ja Tallinna meditsiinikoolide statsionaarsetesse ja mittestatsionaarsetesse osakondadesse. Tartu Meditsiinikoolis hakati esmakordselt ette valmistama laste ravi- ja profülaktikaasutuste meditsiiniõdesid (esimene lend 1964. a.). Pärast koolireformi võeti meditsiinikoolidesse vastu nii lõpetatud keskharidusega kui ka 8-klassilise kooli lõpetanuid. Viimaste õppeaeg on aasta võrra pikem, kusjuures nad ühel ja samal ajal erialaga omandavad ka täieliku üldise keskhariduse. Keskharidusega isikute vastuvõtmine parandas märksa meditsiinitöötajate ettevalmistamise kvaliteeti ja andis lõpetajatele kõrgemasse kooli astumise õiguse. Meditsiinilise keskhariduse ümberkorraldamine parandas õppetöö kvaliteeti tunduvalt. Kõik meditsiinikoolide programmid vaadati põhjalikult läbi. Õpilased hakkasid vahetult osa võtma tööst ravi- ja profülaktikaasutustes juba õpingute esimestest päevadest alates. Reorganiseerimise tulemused ilmnevad ka tegelikkuses. Keskharidusega meditsiinitöötajad on suutelised andma kvalifitseeritumat meditsiinilist abi, oskavad paremini hoolitseda haigete eest, esinevad sagedamini ettekannetega teaduslik-praktilistel konverentsidel, tõstavad kvalifikatsiooni seminaridel, kirjutavad artikleid kogemuste vahetamiseks jne. 1966. a. asutati Eesti NSV Meditsiiniõdede Selts.

Tartu Meditsiinikool, mille asutamise ajaks võib pidada 1812. aastat, mil Tartu ülikooli juures organiseeriti ämmaemandate kool, sai möödunud aastal 155 aastat vanaks. Praegu on see kool, nagu Tallinna Meditsiinikoolgi, õppevahenditega hästi varustatud. Õppetöö toimub õppekabinettide süsteemis. Praktilisi õppusi kliinilistes ainetes korraldatakse linna ja vabariiklikes haiglates ning muudes ravi- ja profülaktikaasutustes.

1958. a. alates on meditsiiniõdede kvalifikatsiooni tõstmiseks võetud õppeprogrammidesse stenograafia ja masinakiri, õpitakse ka võõrkeeli. Meditsiinikoolide juures tegutsevad erialased, ühiskondlik-poliitilised ja spordiringid, ulatuslikult on arenenud kunstiline isetegevus. Iga aasta lõpul toimub õpetajate metoodiline konverents. Tartu Meditsiinikool korraldab kord aastas õpilaste teaduslik-praktilisi konverentse, millest võtavad osa ka naabervabariikide meditsiinikoolide õpilased. Õpetajate hulgas on vabariigi teenelisi õpetajaid ja arste, paljusid on autasustatud Eesti NSV Ministrite Nõukogu Kõrgema ja Kesk-eriharidusе Komitee aukirjadega, paljudele on Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjas eeskujuliku töö eest tänu avaldatud.

1965. aastaks oli keskharidusega meditsiinitöötajate arv vabariigis 1940. aastaga võrreldes suurenenud ligikaudu 7 korda. Kuid see ei rahulda veel vabariigi tervishoiuasutuste üha suurenevaid vajadusi. Keskharidusega meditsiinitöötajate, eriti meditsiiniõdede ettevalmistamise piiramine, (kolme meditsiinikooli sulgemine), mis toimus 50-ndate aastate lõpul ja 60-ndate aastate algul, osutus ebaõigeks. Seepärast kavandas Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon koos Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumiga mitmeid abinõusid keskharidusega meditsiinipersonali ettevalmistamise laiendamiseks ja meditsiinilise keskhariduse edasiseks täiustamiseks vabariigis. Kohtla-Järvel alustas meditsiinikool uuesti tööd.

РЕЗЮМЕ. В эпоху феодализма средние медицинские работники (цирюльники-хирурги и повивальные бабки) прибывали в Эстонию из-за границы или подготовка их осуществлялась на месте в кустарном порядке. В 60 годах XVIII в. П. Э. Вильде предпринял первую попытку организовать подготовку фельдшеров-хирургов, имеющих школьное образование, в Пыльтсамаа. За подготовку обученных акушерок в конце XVIII — начале XIX в. ратовали Д. Г. Балк, М. Э. Стикс и К. И. Рихтер. В 1809 г. после-

TRÜ Raamatukogu

довало предписание министра внутренних дел губернаторам об организации повивальных школ. Однако лишь в 1809—1811 гг. в Эстляндской губернии — в Таллине был организован и успешно работал «повивальный институт», который подготовил 83 повивальные бабки. В 1812 г. вышло первое на эстонском языке руководство по родовспоможению, составленное Ю. Вальтером. Рецензию о нем написал К. М. Бэр.

В 1812 г. проф. Х. Дейтч учредил повивальную школу при акушерской клинике Тартуского университета. В 1880—1882 годах школа временно была закрыта, но снова восстановлена в 1883 г. профессором М. Рунге. Обучение длилось 5 месяцев и велось на немецком языке, ввиду чего оно было малодоступным для эстонских крестьянок. При Тартуском университете в течение всего XIX в. проводились испытания также дантистов и аптекарских помощников, которые подготавливались путем ученичества у практикующего дантиста или у аптекаря. С конца XIX в. для них были организованы курсы при фармацевтическом институте Тартуского университета.

В 1852 г. врач-демократ Фр. Р. Крейцвальд издал на эстонском языке «Руководство к обучению повивальных бабок». Временно, в 1862—1863 гг., подготовку небольшого числа акушерок и фельдшеров из крестьян организовал в Пайде К. Шнель. Лишь в 1898 г. по предложению проф. А. А. Муратова при женской клинике Тартуского университета была создана школа сельских повитух, в которой обучение длилось 9 месяцев и велось на эстонском и латышском языках. В 1901 г. В. Кнюпфером в Таллине также была учреждена акушерская школа. В 1919 г. она была переведена в Тарту, где Р. Бернакоффым вновь открыта при женской клинике и просуществовала до 1930 г., когда акушерок стали готовить в школе Общества сестер милосердия Эстонии. С 1812 по 1943 г. в Тарту было подготовлено 2400 акушерок.

В 1909 г. в Тарту была учреждена также зубоврачебная школа, которая просуществовала до 1924 г., выпустив 378 зубных врачей. В 1911—1913 гг. работало зубоврачебное отделение и при частном университете М. И. Ростовцева.

Начало подготовки сестер милосердия в Эстонии относится к 60-м годам. Во время русско-турецкой войны 1877—1878 гг. Тартуским местным комитетом Российского Общества Красного Креста было направлено 7 сестер милосердия на работу в тартуские лазареты в Болгарии. Общину сестер милосердия основала в 1888 г. в Таллине княгиня Е. Д. Шаховская. В 1894 г. сестер милосердия стал готовить также Эстляндский губернский комитет Общества Красного Креста. В том же году было создано заведение сестер милосердия в Тарту при частной Меллинской больнице. Во время первой мировой войны был организован ряд курсов для подготовки сестер военного времени.

В 1920 г. Красным Крестом Эстонии в Таллине была открыта школа сестер милосердия мирного времени. Свою школу в Тарту в 1925 г. создало также Общество сестер милосердия Эстонии. С 1930 г. школа приступила к подготовке акушерок. Срок обучения последних был 3 года. Однако выпуски были небольшие. К 1940 г. число средних медицинских работников по сравнению с 1925 г. увеличилось лишь в 1,5 раза, составляя 12 человек на 10000 населения. В борьбе за свои права средние медицинские работники объединялись в профессиональные общества: созданы были общества сестер милосердия (1922), акушерок (1928), фельдшеров (1930) и аптекарских помощников (1935).

С восстановлением Советской власти в Эстонии было реорганизовано и среднее медицинское образование. Обществом Красного Креста ЭССР уже в августе—сентябре 1940 г. был организован ряд курсов по подготовке медицинских сестер и дезинфекторов. 25 февраля 1941 г. было открыто Тартуское медицинское училище. Во время Великой Отечественной войны подготовка средних медработников была продолжена в тылу: в Тамбове в 1943 г. было открыто Эстонское фельдшерско-акушерское училище, в Свердловске готовились санитарные фельдшера. Многие средние медработники входили в состав оперативных групп, занимавшихся восстановлением работы сети здравоохранения на освобожденной от оккупантов территории. В связи с возросшей потребностью в средних медицинских работниках уже осенью 1944 г. были созданы медицинские училища в Тарту и Таллине, затем в Вильянди, Раквере и Кохтла-Ярве. С учетом потребностей здравоохранения республики они выпускали средних медицинских работников различного профиля. Медицинские сестры готовились также на курсах Общества Красного Креста с 2-летним и 7-месячным сроком обучения без отрыва от производства.

В настоящее время подготовка средних медицинских работников сосредоточена в Тартуском и Таллинском медицинских училищах, в которые увеличен прием, созданы заочные отделения. Медицинские училища хорошо оснащены учебными средствами, занятия ведутся по системе учебных кабинетов, практические занятия по клиническим дисциплинам организованы на базе городских и республиканских больниц и других медико-санитарных учреждений, оснащенных современным оборудованием. С 1958 г. в учебные программы медицинских сестер введены стенография и машинопись. В результате перестройки среднего медицинского образования значительно улучшилось качество подготовки средних медицинских кадров. В настоящее время по сравнению с 1940 г. число средних медицинских работников увеличилось в 7 раз. В то же время выявилась преждевременность закрытия в конце 50-х годов трех медицинских училищ. Поэтому в последние годы Министерством здравоохранения ЭССР намечен ряд мероприятий по увеличению подготовки медицинских сестер и дальнейшему усовершенствованию среднего медицинского образования в республике. В 1966 г. было создано Общество медицинских сестер Эстонской ССР.

KIRJANDUS: 1. Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета, т. II. Юрьев, 1903. — 2. Гольдберг А. Эстонская ССР. БМЭ, изд. 2-е, т. 35,

797—803. — 3. Дианесов С. М. Сов. здравоохранение, 1961, 6, 67—72. — 4. Калнин В. В. Сов. здравоохранение, 1961, 9, 70—74. — 5. Сарап А. А. Пути и перспективы развития лечебно-профилактической помощи взрослому населению Эстонской ССР. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Таллин, 1965. — 5a. Шпиндлер А. История больниц города Ревеля. Ревель, 1917. — 6. Ahelik, S. Arstiabist ja sotsiaalkindlustusest kodanlikus Eestis. Tln., 1964. — 7. (Baer, K. E.) Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunst. Bd. I. Riga u. Leipzig, 1816, 165—172. — 8. Balk, D. G. Eine medizinisch-politische Abhandlung für Gesetzgeber und Richter in höherem Tribunälen. Mitau, 1795. — 9. Baltische Monatsschrift, 1864, 10, 64—93. — 10. Brennsohn, I. Die Ärzte Livlands. Riga, 1905. — 11. Brennsohn, I. Die Ärzte Estlands. Riga, 1922. — 12. Holst, V. Baltische Monatsschrift, 1867, 15, 469—478. — 13. Koppel, H. Ämmaemandate küsimus, Tervis, 1904, nr. 9. — 14. Kreutzwald, Fr. R. Teejuhhataja Ämma-kooliliste õppetuse juures. Riga, 1852. — 15. Köhler, H. Ordinis medicorum in universitate Caesarea Dorpatensi Annales ab universitatis exordio ad sinem usque anni 1827. Dorpat, 1830. — 16. Lõvi, M. ja Kalnin, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 2, 136—141. — 17. Nordberg, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 57—61. — 18. Normann, H. Eesti meditsiiniline bibliograafia 1918—1930. Tartu, 1932. — 19. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 5. 60. — 20. «Olevik», 1894, nr. 46, 988. — 21. «Perno Postimees» 1863, nr. 2, 12. — 22. «Perno Postimees», 1863, nr. 14, 108—109. — 23. Pihl, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 6, 61—65. — 24. «Postimees», 1894, nr. 45. — 25. «Postimees», 1894, nr. 124. — 26. «Postimees», 1940, 2. VIII. — 27. «Postimees» 1940, 22. IX. — 28. «Postimees», 1940, 10. VIII. — 29. «Postimees», 1940, 30. VIII. — 30. «Postimees», 1940, 19. IX. — 31. Rechenschaftsbericht des Dorpater Local-Comité der Gesellschaft zur Pflege verwundeter und kranker Krieger in den Jahren 1877—1878. Dorpat, 1879. — 32. «Sakala», 1888, nr. 10. — 33. Schindelmeiser, J. Weibliche Pharmaceuten in Russland. Sonderabdruck aus der Apotheker-Zeitung. Berlin, 1902, nr. 47. — 34. Schultze, B. S. Ämmaemandate õpperaamat. 2. parand. trükk. Tln., 1902. — 35. Styx, M. E. Handbuch der populären Arzneiwissenschaft für die gebildeten Stände in den nördlichen Provinzen Russlands, insbesonder für die Landgeistliche und Grundbesitzer in Kur-, Liev- und Ehstland. Riga, 1803. — 36. Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon Eestis. Dokumentide kogumik. Tln., 1957. — 37. Tallmeister, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 2, 137—139. — 38. Tamm, A. Eesti Arst, 1943, 8, 393—407. — 39. Tõnissoo, Z. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 61—64. — 40. Vipper, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 72—74. — 41. Voogas, B. Märkmeid samariitluse arendamise kohta Eestis. Eesti Punase Risti Samariitlane, 1933, II.

Tartu Riiklik Ülikool

Konverentsid ja nõupidamised

Ülemnõukogus arutati laste meditsiinilist teenindamist vabariigis. Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon arutas 6. septembril 1967 laste meditsiinilist teenindamist vabariigis.

Kuulati Eesti NSV tervishoiu ministri esimese asetäitja E. Kama ettekannet ja NSV Liidu Ülemnõukogu saadiku L. Kerese kaasettekannet. Komisjon märkis, et laste meditsiiniline teenindamine Eesti NSV-s on järkjärgult paranenud. Imikute suremus on aastaid olnud üleliidulisest keskmisest madalam. Suurt edu on saavutatud võitluses nakkushaiguste vastu. Viimase kolme aasta kestel ei ole ette tulnud ühtki difteeriajuhtu. 1966. aastal ei surnud ühtki last tuberkuloosi tagajärjel; tuberkuloosi raskeid vorme esineb lastel väga harva. Hoolikalt korraldatud kaitsesüstimiste tulemusena on läkaköha juhtude arv märgatavalt vähenenud.

Laste polikliiniline abi on Eesti NSV-s korraldatud nõuetekohaselt. Töötab 222 pediaatrijaoskonda 53 geograafilises punktis. Tervishoiu Ministeerium on suurt tähelepanu pööranud profülaktilise töö juhtimisele. Vabariigis töötab 420 lastearsti.

Samal ajal tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon leidis, et 70% maalastest teenindatakse halvemini kui linnalapsi, sest nende eest kannab hoolt maa-jaoskonnaarst, kel puudub spetsiaalne pediaatria-alane väljaõpe. Maa-jaoskonnaarstidele ei korraldata korrapäraselt pediaatria-alaseid täienduskursusi. Mõnes rajoonis ei ole lastearstil asula ümbruse haigete teenindamiseks autot. Mitme rajooni tervishoiuosakonnad ei maksa patronaažiõdedele välja bussipiletite hinda. Kõigis kiirabiautodes ei ole hapnikuballoone.

Mis puutub statsionaarsesse abisse, siis enamiku lastehaiglate ja lasteosakondade palatite põrandapind ei vasta normatiivile. Eriti halvas olukorras on Rapla, Võru ja Viljandi lasteosakonnad. Tartu Vabariiklikul Haiglal ei ole lasteosakonda ega laste vastuvõttu konsultatsiooni eesmärgil. Seetõttu jäävad Lõuna-Eesti rajoonide lapsed küllalt sageli ilma kõrgema etapi haiglaravist, samuti jääb vajaka konsultatsioonidest. Vabariigis puuduvad eriarstid laste vere-, seedetrakti- ja neeruhaiguste alal. Eesti NSV-s ei ole ühtki sanatooriumi reumahaigete laste tarvis, samuti puudub sanatoorium somaatilisi haigusi põdevatele koolieelistele lastele. Mitte kõigis suuremate linnade koolieliste

laste asutustes ei ole moodustatud kõnehäiretega ja vaimselt defektiivsete laste erirühmi. Leidub veel koole, kus arstikabinetid on puudulikult varustatud meditsiiniinventariga.

Üle kolme aasta vanuste laste surma põhjustest moodustavad enamiku õnnetusjuhtumid, mille arv aasta-aastalt suureneb. Kohalikud nõukogude organid ei ole seni kasutusele võtnud küllaldaselt abinõusid õnnetuste vältimiseks.

Laste meditsiinilise teenindamise parandamiseks Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon otsustas teha Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile järgmised ettepanekud.

1. Suunata 1968. aastal kogemustega pediaatreid NSV Liidu vastavatesse keskustesse spetsialiseeruma laste neeruhaiguste, vere- ja seedetrakti haiguste alal.

2. Suunata kõik noored arstid, kes määratakse maa-arstijaoskondadesse, enne tööle asumist pediaatria alale täiendama vähemalt üheks kuuks alates 1968. aastast. Korraldada maa-jaoskonnaarstidele iga kolme aasta tagant pikemaajalised täienduskursused, kus ette näha täiendus pediaatria alal vähemalt 3 nädala kestel.

3. Nõuda kohalikelt tervishoiuorganitelt, et laste vältimatu abi autod oleksid varustatud hapnikuballoonidega.

4. Kanda hoolt selle eest, et kohalikud tervishoiuorganid varustaksid autotranspordiga kõiki pediaatreid, kes teenindavad linnade ja asulate ümbruses elunevaid lapsi.

5. Muuta Tartu Laste Luu-Liigese Tuberkuloosi Sanatoorium, mis lähemate aastate jooksul haigete vähese arvu tõttu lakkab olemast tuberkuloosiasutus, reumat ja somaatilisi haigusi põdevate laste sanatooriumiks, seejuures olemasolev kool alles jätta.

6. Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla baasil asutada kõrgema järgu raviasutus Lõuna-Eesti rajoonide laste teenindamiseks. Selleks tuleb Tartu Linna Kliinilisele Lastehaiglale aastail 1968—1969 jooksul anda vabariikliku haigla koosseisud. Leida võimalus lastehaigla hoone juurdeehituse tööde alustamiseks kapitaalremondi summade arvel 1969.—1970. aasta vältel. Juurdeehituse arvel suurendada voodikohtade arvu 100-lt 150 voodile.

7. Võtta perspektiivplaani 300 voodikohaga lastehaigla ehitamine Tallinna ja 300 voodikohaga laste sise- ja nakkushaigla ehitamine Tartusse.

Komisjon peab otstarbekohaseks, et lastesõimed antaks Tervishoiu Ministeeriumi alluvusest Haridusministeeriumi alluvusse 1. jaanuarist 1968. Haridusministeeriumile teeb ta järgmised ettepanekud:

1) õpilaste nõuetekohaseks läbivaatuseks varustada koos kohalike tervishoiuorganitega 1967.—1968. aasta kestel kõikide koolide arstikabinetid meditsiiniinventariga;

2) moodustada 1968. aasta vältel kõigi suuremate linnade eelkoolialiste laste asutustes vaimselt defektiivsete ja kõnehäiretega laste erirühmad, keda juhendaksid eriväljaõppe saanud pedagoogid.

Rajoonide ja vabariigilise alluvusega linnade täitevkomiteedele teeb komisjon ettepaneku:

1) analüüsida laste õnnetusjuhtude põhjusi ja oma ettepanekutest õnnetuste vältimiseks teatada Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjonile 1. märtsiks 1968. a.;

2) teha korraldus, et patronaažiõdedele makstaks välja bussipileti hind sõitude eest teenindatava jaoskonna piirides.

Lõpuks otsustas komisjon Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumile soovitada, et ta maaelanikele küllaldase haiglabaasi tagamiseks leiaks võimalusi haiglate ja eelkoolialiste laste asutuste ehitamiseks majandite koopereeritud summade arvel.

Märt Kink

Instituudi juubelisessioon. 12. ja 13. oktoobril 1967 toimus Tallinnas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslik sessioon, mis oli pühendatud Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevale. Nimetatud sessioon tähistas ka 20 aasta möödumist instituudi asutamisest.

Esimesel istungil anti ülevaade senistest tulemustest onkoloogia, tööhügieeni, kutsehaiguste, kurortoloogia, lastereuma, tuberkuloosi ja urogenitaaltrakti trihhomoniaasi uurimise valdkonnas ning märgiti edaspidiseid töösuundi.

Teisel istungil esitatud ettekanded puudutasid tööstustolmu toimel sugenevat patoloogiat ning eksperimentaalse ja kliinilise tööstustoksikoloogia probleeme. Kolmas istung hõlmas töid kurortoloogia ja reumatoloogia alalt. Neljandal aga kuulati onkoloogide ja pulmonoloogide uurimusi.

Üldse arutati läbi üle 60 teadusliku ettekande, mille lühikokkuvõtted avaldati sessiooni ajaks ilmunud artiklite-kogumikus. Sessioonist võtsid osa arstid ja arstiteadlased mitmest vabariigi linnast, Moskvast, Leningradist ja Slantsõst.

Oli avatud ka näitus, mille eksponaadid andsid ülevaate instituudi arengust 20 aasta jooksul, iseloomustasid praegusi uurimissuundi ja tutvustasid instituudi teaduslikke väljaandeid.

Harri Jänes

Juubelikonverents Tartu rajoonis. 28. oktoobril 1967. a. toimus Tartu Tervishoiutöötajate Majas Tartu rajooni meditsiinitöötajate konverents, millega tähistati Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäeva. Külalisi oli saabunud vabariigi linnadest ja rajoonidest ning Läti NSV Valmiera rajoonist. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Ettekanded käsitlesid tervishoiuvõrgu arengut ja elanike tervise kaitset Tartu rajoonis 50 aasta jooksul.

Huvitavaid ja uudseid andmeid sanitaarorganisatsiooni ajaloost Tartus esitasid V. Kalnin ja V. Vessar. Märkimisväärne on see, et Tartus asutati Venemaa esimene sanitaarjaam 80 aastat tagasi. Üle-

vaate tervishoiukorralduse ajaloost Elvas andis H. Järv. M. Sikk käsitles tervishoiu arengu probleeme Tartu maakonnas ja Tartu rajoonis aastail 1917—1967. Elava vastuvõtu osaliseks sai Teedla velskripunkti juhataja H. Puusepa ettekanne rahvameditsiini viljelemisest Teedla ja Rõngu piirkonnas. Nakkushaigustest ja helmintoosidest, samuti võitlusest nende vastu rääkisid L. Kampus ja M. Vares. S. Ellervee andis ülevaate vähktõppe haigestumisest Tartu rajoonis aastail 1958—1965. Valmiera rajooni tervishoiu ajalugu puudutas oma ettekandes nimetatud rajooni keskhaigla peaarst U. Laucis.

Pärast konverentsi autasustati rajooni meditsiinitöötajaid. EKP Tartu Rajoonikomitee ja Tartu Rajooni TSN Täitevkomitee aukirjad said Kallaste haigla meditsiinistatistik A. Kondrašova, Varnja velskripunkti juhataja I. Nurmes, Peedu Laste Tuberkuloosisanatooriumi kasvataja N. Priimäe, Tartu Rajooni Kiirabijaama peaarst M. Möldre, Elva Tuberkuloosidispanseri röntgenoloog H. Lillevälja, Mäksa haigla peaarst A. Palu, Kallaste haigla sanitaarvelsker A. Silberg, Elva haigla vanem-meditsiiniõde O. Võssotskaja, Puhja haigla sanitaarvelsker L. Seire ja Kodijärve Tuberkuloosihaigla majandusjuhataja J. Varik.

Rinnamärk «NSV Liidu tervishoiu eesrindlane» anti Elva haigla peaarstile H. Järvele ja Võnnu haigla ämmaemandale A. Raigile. Kokku autasustati ligikaudu sada Tartu rajooni meditsiinitöötajat.

Maido Sikk

Ftisiaatrite pidulik koosolek. 25. oktoobril 1967. a. toimus Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris Vabariikliku ja Tallinna Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi pidulik koosolek, mis oli pühendatud Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevale.

Koosolekust, mille avas Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst E. Kase, võtsid osa ka paljud tööveteranid, nimelt arstiteaduse doktor E. Mill (Tartust), K. Bežanitskaja, E. Käsper, E. Laisaar (Tartust), endine tuberkuloositõrje organiseerija vabariigis J. Varik (Alma-Atast) jt.

Tervishoiu ministri esimene asetäitja E. Kama rääkis kokkuvõtlikult tuberkuloosi vastu võitlemisest Eesti NSV-s. Nõukogude võimu 27 aasta jooksul on vabariigis tuberkuloositõrje alal toimunud olulised muutused. Kui kodanlikus Eestis võitlesid tuberkuloosi vastu üksikud arstid-entusiastid (Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lepp, arstiteaduse doktor E. Mill, H. Lepp, O. Tomberg jt.), siis nüüd tegeleb sellega riiklik süsteem.

Juba sõjajärgse viisaastaku jooksul suurenes tuberkuloosiasutuste arv rohkem kui 3 korda. 1948. aastal alustati tuberkuloosivastaseid vaktsineerimisi ja 1949. a. elanikkonna fluorograafilisi läbivaatusi. Praegu on meil 6 moodsat ja hästi sisustatud fluorograafi-autobussi. Ftisiokirurgilist ravi alustati 1950. aastal; suure töö on sel alal ära teinud E. Laisaar (Tartus) ja J. Ennulo (Tallinnas). Käesoleval ajal töötavad ftisiokirurgiaosakonnad Tallinnas (85 voodikohta) ja Tartus (60 kohta). 1953. aastast alates on tuberkuloosi haigestumine vähenenud rohkem kui 4 korda.

Tuberkuloosialast teaduslikku uurimistööd alustati 50-ndate aastate algul Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, kus ka praegu asub pulmonoloogiasektor, mille töötajad uurivad peale tuberkuloosi veel muid kopsuhaigusi. Väga tähtsat osa on etendanud ka 1952. aastal asutatud ftisiaatrite selts. Seal on teaduslikku uurimistööd alustanud paljud praktiseerivad arstid. Mitmel neist (E. Kama, A. Malevski, A. Talihärm, H. Pullissaar, V. Harjo jt.) on valminud või valmimas kandidaadiväitekiri.

Saavutuste aluseks on olnud vabariigi ftisiaatrite kollektiivi tubli töö. Esiletõstmist väärivad Võru Rajooni Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst E. Kongo, Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaari arst L. Osminina, Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri osakonnajuhataja L. Krõkova ja paljud teised.

Hiljem võttis sõna J. Varik, kes meenutas tuberkuloosivastase võitluse algust Eesti NSV-s 1945. aastal. Seejärel kõnelesid arstiteaduse doktor E. Mill ja Taagepera sanatooriumi peaarst E. Kersalu.

Jaan Ots

Parasitoloogia-alane konverents. Vabariikliku parasitoloogia-alase probleemikomisjoni initsiatiivil toimus 28. ja 29. septembril 1967. a. Tartus vabariiklik ametkondadevaheline parasitoloogia-alane konverents. Konverentsil esitati 34 ettekannet, neist 7 oli külalistelt Leedust, Lätist ning Leningradist.

Inimestel esinevate parasitaar- ja looduskoldeliste haiguste vastase võitluse mõningaid tulemusi Eesti NSV-s ja edaspidiseid ülesandeid nende probleemide lahendamisel käsitleti K. Vassiljeva, J. Terase, H. Pihla ja I. Štšerbakovi ühises ettekandes. A. Nurmik andis omakorda ülevaate põllumajandusloomade parasitaarhaigustest. Protozooloogia ülesannetest ja selle arengu perspektiividest Eesti NSV-s kõneles J. Teras. K. Tokarevitš Leningradist analüüsis mõningaid mõisteid seoses zooantroponooside uurimise ja profülaktikaga. Ülevaate ornitoosi uurimisest Eestis andis E. Peikre. A. Jõgiste iseloomustas ühes ettekandes (koos D. Zassuhhiniga) eksperimentaalset toksoplasmoosi ja teisese toksoplasmoosi profülaktikat antenataalsel perioodil. Laste toksoplasmoosi kirjeldas H. Kääri. Andmeid inimese helmintooside nosogeograafia kohta Eesti NSV-s tõid I. Štšerbakov ja V. Gorskaja.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogiasektoris J. Terase juhendamisel või osavõtul tehtud trihhomoniaasialaseid uurimistöid tutvustati kuues ettekandes. Nimetatud uurimistega on tegelnud E. Rõigas, H. Tompel, I. Laan, I. Kazakova ja U. Nigesen ning Tartust H. Kaarma, V. Ridala ja U. Podar.

Veterinaaria valdkonda kuuluvatest ettekannetest pälvis tähelepanu E. Peebseni

töö trihhinelloosijuhtude avastamisest ulukitel Eesti NSV-s.

Konverentsi resolutsioonis soovitati muuhulgas 1968. aastal korraldada Leningradi Pasteuri-nim. Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudis Balti vabariikide ja NSV Liidu loodepiirkonna oblastite esindajate koordineerimisnõupidamine looduskoldeliste haiguste küsimustes. Konverentsi materjalid otsustati publitseerida.

Hendrik Pibl

Polikliiniline abi niisama tõhusaks kui statsionaarne. Tallinna peakirurgi algatusel toimusid 21., 23. ja 28. novembril 1967 Tallinna Tõnismäe Haiglas nõupidamised polikliinikutes, kiirabijaamas ja tervishoiupunktides töötavatele arstidele. Nõupidamiste fookuses olid paljude kontseptsioonide koordineerimise vajadus ühelt poolt linna kirurgide, teiselt poolt terapeutide, gastroenteroloogide, uroloogide, röntgenoloogide jt. vahel ning sagedamini ettetulevate kitsaskohtade ühine läbiarutamine. Selliseid operatiivse töövormiga nõupidamisi (35 minutit igaks ettekandeks + 25 minutit läbirääkimisteks) on vastavalt vajadusele kavatsusel korraldada ka edaspidi, kui mitte sagedamini, siis vähemalt kord aastas.

Ettekande kiiret operatsiooni vajavate haigete hilinenud hospitaliseerimisest, eriti usspatkepõletiku puhul, esitas kolme aasta materjalide analüüsi põhjal Tallinna peakirurg U. Sibul. Tervelt 87% haigetest pöördus arsti poole hilja. 8%-l juhtudest oli tegemist jaoskonnaarstide, kiirabijaama või haigla valvetoa kirurgide diagnoosimisvigadega. Ja ainult 5%-l oli hilinemise põhjuseks kas haige keeldumine haiglasse minekust või raskused haige transportimisel linna kaugematest punktidest, Sauelt, Kallaverest ja mujalt (eriti talviste halbade teeolude või tuisu korral) kesklinna valvehaiglatesse. Diagnoosimisvigu valvetubades oleks võimalik vähendada, kui haiget jälgiks üks ja sama kirurg kindlate ajavahemike järel 3...4 tunni vältel. Et Eesti NSV-s tarvitatakse elaniku kohta rohkem ravimeid kui üheski teises liiduvabariigis, märkis ettekandja, siis tähendab see urgentse kirurgia seisukohalt seda, et peaksime inimestele kõik asjatundmatu autoteraapia võimalikud tulemused sanitaarharidustöö korras põhjalikult selgeks tegema.

Puudustest ja vigadest, mida Tallinnas esineb esmaabi andmisel traumade puhul, kõneles Tallinna Tõnismäe Haigla traumatoloogiaosakonna juhataja dotsent A. Seppo. Osa kirurge ja isegi mõned traumatoloogid ei orienteeru traumade raskuse hindamisel alati õigesti. Nad näivad nagu unustavat, et tänapäeva väga kiired liiklemisvahendid põhjustavad koos luumurdudega sageli väga ulatuslikke lihas- ja närvikoe vigastusi. Seoses selle tagajärjel tekkivate troofiliste muutustega paranevad niisugused fraktuurid märgatavalt aeglasemalt. Seda momenti tuleks tingimata osata õigesti arvestada nii esmaabi ja ravi korral kui ka operatsioonijärgses rehabilitatsioonistaadiumis.

Ettekandele järgnenud mõttevahetusel, millest võtsid osa Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peatraumatoloog B. Äniline ja Tallinna Tõnismäe Haigla juhataja asetäitja ravi alal V. Špor, koorus idee traumahaigete dispanseerse jälgimise vajadusest pärast statsionaarist lahkumist.

Tallinna linna peaanestesioloog P. Grossberg puudutas statsionaarivälise reanimatsiooni teemat. Analüüsides kolme aasta kogemusi juhtis kõneleja tähelepanu mõnedele vigadele, mida tehakse ajavahemikul õnnetuse avastamisest kuni haige haiglasse jõudmiseni. Et võimalikult kõikidel juhtudel tagada esmaabi täielik pidevus, tuleks nõuda mitte ainult kõikidelt arstidelt, vaid üldse kõikidelt kodanikelt elementaarsete reanimatsioonivõtete, suu suul hingamise ja kinnise südamemassaaži tundmist. Oleks aeg hakata neid võtteid tutvustama tehastes ja ettevõtetes ning luua olukord, et need muutuksid niisama üldiseks nagu ujumisoskus.

Koletsüstektoomiajärgsest sündroomist kõneles Tallinna Tõnismäe Haigla II kirurgiaosakonna juhataja H. Poola. Pärast koletsüstektoomiat kannatab osa (kirjanduse andmeil isegi kuni 40%) opereerituist mitmesuguste vaevuste all, mida 1949. aastast alates on hakatud nimetama koletsüstektoomiajärgseks sündroomiks. Nende haigete kontingent on ka Tallinnas küllalt soliidne. Kahjuks jäävad niisugused haiged neid opereerinud kirurgi vaatepiirilt harilikult välja. Mõnelgi juhul peetakse neid neurootikuteks, kuigi nende häiretel on kindel orgaaniline alus. Uuesti satuvad nad kirurgiaosakonda enamasti urgentsete kirurgiliste näidustuste korral, pahatihti liiga hilja, siis, kui on juba arenenud irreversiiblid muutused maksas, pankreases ja mujal. Nende operatsioonijärgne letaalsus on suur, kusjuures esimesel kohal on hepato-renaalne puudulikkus. Esineja esitas nõudmise, et sapiteede haiguste tõttu opereeritud isikud võetaks dispanseerse kontrolli alla. Kui selleks on olemas küllaldaselt kliinilisi näidustusi, ei tohi korduvatest kirurgilistest vahelesegamistest keelduda, selle asemel et määrata medikamentoosset, sanatoorset ning asjatult ranget dieetravi, nagu seda sageli tehakse.

U. Sibula ja R. Truve ühise töö gastroenteroloogilisi haigusi põdevate patsientide dispanseersest jälgimisest ja korduvale statsionaarsele ravile suunamise näidustustest kandis ette Tallinna Tõnismäe Haigla I kirurgiaosakonna juhataja R. Truve. Ka mao resektsiooni järgse patoloogia raviks tuleks patsiendid kohe pärast statsionaarist väljakirjutamist dispanseerida. Tallinna Tõnismäe Haiglast lahkumisel saavadki niisugused haiged kaasa kaardi, millele nad regulaarselt märgivad 1) oma kehakaalu, 2) põhilised kaebused ja 3) dieedirežiimi. Kui haigel pole olnud kaebusi juba varem, kutsutakse ta hiljemalt pärast kolme kuu möödumist haigla gastroenteroloogiakabinetti läbivaatusele. Seal on nende dis-

panseerseks jälgimiseks perfokaart. Dispanseerse kontrolli puhul tehakse vajalikud analüüsid ja röntgenuuringud. Järgmine kontroll on kuue kuu ja ülejärgmine aasta möödumisel operatsioonist. Polikliinikutes, kus gastroenteroloogiakabinet puudub, peaksid niisuguste patsientide seisundit ühe aasta kestel jälgima kirurgid ja hiljem terapeudid. Ideaalne oleks, kui haige tervist kontrolliksid nimelt need kirurgid, kes teda on opereerinud. Seetõttu kutsubki Tallinna Tõnismäe Haigla dispanseerseks kontrolliks tagasi kõik haiged, keda seal on opereeritud, sõltumata sellest, kas nad kuuluvad Tallinna Tõnismäe Haigla teenindamispiirkonda või mitte.

Perifeerse veresoonkonna haigustega haigete polikliinilistest uurimismeetoditest ja statsionaarsele ravile suunamise näidustustest andis üksikasjaliku ülevaate Tõnismäe Haigla kirurg-vasoloog J. Männiste.

Uroloogilist teenindamist Tallinnas ja selle vigade vältimise võimalusi tutvustas nõupidamisest osavõtjatele Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peauroloog E. Mihkelsoo. Üle poole vabariigi uroloogidest töötab Tallinnas, samuti on siin üle poole vabariigi uroloogiakabinettidest. Nii ühel kui ka teisel juhul on normatiivid kuhjaga täidetud. Seevastu uroloogilisi haigusi põdevate haigete voodikohtade arv normatiividele veel ei vasta. Niikaua kui seda pole saavutatud, tuleb raskuspunkt kanda võimalikult kõrge kvaliteediga polikliinilisele abile. See peab muutuma niisama sisukaks kui statsionaarne abi. Samal ajal tuleks silmas pidada, et statsionaaris ravitavate haigete arv võiks praegusega võrreldes olla väiksem, kuid nende ravi kasutegur suurem. Raskusi tuleb ette seksuoloogiliste häirete all kannatavate isikutega, keda ei ole kuhugi suunata. Selle kitsaskoha kõrvaldamiseks kavatsetakse astuda samme, et Tallinnas avada seksuoloogiakabinet.

Kirurgilisi haigusi põdevate haigete teenindamisest polikliinikus esitas ettekande Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava. Statistilistel andmetel antakse Tallinna iga elaniku kohta ümmarguselt kord aastas kirurgilist polikliinilist abi. Seda ei ole vähe, kuid on selge, et see abi peab olema kõrgelt spetsialiseeritud. Siis tõuseks ka ravi kvaliteet ja lüheneks ajutise töövõimetuse kestus. Tulevikus peab spetsialiseerumine üldkirurgia raames toimuma üha kitsamalt ja kitsamalt.

Märt Kink

600 meditsiiniõde kogunes Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi konverentsile, mis toimus 8. detsembril 1967 Tallinnas. Konverentsi avas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitja J. Luberg. Ettekande seltsi tegevusest esitas seltsi esinaine H. Rüütli. Meditsiini saavutustest ja perspektiividest Eesti NSV-s kõneles Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi sektorijuhataja A. Sarap, meditsiiniõdede ettevalmistamisest Soomes kirurg A. Saks Tõnismäe Haiglast, süstelahuste koosmanustamisest farmatseut E. Salu, Poola reisimuljetest onkoloog-günekoloog T. Kull Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist ning raviasutuste majandusprobleemidest Abikäitiste ja Meditsiinitehnika Valitsuse juhataja I. Isrin.

Benno Kadarik

Teaduslik sessioon Kišinjovis. 24.—26. augustini 1967. a. toimus Kišinjovis pestitsiidide toksikoloogia ja hügieeni alane sessioon.

Sessiooni avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor G. Võgotšikov. Nii tema kui ka kõik teised kõnelejad kriipsutasid alla, kuivõrd tähtis on kemiseerimine rahvamajanduse alal. Märgiti, et biotõrje ei suuda lähemate aastate jooksul asendada keemiliste taimekaitsevahendite kasutamist põllumajanduses. Nõukogude Liidus kasutatakse käesoleval ajal üle 125 erineva keemilise taimekaitsevahendi ning nende arv suureneb iga aastaga märgatavalt.

Professor L. Medved tegi ettepaneku klassifitseerida kõik mürkkemikaalid vastavalt sellele, milliseid patoloogilisi nähte need põhjustavad. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Peavalitsuse ülem P. Ljarski rõhutas mitmete pestitsiidide kantserogeense, mutageense ja embrüotroopse toime uurimise tähtsust.

Sessioon võttis vastu resolutsiooni, milles hõlmatakse kõiki aktuaalseid probleeme, kusjuures esitatakse mitmed ettepanekud pestitsiididest põhjustatud mürgistuste vältimiseks ja sellealase teadusliku uurimistöö laiendamiseks. Eesti NSV-st võttis sessioonist osa allakirjutanu.

Olaf Simson

Üleliiduline nõupidamine Kišinjovis. 21...23. septembrini 1967. a. toimus Kišinjovis esimene üleliiduline nõupidamine, kus arutati teetanusevastase võitluse aktuaalseid küsimusi.

Nõupidamise avas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Peavalitsuse ülema asetäitja V. Popov, kes rõhutas teetanusevastase võitluse aktuaalsust. Teetanusetekitaja laialdane levik, selle sattumine inimorganismi väiksemagi trauma puhul, samuti loomuliku immuunsuse puudumine inimestel on põhjusteks, miks haigestumus mitmes liiduvabariigis ja oblastis on suhteliselt suur. Edaspidi tuleb põhjalikult uurida teetanuse epidemioloogiat ja välja selgitada kõik võimalused haigestumise märgatavaks vähendamiseks. Vähe on uuritud teetanusevastase immuunsuse kestust pärast kaitsesüstimist. Aktiivse-passiivse profülaktika skeemi peab täiustama ja täpsustama, sest see on küllaltki keerukas ja pole teaduslikult täiesti põhjendatud. V. Popov kritiseeris teetanusevastase seerumi kasutamist vigastuste korral. Nimetatud seerum põhjustab allergiat ning sageli võib esile kutsuda anafülaktilise šoki. Samuti puudutas ta

gammaglobuliini tootmise tarvilikkust teetanuse raviks.

Kahel päeval olid kõne all teetanusetekitaja mikrobioloogia, teetanuse etioloogia, epidemioloogia, aktiivne ja aktiivne-passiivne profülaktika. Kolmandal päeval kuulati ettekandeid teetanusse haigestumise vähendamise abinõudest, samuti räägiti põhjustest, mispärast mõnedes liiduvabariikides ja oblastites on teetanusse haigestumine veel suhteliselt suur.

Nõupidamisest osavõtjad, keda oli kokku üle 250 inimese kõikidest liiduvabariikidest, võtsid vastu resolutsiooni teetanusevastase võitluse peamiste suundade kohta. Samuti arutati läbi teetanuse spetsiifilise profülaktika uue juhendi projekt. See otsustati kasutusele võtta pärast mõnesuguseid täiendusi ja parandusi.

Jaan Märtin

Rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress Rumeenias. 11.—13. oktoobrini 1967. a. korraldati Bukarestis rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress, mille päevakorras oli 3 probleemi: maohaavandtõbi, kroonilised hepatiidid ja haavandiline koliit. Kongressi tööst võttis osa ligikaudu 500 delegaati. Igal päeval käsitleti ühte mainitud probleemidest. Hommikupoolikuti toimusid sümpoosionid ja õhtupoolikuti ettekanded kahes saalis.

Esimesel istungil leidis aset nn. ümmarguse laua diskussioon, kusjuures küsimuste ring hõlmas maohaavandi etioloogiat, patogeneesi ja kliinikut, medikamentoosseid ja endokriinseid haavandeid, pahaloomulist maohaavandit, maohaavandtõve diferentsiaaldiagnoosimist, ravi ja prognoosi.

Haavandi etioloogia ja patogeneesi alal rõhutati peale agressioonitegurite ka kaitsetegurite suurt tähtsust. F. Avery Jonesi (London) arvates on haavandi tekkimisel oluline osa mao limal, mille hulk väheneb siis, kui happesus tõuseb. Et limaerituse vähenemine tähendab kaitsevõime nõrgenemist, seda kriipsutas alla Th. Hunt (London). Mao limaskesta kaitsevõime väljakujunemisel etendavad suurt osa ka vaskulaarsed tegurid ja pärilikkus. S. Rõss (Leningrad) näitas, et mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandil on ühtne genees. Sel puhul on häiritud neurogeensed, hormonaalsed ja paiksed regulatsioonimehhanismid. Neurohormonaalne regulatsioon on häiritud kaksteistsõrmiksoolehaavandi korral (happesus tõuseb), maohaavandi puhul on aga esiplaanil paiksete mehhanismide häire (happesus normis või langenud). Oluline on mao limaskesta struktuuri muutumine. O. Fodori (Cluj) arvates ei tohi gastriiti ja duodeniiti kui põletikulisi protsesse lihtsustatult seostada haavandi tekkimisega. Tema arvates ei väljendu paiksed tegurid ainult morfoloogiliselt, oluline on veresoonte reaktsioon. Vereringe muutuste tähtsust haavandi tekkes rõhutas ka T. Spárches (Bukarest), kes leidis degeneratiivseid muutusi mao veresoonte elastsetes elementides. C. Strati (Jassy) hüpoteesi järgi põhjustab parietaalse vaskularisatsiooni puudulikkus neurovaskulaarse päritoluga maovalu.

Zollinger-Ellisoni sündroomi käsitlemisel märgiti perekondliku eelsoodumuse osatähtsust. Haigust tuleb sagedamini ette 40...60-aastastel naistel. Võivad esineda muutused lisakilpnäärmetes ja neerupealistes. Huvipakkuv oli E. Craćiuni (Bukarest) arvamus, mille kohaselt Zollinger-Ellisoni sündroom võib kulgeda ka ilma haavandideta. Sel puhul ei ole leitud morfoloogilisi muutusi mao limaskestas. F. Avery Jones rõhutas tugevalt leelisese sekretsiooni olemasolu. Haavandid esinevad peamiselt kaksteistsõrmiksooles, tavalisest asukohast tunduvalt madalamal. Ch. Debray (Pariis) mainis raskusi kõnealuse sündroomi diagnoosimisel (atüüpilised kliinilised nähud, raskused kõhunäärme adenoomi avastamisel jt.). Mõnevõrra aitab arteriograafia. Soovitatav on kliiniliselt diagnoositud Zollinger-Ellisoni sündroomi juhtudel resetseerida kõhunäärme saba, kus adenoom sagedamini lokaliseerub. 2000 kaksteistsõrmiksoolehaavandi juhust leiti mainitud sündroom ainult kahel.

Endokriinse päritoluga haavandid avalduvad hüperparatüreoidismi ja Zollinger-Ellisoni sündroomina. Nende raviks tuleb lisakilpnäärmest või kõhunäärmest eemaldada adenoom. Nimetatud haigusvorme tuleb ette väga harva, mistõttu on tarvis veel fakte koguda (T. Spárches, F. Avery Jones).

Kortisoonhaavandite tekkimise võimalust osa arstidest eitab. M. Demole (Genf) arvates ei põhjusta prednisoloonravi perforatsioone. Seevastu Th. Hunt (London) soovitas prednisolooni väga ettevaatlikult manustada. O. Fodor väidab, et haavandtõbi ägeneb kortisooni kasutamisel, AKTH toimel aga muutub mao sekretoorne tüüp. S. Rõss ei samasta steroidhaavandeid haavandtõvega, vaid peab neid paikseteks defektideks, mis ravi toimel kiiresti paranevad. Üldiselt kasutatakse tema arvates liiga palju AKTH-d ja prednisolooni. Nimetatud haavandite spetsiifilisust rõhutas Ch. Debray ja ta soovitas raviks antatsiide. Nende haavandite tekke küsimus ei ole veel kaugeltki lahendatud.

Heade tehniliste võimaluste korral õnnestub maohaavandit röntgeniaparaadi abil diagnoosida 80%-l juhtudest. Raskusi on kardias ja suurel kõverikul paiknevate haavandite avastamisega (S. Schiau, Bukarest). Ch. Debray toonitas gastroskoopilise uurimise tähtsust haavandi diagnoosimisel eriti siis, kui haavandid paiknevad mao tagumises seinas ja suurel kõverikul. Viimati mainitud seisukohaga nõustus ka F. Avery Jones. Pülooruse, antrumi ja kardia piirkonnas paiknevaid haavandeid on gastroskoopia abil raske avastada. E. Craćiun on pidanud väga tähtsaks maosisaldise tsütoloogilist uurimist, mis võimaldab kindlaks teha haavandi algava pahaloomulisuse. Hea- ja pahaloomulise haavandi diferentseerimiseks soovitati veel Gutmani evolutiivset testi — terapeutilise ravi mõjul väheneb (paraneb) healoomuline haavand 3...6 nädala vältel. Vähese taandarengu korral võib tegemist olla haavanduva vähiga. Eriti hinnata tuleks juhitavat gastrobiopsiat, mis kuni 80%-l juhtudest annab õige vastuse (Ch. Debray).

Terapeutilise ravi alal rõhutati üldtunnustatud printsiipe (Th. Hunt, T. Spárches

jt.). Kirurgilist ravi hinnati kui võtet, mida kasutatakse tüsistunud haavandtõve puhul. Näiteks 700 haavandijuhust opereeriti ainult 15! (T. Spárches). Niisuguse seisukohaga ühinesid ka diskussioonist osavõtvad kirurgid, kes lisasid vaid ühe pretensiooni — liiga kaua kestev tulemusteta terapeutiline ravi võib mõnel juhul hiljem põhjustada komplikatsioone, mis nõuavad kirurgilist ravi. Pärast kuus kuud kestnud, kuid tulemusteta jäänud terapeutilist ravi tuleks rakendada kirurgilist ravi, mille puhul 50%-l juhtudest on hilistulemused head (I. Turai, Bukarest).

Pärast diskussiooni kuulati ära 43 maohaavandtõvealast ettekannet. 38 ettekannet oli esitatud trükitult. S. Rõssi ettekanne käsitles maohaavandi etioloogiat ja patogeneesi, milles rõhutati haavandtõve ühtse etiopatogeneesi kontseptsiooni. Maohappe sekretsiooni variante haavandtõve korral käsitles S. Korostovtsev (Leningrad), kes märkis, et maosisaldise kõrget happesust tuleb rohkem kui 50%-l tervetest inimestest pidada kahjutuks konstitutsionaalseks iseärasuseks. Kõrge happesuse kahjulik toime ilmneb siis, kui häiritakse mao limaskesta troofikat ja kaitsemehhanisme. Pahaloomulise maohaavandi diagnoosimise küsimusi käsitles allakirjutanu.

Krooniliste hepatiitidele pühendatud sümpoosionil esines V. Runcan (Bukarest), kes käsitles nimetatud haigusi nosoloogilisest aspektist: sekundaarne ja primaarne krooniline hepatiit, krooniline kolangiohepatiit, assotsieeruv hepatiit (kaasneb koliidiga, haavandiga jt.), granulomatoosne hepatiit tuberkuloosi, luuese, sarkoidoosi jt. puhul, krooniline või subakuutne maksaatroofia, lupoidne ja «düsglobulineemiline» hepatiit. Kliinilise, humoraalsete ja histoloogiliste andmete korrelatsiooni kroonilise hepatiidi diagnoosimisel käsitles I. Bruckner (Bukarest). Portaalhüpertensioonisündroomi kõrval (see on kriteeriumiks maksatsirroosi puhul) on kroonilise hepatiidi diagnoosimisel tähtsad ka leukotrombopeenia, gammaglobuliinide rohkenemine, positiivsed tümooli- ja tsinksulfaaditestid, broomsulfaleiini-peetus, protrombiiniaja muutumine ja vereseerumis sisalduva transaminaasi aktiivsuse tõus. 70—80%-l juhtudest langevad kokku kliinilis-humoraalsed ja maksa biopsia andmed, kusjuures viimasel meetodil on juhtiv koht maksahaiguste diagnoosimisel. Huvitavaid andmeid kroonilise hepatiidi diagnoosimisel radioisotoopide abil esitas B. Georghescu (Bukarest). Kui kasutada bengaaliroosat (^{131}I) ja kolloidaalset kulda (^{198}Au), saab värvus-skenneerimise abil maksa seisundist täieliku ülevaate. H. Popperi (New York) ettekanne käsitles kroonilise septilise ja hüperglobulineemilise hepatiidi ning mittesupureeruva destruktiivse kolangiidi puhul ettetulevaid patomorfoloogilisi muutusi. Autori arvates on võimalik, et hüperglobulineemilise hepatiidi tekkes kuulub juhtiv osa veres ringlevale antigeen-antikeha kompleksile, mis paikselt mõjub tsütotoksiliselt. Kroonilise hepatiidi keskset osa krooniliste maksahaiguste korral rõhutas W. Wepler (Kassel), kes juhtis tähelepanu selle väljaravimise võimalusele. Haiguse tekkes on tema arvates määrav osa antigeen-antikeha kompleksil, mis aktiveerib mesenhüümi. Normaalsel maksal on võime seda mõju inaktiveerida, haige maks aga kaotab selle kaitsevõime ja mesenhüümi aktiveerimine avaldub kroonilise hepatiidi kujunemises. Edasised immunoloogilised uurimised peavad välja selgitama nende arvamuste paikapidavuse.

Pärast sümpoosioni kuulati 48 ettekannet (26 ettekannet avaldati trükitult). Viirushepatiidi osa kroonilise hepatiidi ja tsirroosi kujunemisel märkisid E. Seifert ja H. Dittrich (Viin), kelle andmeil 24,7% maksatsirroosi põdevatest isikutest põdes viirushepatiiti. Kliinilis-morfoloogiliselt kerged juhud võivad samuti üle minna tsirroosiks, mis viitab ettevaatuse vajadusele prognoosi seisukohalt. F. Renger (Dresden) rõhutas oma ettekandes sapiteede kroonilise patoloogia osatähtsust — see eelnes 39%-le kroonilise hepatiidi ja 51%-le tsirroosi juhtudest. Südame puudulikkust esines 30%-l haigetest, 6%-le tsirroosi ja 21%-le kroonilise hepatiidi juhtudest eelnesid haigusprotsessid emakamanustes. Kroonilise hepatiidi ravi käsitleti G. Nicolaescu (Bukarest), D. Theuri (Berliin) jt. ettekannetes, kusjuures toonitati, et prednisoloonravi kõrval annavad häid tulemusi ka maksahüdrolüsaatravi ja mittespetsiifiline ravi (dieet, vitamiinid jne.).

Haavandilisele koliidile pühendatud sümpoosionil esitas põhiettekande F. Avery Jones, kelle arvates oskussõna «idiopaatiline proktokoliit» on eelistatavam kui «haavandiline koliit», sest limaskestapõletik esineb sageli ilma suurte haavanditeta ja «idiopaatiline» vihjab sellele, et muud näilikult seda haigust tekitavad põhjused on välja lülitatud. Eri vormidena esinevad Crohni haigus ja isheemiline koliit. Diferentsiaaldiagnoosimisel peab eelkõige arvestama nakkust ja parasiite. Lõplik diagnoos pannakse komplekssе uurimise (sigmoidoskoopia, röntgenograafia, biopsia ja tsütoloogia) põhjal. T. Spárches esitas huvitavaid elektroentsefalograafia andmeid neuropsüühiliste muutuste kohta haavandilist koliiti põdevail haigeil. Pideval psüühilisel depressioonil ja teistel negatiivsetel neuropsüühilistel nihetel on suur tähtsus haavandilise koliidi tekkes. Psüühilise depressiooni osatähtsust selle tekkimisel rõhutas ka Z. Mařatka (Praha). C. Cassano (Rooma) väitis, et vanemas eas (50 . . . 70 aastat) etendavad haavandilise koliidi tekkes olulist osa ka hormonaalsed häired. Uued bioloogilis-sotsiaalsed tingimused põhjustavad kortiko-vistseraalse disharmoonia, millega kaasnevad soole limaskesta struktuuri muutumine ja arterioskleroosist tingitud vereringehäired. S. Stoichita (Bukarest) rõhutas biopsia ja rektoskoopia andmete erinevust haavandilise koliidi puhul. Samal probleemil peatus ka J. Massion (Brüssel), kelle arvates haigus algab mitte limaskestast, vaid koorionist, mille retikuliin kahjustub esimesena. Tekkinud haavandid supureeruvad, kusjuures defekt võib ulatuda lihaskihini. Arenevad reparatsioon ja skleroos. Silinderepiteel asendub kuupepiteeliga, mille foonil esineb sageli pseudopolüüpe. Diagnoos pannakse endoskoopilise, röntgenoloogilise ja patohistoloogilise

uuringu põhjal. 154 juhust 4-l konstateeriti haavandilise koliidi pahaloomustumist.

Haavandilise koliidi kirurgiline ravi on näidustatud väljakujunenud haavandite ja skleroosi, samuti ulatuslike verejooksude korral. Ravimeetod oleneb haigusprotsessi asukohast — segmentaarne resektsioon, hemikolektoomia, pärasoole amputatsioon või jämesoole totaalne ekstirpatsioon (Fl. Mandache, Bukarest). Viimase meetodi suhtes olid mitmed esinejad eitaval seisukohal (Z. Mařatka, S. Stoichita), sest hemorraagiline haavandiline koliit progresseerub väga kiiresti ja haigetele saab saatuslikuks maksa ning neerude puudulikkus. Seetõttu on parem teha ileorektostoomia, koaguleerides sooles paiknevad polüübid, mis muutuvad pahaloomuliseks 5...15%-l juhtudest.

Pärast kongressi oli võimalus külastada Bukarestis asuvat gastroenteroloogiakeskust. 150 voodikohaga kliiniline keskus, mis koosneb teraapia- ja kirurgiaosakonnast, hõlmab osa 6-korruselisest kaasaegse arhitektuuri ja sisekujundusega rajoonihaiglast. Keskuse juurde kuuluvad röntgenoloogia-, endoskoopia-, radioloogia-, elektrofüsioloogia-, biokeemia- ja immunoloogialaboratoorium. Erilist tähelepanu pälvisid kiudoptikaga gastro- ja laparoskoobid juhitava biopsia võimalusega, mis tagavad ulatusliku vaatevälja. Laialdaselt kasutatakse värvus-skenneerimist maksa ja neerude funktsionaalse seisundi hindamiseks. Peamised uurimisprobleemid on samad, mida käsitleti kongressil.

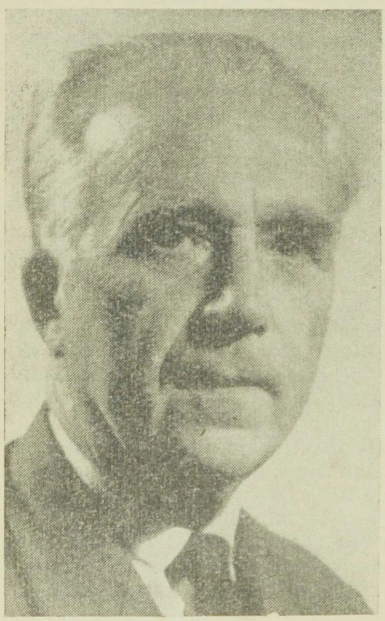
Väino Rätsep

Tähtpäevad

ARNOLD PÕLLUMAA 60-AASTANE

17. oktoobril 1967. a. tähistati Viljandi Rajooni Keskhaigla sünnitus- ja günekoloogiaosakonna juhataja, rajooni peaakušööri-günekoloogi Arnold Põllumaa 60. sünnipäeva.

A. Põllumaa sündis 17. oktoobril 1907. a. Tallinnas töölisperekonnas. Alg- ja keskhariduse sai ta Tallinnas, kus



1927. a. lõpetas J. Westholmi eragümnaasiumi. Pärast seda teenis A. Põllumaa ülalpidamist juhuslikel töödel, hiljem oli õpilaseks Tallinna Ühise Haigekassa apteegis. 1929. a. astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1935. aastal *cum laude*.

A. Põllumaa on arstina tegutsenud Tallinna Keskhaigla sünnitus- ja günekoloogiaosakonnas aastail 1935—1939 ning seejärel Tallinna Ühise Haigekassa Haiglas ja Tallinna II Haiglas kuni 1941. aastani. 1941. aasta septembrikuust alates kuni käesoleva ajani töötab juubilar Viljandi haigla sünnitus- ja günekoloogiaosakonna juhatajana. Ta on kõrge kvalifikatsiooniga ja laialdaste kogemustega eriarst, kes oma kohustustesse suhtub andumuse ja vastutustundega, seejuures peab sammu kaasaja arstiteaduse saavutustega ning rakendab neid igapäevases töös. Eeskujuliku töömehena, suurepärase inimesena ja nooremate kolleegide õpetajana on juubilar pälvinud haigete, kaastöötajate ning rajooni elanike lugupidamise. A. Põllumaa on palju teinud naiste ja rasedate ravi ja profülaktilise abi parandamiseks, samuti rajoonis töötavate akušööride-günekoloogide kvalifikat-

siooni tõstmiseks. Arstitöö kõrval tegutses ta paljude aastate jooksul pedagoogina Viljandi Meditsiinikoolis.

Juubilar võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. Ta on pikemat aega olnud tervishoiutöötajate ametiühingu kohaliku komitee liige, on elavalt kaasa löönud nii Vabariikliku Akušööride-Günekoloogide Teadusliku Seltsi kui ka Viljandi Arstide Teadusliku Seltsi töös, kusjuures viimases on juhatuse esimeheks.

Teenete eest rahva tervise kaitsel on juubilari autasustatud Tööpunalipu ordeniga ja medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». 1959. a. anti A. Põllumaale Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. 60. sünnipäeva puhul autasustati teda Eestimaa Kommunistliku Partei Viljandi Rajoonikomitee ja Viljandi Rajooni TSN Täitevkomitee ühise aukirjaga.

Soovime juubilarile tugevat tervist, pikka iga ja väsimatut indu armastatud tööpõllul.

Linda Abram

REGINA TRAPIDO 50-AASTANE



10. augustil 1967. a. tähistati Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku II raviosakonna juhataja, I kategooria stomatoloogi Regina Trapido 50. sünnipäeva.

R. Trapido sündis 10. augustil 1917. aastal Tallinnas, kus sai alg- ja keskhariduse. Seejärel jätkas õpinguid Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. Viimase kursuse üliõpilasena töötas stomatoloogia kateedris professor V. Hiie juhendamisel.

Pärast ülikooli lõpetamist 1941. a. evakueerus samal aastal Nõukogude Liidu tagalasse ja töötas lühikest aega Nižni Tagili haiglas. Kui formeeriti 8. Eesti Laskurkorpus, määrati R. Trapido diviisi sanitaarroodu komandöriks.

Pärast Eesti NSV territooriumi vabastamist kutsuti juubilar Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi käsutusse ja suunati Tallinna Linna Sanitaarinspektsiooni tööle. 1947. aastal alustas ta taas stomatoloogitööd, algul Tallinna Linna Ühendatud Sünnitusmajas, 1963. a. alates Tallinna Stomatoloogia Polikliinikus, kus järgmisel aastal määrati II raviosakonna juhatajaks. Sel ametikohal töötab ka käesoleval ajal.

Juubilari on autasustatud medalitega «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja «20 aastat võidust fašistliku Saksamaa üle». R. Trapido on kahel korral (1951. ja 1960. a.) viibinud erialastel täienduskursustel Leningradi Riiklikus Arstide Täiendusinstituudis.

Kaastöötajad ja haiged tunnevad R. Trapidot kui kohusetundlikku ja abivalmis arsti, kes oskuslikult kasutab kaasaja arstiteaduse saavutusi erialases tegevuses.

Soovime juubilarile tervist ja head tahet edaspidiseks tööks.

Tamara Rekk

Kriitika ja bibliograafia

RAAMAT INFEKTSIOOSSEST HEPATIIDIST

UDK 616.36-002.1(049.3)

Kirjastuse «Valgus» väljaandel ilmus 1967. aastal Tallinnas autorite kollektiivi poolt koostatud kompleksne metoodiline raamat *, milles käsitletakse põhjalikult infektsioosset hepatiiti. Trükis on mõeldud praktiliseks abivahendiks jaoskonnaarstide, pediaatrite, epidemioloogide, infektsionistide, nakkushaiguste kabinettides töötavate arstide ning arstide-laborantide töölauale. Ka teaduslikel töötajatel on igati kasulik sellega tutvuda.

Lugeja leiab trükisest kaasaja tasemele vastavad andmed ja analüüsiva ülevaate infektsioosse hepatiidi etioloogia, epidemioloogia, patogeneesi, kliiniku, diagnoosimise, ravi ja profülaktika alalt.

Raamatus on erilist tähelepanu pööratud haiguse kollasusega, kollasuseta ja pühkunud vormide varajasele diagnoosimisele ning iseloomustamisele.

Rekonvalestsentide dispanseerimise, nakkuskolde desinfitseerimise nõuete, samuti mitmesuguste laboratoorsete uurimiste (nende praktilist tähtsust, rakendamise võimalusi ja uuringu vältust silmas pidades) kohta esitatud konkreetsed andmed kindlasti soodustavad seda, et linnade ja maarajoonide meditsiinitöötajate operatiivsus sihipäraselt tõuseb. Autorite ettepanekud on ühtlasi otstarbekateks abinõudeks tundlike kliiniliste ja laboratoorsete uurimismeetodite laialdaseks kasutuselevõtmiseks kontaktsete uurimisel nakkuskoldes, samuti rekonvalestsentide süstemaatiliseks jälgimiseks profülaktika tõhustamise eesmärgil.

Et infektsioosset hepatiiti puudutavaid teoreetilisi seisukohti ja praktilisi soovitusi meditsiinitöötajaile tutvustada, on raamatu koostajad kasutanud ja soovitavad 81 nõukogude ning 6 saksa autori kirjandusallikaid (nende hulgas käsiraamatud, monograafiad, perioodilised väljaanded), mille loetelu on toodud raamatu lõpus.

Andmete teaduslik läbitöötamine näitas, et Eesti NSV eri rajoonides võib täheldada seaduspärast sesoonsust ja perioodilisust infektsioossesse hepatiiti haigestumises, kusjuures viimaste aastate jooksul on märgata linna- ja maaelanikkonna haigestumise näitajate võrdsustumist. Samuti kriipsutatakse alla, et nakkuse levikus on küllaltki suur osatähtsus infektsioosse hepatiidi kollasuseta vormidel ning ka rekonvalestsentidel. Seda asjaolu peaksid tervistavate ürituste korraldamisel silmas pidama ka teiste liiduvabariikide, samuti sotsialismimaade meditsiinitöötajad.

Raamatus on põhjalikult esitatud biokeemiliste, hematoloogiliste laboratoorsete uurimiste tähtsus infektsioosse ja seerumhepatiidi diagnoosimisel, samuti nimetatud näitajate hindamine varajasel diagnoosimisel ning nende kasutamine tervistumise määramise kriteeriumina. On ka ära toodud, kuidas hinnata mõningaid seroloogilisi ja allergilisi reaktsioone ning punktsioonbiopsia andmeid.

Näitlik skeem annab lugejale selge ülevaate kliinilis-laboratoorsete näitajate dünaamikast infektsioosse hepatiidi tüüpilise vormi eri faasides: inkubatsiooni- (3 . . . 6 nädalat), prodromaal- (2 päevast kuni 2 nädalani), haiguse kliinilisel ning paranemisperioodil.

Juhtides tähelepanu sellele, et haige seisundit iseloomustavate mittespetsiifiliste reaktsioonide hulka kuulub ka uriini värvus-sadestusreaktsioon (J. Kimbarovski järgi), mis on erakordselt lihtne ja mida saab rakendada mis tahes tingimustes, rõhutavad autorid, et nimetatud reaktsioon peegeldab intermediaarse ainevahetuse, eriti valkude metabolismi muutusi. Selle reaktsiooni tulemuste dünaamika peegeldab haiguse raskusastet ning sellel on prog-

* Инфекционный гепатит. Под общей редакцией И. К. Рейнару. Таллин, 1967, 156 стр. Тираж 1900.

nostiline tähtsus infektsioosset hepatiiti põdeva haige seisundi hindamisel (lk. 37).

Lehekülgedel 144 . . . 147 toovad autorid ära uriini värvus-sadestusreaktsiooni printsiibi, selle käigu ning hindamise makro- ja mikromeetodil (tilgameetod). Samas on esmakordselt trükituna esitatud lühendatud värvustabel nimetatud reaktsiooni värvus-sadestuste kohta. Seega kõrvaldavad autorid subjektiivsuse elemendi uriini värvus-sadestusreaktsiooni intensiivsuse hindamisel varajasemate kirjeldavate tabelite põhjal.

Raamatu ilmumist tuleb mitmel põhjusel tervitada. Seda niihästi sisu esituslaadi kui ka teaduslik-praktiliste soovituste osas, et sihipäraste abinõude varal infektsioossesse, samuti kroonilisse hepatiiti haigestumist vähendada. See väärtuslik ja tähtis teaduslik-praktiline õppevahend peaks käepärast olema igal perifeerias töötaval meditsiinitöötajal. Kahjuks ilmus raamatut ainult 1900 eksemplari.

Retsenseeritava väljaande puuduseks tuleb pidada seda, et autorite vaateväljas pole olnud «Материалы первой научной конференции Республиканской инфекционной клинической больницы им. Т. Чарбы, посвященной 70-летию ее основания, Кишинев, 1966 г.» Selles avaldatud kolmes moldaavia autori töös rõhutatakse uriini värvus-sadestusreaktsiooni otstarbekust mitte ainult epideemilist (infektsioosset) hepatiiti põdevate haigete seisundi hindamisel, vaid ka kui lisanäitajat ühelt poolt ägedate viirushepatiitide ja hepatiidijärgsete maksatsirrooside, teiselt poolt mehhaanilise kollatõve diferentsiaaldiagnoosimisel. Samuti pole autorid kasutanud Saksa Demokraatlikus Vabariigis 5.—7. maini 1966. a. toimunud V kliinilise patoloogia ja kliinilise keemia alase kongressi materjale.

Kuid nimetatud asjaolud, samuti mõned muud väiksemad puudused ja trükivead ei vähenda autorite kollektiivi koostatud metoodilise väljaande väärtust.

Moskva *Jakov Kimbarovski*

Mõttevahetus

ROHKEM TÄHELEPANU PSÜHHOGEENIA VÄLTIMISELE

HEITI KADASTIK
Tartu

UDK 616.85+614.253

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1967. a. neljandas numbris avaldatud E. Moisare artikkel «Primum non nocere» puudutab väga aktuaalset ja tõsist küsimust — psühhogeensetele haigustele senisest suurema tähelepanu pööramise vajadust. Tuleb autoriga täielikult nõustuda, et arstide ettevalmistamisel on rohkem vaja käsitleda psühhogeenia osa haiguste tekkes, et neuroosihaigete ravimise võimalused ei ole meil piisavad (eriti statsionaarse ravi korraldamiseks), et iga arst peab patsiendiga suheldes arvestama iatrogeenia tekkimise võimalust ja seda teadlikult vältima jne.

Artikli lugemisel mõjus aga häirivalt autori esitusviis, millest võib jääda väär mulje, nagu kõik arstid eksiksid, käituksid haigetega mõistmatult ja ainult tema teab, kuidas tabada õiget tooni ja parandada kolleegide poolt tehtud vigu. Väita, kuigi N. Schipkowenskyle osutades, et ka meil «valitseb iatrogeensete haiguste pandeemia», on liialdus. Selle tõestamiseks on tarvis statistilisi fakte,

ei piisa ainult üksikutest näidetest. Kui autori kogemused on näidanud, «et pooltel sisenõristussüsteemi haiguste tõttu vastuvõtule suunatud patsientidest domineerib neurootiline haiguspilt», siis ei ole veel sugugi põhjendatud, et me nendel haigetel saaksime oletada psühhogeeniat. «Neurootiline haiguspilt» ei ole veel neuroos, liiati on sisenõristussüsteemi haiguste korral tuntud nn. endokrinopaatiline psühhosündroom, mille kujunemist ei saa taandada ainuüksi psühhogeeniale.

Arstil tuleb alati arvestada seda, et iga somaatilise haigusega kaasnevad mingil määral psüühika muutused. Kaasajalgi psühhoteraapias kasutatava autosugestiooni ühe meetodi autor, prantsuse apteeker Emil Coué, märkis sajandi algul: «Ühte haigust ei ole kunagi, alati on olemas kaks haigust (*excl.* psüühilised haigused); igale kehalisele haigusele lülitab end juurde teine — hingeline». Siit võttis Coué oma ravimeetodi teoreetilise põhjenduse: orgaaniliste haiguste soodsamaks paranemiseks on vajalik haigete psüühika toniseerimine, optimismi sisendamine. Võiksime seda vaadelda tagasisidestamisena. Mitmesuguste orgaaniliste haiguste korral näeme küllalt sageli neurootilist haiguspilti, mida ei või segi ajada neuroosiga kui psühhogeense haigusega. Psühhoteraapiat tuleb loomulikult kasutada mõlema haigusrühma puhul.

Neuroosi diagnoosimiseks ei piisa nn. negatiivsest diagnostikast, mida sageli praktiseeritakse. Inimene tunneb end halvasti, objektiivsel uurimisel ei leita organpatoloogiat ja sellest järeldatakse, et tegemist peab olema neuroosiga. Nii aga ei saa neuroosi diagnoosida. Iga haiget on somaatiliste haiguste suhtes vaja põhjalikult uurida, sest kaebustele vastavate objektiivsete andmete puudumine üksi ei anna veel alust neuroosi diagnoosimiseks. Neuroosi kindlakstegemiseks on nõutavad nn. positiivsed tunnused: anamneesis peab leiduma viiteid psühhogeeniale (psüühikat traumeerivaid elamusi, konflikte jms.) ning haiguse tunnuste struktuuris esinegu patoloogiline dominant. Kahtlemata tuleb ühe tegurina arvestada ka võimalikku iatrogeeniat, kuid selle osatähtsus on eluolustikuliste psüühikat traumeerivate tegurite kõrval tagasihoidlik.

E. Moisare nõue «arst peab formuleerima diagnoosi ja uurimine seda kinnitama, aga mitte vastupidi» jääb arusaamatuks. On õige, et kaasajal nii mõnigi kord liialdatakse aparatuuri kasutamisega nende haigete uurimisel, kelle puhul see ei ole otseselt vajalik, kuid, kui arstil on tekkinud mingid kahtlused, tuleb neid kontrollida tänapäeva uurimisvõimaluste kasutamise teel. Ei tohi unustada, et neuroosiga paralleelselt, selle varjus võib esineda mõni tõsine orgaaniline haigus. Kui viimast ei ole haige puuduliku uurimise tõttu õigel ajal avastatud, vaid on piirdutud üksnes neuroosi raviga, siis võivad lõpptulemused olla kahetsusväärsed. Lõplik diagnoos pannakse ka psühhoneuroloogiahaiglas ikka pärast uurimiste tegemist, mitte aga enne seda. Pidada elektrokardiograafia laialdast kasutamist südameneuroosi põhjuseks — on ilmne läbimõtlematus. Elektrokardiogramme meil ju profülaktika eesmärgil ei tehta. Haige pöördub arsti poole tal esinevate südamevaevuste pärast ja alles siis tehakse elektrokardiogramm. Muidugi, ka sel puhul, nagu iga muugi uurimistulemuse selgitamisel haigele, tuleb alati vältida iatrogeeniat.

Kui jutt on haigele selgituse andmisest, siis ei saa nõustuda E. Moisare lihtsustatud soovitusega, mille järgi neuroosihaigele tuleks öelda tema vaevuste kohta: «Need on süütud, tingitud närvidest ja ohutud». «Tingitud närvidest» — arst ei või nii ebamääraselt väljenduda, vaid sel juhul ta peab kindlasti alustama ratsionaalset psühhoteraapiat.

E. Moisare artikli tekstist, eriti aga alltekstist, jääb kõlama mõte, et meditsiini kaasaegne diferentseerumine tuleb haigetele kahjuks, sest nad peavad käima konsultatsioonil mitme eriarsti juures, «taluma» uuringuid mitmesuguse aparatuuri abil jne., selle asemel et haigega ainult üks arst vahetult tegeleks algusest lõpuni. Jah, kahjuks ei ole meil nii võimekaid arste, kes kaasaja tasemel võiksid esineda spetsialistidena kõigil meditsiinialadel. Seetõttu osutub paratamatult vajalikuks, et iga arst, kes oma töösse suhtub vastutustundlikult, teiste erialade spetsialistidega konsulteeriks ja nende uurimistulemusi kasutaks. On teada kurb juhtum, kus autoriteetne kirurg ignoreeris terapeudi

konsultatsiooni vajadust ja hilines kopsupõletiku diagnoosimise ning raviga. Kui kardioloog on patsiendi südame terveks tunnistanud, siis ei ole psühhiaatrid, kes E. Moisare kinnitust mööda «halvasti tunnevad soomat», õigustatud selles kahtlema. «Puhtrituaalne» südame kuulatlemine jms. niisugusel korral vaevalt vääriks arstikunstiks ülendamist, ennemini võiks sellist teguviisi nimetada lihtsalt šarlataansuseks. On vähe usutav, et ka neuroloogid valdavad ammendavalt kõiki somaatilise meditsiini alasid, kuigi, nagu sellele tuginedes, E. Moisar peab vajalikuks neuroosihaigete ravi üleandmist psühhiaatritelt neuroloogidele (lubage küsida: miks mitte terapeutidele?). Kahtlemata on teretulnud, kui ka neuroloogid hakkavad neuroosihaigetega põhjalikumalt tegelema, kuid sama kehtib kõikide muude erialaarstide kohta.

Neurooside ravi nõuab arstilt vastutustunnet ja rohkesti aega. Kui lääneriikide psühhoanalüütikud ravivad neuroosihaigeid mitme aasta jooksul, siis on see omajagu moe- ja äriasi, kuid mainitud talitusviis on teataval määral siiski põhjendatud. Ka nõukogude juhtivad psühhoterapeudid on avaldanud arvamust, et ühe neuroosihaige nõuetekohane kompleksne ravi võib võtta arstilt kuni 200 töötundi aastas. Sellist ajakulu ei saa meil ametlikult kehtivate normatiivide järgi endale lubada ühegi eriala arst. E. Moisar küll lubas psühhiaatri päevaseks vastuvõtunormiks «kuus esmast haiget, samal ajal kui neuroloog peab toime tulema kahekümne viiega!». Olgu märgitud, et ametliku normatiivi kohaselt on psühhoneuroloogia-dispanseri jaoskonnapsühhiaatri tööpäeva pikkus 5,5 tundi, tunninorm 4 haiget, seega päevaseks vastuvõtunormiks 22 haiget (nii esmased kui ka korduvad). Tegelikult on haigete arv sageli normist suurem ja sellele lisanduvad veel kodused visiidid. Meie juhtivad spetsialistid on korduvalt põhjendanud, et koosseisulise psühhoterapeudi vastuvõtunormiks peaks olema 1—2 haiget tunnis, kuid ametlikult ei ole seda senini fikseeritud (muide, vabariigis koosseisulisi psühhoterapeute ei olegi).

Põhjendamatu on E. Moisare ettepeide, mille järgi «psühhiaatrid kasutavad neurooside ravis kahjuks ainult sõna». Sõnalise ravi kui psühhoteraapia põhikomponendi osatähtsust, eriti neurooside ravis, ei tohiks küll ükski arst alahinnata. Psühhiaatrid tavaliselt ei piirdu ainult psühhoteraapiaga, küll aga on see kompleksse ravi üks olulisi komponente. Kahjuks jääb sõnalise ravi osa kaasajal käsikäes järjest laieneva psühhofarmakonide kasutuselevõtmisega nii mõnigi kord põhjendamatult (sagedamini lihtsalt ajapuuduse tõttu) tagaplaanile. Seetõttu oleks hoopis õigem rõhutada, et psühhiaatrid ja ka muude erialade arstid võiksid ravimite ordineerimist neuroosihaigetele redutseerida miinimumini ning veelgi rohkem kasutada sõna mõju. Neuroosihaigete ravikompleksist ei tohi kunagi puududa töö- ja elurežiimi kohta käivad juhendid, mida tuleb hinnata kui peamisi tegureid neurooside profülaktikas ja ravis. Kui psüühiliselt traumeeriv situatsioon püsib, jääb muu ravi vähe tõhusaks, sest siis toimime ainult pealisehitusse, jättes baasi mõjutamata. Sümptomaatiline ravi on hädaabinõuks, kausaalne aga ideaaliks.

Neuroosihaigete statsionaarse ravi võimaluste laiendamise osas märgib E. Moisar üksnes vajadust suurendada haiglavoodite arvu. See on muidugi põhjendatud, kuid tegelikult on meil veelgi suurem vajadus neuroosihaigete sanatooriumi järele, mida vabariigis ei ole kunagi olnud. Haiglarežiim on vajalik raskete ja komplitseeritud neuroosijuhtude korral, neuroosihaigete enamiku ravimiseks sobiks aga palju paremini sanatooriumirežiim. Vabariigi tervishoiuvõrgu arendamise perspektiivplaanis tuleks kindlasti ette näha sanatoorium neuroosihaigete tarvis ja selleks kasutada vabariigi kõige paremaid looduslikke ja kliimatingimusi. Kahju, et Pühajärve Tuberkuloosisanatooriumi asemele rajati puhkekodu, kuigi igati oleks õigem olnud selle ümberprofileerimine aasta ringi töötavaks neuroosihaigete sanatooriumiks.

Eespool on esitatud mõned mõtted, mis tekkisid seoses E. Moisare artikli lugemisega. Mõttevahetus taolistel teemadel on vajalik, psühhogeenia küsimuste ringi peaks haarama veelgi laialdasemalt ja kompleksselt. Psühhogeenia (*incl.* iatrogeenia), psühhoteraapia ja

eriti psühhohügieen kui profülaktiliste menetluste kompleks peaksid huvitama iga arsti (ja mitte üksnes arste). Kutsekahjustusi uuritakse meil paljudest aspektidest, ainult mitte psühhogeensest. Et aga neurootilised vaevused vähendavad inimese töövõimet võib-olla kõige sagedamini ja et see on tingitud töö halvast organiseerimisest, ebanormaalsetest suhetest töötajate vahel, juhtkonna üleolevast häirivast käitumisest jne., siis tuleks psühhohügieenile kas või tööviljakuse tõstmise vajadusest lähtudes kõikjal rohkem tähelepanu pöörata.

Tartu Vabariiklik Psühhoneuroloogia Haigla

Välismaalt

LASTEKIRURGIDE TÖÖKORRALDUS SOOMES

INGA FREIBERG
Tallinn

UDK 616-053.2.616-089

1967. aastal korraldasid Eesti NSV kirurgid turismireisi Soome, kus oli võimalik tutvuda kirurgiakliinikute ja -osakondade tööga. Lastekirurgiaosakonnad on loodud Lõuna-Soome kolmes suuremas linnas: Helsingis kaks, Turus üks ja Tamperes üks. Lahtis ja Oulus on eripalatid laste tarvis, kus neid ravivad spetsialistid-lastekirurgid. Teistes haiglates ravivad lapsi üldkirurgid.

Suuremad lastekirurgiaosakonnad asuvad Helsingis. Linnalapsi ravitakse Aurora haiglas, milles on 70 lastekirurgilise profiiliga voodit. Seal antakse nii plaanilist kui ka vältimatut kirurgilist abi. Teine kirurgiaosakond (samuti 70 voodikohaga) on loodud ülikooli lastekliiniku juurde. Sellesse kliinikusse võetakse lapsi nii Helsingist kui ka ümbruskonnast ainult plaanilises korras.

Turu ülikooli kirurgiakliiniku lasteosakonnal on 22 ning Tampere Keskhaiglas 34 voodikohta. Mõlemad osakonnad töötavad pidevalt ööpäeva vältel ning seal antakse nii plaanilist kui ka erakorralist kirurgilist abi. Kõikides riiklikkudes haiglates maksavad vanemad iga lapse eest 4 marka ööpäevas (sõltumata haiguse laadist või raskusest).

Igas lastekirurgiaosakonnas valmistatakse ette lastekirurge. Selleks võib pärast eksamite sooritamist saada kirurg, kes üldkirurgia alal on töötanud neli ja lastekirurgia alal kaks aastat. Lastekirurgiaosakondades töötavad nii lastekirurgid kui ka spetsialiseeruvad kirurgid. Vastavalt osakonna suurusele on lastekirurge 1 . . . 4.

Lastekirurgide palk koosneb põhitöötasust, millele lisanduvad tasu töötamise eest haiglas ja tasu valvete eest. Kui arst valve ajal viibib oma kodus, siis makstakse talle vähem kui valve eest haiglas. Professoritel, osakonnajuhatajatel ja nende asetäitjatel on õigus haiglas ravida 1 . . . 7 erapatsienti, kes ravi ja hooldamise eest tasuvad eri tariifi järgi. Kirurgide tööpäeva pikkus on 6,5 tundi, kuid tegelikult töötavad nad vastavalt vajadusele. Suvel on laupäev ja pühapäev puhkepäevad. Enamik arstidest ja muu personal elab haiglas või selle läheduses, mis vajaduse korral hõlbustab nende kiiret kohalejõudmist.

Kõik lastekirurgiaosakonnad on hästi komplekteeritud kesk- ja noorema astme meditsiinipersonaliga. Näiteks Tampere Keskhaigla lastekirurgiaosakonnas (34 voodikohta) töötab 8 meditsiiniõde, 11 noorem-meditsiiniõde ja 3 sanitari. Lastekirurgiaõed valitakse paremate hulgast ja nad saavad põhjaliku ettevalmistuse. Töö osakonnas on

korraldatud põhimõttel, et meditsiiniõde võimalikult palju aega saaks pühendada vahetult haigele. Osakonna perenaiseks on osakonna vanem-meditsiiniõde, kes on teadlik majandusküsimustes ja statistikas, tunneb nii personali kui ka iga haiget. Vanem-meditsiiniõde käib visiidil arstiga kaasas. Tema käes on kõik haiguslood, röntgeni- ja laboratooriumiandmed ning muud dokumendid, kui need ei asetse laste voodite juures.

Haigete laste emasid ei hospitaliseerita koos lastega. Rinnaga toitvad emad kas toovad oma rinnapiima haiglasse või neid lubatakse lapsi toitma. Haigeid võib külastada 2 korda nädalas. Lapsi hooldatakse väga hästi. Peale meditsiiniõdede hoolika töö paistab silma ka töö hea korraldamine ja kaasaegne tehniline varustatus: kõigis palateis on tsentraalne hapnikutorustik, peale selle on voodi juurde toodud ka naerugaasi- ja vaakuumtorustik. Kõikides lastekirurgiaosakondades on funktsionaalset tüüpi voodid ratastel, mis võimaldab lapsele anda soodsa asendi ja teda hõlpsasti rõdule, operatsioonituppa või abikabinettidesse sõidutada.

Osakondades on küllaldaselt pesu, igas palatis on pesemise võimalused, imikute palateis ka vannid. Meditsiiniõed ei tegele instrumentide steriliseerimisega, sest seda tehakse tsentraliseeritult. Paljud instrumendid ja vahendid on plastmassist (ühekordseks kasutamiseks) ja need on steriliseeritud juba tehases. Steriilse pesu ja instrumentide varud on suured, avariijuhtudel piisab neist mitmeks päevaks või isegi nädalaks. Ravimeid, steriilset sidematerjali ning instrumente hoitakse peamiselt sidumistubades ning intensiivravipalateis. Peale selle on igal osakonnal ravimite ja instrumentide ladu, mis on avatud kogu ööpäeva vältel ja kust iga töötaja võib saada ravi jaoks kõik vajaliku. Niisuguse töökorralduse puhul jääb meditsiiniõel palju aega, mida ta saab kasutada haige hooldamiseks ja protseduurideks. Laboratoorseid analüüse tehakse küll valikuliselt, kuid raskelt haigete puhul võib rakendada kõiki uurimismeetodeid (vereuuringud, elektrolüütide ja happe ning leelise tasakaalu määramine, elektroentsefalograafia jm.). Vajaduse korral võib uuringuid korrata iga päev.

Igas osakonnas on meditsiiniline raamatukogu, kus leidub kõikide maade raamatuid ja ajakirju. Mõnes haiglas (Tamperes ja Helsingis) on raamatukogu ka operatsiooniblokis vahetult seal tarvisminevate käsiraamatute, atlaste ja monograafiatega.

Lastekirurgid töötavad paralleelselt nii statsionaaris kui ka polikliinikus. Haigla suurusest olenevalt toimub kas vastuvõtt konsultatsiooni eesmärgil või ambulatoorne ravi. Polikliinikuis on arstide toad ning väikesed operatsiooni- ja sidumistoad, samuti ruumid reponeerimiseks ja kipsmähiste tegemiseks. Polikliinikuis on haigete käsutuses laboratoorium ja röntgenikabinet. Ambulatooriumi operatsioonitoad on varustatud kõige vajalikuga väiksemate operatsioonide tegemiseks ja reanimatsiooniks. Nende kõrval on tavaliselt tuba, kus haige võib lamada mõne tunni pärast operatsiooni. Kipsimistubades on peale spetsiaalse nn. traumatoloogilise laua ja kipsimiseks vajaliku sisseseade ka röntgeniaparaat koos televisiooniseadeldisega (kõik dokumenteeritakse röntgeniülesvõtetega). Polikliinikud on samuti hästi varustatud ravimite, aparaatide ja paljude steriilsete instrumentidega, mis on mõeldud ühekordseks kasutamiseks.

Lastekirurgiaosakonnad on profileerimata: lapsed on palateis mitte haiguse, vaid vanuse ja soo järgi. Uutes haiglates on ühes palatis 2 . . . 4 haiget, vanemates haiglates ka rohkem. Suurepärased on reanimatsiooniosakond Helsingi ülikooli lastekirurgiakliinikus ja intensiivravipalatid muudes haiglates. Neis on nii öösel kui ka päeval valve iga lapse juures ning seal leidub kogu tarvisminev aparatuur (kaasa arvatud narkoosiaparaadid) ja ravimid.

Statsionaaris algab arstide töö igal hommikul röntgeniosakonnas, kus arutatakse kõiki filme, mis on tehtud viimase ööpäeva vältel. Röntgenifilmid on väga kvaliteetsed (kasutatakse peamiselt «Elema» aparaate). Röntgeniülesvõtted valmistatakse automaatselt, nende ilmutamine, kinnitamine ja kuivamine vältavad (vastavalt aparaadile) 90 sekundit kuni 7 minutit. Röntgeniosakonnast lähevad arstid visiidile ja seejärel hakkavad tööle operatsioonitoas. Haiguslood dikteeritakse magnetofonilindile: masinakirjatöö teeb tehniline

personal. Päevikuid dikteeritakse harva, selle eest aga on operatsioonikirjeldused üksikasjalikud ja need varustatakse skemaatiliste joonistega, mis kujutavad haigusprotsessi eri etappe.

Tavaliselt opereerib üks kirurg, keda abistab operatsiooniõde. Ülikooli kliinikuis assisteerivad operatsioonidel ka üliõpilased. Spetsialist assisteerib ainult keerukate operatsioonide kõige vastutusrikkamatel etappidel. Väga rangelt täidetakse aseptikanõudeid. Opereeritakse enamasti elektrinoaga, mis opereerimise aega küll lühendab, kuid haava paranemist teataval määral pidurdab. Instrumentaarium on mitmekesine ja vastab opereeritavate eale ja kasvule. Operatsioonitube on igas kirurgiaosakonnas 2 või 3, mis kõiki operatsioone võimaldab alustada hommikul. Spetsiaalset vastsündinute operatsioonituba me ei näinud, kuid nende jaoks on olemas eri operatsioonilauad. Valdaval enamikul juhtudest kasutatakse üldnarkoosi, peamiselt fluotaani ja naerugaasi. Haiged viibivad narkoosist ärkamiseni eri palatis (operatsiooniblokis) anestesistide järelevalve all. Vastavalt seisundile võib laps sellesse palatisse jääda kuni 24 tunniks, seejärel viiakse ta kas intensiivravipalatisse või oma palatisse tagasi.

Lastekirurgiaosakondades ravitavate haigete kontingent on väga mitmekesine: väärarengutega vastsündinud, traumatoloogilise, ortopeedilise, uroloogilise ja onkoloogilise profiiliga haiged ning lapsed, kellel esinevad põletikulised protsessid. Suur on kolju traumade erikaal, samuti seljaajusongaga ja vesipeaga laste arv. Septilisi protsesse nägime lastel väga vähe ja soome arstide andmeil esinevat neid harva. Kirurgia valdkonda kuuluvate haiguste ravi põhimõtteliselt ei erine meil kasutatavast ravist. Keskhaiglates toimuvad plaanilised operatsioonid lastel veidi varajasemas eas kui meil, perifeerias aga vastavad need tähtajad meie omadele.

РЕЗЮМЕ. В составе туристической группы эстонских хирургов удалось в течение 10 дней познакомиться с хирургическими клиниками и отделениями Финляндии. Детские хирургические отделения созданы в трех крупнейших городах южной Финляндии: в Хельсинки — 2, в Туру — одно и в Тампере одно. В Лахти и Оулу имеются специальные палаты для детей, которые обслуживаются специалистами-детскими хирургами. В других больницах лечат детей общие хирурги. В детских хирургических отделениях величиной от 22-х до 70-и коек оказывается как плановая, так и неотложная помощь.

Во всех детских хирургических отделениях, кроме лечебной работы, подготавливают специалистов-детских хирургов на базе общей хирургии. Все отделения хорошо обеспечены средним и младшим медицинским персоналом и оснащены современной аппаратурой и инструментами, многие из них пластмассовые для одноразового пользования. Это освобождает медицинских сестер от стерилизации в отделении и дает им возможность больше внимания уделять уходу за больными и процедурам. Имеется возможность проведения всех лабораторных анализов и рентгенологических исследований как в стационаре, так и в поликлинике.

При каждом отделении имеется специальная медицинская библиотека для врачей, работающая по принципу самообслуживания.

Врачи работают параллельно в стационарах и поликлиниках, где ведется либо консультативный прием, либо амбулаторное лечение. Строго соблюдаются правила асептики в операционных, хорошо организованы реанимационные отделения и палаты интенсивной терапии.

Детские хирургические отделения не профилированы, дети распределяются в палатах по возрасту и полу. Контингент больных в отделениях очень разнообразный, но методы и результаты лечения соответствуют нашим.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Oma asjus

KÜMME AASTAT

Kui 1967. aasta viimase numbri signaaleksemplar oli läbi vaadatud ja trükikotta tagasi saadetud, kogunes toimetuse pere kohvilaua ümber minevikku meenutama ja mõtteid vahetama. Lugejale oli üle antud «Nõukogude Eesti Tervishoiu» kümnes aastakäik...

*

Kümme aastat on lühike periood, aga sellegi aja jooksul muutub ja juhtub mõndagi. Kas esimesed aastakäigud erinevad viimastest? Kõige rangemaks mõõdupuuks on vist lugejate arvamus. Seda näitab ka ajakirja tiraaž. Algaastail oli korduvalt kuid, mil ajakirja ilmus ainult 2700 eksemplari, aga 1967. aasta juunis trükiti 5800 eksemplari. Kioskites neid näha ei ole — ju iga eksemplar on leidnud lugeja.

*

Ajakirja sisu ja ilme sõltuvad paljudest inimestest — autoritest, retsensentidest, kolleegiumi ja nõukogu liikmetest, toimetuse ja trükikoja töötajatest. Autoreid on igasuguseid — häid, halbu ja keskpäraseid, tagasihoidlikke ja tüütuid, täpseid ja lohakaid jne. Kümne aasta vältel on «Nõukogude Eesti Tervishoiule» kirjutanud üle 700 inimese. Heade autorite hulka arvatakse toimetuses L. Keres, K. Villako ja E. Raudam Tartu Riiklikust Ülikoolist, E. Vagane Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, M. Sikk Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, H. Kadastik Tartu Vabariiklikust Psühhoneuroloogia Haiglast, N. Elštein Tallinna tervishoiuosakonnast jt.

Halbadest autoritest kõneldakse ka — toimetuse töös torkavad nad rohkem silma kui head autorid. Siinkohal aga pole põhjust neist juttu teha. Neid pole palju (kuid mõnikord nad armastavad palju kirjutada) ja enamik inimesi areneb ikkagi paremuse suunas.

*

Iga kaalukam artikkel retsenseeritakse nii sisulisest kui ka vormilisest küljest. On retsensente, kes käsikirja hoiavad endi käes pool aastat, ja kui toimetus hakkab seda otsima, siis saab ta selle tagasi veerandleheküljelise arvamusega: «Võib avaldada ajakirjas...» (On juhtunud, et retsensent ei olegi üles leidnud temale suunatud käsikirja.) Küllap toimetus seda isegi teab, et v õ i b avaldada. Kuidas artiklit saaks veelgi sisukamaks, loetavamaks ja vormiliselt korrektsemaks teha — seda ootab toimetus retsensentidelt.

Vaidlematult heade retsensentide kirja kuulub V. Kalnin Tartu Riiklikust Ülikoolist, kelle viimane retsensioon oli 6 lehekülge, retsenseeritav artikkel aga 4,5 lehekülge. Pikki artikleid toimetuses ei armastata, pikki (sealjuures asjalikke) retsensioone küll. Heade retsensentide nimekirja panevad toimetuse töötajad veel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme P. Bogovski, Tallinna Vabariikliku Haigla prosektuuri juhataja V. Valdese, vabariigi peaanestesioloogi B. Lehepuu jt.

*

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on viimastel aastatel alati ilmunud õigel ajal. Lugejad on ajakirja ikka täpselt kätte saanud. Selles tõsiasjas kajastub osalt toimetuse töö, kuid niisama suur au kuulub ka H. Heidemanni nimelise trükikoja perele. Suur aitäh peainsener K. Juusile ja tootmisosakonna juhataja K. Preele. Eriti häid sõnu tahaks toimetuse rahvas öelda ladujatele, kes on ladunud varasemaid ja laovad ka seda ajakirjanumbrit, neid ridu. Uus kujundus muutis ju kogu trükikoja, eriti ladujate töö raskemaks. Toimetus on Tallinnas ja trükikoda Tartus, kuid seda pole palju märgatagi — ajakirja tegijad moodustaksid nagu ühtse kollektiivi.

*

Kümne aasta jooksul on ilmunud 2281 artiklit ja muud kirjutist. Igal aastal on jäänud ilmumata 40...50 artiklit. Väiksem osa neist ei ole avaldamiskõlblikud, suurem osa aga on pidanud jääma järjekorda ootama. Ajakirja maht on väike. 5,25 trükipoognale on mõnikord mahutatud üle 8,5 arvutuspoogna teksti — mõne ajakirjanumbri lehekülgedest rohkem kui pooled on ptiikirjas.

Probleem pole uus — selle vanus on

kümme aastat. Aga mullu laekus toimetusse rekordarv käsikirju — 324, s. t. peaaegu iga päev jõudis kohale üks kirjutis. Pane need kuhu tahad! Soodsat mõju ootame uuelt kujunduselt — see võimaldab trükipinda suurendada umbes 14% võrra. Näib, et sisemised reservid on nüüd ammendatud. Kümme aastat tagasi leiti hädapärane lahendus — teoreetilisema kallakuga ja kitsamaid erialaseid küsimusi puudutavad artiklid avaldati kogumikuna (1958. aasta lisa), mis ilmus 1959. aastal. Praegu ei tule ka see moodus kõne alla. Põhjus on sama, mis takistab ajakirja mahu või ilmumissageduse suurendamist — paberivähesus ja trükikodade piiratud võimalused.

*

«Nõukogude Eesti Tervishoid» levib NSV Liidus ja ka välismaal (USA-s, Inglismaal, Saksa Föderatiivses Vabariigis, Austrias, Rootsis jm.). Referatiivsed väljaanded toovad huvipakkuvamaid töid valikuliselt. Eks see kohustab nii toimetust kui ka autoreid töötama selles suunas, et originaalset ja uudset ilmuks senisest rohkem. Juba käesolevastki ajakirjanumbrist võib lugeja mõista, et toimetusel on kavas senisest rohkem rõhku panna temaatilistele numbritele, milles käsitleksime vabariigi aktuaalseid probleeme (gastroenteroloogia, mudaravi, onkoloogia, nakkushaigused ja epidemioloogia, kopsupatoloogia jne.). Plaanis on tänavu (ning järgmistel aastatel) premeerida aastakäigu paremate artiklite ja kirjutiste autoreid.

*

Ajakirja keeles toimunud muutused kajastavad ühest küljest eesti keele üldist arengut, teisest küljest ka toimetuse kogemuste kasvu. Kas nüüd just k õ i k korras on, see on iseasi. Mõnikord teeb ka nn. trükiveakurat oma tempe, sest tema ei unusta ühtki ajakirja ega raamatut. Alati saab ja tuleb tööd paremini teha kui seni on tehtud. Vahel võib juhtuda, et autor — piltlikult öeldes — ei tunne oma teksti ära pärast seda, kui see on trükitud. Pahandada sel puhul ei maksa. Niisugused metamorfoosid on asja huvides. Redigeeritakse nii palju, kui on vaja. Ja mõnikord on tõepoolest palju vaja... Sel teemal on ajakiri autoritega varem vestelnud ja neid probleeme ei unustata ka tulevikus.

*

Kas ajakiri on kümne aasta jooksul kõigile meditsiinitöötajaile küllaldaselt tähelepanu pööranud? Algaastail võeti sageli kõne alla farmatseutide mured ja apteegiasjandus. Viimastel aastatel on see temaatika unarusse jäänud. Süü on muidugi mõlemapoolne. Viga tuleb parandada. Eks toimetus on võlglane teistegi spetsialistide ees (akušöörid, hambatehnikud, stomatoloogid, okulistid). Ajakirja piiratud maht valmistab muidugi raskusi, kuid ühisel nõul ja jõul peame püüdma need ületada.

*

Tervishoiutöötajate argi- ja pühapäevad on rikkad mitmesugustest väikestest ja suurematest sündmustest. Kõik see, kaasa arvatud ka seltskonnaelu, peaks kajastuma meedikute häälekandja veergudel. Kui võrrelda esimesi ja viimaseid aastakäike, siis on ilmne, et ajakirja kroonika-osa on meedikute eluolu viimasel ajal tunduvalt rohkem peegeldanud kui varem. Toimetuse esindajatel ei ole võimalik igal pool kohal olla, et sündmustest vahetult osa võtta. Appi on tulnud niisugused agarad informaatorid nagu N. Alihhanov Tallinna Tõnismäe Haiglast, M. Sikk Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast jt. Igas asutuses peaks leiduma keegi, kes niisugust vaeva paljuks ei pea. Mõni rida paberile ja posti. Arstiteaduse ajaloolased on tulevikus väga tänulikud, kui neil on võimalus trükisõnast lugeda, kuidas elati ja mida tehti 1968. aastal Viljandis, Põlvas, Märjamaal, Lihulas ja mujal. Ei maksa karta, et see lugejaid ei huvita — pigem vastupidi.

*

Ei ole saladus, et «Nõukogude Eesti Tervishoidu» loetakse mitte ainult meedikute ringkondades. Tellijate ja ostjate hulgas on ka metsamehi, puidutöölisi, koduperenaisi... Parem oleks, kui neil oleks jõukohasem väljaanne. «Oleks» on halb sõna, aga praegu muud ei saa kasutada. Toimetuse arhiivis on rahvaliku ajakirja «Tervis» asutamist käsitlevaid kirju, kalkulatsioone ja muid pabereid päris hulgaliselt — vanemad neist pärinevad juba 1961. aastast. Pole viga — kannatust ja püsivust peaks jätkuma. Praegune põlvkond jõuab ka «Tervise» ära näha. Passiivselt oodata muidugi ei tohi, sest vanasõnagi ütleb, et «ükski kivi ei tõuse tõstmata».

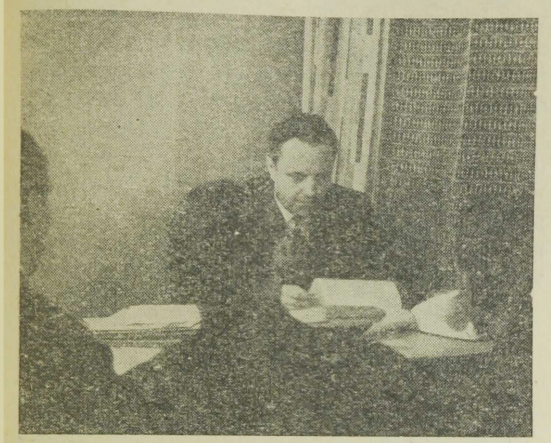
*

Eks kaasaegne sisu nõua ka kaasaegsemat vormi! Võiks öelda, et meie ajakirja uuel kaanel on kaasaegne ühendatud igivana sügava tõega: põlev küünal sümboliseerib arsti ennastsalgavust kutsetöös. Ühendagu see embleem ajakirja ja lugejaid veelgi tugevamini. Ajakirja tegijad tahavad aga meeles pidada, et *«piu arde, piu splende»*.

Mõtted võttis kokku
Harri Jänes

JA VEEL KORD OMA ASJUS

PEATOIMETAJA OKU TAMM



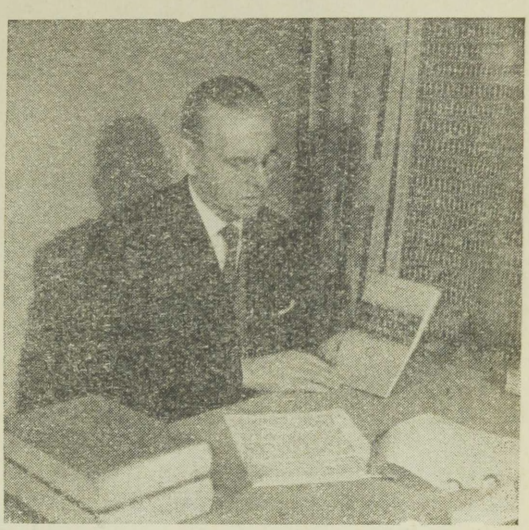
«Kümme aastat tagasi tutvustati esimeses numbris «Nõukogude Eesti Tervishoidu» kui teaduslik-praktilise profiiliga ajakirja. See suund on niisuguseks jäänud ka praegu. Avaldame puhtteaduslikke töid, peame aga silmas pidama ka meditsiinitöötajate praktilisi vajadusi. Seetõttu ei ole me kadestusväärses olukorras. Vabariigi arstiteadlaste teaduslik produktsioon on suhteliselt suur — selle avaldamine tervikuna ajakirja veergudel ei ole lihtsalt võimalik. Samal ajal ei tohi me põhjustada ühegi väitekirja kaitsmise edasilükkumist ning mööda minna arstide, velskrite, meditsiiniõdede ning muude tervishoiutöötajate saavutustest ja raskustest, mis on kaaslasteks nende igapäevases töös.

Kaasaja arstiteadus on väga kitsalt spetsialiseerunud ja meie lugeja peaks mõistma, miks ajakiri ei saa olla igaühele kaanest kaaneni loetav. Meie eesmärgiks on pakkuda teadmisi võimalikult kõigile meditsiinitöötajaile, igaühele neist kas või mingil määral. See aga pole lihtne. Mitte kõik liiduvabariigid pole sellises tänuväärt olukorras, et neil oleks emakeelne arstiteaduslik ajakiri. Ootame pikisilmi ka populaarteadusliku «Tervise» väljaandmise võimalust.»

PEATOIMETAJA ASETÄITJA HANS ROOTS

«See Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kogumik — «Nõukogude Eesti Tervishoid» — oli meie ajakirja eelkäijaks. Kümme aastat on ajakiri jõudnud lugeja — meditsiinitöötaja — lauale. Oleks soov, et ta ilmuks veelgi sagedamini, s. o. iga kuu. Siis saaksid kõik

Fotod E. Saar



meditsiinitöötajad kiiremini oma töid trükitutena näha ja lugejad värskemaid arstiteaduse uudiseid lugeda.»

TEADUSLIK TOIMETAJA HARRI JÄNES



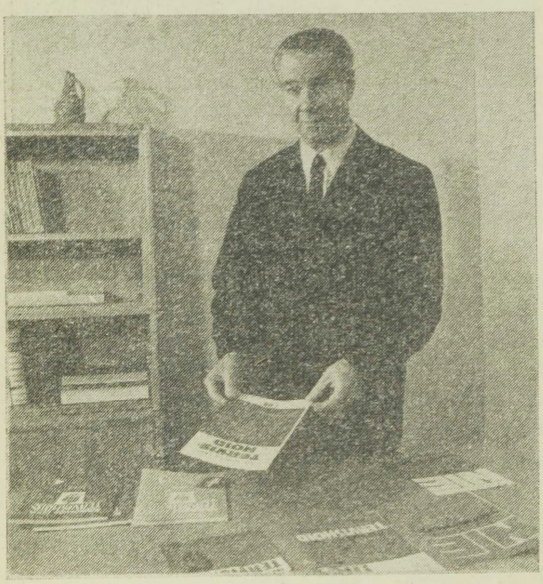
«Ilmunud ja ilmumata artikleid — igaühe kohta on neis kastides väike perfokaart. Kaarte on arvukalt — selles peegeldub meditsiinialase teadusliku töö intensiivsus vabariigis. Aga sooviksin, et neid oleks veelgi rohkem, et meie ajakirja veergudelt tõepoolest peegelduksid kõik uurimissuunad ja kõikide kollektiivide tegevus. Võib-olla kõik uurimused ei mahu väikesesse harva ilmuvasse ajakirja? Tõepoolest, kõik praegu ei mahu. Aga tuumakamad mahuvad...»

OSAKONNAJUHATAJA-TOIMETAJA VELLO LAOS



«Siin on sada teaduslikku artiklit, mis täidaksid ajakirja terve aastakäigu. Toimetus ei avalda neid saabumise järjekorras, nagu paljud autorid ekslikult arvavad. Iga uue numbri plaani koostamisel lapatakse läbi kõik käsikirjad. Peale jäävad kaalukamad ja huvitavamad, põhja poole vähem aktuaalsed ja täiendavat töötlemist vajavad. Kahjuks on käsikirjade virnas vähevõitu just neid artikleid, mille saamiseks toimetus palju vaeva näeb — erialased ülevaateartiklid (professorid P. Bogovski, A. Linkberg, K. Kõrge, J. Saarma jt. eriteadlased — just teilt ootame neid!) ja kirjutised keskharidusega meditsiinitöötajaile. Viimaste hulgas sooviksime näha ka meditsiiniõdede, velskrite ja akušööride endi koostatud artikleid.»

OSAKONNAJUHATAJA-TOIMETAJA BRUNO ROKS



«Peale sisu on ajakirjal vorm. Sellele viitavad ka «Eesti Raamatu» kunstilise toimetaja Ludvig Kruusmaa kaanekavandid, mis on minu ees laual. Toimetus tegi pingutusi, et ajakirjale uus, ajakohasem, sisule vastavam kujundus anda. Kuidas see on õnnestunud, otsustavad lugejad. Edasiseks võiks veel paljugi uut soovida. Aga kui reaalsuse piiridesse jääda — nii nagu me end ka praeguste uuenduste puhul kindlate polügraafiliste võimaluste raamesse pidime suruma —, siis soovin, et toimetusel lubataks praegune kaanepaber asendada kriidipaberiga ja trükipaber nr. 2 trükipaberiga nr. 1. Niipea kui see võimalik on!»

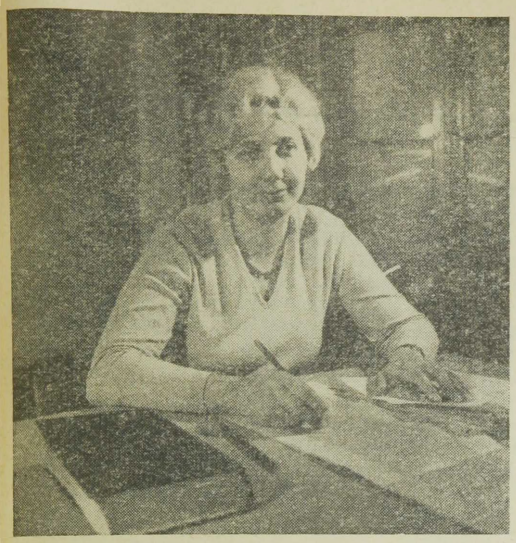
KEELELINE TOIMETAJA ELNA MARTSON



«Südamest tänulikud oleksid kõik keeleinimesed ja meditsiinitöötajad neile, kes aitaksid kaasa, et lõpuks ometi ilmuks eestikeelne meditsiiniterminoloogia sõnaraamat. Selle puudumine annab end valusalt tunda. Ei ole alust, millele toetuda. Selles hädas ongi toimetuse sündinud terminite kartoteek, mis on kooskõlastatud arstiteadlaste ja asjaomaste filoloogidega.»

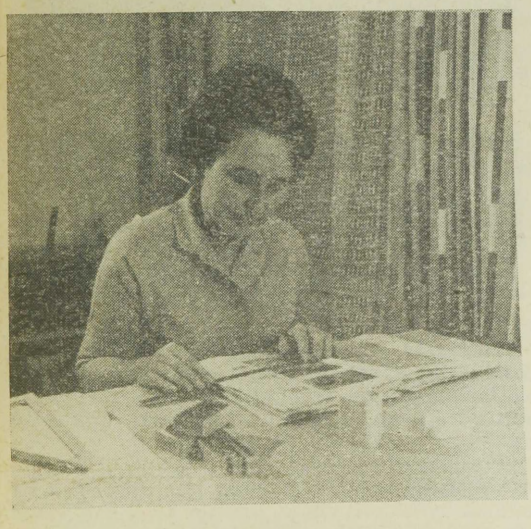
VANEMKORREKTOR HELGA TIITS

«Töö on huvitav. Iga number pakub midagi uut. Kuid peab ütlema, et meie ajakiri on korrektorile küllaltki kõva pähkel. Tegemist on eesti, vene, inglise, saksa, ladina ja veel ühe keelega, mida ei saa küll keeleks nimetada — s. o. meedikute «köögikeelega». Et enamikul artiklite autoritest on diferentsiaaldiagnoosimine selge, siis jääb soovida, et nad seda oskust laiendaksid ka kindlaks



vahetegemiseks igapäevases kõnepruugis valitseva ebatäpse ja lohiseva ning täpse, korrektse ja esteetiliselt mõjuva keele vahel.»

TEHNILINE TOIMETAJA HILJA KÄND



«Rõõm on kätte võtta neid käsikirju, mille juurde kuuluvad fotod on head, skeemid selged ja puhtad, joonised korrektsed ja arusaadavad. Vist seepärast süüvisid kohe mällu J. Sarve ja V. Valdese nimed.

Numbri tootmistsükkel, mis 1968. aastaks on planeeritud 44 tööpäevale, lüheneks 7...8 päeva võrra sel juhul, kui ajakirja trükitaks mitte Tartus, vaid Tallinnas. Soovin, et EKP Keskkomitee Kirjastuse uus, Pärnu maanteele ehitatav trükikoda võimalikult kiiresti tööle asuks ja et koos sellega laheneks ka ajakirja värvitrüki probleem.»

MASINAKIRJUTAJA ESTER TEDRE



«Toimetusse laekunud ja redigeeritud artiklite ümberkirjutamine on vaevanõudev, kuid omamoodi arendav toiming — nii võib päris targaks saada. Olen toimetuses töötanud lühikest aega, ent huvi meditsiini ja lugupidamine arstide ning arstiteadlaste teadmiste vastu on tunduvalt kasvanud. Kasvaks tehnilise töötaja tänulikkuski, kui kõigil saabuvail käsikirjadel oleks peale tuumaka sisu ka korrektne vorm, s. t. tehnilistele vajadustele vastav kujundus: ühel leheküljel 30 rida, rea vahe 2 intervalli, rea pikkus 62...64 tähemuumi.»

*

Niisugused on toimetuse töötajate mõtted ja soovid.

Aga kas need on ka lugeja omad?

Soovime, et lugeja ei avaldaks oma suhtumist autorite ja meie töösse üksnes sel viisil, et ta kas ostab ajakirja või mitte, vaid et ta teeks seda diferentseeritumalt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» on ju meditsiinitöötajate ühine üritus, meie kõigi ajakiri.

Kirjutage meile!

Ootame Teie mõtteid, soove, ettepanekuid.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetus

Uusi ravimeid

Dimekarbiin (*Dimecarbinum*, Димекарбин) 1,2-dimetüül-3-karbetoksü-5-oksüindool on valge kristalne pulber, mis vees ei lahustu, lahustub hästi aga piirituses.

Preparaat on hüpotensiivse toimega ja on näidustatud I ja II staadiumi hüpertooniatõbe põdevate haigete ravimiseks.

Ravimit võetakse 0,01...0,02 g 3 või 4 korda päevas. Ravikuur kestab 20...30 päeva. Dimekarbiin on hästi talutav. Preparaati tuleb kasutada ettevaatlikult venoosse vereringe häirete korral. Preparaati lastakse välja pulbrina ja tablettidena à 0,02 g.

Dimekarbiin kuulub B-nimekirja.

Koobalt-30 (*Cobalt-30*, Кобальт-30) Koobalt-30 on koobalti kompleksne ühend orgaanilise ainega. Preparaat sisaldab 16,6% koobaltit.

Koobalt-30 stimuleerib leukopoeesi.

Preparaadi tarvitamise näidustuseks on vereloomehäired, eriti kiiritusravi tulemusena tekkinud leukopeenia.

Koobalt-30 süstitakse naha alla 0,1%-lise lahusena, mis on valmistatud 0,5%-lises novokaiinilahuses (1...2 ml ööpäevas 3...4 nädala kestel). Preparaadi toimel leukotsüütide arv suureneb. Haige enesetunne paraneb, kaovad isutus ja unehäired.

Koobalt-30 on efektiivne kiiritusravist tingitud tüsistuste korral.

Laasiks (*Lasix*, Лазикс) Sünonüüme: Fursemid, Furosemid.

4-kloor-N-(2-furüülmetüül)-5-sulfamoüülantraniilhape on suure efektiivsusega salureetiline vahend. Ka neerupäsmakeste filtratsiooni piiratuse korral on raviefekt tagatud.

Preparaadi kasutamise näidustuseks on kõik südamehaigustest põhjustatud tursed, mida ei saa mõjutada südameglükosiididega, maksatsirroosist tingitud astsiidid, neerupuudulikkusest tingitud tursed, samuti veresoonte umbumise tagajärjel tekkinud perifeersed tursed, pärast kuuendat raseduskuud alguse saanud tursed, kopsu- ja ajutursed. Näidustuseks on ka I ja II staadiumi hüpertooniatõbi ning barbituraatidest põhjustatud mürgistused. Laasiksi mõjul alaneb kõrgenenud vererõhk, normaalse vererõhu korral toimet ei avalda.

Enamikul haigusjuhtudest piisab ühe tableti (40 mg) sissevõtmisest päevas. Kui diureetilist toimet ei järgne, võib 6 tundi hiljem anda 2 tabletti, vajaduse korral pärast järgnevat 6 tundi 3 tabletti. Kui ööpäeva jooksul antakse üle 3 tableti, on koguannus soovitatav jaotada 2 või 3 korrale. Pärast tursete kadumist võib jätkata vahelduvat ravi: 1 tablett ülepäeviti. Lastele on ööpäevaseks annuseks 1...3 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta.

I ja II staadiumi hüpertooniatõve korral antakse haigele 1...2 tabletti päevas.

Veeni või lihasesse süstitakse niisugustel haigusjuhtudel, mille puhul imendumine soolestikus on häiritud või kui on tarvis saavutada eriti kiiret vee eritumist organismist.

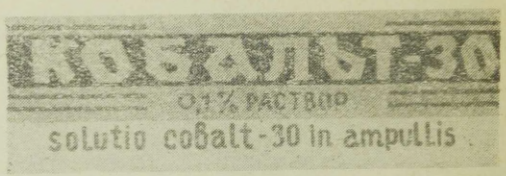
Kopsuturse puhul süstitakse veeni 40 mg, vajaduse korral võib sama annust korrata 20 minutit hiljem.

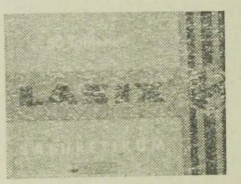
Laasiksi kasutamine võib põhjustada haige organismis kaaliumivaegust; pikemaajalise ravi korral on soovitatav anda kaaliumirikast toitu, samuti kontrollida plasma elektrolüüte.

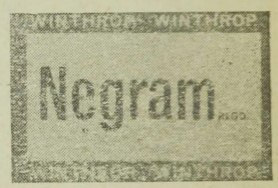
Preparaadi kasutamise vastunäidustusteks on äge neerupuudulikkus, plasma elektrolüütide vaegus ja maksakooma. Kuse-erituse häirete korral tuleb teda kasutada ettevaatlikult.

Laasiksit lastakse välja tablettidena (à 40 mg) pakendis, mis sisaldab 50 tabletti, ja 2 ml ampullidena (à 20 mg) pakendis, mis sisaldab 5 või 25 ampulli.

Preparaati imporditakse Saksa Föderatiivsest Vabariigist.







Negraam (*Negram*, Нерам) Negraam (nalidiksiinhape) on tänapäeval tuntud antibakteriaalsetest vahenditest kõige laiema toimespektriga graamnegatiivsete bakterite suhtes.

Preparaat imendub hästi, kuni 80% sellest eritub neerude kaudu, kusjuures kõrge kontsentratsiooni tõttu uriinis on eriti sobiv kemoteraapia vahendiks kuseteede haiguste ravimisel.

Ravimit antakse täiskasvanuile 2 tabletti (à 0,5 g) 4 korda päevas, lastele ööpäeva jooksul 25 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta, kusjuures koguannus jaotatakse 3 või 4 üksikannuseks.

Kõrvalnähtudena võivad tekkida iiveldus, oksendamine ja kõhulahtisus, harvemini nahareaktsioonid, peapööritus ja -valud. Olemasoleva hingamispuudulikkuse korral võib ilmneda hingamiskeskuse depressioon, mistõttu niisugustel juhtudel tuleb preparaati kasutada ettevaatlikult.

Negraam on müügil pakendis, mis sisaldab 500 tabletti (à 0,5 g).

Negraami imporditakse Inglismaalt.

Helga Kangro

Kroonika

5. oktoobril 1967. a. oli Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumis kõne all ajutise töövõimetuse ekspertiis Harju ja Rakvere rajoonis. Kuulati Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti L. Siiraku ja Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Otti aruandeid ning Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja J. Narma kaasaruannet.

Nimetatud aruannetest ja kaasaruandest selgus, et ajutise töövõimetuse ekspertiisi korraldamine on üldiselt paremaks muutunud. Töövõimetuslehti säilitatakse ja vormistatakse õigesti, ajutist töövõimetust analüüsitakse põhjalikumalt, kusjuures kontrollitakse ka diagnoosi õigsust ja ravi tõhusust. On jõutud niikaugele, et kohe paigutatakse haiglasse need töötajad, kelle puhul on ette näha, et nende ajutine töövõimetus kestab üle 6 päeva.

Saavutuste kõrval tuleb kahjuks ette olulisi puudusi. Mitmetes raviasutustes (Loksa Haigla, Keila Haigla, Rakvere Rajooni Haigla polikliinik) ei anta esmaseid töövõimetuslehti alati õigesti ja põhjendatult, minnakse mööda eriarstide konsultatsioonidest (Loksa Haigla polikliinik) jne.

Kolleegium võttis vastu otsuse, milles asjaosalisi kohustati kõne all olnud puudused kõrvaldama.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistid (A. Gunter, Š. Gulordava, A. Vares ja S. Naarits) ning Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodiline kabinet (juhataja R. Malviste) peavad rajoonide raviasutuste kontrollimisel silmas pidama ka töövõimetuse ekspertiisi alast tööd.

*

12. oktoobril 1967. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu Riikliku Kutsehariduse Komitee ühisel istungil kutsekoolide meditsiinilist ja sanitaarset teenindamist. Kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse inspektori L. Pieli aruannet ja Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektori T. Faizulina kaasaruannet.

Kõikide kutsekoolide juures olevad tervishoiupunktid on meditsiinitöötajatega komplekteeritud. On valminud ning ekspluatatsiooni antud uued õppekorpused, ühiselamud, sööklad ja töökojad. See kõik on hea. Kuid on ka mitmesuguseid puudusi.

Sageli täidavad vormi nr. 286 vaid velskrid, mis pole õige. Maakutsekoole teenindavatel jaoskonnaarstidel puudub näidustuste ning vastunäidustuste nimestik noorukite töö- ja tootmisõpetusest osavõtu kohta, millest tuleb juhinduda õpilaste vastuvõtmisel kutsekooli. Sellest tingituna langes 1967. a. tervisliku seisundi tõttu kutsekoolidest välja 24 õpilast. Mitmel pool puuduvad tööplaanid (Pärnu Linnakutsekool nr. 13, Kallaste Linnakutsekool nr. 5, Helme Maakutsekool nr. 30 jne.). Paljudes neist analüüsivad õpilaste haigestumist ainult keskharidusega meditsiinitöötajad, kes meditsiinilise teenindamise eest tegelikult ei vastuta. Mõnes koolis on õppetundide arv päevas suurem, kui hügieeninormid seda ette näevad: õppe- ja tootmistöö kestab kuni kella 21.00 ja isegi kella 22.45 ilma vaheajata (Tallinna Linnakutsekool nr. 6 ja 10).

Ühisel istungil võeti vastu otsus, milles tervishoiuosakondade juhatajate ja rajoonide keskhaiglate peaarstide tähelepanu juhitakse kutsekoolide tervishoiupunktide tegevuse kontrollimisele ja neile metoodilise ning konsultatiivse abi andmisele. Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhatajal R. Malvistel tuleb 1968. a. tööplaani võtta kutsekoole teenindavate keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmine.

*

26. oktoobril 1967. a. arutati kolleegiumil elanike tervise kaitse abinõusid seoses taimekaitsevahendite laialdase kasutamisega põllumajanduses. Kolleegium kuulas Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse peainspektori-hügienisti O. Simsoni aruannet ja Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitja J. Lubergi kaasaruannet.

Kolleegium märkis, et rakendatud abinõudele vaatamata registreeriti 1967. aastal vabariigis kolm ägedat mürkkemikaalidest põhjustatud mürgistusjuhtu (Harju, Kingissepa ja Jõgeva rajoonis). See pole juhuslik, sest 80%-l majandeist puuduvad nõuetekohased laod mürkkemikaalide säilitamiseks, samuti on halb eririietuse ja kaitsevahenditega varustamine.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajooni keskhaiglate peaarste, et nad keelaksid 1968. a. mürkkemikaalide kasutamise neis majandeis, kus pole nõuetekohaseid ladusid, puuduvad eririietus ja kaitsevahendid. Majandite juhtkonnad peavad enne puhtimistööde algust sanitaarorganitega kooskõlastama tööpaigad ja kaitsevahendid. Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja R. Malviste peab 1968. a. I kvartalis korraldama linna- ja rajoonihaiglate kõrgema haridusega laborantidele seminari mürkkemikaalide määramise alal bioloogilises keskkonnas. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktoril A. Jannusel tuleb 1968. a. plaani võtta teema, mis käsitleks pestitsiidide kumuleerumist inimorganismis. Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst A. Kuusik on kohustatud jälgima, et toiduainetes ja väliskeskkonnas leiduvate mürkkemikaalide määramist alustataks kohe.

*

16. novembril 1967 arutati organisatsioonilis-metoodilist ja konsultatiivset tööd. Kuulati Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehe ja Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti A. Gavri-

lovi aruandeid ning Tervishoiu Ministeeriumi peakirurgi Š. Gulordava kaasaruannet.

Kolleegium märkis, et nimetatud haiglad on tublisti abistanud linnade ning rajoonide tervishoiuasutusi ravi- ja profülaktika-alase töö korraldamisel, uuemate meditsiinisaavutuste praktikasse rakendamisel ja organisatsioonilis-metoodiliste kabinettide töö juhendamisel. Eriarstidele on korraldatud kursusi ja seminare. On koostatud ja välja antud tööjuhendid arstidele, ilmus teatmik polikliiniku arstide tarvis. Viimasel ajal on eriarstide-konsultantide brigaadide väljasõidud rajoonidesse toimunud enam-vähem regulaarselt. Kõne alla võeti ka puudused. Onkoloogia valdkonda kuuluvate haigete avastamine pahatihti hilineb, mistõttu kaugelearenenud mao-, kopsu-, maksa- ja rinnanäärmevähi juhtude arv viimasel ajal on suurenenud. Kohtla-Järvel, Narvas ja Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris ei tehta endoskoopilisi uuringuid jne. Kolleegium võttis vastu otsuse, milles asjaosalisi kohustati täiustama organisatsioonilis-metoodilise ja konsultatiivse töö vorme ning suuremat tähelepanu pöörama spetsialiseeritud arstiabile. Samuti tuleb kanda hoolt selle eest, et eriarstide väljasõidud oleksid tõhusamad, rohkem tähelepanu pöörata onkoloogia valdkonda kuuluvate haigete varajasele avastamisele, ajutise töövõimetuse ekspertiisile, traumajuhtude analüüsile jm.

Asta Kaldma

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kinnitas 1968. aastal toimuvate vabariiklike arstiteaduslike konverentside plaani.

Neuropatoloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite konverents toimub Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi korraldusel veebruarikuus Tallinnas. Päevakorras peaajukasvajad, veresoonte haigused, psühhofarmakoloogia, vaimuhaigete rehabiliteerimine.

Konverents teemal «Seedetrakti talitlus, morfoloogia ja biokeemia» Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna korraldusel on ette nähtud juunikuus Tartus. Päevakorras gastroenteroloogia-alased tööd.

Stomatoloogide konverentsi kutsub Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium kokku juunikuus Tallinnas. Päevakorras stomatoloogilise teenindamise organisatsioon, ortodontia.

Juunis toimub Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi korraldusel Tallinnas ka Balti vabariikide ortopeedide-traumatoloogide II kongress. Päevakorras kompressioon-osteosünteesid, luustiku kaasasündinud deformatsioonid.

Sanitaar-epidemioloogia töötajate konverentsi nakkushaiguste vähendamise ning elanike töö- ja elutingimuste parandamise küsimustes organiseerib Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium septembris Tallinnas.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi XII väljasõidusessioon korraldatakse oktoobrikuus Kohtla-Järvel. Päevakorras tööhügieen, tööstustoksikoloogia ja kutsehaigused põlevkivitööstuses.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond korraldab novembris konverentsi Tartus. Päevakorras kokkuvõtete tegemine teaduskonna uurimistööst. Detsembris toimub sealsamas konverents teemal «Kopsupõletikud lastel».

Lebo Kivikink

1965. aasta märtsikuus väljaantud NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus «Isamaasõja invaliididele ja Suures Isamaasõjas langenud sõjaväelaste perekonnaliikmetele antavate soodustuste laiendamise kohta» on järjekordseks tõendiks Nõukogude riigi hoolitsusest kodumaa kaitsjate eest. Selle määrusega laiendati Suure Isamaasõja invaliididele antavaid soodustusi meditsiinilisel teenindamisel ja sanatoorsel ravil, samuti nendele otstarbekate töötingimuste korraldamisel.

Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee kontrollis mitmes linnas ja rajoonis eespool toodud määruse täitmist. Kontrollimisel selgus, et tervishoiu ja sotsiaalkindlustusorganid ning -asutused on palju ära teinud Suure Isamaasõja invaliidide meditsiinilise teenindamise parandamiseks. Märkimisväärseid teeneid on neil sanatoorset ja kuurordiravi vajavate invaliidide varustamisel tuusikutega, nende töö korraldamisel jne.

Nagu kontrollimine näitas, on sel alal veel mitmeid puudusi. Võib öelda, et tervishoiuosakonnad ja rajooni keskhaiglad on nõrgalt kontrollinud nimetatud määruse täitmist kohtadel. Näiteks Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikus tehtud valikulisel kontrollimisel ilmnes, et ligikaudu 80 invaliidi, kes pidid kuuluma arsti järelevalve alla, polnud dispanseris üldsegi arvele võetud. Dispanseeritute arstlik järelevalve oli puudulik. Pärnu Linna Haigla polikliinikus on paljud arvele võetud juba 1965. aastal, kuid pärast seda pole neid jälgitud. Samas haiglas on ette tulnud juhtumeid, kus haiglaravile saabunud invaliidide tervise seisundit uuriti pealiskaudselt. Pärnu-Jaagupi haiglas on nende dispanseerse jälgimise kaardid (vorm nr. 30) täitmata. Tallinna Tõnismäe Haigla polikliinik suunas aastail 1966—1967 paljusid invaliide tuberkuloosi- või psühhoneuroloogiadispanserisse, kuid nende edaspidisest tervise seisundist ja ravist pole midagi teada. Haapsalu Rajooni Keskhaigla polikliinikus dispanseeritutele pole tehtud isegi lihtsamaid kliinilisi uuringuid ning rindkere röntgenoskoopiat. Kohtla-Järve polikliinikutes pole nähtaval kohal teadaannet selle kohta, et Isamaasõja invaliide võetakse vastu väljaspool järjekorda.

Vabariigis on lahendamata niisugune tähtis küsimus kui spetsiaalsete tsehhide organiseerimine invaliidide jaoks, kes vajavad erilisi töötingimusi (epilepsiat, tuberkuloosi ja muid raskekujulisi haigusi põdevad isikud).

Olulisi puudusi avastati Tartu Proteesitehases. Tehase juhtkond ei ole hoolitsenud selle eest, et invaliidide tellimusi täidetaks ettenähtud ajaks, mistõttu ortopeediliste jalanõude valmistamisel on tekkinud kolme- ja neljakuuline, üksikjuhtudel isegi viiekuuline järjekord. Tehase juhtkond ei pidanud silmas Isamaasõja invaliidide väljaspool järje-

korda teenindamise nõuet ning nende tellimused täideti üldjärjekorras.

Kontrollimise vältel võeti tarvitusele abinõud puuduste kõrvaldamiseks. Käesoleval ajal püütakse leida võimalusi eritsehhide loomiseks teatavatesse kategooriatesse kuuluvate invaliidide jaoks. Tartu Proteesitehases avastatud puuduste eest karistati tehase direktorit A. Slavskit.

Leonid Rätsep

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi nõukogu ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidium vaatasid läbi vabariigi rajoonide velskri-ämmaemandapunktide töö ja sanitaarse olukorra kontrollimise tulemused. Meil on palju velskri-ämmaemandapunkte, nagu Puiatu Viljandi rajoonis (juhataja J. Tätte), Laiuse Jõgeva rajoonis (juhataja V. Kurvits), Kõima Pärnu rajoonis (juhataja T. Voronina) jt., mille töönäitajad on väga head ning kus valitseb puhtus ja kord.

Kontrollimisel selgitati välja ka puudused, mis otseselt olid tingitud sellest, et rajooni peaarst, jaoskonnaarst või velsker on halvasti oma töö korraldanud. Velskri-ämmaemandapunktide teeninduspiirkondade suurus ja nende elanike arv (300 ... 1200 elanikku) on ebaühtlane. Sageli sõidavad velskrid haige juurde või kaitsepookimisi tegema 15 ... 20 kilomeetri kaugusele. Peaaegu kõik velskrid töötavad kohakaasluse alusel, olenemata töö mahust. Mõnes velskri-ämmaemandapunktis on üks kord nädalas nn. profülaktikapäev, kusjuures on selgunud, et sel päeval nende juhatajad tegelevad peamiselt isiklike asjadega.

Suurimaks puuduseks on see, et maajaoskonnaarstid (Juurus, Palamusel, Liival jm.) ei juhenda velskrite tööd ja tegevust küllaldaselt. Mõned maa-arstijaoskondade juhatajad ei käi velskri-ämmaemandapunktides üldse, mistõttu velskrite põhitööks on saanud haigete ravimine, kuid profülaktika on jäänud teisele kohale. Sageli toimivad velskrid liiga enesekindlalt ja diagnoosivad (ilma et spetsialistidega eelnevalt konsulteeriksid ja laboratoorseid analüüse teeksid) selliseid haigusi nagu nefriit, reuma, koletsüstiit jt. ning määravad hulgaliselt ravimeid, eriti antibiootikume ja hormoonipreparaate.

Käesoleva ajani on ühtlustamata, millist osa etendavad velskri-ämmaemandapunktid dispanseeritud haigete jälgimisel ja ravimisel. Ei ole õige, et nimetatud haigetega tegeleksid ainult velskrid. Kontrollimine näitas, et kaugeltki mitte kõik dispanseeritavad ei ole arvele võetud arstide juures, samuti ei ole tagatud olukord, et arst võiks neid jälgida ning neile ravi määrata. Mitmes velskri-ämmaemandapunktis on ambulatooriumikaardid täidetud lohakalt, kusjuures ladinakeelsed diagnoosid on kirjutatud arusaamatult, ravikorraldused ebamääraselt või puuduvad üldse.

Kontrollimisel selgus, et rajoonide peaarstid ja tervishoiuosakondade juhatajad ei ole küllaldasel määral tähelepanu pööranud velskri-ämmaemandapunktide heakorrastamisele ja sisustamisele. Paljud asuvad sobimatutes ruumides või vajavad kapitaalremonti (Liu, Kuremaa, Suigu, Kergu jt.). Kõva inventari (lauad, toolid, kapid) on vähe ja olemasolev on vananenud. Sageli ei ole velskri-ämmaemandapunktide juhatajad küllalt nõudlikud enese ja ümbruse vastu, mistõttu ambulatooriumi ning selle ümbruse sanitaarne olukord ja heakorrastus jätavad soovida (Suigu, Rahuoja, Võrtsjärve, Audru jt.). Leidub meditsiinitöötajaid, kelle riietus ning välimus on lohakas, sageli on kitlid määrdunud ja rebenenud.

Paljudel velskri-ämmaemandapunktidel puuduvad asutuse sildid, samuti nende ümbruses punkti asukohta näitavad teeviidad. Käesoleva ajani on veel lahendamata velskritele vajalike sõiduvahendite küsimus.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi nõukogu ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklik Komitee võtsid vastu ühise otsuse, milles asjaosalisi kohustati kõne all olnud puudused kõrvaldama.

Tamara Rekk

*

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäeva tähistamiseks korraldati rahvaülikoolide vabariiklik ülevaatus. Aukirja ja esimese rahalise preemia (200 rubla) väärilseks tunnistati Rapla rajooni tervise rahvaülikool, aukiri ja teine rahaline preemia (150 rubla) läksid Kingissepa rajooni. Võru rajooni tervise rahvaülikool pälvis aukirja ja kolmanda rahalise preemia (100 rubla).

Nimetatud rahvaülikoolides on märgatavalt paranenud nii organisatsiooniline kui ka sisuline töö. On loodud uusi osakondi, tunduvalt on suurenenud kuulajate arv. Kuulajad on korduvalt tänu avaldanud tervise rahvaülikoolide organiseerijaile ja lektoritele huvitavate loengute eest, mis on andnud kasulikke tervishoiualaseid teadmisi.

Aukirjad anti ka mitmele asutusele (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond, Tallinna Vabariiklik Haigla jt.), kes rahvaülikoolide tegevusele aktiivselt ja täie innuga on kaasa aidanud. Samuti autasustati aukirjadega paljusid rahvaülikoolide aktiviste.

Madis Saar

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi toiduainete toitevääruse tõstmise ja ratsionaalse toitumise probleemi teaduslik nõukogu pidas oma järjekordse töökoosoleku ministri asetäitja O. Tamme eesistumisel 8. detsembril 1967 Tartu Konservitehases. Kuulati neli ettekannet, tutvuti tehase töö tehnoloogia ja sanitaarse olukorraga ning degusteeriti tehase tooteid.

Nõukogu liige dotsent E. Rannak soovitas oma ettekandes, et kondijahu kui toiduainete rikastajat fluoriga, kaltsiumiga, fosforiga ja mikroelementidega hakataks Eesti NSV-s tootma ka inimese tarbeks (peaks olema apteekides vabamüügil). Nõukogu palus

E. Rannakut koostöös Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedriga oma ettepanekute teaduslikuks põhjendamiseks kondijahu füsioloogilist toimet inimorganismi laiemas ulatuses selgitada.

Nõukogu teaduslik sekretär farmaatsiakandidaat E. Vagane kõneles Eesti NSV elanike aktuaalsetest toitumisprobleemidest. Esineja rõhutas, et meie toidulaua puuduseks ei ole hoopiski toidu vähesus, vaid disproportsioonid, mis peamiselt on tekkinud rafineeritud toiduainete ja rasva liigsöömise tõttu. Kümne viimase aasta kestel on Eesti NSV tööliste toidu keskmine kalorsus püsinud samal tasemel või on näidanud koguni langustendentsi. See on tingitud töö mehhaniseerimisest ning automatiseerimisest, tööpäeva ja -nädala lühenemisest ning muudest teguritest. Vaimse töö osatähtsuse kasv suurendab suhteliselt valgu-, vitamiinide ja mõnede mineraalainete (fosfor) vajadust ning vähendab rasva- ja süsivesikute tarvidust. Sel viisil on meie toidulauale tekkinud nn. käärid, mis mõjustavad ainevahetust (hüperkolesterineemia, hüpovitaminoosid, mineraalainete ja mikroelementide puudus, püroviinamarihappe rohkus jne.) ning soodustavad mitmete haiguste (ateroskleroos, hambakaaries, suhkurtõbi, maksahaigused, krooniline kõhukinnisus jne.) levikut. Toidu kvaliteedi parandamine oleneb vähem majanduslikest tingimustest kui inimeste teadlikkusest. Tasakaalustatud toiduratsioonide väljatöötamiseks ning kasutuselevõtmiseks peab laiendama toitumis- ja ainevahetusalast uurimistööd ning süvendama sanitaar-selgitustööd. Tuleks realiseerida otsused toitlushügieeni-laboratooriumi loomise kohta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis.

Eesti NSV Kaubandusministeeriumi toidukaupade kaubanduse osakonna juhataja E. Hiiemäe ettekandest selgus, et kartulit tarbitakse meil rohkem, kui ametlikes normatiivides on ette nähtud, köögi- ja puuvilja aga palju vähem. Värsket kapsast on nüüd ka talvekuudel küllaldaselt müügil mitte üksnes Tallinnas, vaid ka Kohtla-Järvel, Narvas, Tartus, Pärnus jm. Rajoonikeskustes on värske köögivilja, sealhulgas kapsa müük veel halvasti korraldatud. Kultuurmarju ei jätku toorelt tarbimiseks, hoidisteks ega mahladeks. Punasesõstra- ja mustasõstramahlu ei piisa isegi lasteasutuste ja haiglate vajaduseks, rääkimata kauplustes müümiseks. Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumil tuleks kohalike kultuurmarjade kasvupinda suurendada ja leida teid rohelise sibula hinna alandamiseks. Suve- ja sügisõunu on meil külluses, kuid et rahuldada talvekuude vajadusi, oleme õunu sunnitud sisse vedama isegi Aafrikast. Sordiaretajate tööd tuleks selliselt suunata, et oma saagist saaksime õunu ka talveks.

Nõukogu liige, Eesti NSV toiduainete tööstuse ministri asetäitja E. Maurer esitas ettekande Tartu Konservitehase toodangu sortimendi ja toiteväärtusega seotud probleemide kohta.

Nõukogu esimees, ministri asetäitja O. Tamm märkis lõppsõnas, et Tartu Konservitehas ei vasta praegu veel kõigile tänapäeva nõuetele ja jätab soovida ka sanitaaria seisukohalt. Tehase laboratooriumi tuleks tunduvalt laiendada. Väga oluline on, et konservitehase toodang oleks kogu ulatuses teaduslikult kontrollitud. Nõudlikumat tarbijat ei rahulda nüüd üksnes see, et ta konservipurgi etiketilt võib lugeda, millistest toorainetest konserv on valmistatud, vaid ka see, kui palju see sisaldab valku, rasva, süsivesikuid, vitamiine jne. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria ja hügieeni kateedrite kaasabil peaks tehas laiendama lastele määratud konservide sortimenti sel määral, et ka talveperioodil oleks kindlustatud väikelaste päevane toiduratsioon kogu selle nõutavas mitmekülgsuses.

Tehase töö parandamiseks võttis nõukogu vastu otsuse, milles soovitatakse: 1968.—1969. aasta jooksul tootma hakata viljalihaga puu- ja aedviljamahla; suhkru asemel konservandina kasutada võimalikult rohkem sorbiinhapet, eriti vitamiinirikka tooraine konserveerimisel; leida võimalus kuumutatud mahlade villimiseks; organiseerida segamahlade tootmine, eriti C-vitamiinirikka kibuvitsamarjamahla laialdase kasutamise eesmärgil jne. Põllumajanduse Ministeeriumile tegi nõukogu ettepaneku konservitööstustele kasvatatava ja aretatava tooraine sortimendi laiendamise ja koguste suurendamise osas, arvestades asjaolu, et konservitööstus suudaks rahuldada vabariigi elanikkonna vajadusi.

Benno Kadarik

*

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäeva tähistamiseks korraldati Tartu rajoonis tervishoiuasutuste-vaheline omalaadne konkurss. Hinnati tervishoiuasutuste üldist korda ja puhtust, territooriumi haljastamist ja heakorrastust, meditsiinitöötajate initsiatiivi jooksva remondi tegemisel, asutuste sisekujundust ja näitlikku agitatsiooni, samuti haigete toitlustamist ja teenindamise kvaliteeti.

Pühade eel selgusid võitjad. Velskripunktidest olid paremad Kõrveküla (juhataja I. Uibo) ja Kobratu (E. Tarik). Kolmandaks tuli Teedla velskripunkt (H. Puusepp). Muude raviasutuste grupis tunnistas žürii võitjaks Mäksa Jaoskonnahaigla (peaarst A. Palu), kus on tehtud märkimisväärset tööd haigla ümbruse heakorrastamisel ning ruumide kujundamisel. Järgnesid Laeva Jaoskonnahaigla (V. Denissov) ja Elva Väikelastekodu (Ü. Raadi).

Võitjaid premeeritakse mööbli ja meditsiiniinventariga (velskripunkte 50—150, muid raviasutusi 100—300 rubla väärtuses). Heakorrastustöödest aktiivselt osavõtnuile korraldab Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee tasuta ekskursiooni vennasvabariikidesse.

Maido Sikk

*

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäeva puhul seati sisse I. I. Metšnikovi nim. Üleliidulise Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide

Teadusliku Meditsiinilise Seltsi auraamat, millesse jäädvustatakse üleliiduliste ja vabariiklike seltside silmapaistvamate liikmete nimed.

Seltsi juhatuse otsuse nr. 98 (3. novembrist 1967. a.) põhjal kanti meie vabariigist esimesena auraamatusse Eesti NSV teenelise teadlase prof. emerit. Felix Lepa nimi, samas on toodud foto ja lühike elulookirjeldus.

Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri endise juhatajana on professor F. Lepp olnud paljude meie epidemioloogide, mikrobioloogide ja infektsionistide õpetajaks. Lisaks sellele on ta juhendanud 18 arstiteaduse kandidaadi dissertatsiooni ning oponeerinud rohkem kui 25 väitekirja kaitsmisel. On huvitav märkida, et arstiteaduse kandidaatidest, keda tema on juhendanud, on ühele antud professori teaduslik kutse (J. Teras), teine kaitses hiljuti doktoriväitekirja (A. Jannus).

Meie arstiteadlaste nestori viljakas, aastakümneid kestnud ja üha jätkuv teaduslik-pedagoogiline tegevus on saanud järjekordse tunnustuse osaliseks.

Ilmar Laan

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklik Komitee kinnitasid 1966. aastal mitmed tervishoiuasutused eesrindlike kogemuste koolideks. Tartu rajooni maajaoskondade arstid külastasid 1967. aasta 22. juunil ja 20. septembril kaht sellist asutust.

Ahja haiglas (juhataja A. Niinemägi) oli palju õppida töö organiseerimise alal. Hästi on jaoskonnas korraldatud laste meditsiiniline teenindamine. Ravimine ja diagnoosimine toimub igati kaasaegsel tasemel.

Viru-Roela haiglas, mille juhatajaks viimased 15 aastat on olnud vabariigi teeneline arst T. Fuks, on hästi korraldatud sünnitus- ja günekoloogiline abi. Edukalt rakendatakse profülaktikaüritustel sanitaaraktiivi. Palju huvitavat jutustab kroonikaraamat, mis sõnas ja pildis annab ülevaate haigla tööst selle asutamisest alates (1944. aastal).

Tartu rajooni velskripunktide juhatajad käisid 1967. a. 5. oktoobril õppeekskursioonil Võru rajooni Urvaste velskripunktis. Velsker P. Oinak on saavutanud häid tulemusi laste meditsiinilisel teenindamisel, samuti profülaktika-alases töös täiskasvanute hulgas.

Eesrindlike kogemuste koolidest toodi kaasa mõndagi õpetlikku.

Maido Sikk

*

Hiljuti tuli Vändra doonoritelt kiiduväärt algatus — esmakordselt vabariigis sai teoks doonorite päeva pidulik tähistamine.

Piduliku aktuse avas Vändra üks tublimaid doonoreid H. Lepasaar. Päevakohase ettekandega esines Vändra Linna Haigla arst L. Tamra. Ta kõneles sellest, mismoodi Vändras pandi alus doonorlusele ja milleni on jõutud käesolevaks ajaks. L. Tamra tõstis esile doonorite pere tublimaid, nagu H. Vahnovere Aluste kolhoosist, E. Kuldkepp ja H. Lepasaar puidutöötlemiskombinaadi «Viisnurk» Vändra tsehhist, V. Kald Suurejõe kolhoosist, L. Koidula nimelise kolhoosi esimees K. Aasmaa jt.

Vändra tublidele doonoritele tõid tervitusi Pärnu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja I. Vahula, Pärnu Linna Haigla kirurgiaosakonna juhataja A. Kõre ja mitmed teised külalised. Vändra Linna Haigla peaarst V. Tamra ütles kokkutulekust osavõtjatele, et niisugune tugev ja üksmeelne doonorite pere saab eksisteerida vaid siis, kui teatakse, millist tohutut kasu doonorid toovad meie ühiskonnale oma ülla tegevusega, oma vere andmisega.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Pärnu Linnakomitee aukirjad anti paljudele doonoritele. 31 Vändra tublima doonori rinnale kinnitati rinnamärk «NSVL doonor».

Vändra doonorite pere «hing» L. Tamra tegi järgmise ettepaneku: «Meil pühitsetakse igal aastal tähtpäevi, nagu kaevurite päeva, ehitajate päeva jne. Kuid doonorite päev? Kas poleks õige taotleda ka üleliidulise doonorite päeva tähistamist?» Selle õigsust kinnitas tormiline aplaus.

Kõigile kokkutulekust osavõtnuile kinnitati rinda kokkutuleku mälestuslint, millel sümboolne Vändra karu hoiab käppade vahel punast risti.

Eino Hindrichson

*

1967. a. esimese kolme kvartali jooksul peeti Tallinna Tõnismäe Haiglas mitmeid loenguid gastroenteroloogia aktuaalsetel teemadel. Käsitleti seedeelundite haiguste röntgendiagnoosimist (K. Allpere), maohaiguste funktsionaalset diagnoosimist (R. Grinšpun), mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi ravi (M. Eitelberg). M. Eitelbergi loengutest jäi kõlama mõte, et viimasel ajal pöörame liiga vähe tähelepanu haige psüühikale ja tema iseloomu laadile, aga haavandtõve ravis peaksid leidma koha ka psühhofarmakonid.

Kõne alla võeti füsioteraapia tähtsus (H. Kerdmann) ja ravikehakultuuri võimalused (I. Gratšova). Allakirjutanu loengud hõlmasid kroonilise gastriidi diagnoosimist, seedeelundite kompleksset uurimist ning seedeelundite haiguste diferentsiaaldiagnoosimist ja sanatoorset ravi.

Viktor Miller

*

Tallinna apteegis nr. 1 (Tõnismägi 5) on avatud konsultatsioonituba arstidele. Vitriinidesse on välja pandud uued ravimpreparaadid ja nende kohta on esitatud selgitavad tabelid.

Igal kolmapäeval kella 13.00—16.00 annab samas lähemaid andmeid ravimpreparaatide kohta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse Keskapteegilao informatsioonioosakonna esindaja. Igal esmaspäeval, kolmapäeval ja reedel kella 16.00—18.00 annavad informatsiooni kogemustega proviisorid-pensionärid.

Konsultatsioonituba on avatud selleks, et arstide ja farmatseutide koostööd tugevdada.

Helga Kangro

Mjasnikov A. P. **Kas tunnete oma organismi?** Tln., 1967, 55 lk.

Sada küsimust ja vastust tervisest ja haigustest. Tln., 1967, 67 lk.

Apteegitöötajate XIII vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete materjale. Tln., 1967, 15 lk.

Tulevasele emale. (Koost. I. Veerma). Tln., 1967, 89 lk.

Итоги научной работы по медицине в Тартуском государственном университете за 1940—1965 гг. [Сборник статей]. Тарту, 1966, 321 стр.

Материалы VI научно-практической конференции Нарвской городской больницы. Нарва, 1967, 40 стр.

Материалы Эстонской республиканской конференции по аллергологии. Тарту, 1967, 85 стр.

Материалы о докладах XIII республиканской научно-практической конференции аптечных работников. Таллин, 1967, 15 стр.

Материалы IV съезда терапевтов Эстонской ССР. Тарту, 1967, 192 стр.

О повышении эффективности диспансеризации терапевтических больных. Метод. указания. Таллин, 1966, 18 стр.

Труды X научной конференции хирургов Эстонской ССР, посвященной 50-летию Советской власти. Таллин, 1967, 294 стр.

Материалы Второй конференции онкологов Литовской ССР, Латвийской ССР и Эстонской ССР. Таллин, 1967, 200 стр.

Осипов И. Т. и др. **100 уроков для групп здоровья.** М., 1967, 152 стр.

Косилов С. А. **Физиологическое обоснование методов повышения производительности труда.** М., 1967, 159 стр.

О подготовке общественных санитарных инспекторов и их работе. Сборник метод. материалов. М., 1967, 64 стр.

Гримм Г. **Основы конституциональной биологии и антропометрии.** Перев. с 3-го нем. изд. М., 1967, 291 стр.

Струков А. И. **Патологическая анатомия.** [Учебник для мед. ин-тов]. М., 1967, 655 стр.

Миллер Дж. и Дукор П. **Биология тимуса.** Перевод с нем. М., 1967, 112 стр.

Тарасов К. Е. **Основные вопросы методологии диагноза.** М., 1967, 31 стр.

Подильчак М. Д. **Клиническая энзимология.** Киев, 1967, 292 стр.

Шлыгин Г. К. **Ферменты кишечника в норме и патологии.** Л., 1967, 271 стр.

Уголев А. М. **Физиология и патология пристеночного пищеварения.** Л., 1967, 230 стр.

Файтельберг Р. О. **Всасывание углеводов, белков и жиров в кишечнике.** Л., 1967, 149 стр.

Коробко Т. П. и Цофина А. А. **Фармакология с рецептурой.** [Учебник для медсестринских отд-ний мед. училищ]. М., 1967, 280 стр.

Саратиков А. С. **Камфара.** (Фармакология и клинич. применение). Томск, 1966, 274 стр.

Третьяков В. В. и Флаксер Н. И. **Прикладная рентгенотехника.** М., 1967, 332 стр.

Мазаев П. Н. и др. **Атлас рентгенодиагностики заболеваний сосудов воротной системы.** М., 1966, 139 стр.

Городинский С. М. **Средства индивидуальной защиты для работ с радиоактивными веществами.** М., 1967, 224 стр.

Труды XIII и XIV Всесоюзных конференций Научного общества терапевтов. М., 1967, 564 стр.

Нестеров В. С. **Клиника болезней сердца и сосудов.** Киев, 1967, 471 стр.

Коновалов И. И. **Язвенная болезнь, хронические гастриты и их профилактика.** М., 1967, 48 стр.

Болезнь Дауна. Клинич. и цитогенет. исследования. Под ред. Е. Ф. Давиденковой. Л., 1966, 202 стр.

Френкель И. Д. и Темкин И. Б. **Лечение больных сахарным диабетом на курорте.** М., 1967, 120 стр.

Бейер В. А. **Краткое пособие по гематологии.** Изд. 2-е. Л., 1967, 219 стр.

Жуковский М. А. **Эндокринные заболевания у детей и подростков.** М., 1967, 284 стр.

Савченко О. Н. **Гормоны яичника и гонадотропные гормоны.** Л., 1967, 270 стр.

Руководство по инфекционным болезням. Под ред. А. Ф. Билибина и Г. П. Руднева. [Ч. 2]. М., 1967, 611 стр.

Лелль Р. К. **Опыт и методика работы кабинета инфекционных заболеваний.** М., 1967, 100 стр.

Пичкур И. Ф. **Эпидемиология и профилактика бактериальных и вирусных кишечных инфекций.** (Пособие для сред. мед. работников). М., 1967, 211 стр.

Дроздов С. Г. **Полиомиелит и его профилактика в различных странах мира.** М., 1967, 87 стр.

Александрова В. Р. и др. **Современные методы лечения болезни Боткина.** Л., 1967, 230 стр.

Акатов А. К. **Стафилококковая инфекция и ее профилактика.** (В помощь лектору). М., 1966, 23 стр.

Захаров В. И. и др. **Тканевые гельминты человека.** Кишинев, 1967, 96 стр.

Ямпольская В. Д. и Хурамович Н. И. **Ангио- и бронхография при туберкулезе и некоторых других заболеваниях легких.** М., 1967, 436 стр.

Гончарова Е. Я. **Оперативное лечение туберкулезного коксита у детей.** М., 1966, 231 стр.

Кукин Н. Н. **Достижения современной хирургии.** (В помощь лектору). М., 1966, 51 стр.

Смольников В. П. и Павлова З. В. **Трудные наркозы.** М., 1967, 184 стр.

Петровский Б. В. и др. **Хирургия диафрагмы.** Л., 1966, 336 стр.

Частная хирургия болезней сердца и сосудов. Под ред. В. И. Бураковского и С. А. Колесникова. М., 1967, 656 стр.

Бакулев А. Н. и др. **Хирургическое лечение окклюзий полой вены и ее притоков.** М., 1967, 204 стр.

Квашнин Ю. К. и Панцырев Ю. М. **Последствия гастрэктомии.** М., 1967, 260 стр.

Шор Л. М. и др. **Чрескожная чреспеченочная холангиография в хирургии желчных путей.** Калининград, 1966, 179 стр.

Науменко В. Г. и Грехов В. В. **Методика секционного исследования при черепно-мозговой травме.** М., 1967, 116 стр.

Труды Третьей Всесоюзной конференции онкологов. 15—19 ноября 1965 г. М., 1967, 507 стр.

Современные методы диагностики злокачественных опухолей. Под ред. Н. Н. Блохина. М., 1967, 359 стр.

Агранат В. З. **Радиоизотопная диагностика злокачественных опухолей.** М., 1967, 227 стр.

Щелокова Т. Д. **Лучевое и комбинированное лечение злокачественных меланом.** М., 1967, 68 стр.

Погожева Л. Н. **Новообразования мочевого пузыря.** М., 1967, 244 стр.

Маринбах Е. Б. **Злокачественные опухоли предстательной железы.** М., 1967, 200 стр.

Краевская И. С. **Дисгерминомы яичников.** М., 1967, 76 стр.

Идельсон Л. А. **Полипозиционная и прицельная рентгенография при урологических заболеваниях.** М., 1966, 112 стр.

Рабинович Л. М. **Одонтогенная подкожная грачулема лица.** Л., 1967, 112 стр.

Соколов А. А. **Лечебная физкультура в стоматологии.** М., 1967, 159 стр.

Лихачев А. Г. **Справочник по оториноларингологии.** М., 1967, 326 стр.

Циммерман Г. С. **Ухо и мозг.** М., 1967, 403 стр.

Вольфкович М. И. **Хронический гнойный средний отит.** М., 1967, 131 стр.

Моисеева Н. И. **Проблемы машинного диагноза в неврологии.** Л., 1967, 243 стр.

Ткачев Р. А. и др. **Преходящие нарушения мозгового кровообращения.** М., 1967, 147 стр.

Злотник Э. И. **Аневризмы сосудов головного мозга.** Минск, 1967, 296 стр.

Динабург А. Д. и др. **Заболевания нервной системы при дегенеративных процессах позвоночника.** Киев, 1967, 387 стр.

Мельников С. А. и Горбачева Ф. Е. **Прогрессивные мышечные атрофии у детей.** М., 1967, 199 стр.

Канторович Н. В. **Психогении.** Ташкент, 1967, 263 стр.

Энтин Г. М. **Лечение алкоголизма в условиях учреждений общемедицинской сети.** М., 1967, 126 стр.

Скрыпкин Ю. К. **Нейродермиты.** М., 1967, 264 стр.

Кашкин П. Н. **Дерматомикозы** (человека и животных). Изд. 3-е. Л., 1967, 335 стр.

Федоровский А. А. и Старовойтов И. М. **Лечение лактационных маститов.** Киев, 1967, 160 стр.

Шаган Б. Ф. **Основы учения о новорожденном ребенке.** 2-е изд. Фрунзе, 1966, 535 стр.

Божкова К. и Витковска С. **Питание больных детей.** [Перев. с польского]. Варшава, 1967, 288 стр.

Заблудовская Е. Д. **Рахит, его профилактика и лечение.** [Для сред. мед. работников]. М., 1967, 187 стр.

Сердюковская Г. Н. и Арнольди И. А. **Здоровье подростка.** М., 1967, 48 стр.

Koostanud J. Rochlin

ОГЛАВЛЕНИЕ

(резюме на русском языке)

К. П. ВИЛЛАКО — Некоторые аспекты о развитии гастроэнтерологии в Эстонской ССР 4

И. И. САРВ — Актуальные вопросы хирургического лечения язвенной болезни 8

У. Ф. СИБУЛЬ и Р. А. ТРУВЕ — Об определении уровня отсечения желудка 12

В. И. РЯТСЕП — О малигнизации хронической язвы 18

К. Г. АЛЛПЕРЕ, В. Т. МИЛЛЕР, У. Ф. СИБУЛЬ и Л. К. ВАЛДЕС — Лечебная тактика при язвенной болезни у пожилых людей 21

В. И. САЛУПЕРЕ — О диагностике хронического панкреатита 25

М. А. ФАРБЕР — Применение блокад витамином B_{12} и новокаином у страдающих заболеванием периферической нервной системы 28

Х. Я. ЯНЕС — О роли фенолов в токсическом действии сланцевых смол . . 30

Н. В. ЭЛЬШТЕЙН — О внедрении принципов научной организации труда . . 32

А. Н. ЛУМЕСТЕ — О реабилитационной терапии неврологичсеких больных . 34

В. М. ЭСТЕР, Э. О. МАЛЬМ и Л. П. РЕЙСААР — О показаниях к применению вакуум-экстрактора . . 36

Ю. Ф. ЛЕПП и Й. Ф. ЛИЙВ — Первая помощь при острой недостаточности кровообращения 41

С. И. ПРОПСТ — О гигиенической подготовке учителей 46

В. В. КАЛНИН — Развитие среднего медицинского образования в Эстонии 51

И. А. ФРЕЙБЕРГ — О детской хирургии в Финляндии 68

40 kop. Индекс 78191

SISUKORD

Teooria ja praktika

K. VILLAKO — Mõtteid gastroenteroloogia arendamisest Eesti NSV-s . . 3
J. SARV — Haavandtõve kirurgilise ravi aktuaalseid küsimusi 5
U. SIBUL ja R. TRUVE — Mao resektsiooni ulatuse määramisest . . . 9
V. RÄTSEP — Kroonilise maohaavandi pahaloomustumisest 12
K. ALLPERE, V. MILLER, U. SIBUL ja L. VALDES — Eakate inimeste maohaavandtõve ravi taktikast . . . 19
V. SALUPERE — Kroonilise pankreatiidi diagnoosimisest 22
M. FARBER — B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadi kasutamisest perifeerse närvisüsteemi haiguste puhul . . . 26
H. JÄNES — Fenoolide osatähtsusest põlevkiviõlide toksilises toimes . . 29

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

N. ELŠTEIN — Töö teadusliku organiseerimise põhimõtete elluviimisest . 31
A. LUMESTE — Neuroloogiliste haigete rehabilitatsioonteraapiast 33

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

V. ESTER, E. MALM ja L. REISSAR — Vaakuumekstraktori kasutamise näidustustest 34

Abiks velskritele ja õdedele

Ü. LEPP ja I. LIIV — Esmaabi vereringe ägeda puudulikkuse korral . . 37

Kaadri ettevalmistamine

M. SIKK — Uusi teaduste kandidaate . 42
I. MAAROOS — Uusi teaduste kandidaate 42

Sanitaarharidustöö

S. PROPST — Õpetajate hügieenialasest ettevalmistamisest 44

Arstiteaduse ajaloost

V. KALNIN — Meditsiiniline keskharidus Eestis 46

Konverentsid ja nõupidamised

M. KINK — Ülemnõukogus arutati laste meditsiinilist teenindamist vabariigis . 53
H. JÄNES — Instituudi juubelisessioon . 54
M. SIKK — Juubelikonverents Tartu rajoonis 54
J. OTS — Ftisiaatrite pidulik koosolek . 55
H. PIHL — Parasitoloogia-alane konverents 55
M. KINK — Polikliiniline abi niisama tõhusaks kui statsionaarne 56
B. KADARIK — 600 meditsiiniõde . . 57
O. SIMSON — Teaduslik sessioon Kišinjovis 57
J. MÄRTIN — Üleliiduline nõupidamine Kišinjovis 57
V. RÄTSEP — Rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress Rumeenias . 58

Tähtpäevad

L. ABRAM — Arnold Põllumaa 60-aastane 60
T. REKK — Regina Trapido 50-aastane 61

Kriitika ja bibliograafia

J. KIMBAROVSKI — Raamat infektsioossest hepatiidist 62

Mõttevahetus

H. KADASTIK — Rohkem tähelepanu psühhogeenia vältimisele 63

Välismaalt

I. FREIBERG — Lastekirurgide töökorraldus Soomes 66

Oma asjus

H. JÄNES — Kümme aastat . . . 69
Ja veel kord oma asjus 71

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Dimekarbiin, koobalt-30, laasiks, negraam 74

Kroonika 75

NÕUKOGUDE EESTI

TERVISHOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2/68

TERVISHOIUTÖÖTAJAD!

UUE MEDITSIINILISE APARATUURI JA INSTRUMENTAARIUMIGA

PALUME TUTVUDA

TALLINNA ARSTIRIISTADE KAUPLUSES

TALLINN, PIKK T. 9

Kohapeal kasutamiseks suures valikus meditsiiniliste aparaatide prospekte ja kataloge

Antakse nõu aparatuuri kasutamiseks

Müük toimub sularahas ja pangaülekandega

KÜLASTAGE MEID!

PIDAGE MEELES AADRESS:

TALLINN, PIKK t. 9

NÕUKOGUDE EESTI

TERVIS-HOID

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2/68

11. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), **M. Holm** (Jõgeva), **V. Ilmoja** (Tallinn), **A. Juhasoo** (Põlva), **R. Kariis** (Haapsalu), **A. Klink** (Võru), **H. Kreek** (Pärnu), **P. Ott** (Rakvere), **D. Pärn** (Hiiumaa), **P. Rahu** (Valga), **V. Roos** (Kohtla-Järve), **L. Siirak** (Harju rajoon), **M. Sikk** (Tartu rajoon), **M. Silland** (Narva), **G. Sukles** (Rapla), **A. Tamm** (Paide), **Ü. Valvere** (Kingissepa), **V. Vessar** (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 2. II 1968. Trükkimisele antud 15. III 1968. Trükiarv 5500. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+1 kleebis. Tingtrükipoognaid 7,52. Arvutuspoognaid 8,7. Tellimise nr. 1033. MB-03111. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

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

RAAMATUKAUPLUSES

«TEHNILINE JA MEDITSIINILINE RAAMAT»

TALLINN, LENINI PST. 7

2.

Tartu Riikliku Ülikooli Raamatukogu 73780

on müügil allpool loetletud kirjandus, mida võib tellida ka posti teel

Бурман, Ф. **Атлас пластической хирургии.** В 3-х томах. Прага, 1967 г., цена руб. 8.—

Raamatu eesmärgiks on näidata, et plastiline kirurgia on eriala, mis nõuab küll rohkem loomingulist talenti kui teised kirurgilised distsipliinid, kuid on jõukohane igale kirurgile

Справочник по клинической хирургии. Под общей ред. действ. члена АМН СССР проф. В. И. Стручкова. «Медицина», 1967 г., цена руб. 2.65

Kirurgid, omades küllaldaselt teadmisi üldkirurgias, vajavad täiendavaid andmeid ka kirurgia piirdealadelt. Põhiliselt just selleks on käesolev käsiraamat määratud

Стручков, В. И. **Гнойная хирургия.** «Медицина», 1967 г., цена руб. 2.54

Monograafia on 418-leheküljeline, sisaldab 140 joonist ning on vajalikuks käsiraamatuks kirurgidele, kuid sobib ka üldprofiiliga arstidele

Машковский, М. Д. **Лекарственные средства.** «Медицина», 1967 г., цена руб. 4.52

Käsiraamat on 6. täiendatud väljaanne ja sisaldab kõik olulisemad andmed retseptuuri ja raviainete kohta. Käsiraamat on vajalik kõigile meditsiinitöötajaile

Laiemale lugejaskonnale palume soovitada:

«Tulevasele emale»	Hind	rbl.	0.10
L. Keres jt. **«Lapse tervishoid»**	„	„	1.26
H. Vojaškova. **«Liikumine — naise tervise ja ilu pant»**	„	„	0.57
E. Hanniotti. **«Mida peab teadma iga naine»**	„	„	0.24
E. Rõigas. **«Suguhaigused ja nende vältimine»**	„	„	0.10
J. Beltšikov. **«Uroloogilised haigused, nende vältimine ja ravi»**	„	„	0.08
«Sada küsimust ja vastust tervisest ja haigustest»	„	„	0.10
V. Sui. **«Mida peab teadma ravimitest»**	„	„	0.07
A. Mjasnikov. **«Kas tunnete oma organismi»**	„	„	0.09
S. Sibul jt. **«Angiin»**	„	„	0.04
I. Trofimova. **«Nägemise hügieen»**	„	„	0.06
K. Kõrge. **«Allergia ehk ülitundlikkus»**	„	„	0.09
A. Lukaš. **«Vältigem mürgistusi tarbekemikaalide kasutamisel»**	„	„	0.11

MUDARAVI JA SELLE NÄIDUSTUSED

ENDEL VEINPALU
Pärnu

UDK 615.838.7

Mudaravi on hakatud kasutama väga kauges minevikus. Juba vanad egiptlased ravisid Niiluse mudaga edukalt mitmesuguseid nahahaigusi ja liigesepõletikke (8). Ka tänapäeva meditsiinis kuulub mudaravile küllaltki hinnatav ning tänuväärne koht. Kasutatakse peamiselt soolajärvede ning mageveejärvede, mere- ja turbamuda, samuti vulkaanilise päritoluga muda, millel on vajalikud füüsikalis-keemilised omadused.

Teatavasti paiknevad Eesti NSV läänerannikumitmes piirkonnas (Haapsalu laht, Suurlaht jm.) väga rikkalikud kõrgekvaliteediliste meremudade lademed. Meile teada olevail andmeil taolisi suuri ressursse Nõukogude Liidus mujal ei leidu. Kõnesolevate varude baasil töötab Pärnus, Haapsalus, Tallinnas ja mujal mitu mudaraviasutust. Plaanikohaselt peaks nende võrk vabariigis lähemas tulevikus tunduvalt laienema. Mudaravi laiaulatuslikuks ning seejuures ratsionaalseks kasutamiseks on aga tarvis, et arstid oleksid küllaldaselt informeeritud, millele käesolev kirjutis püüabki teataval määral kaasa aidata.

Mudaravi avaldab haigesse organismi kompleksset toimet.

Suur osatähtsus on soojusel. Omapärase kolloidse struktuuri tõttu on enamikule ravimudadest iseloomulikud suur soojamahtuvus ja konvektsiooni teel tekkiv väga väike soojakadu. Seetõttu saab haiguskoldesse või kogu organismi mudaprotseduuri abil viia (pikema aja jooksul ning ühtlaselt) küllaltki suurt soojahulka. Soojuse soodne mõju mitmesuguste haigusprotsesside (näiteks krooniliste põletike) paranemisele aga on üldtuntud.

Ravimudade keemiline toime on tingitud nendes sisalduvatest mineraalainete ioonidest, gaasidest ja veel nn. bioloogiliselt aktiivsetest ainetest (humiinained, mikroelemendid jt.). Need avaldavad toimet eeskätt reflektoorsel teel, mõjutades nahas leiduvaid retseptoreid. Samuti tungib osa neist (peamiselt gaasid) organismi nii läbi intaktse naha kui ka hingamiselundite kaudu. Viimasel ajal on ravimudade keemilisele toimele üha rohkem tähelepanu pööratud (1, 4), sest nii eksperimendis (3, 5) kui ka kliinikus (2) on õnnestunud veenvalt näidata, et erineva keemilise koostisega mudad avaldavad mitmesugustele bioloogilistele funktsioonidele hoopis erisugust toimet. Seega ei tohiks kaugel olla aeg, mil hakataks rajama diferentseeritud mudaraviasutusi vastavalt ühe või teise muda füüsikalis-keemilistele omadustele ning siit tulenevale toime omapärale. Eriti soodsad võimalused selleks on meie vabariigis, kus leidub küllaldasel määral põhiliselt nelja erineva keemilise koostisega ravimuda.

Arvatakse, et teatav ravitoime on ka paljudes looduslikes ravimudades leiduvatel follikuliini tüüpi hormonaalsetel ainetel, mudakihi ja nahapinna vahel tekkivatel elektrilaengutel, samuti mudade radioaktiivsusel ning mudaprotseduuri puhtmehhaanilis-reflektoorsel mõjul (7).

Mudaravi on üks omapäraseid mittespetsiifilise desensibiliseeriva ravi liike. Tihti kutsub see organismis esile nähte, mida nimetatakse balneoreaktsiooniks. See on normaalne füsioloogiline nähtus, mis võib olla kas üldine või paikne. Kui mudaravikoormus pole liiga suur, siis kulgeb balneoreaktsioon organismi normaalse füsioloogilise adaptatsiooni piires ja ei põhjusta erilisi vaevusi. Kui aga mudaravikoormus on liiga suur,

siis ületab reaktsioon nimetatud piirid ja võib esile kutsuda selliseid üldreaktsiooni nähte nagu unisus või unetus, kõrgenenud erutuvus, kehatemperatuuri tõus, settereaktsiooni kiirenemine, muutused proteinogrammis jm. Paikne reaktsioon (haiguskoldes) väljendub eeskätt haigusnähtude süvenemises.

Varem arvati, et ainult ilmekas balneoreaktsioon garanteerib edu. Viimasel ajal on balneoloogide seisukoht diametraalselt muutunud. Nimelt püütakse protseduure teha sellisel viisil (muudetakse muda temperatuuri, protseduuri kestust ja ulatust), et ei tekiks tugevaid üldise või paikse balneoreaktsiooni nähte. Seejuures tuleb arvestada, et eri haiged reageerivad mudaravile väga erinevalt. Reaktsiooni tugevus sõltub esmajoones haige närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist, eriti vegetatiivse närvisüsteemi toonusest, samuti südame, veresoonkonna, sisenõristusnäärmete jm. elundite talitlusest.

Tehakse üld-, pool- ja paikseid vanne. Mudaaplikatsioone (mudamähiseid) määratakse samuti kas üldisi või siis piiratult üksikutele kehaosadele «mudapükstena», «-kinnastena», «-kraena» jne. Mudaprotseduuri doseeritakse muda temperatuuri, protseduuri kestuse ja ulatuse muutmise teel. Optimaalseks temperatuuriks on üldvannide korral 37 ... 38°, ulatuslike aplikatsioonide rakendamisel 40 ... 42° ja vähem ulatuslike aplikatsioonide puhul 44 ... 46°. Mudavann kestab tavaliselt 12 ... 15, -aplikatsioon 15 ... 20 minutit. Mainitud temperatuurid ja ajad on ainult orienteeruvad, sest sõltuvalt haige seisundist ning muda füüsikalis-keemilistest omadustest tuleb neid muuta. Tavaliselt tehakse protseduure ülepäeviti. Haigetele, kes mudaravi taluvad hästi, võib määrata ka 4 ... 5 protseduuri nädalas (nn. mudaravi küllastatud meetod). Ravikuur koosneb enamasti 12 ... 14 protseduurist, mõne liigesehaiguse jt. puhul pikendatakse ravi 18 ... 24 protseduurini. Peale mudavannide ja -mähiste ordineeritakse ravimuda vajaduse korral veel tampoonidena (*vagina*'sse ja *rectum*'isse) ning nn. galvaanilise mudana (ionoforeesi põhimõttel).

Püüdlus muuta ravitoimet tõhusamaks ning sel teel vähendada ravipäevade arvu viis mõttele kombineerida mudaravi muude ravimeetoditega. Seda kasutataksegi nüüd kompleksselt mitmesuguste medikamentidega, samuti vesiravi, ravikehakultuuri, massaaži jm. raviliikidega.

Olulisemad näidustused ja vastunäidustused mudaraviks oleksid järgmised (6).

1. Tugi- ja liikumiselundite haigused. Näidustused: luude, liigeste ja lihaste nakkusliku ja mittenakkusliku päritoluga haigused, mille puhul haigusprotsessi aktiivsus on suhteliselt nõrk (mittespetsiifilised nakkuslikud, düstroofilised ning traumaatilised artriidid, müosiidid, spondüloartroosid jt.). Vastunäidustused: tuberkuloossed artriidid; osteomüeliidid, mida tuleb ravida kirurgiliselt; reumaatilised polüartriidid juhul, kui samal ajal esineb aktiivne reumokardiit; brutselloossed polüartriidid kolme kuu jooksul pärast patsiendi kehatemperatuuri normaliseerumist.

2. Närvisüsteemi haigused. Näidustused: perifeerse närvisüsteemi haigused ägeda perioodi lõppemisel ja kroonilises staadiumis (radikuliidid, polüneuriidid, neuriidid, pleksiidid, poliomüeliidi jääknähud jt.). Vastunäidustused: kesknärvisüsteemi raskekujulised vasomotoorsed häired ja degeneratiivset laadi kahjustused.

3. Suguelundite haigused. Näidustused: suguelundite alaägedad või kroonilised mittespetsiifilised põletikud (kolpiidid, tservitsiidid, adneksiidid, prostatiidid, epididümiidid jt.); piiratud liikuvusega emakadeviatsioonid; infiltraadid ja eksudaadid operatsioonijärgsel perioodil pärast ägeda perioodi lõppemist; munasarjade funktsionaalne puudulikkus; põletikkudest või emaka alaarengust põhjustatud sigimatus. Vastunäidustused: emaka müoomid ja fibromüoomid, metropaatiad, infantiilne fibroosne emakas, prostata hüpertroofia.

4. Seedeelundite haigused. Mudaravi kasutatakse koos dieet-, mineraalvesi- ja muu raviga. Näidustused: krooniliselt retsidiveeruv haavandtõbi ägenemistevahelisel perioodil, eriti põletikuliste infiltraatide ja spasmidega, mis häirivad elundi motoorikat; kroonilised gastriidid, perigastriidid, duodeniidid, peri-

duodeniidid, koliidid, perikoliidid, hepatiidid, koletsüstiidid ja perikoletsüstiidid.

Vastunäidustused: seedetraktiverejooksud, haavandtõbi ägedas staadiumis, haavandiline koliit.

5. Perifeersete veresoonte haigused. Näidustused: flebiidid ja periflebiidid mitte enne 2,5 kuud pärast ägedate põletikunähtude vaibumist.

Vastunäidustused: veenide varikoossed laiendid.

6. Kõrva-, nina- ja kurguhaigused. Näidustused: mitmesugused kroonilised atroofilised ja subatroofilised protsessid ninas; kroonilised ninakõrvalkoobaste, kurgumandlite ja keskkõrvapõletikud.

Mudaravi on vastunäidustatud veel järgmiste haiguste korral: kõik palavikuhaigused; pahaloomulised kasvajad; pahaloomulised verehaigused; kahheksia, igasugused verejooksud; vereringe puudulikkus (II ja III staadium); tuberkuloos; ainevahetus- ja sisenõristussüsteemi haigused, mille puhul dissimilatsiooniprotsessid on intensiivistunud (türeotoksikoos, diabeet jt.); neeruhaigused, mille puhul neerude talitlus on häiritud — nefriidid, nefroosid, nefroskleroosid; siseelundite amüloidoos; psühhoosid, psühhoneuroosid; rasedus.

РЕЗЮМЕ. Воздействие грязелечения на организм зависит от влияний различных его компонентов. Большое значение придается тепловому фактору. Химическое влияние лечебных грязей осуществляетя за счет действия ионов, газов, летучих веществ и пр., входящих в их состав. На организм оказывают влияние и так называемые биологически активные вещества, содержащиеся в грязях (гуминовые вещества, отдельные микроэлементы и др.). Терапевтическую роль играют находящиеся в грязях гормоноподобные вещества типа фолликулина. При соприкосновении грязи с телом возникают электрические токи между грязевой массой и телом больного. Происходящему при этом ионному обмену придается определенное значение в терапевтическом действии грязелечения. Лечебный эффект грязей определяется также их радиоактивностью.

Грязелечение является своеобразным видом неспецифической десенсибилизирующей терапии. Реакции больного организма на грязелечение весьма многосторонние. Они зависят в первую очередь от функционального состояния нервной системы больного, в частности, вегетативного ее отдела, от состояния сердечнососудистой, эндокринной и других систем организма. В ходе грязелечения могут возникать временные нарушения в динамическом равновесии внутренней среды организма. Проявляется это состояние так называемой бальнеологической реакцией — общей и местной (очаговой).

В статье приводятся основные принципы методики грязелечения, а также показания и противопоказания к его применению.

KIRJANDUS: 1. Беленький М. С. Вопр. курортол. 1961, 5, 391—395. — 2. Еременко Ф. И. Материалы Всесоюзного съезда физиотерапевтов и курортологов. Баку, 1965, 181—182. — 3. Зольникова А. И. и др. Вопр. курортол. 1967, 5, 439—442. — 4. Невраев Г. А. Вопр. курортол. 1961, 5, 385—390. — 5. Невструева В. С. и др. Материалы всесоюзного съезда физиотерапевтов и курортологов. Баку, 1965, 179—181. — 6. Сосновa П. БМЭ, 2-ое изд., 1958, т. 8, 551—566. — 7. Татевосов С. Р. Грязелечение. М., 1958. — 8. Vadi, V. Eesti tervismuda. Tartu, 1947.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

KORDUVA MUDARAVI TULEMUSTEST

HELVI KOPPEL
Kingissepa

UDK 615.838.7

Ravimudade kasutamise viis ja toime sõltuvad nende füüsikalis-keemilistest omadustest (1, 2, 3). Saaremaa Suurlahe muda erineb teistest Eesti NSV-s leiduvatest ravimudadest eeskätt rohke vee- ja orgaaniliste ainete sisalduse poolest. Nimetatud omaduse tõttu on kõnesolev muda halvasti kleepuv ja vähe plastiline. Seepärast on otstarbekas, et seda kasutataks vannidena, mitte aga mähistena, nagu mõnda anorgaanilisi aineid sisaldavat kõrge viskoossusega muda.

Saaremaal võeti mudavannid meditsiinipraktikasse juba 1824. aastal, kui Kihelkonnas asutati esimene Tsaari-Venemaa mudaravila. Teise maailmasõja ajal kõik Saaremaa mudaravilad hävisid, mistõttu hulk aastaid puudusid sealsete väärtuslike ravimudade kasutamise võimalused. 1965. aastal valmis Kingissepa rajooni «Mereranna» kolhoosi mudaravila.

Mainitud mudaravilas on kolme ravihooaja jooksul mudavanne antud peamiselt tugi- ja liikumiselundite haigusi põdevatele isikutele. Neile on seal tehtud 2280 ambulatoorset kuuri. Ravikuur koosnes 8 ... 30, enamasti 15-st värske täismuda üld- või poolvannist, mille temperatuur oli 38 ... 42° ning kestus 20 minutit. Protseduure tehti tavaliselt ülepäeviti, ainult mõnele düstroofilist artriiti ja spondüloartroosi põdevale haigele 2 ... 3 päeva järjest. Ravikuur kestis 15 ... 70, enamasti 35 päeva. Selle pikkust püüti reguleerida vastavalt haigusprotsessi iseärasustele. Mudaravi määramisel arvestati üldkehtivaid näidustusi ja vastunäidustusi.

Ravi tulemuste hindamiseks analüüsiti 143 haige haiguslugusid (kõik said kolm kuuri). 122 haigel korrati ravi 10 ... 14-kuulise ja 21-l 6 ... 7-kuulise vaheaja järel. Ravialuste hulgas oli 123 naist ja 20 meest 24 ... 79 aasta vanuses. Enamiku moodustasid vanemaealised (85% üle 45 aasta, 50% üle 65 aasta vanad). Haigete jaotumine diagnooside järgi on esitatud tabelis 1 ja 2.

Haiged talusid mudavanne üldiselt hästi. Mõnel neist tekkis pärast protseduuri (enamasti vannist tõusmisel) lühikest aega kestev peapööritus või südamepekslemine. Raskemaid vereringehäireid, mille tõttu ravikuur oleks tulnud katkestada, ei täheldatud ühelgi vaatlusalusel. Ravi vältel ilmnes haigetel vererõhu normaliseerumise tendents: suhteliselt kõrge vererõhk langes, madal vererõhk aga tõusis 5 ... 20 mmHg võrra, kusjuures pulsirõhk suurenes ligikaudu samavõrra. Haigete kehakaal muutus ravikuuri jooksul vähe — 63%-l haigetest jäi see muutumatuks või kõikus 1 kg piires.

Osal haigetest tekkis ravi ajal (enamasti viienda kuni kaheksanda mudavanni perioodil) balneoreaktsioon, mis kestis 2 ... 4 päeva (vt. tabel 1). Balneoreaktsiooni peeti tugevaks siis, kui samal ajal enesetunde halvenemisega tugevnesid valud haiguskoldes. Nendele lisandusid mitmed muud põletiku ägenemise kliinilised tunnused ja laboratoorsete näitajate muutused. Keskmise intensiivsusega balneoreaktsiooniks hinnati valusündroomi tugevnemist mõne päeva vältel. Veelgi lühiajalisemat valude tugevnemist, mida varajasemast valusündroomist alati ei õnnestunudki kindlalt eristada, peeti nõrgaks balneoreaktsiooniks. Üldiselt oli 10% tugevaid, 50% keskmisi ja 40% nõrku reaktsioone. Kõige sagedamini tekkis balneoreaktsioon reumatoidartriitide puhul (kuni 36%), enamasti protsessi I või II astme

Tabel 1

Balneoreaktsiooni intensiivsus ja esinemissagedus (haigete arv)

Haiguse nimetus	Haigete üldarv	I ravikuur				II ravikuur				III ravikuur			
		balneoreaktsioon											
		tugev	keskmine	nõrk	kokku	tugev	keskmine	nõrk	kokku	tugev	keskmine	nõrk	kokku
Polüartriit:													
a) reumaatiline	10	—	3	—	3	1	3	—	4	—	1	—	1
b) reumatoidne	39	4	5	5	14	—	8	1	9	1	3	5	9
c) düstroofiline	14	1	3	—	4	—	1	3	4	—	3	1	4
d) muud	22	—	3	2	5	—	1	3	4	1	2		3
Spondüloos ja spondüloartroos	21	2	2	2	6	—	—	1	1	—	—	1	1
Lumbosakraalne radikuliit	21	—	—	4	4	—	1	4	5	—	4	1	5
Polüneuralgia ja -artralgia	16	—	2	1	3	—	2	2	4	—	1	2	3

Tabel 2

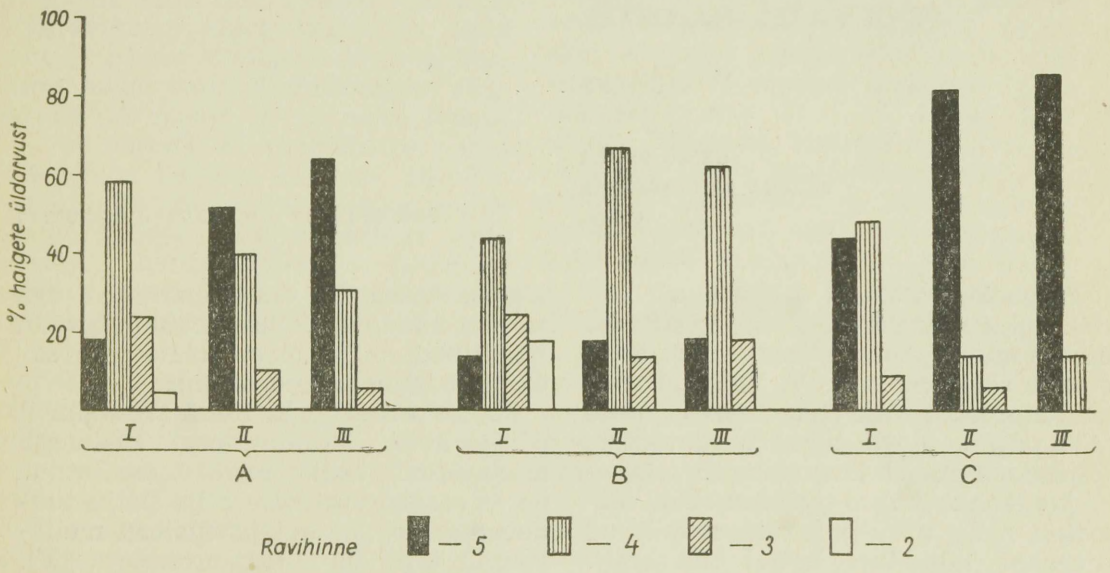
Mudaravi tulemused (haigete arv)

Haiguse nimetus	Haigete üldarv	I ravikuur				II ravikuur				III ravikuur			
		ravi hinne											
		5	4	3	2	5	4	3	2	5	4	3	2
Polüartriit:													
a) reumaatiline	10	1	7	2	—	6	3	1	—	7	2	1	—
b) reumatoidne	39	7	22	9	1	21	15	4	—	25	12	2	—
c) düstroofiline	14	—	11	2	1	5	7	2	—	8	5	1	—
d) muud	22	6	12	3	1	15	6	1	—	17	5	—	—
Spondüloos ja spondüloartroos	21	3	9	5	4	4	14	3	—	4	13	4	—
Lumbosakraalne radikuliit	21	9	10	2	—	17	3	1	—	18	3	—	—
Polüneuralgia ja -artralgia	16	3	12	1	—	11	5	—	—	14	2	—	—

aktiivsuse korral. Kuuride kordamisel ilmnes balneoreaktsioonide nõrgenemise tendents. Nii tekkis esimese ravikuuri puhul keskmiselt 27%-l, teise kuuri ajal 23%-l ja kolmanda kuuri kestel 21%-l haigetest erineva intensiivsusega balneoreaktsioon.

Raviefekti hinnati haige kaebuste, tugi- ja liikumiselundite objektiivsete muutuste ning mõnede laboratoorsete andmete (kliinilise vereanalüüsi) alusel. Ravi tulemuste üle otsustati viiepallilise süsteemi järgi: tunduv paranemine — 5, paranemine — 4, vähene paranemine — 3, muutuseta — 2 ja halvenemine — 1.

Juba esimese kuuriga õnnestus saada küllaltki häid tulemusi (93...100%) polüartriitide, lumbosakraalsete radikuliitide ja polüneuralgiate korral. Spondüloosi põdevatel haigetel jäid esimese kuuri tulemused tagasihoidlikumaks. Kui kuuri korrati, suurenes tunduvalt paranenute arv kõigis haigusrühmades peale spondüloosihaigete, kellest pärast kolme ravikuuri paranes tunduvalt vaid $^1/_5$. Enamik viimati nimetatud haigetest vajab kuuride kordamist kombinatsioonis muude ravimenetlustega. Polüartriitide puhul kulges paranemisprotsess ravikuuride kordamisel kõikidel haigetel üksteisega peaaegu analoogiliselt. Nim-



Joonis. Ravi tulemuste struktuuri sõltuvus kuuride arvust reumatoidartriiti (A), deformeeruvat spondüloosi (B) ja lumbosakraalset radikuliiti (C) põdevail haigeil (kuurid on märgistatud rooma numbritega)

me-ristluu radikuliiti põdevad haiged paranesid enamasti tunduvalt juba kahe ravikuuri mõjul (vt. tabel 2 ja joonis).

Ravi tulemused kuuride vaheajast oluliselt ei sõltunud, ainult reumatoidartriiti põdevatel haigetel oli tunduv paranemine teise kuuri järel 6...7-kuulise vaheaja puhul mõnevõrra suurem kui 12-kuulise vaheaja korral (vastavalt 80 ja 65%).

Esitatud andmetest nähtub, et Suurlahe muda vanne taluvad haiged hästi ning need mõjuvad soodsalt tugi- ja liikumiselundite haiguste puhul.

РЕЗЮМЕ. С 1965 года в грязелечебнице колхоза «Мереранна» проводят сезонное амбулаторное грязелечение общими ваннами из цельной грязи залива Суурлахт (остров Сааремаа). Температура грязевых процедур от 38 до 42°, продолжительность — 20 минут. Курс лечения состоял из 8...30 процедур. В течение 3 сезонов было отпущено 2280 курсов грязелечения в основном больным с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. 143 больных получили три курса с перерывом от 6 до 14 месяцев. Возраст больных был 24...79 лет. Переносимость процедур — хорошая. В ходе лечения у 5...36% больных (в зависимости от заболевания) возникла бальнеореакция, в большинстве случаев средней и легкой интенсивностей. Уже после первого курса грязелечения сравнительно хорошие результаты (в 93...100% случаев) были получены у больных, страдающих полиартритами, пояснично-крестцовыми радикулитами, полиневралгиями и артральгиями. При повторных курсах грязелечения число больных со значительным улучшением и улучшением еще возросло, однако, этого не отмечалось у больных со спондилоартрозами — у них к концу лечения состояние значительно улучшилось только в 19% случаев.

Данные исследований указывают на сравнительно высокую эффективность лечения больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата общими ваннами из суурлахтской грязи.

KIRJANDUS: 1. Еременко Ф. И. В кн.: Материалы Всесоюзного съезда физиотерапевтов и курортологов. Баку, 1965, 181—182. — 2. Невструева В. С. и др. Там же, 179—181.—3. Vadi, V. Eesti tervismuda. Tartu, 1947.

Kingissepa rajooni
«Mereranna» kolhoosi
mudaravila

HAAPSALU MEREMUDA TOIMEST ARTERIAALSESSE RÕHKU REUMAT JA REUMATOIDARTRIITI PÕDEVATEL HAIGETEL

ÜLO LEPP
Tartu

HEINU PÕDER
JELENA ŠAHHOVSKAJA
Pärnu

UDK 615.838.7 : 616-002.77 : 616.72-002.77

Balneoloogia-alases kirjanduses leidub hulgaliselt uurimusi, mis käsitlevad mudavannide toimel tekkivaid arteriaalse rõhu muutusi. V. Vadi (9) andmeil süstoolne rõhk termoindiferentsete täismudakümbluste algul veidi tõuseb, hiljem aga ilmneb langustendents. Diastoolne rõhk langeb rohkem kui süstoolne, mille tõttu pulsirõhu amplituud suureneb kümbluse kestel tunduvalt. Kuuma mudakümbluse vältel süstoolne rõhk pärast vaevalt märgatavat initsiaalset tõusu kas langeb või jääb esialgsele tasemele, diastoolne rõhk aga langeb tunduvalt. Suureneb pulsirõhu amplituud, mille alusel oletatakse südame löögimahu suurenemist.

H. Gutmanni ja L. Hessi (7) andmeil põhjustavad 30-minutilise kestusega mudavannid, milles muda temperatuur on 42...45°, süstoolse rõhu palju tunduvama languse kui jahedamad mudavannid (muda temperatuur 38°). H. Schneideri (8) tähelepanekuil langeb süstoolne rõhk normaalse vererõhu puhul keskmiselt 9,4 mmHg, kõrgene-

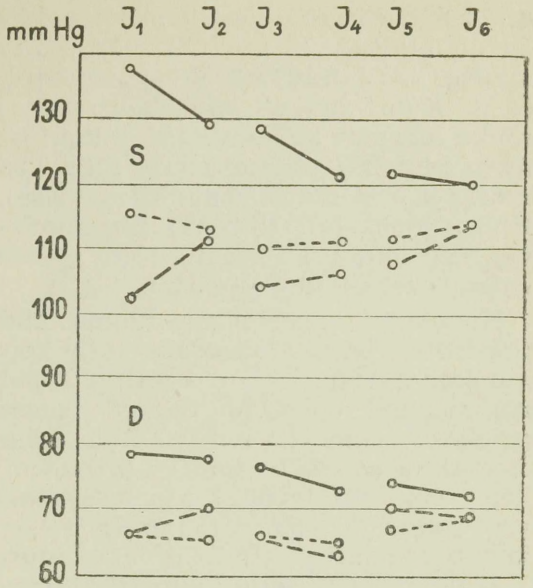
nud vererõhu juhtudel aga keskmiselt 30,4 mmHg võrra (muda temperatuur 42 ... 43°).

Mudaaplikatsioonide toimet arteriaalse rõhu muutustesse on vähem uuritud. E. Donskaja-Voronina (3), kes jälgis paiksete mudaaplikatsioonide (46 ... 49°, 15 minutit) mõju haigete arteriaalsele rõhule, tuleb järeldusele, et see ei põhjusta südame ja veresoonkonna talitluse nihkeid.

Pulsirõhu muutuste kohta mudaravi ajal leidub balneoloogia-alases kirjanduses väga erinevaid andmeid. Nii täheldasid S. Nalbandov ja E. Gliksberg (5) ning A. Simonov (6) mudaaplikatsioonide puhul (38°, 30 minutit) pulsirõhu langust. G. Zalesski (4) järgi võib pulsirõhk pärast mudavanni (39 ... 41°, 15 minutit) osal haigetest tõusta, teistel langeda või jääda muutumatuks. A. Berinskaja (2) konstateeris pärast mudaaplikatsioone ebaolulisi pulsirõhu muutusi. Mudaravikuuri vältel ilmnes haigetel tendents pulsirõhu tõusuks. Kuid sageli langes pulsirõhk kompenseeritud klapirikete puhul.

Käesoleva töö ülesandeks oli selgitada, kuidas mudaaplikatsioonid mõjutavad reumat ja reumatoidartriiti põdevate haigete arteriaalset rõhku, ning näidata toime erinevusi ravikuuri eri etappidel. Arteriaalne rõhk määrati Riva-Rocci sfügmomanomeetri abil 63 reumahaigel ja 35 reumatoidartriiti põdeval haigel. Seda tehti vasakul õlavarrel mudaravikuuri algul, keskel ja lõpul (enne ja pärast mudaprotseduuri), kusjuures haige istus. Reumahaigete rühmas oli 20 meest ja 43 naist (vanus 16 ... 68 aastat). 47 reumahaige puhul oli tegemist haiguse südame-, 16-l liigesevormiga. 25 haigel kaasnes reuma südamevormiga kompenseeritud mitraalrike. Reumatoidartriiti põdevate haigete rühma kuulus 35 isikut (13 meest ja 22 naist), kes olid 23 ... 54 aastat vanad.

Ravikuur kestis sanatooriumis 25 ... 26 päeva. Mudaaplikatsioonid vaheldusid indiferentsel temperatuuril tehtavate merevee- või männiekstrakti ja soola vannidega. Tugeva balneoreaktsiooni vältimise eesmärgil määrasime keskmise intensiivsusega mudaravi (1). Ordineerisime kas üldisi või osalisi aplikatsioone (muda temperatuur 40 ... 42°, aplikatsiooni kestus 15 minutit).



Joonis 1. Lähtenivoost sõltuvad arteriaalse rõhu muutused reumahaigetel mudaravikuuri vältel

Vererõhu lähtenivoo: ⩾ 130 mm Hg ———
110 ... 129 mm Hg .....
⩽ 109 mm Hg ------

S — süstoolne rõhk, D — diastoolne rõhk; J_1, J_3, J_5 — ravikuuri algul, keskel ja lõpul; J_2, J_4, J_6 — ravikuuri algul, keskel ja lõpul (vahetult pärast mudaprotseduuri)

Reuma südamevormiga haigetele anti mudaaplikatsioone tavaliselt ülepäeviti. Enamasti 2 päeva järjest määrati neid reumatoidartriiti põdevatele haigetele ja reuma liigesevormiga haigetele. Seega said viimased mudaaplikatsioone rohkem. 25 ... 26-päevase ravikuuri kohta tuli keskmiselt 11 ... 12 mudaprotseduuri. Rühmade ühtlustamiseks arvasime nn. pikad mudapüksid (muda on asetatud alajäsemete ja nimme-ristluu piirkonda) osaliste aplikatsioonide hulka, kuid pikad mudapüksid, mille puhul muda on pandud ka ülajäsemetele, üldiste aplikatsioonide hulka.

Mudaravi toime hindamisel jaotasime nii reumat kui ka reumatoidartriiti põdevad haiged kolme rühma. Rühmas, kus süstoolne rõhk oli 130 mmHg või enam, oli 16 reumat ja 10 reumatoidartriiti põdevat haiget; kui rõhk ulatus 110 ... 129 mmHg-ni, olid vastavad arvud 37 ja 21 ning kuni 110 mmHg korral 10 ja 3.

Reumahaigetel, kellel süstoolse rõhu algnivoo oli 130 mmHg või rohkem, lan-

ges rõhk pärast esimest mudaprotseduuri olulisel määral ($J_1 = 138 \pm 5{,}10$ mmHg ja $J_2 = 129 \pm 6{,}80$ mmHg; $p < 0{,}05$). Kuuri keskel protseduuri vererõhku langetav toime nõrgenes, kuid jäi siiski küllaltki oluliseks ($J_3 = 129 \pm 6{,}80$ mmHg ja $J_4 = 121 \pm 7{,}80$ mmHg; $p < 0{,}05$). Kuuri lõpul (vt. joon. 1) nimetamisväärseid muutusi süstoolse rõhu nivoos enam ei tekkinud (J_5 ja J_6; $p > 0{,}05$).

Nimetatud reumahaigete rühmas olid protseduurijärgsed diastoolse rõhu kõikumised mudaravi algul, keskel ja lõpul minimaalsed ($p > 0{,}05$). Samuti langes pulsirõhk reumahaigetel, kellel süstoolse rõhu algnivoo oli 130 mmHg või rohkem, kõige suuremal määral pärast esimest protseduuri ($J_1 = 59 \pm 6{,}46$ mmHg ja $J_2 = 51 \pm 9{,}52$ mmHg; $p > 0{,}05$). Ravikuuri keskel mudaprotseduuri pulsirõhku langetav toime nõrgenes ja ravikuuri lõpul tehtud protseduurid pulsirõhu muutusi enam ei põhjustanud. Kui võrrelda sellesse rühma kuuluvate reumahaigete süstoolse rõhu keskmisi väärtusi ravikuuri keskel selle lähteväärtustega, ilmnes selgesti mudaravi vererõhku langetav toime (J_1 ja J_3; $p < 0{,}05$). Kuuri teisel poolel jätkus süstoolse rõhu langus juba vähemal määral (J_3 ja J_5; $p > 0{,}05$).

Nimetatud haigete rühmal langes diastoolne rõhk mudaravikuuri esimesel poolel minimaalselt. Langustendents (vt. joon. 1) jäi püsima ka kuuri teisel poolel ($J_1 = 79 \pm 5{,}10$ mmHg ja $J_5 = 74 \pm 3{,}40$ mmHg; $p > 0{,}05$). Kuuri keskel täheldasime reumahaigete rühmas pulsirõhu langust, võrreldes pulsirõhu algväärtustega ($J_1 = 59 \pm 6{,}46$ mmHg ja $J_3 = 52 \pm 4{,}08$ mmHg; $p < 0{,}05$). Kuuri teisel poolel (vt. joon. 1) langes pulsirõhk vähemal määral (J_3 ja J_5; $p > 0{,}05$).

Reumatoidartriiti põdevatel haigetel, kellel süstoolne rõhk oli 130 mmHg või rohkem, täheldasime (analoogiliselt reumahaigetega) mudaravikuuri keskel süstoolse rõhu olulist langust ($J_1 = 137 \pm 7{,}89$ mmHg ja $J_3 = 124 \pm 8{,}82$ mmHg; $p < 0{,}05$), kusjuures see ravikuuri teisel poolel oli minimaalne [($p > 0{,}05$) (vt. joon. 2)]. Mainitud rühma kuuluvate reumatoidartriiti põdevate haigete diastoolne rõhk mudaravikuuri keskel olulisel määral ei langenud ($p > 0{,}05$), kuuri lõpuks ilmnes langus selgemini ($J_1 = 78 \pm 4{,}64$ mmHg ja $J_5 = 71 \pm 7{,}89$ mmHg; $p > 0{,}05$).

Ka pulsirõhk langes nendel reumatoidartriiti põdevatel haigetel ravikuuri esimesel poolel ($J_1 = 59 \pm 6{,}96$ mmHg ja $J_3 = 49 \pm 6{,}96$; $p < 0{,}05$). Kuuri teisel poolel pulsirõhu edasist langust ei ilmnenud, vaid tekkis koguni minimaalne tõusutendents (vt. joon. 2).

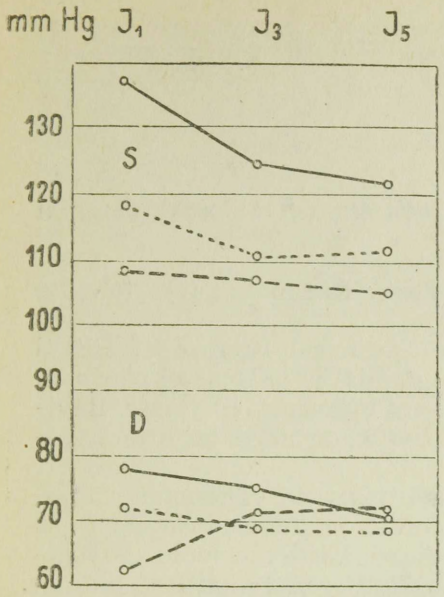
Reumahaigetel, kellel süstoolse rõhu nivoo oli kuni 110 mmHg, täheldasime esimese mudaprotseduuri järel süstoolse rõhu tõusutendentsi ($J_1 = 103 \pm 2{,}34$ ja $J_2 = 112 \pm 16{,}41$ mmHg; $p > 0{,}05$). Ravikuuri keskel ja lõpul mudaprotseduuri süstoolset rõhku tõstev toime nõrgenes (vt. joon. 1). Diastoolse rõhu kõikumised ei olnud nendel haigetel kindlapiirilised. Samade haigete pulsirõhul oli tendents tõusta nii ravikuuri algul, keskel kui ka lõpul. Süstoolne rõhk tõusis ravikuuri vältel veidi ($p > 0{,}05$), diastoolse rõhu ja pulsirõhu kõikumised aga olid minimaalsed.

Reumatoidartriiti põdevatel haigetel, kellel süstoolse rõhu nivoo oli kuni 110 mmHg, ei ilmnenud mudaravikuuri vältel märgatavaid nihkeid. Diastoolne rõhk tõusis ravikuuri kestel vähesel määral ($J_1 = 63 \pm 7{,}73$ mmHg ja $J_3 = 71 \pm 13{,}91$ mmHg; $p > 0{,}05$), kuid ravikuuri teisel poolel oluliselt enam ei muutunud. Selle rühma haigete pulsirõhus mudaravikuuri jooksul reeglipäraseid muutusi ei ilmnenud.

Reumahaigetel, kellel süstoolse rõhu algnivoo oli 110 . . . 129 mmHg, täheldasime pärast esimest mudaprotseduuri ainult süstoolse rõhu vähest langustendentsi ($p > 0{,}05$), hiljem jäi rõhu tase muutumatuks. Mainitud haigete-rühma diastoolse rõhu ja pulsirõhu muutused olid mudaravikuuri vältel samuti minimaalsed (vt. joon. 1).

Reumatoidartriiti põdevatel haigetel, kellel süstoolse rõhu algnivoo oli 110 . . . 129 mmHg, langes süstoolne rõhk mudaravikuuri esimesel poolel märgatavalt ($J_1 = 118 \pm 2{,}47$ mmHg ja $J_3 = 111 \pm 5{,}98$ mmHg; $p < 0{,}05$). Ravikuuri teisel poolel edasist langust ei ilmnenud (vt. joon. 2). Nii diastoolse rõhu kui ka pulsirõhu muutused selles rühmas olid ravikuuri vältel minimaalsed.

Kompenseeritud südameriketega reumahaigete (25 haiget) arteriaalse rõhu algnivoo oli keskmiselt 120/72 mmHg ja pulsirõhk 48 mmHg. Mudaravi kuuri esimesel poolel täheldasime neil haigeil



Joonis 2. Lähtenivoost sõltuvad arteriaalse rõhu muutused reumatoidartriiti põdevatel haigetel mudaravikuuri vältel

Vererõhu lähtenivoo: ⩾ 130 mm Hg ———
110 ... 129 mm Hg ....
⩽ 109 mm Hg ------

S — süstoolne rõhk, D — diastoolne rõhk; J_1, J_3, J_5 — ravikuuri algul, keskel ja lõpul (vahetult pärast mudaprotseduuri)

nii süstoolse kui ka diastoolse rõhu langustendentsi. Vastavalt langes ka pulsirõhk. Ravikuuri teisel poolel jäi arteriaalne rõhk muutumatuks.

Järeldused

1. Keskmise intensiivsusega mudaravi korral avaldavad 15 minutit vältavad osalised või üldaplikatsioonid (muda temperatuur 40 ... 42°) reumat ja reumatoidartriiti põdevatele haigetele arteriaalset rõhku normaliseerivat mõju.

2. Esimesed mudaaplikatsioonid põhjustavad süstoolse ja diastoolse arteriaalse rõhu ning pulsirõhu märgatavaid muutusi. Protseduuri mõju arteriaalsele rõhule mudaravikuuri jooksul nõrgeneb.

3. Kompenseeritud südameriketega reumahaigetel ei põhjusta keskmise intensiivsusega mudaravi arteriaalses rõhus olulisi muutusi.

РЕЗЮМЕ. Авторами проводилось исследование воздействия лечебных грязевых аппликаций на уровень артериального кровяного давления у 63 больных ревматизмом и 35 больных ревматоидным артритом в начале, в середине и в конце лечебного курса перед и после грязевой процедуры.

На основании проведенных исследований сделаны следующие выводы:

1. Применение частичных или общих аппликаций при умеренной интенсивности грязелечения (температурой 40 ... 42°, 15 мин.) оказывает нормализующее действие на артериальное кровяное давление у больных ревматизмом и ревматоидным артритом.

2. Первые грязевые аппликации обусловливают заметные изменения систолического и диастолического артериального давления и пульсового давления. При продолжении курса грязелечения действие грязевой процедуры на кровяное давление ослабевает.

3. У больных компенсированным митральным пороком грязелечение средней интенсивности заметного действия на уровень кровяного давления не оказывает.

KIRJANDUS: 1. Беленький М. С. Методика курортного грязелечения. Киев, 1963. — 2. Беринская А. Н. В кн.: Сибирская конференция по курортному делу и физиотерапии. Труды, 1950, 1, 125—138. — 3. Донская-Воронина Е. В кн.: Сб. трудов Иркутского областного физиотерапевт. ин-та, Иркутск, 1942, 2, 73—76. — 4. Залесский Г. Д. В кн.: Труды Омского мед. ин-та, Омск, 1944, 8, 259—290. — 5. Налбандов С. С., Гликсберг Е. С. В кн.: Труды Всеукраинского ин-та курортологии и бальнеологии, т. 2, 1933, 212—216. — 6. Симонов А. И. Влияние грязевых аппликаций различных температур на сердечно-сосудистую систему. Свердловск, 1937. — 7. Gutmann, H., Hess, L. Forsch. Ther., 1932, 8, S. 656—661. — 8. Schneider, H. Z. phys. Therapie, 1932, 42, 236—246. — 9. Vadi, V. Eesti tervismuda. Tartu, 1947.

Tartu Riiklik Ülikool
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut
Pärnu sanatoorium «Sõprus»

REUMAHAIGETE LASTE RAVI HUMISOOLIGA

VIRVE SUI
LEIDA KÕPMAN
JUTA TOMINGAS
Tallinn

UDK 615.838.7 : 616-002.77 : 614.253.81

Tallinna Linna I Lastehaiglas on mudapreparaat humisooliga ravitud 30 reumahaiget last, kel haigus oli inaktiivses faasis. Neist 21 viibis ravil pärast esimest ja 9 pärast korduvat reumahoogu. Kõikidel esines vereringe puudulikkuse nähtudeta reumaatiline südame kahjustus.

Haiguse kliiniliste sümptoomide järgi jaotati haiged järgmiselt: müokardiidi jääknähud ja polüartriidi järelseisund 15 juhul, endomüokardiidi jääknähud ja polüartriidi järelseisund 10 juhul (neist 3 südamerikkega), müokardiidi ja tantstõve jääknähud ning polüartriidi järelseisund 5 juhul. Ravile saabunud lapsed kaebasid halba meeleolu, kerget väsimust, unehäireid ja isupuudust, paljud ka pea- ja liigesevalu.

Peale harilike laboratoorsete uuringute ja igapäevase kliinilise jälgimise tegime ka mõned eriuuringud. Enne ravi algust ja ravi ajal (üks kord nädalas) määrati S. Afinogenova (2) modifitseeritud J. Drekteri meetodil [lisavärvainete eemaldamiseks kasutati I. Abelini (4) valemit] 17-ketosteroidide hulk ja R. Silberi-C. Porteri (3) meetodil oksükortikosteroidide hulk ööpäeva jooksul eritatud uriinis. Mõõdeti mõlema nimetissõrme ja suurvarba naha temperatuuri ning määrati nende higieritus Mištšuki aparaadi abil enne ravi algust ning esimese ja kolmanda ravinädala lõpul. Samal ajal uuriti soojas (45°) ja jahedas (15°) käevannis esilekutsutud termorefleksi (5), samuti kõrgemat närvitegevust Anfimovi (1) tabelite järgi.

Esimesel ja teisel ravipäeval süstiti 0,5 ml, kolmandal ja järgmistel päevadel iga päev 1 ml humisooli lihasesse. Ravikuur koosnes keskmiselt 20 injektsioonist.

Kaebused hakkasid vähenema esimesel ravinädalal ja kadusid ravi lõpuks peaaegu täiesti. Laste meeleolu ja söögiisu paranesid ning nad muutusid aktiivsemaks. Tantstõve sümptoomide korral vähenes emotsionaalne labiilsus ning nõrgenesid hüperkineesid näo ja jäsemete piirkonnas.

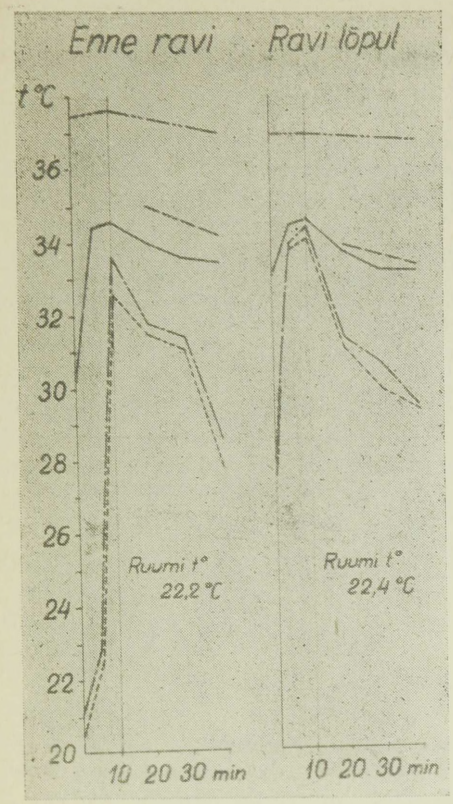
Ravi vältel muutusid näitajad järgmiselt. Enne ravi oli SR 22 lapsel kuni 10 mm ühes tunnis ja 8-l 11 . . . 19 mm ühes tunnis. Esimesel ravinädalal SR enamikul juhtudest kiirenes mõne millimeetri, kõige rohkem 12 mm võrra, kuid ravi lõpuks aeglustus ja saavutas peaaegu lähteväärtuse.

70%-l ravilesaabunud ja 30%-l ravilt lahkunud lastest eritus 17-ketosteroide normist vähem. 8 . . . 12-aastastel eritus neid enne ravi (keskmiselt) 1,7 ± 1,3 mg ja ravi lõpul 2,7 ± 1,1 mg ööpäevas, 13 . . . 15-aastastel olid vastavad arvud 3,0 ± 1,3 mg ja 4,4 ± 2,3 mg ööpäevas [1]. Oksükortikosteroidide eritumine oli normis või ainult mõnel juhul suurenenud: enne ravi 3,6 ± 1,6 mg ja ravi

[1] Meie andmeil eritub tervetel 9 . . . 10-aastastel lastel 2,0 ± 0,7 mg ja 13 . . . 15-aastastel 7,2 ± 1,5 mg 17-ketosteroide ööpäevas.

Sõrmede ja varvaste keskmine naha temperatuur

	Enne ravi		I ravinädalal		Ravi lõpul	
	M ± m	δ	M ± m	δ	M ± m	δ
Vanni asetatava käe sõrmel	28,1 ± 0,9	4,8	30,4 ± 0,8	4,2	32,5 ± 0,5	2,4
Teise käe vastaval sõrmel	27,7 ± 0,9	5,0	30,1 ± 0,8	4,3	31,9 ± 0,5	2,7
Parema jala suurvarbal	22,9 ± 0,6	3,2	23,2 ± 0,8	4,2	26,3 ± 0,9	4,7
Vasaku jala suurvarbal	22,7 ± 0,7	3,6	23,5 ± 0,8	3,9	26,0 ± 0,9	4,6



Joonis 1. Vello V. termorefleks 10 minutit kestnud soojale käevannile (joonisel märgistatud tulbana)

—..— aksillaarne temperatuur
——— parema nimetissõrme temperatuur
— — vasaku nimetissõrme temperatuur
—.— parema suurvarba temperatuur
---- vasaku suurvarba temperatuur

lõpul 4,2±1,3 mg ööpäevas [2]. Toodud andmed viitavad neerupealiste koore funktsionaalse aktiivsuse suurenemisele.

Enne ravi oli temperatuur nimetissõrmede volaarpinnal 16-l ja suurvarvaste plantaarpinnal 25 juhul alla normi [3]. Ravi lõpul olid normaalsetest jahedamad ainult 2 lapse nimetissõrmed ja 12 lapse suurvarbad. Tabelis on toodud nahatemperatuuri dünaamika ravi vältel.

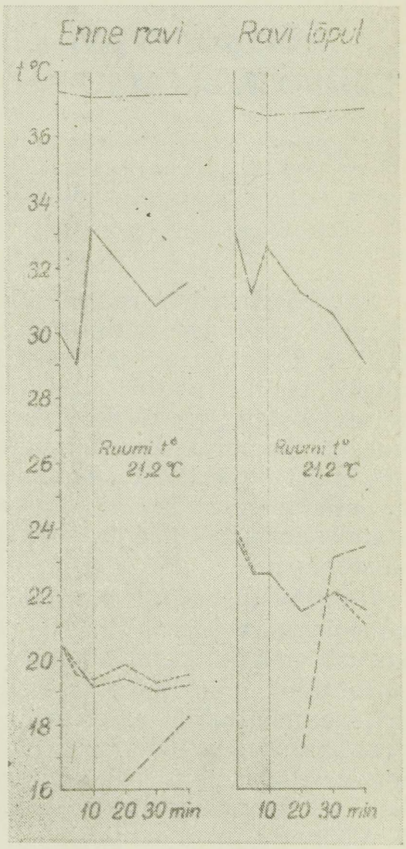
Peale nahatemperatuuri normaliseerumise avaldus termoregulatsiooni paranemine paljudel juhtudel ka termorefleksi kiirenemises ja mõnel nahatemperatuuri asümmeetria kadumises.

Tüüpilised termorefleksi muutused on esitatud joonisel 1 ja 2. Nagu jooniselt 1 nähtub, Vello V. sõrmede ja varvaste naha temperatuur ravi vältel tõusis ning varvaste termorefleks kiirenes. Jooniselt 2 selgub, et ravi vältel tõusis ka Reet K. sõrmede ja varvaste naha temperatuur, kusjuures jahutatud sõrm soojenes tunduvalt kiiremini.

Sõrmede ja varvaste rohke higieritus (nahatakistus galvaani voolu suhtes alla 30 kΩ) vähenes ravi toimel.

20 lapse uurimisel kasutati korrektuurtabeleid. Korrektuurteste hakati kiiremini täitma, mis oli eriti märgatav raskemate ülesannete puhul (vigade arv vähenes, töötempo üksikutel minutitel ühtlustus). Nende muutuste järgi võib oletada erutus- ja pidurdusprotsesside tasakaalustumist, mis avalduski vaimse töö võime tõusus.

Ravi ajal täheldati liigesevalude ajutist ägenemist kahel, suurenenud unisust ühel ja kehatemperatuuri tõusu 38°-ni ühel lapsel.



Joonis 2. Reet K. termorefleks 10 minutit kestnud jahedale käevannile. Tingmärgid vt. joonis 1

[2] Tervetel lastel eritub 3,9+1,1 mg oksükortikosteroide ööpäevas.

[3] Tervetel lastel on nimetissõrmede volaarpinna temperatuur 29...34° ja suurvarvaste plantaarpinna temperatuur 26...32° (5).

Laste kliinilise seisundi ja uurimiste alusel hindasime paranemise heaks 27 juhul. Ühel juhul märgatavaid muutusi ei ilmnenud ja kahel juhul tuli ravi katkestada kaasneva haiguse (ühel angiini, teisel gripi) tõttu. Seega on mudaravi vajavaid reumahaigeid lapsi mudapreparaat humisooliga võimalik ravida väljaspool kuurorti.

РЕЗЮМЕ. В I Таллинской городской детской больнице грязевым препаратом гумизоль лечили 30 детей с неактивной фазой ревматизма. Из них 21 были после первой и 9 — после повторной ревматической атаки, причем у всех детей было ревматическое поражение сердца без явлений недостаточности кровообращения.

Курс лечения в среднем состоял из 20 инъекций гумизоля внутримышечно, причем в первый и второй день лечения вводили 0,5 мл, а в последующие дни по 1 мл. На основании состояния детей и клинических исследований хороший лечебный эффект был отмечен у 27 детей. Уменьшились жалобы, улучшилось общее состояние пациентов, в ходе лечения было также отмечено повышение функциональной активности коры надпочечников, нормализация температуры и функций высшей нервной деятельности.

Курсы лечения гумизолем можно рекомендовать в качестве этапного лечения детей, больных ревматизмом.

KIRJANDUS: 1. Анфимов, цит. по Фадеевой В. К. В кн.: Методика экспериментального исследования высшей нервной деятельности человека. М., 1960, 168—179. — 2. Афиногенова С. А. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1955, 5, 105—112. — 3. Юдаев Н. А. Химические методы определения стероидных гормонов в биологических жидкостях. М., 1961. — 4. Abelin, I. Spezielle klinisch-chemische Methoden. Bern und Stuttgart, 1952. — 5. Sui, V. ENSV TA Toimetised. Biol. seeria, 1965, 4, 587—593.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tallinna Linna I Lastehaigla

HUMISOOLRAVI KOGEMUSI LUMBOSAKRAALSE RADIKULIIDI PUHUL

MIHKEL ROOSAARE

Pärnu

UDK 615.838.7 : 616.833-002-031.63

Lumbosakraalset radikuliiti põdevate haigete ravimist humisooliga alustati 1958. a. sügisel, s. o. ajal, mil täiesti puudusid andmed nimetatud preparaadi toime kohta perifeerse närvisüsteemi kahjustuse puhul. Raviti kokku 125 haiget, neist 70 haiguse ägenemisperioodil ambulatoorselt ja 55 vaibeperioodil statsionaarselt Pärnu sanatooriumis «Estonia».

Haigete uurimisel kasutati tavaliste neuroloogiliste ja kliiniliste meetodite kõrval veel järgmisi täiendavaid uurimisvõtteid: naha termomeetria ja higierituse mõõtmine, arteriaalne ostsillograafia, kronaksimeetria ja elektromüotonomeetria. Põhilised andmed töötati läbi elektronarvutil «Ural 2» dotsent L. Võhandu juhendamisel.

Ravialuste vanus oli 17 . . . 61, keskmiselt 34 aastat; haiguse kestus 1 . . . 41, keskmiselt 8 aastat. Anamneesi ja kliiniliste andmete alusel oli 70%-l ravialustest haiguse etiopatogeneetiliseks teguriks lülidevaheliste diskuste kahjustus. Suurel enamikul neist oli võimalik määrata ka lülidevaheliste diskuste haiguslike muutuste staadium.

Ravile pöördumisel kaebasid ambulatoorselt ravitavatest enam kui pooled ja statsionaarselt ravitavatest üks kolmandik pidevaid spontaanseid valusid nimme-ristluu piirkonnas ning alajäsemeis. Kõikidel esinesid neuroloogilised ärajäämanähud, valdaval enamikul leidsime ka perifeerse vegetatiivse närvisüsteemi ja neuromuskulaarse aparaadi kahjustuse tunnuseid.

Humisooli süstiti lihasesse 1,0 . . . 2,0 ml iga päev või ülepäeviti, ravikuuri vältel kokku 12 . . . 40 ml, keskmiselt 22 ml. Ambulatoorselt kasutati ainult humisoolravi. Kuuri vältel olid haiged vabastatud kutsetööst. Enamikule haig-

laravil viibijaist määrati veel ravikehakultuuri harjutusi ja väikesele osale ka käsimassaaži.

Suurel osal ravialustest võis juba pärast esimesi humisoolisüsteid täheldada küllaltki ilmekat valuvaigistavat toimet. Samal ajal neuroloogilised ärajäämanähud püsisid.

Ägenemisperioodil ravitud (ambulatoorselt) haigetest 67%-l ja vaibeperioodil ravitud (sanatoorselt) haigetest 44%-l tekkis pärast teist kuni viiendat humisoolisüstet (vähesel osal juhtudest ka hiljem) ägenemisreaktsioon: paiksed valud nimme-ristluu piirkonnas ja alajäsemeis tugevnesid, osal juhtudest tekkisid valud veel liigestes ja lihastes, samuti väsimus ja roidumus ning unisus. Ägenemisreaktsioon kestis tavaliselt 3 . . . 5 päeva ja ei olnud ühelgi juhul nii tugev, et oleks tekkinud vajadus ravi kas või ajutiseltki katkestada.

Ravikuuri lõpetamisel ambulatoorselt ravituist 11-l (16%) ja sanatoorselt ravituist 13-l (24%) kaebused ja neuroloogilised ärajäämanähud puudusid täiesti või esines ainult üksikuid jääknähte. Vastavalt 47 (67%) ja 38 (69%) ravialusel olid kaebused ja neuroloogilised ärajäämanähud kas märgatavalt vähenenud või osaliselt kadunud. Ambulatoorselt ravitavatest 12-l (17%) ja statsionaarselt ravitavatest haigetest 4-l (7%) seisund ravieelsega võrreldes muutus vähe. Samal ajal kadusid perifeerse vegetatiivse närvisüsteemi kahjustused täiesti ainult väikesel osal uuritavatest, kuigi paljudel juhtudel võis täheldada nende kahjustuste vähenemist.

Valdaval enamikul termomeetriliselt uuritud haigetest alajäsemete naha temperatuuri näitajad, mis enne ravi olid olnud alla normi või normi alumise piiri lähedal, suurenesid ravi vältel märgatavalt ja ravi lõpul ületasid ravieelsed väärtused olulisel määral. Nahatemperatuuri tõus ei olenenud ravi tulemustest. Olulisel enamikul uuritavatest suurenes ravi vältel märgatavalt ka ostsillograafiaindeks, eriti ülajäsemeil, kusjuures suurenemine oli teatavais piires võrdeline haigele ravikuuriks manustatud humisooli koguhulgaga. Võib järeldada, et humisoolil on perifeerseid veresooni laiendav toime.

Käesoleva töö raames huvitas eriti küsimus, millistest teguritest olenevad humisoolravi tulemused. Selgus, et ägenemisperioodil ambulatoorselt ravitud haigete ravi tulemusi mõjutas kõige enam ägenemisreaktsioon. Viimase olemasolul olid tulemused tunduvalt halvemad. Need sõltusid veel haigete vanusest ja haiguse kestusest: 40. eluaastani ja sel juhul, kui haigus oli kestnud kuni 5 aastat, olid ravi tulemused oluliselt paremad kui eakamatel patsientidel ning haiguse pikema kestuse korral. Mittediskogeenset radikuliiti põdevatel isikutel olid need paremad kui diskogeenset radikuliiti põdevatel isikutel. Ägenemisreaktsiooni esinemissagedus omakorda oli suhteliselt suurem: 1) füüsilist tööd tegevatel ravialustel; 2) kevadel; 3) lülidevahelise diskuse patoloogia II staadiumi korral. Paralleelselt haigete eluea kasvuga suurenes ka ägenemisreaktsiooni sagedus.

Vaibeperioodil mõjutas ägenemisreaktsioon ainult nende sanatooriumis statsionaarselt ravitud haigete ravi tulemusi, kellel haigus oli kestnud vähem kui 5 aastat. Kui haigus oli kestnud kauem, olid ravi tulemused ägenemisreaktsiooni olemasolul isegi mõnevõrra paremad. Ägenemisreaktsiooni esinemissagedust mõjutasid mitmesugused tegurid vähem kui ambulatoorselt ravitud haigetel. Siiski täheldati reaktsiooni sagedamini sügisel ja talvel kui kevadel ja suvel, füüsilise töö tegijail sagedamini kui teenistujail.

Kõikidel haigetel olenesid ravi tulemused veel kuuri vältel kasutatud humisooli koguhulgast — oluliselt paremaid tulemusi saavutasime nende ravimisel, kes kuuri vältel said preparaati rohkem kui 20 ml. Raviefekt oli kõige nõrgem lülidevahelise diskuse patoloogiliste muutuste (II staadiumis) korral, mis raskematel juhtudel piirdus ainult valuvaigistava toimega.

Vähesele osale ambulatoorselt ravitud haigetest kordasime humisoolkuuri pärast seda, kui esmakordsest ravist oli möödunud 2 . . . 6 kuud.

Raviefekti püsivuse selgitamiseks kontrollisime ägenemisperioodil ravitud haigeid ambulatoorselt, vaibeperioodil ravitud haigete korral kasutasime aga ankeetide kaasabi. Järelkontroll hõlmas 60% ravituist. Ilmnes, et positiivne raviefekt veidi vähem kui kolmandikul ravialustest ei püsinud poolt aastat, ühel

kolmandikul püsis kuni aasta. Ülejäänutel aga oli positiivne raviefekt säilinud järelkontrollini, s. o. 1 . . . 2,5 aasta jooksul pärast ravi. Viimati mainitute hulka kuulus enamik neist, kes humisoolravi olid saanud korduvalt.

Võib järeldada, et humisoolravi on tõhus nii diskogeense (välja arvatud II staadiumi raskemad vormid) kui ka mittediskogeense lumbosakraalse radikuliidi ägedal, alaägedal ja vaibeperioodil. Eriti hästi mõjub preparaat siis, kui haigus on kestnud suhteliselt lühikest aega. Püsivama raviefekti saavutamiseks on kuure soovitatav korrata 2 . . . 6-kuuliste vaheaegade järel.

РЕЗЮМЕ. Гумизолем лечили всего 125 больных пояснично-крестцовым радикулитом, из них 70 — в период обострения (амбулаторно) и 55 в межприступном периоде болезни (в санатории «Эстония»). Препарат вводили внутримышечно по 1 . . . 2 мл в день, всего на курс лечения в среднем 22 мл.

Кроме неврологического и клинического исследования у больных производили термометрию кожи, определение потоотделения, артериальную осциллографию, кронаксиметрию и электромиотонометрию. Полученные результаты обрабатывали с помощью электронно-вычислительной машины «Урал-2».

Из числа исследованных положительные результаты лечения были получены у 83% амбулаторных и 93% санаторных больных. На результаты лечения в определенной мере оказывала воздействие реакция обострения болезни: при наличии ее лечебный эффект был значительно ниже. Результаты лечения зависели также от возраста больных, длительности болезни и количества использованного для лечения гумизоля. Они были существенно лучшими при молодом возрасте, непродолжительном течении болезни и использовании на курс лечения более 20 мл гумизоля.

Выявлено, что гумизоль дает заметный обезболивающий эффект и расширяет периферические кровеносные сосуды. Гумизоль можно использовать для лечения всех форм радикулита как в острой, так и подострой стадиях, а также в межприступном периоде болезни.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

HUMISOOLRAVI OSATÄHTSUS TUBAARSE SIGIMATUSE PUHUL

KARA-MIA TAJUR
Tallinn

UDK 615.838.7 : 618.177

Tallinna Vabariiklikus Haiglas raviti 176 naist, kellel pertubatsiooni ja hüsterosalpingograafia abil oli diagnoositud tubaarne sigimatus. Ravi toimus järgmise skeemi kohaselt: 1) kaanid, 2) kompleksravi (koos provokatsiooniga), 3) biogeensed stimulaatorid, 4) osokeriitaplikatsioonid ja 5) mudaravi.

Nimetatud skeemi järgi ravitud 87 haigele määrati mudaravi asemel humisoolisüsted. Nendest haigetest 32 olid esmaselt ja 55 teiseselt sigimatud. Sigimatuse kestus oli 2 . . . 5 aastat 31-l, 5 . . . 10 aastat 43-l ja üle 10 aasta 13 juhul. Humisooli süstiti lihasesse 2 ml ülepäeviti, kokku 20 süstet.

Ravi tulemusena kadusid põletikunähud 26 naisel, 19-l muutusid liited elastseks, 17 naisel aga nõrgenes põletikuline protsess. Valud kadusid 4 naisel 6-st, kes menstruatsiooni ajal olid nende all kannatanud. 7 naisel, kellel menstruaalveri esines klompidena, muutus see pärast humisoolkuuri normaalseks. Munajuhade läbitavuse kontrollimine hüsterosalpingograafia abil näitas, et 23 juhul olid mõlemad munajuhad läbitavad, 8 juhul aga üks. 7 naist, kes olid sigimatud olnud 4 . . . 10 aastat, rasestusid pärast humisoolravi lõppemist (2 . . . 5 kuu jooksul).

61 juhul kasutati humisooli hüdrotubatsioonraviks. Neist 24 juhul oli tegemist esmase ja 37 juhul teisese sigimatusega, mis olid kestnud 3 . . . 8 aastat. Hüsterosalpingograafia abil tehti kindlaks, et 33 naisel olid mõlemad munajuhad suletud kogu ulatuses, 24-l ilmnes umbumine *ampulla tubae uterinae*'s, neljal juhul oli teine munajuha eemaldatud emakavälise raseduse tõttu.

Hüdrotubatsioonravi tehti järgmiselt: emakaõõnde viidi läbi Mandelstammi kanüüli 160 . . . 180 mmHg rõhu all 2 ml humisooli, millele oli lisatud 300 000 TÜ penitsilliini lahustatuna 5 . . . 10 ml-s

0,25%-lises novokaiinilahuses. Hüdrotubatsioone tehti ülepäeviti kogu menstruaaltsükli vältel. Ravikuur koosnes 6...20 protseduurist (olenevalt ravi tõhususest). Pärast 10. hüdrotubatsioonprotseduuri olid mõlemad munajuhad läbitavad 23-l ja üks 5 naisel. 33 juhul jäid munajuhad läbimatuks ka pärast 20. raviprotseduuri. Hüsterosalpingograafilisel kontrollimisel avastati neil takistus munajuha interstitsiaalosas.

Pärast hüdrotubatsioone rasestus 11 naist, neist 9 sünnitas; ühel juhul oli tegemist emakavälise rasedusega ja ühel juhul tekkis iseeneslik abort.

Eespool toodut kokku võttes võib väita, et tubaarset sigimatust saab edukalt ravida ambulatooriumis, kusjuures mudaravi võib asendada humisoolraviga. Humisooli kasutamine hüdrotubatsioonraviks annab tubaarse sigimatuse puhul samuti häid tulemusi.

РЕЗЮМЕ. Результаты лечения тубарного бесплодия у 148 женщин указывают, что для этой цели можно успешно применять взамен лечебной грязи гумизоль внутримышечно (2 мл через день, всего 20 инъекции) или в виде гидротубационного лечения (2 мл гумизоля + 300 000 ЕД пенициллина в 5...10 мл 0,25%-ом растворе новокаина, давлением 160...180 мм ртутного столба, всего 10...20 процедур). У 46 больных восстановилась проходимость обоих яйцеводов, у 13 — одного яйцевода. 18 женщин забеременели.

Tallinna Vabariiklik Haigla

HUMISOOLI STANDARDISEERIMISEST

HILJA NORMAN
VIRVE SUI
Tallinn

UDK 614.275

Aastaid tagasi töötas Evald Keel välja Haapsalu lahe mudast ravimpreparaadi humisooli saamise viisi (3). Humisool on vesilahus, mis sisaldab 0,01% humiinhapeterikast mudafraktsiooni (HF) ja 0,87...0,93% naatriumkloriidi. Käesolevaks ajaks on lõpetatud humisooli kliiniline aprobeerimine ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Farmakoloogia Komitee on seda lubanud kasutada meditsiinipraktikas. Et preparaati tööstuslikult tootma hakata, oli aga vaja leida teste, mille abil selle üksikuid seeriaid saaks tehases standardiseerida.

Preparaadi ravitoimet eksperimendis näitab kõige paremini mingi iseloomulik bioloogiline teim. Seepärast püüti leida humisooli standardiseerimise viis tema bioloogilisi omadusi ära kasutades.

Mudafraktsioonil HF, millest humisooli valmistatakse, on suurtes lahjendustes biogeensete stimulaatorite omadusi. See väljendub pärmi käärimise, maisi ja herneste kasvu, katalaasi aktiivsuse ning ka valgete hiirte nahadefekti kinnikasvamise stimuleerimises (16). Et viimati nimetatud omadus standardiseerimiseks kasutusele võtta, uuriti preparaadi toimet küüliku silma sarvkesta reparatiivsesse regeneratsiooni.

Humisooli süstiti küülikule lihasesse annuses, mis vastab inimese terapeutilisele annusele (0,15 ml kehakaalu 1 kg kohta lahjenduses 1:5). Seda süstiti iga päev 20 päeva vältel. 5., 13. ja 20. päeval tehti sarvkestasse N. Samoilovi (10) modifitseeritud Francke nõelaga kitsas joonjas defekt pikkusega 6 mm. Pärast 8 ja 10 tunni möödumist mõõdeti haava pikkust. Defekti kinnikasvamist või lühenemist 1 mm-ni peeti paranemiseks. Tabelist on näha, et pärast 5-päevast süstimist ei olnud regeneratsiooni intensiivsus veel muutunud, kuid pärast kestvamat preparaadi manustamist oli see tunduvalt suurenenud. Seejuures selgus, et sarvkesta haav paranes humisooli eri seeriate toimel ühesuguse kiirusega. Järelikult, eri aastatel valmistatud humisoolis olid regeneratsiooni soodustavad toimeained säilinud oluliste muutusteta.

Eespool kirjeldatud lihtne meetod on sobiv humisooli eri seeriate bioloogilise aktiivsuse võrdlemiseks ja bioloogilise

Silma sarvkesta epiteeli defekti paranemine 8 tunni pärast

Loomade rühm	Loomade arv	Paranenute arv		
		5. päeval	13. päeval	20. päeval
Kontroll-loomad	20	6	6	4
Süstiti 1961. a. humisooli	20	9	16	12
Süstiti 1963. a. humisooli	20	7	14	16
Süstiti 1966. a. humisooli	20	7	13	16

toime säilimise aja üle otsustamiseks. Et uurimiseks kulub umbes 2 nädalat, seepärast ei saa mainitud viisi tehases kasutusele võtta.

Prooviti veel mitmesuguseid muid humisooli bioloogilise aktiivsuse hindamise viise. Selgitati, et humisooliga saab kõrvaldada valgete hiirte töövõime tõusu ja kehakaalu langust, mida on põhjustanud türeoidiin teatavates annustes (18). Tehti kindlaks, et humisooli toimel muutuvad ka mitmed biokeemilised näitajad. Näiteks preparaadi süstimise korral merisigadele intensiivistub türoksiini negatiivne toime makroergiliste fosforiühendite sisaldusse südamelihases (6). Humisool soodustab veresuhkrusisalduse vähenemist küülikutel, mis on alguse saanud pärast insuliini manustamist (7), suurendab adenosiintrifosfataasi aktiivsust valgete rottide südamelihases (8), vähendab adenosiintrifosfataasi aktiivsust valgete hiirte ajukoes (12) ja ka erütrotsüütides (17). Nimetatud juhtudel avaldub humisooli toime tema kontsentratsiooni küllalt laias intervallis ja enamasti pärast 2 ... 3 nädalat kestnud manustamist katseloomadele. Seetõttu ei ole preparaadi bioloogilist aktiivsust tehases võimalik hinnata ka nende omaduste abil.

Seejärel uuriti humisooli toimet akuutsetes farmakoloogilistes katsetes, mida kasutatakse neurotroopse toimega preparaatide iseloomustamiseks. Olgu märgitud, et humisooli neurotroopset toimet täheldati varajasemates kliinilistes ja eksperimentaalsetes uurimistes (5, 9, 11). Et ravim ise katseloomade käitumises nähtavaid muutusi ei põhjustanud, siis tehti katse temaga potentseerida mõne farmakoloogilise preparaadi erutavat ja pidurdavat toimet. Selgus, et humisool krampe esilekutsuvate mürkide ega uinutite toimet olulisel määral ei potentseeri (13). Katsetes isoleeritud elunditel ei ilmnenud humisooli koliinergilist (merisea soolel) ega adrenergilist (küüliku põrnal) toimet. Ka mõnes teises lühikest aega vältavas katses ei õnnestunud preparaati iseloomustada.

Veendunud, et on väga raske leida tehasele sobivat kiiret humisooli bioloogilise standardiseerimise meetodit, pöörati tähelepanu preparaadi keemilisele iseloomustusele.

Mudafraktsioon HF, millest humisooli valmistatakse, sisaldab 31 ... 35% mineraalaineid, 33 ... 40% humiinhappeid ja 29 ... 32% muid orgaanilisi ühendeid (3). Humisool sisaldab tunduvalt rohkem humiinhappeid kui teised kodumaised mudapreparaadid. E. Keelel (4) õnnestus mudafraktsioonist HF veeaurudega destilleerimise ja bensooliga ekstraheerimise teel eraldada alkoholis lahustuv ainete kompleks AK. Selle koostisse kuuluvad 9 keemilist elementi ja üks (või rohkem) redutseerivate omadustega orgaaniline hape. AK osutus katalaasi aktiivsusse, herneste kasvusse ja valgete rottide perifeerse vere eosinofiilsete leukotsüütide arvusse umbes 250 korda aktiivsemalt toimivaks kui HF. AK-d sisaldub humisoolis aga väga vähe (47 g HF-ist saadi 79 mg AK-d), mistõttu selle omadusi humisooli standardi väljatöötamiseks ei ole võimalik ära kasutada.

V. Sui katse õhukese kihi kromatograafia meetodil humisooli standardiseerida ei andnud tulemusi. Arvatavasti on üksikute orgaaniliste ainete kontsentratsioonid humisooli tilgas standardiseerimiseks liiga väikesed.

Et humisooli keemiline koostis ei ole selge, siis võis humisooli standardi jaoks proovida kasutada tema kõige üldisemaid omadusi, näiteks summaarset orgaaniliste ainete, seotud lämmastiku ja kloriidide sisaldust. Teatava ettekujutuse orgaaniliste ainete hulgast lahuses võib anda nende hapendumus kaaliumpermanganaadiga. Hapendumus määrati (kaheksas erinevas humisooli-seerias) Kubeli üldtuntud meetodil, mida kasutatakse joogivee hapendumuse kindlakstegemiseks. Humisooli hapendumus võrdus 63 ... 73 mg hapnikku liitri kohta.

See ületab tunduvalt Kujalniku limaani mudast valmistatud ravimpreparaatide hapendumuse (1). Näiteks peloidodestillaadis on see kuni 24 mg hapnikku liitri kohta (15). Turbast valmistatud torfoodi hapendumus on vaid 6 . . . 11 mg hapnikku liitri kohta.

Määrasime humisoolis lämmastiku hulga pärast 25 ml preparaadi mineraliseerimist kontsentreeritud väävelhappe ja vesinikperoksiidiga. Saadud mineralisaadis tehti kindlaks lämmastiku hulk Nessleri reaktiivi abil kolorimeetriliselt. Kaheksas erinevas humisooli seerias kõikus lämmastiku-sisaldus 2,9 . . . 4,3 mg liitri kohta. Võrreldes eespool nimetatud preparaatidega sisaldab humisool palju vähem lämmastikuühendeid. Torfoodis on lämmastikku 5 . . . 12 mg, FiBS-is 15 . . . 35 mg ja peloidodestillaadis 25 . . . 40 mg liitri kohta (14, 15).

Eespool toodust lähtudes esitati tehniliste tingimuste projektis humisooli standardina järgmised näitajad. Humisooli hapendumus peab olema 55 . . . 80 mg hapnikku ja seotud lämmastiku kontsentratsioon 2 . . . 5 mg liitri kohta. Humisool peab hõbenitraadiga andma iseloomuliku reaktsiooni kloorioonile (2). Naatriumkloriidi peab preparaadis olema 0,87 . . . 0,93%.

Humisooli vastavus kirjeldatud standardile tõendab tema valmistamise õigsust ja seda saab tehases kergesti kontrollida.

Humisooli nimetatud keemilised omadused on ära näidatud tema ajutistes tehnilistes tingimustes, mille kinnitas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Farmakopöa Komitee. Mainitud komitee on kinnitanud ka Haapsalu ravimuda kui humisooli tooraine tehnilised tingimused, mis seni samuti puudusid. Viimaste olemasolu on eelduseks humisooli tööstusliku tootmise alustamisel.

РЕЗЮМЕ. Полученный из морской грязи хаапсалуского залива препарат гумизоль допущен Фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР к применению в качестве лечебного средства. Для промышленного изготовления гумизоля необходимо было выработать на него стандарт.

В статье описан процесс выбора подходящих тестов для стандартизации гумизоля. Попытка использовать биологические свойства препарата для этой цели не увенчалась успехом, так как биологические испытания занимают очень много времени (не менее двух недель) и не позволяют дать препарату количественную оценку.

Химический состав гумизоля точно еще не установлен и для стандарта можно было использовать лишь наиболее общие свойства препарата: окисляемость перманганатом калия, содержание связанного азота и концентрация хлорида натрия.

В результате анализа 8 различных серий гумизоля можно было предложить следующий стандарт на гумизоль: окисляемость — от 55 до 80 мг кислорода /литр, содержание связанного азота — от 2 до 5 мг/ литр и концентрация хлорида натрия — от 0,87 до 0,93%.

Указанные требования включены в утвержденные в 1967 году временные межреспубликанские технические условия.

KIRJANDUS: 1. Вибер В. А. Фарбман И. М. В кн.: Ученые записки, т. 1, Одесса, 1949, 91—98. — 2. Государственная Фармакопея СССР. Девятое издание. М., 1961, 305—306. — 3. Кеель Э. И. В кн.: Тр. по курортологии, 1, Таллин, 1963, 19—27. — 4. Кеель Э. И. В кн.: Тр. по курортологии, 1, Таллин, 1963, 28—37. — 5. Крищук А. А. Врачебн. дело, 1964, 3, 135. — 6. Норман Х. К. Изв. Акад. наук Эстонской ССР т. XIV, серия биол., 1965, 2, 277—283. — 7. Норман Х. К. В кн.: Тр. по курортологии, III, Таллин, 1966, 117—122. — 8. Норман Х. К. Изв. Акад. наук Эстонской ССР, серия биол., 1966, 3, 435—440. — 9. Роосаарe М. А. В кн.: Совещания по материалам апробации лечебного препарата «гумизоль» полученного на эстонской морской грязи. Тезисы докладов, Таллин, 1960, 13. — 10. Самойлов Н. Н. В кн.: Сборник рационализаторских и изобретательских предложений. Л., 1961, 121—123. — 11. Сибуль И. К. В кн.: Тр. Института экспериментальной медицины Акад. наук Литовской ССР, т. VII, Вильнюс, 1961, 277—284. — 12. Сибуль И. К. Тр. по курортологии, 1, Таллин, 1963, 38—47. — 13. Суй В. М. и др. В кн.: Материалы VII Эстонской республиканской научной конференции по курортологии и физиотерапии. Пярну, 1966, 183—185. — 14. Фармакопейный комитет. ФИБС в ампулах. Межреспубликанские технические условия на лекарственные средства. Сборник № 1, М., 1963, 105—106. — 15. Фармакопейный комитет. Пелоидодестиллат в ампулах. Межреспубликанские технические условия на лекарственные средства. Сборник № 1. М., 1963, 203—204. — 16. Keel, E. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, biol. seeria, 1957, 2, 129—133. — 17. Sibul, I. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, biol. seeria, 1966, 3, 445—451. — 18. Sui, V. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised, biol. seeria, 1964, 4, 348—352.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

KUSEPÕIEHALVATUSTE RAVIST SELJAAJU VIGASTUSTE PUHUL

REIN PÕLLUMAA
Tartu

UDK 616.62 : 616.832-009.11-08

Sakraalsegmentidest kõrgemal paiknev seljaaju vigastus põhjustab tsentraalset tüüpi kusepõiehalvatuse. Kui tegemist on seljaaju sakraalsegmentide (*conus medullaris*) ja hobusesaba (*cauda equina*) vigastusega, on halvatus perifeerset tüüpi. Mõlemal juhul häirub tasakaal uriini põies kinnipidavate ja uriini väljutavate jõudude vahel. Kliiniliselt avaldub see uriinipeetuse või -pidamatusena. Perifeersed urineerimisrefleksi keskused paiknevad kusepõie seina närvisõlmedes. Need säilitavad põie toonuse ka siis, kui seljaaju innervatsioon katkeb, mistõttu perifeerset tüüpi kusepõiehalvatuse puhul kusepõie talitlus kompenseerub (1, 2, 9). Peale neuromuskulaarse aparaadi reflektoorse aktiivsuse sõltub põie talitlus ka põie seina füüsikalistest omadustest, eelkõige elastsusest (7).

Halvatud kusepõis paraneb samal ajal seljaaju vigastuse paranemisega. Kusepõie talitlus kompenseerub vastavalt põiehalvatuse laadile. Spinaalse šoki puhul, kui seljaaju reflektoorne talitlus puudub, ei reageeri põis täitumisele ei põiesisese rõhu olulise tõusu ega kokkutõmbumise näol. Uriin peetub väljutavate jõudude nõrkuse tõttu. Pärast spinaalse šoki möödumist seljaaju reflektoorne talitlus taastub. Areneb tsentraalset tüüpi kusepõiehalvatus, millega kaasnevad põielihase hüpertoonia ja sulgurlihaste spastilisus. Hiljem kusepõie toonus normaliseerub ja tekivad spontaansed kokkutõmbed. Uriinipeetus püsib seni, kuni põielihase spontaansete kokkutõmmete jõud ületab sulgurlihaste spasmi. Kujuneb vahelduv inkontinents, s. o. kusepõie spontaanne tühjenemine. Põie talitlus kompenseerub vastavalt tühjenemiskontraktsiooni kestuse pikenemisele, mis tagab põie tühjenemise ja minimaalse jääkuriini. Kõik põie paiksed ärritused (nakkus, uriinisoolade sadestumine) ja reflektoorsed mõjutused (jalalihaste spasmid) takistavad põie talitluse kompenseerumist.

Perifeerset tüüpi kusepõiehalvatuse puhul ei teki põielihase spontaanseid kokkutõmbeid ega sulgurlihaste spasmi. Paiksed ärritused ja ülevenitus kahjustavad perifeerseid refleksikeskusi põie seina närvisõlmedes (1) ja takistavad põie talitluse kompenseerumist. Viimane kompenseerub perifeerset tüüpi halvatuse korral vastavalt põielihase perifeerse reflektoorse aktiivsuse suurenemisele ja urineerimise abilihaste (kõhupressi) kasutamisele. Põie täitumise korral selle toonus tõuseb ja ületab uriini väljavoolu teede vastupanu — tekib uriinipidamatus (*ischuria paradoxa*). Põie talitlus kompenseerub vastavalt jääkuriini hulga vähenemisele.

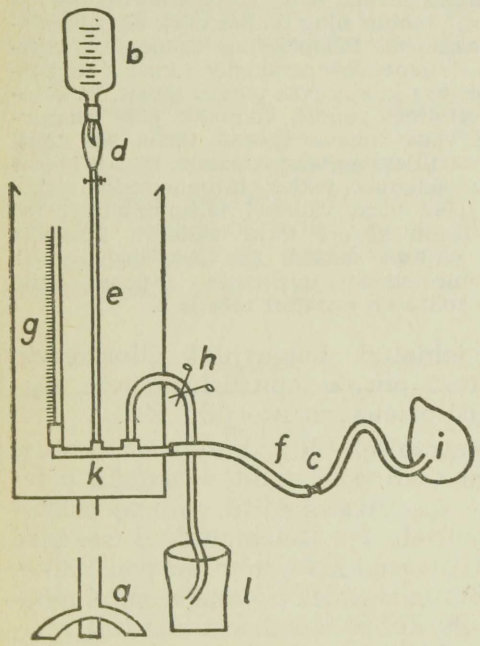
Halvatud kusepõie talitlust võimaldab objektiivselt hinnata tsüstomeetria, s. o. põiesisese rõhu ja põie kontraktiilse aktiivsuse määramine põiekateetriga ühendatud veemanomeetri abil (2, 5).

Tsüstomeetria on kujutatud joonisel. 50 ml jaotustega reservuaarist (*b*), mis on paigutatud reguleeritava kõrgusega statiivile (*a*), täidetakse põis (*i*) loputuslahusega kummivoolikute (*e*, *f*) ja põiekateetri (*c*) kaudu. Vedeliku voolamise kiirus reguleeritakse tilguti (*d*) abil. Manomeetriga (*g*) mõõdetakse põiesisene rõhk, kusjuures skaala nullpunkt eelnevalt reguleeritakse põie tasapinnale. Äravoolukaare (*h*) kaudu voolavad vedelik ja uriin põiest välja. Põide viidava vedeliku, samuti kõik uriiniga kokkupuutuvad aparaadiosad steriliseeritakse. Voolikute süsteem täidetakse vedelikuga, kusjuures hoolikalt eemaldatakse õhumullid.

Põie täitmise kiirus olgu konstantne (umbes 150 tilka minutis). Põis täidetakse 50 ml vedelikuga, suletakse juurdevool ning registreeritakse põiesisene rõhk (mm H_2O). Põie täitmist ja põiesisese rõhu registreerimist jätkatakse 50 ml kaupa niikaua, kuni tekivad tühjenemiskontraktsioon, tugev valureaktsioon või põiesisene rõhk tõuseb üle 500 mm H_2O. Kui viimased nähud

puuduvad, täidetakse mitte üle 700 ... 800 ml, et vältida põie ülevenitamist. Märgitakse põie maht, mille juures tekib urineerimistung, samuti pidurdamatud kokkutõmbed (põiesisese rõhu järsud, kuid ebapüsivad tõusud) ja tühjenemiskontraktsioon (põiesisese rõhu järsk ja püsiv tõus).

Eespool kirjeldatud aparatuuri võib kasutada vahelduva drenaaži ja põieloputuste automaatse süsteemina. Seejuures lastakse loputuslahusel aeglaselt (20 tilka minutis) põide voolata. Et loputuslahus ja uriin põiest kohe välja ei tuleks, moodustatakse kummivoolikust (*h*) sifoonikaar, mille kõrgus reguleeritakse põie mahule 350 ... 400 ml vastava põiesisese rõhu kõrgusele. Oluline on, et sifoonikaare sisemine diameeter oleks 5 mm. Kui diameeter on mainitust suurem, siis vedeliku vool sifoonikaares katkeb enne põie täielikku tühjenemist; kui aga väiksem, siis vedeliku vool ei katke ja sisseviidav loputuslahus, samuti uriin voolavad kohe välja (tekib pidev drenaaž).



TSÜSTOMEETRIA

Joonis. a — statiiv, b — loputuslahuse reservuaar, c — põiekateeter, d — tilguti, e ja f — reservuaari põiekateetriga ühendavad kummivoolikud, g — skaalaga varustatud vertikaalne klaastoruke, mille pikkus 100 cm, h — kummivoolik vedeliku väljavoolamiseks põiest, i — kusepõis, k — kummivoolikuid ja manomeetrit ühendav klaasist vaheosa, l — uriini kogumise anum

J u h t 1. 34-aastane meeshaige J. O. viibis Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas ravil 9. VI ... 7. X 1966. a. (haiguslugu nr. 631/1966. a.). Diagnoos: *Fractura vertebrae lumbalis V cum luxationem. Laesio caudae equinae. Paraparesis inferior flaccida. Cystitis chronica. Retentio urinae.* Vigastuse tekkimisest 6. VI 66. a. kuni 78. haiguspäevani esines uriinipeetus. Dünaamilised tsüstomeetrilised uuringud näitasid põiesisese rõhu tõusu tendentsi. 53. haiguspäeval oli põiesisene rõhk 330 mm H_2O (põie täitumisastmel 550 ml). 60. haiguspäeval põie lokaalne seisund nakkuse tõttu halvenes ja põiesisene rõhk langes: põie täitumisastmel 550 ml oli see 210 mm H_2O. 78. haiguspäeval ilmnes uriinipidamatus, kusjuures jääkuriini oli 880 ml (*ischuria paradoxa*). 88. haiguspäeval ummistus kateeter uriinisoolade sademe tõttu ja nakkus intensiivistus jällegi, mille tagajärjel põiesisene rõhk uuesti ajutiselt langes. 98. haiguspäevaks oli patsient kõhupressi kaasabil võimeline põit tahteliselt tühjendama 2 ... 3-tunniliste vaheaegade järel, urineerimistung ilmnes siis, kui põie maht oli 300 ml; põie täitumisastmel 550 ml oli põiesisene rõhk 300 mm H_2O. Urineeris umbes 400 ml, jääkuriin 100 ml, s. o. 20% põie mahust. Pärast üldist kehalist pingutust tekkis osaline uriinipidamatus. Püsikateteriseerimine lõpetatud. Tsüstomeetriliste uuringute andmed selle haige kohta on toodud tabelis 1.

Kusepõiehalvatuse ravimisel on oluline, et halvatud põit eeskujulikult hooldataks ning kusepõit ja kuseteid paikselt kahjustavaid tegureid välditaks. Paiksed tüsistused mitte ainult ei takista põie talitluse kompenseerumist, vaid võivad kompenseeritud kusepõie talitluse dekompensatsiooniseisundisse tagasi viia (13). Kusepõie paiksest seisundist, selle talitluse kompensatsiooniastmest sõltuvad vesikoureteraalne tagasivool (refluks) ja tüsistuste tekkimine ülemistes kuseteedes, mis sageli osutuvad eluohtlikuks (4, 12). Halvatud kusepõis vajab kohest kateteriseerimist. Põie ülevenitus põhjustab põie atoonia, mille paranemine nõuab palju aega (8). Viimast ei teki siis, kui kateteriseerimine on tehtud õigel ajal.

Et pärssida nakkuse sattumist uriini, on esmajoones tähtis, et põis täielikult tühjendataks (3). Täielik tühjenemine saavutatakse kateteriseerimise, epitsüstostoomia ja uriini väljutavate jõudude tugevdamise teel (manuaalne kompressioon, kõhupressi kasutuselevõtmine, kolinomimeetilised raviained, reflek-

Tabel 1

Cauda equina vigastust põdeva haige J. O. tsüstomeetrilised näitajad (põiesisene rõhk mm H_2O)

Haigus-päev	Põie talitluse kliiniline hinnang	Põie maht (ml), mille juures tekkis urineerimistung	Põie täitmiseks kasutatud vedeliku hulk ml													
			50	100	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700
3	*Retentio urinae*	—	100	110	115	120	125	125	135	140	145	145	150	155	160	165
7		—	120	140	140	145	145	155	155	160	165	170	175	180	190	200
16		600	60	65	65	70	78	90	100	105	130	140	160	195	210	225
53		400	120	130	145	145	145	155	190	210	230	290	330			
60		400	112	120	130	140	150	160	170	180	185	185	210	230	260	300
66		450	80	90	90	92	100	105	120	130	140	160	190	215	260	300
78	*Ischuria paradoxa*	400	70	100	115	130	140	140	160	185	195	200	270			
88		350	110	117	125	135	140	150	160	170	180	190	220	220	235	
98		300	70	100	115	130	140	140	160	180	195	210	300			

toorne stimulatsioon, s. o. naha refleksogeensete tsoonide ärritamine alakõhul).

Kusepõiehalvatuse juhtudel ei tohi unustada uriinisoolade sadestumise ja uriinikivide moodustumise ohtu (10). Seljaaju kaelaosa ja ülemise rinnapiirkonna kahjustuste puhul võib kivide pitsumine esineda ilma neerukoolikuteta; neile viitab ainult püeliidile iseloomulik palavik. Uriinikivide moodustumise ohu vältimiseks on vaja, et uriini küllaldaselt lahjendataks. Mitmed autorid soovitavad esimesel kahel haiguskuul anda haigele juua 3 . . . 4 liitrit vedelikku ööpäevas (5, 11). Hiljem kivide moodustumise oht väheneb.

Et uriinisoolade sadet lahustada ja seda põiest välja uhtuda, oleme põie loputamiseks heade tulemustega kasutanud nn. tsitraadilahust (*Acidi citrici* 32,3, *Magnesii oxydati* 3,8, *Natrii bicarbonici* 4,4, *Chinosoli* 0,1, *Aq. destillatae* 1000,0), mida põies hoitakse vähemalt 30 minutit (5).

Pideva väljavoolu teel tühjenev kusepõis adapteerub reservuaari funktsiooni puudumise tõttu nullsisaldisele. Põletikujärgsete proliferatiivsete protsesside tagajärjel muutub põie seina elastsus. See avaldub põie kontraktuurina (11).

Juht 2. 25-aastane meespatsient viibis Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas ravil 8. VIII 1960 . . . 13. II 1961. a. (haiguslugu nr. 776/1960. a.) ja järelravil 18. VII 61 . . . 15. VIII 61. a. (haiguslugu nr. 718/1961. a.). Diagnoos: *Fracturae compressivae vertebrarum thoracalium III—IV. Laesio medullae spinalis regionis thoracalis. Paraplegia inferior spastica. Retentio urinae. Cystitis chronica.* Kusepõie loputamiseks ja uriini eemaldamiseks kasutati vahelduva drenaaži automaatset süsteemi (vt. joonis) kuni 38. haiguspäevani. Selleks ajaks normaliseerus kusepõie toonus ning ilmnes nõrk tühjenemiskontraktsioon. Põiepõletiku ägenemise tagajärjel tühjenemiskontraktsioon kustus 56. haiguspäevaks ja kusepõie toonus tõusis. Et kateteriseerimine polnud võimalik põie sulgurlihase väga tugeva spasmi tõttu, siis tehti 3 päeva hiljem epitsüstostoomia. Pärast kolme kuu möödumist tekkis tühjenemiskontraktsioon põie väga väikesel täitumisastmel (80 ml). Kontraktuuri tõttu vähenes kusepõie maht olulisel määral ja taaspöördumatult. Tsüstomeetriliste uuringute andmed selle haige kohta on esitatud tabelis 2.

Kirjeldatud haigusjuht illustreerib vajadust piirata epitsüstostoomia näidustusi põiehalvatuste juhtudel.

Tsentraalset tüüpi kusepõiehalvatuse korral võib põie maht väheneda põielihase spastilisuse tõttu, millele tsüstomeetriliselt on iseloomulikud sagedad pidurdamatud kokkutõmbed põie väikesel täitumisastmel. Selline seisund möödub siis, kui põie paikseid tüsistusi ravitakse õigel ajal ning intensiivselt. Hooletusse jäetud juhtudel võib areneda põie kontraktuur.

Kui vastunäidustusi ei ole, kasutatakse vahelduvat drenaaži (6). See aga on vastunäidustatud vesikoureteraalse tagasivoolu korral. Sel juhul on ette nähtud pidev drenaaž, s. o. uriini pidev väljavool avatud kateetrist. Uriini vahelduv väljavool tagatakse püsika-

teetri kaudu, mis suletakse klemmiga, ning kusepõis tühjendatakse iga 1 . . . 2 tunni järel. Püsikateetrit vahetatakse 1 . . . 2 korda nädalas.

Uriini infitseerumise ohjeldamine (mikroobide hulga vähendamine põies) on proportsionaalne põie tühjenemisega infitseeritud uriinist (3). Oluline on jääkuriini hulk põie mahu suhtes, mitte jääkuriini absoluutne hulk. Kui kusepõie maht on näiteks 1000 ml ja jääkuriini 100 ml, siis on põie tühjenemisel igal mikroobil üks kümne vastu võimalus põide jääda. Sama olukord tekib siis, kui põie maht on 100 ml ja jääkuriini 10 ml. Mida suurem on jääkuriini protsent, seda sagedamini peab põit tühjendama, et infitseeritud uriinist vabaneda. Uriini (koos uriinisoolade sademe ja limaniitidega, mis mikroobidele on heaks söötmeks) võime eemaldada (püsikateetri kaudu) küllalt sageli tehtavate põieloputuste abil, milleks ohtralt kasutatakse loputuslahust. Põieloputusi (500 ml lahust) tehakse keskmiselt 3 . . . 4 korda päevas. Raskematel juhtudel on soovitatav tarvitusele võtta vahelduva drenaaži automaatne süsteem (vt. joonis).

Kateteriseerimist koos põieloputustega tehakse esimesest haiguspäevast kuni kusepõie talitluse kompenseerumiseni. Seda peetakse kompenseerituks siis, kui põis tühjeneb, ilma et kasutataks kateetrit, või kui jääkuriini hulk tsentraalset tüüpi halvatuse puhul ei ületa 10%, perifeerset tüüpi halvatuse korral aga 20% põie mahust.

РЕЗЮМЕ. Поражение спинного мозга выше крестцовых сегментов вызывает паралич мочевого пузыря по центральному типу. При поражениях же крестцовых сегментов спинного мозга (*conus medullaris*) и конского хвоста (*cauda equina*) развивается паралич мочевого пузыря периферического типа. В обоих случаях нарушается равновесие опорожнения и задержки мочи. Паралич мочевого пузыря восстанавливается одновременно с восстановлением повреждения спинного мозга.

Объективную оценку функционального состояния парализованного мочевого пузыря может дать цистометрия, т. е. определение внутрипузырного давления и контрактильной активности пузыря с помощью водного манометра, соединенного с катетером. Описывается методика цистометрии и аппаратура, которую можно с успехом применять для переменного дренажа и автоматической системы промываний мочевого пузыря.

KIRJANDUS: 1. Кимборовская Е. М. Вопр. нейрохирургии. 1964, 3, 18—22. — 2. Пыллумаа Р. Ю. В кн.: Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Тарту, 1966, 118—124. — 3. Boen, J. R., Sylwester, D. L. Investigative Urology, 1965, 5, 468—473. — 4. Bors, E. Urological Survey., 1957, 7, 177—250. — 5. Boshamer, K. Zbl. für Neurochirurgie, 1960, 4, 193—215. — 6. Gibbon, N. Brit. J. of Urology, 1965, 6, 624—632. — 7. Hinman, J. R., Miller, E. R. J. of Urology, 1964, 1, 33—40. — 8. Juul-Jensen, P. Acta Neurologica Scandinavica. Suppl. 3, 1962, 38, 113—130. — 9. Kulkin, S. G. Anatomischer Anzeiger, 1961, 110, 127—139. — 10. Prather, G. C. J. of Urology, 1947, 57, 1097—1104. — 11. Prather, G. C. J. of. Urology, 1958, 4, 740—752. — 12. Rowland, H. S. a. o. J. of Urology, 1960, 2, 284—289. — 13. Talbot, H. S. J. of Urology, 1958, 4, 759—766.

Tabel 2

Haige R. L. tsüstomeetrilised näitajad (põiesisene rõhk mmH_2O)

Haiguspäev	Põie talitluse kliiniline hinnang	Põie maht (ml), mille juures tekkis urineerimistung	Põiesisene rõhk, mille juures tekkis tühjendamiskontraktsioon mm H_2O	Kusepõie maht ml	Põie täitmiseks kasutatud vedeliku hulk ml													
					50	100	150	200	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700
38	*Retentio urinae*	—	300	560	95	100	105	108	110	115	125	130	135	140	160			
56		—	—	—	140	160	168	175	190	210	220	240	260	268	280	305	315	390
146	Spontaanne tühjenemine	—	400	80	110													
354		—	700	80	120													

Tartu Riiklik Ülikool

ARTIFITSIAALSEST ABORDIST JA SELLE VASTU VÕITLEMISEST

AUGUST ROOSILEHT
Tallinn

UDK 618.39-089.888.14

Raseduse kunstlik katkestamine pole üksnes meditsiini küsimus, vaid ka sotsiaalne probleem. Raseduse kunstlik katkestamine ja kontratseptiivsed vahendid moodustavad olulise teguri sündide teadlikus reguleerimises, mis põhiliselt määrab kindlaks elanikkonna taastootmise laadi.

Kunstlik abort on vabariigis mitmete ajalooliste ja sotsiaalsete tingimuste tõttu kujunenud sündimuse teadliku kontrollimise valikmeetodiks. Juba möödunud sajandi 70-ndatest aastatest alates hakkas sündimus Eestimaa ja Liivimaa kubermangus järsult langema. Sündide teadlikuks piiramiseks kasutati kõiki kättesaadavaid vahendeid. Üheks selliseks kujunes kunstlik abort, sest juba tol ajal oli meie elanikkond arstiabiga suhteliselt hästi kindlustatud.

Kuigi juriidiliselt kehtis abordikeeld, jätsid tsarismiperioodi ja hiljem ka kodanliku riigivõimu seadused artifitsiaalse abordi tegemiseks laialdased meditsiinilised näidustused. Erakapitalistliku arstiabi-korralduse olemasolul tähendas see sisuliselt abordivabadust esmajoones jõukate klasside esindajaile ja ka linnaelanikele, sest linnades olid teadliku sünnikontrolli tendentsid tugevamad. Et aborte tegid arstid, seetõttu tekkis raskeid tüsistusi suhteliselt vähe. Elanikkonna hulgas kujunes arvamus, et abort on tühine ja ohutu manipulatsioon [A. Zastrow (7)]. Seda veendumust pole suudetud kummutada tänaseni.

Sõjajärgsetel aastatel kehtinud range abordikeeld jättis naistenõuandlad abordivastases võitluses relvituks. Sündide teadliku piiramise tendentse, mis olid tugevasti välja kujunenud, ei saadud muuta ainuüksi abordi ohtlikkusega hirmutamise teel, mida muide ei võetud kuigi tõsiselt. Alles pärast abordikeelu tühistamist 1955. a. ja mitmesuguste kontratseptiivsete vahendite tootmise laiendamist said naistenõuandlad alustada sisulist abordivastast selgitustööd. Selle eesmärgiks pole nüüd enam püüd lahendada sündimuse suurendamise sotsiaalset probleemi, vaid naise tervisele ohtliku artifitsiaalse abordi asendamine suhteliselt ohutute kontratseptiivsete vahendite kasutamisega. Muide, viimase ajani on abordivastast võitlust pidurdanud lünklik varustamine kindlate kontratseptiivsete vahenditega ning mitmete vahendite vähene efektiivsus.

Abordivastasele võitlusele kuulub eriline koht günekoloogilistesse haigustesse haigestumise ja raseduse ning sünnituse komplikatsioonide esinemissageduse edasisel vähendamisel, sest abordiga kaasneb 7,4% varaseid ja 16 ... 18% hiliskomplikatsioone. Viimaste hulgas on adneksiidid, sigimatus ja iseeneslikud abordid (6). Et abordijärgsed tüsistused võivad naise ajutiselt või alaliselt sigimatuks muuta, siis on artifitsiaalsel abordil sündide aktiivse reguleerimise kõrval keerukas tagasimõju elanikkonna taastootmise sotsiaalsetele probleemidele. E. Maizel (1) näitab, et 31,1 ... 55%-l juhtudest on sigimatust põhjustanud abordid.

Et õigesti korraldada võitlust artifitsiaalse abordi vastu, on kõigepealt vaja tunda seda puudutavaid üksikasju konkreetsetes tingimustes. Tallinna Vabariikliku Haigla naistenõuandlas küsitleti kunstlikule abordile suunatud naisi, et saada ülevaade ajenditest, mis sunnivad neid sellist sammu astuma. 1964. a. jooksul täideti 1135 ankeeti.

Ankeetides oli pearõhk pandud abordi motiivide väljaselgitamisele, et saada kujutlus nende seosest naise vanuse, sotsiaalse seisundi, haridusliku taseme, abielu vältuse ja laste arvuga perekonnas. Selgus, et aborti ajendasid tegema järgmised põhjused:

1) olustikulised raskused, raskused lapse hooldamisel sealhulgas korterikitsikus	372 juhul 247 „	(32,8%)* (21,8%)
2) soov mitte enam sünnitada (planeeritud arv lapsi on perekonnas olemas)	283 „	(24,8%)
3) vallalisus, rasedus väljaspool abielu	179 „	(15,8%)

* Uurimisest möödunud ajavahemikul on töötajate minimaalpalk kahekordistunud.

4) ebakindlus ja lahkhelid perekonnas	79	„	(7,0%)
5) imik perekonnas	52	„	(4,6%)
6) raseda haigus	61	„	(5,4%)
7) muud põhjused (mees haige, peab end vanaks, äsja abiellus jms.)	109	„	(9,6%)

Kui võrrelda Tallinna Vabariiklikus Haiglas saadud tulemusi teiste analoogiliste uurimuste [E. Sadvokassova (3), B. Smulevitš (5), O. Tšernetski (6)] andmetega, paistab esmajoones silma erakordselt suur arv korterikitsikusest ajendatud aborte — 21,8 protsenti. E. Sadvokassova (3) ulatuslikus uurimuses, mis hõlmas 26 tuhat naist Vene NFSV-s, oli see näitaja linnades keskmiselt 14 ja maal 4,2 protsenti. Korterikitsikusest põhjustatud aborte on rohkem ainult Moskvas — 25,2%. Suhteliselt sageli on abordi põhjuseks vallalisus ja rasedus väljaspool abielu — 15,8% — ja ebakindel perekonnaelu — 7,0%. E. Sadvokassova (3) andmeil on rasedus väljaspool abielu linnas 5,9% ja maal 7,0%, ebakindlus ja lahkhelid perekonnas linnas 4,9%, maal 5,6% kõikidest juhtudest abordi põhjuseks. O. Tšernetski (6) andmeil on perekondlikest lahkhelidest tingitud 4% kõikidest kunstlikest abortidest. Raseda haigus esineb meil abordi põhjuste hulgas niisama sageli kui E. Sadvokassova (3) andmeil Vene NFSV-s (linnas 5,7% ja maal 5,1%).

Kuigi tegemist on suhtarvudega, mis ei näita ühe või teise põhjuse tegelikku esinemissagedust, annab käesolev analüüs naistenõuandlale mitmeid väärtuslikke pidepunkte, millises suunas abordivastast võitlust korraldada.

214 (18,9%) abordile tulnute üldarvust olid lastetud. See on erakordselt suur näitaja. O. Nikontšiku (2) järgi on üleliidulises ulatuses kõikide artifitsiaalsele abordile pöördunute hulgas lastetuid 10%. E. Sadvokassoval (3) on vastav näitaja linnas 10,2%, maal 6,2%. Meie haigla naistenõuandlas uuritud lastetute rühmas oli abordi põhjuste hulgas esikohal rasedus väljaspool abielu (133 juhtu). Abielus olevast 81 lastetust naisest 69 olid abielus olnud alla kahe aasta.

Seega on abort meil küllaltki levinud võte, mille abil äsja abiellunud lükkavad edasi esimese lapse sünni. Selleks ajaks kasvab naise vanus ja lüheneb abielu viljakuse periood. Esimese raseduse katkestamisel tekkivad komplikatsioonid võivad põhjustada sigimatust. Kui kõiki neid asjaolusid arvestada, tuleb abortide vastu võitlemisele esimese raseduse ja lastetute puhul erilist tähelepanu pöörata.

Kui perekonnas oli üks laps, katkestati rasedus kunstliku abordi abil 491 juhul (43,3%). Põhjustest, mis takistasid sünnitamast teist last, olid esikohal olustikulised raskused 222 juhul (45% kogu selle rühma juhtudest). Viimaste hulgas omakorda domineeris korterikitsikus 161 juhul. Abordile tulnute hulgas oli 315 naist (27,7%), kel oli kaks last. Seejuures ei soovinud 180 naist (57,1%) üldse enam sünnitada, laste hooldamise raskused (sülelaps perekonnas, ei saa lapsi lasteasutusse paigutada, ei saa tööle minna) olid põhjuseks 47 ja korterikitsikus 41 selle rühma naisel. Kolme lapse emasid oli artifitsiaalsele abordile tulnute hulgas tunduvalt vähem — 85 (7,5%), nelja ja enam lapsega naisi veelgi vähem — 30 (2,6%). Mõlemasse viimasesse rühma kuuluvad naised motiveerisid aborti üle $^2/_3$ juhtudest sellega, et rohkem lapsi nad ei kavatse sünnitada.

Toodud andmed kinnitavad nn. üheja kahelapsesüsteemi ning sündide teadliku reguleerimise tugevat väljakujunemist küsitletute hulgas. Seda asjaolu tuleb abordivastases võitluses tingimata arvestada.

Abordile tulnud naiste vanuserühmade jaotumine (vt. tabel) kopeerib üldjoontes vabariigi keskmisi vanuserühmade viljakuse näitajaid. 30. eluaastast alates aga on abortide sageduse suhtarv suurem kui vastava vanuserühma vil-

Abordile tulnute jaotumine vanuserühmade järgi

Vanus aastates	Rasedaid	
	absoluutne arv	%
kuni 19	32	2,8
20 ... 24	261	23,0
25 ... 29	334	29,4
30 ... 34	255	22,5
35 ... 39	198	17,4
40 ja vanemad	55	4,9
Kokku	1135	100

jakuse ekstensiivne näitaja. Et samal ajal on viljakuse näitajad üle 30 aasta vanustel naistel meil madalamaid kogu NSV Liidus, võib teha järelduse, et just vanuses üle 30 aasta valitseb meil sündimuse teadlik range kontroll ja suhteliselt sagedamini kui nooremates vanuserühmades osutub abort sündide reguleerijaks.

Abordi peamiseks põhjuseks kuni 19-aastastel on vallalisus (24 juhtu), 20... 24-aastastel olustikulised raskused (80 juhtu), samuti vallalisus (75 juhtu), 25... 29-aastastel olustikulised raskused (127 juhtu). 66 naist viimasest vanuserühmast ei kavatsenud enam sünnitada. Pärast 30. eluaastat jääb abordi põhjuste hulgas esikohale soov mitte enam sünnitada, sest planeeritud arv lapsi on perekonnas olemas.

Abordile tulnuist olid 179 (15,8%) naist vallalised, 168 (14,8%) abielus kuni 2 aastat, 212 (18,7%) 3... 5 aastat, 286 (25,2%) 6... 9 aastat ja 290 (25.5%) naist üle 10 aasta.

Kuni 2 aastat abielus olnud 168 naisest olid täpselt pooltel (84) abordi motiiviks olustikulised raskused (peamiselt korterikitsikus), sealhulgas 40 naist (3,5% uuritavatest) katkestas eespool märgitud põhjusel esimese raseduse. See toonitab veel kord, et paljud noored abielunaised katkestavad esimese raseduse (artifitsiaalse abordi abil) sünnitamise aja edasilükkamiseks. Naistenõuandla osa noorte abielupaaride korteritingimuste parandamisel on seni olnud liiga tagasihoidlik, eriti sellistel juhtudel, kus esimese raseduse katkestamine on seotud otsese ohuga (reesuskonflikti tekkimise oht jm.).

3... 5 aastat abielus olnud 212 naisest katkestas raseduse samadel põhjustel 77 naist, neist 67-l takistasid olustikulised raskused sünnitamast teist last.

6... 9 aastat abielus olnud 286 naisest on olustikuliste raskuste motiiv juba tahapoole nihkunud. 104 selle rühma naist sünnitada enam ei kavatse.

Ka üle 10 aasta abielus olnuist olid esikohal (135 juhuga 290-st) need, kes sünnitada enam ei kavatse. Ainult 61 selle rühma naist oli nõus sünnitama siis, kui olustikulised tingimused paranevad.

Abordile pöördunute hulgas oli teenistujaid 501, töölisi 386, koduperenaisi 164, põllutöölisi 59 ja tehnikumide õpilasi ning kõrgemate õppeasutuste üliõpilasi 25. Abordi põhjuste jaotumine üksikute elukutsete järgi on üldjoontes ühesugune ega nõua abordivastase võitluse eri vormide rakendamist vastavalt elukutsele.

Ankeedi abil uuriti teadmisi kontratseptiivsete vahendite kasutamise alal. Ainult 348 naist (30,7%) teadis rasedust vältivaid vahendeid ja tundis võtteid (peamiselt mehepoolseid), kuid polnud neid regulaarselt kasutanud. Ainult kahel juhul rasestusid naised, kes mainitud vahendeid olid kasutanud regulaarselt. 69,3% naistest ei olnud neid kunagi kasutanud ega olnud neist teadlikudki. Üksikutes sotsiaalsetes rühmades olid teadmised ligilähedaselt võrdsed. Erilist tähelepanu väärib asjaolu, et 283 naisest, kes sünnitada enam ei kavatse, ainult 85 (30%) tundis rasedust ärahoidvaid vahendeid; 179 vallalise hulgas oli neid 26 (14,5%), 61 haige hulgas 28 (46%). O. Tšernetski (6) andmeil 52%, O. Nikontšiku järgi 35% ja L. Skornjakova (4) teatel 30... 35% abordile tulnuist ei kasutanud rasestumisvastaseid vahendeid. Seega tunnevad meil abordile tulnud naised eespool mainitud vahendeid ja nende kasutamise võtteid erakordselt halvasti, vaatamata sellele, et enamikul neist on artifitsiaalset aborti tehtud korduvalt. See viitab abordivastase selgitustöö ilmsetele puudustele. Loengutel ja vestlustel pole veel sellist kaalu, et murda aastakümnetepikkust tava sünde artifitsiaalse abordi abil piirata.

Käesoleva uurimuse tulemuste ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi antud juhtnööride põhjal korraldati ümber abordivastane võitlus Tallinna Vabariikliku Haigla naistenõuandlas ja statsionaaris. Abordivastase võitluse keskseks lüliks naistenõuandlas muutus rasestumise profülaktika kabinet. Seda külastavad kohustuslikult rasedust katkestada soovivad naised. Vilunud ämmaemand selgitab abordi ajendeid. Püütakse leida teid nende kõrvaldamiseks, vesteldakse abordi kahjulikkusest, tutvustatakse kontratseptiivseid vahendeid ja võtteid ning õpetatakse neid kasutama. Kontratseptiive müüakse nõuandlas kohapeal.

Kabinetis pööratakse erilist tähelepanu esmasrasedaile ja lastetuile, nende veres määratakse reesusfaktor ning negatiivse reesusfaktori korral uuritakse ka meeste verd. Esimese raseduse katkestamise erilist ohtlikkust arvesse võttes vestleb naisega tingimata arst. Paljudel juhtudel aitab vestlus mehega või teiste perekonnaliikmetega leida võimalusi raseduse säilitamiseks. Mehed kutsutakse nõuandlasse individuaalsele vestlusele ka neil juhtudel, kui naine on sageli ja korduvalt raseduse katkestanud.

Kõik haiged, kellel rasestumine on vastunäidustatud, võeti nõuandlas dispanseerse järelevalve alla. Iga kolme kuu tagant käivad nad nõuandlas, kus saavad näpunäiteid rasestumise edaspidiseks vältimiseks. Regulaarne ja sage nõuandla külastamine on vajalik ka selleks, et rasedus varakult avastada ja see õigel ajal katkestada. Ettevõtetes ja asutustes peavad loenguid ja vestlusi naistenõuandla ning sünnitusmaja arstid kindla plaani järgi. Teadliku sünnikontrolli tugevate tendentside tõttu on abordivastase selgitustöö põhieesmärgiks propageerida rasedust vältivate vahendite ja võtete kasutamist. Peetakse eraldi loenguid ka meestele.

Abordivastases võitluses kuulub tähtis koht statsionaari sünnitus- ja günekoloogiaosakondadele. Emade kooli loengutel kuulavad sünnitanud naised arsti vestlust raseduse vältimise teemal. Lisaks sellele vestleb palatiarst iga sünnitanuga veel eraldi, aitab igal naisel soovi korral valida sobiva kontratseptiivi ja õpetab üksikasjalikult seda kasutama. Selgitab välja need, kes enam ei kavatse sünnitada. Viimased suunatakse pärast haiglast väljakirjutamist nõuandla rasestumise profülaktika kabinetti edasiste nõuannete saamiseks.

Abordile tulnutega vestlevad individuaalselt ka günekoloogiaosakondade palatiarstid.

Sihipärase abordivastase võitluse tulemusena väheneb kunstlike abortide arv Tallinna Vabariikliku Haigla nõuandla piirkonnas 1965. aastal eelmise aastaga võrreldes 17,2% võrra.

РЕЗЮМЕ. Распространенность артефициального аборта и частое использование последнего для сознательного контроля рождаемости в Эстонской ССР заставило подробнее изучить причины, вынуждающие женщину на искусственное прерывание беременности в конкретных условиях.

В женской консультации и в гинекологических отделениях Таллинской республиканской больницы путем заполнения специальных анкет были обследованы 1135 женщин, обратившихся искусственного прерывания беременности.

В анкетах были рассмотрены мотивы аборта в соответствии с длительностью пребывания в браке, числом имеющихся детей, социальным положением, образованием и возрастом женщин.

Бытовые затруднения служили причиной аборта у 32,8%, в том числе плохие жилищные условия — 21,8%, нежелание иметь больше детей 24,8%, беременность вне брака 15,8%, семейные неполадки 7,0%, грудной ребенок в семье 4,6%, болезнь матери 5,4% и другие причины 9,6% всех анкетированных женщин.

Среди обследованных было 18,9% бездетных; одного ребенка имели 43,3%, двух 27,7%, трех 7,5%, четырех и более детей 2,6% женщин.

В возрасте до 19 лет было 2,8%, 20...24 лет — 23,0%, 25...29 лет 29,4%, 30...34 лет 22,5%, 35...39 лет 17,4 и старше 4,9% всех обследованных.

По длительности состояния в браке до 2-х лет было 14,8%, 3...5 лет 18,7%, 6...9 лет 25,2%, свыше 10 лет 25,5%. Незамужных было 15,8% из всех женщин.

В анкетах изучались также знания и умение женщин пользоваться противозачаточными приемами и средствами. 69,3% обследованных не знали и никогда не пользовались ими. Противозачаточные приемы знали среди незамужних только 14,5, среди женщин, не желающих больше рожать, 30%, среди больных 46% всех опрошенных.

На основании результатов исследования борьба против аборта в женской консультации и в стационаре была реорганизована. Центром организации этой борьбы стал противозачаточный кабинет женской консультации. Особую работу проводят с первобеременными, бездетными, а также больными, которым беременность противопоказана, и женщинами, которые больше не желают рожать.

KIRJANDUS: 1. Майзель Е. П. Новости медицины, 1953, 35, 2—12. — 2. Никончик О. К. Акушерство и гинекол. 1963, 2, 92—95. — 3. Садвокасова Е. А. Сов. здравоохр., 1963, 3, 45—90. — 4. Скорнякова Л. К. Сов. здравоохр., 1964, 10, 3—7. — 5. Смулевич Б. Я. Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР. Минск, 1928. — 6. Чернецкий О. Е. Сов. здравоохр., 1961, 6, 20—22. — 7. Zastrow, A. Eesti Arst, 1928, 4, 119—124.

Tallinna Vabariiklik Haigla

TONSILLEKTOOMIAJÄRGSETEST VEREJOOKSUDEST

SALME SIBUL
HELJA PRIKK
Tartu

UDK 616-005.1 : 616.322-089.87

Kõrva-, nina- ja kurguosakondades tehakse tonsillektoomiaid 23 . . . 49,5 %-le ravil viibivatest haigetest [I. Jakovleva (14)]. Operatsioonitehnika täiustamine ja antibiootikumide kasutuselevõtmine on tonsillektoomia tüsistuste esinemissagedust küll tunduvalt vähendanud, kuid ei ole neid likvideerinud. Kõige sagedasem tüsistus on verejooks, mis mõnikord võib isegi eluohtlikuks osutuda. Verejookse on tekkinud 0,1 . . . 8 %-l tonsillektoomiajuhtudest [B. Preobraženski (12)].

Tonsillektoomiajärgse verejooksu põhjuseks peetakse kapillaaride suurenenud permeaablust [L. Karpova (6)], mis on tingitud askorbiinhappevaegusest kroonilist tonsilliiti põdevatel haigetel. Kevadel väheneb askorbiinhappesisaldus veres kuni 0,7 mg%-ni ja suulaemandleis 2 mg%-ni; normaalsed keskmised väärtused on vastavalt 1,5 mg% ja 5 mg% [A. Velitski (1)]. Seoses sellega esineb 60% tonsillektoomiajärgsetest verejooksudest talvel ja kevadel [B. Lifšits (8)]. Samuti on neid rohkem täheldatud põhjarajoonides, kus toit on askorbiinhappevaesem [V. Voskressenski (2)].

Peale selle soodustab kapillaaride permeaabluse suurenemist kroonilise tonsilliidi puhul argürofiilsete kiudude paksenemine suulaemandlite vere- ja lümfisoonte ümber. Kuid seda kutsuvad kroonilist tonsilliiti põdevatel reumahaigetel esile ka proteolüütilised fermendid. Tonsillektoomiajärgse verejooksu võib põhjustada vere hüübimist reguleeriva süsteemi muutumine. Kui protrombiini hulk on 80% normaalväärtusest, siis tekib verejooks [V. Jermolajev (5)]. G. Matveikovi (9) andmeil on peaaegu pooltel kroonilist tonsilliiti põdevatest haigetest protrombiinisisaldus veres vähenenud.

Tonsillektoomiajärgset verejooksu täheldatakse sagedamini reumahaigetel (10%-l juhtudest) kui lihtsat kroonilist tonsilliiti põdevatel haigetel (6,4%) [S. Jalõkov (15)]. Reumahaigetel soodustab verejooksu tekkimist ka salitsülaatide manustamine vahetult enne operatsiooni. Need vähendavad protrombiini hulka veres [G. Popova (10)]. Näiteks atsetüülsalitsüülhape koos süljega toimib nagu dikumariin. Mõnede autorite andmeil tekib verejooks pärast kortisooni ja AKTH kasutamist, teiste järgi aga kortikosteroidid vähendavad veresoonte seinte läbilaskvust ning väldivad verejooksu tekkimist [M. Levinas (7)]. Ka prednisolooni eelnev manustamine võib anda hea hemostaatilise efekti operatsiooni ajal, samuti operatsioonijärgsel perioodil [I. Potapov (11)].

Tonsillektoomiajärgse verejooksu põhjuseks võib olla suurte veresoonte vigastamine nende anomaalse asetuse tõttu. Suulaemandlite verevarustus on rikkalik (vt. joonis). Suured veresooned asetsevad suulaemandli vahetus läheduses: *a. carotis interna* on 2,8 cm ja *a. carotis externa* 4,1 cm kaugusel mandli ülemisest ning vastavalt 1,1 . . . 1,7 cm ja 2,3 . . . 3,3 cm kaugusel alumisest poolusest. Anomaaliate korral võivad suured veresooned olla suulaemandlitele veelgi lähemal.

Uurisime tonsillektoomiajärgseid verejookse aastail 1957 . . . 1965 Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguosakonna andmeil. Vaatluse alla võeti haigete iga ja sugu, angiinide esinemissagedus, kroonilise tonsilliidi kestus, operatsioonile eelnenud antireumaatiline ravi, vere hüübimisaeg ja veritsusaeg, verejooksu rohkus ning selle tõkestamiseks kasutatud vahendid.

Nimetatud aja jooksul on tehtud 3183 tonsillektoomiat. 1704 haigel oli diagnoosiks *tonsillitis chronica simplex* (üldnähtudeta) ja 1479 haigel *tonsillitis chronica toxico-allergica* *.

Tonsillektoomiajärgne verejooks tekkis 212 kroonilist tonsilliiti põdeval haigel (6,8%-l opereerituist). Järelvere-

* *Tonsillitis chronica toxico-allergica* puhul esinevad mitmesugused üldhaigestumised (reuma, mida seostatakse kroonilise tonsilliidiga).

jooksu täheldati sagedamini kroonilise tonsilliidi toksikoallergilise (8,2%) kui lihtsa vormi puhul (5,2%). Seega tekkis verejooks pärast operatsiooni sagedamini nendel kroonilist tonsilliiti põdevatel haigetel, kes põdesid ka reumat.

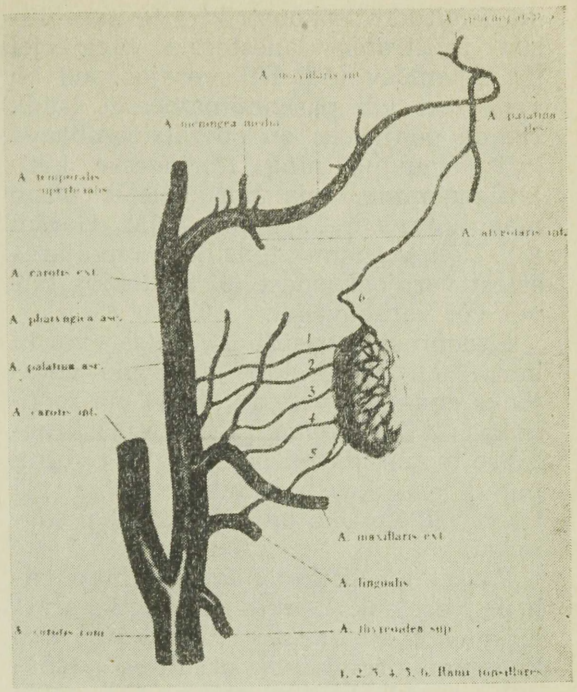
Nagu tabelist nähtub, oli opereerituist $^1/_3$ mehi ja $^2/_3$ naisi. Verejookse pärast operatsiooni täheldati üldkokkuvõttes rohkem meestel (10,5%) kui naistel (4,7%).

Kummaski kroonilist tonsilliiti põdevate haigete rühmas suureneb tonsillektoomiajärgsete verejooksude protsent nii meeste kui ka naiste hulgas eluea pikenemisel. Kuni viie aasta vanustel järelverejooksu ei esinenud. Verejookse tuli sagedamini ette neil (75%), kes aastaid olid põdenud kroonilist tonsilliiti, samuti neil, kellel sageli olid tekkinud angiinid.

Mainitud tüsistust täheldati seda sagedamini, mida vähem aega oli möödunud viimasest angiini haigestumisest enne operatsiooni (näiteks 2 . . . 3 nädalat). Harvem esines seda neil, kes angiini olid viimast korda põdenud mitu kuud tagasi.

Reumahaigetest, kellel tekkis tonsillektoomiajärgne verejooks, põdes 26% reumokardiiti ja 46% liigesereumat; 28%-l juhtudest oli tegemist nii südame kui ka liigeste reumaatilise kahjustusega.

27,5% kroonilist toksikoallergilist tonsilliiti põdevale haigele, kellel tekkis tonsillektoomiajärgne verejooks, oli vahetult enne tonsillektoomiat manustatud antireumaatilisi ravimeid (peamiselt salitsülaate). Teistel juhtudel oli reumavastaste vahendite kasutamisest möödunud mitu kuud või andmed selle kohta puudusid.



Joonis. Kurgumandli verevarustus (A. Serceri järgi)

Vere hüübimisaeg oli pikenenud (üle 5,5 minuti) haigeil, kel esines verejooks: 37,7%-l kroonilise tonsilliidi lihtsa ning 34%-l toksikoallergilise vormi puhul. Veritsusaeg ei olnud pikenenud ühelgi lihtsat kroonilist tonsilliiti põdeval haigel, küll aga 1,2%-l kroonilist tonsilliiti põdeval reumahaigel, kellel tekkis tonsillektoomiajärgne verejooks.

Kõige sagedamini algas verejooks 2 . . . 3 tundi pärast operatsiooni. Lihtsa kroonilise tonsilliidi juhtudel tekkisid sagedamini hilisverejooksud. Neid tuli tavaliselt ette esimesel või teisel päeval pärast tonsillektoomiat. Varane verejooks (mõni tund pärast operatsiooni)

Tonsillektoomiajärgsed verejooksud kroonilise tonsilliidi lihtsa ja toksikoallergilise vormi puhul

Kroonilise tonsilliidi vorm	Tonsillektoomia			Tonsillektoomiajärgne verejooks					
				üldse		mehed		naised	
	üldarv	mehi	naisi	absoluutne arv	%	absoluutne arv	%	absoluutne arv	%
Lihtne	1704	659	1045	90	5,2	42	6,4	48	4,6
Toksikoallergiline	1479	413	1066	122	8,2	71	17,1	51	4,7
Kokku	3183	1072	2111	212	6,8	113	10,5	99	4,7

on tingitud vasokonstriktorite paralüüsist infiltratsioonanesteesia tagajärjel [B. Jelantsev (4)]. Hilisverejooksud on venoosset või parenhümatoosset laadi. Nende põhjuseks on operatsioonihaava infitseerumine ning fibrinoosse katu äralangemine, mis normaalselt püsib mandliloožis 6 ... 10 päeva [M. Garšin (3)]. Rõhuv enamik tonsillektoomiajärgsetest verejooksudest (63%) tekkis talvel või varakevadel.

Kroonilise tonsilliidi lihtsa vormi korral oli tonsillektoomiajärgne verejooks enamasti vähene (41%) või mõõdukas (35%), harvem tugev (24%); kroonilise tonsilliidi toksikoallergilise vormi puhul aga kas mõõdukas (55%) või tugev (30%). Üks juht lõppes isegi surmaga.

Pärast tonsillektoomiat tekkinud vähene verejooks lakkas enamasti pärast külma koti asetamist kaelale ja 10%-lise kaltsiumkloriidilahuse süstimist. Mõõduka verejooksu puhul süstiti peale 10%-lise kaltsiumkloraadi- ja kongo punase lahuse veeni ka želatiini lihasesse. Tugeva verejooksu korral võeti lisaks eespool nimetatud vahenditele appi kompressor (mandliloožile mehhaanilise surve avaldamiseks), tehti vereülekandeid, manustati verd asendavaid vahendeid ja askorbiinhapet. Ühel juhul ligeeriti *a. carotis externa*. Viimasel ajal on mandliloožidesse määritud hemostaatilist pastat või sinna puistatud hemostaatilist käsna (vahetult pärast operatsiooni).

Pärast tonsillektoomiat ägenes reumaatiline protsess 7,6%-l haigetest.

Järeldused

1. Tonsillektoomiajärgne verejooks esineb kroonilise tonsilliidi toksikoallergilise vormi puhul sagedamini kui lihtsa vormi korral.

2. Tonsillektoomiajärgse verejooksu tekkimist soodustavad antireumaatiline ravi (salitsülaadid ja butadioon) operatsioonieelsel perioodil, vahetult enne operatsiooni põetud angiinid ja kõrge iga.

3. Verejooksu vältimiseks on reumahaigetele nii enne kui ka pärast tonsillektoomiat (eriti talvel ja kevadel) vaja manustada vere hüübimist soodustavaid ning kapillaaride permeaablust vähendavaid vahendeid.

РЕЗЮМЕ. В промежутке с 1957 по 1965 год произведено 3183 тонзиллэктомии (1704 в связи с простым хроническим тонзиллитом и 1479 по поводу токсико-аллергической формы). Послеоперационное кровотечение возникло у 212 больных хроническим тонзиллитом (6,8%). Кровотечение после тонзиллэктомии встречалось чаще при токсико-аллергическом хроническом тонзиллите (8,2%), чем при простой его форме (5,2%). Факторами, способствующими возникновению кровотечений после тонзиллэктомии, являются противоревматическое лечение (салицилаты, бутадион), проведенное в предоперационном периоде, а также перенесенные непосредственно перед операцией ангины и воспаления верхних дыхательных путей. С возрастом число кровотечений после тонзиллэктомии увеличивается.

KIRJANDUS: 1. Велицкий А. П. Вестн. ото-рино-ларингологии, 1954, 4, 62—64. — 2. Воскресенский В. П. В кн.: Всесоюзное совещание по борьбе с ангиной. М., 1954, 84—87. — 3. Гаршин М. И. Ж. ушных, носовых и горловых болезней. 1959, 6, 36—40. — 4. Еланцев Б. В. Оперативная оториноларингология. Алма-Ата, 1959. — 5. Ермолаев В. Г. Ж. ушных, носовых и горловых болезней. 1964, 4, 22—27. — 6. Карпова Л. Г. Ж. ушных, носовых и горловых болезней. 1962, 1, 17—22. — 7. Левинас М. С. В кн.: Материалы III Республиканской научно-практической конференции оториноларингологов Литовской ССР, Каунас, 1966, 45. — 8. Лифшиц Б. М. В кн.: Труды III съезда оториноларингологов УССР 29 июня—2 июля 1964 г., Киев, 1965, 237—240. — 9. Матвейков Г. П. Ж. ушных, носовых и горловых болезней, 1962, 1, 33—35. — 10. Попова Г. Н. Цит. по Ялыкову С. А. (15). — 11. Потапов И. И. Цит. по Стольцеру И. М. (13). — 12. Преображенский Б. С. Хронический тонзиллит и его связь с другими заболеваниями. М., 1954. — 13. Стольцер И. М. В кн.: Актуальные вопросы современной оториноларингологии, М., 1965, 165—171. — 14. Яковлева И. Я. В кн.: Актуальные вопросы современной оториноларингологии. М., 1965, 153—164. — 15. Ялыков С. А. Сов. медицина, 1960, 1, 53—56.

Tartu Riiklik Ülikool

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

INTRAVENOOSNE NOVOKAIINNARKOOS

LINDA SAMUSSENKO
Tallinn

UDK 616-089.5-032 : 611.14

Novokaiin on NSV Liidus hästi tuntud paikne anesteetikum ja šokivastane vahend. Organismis lõhustub see fermentatiivsel teel võrdlemisi kiiresti, kusjuures tekivad para-aminobensoehape ja dietüülaminoetanool (1, 2, 3). Kuni 20% organismi viidud novokaiinist hüdrolüüsub, s. t. ei lõhustu fermentatiivselt, vaid kandub elundist elundisse. Näiteks lihastes lõhustub aeglaselt, seerumis, plasmas ja maksas aga kiiresti. Hüpertüreoosi puhul laguneb kiiremini.

Novokaiin on võrdlemisi vähe mürgine preparaat ning koed taluvad seda hästi. Preparaadi kasutamisel üldanesteesiaks on palju eeliseid, sest selle laguproduktidel on antihistamiinne, vereloomet aktiviseeriv, hingamist ning rakkude jagunemist stimuleeriv, nukleiin- ja aminohapete ainevahetust soodustav ning paikselt anesteseeriv toime. Novokaiin reguleerib vegetatiivse närvisüsteemi toonust ja mõjutab selle reflektoorset tegevust, tal on kurariseeriv toime. Ta vähendab kapillaaride permeaablust, mõjutab vereringet ganglione blokeeriva mehhanismi kaudu, soodustab südametegevust (refraktaaraja pikenemise tõttu) ning vähendab silelihaste spasme.

Novokaiinnarkoosi puhul tarvisminev varustus on lihtne: steriilne süsteem tilkinfusiooniks ja narkoosi- või kunstliku hingamise aparaat kopsude ventileerimiseks.

Välismaa autorite (4, 5, 6, 7) arvates on novokaiinnarkoos näidustatud kestvamate ning suure riskiga seotud operatsioonide korral. Seda võib kasutada samuti keisrilõike ja prostatektoomia juhtudel. Salgado (tsit. 6 järgi) teateil on tal novokaiinnarkoosi tõttu surnud üks patsient 8000 narkotiseeritust (s. o. 0,013%). Selle põhjuseks peab autor diagnoosimata jäänud neerupealistepuudulikkust (*morbus Addissoni*).

Haige seisundist tulenevaid vastunäidustusi novokaiinnarkoosiks meile kättesaadavas kirjanduses ei leidunud. Osa autoreist (5, 6) arvab, et vastunäidustuseks on ainult anestesioloogi mittekülllaldane ettevalmistus. Lühikest aega vältavate operatsioonide puhul samuti ei soovitata mainitud narkoosi.

Enne novokaiinnarkoosi on ette nähtud tavaline premedikatsioon: eelmisel õhtul antakse uinutit, vajaduse korral ka trankvilisaatorit või neuropleegikumi. Enne operatsiooni saab haige promedooli ja atropiini tavalistes annustes.

Värskelt valmistatud 10%-lisele glükoosilahusele lisatakse samas koguses värskelt valmistatud 2%-list novokaiinilahust. Nii saadud 1%-list novokaiinilahust viiakse veeni (operatsioonitoas) tilkinfusiooni teel (100 . . . 120 tilka minutis). Teise veeni tilgutatakse indiferentset lahust (5%-line glükoosilahus, füsioloogiline keedusoolalahus või muud), mille kaudu induktsiooniks manustatakse 1- või 2%-list tiobarbituraati. Seejärel viiakse samasse veeni depolariseerivat müorelaksanti tavalises annuses, millele järgnevad intubatsioon (hapnikku juhitakse trahheasse) ning juhitav hingamine. Novokaiinitilkade arvu suurendatakse 160 . . . 180 tilgani minutis. Kui vererõhk on hakanud langema ja ninale ning põskedele on ilmunud liblika kuju meenutav kahvatu piirkond, siis vähendatakse tilkade arvu pikkamööda 120 . . . 100. On saabunud narkoosi kirurgilise staadiumi I aste. Olenevalt vajadusest ja haige seisundist jätkatakse novokaiini infundeerimist (80 . . . 60 . . . 40 tilka minutis) ning alustatakse operatsiooni. Vastavalt vajadusele lisatakse müorelaksante. Suletud hingamiskontuuri puhul on hapniku annus 1,5 . . . 2 liitrit minutis. Kui tegemist on poollahtise kontuuriga, siis 6 . . . 8 liitrit minutis. Enne operatsiooni lõpetamist vähendatakse järk-järgult novokaiinitilkade arvu minutis ja operatsiooni lõppemisel või pisut varem tilgutamine katkestatakse. Kui spontaanne korrapärane hingamine on taastunud, siis puhastatakse hingamisteed ja tehakse ekstubatsioon. Haiged ärkavad kiiresti ja on kohe (operatsioonilaual) kontaktsed.

Tallinna Tõnismäe Haiglas on veenisisest novokaiinnarkoosi kasutatud 1965. a. aprillikuust alates (plaaniliste operatsioonide puhul 28 ja vältimatute operatsioonide korral 2 korda). Haigete vanus oli 21 . . . 80 aastat.

Narkoosist tingitud tüsistusi pärast operatsiooni ei ole tekkinud; haiged on olnud kohe kontaktsed. Valusid nad ei ole kaevanud. Müorelaksante on kulunud tunduvalt vähem kui muude narkootikumide kasutamisel. Pärast operatsiooni ükski haige ei ole oksendanud.

Välismaa autorid (4, 6) on narkoosi ajal mõnikord täheldanud konvulsioone (2%-l juhtudest), mis on novokaiini üledoseerimise tagajärjeks. Need on kergesti kõrvaldatavad barbituraatide (väikestes annustes) või müorelaksantide abil (endotrahheaalse narkoosi ajal viiakse neid veeni).

Kuigi välismaa autorite (4, 5, 7) andmeil novokaiinnarkoosi ajal tugevat vererõhu langust ei esinevat, põhjustas novokaiini etapiline üledoseerimine meil ühel juhul siiski vererõhu tugeva languse. See õnnestus kõrvaldada pärast novokaiini annuse vähendamist ja vererõhku tõstvate preparaatide kasutuselevõtmist.

Novokaiinnarkoosi ajal on oluline, et hapniku juurdevool oleks küllaldane ja süsihappegaasi eritumine täielik. Vastasel korral võivad tekkida muutused elektrokardiogrammis ja vererõhk võib langeda.

Kõrvalnähud narkoosi ajal (rahutus, pulsi sagenemine) on kupeeritavad, kui veeni viia barbituraate väikestes annustes.

Nii kirjanduse (4, 5, 6, 7) andmeil kui ka meie kogemuste järgi ei teki tromboflebiite pärast novokaiini süstimist veeni. Ka pole me narkoosi ajal ega pärast seda täheldanud ülitundlikkust novokaiini suhtes, mis on seletatav novokaiini kiire lõhustumise ja antiallergilise toimega.

Operatsioonijärgsel perioodil tüsistusi (hingamiselundite, südame, maksa ega neerude talitluse häireid) ei ole tekkinud. Diurees oli alati normaalne.

Kokku võttes võib öelda, et novokaiini võib veeni viia (olenemata haige vanusest) mitmesuguse patoloogia juhtudel ja mitmesuguste operatsioonide korral.

РЕЗЮМЕ. Новокаин является управляемым внутривенным наркотическим веществом, которое можно использовать при любом возрасте больных — тоже в гериатрии, при различных патологиях и при различных оперативных вмешательствах. При новокаиновым наркозе применяется простая аппаратура, необходимы лишь практика и опыт анестезиолога. При умелом управлении наркозом компликаций почти нет. После наркоза с больными можно сразу установить контакт. Постоперационные осложнения отсутствуют.

KIRJANDUS: 1. Аничков С. В. Беленький М. Л. Учебник фармакологии, Л., 1955. — 2. Попов В. И. и др. Экспер. хир. и анест., 1965, 6, 66—69. — 3. Черкес А. И., Мельникова В. Ф. Пособие по фармакотерапии, Киев, 1961. — 4. Lober, R. Zbl. Gynäkol. 1964, 14, 476—481. — 5. Obladen, A. u. E., Wagner, E. Anaesthesist, 1957, 6, 373—376. — 6. Parada, J. F., Molina, F. I. Anaesthesist, 1963, 12, 2. — 7. Pusinelli, W., Schädlich, M., Z. Urol., 1962, 3, 153—165.

Tallinna Tõnismäe Haigla

HAIGLATE JA LASTEASUTUSTE VARUSTAMISEST TOIDUAINETEGA

EINAR VAGANE
JOHANNA KONT
Tallinn

UDK 616-083.2 : 613.22

Kasvu- ja regeneratsiooniprotsesside normaalseks kulgemiseks on energiat andvate toitainete kõrval eriti vajalikud toidu plastilised ning katalüütilised komponendid — valgud, vitamiinid ja mineraalained.

Eesti NSV haiglates ja dispanserites, samuti lasteasutustes ning koolides korraldatud uurimistel on selgunud, et just neid toitaineid leidus ratsioonides vähe (1, 3, 4, 5, 9). Haiglate ja dispanserite toidus (dieet nr. 15) leidus valku kesk-

miselt 65 ... 90% haigetele ettenähtud normist. Toidus oli vähe täisväärtuslikku loomset valku. Seejuures oli toidu kalorsus täiesti küllaldane ja süsivesikuid tarvitati isegi ülemäära. Valgunormist said lasteasutuste ja koolide kasvandikud tavaliselt 65 ... 80%. Toidu vitamiinisisaldus küündis füsioloogiliste normide lähedale ainult suve lõpul ja sügisel, mineraalaineid oli toitudes enamikul kuudel normist vähem. Kala, kohupiima, aed- ja puuvilja, marju ning taimeõli oli nii haiglate kui ka lasteasutuste toidus vähe.

Kala, kohupiima, taimeõli jms. vähesus toidus ei ole tingitud ressursside vähesusest, vaid õige sageli organisatsioonilist laadi asjaoludest. Et toiduainetega varustamise probleemi vabariigi varustus- ja kaubandusorganisatsioonides üles tõsta, korraldas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi toitlustuskomitee 1966. a. veebruaris haiglates ja lasteasutustes ankeetküsitluse. Vastused 41 küsimusele saadi 73 haigla peaarstilt ja lasteasutuse juhatajalt. Uuritud asutustest 59 varustati toiduainetega tsentraliseeritud korras, kusjuures 12 neist esitas pretensioone varustamise kohta. 2 haiglat soovis üle minna tsentraliseeritud varustamisele.

Ankeedi andmeil varustati eranditult kõiki haiglaid ning lasteasutusi küllaldase hulga leiva ja saiaga. Soolata leiba ja saia vajas ligi 30 haiglat, kuid väga väikestes kogustes (haigla kohta 0,5 ... 20 kg päevas), mistõttu pole veel võimalik korraldada nende tsentraliseeritud valmistamist.

Enamik asutustest (63) sai piisaval hulgal piima, kuid petipiima, valgurikast piima ja «erilist piima», milles piimarasv on asendatud emulgeeritud taimeõliga, tarvitati vähe. Umbes veerand haiglaist märkis, et nende kohupiima- ja juustuvajadused jäävad mõnikord rahuldamata. Vähe on saadud odavat sõira ja tartu juustu.

Liha ja lihasaadustega varustamist pidas 66 haiglat ning lasteasutust küllaldaseks, kuid vasika-, linnu- ja ka loomaliha saadi vähem kui oli tellitud. Umbes pooled haiglad tundsid puudust II ja III sordi lihast. Väheseks jäid süldi, doktorivorsti ja rullsingi kogused. Enamikku haiglatest ja lasteasutustest varustati ainult külmutatud lihaga ning paljud asutused ei saanud osta hakkliha ega kondita liha. Tunti puudust supikontidest, seapeadest ja -jalgadest. Esimese kategooria subprodukte (maksa, keelt jt.) ei saanud küllaldaselt pooled haiglad.

Kõige suuremat puudust tundsid haiglad ja lasteasutused kalast. 63 asutust ei saanud värsket kala piisavalt ja rohkem kui pooled haiglad märkisid, et pärast kevadist suurpüügi-hooaega oli kalast puudus kogu aasta vältel. Harva anti haiglatele koha, haugi ja ahvenat, isegi räime ning turska polnud alati küllaldaselt. Kalafilee jõudis peamiselt Tallinna haiglatesse.

Ligikaudu kolmandik haiglatest ei saanud piisaval arvul kanamune. Enamasti maksid need 12 kopikat (ostuhind kõikus 8 ... 17 kopikani). Sageli on esitatud pretensioone munade kvaliteedi kohta.

Kartulitega varustati haiglaid ja lasteasutusi enam-vähem rahuldavalt kogu aasta vältel. Aedviljapuudust tuli sageli ette kevadel ja suvel (maist augustini), mõnikord ka talvel. Sagedamini tunti puudust kapsast, porgandist ja supirohelisest. Vähe oli jõhvikaid, sõstramahla, õunu ja kuivatatud aprikoose. Paljud haiglad ning lasteasutused ei ostnud värsket aed- ja puuvilja seepärast, et need olid kallid.

Haiglate ja lasteasutuste varustamisel ilmnevaid puudusi arutati 31. märtsil 1967. a. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juures asuva toiduainete toiteväärtuse tõstmise ja ratsionaalse toitumise probleemi teaduslikus nõukogus. Nõukogu tegi Eesti NSV Kaubandusministeeriumile ja ETKV Liidule ettepaneku: 1) tagada haiglate ja lasteasutuste eelisvarustamine rasvavaese liha, värske kala, samuti maksa ning teiste I kategooria subproduktide ja muude toiduainetega; 2) tarvitusele võtta abinõud haiglate ja lasteasutuste pidevaks varustamiseks aedvilja, supirohelise, kõrge toiteväärtusega puuvilja ning mahladega; 3) haiglate ja lasteasutuste varustamisel püüda vältida rafineeritud toiduainetega liialdamist.

Et hinnata nende otsuste realiseerimise võimalusi, toome tabelis andmed mõnede toiduainete toodangu (7, 8) ja tarbimise (6) kohta Eesti NSV-s ning võrdleme neid Üleliidulise Sanitaarinspektsiooni poolt 1951. a. kinnitatud füsioloogiliste toidunormidega (2). And-

Mõnede toiduainete toodang ja tarbimine ühe elaniku kohta aastas

Toiduained	Arvestus-ühik	Tootmine 1965. a.	NSV Liidu 1951. a. norm	Tarbimine	
				1962. a.	% NSV Liidu normist
Liha	kg	84	61	67	110
Kala	kg	154	18,6	19,5	105
Munad	tk.	171	298	175	59
Piim	kg	750	176,7	180	102
Kartul	kg	1163	100,4	165	164
Aedvili	kg	72	140,5	70	50

metest selgub, et kala-, piima- ja kartulitoodang ületab elanike vajadused mitu korda. Seepärast on otstarbekas, et toidu valgusisalduse suurendamiseks kasutataks eeskätt kala- ja piima-(lõssi-) valku.

Kalavalk on kvaliteedi poolest võrdne lihavalguga, kuid on keskmiselt kolm korda odavam. Eriti valgurikkad on tursalised, kelle valgusisaldus ei jää maha loomaliha valgusisaldusest. Värsket kala realiseeritakse Eesti NSV-s veel vähe. Suur osa kalast jõuab meie toidulauale külmutatuna, soolatuna, konservidena jne. Mida suurem on värske kala osatähtsus toidus, seda parem, kuid kala pole alati võimalik saada. Ka kalafileed valmistatakse vähe. Loetletud asjaolude tõttu on teadusliku nõukogu otsuses räägitud haiglate ning lasteasutuste eelisvarustamisest värske kala ja muude toiduainetega.

Maitsvaid toite saab valmistada ka külmutatud kalast. Mitmed meil vähe tuntud kalaliigid — kiltursk (pikša), merlang, merluus, hõbehekk jt. — sobivad hästi dieettoitudeks, teised — hiidlest, kivikoha ehk meruu, kaptenkala jt. — maitsevad tõeliste delikatessidena. Seepärast peab õppima ka neid valmistama ja sööma.

Kalavalgust veelgi odavam on lõssi jäänud piimavalk. Meie piimatööstuse lõss sisaldas 1965. aastal 12 kg valku iga Eesti NSV elaniku kohta. See hulk rahuldaks ligi kolmandiku elanike aastasest valguvajadusest (38,3 kg). Liiter lõssi, mille riiklikuks hinnaks on 1 kopikas, sisaldab keskmiselt 29 g täisväärtuslikku valku, 46 g süsivesikuid (piimasuhkur jt.), 7 . . . 10 g mitmesuguseid mineraalaineid (kaltsiumi, fosforit, kaaliumi jt.) ning B-rühma vitamiine ja vastab kalorsuselt 250 grammile I sordi loomalihale. Lõssist valmistatud odav kohupiim, sõir, juust ning muud valgu- ja mineraalainete rikkad piimasaadused sobivad suurepäraselt dieettoitudeks.

Lihatoodangust Eesti NSV-s 1965. a. (vt. tabel) moodustas sealiha 63,9%, veiseliha 30,1%, lambaliha 3,6%, linnuliha 1,8% ja küülikuliha ning teised lihaliigid 0,6% (8). Seega on meil rohkesti rasvast sealiha, mis pole sobiv toit haigetele ega lastele. Ka siin peab taotlema, et haiglad ja lasteasutused saaksid looma-, vasika- ja linnuliha, I kategooria subprodukte ning muid lihasaadusi eelisjärjekorras.

Mune praegu veel ei jätku ja need on küllaltki kallid. 4 . . . 5 kanamuna valgusisaldus vastab liitri piima valgusisaldusele ja nii on munavalk täispiimavalgust umbes 2 korda kallim.

Kui arvesse võtta elanike vajadusi, siis on aed- ja puuvilja ning marjade kogusaak Eesti NSV-s üks madalamaid. Ka valik on ühekülgne — ligi 70% aedviljast moodustab kapsas. Ei jätku porgandeid, sibulaid, kaalikaid ja supirohelist; väga vähe on kasvuhoone saadusi.

Aastail 1957 . . . 1962 tarvitati iga töölispere liikme kohta keskmiselt 27 kg ning kolhoosniku perekonna liikme kohta keskmiselt 30 kg värsket puuvilja ja marju aastas, mis paremal juhul katab ainult 35% normist (84,7 kg aastas). Aed- ja puuvilja ning marjade vähesust ei korva nende sissevedu (6). Seepärast on mõned haiglad ja lasteasutused endile ehitanud kasvuhooned. Nii haiglad kui ka lasteasutused vajavad hädasti häid aedviljahoidlaid, laoruume ning panipaiku.

Eesti NSV linnaelanike toidu kalorsusest moodustavad vitamiini- ja mineraalainetevaesed rafineeritud toiduained (suhkur, rasv, sai jt.) juba ligi poole (43 . . . 48%). Nende toiduainete osatähtsus suureneb ka haiglate ja lasteasu-

tuste ratsioonides. See aga soodustab hüpovitaminooside tekkimist ja mineraalainete puudust. Seepärast peab püüdlema selle poole, et rafineeritud toiduainete tarbimist piirataks.

Kellelegi pole ratsionaalne toit nii hädavajalik kui haigetele ning lastele, sest toidu puudujäägid ja tasakaalustamatus pidurdavad paranemist, kasvu ja arengut. Valgu-, vitamiini- ja mineraalainete rikkad toiduained (värske kala, rasvavaene liha, aedvili, supiroheline jt.), mida veel pole küllaldaselt, peavad esmajoones jõudma haigete ja laste toidulauale. Iga haigla peaarsti ning lasteasutuse juhataja ülesandeks on taotleda, et kohalikud varumis- ja kaubandusorganisatsioonid pööraksid haiglate ning lasteasutuste varustamise parandamisele rohkem tähelepanu. Pärnu ja Tartu haiglate suhteliselt hea varustamine toiduainetega kinnitab, et koostöö annab hinnatavaid tulemusi.

РЕЗЮМЕ. В феврале 1966 года комитетом по питанию Министерства здравоохранения ЭССР проверено состояние снабжения пищевыми продуктами 73 больниц и детских учреждений республики. Установлено, что качество пищевых рационов понижает недостаточное и нерегулярное снабжение некоторыми пищевыми продуктами.

Хотя наши рыбаки ловят много рыбы, пища больных и детей бедна ею. Редки в рационах судак, окунь, щука и даже салаку и треску больницы не всегда получают в достаточном количестве.

В республике производится много свинины, но нежирных сортов мяса — говядины, телятины и птичьего мяса не хватает. Больницы и детские учреждения мало получают субпродуктов, а иногда также творога и нежирного сыра. Это обусловливает недостаток белков в пище больных и детей, установленный исследованиями (1, 3, 4, 5, 9).

Зимой, весной и ранним летом во многих больницах и детских учреждениях не хватает овощей (кроме картофеля), фруктов и ягод. Это способствует возникновению гиповитаминозов и недостаточности минеральных веществ.

Для повышения качества питания больных и детей нужно улучшить снабжение пищевыми продуктами богатыми белками — рыбой, нежирными сортами мяса, субпродуктами первой категории, а также витаминами и минеральными веществами — овощами и т. д. Такое предложение было направлено Министерству торговли ЭССР и управлению ЭРСПО.

KIRJANDUS: 1. Роотс Э. А. Рихма А. Х. Сборник докладов пятой научной конференции Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены, Таллин, 1965, 178—182. — 2. Супоницкий М. Я., Гордин Б. Л., Картелев И. С. Справочное пособие по санитарному законодательству. Киев, 1959. — 3. Уйбо М. Н. Сборник докладов четвертой научной конференции Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Таллин, 1963, 371—375. — 4. Rihma, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 44—48. — 5. Roots, E., Rihma, A. Nõukogude Kool, 1964, 11, 872—875. — 6. Sepre, O., Aisenstadt, L., Aarma, H., Elmi, U. Tähtsamate toiduainete tarbimine meil ja mujal. Tln., 1966. — 7. Tenosaar, V. «Rahva Hääl», 1967, 7. veebr., 32 (7370). — 8. Tõnurist, E. Eesti NSV põllumajanduse sotsialistlik rekonstrueerimine. Tln., 1967. — 9. Uibo, M. Eesti NSV Toiduainete Tööstuse Ministeeriumi teadusliku konverentsi materjalid. Tln., 1967, 29—38.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tallinna Vabariiklik Haigla

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

ARSTI TÖÖAJA JAOTUS KOOLIEELSES LASTEASUTUSES

HELJU TÄLLI
Tartu

UDK 614.23 : 616-053.2

Linnade ja alevite lasteasutustes töötab enamik pediaatritest kohakaasluse alusel, maa-arstijaoskondade teeninduspiirkonda kuuluvate lastekollektiivide eest kannab hoolt aga jaoskonnaarst. Kohakaasluse alusel töötamine kahtlemata killustab arsti tööpäeva, ent see ei vabanda puudusi laste teenindamises.

Kui kontrolli tulemuste andmeil analüüsida Tartu 6 lastesõime ja 8 lastepäevakodu meditsiinilist teenindamist 1966. aastal, selgub, et puuduste põhju-

seks on sageli arsti oskamatus tööaega ratsionaalselt kasutada. Kirjanduses, samuti lastesõime arstidele määratud käsiraamatutes ei ole antud arsti töögraafikuid (1, 2, 3).

Et arstil oleks võimalik jälgida laste tegevust ja personali tööd päeva jooksul, tuleb koostada nn. libisev töögraafik, mille järgi arst peab viibima lasteasutuses erinevatel kellaaegadel. Kui lasteasutuses on ööpäevaseid rühmi, peab arst aeg-ajalt sinna minema ka õhtul või öösel. Mitme imikute rühma olemasolul peab ta kohal olema iga päev. Lasteasutustes, kus imikuid on vähe, võib arst poole koormuse korral koostada töögraafiku nii, et ta töötab seal ülepäeviti 6 tundi järjest. On vajalik, et arst kord nädalas oleks kohal ka laste vastuvõtu ja lahkumise ajal.

Arst koostab igale rühmale päevakava, kusjuures ta arvestab laste füsioloogilisi vajadusi. Erilist tähelepanu tuleb pöörata laste tegevuse korraldamisele nendes rühmades, kus on kaks või isegi kolm erineva päevakavaga alagruppi. Söögiajad neil gruppidel peavad olema erinevad, 1 . . . 1,5-tunniliste vahedega. Järelikult on ka une- ja virgeajad erinevad. See kergendab personali tööd ja soodustab režiimi täpset täitmist.

Arst on päevakava puudulikult koostanud siis, kui lapsed on loiud ja jäävad enne uneaega tukkuma, mõnikord isegi söögilauas. Sageli ettetulevaks veaks on see, kui vanema sõimerühma laste päevakava tunduvalt erineb lasteaedade päevakavast. Sellest ongi tingitud kohanemisraskused lasteaeda üleminekul.

Nagu kogemused näitavad, saab arst kõige parema ülevaate kõigi laste tervise seisundist siis, kui ta tööpäeva algul käib läbi kõik rühmad. Ringkäigust võtab osa ka lasteasutuse vanem-meditsiiniõde. Rühmade meditsiiniõed või kasvatajad teevad arstile teatavaks, kui palju lapsi puudub ja kes pärast haigust on tagasi tulnud, samuti annavad ülevaate kõikide laste tervise seisundist. Ringkäigu ajal või vahetult pärast seda vaatab arst läbi tervisehäiretega lapsed ning annab korralduse nende raviks ja määrab päevarežiimi. Tervisehäireid puudutavad andmed ja ravikorraldused peab arst kandma lapse arenguloosse. Meditsiiniõdedele-kasvatajatele antud korraldused tuleb tingimata märkida rühma päevikusse või rühma vastuvõturuumis asetsevasse arsti korralduste erivihikusse. Samasse teeb meditsiiniõde-kasvataja märkuse korralduste täitmise kohta.

Ringkäigu ajal jälgib arst ühtlasi personali tööd — kas peetakse kinni päevakavast, kuidas täidetakse sanitaarrežiimi ja väikelaste pedagoogika nõudeid. Arst ning vanem-meditsiiniõde peavad jälgima ruumide koristamist, mööbli, mänguasjade ning toidunõude eeskirjadekohast puhastamist ja pesemist. Rangelt tuleb nõuda, et sõimerühmades kasutataks individuaalseid, nimedega märgistatud uriinipotte ja et neid nõuetele vastavalt desinfitseeritaks ja hoitaks.

Ruumide sanitaarseisundit on soovitatav põhjalikult kontrollida kaks korda kuus. Seda teevad koos arst, vanem-meditsiiniõde, asutuse juhataja, majandusjuhataja ja üks lapsehoidja-koristaja. Kontrollitakse kõiki ruume, köögiblokki ja muid abiruume. Väärnähtused märgitakse sanitaarkontrolli vihikusse. Kas puudused on kõrvaldatud või mitte, seda jälgivad arst ja vanem-meditsiiniõde iga päev.

Pärast ringkäiku on otstarbekohane, et arst pühendaks iga päev umbes 2 tundi laste profülaktilisele läbivaatusele. Läbivaatuse aeg tuleb planeerida laste ärkveloleku ajaks, nii et see ei langeks une- ja söögiajale. Kuni aasta vanuste laste tervise seisundit on tarvis kontrollida kord nädalas, 1 . . . 2-aastastel kord dekaadis ja 2 . . . 7 aasta vanustel lastel kord kuus. Üksikasjalik läbivaatus on kuni aasta vanustele ette nähtud kord kuus, üle aasta vanustele lastele aga kord kvartalis.

Läbivaatuse ajal määrab arst igale lapsele karastusprotseduurid ja kehalised harjutused. Imikutele määratakse individuaalselt ka toit.

Sõimerühmade laste arengulugude jälgimisel ilmnes, et arsti sissekanded olid sageli ühekülgsed ja puudulikud. Sissekanne peab olema selline, et peale tervise seisundi saaks ettekujutuse ka lapse arengust ja oskustest. Alati peab olema märgitud motoorika ja kõne areng, tuleb fikseerida kõik uued oskused, mis laps on omandanud eelmisest läbivaatusest möödunud ajavahemiku jooksul.

Kui laps saab aasta vanaks, tuleb arenguloosse teha epikriis esimese eluaasta kohta, milles peab peegelduma

lapse kehaline ja vaimne areng, samuti on tarvis märkida põetud haigused ja kõik kaitsepookimised.

Lasteasutuse arst peab vähemalt üks või kaks korda kuus kontrollima laste tegevust võimlemistundides ja jälgima karastusvõtete läbiviimist. On nõutav, et arst oleks kohal siis, kui võetakse kasutusele järjekordne imikute võimlemisharjutuste kompleks.

Laste toitlustamist peab juhtima arst. On väär, kui menüü koostamine on jäetud lasteasutuse juhataja või majandusjuhataja ülesandeks, kel ei ole meditsiinilist haridust. Tartu lasteasutuste menüüde analüüsimisel ilmnes, et sageli saavad lapsed liiga vähe puu- ja aedvilju, loomseid valke sisaldavaid toiduaineid ei ole igas söögikorras, päeva jooksul tarvitatud piima kogusest ei piisa, tuleb ette süsivesikutega liialdamist. Toitlustamisvigade vältimiseks peab menüü koostamine olema vanem-meditsiiniõe ülesandeks. Vähemalt kord dekaadis peab ta arvutama toitainete sisalduse päevases menüüs ja toidu kalorsuse ning saadud andmed esitama arstile analüüsimiseks. Lastepäevakodus tuleb menüü analüüs sõime- ja lasteaiaealiste laste rühmades teha eraldi (sõltuvalt toiduportsjoni suurusest).

Menüü koostamise hõlbustamiseks ja laste toitlustamise õigeks korraldamiseks töötati igas Tartu lasteasutuses välja 2 või 3 päevast menüüd, kusjuures toitainete sisaldus, nende vahekord ja kalorsus on täpselt teada. Selliste menüükaartide vastastikuse vahetamise tulemusena on igal lasteasutusel paarkümmend päevast menüüd. Kevadtalveks, suveks ja sügiseks tuleb koostada erinevad menüüd. Menüükaartide olemasolul langeb ära menüü korduv analüüsimise vajadus.

Iga kuu lõpul või järgmise kuu algul määrab arst koos vanem-meditsiiniõega kindlaks, kellele lastest tuleb teha kaitsepookimisi, ja kontrollib, kas meditsiiniõde eelmise kuu kaitsepookimiste plaani on täitnud. Kaitsepookimiste-alased andmed peab iga kuu esitama lastepolikliinikule.

Maal või väikelinnas, kus üks pediaater teenindab nii arstijaoskonda kui ka lasteasutust, on otstarbekohane, et lasteasutuste laste kaitsepookimiste kartoteek (vorm nr. 63) paigutataks lasteasutusse. Kaardil olevad märkused tuleb kanda ka laste arengulugudesse või individuaalkaartidele.

Arsti tööülesanded koolieelsetes lasteasutustes on mitmekesised ega tohi piirduda ainult laste tervise seisundi kontrollimisega. Kui arsti tööpäev kulgeb kindla plaani järgi, siis ei saa ükski töölõik kahe silma vahele jääda.

Arsti näidis-töögraafik lastepäevakodus poolekohalise koormuse korral

Esmaspäeval kella 8...14
Kolmapäeval kella 12.30...18.30
Reedel kella 8.30...14.30

Esmaspäev:

8...9 — vastuvõtu jälgimine
9...10 — ringkäik rühmades
10...11 — võimlemistundide jälgimine
11...12.30 — profülaktiline läbivaatus
12.30...13.30 — imikute võimlemise kontrollimine
13.30...14 — hügieeni küsimusi puudutav vestlus personalile kuu I ja III nädala esmaspäeval; kuu II ja IV nädalal jooksvate küsimuste lahendamine.

Kolmapäev:

12.30...13.30 — ringkäik rühmades
13.30...15 — toidubloki kontrollimine, menüüde koostamine
15...15.30 — laste karastamise jälgimine
15.30...16 — jooksvate küsimuste lahendamine
16...17.30 — profülaktiline läbivaatus
17.30...18.30 — kõnetund lastevanematele, sellest kuu II ja IV nädala kolmapäeval pool tundi sanitaarvestlus lastevanematele.

Reede:

8.30...9.30 — ringkäik rühmades
9.30...10 — jooksvate küsimuste lahendamine
10...12 — profülaktiline läbivaatus
12...13 — jooksvate küsimuste lahendamine
13...14.30 — ruumide sanitaarkontroll kuu I ja III nädala reedel; kuu IV nädalal kaitsepookimiste plaani ja kuuaruande koostamine.

РЕЗЮМЕ. Врач детского дошкольного учреждения должен работать по продуманному распорядку дня, чтобы использовать свое рабочее время рационально и избежать упущений в работе. Помимо наблюдения за состоянием здоровья, врач должен постоянно следить за психомоторным развитием детей ясельного возраста и за качеством воспитательной работы в ясельных группах. Важным звеном работы является врачебный контроль за физическим воспитанием и организацией закаливающих процедур.

KIRJANDUS: 1. Руководство для врачей дошкольных учреждений ясли-сад. Под ред. А. Я. Гольдфельда. М., 1962. — 2. Руководство для сестер детских яслей. Под ред. М. Д. Ковригиной. М., 1966. — 3. Juhkam, L., Kalju, A. Praktiline käsiraamat lastesõimedele. Tln., 1958.

Tartu Riiklik Ülikool

TRANSDERMAALNE KOLANGIOGRAAFIA

ANTS HAAVEL
Kingissepa

UDK 616.361 : 616-073.75

Sapiteede röntgenograafilise uurimise meetodid (2) jagunevad kahte rühma: indirektsed meetodid (kontrastainet antakse suu kaudu või süstitakse veeni) ja direktsed meetodid (kontrastaine viiakse sapiteedesse transdermaalselt, operatsiooni ajal või fistulite kaudu). Sapiteede kontrasteerimise eri meetodid ei konkureeri omavahel ja neid ei saa ka üksteisega asendada. Igal meetodil on oma näidustused ja vastunäidustused, eelised ja puudused. Paljudel juhtudel üks meetod täiendab teist ja kergendab haiguse õiget diagnoosimist.

Eriti oluline on, et intensiivse ikteruse all kannatavaid haigeid uuritaks enne operatsiooni. Indirektne koletsüstokolangiograafia osutub niisugusel juhul kasutuks — kontrastainet ei eritu sapiteedesse. Sageli on see meetod vastunäidustatud, sest võib esile kutsuda maksa puudulikkuse. Kirjanduses leidub andmeid 28 juhu kohta, mis on lõppenud letaalselt pärast kontrastaine süstimist veeni intensiivse ikteruse all kannatavatele haigetele (5).

Transdermaalselt viidi kontrastainet sapipõide esmakordselt 1921. aastal. Transparietaalselt (läbi naha ja maksa) hakati kontrastainet manustama 1952. aastal (7). NSV Liidus on transdermaalne kolangiograafia hakanud levima viimastel aastatel (1, 3, 4, 6).

Transdermaalse koletsüstokolangiograafia näidustused on järgmised.

1. Bilirubiinisisaldus veres üle 1,5 ... 2 mg% haigetel, kellel esineb obturatsiooni-ikterus. Indirektse meetodi kasutamisel ei satu kontrastainet sapiteedesse küllaldaselt (seda ei saa röntgenograafiliselt registreerida). Transdermaalse meetodi valimine aga õigustab end, sest sapi äravool on takistatud ja sapiteed laienenud. Viimane asjaolu soodustab sapiteede punkteerimist.

2. Peamiste sapijuhade obturatsioon. Niisugusel juhul ei pääse indirektselt sapiteedesse viidud kontrastaine obturatsioonikohalt edasi ja meetodi rakendamine jääb tulemusteta.

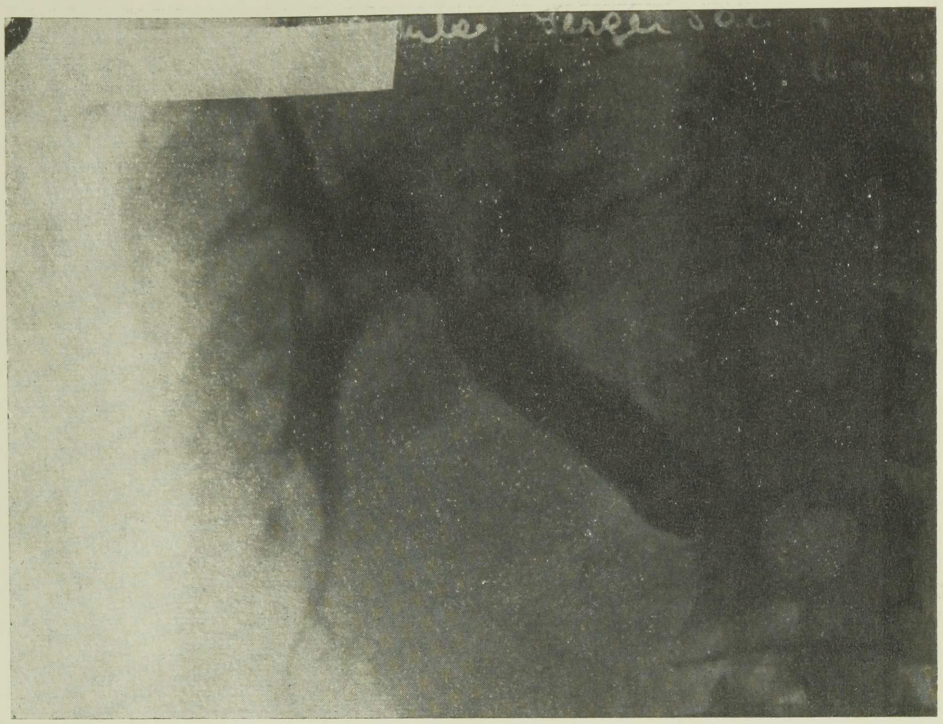
3. Albumiinide-globuliinide koefitsient on väiksem kui 1. Indirektsete meetodite kasutamisel kontrastaine ei saa ühineda valkudega ja see ei eritu sapiteedesse, vaid elimineeritakse neerude kaudu. Transdermaalset kontrasteerimist niisugune näht ei sega.

4. Transdermaalne meetod osutub otstarbekaks ka siis, kui sapiteede epiteeli kontsentratsioonivõime on sedavõrd langenud, et indirektse meetodi kasutamisel ei kogune sapiteedesse küllaldasel määral kontrastainet.

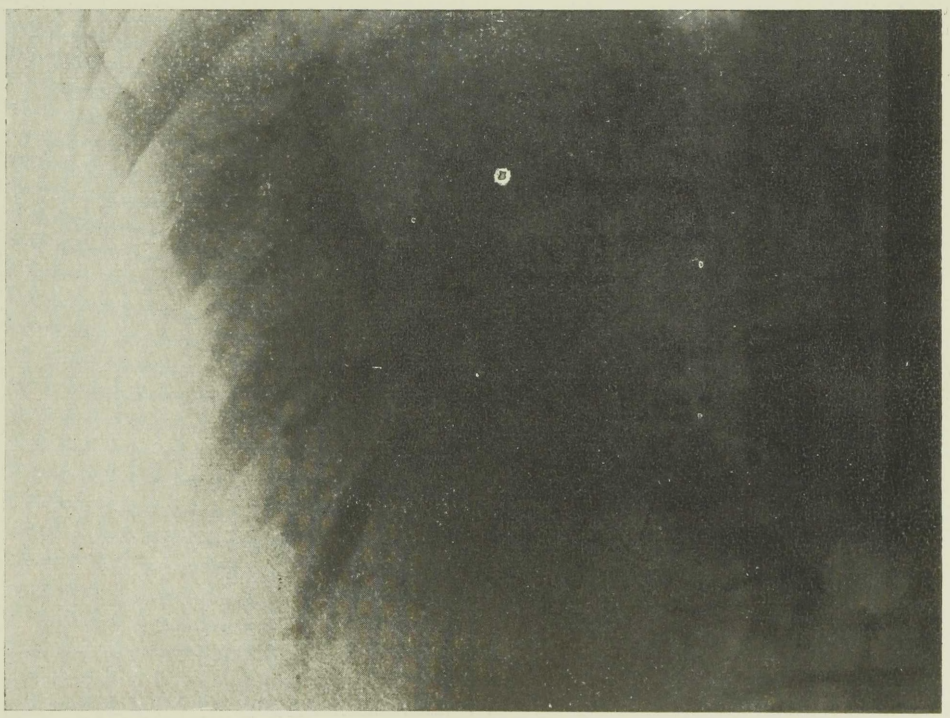
Transdermaalset meetodit soovitatakse kasutada ka koletsüstektoomiajärgse sündroomi põhjuste selgitamiseks ja sapiteede kaasasündinud anomaaliate uurimiseks lastel (5).

Transdermaalse kolangiograafia kasutamise vastunäidustuseks on tundlikkus joodi suhtes, raskekujuline kardiovaskulaarne dekompensatsioon, neerude ja maksa puudulikkus, vere hüübimisvõime tugev langus (protrombiini alla 50%), maksaabstsessid ja ehhinokokk.

Transdermaalne kolangiograafia tehakse järgmiselt. Võetakse 12 ... 15 cm pikkune ja 1 ... 1,8 mm läbimõõduga õõnesnõel ning punkteeritakse maksa 45° nurga all 3 ... 4 cm allpool roietekaart (mammilaarjoonel). Kasutatakse paikset tuimastust. Nõela surumisel maksa on soovitatav, et haige ei hingaks, sest hetkel, kui nõel läbib maksa kihnu, tunneb haige valu (vaatamata tuimastusele). Nõel viiakse maksa 9 ... 12 cm ulatuses. Kui nõel satub sapiteedesse, aspireeritakse sappi. Pärast seda süstitakse kontrastainet (diodooni, bilitrasti, kardiotrasti jm.). Nõel eemaldatakse ja röntgeniülesvõtted tehakse kohe ning 10, 20, 30 ja 60 minuti järel. Enne manipulatsiooni antakse haigele 1 tab-



Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 3



Röntgenogramm 4

lett nitroglütseriini, et esile kutsuda *papilla duodeni major*'i lõõgastumist.

Protseduur toimus röntgenikabinetis. Ülesvõtted tegime röntgeniaparaadiga «Diagomax». Kontrastainena kasutasime bilitrasti. Transdermaalse meetodi korral meil seni tüsistusi ei ole tekkinud. Illustratsiooniks esitame väljavõtted haiguslugudest.

Juht 1. 50-aastane meespatsient (haiguslugu nr. 50/1967. a.) hospitaliseeriti Kingissepa Rajooni Keskhaigla nakkushaiguste osakonda 3. II 1967. a. Diagnoos: *morbus Botkini*. Ikterus oli tekkinud 1. II 1967. Ravile saabumisel hgb. 12,0 g%, leukots. 19 000, SR 57 mm tunnis, uriinis urobiliin ++, bilirubiin +++; roojas sterkobiliini ei ole. Bilirubiini veres 3,5 mg%. H. van den Berghi reaktsioon — direktne 2,5, indirektne 1,0. Aldolaasi aktiivsus 10 üh., eeterbilirubiinproov positiivne. Diastaasi veres ja uriinis 64 üh., kolesteriini 748 mg%. Haiglas bilirubineemia süvenes, vaatamata ravile (10,66 mg%). 2. III 1967. a. diagnoositi mehhaanilist ikterust (ebaselge etioloogia). Haigele tehti transdermaalne kolangiograafia (vt. tahvel V, röntgenogramm 1 ja 2, millest esimene on tehtud kohe pärast kontrastaine manustamist, teine 60 minutit hiljem). Röntgenogrammidel võib näha, et sapiteed on tugevasti laienenud ja *ductus choledochus*'e distaalne ots oleks nagu amputeeritud. Kontrastaine duodeenumi ühe tunni jooksul ei sattunud. Röntgenograafiliselt diagnoositi mehhaanilist ikterust (takistus *papilla duodeni major*'is). 17. III 1967 haiget opereeriti. Selgus, et tegemist oli pankrease pea tuumoriga (patohistoloogiliselt *adenocarcinoma pancreatis*).

Juht 2. 67-aastane meespatsient (haiguslugu nr. 199/1967. a.) hospitaliseeriti Kingissepa Rajooni Keskhaigla nakkushaiguste osakonda 17. mail 1967. a. Diagnoos: *morbus Botkini*. Hospitaliseerimisel vereanalüüs: hgb. 12,6 g%, SR 32 mm tunnis, leukots. 5100, eosinof. 7, keppt. 5, segmentt. 49, lümfots. 36, monots. 3%. Uriinis valku ei ole, urobiliin +, bilirubiin ++; roojas sterkobiliini ei ole. Bilirubiini veres 7,0 mg%, H. van den Berghi reaktsioon — direktne 5,33, indirektne 1,67, diastaasi veres 16 üh., uriinis 32; veres suhkrut 260 mg%. Haiglas bilirubineemia süvenes, vaatamata ravile (10,66 mg%). 24. V 1967. a. diagnoositi mehhaanilist ikterust ebaselge etioloogiaga. Tehti transdermaalne kolangiograafia (vt. tahvel VI, röntgenogramm 3). Röntgenogrammil on näha tunduvalt laienenud sapiteed. Ühissapijuha distaalne ots jätab mulje, nagu see oleks amputeeritud. Kontrastainet duodeenumi ühe tunni jooksul ei satu. Diagnoos: mehhaaniline takistus *papilla duodeni major*'is. Operatsioonil selgus, et tegemist oli pankrease pea tuumoriga (patohistoloogiliselt *adenocarcinoma pancreatis*).

Juht 3. 67-aastane naispatsient (haiguslugu 209/1967. a.) hospitaliseeriti Kingissepa Rajooni Keskhaigla nakkushaiguste osakonda 27. V 1967. Diagnoos: *hepatitis infectiosa*. Oli haigestunud 2 nädalat tagasi — paremal pool roietekaare all olid tekkinud valud. Kolm päeva tagasi oli nahk muutunud kollaseks. Nakkushaigetega kokkupuutumist eitab. Haige ikteeriline (roheka jumega). Kõht normaalse konfiguratsiooniga. Maks suurenenud umbes 2 põikisõrme ulatuses. Meso- ja hüpogastriumi piiril paremal umbes 8×10 cm suurune mügariku pinnaga tuumor. Regionaarsed lümfisõlmed ei ole palpeeritavad. Vereanalüüs: hgb. 11,0 g%, erütrots. 3 800 000, indeks 0,9, SR 37 mm tunnis, trombots. 240 000, leukots. 6100, eosinof. 1, keppt. 5, segmentt. 75, lümfots. 13, monots. 6%. Uriin tumekollane, valk ja suhkur negatiivsed, urobiliin ++, bilirubiin +++, leukots. 1...4 vaateväljas, kusihappe kristalle. Roojas sterkobiliin negatiivne. Eeterbilirubiinproov negatiivne. Bilirubiini veres 5,0 mg%, H. van den Berghi reaktsioon — direktne 2,8, indirektne 2,2. Tümoolproov 31 üh. Aldolaasi aktiivsus 8 üh. Haigel diagnoositi maksa tuumor, diagnoosi tõendas ka transdermaalne kolangiograafia (vt. tahvel VI, röntgenogramm 4).

Transdermaalset kolangiograafiat soovitame laialdasemalt kasutada kliinilises praktikas, sest see meetod kergendab sapiteede haiguste diagnoosimist ja aitab vältida vigu.

РЕЗЮМЕ. Чрескожная (чреспеченочная) холангиография является вспомогательным методом при диагностике заболеваний желчных путей. Берут иглу длиной 12...15 см, диаметром 1...1,8 мм и пунктируют 3...4 см ниже реберной дуги по мамилярной линии под углом 45°, при местной анестезии. Игла прокалдывается в печень на глубину 9...12 см. При попадании в желчные ходы желчь отсасывается и после этого вводится контрастное вещество. После удаления иглы сразу делается снимок, последующие снимки делаются через 10, 20, 30, 60 минут. Перед манипуляцией больному дается 1 таблетка нитроглицерина — для расширения Ватерового сосочка.

Показания к чрескожной (чреспеченочной) холангиографии следующие: количество билирубина в крови выше 1,5...2 мг% при механической желтухе; механическое закрытие главного желчного протока; соотношение альбуминов и глобулинов 1 : 1.

Противопоказаниями являются чувствительность к йоду, тяжелые формы декомпенсации сердца, недостаточность почек и печени, снижение свертываемости крови (протромбин ниже 50%), абсцессы и эхинококк печени.

KIRJANDUS: 1. Бакалейников С. С. Клинич. мед., 1959, 3, 102—103. — 2. Копельман С. Д. Холецистография. М., 1949. — 3. Левадный П. И. Вестн. хирургии, 1967, 10, 24—25. — 4. Суваева В. И. Чреспеченочная холангиография. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1964. — 5. Шор Л. М., Розанов И. Б., Топчиашвили З. А. Чрескожная чреспеченочная холангиография в хирургии желчных путей. Калининград, 1966. — 6. Шор Л. М. Хирургия, 1967, II, 70—72. — 7. Leger, L. e. a. Presse med., 1952, v. 60, 936.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla

VERE REINFUSIOONIST EMAKAVÄLISE RASEDUSE RAVIS

KALJU VÄIN
Kingissepa

UDK 618.31-007.251-08

Suremus emakavälise raseduse tagajärjel on aasta-aastalt vähenenud ja moodustab praegu 0,17 ... 1,8%. Surma põhjuseks neil juhtudel on äge verekaotus, šokk ja ka hilisemad komplikatsioonid, eeskätt kopsupõletik (2).

Haiged, kel emakaväline rasedus on katkenud, tuuakse haiglasse sageli kiirabi korras. Kollapsi tõttu tuleb neil samal ajal kirurgilise raviga rakendada ka šokivastast ravi, sealhulgas teha vereülekanne. Viimase puhul on vaja üsna suuri verekoguseid. Üks võimalus vere hulka kiiresti taastada on intraabdominaalse «ektoopilise» vere reinfusioon (1). Kingissepa Rajooni Keskhaiglas on nimetatud moodus kasutusel 1960. aasta detsembrikuust alates (seda nii iseseisvalt kui ka paralleelselt konservvere ülekandega).

Reinfusioon tehakse järgmiselt. Kohe pärast kõhuõõne avamist kogutakse sealt väikese kulbiga verd ning see kurnatakse läbi 4 ... 6-kordse marli steriilsesse purki. Hüüvetest vabastatud verd saab mõõta ning see viiakse juba varem ülesseatud niristussüsteemi kaudu haige veresoonkonda tagasi.

Vere autotransfusiooni idee on küllaltki vana, esimest korda realiseeriti see 1914. aastal. Rohked andmed viitavad reinfusioonile kui ainuõigele elupäästvale ravivõttele emakavälise raseduse katkemise korral — suremus ägeda aneemia tagajärjel on neil juhtudel vähenenud 12%-lt 1,86%-ni (3). Reinfusiooni teel ülekantav veri peab olema steriilne ja kogutud steriilsetes tingimustes; verest peavad olema eemaldatud kõik hüübed; kehatemperatuur peab olema normaalne ja verejooksust kõhuõõnde ei tohi olla möödunud rohkem kui 24 ... 48 tundi (3). Reinfusioone on tehtud ka maksa ja põrna rebendite korral ning rindkere vigastuse juhtudel (pleuraõõnde kogunenud verega). Ülekantava vere kogus on ulatunud 300 ... 3000 milliliitrini (3).

Kingissepa Rajooni Keskhaiglas on 94 emakavälise raseduse tõttu opereeritust 27-le tehtud vere reinfusioon (vt. tabel).

Haiglasse saabunuil oli vere hemoglobiinisisaldus 7 ... 9 g% piires. Kõige suurem verekaotus oli 3000 ml (hemoglobiini 4 g%) — sel juhul õnnestus tagasi kanda 1000 ml verd. Suurema verekaotuse korral on tulnud eemaldada rohkesti ka suuri hüübeid, mistõttu neljale haigele kanti lisaks üle ka konservverd. Viiel juhul pidi vereülekandeid kordama operatsioonijärgsel perioodil (nii üks kord kui ka rohkem). Summaarset verekaotust ja vere asendamist reinfusiooni teel aastail 1960 ... 1966 näitab diagramm lk. 121.

Vere reinfusioonid Kingissepa Rajooni Keskhaiglas

Aasta	Opereeritud günekoloogiliste haigete arv		Reinfusioonide arv	Reinfundeeritud vere hulk ml	Tüsistuste arv operatsioonijärgsel perioodil
	üldse	emakavälise raseduse tõttu			
1960	97	18	1	500	—
1961	94	12	2	3600	1 kollatõvejuht
1962	80	15	2	450	—
1963	70	12	2	850	—
1964	75	13	6	3750	1 trombo-flebiidijuht
1965	109	15	8	4800	—
1966	104	9	6	5450	1 trombo-flebiidijuht
Kokku	629	94	27	19400	3 juhtu

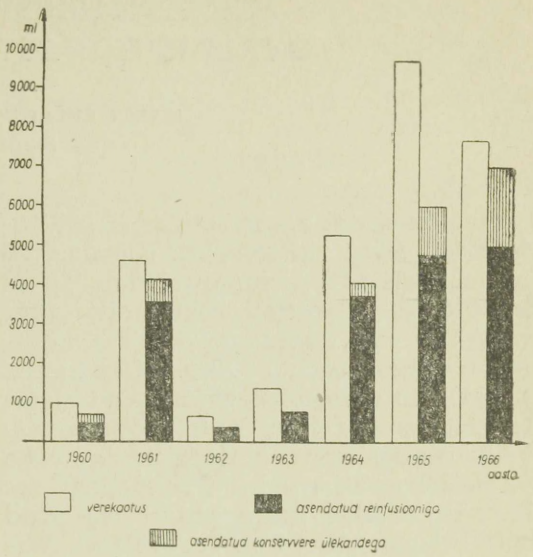
Tabelis esitatud andmetest selgub, et emakavälise raseduse tõttu opereeritud haiged moodustavad ligikaudu 15% günekoloogiliste haiguste puhul opereeritutest. Koos kogemuste kasvuga on suurenenud ka reinfusioonide arv aastas.

1961. aastal tekkis ühel opereeritul järgmisel päeval kollasus, mis mõne päeva pärast iseenesest kadus ega põhjustanud vaevusi (haiguslugu nr. 1126/1961. a.). Nimetatud juhul oli tegemist nn. vana ektoopilise rasedusega, mille esimene atakk oli olnud juba kolm nädalat enne rajoonihaiglasse paigutamist. Haige oli eksidiagnoosi tõttu viibinud jaoskonnahaiglas ja alles pärast teist atakki saadeti edasi Kingissepa haiglasse. Saabumisel vere hemoglobiinisisaldus 4 g%. Verekaotus ligikaudu 2500 ml. Tagasi kanti 2000 ml verd. Operatsioonijärgsel perioodil tehti veel konservvere ülekanne kahel korral (à 250 ml). Haige lahkus haiglast rahuldavas üldseisundis 11. päeval pärast operatsiooni (hemoglobiin 7,4 g%).

Kollasuse põhjuseks oli tõenäoliselt hemolüseerunud veri, mis kõhuõõnde oli kogunenud juba pärast esimest atakki. Seda asjaolu arvestasime järgmiste reinfusioonide tegemisel.

Kahel juhul tekkis 8. ja 9. päeval pärast operatsiooni sääre süvade veenide põletik, mis ravi tulemusena kiiresti taandarenes. Mõlemal juhul oli tegemist suure verekaotusega (2500 ml) ning verd kanti tagasi ühele haigele 2000 ja teisele 1800 ml. Operatsioonijärgsel perioodil kanti kummalegi üle ka konservverd (esimesele korduvalt ja teisele ühel korral). Mainitud komplikatsioone ei saa seostada reinfusiooniga, sest need tekkisid küllaltki hilja.

Reinfusioon on tõhus vahend võitluses kollapsi vastu ägeda verejooksu korral kõhuõõnde ning sellega saab asendada konservvere ülekande. Et ühele haigele tagasikantava vere keskmine kogus oli 720 ml, siis võimaldas see kokku hoida suurt konservvere hulka. Seetõttu oleme reinfusiooni kasutusele võtnud igal võimalikul juhul. Meie kogemused kinnitavad selle meetodi ohutust. Eespool kirjeldatud kergetele tüsistustele vaatamata võime seda soovitada laialdasemaks kasutamiseks günekoloogias.



Summaarne verekaotus ja selle asendamine emakavälise raseduse tõttu opereeritud haigetel

РЕЗЮМЕ. В Кингисеппской районной центральной больнице с декабря 1960 года проведено 27 случаев реинфузии абдоминальной крови при лечении внематочной беременности. Среднее количество реинфундированной крови на каждого больного составило 720 мл.

Реинфузия собственной крови эффективна в борьбе с развивающимся коллапсом и может заменить переливание консервированной крови. При применении реинфузии необходимо строго соблюдать стерильность и опасаться попадания в сосуд сгустков крови. Сразу же после вскрытия брюшной полости собирается жидкая кровь и процеживается через 4...6-слойную марлю в стерильную посуду, измеряется и переливается через заранее приготовленную систему.

Реинфузия крови безопасна, не причиняет существенных осложнений и позволяет в условиях районной больницы экономить консервированную кровь.

KIRJANDUS: 1. Грубник В. М. Акушерство и гинекология, 1957, 1, 98. — 2. Макаров Р. Р. Внематочная беременность, М., 1958. — 3. Хурамович Н. И. Реинфузия крови в хирургии, М., 1961.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla

PEREKONDLIKUST OVALOTSÜTOOSIST

MARET EHLVEST
Paide

UDK 616-056.7

Ovalotsütoosi all mõistetakse erütrotsüütide kuju anomaaliat. Normaalsed inimese erütrotsüüdid on ümmargused kaksiknõgusad kettad. Nende diameeter kõigub 6 ... 8 mikromeetri piires, keskmiseks peetakse 7,2 ... 7,4 mikromeetrit (3, 11). Kettakujuline erütrotsüüt ei ole täpselt ümmargune. Ketta suurema ja väiksema diameetri (mitte paksuse) suhe on tavaliselt 1,1 (10). Ovalotsüütideks loetakse rakke, mille puhul mainitud suhe ületab 1,25 ja on tugevalt väljendunud juhtudel kuni 2,5.

Erütrotsüütide ovaalsust väljendatakse nn. ekstsentrilisuse astme kaudu, mis saadakse valemist $e = \sqrt{1 - \frac{b}{a}}$, kus e on ekstsentrilisuse aste, a erütrotsüüdi suurem ja b väiksem diameeter.

Erütrotsüüdid jaotatakse vastavalt nende ekstsentrilisuse astmele nelja rühma (9, 10): 1) ümmargused ($e = 0{,}0 \ldots 0{,}47$, 2) kergelt ovaalsed ($e = 0{,}47 \ldots 0{,}62$), 3) ovaalsed (elliptilised, $e = 0{,}62 \ldots 0{,}74$) ja 4) tugevasti ovaalsed (kepikujulised, $e > 0{,}74$). Praktikas soovitatakse kasutada lihtsustatud skeemi: 1) $\frac{a}{b} \sim 1$; 2) $\frac{a}{b} \sim 1{,}25$; 3) $\frac{a}{b} \sim 1{,}5$; 4) $\frac{a}{b} \sim$ $\sim 1{,}75$ või rohkem.

Tervel inimesel võib olla esimese rühma erütrotsüüte 52 ... 75, teise 15 ... 38, kolmanda 8 ... 10 ja neljanda rühma erütrotsüüte 0,2 ... 2,5%. Ovalotsütoosi puhul kuulub kolmandasse ja neljandasse rühma 25% (või rohkem) erütrotsüütidest (10). Ovaalse kujuga erütrotsüüdid on fülogeneetiliselt vanemad kui ümmargused. Füsioloogiliselt esinevad ovalotsüüdid alamatel selgroolistel, imetajatest kaamelitel 100% (4, 6).

Ovalotsütoosi inimesel kirjeldati esmakordselt 1904. aastal (7). Selle esinemissageduseks elanikkonna hulgas peetakse 1 : 2500 kuni 1 : 3500 (1). Juba varakult kalduti arvama, et kõnealune anomaalia on pärilikku laadi. Edaspidi aga selgus, et ovalotsütoos võib esineda ka sümptoomina sepsise (5), pernitsioosse aneemia (9), intoksikatsioonide (7) jm. korral. Sümptomaatiline ovalotsütoos väheneb või kaob siis, kui põhihaigus paraneb.

J. Lorie (6) eristab nelja ovalotsütoosi vormi: 1) füsioloogiline ovalotsütoos, 2) sümptomaatiline ovalotsütoos, 3) perekondlik-pärilik ovalotsütoos ja 4) kaasasündinud ovalotsütaarne hemolüütiline aneemia. Esimese ja teise vormi puhul on enamik erütrotsüütidest tavalise kujuga, kuuluvad esimesse või teise rühma. Kolmanda ja neljanda vormi korral võib esineda ovalotsüüte kuni 90% ja need kuuluvad kolmandasse ja neljandasse rühma.

Suurem praktiline tähtsus on perekondlikul ovalotsütoosil ja sellega teatavates tingimustes kaasneval ovalotsütaarsel hemolüütilisel aneemial. Mõnede autorite andmeil esineb hemolüütiline aneemia ovalotsütoosi korral umbes 12%-l juhtudest (6, 8). Neljandat ovalotsütoosivormi võiks seega vaadelda kui perekondliku ovalotsütoosi erijuhtu.

Tänapäeval arvatakse, et perekondlik ovalotsütoos antakse edasi pärilikul teel, sõltumata veregrupist, soost, rahvusest ja väliskeskkonna tingimustest (geograafiline piirkond jne.). Tavaliselt on perekondlik ovalotsütoos kliiniliste sümptoomideta tunnuse kandmine, mis antakse edasi nähtavasti autosoomse dominantse geeniga (2, 14). Kliinilised nähud (hemolüütiline aneemia) puuduvad juhul, kui sümptoom on päritud ühelt vanemalt (kuid teine on terve), s. t. on tegemist heterosügootse pärilikkusega antud tunnuse suhtes (4, 6). Sellist käsitust toetab ka meie poolt jälgitud perekondliku ovalotsütoosi juht.

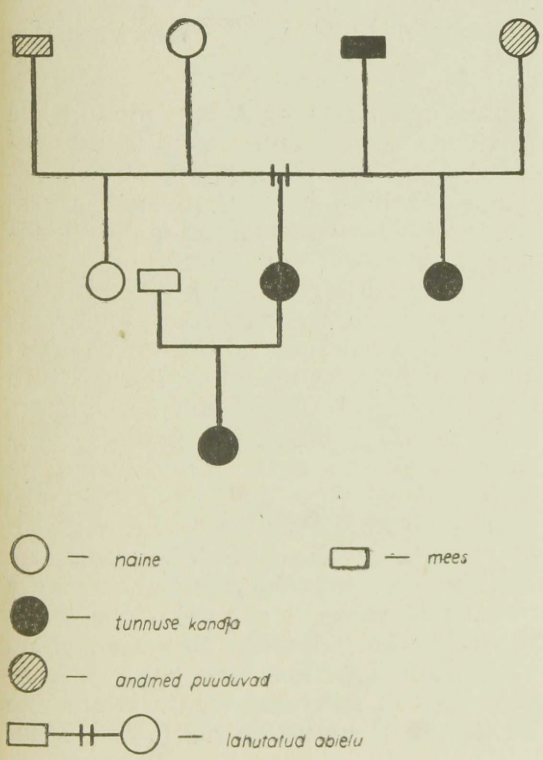
Ovalotsütoosi avastasime juhuslikult kliinilises mõttes täiesti tervel 5-aastasel tütarlapsel L. K. Laps sündis 1958. aastal õigeaegselt, sünnitus kulges iseärasusteta. Praegu on laps füüsiliselt ja psüühiliselt hästi arenenud. On põdenud bronhiiti, düspepsiat, leetreid ja tuulerõugeid. Siseelundite patoloogilisi muutusi ei esine. Vereanalüüs: erütrots. 4 120 000, leukots. 5000, trombots. 264 000; hemoglobiini 13,1 g%; värvusindeks 0,95, SR 3 mm 1 tunni jooksul; veritsusaeg 45 sek., hüübimisaeg (algus) 1 minut; erütrotsüütide osmootne resistentsus: minimaalne 0,42, maksimaalne 0,40; leukotsüütide valem: eosinof. 2%, seg-

mentt. 46%, keppt. 0%, lümfots. 47%, monots. 5%, basof. 0%. Punase vere pildis 1. rühma erütrotsüüte 3, 2. rühma 15, 3. rühma 42, 4. rühma erütrotsüüte 9%.

Sugulaste uurimisel selgus (vt. skeem), et ovalotsütoos on emal (1. rühma erütrotsüüte 19, 2. rühma 25, 3. rühma 41, 4. rühma 15%) ja emapoolsel vanaisal (1. rühma erütrotsüüte 25, 2. rühma 30, 3. rühma 36, 4. rühma 9%). Isal ja emapoolsel vanaemal seda ei esinenud. Ovalotsütoos leiti veel ema poolõel vanaisa teisest abielust (punase vere pilt vastavalt 30, 18, 45 ja 7%). Kliiniliselt avaldunud verehaiguste kohta perekonna anamneesis andmeid ei ole. Seega on antud juhul tegemist perekondliku ovalotsütoosiga, kusjuures kliiniliselt avalduvad patoloogilised muutused puuduvad.

Kui ovalotsütoos on kummalgi lapsevanemal, siis võib järglastel esineda kliiniliselt avalduv patoloogia hemolüütilise aneemia näol (4). Nii kirjeldavad L. Gaillard jt. (15) nelja kuu vanust imikut, kellel oli raskekujuline hemolüütiline aneemia. Lapsel ja tema vanematel konstateeriti ovalotsütoosi. Autorite käsituse järgi sai laps vanematelt samanimelised geenid, s. t. ta oli homosügootne ovalotsütoosi suhtes, mille tõttu kujuneski hemolüütiline aneemia.

Aneemia võib tekkida ka heterosügootsuse korral, kui järglane ühelt vanemalt on saanud ovalotsütoosi, teiselt mõne muu päriliku vereloomedefekti (6). B. Angelopoulos ja D. Caralis (13)



kirjeldavad hemolüütilise aneemia juhtu, mis oli tingitud kaasasündinud ovalotsütoosist ja beeta-talasseemiast. Perekonna uurimisel leiti ühe vanema eellastel ja järglastel ovalotsütoos, teisel vanemal beeta-talasseemia.

Kuivõrd pärilik ovalotsütoos võib olla hemolüütilise aneemia põhjuseks, tuleb punase vere pildi analüüsimisel rohkem tähelepanu pöörata erütrotsüütide kujule nii hemolüütilist aneemiat põdevatel haigetel kui ka tervetel inimestel. Ovalotsütoosi avastamisel on tarvis selgusele jõuda, kas nimetatud iseärasus on perekondlikku (s. t. pärilikku) laadi või sümptomaatiline. Esimest on kerge kindlaks teha, sest tunnus on dominantne. Puudub võimalus, et ovalotsütoos esineks eellasel varjatud (s. o. retsessiivsel) kujul.

Perekondlikku ovalotsütoosi kui kliiniliste sümptoomideta tunnuse kandmist ei tohi tõlgendada haigusena. Hemolüütilise aneemia profülaktika seisukohalt aga ei ole soovitatavad abielud isikute vahel, kel on selline pärilik iseärasus. Seda tuleks perekondliku ovalotsütoosi avastamisel tunnusekandjale selgitada, eriti kui tegemist on abiellumisealise isikuga. Vastavalt klassikalistele Mendeli seadustele võib sel korral, kui kummalgi abielupoolel on nimetatud tunnus, 25%-l lastest esineda hemolüütiline aneemia, 50% jääb lihtsalt tunnusekandjaks, kuna 25%-l tunnus puudub. Teiselt poolt abielu korral, kui ühel on tunnus ja teisel mitte, antakse ovalotsütoos edasi 50%-le lastest, kuna 50% jääb tunnusevabaks. Viimaste järglastel ovalotsütoosi enam ei ilmne.

Peab muidugi silmas pidama, et toodud protsendid väljendavad teoreetilist võimalikkust ja sellised suhted võivad esile tulla ainult suure arvu laste korral. Kui eeldada, et abielust kahe tunnusekandja vahel sünnib ainult üks laps, siis 100 sellise abielu korral 25 juhul oleks laps tunnusevaba, 50 juhul tunnusekandja ja 25 juhul haige (s. o. põeks hemolüütilist aneemiat). Kas aga Mendeli seadus päriliku ovalotsütoosi puhul sellisel kujul on rakendatav, ei ole kaugeltki selge. Kui silmas pidada, et hemolüütilise aneemia ilmnemist ovalotsütoosijuhtudel võivad soodustada ka muud pärilikud iseärasused (näiteks beeta-talasseemia ühel vanematest), siis

võib haigestumise tõenäosus olla suurem kui 25%.

Meditsiinilis-geneetiliste küsimustega tegelevate asutuste vajalikkust on rõhutanud Nõukogude Liidu üks juhtivamaid geneetikuid V. Efroimson (12). Ka käesolev juht näitab, et seda laadi uurimiste tegemine ja elanikkonnale praktiliste nõuannete andmine peaksid kuuluma vastava nõuandla kompetentsi.

РЕЗЮМЕ. Описывается случай семейно-наследственного овалоцитоза у 5-летней девочки. Овалоцитоз был обнаружен случайно. Клинически девочка здорова, физически и психически хорошо развита. В картине красной крови эритроцитов первой группы по Гюнтеру — 34%, 2-й группы — 15%; 3-й группы — 42%; 4-й группы — 9%. Остальные показатели периферической крови без заметных отклонений от нормы. При исследовании родственников девочки овалоцитоз был обнаружен у матери, у дедушки (отец матери) и у тети (дочь дедушки от второго брака). Анамнестических данных о клинически выявленных болезнях крови в семье нет.

KIRJANDUS: 1. Алексеев Г. А. БМЭ, 2-ое изд., 1964, т. 36, 833. — 2. Воробьевская Р. И., Гольдберг Л. И. Сов. медицина, 1959, 8, 98—100. — 3. Дульцин М. С. В кн.: Многотомное руководство по внутренним болезням. М., 1962, т. 6, 103—254. — 4. Лавкович В., Кржеминска-Лавкович И. Гематология детского возраста. Варшава, 1964. — 5. Леман Н. М., Дроздова В. А. Клинич. медицина, 1950, 4, 82—83. — 6. Лорие Ю. И. Клинич. медицина, 1963, 8, 33—37. — 7. Людвиновский Р. И. Терапевт. архив, 1936, 4, 721—727. — 8. Попов Ю. П. Казанский мед. ж., 1962, 4, 71—73. — 9. Прогонная В. В. Врачебн. дело, 1957, 8, 865—868. — 10. Тодоров И. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. София, 1963. — 11. Фанкони Г., Вальгрен А. Руководство по детским болезням. М., 1960. — 12. Эфроимсон В. П. Введение в медицинскую генетику. М., 1964. — 13. Angelopoulos, B., Caralis, D., Ann. Paediat. (Basel) 1965, 336—344. Ref.: Мед. реф. ж. V, 1965, 11, 1625. — 14. Baker, S. J. a. o. Brit. J. Haemat. 1961, 2, 210—222. Ref.: Мед. реф. ж. I, 1962, 1, 296. — 15. Gaillard, L. e. a. Pediatrie, 1960, 7, 791—800. Ref.: Мед. реф. ж. V, 1961, 5, 806.

Paide Rajooni Keskhaigla

BIAKTIIVNE DIATERMOKOAGULATSIOON PARODONTOPAATIA KOMPLEKSRAVIS

VILMA LAURAND
Tartu

UDK 616.314-085

Diatermokoagulatsioon on koha leidnud parodontopaatia kompleksravis. Diatermokoagulatsiooni monoaktiivsel meetodil eemaldatakse granulatsioonkude patoloogiliselt muutunud igemetaskust. Mainitud juhul kasutatakse kaht elektroodi — aktiivset, millel voolutihedus on küllaltki suur (vt. joon — d), ja passiivset, millel voolutihedus on väike. Kõrgsagedusvool suundub aktiivselt elektroodilt passiivsele. Takistus koaguleeritavas koes suureneb ja vool läbib kõigepealt need alad, kus takistus on väiksem (rakkudevaheline vedelik, vere- ja lümfisooned). Voolujooned hajuvad (dispersioon) ja seejärel koonduvad (kontsentratsioon) väiksema takistusega piirkondadesse. Kõrgsagedusvoolu ebaühtlase leviku tagajärjel võivad voolujoonte koondumise aladel kahjustuda terved koed (1, 3, 5, 6, 7, 8, 11 jt.). Koagulatsiooni sügavus ei ole täpselt piiritletav ja koaguleeritud koe piirjoon on ebatasane, mistõttu paranemine aeglustub (2, 4, 9, 10, 11 jt.).

Monoaktiivse meetodi puudusi arvestades on hüpertrofeerunud igeme-papillide ja patoloogiliselt muutunud igemetaskute resetseerimiseks ning granulatsioonkoe koaguleerimiseks igemetaskus hakatud kasutama diatermokoagulatsiooni biaktiivset meetodit, mis põhineb kahel aktiivsel elektroodil. Kui vähendada passiivse elektroodi pindala (selle tulemusena suureneb voolutihedus) ja anda talle aktiivse elektroodi kuju, siis saamegi kaks kõrvuti asetsevat aktiivset elektroodi. Voolujoonte dispersioon ja kontsentratsioon toimuvad kahe aktiivse elektroodi vahel, s. o. piirkonnas, mida tahetakse koaguleerida. Seega on voolu toime kindlapiiriline, naabruses paiknevad koed ei kahjustu ning paranemine on kiirem ja valud on nõrgemad. Mee-

tod võimaldab reguleerida koagulatsiooni sügavust, sest see vastab ühe elektroodi läbimõõdule (2, 11 jt.). Välditud on ka hambapulbi ärritus, mille kõrgsagedusvool võib esile kutsuda (3).

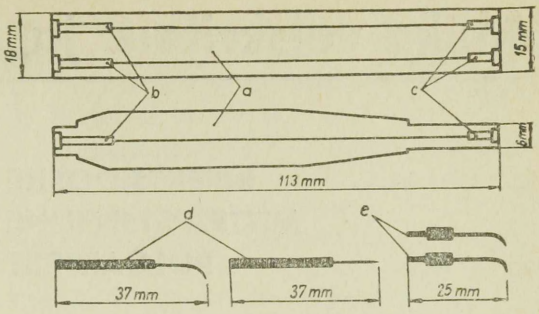
Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus on valmistatud biaktiivne elektrood diatermokoagulaatorile DK-3. Elektroodid on tehtud hõbedast ja kaetud isoleeriva nitroliimi-kihiga; vabaks on jäetud 0,5 . . . 1 mm elektroodi otsast (vt. joon. — e). Biaktiivsete elektroodide hoidjaks on orgaanilisest klaasist otsik (vt. joon. — a). Elektroodihoidja ühes otsas on juhtmete avad (vt. joon. — b), teises aga elektroodide avad (vt. joon. — c). Ümberkonstrueerimisel on arvestatud, et aparaati DK-3 saaks kasutada nii monoaktiivse kui ka biaktiivse meetodi korral.

Biaktiivse elektroodiga saab teha tangentsiaalset ja transversaalset koagulatsiooni. Esimesel juhul puudutavad mõlemad elektroodid koe pinda ühel ja samal kohal. Teisel juhul asetseb üks elektrood patoloogiliselt muutunud igemetaskus, teine igeme välispinnal. Elektroodiga sooritatakse horisontaalseid liigutusi seni, kuni igeme sein ja papill on täielikult eemaldatud.

Biaktiivsel meetodil on parodontopaatia põletikulis-düstroofilise vormi korral (I ja II staadium) tehtud 302 patoloogilise igemetasku koe-vohandite koagulatsioon 49 haigel. Pärast hambakivi eemaldamist tuimastati paikselt dikaiini 5%-lise lahusega. Koaguleerimisel kasutati võimsust 6 . . . 8 W. Haiged talusid menetlust hästi. Valu kiirgumist hammastesse, nagu seda võib ette tulla monoaktiivse meetodi puhul, ei täheldatud. Järelvalusid ei tekkinud. Koaguleeritud koe piirkonda ravimeid ei pandud. Patsiendil soovitati kodus suud loputada nõrkade desinfitseerivate lahustega. Enamikul juhtudest oli epitelisatsioon märgatav juba kolmandal kuni viiendal päeval. Kolm kuni neli päeva hiljem võis alustada uute piirkondade ravi.

РЕЗЮМЕ. При комплексном лечении пародонтопатии широко используется моноактивный метод диатермокоагуляции. Одним из существенных недостатков его является распространение силовых линий тока далеко за пределы участка коагуляции, что приводит к явлениям некроза здоровых тканей пародонта. Биактивный метод дает возможность точно управлять коагуляцией, поскольку силовые линии тока концентрируются между двумя электродами, в участке мягких тканей, подлежащих коагуляции.

В Тартуской городской стоматологической поликлинике коагулировано всего 302 патологических зубо-десновых кармана I и II степени пародонтопатии. Коагуляция новых участков назначалась через 3 . . . 4 дня. Биактивный метод по сравнению с моноактивном методом переносится больными лучше, так как он вызывает меньшую болезненность во время коагуляции. Биактивный метод можно рекомендовать при электрохирургических операциях.



Joonis. Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus valmistatud biaktiivne elektrood diatermokoagulaatorile DK-3

KIRJANDUS: 1. Варава Г. Н. В кн.: Кариес и пародонтоз. Киев, 1965, 150—155. — 2. Варава Г. Н. В кн.: Сб. тр. VIII Пленума Всесоюзного научного общества стоматологов и IV-й выездной сессии ЦНИИС. М., 1966, 76—77. — 3. Евдокимов А. И., Рыбаков А. И. Руководство по терапевтической стоматологии. М., 1967, 353. — 4. Ливенцев Н. М. В кн.: Электромедицинская аппаратура. М., 1964. 176—177. — 5. Марченко А. И. В кн.: Проблемы стоматологии. Киев, 1958, т. IV. 265—269. — 6. Новик И. О. Клиника и лечение пародонтоза (амфодонтоза). Киев, 1958. — 7. Новик И. О. и др. В кн.: Проблемы стоматологии. Киев, 1958, т. IV, 283—288. — 8. Новик И. О. В кн.: Пародонтоз. Киев, 1964, 220—223. — 9. Пасынков Е. И. В кн.: Общая физиотерапия. М., 1962, 84—85. — 10. Цельникман В. И. и др. Стоматология 1963, 5, 99—100. — 11. Шамраевский С. М. Современные проблемы электрохирургии. М., 1950.

Tartu Riiklik Ülikool

Abiks velskritele ja õdedele

INFEKTSIOOSNE MITTESPETSIIFILINE POLÜARTRIIT

ARTEMI VAPRA
Tartu

UDK 616.72-002.77-08

Nakkuslik mittespetsiifiline (reumatoidne) polüartriit kuulub raskemate liigesehaiguste hulka, millesse haigestutakse enamasti 20. ja 50. eluaasta vahel. Reumatoidset polüartriiti põeb USA-s 2,7%, Rootsis 2% elanikkonnast (1). 5000 Moskva elaniku uurimisel leiti 1%-l reumatoidartriit (2).

Reumatoidne polüartriit on infektsioos-allergilist laadi haigus, mille puhul kahjustub eelkõige sidekude. Haigus haarab peamiselt liikumiselundite süsteemi.

Haiguspildis on esiplaanil liigesepõletiku nähud. Haigestumisele võivad eelneda äge või krooniline nakkus (krooniline tonsilliit, keskkõrvapõletik, hambajuureümbrise või sapipõiepõletik), külmetus, füüsiline või psüühiline ülepingutus. Enne tüüpilise haiguspildi ilmnemist täheldatakse prodromaalsümptoome perioodiliselt tekkivate valude näol liigestes ja lihastes, mida eriti põhjustab külmetamine. Haiguse algus võib olla äge või alaäge (iseloomulikum on viimane vorm). Tekivad püsivad valud ja tursed liigeste piirkonnas, kõige sagedamini tabab haigus sõrme- ja kämblaliigeseid. Kehatemperatuur on kõrgenenud ja SR kiirenenud. Pikkamööda haarab põletik mitmed liigesegrupid. Harvem algab haigus ägedate valude ja suurte liigesetursetega. Osal juhtudest on haiguse algus ka pikaldane, kusjuures liigeste põletikulised muutused arenevad aeglaselt.

Liigesepõletik tekib tavaliselt sümmeetriliselt: ühel ja samal ajal haigestuvad kas randme-, sõrme- või põlveliigesed. Haigus progresseerub pidevalt ja sageli tekivad retsidiivid. Iga uue ägenemise juhul haarab põletik uusi liigeseid. Isegi pikka aega kestva ja hoolika ravi puhul täheldatakse üksnes pooltel haigetest põletiku vaibumist ning pikaldast remissiooni (3). Peale valu ja turse on ka liigese liikuvus häiritud. Eriti märgatav on see hommikuti (liikumishäirete intensiivsus on proportsionaalne protsessi aktiivsusega). Haigetel esinevad veel väsimus- ja nõrkustunne, nad erutuvad kergesti.

Objektiivsel uurimisel leitakse, et liiges on jämenenud ja selle kuju on muutunud, nahk põletikulise eksudaadi kohal võib olla veidi hüpereemiline. Kui haigus on kestnud pikemat aega, siis liigesed deformeeruvad. Eriti tunduvad deformatsioonid kujunevad välja sõrme-, randme-, põlve-, küünar- ja hüppeliigeses. Haiguse lõppfaasis tekib liigesejäikus — liigeste liikuvus kaob ja haige on sunnitud voodis lamama. Haiguse kulg võib olla mitmesugune. Kõige tüüpilisem on aeglaselt progresseeruv vorm, kusjuures haigus periooditi ägeneb. Ägenemist põhjustavad külmetus, nakkus, üleväsimus jm. Peaaegu 90% haigetest on tundlikud ilmamuutuste suhtes (5).

Peale liigeste on haigusprotsessist hõlmatud ka lihased, kuid neis on muutused peamiselt troofilist laadi. Iseloomulik on just nende lihaste kõhetumine, mis on otseses seoses haigestunud liigesega. Rasketel juhtudel võib lihaste kõhetus saavutada tunduva ulatuse. Pikaldase haiguskulu puhul kujunevad naha muutused — nahk haigestunud liigese kohal on kõhetunud ja kuiv. Võivad tekkida reumatoidsed sõlmekesed, mille asukohaks tavaliselt on küünarliigese piirkond. Lümfisõlmed suurenevad haiguse raske kulu korral. Sel juhul tekivad müokardiodüstroofia nähud, koldeline nefriit või neerude amüloidoos. Ka haigete psüühika on muutunud, sageli on nad rõhutud meeleolus.

Infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi peamised kliinilised vormid on järgmised. 1. Peamiselt liigesevorm — haiguspildis on esiplaanil liigeste kahjustus (äge, alaäge ja krooniliselt kulgev reumatoidartriit, juveniilne reumatoidartriit ja anküloseeruv spondüloartriit). 2. Liigese- ja vistseraalne vorm, mille puhul peale liigeste muutuste esinevad muutused ka siseelundites (südames, neerudes, kopsudes ja närvisüsteemis). Siia rühma kuulub ka nn. septiline haigusvorm. 3. Kombineeritud vormid — reumatoidartriit on kombineerunud reumaga või deformeeruva kroonilise osteoartriidiga (artroosiga) ning suurte kollagenoosidega (süsteemne erütematoosne söötraig jm.).

Haigusprotsess liigeses kulgeb kas eksudatiivsete, eksudatiiv-proliferatiivsete või üksnes proliferatiivsete nähtudega. Kulu järgi eristatakse aeglaselt progresseeruvat vormi (liigesepõletik areneb mitme aasta vältel) ja kiiresti progresseeruvat vormi (1 . . . 2 aasta jooksul tekivad märgatavad kahjustused liigestes, kujunevad välja deformatsioonid, liigesejäikus ja lihaste kõhetus).

Tehakse vahet inaktiivse ja aktiivse vormi vahel, kusjuures viimase korral eristatakse veel 3 astet. Kui tegemist on minimaalse aktiivsusega, tekivad liigestes nõrgad valud liikumisel, samuti külmetamisel; hommikuti esineb nõrk jäikustunne liigestes. Kehatemperatuur on normaalne. SR on normis või kiirenenud 20 . . . 25 mm-ni. Vereseerumi valgusisaldus normaalne või veidi suurenenud. Mõõduka aktiivsuse korral tähelda-takse hommikul liigesejäikust, liigesed valutavad ka rahuolekus, perioodiliselt need tursuvad; esineb subfebriilne kehatemperatuur ja SR on 30 . . . 50 mm. Vereseerumis on alfa$_2$- ja gammaglobuliinide hulk rohkenenud. Kõrge aktiivsuse puhul on liigesed hommikuti jäigad, tugevasti tursunud, haigestunud liigese naha temperatuur, samuti kehatemperatuur on kõrgenenud; siseelundites esineb kahjustusi, SR võrdub 40 . . . 70 mm, valgeliblede arv veres on suurenenud, valkude sisaldus vereseerumis on tunduvalt muutunud (4).

Liigeste funktsiooni puudulikkuse I astmega on tegemist siis, kui haige suudab täita oma tööülesandeid, II astme puhul haige enam töötada ei saa, III astme korral ei suuda ta enda eest hoolitseda ja vajab pidevat hooldamist. 15 . . . 20% haigetest kaotavad töövõime ja invaliidistuvad (3).

Reumatoidartriiti on tarvis diferentseerida reumaatilisest polüartriidist ja deformeeruvast kroonilisest osteoartriidist (artroosist). Reumaatilise polüartriidi korral ei ole liigesed hommikuti jäigad, liigesevalud tekivad perioodiliselt. Esiplaanil on südame kahjustuse nähud, liigesed ei deformeeru. Deformeeruvat kroonilist osteoartriiti (artroosi) tuleb ette vanemas eas, see algab aeglaselt. Liigestes tekivad degeneratiivsed muutused, kusjuures põletikulisi muutusi ei esine (või on neid väga vähe).

Reumatoidartriidi ravi peab olema kompleksne ja lähtuma järgmistest põhimõtetest. Organismis leiduvad nakkuskolded tuleb kõrvaldada. Et haigel organismi reaktiivsus on muutunud, püütakse organismi mõjutada mitmesuguste desensibiliseerivate vahenditega. Häiritud liigesefunktsiooni taastamiseks rakendatakse füüsikalisi ravimeetodeid. Ravi peab olema individuaalne. Esmasel haigestumisel ja haiguse ägenemise korral tuleb haige hospitaliseerida, kusjuures ravi haiglas võib kesta 1 . . . 2 kuud.

Aktiivse põletikukolde olemasolul rakendatakse bakteritevastast ravi (penitsilliin, streptomütsiin, tetratsükliin) ja võimaluse korral püütakse põletikukolle radikaalselt eemaldada. Desensibiliseerivatest vahenditest soovitatakse atsetüülsalitsüülhapet, amidopüriini ja butadiooni. Eriti rohkesti kasutatakse butadiooni ja selletaolisi preparaate (reopüriini, pürabutooli). Butadiooni antakse 0,15 g 3 . . . 4 korda päevas (ravikuuriks 15 . . . 20 g).

1949. a. alates kasutatakse reumatoidartriidi raviks neerupealiste koore hormoone. Kortikosteroidide (prednisooni ja prednisolooni) toimel kaovad liigesevalud mõne päeva jooksul ja liigeste turse väheneb, kuid preparaadi ärajätmise korral võivad kiiresti tekkida retsidiivid. Hormoonravi võib esile kutsuda ka mitmesuguseid komplikatsioone, millest raskemad on maoverejooks ja patoloogiline luumurd. Seetõttu võib kortikosteroide ordineerida ainult kindlate näidustuste olemasolul, mida määrab arst. Hormoonravi näidustuseks on ras-

ked reumatoidartriidi juhud, mille puhul ei aita teised meetodid; muude reumavastaste vahendite talumatus; intensiivne ja kiiresti arenev põletik, kusjuures on kahjustunud ka siseelundid; «septilised» reumatoidartriidi juhud (3). Viimasel ajal süstitakse hüdrokortisooni liigesesse.

Reumatoidartriidi juhtudel ravitakse haiglas ka kullapreparaatidega. Kompleksravis on oluline tähtsus malaariavastastel preparaatidel, mille põletikuvastane toime on aeglane. Haige saab delagüüli, klorokiini ja resokiini 0,25 g üks kord päevas 1 . . . 2 aasta vältel. Nende ainete terapeutiline efekt saabub tavaliselt siis, kui ravi algusest on möödunud 3 . . . 6 nädalat. Liigesepõletiku kroonilise vormi korral kasutatakse ka vereülekandeid, haige oma vere süstimist lihasesse, keedetud piima süstimist, väävlit, rästiku- ja mesilasemürki. Nendel vahenditel on organismi kaitsevõimet ümberkõlastav toime.

Füsioteraapia on üks vanemaid ja tuntumaid võtteid reumatoidartriiti põdevate haigete ravis. See mõjub desensibiliseerivalt, põletikuvastaselt ja valuvaigistavalt. Kasutatakse ultravioletkiiri, diatermiat, parafiinimähiseid, radooni- ja vesiniksulfiidivanne jm. Füsioteraapia on vastunäidustatud väljakujunenud aktiivsete protsesside korral.

Tähtis koht on kümblusravil, mille kõige populaarsemaks vormiks Eesti NSV-s on mudaravi. Kuurordiravile suunatakse haiged siis, kui haigusprotsess on vaibunud või minimaalselt aktiivne. Mudaravi võimalused on Pärnus, Narva-Jõesuus, Kemeris, Odessas ja mujal. Lõunarajoonide kuurortides (Kaukaasias, Krimmis jm.) viibimine mõjub liigesepõletiku puhul hästi ka sealse soodsa kliima tõttu.

Väga olulised on ravikehakultuur ja massaaž, mis võimaldavad taastada liigese häiritud funktsiooni ning hoiavad ära kontraktuuride tekkimise.

Nagu reuma puhul, nii ka mittespetsiifilise polüartriidi korral on profülaktilisi bitsilliinkuure vaja teha 2 korda aastas (kevadel ja sügisel). Haigele manustatakse 600 000 üh. bitsilliini nädalas (kuuriks 2,4 miljonit ühikut) ning samal ajal antakse 2,0 g atsetüülsalitsüülhapet päevas (3).

РЕЗЮМЕ. Инфекционный неспецифический (ревматоидный) полиартрит принадлежит к числу наиболее тяжелых заболеваний суставов. Максимум заболеваемости приходится на наиболее работоспособный возраст — 20 . . . 50 лет. Значительно чаще заболевают женщины. В большинстве случаев при ревматоидном артрите сначала поражаются мелкие суставы; обычно вовлекаются суставы рук, реже суставы ног.

Весьма характерно для ревматоидного полиартрита множественное и симметричное поражение суставов, прогрессирующий характер поражения. Типичные жалобы больных ревматоидным полиартритом — ощущение общей скованности по утрам, боли в суставах различной длительности и ограниченность движений в суставах.

При длительном течении болезни и развитии деструктивных и фиброзных процессов происходит обезображивание суставов. В финале заболевания образование фиброзного или костного анкилоза приводит к полной неподвижности суставов.

Основными клиническими формами являются: 1) преимущественно суставные; 2) суставно-висцеральные; 3) комбинированные формы.

Лечение больного ревматоидным полиартритом должно идти по следующим основным направлениям. Борьба с хронической инфекцией, воздействие на измененную общую реактивность больных с помощью различных десенсибилизирующих средств. Воздействие на воспалительный процесс в суставах посредством местного применения антивоспалительных и рассасывающих средств. Восстановление функции пораженных суставов.

Большое внимание следует уделять также профилактике рецидивов ревматоидного полиартрита. В этом отношении борьба с инфекционным очагом занимает важное место.

Весьма эффективно проведение курсов сезонной бициллино-медикаментозной профилактики.

KIRJANDUS: 1. Астапенко М. Г. Терапевт. архив, 1967, 9, 15—21. — 2. Астапенко М. Г. и др. Вопр. ревматизма, 1966, 4, 46—53. — 3. Астапенко М. Г., Пихлак Э. Г. Болезни суставов. М., 1966. — 4. Нестеров А. М., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней, М., 1966. — 5. Ticny, H. u. a. Lehrbuch der Rheumatologie. Berlin, 1959.

Tartu Riiklik Ülikool

VÄLISE HINGAMISE UURIMISEST

LIIDIA MASER
Tallinn

UDK 616.24-073.173

Viimase 10 aasta jooksul on kopsu- ja südamehaigete uurimiseks kasutusele võetud välise hingamise uurimise meetod. Kui röntgenoloogiliselt saab kindlaks määrata kopsukoe morfoloogilise kahjustuse laadi ja ulatuse, siis välise hingamise uurimine võimaldab hinnata kopsude töövõimet.

Välise ehk kopsude hingamise all mõistetakse seda osa hingamisest, mis toimub kopsude kaudu ning võimaldab gaasivahetuse õhu ja vere vahel. Sisemise hingamise alla kuulub gaasivahetus kudedes. Välise hingamise ülesandeks on vere arterialiseerimine, s. o. kopsudesse voolava vere vabastamine süsihappegaasist ja küllastamine hapnikuga. Välisest hingamisest võtavad osa: 1) hingamise mehhaanikat korraldavad hingamislihased, rinnakorv, pleura, diafragma; 2) õhuvahetust võimaldavad õhku juhtivad teed, alveoolid ja nende membraanid; 3) kopsuvereringe; 4) regulatsioonimehhanismid. Loetletud komponentide kahjustuse korral kopsu ventilatsioon halveneb, mistõttu kopsudest väljavoolav veri ei ole täielikult küllastunud hapnikuga.

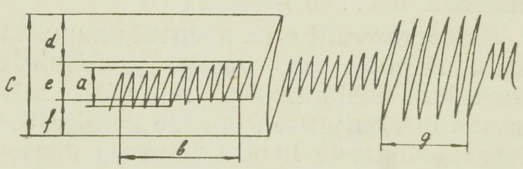
Kopsukahjustuse juhtudel ei ilmne kliiniliselt väljendunud hingamisfunktsiooni-häireid kohe, sest algul suudavad terved kopsuosad kompenseerida talitlusest väljalangenud kopsuosa funktsiooni. Selline kompenseerimine on võimalik ainult teatava piirini. Kui see ületatakse, kujunevad välja hingamishäired ja kopsupuudulikkus. Et selgitada kopsude varajasi, kliiniliselt sageli veel kompenseeritud kahjustusi ning objektiivselt hinnata haigete seisundit ja töövõimet, on tarvis hinnata kopsude funktsiooni. Välise hingamise uurimise teel saab määrata mitte ainult kopsude funktsiooni nõrgenemist tervikuna, vaid ka välise hingamise üksikute komponentide muutusi ja kopsukahjustuse laadi — mahu vähenemine, gaasivahetuse häired, bronhide läbitavuse vähenemine (bronhospasm). Ka kopsupuudulikkuse eri astmeid on hingamisfunktsiooni uurimise teel võimalik hinnata.

Välise hingamise ligikaudse hindamise kõige tuntum meetod on spiromeetria, mis võimaldab määrata kopsu mahtu. Sellest on edasi arendatud spirograafia. Viimase puhul on spiromeeter torude abil ühendatud patsiendiga. Nii luuakse kinnine süsteem. Hingamine registreeritakse spirogrammil. Uuritav saab kinnisest süsteemist õhku, hapnikku või õhu ja hapniku segu, väljahingatava süsihappegaasi absorbeerib süsteemi paigutatud granuleeritud naatriumkaltsiit. Spirograafe toodab mitu tehast. Tunnustatud ning töökindlad on Kiievi spirograafid ja bronhospirograafid (võimaldavad eraldi uurida kummagi kopsu funktsiooni). Uuemat tüüpi spirograafide abil saab samuti jääkõhu hulga kindlaks määrata, mis on oluline kopsuemfüseemi diagnoosimisel. Kliinilises praktikas kasutatakse ka Kaasanis valmistatud spirograafe, Ungari Rahvavabariigist imporditud metabolograafe jt.

Spirogrammilt (vt. joonis) on võimalik määrata järgmisi välise hingamise näitajaid.

Hingamismaht on õhu hulk, mis hingatakse sisse (välja) ühe hingetõmbega. Hingamismaht on normaalselt 300 . . . 500 ml.

Hingamissagedus — hingamistsüklite (sisse-väljahingamiste) arv ühes minutis (norm 10 . . . 20 tsüklit minutis). Normaalselt on hingamismaht ja -sagedus pöördvõrdelises seoses — sage hingamine on pinnalisem, harv hingamine sügavam. Igal hingamismahul on erinev



Spirogramm. a — hingamismaht, b — hingamise minutimaht, c — vitaalkapatsiteet, d — inspiratoorne reservmaht, e — hingamismaht (vitaalkapatsiteedi osana), f — ekspiratoorne reservmaht, g — maksimaalne ventilatsioon

optimaalne hingamissügavus, mille puhul hapnikku neeldub maksimaalsel määral.

Hingamise minutimaht — õhu hulk, mida kopsud ventileerivad ühe minuti vältel (norm 4 ... 8 liitrit). Minutimahu suurus saadakse spirogrammilt, milleks hingamismaht korrutatakse hingamissagedusega. Nimetatud suuruse määravad organismi hapnikuvajadus ja kopsude difusioonivõime.

Vitaalkapatsiteet ehk kopsude eluline maht — maksimaalne õhu hulk, mida pärast maksimaalset sissehingamist on võimalik välja hingata vaba kestusega väljahingamise korral. Nimetatud näitaja iseloomustab amplituudi, mille piires saab hingata. Vitaalkapatsiteet koosneb inspiratoorsest ja ekspiratoorsest reservmahust (vananenud nimetused on «täiendõhk» ja «reservõhk») ning hingamismahust ja on tavaliselt 4500 ... 6000 ml. Sellest moodustab hingamismaht ainult 15%, inspiratoorne ja ekspiratoorne reservmaht kumbki umbes 40%. Mõne autori andmeil on ekspiratoorne reservmaht tervetel inimestel ainult 25% vitaalkapatsiteedist, kuna hingamismaht ja inspiratoorne reservmaht kokku aga 75% vitaalkapatsiteedist. Pärast maksimaalset väljahingamist jääb kopsudesse jääkõhk, mille hulk (residuaalmaht) noorematel ulatub 20 ... 25%, vanematel kuni 40% kopsude kogumahust.

Maksimaalne ventilatsioon on maksimaalne õhu hulk, mida võib ventileerida ühe minuti jooksul. See näitaja määrab uuritava isiku välise hingamise aparaadi funktsionaalsed võimed. Maksimaalse ventilatsiooni kõige levinumaks määramise viisiks on tahteline forsseeritud hingamine. Seejuures hingab haige maksimaalse sügavuse ja sagedusega 10 ... 20 sekundi vältel. Tavaliselt ulatub maksimaalne ventilatsioon 40 ... 60 liitrini.

Spirogrammilt saab arvutada hapniku kulu minutis (see vastab praktiliselt hapniku neeldumisele minutis), mis annab ettekujutuse kopsude gaasivahetusest. Kopsude kaudu toimuva gaasivahetuse näitajaks on tavaliselt hapniku kasutamise koefitsient, mis kujutab endast neeldunud hapniku hulga suhet minutimahtu ja näitab hapniku hulka (milliliitrites), mida organism kasutab ära (neelab) ühest liitrist ventileeritud õhust. See arv saadakse ühes minutis neeldunud hapniku hulga (milliliitrites) jagamisel minutimahuga (liitrites). Tervetel inimestel on hapniku kasutamise koefitsient keskmiselt 35 ... 40. Koefitsiendi vähenemine näitab ventilatsioonitingimuste halvenemist ja hapnikuvahetuse häireid kopsudes.

Hapniku kulu suuruse alusel võib välja arvutada ka uuritavate põhiainevahetuse nivoo.

Kõikide mahunäitajate (minutimaht, vitaalkapatsiteet, maksimaalne ventilatsioon), samuti hapniku kulu hindamiseks tuleb spirogrammilt saadud nn. tegelikele ehk faktilistele näitajatele lisaks arvutada normväärtused, mis sõltuvad uuritava vanusest, soost, kehapinna suurusest ja kehakaalust. Normväärtuste arvutamiseks on välja töötatud valemid. Kõik mahunäitajad väljendatakse tegeliku väärtuse protsendina normväärtusest.

Välist hingamist uuritakse samasugustes tingimustes kui põhiainevahetust: haige peab olema söömata ja lamama vähemalt pool tundi enne hingamisfunktsiooni uurimist.

Lihtsaks täiendavaks aparaadiks välise hingamise uurimisel on pneumotahhomeeter, mis mõõdab järsu ja tugeva sisse- ning väljahingamise korral tekitatud õhuvoolu maksimaalset kiirust. Viimane iseloomustab bronhide läbitavust ja võimaldab bronhospasmi diagnoosida.

Välise hingamise uurimise teel saab hinnata hingamissüsteemi tegevuse ökonoomsust ning kindlaks teha, millised on hingamisreservid ja kas need suudavad rahuldada füüsilise töö puhul tekkivaid vajadusi. Kui normaalselt (rahuolukorras) vajalik hingamistase saavutatakse funktsioneerivate kopsuosade tugevnenud töö tagajärjel, siis füüsilise koormuse korral ei suuda hingamissüsteem oma töömahtu enam suurendada ja ilmneb hingamispuudulikkus. Seetõttu on haigetel, kellel välise hingamise näitajad rahuolukorras on normis, neid tarvis uurida ka koormuskatsu puhul. Koormuseks on tavaliselt treppi mööda käimine 3 ... 5 minuti jooksul. Kõige soovitatavam on lasta käia 2- või 3-astmelist treppi mööda üles ja alla. Nimetatud proovi tulemusena täheldatakse tervetel hingamise sagenemist 4 ... 8 tsükli võrra minutis,

hingamissügavuse suurenemist 80... 100% võrra ja minutimahu suurenemist 100...150% võrra algväärtusest. Kui tegemist on hingamissüsteemi puudulikkusega, suureneb hingamissagedus märksa (10...20 tsükli võrra minutis), hingamissügavus ja minutimaht aga tunduvalt vähem kui tervetel inimestel — ainult 40...80% võrra algväärtusest. Pärast koormuskatsu lõpetamist taanduvad nimetatud näitajad esialgsetele väärtustele tervetel inimestel 3. minutil, hingamisfunktsiooni kahjustuse korral 6. kuni 9. minutil ja isegi hiljem. Koormuskatsu abil saadud näitajate muutumise alusel otsustatakse kopsude funktsiooni ja selle puudulikkuse astme üle.

Välist hingamist uuritakse juba mitmes vabariigi raviasutuses. Seda tuleks tegema hakata märksa laialdasemalt, sest kõnealune meetod võimaldab objektiivselt otsustada hingamissüsteemi funktsiooni ja selle puudulikkuse üle. Suur tähtsus on välise hingamise uurimisel kopsuhaiguste puhul, et kindlaks määrata haigete töövõime, mis on eriti oluline ATEK-i töö kergendamiseks.

РЕЗЮМЕ. В последние годы в клинике легочных и сердечных болезней применяют методику изучения функции внешнего дыхания с целью определить функциональные способности легких. Эти исследования производят при помощи спирографов, которые записывают дыхание исследуемых лиц на спирограммах. На спирограммах можно вычислять следующие показатели функции внешнего дыхания: 1 Объем (глубина) дыхания — количество воздуха, которое вдыхается или выдыхается при одном дыхательном цикле. 2) Частота дыхания. 3) Минутный объем дыхания (МОД) — количество воздуха, которое провентилируется в 1 минуту. 4) Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) — максимальный объем воздуха, который можно выдохнуть из положения максимального вдоха. 5) Максимальная вентиляция легких (МВЛ) — объем воздуха, который можно провентилировать за 1 минуту при максимальном учащении и углублении дыхания. 6) Коэффициент использования кислорода (КИО$_2$) — показывает, сколько миллилитров кислорода поглощается из одного литра провентилированного воздуха и характеризует обмен кислорода в легких.

Для выявления скрытой легочной недостаточности применяют физические нагрузки и следят за изменениями показателей функции внешнего дыхания после нагрузки.

Изучение функции внешнего дыхания позволяет объективно судить о функции и недостаточности системы дыхания. Последнее особенно важно при определении работоспособности и направлении на ВТЭК больных легочными болезнями.

KIRJANDUS: 1. Болезни системы дыхания. Под ред. Йонкова И. и Тодорова С., София, 1966. — 2. Дембо А. Г. Недостаточность функции внешнего дыхания, Л., 1957. — 3. Зятушков А. И. Приведение легочных объемов газов к нормальным условиям и расчеты некоторых должных величин, Л., 1965. — 4. Комро Дж., Форстер Р., Дюбуа А., Бриско У., Карлсен Э. Легкие, клиническая физиология и функциональные пробы, М., 1961. — 5. Методические основы использования функциональных исследований в экспертной практике. Под ред. Лихницкой И. И., Л., 1965. — 6. Наврастил М., Кадлец К., Даум С. Патофизиология дыхания, М., 1966. — 7. Gerlach, H. Z. Tuberk., 1958, 111, 319—329. — 8. Knipping, H. Z. Tuberk., 1960, 116, 96—120. — 9. Perzhorn, W. Beitr. Klin. Tuberk., 1964, 128, 12—19.

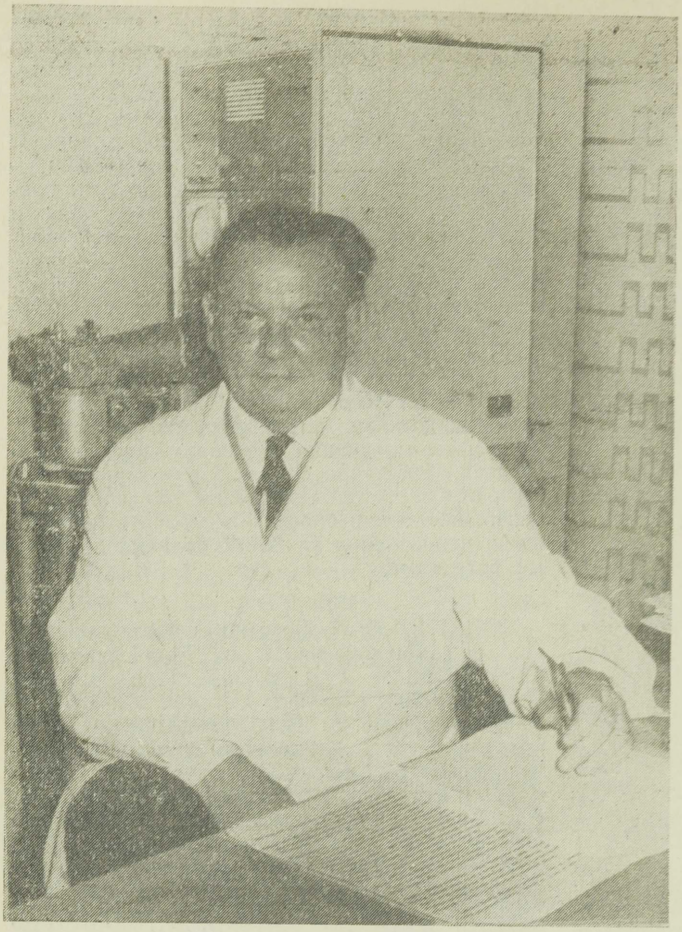
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Kaadri ettevalmistamine

ERNST RAUDAMILE ARSTITEADUSE DOKTORI KRAAD

23. detsembril 1967. a. võttis NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-eriharidu se Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni pleenum vastu otsuse anda arstiteaduse doktori diplom Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhatajale dotsent Ernst Raudamile.

E. Raudamil on ajavahemikul 1941... 1966 trükist ilmunud enam kui 120 teaduslikku artiklit. Neist 72 alusel esitas ta põhiliselt viimase 15 aasta kestel publitseeritud tööd ettekandena TRÜ Arstiteaduskonna nõukogule ja kaitses seda 12. mail 1967. a. teemal «Ägedad viiruslikud neuroinfektsioonid Eesti



NSV-s». Ametlikeks oponentideks olid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige, Lenini ja riikliku preemia laureaat arstiteaduse doktor professor M. Tšumakov Moskvast, arstiteaduse doktor professor N. Anossov Leningradist ja Tartu teadlastest arstiteaduse doktor professor E. Siirde.

E. Raudami põhilisteks uurimisobjektideks on olnud poliomüeliit ja selletaolised haigused Eesti NSV-s. Kõnesolevatest töödest 24-s käsitleb värske doktor poliomüeliiti; poliomüeliiditaoliste haiguste kohta on tal 4 uurimust, puukentsefaliidi alalt 2, viirusmeningiitide kohta 3, ägedaid viirusnakkusi selgitavad 8 tööd, ravi küsimusi 25 ja spetsiaalsete diagnoosimismeetodite kirjeldusi sisaldab 6 tööd. Oponendid märkisid, et suur teaduslik väärtus on andmetel, mida autor esitab akuutsete neuroinfektsioonide epidemioloogia ja kliiniku kohta. Seejuures on eriti kaalukas 1958. a. Eesti NSV-s puhkenud ja tõkestatud poliomüeliidiepideemia analüüs. Hinnati kõrgelt autori initsiatiivil alustatud ravi ja tema profülaktikameetodeid poliomüeliidi ning teiste akuutsete neuroinfektsioonide vastases võitluses, mis aitasid poliomüeliiti täielikult likvideerida ja muid akuutseid viiruslikke neuroinfektsioone vabariigis märgatavalt vähendada.

Autori uurimused ja tema organisatoorne tegevus akuutsete neuroinfektsioonide vastases võitluses on tähtis mitte ainult Eesti NSV-s, vaid kogu NSV Liidus. Hinnatavad teened on E. Raudamil elanikkonna massilisel vaktsineerimisel poliomüeliidivastase elusvaktsiiniga. Ta on põhjalikult uurinud kõiki poliomüeliidi ja poliomüeliiditaolisi haigusjuhte massilise vaktsineerimise ajal ja sellele järgnevatel aastatel. Ta on välja töötanud teaduslik-metoodilised alused elusvaktsiiniga vaktsineerimise efektiivsuse hindamiseks, mida käesoleval ajal laialdaselt kasutatakse. Esimeste hulgas NSV Liidus on ta kirjeldanud poliomüeliiditaolisi paralüütilisi haigusi ja esitanud väärtuslikke andmeid nende epidemioloogia, kliiniku ja diagnoosimise alal.

Dotsent E. Raudami initsiatiivil asutati Tartus 1957. a. lõpul üks NSV Liidu esimesi kunstliku hingamise keskusi poliomüeliidi ja muude akuutsete neuroinfektsioonide ravimiseks. Koos kaastöötajatega töötas ta välja kunstlikku hingamist vajavate haigete ravimise meetodid. Temale kuulub prioriteet aerosool- ja elektroaerosoolravi rakendamisel haigetele, kelle puhul kunstliku hingamise aparaadi kasutamine on hädavajalik. Väga väärtuslikud on E. Raudami uurimused poliomüeliidihaigete rehabiliteerimise valdkonnas ja hinnatav on tema initsiatiiv ning organisatoorne tegevus Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla rajamisel. Tema uurimus on seatud eeskujuks doktoriväitekirjadele, kuna see põhineb suurel hulgal materjalil, mis on kogutud paljude aastate kestel, ja loogilistel järeldustel, mis tulenevad mit-

mekülgselt läbitöötatud mahukast faktilisest materjalist. E. Raudam on progressiivsete vaadetega neuroloog ja neurokirurg. Tema juhendamisel on valminud 8 kandidaadiväitekirja, neuroloogia ja neurokirurgia kateedrist on tulnud arvukalt esikohti ja medaleid pälvinud üliõpilaste-võistlustöid. Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia ja neurokirurgia kliinik on silmapaistev keskus kogu NSV Liidus.

E. Raudam sündis 21. aprillil 1915. a. Järvamaal teenistuja perekonnas. 1934. a. lõpetas ta Paide Ühisgümnaasiumi. Tartu ülikooli arstiteaduskonda astus ta 1934. a. ja lõpetas selle 1940. a. Tartu Riikliku Ülikooli juures töötab E. Raudam 1940. a. 1. detsembrist alates. 1948. a. tänaseni, s. o. 20 aastat, on ta TRÜ neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja. Arstiteaduse kandidaadi kraadi saamiseks kaitses ta TRÜ õpetatud nõukogu ees 1949. a. väitekirja teemal «Tsentraalreflektoorsest leukotsütoosist, eriti entsefalograafia puhul». Dotsendi teaduslik kutse anti talle 1952. a.

E. Raudam oli aastail 1959...1967 Eesti NSV Ülemnõukogu saadik. Ta on mitmete oma eriala teaduslike seltside aktiivne liige. Teda on autasustatud Lenini ordeniga, medaliga «Töövapruse eest» ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. Poliomüeliidi profülaktika-alaste uurimuste eest, samuti poliomüeliidivastase elusvaktsiini esmakordse kasutuselevõtmise eest meditsiinipraktikasse Eesti NSV-s ja Nõukogude Liidus autasustati kollektiivi, kuhu ka E. Raudam kuulus, Nõukogude Eesti preemiaga.

Irene Maaroos

UUS TEADUSTE KANDIDAAT

15. jaanuaril 1968. a. kaitses Riia Meditsiini Instituudi nõukogus kandidaadiväitekirja «Tootmistraumad mõnes Tallinna masinaehitusettevõttes ja nende esinemissageduse vähendamise abinõud» ühe Tallinna tööstusettevõtte meditsiinilis-sanitaarosakonna ülem Vladimir Lemarinje. Ametlikeks oponentideks olid arstiteaduse doktor professor F. Grigoraš, dotsent A. Dvorkin ja arstiteaduse kandidaat E. Žeidurs. Erialase arvamuse väitekirja kohta andis arstiteaduse doktor professor S. Freidlin Leningradi Traumatoloogia Teadusliku Uurimise Instituudist. Töö valmis N. A. Semaško nimelises Üleliidulises Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiu Organisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudis arstiteaduse doktor P. Radkini juhendamisel. V. Lemarinje kandidaadiväitekirja lõpetamisele aitasid igati kaasa Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi mitmed juhtivad töötajad.

Nimetatud uurimus on pühendatud väga aktuaalsele probleemile tööstustööliste meditsiinilisel teenindamisel — traumajuhtude vähendamisele tootmistööl. Autor toob väitekirjas üksikasjalikke andmeid tootmistraumade kohta Tallinna masinaehitusettevõtete tööliste hulgas. Esitab selle põhjaliku analüüsi, mis põhineb statistilisel läbitöötamisel. Töös valgustatakse majandusliku kahju suurust, mis on põhjustatud tootmistraumadest, ning vastandatakse traumajuhtude esinemissagedus ühelt poolt kommunistliku töö eesrindlaste ja teiselt poolt ülejäänud tööliste hulgas. V. Lemarinje on selgitanud traumade põhjusi ja ära toonud traumatismi profülaktika abinõud.

Riia Meditsiini Instituudi nõukogu tunnistas V. Lemarinje arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks.

V. Lemarinje sündis 1924. a. Rjazanis. 1941. aasta algul lõpetas Rjazani sõjakooli ja laskurrühma komandörina võttis samal aastal osa Moskva kaitselahingutest, kus sai raskesti haavata. Teda on peetud mitmete autasude vääriliseks. V. Lemarinje lõpetas 1949. aastal Moskva I Meditsiini Instituudi raviteaduskonna. Järgmisest aastast alates on ta töötanud Tallinnas tööstusettevõtte meditsiinilis-sanitaarosakonna ülemana. V. Lemarinje on pälvinud rinnamärgi «Tervishoiu eesrindlane» ja Nõukogude Punase Risti kõrgeima autasu «Austuse märgi». 1965. aastal anti talle tervishoiu organisaatori I kategooria kvalifikatsioon.

Georgi Radzimovski

Arstiteaduse ajaloost

VABARIIKLIK MALAARIAJAAM (1945 ... 1954)

OKU TAMM
HENDRIK PIHL
Tallinn

UDK 616.936

Vaatamata Eesti NSV suhteliselt põhjapoolsele geograafilisele asendile ja ebasoodsatele kliimatingimustele on malaariasse haigestumise probleem meil aeg-ajalt olnud võrdlemisi aktuaalne. Rahvameditsiinis ja vanemas arstiteaduslikus kirjanduses leidub arvukalt materjale malaaria avaldusvormide ning ravi kohta. Malaariat tunti Eestis möödunud sajanditel rahva hulgas peamiselt halltõve nime all (7, 9).

Statistilised andmed malaariajuhtude kohta Eestis varematel aegadel on võrdlemisi lünklikud. Aastail 1911 ... 1914 oli malaariasse haigestumise näitaja Eestimaa kubermangus 10 000 elaniku kohta 0,3 ... 1,0 ja Liivimaa kubermangus 2,0 ... 4,5 (3). Kodanlikus Eestis hakati malaariasse haigestumist ametlikult registreerima 1926. a. alates, kusjuures 1940. aastani oli vaid 53 haigusjuhtu (4, 5).

Malaariasse haigestumine sagenes Eesti NSV-s vahetult pärast Suurt Isamaasõda. Seda soodustasid mitmed asjaolud, kusjuures kõige olulisem oli elanikkonna ulatuslik migratsioon. Malaariahaigete teenindamise korraldamiseks ja tõrjeabinõude rakendamiseks asutas Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaat 1945. a. mais Tartus Vabariikliku Malaariajaama. Selle juhatajaks määrati Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilane H. Pihl. Meditsiinikaadri vähesuse tõttu sõjast laastatud Eestis komplekteeriti asutuses ettenähtud kuus ametikohta peamiselt kohakaasluse alusel töötavaist isikuist. Vabariiklik Malaariajaam asus tollal Tartu Linna ja Maakonna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama hoones Veski t. 47 (praegu N. Burdenko t. 47).

Vabariiklikul Malaariajaamal tuli kõigepealt saada ülevaade malaariasse haigestumisest vabariigis. Informatsiooni kogumiseks rakendati mitmeid meetodeid: maakondade ja linnade tervishoiuosakondadele saadeti ringkiri, korraldati instrueerimisi kohapeal, malaariahaige avastamisel nõuti nn. kiirteatise esitamist jne. Tõlgiti ja trükiti NSV Liidu teistes vabariikides kasutusel olevad malaaria arvestus- ja aruandlusvormid. Apteekide Peavalitsusele esitati nõudmised spetsiifiliste ravimite saamiseks.

Paralleelselt malaariahaigete avastamise ja nende ravi korraldamisega hakati uurima ka haiguse epidemioloogiat ning looduslikke leviku tingimusi. 1945. a. tehtud uurimised näitasid, et vabariigis oli laialdaselt levinud hallasääsk — *Anopheles maculipennis* (7). Seda kinnitasid ka Tartu Ülikooli zooloogia instituudi varemate aastate tööd (8, 9). Mitmesugustest veekogudest leiti arvukalt erinevates arenemisjärkudes olevaid malaariasääse larve. Sedastati ka, et Eestis võib areneda aastas kaks hallasääse põlvkonda. Talvel leiti eluruumides ja mujal sääse valmikuid.

Kui 1945. a. lõpul ja 1946. a. algul hakati Vabariikliku Malaariajaama tööst kokkuvõtteid tegema, selgus, et Eesti NSV-s oli 1945. a. registreeritud 523 malaariajuhtu (vt. tabel), neist 97 värsket ja 15 kohaliku päritoluga.

Kohalikuks peeti malaariajuhtu siis, kui haigestunu polnud viimase kahe aasta jooksul viibinud väljaspool Eesti NSV piire. Andmed viitasid probleemi tõsidusele ja neid tuli jaama edaspidises tegevuses arvestada. 1945. ja järgmistel aastatel oli Eesti NSV-s enamikul juhtudest tegemist kolmandapäevitise malaariaga, neljandapäevitist ja troopilist malaariat tuli ette üksikjuhtudena. Valdava osa haigusjuhtudest moodusta-

Malaariasse haigestumine Eesti NSV-s aastail 1945 ... 1954

Aasta	Haigete üldarv	Nendest	
		värskeid juhte	kohaliku päritoluga juhte
1945	523	97	15
1946	522	183	8
1947	1104	307	11
1948	946	459	170
1949	260	95	7
1950	162	86	—
1951	55	12	—
1952	35	15	3
1953	17	5	—
1954	3	2	—

sid kevaditi ja varasuviti tekkivad retsidiivid. Värsked juhud aga osutusid malaariavormiks, mille inkubatsiooniaeg on pikk, mis kolmandapäevitise malaaria puhul võib põhjapoolsetel aladel ulatuda 8 ... 14 kuuni.

1946. aastal oli Vabariikliku Malaariajaama üks olulisemaid ülesandeid eelmisel aastal põdenutele retsidiivivastase ravi korraldamine. Teiseks tähtsamaks ülesandeks oli niisugustest rajoonidest, kus malaaria oli levinud, saabunud isikute läbivaatamine ning vajaduse korral ka nende vere uurimine. Mitmesuguseid haigusi põdevate haigete vere uurimine malaaria suhtes oli sel ajal võrdlemisi laialdaselt kasutusel, seda tehti nii ambulatooriumides kui ka haiglates. Nii uuriti 1947. a. Tartu Vabariiklikus I Sisekliinikus (praegu Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakond Toomel) malaaria suhtes 1060 isiku verd, kusjuures plasmoodiumid leiti ainult ühel haigel.

Haiglaravil viibis 1946. a. 48,6 ja 1947. a. 41,7 protsenti registreeritud malaariahaigetest. Statsionaari suunati esmajärjekorras lapsed ja need täiskasvanud, kelle puhul oli tegemist värske malaariajuhuga või raske haiguskuluga. Haigete ravi kvaliteedi parandamiseks andis jaam 1947. a. eestikeelses tõlkes välja brošüüri «Malaaria medikamentoosse teraapia ja profülaktika juhend» (6).

1947. a. tuli Vabariiklikul Malaariajaamal teha lepinguline uurimistöö, mille tellijaks oli üleliidulise riikliku trusti «Hüdroenergoprojekt» Leningradi osakond. Sel ajal oli käsil hüdroelektrijaamade projekteerimine Narva jõele. Esialgu kavatseti sinna rajada koguni kaks elektrijaama — üks Narva, teine Omuti lähikonda. Projekti ühe variandi järgi oletati Peipsi ja Pihkva järvede veepinna tõusu, mis võis põhjustada laialdasi üleujutusi ning soodustada malaariasääse levikut. Täiendavate summade arvel oli jaamal võimalik moodustada TRÜ üliõpilastest ekspeditsioonirühmi ja tööle rakendada insenere ning teisi spetsialiste. Hallasääse larvide avastamiseks võeti nimetatud vesikonnas veeproove 2 km vahemaade järel. Vaadati läbi jaoskonnaarstide meditsiiniline dokumentatsioon. Malaaria kahtluse korral võeti haiguskahtlastelt isikutelt uurimiseks verd. Määrati kindlaks üleujutatavate alade ulatus ning kaitseehituste (vallid, pumbajaamad jms.) laad ning maksumus.

Aastail 1945 ... 1947 võtsid jaama töötajad osa mitmetest malaaria-alastest nõupidamistest ning konverentsidest Moskvas, Riias jm. Seal tunnistati õigeks kontseptsioon, mille järgi Eesti NSV-s tuleb malaariavastases võitluses peamine tähelepanu pöörata haigete õigeaegsele avastamisele, nende kvaliteetsele ravile ja retsidiivide vältimisele. Et temperatuur suvel on suhteliselt madal, on meil tingimused malaariasääse ja plasmoodiumi arenguks võrdlemisi ebasoodsad. Seetõttu võis piirduda põllumajanduslike maaparandustööde ja asulate heakorrastuse raames korraldatavate hüdromelioratiivsete abinõudega.

Pärast $3\frac{1}{2}$ aastat kestnud tegevust Tartus (sellele perioodile langes ka peamine haigestumine malaariasse vabariigis) viidi jaam 1948. a. novembris üle Tallinna Keskpolikliiniku ruumidesse (praegu Tõnismäe Haigla polikliinik). Asutuse juhatajaks määrati K. Vassiljeva. 1948. a. lõpul sai jaam III kategooria ja koosseisu suurendati 15,5 ametikohani. Peale vabariikliku jaama olid Eesti NSV-s sel ajal avatud veel malaariapunktid Tallinnas, Rakveres, Kohtla-Järvel ja Narvas. Tallinna malaariapunkt ühendati jaamaga pärast selle ületoomist Tallinna. Koosseisude suurendamine võimaldas parandada malaaria-alast organisatsioonilis-metoodilist tegevust. Jaama baasil täiendati malaariapunktide töötajate ja laborantide teadmisi. Malaariat puudutavad teemad võeti ka Vabariiklikus Sanitaar-Epide-

mioloogia Jaamas epidemioloogidele ja bakterioloogidele korraldatavate seminaride kavasse.

1953. aastal olid Vabariiklikus Malaariajaamas komplekteeritud kõik ametikohad. Jaama juhatajaks oli sel ajal I. Kozminskaja. Arstid töötasid ka sanitaar- ja epidemioloogiajaama epidemioloogia- ning helmintoloogiaosakondade juhatajatena. Jaamas oli ka kõrgema haridusega entomoloog. Täiendavalt avati malaariapunktid veel Tartus ja Haapsalus.

Tallinna üleviiduna jätkas jaam malaariahaigete teenindamise korraldamist ja tõrjeabinõude rakendamist. 1950. a. uuriti malaaria suhtes 24 615 isikut ja plasmoodiumi avastamiseks tehti 18 920 vereanalüüsi. Süstemaatiliselt uuriti hallasääse ökoloogiat. Vennasvabariikide eeskujul võeti kasutusele mõningad abinõud sääskede leviku piiramiseks. Näiteks 1950. a. töödeldi nafta ja muude õlidega 30,03 ha veepinda ning insektitsiididega 107 398 m^2 mitmesuguseid ruume, kuivatati või aeti kinni veekogusid 17,02 ha ulatuses (1, 2). Analoogilised abinõud viidi ellu ka järgmistel aastatel. Et malaariasse haigestumine pärast 1947. aastat, mil see saavutas kõrgpunkti, pidevalt vähenes, hakati Vabariiklikus Malaariajaamas üha rohkem tähelepanu pöörama helmintide uurimisele ja tõrjele.

Kohaliku päritoluga malaariajuhte (kokku 3) registreeriti viimati 1952. aastal. 1953. a. võeti arvele 17 ja 1954. a. 3 mittekohaliku päritoluga malaariajuhtu. Nendest andmetest lähtudes pidas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium otstarbekaks ühendada Vabariiklik Malaariajaam Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaamaga ja avada seal parasitoloogiaosakond. Nimetatud ümberkorraldused tehti 1954. aastal. Samal ajal muudeti ka malaariapunktid kohalike sanitaar- ja epidemioloogiajaamade parasitoloogiaosakondadeks.

Vabariiklik Malaariajaam tegutses peaaegu kümme aastat. Oma tööga andis ta panuse malaaria uurimiseks ja likvideerimiseks Eesti NSV-s.

РЕЗЮМЕ. Республиканская малярийная станция была создана в Эстонской ССР в 1945 г. в г. Тарту. Необходимость в ней вызывалась высокой заболеваемостью малярией в послевоенные годы, чему способствовали различные причины и прежде всего — миграция населения.

В те годы в основном имели место случай заболеваний трехдневной малярией — чаще всего весенние рецидивы.

В 1946 г. было госпитализировано 48,6% больных и в 1947 г. 41,7%. (Общее количество больных соответственно 522 и 1104). Было установлено, что в климатических условиях Эстонской ССР возможны отдельные местные случаи заражения трехдневной малярией: большинство водоемов республики были анофелеченными и метеорологические условия в Эстонии допускают возникновение двух генераций малярийного комара.

В конце 1948 г. Республиканская малярийная станция была переведена в гор. Таллин. Кроме нее в некоторых городах и районах республики работали малярийные пункты. Так как в 1953 г. в республике было зарегистрировано всего 17 случаев, а в 1954 г. 3 случая малярии, то в конце 1954 г. Министерством здравоохранения республики было принято решение об объединении Республиканской малярийной станции с Республиканской санитарно-эпидемиологической станцией и открытии при ней паразитологического отделения.

Начиная с 1953 г. местные заболевания малярией в Эстонской ССР не регистрируются.

KIRJANDUS: 1. Бохман Х. А. и Шамардин М. В. Мед. паразитол., 1957, 5, 598—599. — 2. Козминская И. Ф., Шамардин М. В. и Дайтер А. Д. Здравоохранение Советской Эстонии Сб. 6. Таллин, 1957, 70—73. — 3. Тамм О. М. Развитие санитарно-эпидемиологического обслуживания населения в Эстонии (со второй половины XIX столетия до 1965 года) и дальнейшие его перспективы. Дисс. канд. мед. наук, Тарту, 1967. — 4. Eesti Arst, 1920.—1940. a. — 5. Eesti Statistika, 1922.—1940. a. — 6. Malaaria medikamentoosse teraapia ja profülaktika juhend. Trt., 1947. — 7. Pihl, H. Malaaria epidemioloogiast, Postimees, 16. aug. 1945. — 8. Schamardin, M. Parasitoloogia ja looduskoldeliste haiguste II vabariikliku ametkondade vahelise konverentsi teesid. Tln., 1961, 40—41. — 9. Sõber, A. Nõukogude Eesti Arst, 1946, 6, 161—167.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Konverentsid ja nõupidamised

APTEEGITÖÖTAJATE XIII VABARIIKLIK KONVERENTS toimus 21. XI ... 22. XI 1967. a. Tallinnas. See oli pühendatud Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevale. Osavõtjaid oli 319 delegaati meie vabariigist, Leedu, Läti ja Valgevene NSV-st ning Moskvast.

Pikema ettekandega farmaatsia-ala arengust nõukogude võimu aastail ja farmaatsia ülesannetest käesoleval viisaastakul esines Apteegiala Teadusliku Uurimise Keskinstituudi direktori asetäitja V. Tšitširo. Eesti NSV apteegivõrgu arengust rääkis Apteekide Peavalitsuse juhataja I. Podolski. 1967. a. septembris Pjatigorskis korraldatud farmatseutide I üleliidulise kongressi tööga tutvustasid delegaate P. Zobel, D. Luik ja V. Laos.

Et apteekides on veel palju suurt jõukulu nõudvaid töölõike, siis äratas huvi Apteegiala Teadusliku Uurimise Keskinstituudi konstrueerimisosakonna juhataja G. Meerkopi ettekanne, mis käsitles mõne töömahuka protsessi mehhaniseerimist ravimite valmistamisel. Oma töökogemusi jagasid A. Roost, S. Pedak ja M. Boiko. Peale selle kuulati ettekandeid ravimtaimede uurimisest ja sünteetiliste ravimite tootmise arengust NSV Liidus, B_{15}-vitamiini kasutamisest meditsiinis, apteekide ajaloost ja muudel teemadel.

Konverentsil tehti kokkuvõte Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevaks võetud sotsialistlike kohustuste täitmisest. Parematele anti autasud. Konverentsi raames toimus ka Farmatseutide Teadusliku Seltsi aruandlus-valimiskoosolek. Juhatuse uueks esimeheks sai dotsent J. Tammeorg. Lisaks seltsi esimesele auliikmele professor N. Veiderpassile valiti auliikmeiks veel eesti esimene naisproviisor O. Kann-Tusti, proviisor M. Soolo ja proviisor J. Koitmets.

Enn Kanter

TSEHHIARSTID, ROHKEM TÄHELEPANU INVALIIDIDELE! 28. detsembril 1967 arutas Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon vabariigi invaliidide töökorraldust. Kuulati Eesti NSV sotsiaalkindlustuse ministri asetäitja G. Bachverki, Paide Rajooni TSN Täitevkomitee esimehe E. Elevandi ja Tallinna Linna Kalinini Rajooni TSN Täitevkomitee esimehe asetäitja E. Holmi ettekandeid.

Ettekannetest selgus, et viimaste aastate kestel on vabariigis mõndagi tehtud invaliididele töö muretsemiseks, nendele uute erialade õpetamiseks ja ümberkvalifitseerimiseks. Kahjuks ei täida osa ettevõtteist ja asutustest Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrust, mille kohaselt sotsiaalkindlustusosakondi tuleb informeerida neist vabadest töökohtadest, kus võiksid töötada invaliidid. Kohtla-Järve sotsiaalkindlustusosakond suunas 1967. aastal seetõttu tööle ainult 3 invaliidi, kuigi järjekorras oli 76 invaliidi, kes soovisid tööle asuda. Ükski asutus, välja arvatud välisvalveteenistus, ei teatanud osakonnale vabadest töökohtadest.

Vähe kasutatakse kodustöötamise võimalust. Teeninduskombinaadid, kellele see moodus hästi sobiks, ei ole sellest huvitatud, sest kodustöötamisega kaasneb (käsitsitöö arvel) tööviljakuse langus. Ometi tuleks just seda töövormi laialdasemalt rakendada, eriti rajoonides, kus invaliidid elavad hajali ning kus nende koondamine osutub võimatuks.

Mõnes ettevõttes ei ole asjad korras invaliidide arvestusega. Kohati tuleb ette, et invaliididele ei anta lisapuhkust (puidutöötlemise kombinaat «Viisnurk» Pärnus) ning jäetakse ilma muudest soodustustest või keeldutakse invaliide tööle võtmast (kummitoodete vabrik «Tegur» Tallinnas). Endiselt tuleb ette raskusi tuberkuloosi ja vaimuhaigusi põdevate invaliidide töölerakendamisel. Etteheiteid tuleb teha paljudele tsehhiarstidele, kes ei kontrolli küllaldaselt, millist tööd invaliidid ettevõttes teevad. Seetõttu töötavad invaliidid sageli nende tervist kahjustavatel kohtadel.

Kohalike töörahva saadikute nõukogude täitevkomiteed ja ametiühingute kohalikud komiteed tegelevad ettevõtetes veel vähe invaliidide töökorralduse kontrollimise, sanitaar-hügieeniliste ja ohutustehnika tingimuste parandamise ning invaliidsuse tekkimise põhjuste väljaselgitamisega.

On invaliide, kes võiksid töötada ja kellele sobiv töö igakülgselt kasuks tuleks, kuid kes tööle minna ei taha. Ükski sotsiaalkindlustusosakond pole selle nähtuse põhjusi seni küllaldaselt suutnud selgitada.

Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon otsustas.

1. Teha vabariigi ministeeriumidele ja keskasutustele ettepanek nõuda alluvate ettevõtete juhtkondadelt Eesti NSV Ministrite Nõukogu eespool nimetatud määruse täitmist, abinõude rakendamist invaliididele kergemate töötingimuste loomiseks ja ettenähtud soodustuste andmiseks ning invaliidide arvestuse kordaseadmist. Mitte lubada invaliididel töötada kohtadel, mis ei ole kooskõlas ATEK-i soovitustega.

2. Soovitada Eesti NSV Kommunaalmajanduse ja Elanikkonna Elukondliku Teenindamise Ministeeriumil koos linnade ja rajoonide täitevkomiteedega laialdasemalt korraldada invaliidide väljaõpet (teeninduskombinaatide kaudu või kursuste teel) erialadel, mille järele teenindamisettevõtetes puudust tuntakse (kingsepad, rätsepad, fotograafid, kudujad, kellasepad, juuksurid jt.).

Invaliidide töölerakendamise eesmärgil kaaluda võimalusi kodustöötamise mooduse laiendamiseks.

3. Teha Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumile ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile ettepanek esitada vabariigi valitsusele oma seisukohad tuberkuloosi ning südame ja veresoonte haigusi põdevatele invaliididele spetsiaalsete tsehhide avamise kohta.

Kaaluda psüühiliselt haigete invaliidide töölerakendamise võimalusi.

4. Paluda Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi ja linnade ning rajoonide täitevkomiteesid, et nad tugevdaksid tsehhiarstide töö juhtimist ning suunamist ettevõtetes ja asutustes, samuti tõhustaksid kontrolli invaliidide töölerakendamise üle vastavalt töösoovitustele.

Erilist tähelepanu pöörata sellele, et ATEK-id ei annaks formaalseid töösoovitusi.

5. Paluda Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu:

— juhtida ametiühinguorganisatsioonide tähelepanu vajadusele sagedamini analüüsida ohutustehnika ja sanitaar-hügieeniliste tingimuste parandamise ning invaliidistumise põhjusi;

— jälgida invaliidide kohta käivate seaduste täitmist;

— suurendada sanatooriumituusikute arvu südame ja veresoonte haigusi põdevate invaliidide tarvis.

6. Soovitada rajoonide ja linnade töörahva saadikute nõukogudel perioodiliselt kuulata nõukogu istungjärkudel või täitevkomiteede koosolekutel ettekandeid invaliidide tööga kindlustamise olukorrast ja nende töökorraldusest oma rajoonis või linnas.

Kogu vabariigi ulatuses selgitada sotsioloogiliste uurimiste korras, miks invaliidid, kes töötada võiksid, töötada ei soovi.

Märt Kink

50 AASTAT NÕUKOGUDE TERAAPIAT. 11. XII ... 13. XII 1967. a. toimus Leningradis Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi juhatuse juubelipleenum, millega tähistati Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäeva.

Pleenumi esimene pool oli pühendatud nõukogude teraapia saavutustele 50 aasta jooksul. Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi osatähtsust nõukogude teraapia arengus käsitles A. Gukasjan. Kuulati ettekandeid ka pulmonoloogia (N. Moltšanov), gastroenteroloogia (V. Vassilenko) ja hematoloogia (I. Kassirski) saavutustest nõukogude võimu ajal. Siinkohal mainiksin, et nõukogude kardioloogia saavutustest kõneldi Üleliidulise Kardioloogide Seltsi pleenumil möödunud kevadel.

Pleenumi teise poole täitis suurte kollagenooside probleem, peaasjalikult immunoloogiat puudutavate seisukohtade analüüs nimetatud haiguste patogeneesis. Sellealaseid ettekandeid esitasid A. Monajenkov, V. Nassonova, G. Orlovskaja jt. Kokkuvõtliku sõnavõtuga pärast arutletud ettekandeid esinesid A. Nesterov ja V. Joffe.

Pärast pleenumit toimus professor N. Moltšanovi juhatamisel üleliidulise pulmonoloogia-alase probleemikomisjoni istung, mille päevakorras oli uurimistööde plaan järgmiseks viieks aastaks. Nimetatud ajal on peamisteks probleemideks: 1) mittetuberkuloosseid haigusi ja kopsuvähki põdevate haigete varajane väljaselgitamine massilistel profülaktilistel läbivaatustel; 2) ägedate ja krooniliste kopsupõletike epidemioloogia, diagnoosimine, kliiniline kulg, ravi ja profülaktika; 3) kopsukasvajate kirurgilise ravi võtete täiustamine.

14. XII ... 16. XII 1967. a. toimus samuti Leningradis Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatuse pleenum. Üksikasjaliku arutluse alla võeti reuma diagnoosimise ja reuma aktiivsuse kriteeriumid, samuti reumatoidartriidi ja suurte kollagenooside diagnoosimise ning diferentsiaaldiagnoosimise kriteeriumid. Sellealaseid ettekandeid oli kokku 43.

Mõlema pleenumi ettekanded avaldati trükis teesidena.

Natan Elštein

LIIGA HILJA PÖÖRDUTAKSE ARSTI POOLE. Üleliiduline kirurgide ja traumatoloogide-ortopeedide nõupidamine vältimatu abi alal toimus 13. XII ... 15. XII 1967. a. Voronežis.

Konverentsi avakõnes andis NSV Liidu tervishoiu minister B. Petrovski ülevaate nõukogude kirurgia arengust. G. Safonov ja M. Kuzin kirjeldasid saavutusi vältimatu kirurgilise abi korraldamisel Nõukogude Liidus.

Vältimatut traumatoloogilist abi käsitlevaist ettekandeist oli huvitav NSV Liidu peakirurgi professor M. Kuzini muljumissündroomi (*crush syndrome*) käsitlev töö. Huvipakkuv oli ka T. Revenko ja P. Lõba töö vasograafia rakendamisest alajäsemete veresoonte kahjustuste kindlakstegemisel lahtiste ja kinniste vigastuste korral. Professor F. Bogdanov rõhutas resümeerivas sõnavõtus, et osteosünteesi varajast rakendamist lahtiste luumurdude urgentses ravis tuleb piirata.

Konverentsi viimasel päeval vaeti ussjätkepõletikku põdevate haigete varajase hospitaliseerimise, ravi, samuti tüsistuste profülaktikaga seoses olevaid probleeme. Professor M. Kovaljov toonitas, et hilise hospitaliseerimise peamiseks põhjuseks on see, et arsti poole pöördutakse hilja. Professor V. Kolessov soovitas laialdasemalt kasutada kaasaegset narkoositehnikat ägedat ussjätkepõletikku põdevate haigete kirurgilisel ravimisel. Huvipakkuv oli G. Zahharovi ja V. Sehhovi töö, mille autorid eksperimentaalsete ja kliiniliste tähelepanekute põhjal järeldasid, et ussjätkepõletiku patogeneesis on oluline osa allergial. Mitmete ettekannete autorid ja sõnavõtjad rõhutasid, et ebaselgetel juhtudel ei tohi kirurgilise raviga kiirustada, vaid mõnetunnise jälgimisaja kestel tuleb kasutusele võtta kõik olemasolevad diagnoosi täpsustamise meetodid.

Konverents lõppes traditsiooniliste Pirogovi lugemistega.

Meie vabariigi esindajateks olid peatraumatoloog B. Äniline, Tallinna Tõnismäe Haigla urgentse kirurgia osakonna juhataja H. Poola ja allakirjutanu.

Uno Sibul

TERVISHOIU MINISTER A. GOLDBERG 60-AASTANE

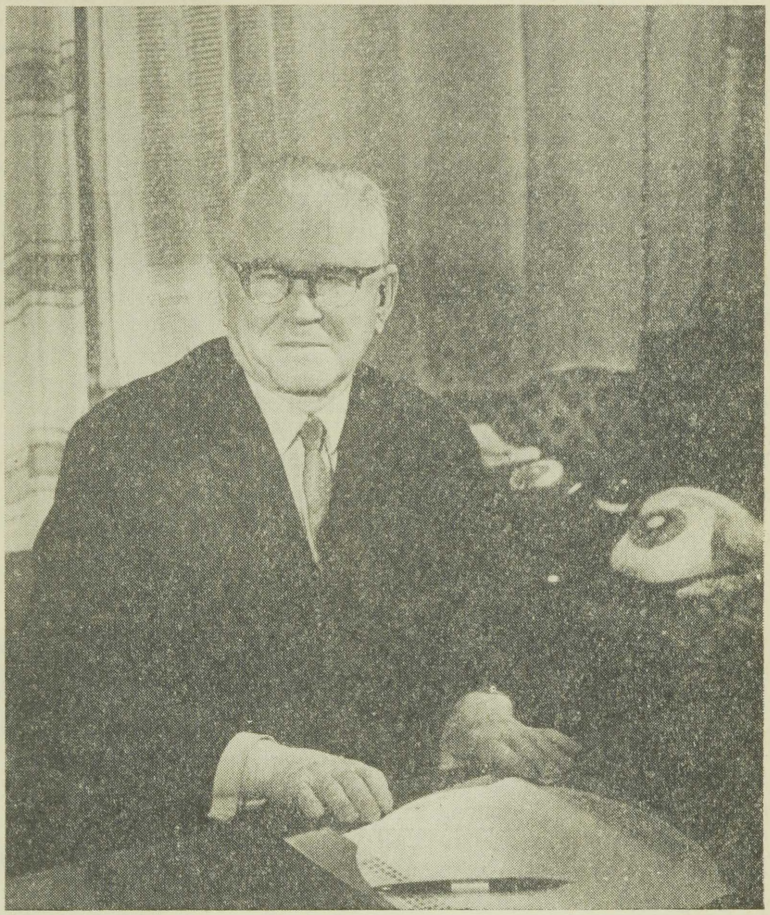


Foto E. Saar

3. veebruaril 1968. a. tähistati Eesti NSV tervishoiu ministri August Goldbergi 60. sünnipäeva.

August Ossipi p. Goldberg sündis 3. veebruaril 1908. aastal Siberis Novosibirski oblastis. Alg- ja keskhariduse omandas Novosibirskis ja Tomskis. 1932. aastal astus ta Tomski Meditsiini Instituuti, kusjuures samal ajal töötas instituudi kaadriosakonna juhatajana. Pärast instituudi lõpetamist (kiitusega) 1937. aastal suunati A. Goldberg Igarka linna tervishoiuosakonna juhatajaks, kus sai töötada kuni 1941. a. augustini. Siis, Suure Isamaasõja algul, määrati ta sõjaväe-evakuatsioonihospidali ülemaks. Märtsis 1942 demobiliseeriti A. Goldberg Krasnojarski krai ÜK(b)P komitee ettepanekul ja määrati Hakassi autonoomse oblasti tervishoiuosakonna juhatajaks, kellele allusid kõik oblasti sõjaväe-evakuatsioonihospidalid ning muud tervishoiuasutused. Sellele ametikohale jäi juubilar 1951. aastani.

1951. a. juulis nimetati A. Goldberg Eesti NSV tervishoiu ministri esimeseks asetäitjaks ja 1952. a. märtsist alates Eesti NSV tervishoiu ministriks.

Juba 1928. a. oli A. Goldberg aktiivne Kommunistliku Noorsooühingu liige, Kommunistlikku Parteisse astus 1941. aastal.

Juubilar on aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst, 1939. aastal valiti ta Igarka linna täitevkomitee liikmeks. Pärast Suure Isamaasõja lõppu täitis Hakassi autonoomse oblasti nõukogu saadiku kohuseid, kellena tegutses Eesti

NSV-sse siirdumiseni. 1954. ja 1959. aastal valiti A. Goldberg Eesti NSV Ülemnõukogu saadikuks. Ta on olnud ka Tallinna Linna Töörahva Saadikute Nõukogu ning mitmel korral linna ja keskrajooni parteikomitee liige. Käesoleval ajal on ta Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee liikmekandidaat. 1953. aastast alates on A. Goldberg Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees.

Juubilari on autasustatud Lenini ordeniga, ordeniga «Austuse märk», nelja medaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane», Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga ja Punase Risti kõrgeima autasuga — rinnamärgiga «Austuse märk».

16 aastat on A. Goldberg olnud tervishoiu ministri vastutusrikkal tööpostil. Tema juhtimisel on arenenud Eesti NSV tervishoiuasutuste võrk ja kasvanud meditsiinikaader. Selle aja jooksul on märkimisväärselt vähenenud nakkushaigustesse haigestumine vabariigi elanikkonna hulgas, on likvideeritud haigestumine poliomüeliiti ja difteeriasse ning saadud häid tulemusi tuberkuloosivastases võitluses. A. Goldbergi juhtimisel on vabariigis tehtud ulatuslikke töid sanitaarteenistuse arendamiseks. Üleliidulise tunnustuse on pälvinud Eesti NSV Punase Risti Seltsi tegevus. Vabariigi tervishoiu olukorra parandamiseks on juubilar suutnud kasvatada ja kaasa tõmmata laialdase meditsiinitöötajate aktiivi.

Õnnitleme juubilari tema suurel tähtpäeval ja soovime talle elujõudu, energiat ja töötahet, et ta oma rikkalikke kogemusi rakendaks vabariigi tervishoiu arendamiseks veel paljude aastate jooksul.

Kolleegid

PROFESSOR ILO SIBUL 60-AASTANE



Ilo Sibul sündis 10. veebruaril 1908. aastal Tartus arsti perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas ta Tallinnas, kus lõpetas II keskkooli 1926. aastal. Samal aastal astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas kiitusega 1932. aastal.

1931. aastal hakkas I. Sibul tööle Tartu ülikooli füsioloogia ja bioloogilise keemia kateedris professor A. Fleischi assistendina. Kahe aasta kestel avaldasid nad koos kaks põhjalikku uurimust elundite verevarustuse kemoretseptoorse regulatsiooni mehhanismi kohta, mis kiiresti said ülemaailmselt tuntuiks ning mida erialakirjanduses tsiteeritakse tänapäevalgi. 1933. aastal kutsuti professor A. Fleisch tagasi Šveitsi Lausanne'i ülikooli füsioloogia ja füsioloogilise keemia kateedri juhatajaks. Kvalifikatsiooni tõstmiseks komandeeris Tartu ülikool I. Sibula Lausanne'i ülikooli teaduslikule tööle. Järgnesid töörohked aastad — talviti Tartus seoses õppetööga ülikoolis ja suviti Šveitsis teaduslikul uurimistööl.

1936. aastal kaitses I. Sibul Tartu ülikoolis doktoriväitekirja kopsukoe histamiini-ainevahetuse küsimustes. Seoses eduka töötamisega professor A. Fleischi juures tehti talle pärast kaitsmist ettepanek Šveitsi tööle jääda. Ta loobus

sellest ja pöördus tagasi Tartusse, kus 1938. aastal Tartu ülikool valis ta dotsendiks füsioloogia ja füsioloogilise keemia ning 1940. aastal professoriks patoloogilise füsioloogia erialal. 1942. aastal komandeeris Tartu ülikool I. Sibula Saksamaale teaduslikule tööle, kus ta leidis assistendikoha Tübingeni ülikooli füsioloogia kateedris.

1947. aastal pöördus ta Eestisse tagasi ja asus tööle Tartu Riiklikus Ülikoolis biokeemia õppejõuna. Tema initsiatiivil asutati 1948. a. esimene iseseisev biokeemia kateeder Tartus. 1950. aastal viidi ta vakantseks jäänud patoloogilise füsioloogia kateedri juhataja ametikohale. 1953. aastal anti talle professorikutse. I. Sibul rajas ka Eesti Põllumajanduse Akadeemias biokeemia ja orgaanilise keemia kateedri. Tartu Riikliku Ülikooli teenistusest lahkus ta 1955. aastal ja asus tööle Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori asetäitjana teaduslikul alal ning Eesti Põllumajanduse Akadeemias füsioloogia professorina.

1957. aastal sai I. Sibulast Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktori asetäitja teaduslikul alal. Sama aasta sügisel valis Eesti NSV Teaduste Akadeemia üldkogu ta korrespondentliikmeks füsioloogia erialal. Instituudis võttis I. Sibul aktiivselt osa biokeemiasektori asutamisest ja biokeemikute kaadri kasvatamisest. Ta oli eesti meremuda toimeainete uurimise ja reumaprobleemi teaduslikuks juhendajaks.

1964. aastal kutsuti I. Sibul Tartu Riiklikku Ülikooli spordimeditsiini kateedrit rajama, mida ta seejärel juhatas kolm aastat. 1967. aastast alates on juubilar Eksperimentaalbioloogia Instituudi loomafüsioloogiasektori juhataja ametikohal.

I. Sibula teaduslik pale on väga mitmekülgne. Tema sulest on ilmunud üle 80 uurimuse, nendest paljud keskajakirjades ja välismaa erialaväljaannetes.

Pingsa pedagoogilise, teadusliku ja organisatoorse töö kõrval on I. Sibul olnud väga aktiivne ka ühiskondlikus töös. Ta on Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia ja Bioloogiateaduste Osakonna büroo liige, sama osakonna bioloogia-alaste teaduslike kraadide kaitsmise nõukogu esimehe asetäitja, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu liige ja veel mitmete teiste teaduslike nõukogude ja komisjonide liige. Juubilar on paljude seltside asutav ja juhtiv liige.

Ka pedagoogina on tema töö märkimisväärne — rohkem kui kümnele noorele spetsialistile, keda tema on juhendanud, on antud kandidaadikraad, üle kolmekümne korra on ta oponeerinud kandidaadi- ja doktoriväitekirjade kaitsmisel. Eesti NSV-s on palju arste, veterinaararste, farmatseute, kehakultuurlasi ja biolooge, kelle õpetajaks on olnud I. Sibul.

Olgu professor I. Sibulal kui väsimatul organiseerijal ja teadusepõllul töötajal jaksu veel paljudeks aastateks!

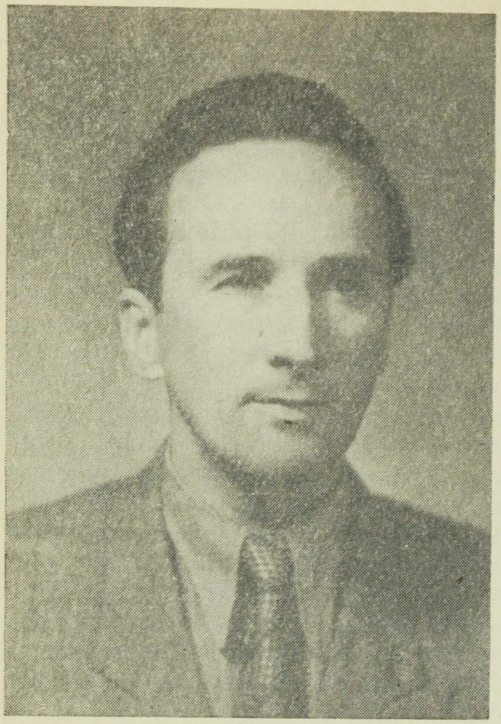
Asta Kuill

DOTSENT ÜLO LEPP 50-AASTANE

29. detsembril 1967. a. tähistati Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste kateedri dotsendi Ülo Felixi p. Lepa 50. sünnipäeva.

Ü. Lepp sündis 29. detsembril 1917. a. Tartus arsti perekonnas. Keskhariduse sai ta Tartus Hugo Treffneri gümnaasiumis. Seejärel lõpetas 1943. aastal Tartu ülikooli arstiteaduskonna.

Juba üliõpilasena asus Ü. Lepp tööle Tartu ülikooli I sisehaiguste kliinikusse (praegu Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakond). Pärast ülikooli lõpetamist jätkas ta töötamist kliinikus (hiljem teaduskonna sisehaiguste kateeder) assistendina. Aastail 1951 . . . 1956 täitis ta kateedrijuhataja kohuseid ja 1960. aastast alates kuni tänaseni töötab



samas kateedris dotsendina. 1954. aastal kaitses Ü. Lepp edukalt kandidaadidissertatsiooni teemal «Suurte arterite pingsusseisundi võrdlev hinnang hüpertooniatõbistel, eriti pulsilaine levimiskiiruse määramise alusel». Südame vereringe patoloogia on jäänud juubilari põhiliseks huvialaks ka hiljem.

Ü. Lepp on vabariigi silmapaistvamaid kardiolooge, kellel on nimetatud erialal suuri teeneid. Paljud arstid on dotsent Ü. Lepa juhendamisel astunud esimesi samme kardioloogia alal, paljudes üliõpilastes on ta suutnud selle eriala vastu huvi äratada. Eriti tuleb esile tõsta Ü. Lepa koostööd kirurgidega, tänu millele sai alguse südameoperatsioonide tegemine Tartus. Aastast aastasse täidavad Ü. Lepa tööpäeva loengud ja praktikumid ülikoolis, loengud arstide täienduskursustel ja seminaridel, teaduslik uurimistöö, aspirantide ja praktiseerivate arstide ning üliõpilaste teadusliku töö juhendamine, osavõtt arstide seltside tegevusest, populaarteaduslikud loengud jne. Kõige selle kõrval on ta kogu aeg tegutsenud konsultandina südamehaiguste alal. Patsientidesse suhtub ta alati abivalmilt ja osavõtlikult.

Dotsent Ü. Lepa sulest on ilmunud 35 teaduslikku uurimust ja mitmeid populaarteaduslikke kirjutisi. Tema juhendamisel on 2 teaduste kandidaati kaitsnud väitekirja ja 15 üliõpilasel on valminud auhinnatööd. Ü. Lepalt on olnud arvukalt ettekandeid vabariiklikel ja üleliidulistel teaduslikel konverentsidel.

Juubilari iseloomustamine jääks poolikuks, kui meenutame ainult tema meditsiinialast tegevust. Tunneme Ü. Leppa kui erakordselt laia huviderингiga kolleegi, keda oleme näinud ratsanikuna tõkkeid ületamas ja Kääriku lumistel nõlvadel suuskadel libisemas. Teda võime sageli kohata kontserdil, teatris ja kunstinäitusel. Nii mõnegi puhkehetke veedab ta klaveril musitseerides. Ja alati näeme Ü. Lepa ümber noori, keda ta oskab mitte ainult teaduse kivistele radadele kaasa tõmmata, vaid õpetab neid nägema ka kõike ilusat meie ümber.

Soovime dotsent Ülo Lepale jätkuvat nooruslikkust, optimismi ja energiat ning veel palju kordaminekuid edaspidises töös.

Kuno Kõrge

Kriitika ja bibliograafia

KASULIK RAAMAT

UDK 616.36-002.1(049.3)

Retsenseeritava käsiraamatu * sissejuhatuses on öeldud, et trükis on mõeldud eeskätt praktiseerivatele terapeutidele, pediaatritele, epidemioloogidele, infektsionistidele, laborantidele, samuti velskri-ämmaemandapunktide velskritele.

Niisugune suund esitab selle koostajaile erilised nõuded: raamatus esitatud teemad peavad olema valitud selliselt, et lugeja saaks ettekujutuse viimase aja

* Инфекционный гепатит. Под общей редакцией И. К. Рейнару. Таллин, 1967, 156 стр. Тираж 1900.

saavutustest. Mis aga peamine — raamatu autorid peavad eristama olulise ebaolulisest, seda just praktiseeriva arsti aspektist.

Raamatu koostas autorite kollektiiv, millesse kuulusid S. Bakman, K. Vassiljeva, H. Kreek, R. Mai, G. Medinski, J. Reinaru, L. Sokolova, E. Tammepõld ja J. Tšernitskaja. Kuidas nad oma ülesandega toime tulid?

Kahes esimeses peatükis esitatakse seisukohad haiguse nomenklatuuri ja etioloogia alal. Autorid teevad õigesti vahet A-viirusest põhjustatud epideemilise hepatiidi ja B-viiruse poolt tekitatud seerumhepatiidi vahel. Neist esimesse nakatutakse enteraalsel teel, teise aga parenteraalsel teel. On tähtis silmas pidada, et A-viirusest põhjustatud hepatiidi puhul ei arene immuunsust seerumhepatiidi suhtes, mida tekitab B-viirus.

Hästi on kirjutatud peatükk, mis käsitleb hepatiidi epidemioloogiat. Täiesti õigustatud on see, et pööratakse tähelepanu suurele haigestumusele meditsiinitöötajate hulgas. Mõnevõrra kahtlustäratavad on E. Paktorise (1964) andmed selle kohta, et kollasuseta haigusjuhtude arv ületab infektsioosse hepatiidi kollasusega kulgevate haigusjuhtude arvu 2,5 . . . 3,0 korda. Kas see on nii? Samal leheküljel toodud A. Blügeri andmed Läti NSV elanike kohta on aga otse vastupidised. Mis siis on õige? Milline on autorite seisukoht selles küsimuses?

Haiguse patogeneesi ja patoloogilist anatoomiat käsitlev peatükk on esitatud tänapäeva tasemel.

Viimased kaks peatükki on pühendatud infektsioosse hepatiidi kliinikule ja diagnoosimisele. Võib-olla oleks õigem olnud haiguse kliinikut puudutav peatükk tuua enne laboratoorsete uuringute tulemuste hindamise kirjeldust.

Laboratoorseid teste on kirjeldatud lühidalt ja selgelt. Autorid juhivad arstide tähelepanu AKTH- ja kortikosteroidhormoontestidele eri päritoluga hüperbilirubineemia diferentseerimisel. Seejuures meenutavad õigesti eetris lahustuva bilirubiini proovi. Raamatu autorid ei tõsta esile Quicki proovi tähtsust, mis on ka põhjendatud.

Suure osa raamatust hõlmavad infektsioosse hepatiidi kliinilise kulu iseärasused. Eriti huvipakkuv ja kasulik on lugeda infektsioosse hepatiidi kollasuseta vormide sümptoomidest. Ei oleks olnud paha viidata, millistele uurimustele autorid toetuvad. On õige, et mitte iga kroonilise hepatiidi juht ei arene maksatsirroosiks. See viide on väga oluline, sest sellega juhitakse arstide tähelepanu kroonilist hepatiiti põdevate haigete püsiva ravimise vajadusele, samuti loobumisele pessimistlikust prognoosist selle haiguse puhul. Rõhutama peaks ka seda, et ägedate ja krooniliste hepatiitite kulgu pikendavad nendega kaasnevad seedeelundite haigused (enterokoliidid, koletsüstiidid jt.), millele ei pöörata küllaldaselt tähelepanu.

Nimetatud peatükk on tervenisti hästi kirjutatud, ehkki võib kohata mõningaid ebatäpsusi ja stiililisi konarusi. Nii näiteks ei saa õnnestunuks pidada tabeli 1 pealkirja (lk. 48), vaevalt küll võib prodromaalperioodil ilmnevat pseudoreumaatilist sündroomi nimetada «reumatoidseks perioodiks» (lk. 50) jne.

Ravi käsitlev peatükk on samuti hästi kirjutatud. Peaks mainima E-vitamiini kasutamise otstarbekust. Kahtlustäratav on aga viide, et kuivatatud ploomid on kõige suurema kaaliumisisaldusega toiduaine (lk. 81).

Tervishoiu organisatsiooni põhimõtteid tunneb hästi autor, kes on kirjutanud selle osa raamatust, milles käsitletakse infektsioosset hepatiiti põdenute dispanseerset jälgimist. Rahuldustunde kutsub esile seisukoht, mille järgi dispanseerimisega nendel juhtudel peavad tegelema nakkushaiguste kabinettide arstid koostöös jaoskonnaterapeutidega, mitte aga vastupidi.

Viimased peatükid käsitlevad haiguse profülaktikat, samuti desinfektsiooni ja sanitaarselgitustööd. Lisas tuuakse ära maksa talitluse uurimise laboratoorsed meetodid.

Hästi on valitud soovitatav kirjandus. Märgiksin vaid, et tekstis tuleks välismaa autorite nimed esitada originaalses transkriptsioonis.

Kokku võttes võib öelda, et praktiseerivad arstid said väärtusliku käsiraamatu, mille tähtsus ulatub ka väljapoole vabariiki.

Tallinn *Natan Elštein*

KUST MEDITSIINIÕDEDEL KING PIGISTAB?

Suurt aktiivsust ühiskondlikus töös ilmutavad vabariigi meditsiiniõed. Aasta tagasi alustas tegevust Eesti NSV Meditsiiniõdede Selts. Seejärel kutsuti kokku Põhja- ja Lõuna-Eesti meditsiiniõdede konverentsid. Järgnesid kolm seminari ja suvelaager Paralepas. Sageli on õdede kollektiivid üksteist külastanud. 8. detsembril 1967 korraldati Tallinnas seltsi vabariiklik konverents, millest võttis osa 600 meditsiiniõde.

«Mis on sellise aktiivsuse ajendiks? Kust meditsiiniõdedel king pigistab?»

Palusime neile küsimustele vastata Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi esinaisel, Tallinna Pelgulinna Haigla vanem-meditsiiniõel Hilja Rüütlil.

«King pigistab üsnagi mitmest kohast,» vastas H. Rüütli. «Lahendamist ootavad paljud küsimused, ja nagu kogemused näitavad, saab seda teha ainult organiseeritult. Selleks seltsi vaja oligi. Selle mõttega oleme korraldanud ka koosolekuid ja kohtumisi, konverentse ning seminare.

Soovida jätab meditsiiniõdede töökorraldus. Tooksin ühe iseloomuliku näite. Meie haiglates ei ole seniajani veel ühtset korda ravimite palatisse toimetamisel. Iga medtsiiniõde püüab seda teha omal viisil. Kes keerab tabletid paberisse ja kirjutab sellele patsiendi nime, kes kannab neid haigele kätte peos, kes tikutoosis. Kui mõelda, et iga meditsiiniõe hooldada on kuni 30 haiget ja et paljudele neist tuleb ravimeid anda kolm-neli korda päevas, siis on kerge kujutleda, kui palju aega niisuguse plaanitu rabelemisega kaotsi läheb.

Praegu, mil nii palju räägitakse töö organiseerimisest, isegi teaduslikust organiseerimisest, tundub senine praktika uskumatu anakronismina. Tegelikult ongi seda töölõiku mitmeti ratsionaliseerida püütud. Näiteks on katsetatud vineerist kandikutega, millele asetatakse lahtised paberiribad haigete nimedega. Kuid ribad nihkuvad kergesti paigalt. Võib ette tulla rohtude segiajamisi. Pealegi ei saa vineerist kandikuid nagu kord ja kohus desinfitseerida. Lahendus on siiski leitud — plastmassist kandik, millel iga haige tarvis on samast materjalist väike ravimite karbike. Seniste katsete põhjal võime öelda, et ravimite kättetoimetamisel säästab niisugune lihtne vahend meditsiiniõdede aega ümmarguselt 50%. Väheneb ka eksimuste võimalikkus. Nüüd on probleem juba mujal ja nimelt selles, kust kandikuid-karbikesi saada. Viimasel konverentsil tõstatasime küsimuse avalikult



Foto E. Saar

ja selle tulemusena on lootusi, et Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus meid hädast välja aitab.

Meditsiiniõdede koormust, mis praegu on tõesti suur, vähendaksid üsnagi mitmete põetusvahendite täiendamine ja ajakohastamine. Selle heaks saaksid meditsiiniõed ise palju ära teha. Et loovale mõttele laiemat kandepinda pakkuda, tuleks ratsionaliseerimistegevust meditsiiniõdede hulgas sihikindlalt õhutada. Tehku seda need, kelle otsene ülesanne see on, ja võib kindel olla, et viljad ei jää tulemata!»

«Millised aktuaalsed küsimused on veel päevakorral?»

«Seda laadi küsimusi on küllaldaselt, kõigest ei jõuaks rääkida. Kuid need kõik jäävad ühe tunduvalt olulisema probleemi varju, mis kogu aeg muret teeb (mitte üksnes Eesti NSV-s ja NSV Liidus, vaid ka paljudes välisriikides) ja mida seetõttu tuleks lahendama hakata esimeses järjekorras.»

«Nimelt?»

«Mõtlen kaadriprobleemi. Kuidas täita vakantsed sanitarikohad. Kuidas tagada meditsiiniõdede piisav juurdekasv. Kuidas vastavalt aja suurenenud nõuetele hakata ette

valmistama kvalifitseeritumat keskharidusega ja nooremat meditsiinipersonali.»

«Milliseid mõtteid on teil selles suunas?»

«Üks on kindel — uus kord, mille kohaselt pensionärid saavad sanitarikohtadel töötamisel täispensioni, sanitaride põuda ei kaota. Nagu kogemused näitavad, värbame nüüd teiste hulgas teatava protsendi selliseidki inimesi, kes haiget tõsta ei jaksa. Kuid kes selle ja mitmed muudki tööd sanitari eest peab ära tegema? — Meditsiiniõde. Sanitaride vähesuse ja nende töö tagasihoidliku kvaliteedi tõttu (tegelikult võtame sanitarikohale kõiki, keda kätte saame; kuulutame alalõpmata ajalehtedes) on kujunenud nõiaring: meditsiiniõde teeb sanitari töid, arst meditsiiniõe töid ning nii mõnigi arsti ja meditsiiniõe töölõik kannatab selle tõttu. Lisaks on üha laialdasemalt levimas arvamus, et meditsiiniõe töö on raske ja must. See peletab noori eemale, paljud ei taha enam meditsiiniõeks õppida.»

«Kas palkade miinimumi tõstmine sanitaride probleemi ei lahenda?»

«Kahjuks ei. Miinimum tõusis ju mitte üksnes sanitaridel, vaid üldiselt. Seega ka võistlevatel, samasuguse tasuvusega tööaladel.»

«Kas meditsiiniõdedel on olukorra lahendamiseks mingeid konstruktiivseid ettepanekuid?»

«On küll. Meie arvates on aeg juba nii kaugel, et ka sanitaride osas võiks kehtestada haridusliku tsensuse ja lühiajalise kutsealase ettevalmistuse. Praegu lõpetab 8-klassilise kooli küllaldasel arvul noori, kes kõiki edasiõppimise võimalusi liiga aeganõudvaks peavad. Osa neist läheks kindlasti aastase või pooleaastase kestusega sanitaride kooli. Sõna «sanitar» ei tohiks seejuures kooli nimes esineda. Juba liiga laialdaselt on levinud arvamus, et sanitariks kõlbab igaüks ja et kui inimesel kuhugi mujale pole minna, siis sanitariks võetakse teda ikka. See kõik on sanitari nimetust diskrediteerinud. Uueks ametinimetuseks võiks olla kas meditsiiniõe abiline, abimeditsiiniõde, noorem-meditsiiniõde või midagi taolist.

Samal ajal oleks tarvis tõsta ka meditsiiniõdede ettevalmistuse ja teadmiste taset. Meditsiiniõe päev on väsitav, seetõttu loeb ta liiga vähe. Tihti pole tal aega sedagi korrata ja üle vaadata, mis kord on juba õpitud. Kuid elu on edasi läinud, nõudmised suurenenud, meditsiiniõel on nüüd tarvis rohkem teadmisi ja oskusi kui varem. Meditsiiniõde vajab avaramat silmaringi kas või sellegi pärast, et oma prestiiži haigete ees vajalikul kõrgusel hoida. See ei ole sugugi viimase järgu tähtsusega küsimus. Kogu rahva hariduslik tase tõuseb pidevalt. Kui haigel ei ole meditsiiniõesse usku, siis ei ole tal õiget usku ka paranemisse. Oleks loomulik, kui meilgi kujuneks meditsiiniõe ettevalmistamiseks 15...16 aastat, nii nagu mitmel pool mujal: keskkool (11...12 aastat) + õdedekool (2 aastat)+täienduskool (1,5 aastat), kus toimub spetsialiseerumine jaoskonnaõeks, teraapiaõeks, röntgeniõeks jne.

Alalistest täienduskursustest, kuhu iga meditsiiniõde tuleks saata kaks aastat pärast meditsiinikooli lõpetamist, on juba kaua räägitud. Seni on kõik sellesuunalised katsed sobivate ruumide puuduse tõttu nurjunud. Tõsi küll, perioodiliselt on korraldatud loenguid õdedele-laborantidele, füsioteraapia-, anestesioloogia- ja röntgeniõdedele, kuid juba aastaid ei ole pakutud täiendavaid teadmisi jaoskonna- ja palatiõdedele, keda arvuliselt on alati kõige rohkem. Kui täienduskursusi avada ei ole võimalik, siis võiks ka meditsiiniõdedele kehtestada kategooriad, nagu need on velskritel ja ämmaemandatel. Teadmiste ja oskuste täiendamise stiimulina oleks sellelgi oma edasiviiv mõte.

Need probleemid, mis on veel mõnevõrra kristalliseerumata, peavadki 1968. aastal Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi tegevuses tähelepanu keskusse jääma. Loodame, et Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, kellel on õigus küsimusi tõstatada ka üleliidulises ulatuses, meie mõtteid heatahtlikult toetab.

Viimasel ajal on meditsiiniõdedel olnud palju vastastikuseid külaskäike. Arvan, et meil oleks vaja ulatuslikumat kogemuste vahetamist ka teiste liiduvabariikide ametiõdedega. Ja miks mitte välismaa meditsiiniõdedega? Õppida vist oleks nii meil neilt kui ka neil meilt.»

«Viimasel konverentsil demonstreeriti uut meditsiiniõe kittelkleiti. Kas vana mood enam ei rahulda?»

«Ei, mitte tegumood ei muutu — see on osutunud täiesti vastuvõetavaks —, vaid materjal. Sinise-valgetriibuline puuvillriie, mida materjalina seni on kasutatud, ei ole pesukindel. Annab värvi. Pealegi on seesama riie käibel õpilaste vormirõivastusena ja paljude müüjate kitlimaterjalina. Me ei pea seda õigeks. Konverentsil kiideti uue materjalina heaks sinine paks puuvillriie «Rubtšik» (artikkel 815 E 1), mida Kreenholmi Manufaktuur hiljuti tootma hakkas. Muutusena tuleb nimetada vahest ehk seda, et vanem-meditsiiniõed saavad siniste asemel valged kleidid.»

Vestles M. Kink

POOLA RAHVAVABARIIGIS

HARRI JÄNES
Tallinn

UDK 651.77 : 614.23

1967. aasta novembris käis Poola Rahvavabariigis turismireisil rühm Tallinna arste ja arstiteadlasi. Reisi korraldas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Sellest osavõtjail oli võimalus heita põgus pilk ka Poola Rahvavabariigi meditsiiniasutustesse. Poola kolleegid võtsid tallinlasi hästi vastu ja püüdsid näidata kõike, mida võimaldas lühike tutvumiskäik. Poola kolleegidega vesteldi peamiselt saksa või vene keeles, vahel võeti appi ka inglise keel, kuid mõnikord kõneldi kõike segamini poola keelega ja lõpuks öeldi eestikeelne «aitäh».

Arstide ettevalmistamisest Poola Rahvavabariigis saadi ülevaade Gdanskis. Enne Teist maailmasõda võis Poolas arstiks õppida ülikoolide arstiteaduskondades (neid oli viis). 1950. aastal muudeti need iseseisvateks õppeasutusteks — meditsiiniakadeemiateks. Praegu on Poola Rahvavabariigis 10 meditsiiniakadeemiat, kus õpib üle 22 000 üliõpilase. Nii meditsiiniakadeemiad kui ka meditsiinikoolid kuuluvad Tervishoiu ja Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi süsteemi. Et Gdanskis ülikooli ei olnud, arstide vajadus aga oli suur (möödunud sõjas kaotas Poola üle 30% arstidest), siis rajati seal meditsiiniakadeemia juba 1945. aastal.

Gdanski meditsiiniakadeemias on meditsiini- ja farmaatsiateaduskonnad, esimese juurde kuulub ka stomatoloogiaosakond. Kahes teaduskonnas kokku on 2700 üliõpilast. Õppetöö toimub 54 kateedris ja 10 kliinikus (kokku 2000 voodikohta) ning kestab arstidel 6, stomatoloogidel ja farmatseutidel 5 aastat. Praegu toimub Poola Rahvavabariigi meditsiiniakadeemiates õppetööreform, mille käigus muudetakse kursuste programmi. Esimene õppeaasta on nn. morfoloogia-aasta, teine kursus füüsikaaasta (õpitakse füüsikat, keemiaid, füsioloogiat), kolmas pühendatakse kliinilisele ja patoloogilisele anatoomiale ning sisehaiguste, kirurgia, neuroloogia jne. propedeutikale. Vanematel kursustel käsitletakse kliinilisi distsipliine.

Igal suvel viibivad üliõpilased ühe kuu praktikal. Kogu stuudiumi vältel õpitakse veel sotsioloogiat, poliitökonoomiat ja teisi ühiskonnateadusi. I...V kursuseni pühendatakse üks päev nädalas sõjaasjandusele. Olulist tähelepanu pööratakse võõrkeelte õpetamisele. Kõige populaarsemaks on inglise keel, sellele järgnevad vene ja prantsuse keel, kõige vähem tahetakse õppida saksa keelt.

Tung arstiteaduskonda on suur. Igale kohale kandideerib kuni 6 noort. Sisseastumiseksamid sooritatakse anonüümselt: eksamikomisjoni liikmed ei tea, keda nad eksamineerivad. Kurdeti meditsiini feminiseerumise üle — 65% esimese kursuse üliõpilastest on naised. Kõige rohkem langeb üliõpilasi välja I ja II kursusel — kuni 25% vastuvõetuist. Seda arvu peetakse normaalseks.

Üliõpilaste käsutuses on ühiselamud. Gdanskis jätsid need väga hea mulje: uued, ajakohase eksterjööri ja interjööriga kolmekorruselised hotelli tüüpi hooned. Ühes toas elab kolm üliõpilast. Peale elutubade on veel avarad koosolekute ja peosaalid (kus rektori sõnade järgi peaaegu iga õhtu tantsitavat), külaliste vastuvõtu ruumid, külaliste (näiteks vanemate) ööbimise ruumid, köögid, pesuköögid jne.

55...60% üliõpilastest saab stipendiumi 600 zlotti * kuus, mis ei ole just suur summa, kui toiduainete ja tarbeesemete hindu arvestada. Stipendiumi

* NSV Liidu Riigipanga välisvaluuta kursside tabeli järgi 100 Poola zlotti = 22,5 rubla.

määramisel arvestatakse eelkõige vanemate sissetulekut. Eriti edukatele üliõpilastele (akadeemia kohta 25-le) on ette nähtud nn. teaduslik stipendium, mille suurus on 1000 zlotti. Teadusliku stipendiumi määramisel võetakse arvesse üliõpilase aktiivne osavõtt teadusliku ühingu tööst, mille ringid tegutsevad iga kateedri juures. Iga aasta korraldatakse üliõpilaste teaduslik sessioon.

Pärast akadeemia lõpetamist töötab noor arst 2 aastat stažöörina ühes põhieriala (sisehaiguste, kirurgia, günekoloogia, pediaatria) haiglas. Paremad lõpetajad jäetakse stažöörina akadeemia juurde (umbes 15 inimest aastas). Kes end heast küljest näitab, seda ootab pedagoogi tööpõld — ta võib akadeemia juures tööle hakata esialgu assistendina, hiljem vanemassistendina. Kui noor õppejõud doktoriväitekirjaga 6 aasta jooksul maha ei saa, tuleb tal mujale tööle siirduda.

Teaduslike kraadide nimetused Poola Rahvavabariigis erinevad meil kehtivatest: madalam aste on teaduste doktor (vastab meie teaduste kandidaadile), kõrgem aste aga on dotsent (meie teaduste doktor). Dotsendiväitekirja kaitstakse pidulikul koosolekul, millest võtavad osa paljude õppe- ja teaduslike asutuste spetsialistid. Praktikud, kes soovivad teaduslik-pedagoogilisele tööle asuda, saavad seda teha 4 aastat kestva doktorantuuri kaudu. Õppejõud käivad küllaltki sageli end välismaal täiendamas. Gdanski meditsiiniakadeemiast suunatakse välismaale iga aasta 20 ... 30 õppejõudu (peamiselt Inglismaale, USA-sse ja ka Prantsusmaale).

Teises maailmasõjas kaotas Poola 22% elanikkonnast. Rahvamajandus oli laostunud. Niisugune olukord nõudis suuri pingutusi tervishoiu korraldamisel. Need on vilja kandnud. Poola Rahvavabariigis (elanikke peaaegu 32 miljonit) töötab praegu 39 500 arsti, kelle käsutuses on 673 haiglat 185 000 voodikohaga (arste on kaks korda ja haiglavoodeid kolm korda rohkem kui enne sõda). Arstidele on lubatud erapraksis. Seda ka harrastatakse, sest erapraksisega teenivat arst 10 ... 15 korda rohkem kui ainuüksi riigi teenistuses (noore arsti palk on 1500 zlotti kuus). Ravi ja profülaktikaalase töö pearaskust kannavad siiski Tervishoiu ja Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi süsteemis tegutsevad arstid.

Tasuta arstiabi saab üle 60% elanikkonnast, sealhulgas ka lapsed kahe esimese eluaasta jooksul, samuti kutsehaigusi, tuberkuloosi, veneerilisi haigusi jms. põdevad isikud. Tasuta abistatakse ka sünnitajaid. Sotsiaalkindlustussüsteemiga hõlmatud töötajad maksavad ainult 30% ravimite hinnast, pensionärid ja ka teatavad haigete kontingendid saavad ravimeid tasuta. Maksma peavad arstiabi eest inimesed, kes ei tööta, erakaupmehed, väikeettevõtjad-käsitöölised jt. Tasu on mõõdukas — päeva eest haiglas tuleb maksta 60 zlotti.

Poola Rahvavabariigi tervishoiukorraldus on üldjoontes samasugune kui meilgi. Linnades on tervishoiuorganisatsiooni põhiüksuseks arstijaoskond, mis teenindab keskmiselt 4800 elanikku ja annab abi teraapia, pediaatria, akušöörgünekoloogia ja stomatoloogia alal. Polikliinikute ja ambulatooriumide arstide

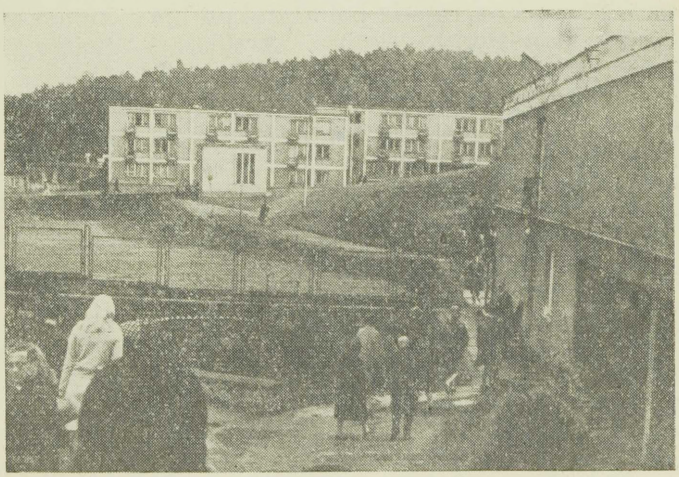


Foto 1. Gdanski meditsiiniakadeemia üliõpilaste ühiselamud



Foto 2. Varssavi südalinn

Fotod J. Paulson

tööpäeva pikkus on 7 tundi. Ambulatoorset abi antakse ka haiglate juures ja vojevoodkondade spetsialiseeritud ambulatooriumides (tuberkuloosi-, dermatoveneroloogia-, onkoloogia-, gastroenteroloogia-, reumatoloogia-, spordimeditsiini-, endokrinoloogia- ja psühhoneuroloogia-ambulatooriumides). Sellele vaatamata ollakse seisukohal, et ambulatooriumi tüüpi asutuste läbilaskevõime on veel väike ega suuda kogu elanikkonda rahuldada.

Elanikkonna haigestumuse uurimise alusel (seda on raske teha erapraksise olemasolu tõttu) koostati tervishoiu arendamise perspektiivplaan 1980. aastani. Plaanis on rajada polikliinikud iga 10 000 linnaelaniku kohta. Arstijaoskonna suurus kavandatakse selliselt, et teenindada jääks 3500 elanikku. Taotletakse luua tingimusi, et iga linnainimene saaks viis korda aastas ambulatoorset abi kasutada ja kolm korda aastas stomatoloogi juures käia.

Maal on olukord veidi keerukam. Poola Rahvavabariigi põllumajanduses annavad tooni individuaaltalupidajad, kelle valdusse kuulub 85,6% kõlvikutest. Ülejäänud maad harivad riiklikud majandid. Maaelanikke teenindavad tervishoiupostid ja tervisepunktid. Maaarsti tööpäeva pikkus on 10,5 tundi, tema teeninduspiirkonda kuulub 4000 ... 8000 elanikku.

Individuaaltalupidaja peab arstiabi eest harilikult tasuma. Et aga arstiabi paremini korraldada, asutatakse maal nn. tervisekooperatiive. Selle liikmed maksavad liikmemaksu, millest laekuvad summad kulutatakse ambulatooriumide ja sünnitusmajade ehitamiseks, arstide ja õdede palkadeks, sisseseade hankimiseks ja muuks. Tervisekooperatiivid saavad toetust ka riigilt. Niisugune kooperatiiv teenindab 3000 ... 12 000 elanikku.

Perspektiivplaani kohaselt teenindavad maa-ambulatooriumid kahte või kolme küla (kuni 5,5 km kaugusel). Nähakse ette, et iga maaelanik võiks aasta jooksul käia kolm korda arsti ja kaks korda stomatoloogi juures. On planeeritud, et arstijaoskonna teeninduspiirkonda kuulub 5000 elanikku.

Ka haiglate võrk on sõjajärgsel perioodil olulise arengu läbi teinud. Iga 1000 elaniku kohta oli 1938. aastal 2,01, 1960. aastal aga 5,55 haiglavoodit. 1980. aastaks on planeeritud 9,2 haiglavoodit (ilma psühhiaatriahaiglate vooditeta) 1000 elaniku kohta. Selleks on kavas aastail 1961 ... 1980 käiku lasta 250 000 uut haiglavoodit. Pole kahtlust, et see plaan realiseeritakse.

Poola Rahvavabariigis tehtavat teaduslikku tööd (ka meditsiini alal) koordineerib Poola Teaduste Akadeemia. Peale selle tegutseb Tervishoiu ja Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi juures teaduslik nõukogu, kuhu kuuluvad silmapaistvad spetsialistid. Arstiteaduslikku uurimistööd teevad (peale kõrgemate meditsiiniõppeasutuste) veel 13 teadusliku uurimise instituuti. Mõnda neist oli ka tallinlastel võimalus külastada.

Hügieenialase teadusliku mõtte keskuseks Poola Rahvavabariigis on mullu 50. aastapäeva tähistanud Riiklik Hügieeni Instituut Varssavis. Nagu paljudes Lääne- ja Kesk-Euroopa maades, nii ka Poola Rahvavabariigis on kasutusel termin «hügieen» mitte üksnes kitsas mõttes, vaid selle alla mahutatakse veel muidki distsipliine. See kajastub ka Varssavi instituudi struktuuris (väliskeskkonna-, toitlustus- ning koolihügieeni-, epidemioloogia-, bakterioloogia-, viroloogia-, parasitoloogia- jt. osakonnad). Instituudis töötab 600 inimest. Suurt puudust tuntakse keskharidusega abipersonalist, s. o. laborantidest, kuigi nende palk on isegi suurem (2000 zlotti kuus) kui noorel arstil. Ühe teadusliku töötaja kohta tuleb 0,5 . . . 1 laborant.

Mitmepalgeline on hügieeniinstituudi uurimistemaatika. Väliskeskkonnahügieeni ja toksikoloogiaosakonna laboratooriumidega tutvumine näitas, et tööde metoodiline tase vastab ligikaudu meie instituutides ning juhtivates sanitaar- ja epidemioloogiajaamades tehtavate uurimistööde tasemele. Instituut annab süstemaatiliselt konsultatiivset abi tervishoiuvõrgule ning on sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töötajate kvalifikatsiooni tõstmise baasiks. Tööhügieeni probleemidega Varssavi hügieeniinstituut ei tegele. Töömeditsiini uurimise keskused asuvad tööstuspiirkondades ning ametiühingute kesknõukogule alluvas töökaitseinstituudis Varssavis.

Varssavi tuberkuloosiinstituut on suhteliselt noor asutus — rajatud 1949. aastal. Instituudis on 19 teoreetilise ja kliinilise kallakuga osakonda, kus töötab 120 arsti, nende hulgas 20 nn. iseseisvat teaduslikku töötajat (dotsenti ja professorit). Sisuliselt on tegemist ftisio-pulmonoloogiainstituudiga, sest tegeldakse mitte ainult tuberkuloosi, vaid ka muu kopsupatoloogiaga. Instituut juhib (mitte administratiivselt) tuberkuloosivastast võitlust rahvavabariigis. Edusammud on märgatavad. 1967. aastal oli registreeritud tuberkuloosihaigeid 50% võrra vähem kui 1960. aastal. 1960. aastal oli arvel 56 000 tuberkuloosihaiget last, aga 1966. aastal ainult 5800 (laste tuberkuloosiasutustes on voodikohtade arvu 7000 võrra vähendatud). Kogu riigi elanikkond on tuberkuloosi suhtes suudetud kaks korda läbi vaadata jne.

Poola Rahvavabariigis on 28 kuurorti, 169 sanatooriumi ja 2236 puhkekodu, kus iga aasta viibib umbes 1 miljon töötajat. Teaduslikku tööd kuurortides koordineerib Poznanis asuv Balneoklimatoloogia Instituut. Selles on peatähelepanu koondatud balneoloogiale, bioklimatoloogiale, füüsikalisele teraapiale ja immunobioloogiale (reumaprobleemile). Osa instituudi kliinilistest baasidest asub väljaspool Poznani, sealhulgas ka Tatra mägedes.

Peale eespool loetletud asutuste käidi



Foto 3. Zakopane mägikuurort

Varssavis veel onkoloogiainstituudis, Poznanis meditsiiniakadeemia anatoomiainstituudis, Krakovis vojevoodkonna toksikoloogiakeskuses ja mujal. Kõikjal torkas silma, et Poola Rahvavabariigi arstiteadlased töötavad tihedas koostöös tervishoiuvõrgu asutustega ja nende peatähelepanu on koondunud eelkõige kohalikele probleemidele, mille lahendamise käigus kogutakse teri kogu maailma meditsiini varasalve.

Lühiajalise turismimatka jooksul on raske saada ammendavat ülevaadet võõra maa meedikute elust ja tegevusest. Sellele vaatamata oli reis huvitav ja õpetlik.

РЕЗЮМЕ. Подготовка врачей в Польской Народной Республике ведется в 10 медицинских академиях, в которых обучаются более 22 000 студентов. Врачи проходят обучение в течение 6 лет, стоматологи и фармацевты — 5 лет. Желающих изучать медицину много, конкурс большой (шесть человек на одно место). Вступительные экзамены анонимные. Медицина феминизируется — 65% студентов 1 курса являются женщинами. 55 . . . 60% студентов получают стипендии. После окончания вуза молодой врач работает стажером в одной из больниц основного профиля. В Польской НР с населением почти 32 млн. человек работают сейчас 39 500 врачей, в распоряжении которых 673 больницы, где имеется 185 000 коек. Разрешена частная практика.

Более 60% населения получает бесплатную медицинскую помощь. Рабочие и служащие, охваченные системой социального обеспечения, платят только 30% стоимости лекарств. Платить за медицинскую помощь должны неработающие, частные предприниматели, индивидуальные крестьяне и т. д.

Организация здравоохранения в Польской НР в общих чертах схожа с таковой в СССР. Основная единица — врачебный участок (в среднем, в городе 4800, в деревне 4000 . . . 8000 человек). В перспективном плане к 1980 г. предусмотрено значительное расширение амбулаторной, а также больничной помощи. В период 1961 . . . 1980, планируется сдать в эксплуатацию 250 000 новых больничных коек.

Научными исследованиями по медицине занимаются, кроме вузов, еще 13 научно-исследовательских институтов. Ученые-медики Польской НР работают в тесном контакте с учреждениями сети здравоохранения и главное внимание уделяют актуальным для республики проблемам.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Mitmesugust

PERSPEKTIIVIS VÕIMALIKULT AJAKOHASED TERVISHOIUASUTUSED

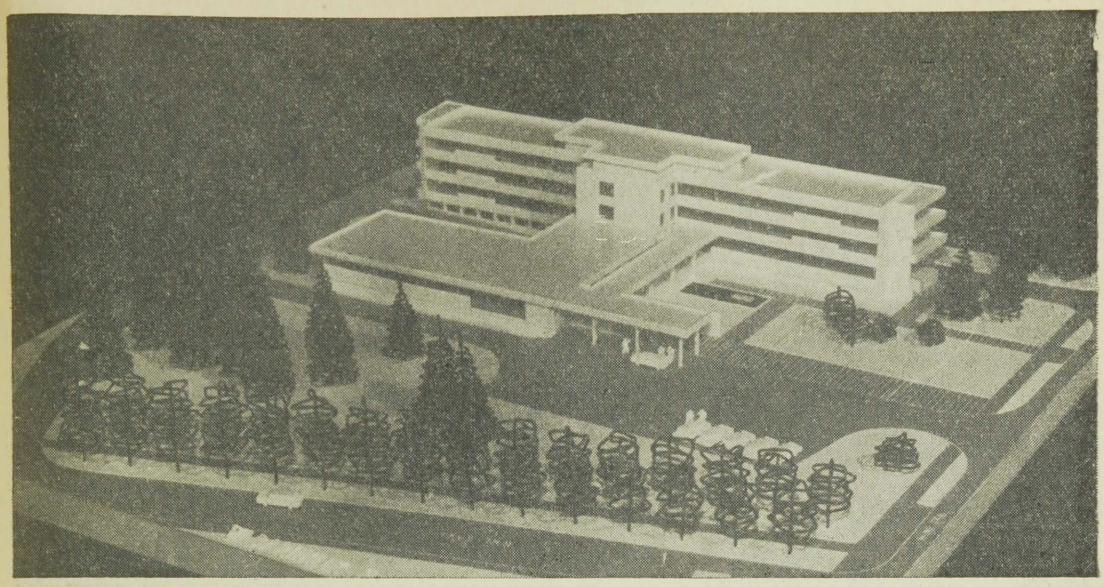
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ehitustegevus koondub tänavu peamiselt kolmele suurele objektile.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi korpused Hiiul on jõudnud katuse alla. Töö edeneb jõudsalt — 1967. aastal täideti ehitus- ja montaažitööde plaan 101-protsendiliselt. Aknadki on osaliselt klaasitud, ja kui käesolev ajakirjanumber lugeja kätte jõuab, on plaani kohaselt käsil juba sisemised tööd. Käesoleval aastal kulutab ministeerium töö jätkamiseks 450 tuhat rubla. Instituudi hoonete kompleksi valmimise tähtaeg on aasta 1969, kui aga tööd laabuvad kavatsuste kohaselt, saab osa ruumidest kasutusele võtta juba tänavu.

Ligikaudu niisama suured summad on planeeritud Tallinna Sünnitusmaja ja Tartu Kliinilise Haigla ehituste jätkamiseks: esimesele 490 tuhat, teisele 430 tuhat rubla. Sünnitusmaja hooned on samuti juba katuse all. Tartus, Maarjamõisas, on esialgu nii kaugele jõutud ainult ühe korpusega. Sellel on ka klaasid ees ning osaliselt on tehtud isegi elektrimontaaži- ja sanitaartehnilisi töid, kuid operatsiooni- ja vastuvõtublokkide seinu alles laotakse.

Tähtajad kannustavad. Sünnitusmaja peab valmima 1969., Tartu Kliiniline Haigla 1970. aastal. Ehitustegevuse forsseerimiseks on haaratud uute organisatsiooniliste vahendite järele. 1967. a. novembris moodustati Tartu Kliinilise Haigla ehituse direktsioon, mis koosneb kolmest koosseisulisest kohast: juhataja, vanemraamatupidaja ja laohoidja. Juba varem alustas tööd ehituse ühiskondlik nõukogu, mille esimees on professor A. Linkberg ja üks liikmeid Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green.

Mainitud kolme ehituse valmimisel täieneb vabariigi tervishoiuasutuste võrk tähelepandavate ajakohaste meditsiiniasutustega.



Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri makett. (Arhitekt K. Vanaselja, projekti peainsener U. Valdre)

Uusi hooneid rajatakse tänavu suhteliselt vähe. Esimesena neist hakatakse Hiiule ehitama Vabariiklikku Naha- ja Suguhaiguste Dispanserit, mis tuleb Tähe ja Hiiu tänava nurgale, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri kõrvale ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vahetusse lähedusse. See asjaolu annab õiguse kõnelda juba uuest, Hiiu meditsiinikeskusest. Projektülesanne valmis Eesti NSV Kolhoosidevahelise Ehituskontori Vabariikliku Nõukogu Projekteerimise Büroos, autoriteks on büroo peaarhitekt Kalju Vanaselja ja Uno Valdre (projekti peainsenerina).

Ka see projekt lisab meie raviasutuste võrgule uusi, ajakohaseid jooni. Vastavalt asutuse peamistele funktsioonidele on ehitus lahendatud kahe paralleelselt paikneva korpusena — kolmekorruseline osa, mille kahele ülemisele korrusele tuleb statsionaar, ja ühekorruseline polikliinik. Mõlemaid ühendab põikkorpus, kuhu on projekteeritud nii statsionaari kui ka polikliinikut teenindavad füsioteraapia- ja röntgenikabinetid. Statsionaaris, mille all paiknevad avarad laboratooriumid, on 80 voodikohta. See tähendab dispanseri töötajaile tunduvat kergendust, sest praegu asub statsionaar dispanserist kolme kilomeetri kaugusel ja töötab tingimustes, mis ei vasta sanitaareeskirjadele. Märksa lahedamad on tingimused haigetele ja arstidele ka uues polikliinikus, milles on ette nähtud kuni 350 külastust vahetuses. Et vältida kokkupuutumist polikliiniku ja statsionaari, naha- ja sugu-, mees- ja naishaigete vahel, tuli projekteerimise käigus erilist tähelepanu pöörata patsientide liiklusvooludele ja nende omavahelisele isoleerimisele. Mükoloogiaosakonda projekteeriti täieliku eraldatuse tagamiseks omaette ooteruum ja garderoob.

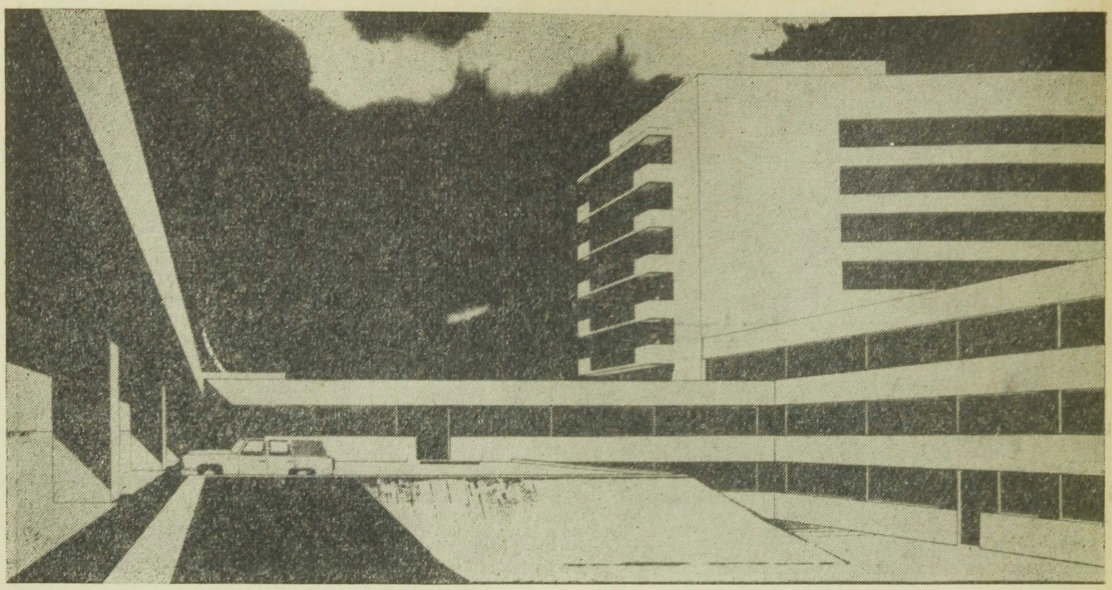
Hoone välisilme on lihtne, arhitektuurilised väljendusvahendid napid. Lintaknad kindlustavad ruumide hea valgustuse. Dispanseri maa-ala haljastamisel kasutatakse tagasihoidlikes piirides arhitektuuri väikevorme — bassein, mille põhja moodustab klaasmosaiik, purskkaev, mõned skulptuurid jne.

Dispanseri projekti tööjooniste valmistamine on lõppjärgus. Hoone ehitamist alustatakse lähemal ajal.

Tänavu hakatakse ehitama veel polikliinikut Lasnamäele (1200 külastust vahetuses), mille ülesandeks on teenindada ümbruskonna tööstusettevõtteid. Ehitatakse tüüpprojekti alusel, finantseeritakse tehaste summadest. Paides alustatakse apteek-lao, Narvas polikliiniku ehitustöid.

Lähemas perspektiivis on mõndagi uut. Eriti elevusrikkaks tõotab kujuneda aasta 1969, mil ekskavaatorikopp lüüakse maasse mitme uue raviasutuse ehitusplatsil. Kesksel kohal on nende hulgas Tallinna Vabariikliku IV Haigla hooned, mille projektülesanne valmis hiljuti «Eesti Projektis». Autorite nimed on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugejaile juba natuke tuttavad. Tuletame meelde, et arhitekt Kalju Lutsu projekteeritud on kaks nii silmapaistvat meditsiiniasutust nagu Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser ja ehitusel olev Tallinna Sünnitusmaja Sõle tänavas, ning et Eino Avarsoo oli ka Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi projektide peainseneriks. Küllap oli nende tööde käigus saadud kogemustel arvatavasti osa ka uue projekti valmimisel. Need võimaldasid luua suurejooneliselt lihtsa, lakoonilise vormikõnega arhitektuuriansambli, milles kaasaja hingus on tugevamini tajutav kui üheski meie seni valminud tervishoiuasutuses.

Uus Tallinna Vabariiklik IV Haigla koosneb kolmest ehitusest — pea- ja majandushoonest ning prosektuurist. Peahoone kahekorruselises osas paiknevad polikliinik (700 külastust vahetuses), apteek, elekterravikabinet, vesi- ja mudaravilad, laboratoorium ning administratsiooniruumid. Operatsioonibloki kohal on hoone ühe korruse võrra kõrgem.



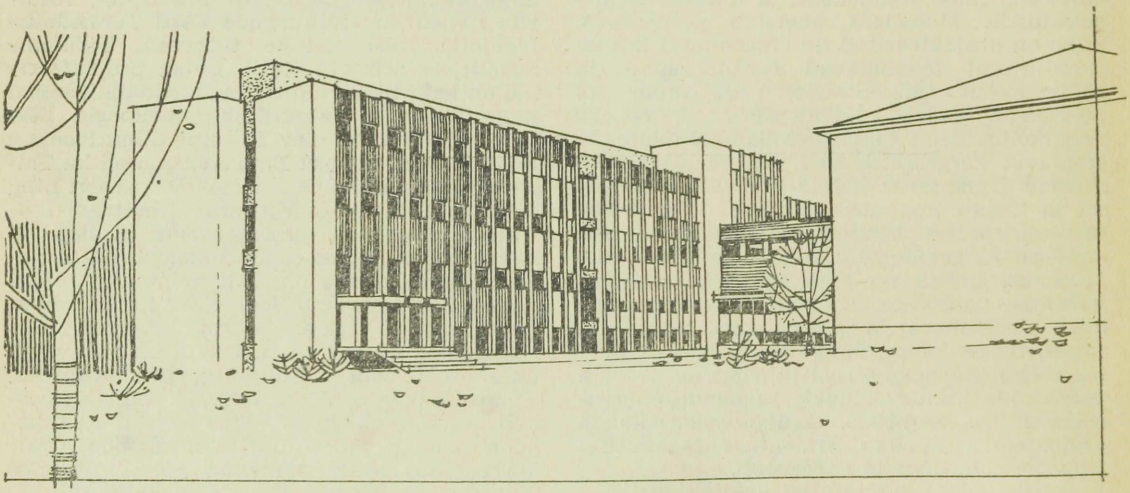
Joonis 1. Tallinna Vabariiklik IV Haigla. Perspektiivvaade siseõue poolt. (Arhitekt K. Luts, projekti peainsener E. Avarsoo)

Peahoone keskne kaheksakorruseline osa on mõeldud 160 voodikohaga statsionaari tarvis.

On võimalik, et 1969. aastal alustatakse veel Tallinna Sadama Haigla uue hoone ehitamist Paldiski maanteele. Haiglas on ette nähtud 240 voodikohta, polikliinik hakkab tööle 500 külastusega vahetuses. Projekt on töös «Eesti Projektis» (arhitekt Paula Koido, projekti peainsener Viktor Paas). Mustamäele hakatakse tüüpprojekti järgi ehitama polikliinikut, Kohtla-Järvele tuberkuloosidispanserit. Hakatakse kõrvaldama ka üht Rapla rajooni kitsaskohta. Keskhaigla saab juurdeehituse, kus on 50 voodikohta, ja polikliiniku, mis teenindab 250 isikut vahetuses. Mahult on juurdeehitus haiglast kaks korda suurem. Arhitekt Ilmar Puumets, keda tunneme juba Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi hoonete projekteerijana, ning projekti peainsener Eino Avarsoo on sellele suhteliselt tänamatule ülesandele leidnud hea lahenduse, millest teatava kujutluse annab juuresolev perspektiivvaade (vt. joonis 2).

Pisut kaugemas perspektiivis on ette näha 300 voodikohaga Tartu Rajooni Keskhaigla ehituse alustamine. Haigla koos polikliinikuga ehitatakse uue Tartu Kliinilise Haigla juurde. Projekteerib «Eesti Maaehitusprojekt».

Ministeerium on eluliselt huvitatud, et kõik uued tervishoiuasutused võimalikult suurel määral vastaksid tänapäeva nõuetele. Seetõttu ongi suuremaid tervishoiuasutusi püütud ehitada individuaalprojektide järgi.



Joonis 2. Rapla Rajooni Keskhaigla juurdeehitus. Perspektiivvaade. (Arhitekt I. Puumets, projekti peainsener E. Avarsoo)

Kahjuks on tulnud teha mööndusi teiseski suunas, sest eeskirjade kohaselt peab kasutama ka tüüpprojekte. Tervishoiuasutuste tüüpprojekteerimine ei ole seni tervishoiuvõrgu väljaehitamisega suutnud sammu pidada. Kehtivates tüüpprojektides ei vasta ruumide planeerimine veel kõikidele kaasaja meditsiini nõuetele. Puudulikult on neis arvestatud meditsiinitehnika kasutamise võimalusi, vähe tähelepanu on pööratud personali töö mehhaniseerimisele. Seni puudusid ka projektid haiglahoonete ehitamiseks monteeritavatest konstruktsioonidest.

Näib, et mahajäämusest hakatakse aegamööda üle saama. Murranguliseks kujunes mõne aasta eest Moskvas korraldatud arstide, projekteerijate ning ehitajate üleliiduline nõupidamine, mille sihiks oli ravi- ja profülaktikaasutuste tüüpprojekteerimise parandamine. Kõige uuemate tüüpprojektide taset silmas pidades peab Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kapitaalehitusosakond võimalikuks mõnda tüüpprojekti tulevikus kasutada. Sobiv tüüpprojekt võimaldaks projekteerimistööde summasid kokku hoida, projektdokumentatsiooni õigel ajal üle anda ja projekteerimisorganisatsioonide töökoormust vähendada. Kahjuks puuduvad praegu veel vastuvõetavad tüüpprojektid väiksemate tervishoiuasutuste tarvis, mida vabariik kõige pakilisemalt vajaks.

Lebo Kivikink

Uusi ravimeid

FLORIMÜTSIINSULFAAT (*Florimycinum sulfuricum*, Флоримицина сульфат). Sünonüümid: *Viomycin, Vinactane, Viocin.*

Florimütsiin on bakteriostaatilise toimega antibiootikum, mida saadakse kiirikseene *Actinomyces floridae* ja selle sugulasseente kultuurist.

Florimütsiin kuulub nn. teise rea preparaatide rühma ja tal on spetsiifiline bakteriostaatiline toime tuberkuloosibaktereisse, ta toimib ka graampositiivsetesse ja graamnegatiivsetesse mikroobidesse. Ravimi kasutamine on näidustatud mitmesuguste tuberkuloosivormide puhul. Bakteriostaatilise aktiivsuse poolest on florimütsiin nõrgema toimega kui streptomütsiin, kuid tugevamaga kui naatrium-para-aminosalitsülaat.

Florimütsiini süstitakse tuharalihasesse. Süstimislahused valmistatakse *ex tempore* bidestilleeritud veega, füsioloogilise keedusoolalahusega või 0,25 ... 0,5%-lise novokaiinilahusega. Lahust võib kasutada ainult ühe ööpäeva vältel.

Florimütsiini süstitakse hommikul ja õhtul 500 000 TÜ kuuepäevaste tsüklitena, kusjuures igal 7. päeval preparaati ei süstita. Ravi kestus sõltub haiguse kulust ja preparaadi talutavusest, tavaliselt ordineeritakse ravimit 2 ... 4 kuuks. Kui haige florimütsiini talub halvasti, siis süstitakse seda harvemini — 2 korda nädalas 2 ... 3-päevaste vaheaegade järel. Seejuures doseeritakse 2 000 000 TU ööpäevas ja pikendatakse üldravi kestust 4 ... 6 kuuni.

Florimütsiini ühekordne suurim annus täiskasvanuile on 1 000 000 TÜ, maksimaalne ööpäevane annus 2 000 000 TÜ.

Et preparaat võib kuulmisnärvisse toimida toksiliselt, tuleb ravikuuri vältel jälgida haige kuulmist audiomeetri abil. Preparaati ei tohi määrata koos selliste antibiootikumidega (streptomütsiin, neomütsiin, monomütsiin jt.), mis kuulmisnärvile toksilist toimet võivad avaldada.

Häid tulemusi annab florimütsiin kombineeritult nn. esimese ja teise rea preparaatidega.

Florimütsiini kasutamisel võivad tekkida peavalu ja allergilised dermatiidid, samuti võib ilmuda valk uriini. Neurotoksilisi ning allergilisi reaktsioone aitab nõrgendada ja vältida kaltsiumpantotenaat.

Florimütsiin on vastunäidustatud VIII kraniaalnärvi vigastuste ja neerutalitluse häirete korral.

Florimütsiini lastakse välja hermeetiliselt suletud pudelikestes à 500 000 ja 1 000 000 TÜ.

Preparaat kuulub B-nimekirja.



NAPOTOON (*Napoton*, Напотон). Sünonüümid: *Clordiazepoxid, Elenium, Librium.*

Napotoon on aktiivsemaid psühhotroopseid vahendeid nn. väikeste rahustite rühmast.

Napotoon vähendab hirmutunnet, pidurdab ärritatavust ning agressiivsust. Tal on krambivastane ja lihaseid lõõgastav toime ning ta kupeerib psühhomotoorset erutuvust. Vegetatiivsele närvisüsteemile ei avalda märgatavat toimet.

Preparaadi kasutamise näidustusteks on hirmuseisundid, psühhoneuroosid, närvisüsteemi ülepingutus, tsentraalse päritoluga spastilised seisundid lastel (atetoos, tetrapleegia, Little'i tõbi), lihaste ülepingutusega

seoses olevad haigused (lihasepõletikud, liigesepõletikud, liigeste piirkonnas paiknevate limapaunade põletikud), vaimuhaigused kinnismõtete, hirmu ja afektiivse pinevuse tunnustega, krooniline alkoholism ning epilepsia.

Keskmiseks ööpäevaseks annuseks on 20 ... 40 mg (2 ... 4 dražeed à 10 mg), raskematel haigusjuhtudel võib annust suurendada 60 ... 80 mg-ni (6 ... 8 dražeed à 10 mg). Kehaliselt nõrkade ja eakate haigete puhul ei tohi ööpäevane annus ületada 10 mg. Lastele antakse ööpäevas 10 mg, vajaduse korral võib seda suurendada 20 . . 30 mg-ni.

Napotoon on hästi talutav. Kõrvalnähtudena võib täheldada unisust, kerget peapööritust ja lihaste toonuse langust. Nimetatud nähud mööduvad.

Vastunäidustusteks on maksa ja neerude puudulikkuse rasked vormid ja pahaloomulised kasvajad.

Napotooni lastakse välja dražeedena (à 0,01 g) pakendis, mis sisaldab 30 dražeed.

Preparaati imporditakse Rumeenia Rahvavabariigist.

Helga Kangro

Kroonika

1967. a. 30. novembril arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel istungil töökaitse ja ohutustehnika küsimusi. Kõne all olid röntgeni- ja radioloogiakabinetid ning nendes töötavate isikute tervise seisund. Kuulati Tallinna ja Tartu vabariiklike haiglate peaarstide aruandeid ja Tervishoiu Ministeeriumi pearadioloogi S. Salzmani kaasaruannet.

Kolleegium ja presiidium märkisid, et viimase kahe aasta jooksul on enamikus tervishoiuasutustes paranenud ioniseeriva kiirguse allikatega töötavate isikute töötingimused. Nende profülaktilised läbivaatused toimuvad regulaarselt. Viimaste aastate jooksul pole ühelgi töötajal diagnoositud kiirituskahjustusi.

Samal ajal on veel mitmeid puudusi. Küllaltki paljude röntgenikabinettide põrandapind ei vasta normatiividele, samuti puudub paljudes spetsiaalne ventilatsioon. Mõnel pool puuduvad kabinettide juures fotolaboratooriumid, suured ning väikesed kaitsesirmid jm. Tallinna Vabariikliku Haigla röntgenoloogia-radioloogiaosakond pole täielikult komplekteeritud arstidega. Põhja-Eesti röntgenikabinettidel ei ole vormistatud passe.

Kolleegiumi ja presiidiumi otsuse põhjal tuleb 1968. a. jooksul lõpetada röntgenikabinettide rekonstrueerimine ning paigaldada kaitse- ja ventilatsiooniseadmed. Pearadioloog S. Salzman peab leidma võimaluse väikese koormusega töötavate röntgenikabinettide (Peedu, Kiidjärve, Kärdla, Tootsi, Taevaskoja, Risti jm.) sulgemiseks.

Asta Kaldma

*

7. detsembril 1967. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil sanitaarharidustööd Narva linnas ja Rakvere rajoonis. Aruanded esitasid Narva Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja B. Tsitlis ja Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarst P. Ott, kaasaruande Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp.

Kolleegiumil märgiti, et sanitaarharidustöö praegune tase ei vasta tänapäeva nõuetele. Sanitaarharidustöö alal töötajail tuleb senisest rohkem tähelepanu pöörata organisatsioonilist laadi küsimustele. Sellele tööle on veel tarvis kaasa tõmmata kõige laialdasem üldsus. Suuremat rõhku tuleb panna sanitaarpropaganda uute vormide ja meetodite rakendamisele ning töö kvaliteedi parandamisele. Puudulikult on kasutatud võimalusi esinemiseks raadios ja kirjutiste avaldamiseks kohalikes ajalehtedes. Veelgi vajab parandamist terviseülikoolide töö. Kui arvestada tööstuse jõudsat arenemist Narva linnas ja osalt ka Rakvere rajoonis, tuleb sanitaarharidustöös erilist tähelepanu pöörata ohutustehnikale ja tööstustervishoiule, sest need on tihedalt seotud traumatismi, kutsehaiguste ja üldhaigestumisega. Sanitaar-hügieeniliste küsimustega on Rakvere rajooni maaelanikkonna hulgas seni liiga vähe tegeldud. Tervikuna puuduvad andmed sanitaarpropaganda alal tehtud töö tõhususest.

Kolleegium võttis vastu otsuse, mille järgi asjaosalised peavad kõne all olnud puudused kõrvaldama. Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarsti aga kohustati 1968. a. II kvartalis kontrollima otsuse täitmist.

Madis Saar

*

21. detsembril 1967. a. vaeti kolleegiumil, kuidas on kulgenud meditsiinitöötajate üleminek viiepäevasele töönädalale Tallinnas ja Pärnu rajoonis. Aruanded sel teemal esitasid Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja asetäitja K. Norman, Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst A. Roosileht, kaasaruande aga Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja N. Ajasta.

Viiepäevasele töönädalale on juba üle viidud enamik Tallinnas ja Pärnu rajoonis töötavatest meditsiinitöötajatest (kuid Tallinna Vabariiklikus Haiglas veel mitte kõik). Seetõttu on elanike meditsiiniline teenindamine mitmeti paranenud, arstide töökoormus on normaliseerunud, järjekorrad vastuvõtul kadunud. Haiglates ja polikliinikutes tehtud uuringute ning raviprotseduuride üldarv on suurenenud. Linnahaiglates toimuvad haigete ravimine ja haiguste diagnoosimine laupäeviti samal tasemel kui muudel päevadelgi, sest nendel päevadel on kordamööda valvekorras osakonnajuhataja ja vanemordinaator. Mõnes polikliinikus ei võta haigeid laupäeviti vastu kitsa eriala spetsialistid (näiteks Tallinna V Lastepolikliinik). Pärnus on füsioteraapiakabinet laupäeviti suletud. Samuti puudub arstidel täpne tööjaotus selle kohta, millal haigeid vastu võtta, millal teha koduseid visiite jne. Niihästi Tallinna kui ka Pärnu rajooni haiglates on suhteliselt palju vabu voodikohti reedest esmaspäevani.

Kolleegium võttis vastu otsuse, milles on näidatud puuduste kõrvaldamise põhisuunad. Arstide vastuvõtu ja koduste visiitide tunnikoormust tuleb ühtlustada, milleks vastuvõtu- ning koduste visiitide aega peab õigesti planeerima igaks tööpäevaks eraldi. Samuti tuleb põhjalikult analüüsida voodifondi kasutamist nädala lõpul. Üle 100 voodikohaga linnahaiglates peavad laupäeviti valves olema juhtivad töötajad. Pärnu ravi- ja profülaktikaasutustes on tarvis kaotada nn. profülaktikapäevad. Maa-arstijaoskonna ambulatooriumis, samuti jaoskonnahaiglas peab laupäevadel tagama haigete vastuvõtu, koduste visiitide tegemise ja häireteta ravitöö.

Asta Kaldma

*

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu ühises määruses nr. 888 (26. septembrist 1967. a.) «Nõukogude rahva elujärje edasise tõstmise abinõudest» kehtestati 1968. a. 1. jaanuarist alates töötajate minimaalseks palgamääraks 60 rubla kuus. Sama määrus nägi ette ka mitmete kutsealade töötajate töötasu suurendamise 70 rublani kuus.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis puudutab see määrus paljusid. Oli ju varem tervishoiuasutuste sanitaride, köögitööliste ning noorema teenindava personali kuupalk 40...50 rubla. Nende töötasu suureneb kõige rohkem — kuni 50% palgast. Suhteliselt vähem tõuseb meditsiiniõdede, raamatupidajate, kassapidajate, laohoidjate ja teiste teenistujate palk.

Töötasu kõrgenemise tõttu suureneb Eesti NSV-s umbes 16 000 tervishoiu- ja apteegitöötaja aastasissetulek kokku 2,5 miljonit rubla.

Mai Palginõmm

*

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Keskkomitee ringkirjas 1967. aasta 13. novembrist anti selgitus NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1967. aasta 27. juuli määruse nr. 721 rakendamise kohta. Selle põhjal makstakse peale määruses nimetatute vanaduspension täies ulatuses välja ka kõikidel erialadel töötavatele meditsiiniõdedele, vanem-meditsiiniõdedele, dieetõdedele ja meditsiiniõdedele-masseerijatele, kes saavad vanaduspensioni ning töötavad ajavahemikul 1. augustist 1967. a. kuni 31. detsembrini 1968. a. haiglates, polikliinikutes, invaliidide kodudes või vanadekodudes.

*

Käesoleva aasta jaanuaris andis Eesti NSV Ministrite Nõukogu välja määruse, mille põhjal muudeti 1960. aasta 21. juuni määruse nr. 231 (mille samuti on välja andnud Eesti NSV Ministrite Nõukogu) esimese punkti sisu.

Selle järgi on kõikidel töölistel ja nooremal teenindaval personalil õigus töötada kohakaasluse alusel. Samuti on see lubatud teenistujail, kelle töötasu põhitöökohal ei ole suurem kui 70 rubla kuus.

*

Asutuste ja organisatsioonide juhatajad võivad arstidele ning keskharidusega meditsiinitöötajatele anda palgata puhkust kuni 8 kuud sel juhul, kui neid nimetatud ajavahemikuks kutsutakse tööle mere- ja jõelaevadele oma erialal. Mere- ja jõelaevadel töötamise ajal tööstaaž ei katke.

Nimetatud korraldus tehti teatavaks NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga möödunud aasta novembris.

Asta Kaldma

*

Möödunud aasta suvel loodi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis uued sektorid kardioloogia ja gastroenteroloogia alal, teaduslik-organisatsiooniline sektor ning teadusliku informatsiooni laboratoorium. Pulmonoloogiasektori koosseisu suurendati. Reumatoloogia- ja kurortoloogiasektorist moodustati eraldi sektorid kurortoloogia (asukoht Pärnus) ja laste reumatoloogia alal (asukoht Tallinnas).

Uuteks probleemideks instituudi uurimistöö temaatikas on «Hüpertooniatõbi, ateroskleroos ja koronaararterite puudulikkus», «Seedeelundite füsioloogia ja patoloogia» ning «Hingamiselundite füsioloogia ja patoloogia».

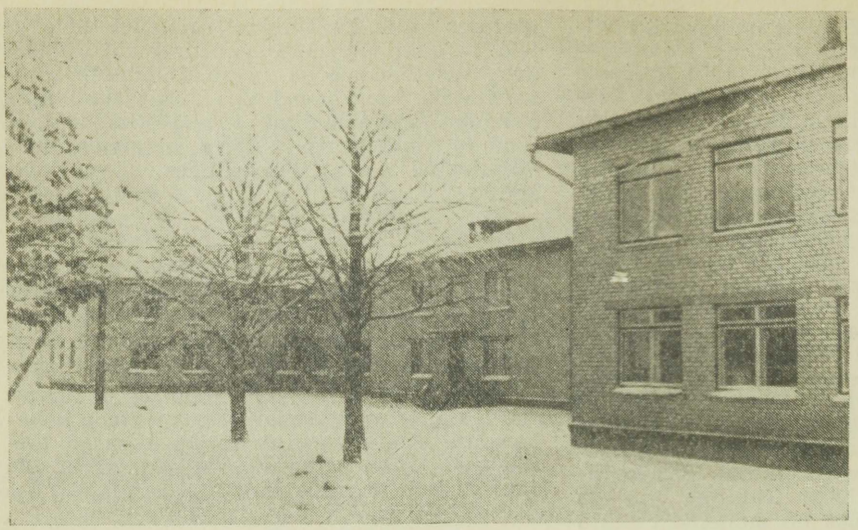
Uute struktuuriüksuste loomisega kasvab tunduvalt kliiniliste uurimissuundade osatähtsus instituudis, samuti on nüüd eeldused teadusliku töö paremaks korraldamiseks ning uurimistulemuste kiiremaks elluviimiseks.

Hubert Kahn

*

Möödunud aasta 28. detsembril avati Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla uus, 6. ravikorpus, kus on 150 voodikohta. Et möödunud aastal pühitses haigla oma 70. aastapäeva, siis uue ravikorpuse valmimine oli Jämejala haigla töötajate perele juubelikingituseks.

Haigla uue korpuse avas Eesti tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Ehitajaid ja haigla töötajaid õnnitlesid EKP Viljandi Rajoonikomitee teine sekretär H. Kalda,



Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla uus ravikorpus

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedri professor J. Saarma, Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla peaarst H. Kadastik, Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarsti asetäitja E. Päll jt.

Nüüd on Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla voodikohtade arv 670. See võimaldab psühhiaatrilise abi andmist vabariigis tunduvalt parandada. Haiglas on moodustatud uued spetsialiseeritud osakonnad: alkoholismi ravi osakond, geriaatriaosakond, vastuvõtu- ja diagnoosimisosakond. Nimetatud osakondades on kaasaegse aparatuuriga varustatud elektroentsefalograafiakabinet, elektrokardiograafia-, röntgeni- ja psühholoogiakabinetid, samuti biokeemialaboratoorium, kus töötavad eriarstid. Edaspidi laiendatakse füsioteraapiat, samuti suurendatakse dispanseerse ravi osatähtsust.

Möödunud aasta lõpul alustasid tööd suurematest tervishoiuasutustest veel Põlva polikliinik (kus päeva jooksul on võimalik vastu võtta kuni 250 abivajajat) ja Pärnu vereülekandejaam.

Hans Väre

*

Tallinna gastroenteroloogia- ja traumatoloogiakabinettide tegevus ning spetsialiseeritud vastuvõttude korraldamisel saadud kogemused kinnitavad, et selline kitsas profileerimine suurtes polikliinikutes end täiesti õigustab. Vabariigi arstiteadlaste edusammud vasoloogia alal, eeskätt Tartu Linna Kliinilise Haigla veresoonte kirurgia osakonnas, on loonud head eeldused ka vasoloogiakabinettide organiseerimiseks polikliinikutes. Esimesele sellisele kabinetile pandi alus 1967. a. Tallinna Tõnismäe Haigla polikliinikus spetsialiseeritud vastuvõtu kujul. 1. jaanuarist 1968 aga moodustati iseseisev vasoloogiakabinet, mille juhatajaks, esialgu poole kohaga, on kirurg-vasoloog J. Männiste.

Kui suur oli vajadus vasoloogiakabineti järele? Tallinna suuremate polikliinikute (Tõnismäe, Pelgulinna, Kopli ja Nõmme) kirurgiaosakondade ja -kabinettide andmeid analüüsides selgitasid Tallinna linna peakirurg U. Sibul ja J. Männiste, et alajäsemete veresoonte ja lümfiteede haiguste tõttu ravile võetud patsiendid moodustavad esmakordselt polikliinikusse pöördunud haigete üldarvust 8...12%.

Kabinet võtab haigeid vastu 5 korda nädalas. Plaanikohast ravi vajavad haiged suunatakse vastavalt haiguse laadile kas Nõmme või Tõnismäe haigla kirurgiaosakondadesse. Kabinetis määratakse venoosset vererõhku ja tehakse ostsillomeetriat, flebograafiat, fluoroflebograafiat, lümfangiograafiat ja kapillaroskoopiat. Dispanseeritud haigete kohta peetakse arvestust perfokaartidel.

Vasoloogilisi haigusi põdevate haigete spetsialiseeritud vastuvõtt algas 1. jaanuarist ka Tallinna Pelgulinna Haigla polikliinikus ja Kopli Polikliinikus. Vastu võtab kirurg-vasoloog R. Kõrgmaa.

Märt Kink

*

1. jaanuarist 1968 alustas Tallinna Tõnismäe Haiglas tegevust reanimatsioonipunkt. Esialgu on reanimatsioonipunktis kolm voodikohta, oma hapnikuvarud, kunstliku hingamise aparaat RO-1 jne. Vajaduse korral määratakse reanimatsioonipunktis, mida juhatab anestesioloog Linda Samussenko, ka reesusfaktor.

Lebo Kivikink

*

1967. a. rajati NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi juurde Üleliiduline Salmonellade Keskus. Eesti NSV-s on nimetatud keskuse tugibaasideks Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut ning Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumi Vabariiklik Veterinaarialaboratoorium.

Tugibaaside ülesandeks on salmonellooside kohta käivate materjalide kogumine ja koondandmete esitamine keskusele, laboratooriumides avastatud raskesti diagnoositavate, atüüpiliste ja uute salmonellakultuuride uurimine

ning keskusse suunamine. Tugibaasid võtavad osa uute laboratoorsete uurimismeetodite aprobeerimisest ja kasutuselevõtmisest.

Hendrik Pihl

*

18. jaanuaril 1968. aastal toimus Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis lahtine parteikoosolek, kus arutati instituudi kollektiivi 1967. aasta töö tulemusi ja ülesandeid 1968. aastal. Vastavasisulise ettekandega esines direktori asetäitja teaduslikul alal arstiteaduse doktor V. Küng.

Koosolekul märgiti, et möödunud aasta oli instituudi kasvu ja tugevnemise aasta — loodi 4 sektorit ja üks laboratoorium, töötajate arv kasvas rohkem kui 30 inimese võrra, suurenes kliinilise profiiliga sektorite erikaal ja tihenes koostöö tervishoiuvõrgu asutustega. Mullu lõpetati 17 uurimistööd onkoloogia, tööstustoksikoloogia, professioonipatoloogia, mudaravi ja muudel aladel. Publitseeriti 241 teaduslikku artiklit, kaitsti 8 kandidaadiväitekirja jne.

Tänavu tuleb uurimistööd veelgi kompleksemaks muuta. Olulisele kohale nihkub materiaalse ja tehnilise baasi arendamine — instituudi peahoone ehitamine, mis seni on kulgenud üsna ladusalt, ei tohi pidurduda ka käesoleval aastal. Instituudi tegevuses esinevate kitsaskohtade kõrvaldamiseks vajalikud üritused fikseeriti otsuses, mis jääb tegevusjuhendiks mitte ainult parteiorganisatsioonile, vaid kogu kollektiivile.

Harri Jänes

*

Narva Arstide Teaduslik Selts asutati üle 15 aasta tagasi. Käesoleval ajal kuulub sellesse üle 70 arsti, kes töötavad mitmesugustel erialadel. Seltsi liikmete hulgas ei ole pediaatreid, stomatolooge, infektsioniste ja sanitaararste. Nad on koondunud eraldi sektsioonidesse, mis omakorda kuuluvad Eesti NSV arstide vabariiklike seltside koosseisu.

Möödunud kahe aasta jooksul on korraldatud 12 plenaaristungit, kus on kuulatud 16 ettekannet. On tavaks saanud, et igal plenaaristungil demonstreeritakse haigeid. Enamik ettekannetest oli teaduslik-praktilise suunaga. Huvipakkuvatest töödest peab märkima A. Malevski uurimust «Reieluu proksimaalse otsa homotransplantaatide organiseerumise röntgenoloogiline pilt kliinikus», milles autor annab edasi isiklikke kliinilisi kogemusi konserveeritud liigese-homotransplantaatide kasutamisel reieluu epifüüside ulatuslike defektide asendamiseks. Samuti äratasid huvi B. Zdorenko rohkel kliinilisel materjalil põhinev töö «Botkini tõve parenteraalse vormi kliinilis-epidemioloogiline iseloomustus» ning N. Smirnova ettekanne «Respiratoorsed viirusnakkused» jt.

Seltsi plenaaristungitel kuulati ka niisuguseid ettekandeid, milles analüüsiti Narva tervishoiu olukorda ja selle arendamise perspektiive. Seda käsitles Narva Linna Haigla peaarst M. Silland oma töös «Tervishoiu areng Narvas viimase 5 aasta jooksul», M. Safarov ettekandes «Kombinaadis «Kreenholmi Manufaktuur» ettetulnud traumajuhtude analüüs», J. Dubrovkina töös «Difteeriakepikese levik Narva linna õpilaste hulgas» jt.

Kui rääkida Narva Arstide Teadusliku Seltsi tegevusest, ei saa mööda minna teaduslik-praktilistest konverentsidest, mida arstide selts koos Narva Linna Haigla administratsiooniga igal aastal on korraldanud juba 1961. aastast alates.

Viiendal (7. I...8. I 1966. a.) ja kuuendal (30. VI...1. VII 1967. a.) konverentsil kuulati üldse 42 ettekannet. Ehkki torkas silma tööde temaatika mitmekesisus, mida saab seletada asjaoluga, et konverentsidest võtsid osa väga mitme eriala spetsialistid, võib siiski rääkida mõnest teaduslikust probleemist, millega Narva arstid peamiselt tegelevad. Üheks selliseks on perifeerse närvisüsteemi haigused, millega 10 aasta kestel on tegelnud linnahaigla neuroloogiaosakonna töötajad. Kahel viimasel konverentsil hõlmas nimetatud probleemi 9 tööd (M. Farberi «Diskogeensete nimme-ristluu piirkonna radikuliitide kliinik ja diagnoosimine», J. Šaferi «Nimme-ristluu piirkonna radikuliidi etioloogiast tekstiilitöölistel», V. Koreni «Lülidevaheliste diskuste patomorfoloogilistest muutustest diskogeensete nimme-ristluu piirkonna radikuliitide puhul», M. Farberi ja E. Voltšonoki «Pneumomüelograafia tähtsusest lülidevaheliste diskuste tagumiste väljasopistuste toopilisel diagnoosimisel» jt.).

Narva Luutuberkuloosi Sanatooriumi töötajad tegelevad luu- ja liigesetuberkuloosi raviga. Konverentsidel kuulati mitmeid sellealaseid ettekandeid (K. Voltšonoki «Eesmiskülgmisest spondülodoosist tuberkuloosse spondüliidi puhul», A. Malevski «Liigese talitluse taastamine pärast homoartroplastikat tuberkuloosse koksiidi puhul», A. Malevski ja I. Pähni «Tuberkuloosse goniidi kirurgiline ravi» jt.).

Narva Linna Haigla kirurgid võtsid konverentsidel vaatluse alla kõhuõõne haiguste diagnoosimise ja ravi. Anti ülevaade kirjanduse andmetest, jagati ka oma kogemusi (K. Voltšonoki ja E. Aasametsa «Pankreatiitide ja koletsüstopankreatiitide ravi kogemusi», M. Tsarkovi «Ägeda mesenteriaalse lümfadeniidi ravi hilistulemused», E. Voltšonoki ja K. Voltšonoki «Sapikivitõve röntgenoloogilisest diagnoosimisest» jt.).

M. Sillandi töös «Emakamanuste põletikuliste kasvajate kirurgiline ravi» olid toodud kirjanduse andmed ning selles üldistati Narva Linna Haigla günekoloogiaosakonna kogemusi sel alal. Müokardiinfarkti kliinikut, diagnoosimist ja ravi käsitleti kolmes ettekandes (A. Vorobjov, E. Lillemets, A. Vorobjov ja L. Starokadomskaja). N. Smirnova ja A. Budjaki töös kõneldi koletsüstopaatia kliinilise pildi iseärasustest lastel ja Botkini tõbe põdenud laste katamnestilise uurimise tulemustest. Mõnede stomatoloogia valdkonda kuuluvate haiguste kliinikust ja ravist oli juttu kolmes ettekandes (G. Žamiro, L. Rebane). Ülejäänud töödes (L. Kirnas, V. Zdorenko, A. Petrov, B. Solk, U. Nigesen ja J. Teras, E. Aleksejeva ja J. Dubrovkina, E. Garder ja J. Pustõlnik, E. Riis, M. Ladeikina, Z. Lukina) käsitleti mitmesuguseid muid küsimusi.

Narva Linna Haigla arstide V ja VI teaduslik-praktiliste konverentside ettekanded avaldati trükis.

*

Mihhail Farber

Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi Tallinna järjekordne loengute tsükkel terapeutidele toimus möödunud aasta novembris. Ehkki teraapia-alastest täienduskursustest osavõtjateks arvati vaid 41 terapeuti meie vabariigi linnadest ja rajoonidest, oli Tallinna Vabariiklikus Haiglas ikkagi täissaal. Loenguid pidasid ja praktikume juhendasid Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi teraapia kateedri õppejõud eesotsas NSV Liidu Arsteaduse Akadeemia korrespondentliikme professor B. Votšaliga, samuti Eesti NSV teaduslikud töötajad ja praktiseerivad arstid. Niisuguste ühiste täienduskursuste korraldamise kogemused on mitmeti huvipakkuvad.

Mitmed loengud südame isheemilise haiguse, hüpertooniatõve, kroonilise bronhiidi ja kroonilise kopsupõletiku patogeneesi, kliiniku ja ravi alal pidas professor B. Votšal. Professor K. Kõrge käsitles allergoose ja bronhiaalastmat. Vabariigi peaterapeut N. Elštein esines täienduskursuste avaloenguga, andis ülevaate subfebriilsest kehatemperatuurist sisehaigusi põdevatel patsientidel ning analüüsis kroonilist sapipõiepõletikku. Dotsent M. Slutski luges elektrokardiograafia lühikursuse ning pakkus õpetlikku digitaalisepreparaatide kasutamises vereringe puudulikkuse korral.

Täienduskursuste praktikume juhendasid assistendid L. Lozinski ja O. Votšal, Eesti NSV teenelised arstid A. Mardna ja B. Liberman, Tallinna Harjumäe Haigla töötajad V. Davidovitš ja A. Randvere, Tallinna dispanseerse endokrinoloogia osakonna juhataja I. Millerman jt.

Peale loengute ja praktikumide avanes täienduskursustest osavõtjatel võimalus olla professor B. Votšali kliinilistel aruteludel. Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi väljasõiduistungist oli palju kasu ja see aitas tublisti kaasa vabariigi terapeutide kvalifikatsiooni tõstmisele.

Neeme Ilves

*

Lumerohkes Narva-Jõesuus kohtusid Eesti NSV tervishoiuasutuste komsomoliorganisatsioonide sekretärid, kelle hulgas oli 14 arsti ja 40 keskharidusega meditsiinitöötajat. Enamik neist töötab alles mõnda aega, õpinguaastad lõppesid päris hiljuti. Komsomoliorganisatsioonide sekretärideks valiti nad viimastel aruandlus-valimiskoosolekutel, mis toimusid möödunud aasta lõpukuudel. On ka mõistetav, miks ELKNÜ Keskkomitee pidas vajalikuks kutsuda neid Narva-Jõesuu puhkebaasi «Noorus», et anda uusi mõtteid ning jagada kogemusi noortega, kel töötahtest ja teadmishimust puudu ei ole. Sellelaadne üritus oli meditsiinitöötajatele täiesti esmakordne.

Narva-Jõesuus oldi 23. I...29. I 1968. a. Päev algas kell 7 hommikul ja lõppes kell 23. Iga uus päev andis terastele kuulajatele uusi teadmisi, uusi mõtteid.

Esimestel seminari päevadel peeti loenguid ja vestlusi teemadel, mis hõlmasid komsomoliorganisatsiooni tegevust, massilisi kultuuriüritusi, noorte komsomolijuhtide autoriteeti, enesekriitikat, samuti eesti töölisnoorte revolutsioonilise liikumise ajalugu, ideelis-poliitilise kasvatustöö aktuaalseid küsimusi jm. Need olid kasulikud ja õpetlikud vestlused. Noortele kuulajatele rääkisid ELKNÜ Keskkomitee sekretärid K. Reinsoo ja L. Ananitš ja mitmed teised juhtivad komsomolitöötajad.

Huvitavaks kujunesid kohtumised nende isikutega, kes otseselt tegelevad tervishoiu ja arstiteadusega, sest kuulajateks olid ju meditsiinitöötajad. Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja ja ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja O. Tamm tutvustas nõukogude tervishoiukorralduse põhiprintsiipe, tervishoiu saavutusi vabariigis ning valgustas neid küsimusi, mis on praegu aktuaalsed. Ta kõneles ka meditsiinitöötajate ajakirja toimetuse tööst ja selgitas lähemalt, milline on keskharidusega meditsiinitöötaja osatähtsus ajakirja lugejaskonna hulgas. Ta rääkis ka sellest, missugust kaastööd ja informatsiooni ootab toimetus tervishoiutöötajate arvukalt perelt selleks, et ajakiri muutuks veelgi sisukamaks ja kasulikumaks meditsiinitöötajatele ning neid rohkem rahuldaks.

Professor J. Saarma Tartu Riiklikust Ülikoolist vestles meditsiinitöötaja kutse-eetikast, tõi selgust paljudesse küsimustesse, mida kuulajad talle esitasid. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslik sekretär H. Kahn peatus noorte seksuaalkasvatuse probleemidel. Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees I. Galanin vestles tööseadusandluse neil teemadel, mis puudutavad eriti meditsiinitöötajaid. Meditsiinikaadrist ja selle kvalifikatsiooni tõstmist käsitles Tervishoiu Ministeeriumi osakonnajuhataja L. Barõševa, tsiviilkaitse meditsiiniteenistuse organisatsiooni ja ülesandeid osakonnajuhataja A. Korobtšenko.

ELKNÜ Keskkomitee komsomoliaktiivi kooli õppealajuhataja Milvi Luure, kes tänu asjatundlikkusele ja teadlikkusele tagas seminari õnnestumise, väljendas selle lõpul: «Kutsusime tervishoiuasutuste komsomoliorganisatsioonide sekretärid siia esimest korda. Eesmärgiks seadsime seejuures anda nõu neile ja juhendada neid komsomolitöö korraldamisel kohtadel. See on esiteks. Teiseks eesmärgiks oli pakkuda noortele meditsiinitöötajatele võimalus isiklikult kohtuda ning vestelda vabariigi tervishoiu juhtivate töötajate ja arstiteadlastega, neile küsimusi esitada ning nende vastuseid kuulda. Seminarist osavõtjate kirjalik küsitlus viimasel päeval kinnitas meie eesmärkide õigsust. Kokkutulekuga jäädi hästi rahule. Ja kolmandaks sooviks oli äratada noortes värskeid mõtteid, panna neid juurdlema, mitmetes küsimustes ka vaidlema, millega seni poldud tegeldud. Võin kinnitada, et noored meditsiinitöötajad on erksad, aktiivsed, võimekad.»

Seminar kestis nädal aega, iga päev oli huvitav, sisukas ja möödus kiiresti. «Kümme käsku» loengusaali seinal oli seminarist osavõtjaid juhendanud ja jälginud kogu aja. Narva-Jõesuust lahkumisel jäeti meelde nimetatud kümnest just viimane: «Sina ei pea mitte oma vastseid teadmisi vaka all hoidma, vaid pead nad oma tööpõllul laiali külvama.»

Kurt Leet

Vabariigi tervishoiuorganisaatorite ja hügienistide delegaadid tulid 19. dets. 1967. a. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi saalis kokku ühisele konverentsile, et luua uus organisatsioon — Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Teaduslik Selts. Uue seltsi asutamise põhjendamiseks võttis sõna arstide teaduslike seltside komitee esimees A. Vares. Konverents kinnitas seltsi põhikirja ja valis juhatuse, kuhu kuuluvad 8 hügienisti ja 6 tervishoiuorganisaatorit: N. Ajasta, I. Akkerberg, E. Kama, M. Kask, A. Kuusik, J. Luberg, I. Masik, U. Meikas, A. Roosileht, A. Sarap, R. Silla, O. Simson, I. Štšerbakov ja O. Tamm. Seltsi esimeheks valis juhatus A. Sarapi. Revisjonikomisjoni valiti A. Aava, V. Ilmoja ja J. Narma.

*

Ettekande «Mõningaid tähelepanekuid mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi ja maokasvaja tõttu opereeritud haigete dispanseersest jälgimisest» esitas 19. detsembril 1967 Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Teaduslikus Seltsis oma ja R. Truve ühise tööna Tallinna linna peakirurg U. Sibul. Töö eesmärgiks oli selgitada mõningaid kitsaskohti gastroenteroloogilise profiiliga haigete dispanseerimisel, kusjuures lähtuti sellest, et kirjanduses puuduvad ühtsed seisukohad järgmistes küsimustes: 1) milliseid haigeid ja kui kaua pärast operatsiooni on kirurgidel otstarbekas jälgida; 2) missugust arvestusvormi on ratsionaalne kasutada dispanseerimise tulemuste analüüsimiseks ja 3) milliseid uurimisvõtteid võiks polikliinikutes rakendada nimetatud haigete jälgimiseks ja võimalike patoloogiliste sündroomide varajaseks avastamiseks. Üle kümne aasta kestnud töö tulemusena esitasid autorid dispanseerimise otstarbekaks korraldamiseks kümmekond orienteeruvat järeldust. Selts palus autoreid töö tulemused vormistada metoodilise kirja kujul.

U. Sibula ja J. Männiste ühise ettekande vasoloogia-alase polikliinilise vastuvõtu organiseerimisest Tallinna linnas esitas kirurg-vasoloog J. Männiste.

*

Märt Kink

13. I...14. I 1968. a. toimus Tartus, Tallinna, Viljandi ja Tartu tervishoiutöötajate käsipalliturniir. Naiste võrkpallis olid parimad tallinlannad, meeste samal alal tartlased. Korvpallis tulid võitjateks Tartu esindused Tallinna ees.

Linnadevahelises arvestuses oli parim Tartu, kes võitis Tallinna 3:1 ja Viljandi 3:0. Tallinn võitis omakorda Viljandi 2:1.

*

25. I...26. I. 1968. a. korraldati TRÜ Kääriku spordibaasis Tartu rajooni tervishoiutöötajate suusalaager. Kahe päeva jooksul sõideti Lõuna-Eesti kaunil maastikul lumistes metsades läbi ligi 50 kilomeetrit. Kääriku kuulsal «seinal» jõuti murda paar suuski. Õhtul järgnes mõnus saun. «Tore oli!» — nii arvasid kõik suusalaagrist osavõtjad.

*

Maido Sikk

Tallinna Tõnismäe Haigla partei-algorganisatsiooni algatusel pandi alus omalaadsele üritusele. Igal reedel kogunevad paljud haigla töötajad punanurka, et üheskoos vaadata huvitavaid populaarteaduslikke ja kunstilisi värvifilme, mille vaatamine tuleb kasuks igale osavõtjale, avardades tema silmaringi. Igareedene kohtumine Tallinna Tõnismäe Haigla punanurgas saigi ristinimeks kinolektoorium «Silmaring».

*

Nikolai Alibbanov

UUSI RAAMATUID MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Основные философские вопросы современной биологии и медицины. Под ред. Н. П. Гончарова и И. Г. Ерошкина. Л., 1967, 247 стр.

Малая медицинская энциклопедия. Т. 5. Ларусан—Молоко. М., 1967, 1168 стлб.

Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. Под. ред. И. Д. Богатырева. М., 1967, 488 стр.

Гомельская Г. Л. **Организация медицинского обслуживания городского населения в поликлинике.** М., 1967, 120 стр.

Книги в помощь сельскому врачу. Рекоменд. указатель литературы. Кишинев, 1967, 27 стр.

Соколов И. С. и др. **Санитарное просвещение.** Некоторые вопросы сан. просвещения на соврем. этапе. М., 1966, 144 стр.

Соколов И. С. **Показатели санитарной культурности населения и методика их изучения.** 2-е изд. М., 1966, 115 стр.

Руководство к практическим занятиям по гигиене. [Для мед. ин-тов]. Под ред. Г. А. Митерева. М., 1967, 248 стр.

Минх А. А. **Методы гигиенических исследований.** 3-е изд. М., 1967, 536 стр.

Сборник официальных материалов по санитарно-гигиеническим условиям труда в строительстве и промышленности строительных материалов. М., 1967, 208 стр.

Леман Г. **Практическая физиология труда.** Перевод с нем. М., 1967, 336 стр.

Кундиев Ю. И. и Мамсиков А. З. **Гигиена труда в сельском хозяйстве.** М., 1967, 32 стр.

Гигиена труда подростков в различных отраслях народного хозяйства. Под ред. И. А. Арнольди. М., 1967, 391 стр.

Аршавский И. А. **Очерки по возрастной физиологии.** М., 1967, 476 стр.

Мотылянская Р. Е. и др. **Физическая культура и возраст.** М., 1967, 280 стр.

Гальперин С. И. и Татарский Н. Э. **Методики исследования высшей нервной деятельности человека и животных.** М., 1967, 367 стр.

Хорст А. **Молекулярная патология.** Пер. с польского. Москва—Варшава, 1967, 374 стр.

Завистовска З. **Диетическое питание при различных болезнях.** [Пер. с польского]. Варшава, 1967, 223 стр.

Маршак М. С. **Диетическое питание.** (Пособие для диетсестер и поваров в больничных учреждениях). М., 1967, 484 стр.

Тарасова Л. Г. и Леменев Л. М. **Руководство по планированию хозяйственно-финансовой деятельности аптеки.** М., 1967, 276 стр.

Розенцвейг П. Э. и Сандер Ю. К. **Технология лекарства и галеновых препаратов.** Руководство для фармацевтов. Л., 1967, 772 стр.

Першин Г. Н. и Гвоздева Е. И. **Учебник фармакологии.** [Для фармацевт. ин-тов (фак.)] Изд. 2-е. М., 1967, 424 стр.

Белова А. В. **Руководство к практическим занятиям по токсикологической химии.** [Для фармацевт. ин-тов]. М., 1967, 231 стр.

Планельес Х. Х. и Мороз А. Ф. **Антибиотики и их правильное применение.** М., 1967, 48 стр.

Иванов Ф. К. **Сывороточная болезнь и побочные явления при лечении антибиотиками.** М., 1967, 180 стр.

Рубашева А. Е. **Частная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов.** [2-е изд.] Киев, 1967, 535 стр.

Лапидус Ф. И. **Рентгенодиагностика заболеваний лицевого черепа.** Киев, 1967, 136 стр.

Олейник С. Ф. **Хрониосептические заболевания внутренних органов.** М., 1967, 400 стр.

Чеботарев Д. Ф. и Фролькис В. В. **Сердечно-сосудистая система при старении.** Л., 1967, 255 стр.

Функция щитовидной железы при сердечно-сосудистых заболеваниях. [Сборник статей]. Фрунзе, 1966, 144 стр.

Крыжановская И. И. **Витамин B_1 при хронической недостаточности кровообращения.** Киев, 1967, 175 стр.

Гуревич З. А. **Коронарная болезнь.** (Сан.-гигиен. очерк). 2-е изд. М., 1967, 224 стр.

Кобиашвили И. Г. **О рефлекторной стенокардии.** М., 1967, 90 стр.

Рабкин И. Х. **Рентгеносемиотика легочной гипертензии.** М., 1967, 332 стр.

Тончий М. К. и Корнюшенко Н. П. **Руководство к практическим занятиям по вирусологии.** [Учеб. пособие для биол. фак. ун-тов]. Киев, 1967, 248 стр.

Айрапетов Л. Д. **Трудовая терапия больных туберкулезом.** М., 1967, 212 стр.

Справочник по клинической хирургии. Под общ. ред. В. И. Стручкова. М., 1967, 520 стр.

Патофизиология хирургических заболеваний. Под общ. ред. Яна Ошацкого. [Пер. с польского]. Варшава, 1967, 647 стр.

Краковский Н. И. и Грицман Ю. Я. **Хирургические ошибки.** М., 1967, 192 стр.

Лукомский Г. И. и Березов Ю. Е. **Эндоскопическая техника в хирургии.** М., 1967, 399 стр.

Павловский Д. П. **Применение антикоагулянтов в хирургии.** Киев, 1967, 170 стр.

Чиковани О. Г. **Торако-абдоминальные ранения мирного времени.** Тбилиси, 1967, 218 стр.

Стручков В. И. **Гнойные заболевания легких и плевры.** Л., 1967, 259 стр.

Коломийченко М. И. **Реконструктивная хирургия пищевода.** Киев, 1967, 410 стр.

Острые заболевания и повреждения органов пищеварения. Под ред. И. М. Стельмашонка. Минск, 1967, 252 стр.

Зарзар А. С. **Отдаленные результаты хирургического лечения холециститов.** Ташкент, 1967, 247 стр.

Норенберг-Чарквиани А. Е. **Тромбозы и эмболии брыжеечных сосудов.** М., 1967, 224 стр.

Добровольский В. К. **Профилактика повреждений, патологических состояний при занятиях спортом.** М., 1967, 208 стр.

Анакидзе В. К. **Криотерапия трофических язв нижних конечностей.** М., 1967, 99 стр.

Ляндрес З. А. и Закревский Л. К. **Оперативное лечение сколизов у детей.** Л., 1967, 207 стр.

Шик О. **Нефрология практического врача.** Прага, 1967, 341 стр.

Справочник по онкологии. Под ред. Б. Е. Петерсона. Изд. 2-е. Ташкент, 1966, 498 стр.

Лечение рака. Доклад Ком. экспертов ВОЗ. [Пер. с англ.] М., 1967, 67 стр.

Печатникова Е. А. **Пути лимфогенного метастазирования рака желудка.** М., 1967, 107 стр.

Копейкин В. Н. и др. **Зубопротезная техника.** [Учебник для зуботехн. отд-ний мед. училищ]. 2-е изд. М., 1967, 432 стр.

Справочник по офтальмологии. Под общ. ред. А. В. Рославцева [и др.] М., 1967, 556 стр.

Григ М. Г. **Хронический тонзиллит и заболевания почек.** М., 1967, 120 стр.

Лихачев А. Г. и Гольдман И. И. **Хронические аллергические риносинуситы.** М., 1967, 148 стр.

Минц А. Я. и Ронкин М. А. **Реографическая диагностика сосудистых заболеваний головного мозга.** Киев, 1967, 159 стр.

Кожевников П. В. **Экзематозные реакции.** Л., 1967, 199 стр.

Труды II съезда акушеров-гинекологов РСФСР. М., 1967, 355 стр.

Сум-Шик Е. Р. **Пиелонефриты беременных.** Изд. 2-е. М., 1967, 156 стр.

Бобев Д. и Иванова И. **Болезни новорожденного.** 3-е изд. София, 1967, 282 стр.

Тур А. Ф. **Физиология и патология новорожденных детей.** 4-е изд. Л., 1967, 355 стр.

Белоусов В. А. и Певзнер А. Д. **Детские болезни.** [Учебник для мед. училищ]. М., 1967, 408 стр.

Вельтищев Ю. Е. **Водно-солевой обмен ребенка.** М., 1967, 307 стр.

Новиков П. И. **Экспертиза алкогольной интоксикации на трупе.** М., 1967, 128 стр.

Марковкин Г. А. **Гражданская оборона на селе.** 2-е изд. М., 1967, 32 стр.

Авербух В. Л. и Петров С. П. **Защита населения от химического оружия.** 2-е изд. М., 1967, 63 стр.

Koostanud J. Rochlin

VELSKRID, ÄMMAEMANDAD, MEDITSIINIÕED!



MÄRKIGE ÜLES

kõik, mida te enda ümber huvitavat näete. Nii algab iga kaastöö tegemine ajakirjale



TEATAGE MEILE

telefonil 220-07 sündmustest, mis võiksid köita ka teiste meditsiinitöötajate tähelepanu



KIRJUTAGE

meie ajakirja rubriikidesse «Abiks velskritele ja õdedele», «Kroonika», «Tähtpäevad»

Saatke meile küsimusi, toimetus vastab neile

Saage meie lugejaks, kaastööliseks ja kirjasaatjaks!

TOIMETUS

ОГЛАВЛЕНИЕ

(резюме на русском языке)

Э. Ю. ВЕЙНПАЛУ — Грязелечение и показания к нему 83

Х. О. КОППЕЛ — О результатах повторного грязелечения 88

Ю. Ф. ЛЕПП, Х. А. ПЫДЕР и Е. К. ШАХОВСКАЯ — О действии Хаапсалуской лечебной грязи на уровень артериального кровяного давления у больных ревматизмом и ревматоидным артритом 91

В. М. СУЙ, Л. Ю. КЫПМАН и Ю. Э. ТОМИНГАС — О лечении гумизолем детей, больных ревматизмом . 94

М. А. РООСААРЕ — Опыт лечения гумизолем больных пояснично-крестцовым радикулитом 96

К. Ю. ТАЮР — Значение гумизоля в лечении трубного бесплодия 97

Х. К. НОРМАН и В. М. СУЙ — О стандартизации грязевого препарата гумизол 99

Р. Ю. ПЫЛЛУМАА — О лечении параличей мочевого пузыря при повреждениях спинного мозга 103

А. А. РООСИЛЕХТ — Искусственный аборт и его профилактика 107

С. Ф. СИБУЛЬ и Х. Б. ПРИКК — О кровотечениях после тонзиллектомии . . 110

Л. А. САМУССЕНКО — Внутривенный новокаиновый наркоз 112

Э. П. ВАГАНЕ и И. Ю. КОНЬТ — О снабжении пищевыми продуктами больниц и детских учреждений . . . 115

Х. Э. ТЯЛЛИ — О распределении рабочего времени врача детских дошкольных учреждениях 117

А. А. ХААВЕЛЬ — Чрескожная холангиография 119

К. Э. ВЯЙН — О реинфузии крови при лечении внематочной беременности . 121

М. А. ЭХЛВЕСТ — О семейном овалоцитозе 124

В. М. ЛАУРАНД — Биактивная диатермокоагуляция при комплексном лечении пародонтопатии 125

А. Н. ВАПРА — Инфекционный неспецифический полиартрит 128

Л. Ю. МАЗЕР — Об изучении функции внешнего дыхания 131

О. М. ТАММ и Х. О. ПИХЛ — Республиканская малярийная станция (1945... 1954) 136

Х. Я. ЯНЕС — В Польской Народной Республике 150

40 kop. 78191

SISUKORD

Teooria ja praktika

E. VEINPALU — Mudaravi ja selle näidustused 83
H. KOPPEL — Korduva mudaravi tulemustest 85
Ü. LEPP, H. PÕDER ja J. ŠAHHOVSKAJA — Haapsalu meremuda toimest arteriaalsesse rõhku reumat ja reumatoidartriiti põdevatel haigetel . . . 88
V. SUI, L. KÕPMAN ja J. TOMINGAS — Reumahaigete laste ravi humisooliga 92
M. ROOSAARE — Humisoolravi kogemusi lumbosakraalse radikuliidi puhul 94
K. TAJUR — Humisoolravi osatähtsus tubaarse sigimatuse puhul 96
H. NORMAN ja V. SUI — Humisooli standardiseerimisest 97
R. PÕLLUMAA — Kusepõiehalvatuste ravist seljaaju vigastuste puhul . . 100
A. ROOSILEHT — Artifitsiaalsest abordist ja selle vastu võitlemisest . . . 104
S. SIBUL ja H. PRIKK — Tonsillektoomiajärgsetest verejooksudest . . . 108
L. SAMUSSENKO — Intravenoosne novokaiinnarkoos 111
E. VAGANE ja J. KONT — Haiglate ja lasteasutuste varustamisest toiduainetega 112

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

H. TÄLLI — Arsti tööaja jaotus koolieelses lasteasutuses 115

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

A. HAAVEL — Transdermaalne kolangiograafia 118
K. VÄIN — Vere reinfusioonist emakavälise raseduse ravis 120
M. EHLVEST — Perekondlikust ovalotsütoosist 122
V. LAURAND — Biaktiivne diatermokoagulatsiooni parodontopaatia kompleksravis 124

Abiks velskritele ja õdedele

A. VAPRA — Infektsioosne mittespetsiifiline polüartriit 126
L. MASER — Välise hingamise uurimisest 129

Kaadri ettevalmistamine

I. MAAROOS — Ernst Raudamile arsti teaduse doktori kraad 131
G. RADZIMOVSKI — Uusi teaduste kandidaate 133

Arstiteaduse ajaloost

O. TAMM ja H. PIHL — Vabariiklik Malaariajaam (1945...1954) . . . 134

Konverentsid ja nõupidamised

E KANTER — Apteegitöötajate XIII vabariiklik konverents 137
M. KINK — Tsehhiarstid, rohkem tähelepanu invaliididele! 137
N. ELŠTEIN — 50 aastat nõukogude teraapiat 138
U. SIBUL — Liiga hilja pöördutakse arsti poole 138

Tähtpäevad

Tervishoiu minister A. Goldberg 60-aastane 139
A. KUILL — Professor Ilo Sibul 60-aastane 140
K. KÕRGE — Dotsent Ülo Lepp 50-aastane 141

Kriitika ja bibliograafia

N. ELŠTEIN — Kasulik raamat . . . 142

Intervjuu

M. KINK — Kust meditsiiniõdedel king pigistab? 144

Välismaalt

H. JÄNES — Poola Rahvavabariigis . . 146

Mitmesugust

L. KIVIKINK — Perspektiivis võimalikult ajakohased tervishoiuasutused . 150

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Florimütsiinsulfaat, napotoon 153

Kroonika 154

NÕUKOGUDE EESTI

TERVIS-HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

3 / 68



ENNE PUHKUSELE MINEKUT

õiendage veel üks asi: tellige ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1968. aasta II pooleks

Iga aasta jääb ümmarguselt tuhat tellijat ajakirjast sellepärast ilma, et nad unustavad II poolaasta tellimuse uuendamata ja et üksiknumbritena müügile tulevate eksemplaride arv on piiratud

Tellimusi võetakse vastu ainult kuni

15. JUUNINI

Hind poole aasta eest 1 rubla 20 kop.

Et mitte unustada, minge sidekontorisse või ajakirjanduse ühiskondliku levitaja juurde juba täna!

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

3/68
11. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), **M. Holm** (Jõgeva), **V. Ilmoja** (Tallinn), **A. Juhasoo** (Põlva), **R. Kariis** (Haapsalu), **A. Klink** (Võru), **H. Kreek** (Pärnu), **P. Ott** (Rakvere), **D. Pärn** (Hiiumaa), **P. Rahu** (Valga), **V. Roos** (Kohtla-Järve), **L. Siirak** (Harju rajoon), **M. Sikk** (Tartu rajoon), **M. Silland** (Narva), **G. Sukles** (Rapla), **A. Tamm** (Paide), **Ü. Valvere** (Kingissepa), **V. Vessar** (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 4. IV 1968. Trükkimisele antud 15. V 1968. Trükiarv 5720. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,93. Tellimise nr. 2352. MB-04781. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

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

TÄHELEPANUKS RAVIASUTUSTELE JA ARSTIDELE!

Kõikides vabariigi apteekides on saadaval:

URODANUM

Tarvitatakse podagra, neerukivitõve, kusekivide, spondülartriitide ja krooniliste polüartriitide puhul

CAROTOLINUM

Näidustusteks on troofilised haavandid, ekseemid, limaskestade atroofilised muutused, erütrodermia psoriaatilised ja deskvamatiivsed vormid

VICALINUM

Näidustatud mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandtõve ja hüperatsiidse gastriidi korral

AMYCAZOLUM

Efektiivne epidermofüütia, trihhofüütia ja mikrospooria puhul

AETHAMIDUM

Näidustatud neerukivitõve ja polüartriidi puhul, kui esinevad puriini-ainevahetuse häired

TETRACYCLINUM CUM NYSTATINO

Efektiivne pneumoonia, angiini, septilise endokardiidi ja sarlakite ravis ning amööbse düsenteeria puhul; tarvitatakse kirurgilises ja günekoloogilises praktikas

Hüpotensiivse ja spasmolüütilise toimega tabletid

Theobromini 0,25
Papaverini hydrochl. 0,02 N. 10

Theobromini 0,25
Phenobarbitali 0,02
Papaverini hydrochl. 0,02 N. 10

Theobromini 0,25
Dibazoli 0,02 N. 10

Theobromini 0,25
Dibazoli
Papaverini hydrochl.
Phenobarbitali aa 0,02 N. 10

Theobromini 0,25
Phenobarbitali 0,03 N. 10

Tbl. Nicoverini N. 10

Analgeseeriva, palavikku alandava ja põletikuvastase toimega tabletid

Tbl. Acophini N. 6

Tbl. Anapyrini N. 6

Tbl. Ascopheni N. 6

Tbl. Pyraminali N. 6

Tbl. Pyrameini N. 6

Tbl. Novomigropheni N. 6

Amidopyrini
Phenacetini aa 0,25
Phenobarbitali 0,03 N. 6

Amidopyrini 0,3
Medinali 0,3 N. 6

Amidopyrini 0,25
Phenacetini 0,25
Phenobarbitali 0,05
Coffeini natrio-benzoici 0,1 N. 6

Need preparaadid on ülalnimetatud haiguste ravis suure efektiivsusega

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
73780

APTEEKIDE PEAVALITSUS

PULMONOLOOGIA PROBLEEME EESTI NSV-s

ENDEL KAMA
Tallinn

UDK 616.24:614.2(474.2)

Kopsuhaigustesse haigestumine etendab küllaltki olulist osa elanikkonna üldises haigestumises, samuti ajutises töövõime kaotuses ja invaliidistumises. Kirjanduse andmeil (4, 7) täheldatakse käesoleval ajal nii krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste kui ka kopsuvähi juhtude sagenemist. Viimastel aastakümnetel on tunduvalt muutunud ka kopsuhaiguste kliiniline pilt ja patomorfoloogia, mis raskendab nende diferentsiaaldiagnoosimist (3, 5).

Mainitud asjaolude tõttu on nii ülemaailmselt kui ka NSV Liidus hakatud rohkem tähelepanu pöörama mittespetsiifilistele kopsuhaigustele, eriti kroonilistesse kopsuhaigustesse ja kopsuvähki haigestumisele. Pulmonoloogia-alaste uurimistööde plaanipäraseks arendamiseks moodustati hiljuti üleliiduline probleemikomisjon ning 1967. a. asutati Leningradis üleliiduline pulmonoloogiainstituut. Kopsuhaiguste diagnoosimise, ravi ja profülaktikaga tegelevad mitme eriala spetsialistid ning eriprofiiliga raviasutused (tuberkuloosi- ja onkoloogiadispanserid; teraapia-, kirurgia- ja lasteosakonnad).

Oluline on krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ravi, mis nõuab mitme eriala spetsialisti (terapeut, pediaater, kirurg jt.) koostööd. Mittespetsiifilise kopsupõletiku peamine tekkimise põhjus on akuutsete protsesside ebaratsionaalne ja puudulik ravi (hiline ja lühiajaline ravi, mitteküllaldane ravimiannus, tekitaja ravimiresistentsus jm.). Kuigi akuutset kopsupõletikku põdevaid haigeid peaks ravitama statsionaaris, ravitakse paljusid ambulatooriumis või hospitaliseeritakse nad liiga hilja. Tallinna Linna Nakkushaigla pulmonoloogiaosakonna andmeil hospitaliseeriti 1967. a. 68% akuutset kopsupõletikku põdevatest haigetest mitte enne neljandat haiguspäeva (131 haiget 192-st).

Leidub haigeid, kellel haigusprotsess kulgeb kergelt ja väheste sümptoomidega, mistõttu haigus jääb diagnoosimata. Nii avastasid Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri töötajad profülaktilisel fluorograafilisel läbivaatusel 1967. aastal 73 diagnoosimata akuutse kopsupõletiku juhtu.

Kui võrrelda Tallinnas statsionaaris ja ambulatooriumis ravitud akuutset kopsupõletikku põdevate haigete keskmist töövõimetuspäevade arvu ühe isiku kohta, võib väiksemat arvu täheldada teiste puhul. Osalt on see seletatav asjaoluga, et ambulatooriumis ravitakse kergemaid haigusjuhte. Samas aga tekib oht: kui ravi kestab lühikest aega, võib juhtuda, et patsient ei tervistu.

V. Gordoni (2) andmeil muutub haigusprotsess akuutset kopsupõletikku põdenud kodus ravitud haigeil krooniliseks 2,6 korda sagedamini kui statsionaaris ravitud haigeil.

Kroonilise kopsupõletiku vältimiseks on oluline, et haiged dispanseeritaks kohe pärast akuutse protsessi vaibumist. Niisuguste haigete dispanseerimise tõttu on Tallinnas retsidiivide esinemissagedus tunduvalt vähenenud. Dispanseerimata isikuist 3,3%-l täheldati protsessi kroonilist kulgu, dispanseerimise tulemusena aga langes see protsent 1966. aastal 1,9-le ja 1967. aastal 1,5-le (6).

Tervishoiuasutustes kasutatavates statistilise aruandluse vormides kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi ei registreerita. Seepärast puudub ülevaade nende esinemissagedusest vabariigis. Olukorra väljaselgitamiseks uurisid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiasektori töötajad nimetatud haiguste levikut

viies linnas (Tallinnas, Tartus, Narvas, Kohtla-Järvel ja Pärnus), mida nad tegid ambulatooriumikaartide alusel (7). Mittespetsiifilisi hingamiselundite haigusi diagnoositi 24,2% juhtudest, kusjuures ägedaid haigusvorme avastati 20,6%-l ja kroonilisi 3,6%-l haigeist.

Tuleb märkida, et kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi diagnoositakse ambulatooriumikaartide andmeil sageli puudulikult. Tihti jäävad arvele võtmata profülaktilisel fluorograafilisel uurimisel avastatud mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdevad haiged. Haigestumise analüüsimist ambulatooriumikaartide alusel raskendab ka see, et mittespetsiifiliste krooniliste kopsuhaiguste diagnoosimisel arstid alati ei kasuta ühesugust klassifikatsiooni.

Et krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste terapeutiline ravi paljudel juhtudel jääb vähe efektiivseks ja arvesse tuleb kirurgiline ravi, siis on selle korraldamiseks tarvis head kontakti terapeudi või pediaatri ja kirurgi vahel. Õige taktika määramiseks tuleb haigeid põhjalikult uurida (röntgentomograafia, bronholoogia, tsütoloogia, funktsionaalsed uurimised jne.). Tihti ei tehta seda õigel ajal ja haiged saabuvad ravile liiga hilja, mis on tingitud sellest, et üldteraapiaosakondades ja polikliinikutes ei ole igal pool võimalik teha erialaseid uurimisi. Tallinna laste-pulmonoloogiasanatooriumi andmeil on ravile saabunud lastel palju leitud kaugelearenenud krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste vorme.

Kopsutuberkuloosi haigestumine on kogu NSV Liidus juba aastaid pidevalt vähenenud. Märgatavat edu tuberkuloosi vastu võitlemises on saavutatud ka meie vabariigis. Viimase 14 aasta jooksul on haigestumine vähenenud 4,5 korda, sealhulgas täiskasvanute hulgas 3, noorukite hulgas 15 korda ja laste hulgas üle 20 korra. Haigestumine ja suremine tuberkuloosi on Eesti NSV-s praegu väiksem kui enamikus teistes liiduvabariikides.

Kirjanduse (5) ja vabariigi tuberkuloosidispanserite andmeil on viimaste aastate jooksul esmastest dispanseeritud haigetest $^2/_3$ mittetuberkuloosihaiged. Nende puhul täpsustatakse diagnoosi küll tuberkuloosidispanseris, kuid haiget ravitakse edaspidi polikliinikus, üldhaiglas või onkoloogiadispanseris. Nii on kopsupatoloogia diagnoosimine tänapäeval suurel määral koondunud tuberkuloosidispanseritesse ja viimased on tegelikult muutunud pulmonoloogiadispanseriteks.

Mitmes välisriigis (Belgia, Tšehhoslovakkia SV, Saksa DV) ongi tuberkuloosi ning muid kopsuhaigusi põdevad haiged koondatud ühtsesse pulmonoloogiahaiglasse. Samuti on arstide seltsid ühendatud ning tuberkuloosialased ajakirjad on saanud tuberkuloosi- ja pulmonoloogiaalasteks ajakirjadeks.

NSV Liidu tuberkuloosidispanserite ülesandeks on korraldada tuberkuloositõrjet ja tagada tuberkuloosihaigete ravimine. Mittetuberkuloosseid kopsuhaigusi põdevate isikute ravi ei kuulu nende kompetentsi. Täiendavate ülesannete lisamine tuberkuloosidispanseritele nõrgendaks nende võitlusvõimet tuberkuloosi likvideerimisel.

Arvatavasti oleks meie tähtsamate keskuste suuremates polikliinikutes otstarbekas asutada pulmonoloogiakabinetid, nagu on rajatud kardioreumatoloogia-, gastroenteroloogiakabinetid jt. Need oleksid organisatsioonilisteks ja konsultatiivseteks keskusteks ning tagaksid haigete uurimise tänapäeva tasemel. Neid oleks tarvis ka mõnda suurde lastepolikliinikusse. Pulmonoloogiakabinettide töötajail peaks olema tihe kontakt ftisiaatrite, terapeutide ja kirurgidega. Et töö kulgeks tänapäeva tasemel, on tarvis ette valmistada spetsialiste. Käesoleval aastal on kavatsusel Tallinnas avada esimene pulmonoloogiakabinet, et saada kogemusi selle ala edasiarendamiseks.

Ühtlasi tuleb leida lahendus pulmonoloogilise profiiliga statsionaari asutamiseks. Spetsialiseeritud statsionaarsed osakonnad peaksid olema eelkõige Tallinnas ja Tartus. Et vabariigi tuberkuloosiasutustes on praegu vajalikul määral voodeid ja tuberkuloosi haigestumine pidevalt väheneb, siis profileeriti 1966. a. Tallinna Vabariiklik Lastetuberkuloosi-sanatoorium pulmonoloogiasanatooriumiks. Kogemused näitavad, et niisugust asutust on hädasti tarvis. 1967. a. profileeriti täiskasvanute pulmonoloogiaosakonnaks Tallinna Linna Nakkushaigla tuberkuloosiosakond (40 voodit).

Kui arvestada nimetatud osakonnas valitsevat ruumikitsikust, siis on vähe

usutav, et sellest saab hea ravi- ja diagnoosimisvõimalustega osakond. Kui silmas pidada terapeutilise profiiliga voodite arvu Tallinnas ja Tartus, siis ei näi lähemal ajal olevat võimalusi pulmonoloogiaosakondade asutamiseks teraapiaosakondade baasil.

Et pulmonoloogiaosakondi on vaja peamiselt kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdevate ja kopsukasvajaga haigete tarvis, siis on pulmonoloogia-alase spetsialiseeritud abi arendamisel vaja silmas pidada nii teraapiat kui ka kirurgiat. Tuleks kaaluda statsionaarse pulmonoloogiaosakonna (keskuse) avamise võimalust tuberkuloosidispanseri statsionaari baasil Tallinnas ja Tartus (või esialgu ühes kohas). Nii Tallinna kui ka Tartu dispanseritel on hea materiaalne baas ja ladusalt töötavad ftisiokirurgiaosakonnad, mille töömaht seoses haigete arvu vähenemisega on hakanud sedavõrd kahanema, et enam pole otstarbekas jätta avatuks kahte ftisiokirurgiaosakonda vabariigis.

Kohtla-Järvel oleks võimalik avada pulmonoloogiaosakond või voodikohti ümber profileerida pulmonoloogia valdkonda kuuluvate haigete jaoks, sest teraapiaosakondades on voodikohti küllaldaselt.

Vabariigis pole veel kõik tehtud kopsuvähi varajaseks avastamiseks. Meil korraldatakse praegu nõuetekohaselt elanikkonna profülaktilisi fluorograafilisi uurimisi tuberkuloosi suhtes. Aastaaastalt väheneb esmaselt avastatud tuberkuloosihaigete arv. Samal ajal aga täheldatakse kroonilise mittespetsiifilise kopsupatoloogia sagenemistendentsi. Kopsuvähki on viimastel aastatel avastatud 0,02 ... 0,03%. See protsent vastab ka kirjanduses esitatule (1). Ei ole veel niikaugele jõutud, et kõiki fluorograafilisi leide kontrolliks onkoloog ja et kõik kasvajakahtlased haiged võetaks arvele ning dispanseeritaks. Selles osas on kavandatud tihedam koostöö tuberkuloosi- ja onkoloogiadispanserite vahel.

Arvestades pulmonoloogia tähtsust ja seniseid töö tulemusi tuberkuloosi vastu võitlemisel vabariigis, reorganiseeriti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosisektor pulmonoloogiasektoriks. Sektori ülesandeks on uurida aktuaalseid küsimusi vabariigis, nimelt krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste esinemissagedust, kopsuvähi ja kroonilise kopsupatoloogia seost ning patoloogilisi muutusi kopsudes krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste puhul. Ühtlasi jätkatakse ka eakatel inimestel esineva tuberkuloosi kulu ja tuberkuloositekitaja ravimiresistentsuse uurimist.

Sektor suunab ja koordineerib pulmonoloogia-alast teaduslikku tööd vabariigis, peab sidet vastava üleliidulise instituudiga, aitab kaasa teaduse saavutuste meditsiinipraktikasse juurutamisele ja spetsialistide väljaõpetamisele vabariigis.

РЕЗЮМЕ. В ЭССР актуальна проблема развития специализированной медицинской помощи по пульмонологии. Большое значение имеют вопросы профилактики и лечения хронических неспецифических легочных заболеваний. Еще значительно число больных острой пневмонией, которых лечат в амбулаторных условиях или поздно госпитализируют. Это обусловливает возникновение хронического процесса. 68% больных острой пневмонией, госпитализированных в 1967 г. в пульмонологическом отделении Таллинской городской инфекционной больницы, поступили в стационар на четвертый день заболевания или позже. В 1967 г. в Таллинском городском противотуберкулезном диспансере при флюорографических профилактических осмотрах острая пневмония была выявлена у 73 лиц. Диспансеризация этих больных предотвратила возникновение хронических форм пневмонии.

Так как консервативная терапия хронических неспецифических легочных заболеваний во многих случаях малоэффективна и иногда необходимо хирургическое лечение, то между терапевтом или педиатром и хирургом должен быть тесный контакт. Обследование и лечение больных с неспецифической легочной патологией часто проводятся несвоевременно. По данным Таллинского республиканского детского пульмонологического санатория, многие дети поступают на лечение с далеко зашедшими формами заболевания.

Наряду со снижением заболеваемости туберкулезом повысилась роль противотуберкулезных диспансеров в вопросах диагностики нетуберкулезных легочных заболеваний. За последние годы только $^1/_3$ больных, первично направленных в диспансер, являлись туберкулезными больными.

Целесообразно создать в больших центрах, при поликлиниках, в том числе и при детских, пульмонологические кабинеты, на которые возложить организационные и консультативные функции. Эти кабинеты должны обеспечить современную диагностику пульмонологических заболеваний. В связи с вышеуказанным необходимо подготовить специалистов по пульмонологии.

В условиях ЭССР следует обсудить вопрос об организации пульмонологических отделений на базе стационаров Таллинского и Тартуского противотуберкулезных диспансеров, так как они оба имеют хорошую материальную базу

и хорошо организованные фтизиохирургические отделения, объем работы которых уменьшается в соответствии с сокращением числа туберкулезных больных. Поэтому одно из этих отделений целесообразно ликвидировать.

Создание пульмонологического отделения или специализированных коек за счет имеющихся терапевтических коек реально также в Кохтла-Ярве.

В республике необходимо усовершенствовать методы ранней диагностики рака легкого. В этих целях следует создать тесный контакт между противотуберкулезным и онкологическом диспансерами.

Научные исследования по пульмонологии проводятся сотрудниками сектора пульмонологии Института экспериментальной и клинической медицины Минздрава ЭССР.

KIRJANDUS: 1. Баранник Е. П. и др. Клинич. медицина, 1966, 12, 87—91. — 2. Гордон В. С. В кн.: Материалы IV съезда терапевтов Эстонской ССР. Тарту, 1967, 41—42. — 3. Рабухин А. Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых, М., 1963. — 4. Рапопорт М. Ю., Сливак М. Я. Клинич. медицина, 1966, 12, 81—84. — 5. Соркан И. Э. Клинич. медицина, 1965, 12, 15—19. — 6. Эльштейн Н. В. Клинические аспекты организации терапевтической помощи. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Рига, 1967. — 7. Raukas, S.-E. jt. Nõukogude Eesti Tervishoid 1967, 5, 327—330.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

MITTESPETSIIFILISTE KROONILISTE KOPSUHAIGUSTE LEVIK MAAELANIKE HULGAS

LII JANNUS JAAN KARUSOO LIIDIA MASER
EVI RAUKAS ARVED REINVALD LEO SAUEMÄGI
Tallinn

ENN LÕUK
Kingissepa

UDK 616.24-036.12(474.2)

Krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste probleem on kaasajal muutunud eriti aktuaalseks, sest viimastel aastatel on täheldatud nende esinemissageduse suurenemist. Eriti suured on kroonilisse bronhiiti haigestumise ja suremise näitajad Lääne-Euroopa maades (4, 6, 7, 8). Nõukogude Liidus on kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi leitud tunduvalt harvem (1, 3). Kuid tuleb märkida, et ühtsete diagnostiliste kriteeriumide puudumise tõttu ei ole eri maade statistilised andmed täiesti võrreldavad.

Eesti NSV-s on kroonilise bronhiidi esinemissagedust uurinud I. Maripuu ja B. Schamardin (2), kes leidsid, et Kivi-õlis oli mainitud haigust 40-aastaste ja vanemate meeste hulgas 9%, kusjuures põlevkivikaevanduste või keemiatööstuse ettevõtete töötajatel diagnoositi bronhiiti mõnevõrra sagedamini kui ülejäänutel. Eelmine hingamiselundite krooniliste mittespetsiifiliste haiguste esinemissageduse uurimus põhines polikliinikute ambulatooriumikaartidel (5). Selgus, et 3,0 . . . 5,4% vabariigi linnade elanikest oli polikliinikusse pöördunud hingamiselundite krooniliste mittespetsiifiliste haiguste tõttu.

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste levikut maaelanikkonna hulgas. Selleks korraldati 1966. a. augusti- ja septembrikuus Kingissepa rajooni maaelanikkonna kompleksne massiline uurimine. Peale kopsuhaiguste võeti onkoloogia aspektist vaatluse alla veel mao-, soolte- ja günekoloogilised haigused.

Kopsuhaigusi uuriti järgmise skeemi alusel. 1. Anamnees: küsitluse teel selgitati üksikasjalikult välja varem põetud kopsuhaigused ja kaebused (köha ja rögaeritus ning nende kestus, hingeldus), mis võisid viidata kopsuhaigustele. Peale selle pöörati tähelepanu tööle ja elutingimustele, suitsetamisele jms. 2. Perkussioon ja auskultatsioon. 3. Hingamisfunktsiooni määramine: spiromeetria ja pneumotahhümeetria. Nende näitajate normaalsete füsioloogiliste väärtuste saamiseks kasutati andmeid samas uuritud tervete isikute kohta. Hingamisfunktsiooni näitajate korrelatsioon kehakaalu, pikkuse, soo ja eaga arvutati elektronarvutil. 4. Röntgeno-

Tabel 1

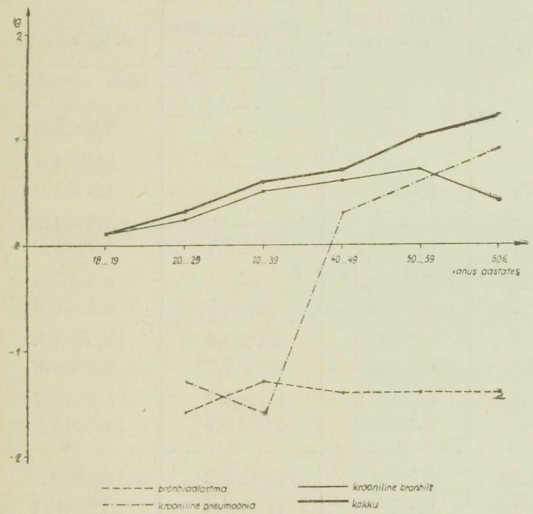
Uuritute sooline ja ealine jaotumine

Vanus aastates	18...19	20...29	30...39	40...49	50...59	60 ja vanemad	Kokku
Mehed	27	199	418	348	402	594	1988
Naised	50	372	706	776	929	1010	3843
Kokku	77	571	1124	1124	1331	1604	5831

loogiline uurimine: kõikidel tehti fluorogrammid rindkerest otseprojektsioonis.

Peale selle katsetati massilise uurimise korral hingamisfunktsiooni määrata fluorograafilisel bigrammide meetodil. Selleks tehti kaks fluorogrammi — uuritava maksimaalse sisse- ja väljahingamise lõpul. Kummalgi fluorogrammil määrati planimeetriliselt kopsude pindala ning arvutati nende suhe. Saadud koefitsient väljendabki kopsu pindala muutusi hingamise korral ja näitab kopsude mahu muutusi.

Osal uurituist tehti diagnoosi täpsustamiseks ja hingamisfunktsiooni patoloogia üksikasjalikumaks kindlaksmääramiseks täiendavad spirograafilised uuringud ning röntgenogrammid (otsevõte ja parem külgvõte). Haigete valimisel täiendavateks uuringuteks peeti silmas anamneesi andmeid või patoloogilisi muutusi fluorogrammil.



Joonis. Krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste sageduse (protsentides) logaritmid

Kõik andmed kanti spetsiaalsetele äärisperforatsiooniga kaartidele.

Krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste diagnoosimisel lähtuti üldtunnustatud printsiipidest. Krooniliseks bronhiidiks peeti pidevat või retsidiveeruvat köha koos rögaeritusega (mitte vähem kui 3 kuud aastas) vähemalt kahe aasta jooksul.

Kroonilise kopsupõletiku diagnoosimisel võeti aluseks Minskis 1964. a. vastuvõetud klassifikatsioon. Krooniliseks peeti: a) kopsupõletikku, mis oli kestnud üle 6 nädala ja b) kroonilise bronhiidi foonil korduvalt tekkinud kopsupõletikke. Kroonilise kopsupõletiku progresseerumise korral retsidiivid sagenevad. Kopsudes võib kindlaks teha põhiliselt kahte tüüpi muutusi, nimelt piirdunud mädanikulised protsessid, s. o. astmaatiline bronhiit ja pneumoskleroos, ning emfüseem. Kroonilise kopsupõletiku staadiumide eristamisel arvestatakse kliinilist pilti tervikuna, kusjuures üsnagi oluline koht on välise hingamise seisundil. Kroonilise kopsupõletiku I staadiumis hingamise kahjustus puudub või see on olemas ainult vähesel määral. II ja III staadiumis on hingamisfunktsiooni kahjustus juba selgelt väljendunud. Kroonilise kopsupõletiku puhul arvestatakse peale staadiumide veel haigusprotsessi faasi: ägenemisfaasis on kliinilised nähud selgemini väljendunud kui remissioonifaasis.

Uuriti 5831 Kingissepa rajooni täiskasvanud elanikku (1988 meest ja 3843 naist). Enamik neist tegi põllutööd, väiksem osa töötas kaluritena, töölistena väikestes ettevõtetes ja teenistujatena, osa oli koduseid. Uuritute sooline ja ealine jaotumine on esitatud tabelis 1.

Tabelis 2 ja joonisel on andmed krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste

esinemissagedusest protsentides seoses eluea ja sooga. Andmed on toodud eraldi kroonilise bronhiidi, kroonilise kopsupõletiku, bronhiaalastma ja emfüseemi kohta. Kahe viimase jaotuse alla kuuluvad ainult sellised juhud, mil nende haiguste teket ei saadud seostada eelnenud kroonilise bronhiidi või kopsupõletikuga.

Tabelist 2 ja jooniselt selgub, et kroonilistesse mittespetsiifilistesse kopsuhaigustesse haigestumise sagedus suureneb koos elueaga. Huvitav on märkida, et 60. eluaastani on meestel täheldatud kroonilist bronhiiti sagedamini kui kroonilist kopsupõletikku, hiljem aga vastupidi. Naistel on see muutus märgatav juba pärast 50. eluaastat. Niisugune haigusvormide omavahelise suhte muutumine võib tingitud olla asjaolust, et nooremas või keskmises elueas alguse saanud krooniline bronhiit läheb vanemas eas üle krooniliseks kopsupõletikuks. Kroonilise bronhiidi ja kroonilise kopsupõletiku esinemissageduses avalduvad samuti soolised erinevused: mehed põevad neid haigusi tunduvalt sagedamini, eriti selgelt ilmneb see kroonilise bronhiidi puhul.

Bronhiaalastma esinemissageduses elueast sõltuvaid muutusi ei saa sedastada, ei täheldatud ka statistiliselt tõepäraseid soost sõltuvaid muutusi, ehkki naised põdesid bronhiaalastmat mõnevõrra sagedamini. Emfüseemi haigestumise sageduses märkimisväärseid soost sõltuvaid muutusi ei olnud, küll aga oli täheldatav ilmne seos haigete eaga.

Bronhiaalastma (vt. joonis) ei ole patogeneetiliselt seostatav põletikuliste protsessidega kopsudes, siin võivad arvesse tulla ainult allergilised tegurid. Joonisel nimetatud emfüseemi all mõistame essentsiaalset emfüseemi, kusjuures selle patogeneesis on kahtlemata oluline osa ka ealistel teguritel. Krooniline kopsupõletik on väga mitmekesise kliinilise pildiga: osal juhtudest väljendus see kroonilise bronhiidi ja korduvalt esinevate kopsupõletike foonil arenenud astmaatilise bronhiidina või bronhiaalastmana, osal aga peamiselt emfüseemina või pneumoskleroosina. Neil haigeil ilmnes sageli ka kardiopulmonaalne sündroom.

Hingamiselundite krooniliste mittespetsiifiliste haiguste keskmise protsendi suurus on seletatav uuritavate eaga: üle poole uuritavatest olid vanemad kui 50 aastat. Kahjustavatest kutseteguritest võivad arvesse tulla ilmastikutingimused ja raske füüsiline töö, sest enamik uuritavatest olid põllutöölised või kalurid. Tööstustööliste osatähtsus uuritavate hulgas oli väike. Kahjustava tegurina tuleb meeste puhul arvesse ka suitsetamine: uuritud meestest suitsetas 60...70%, naistest aga ainult üksikud.

Tabel 2

Krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste esinemissagedus (%)

Vanus aastates	Sugu	Diagnoos				
		Krooniline bronhiit	Krooniline pneumoonia	Bronhiaal-astma	Emfüseem	Kõik diagnoosid
18...19	Mehed	—	—	—	—	—
	Naised	2,0±2,0	—	—	—	2,0±2,0
20...29	Mehed	3,0±1,4	—	—	—	3,0±1,4
	Naised	1,1±0,4	0,3±0,3	0,5±0,4	—	1,9±1,5
30...39	Mehed	6,0±1,2	0,5±0,3	—	—	6,7±1,2
	Naised	2,0±0,5	0,3±0,2	0,3±0,2	0,1±0,1	2,7±0,6
40...49	Mehed	6,1±1,0	2,6±0,9	0,3±0,3	—	8,9±1,8
	Naised	3,1±0,6	1,4±0,4	0,3±0,2	—	4,8±0,8
50...59	Mehed	9,3±1,4	5,5±1,1	0,2±0,2	0,5±0,4	15,7±1,8
	Naised	3,6±0,6	3,8±0,6	0,3±0,2	0,9±0,3	8,5±0,9
60 ja vanemad	Mehed	4,9±0,9	13,0±1,5	0,2±0,2	4,4±0,8	21,2±1,7
	Naised	1,7±0,4	7,7±0,8	0,4±0,2	4,6±0,7	14,4±1,1
Kõik vanuserühmad	Mehed	6,0±0,5	5,5±0,5	0,2±0,1	1,4±0,3	13,1±0,8
	Naised	2,4±0,4	3,3±0,5	0,3±0,1	1,4±0,2	7,5±0,4
	Kokku	3,0±0,2	4,1±0,3	0,3±0,1	1,4±0,2	9,3±0,4

Hingamiselundite krooniliste mittespetsiifiliste haiguste diagnoosimisel elanikkonna massilise uurimise korral olid põhiliseks anamneesi andmed. Auskulteerimisel saadud andmed ei olnud alati päris selged, eriti juhtudel, mil haigusprotsess oli rahunemisjärgus. Hingamisfunktsiooni määramine spiromeetria ja eriti pneumotahhümeetria abil osutus oluliseks. Massilise uurimise korral võimaldavad need meetodid hingamisfunktsiooni küllaltki täpselt hinnata, mida on kinnitanud ka täiendavad spirograafilised uuringud. Röntgenograafilisi muutusi võis täheldada peamiselt kroonilise kopsupõletiku juhtudel ning need avaldusid lokaalse või difuusse pneumofibroosina ja kaasneva emfüseemina (remissioonifaasis). Bifluorogrammidel määratud hingamiskoefitsient oli vähenenud enamasti kopsuemfüseemi põdevatel haigetel, mis seda haigust lubas täpsemini diagnoosida.

Kokku võttes võib öelda, et haigestumine mittespetsiifilistesse kroonilistesse kopsuhaigustesse on maal suurem kui seda võis oletada polikliinikusse pöörduvate haigete arvu järgi linnades. Sagedasemateks osutusid krooniline bronhiit ja krooniline kopsupõletik, kusjuures esimesse neist haigestuvad sagedamini mehed 60. ja naised 50. eluaastani. Sellest alates on kroonilise bronhiidi foonil arenevasse kroonilisse kopsupõletikku haigestumiste arv kõige suurem. See on ühtlasi üks asjaolusid, mis põhjustab krooniliste haiguste sagenemist vanemas eas üldse. Kroonilist kopsupõletikku, eriti aga kroonilist bronhiiti, avastati meestel rohkem kui naistel. See võib olla tingitud erinevatest töötingimustest ja suitsetamisest.

РЕЗЮМЕ. С целью выяснения распространенности хронических неспецифических заболеваний органов дыхания среди сельского населения было проведено массовое обследование в Кингиссепском районе Эстонской ССР. Изучению подверглись данные анамнеза, флюорографии, спирометрии и пневмотахометрии у 5831 лица. При подозрении заболевания органов дыхания дополнительно проводили рентгенографию легких в двух проекциях и спирографически определяли функцию внешнего дыхания.

Среди обследованных лиц 9,3±0,4% имели хронические неспецифические заболевания легких. Частота последних возрастала с увеличением возраста. Хронический бронхит выявлялся наиболее часто в возрасте до 60 лет у мужчин и до 50 лет у женщин. У лиц старшего возраста, по мере увеличения случаев хронической пневмонии, частота хронического бронхита уменьшалась. Хроническая пневмония и особенно хронический бронхит встречаются чаще у мужчин, что, возможно, связано с менее благоприятными условиями труда и с курением. При бронхиальной астме (аллергического происхождения) достоверной разницы в частоте заболевания, зависимой от возраста и пола, отмечено не было, а эмфизема легких встречался главным образом у пожилых людей обоего пола одинаково часто.

KIRJANDUS: 1. Борохов А. И. Клиника хронического неспецифического воспалительно-склеротического процесса в легких. Смоленск. 1962. — 2. Марипуу И. П., Шамардин Б. М. Гигиена труда и профессиональные заболевания, 1966, 8, 49—53. — 3. Молчанов Н. С. Терапевтический архив, 1963, 6, 3—10. — 4. Raukas, S.-E., Jannus, L., Karusoo, J., Maser, L., Reinvald, A., Sauemägi, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 5, 327—330. — 5. Fletcher, C. M., Tinker, C. M. Brit. Med. J. 1961, 5238, 1491—1498. — 6. Ouřednik, A., Herles, F. Čas. Lék. Čes. 1963, 37, 1011—1015. — 7. Oswald, N. C. Современное состояние учения о хроническом бронхите. М., 1963. — 8. Schaich, W. Therapiewoche 1967, 17, 573—577.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Kingissepa Rajooni Keskhaigla

HINGAMISELUNDITE HAIGUSTE AVASTAMISEST FLUOROGRAAFI ABIL

ELDUR VARDJA

Tallinn

UDK 616.24-036.12:616-073.756.5(474.2)

Fluorograafiat kasutati algul peamiselt kopsutuberkuloosi varajaseks avastamiseks. Käesoleval ajal, eriti pärast laiakaadriliste fluorograafide (70×70 mm) kasutuselevõtmist, on sel teel avastatavate haiguste nimistu tublisti pikenenud. Vaieldamatult on selles esikohal hingamiselundite haigused —

tuberkuloos, kopsukasvajad, kopsupõletikud, pneumokonioos, sarkoidoos, kopsukelme muutused jt.

Kui aktiivse kopsutuberkuloosi esmane avastamine aasta-aastalt väheneb, siis ei saa seda öelda hingamiselundite mittespetsiifiliste haiguste kohta. Viimaseid diagnoositakse käesoleval ajal isegi sagedamini kui kopsutuberkuloosi (2, 3).

Hingamiselundite mittespetsiifilisi haigusi põdevad isikud on enamasti üle 50 aasta vanad. Et fluorograafi abil püütakse rohkem uurida vanemaid elanikkonna rühmi, siis võib arvata, et sellega on osalt seletatav ka hingamiselundite mittespetsiifiliste haiguste sagedam avastamine. Viimasele aitavad suuresti kaasa paranenud diagnoosimisvõimalused tänu moodsama ning võimsama röntgeniaparatuuri kasutuselevõtmisele ning laboratooriumi-sisseseade täiustamisele jm.

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri käsutuses olevate liikuvate laiakaadriliste fluorograafidega uuritakse peamiselt maarajoonide elanikkonda.

Viimaste aastate andmetest nähtub, et hingamiselundite mittetuberkuloossete haiguste hulgas on esikohal pahaloomulised kopsukasvajad, mida avastatakse järjest sagedamini (vt. tabel 1). Pahaloomulisi kopsukasvajaid on meestel leitud 1,5 korda sagedamini kui naistel. 93...100% haigetest on üle 40 aasta vanad.

Tabel 1

Pahaloomuliste kopsukasvajate ja kroonilise kopsupõletiku esmane avastamine fluorograafia abil 10 000 uuritu kohta ning nende korrelatsioon *

Aasta	Pahaloomulisi kopsukasvajaid	Kroonilist kopsupõletikku	Seos pahaloomuliste kopsukasvajate ja kroonilise kopsupõletikkude vahel
1962	2,5	1,5	0,678
1963	2,5	1,4	0,767
1964	2,3	1,4	0,498
1965	3,4	2,2	0,548
1966	2,2	3,5	0,055
1967	4,3	2,8	0,897

* Korrelatsioon on arvutatud Spearmanni valemi järgi

$$\varsigma = 1 - \frac{6 \Sigma d^2}{n(n^2-1)}$$

Rajoonid on iga aasta järjestatud pahaloomuliste kopsukasvajate avastamise pingerea järgi (vt. tabel 2, lk. 171).

Tabelist 1 nähtub, et ka kroonilist kopsupõletikku avastatakse fluorograafiliselt sagedamini, kusjuures enamik haigetest on samuti vanemad kui 40 aastat. Ägedat ning alaägedat kopsupõletikku diagnoositakse 1...2 iga 10 000 uuritu kohta. Krooniliste kopsupõletike esinemissageduse kasv võib olla tingitud antibiootikumide ja sulfaniilamiidide vabamüügist ning nende süsteemitust kasutamisest elanikkonna hulgas. Pärast kehatemperatuuri normaliseerumist ravimeid tavaliselt enam ei võeta ja sel teel soodustatakse kroonilise kopsupõletiku tekkimist.

Suhe kopsutuberkuloosi ja hingamiselundite mittespetsiifiliste haiguste vahel ei ole kõikides Eesti NSV rajoonides ühesugune (vt. tabel 2). Kui Võru, Jõgeva, Kingissepa ja Hiiumaa rajoonis on see suhe 1:1 või 1:2, Haapsalu rajoonis isegi 1:4, siis Valga, Viljandi ja Põlva rajoonis on see vastupidine, ulatudes isegi 5:1. Võib järeldada, et viimastena nimetatud rajoonides pööratakse järeluurimisel hingamiselundite mittespetsiifilistele haigustele vähe tähelepanu. See nähtub ka nendes rajoonides tehtud järeluurimise tulemustest — väga sageli tehakse selliseid kokkuvõtteid nagu «kopsutuberkuloosi ei esine», «aktiivse kopsutuberkuloosi tundemärke ei täheldata» jne. Ometi on fluorogrammidel selged kopsupatoloogia tundemärgid olemas ning fluorogrammi dešifreerinud arst on juba märkinud, et esineb kopsupõletiku, bronhiektaasiate vms. kahtlus.

Arvutused näitavad, et Eesti NSV-s puudub kopsutuberkuloosi ja hingamiselundite mittespetsiifiliste haiguste esinemissageduse vaheline otsene korrelatiivne seos. Küll aga on otsene seos pahaloomuliste kopsukasvajate ja kroonilise kopsupõletiku esinemissageduse vahel (vt. tabel 1). Sellest võib teha järelduse, et kopsupõletikku põdenud isikuid, eriti kui nad on üle 40 aasta vanad, tuleb kontrollida dünaamiliselt teatava ajavahemiku järel ning sel puhul on fluorograafia kõige ökonoomsem ning kättesaadavam uurimismeetod. Kontrolli vaheajad peavad olema kindla pikkusega. Nähtavasti võib nõustuda I. Lagunovaga (1), kes märgib, et

Tabel 2

Aktiivse kopsutuberkuloosi ja krooniliste kopsupõletikkude avastamine fluorograafi abil ning nende taandatud suhe 1966. aastal

Rajoon	Järjekorranumber aktiivse kopsutuberkuloosi avastamise sageduse järgi	Järjekorranumber kroonilise kopsupõletiku avastamise sageduse järgi	Aktiivse kopsutuberkuloosi ja kroonilise kopsupõletiku taandatud suhe
Põlva	1	10	23:4
Tartu	2	4	20:17
Jõgeva	3	3	12:11
Viljandi	4	11	5:2
Paide	5	7	11:8
Kingissepa	6	1	15:26
Harju	7	9	21:13
Rakvere	8	8	9:7
Valga	9	12	2:1
Võru	10	6	2:3
Hiiumaa	11	5	3:5
Kohtla-Järve	12	13	13:10
Rapla	13	14	5:1
Haapsalu	14	2	3:13

dünaamiline fluorograafiline kontroll on tarvilik 1 . . . 1,5-kuiste vaheaegade järel seni, kuni on taandarenenud kõik põletikulise protsessi jääknähud kopsudes. Kui röntgenoloogilis-morfoloogiline pilt ei muutu, siis, vaatamata isegi kliinilisele paranemisele, on vajalik täpsem uurimine muutuste laadi selgitamiseks.

Kõike eespool toodut arvesse võttes tuleb vajalikuks pidada, et iga haige, kel fluorograafi abil on avastatud kopsupatoloogia, suunataks arsti järelevalve alla vastavalt haiguse spetsiifikale, s. t. kopsukasvaja kahtluse korral onkoloogi, kopsupõletiku puhul terapeudi hoole alla jne. Ainult sel teel saame täielikult ära kasutada kõik fluorograafilise uurimise tulemused.

Töö edaspidiseks parandamiseks on vaja, et kõik eriarstid ning keskastme meditsiinitöötajad teeksid fluorograafia kasulikkusest ja vajalikkusest sel määral selgitustööd, et see jõuaks iga inimeseni.

Fluorogrammide põhjal hingamiselundite haiguste suhtes kahtlaseks osutunud isikute järeluurimisest rajoonis peavad osa võtma ftisiaater, onkoloog, terapeut, pediaater ja röntgenoloog ning nende vahel peab valitsema tihe koostöö.

Pahaloomulise kopsukasvaja kahtluse korral on patsienti ilmtingimata vaja uurida sellise ravi- ja profülaktikaasutuse statsionaaris, mis küllaldasel määral on varustatud ajakohase meditsiinilise sisseseadega.

РЕЗЮМЕ. Флюорография широко применяется не только для раннего выявления легочного туберкулеза, но и для раннего выявления неспецифических заболеваний дыхательных органов. Число последних заболеваний непрерывно возрастает.

Неспецифическими заболеваниями дыхательных органов в большинстве страдают люди старше 50 лет.

По данным рентгено-флюорографического отделения Республиканского противотуберкулезного диспансера, среди нетуберкулезных заболеваний органов дыхания первое место занимают злокачественные опухоли легких (2,2—4,3 на 10 000 исследованных). 93—100% из выявленных больных были в возрасте старше 40 лет. Мужчины заболевают в 1,5 раза чаще, чем женщины.

За последнее время возросло также число больных хронической пневмонией (1,4—2,8 на 10 000 исследованных).

Соотношение между флюорографически выявленным легочным туберкулезом и неспецифическими заболеваниями дыхательных органов не во всех районах Эстонской ССР одинаково. В районах Выру, Йыгева это соотношение 1 : 1 или 1 : 2, в Валга, Вильянди и др. обратное и достигает 5 : 1.

При применении коэффициента корреляции Спирмена выяснилось, что, по нашим данным, отсутствует связь между цифрами флюорографически выявленного легочного туберкулеза и неспецифическими заболеваниями органов дыхания. Однако имеется прямая связь между флюорографически выявленными злокачественными опухолями легких и хронической пневмонией.

Больные, переболевшие пневмонией, подлежат рентгенологическому контролю каждые 1—1,5 мес., до тех пор пока не исчезнут воспалительные явления в легких.

Следовательно, необходимо, чтобы больные с флюорографически обнаруженной легочной патологией были обязательно направлены к специалистам — или же к терапевту, к онкологу, педиатру и т. д.

При подозрении на злокачественную опухоль легких необходимо квалифицированное клиническое обследование в стационарах с применением современных методов исследования.

KIRJANDUS: 1. Лагунова И. Г. В кн.: Основы флуорографии, Л., 1965, 176—187. — 2. Kubik, A. e. a. Rozhl. tuberk., 1963, 23, 6—7, 488—494. — 3. Cunderlik, J. e. a. Rozhl. tuberk., 1966. 26, 7, 469—474.

Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser

KOPSUEMFÜSEEMI FUNKTSIONAALSEST DIAGNOOSIMISEST

ILME PUUSSAAR
Tallinn

UDK 616.24-007.63.616-072.7

Kroonilise kopsupatoloogia juhtude, sealhulgas kopsuemfüseemi haigestumise sagenemine, mis teataval määral sõltub elanikkonna keskmise eluea pikenemisest, on üks kaasaja tervishoiu probleeme. Krooniliste kopsuhaiguste hulgas kuulub kopsuemfüseemile kahtlemata juhtiv koht kopsu funktsiooni nõrgendavate ja inimese töövõimet vähendavate põhjuste seas. Ometi on arstide ja mitte ainult arstide suhtumine nimetatud haigusesse tihtipeale rohkem konstateerivat kui tegutsevat laadi. Tuleb märkida, et kopsuemfüseemile on kodumaises kirjanduses pööratud märksa vähem tähelepanu kui näiteks Inglismaa ja USA arstiteaduslikus kirjanduses. Enamasti ei kajastu kliinilisel diagnoosimisel haiguse raskusaste, mis aga on vajalik prognoosi määramiseks ja töövõimetusekspertiisiks.

Juba Laennec (1826) ja hiljem Loeschcke (1913) olid seisukohal, et kopsuemfüseem on haigus, millele on iseloomulik väljavenitatud kopsukude, alveoolide vaheseinte atroofia ja kopsusisese õhuruumi suurenemine (tsit. 11 järgi). Ka tänapäeval on haiguse määratlus mitte kliiniline, vaid morfoloogiline. Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni ekspertide komitee defineerib kopsuemfüseemi kui «kopsude seisundit, millele on iseloomulikud õhuruumi suurenemine üle normi terminaalbronhioolidest distaalsemalt ja destruktiivsed muutused alveoolide seintes» (2). Osa patoloogidest on eri arvamusel, sest destruktiivseid muutusi alveoolide seintes kopsuemfüseemi puhul alati ei leita (5, 18).

A. Hazanovi (6) andmeil on kopsuemfüseem surma põhjuseks kõigi hingamiselundite haiguste hulgas 13%-l juhtudest ja see moodustab surma põhjustest täiskasvanute hulgas üldse 2%. Ruhri söekaevuritel põhjustab ainuüksi kopsuemfüseem 18%, emfüseem koos kroonilise bronhiidiga aga isegi üle 50% kõikidest invaliidistumisjuhtudest (10).

Patogeneesi seisukohalt eristatakse põhiliselt obstruktiivset ja mitteobstruktiivset kopsuemfüseemi vormi (1, 7, 9). Obstruktiivne kopsuemfüseem areneb kõige sagedamini kroonilise bronhiidi foonil. Viimase põhjusi, s. o. tolmu, suitsu ning ärritavate gaaside mõju, samuti infektsiooni ja kliimategureid, võib seetõttu pidada ka kopsuemfüseemi põhjusteks. Põhjuste hulka kuulub veel allergilise reaktsioonina tekkiv bronhospasm kas astmaatilisel alusel või seoses hingamisteede põletikuliste muutustega (13). Obstruktiivne emfüseem võib tekkida suhteliselt nooremas eas, on progresseeruvam ja palju sagedamini esinev kui mitteobstruktiivsed vormid.

Hingamistalitluse häired emfüseemihaigetel on eeskätt seoses kopsumahtude, ventilatsioonimehaanika ja alveolaarse ventilatsiooni muutustega. Kroonilise hingamispuudulikkuse arenemise korral tekivad hüpokseemia, hüperkapnia ja pH langus veres. Tsüanoos, hingeldus ja kopsuvereringe ülekoormuse nähud süvenevad.

Kopsuemfüseemi diagnoosimise võimalused ainuüksi kliiniliste nähtude järgi, rakendamata röntgenoloogilist ja funktsionaalset uurimist, sõltuvad nii haiguse arenemisastmest kui ka sümptoomide kvantitatiivse hindamise kogemusest. Haiguse algstaadiumis on füüsikalise uurimise andmed vähe veenvad. 8 kvalifitseeritud arsti katsed, kes uurisid 20 haiget, näitasid, et individuaalsed vaatluse tulemused võivad anda 50% ulatuses erineva hinnangu kopsupiiride, perkutoorse leiu jms. kohta (18).

Rindkere läbivalgustus võimaldab avastada neid emfüseemile omaseid muutusi, mis tavalisel röntgenogrammil ei avaldu. Seevastu nn. funktsionaalne röntgenogramm võimaldab emfüseemi diagnoosi tunduvalt objektiveerida (15). Mõnevõrra rohkem kui kliiniline vaatlus kajastab röntgenoloogiline uurimine emfüseemi puhul ilmnevate muutuste

analoogilist substraati. Röntgenoloogiliste ja morfoloogiliste andmete vahel võib aga olla ka lahkuminekuid (14, 16, 17).

Üldtunnustatud seisukoha järgi peab kopsuemfüseemi kliiniline diagnoos olema kompleksne ja tuginema kolmele põhikomponendile, nimelt kliinilisele vaatlusele, röntgenoloogilise ja funktsionaalse uurimise andmetele (8, 12). Hingamisfunktsiooni määramist, eriti residuaalmahu (RM) määramist, peetakse kopsuemfüseemi diagnoosimise üheks kaalukamaks võtteks, eelkõige haiguse arenemisastme kindlakstegemisel (18).

Emfüseemile omasest kopsu õhuruumi suurenemisest sõltuvalt on kopsumahtude uurimise diagnostiline väärtus siin olulisem kui teiste kopsuhaiguste puhul. Kopsuemfüseemile alati kaasuva residuaalmahu suurenemisega ühel ja samal ajal muutuvad ka teised välise hingamise näitajad: alanevad maksimaalne ventilatsioon (MV), forsseeritud sekundiekspiratsioon (FSE), pikeneb gaaside segunemisaeg kopsudes jne.

Esitame kokkuvõtlikud andmed kopsuemfüseemi funktsionaalse diagnoosimise kogemustest Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektoris. Hindamiseks võetud kopsuventilatsiooni-näitajad (MV ja FSE) määrati spirograafiga SG1M. Sama aparaadiga (kinnisel meetodil, kasutati indiferentset gaasi — heeliumi) määrati ka residuaalmaht.

Uuriti 53 põlevkivitöölist. Neist valdaval enamikul, s. o. 50 haigel, kaasnes kopsuemfüseem kroonilise bronhiidi või astmaatilise bronhiidiga. Ainult kolmel juhul kroonilise bronhiidi nähud puudusid ja kopsuemfüseem näis olevat iseseisev haigus. Arenemisstaadiumi järgi jaotati haiged järgmiselt: I staadium ehk kergekujuline emfüseem 18, II staadium ehk keskmise raskusega emfüseem 22, III staadium ehk raskekujuline emfüseem 13 juhul. Viimase puhul oli reeglipäraselt tegemist ka väljakujunenud kardiovaskulaarse puudulikkusega.

Z. Gasteva kaasautoritega (3) eristab kolme, Ameerika pulmonoloogid (12) aga viit emfüseemistaadiumi. Viiest staadiumist esimest, mil kliinilised, röntgenoloogilised ja funktsionaalsed sümptoomid puuduvad, nimetatakse asümptomaatiliseks staadiumiks ja haigus selles järgus avastatakse vaid lahangul. Raskuse järjekorras järgnevad ventila-

Tabel 1

Kopsuemfüseemi staadiumid kliinilis-funktsionaalsete ja röntgenoloogiliste andmete alusel

Staadiumid	Kliinilised andmed		Röntgenoskoopilised andmed	Funktsionaalse uurimise andmed
	kaebused	füüsikalise uurimise andmed		
I staadium (kergekujuline emfüseem)	Rahuolekus hingamine häireteta. Hingeldus tekib füüsilise koormuse puhul. Võib esineda köha.	Perkutoorselt kerge karbikõla varjund. Kopsu alumiste piiride liikuvus 4...5 cm.	Kergekujulised roiete ja vahelihase liikuvuse amplituudi muutused ning kopsuväljade transparentsuse muutused.	RM 30...40% FSE 60...50% MV 70...55%
II staadium (keskmise raskusega emfüseem)	Hingeldus tekib vähesel pingutusel. Köha krooniline.	Perkutoorselt karbikõla. Kopsu alumiste piiride liikuvus 3.. 4 cm. Hingamiskahin mõõdukalt nõrgenenud.	Sama, mõõdukalt kujunenud.	RM 40...55% FSE 50...40% MV 55...40% EKG muutused. Algav *cor pulmonale*.
III staadium (raskekujuline emfüseem)	Samad kaebused, mis II staadiumis, võivad esineda rahuolekus.	Perkutoorselt karbikõla, kopsu alumiste piiride liikuvus 1...3 cm. Hingamiskahin tunduvalt nõrgenenud.	Sama, tugeval kujul.	RM 55% või rohkem FSE 40% või alla selle MV 49% või alla selle EKG muutused. *Cor pulmonale*.

toorne staadium, hüpokseemia, hüperkapnia ja kardiaalse puudulikkuse staadium.

Arvestades kõigi näitajate, eriti aga residuaalmahu muutuse astet meie uuritud haigeil ja toetudes kirjanduse andmeile, koostasime orienteerivate kriteeriumide tabeli kopsuemfüseemi kolme arenemisstaadiumi eristamiseks (vt. tabel 1). Funktsionaalsed näitajad on tabelis toodud protsentides: 1) RM totaalkapatsiteedist, 2) FSE vitaalkapatsiteedist ja 3) MV individuaalsest normväärtusest.

Tabel 2

Kopsuemfüseemi arengustaadiumile vastavate funktsionaalse uurimise andmete ja röntgenoskoopiliste muutuste esinemissagedus

Kopsuemfüseemi staadium	Haigete arv emfüseemi staadiumile vastavate muutustega				Haigete üldarv
	RM	FSE	MV	Röntgenoskoopia	
I	14	14	8	11	18
II	21	17	15	19	22
III	12	6	9	13	13
Kokku	47	37	32	43	53

Tabelist 2 nähtub, millisel määral funktsionaalseid näitajaid saadi kasutada emfüseemi staadiumi kindlaksmääramiseks. Juhtude arv, kus näitajad olid muutunud haiguse staadiumile iseloomulikes piires, oli residuaalmahu puhul isegi veidi suurem kui röntgenoloogiliste muutuste korral. See on kooskõlas kirjanduse andmetega (12, 14, 18). MV ja FSE väärtused kaldusid mõnevõrra kõrvale nendest piiridest, mis kopsuemfüseemi vastavale staadiumile on iseloomulikud. Meie uuritud haigetel kaasnes emfüseem kroonilise bronhiidiga. Viimase puhul kujutasid läbitavuse häired endast eeskätt MV ja FSE mõjutavat lisategurit.

Funktsionaalne uurimine on oluline ka kroonilise hingamispuudulikkuse määramisel töövõimetusekspertiisi seisukohalt. Kopsuventilatsiooni, gaasivahetuse (O_2, CO_2) uurimine doseeritud füüsilise koormuse korral Böhlau spiromeetri ja oksühemomeetri abil võimaldab meie kogemuste järgi kindlaks teha just varajase varjatud hingamispuudulikkuse, mis kliiniliselt veel ei avaldu (4).

Kokku võttes võib öelda, et kopsuemfüseemi kompleksse diagnoosimise korral on funktsionaalse uurimise andmetel mitte väiksem osatähtsus kui kliinilise ja röntgenoloogilise uurimise andmetel. Funktsionaalse diagnoosimise suund on üha enam muutumas raviasutuste tegevust iseloomustavaks jooneks kaasajal.

РЕЗЮМЕ. Эмфизема легких имеет актуальное значение в связи с увеличением числа хронических неспецифических заболеваний легких в последнее время. Эмфизема легких является понятием анатомическим, клинические методы обнаружения заболевания не полностью адекватны. Сопоставление и комплексная оценка физикальных, рентгенологических и функциональных данных способствуют достоверности клинического диагноза.

Автор приводит данные функционального исследования 53 рабочих сланцевой промышленности, больных хроническом бронхитом и эмфиземой легких. На основании данных литературы и собственного опыта автор предлагает ориентировочную схему функциональных, клинических и рентгенологических изменений по стадиям заболевания. Степень выраженности эмфиземы легких точнее всего характеризуется изменениями остаточного объема легких.

KIRJANDUS: 1. Вотчал Б. Е. Руководство по внутренним болезням. т. III, 1964, 248—280. — 2. ВОЗ. Серия техн. докл. 1961, 213, 16—17. — 3. Гастева В. А., Нешель Е. В., Успенская В. Г. Пневмофиброзы и эмфизема легких. Л., 1965. — 4. Пууссаар И. П. Материалы научной сессии, посвященной 50-й годовщине Великой октябрьской социалистической революции. Таллин, 1967, 129—132. — 5. Тонконоженко В. И. Архив патологии, 1965, 10, 28—32. — 6. Хазанов А. Т. Сов. медицина, 1964, 3, 146, 150. — 7. Шульгин А. В. К вопросу о генезе эмфиземы легких. Терапевт. архив, 1966, 8, 32—36. — 8. Burrows, B. a. o. Am. Rev. Resp. Dis., 1965, 91, 665—678. — 9. Bühlmann, A. Deutsche Med. Wochenschr., 1966, 2, 82—86. — 10. Humperdinck, K. Med. Klin., 1962, 57, 413. Ref.: Zentralblatt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz, 1964, 14, 10, 252. — 11. Kühne, W. Staubinhalation. Lungenemphysem. Staublungenerkrankung. Jena, 1965. — 12. Meneely, G. R. a. o. Am. Rev. Resp. Dis., 1962, 85, 5, 762—768. — 13. Schröder, Kl.-J. Lunge und Beruf, Leipzig, 1962, 210—214. — 14. Snider, G. L. a. o. Am. Rev. Resp. Dis., 1962, 85, 5, 667—683. — 15. Tšadin, A., Šapiro, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 3, 175. — 16. Watanabe, S. a. o. Am. Rev. Resp. Dis., 1965, 92, 221—227. — 17. Woolf, C. R. Am. Rev. Resp. Dis., 1959, 80, 705—715. — 18. Worth, G. u. a. Archiv für Gewerbepathol. und Geverbehygiene, 1959, 17, 4, 442—456.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

KOPSUEMFÜSEEMI RÖNTGENDIAGNOOSIMISE OBJEKTIVEERIMISEST

ALEKSANDER TŠADIN
VLADIMIR ŠAPIRO
Kohtla-Järve

UDK 616.24-007.63:616-073.75

Kopsuemfüseemi kliinilise diagnoosimise üks põhikomponente on hingamisfunktsiooni uurimine spiromeetria, spirograafia, pneumotahhümeetria või mõne muu kliinilises praktikas juba levinud meetodi abil. Need meetodid peegeldavad mõlema kopsu funktsiooni summaarselt. Hea ettekujutuse parema ja vasaku kopsu ventilatsioonist eraldi annab bronhospirograafia, mille laialdasemat levikut piiravad aga selle protseduuri töömahukus ja ebasoodne emotsionaalne mõju uuritavale.

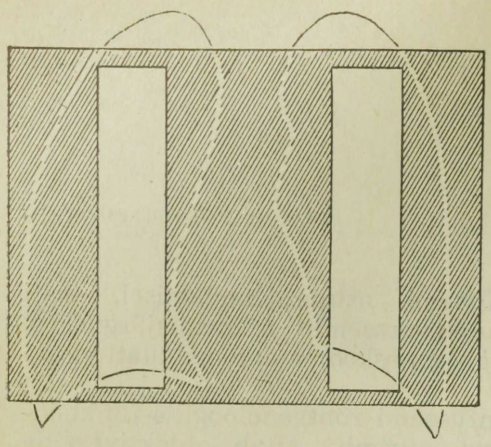
Ei ole võimalik saada küllalt õiget ülevaadet välise hingamise seisundist, kõrvutamata seda kopsude anatoomilise seisundiga, mille kohta kõige täielikuma ja usutavama elupuhuse hinnangu annab vaid röntgenoloogiline uurimine. Lihtsaimaks ja kasutatavamaks meetodiks on kahtlemata röntgenoskoopia. Selle abil määratakse rindkere mõõtmed, kuju muutused ja isegi viimaste põhjused. Juba varakult ilmneb emfüseemipuhune hiiluste deformatsioon. Kaudseiks viiteiks on roietekaare horisontaalasend ja roietevahemike suurenemine.

Emfüseemi arenguastme orienteerivaiks kvantitatiivseiks röntgenoskoopilisteks näitajateks on roiete ja diafragma piiratud liikuvus ning kopsukoe õhusisaldus, millest oleneb kopsude läbitavus röntgenikiirte suhtes. Kopsuväljade transparentsust tuleb uurida erinevates hingamisfaasides. J. Sokolovi (7) järgi diafragmeeritakse selleks piiratud ala (5×5 cm) kopsu alumises väljas, mille helenduse vahe sügaval sisse- ja väljahingamisel on paremini märgatav kui avatud ekraani korral. Kui helendus märgatavalt ei muutu, siis hinnatakse Sokolovi proov positiivseks. Kuid ka emfüseemi röntgenoskoopilisel diagnoosimisel ilmneb sageli ebasoovitav subjektiivsuse moment, mis sõltub röntgenoloogi kogemustest emfüseemi sümptoomide kvantitatiivsel hindamisel. Emfüseemi astme hindamisel, eriti haiguse varasemas arenemisjärgus, ei ole röntgenoskoopia andmed alati veenvad.

Emfüseemi röntgenoloogilis-funktsionaalset uurimist aitab objektiveerida muutuste röntgenograafiline registreerimine. On hakatud kasutama erilisi seadeldisi, nn. aplikaatoreid kahe- või kolmefaasiliseks röntgenograafiaks. Analoogiliselt röntgenkümograafi võrgustikule kujutavad aplikaatorid endast röntgenikiiri neelavast materjalist eri suuruse ja erikujuliste avadega plaate, mis võimaldavad teha mitu ülesvõtet ühel filmil.

B. Kwiet (10) on roiete ja diafragma liikuvuse registreerimiseks kasutanud pliiribadest sõrestikku. Vertikaalsete pliiribade ja nende vahede laiuseks oli 1 cm. Pärast maksimaalse sissehingamise ajal tehtud ülesvõtet ja plaadi nihutamist 1 cm võrra tehti võte sügava väljahingamise ajal. Sellele üsna ligilähedased on mitmed teised meetodid (1, 2, 9). I. Amossov (1) soovitab võrgukujulist aplikaatorit. Sel teel on autor saanud rindkere kujutise, mis koosneb tihedast ruudustikust (serva laius 1 cm). J. Nešel (4) soovitab teha kaks, J. Sokolov (7) aga kolm 9×12 cm suurust ülesvõtet ühest ja samast kopsuvälja osast eri hingamisfaasides.

Kopsuemfüseemi röntgendiagnoosimise objektiveerimist pidasime oma töös vajalikuks põlevkivikaevurite röntgenoloogilisel uurimisel. Krooniline bronhiit, astmaatiline bronhiit ja nende tüsistusena tekkiv kopsuemfüseem on sagedamateks mittespetsiifilisteks kopsuhaigusteks põlevkivitöölistel (3). Hingamise puudulikkuse oluliseks põhjuseks neil juhtudel on just taandarenematu obstruktiivne emfüseem, mille võimalikult täpne röntgenoloogiline hindamine on tähtis põhihaiguse ravi, ratsionaalse töökorralduse ja töövõimetusekspertiisi seisukohalt.



Aplikaatori skeem

1965. a. hakati Kohtla-Järve I polikliinikus emfüseemi röntgendiagnoosi täpsustamiseks rakendama A. Sadofjevi (5, 6) meetodit, eelkõige selle otstarbekuse ja lihtsuse tõttu. Selleks vajalikku röntgeniaparaadi lisaseadet (aplikaatorit) võib lihtsate vahenditega hõlpsasti valmistada igas mehhaanikatöökojas. Aplikaator on röntgenikiiri neelavast materjalist rindkerelaiune plaat. Selles on 2 vertikaalset ristkülikukujulist ava, mille suurus on 6×28 cm ja vahekaugus 14 cm (vt. joonis). Tagakülje raamistuses on ava 30×40 cm suuruse filmikasseti ettelükkamiseks. Aplikaator on hästi kohaldatav aparaadile УРД-110.

Röntgenitorust maksimaalsel kaugusel olevale ekraanile kinnitatakse uurimise ajaks aplikaator. Kontroll-läbivalgustuse abil seatakse patsient nii, et 2 ristkülikukujulist ava jääks kummagi kopsu sümmeetriliste osade kohale. Avade telgjooned langevad tavaliselt ühte keskmise klavikulaarjoonega. Pärast seda lükatakse kassett esimesse seisu ja tehakse esimene võte hingamispausi ajal, s. o. rahuseisundis pärast tavalist rahulikku väljahingamist. Meie kogemuste kohaselt on soodsam alustada just hingamispausi ajal, mitte aga forsseeritud sisse- ja väljahingamise ajal, mille järel on raskem tabada rahuolekule omaste hingamisliigutuste taset. Seejärel lükatakse kassetti veel kahel korral 6 cm võrra (teise ja kolmandasse seisu) ning tehakse ülesvõtted maksimaalse välja- ja sissehingamise ajal. Nüüd on ühelainsal 30×40 cm suurusel röntgenifilmil seeria kuuest sihtvõttest suurusega 6×28 cm, neist 3 parempoolset kajastab parema ja 3 vasakpoolset vasaku kopsu funktsiooni. Kolme võtte fotograafilise tumestuse hilisemaks võrdlemiseks tuleb neid võrdselt eksponeerida.

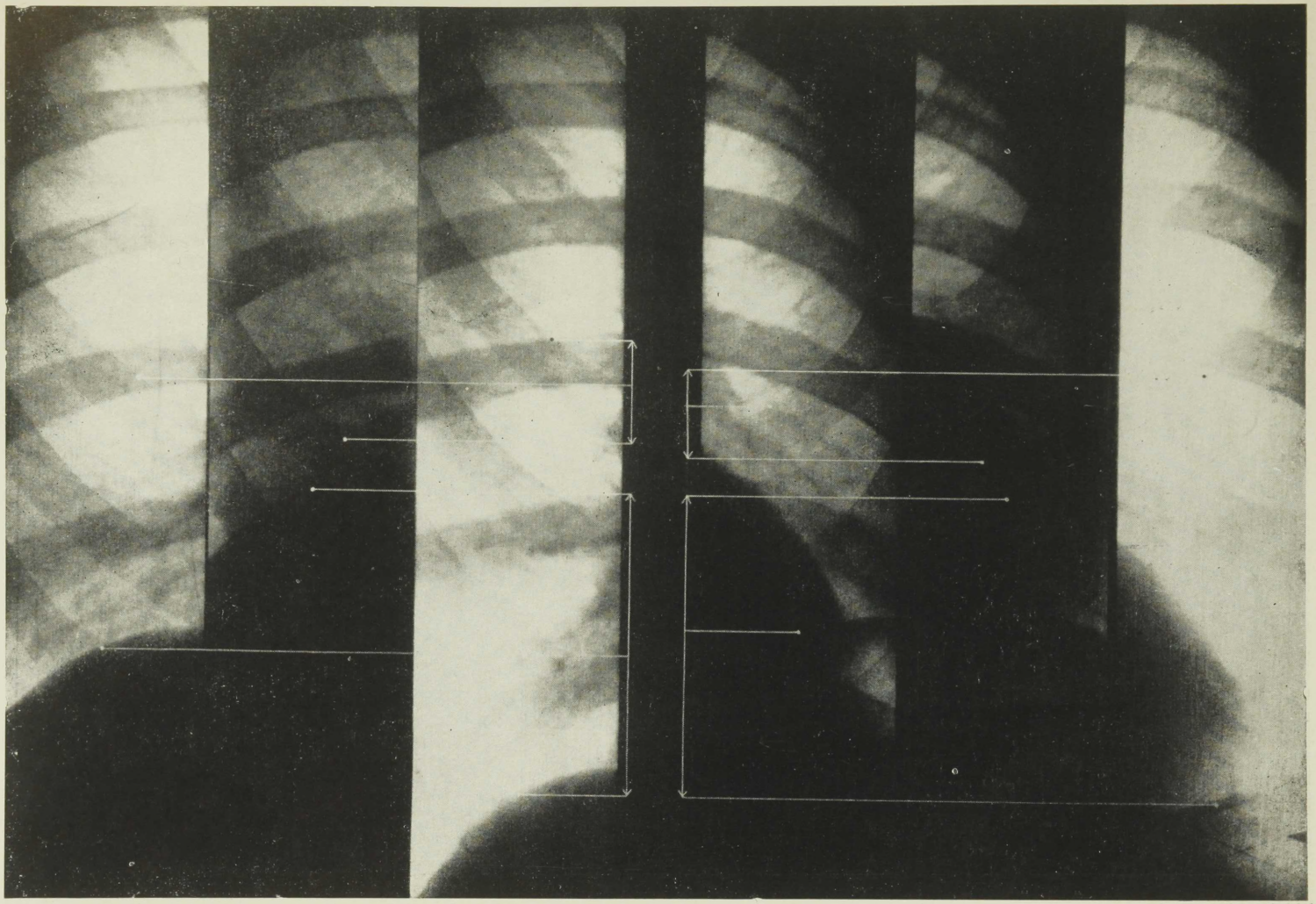
Kirjeldatud meetodil uurisime 372 perioodilistelt läbivaatustelt suunatud põlevkivitöölist. Ühelainsal röntgenogrammil objektiivselt dokumenteeritud hingamisfunktsiooni-näitajate hindamine osutus märksa edukamaks ja tulemus veenvamaks kui tavalise röntgenoskoopilise vaatluse korral. Kaks uuritavat piirkonda hõlmab suurema osa kõige funktsioneerivamast kopsukoest, tipust kuni vahelihaseni (vt. joon. 1, tahvel VII, röntgenogramm 1). Välja jääb väiksem kopsude osa lateraalses ja parahilaarses piirkonnas. Et välja- ja sissehingamise faasi kujutavad ülesvõtted asetsevad kõrvuti, on roiete ja vahelihase liikuvuse amplituud, samuti kopsuväljade transparentsuse muutumine väga demonstratiivsed.

Roiete liikuvust on soovitatav mõõta IV roide eesmises osas, vahelihasel aga selle kupli ülaosa ühes kindlas punktis. Kuigi röntgenifilmi tumestus eri hingamisfaasides sõltub mitte üksnes õhu hulgast kopsudes, vaid ka muudest teguritest (8), võib selle põhjal praktiliselt siiski otsustada kopsude ventilatsiooni üle. Filmide tumestuse astme vahe määrasime röntgendensitomeetri abil. Tundlik fototakisti võimaldab täpselt (fotoelektriliselt) määrata isegi silmale märkamatut tumestuse erinevust.

Kopsuemfüseemi arengule iseloomulike näitajate demonstreerimiseks toome 3 röntgenogrammi (vt. tahvlid VII, VIII ja IX).

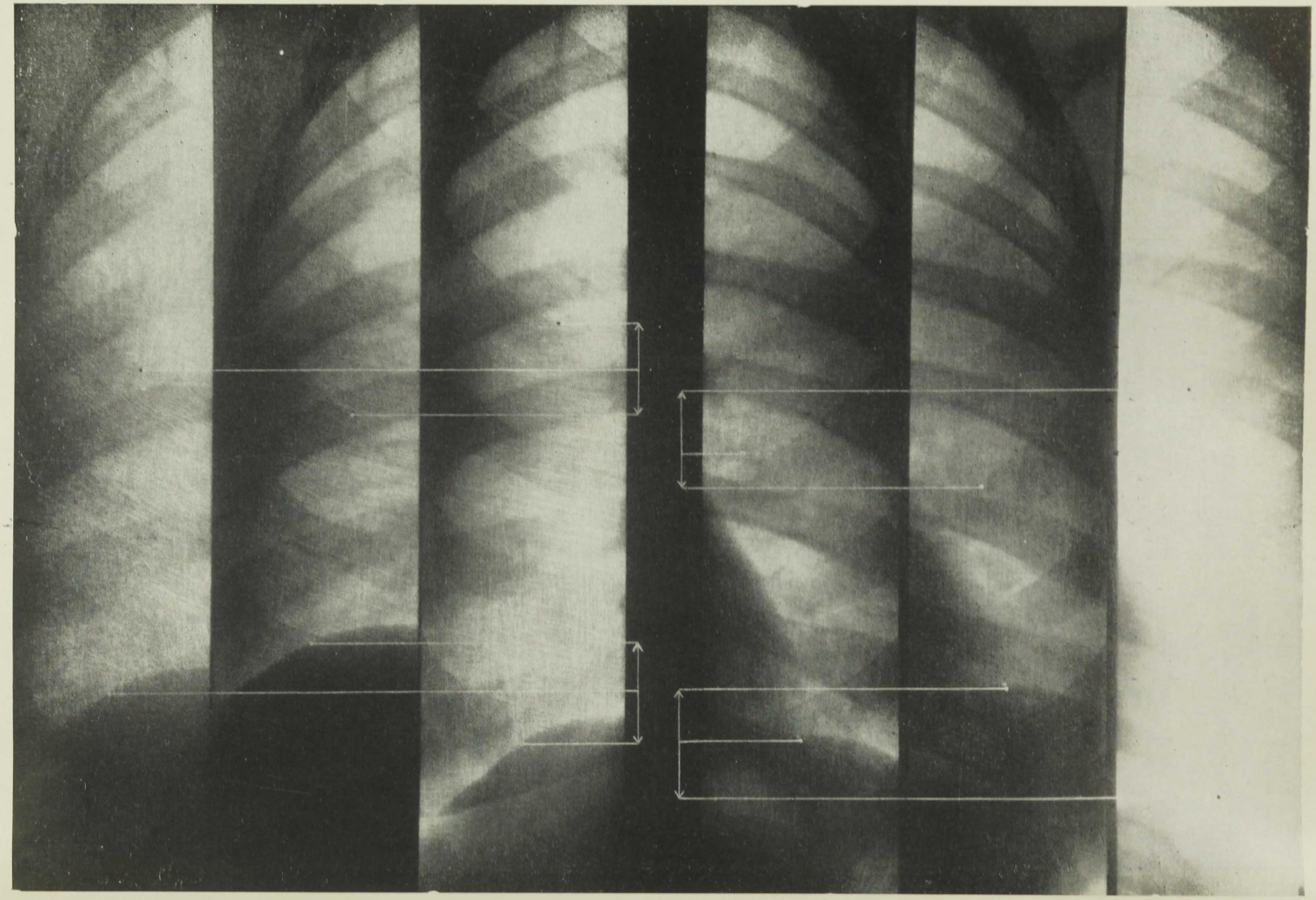
Funktsionaalsel röntgenogrammil on roiete ja diafragma liikuvuse ning transparentsuse muutuste amplituud vastavuses kopsu spirograafiliste näitajatega ning kajastavad neid järgmiselt. Residuaalmaht (RM) = filmi tumestusaste maksimaalsel väljahingamisel. Vitaalkapatsiteet (VK) = kõigi näitajate muutumise amplituud maksimaalsel sisse- ja väljahingamisel. Inspiratoorne reservmaht (IRM) + hingamismaht (HM) = muutuste amplituud maksimaalse sissehingamise ja hingamispausi vahel. Ekspiratoorne reservmaht (ERM) = muutuste amplituud maksi-

A. Tšadin
V. Šapiro



Röntgenogramm 1.

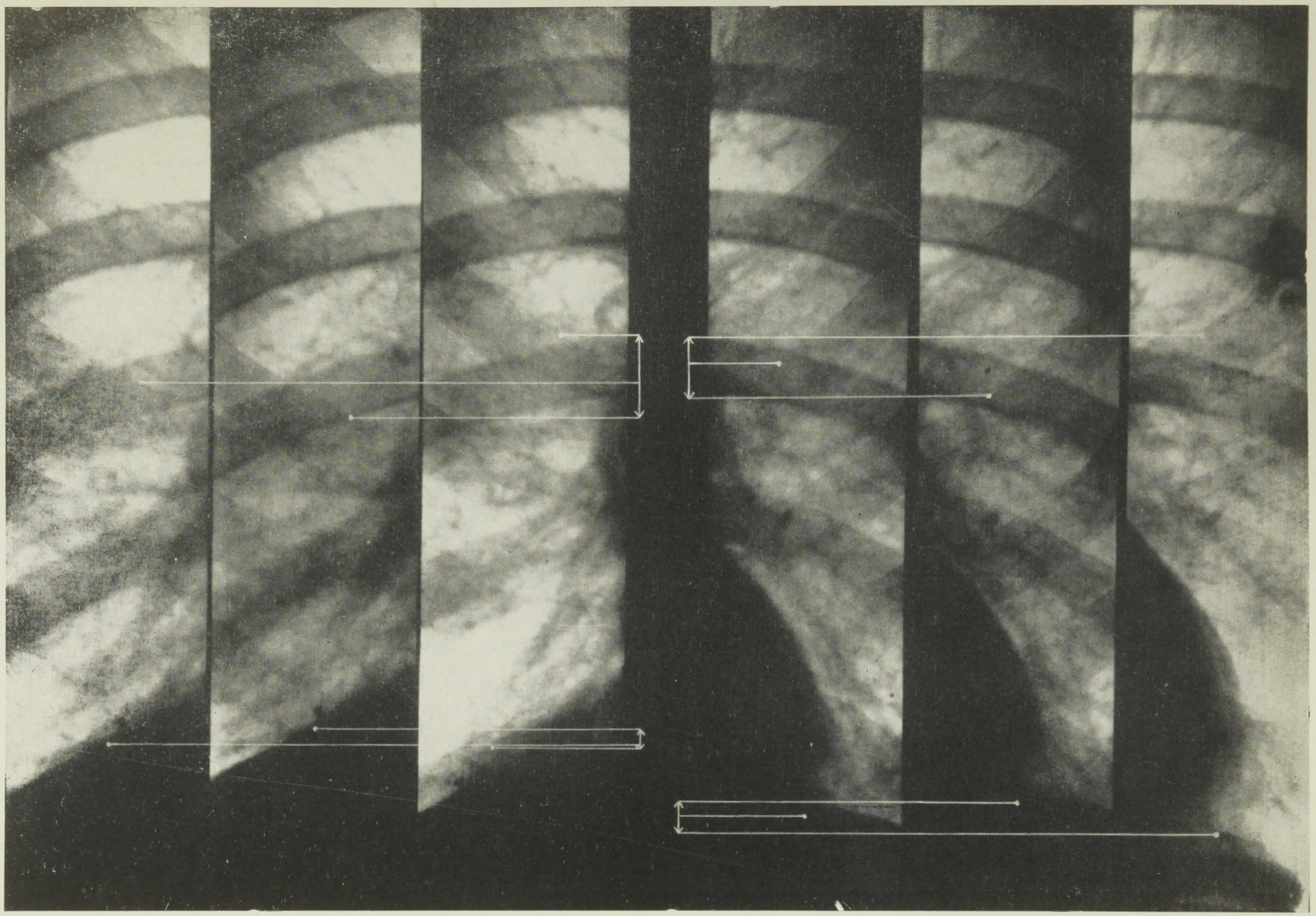
Patsient K., 41 aastat vana. Praktiliselt terve. Kaevanduses teetööline 12 aastat. Maksimaalne liikuvus paremal IV roidel 2,9 cm, vahelihasel 8,5 cm, transparentsuse näitaja 0,95 MΩ; vasakul vastavalt 2,5 cm, 8,4 cm ja 0,60 MΩ.



Röntgenogramm 2.

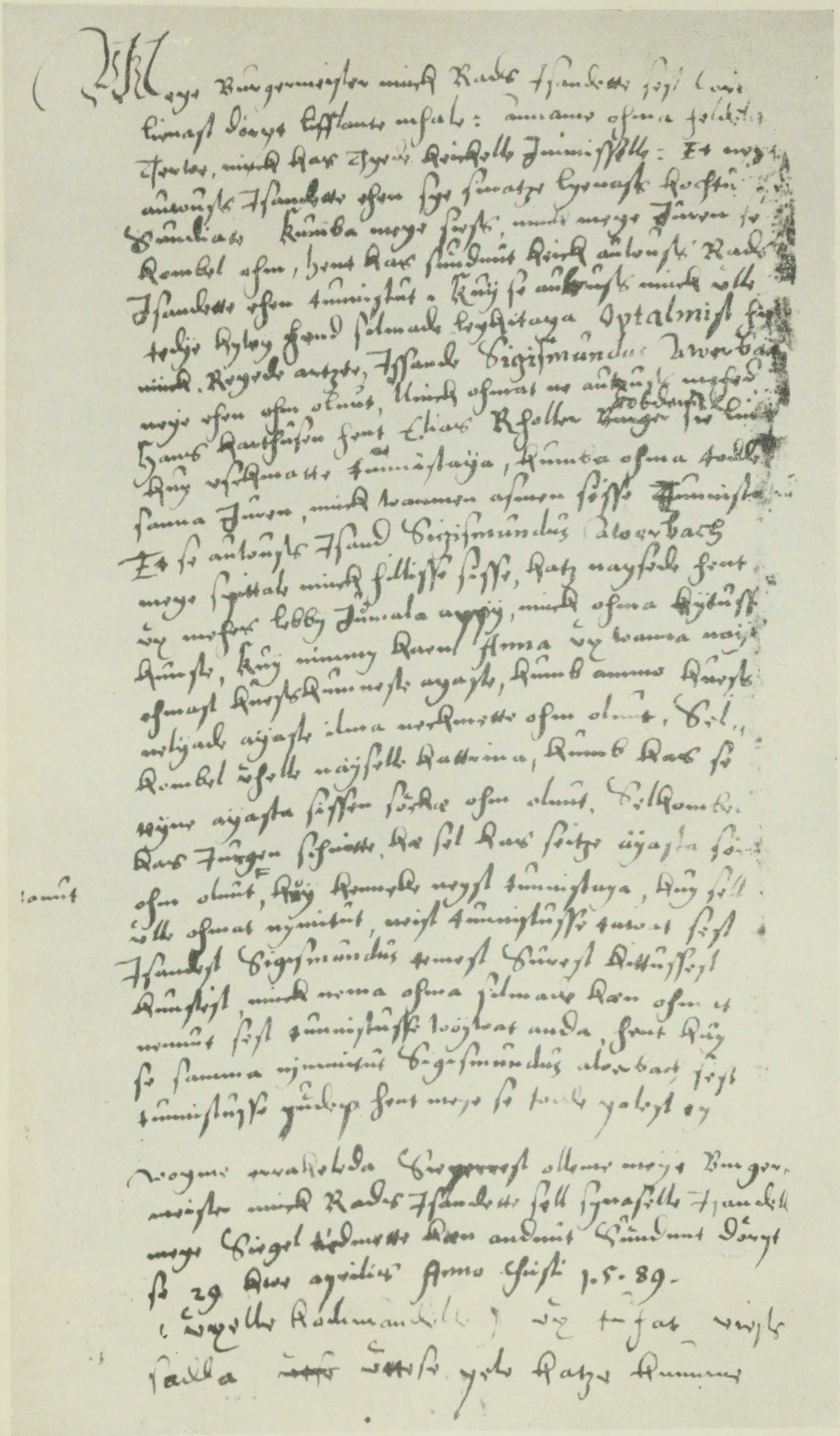
Patsient P., 37 aastat vana. Kergekujuline kopsuemfüseem. Kamberahjude tsehhi tööline 9 aastat. Kaebusi ei esitanud ja füüsikalisel uurimisel emfüseemi nähte ei leitud. Röntgenogrammil IV roide maksimaalne liikuvus paremal 2,5 cm, vahelihasel 2,9 cm, transparentsuse densitomeetriline näitaja 0,26 MΩ; vasakul vastavalt 2,7 cm, 3,1 cm ja 0,19 MΩ. Kopsuemfüseemi röntgenoloogilist diagnoosi kinnitas hiljem ka spirograafiline uurimine.

A. Tšadin
V. Šapiro



Röntgenogramm 3.

Patsient R., 55 aastat vana. Väljakujunenud kopsuemfüseem. Kaevanduses läbindaja 12 aastat. Roiete ja vahelihase liikuvus on tunduvalt piiratud, paremal pool vastavalt 2,2 ja 0,5 cm, silma järgi hindamisel on filmi transparentsus sisse- ja väljahingamise ajal praktiliselt ühesugune, densitomeetria 0,16 MΩ. Vasakul kopsul vastavalt 1,6 cm, 0,9 cm ja 0,16 MΩ.



Sigismundus Awerbachile antud tunnistuse eestikeelne tekst

maalse väljahingamise ja hingamispausi vahel.

Võrdlevate röntgenograafiliste ja spirograafiliste uurimiste alusel terveil on arvestatud korduskoefitsiendid (5) VK ning selle fraktsioonide väljendamiseks mahuühikutes. Seda on tehtud röntgenoloogilis-funktsionaalse uurimise vahendusel. Röntgenoloogilis-funktsionaalne uurimine Sadofjevi meetodil annab aga häid tulemusi ka filmi ligikaudsel, nii-öelda silma järgi hindamisel.

РЕЗЮМЕ. Рентгенологический метод является одним из ведущих в клинической диагностике эмфиземы легких благодаря возможности прижизненно сопоставлять функциональное состояние с анатомической оценкой состояния аппарата внешнего дыхания. Авторы применяли рентгенофункциональное исследование эмфиземы легких у рабочих сланцевой промышленности Эстонской ССР по методу, предложенному А. И. Садофьевым. Метод позволяет на одной пленке 30×40 см объективно регистрировать ряд показателей раздельно для каждого легкого (амплитуда подвижности ребер и диафрагмы, степень воздухонаполняемости легочной ткани в различных фазах дыхания). Описанный простой способ был применен при исследовании 372 рабочих и оказался целесообразным для уточнения степени развития обструктивной эмфиземы, особенно в начальных стадиях развития этого заболевания.

В работе останавливаются на рентгеноденсиметрии и др. способах измерения показателей и приводятся соответствующие примеры рентгенограммы.

KIRJANDUS: 1. Амосов И. С. В кн.: Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания у детей. Л., 1957. — 2. Бродский О. Б. Вестн. рентг. радиол., 1961, 6, 41—42. — 3. Марипуу И. П., Шамардин Б. М. В кн.: Вопр. гигиены труда и проф. патологии в Эстонской ССР, вып. 1, Таллин, 1966, 15—24. — 4. Нешель Е. В. Клин. медицина, 1950, 7. — 5. Садофьев А. И. Рентгенодиагностика состояния функции внешнего дыхания в клинике и при экспертизе трудоспособности. Л., 1960. — 6. Он же. Рентгенологические показатели для оценки трудоспособности после резекции легкого. Л., 1964. — 7. Соколов Ю. Н. Тр. сессии Центр. рентг. и радиол. инст. М., 1949. — 8. Червинский А. А. Хирургия, 1958, 8, 52—59. — 9. Яковлев И. И. Врачебн. дело, 1958, 8, 853—856. — 10. Kwiet, B. Fortschr. Röntgenstr., 1932, Bd. 45, H. 1. [tsit. A. Sadofjevi j. (5)].

Kohtla-Järve I Linnahaigla

KAS EESTI NSV PÕLEVKIVITÖÖLISED HAIGESTUVAD PNEUMOKONIOOSI?

IMANTA MARIPUU
Tallinn

UDK 616.24-003.656.6+662.67.007.2(474.2)

Krooniliste kopsuhaiguste diagnoosimine, ravi ja profülaktika on Eesti NSV põlevkivibasseinis aktuaalsed. Vabariigi teiste linnadega võrreldes on Kohtla-Järvel neid haigusi avastatud sagedamini (14). Ainuüksi see tõsiasi lubab tõstatada küsimuse nende seosest kutsetööga. Hingamiselundeid mõjutavateks ja kahjustavateks teguriteks põlevkivikaevandustes on põlevkivitolm, lõhkanisgaasid ja -suits, põlevkivi töötlemisel ka põlevkivituha tolm, väävli oksiidid, väävelvesinik, fenooliaurud jm.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, uurides loetletud tegurite toimel sugenevaid muutusi hinganiselundeis, pidas silmas järgmiste kliiniliste haigusvormide esinemise võimalust: pneumokonioos, krooniline bronhiit, astmaatiline bronhiit ja kopsuemfüseem, mis võivad olla otseses või kaudses seoses põlevkivitööstuse töötingimustega. Kuid tuleb arvestada seda, et kroonilise kopsupatoloogia tekke põhjuste kompleksi põimub enamasti ka kutsetööga mitteseostatavaid tegureid (olustikulised, klimaatilised, nakkuslikud jt.), mis tööstusteguri osatähtsuse väljaselgitamise sageli keerukaks muudab (näiteks kroonilise bronhiidi ja bronhiaalastma puhul).

Pneumokonioosi juhtudel on olukord lihtsam, sest haiguse etioloogia on juba rangelt piiritletud. See areneb ainult

tööstustolmu pikaajalisel sissehingamisel ja esineb seetõttu alati kutsehaigusena. Pneumokonioos on produktiivset põletikku meenutav, kuid histoloogiliselt omapärase pildiga aeglane sidekoe vohamine kopsudes tolmu toimel. Selles suhtes kõige agressiivsemaks aineks on ränidioksiid, kuid tolmufibroos võib tekkida ka mitmete teiste — peamiselt mineraalsete tolmude toimel (silikaadid, raudoksiid, kivisüsi jt.).

Veel praegugi on pneumokonioos kutsepatoloogide tähelepanu keskpunktis. Enamik pneumokonioosijuhtudest on diagnoositud just kaevuritel. Seda, invaliidsust sageli põhjustavat haigust põdejate arv ulatub maailmas tänapäevalgi miljoni piiresse. Kas ka Eesti NSV põlevkivi tootmisel selle tolm võib pneumokonioosi haigestumist põhjustada? Niisugune küsimus oli aktuaalne juba paarkümmend aastat tagasi, siis, kui algas põlevkivitööstuse kiire areng.

Nimetatud probleemi uurimise algetapil (alates 1949. aastast) toetuti põlevkivitööliste massilistel läbivaatustel üksnes röntgenograafilisele uurimisele. 3427 põlevkivitöölise uurimisel leiti, et 3,8%-l neist ilmnes röntgenogrammidel kopsude bronhovaskulaarse joonise muutusi, mis said uue haigusvormi nimetuse — põlevkivi pneumokonioos — kasutuselevõtmise aluseks nii kirjanduses kui ka praktikas (2, 4, 5, 15). Varajasemas kirjanduses mingeid viiteid selle haigusvormi kohta pole leida. Kui V. Küng (6) kirjeldas mikroskoopilisi muutusi nõrga interstitsiaalse tolmufibroosi ja tüüpiliste silikootiliste sõlmekeste näol kopsuvärati lümfisõlmedes osal 25 lahangujuhust, näis uue pneumokonioosivormi eluõigus otsustatud olevat.

1960. aastaks tekkis põlevkivibasseinis olukord, mil mis tahes mittespetsiifiliste krooniliste kopsuhaiguste kliinilisi nähte, kui need olid leitud vaid põlevkivitöölisel, tõlgitseti sageli kas pneumokonioosina või selle tüsistustena. On kiputud unustama kutsehaiguse kindlakstegemise üht põhiprintsiipidest — diferentsiaaldiagnoosimist. Seega osutus vajalikuks täiendavalt uurida haiguse diagnoosimist, tüsistusi ja ka seda, kas see haigus pneumokonioosile omaselt avaldab progresseerumistendentsi (kas või väheselgi määral). See aga eeldas aastaid vältavat dünaamilist jälgimist.

Kuni 1964. a. uuris Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektor dünaamikas kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt 1000 põlevkivitöölist, kusjuures hõlmati 85% nendest, kellel varem, esmakordsel vaatlusel, pneumokonioosi oli röntgenoloogiliselt diagnoositud. Dünaamilise vaatlusperioodi pikkus oli 5 . . . 14 aastat. 743 uuritavat olid kaevurid (Käva 2, Kukruse ja Kiviõli kaevandustest) ning 257 Kiviõli ja Kohtla-Järve põlevkivikombinaatide töölised.

Pneumokonioosi röntgendiagnoosimise alal spetsialiseerunud kaks vaatlejat tõlgitses röntgenoloogilisi andmeid eraldi, teineteisest sõltumata. Arvamused ühtisid usutavalt: difuusse pneumoskleroosi progresseerumist dünaamikas ei täheldatud. Ei avastatud ka uusi pneumokonioosijuhte nende isikute hulgas, kellel röntgenoloogilise uuringu tulemus esmakordsel vaatlusel oli hinnatud normaalseks, kuigi paljud neist olid korduva uurimise ajal põlevkivitolmuga kokku puutunud juba üle 20 aasta. Seevastu kliinilis-funktsionaalsete uurimiste põhjal võis dünaamiliste vaatluste jooksul 1000 uuritava hulgas täheldada kroonilise bronhiidi esinemissageduse neljakordset suurenemist (7).

Dünaamilised vaatlused võimaldasid täpsemalt tõlgitseda röntgenoloogilisi muutusi põlevkivitööliste kopsudes. Nagu selgus, oli varajasemal uurimisel pneumokonioosina tõlgitsetud kopsujoonise tugevnemist I ja II järgu bronhide ning veresoonte hargnemise piirkonnas parahilaarselt, eeskätt alumistes kopsuväljades. Seejuures keskväljades, ülemistest väljadest rääkimata, oli bronhovaskulaarne joonis normaalne. Sellist kopsujoonise muutuste lokalisatsiooni (alumistes väljades) on peetud isegi põlevkivipneumokonioosi iseärasuseks, mis seda eristab teistest pneumokonioosidest (5). Kahjuks on see põhjendamata väide diagnostilise kriteeriumina desorienteeriv.

Suuremakaliibrilise kopsujoonise tugevnemine alumistes kopsuväljades ja kohati selle jämevõrkjas deformeerumine ei ole pneumokonioosile iseloomulik. Küll aga võib see olla sekundaarse,

põletikujärgse (peribronhiitilise, bronhoektaatilise ja metapneumoonilise) pneumoskleroosi tunnus. Kui jutt oleks difuus-sklerootilisest tolmufibroosist (sõlmiline ja konglomeratiivne vorm ei tule kõne allagi), siis peaks see levinud olema enam-vähem ühtlaselt, laialdasemalt, eelkõige keskväljades, bilateraalselt ja ulatuma kopsuväljade lateraalsete osadeni kopsujoonise peenvõrkja deformatsiooni näol (9). Sellist pneumokonioosile omast muutust me põlevkivitööliste dünaamilisel vaatlemisel aga ei täheldanud.

Samasuunalisi täiendavaid andmeid saadi krooniliste kopsuhaiguste ja vähktõve epidemioloogia uurimisel Kiviõli elanike hulgas 1964. aastal. Uuriti 2170 rindkere-röntgenogrammi. Leiti vaid kopsujoonise tugevnemist, mis pneumokonioosile ei viidanud. Põlevkivitööstuses töötavatel meestel täheldati seda 3,5%-l, naistel 3,7%-l uurituist. Isikuil, kes tolmustel töödel varem polnud töötanud, ei olnud need näitajad väiksemad, pigem vastupidi — vastavalt 6,7% ja 3,2% (8). Ka see tõsiasi kinnitab, et kopsujoonise muutuste puhul on eriti oluline, et arvestataks nende pneumokonioosispetsiifilisust ja välditaks suvalist hinnangut.

Väärib märkimist, et nüüd, mil igal aastal on laialdaselt levinud uurimised laiakaadrilise fluorograafi abil, ei ole põlevkivitöölistel difuus-sklerootilisele pneumokonioosile iseloomulikke muutusi samuti avastatud.

Järeldus sellest, et põlevkivitöölistel pneumokonioosile iseloomulikke röntgenoloogilisi muutusi kopsudes ei arene, ei tarvitse olla vastuolus patohistoloogiliste uurimiste andmetega, mille järgi kopsudes, eelkõige kopsu lümfisõlmedes, on täheldatud algavaid silikootilisi muutusi (6). Küsimus on histoloogilise pildi kliinilis-anatoomilises hinnangus, sest selleks, et röntgenogrammile varjustust jätta, peab fibroossetel muutustel kopsudes olema kindel suurusaste. Näiteks sidekoelised ja põletikulised moodustised, mille läbimõõt on alla 1,5 . . . 2 mm, elupuhuselt tehtud röntgenogrammil ei avaldu (10).

V. Küngi (6) raamatus detailselt kirjeldatud histoloogiliste muutuste kohta kopsudes ei ole autor andnud kliinilis-anatoomilist hinnangut. Kõigil 25 juhul, mida autor kirjeldab, puudusid eelneva röntgenograafilise uurimise andmed. Ei ole toodud ka kopsude anatoomilist kirjeldust. Seega ei saa neil juhtudel isegi oletada, kas histoloogilised muutused oleksid võinud avalduda kliinilis-röntgenoloogiliselt. Selle lünga täitmiseks on vaja koguda uurimismaterjali, mis võimaldaks tõmmata kliinilis-anatoomilisi paralleele.

Lahangumaterjali hakkasime koguma 1964. aastal ja siinkohal esitame lühikokkuvõtte seni saadud 9 juhu kohta. Neist 7-l oli elupuhusel esmakordsel uurimisel röntgenoloogiliselt diagnoositud põlevkivipneumokonioosi, korduval dünaamilisel uurimisel aga loeti see diagnoos põhjendamatuks.

Kopsude ja südame lahangumaterjali uuris morfoloogiliselt V. Küng. Eri arenguastmel kroonilist bronhiiti ja kopsuemfüseemi leiti 8-l 9 juhust, kusjuures 4 tugevamini väljaarenenud haigusjuhtu (sealhulgas ühel neist oli krooniline kopsupõletik bronhoektaasidega) oli diagnoositud ka kliiniliselt. Kliinilis-anatoomilise otsuse põhjal ei täheldatud pneumokoniootilist fibroosi makroskoopiliselt, mis oleks võinud olla dokumenteeritav röntgenogrammidelt. Küll aga avastati mikroskoopilisel uurimisel 2 juhul kopsu ja kopsuvärati lümfisõlmede tüüpiline silikootiline fibroos ning nõrk interstitsiaalne tolmufibroos kopsudes. Need algavad silikootilised muutused, peamiselt lümfisõlmedes, ei saa olla aluseks pneumokonioosi (silikoosi) kui kutsehaiguse diagnoosimisel.

Kodumaa kirjanduses mainitakse algavaid pneumokoniootilisi muutusi kui «skleroosieelseid» (2), välismaa kirjanduses kohtame mõisteid «mikroskoopiline pneumokonioos» (11), «haigusliku tähenduseta pneumokoniootilised muutused» (12) jne. Sellisteks muutusteks tuleb pidada ka tööliste kopsudes põlevkivitolmu toimel sugenevaid muutusi. Seega põlevkivikaevurite puhul ei ole pneumokonioosil kutsehaigusena tähtsust.

Põlevkivikaevureil täheldatud pneumokonioosile omaste mikroskoopiliste muutuste tähendusest aitab paremini aru saada kas või see, et tolmuste suurlinnade elanike kopsudes leitakse samuti haigusliku tähenduseta antrakootilist pigmentatsiooni ja koereaktsiooni tolmukollete ümbruses. Ka Kunda vanadel tsementitöölistel ei ole pneumokonioosi

leitud (13). Kunda portlandtsemendi ja selle lähteainete tolmu ränidioksiidisisaldus (ligikaudu 4%), samuti mitmete teiste ainete sisaldus aga on üsna ligilähedane põlevkivitolmu omale. Õhu tolmusisaldus tsementitööstuses on seejuures tunduvalt suurem kui põlevkivikaevanduses.

Kaasajal on välja kujunemas arvamus, mille järgi pneumokonioosi all ei tohi mõista üksnes pneumosklerootilisi muutusi. Kas tolmu toimel tekkivat kroonilist bronhiiti lugeda samuti pneumokoniooside hulka, mis laiendaks selle nosoloogilise ühiku tähendust, on küsimus, mille kohta kindlad seisukohad veel puuduvad (2).

Hingamiselundeisse sattumisel hakkavad tolm, gaasid jt. välistegurid kohe toimima hingamisteede limaskesta epiteelisse. Kui puututakse kokku põlevkivitolmu, eriti põlevkivituha ja ärritavate gaaside kui kutsuteguritega, siis on alust arvestada just sellist toimet. Need võivad kaasa aidata kroonilise bronhiidi, emfüseemi ja astmaatilise bronhiidi arenemisele ning ühtlasi sekundaarselt soodustada mittepneumokoniootilise fibroosi teket. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori senised tähelepanekud viitavadki eelkõige kroonilise astmaatilise bronhiidi mõningale sõltuvusele põlevkivitööstuse töötingimustest.

РЕЗЮМЕ. В статье приводятся критические заметки по поводу клинического понятия «сланцевой пневмокониоз», введенного в литературу в пятидесятых годах. Под этим термином понимали профессиональное заболевание легких, возникающее от воздействия пыли горючих сланцев Эстонского месторождения.

Для изучения вопроса дифференциальной диагностики, осложнений и характера прогрессирования этого пневмокониоза автором были проведены многолетние (5—14) динамические клинико-рентгенологические наблюдения над 1000 стажированными рабочими. Этими же наблюдениями было охвачено 85% из всех этих лиц, у которых при первичных осмотрах был диагностирован пневмокониоз. Проводилось также сравнительное рентгенологическое исследование 2 групп населения г. Кивиыли, всего 2170 человек, работающих и не работающих в сланцевой промышленности.

По заключению автора, убедительных клинико-рентгенологических признаков пневмокониоза у рабочих эстонской сланцевой промышленности не выявляется, следовательно, нет оснований в этом случае говорить о динамике прогрессирования и осложнений пневмокониоза.

До настоящего времени накоплен небольшой секционный материал — 9 случаев, когда при жизни во время первичных осмотров был ошибочно диагностирован пневмокониоз. Клинико-анатомические параллели в этих случаях не подтвердили наличие в легких макроскопически обнаруживаемого пневмокониотического склероза, как возможной основы рентгенологического изображения пневмокониоза. При микроскопическом исследовании в 2 случаях обнаружены силикотические изменения в лимфотических узлах легких.

Выделение сланцевого пневмокониоза как самостоятельной нозологической единицы клинико-рентгенологически не обосновано. Этому выводу не противоречит и характер минерального состава пыли горючего сланца Эстонского месторождения, весьма близко напоминающей эстонские известняковые породы.

Основными видами хронической патологии респираторного тракта у рабочих сланцевой промышленности являются хронический бронхит, астматический бронхит и эмфизема легких, при возникновении которых некоторую способствующую роль могут играть профессиональные факторы.

KIRJANDUS: 1. Абрамова Ж. И. и др. Справочник профпатолога, Л., 1967. — 2. Ашбель С. И. и др. Гиг. труда, 1967, 6, 9—14. — 3. Движков П. П., Эльяшев Л. И. Гиг. труда, 1960, 8, 17—23. — 4. Зальцман С. М. Известия АН ЭССР, сер. биол., 1957, 1, 61—70. — 5. Зальцман С. М. В кн.: Вопросы гигиены труда в сланцевой пром. Эстонской ССР. Сб. 11, 1955, 129—141. — 6. Кюнг В. А. Сланцевый пневмокониоз. Таллин, 1959. — 7. Марипуу И. П. В кн.: Вопросы гигиены труда и проф. патологии в Эстонской ССР, вып. 1, Таллин, 1966, 25—32. — 8. Марипуу И. П., Шамардин Б. М. Гиг. труда, 1966, 8, 49—53. — 9. Молоканов К. П. Основы рентгенодиагностики силикоза и других пневмокониозов. М., 1956. — 10. Наумов Л. Б. Вестн. рентгенол. радиол., 1960, 1, 30—39. — 11. Council on occup. Health Chicago. The Pneumoconioses. Arch. Environ. Health, 1963, V. 7, 130—172. — 12. Irmscher, G. Die Bedeutung pathologisch-anatomische Befunde von Lungenresektionspräparaten in Fällen ohne röntgenologisch erkennbare Silikose für die klinische Begutachtung. Sympos. f. Frühstadien der Silikose, Jena, 9.—10. VI 1966. Manuskript des Vortrages. — 13. Luts, A., Maripuu, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 1, 7—11. — 14. Raukas, S.-E. jt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 5, 327—330. — 15. Salzman, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 37—40.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

ELU JA SURMA PIIRIST KAASAJAL

ERNST RAUDAM
MATT MÄGI
Tartu

UDK 612.013«72»

Tänapäeva meditsiini peamiseks saavutuseks võib pidada uue eriala — reanimatoloogia — sündi. Eksperimentaalsete uurimiste (1, 2, 6, 7, 16 jt.) tulemusena on eluohtlike seisundite, kliinilise surma ja taaselustamise biokeemilised, füsioloogilised ja farmakoloogilised mehhanismid palju selgemaks saanud. Meditsiinitehnika areng (kunstliku hingamise ja kunstliku vereringe aparaadid, kunstlik neer jt.), uute, teaduslikult põhjendatud aktiivsete ravimeetodite järjest laialdasem praktikasse juurutamine ja raviorganisatsiooni täiustamine (spetsiaalsed reanimatsioonibrigaadid ja -keskused jm.) on loonud tingimused varem lootusetuks peetud seisunditest ülesaamiseks ja edukaks taaselustamiseks ka kliinilise surma korral.

Kliinilise surma (s. o. elu ja surma piiriseisundi) kestust on mõnevõrra pikendanud hüpotermia ja hibernatsioon. Itaalia neurokirurg M. L. Bozza Marrubini (11), kes eluohtlikud seisundid närvihaiguste puhul on kooma raskuse järgi jaotanud 7 staadiumi, näitab, et irreversiibluse piir on 1950. aasta omaga võrreldes langenud poolteise staadiumi võrra. Kui varem üliraskest ajukoljutraumast põhjustatud sügavas koomas haiged hukkusid esimestel päevadel, siis nüüd on osutunud võimalikuks neid edukalt ravida ka pikka aega kestva teadvusetuse korral.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla reanimatsioonikeskuses on ravil olnud 60 haiget, kellel teadvusetus kestis üle 10 päeva, nendest enamikul mitu kuud, mõnel isegi mitu aastat. Neist on surnud haiglas 20, välja on seni kirjutatud 39, rahuldavat funktsioonide paranemist võib esialgsetel katamnestilistel andmetel konstateerida 12 juhul (kolm, kellel oli üliraske eluohtlik ajukoljutrauma, töötavad, kolm õpivad koolis). Reanimatsiooni põhimõtete rakendamine ja kunstliku neeru kasutuselevõtmine on ravi tunduvalt tõhustanud ka surmavate mürgistuste korral (eriti barbituraatidest tingitud mürgistused).

Meditsiini edusammud on surma kaugemale nihutanud, kuid ühtlasi on muutunud ka surma kriteeriumid ja on esile kerkinud mitmeid uusi meditsiini, moraali ja juriidilisi probleeme. Eriti aktuaalseks on need muutunud seoses elutähtsate elundite (süda, neerud) siirdistutamise arenemisega.

Kliinilise surma üldtuntud tunnusteks on täielik teadvusetus, lihaste toonuse puudumine, hingamise ja südametegevuse lakkamine. Kliinilise surma üleminek taaspöördumatuks bioloogiliseks surmaks toimub lühikese ajavahemiku (kuni 6 . . . 8 minuti) järel. Hüpotermia võib seda ajavahemikku pikendada vaid lühikeseks ajaks. Et bioloogilise surma tekkimise kiirus sõltub paljudest asjaoludest (surma põhjustanud protsessi laad, suremise kiirus, eelnenud hüpoksia kestus jm.), siis on selge, et reanimatsioon on edukas vaid kiire ja oskusliku tegutsemise korral kohapeal. See nõuab lihtsamate elustamisvõtete (hingamine suust suhu, kaudne südamemassaaž) laialdast tutvustamist ja õpetamist mitte ainult meditsiinipersonalile, vaid kogu elanikkonnale.

Kliinilise surma üleminekut bioloogiliseks surmaks saab arst konstateerida ainult siis, kui südame- ja hingamisseiskus ka kunstliku hingamise ning südamemassaaži puhul on kestnud vähemalt üle 10 . . . 15 minuti. Võimaluse korral, eriti aga siis, kui tekib vähimgi kahtlus, tuleb täiendavate kriteeriumidena kasutada elektrokardiograafiat ja elektroentsefalograafiat ning teha biokeemilisi analüüse.

Kõige rohkem küsimusi on reanimatsioonikeskustes tekitanud nn. ülepiiriline kooma ehk *coma dépassé* (19, 20). Rasked ajukahjustused, samuti elustamine südame- ja hingamisseiskuse korral võivad põhjustada olukorra, kus spontaanne hingamine enam ei taastu; säilib (*resp.* taastub) vaid südametege-

vus. Kunstliku hingamise puhul võib südametalitlus kesta pikemat aega — päevi või isegi mitu nädalat. Haiged on täiesti teadvuseta, nad ei reageeri välisärritustele ega mõjutustele farmakoloogiliste vahenditega. Esinevad täielik lihaste atoonia, kalduvus vererõhu languseks, poikilotermia. Niisugune seisund vastab füsioloogias tuntud südame- ja kopsu-preparoodile: südametegevus jätkub seni, kuni kindlustatakse kopsude ventilatsioon.

Kas on tegemist elava või surnud inimesega? Kui kaua tuleb teha kunstlikku hingamist, et oleks veel šansse seisundi paranemiseks? Kas arstil on õigus kunstlik hingamine iseseisvalt lõpetada? Kas selles seisundis olevate isikute elundeid on lubatud kasutada siirdistutamiseks? Need ja veel paljud teised küsimused on tekitanud diskussioone välismaal. Nõukogude Liidus on andmeid ülepiirilise kooma kohta ilmunud väga vähe (8) ja ühtset seisukohta pole seni välja kujunenud.

Lisaks eespool nimetatule on ülepiirilise kooma kriteeriumidena esitatud veel aju elektrilise aktiivsuse täielik puudumine mitte ainult kortikaalselt, vaid ka aju sügavates struktuurides (14, 18, 21), intrakraniaalsete veresoonte mittetäitumine aju angiograafia korral (3, 14), farmakoloogiliste vahendite (atropiintest) mittetoimimine südame löögisagedusse (14). Võib nimetada veel N. Lasseni (17) kirjeldatud nn. luksusperfusiooni sündroomi: ajutalitluse lakkamisest annab tunnistust unearteri ja sisemise kägiveeni vere analüüsimisel leitav hapniku arteriovenoosse diferentsi kadumine. Sama nähtust on märkinud Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia- ja neurokirurgiakateedri töötaja A. Kaasik (4).

Kirjeldatud nähtude püsimist igasuguste muutusteta üle 1 . . . 3 ööpäeva peavad kõik autorid seisundi irreversiibluse tunnuseks. Lahangul on kõik nad sedastanud aju veeldumist (autolüüsi), ganglionirakkude hävimist, vaskulaarse ja gliaalse reaktsiooni puudumist ja ajuveresoonte tromboosi (9, 10, 24, 25). Siit tuleneb ka kirjeldatava seisundi teine nimetus — kesknärvisüsteemi surm (14).

Prantsuse arstide, juristide ja teoloogide ühisel kollokviumil Marseille's 1965. aastal defineeriti ülepiirilist koomat kui lõplikku kõigi ajutalitluste lakkamist kesknärvisüsteemi surma tõttu [vegetatiivsete funktsioonide kunstliku säilitamise olukorras (12)]. Otsustati, et seda seisundit peab kinnitama mitu arsti. Nad peavad seda tegema kõigile võimalikele kliinilistele ja parakliinilistele uuringutele toetudes. Seejuures peavad uurimistulemused olema muutuseta 48 tundi. Seejärel võib surma meditsiiniliselt kinnitada ja elundeid siirdistutamiseks kasutada. Meditsiinilisi kriteeriume võetakse sel juhul ka juriidiliselt surma tõendusena. Saksa kohtumeditsiini ekspert J. Sawicki (23) märgib, et määrang «haige suri» tuleb neil juhtudel asendada määranguga «haige tunnistati surnuks» ja peaaju suremise kindlakstegemine peab arstile andma õiguse katkestada veel funktsioneerivate elundite töö. Ajalehe «Humanité» andmetel eemaldas Kaplinna kirurg professor Christian Barnard ka Philip Blaibergile siirdistutatud südame doonorilt, kes oli ülepiirilises koomas.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla reanimatsioonikeskuses on ülepiirilist koomat diagnoositud korduvalt. Kui varem kunstlikku hingamist jätkati 1 . . . 3 päeva, siis viimasel ajal on seda aega täiesti perspektiivitute ajukahjustuste korral lühendatud 12 tunnini. Sama ajavahemikku peab surma diagnoosimisel piisavaks ka R. Nedey (22).

Närvisüsteemi surma kriteeriumina oleme kasutanud eespool kirjeldatud kliinilisi sümptoome, aju gaasivahetuse uurimist ja ka elektroentsefalograafia andmeid. Surma kinnitamine neil juhtudel nõuab arstilt suurt vastutust. Peame vajalikuks, et andmed oleksid korralikult dokumenteeritud ja et otsuse langetaks konsiilium. Kui kavatsusel on kannatanu elundeid siirdistutamiseks kasutada, siis peaks konsiiliumist osa võtma ka kohtumeditsiini ekspert. On vajalik, et nii meditsiinilised kui ka juriidilised nõuded ühtlustataks kogu Nõukogude Liidu ulatuses.

Probleeme on nii meditsiinipersonalile kui ka haigete omakstele tekitanud pärast rasket kestvat koomat alguse saav nn. apalliline sündroom (13, 15, 26 jt.), mille korral vegetatiivsed funktsioonid ja lihtsam reflektoorne talitlus on küll taastunud, kuid psüühika ei taastu kuude ja isegi aastate vältel.

Tartu Vabariikliku Haigla reanimatsioonikeskuses on taaspöördumatu apallilise sündroomiga tegemist olnud 21 juhul. Kogemused on näidanud, et kui need haiged pärast mitmekuulist ravi hingamiskeskusest rajooni- või jaoskonnahaiglasse üle viiakse, siis surevad nad peagi infektsioossete ja ainevahetuslike tüsistuste tõttu. Küsimusele, kui kaua neid tuleks intensiivse ravi keskustes aktiivselt ravida ja põetada, on äärmiselt raske vastata. Kirjanduse andmetest on selgunud ja meie kogemused on näidanud, et isegi mitu nädalat kestva apallilise sündroomi järel võib seisund paraneda (5). Teiselt poolt: mida kauem seisund püsib muutumatuna, seda halvemaks muutub ravi «moraalne kliima» nii personalile kui ka omakstele (27). On esinenud juhtumeid, kus omaksed on lakanud sellise haige vastu huvi tundmast.

Peame vajalikuks, et enne lootusetut prognoosi paranemise suhtes tuleks iga üksikjuhtu põhjalikult kaaluda, kusjuures peaks arvestama haige vanust, haiguse etioloogiat, kliinilisi ja elektroentsefalograafia andmeid. Küsimuse, kas edaspidine intensiivne ravi on otstarbekas või mitte, võib tõstatada mitte enne, kui ravi algusest on möödunud 1 . . . 2 kuud, ja pärast korduvaid elektroentsefalograafilisi uuringuid. Kauakestva teadvusetuse juhtude sagenemise tõttu reanimatsioonikeskuste praktikas on tekkinud vajadus uute, aktiveerivate ravimeetodite ja spetsiaalsete rehabilitatsioonikeskuste järele.

Haige elu või surm on tänapäeval palju rohkem arsti käes kui varem. Vastutuse suurenemine kohustab arste rakendama veelgi järjekindlamalt ja põhjendatumalt kõiki võimalikke abinõusid võitluses haigete elu ja tervise eest.

РЕЗЮМЕ. Применение активных реаниматологических методов сделало возможным успешное лечение жизнеопасных состояний и выведение больных из клинической смерти. Авторы считают, что простейшим методам оживления нужно шире обучать не только медицинский персонал, но и все население. В статье дается краткий обзор литературы, на основе собственного опыта рассказывается о клинической картине запредельной комы и о критериях смерти центральной нервной системы. Авторы считают, что решение о необратимости состояния и признании человека мертвым должен выносить консилиум, в состав которого входит и судебномедицинский эксперт. Актуальным является уточнение и уравнение медицинских и юридических критериев смерти в Советском Союзе. Практика реаниматологических центров нуждается в новых методах активизации больных в апаллическом синдроме и в создании специальных центров их реабилитации. .

KIRJANDUS: 1. Гаевская М. С. Биохимия мозга при умирании и оживлении организма. М., 1963. — 2. Гурвич А. М. Электрическая активность умирающего и оживающего мозга. М., 1966. — 3. Исаков Ю. Б., Иоффе Ю. С. Вопр. нейрохирургии, 1966, 6, 14—18. — 4. Каасик А.-Э. А. Газообмен мозга в острой стадии мозговых инсультов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1967. — 5. Мяги М. А. В кн.: Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Т. 5. Тарту, 1965, 45—48. — 6. Неговский В. А. Патофизиология и терапия агонии и клинической смерти. М., 1954. — 7. Неговский В. А. Оживление организма и искусственная гипотермия. М., 1960. — 8. Филипеску З. и др. Эксперим. хир. анестезиол. 1966, 11, 2, 82—84. — 9. Bertrand, I. e. a. Rev. neurol., 1959, 101, 2, 101—115. — 10. Bots, G. T., Kramer, W. Acta neuropathol., 1964, 3, 4, 416—427. — 11. Bozza Marrubini, M. L. Acta neurochirurg., 1964, 12, 2, 352—365. — 12. Collaque sur les états frontièrs entre la vie et la mort. 22 et 23 october 1965. Conclusions. Marseille chirurgical, 1966, 18, 1, 159—160. — 13. Gerstenbrand, F. u. a. Wien. Z. Nervenheilk. u. Grenzgebiete, 1963, 21, 1—2, 177—185. — 14. Jouvet, M. Acta neurochirurg., 1964, 12, 2, 258—269. — 15. Kretschmer, E. Z. ges. Neurol. Psychiatr., 1940, 169, 4, 576—579. — 16. Laborit, H. Agressologie, 1966, 7, 4, 299—310. — 17. Lassen, N. A. Lancet, 1966, 2, 7473, 1113—1115. — 18. Mansuy, L. e. a. Excerpta med. Internat. Congress Series Nr. 93, 1965, 109—116. — 19. Mollaret, P., Goulon, M. Revue neurol., 1959, 101, 1, 3—15. — 20. Mollaret, P. e. a. Rev. neurol., 1959, 101, 2, 116—139. — 21. Naquet, R., Lenoir, J. Marseille chirurgical, 1966, 18, 1, 134—136. — 22. Nedey, R. Marseille chirurgical, 1966, 18, 1, 137—146. — 23. Sawicki, J. In: Aktuelle Fragen der Gerichtlichen Medizin II, Halle (Saale), 1967, 9—23. — 24. Tommasi, M. Marseille chirurgical, 1966, 18, 1, 147—149. — 25. Trillet, M. M. J. Med. de Lyon, 1961, Nr. 987, 631—655; Nr. 988, 705—761; Nr. 992, 1037—1081. — 26. Ule, G. u. a. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1961, 202, 2, 155—176. — 27. Wertheimer, P. Marseille chirurgical, 1966, 18, 1, 165—169.

Tartu Riiklik Ülikool

TUBERKULIINNEGATIIVNE TUBERKULOOS

ARVED REINVALD
Tallinn

UDK 616.24-002.5(047)

Tuberkuloos erineb enamikust muudest nakkushaigustest selle poolest, et nakatumine harilikult ei põhjusta haigestumist kliinilises mõttes. Statistilistest andmetest (4) on selgunud, et ühe aasta jooksul infitseerub tuberkuloosibakteritega umbes 1,5% elanikest, kuid tuberkuloosi haigestub 10 . . . 20 korda vähem.

Praktikas küllalt usaldusväärseks tuberkuloosi nakatumise varajaseks tunnuseks on tuberkuliinproovi viraaž — positiivse tuberkuliinproovi ilmumine isikutel, kellel see varem oli negatiivne või kahtlane. Positiivseks peetakse Mantoux' reaktsiooni, mille puhul paapuli läbimõõt on vähemalt 5, mõne autori järgi vähemalt 8 või 10 mm (8, 12, 33). Nõukogude Liidus loetakse Mantoux' reaktsiooni positiivseks (viis rahvusvahelist ühikut tuberkuliini), kui paapuli läbimõõt on vähemalt 5 mm.

Suurem osa inimkonnast nakatub tuberkuloosi lapse- ja noorukieas. Suhteliselt hiljuti infitseerusid juba 25 . . . 30. eluaastaks praktiliselt kõik elanikud (4, 8, 10). Tuberkuloosne allergia säilib seni, kuni organismis leidub elusaid tuberkuloosibaktereid (6). Ammust ajast on diagnostiliste kriteeriumide aluseks oletus, mille järgi tuberkuloosne allergia pärast viraaži säilib väga kaua, praktiliselt kogu elu. Hilisemad uurimised (4, 22) aga on tõestanud vastupidist. Paralleelselt proovi viraažiga ühtedel kustub allergia teistel. Tuberkuliiniallergia kustub kõige sagedamini lapseeas, enne 15. eluaastat. Peale selle selgus A. Kagramanovi (5) uurimistest, et tuberkuloosibakteritega infitseerumine võib teatava aja jooksul piirduda nn. latentse mikrobismiga — bakterite ringlemisega veres, kudesid kahjustamata.

Isegi tuberkuloosi haigestumine kulgeb mõnikord anergiliselt (tuberkuliinproovid on negatiivsed). Anergia põhjusteks võivad olla kahheksia, dekompenseerunud tuberkuloos (meningiit, miliaarne või fibrokavernoosne tuberkuloos, harvem teised vormid), kaasnevad haigused (leetrid, läkaköha, kopsupõletik) või immunobioloogiline peiteperiood, mis harilikult kestab kolmest nädalast mõne kuuni pärast nakatumist (26, 29). Kortisoon, AKTH, askorbiinhape, tuberkuliin ja desensibiliseerivad ravimid, samuti hüperinsolatsioon ja rasedus mõjuvad samas suunas, kuid nõrgemini. INH-preparaadid tuberkuliinproovi olulisel määral ei pärsi (21, 24).

W. Mascheri (29) andmetel umbes 0,5%-l kõikidest aktiivset tuberkuloosi põdevatest haigetest on «idiopaatiline» anergia, mida ei seleta ükski eespool loetletud põhjus. J. Suda (38) leidis, et 0,1% lastel, kes põdesid lahtist tuberkuloosi, ei reageerinud organism nahasse viidud 10 ühikule tuberkuliinile. Tekib küsimus, kas selline «idiopaatiline» anergia on päritav, geneetiline iseärasus. Sellele võimalusele on korduvalt tähelepanu juhitud (7, 34).

Tuberkuloosset anergiat on otstarbekas jaotada esmaseks ja teiseseks (13). Anergia on esmane enne tuberkuloosibakteritega nakatumist, teisene aga juba infitseeritute kustunud allergia. Teisene anergia jaguneb omakorda aktiivseks ehk positiivseks, mis kulgeb omandatud immuunsuse foonil, ja passiivseks ehk negatiivseks, mis tekib organismi resistentsuse tunduva languse tagajärjel.

Teisene tuberkuloosne anergia esineb kõige sagedamini eakatel inimestel. Teatavasti on positiivsete tuberkuliinproo-

vide sageduse ealine maksimum 30 . . . 39 aasta piires (1, 2, 3, 9, 14, 16, 18, 20, 23, 28, 31, 35, 39). Negatiivsete tuberkuliinproovide keskmine sagedus pärast 40., eriti pärast 50. eluaastat suureneb proportsionaalselt eaga. Ka haigete hulgas esineb teisene, nii positiivne kui ka negatiivne tuberkuloosne anergia sagedamini just eakatel inimestel (1, 19, 26, 30, 36).

Kõige olulisemaid lahkarvamusi on esile kutsunud praktiliselt tervete eakate inimeste teisese positiivse anergia interpreteerimine. E. Ginzburg (2, 3), T. Baumann ja B. Widmer (18) ja N. Strahhov (14) peavad mainitud anergiat bioloogilise tervistumise tunnuseks. Autorid on arvamusel, et tuberkuloosibakterid elu jooksul hävivad organismis. Kui see tõepoolest nii oleks, siis peaks oletama, et eakas inimene, kellel on positiivne anergia, võib tuberkuloosi haigestuda ainult eksogeensel teel. Sel juhul tekiks eakatel üsna sageli esmane tuberkuloos. Ometi on põhjalikud kliinilised ja morfoloogilised vaatlused näidanud, et eakate tuberkuloos on peaaegu eranditult endogeenne teisene (11, 15).

Vastupidisel seisukohal on G. Argentina (17), N. Gaidov (1), F. Levitin jt. (9) ning A. Rabuhhin (13). Nad väidavad, et eakate teisene tuberkuloosne anergia on organismi reaktiivsuse muutumise tagajärg seoses eaga. Põhimõtteliselt samal seisukohal on R. Collas ja A. Razakazoa (7), D. Giannini ja R. Sloan (23), H. Mac-Leod ja J. Ross (7), W. Mascher (29), L. Palitz ja M. Aronsohn (32), A. Robins jt. (35), kelle arvates tuberkuloosne allergia vanemas eas kustub just seepärast, et eakad on paiksema eluviisiga ja superinfektsiooni mõttes vähem eksponeeritud kui noored.

Viimasena mainitud seisukoha poolt ja bioloogilise tervistumise vastu on veel järgmised faktid. 1. Eakate tuberkuloosne anergia pole enamasti absoluutne, vaid suhteline, nn. infra-allergia (13, 25), mille puhul tuberkuliinproov on küll negatiivne, kuid BCG-test selgelt positiivne. 2. Pärast tuberkuloosi vastu vaktsineerimist tekivad niisugustel inimestel vara, juba 1 . . . 2 nädala pärast, tugev lokaalne BCG-reaktsioon, just nagu kõigil tuberkuloosi nakatatutel, ja õige varajane tuberkuliinproovi viraaž (17, 27, 32). 3. C. Šimeček ja L. Behounková (37) suutsid tuberkuloosset allergiat passiivselt üle kanda merisigadele inimestelt, keda peeti teiseselt anergiliseks.

Teisese tuberkuloosse anergia olemuse ja põhjuste uurimine jätkub. Veel on lahendamata osa pakilisi probleeme, nagu tuberkuloosse allergia päritavus ja superinfektsiooni toimemehhanism varem infitseeritute allergia stimuleerimisel. Kui pooldada traditsioonilist seisukohta tuberkuloosse allergia ja immuunsuse teatavast paralleelsusest (23), siis on raske seletada, miks eakad mehed, kelle hulgas positiivset tuberkuliinireaktsiooni täheldatakse märksa sagedamini, haigestuvad tuberkuloosi samuti sagedamini kui samaealised naised. Kuid juba teada olevast nähtub, et tuberkuloosne allergia on väga dünaamiline ning kergesti mõjutatav.

Peab nõustuma M. Dvoirini (4) arvamusega, mille järgi tuberkuloosne anergia, mis täiskasvanute hulgas alles hiljuti oli haruldaseks nähtuseks, on tulevikus üsna tavaline. Pärast nakkuse likvideerimist pikkamisi kaovad ka nakatunud. Tuberkuloosi infitseerunute vanuse alumine piir nihkub üha vanema ea suunas. Paralleelselt, kuid vastupidises suunas levib teisene anergia — superinfektsiooni puudumise tõttu varem infitseeritud eakate organism lakkab tuberkuliinile reageerimast.

Tuberkuliinnegatiivset tuberkuloosi on enamasti alati raske diagnoosida (13). Analoogilised raskused tekivad epidemioloogiliste uuringute ajal tervete inimeste «infra-allergia» määramisel. Et inimesed, kellel on teisene anergia, võivad hiljem endogeensel teel haigestuda tuberkuloosi ja ise omakorda muutuda nakkusallikaiks, peab arvama, et tulevikus, kui eksogeenset infektsiooni tuleb ette väga harva, teisese tuberkuloosse anergia interpreteerimise epidemioloogiline tähtsus isegi suureneb.

РЕЗЮМЕ. Из литературы известно, что угасание туберкулиновых реакций чаще всего происходит или в результате декомпенсации заболевания туберкулезом, или биологического излечения от туберкулеза. Однако старческое снижение аллергии, которое по существу не является ни одним ни другим, интерпретируется по-разному. По-видимому, следует согласиться с А. Е. Рабухиным (13), считающим, что названное явление представляет собой закономерное возрастное угасание реактивности до определенной степени, где при отрицатель-

ных туберкулиновых пробах, БЦЖ-тест остается положительным. Обычная туберкулезная аллергия переходит в так называемую «инфрааллергию». Хотя многие вопросы вторичной туберкулезной анергии все еще не решены, значимость всей проблемы для борьбы против туберкулеза очевидна.

KIRJANDUS: 1. Гайдов Н. Пробл. туб., 1966, 8, 61—64. — 2. Гинзбург Е. А. Туберкулинодиагностика в современных эпидемиологических условиях. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1965. — 3. Гинзбург Е. А. и др. Труды II Всероссийского съезда фтизиатров. М., 1964, 223—225. — 4. Двойрин М. С. Туберкулез в эру антибиотиков. Киев, 1966. — 5. Каграманов А. И. Пробл. туб., 1945, 3, 34—36. — 6. Он же. Сов. мед., 1954, 9, 9—14. — 7. Коллас Р. и Разаказоа А. Бюлл. ВОЗ, 1965, 33, 3, 362—368. — 8. Корнеев А. Д. Врач. дело, 1965, 2, 17—22. — 9. Левитин Ф. И. и др. Пробл. туб., 1963, 7, 9—16. — 10. Меве Е. Б. Туберкулез у лиц молодого возраста. Киев, 1964. — 11. Незлин С. Е. Туберкулез легких в пожилом возрасте. М., 1948. — 12. Нибоэ И. Бюлл. ВОЗ, 1964, 30, 4, 82—97. — 13. Рабухин А. Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. М., 1963. — 14. Страхов Н. С. Пробл. туб., 1967, 5, 3—8. — 15. Ященко Б. П. Туберкулез легких в пожилом и старческом возрасте. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Киев, 1965. — 16. Amazon, P. Amer. Rev. Tuberc., 1943, 47, 1, 41—45. — 17. Argentina, G. B. Zbl. Tuberk.-forsch., 1930, 32, 3/4, 324. — 18. Baumann, T. u. Widmer, B. Schweiz. med. Wochenschr., 1955, 85, 8, 170—186. — 19. Beresford, O. D. Amer. Rev. Tuberc., 1958, 77, 2, 323—328. — 20. Couts, B. Brit. J. Tuberc., 1947, 41, 2, 42—48. — 21. Criep' L. N. a. Levine, M. Z. Amer. Rev. Tuberc., 1953, 67, 4, 535—537. — 22. Dahlström, A. W. ibid., 1940, 42, 471—487. — 23. Giannini, D. a. Sloan, R. S. Lancet, 1957, 272, 6967, 525—527. — 24. Hewell, B. a., Suyemoto, D. Amer. Rev. Tuberc., 1954, 69, 5, 733—744. — 25. Israel, H. L. e. al. ibid., 1950, 62, 4, 408—417. — 26. Jaccard, G. Die tuberkulinempfindlichkeit. Handbuch der inneren Medicin. Bd. IV/3, Berlin, 1956, 16—86. — 27. Kleinschmidt, H. Tuberkulin und Tuberkulinempfindlichkeit. Handbuch der Tuberkulose. Bd. 1, Stuttgart, 1958, 351—392. — 28. MacLeod, H. M. a. Ross, J. D. Tubercle, 1962, 43, 2, 151—154. — 29. Mascher, W. Amer. Rev. Tuberc., 1951, 63, 5, 501—525. — 30. Mayer, R. Z. Tuberk., 1933, 68, I, 60—62. — 31. Miceli, S. Lotta c. tuberc., 1965, 35, 9/10, 744—748. — 32. Palitz, L. S. a. Aronsohn, M. H. Amer. Rev. Tuberc., 1957, 75, 3, 461—468. — 33. Palmer, C. E. a. Bates, L. E. Bull. World Hlth. Org., 1952, 7, 171—188. — 34. Pirquet, C. Wien. klin. Wschr., 1929, 42, 3, 65—67. — 35. Robins, A. B. e. a. Amer. Rev. Tuberc., 1954, 69, 6, 1057—1058. — 36. Schröder, K.-J. Z. Tuberk., 1959, 114, 1/2, 60—67. — 37. Šimeček, C. i Běhounková, L. Allergie u. Asthma, 1965, II, 1/2, 22—24. — 38. Suda, J. Tuberk.-arzt, 1963, 17, 12, 731—741. — 39. Trautwein, H. Münchener med. Wochenschr., 1958, 100, 4, 137—142.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

MEDITSIINIASUTUSE KOOSSEISU PLANEERIMINE MATEMAATILISE MUDELI ABIL

ALEKSEI TSINGISSER
Keila—Leningrad

UDK 65.012.21:614.21.08

Viimaste aastate jooksul ajakirjanduses avaldatud mitmed sõnavõtud näitavad, et eeskiri, mis käesoleva ajani on olnud aluseks linnahaiglate koosseisude komplekteerimisel, ei vasta enam kaasaja nõuetele ning vajab revideerimist. Nagu meie kogutud andmed NSV Liidu eri linnade 59 suure haigla kohta näitasid, annab see end eriti valusalt tunda haiglate funktsionaalsete keskuste, s. o. vastuvõtuosakondade koosseisude osas. Uurimisandmete analüüs näitas, et vastuvõtuosakondades ettenähtud ametikohtade arv on liiga väike, mistõttu nad peavad kasutama täiendavat tööjõudu, mida saavad statsionaarsetelt osakondadelt. Meie poolt uuritud haiglatest ainult nelja vastuvõtuosakonnad täiendavat tööjõudu ei vajanud. Mõne haigla nimetatud osakonnad olid teistelt osakondadelt saanud isegi 10...11 ametikohta.

Selle põhjuseks on asjaolu, et käesoleva ajani planeeritakse personali arvu ligikaudu, kogemuste järgi. Seevastu tõenäosusteooria uus haru — massilise teenindamise teooria — võimaldab teenindussüsteemide matemaatilise modelleerimise näol üle minna personali arvu täpsele planeerimisele teaduslikul alusel.

Matemaatiliste mudelite koostamiseks on tarvis kindlaks teha — kui kasutada massilise teenindamise teooria termineid — sisendvoo tihedus (s. o. tellimuste arv) ja selle dünaamika ajas, teaduslikult uurida teenindamisprotsesse, kronometreerida nende kestus ja valida tarvisminevad arvutusvalemid.

Võtame vaatluse alla matemaatilise mudeli koostamise metoodika näite põhjal, milles arvutame välja 1000 voodikohaga * linnahaigla vastuvõtuosakonna valvearstide arvu. Niisuguses suures haiglas võtavad haigeid tavaliselt vastu kolme peamise eriala arstid, nimelt kirurgid, günekoloogid ja terapeudid. Seega meie ülesandeks jääb leida kolme erinevasse teenindussüsteemi kuuluvate teenindajate (s. o. arstide) arv, kusjuures igal teenindussüsteemil on erisugune sisendvoog. Peab märkima, et erakorraliste operatsioonide suure arvu korral ning eriti siis, kui vastuvõtuosakonnas on avatud reanimatsioonikeskus ja seal on rakendatud intensiivravi, peab peale nimetatud eriarstide kogu ööpäeva jooksul tingimata valves olema ka anestesioloog-reanimaator.

Massilise teenindamise teooria lubab «ülesanded ooteajaga» osas sisendvoo teatava parameetri (λ — ühes ajaühikus saabunud haigete keskmine arv) ja ühe haige teenindamiseks kulutatava aja kestuse korral kvantitatiivsete näitajate järgi hinnata haigete saabumise tõenäosust sellisel ajal, mil kõik antud eriala arstid on tegevuseta (teenindussüsteemi tegevusetus — P_0) ja mil kõik arstid on haigeid teenindamas (järjekorra tekkimise tõenäosus — $P_{(>0)}$). Spetsiaalsete valemite põhjal on võimalik leida niisuguse järjekorra keskmine pikkus (M), kindlaks määrata iga saabunud haige järjekorras seismise keskmine aeg (a) ning suuruse «n» (käesoleval juhul arstide arv) õigesti valimisel ja vabalt muutmisel leida optimaalne arstide arv, mille puhul järjekorra tekkimise tõenäosus ning ooteaja pikkus läheneksid lubatavate piirväärtusteni. Seejuures tuleb silmas pidada asjaolu, et ooteaja ja järjekorra tekkimise tõenäosuse liiga väikesed piirväärtused tingivad omakorda teenindussüsteemi tegevusetuse kestuse suurenemise, mis arusaadavatel põhjustel pole soovitav.

Lubatavateks piirväärtusteks võtsime arvutuses järgmised suurused: arstide tegevusetuse tõenäosus (P_0) kuni 20 protsenti, järjekorra tekkimise tõenäosus $P_{(>0)}$ kuni 30%, järjekorras ootavate haigete keskmine arv (M) kuni 2,5 isikut, keskmine järjekorras seismise aeg (a) kuni 10 minutit.

Vastuvõtuosakonda ööpäeva jooksul saabuvate eri profiiliga haigete keskmist arvu («ööpäevase sisendvoo tihedus») on kerge välja arvutada, kui lähtuda haiglasse saabunute arvu standardsetest keskmistest. Viimati mainitu oleme välja töötanud spetsiaalse valemi abil ning andmete põhjal, mida olime kogunud paljude linnade erinevatesse haiglatesse saabunud haigete kohta *.

Niisuguste arvutuste põhjal saabub ööpäeva vältel meie 1000 voodikohaga hüpoteetilise haigla vastuvõtuosakonda kirurgia valdkonda (sealhulgas traumatoloogia, neurokirurgia, uroloogilise kirurgia jm.) kuuluvaid haigeid 56, günekoloogia valdkonda kuuluvaid 21 ja sisehaigusi põdevaid haigeid 22.

Pärast «teenindamistellimuste» arvu kindlaksmääramist tuleb leida aja keskmine vältus, mis kulutatakse iga eri profiiliga haige teenindamiseks. Vastuvõtuosakonnas (samuti nagu muudelgi juhtudel) on selleks suuruseks koguaeg, mille arstid kulutavad mitmesugusteks toiminguteks haige vastuvõtmisel. Siinkohal toodud arstliku teenindamise mitmesuguste etappide keskmise vältuse karakteristikud haige vastuvõtmisel on saadud autori poolt sooritatud kronomeetriliste mõõtmiste statistilise töötluse tulemusena. Need kronomeetrilised andmed pärinevad Leningradi ühe

* Sealhulgas 240 voodikohta teraapia, 240 kirurgia, 120 traumatoloogia, 150 günekoloogia (nende hulgas 30 voodikohta artifitsiaalsele abordile tulnutele), 100 neuroloogia, 50 neurokirurgia, 50 oftalmoloogia ja 50 voodikohta otorinolarüngoloogia valdkonda kuuluvate haigete jaoks.

* Советское здравоохранение, 1967, 5, 30—34.

suure haigla vastuvõtuosakonnas 119 ööpäevase valvekorra vältel tehtud mõõtmistelt. Valvekorrad jaotusid ühtlaselt üksikute kuude ja nädalapäevade kaupa. Andmed koguti vastuvõtuosakonda saabunud 9270 haige teenindamise kohta.

Teenindamise keskmise summaarse vältuse kronometraaži andmed ööpäevase sisendvoo teatava tiheduse puhul lubavad alustada teenindussüsteemi matemaatilise mudeli koostamist. Siinkohal esitame näitena täieliku algoritmi sellest, mil viisil arvutatakse valvekirurgide arv.

Sisendvoo tihedus 56 haiget ööpäevas. Aeg $t=1$ tund. Sisendvoo parameeter $\lambda=2{,}3$ isikut ühes tunnis. Keskmine koguaeg $\left(\frac{1}{V}\right)$, mida kirurg kulutab ühe haige teenindamiseks, moodustub esmase läbivaatuse keskmisest vältusest $15{,}9\pm0{,}2$ minutit, teisese (konsultatiivse) läbivaatuse keskmisest vältusest $13{,}8\pm0{,}4$ minutit ja ajast, mida kirurg keskmiselt kulutab ühele haigele abi andmiseks, $11{,}9\pm1{,}1$ minutit. Seega ühe haige teenindamiseks kulub kirurgil keskmiselt 41,6 minutit $\left(\frac{1}{V}\right)$ ehk 0,7 tundi, järelikult $V=\frac{10}{7}=1{,}43$.

Teenindajate arv n (käesoleval juhul kirurgide arv) määratakse algul orienteerivalt, seejärel näitaja n suurendamise või vähendamise teel leitakse n selline väärtus, mis on optimaalne lubatav piirväärtus kogu teenindussüsteemi töös. Mitme niisuguse arvutamise tulemusena, kusjuures vabalt muutsime näitajat n, leidsime, et kõige paremini funktsioneerib teenindussüsteem kirurgia valdkonda kuuluvate haigete vastuvõtmisel siis, kui töötab kolm kirurgi ($n=3$).

Esitame selle arvutuse. Teenindussüsteemi koormuse «ϱ» leiame valemi $\varrho=\frac{\lambda}{n\cdot V}$ abil. Käesoleval juhul $\varrho=\frac{2{,}3}{3\cdot1{,}43}=0{,}534$.

Selle tõenäosus, et haige saabumise ajal kõik kirurgid on tegevuseta (teenindussüsteemi tegevusetus), arvutatakse valemi $P_0=\frac{1}{\sum_{k=0}^{n-1}\frac{(n\varrho)^k}{K!}+\frac{(n\varrho)^n}{n!(1-\varrho)}}$ järgi.

Arvutame välja selle võrdsuse nimetaja arvulise väärtuse

$$\sum_{k=0}^{n-1}\frac{(n\varrho)^k}{K!}=1+n\varrho+\frac{(n\varrho)^2}{2}=1+3\cdot0{,}534+$$

$$+\frac{(3\cdot0{,}534)^2}{2}=1+1{,}602+1{,}283=3{,}885$$

$$\frac{(n\varrho)^n}{n!(1-\varrho)^n}=\frac{1{,}602}{6\cdot0{,}466}=\frac{4{,}1113792}{2{,}796}=1{,}471$$

Järelikult

$$P_0=\frac{1}{3{,}885+1{,}471}=\frac{1}{5{,}356}=0{,}186$$

Seega tõenäosus, et haige saabumise ajal kõik kirurgid ($n=3$) on tegevuseta, moodustab 18,6%, mis meie poolt ettenähtud piirväärtusest on väiksem (20%).

Määrame selle tõenäosuse, et haige saabumise ajal kõik kirurgid teenindavad haigeid ja viimati saabunu peab ootama: $P_{(>0)}=\frac{(n\varrho)^n}{n!(1-\varrho)}\cdot P_0=$ $=1{,}471\cdot0{,}186=0{,}274$ (s. o. 27,4%), s. t. igast 100 haigest 27 pole kirurgil kohe võimalik teenindada (tuletame meelde, et meie poolt ettenähtud piirväärtuseks oli kuni 30%) ja nad on sunnitud teatava aja ootama.

Ühe haige ooteaja keskmise vältuse arvutame järgmiselt:

$$a=\frac{\varrho\cdot(n\varrho)^n\cdot P_0}{n!(1-\varrho)^2\cdot\lambda}=\frac{0{,}534\cdot4{,}11138\cdot0{,}186}{6\cdot0{,}466\cdot2{,}3}=\frac{0{,}409895}{2{,}99736}$$

$=0{,}1367$ tundi ehk 8,2 minutit (ooteaja piirväärtuseks on 10 minutit).

Lõpuks arvutame ka vastuvõtu järjekorras ootavate haigete keskmise arvu

$$M=\frac{1}{1-\varrho}=\frac{1}{1-0{,}534}=2{,}15,$$ s. o. samuti väiksem kui lubatav piirväärtus (vähem kui 2,5).

Seega siis, kui ühel ajal töötab kolm kirurgi, funktsioneerib kirurgia valdkonda kuuluvate haigete vastuvõtmise ja neile abi andmise süsteem optimaalselt. Kui aga valvekirurge on 2 või 4, siis väljuksid meie poolt kasutatud massilise teenindamise teooria kriteeriumide väärtused lubatavatest piiridest. Juhul, kui $n=2$, siis teenindussüsteemi tegevusetuse tõenäosus väheneks ($P_0=9\%$), seevastu järjekorra tekkimise tõenäosus suureneks [$P_{(>0)}=75{,}6\%$], järjekorras ootavate haigete arv (M) suureneks 5,1 isikuni ning ühe haige oote-

aja keskmiseks pikkuseks (a) oleks 1 tund 21 minutit!

Kui kirurgide arvu suurendada neljani, saame küll minimaalsed väärtused järjekorra tekkimise tõenäosuses [$P_{(>0)} = 11\%$], vastuvõtu järjekorras ootavate isikute arvus ($M = 1{,}7$ isikut) ja ooteaja keskmises pikkuses ($a = 2$ minutit), teenindussüsteemi tegevusetus seevastu moodustaks 24,6%. Niisugune olukord, kus ligikaudu ühe neljandiku tööaja vältel kõik neli kirurgi on tegevuseta, pole samuti vastuvõetav.

Analoogiline arvutusalgoritm võimaldab jõuda järelduseni: vaadeldava haigla vastuvõtuosakonnas on vajalik, et ühel ja samal ajal oleks valvekorras kaks günekoloogi. Ja kronometraaž näitaski, et günekoloogilisi haigusi põdeva haige summaarse teenindamise aja keskmise moodustavad $\frac{1}{V} = 19{,}6 \pm 0{,}3$ minutit esmaseks läbivaatuseks, $17{,}9 \pm 0{,}7$ minutit teisesteks läbivaatusteks, $5{,}6 \pm 0{,}9$ minutit meditsiinilise abi andmiseks, seega kokku 43,1 minutit ehk 0,72 tundi. Sellest järgneb $V = 1{:}0{,}72 = 1{,}39$; $\lambda = 21$ haiget ööpäevas, s. o. 0,88 ühes tunnis.

Edaspidised arvutused võimaldavad valemite põhjal kindlaks määrata, et siis, kui töötab üks valvegünekoloog, on järjekorra tekkimise tõenäosus [$P_{(>0)}$] 63,3%, järjekorras ootavate isikute keskmine arv (M) samuti ületab lubatava piirväärtuse ja moodustab 2,7 isikut ning ühe haige keskmine ooteaeg on ligikaudu 2 tundi. Seega teenindussüsteem funktsioneerib lubamatu ülekoormusega. Kahe valvegünekoloogi olemasolul väheneb $P_{(>0)}$ 15%-ni, $M = 1{,}46$ ja keskmine ooteaeg lüheneb 4,8 minutini, kuid seejuures ilmneb arstide alakoormus — teenindussüsteemi tegevusetuse tõenäosus (P_0) moodustab umbes 40%. Kui aga arvesse võtta asjaolu, et ühe saabuva haige teenindamiseks kulutatav keskmine aeg märgatavalt pikeneb sel juhul, kui raskuspunkt vältimatu günekoloogilise abi andmisel kandub vastuvõtuosakonda, siis väheneb kahe valvegünekoloogi alakoormus olulisel määral. Selles haiglas, kus tehti kronometraaž, andsid günekoloogid abi peamiselt statsionaarses, mitte vastuvõtuosakonnas.

Vastuvõtuosakonnas on terapeutilise profiiliga haigete puhul arstliku teenindussüsteemi sisendvoo parameeter (λ) 0,92 haiget tunnis. Ühe saabuva haige teenindamiseks kulutatava koguaja moodustavad esmane läbivaatus $17{,}6 \pm 0{,}3$ minutit, teisesed läbivaatused $17{,}0 \pm 0{,}6$ minutit, arstiabi andmiseks kulutatav keskmine aeg $2{,}1 \pm 0{,}5$ minutit. Seega $\frac{1}{V} = 36{,}7$ minutit ehk 0,612 tundi, millest järgneb, et $V = \frac{1}{0{,}612} = 1{,}63$. Teenindussüsteemi koormus (ϱ) ei ole suur (võrdle: kui $n = 2$, siis kirurgidel $\varrho = 0{,}81$, günekoloogidel $\varrho = 0{,}32$, terapeutidel aga $\varrho = 0{,}28$). Arvutused näitavad, et juba ühe valveterapeudi töötamisel moodustab tema tegevuseta oleku tõenäosus 43,6%. Et kahe ühel ja samal ajal töötava valveterapeudi korral on teenindussüsteemi tegevusetuse tõenäosus veelgi suurem (üle 56%), siis tuleb ühe valveterapeudi varianti tegelikkuses eelistada.

Nagu selgub, võimaldavad teenindussüsteemide matemaatilised mudelid koos massilise teenindamise teooria tõenäosuskriteeriumide ja kronometraaži andmetega kõikidel juhtudel määrata optimaalse valvearstide arvu igal erialal. Meie esitatud näite põhjal võib veendunult kinnitada, et planeeritava vastuvõtuosakonna normaalseks tööks suures mitme profiiliga haiglas on tarvis, et peale anestesioloogi-reanimaatori oleksid ööpäevases valvekorras ka kolm kirurgi, kaks günekoloogi ja üks terapeut.

Niisuguseid printsiipe ja algoritme võib kasutada ka meditsiiniasutuste teiste koosseisude planeerimisel.

РЕЗЮМЕ. В статье излагается новый принцип и алгоритм планирования штатов путем математического моделирования с помощью вероятностных критериев теории массового обслуживания.

Предлагаемая методика продемонстрирована с помощью данных, полученных автором при хронометраже процессов обслуживания 9270 поступающих больных, на примере определения нужного числа дежурных врачей разных специальностей для работы в приемном отделении крупной многопрофильной больницы.

Keila Linna Haigla

I. P. Pavlovi nim.
Leningradi I Meditsiiniinstituut

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

NEOMÜTSIINI OTOTOKSILISEST TOIMEST

ARVID LUTS
Tallinn

UDK 616.28-008.1

Nõukogude Liidus toodetav antibiootikum neomütsiin (mütseriin) asendab kolme varem toodetud neomütsiinirühma antibiootikumi — mütseriini, kolimütsiini ja framitsiini. Neomütsiini ototoksiline toime selgus juba 1949. aastal, kui D. Carr koos kaasautoritega (2) kirjeldas preparaadi pikemaajalise parenteraalse manustamise tulemusena tekkinud nürikuulmist ja kurtust.

Neomütsiinil on ka nefrotoksiline toime, mis avaldub eriti juhul, kui tegemist on neerude talitluse häiretega (1, 4). Võib arvata, et neerude talitluse puudulikkuse korral neomütsiin kumuleerub organismis ja põhjustab muutusi, mida K. Hilov ja V. Tšerkassov (1) leidsid katseloomadel, kellele kolimütsiini *resp.* neomütsiini süstiti suurtes annustes. Nimetatud autorid täheldasid spiraalelundi (Corti organi) raskekujulist degeneratsiooni ja varaseid degeneratiivseid muutusi kuulmisanalüsaatori tsentraalosades. Samad autorid (1) kirjeldavad toksilise kuulmisnärvipõletiku 28 juhtu, mille põhjuseks oli antibiootikumide tarvitamine.

Kirjanduse andmeil (1, 3 jt.) võib neomütsiini süstimise tulemusena kiiresti (vahel isegi 5 . . . 7-päevase ravikuuri järel) tekkida parandamatu sisekõrvakahjustuse tüüpi kuulmishäire (kõrgete toonide kuulmine nõrgeneb). Nürikuulmine võib progresseeruda ka pärast antibiootikumkuuri ja lõppeda mõnikord täieliku kurtusega. Kõige kahjulikumat toimet kuulmiselundisse avaldab neomütsiin, sellele järgnevad kolimütsiin, mütseriin, dihüdrostreptomütsiin, streptomütsiin, kanamütsiin ja monomütsiin.

L. Voldrich (6) leidis, et streptomütsiin, kanamütsiin ja neomütsiin tungivad merisigade sisekõrva (labürindivedelikku) aeglaselt ja lahkuvad sealt aeglasemalt kui verest. Kõige aeglasemalt väheneb neomütsiini hulk, mis põhjustabki selle aine kumuleerumise sisekõrvas (korduva manustamise puhul). Labürinti võib kahjustada ka streptomütsiini paikne kasutamine — antibiootikum tungib ümarakna kaudu keskkõrvast sisekõrva (5).

Kõne all olevate antibiootikumide kahjustav toime oleneb päevasest annusest, ravikuuri kestusest, manustamise viisist, haiguse laadist ja ravitava tundlikkusest.

1966. ja 1967. aastal on Tallinna Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguosakonnas konsulteeritud 10 haiget, kellel võis diagnoosida neomütsiinravi tõttu tekkinud toksilist kuulmisnärvipõletikku. Haiged saabusid sama haigla teistest osakondadest, sageli uroloogiaosakonnast (põdesid püelonefriiti või püelonefroosi). Nad hakkasid kaebama kuulmise nõrgenemist 2 . . . 3 päeva pärast 10-päevast neomütsiinkuuri (250 000 üh. 2 korda ööpäevas lihasesse). Järgmise 2 . . . 3 päeva jooksul kuulmine järsult halvenes (isegi kurtuseni). Audiomeetriline uurimine näitas, et kuulmishäire oli tingitud helivastuvõtuaparaadi kahjustusest. Positiivne kiirenenud helivaljenemise fenomen haiguse algstaadiumis tõendas, et esimesena kahjustub spiraalelund.

J u h t 1. Naispatsient K., 22 aastat vana (haiguslugu nr. 406/1967. a.), lamas III sünnitusosakonnas 21. I . . . 6. IV 1967. a. Diagnoos: *Partus I praematurus. Pyelonephritis chronica exacerbata.* 22. II . . . 3. III 1967. a. süstiti lihasesse 250 000 üh. neomütsiini 2 korda päevas. 6. III õhtul hakkas haige kaebama kohinat kõrvades. 7. III otorinolarüngoloogi konsultatsioon: kuulmekiled patoloogiliste muutusteta; mõlema kõrvaga kuuleb sosinkõnet 0,1 m, harilikku kõnet 5 m kauguselt. Diagnoos: *Neuritis nn. acustici (toxica).*

J u h t 2. Meespatsient S., 71 aastat vana (haiguslugu nr. 6365/1966. a.), lamas uroloogiaosakonnas 16. VI . . . 21. IX 1966. a. Diagnoos: krooniline tsüsto-püelonefriit, püelonefroos, ureemia, urosepsis, prostata adenoom. 25. VI

1966. a. ... 10. VII 1966. a. süstiti haigele lihasesse 250 000 üh. neomütsiini 2 korda ööpäevas. 13. VII 1966. a. hakkas kaebama kuulmise nõrgenemist. 17. juulil konstateeris kõrvaarst kurtust.

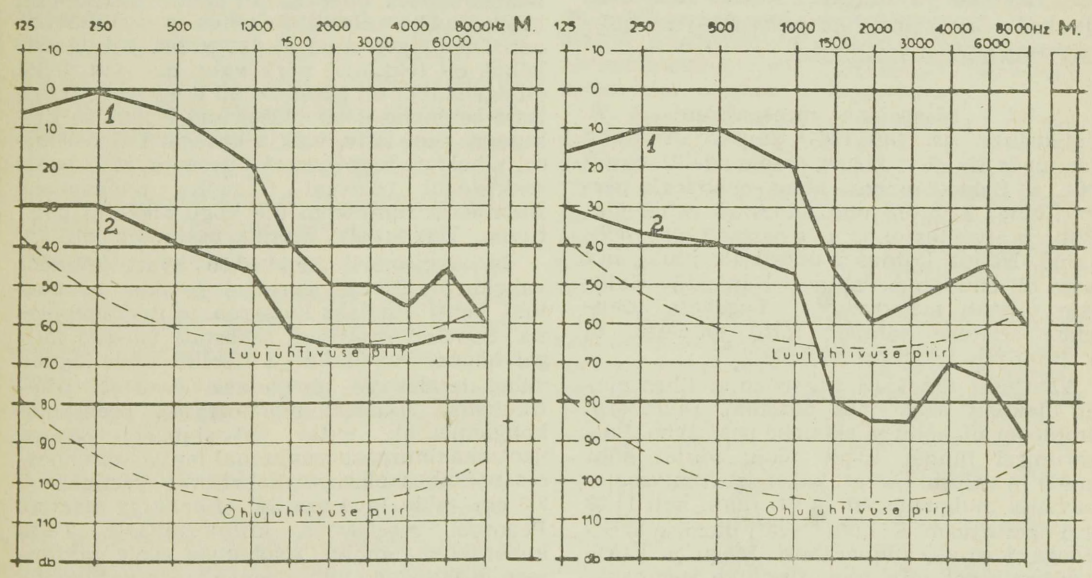
Juht 3. Poeglaps H., 14 aastat vana (haiguslugu nr. 4276/1966. a.), lamas lastekirurgiaosakonnas kuse- ja suguelundite trauma tõttu. Diagnoos: *Ruptura urethrae. Vulnus contusum regionis scroti.* Urosepsis. *Nephrolithiasis utriusque.* Haigele süstiti 30. IV ... 9. V 1966. a. lihasesse 100 000 üh. monomütsiini 4 korda ööpäevas. Kuulmise nõrgenemist ei täheldatud. Neerude talitlus oli normaalne. 25. VII 1966. a. alates tekkisid püelonefriit ja urosepsis. 2. XI ... 7. XI 1966. a. süstiti lihasesse 100 000 üh. monomütsiini 4 korda ööpäevas. 6. XII 1966. a. kutsutud otorinolarüngoloog konstateeris, et haige kuuleb mõlema kõrvaga sosinkõnet 0,5 m, harilikku kõnet 6 m kauguselt (vt. audiogramm). Diagnoos: kuulmisnärvide toksiline neuriit. Teist korda uuriti kuulmist pärast haiglast väljakirjutamist 26. IV 1967. a., s. o. 4,5 kuud hiljem. Leiti, et laps kuuleb sosinkõnet parema kõrvaga 0,1 m kauguselt, vasakuga ei kuule, harilikku kõnet kuuleb mõlema kõrvaga 1,5 m kauguselt (vt. audiogramm).

Kirjeldatud juhud näitavad, et kuulmisnärvi toksiline kahjustus võib tekkida pärast neomütsiini 10-päevast süstimist. Seepärast võib seda ravimit neeruhaiguste puhul kasutada ainult eluliste näidustuste olemasolul. Tuleb täpselt täita neomütsiini kasutamise instruktsiooni, ei tohi ületada ööpäevaks ettenähtud annust ega ordineerida preparaati kauemaks kui 5 päevaks. Neomütsiin on vastunäidustatud neeruhaiguste puhul (nefroos, nefriit), eeternarkoosis olevail haigeil ja ka sel juhul, kui haige saab muid antibiootikume. Kui neomütsiinkuuri jooksul ilmnevad ototoksilise või nefrotoksilise toime nähud, peab preparaadi manustamise kohe lõpetama.

РЕЗЮМЕ. Ототоксическое действие неомицина наступает чаще всего, если больной страдает недостаточностью функции почек. Тугоухость у таких больных носит характер нарушения звуковосприятия на высокие тоны, развивается очень быстро (иногда после 5 ... 7-дневного введения антибиотики) и носит стойкий характер.

В течение последнего года автором было консультировано 10 больных с токсическим невритом слуховых нервов после введения неомицина. Большинство этих больных страдали одновременно пиелонефритом или пиелонефрозом с почечной недостаточностью. На понижение слуха больные начали жаловаться уже через 2 ... 3 дня после окончания 10-дневного курса введения неомицина (250 000 ед. 2 раза в сутки внутримышечно), а в течение последующих 2 ... 3 дней понижение слуха достигало степени тугоухости. Тугоухость носила характер нарушения слуховосприятия со всеми типичными клиническими и аудиологическими признаками. Положительный ФУНГ в начальных стадиях болезни говорил о том, что первично поражается Кортиев орган во внутреннем ухе.

Следует строго соблюдать инструкцию по применению неомицина, не превышать суточ-



Haige H. audiogramm. Diagnoos: kuulmisnärvide toksiline neuriit. 1 — õhu- ja luukuulmise lävi 6. XII 1966. a. 2 — õhu- ja luukuulmise lävi 26. IV 1967. a.

ную дозу и не вводить более 5 дней подряд. Назначение неомицина противопоказано при заболеваниях почек (нефроз, нефрит), а также больным, находящимся под эфирным наркозом, и больным, получающим другие антибиотики. Применение неомицина при почечной патологии оправдано только при жизненных показаниях.

KIRJANDUS: 1. Хилов К. Л. Черкасов В. С. Ж. ушных, носовых и горловых болезней, 1967,, 2, 1—15. — 2. Carr, D. T. a. o. J. Amer. Med. Assoc. 1950, 144, 65. — 3. Eckel, W. u. Altenburger, K. Die Streptomycinschäden des Ohres. Leipzig, 1960. — 4. Hausshild, F. Pharmakologie und Grundlagen der Toxicologie. Leipzig, 1960. — 5. Spoendlin, H. Pract. oto-rhino-laryngol., 1966, 28, 5, 305—322. — 6. Voldrich, L. Acta oto-laryngol. (Stockholm) 1965, 60, 3, 243—248.

Tallinna Vabariiklik Haigla

MECKELI DIVERTIIKUL URGENTSES KIRURGIAS

HUBERT POOLA
UNO SIBUL
Tallinn

UDK 616-089.87-031 : 611.341

Meckeli divertiikul võib esile kutsuda erineva kliinilise pildiga ägedaid haigusi, mis vajavad kirurgilist ravi. Sagedasemaid on äge divertikuliit ning divertiikulist põhjustatud iileus (1, 6, 7, 8, 9). Harvem on kirjeldatud Meckeli divertiikuli peptilist haavandit ning viimasest põhjustatud verejooksu või soolemulgustust.

Tallinna Tõnismäe Haigla kirurgiaosakonnas on viimase kolme aasta jooksul ravitud 3 haiget, kellel esinesid Meckeli divertiikulist põhjustatud ägedad kõhuõõne haigused.

Juht 1. 56-aastane meespatsient J. A. (haiguslugu nr. 4026/1964) suunati Tallinna Harjumäe Haiglast kirurgiaosakonda 21. juulil 1964. a. Saatediagnoos: *ulcus ventriculi perforativum?* 2. juulil olid tekkinud valud ülakõhus ja iiveldustunne, mis peatselt olid möödunud. Nähud kordusid uuesti 15. juulil, mil haige oli suunatud Tallinna Harjumäe Haiglasse (oletati maokasvajat). Tugevate kõhukelme ärrituse nähtude tõttu toimetati ta 21. juuli öösel kirurgiaosakonda.

Vaatlusel täheldati tugevnenud lihasepinget ülakõhu piirkonnas paremal. Blumbergi sümptoom ülakõhu piirkonnas positiivne. Palpeerimisel ilmnes tugev valu; mujal kõht pehme ja valutu. Oletati kaksteistsõrmiksoolehaavandi mulgustumist ja 21. juulil kell 11.30 tehti operatsioon. Kõhuõõs avati ülemise kesklõikega, kasutati üldnarkoosi. Magu ja kaksteistsõrmiksool intaktsed. Ussjätke iseärasusteta. Kõhuõõne keskosas leiti 4 cm läbimõõduga 20 cm pikkune põletikuline divertiikul, mis lähtus peensoolest 25 cm oraalsemal ileotsökaalnurgast. Divertiikuli apikaalosa oli 5 cm ulatuses gangrenoosne. Põletikuline sopis resetseeriti kiilukujuliselt, soole valendik suleti kaherealise õmblusega. Kõhuõõnde jäeti drenaažitoru (antibiootikumide manustamiseks), haav suleti kihiliselt. Diagnoos: *diverticulitis Meckeli gangraenosa. Peritonitis diffusa.* Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta. Järelkontrollil 1964. a. detsembris patsient terve, kaebusi ei esitanud.

Juht 2. 38-aastase meespatsiendi M. N. (haiguslugu nr. 6878/1965) tõi kiirabi kirurgiaosakonda 10. detsembril 1965. a. kell 9.05. Saatediagnoos: *appendicitis acuta?* Saabumisel kaebas haige valusid alakõhus ja iiveldustunnet. Oli haigestunud 9. detsembri õhtul: alakõhus oli tekkinud nõrk valu, mis samal ööl oli ägenenud; oli oksendanud korduvalt. Haiglasse saabumisel oli üldseisund keskmise raskusega; keel kuiv, valkja katuga. Palpeerimisel täheldati tugevnenud lihasepinget ja valureaktsiooni paremal (alakõhu piirkonnas). Blumbergi sümptoom üle kogu alakõhu positiivne. Diagnoositi ägedat ussjätkepõletikku.

10. detsembril kell 10.00 avati kõhuõõs vahelduva lõikega paremal (paikne tuimastus). Tehti kindlaks katarraalne ussjätkepõletik. Edasisel revisjonil sedastati vähesel hulgal hägust vedelikku ja fibriini soolelingude vahel niudesoole piirkonnas. Avastati põletikulistest liidetest moodustatud peensoolekonglomeraat, mille vabastamisel 60 cm ileotsökaalnurgast oraalsemal leiti gangrenoosses põletikus Meckeli divertiikul. Viimane oli 2,5 cm pikk ja 1 cm lai, fibriiniga kaetud. Peensool resetseeriti kiilukujuliselt. Tehti kaherealine õmblus ristsuunas soole pikiteljega. Kõhuõõnde viidi drenaažitoru antibiootikumide manustamiseks. Haav suleti kihiliselt. Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta.

J u h t 3. 12-aastase tütarlapse J. M. (haiguslugu nr. 4240/1964) tõi kiirabi kirurgiaosakonda 30. juulil 1964. a. kell 17.45. Saatediagnoos: *appendicitis acuta*. Kaebas valusid alakõhus paremal ja tugevat iiveldust. Oli haigestunud 30. juulil kell 4, mil valud alakõhus paremal olid tugevnenud ja ta oli oksendanud korduvalt. Anamneesist selgus, et lühiajalisi kõhuvalusid oli lapsel ka varem esinenud, sagedamini pärast söömist. Objektiivselt: kõht ühtlaselt ette võlvunud, lihasepinge tugevnenud ja naba piirkond valulik. Valuhoo ajal auskulteeritav intensiivistunud peristaltika. Tehti sifoonklistiir — gaase väljus vähe, väljaheide puudus. Diagnoositi mehhaanilist iileust.

31. juulil kell 2.30 kõhuõõs avati, milleks tehti pararektaalne lõige paremal. Revisjon: ussjätke oli liidetes, tipp jämenenud, seinad paksenenud; iileumi terminaalosa kitsas, kokku langenud. Umbes 25 cm ileotsökaalnurgast oraalsemal leiti peensoole divertiikul (läbimõõt 4 . . . 5 cm ja pikkus 5 cm), mis keerdus ümber soole pikitelje ja jätkus sidekoelise väädina (pikkus 10 cm) ning kinnitus peensoolekinnistile. Nimetatud väädi ja peensoolekinnisti vahele oli pitsunud peensooleling. Viimane tsüanootiline ja tursunud. Pärast strangulatsiooni likvideerimist soole tavaline värvus taastus, turse alanes ja tsüanoos kadus. Katarraalses põletikus olev divertiikul eemaldati. Kõnt sopistati tubakakottõmblusega ja kaeti seromuskulaarsete üksikõmblustega. Diagnoos: *diverticulitis catarrhalis Meckeli. Ileus ex strangulationem*. Patohistoloogiline uuring nr. 14477—14478: divertiikuli sein sidekoestunud, veresoonte hüpereemia ja infiltreerumine leukotsüütidega. Patohistoloogiline diagnoos: *diverticulitis acuta*. Operatsioonijärgne periood möödus tüsistusteta.

Küllaltki suur osatähtsus on Meckeli divertiikulil iileuse tekkes — ta on selle põhjuseks 1 . . . 2%-l juhtudest (1, 3, 9). Patognoomilisi sümptoome Meckeli divertiikulist põhjustatud iileuse jaoks ei ole. Divertiikuli muutlikkus võimaldab iileuse mitmesuguste vormide esinemist (strangulatsiooni-, obturatsiooni- ja dünaamiline iileus, samuti invaginatsioon). Sagedam on strangulatsiooni-iileus.

Meckeli divertiikuli ravi on kirurgiline — sopise eemaldamine. Kitsa alusega divertiikuli puhul meenutab operatsioon apendektoomiat. Laiema aluse korral on võimalik teha kiilukujuline resektsioon ja kaherealine ristsuunaline sooleõmblus.

Kui arvestada paljude autorite tähelepanekuid ja eespool kirjeldatud haigusjuhte, võib öelda, et ägeda divertikuliidi kliinilises pildis ei ole ainult antud haigusele iseloomulikud sümptoomid. Üldiselt peetakse ägeda divertikuliidi tunnuseid sarnaseks ägeda apenditsiidi sümptoomidega, kuid mõnigi kord võib nii anamneesis kui ka kliinilises pildis nimetatud haiguste vahel (1, 2, 3, 4, 5, 6) teatavaid erinevusi täheldada. Nii oli see ka esimesel eespool kirjeldatud juhul: anamnees ja kliiniline pilt viitasid haigusprotsessile ülakõhus (oletati kaksteistsõrmiksoole perforeerumist). Selleks andis põhjust harva esinev suurte mõõtmetega divertiikul, mille gangrenoosne tipuosa asetses kõhuõõne keskosa ja ülakõhu piiril. Omapärased olid haiguse aeglane kulg (patsient haigestus peaaegu 3 nädalat enne peritoniidinähtude ilmumist) ja valu lokaliseerumine epigastriumis. Mõnikord aga võib kliiniline pilt tõepoolest sarnaneda ägeda ussjätkepõletiku omaga (teine haigusjuht).

Kui analüüsida kirjeldatud haigusjuhte, võib väita, et siis, kui muutused ussjätkes ei vasta haigusprotsessi raskusele (haige üldseisund, lokaalsed nähud jne.), tuleb mõelda Meckeli divertiikulile ja kontrollida peensoolt ileotsökaalnurgast oraalsemale umbes 1 meetri ulatuses.

РЕЗЮМЕ. За последние 3 года в хирургическом отделении больницы Тынисмяэ находились 3 больных с острым воспалением Меккелева дивертикула. Правильный диагноз у всех 3 больных был установлен лишь во время операции.

Один больной оперировался с подозрением на перфорацию язвы желудка, второй — на острый аппендицит и третий — механическую непроходимость (странгуляционная непроходимость была вызвана дивертикулом).

Клиническая картина, напоминающая перфорацию язвы желудка, объяснялась острым распадом верхушки гигантского дивертикула (20×4 см), расположенного в правой половине эпигастриума. У больного, оперированного по поводу острого аппендицита, нашли лишь малоизмененный отросток, а при дальнейшей ревизии — нагноившийся дивертикул.

В связи с многообразной топографической анатомией Меккелева дивертикула и разновидностями патологических изменений, развивающихся в этом рудименте кишечного тракта, при остром дивертикулите возможны разные клинические проявления. Постоянных патогностических симптомов, свойственных дивертикулиту, не существует.

Если при оперативных вмешательствах, предпринятых по поводу подозрения на острый аппендицит, изменения в отростке оказываются незначительными, нужно провести ревизию орального отдела подвздошной кишки на протяжении не менее 1 м.

KIRJANDUS: 1. Ананьев В. Г. В кн.: Неотложная хирургия органов брюшной полости, Киев, 1956, 284—285. — 2. Гиндин Е. БМЭ 2-ое изд. 1960, т. 17, 925—928. — 3. Витебский Я. Д. Хирургия, 1953, 2, 48—52. — 4. Земляной А. Г. Хирургия, 1959, 12, 64—66. — 5. Колесов В. И. Острый аппендицит. М., 1959. — 6. Кущ Н. Л. Новый хир. архив, 1961, 6, 55—60. — 7. Одинцев К. Е. Новый хир. архив, 1961, 7, 74—75. — 8. Русанов А. А. В кн.: Руководство по хирургии, т. VII, М., 1960, 380—384. — 9. Чухриенко Д. П. там-же, 640—641.

Tallinna Tõnismäe Haigla

Abiks velskritele ja õdedele

INHALATSIOONRAVI

LUULE VALDES
Tallinn

UDK 615.835.5.08

Inhalatsioonravi — ravimite organismi viimist sissehingamise teel — on kasutatud kogu arstiteaduse ajaloo vältel. Homerose kirjeldatud väävlisuitsutamist peeti abinõuks kõige halva vastu. Hippokrates soovitas sisse hingata aromaatsete taimede (till, küüslauk, köömned jt.) põletamisel tekkivat suitsu.

Tänapäeval tuntakse loomulikku ja kunstlikku inhalatsiooni. Loomuliku inhalatsiooni korral hingatakse mägedes sisse hõredat õhku ning mere ääres niiskuse ja soolaga küllastatud õhku ning loodusliku gaasi allikate juures väävelvesinikku ja süsihappegaasi. Kunstliku inhalatsiooni puhul sissehingatav õhk küllastatakse tervistavate ainetega, mis suitsu, auru, gaasi, kuiva tolmu või õliudu näol segatakse inhalaatorites õhu või auruga. Inhalatsioonravi hakati laialdasemalt kasutama pärast seda, kui 1858. a. konstrueeriti inhalatsiooniaparaat. Selle abil muudeti uduks mitmesuguste ravimite vesilahused, kusjuures pihustamiseks kasutati käsipumba abil kokkusurutud õhku.

Inhalatsioonravi puhul on oluline pihustusaste. Mida väiksemad on aineosakesed, seda sügavamale hingamisteedesse need tungivad. Osakesed, mille läbimõõt on kuni 10 mikromeetrit, jõuavad alveoolideni, kus nende imendumine on kõige täielikum. Ülemiste hingamisteede ravimisel võib pihustusaste olla madalam. Õhus või aurus dispergeeritud kõige peenemaid osakesi kutsutakse aerosoolideks. Aerosoolina saab ravim uued omadused, sest preparaadi pihustamise tulemusena tema aktiivne pind suureneb. Tekib hea kontakt hingamisteede limaskesta, alveoolide ning patogeense mikroflooraga. Aerosoolravi õigustab end ka seetõttu, et aerosoolidena imendunud ained erituvad organismist aeglasemalt kui muul viisil organismi viidud ravimid.

Inhalatsioonravi on usaldatud eriettevalmistuse saanud meditsiiniõe hooleks, kes peab hästi tundma vastavaid aparaate ja nende töötamise printsiipe. Ta peab olema teadlik erinevatest inhalatsiooniliikidest, tundma inhaleerimiseks kasutatavaid preparaate ja nende toimemehhanismi, oskama ravimilahuseid valmistada ja teadma annuste suurust. Et inhalatsioonravi ajal võib tekkida lokaalseid tüsistusi, harva ka ravimitundlikkusest tingitud üldtüsistusi, siis peab inhalatsiooni tegija neid õigel ajal ära tundma, et abinõud kasutusele võtta.

Meditsiiniasutustes kasutatav inhalatsiooniaparatuur on kas statsionaarne või portatiivne (individuaalne). Statsionaarse aparatuuri abil saab korraga ravida mitut haiget. Praktikas kasutatakse kõige laialdasemalt kodumaist portatiivset aerosooli-inhalaatorit AI-1. Selle aparaadiga saab teha ravimite vesi-, õli- ja leeliseliste lahuste inhalatsioone, kusjuures pihustatud osakeste suurus ei ületa 10 mikromeetrit. Aerosooli-inhalaator AI-1-ga töötamisel peab teadma ravimi keskmist kulu — vesi-

lahuse kasutamisel 1,8 cm^3 10 minuti, õlilahuse puhul 1 cm^3 10 minuti ja leeliselise lahuse korral 1 cm^3 ühe minuti vältel.

Kodus kasutamiseks on sobiv väike plastmassist taskuinhalaator, mis on mõeldud vedelate ravimite pihustamiseks astmahoogude, gripi ja hingamisteede ägedate katarride korral. Vedelate gripivastaste vaktsiinide ning seerumite pihustamiseks on ette nähtud pulverisaator. Taskuinhalaatori ja pulverisaatori abil pihustatud osakeste suurus on üle 20 mikromeetri.

Olulisel kohal on nn. niiske soojuse inhalatsioonid (temperatuur 37 . . . 38° C). Moodust rakendatakse laialdaselt kuurortides, kus selleks otstarbeks kasutatakse mineraalvett ja merevett. See koos kliimateguritega annab häid tulemusi ülemiste hingamisteede ja kopsude mitmesuguste krooniliste haiguste puhul. Niiske soojuse inhalatsioone tehakse ravi ja profülaktika eesmärgil tehastes, kus on rohkesti tolmu või õhk on saastunud hingamisteid ärritavate keemiliste ainetega.

Nn. leeliselise niiske soojuse inhaleerimine soodustab atroofilist limaskesta katva sitke röga veeldumist, kutsub esile verevarustuse paranemise, parandab limaskesta näärmete ja virve-epiteeli funktsiooni. Siinjuures võiks soovitada järgmist segu: söögisoodat 0,5, keedusoola 0,5, glütseriini 2,5 ja vett 100,0 g. Sellise segu inhaleerimise näidustusteks on ägedad ja kroonilised larüngiidid, trahheiidid, bronhiidid, bronhiaalastma, nina, neelu ja kõri haigused, millele on iseloomulik limaskesta atroofia. Ülemiste hingamisteede ägedate katarride puhul inhaleeritakse 2%-list soodalahust (39 . . . 40° temperatuuril 5 . . . 6 päeva vältel, protseduuri kestus 5 . . . 8 minutit).

Auruinhalatsiooni puhul on õhk küllastatud võimalikult kuuma auruga (umbes 45°). Et haiget mitte väsitada, ei tohiks see protseduur kesta üle 5 minuti. Põhilised näidustused on samad, mis niiske soojuse inhalatsiooni korral.

Inhaleerimiseks kasutatakse ka õlilahuseid. Õli, mis katab limaskesta, kaitseb seda kahjulike ainete eest ning takistab nende imendumist. Õlilahuste inhaleerimine on näidustatud kutsehaiguste profülaktikas. Kasutatakse ainult taimeõlisid. Õli- või kombineeritud inhalatsioone (õli inhaleerimine järgneb niiske soojuse inhaleerimisele) määratakse hingamisteede ägedate põletike raviks. Sageli lisatakse õlile mentooli (1 . . . 3%), millel on valuvaigistav ja bakteritsiidne toime. Samal eesmärgil kasutatakse eukalüptiõli, kamprit ja teisi lenduvaid õlisid. Õli pihustatakse 1 . . . 2 mikromeetri suurusteks osakesteks, mis hingatakse sisse nina ja suud katva maski abil. On täheldatud, et pärast penitsilliini-, streptomütsiini- või ekmoliiniaerosooli inhaleerimist kaitseb õli hingamisteede limaskesta liigse kuivamise eest.

Laialdaselt on levinud aerosoolide inhaleerimine. Antibiootikumide aerosoolidest kasutatakse kõige rohkem penitsilliini ja streptomütsiini, vähemal määral terramütsiini ning morfotsükliini. Aerosoolide saamiseks kallatakse pihustisse 4 . . . 6 ml penitsilliinilahust (5000 . . . 50 000 üh. 1 ml-s), inhaleerimine vältab 10 . . . 15 minutit 1 . . . 2 korda päevas. Olenevalt haigusprotsessi laadist tehakse 6 . . . 12 raviseanssi. Häid tulemusi on saadud ülemiste hingamisteede ägedate põletike puhul. Ägedat kopsupõletikku põdevatele haigetele on peale inhaleerimise antibiootikume tarvis ka lihasesse süstida. Aerosoolil on kindel koht krooniliste mittespetsiifiliste kopsupõletike ravis. Koos antibiootikumidega kasutatakse ka röga veeldavaid fermendipreparaate — pankreatiini (0,5 g) ja trüpsiini (0,03 . . . 0,05 g) lahustatuna 2 ml leeliselises puhverlahuses (pH 7,0 . . . 8,5). Niisuguse ravi puhul tuleb silmas pidada allergianähtude tekkimise võimalust.

Et antibiootikumaerosoolravi ajal võib tekkida lokaalseid kõrvalnähte (kuivustunne kurgus ja neelus), siis soovitatakse inhaleeritavale lahusele lisada glütseriini. Allergianähtude ärahoidmiseks ja ka hingamisteede allergiliste haiguste raviks soovitatakse desensibiliseerivate vahendite inhaleerimist, näiteks novokaiini 0,1, dimedrooli 0,1, 2,5%-list hüdrokortisooniemulsiooni 0,1, efedriini 0,3, 10%-list askorbiinhappelahust 2,0, destilleeritud vett kuni 10,0 g.

Bronhiaalastma ravis kasutatakse aerosoolidena euspiraani (1 . . . 2 ml) ja efedriini (0,025). Kui euspiraani inhaleerimise ajal tekib haigel südamepekslemine, siis on inhalatsiooniaega soovitatav lühendada või määrata euspiraani

ainult 6 . . . 10 tilka koos 2 ml 5%-lise novokaiinilahusega.

Antibakteriaalsete preparaatide (streptomütsiini, salusiidi) aerosoole inhaleeritakse ka kopsutuberkuloosi korral.

Viimasel ajal on avanenud võimalused elektroaerosoole kasutada. Elektroaerosoolid kujutavad endast aerosoole, mis on laetud kas negatiivselt, positiivselt või bipolaarselt. Elektrilaengu tõttu on neil tugev bioloogiline mõju organismi mitmesugustele funktsioonidele. Elektroaerosoolravi on häid tulemusi andnud bronhiaalastma, neelu ning hingamisteede põletike, dermatiitide, neurooside ja hüpertooniatõve puhul, samuti külmetushaiguste ning pneumokoniooside profülaktikas.

Inhalatsioonravi korraldamisel tuleb silmas pidada ka töötingimusi. Tööruumi on sageli vaja õhustada. Järjekorda ootavad haiged ei tohi viibida ruumis, kus ravi toimub, sest inhalaatori pihustist satub õhku ravimiosakesi, mis soodustavad allergianähtude tekkimist. Kõik anumad ja maskid tuleb iga protseduuri järel hoolikalt pesta ja keeta. Kui on tegemist statsionaarse seadeldisega, siis tehakse iga 15 minuti järel 10-minutiline vaheaeg.

РЕЗЮМЕ. Ингаляция — метод введения в организм лекарственных веществ путем их вдыхания. При ингаляционной терапии имеет значение величина вводимых распыляющихся частиц — чем она меньше, тем лучше и глубже они проникают в дыхательные пути.

Ингаляционную терапию практически проводит медицинская сестра, которая должна быть хорошо знакома с ингаляционными аппаратами, существующими методами ингаляции и лекарственными препаратами. Аппаратами для проведения лечения служат стационарные установки, а также переносные портативные ингаляторы.

Из видов ингаляционной терапии нашли применение тепловлажные, паровые, масляные, а также ингаляции аэрозолей. Наиболее широко применяются ингаляции аэрозолей различных водных растворов (антибиотиков, ферментных препаратов, бронхолитиков и т. д.). В последнее время возможно также и применение электроаэрозолей.

Целесообразно проведенная ингаляционная терапия эффективна при лечении заболеваний верхних дыхательных путей и различных заболеваний легких.

Tallinna Tõnismäe Haigla

RAVIKEHAKULTUUR SÜDAMELIHASE INFARKTI PUHUL

HERTA NIITRA
Tallinn

UDK 615.825.1:616.127-005.8

Infarktihaigete kompleksravis kasutatakse laiaulatuslikult ravikehakultuuri. Suureneva koormuse ja aktiivsusega kehaliste harjutuste õigeaegne ning pidev rakendamine soodustab kahjustatud südamelihase funktsioonivõime kiiremat taastumist. Tõuseb organismi treenituse aste, paranevad kompensatoorsed mehhanismid ning suureneb vereringesüsteemi kohanemisvõime füüsilise koormuse suhtes. Sel teel valmistame haiget ette voodist tõusmiseks ja kõndimiseks, hiljem aga selleks, et ta uuesti harjuks taluma igapäevase elu ja kutsealase tegevuse kehalisi koormusi.

Ravivõimlemise tegemisel tuleb harjutusi püüda seostada üldise liikumisrežiimi koormusega.

Raviarsti poolt määratud liikumisrežiimis on arvesse võetud kehaliste harjutuste aktiivsuse aste. See omakorda on ettevalmistus järgmisele liikumisrežiimile.

Õeldust järeldub, et ravikehakultuuri instruktor ja meditsiiniõde peavad töötama tihedas kontaktis raviarstiga. Vastasel korral tekivad ravitaktikas vastuolud, mis haigele võivad mõjuda halvasti ja ravivõimlemine ei anna soovitud tulemusi.

Liikumisrežiimi põhielemente (pööramine küljeli, tõusmine istu- ja püstiasendisse, kõndimine), samuti muid liigutusi, mis on seoses eneseteenindamisega, omandab haige ravivõimlemise ajal. Seejuures tuleb mõõta pulsi- ja

hingamissagedust, arteriaalset rõhku ja kontrollida enesetunnet.

Kui reaktsioon ja kliiniline kulg on soodsad, siis pikendatakse haige külili- või istuasendis viibimise või kõndimise kestust. Ravivõimlemine on seega ka omamoodi igapäevane funktsionaalne katse, mis selgitab organismi kohanemisvõimet kehalise pingutuse suhtes. Seetõttu on soovitatav, et ravivõimlemist tehtaks hommikupoolikul. Pärast lõunat korratakse ettenähtud koormust 1 . . . 2 korda.

Liikumisrežiimi intensiivistatakse ja spetsiaalseid kehalisi harjutusi määratakse rangelt individuaalses korras — vastavalt haige vanusele, soole, infarkti raskusele, haiguse dünaamikale, südame ja veresoonkonna funktsionaalsele seisundile jt. iseärasustele.

Oluline on, et patsient õpiks nina kaudu sügavalt ja rahulikult hingama. Seda peab alustama juba esimesel päeval. Tarvis on lähtuda haige hingamisrütmist, muutes seda järk-järgult nii, et ta hakkaks sügavalt hingama ka raskemate harjutuste täitmisel ja et ta seejuures väldiks ülepingutamist.

Voodirežiimi ajal tehakse mõõduka intensiivsusega staatilisi hingamisharjutusi ja vastavalt õige hingamistehnika omandamise kiirusele hakatakse hingamist kooskõlastama liigutustega, s. t. minnakse üle dünaamilistele hingamisharjutustele. Kopsude alumiste piirkondade paremaks ventileerimiseks on tingimata tarvilik diafragmaalne hingamine.

Harjutuste sooritamisel võib hingamine olla vaba, kuid peatusteta, või kooskõlas liigutustega, kusjuures pingutuse ajal hingatakse välja. Asendi muutmisel, kõndimisel nii tasasel pinnal kui ka trepil tuleb hoolikalt jälgida hingamise ja liigutuste kooskõla.

On väga oluline, et haige omandaks võtted, kuidas vähima jõukuluga asendit muuta ja pingutavaid liigutusi teha. Selle kohta mõni näide.

1. Vaagnavöötme tõstmine toimub esimestel päevadel ainult meditsiinitöötaja kaasabil, s. o. passiivselt. Haige hingab sisse, sellele järgneva väljahingamise ajal haarab meditsiiniõde (instruktor) kätega tema vaagnavöötmest, tõstab selle üles ja laseb alla (vt. joonis 1). Pärast seda hingab haige sügavalt 2 . . . 3 korda. Järk-järgult vajab ta üha vähem abistamist ja hakkab vaagnavöödet väljahingamise ajal iseseisvalt tõstma, sel ajal toetub ta põlveliigesest kõverdatud jalgadele, õlavöötmele ja kätele (vt. joonis 2).

2. Haige pööratakse paremale küljele algul samuti personali abiga. Ta lamab selili, kõverdatud jalad viiakse paremale, kusjuures vasak käsi liigub ka paremale. Haiget selja tagant abistades pööratakse ta paremale küljele (vt. joonis 3). On jällegi oluline, et ta enne pööramist hingaks sügavalt sisse, pöörde ajal aga välja. Pärast seda rahulik sügav hingamine jätkub. Tagasipööramine toimub samuti väljahingamise ajal. Hiljem pöörab haige end küljeli juba ise ja oskab sel ajal ka õigesti hingata.

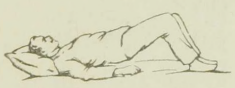
3. Istuasendisse üleminek on järgmine. Peaalune tõstetakse kõrgemale. Pärast seda abistatakse haiget istuasendisse tõusmisel, mis samuti peab toimuma väljahingamise ajal. Istumise ajal toetab haige vastu abistaja õlga (vt. joonis 4). Personali kaasabil laskub ta väljahingamise ajal uuesti selili.

Järgnevalt tõuseb haige istuasendisse ja viib jalad üle voodiääre (vt. joonis 5). Ka seejuures abistatakse teda. Mõne päeva pärast suudab haige iseseisvalt istuda. Sellele järgneb istumine toolile, ilma et ta tõuseks vertikaalasendisse (vt. joonis 6).

4. Püsti (vertikaalasendisse) tõusta on kõige parem istuasendist (toolilt), väljahingamise ajal. Haigel võetakse kaenla alt kinni ja aidatakse tõusta (vt. joonis 7).



Joonis 1

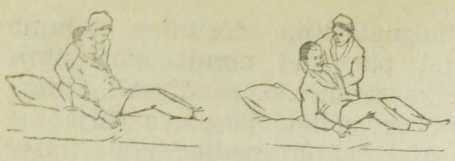


Joonis 2





Joonis 3



Joonis 4

Ravivõimlemist alustatakse juba range voodirežiimi perioodil, 1., 2. või 3. haigusnädalal, olenevalt infarkti raskuse astmest.

I. Range voodirežiim

Ravivõimlemise põhiline ülesanne selle režiimi ajal on toniseerida kesknärvisüsteemi, parandada hemodünaamikat perifeerse vereringe intensiivistamise ja ekstrakardiaalsete tegurite funktsiooni tugevdamise arvel.

Haiget toita ja korrastada aitab meditsiinipersonal.

Esimestel päevadel, kui küljeli pöörata veel ei ole lubatud, sooritab ta lamades järgmisi harjutusi.

1. Mõõduka intensiivsusega staatilised hingamisharjutused, kusjuures rinnahingamine vaheldub ühtlaselt kõhuhingamisega.

2. Aktiivsed harjutused, mis hõlmavad jäsemete väikesi liigeseid. Näiteks kämmalde ja pöidade liigutamine eraldi.

3. Passiivsed liigutused ja väikese ulatusega või personali abiga sooritatavad aktiivsed liigutused. Näiteks vahelduv põlve tõstmine, mille puhul kanda libistatakse mööda voodit.

4. Jalgade kerge masseerimine.

Kui haige seisund paraneb, jäetakse passiivsed liigutused ära. Erilist tähelepanu pööratakse harjutuste sooritamise ajal õigele, vabale hingamisele; järkjärgult tuleb üle minna liigutuste rütmiga kooskõlastatud hingamisele.

Koormust tõstetakse edaspidi järgmisel viisil:

randmete ja pöidade harjutusi sooritatakse ühel ja samal ajal;

alustatakse väikese ulatusega aktiivseid harjutusi, mis hõlmavad ka jäsemete keskmisi ja suuri liigeseid. Sellele lisanduvad kereharjutused, nagu pööramine paremale küljele ja vaagnavöötme tõstmine, mille puhul haiget algul abistatakse eespool kirjeldatud viisil.

Kõik liigutused sooritatakse aeglaselt, need peavad vahelduma hingamisharjutuste ja jalgade kerge massaažiga. Harjutuste kestus on algul 5 . . . 7, hiljem 10 . . . 12 minutit. Harjutuste kompleksi kordab haige esimestel päevadel meditsiiniõe (instruktori) juhendamisel 1 . . . 2, hiljem iseseisvalt 2 . . . 3 korda. Harjutuste kompleksi vahel on 1 . . . 2-minutilised puhkepausid (vastavalt haige seisundile ja enesetundele).



Joonis 5

II. Laiendatud voodirežiim

Ravivõimlemise ülesandeks on nüüd organismi üldise toonuse tõstmine; perifeerse ja koronaarvereringe tugevdamine; hingamise, ainevahetuse ja südamelihases toimuvate troofiliste protsesside aktiviseerimine; südame ja veresoonkonna adaptatsioonivõime taastamine kehaliste pingutuste suhtes seoses üleminekuga istuasendisse. Koormus tõuseb eelmises režiimis omandatud harjutuste ulatuse suurendamise arvel (algul sooritatakse neid lamades, hiljem istudes). Näiteks käe vahelduv tõstmine kõrvale ja üles, põlvede vahelduv tõstmine väljahingamise ajal. Peale selle alustatakse elementaarseid harjutusi kere lihaste treenimiseks istuasendis (näiteks kerepöörded ja -painutused kõrvale kooskõlas õige hingamisega). Harjutusi sooritatakse keskmises tempos, kusjuures on koormatud väikesed liigesed.

Haige tõuseb istuasendisse eespool mainitud viisil: 1 . . . 2. päeval istumine voodil, algul 1 . . . 2 minutit, hiljem 3 . . . 4 minutit 2 korda päevas; 3 . . . 4. päeval istumine, jalad üle voodi serva, algul 1 . . . 2 minutit, hiljem 3 . . . 4 minutit. Neljanda päeva jooksul istub



Joonis 6



Joonis 7

haige 2...3 korda (iga kord 5...10 minutit) ja sööb istudes. Seejärel istub toolile (ei tõuse püsti) 3...4 korda päevas, iga kord 15...20 minutit.

Nendel päevadel, mil haige esmakordselt istub või harjutuste koormust on suurendatud, tuleb vähendada ravivõimlemise üldkoormust. Soodsa reaktsiooni korral suurendatakse istuasendis sooritatavate harjutuste arvu. Ravivõimlemise kestust pikendatakse 15... 17 minutini. Haige teeb harjutusi iseseisvalt 2...3 korda päevas.

III. Palatirežiim

Ravivõimlemise ülesanded on samad mis eelmise režiimi puhulgi. Südame ja veresoonkonna adaptatsioonivõime taastamine püstitõusmiseks ja kõndimiseks.

Haigel lubatakse istuda poole päeva kestel. Koormust tõstetakse kehaliste harjutuste koordinatsiooni ja ulatuse suurendamise ning keha asendi muutmise arvel. Sooritatakse mõõduka pingega harjutusi aeglases ja keskmises tempos. Need hõlmavad suuri lihasegruppe. Lähteasendid on mitmesugused — lamamis-, istu- ja osaliselt püstiasend. Haige tõuseb püsti eespool mainitud viisil ja hakkab kõndima.

Algul tõuseb toolil istuv haige personali kaasabil püsti ja seisab 1...2 minutit. Teisel päeval teeb ta mõned sammud. Kui organism sellele koormusele reageerib rahuldavalt, korratakse eespool mainitud harjutusi personali abiga pärast nn. vaikset tundi. Kõndimise distantsi pikendatakse järgmistel päevadel iga päev 3...5 m võrra ja seda korratakse 1...2 korda päevas. Algul toimub kõndimine järelevalve all, hiljem iseseisvalt. Kui ravialune suudab kõndida vabalt, siis toimub kõndimistreening eraldi, väljaspool ravivõimlemise kava. Kõndimise vaheajal on puhkepausid, mille jooksul haige istub või toetub toolile ja hingab rahulikult ning sügavalt (vt. tabel 1).

IV. Vabarežiim

Ravivõimlemise ülesandeks on südame ja veresoonkonna ning hingamiselundite treenimine, et taastada organismi adaptatsioonivõime igapäevase koormuse suhtes ja haiget kodusele režiimile ette valmistada.

Haige kõnnib osakonnas vabalt. Järgnevalt algab kõndimistreening trepil.

Ravivõimlemist alustatakse mitmesuguste lähteasenditega, peamiselt aga püstiasendiga, suurendatakse liigutuste ulatust ja koordinatsiooni, harjutuste tegemisel kasutatakse mitmesuguseid esemeid (kepp, 0,5...1,0 kg raskune käsik, pall).

Raskemad harjutused, nagu kükkimised, kerepainutused jt., sooritatakse kooskõlas hingamisega ja pärast pingutust tehakse puhkepaus.

Harjutuste tempo on aeglane ja keskmine suurte lihasegruppide koormamisel, mõõdukalt kiire väikeste liigeste koormamisel. Kõndimist harjutatakse samuti aeglases, keskmises ja kiiremas tempos. Kui vastunäidustusi ei ole, siis suurendatakse kõndimisdistantsi 400... 1000 m-ni (kindlate vahemaade järel on vajalikud puhkepausid). Kui ilmastik lubab, tehakse enne haiglast lahkumist jalutuskäike ka värskes õhus.

Kõndimist trepil treenitakse samuti süstemaatiliselt. Iga päev tõustakse 3...5 astme võrra ikka kõrgemale. Seda alustatakse ettevaatlikult: astmele tõustes peab haige välja hingama, siis ühe jala teise juurde tõstma ja sisse hingama. Hiljem kõnnitakse trepil, tõustakse 3...4 astet järjest, hingatakse õigesti ja tehakse iga 10...15 astme järel puhkepaus (vt. tabel 2).

Tabel 1

Kõndimistreeningu skeem südamelihase infarkti puhul

Treeningupäev	Distants (meetrites)	Puhkuse kestus istudes (minutites)	Tagasituleku distants (meetrites)	Puhkuse kestus lamades (minutites)
1...2	5...10	10	5...10	30
3...4	10...15	10	10...15	30
5...6...7	15...25	10	15...25	30
8...9	25...30	5...10	25...30	30
10...11	30...40	5...10	30...40	30
12...13...14	40...50	5	40....50	30

Tabel 2

Trepil tõusmise ja laskumise treeningu skeem südamelihase infarkti puhul

Treeningu-päev	Tõusmine trepil (astmete arv)	Puhkuse kestus (minutites)	Tõusmine trepil (astmete arv)	Puhkuse kestus (minutites)	Laskumine trepil (astmete arv)
1	2...4	2...3	1...2	2...3	3...6
2	4...5	2...3	2...5	2...3	6...10
3	5...6	2...3	5...6	2...3	10...12
4	7...8	1...2	7...8	2...3	14...16
5	9...10	1...2	9...10	2...3	18...20
6	11...12	1...2	11...12	2...3	22...24

Kogemused on näidanud, et pärast õigesti korraldatud ravivõimlemist, mis on kooskõlas üldise liikumisrežiimiga, paranevad enesetunne ja meeleolu. Haige tunneb oma kehalisi võimeid, teab, mil määral organismi võib koormata, ja nii suudab kohaneda koduste tingimuste ning hiljem ka kutsealase tööga. Ravivõimlemise varajane rakendamine tagab raviaja lühenemise statsionaaris.

Ravikehakultuur ambulatooriumis ja kodus

Pärast statsionaarist lahkumist jätkub ravi kodus või polikliinikus ja hiljem ka kardioloogiasanatooriumis.

Pärast haiglast lahkumist on esimesel 3...4 päeval vaja arvestada haige suuremat vaimset ja kehalist koormust, mis on tingitud sõidust, koju saabumisest ja kohtumisest lähedastega. Soovitatav on ära jätta trepil kõndimine ja jalutuskäigud ning piirduda liikumisega toas (korteris).

Seejärel tuleb ravivõimlemine korraldada vastavalt III režiimile (palatirežiimile) või osalise koormusega IV režiimile (vabarežiimile). Kui ravialuse seisund on hea, siis minnakse järk-järgult üle niisugusele kehalisele koormusele, mida ta talus statsionaaris viibimise ajal. Edaspidi suurendatakse liikumisaktiivsust juba sanatooriumis.

Kui ravi jätkub polikliinikus, siis peab kehaline treening toimuma iga päev: hommikuvõimlemine, jalutuskäigud (distantsi suurendatakse järk-järgult), üleminek tavalisele kõndimisele trepil (silmas pidada sügavat hingamist). Võimaluse korral jätkatakse ravivõimlemist polikliiniku ravikehakultuurikabinetis 2...3 korda nädalas.

РЕЗЮМЕ. Инфаркт миокарда относится к тяжелейшим заболеваниям сердца. Несмотря на это, большинство больных сохраняет в большей или меньшей степени свою трудоспособность, чему помогает широкое применение лечебной физической культуры.

Своевременное применение физических упражнений с постепенно возрастающей активностью способствует восстановлению мышечной силы, нормализации функции кровообращения, подготавливая тем самым больных к вставанию и ходьбе, а в дальнейшем к физическим нагрузкам бытового и трудового характера.

При применении движений в комплексном лечении инфарктов миокарда обязательной является правильная организация всего двигательного режима больного. Назначаемый двигательный режим определяет степень активности больного в занятиях физическими упражнениями, которые в свою очередь подготовляют больных к дальнейшей смене режима.

Основные элементы двигательного режима (поворот на бок, подъем до положения сидя и стоя, ходьба), а также другие движения, необходимые для самообслуживания, сначала осваиваются во время занятий лечебной гимнастикой при постоянном контроле за реакцией пульса, дыхания, артериального давления, общим самочувствием больного.

При наличии положительных реакций проводится расширение двигательного режима больных на протяжении всего дня. Таким образом, занятия лечебной гимнастикой, кроме их лечебного воздействия, являются ежедневной функциональной пробой, определяющей приспособляемость организма к физическим нагрузкам.

Расширение двигательного режима в том числе и физических упражнений проводится строго индивидуально. Учитывается возраст, обширность инфаркта, динамика заболевания, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и организма в целом. Необходим постоянный контакт методиста с лечащим врачом.

Особое внимание уделяется воспитанию полноценного дыхания. Степень углубления дыхания должна соответствовать уровню общей физической нагрузки.

Для больных инфарктом миокарда очень важно освоить наиболее облегченные варианты подъема таза, поворота на правый бок, перехода в положение сидя, стоя. Эти движения выполняются сначала с максимальной помощью обслуживающего персонала (мето-

диста), а затем уже самостоятельно, но при наименьшем усилии, без задержки дыхания, во время выдоха.

Лечебная гимнастика назначается уже при строгом постельном режиме на 1, 2, 3 неделе с начала заболевания в зависимости от тяжести инфаркта.

Методика и дозировка лечебной гимнастики должна обеспечить последовательную и планомерную активизацию больных в порядке нарастающей и тщательно детализованной физической нагрузки, соответствующей типовым двигательным режимам.

После выписки больных из стационара продолжается лечение на дому, в кабинетах лечебной физкультуры поликлиник или в кардиологических санаториях.

Tallinna Vabariiklik Haigla

TILGUTUSSÜSTEEMIDE HOOLDAMISEST KIRURGIAOSAKONDADES

MALLE TÕNURI
Tallinn

UDK 615.473:616-08

Ravimeid on niristamise teel veeni viidud juba ammu. Seda on tehtud sisehaigusi põdevatele patsientidele. Eriti on see näidustatud ägedate südametegevuse häirete, mitmete kirurgiliste haiguste jms. korral.

Mainitud meetodil on teatavad eelised, kui võrrelda ravimi tavalise manustamisega. Ravimi aeglane veeni viimine mõjub soodsalt veresoonte närvilõpmetele ka sel juhul, kui on tegemist kangetoimeliste või tugevas kontsentratsioonis ravimitega. Peale selle on vereringesse võimalik viia küllaldane hulk vedelikku, ilma et tekiks südame ülekoormamise ohtu.

Praktikas kasutatakse järgmistest osadest koosnevat tilgutussüsteemi: umbes 20 cm pikkune painutatud klaastoru, 40 cm pikkune kummivoolik, klaasfilter, 30 cm pikkune kummivoolik, klaasist vahelüli, 20 cm pikkune kummivoolik ja metallkanüül (vt. foto 1).

Apteegist saadavad kummivoolikud ja ka klaasdetailid on harilikult puhastamata ning seepärast ei ole neid võimalik kohe kasutusele võtta. Neid tuleb kasutamiseks ette valmistada.

Uute kummivoolikute ettevalmistamine:

1) voolikud lõigata 50 . . . 75 cm pikkusteks tükkideks ja asetada 24 tunniks vette;

2) pesta jooksva kraanivee all masseerivate liigutustega ja asetada 6 tunniks nuuskpiirituse 0,5 %-lisse lahusesse;

3) pesta kraanivee all ja asetada uuesti 6 tunniks nuuskpiirituse 0,5 %-lisse lahusesse;

4) veel kord pesta jooksva vee all masseerivate liigutustega;

5) keeta destilleeritud vees 1 tunni jooksul;

6) vahetada vesi ja keeta veel 1 tunni jooksul.

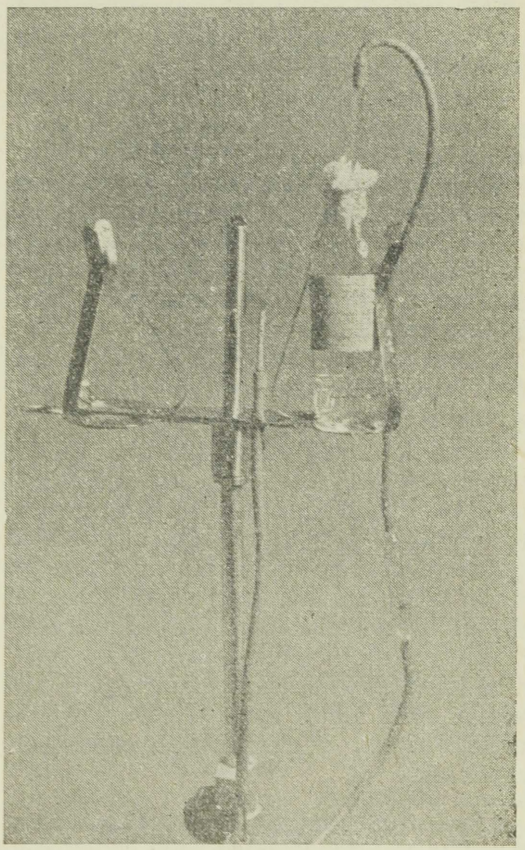


Foto 1

Uusi klaastorusid ja -filtreid valmistatakse ette järgmiselt:

1) klaasesemed asetada 5 tunniks kaaliumdikromaadi ja väävelhappe segusse (*kalii dichromati* 50,0 + *acidi sulfurici concentrati* 500,0)*;

2) loputada jooksva vee all väga hoolikalt;

3) loputada kahes destilleeritud vees väga hoolikalt (väävelhappejääk torude seintel on eluohtlik!);

4) keeta 40 minutit.

Uute süstlanõelte ja kanüülide ettevalmistamine:

1) nõelad ja kanüülid puhastada eetris niisutatud vatiga; nõela- ja kanüülikanal puhastada mandrääni ümber mähitud vatiga, mida niisutatakse eetris;

2) asetada 2 tunniks eetrisse;

3) pesta eetriga surve all;

4) keeta destilleeritud vees 40 minutit.

Alles siis, kui tilgutussüsteemi kõik osad on töödeldud, võib kindel olla, et need on puhtad ja süsteemi võib kokku monteerida.

Valmissüsteemi tuleb destilleeritud vees keeta 40 minuti jooksul või saata autoklaavi (1,5 at, 45 minutit).

Valulasteks selliste süsteemide puhul on metallkanüülid. Need ei ole roostevabast metallist, vaid nikeldatud. Kui neid koos muude detailidega korduvalt keeta, siis tekib kanüüli ja kummi vahele must kiht ning süsteem ei olegi enam puhas. Kanüüle oleme püüdnud puhastada väga mitmesugusel viisil, kuid tulemusteta.

Kuidas siis tilgutussüsteeme puhtana hoida seni, kuni käibele tulevad sünteetilisest materjalist kanüülid?

Oleme jõudnud järeldusele, et kõige otstarbekohasem on keeta kanüüli koos kummist vahelüliga muust süsteemist eraldi. Eraldi keetmisel jäävad kanüülid tunduvalt kauemaks ajaks puhtaks ja säilib niklikiht. Vahetult enne kasutamist monteeritakse kanüül vahelüli abil süsteemi külge (steriilsus!). Kui steriilse kanüüli kinnitamisega algul tekib raskusi, siis võib appi võtta steriilse marlitükikese, et sõrmed kanüüli ei puudutaks.

* Kaaliumdikromaadi ja väävelhappe segu on soovitatav lasta apteegist välja punase sildiga pudelis. Hoida tuleb seda rangelt kindlaksmääratud kohas teistest ravimitest eraldi.

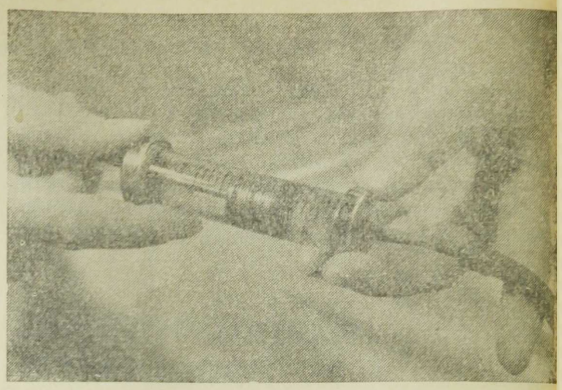


Foto 2

Kummist või keetmiskindlast sünteetilisest materjalist vahelüli kujutab endast paari sentimeetri pikkust kummitorukest, mille keedame koos kanüüliga, et süsteemi hiljem oleks hõlbus täita.

Kuidas tilgutussüsteemi õigesti täita? Ka selleks on väga palju viise. Oleme arvamusele jõudnud, et kui silmas pidada steriilsuse nõudeid ja meditsiiniõe tööaega õigesti hinnata, on õhk süsteemist otstarbekas eemaldada süstla abil. Kui süsteem on valmis seatud ja kanüül otsa pandud, ühendame steriilse süstla kummist vahelüliga ning täidame süsteemi (vt. foto 2).

Pärast kasutamist tuleb tilgutussüsteem puhastada järgmiselt:

1) pesta ja lahti monteerida ning asetada pooleks tunniks nuuskpiirituse 0,5%-lisse lahusesse;

2) kummivoolikud pesta ja loputada jooksva vee all;

3) nõelad ja kanüülid pesta jooksva vee all, puhastada mehhaaniliselt (eetris niisutatud vatiga kaetud mandrääni abil) ning loputada;

4) klaasosad lasta seista kaaliumdikromaadi ja väävelhappe segus 15 minutit; pärast seda jooksva vee all mitmel korral väga hoolikalt pesta ja

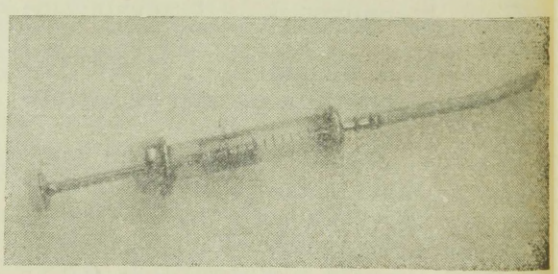


Foto 3

loputada destilleeritud vees, mida tuleb vähemalt kaks korda vahetada;

5) pärast puhastamist kõiki detaile (lahti monteeritutena) keeta 40 minutit;

6) kokku monteerida ja keeta 40 minutit või saata autoklaavi.

Otstarbekam on tilgutussüsteemi destilleeritud vees keetmise teel steriliseerida, sest kummivoolikud muutuvad autoklaavis väga ruttu hapraks.

Kirjeldatud hooldamismeetod nõuab küll vaeva ja aega, kuid sel juhul võib kindel olla, et ükski haigel tekkiv reaktsioon ei ole tingitud ebasteriilsest süsteemist. Tilgutussüsteemidelt oleme korduvalt võtnud bakterioloogilisi analüüse ja tulemused on alati olnud negatiivsed.

Kummist või sünteetilisest materjalist keetmiskindlat peenikest voolikut võib edukalt kasutada ka süstlanõelte kaitseotsikute valmistamiseks. Soovitatav on kaitseotsikud teha veidi pikemad kui nõelad, et need nõela vabalt kataksid. Süstlanõela kaitseotsiku teise otsa võib kuumutamise teel sulgeda, kuid kinnisi otsikuid on halb puhastada. Jääb üle neid tihedamini vahetada. Muidugi, paremaks nõelakaitseks on süstitava ravimi tühi ampull. Alati me seda kasutada ei saa, näiteks antibiootikumide süstimisel. Sel juhul on kummiotsik väga otstarbekohane (vt. foto 3).

РЕЗЮМЕ. В статье подробно описываются технические приемы ухода за системой капельного вливания, знание которых необходимо для каждой медицинской сестры.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Kaadri ettevalmistamine

UUSI TEADUSTE KANDIDAATE

26. veebruaril 1968. a. kaitses I. P. Pavlovi nim. Leningradi I Meditsiiniinstituudi õpetatud nõukogu avalikul koosolekul kandidaadiväitekirja Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi meditsiinilise eriettevalmistuskursuse vanemõpetaja Saima T a m m. Töö teemaks oli «Reuma hoovälise perioodi iseloomustus lastel». Oponeerisid teeneline teadlane arstiteaduse doktor professor A. Volovik ja teeneline teadlane arstiteaduse doktor professor P. Bulatov. Väitekiri valmis arstiteaduse doktor professor E. Gornitskaja juhendamisel.

Uurimusel on suur teoreetiline, eriti aga praktiline väärtus. Et reuma viimastel aastakümnetel kulgeb sageli varjatult, siis seadis autor töö eesmärgiks välja selgitada kliinilis-laboratoorsed näitajad, mis võimaldaksid kindlaks määrata varjatud reuma aktiivsuse astme hoovälisel perioodil, seda just polikliinikus. Ühtlasi uuris autor profülaktilise ravi mõju lastereuma varjatud vormide aktiivsusele.

Töö tulemusena töötati välja uuringute kompleks varjatud reumajuhtude avastamiseks. Nii tehti kindlaks, et 60%-l lastest, kes haiguse hoovälisel perioodil käisid koolis, esinesid aktiivse reuma tunnused. Profülaktilise sesoonse retsidiivivastase ravi tulemusena vähenes reuma retsidiivide arv märgatavalt. Nõrgem oli toime varjatult kulgevasse reumaprotsessi (reuma subkliinilist ägenemist täheldati 15 korda sagedamini kui kliiniliselt väljendunud retsidiive). Seepärast tuleb profülaktiline retsidiivivastane ravi korraldada individuaalses korras vastavalt kliinilis-laboratoorsetele näitajatele. Kui arvestada, et subkliinilisi reumavorme esineb küllaltki sageli, on ambulatooriumides ja polikliinikutes vaja teha täiendavaid laboratoorseid uuringuid (verevalgu fraktsioonide, seromukoidi, C-reaktiivse valgu jt. määramine).

Õpetatud nõukogu tunnistas uurimuse igati kordaläinuks ja otsustas S. Tammele üksmeelselt anda arstiteaduse kandidaadi kraadi.

S. Tamm sündis 1926. a. Kehras põllutöölise perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas Tallinnas, kus 1946. a. kevadel lõpetas Arve- ja Plaanindustehnikumi kiitusega. Sama aasta sügisel alustas ta õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas 1955. a. Pärast ülikooli lõpetamist töötas S. Tamm pediaatrina Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas ja hiljem assistendina Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatriakateedris. Aastatel 1961 ... 1965 jätkas õpinguid ülikooli aspirantuuris, kus nimetatud väitekiri valmiski. 1966. a. alates töötab S. Tamm Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilises Instituudis vanemõpetajana, kusjuures võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst.

Madis Saar

13. veebruaril 1968. a. kaitses NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Kliinilise ja Eksperimentaalse Kirurgia Instituudis Moskvas kandidaadiväitekirja Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kopsukirurgiaosakonna anestesioloog Artur Talihärm. Väitekirja teemaks oli «Mõnede elektrolüütide näitajate muutustest kopsutuberkuloosihaigetel seoses ftisiokirurgiliste operatsioonidega ja vahetul operatsioonijärgsel perioodil».

Oponentideks olid arstiteaduse doktorid V. Manevitš ja M. Hodas.

Dissertant käsitleb väitekirjas naatriumi- ja kaaliumi-ainevahetuse muutusi kopsutuberkuloosihaigetel seoses kirurgilise raviga ning ainevahetuses tekkinud nihete kiirema kõrvaldamise teid vahetul operatsioonijärgsel perioodil.

Autori poolt soovitatud metoodika rakendamisel on suur praktiline tähtsus. See võimaldab senisest kiiremini kõrvaldada naatriumi- ja kaaliumi-ainevahetuse häireid operatsioonijärgsel perioodil.

Instituudi nõukogu andis tööle kõrge hinnangu, eriti esile tõstes matemaatiliste meetodite rakendamist andmete analüüsimisel. Dissertandile anti arstiteaduse kandidaadi kraad.

A. Talihärm sündis 1932. a. Paide rajoonis Vissuvere külas talupidaja perekonnas. Pärast Paide keskkooli lõpetamist 1952. a. õppis ta Leningradi Sõjaväemeditsiini Akadeemias aastail 1952 ... 1958. 1960. a. alates töötab ta Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kopsukirurgiaosakonnas anestesioloogina.

A. Talihärm on trükis avaldanud 12 teaduslikku tööd, neist 7 käsitleb dissertatsiooniteemat.

Eino Kase

Arstiteaduse ajaloost

ESIMESI MEDITSIINIALASEID KÄSIKIRJALISI MÄLESTUSMÄRKE EESTIS

BORIS SCHAMARDIN
Tallinn

UDK 61(091.3)

Vanemateks meditsiinilisi teadmisi sisaldavateks kirjalikeks allikaiks Eestis tuleb pidada mitmesuguseid meditsiinialaste kirjutiste fragmente, mida võib leida mõnes XIII ... XIV sajandist pärinevas koodeksis. Üks selliseid fragmente on silma anatoomiline kirjeldus, mis on esitatud XIII sajandi I poolest pärinevas ladinakeelses moraalse-allegoorilise sisuga koodeksis «*Meditationes*», mida hoitakse Tallinna Linna Riiklikus Arhiivis [1]. Silma anatoomiat käsitletakse seejuures keskajal tuntud Constantinus Africanuse [2] teose «*Liber de Oculis*» järgi, millele viitab tekstis leiduv märge.

[1] TLRA, fond 230, nim. l, s.-ü. 3.

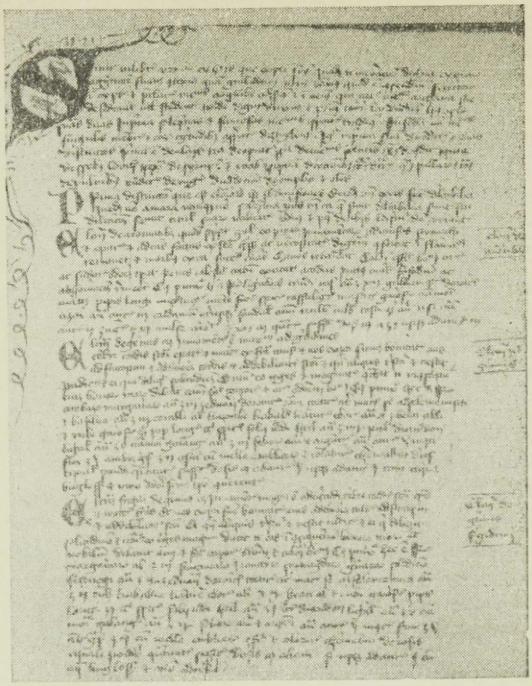
[2] Constantinus Africanus (sünd. XI sajandil Kartaagos, surn. 1087. a. Monte Cassinos) on varasemaid araabia ja kreeka arstiteadlaste teoste tõlkijaid, soodustas Salerno meditsiinilise kooli arengut.

F. Köhleri (3) arvates on koodeks prantsuse päritoluga.

Meditsiiniline traktaat leidub F. Amelungi (1) poolt kirjeldatud nn. Tallinna pärgamentses koodeksis. Selles esitatakse mitmete haiguste ja nende sümptoomide seletus (näiteks kirjeldatakse peavalu, migreeni, ninapolüüpe, neeruhaigusi, palavikke, reumat, koolikuid jm.). F. Amelungi (1) andmeil on koodeks pärit XIV sajandi algusest ja põhineb Tallinna lugemismeistri Mauritiuse ülestähendustel, mis on tehtud õpingute vältel Kölnis ja Pariisis aastail 1268 ... 1270. Taolisi fragmente on ka hilisema perioodi käsikirjades. Muuhulgas ei puudu naljatoonis tehtud märkused tolleaegse meditsiini aadressil. Nii leidub ühes XIII sajandist pärinevas koodeksis [3] värsivormis kirjutatud paroodia keskajal kuulsa Salerno kooli hügieenireeglite (*Regimen Sanitatis Salernitanum*) kohta.

Puhtmeditsiinilise sisuga ulatuslikumaks koguteoseks on Eesti NSV Riikliku Ajaloomuuseumi dokumentide fondis [4] säilitatav mitmest traktaadist koosnev 310-leheline koodeks, mis ilmselt on XV sajandist (seda võib otsustada dateeringu järgi, nimelt 10. november 1411). Samas hoitakse ka 72-lehelist käsikirja [5], millest suurema osa moodustavad arstiteadusliku sisuga kirjutised. Neid käsikirju on juba varem kirjeldatud (5).

Märkimist väärib Tallinna Linna Riiklikus Arhiivis leiduv 110-leheline «*Compendium medicum*» 1431. aastast [6], millele on viidanud ka varajasema perioodi uurijad (1, 2 jt.). See koosneb järgmistest osadest: 1) lihtsate ravimite (*simplicia*) kirjeldus; 2) *compendium secretorum*, milles antakse ülevaade liitainetest; 3) *antidotarius major*, milles kirjeldatakse arstimite mõju ning nende kasutamist mitmesuguste haiguste puhul; 4) taimsete, loomsete ja mineraalsete ravimite sünonüümide loetelu ja register. Nimetatud kompendium kujutab endast tõenäoliselt mõne keskaja autori teoste kompilatsiooni või ärakirja; arvatavasti on see kirjutatud Nicolaus Praeposituse (elas XII sajandil,



Lehekülg «*Compendium medicum*'ist»

oli Salerno meditsiinikooli üks juhte) või Nicolaus Myrepsose (elas XIII sajandil Nikeas) tuntud antidotaariumi alusel. Huvitav on märkida, et «*Compendium medicumi*» loeteluga (4. osa) analoogiline, peaaegu identne osa leidub ka eespool mainitud 72-lehelises käsikirjas [7]. See viitab ühisele algallikale.

Kõikide loetletud käsikirjade leheküljedel leidub rohkesti eri käekirjadega tehtud sissekandeid ja marginaale, sealhulgas ka ravimite retsepte.

Oletatavasti säilitati nimetatud käsikirju Tallinna keskaegsete kloostrite (võimalik, et dominiiklaste) raamatukogudes, pärast reformatsiooni aga sattusid need eri kohtadesse. Seda oletust kinnitab asjaolu, et paljud Eesti NSV Riiklikus Ajaloomuuseumis ja Tallinna Linna Riiklikus Arhiivis leiduvad käsikirjad on niisuguse päritoluga.

Esimeseks eestikeelseks kirjalikuks meditsiinialaseks dokumendiks tuleb pidada Tartu rae poolt kirurgile ja okulistile Sigismundus Awerbachile 1589. aastal antud ametitunnistust, mida hoitakse Eesti NSV Riiklikus Ajaloo Keskarhiivis [8]. Nimetatud dokumenti on mai-

[3] TLRA, fond 230, nim. 1, s.-ü. 4.
[4] RAM, fond 237, nim. 1, s.-ü. 1.
[5] RAM, fond 237, nim. 1, s.-ü. 205.
[6] TLRA, fond 230, nim. 1, s.-ü. 15.
[7] RAM, fond 237, nim. 1, s.-ü. 205.
[8] ENSV RAKA, fond 995, nim. 1, s.-ü. 238, lk. 445—446.

ninud ka I. Brennsohn (2). Dokument on Tartu rae protokollides. Samas leidub ametitunnistuse saksakeelne tekst. Tunnistuse on andnud Tartu bürgermeister ja raehärrad «kivi- ning songalõikajale, oftalmistile ja ihu- ning haavaarstile Sigismundus Awerbachile». Selles tõendatakse, et nimetatud isik on Tartu hospidalis ja seegis õnnestunult ravinud kolme pimedat, nimelt 60-aastast Annat, kes 36-aastasest east on pime, Katharynat (Kattrinat), kes teist aastat on pime, ja Georgen (Jürgen) Schmidti (Schmittet), kes seitsmendat aastat on pime. Eestikeelne tunnistuse tekst algab sõnadega: «Meye Burgermeister ninck Rads Isandette sest Corolienast dörpt lifflante mhale: anname ohma heldelin . . .» ning lõpeb järgmiste sõnadega: «. . . sündnut dörpt se 29 kue aprilis Anno Christi 1. 5. 89, üxelle kochmandelle üx tuhat viests sadda üttese yele katze küment.»

Kirjeldatud tunnistus väärib arstiteaduse ajaloo seisukohalt märkimist veel selle poolest, et mainitakse Tartus haiglat (hospidali ehk seeki) ning seda, et nimetatud haiglas on haigeid ravinud arst (S. Awerbach). Peale selle pakub dokument keeleteaduslikku huvi [W. Reiman (4), E. Siirak (6)].

Isik, kes dokumendid eesti keelde tõlkis, ei ole teada. Igatahes tuleb tõlget ebaõnnestunuks pidada [W. Reiman (4)]. Võib oletada, et tõlkijaks võis olla mõni Tartus 1585. aastast alates tegutsenud tõlkide seminarist pärit olev isik. Tunnistus anti eesti keeles nähtavasti selleks, et S. Awerbach saaks luua tihedamat kontakti kohalike elanikega.

Tuleb märkida, et taolisi tunnistusi ja testimooniume on võimud tol ajal andnud teistelegi arstimisega tegelevatele isikutele, eeskätt rändarstidele.

РЕЗЮМЕ. Наиболее древними письменными источниками, содержащими медицинские знания, следует считать различные фрагменты с медицинскими описаниями, которые можно найти в кодексе, относящемся к XIII. . .XIV столетию. Одним из таких фрагментов является анатомическое описание глаза в кодексе «Meditationes» на латинском языке, относящемся к первой половине XIII столетия, который хранится сейчас в Таллинском государственном городском архиве.

Наиболее полным сборником чисто медицинского содержания является кодекс на 310 листах, состоящий из нескольких трактатов и датированный 10 ноября 1411 г. Он хранится в фонде документов Государственного исторического музея Эстонской ССР. Здесь же хранится и рукопись на 72 листах, в основном медицинского содержания. Следует отметить также имеющийся в Таллинском государственном городском архиве «Compendium medicum» на 110 листах от 1431 года, который, очевидно, представляет собою компиляцию или копию работ неизвестного средневекового автора.

Первым письменным медицинским документом на эстонском языке следует считать официальное свидетельство, выданное в 1589 г. Тартуской ратушей хирургу и окулисту Сигизмундусу Авербаху. Оно находится на хранении в Центральном государственном историческом архиве Эстонской ССР. В этом документе подтверждается, что названное лицо удачно излечило в Тартуском госпитале и богадельне трех слепых. Свидетельство ценно с точки зрения истории медицины и представляет интерес также для лингвистов.

KIRJANDUS: 1. Amelung, F. Baltische Culturstudien. Dorpat, 1885. — 2. Brennsohn, I. Die Aerzte Livlands. Mitau u. Riga, 1905. — 3. Köhler, F. Ehstländische Klosterlektüre. Reval, 1892. — 4. Reiman, W. Sitzungsberichte der Gelehrten Estnischen Gesellschaft, 1901. Jurjew, 1902, 185—195. — 5. Schamardin, B Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 4, 296—300. — 6. Siirak, E. Eesti kirjanduse ajalugu, I kd. Tallinn, 1965, 107—124.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Konverentsid ja nõupidamised

VABARIIKLIK ALLERGOLOOGIA-ALANE KONVERENTS toimus Tartus. Esitati 46 ettekannet, neist 26 oli meie vabariigi autoritelt, sealhulgas 17 Tartu teadlastelt. Konverentsil viibisid külalised Leningradist, Moskvast, Kaunasest ja mujalt. Kõne all olid bronhiaalastma, hingamisteede allergilised haigused, reumaatiline artriit ja müokardiinfarkt. Enamik ettekannetest oli kõrgel teaduslikul tasemel.

Bronhiaalastma valdkonnas kujunes keskseimaks ettekandeks A. Ado (Moskva) uuri-

mus, mille esitas I. Borodin. Selles käsitleti bronhiaalastma patogeneesi ja klassifitseerimist.

Leningradi külalised (G. Fedossejev, M. Tšuhlovina, T. Starikova) tõid andmeid selle kohta, et bronhiaalastma patogeneesis võivad teatavat osa etendada ka immunopatoloogilised protsessid. J. Riiv rõhutas infektsioos-allergilist astma patogeneesi Eesti NSV oludes ja vastava ravi rakendamise vajadust.

Osa esinejaist käsitles ravimiallergiat. Huvitavaim oli J. Kupčinskase ettekanne, milles kirjeldati ravimiallergia 4 staadiumi. Omaette probleemi — organismi immunoloogilisest reaktiivsusest varajases ontogeneesis — käsitles I. Pavel.

Reuma valdkonnast oli kõne all autoimmunoloogiliste protsesside osatähtsus haiguste patogeneesis ja diagnoosimisel. Elavat huvi pakkus A. Monajenkovi ettekanne, milles viidati reumale omase spetsiifilise antigeeni olemasolule reumokardiidi juhtudel. Organismi immunopatoloogilise reaktiivsuse iseärasustele oli pühendatud L. Päi uurimus. A. Šeffer kirjeldas infektsioosse artriidi seroloogilisi variante, I. Šeffer südame antigeeni intrakutaanse süstimise tähtsust haiguste diagnoosimise seisukohalt.

Mitmed ettekanded käsitlesid immunopatoloogiat mitmesuguste eri haiguste korral. Huvitav oli K. Kõrge ja E. Lipso töö, milles vaadeldi immunopatoloogiliste mehhanismide osatähtsust müokardiinfarkti põdevatel haigetel. V. Salupere näitas mao limaskesta parietaalrakkude-vastaste antikehade olemasolu gastriidihaigetel. V. Saarma kirjeldas reaktsioone homoloogilise koe vastu kilpnäärmehaiguste korral, S. Velbri rääkis immunoloogia küsimustest suhkurtõve puhul jne.

Konverentsil leidis aset elav diskussioon, mis aitas kaasa probleemide lahtimõtestamisele.

Konverents näitas meie immunoloogide tublit tööd, äratas huvi laialdastes spetsialistide ringkondades ning aitas kaasa immunoloogia edaspidisele viljelemisele vabariigis.

Leo Päi

MEDITSIINIÕDEDE KONVERENTSID. Tavaliselt mõeldakse konverentsi all autoriteetset nõupidamist, kus arutatakse aktuaalseid küsimusi ja tehakse olulisi otsuseid. Konverentse planeeritakse aastate peale ette, plaanid kinnitatakse kõrgemates instantsides jne. Huvitavaid konverentse aga on võimalik korraldada tavaks saanud viisidest erinevalt, lihtsalt — mõeldud ja tehtud.

Sellise operatiivsusega korraldas Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla meditsiiniõdede nõukogu möödunud aasta 27. oktoobril konverentsi. Külalistena võttis osa autobussitäis kutsekaaslasi Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Psühhoneuroloogia Haiglast.

23. veebruaril k. a. korraldas Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla meditsiiniõdede nõukogu konverentsi Tartus. Osavõtjaid oli 80, nendest üle 30 Jämejala haiglast. Kui Jämejala konverentsil esitatud kolmest ettekandest kaks oli arstidelt, siis Tartu konverentsi kuuest ettekandest viis oli meditsiiniõdedelt. Tartu konverentsi päevakorras oli psüühiliste haigete rehabiliteerimine ja readaptatsioon. Margarete Lehtmets rääkis haigete tegevusse rakendamisest ravi eesmärgil, Vilma Leevold aga ülesannete andmisest, et haigeid aktiviseerida. Eha Hango ettekande teemaks oli «Ruumide esteetilisest kujundamisest psühhoneuroloogiahaiglas», Linda Pekleril oli valminud töö «Mängulise elemendi kasutamisest psühhoneuroloogiahaiglas» ja Milvi Tuksami ettekanne kandis pealkirja «Personali osakondadevaheliste sidemete tugevdamisest».

Nagu Tartu konverentsil ilmnes, võivad meditsiiniõed konkreetsete tähelepanekute põhjal teha olulisi üldistusi, mis tulevad kasuks edaspidi töö korraldamises. Sellised kogemuste vahetamised, liiati kui need toimuvad vabas ja sõbralikus vestlusringis kohvilaua taga, on soovitatavad ka muu profiiliga tervishoiuasutuste keskastme meditsiinitöötajatele.

Heiti Kadastik

AATOM TERVISE KAITSEL. 28. XI... 1. XII 1967. a. toimus Tallinnas konverents teemal «Aatom tervise kaitsel». Konverentsist võtsid osa Moskva, Leningradi, Minski ning Balti liiduvabariikide teadusliku uurimise instituutide töötajad ja radioloogid.

Konverentsil kuulati üle 40 ettekande, samuti mitmeid loenguid, mis käsitlesid kiirendajate kasutamist arstiteaduses (R. Sinitsõn Leningradist), uut radioloogilist aparatuuri jm. Huvipakkuvad olid Leningradi ja Minski teadlaste uurimused radioaktiivsete isotoopide kasutamise alal mitmesuguste haiguste (lümfogranulomatoos, kilpnäärmehaigused, neeruhaigused jm.) diagnoosimiseks ja ravimiseks. L. Aun Tallinnast valgustas türeotoksikoosi põdevate haigete ravi hilistulemusi radioaktiivse joodi kasutamisel. Nimetatud meetodil kümne aasta jooksul ravitud haigetest 69% tervistus, 29% paranes osaliselt ja ainult 2%-l oli ravi tulemusteta. H. Vadi Tartust jagas kogemusi radioaktiivsete ühendite kasutamise kohta rasvade imendumise uurimiseks sooltes. Suurt tähelepanu pöörati radioaktiivsete kiirgusallikatega töötamise automatiseerimisele ja mehhaniseerimisele, mis on oluline personali kiirguskoormuse vähendamise seisukohalt.

Konverents soodustas igati Eesti NSV arstide ja Moskva, Leningradi ning mitmete liiduvabariikide radioloogiateenistuse ja teadusliku uurimise instituutide töötajate vahelise kontakti tihenemist.

Ettekannete teesid avaldati trükis.

Samuel Salzman

MAAELANIKE MEDITSIINILISEST JA SANITAAR-PROFÜLAKTILISEST TEENINDAMISEST EESTI NSV-s esines aruandega 14. märtsil 1968 Põllumajanduse ja Varumise Tööliste ja Teenistujate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee III pleenumil tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Aruandes märgiti järgmist.

Järjekindlalt suureneb maal arstide ja väheneb keskastme meditsiinitöötajate poole pöördumiste arv. 1964. aastal külastas iga Eesti NSV maaelanik arsti keskmiselt 3,4 korda, 1967. aastaks suurenes see arv 4,0-ni. Velskri poole pöördujate arv vähenes samal ajavahemikul 1,7-lt 1,3-le. Nende näitajate poolest oleme meie ja Läti NSV Nõukogude Liidus esikohal.

Samal ajal kasvas ambulatoorsel teenindamisel linnade osatähtsus. Maaelanike külastustest langes 1964. aastal linnade raviasutustele 61,2%, 1966 aastal 66% ja 1967. aastal 70,1%. Ambulatoorse arstiabi raskuspunkti nihkumine linna poole ei saa endast mõistagi jätta soodsat mõju avaldamata abi kvaliteedile.

Enamikus rajoonikeskustest antakse arstiabi 12 ja rohkem erialal.

Juba 1964. aastast alates ületab maaelanike hospitaliseerimise tase Eesti NSV-s linnaelanike oma. Siis hospitaliseeriti meil 10 000 elaniku kohta maal 199 ja linnas 198 isikut (Nõukogude Liidu keskmised olid vastavalt 180 ja 201). 1966. aastaks suurenes maaelanike hospitaliseerimise tase linnaelanike omaga võrreldes veelgi: maal 198 ja linnas 193. Tõus saavutati jällegi linna arvel. Ümmarguselt 70 protsenti haiglaravi vajavast maarahvast hospitaliseeriti linnades. Ka nende näitajate poolest oleme teiste liiduvabariikide hulgas küllaltki heal kohal.

Maal on raskusi spetsialiseeritud arstiabiga. Jaoskonnahaiglad on väikesed ja asuvad kohandatud, sageli juba amortiseerunud hoonetes. Rajoonide keskhaiglad ei vasta ajanõuetele ei mahu ega ruumide poolest. Harju ja Tartu rajoonis keskhaiglad puuduvad. Vähe on jaoskonnahaiglate käsutuses transpordivahendeid.

Tervishoiutöötajad üksi ei suuda kõiki ülesandeid lahendada. Seepärast otsivad nad koostööd rajoonide partei- ja nõukogude organitega, kolhooside ja sovhooside juhtkondade ning ametiühinguorganisatsioonidega. Näiteks Põlva rajoonis anti kolhooside vahendite arvel tervishoiuorganitele üle Valgjärve ambulatoorium. Kolhooside summade koopereerimise teel on kavatsusel ehitada ka Tartu Rajooni Keskhaigla ja teha Rapla Rajooni Keskhaiglale juurdeehitus.

Haigestumine ajutise töövõime kaotusega püsib põllumajandusettevõtteis aastast aastasse peaaegu ühel tasemel. Langustendents on üsna minimaalne. Eriti palju tööpäevi on kaotatud traumade ja perifeerse närvisüsteemi haiguste arvel. Nende rajoonide peaarstid, kus haigestumus on vabariigi keskmisest suurem, peaksid tõsisemalt suhtuma ekspertiisialasesse töösse rajoonis.

Enamik Tartu Riikliku Ülikooli Arsteteaduskonna lõpetajatest on viimastel aastatel tööle suunatud rajoonidesse (20% jaoskondadesse, 40% rajoonide keskhaiglatesse). Aastail 1965...1967 saadeti maale 52 noort arsti, maal praktiseerivate arstide arv suurenes samal ajavahemikul aga ainult 6 võrra (1965. aastal 179, 1967. aastal 185). Kaadri voolavuse üks põhjusi on halvad korteritingimused.

Põllumajandustöötajate töö- ja elamistingimuste parandamisel suurenes sanitaarorganite töömaht 1967. aastal eelmise aasta omaga võrreldes poole võrra.

Kutsehaiguste juhtude üldarvust vabariigis registreeriti põllumajandusettevõtteis 1967. aastal 10%. Neist 40% moodustasid pestitsiidest tingitud mürgistused, 20% närvipõletikud, 10% liigesepõletikud, 20% kopsukahjustused ja 10% (kutsehaiguslikud) kuulmise kahjustused.

Kaasaruandjaks oli Põllumajanduse ja Varumise Tööliste ja Teenistujate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees J. Ganzen.

Pleenum võttis vastu otsuse, milles majandite ja muude põllumajandusettevõtete juhtkondadele tehakse ettepanek igati kaasa aidata tervishoiuasutuste varustamisele ruumide, inventari ja transpordivahenditega. Korterite jaotamisel tehakse ettepanek arvestada noorte meditsiinitöötajate vajadusi võrdsetel alustel noorte põllumajandusspetsialistidega. Otsustati pöörduda Eesti NSV Ministrite Nõukogu poole, et ta eraldaks põllumajanduslikele ettevõtetele ja majanditele täiendava autode fondi, mis tagaks tervishoiualase transpordi paranemise.

Märt Kink

VEEKOGUDE JA ATMOSFÄÄRI KAITSEKS. Omski Tehnilise Informatsiooni Keskbüroo ja M. I. Kalinini nimeline Meditsiini Instituut korraldasid Omskis 19...21. veebruarini 1968. a. konverentsi, kus arutati veekogude ja atmosfääri kaitse probleeme. Osa võtsid peamiselt Siberi teadlased ja praktikud, kuid rohkesti oli külalisi ka Moskvast, Leningradist ning mujalt. Balti vabariike esindas ainukesena allakirjutanu.

Valdav enamik ettekandeist käsitles veekogude reostamist ja sanitaarkaitset. Palju ettekandeid oli pühendatud naftatööstuse reovete puhastamisele ja kahjutustamisele. Korduvalt olid kõne all ka sünteetilise kautšuki ja orgaanilise sünteesi puhul tekkivate heitvete puhastamine ning normeerimine, anti ülevaade Siberi suuremate jõgede hüdrokeemiast ja sanitaarseisundist. Allakirjutanu andis hügieenilise hinnangu Eesti NSV põlevkivitööstuse ettevõtetes veekogude sanitaarseisundi parandamiseks rakendatud abinõudele.

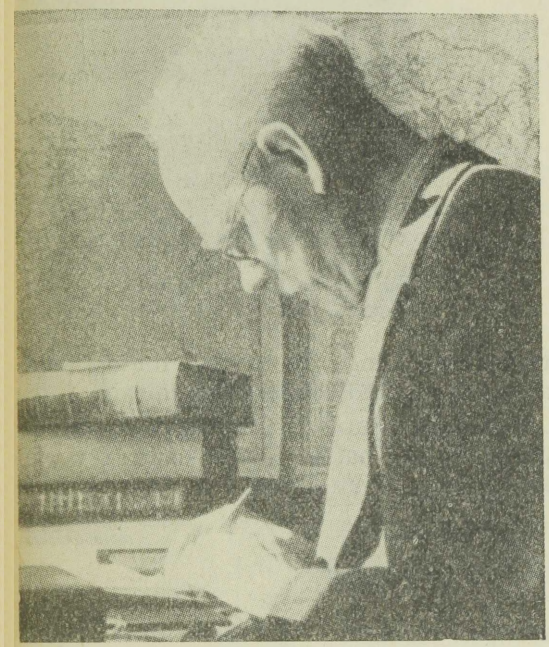
Atmosfääri saastumist ja sanitaarset kaitset käsitleti ainult viies ettekandes, mis peamiselt puudutasid Omski õhu saastamist tööstusettevõtete heitgaasidega.

Kõiki ettekandeid jälgiti tähelepanelikult, mida tõendas elav diskussioon.

Konverentsi otsuses rõhutati vajadust tunduvalt parandada Siberi veekogude ja suurte linnade, eeskätt Omski atmosfääri sanitaarkaitset.

Ingeborg Veldre

POOL SAJANDIT MEDITSIINIPÕLLUL



14. aprillil 1968. a. tähistas kaheksakümneviiendat sünnipäeva üks meie vanemaid meditsiinitöötajaid — Konstantin Pedusaar.

Paljulapselise ametniku pojana polnud tal kerge haridust omandada ja nii vältasid Tartu ülikooli arstiteaduskonnas 1904. aastal alustatud õpingud 1912. aastani — vaheldumisi ja rööbiti juhutööde ning tunniandmistega, 1907. aastast alates ka subassistendina Tartu kliinikutes.

Pärast arstidiplomi saamist töötas Konstantin Pedusaar lühemat aega Põltsamaal ja asus 1913. aasta lõpul Tallinna. Siin tegutses ta haiglates, samal ajal mitu aastakümmet koolarstina, Punase Risti ambulatooriumi juhatajana ning linna tervishoiuarstina, hiljem omaaegse Tallinna III Haigla peaarstina ja seejärel onkoloogiadispanseri arstina. Lisaks sellele on ta juhatanud Punase Risti Seltsi meditsiiniõdede ja masseerijate kursusi ning töötanud pedagoogina ja lektorina.

Varsti pärast Eesti NSV vabastamist Saksa fašistlikust okupatsioonist andis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium esimese viie arsti hulgas vabariigis Konstantin Pedusaarele teenelise arsti aunimetuse.

Tänane juubilar töötas oma armastatud erialal kõrge vanuseni. Alles 1959. aasta sügisel saatsid Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri töötajad lugupeetud kolleegi vanaduspuhkusele. Kuid praeguseni on hallipäine arst jäänud vahepeal Hiiu mändide alla asunud ning suureks meditsiinikeskuseks paisunud raviasutuse personali sagedaseks ja oodatud külaliseks.

Konstantin Pedusaart on juba aastakümneid köitnud aiandus, samuti mitmed loodusteadused. Nii ongi teeneka meditsiinitöötaja pensionäripäevad suviti täidetud aiatööga, talviti aga loodusteadusalaste mitmekeelsete võrdlevate sõnastike koostamisega.

Pool sajandit arstitööd — see on rohkem kui 15 000 tööpäeva. Kui oletada, et Konstantin Pedusaar on igal tööpäeval andnud abi kõigest seitsmele-kaheksale patsiendile (see arv aga on kindlasti palju suurem), isegi siis ulatub tema pika arstipraktika vältel abi saanute koguarv kuhugi saja ja kahesaja tuhande vahemaale ... Selle suure töö eest tulebki vabariigi teenelist arsti Konstantin Pedusaart siiralt tänada.

Jaan Roo

TEA VILMS 60-AASTANE

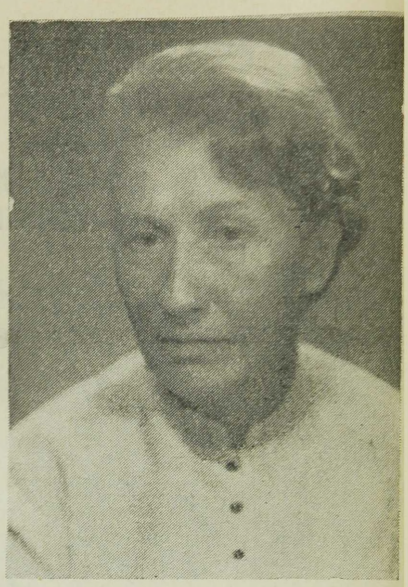
21. märtsil 1968. a. tähistas Tallinna I Lastehaigla 1. osakonna vanem-meditsiiniõe Tea Vilmsi 60. sünnipäeva.

T. Vilms sündis 21. märtsil 1908. a. Tartumaal Vasula mõisas aedniku perekonnas. Alg- ja keskhariduse sai ta

Tartus, kus lõpetas IX algkooli ning Tartu Õpetajate Seminari. Järgmistel aastatel pidas ta pedagoogiametit Abjas ja Tudulinnas.

1937. aasta tõi juubilari tervishoiutöötajate perre. Ta lõpetas Punase Risti aseõdede kursused, mõned aastad hiljem ka Tallinna Meditsiinilise Keskkooli. T. Vilms on töötanud meditsiiniõena Tartu lastehaiglas, II Haavakliinikus Toomel, hiljem Tallinnas Pääsküla lastesõimes ja Tallinna III Lastekodus. 1947. aastast alates kuulub juubilar Tallinna I Lastehaigla meditsiinitöötajate kollektiivi. Ajavahemikul 1951 ... 1957 täitis ta lastepolikliiniku vanemmeditsiiniõe ülesandeid, 1958. a. alates on ta töötanud Tallinna I Lastehaigla 1. osakonna vanem-meditsiiniõe ametikohal. Energilise, tööka ja organisaatorivõimetega inimesena on ta korduvalt valitud õdede nõukogusse ning ametiühingu kohalikku komiteesse.

T. Vilms on kohusetruu ja väsimatu meditsiiniõde, vastutulelik ning südamlik inimene. Tunneme teda juba pikka aega, ta on olnud eeskujuks meile, noorematele, ning õpetanud meid tööd armastama. Selle eest suur aitäh!



Soovime juubilarile palju rõõmu, palju head, palju jaksu laste tervise kaitsel.

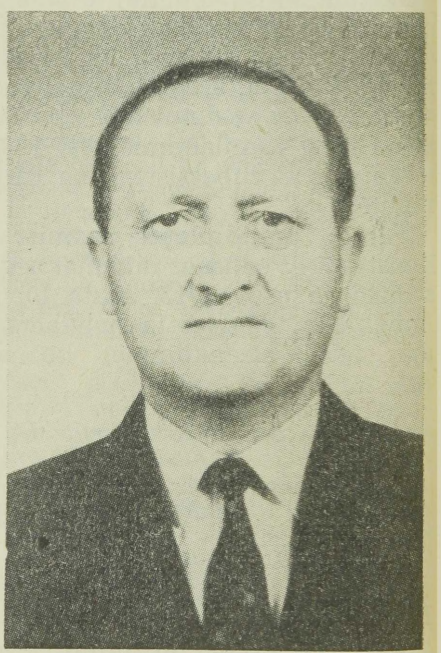
Tallinna I Lastehaigla töötajate pere

VIKTOR SÄRGAVA 50-AASTANE

4. märtsil 1968. a. tähistati Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogiakateedri assistendi Viktor Särgava 50. sünnipäeva.

V. Särgava sündis 4. märtsil 1918. a. Vändras talupoja perekonnas. Pärast Vändra gümnaasiumi lõpetamist astus ta 1938. a. Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1947. a. Juba üliõpilasena alustas juubilar arstitööd Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguosakonnas. 1956. a. alates töötab ta Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogiakateedris, algul vanemlaborandina, käesoleval ajal assistendina. Ta on olnud Tartu Meditsiinikooli õppejõud.

V. Särgava on pidevalt teinud teaduslikku tööd. Ta on käsitlenud audioloogiat ja surdoloogiat, aerosool- ja elektroaerosoolravi, tonsillaarprobleemi, kuulmist parandavaid operatsioone, otogeenseid koljusiseseid tüsistusi, samuti imikueas tekkivaid otiite ning mitmeid erialaseid küsimusi onkoloogia valdkonnast jm. 1955. a. kaitses juubilar kandidaadiväitekirja teemal «Audiomeetrilisi vaatlusi kuulmishäirete puhul, eriti kurtidel ja raskeltkuuljatel».



V. Särgava on trükis avaldanud ligi 50 tööd, neist audioloogia-alased on pälvinud erilise tunnustuse. Praegu on tema huviobjektiks kõneaudiomeetria ja ostsillograafilised kõne uuringud kuulmishäiretega õpilastel. Selles töös laekuvad andmed doktoriväitekirja jaoks.

Juubilar on viibinud täienduskursustel Moskvas ja Leningradis, peale selle on korduvalt olnud õppekomandeeringutel suuremates erialahaiglates. Ta on kahel korral lõpetanud Marksismi-Leninismi Õhtuülikooli.

V. Särgava lööb aktiivselt kaasa ühiskondlikus töös. Ta on olnud Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi sekretär alates selle asutamisest (1952. a.), on agaralt osa võtnud Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee presiidiumi tegevusest. Juubilari on valitud Eesti NSV Punase Risti Seltsi Tartu Riikliku Ülikooli komitee esimeheks ja käesoleval ajal on ta Eesti NSV Punase Risti Seltsi Tartu Linnakomitee presiidiumi liige.

Vilunud arst, tasakaalukas ja abivalmis inimene — niisugusena tunnevad teda kõik. Seepärast ongi V. Särgava võitnud patsientide, kolleegide ja üliõpilaste lugupidamise.

Soovime juubilarile jaksu ja edu arstitöös ning teadusepõllul.

Kolleegid

Mõttevahetus

PSÜHHOGEENIA JA PSÜHHOHÜGIEENI PROBLEEMIDEST

SILVER KOPPEL
Tallinn

UDK 616.85+614.253

«Nõukogude Eesti Tervishoid» (1967, 4, 303—308) avaldas mõttevahetuse korras E. Moisare sisuka ning aktuaalse artikli «Primum non nocere». Sellele järgnesid E. Raudami asjalikud «Ääremärkused» (1967, 6, 468—469) ja H. Kadastiku «Rohkem tähelepanu psühhogeenia vältimisele» (1968, 1, 63—66). Toimetus tegi allakirjutanule ettepaneku esitada kokkuvõte mõttevahetusest.

Olgu rõhutatud, et allakirjutanu ei taotle olla tekkinud lahkarvamuste vahekohtunik. Avaldan isiklikke seisukohti, mis ei pretendeeri ainuõigsusele, kõnelemata üleskerkinud probleemide lõplikust ning ammendavast lahendamisest. Diskussiooni antud staadiumis ei oleks see üldse mõeldav. Puuduvad meil ju statistilised andmed psühhogeensete haiguste esinemissageduse, etioloogilise struktuuri ja eri ravimenetluste efektiivsuse kohta. Ükski diskussioonist osavõtja ei saa nendes küsimustes omada tõsikindlaid (ühiskondlikus praktikas kontrollitud) teadmisi, vaid (paratamatult piiratud) isiklikele kogemustele tuginevaid arvamusi.

Probleemid aga on olulised. Ja just sellepärast ongi vajalik erinevate, üksteist täiendavate arvamuste avaldamine. Et seisukohad selle juures kokku põrkavad, et nende hulgas ka ekslikke leidub, et kõikides küsimustes ühisele arvamusele ei jõuta, on paratamatu. Niisugune diskussioon võib viljakas olla ainult siis, kui iga sellest osavõtja suhtub lugupidamisega ka teiste kogemustesse, püüab analüüsida eelkõige esitatud seisukohtade sisu ega piirdu väljenduslikest ebatäpsustest tingitud arusaamatuste kritiseerimisega.

Kõik diskussioonist osavõtjad on üksmeelsed järgnevas:

1) psühhogeensed haigused on käesoleval ajal oluline meditsiini (ja mitte üksnes meditsiini) probleem;

2) arsti ja patsiendi vahelised suhted on väga olulised tegurid nii psühho-

geenia tekkimisel kui ka vältimisel. Iga arst peab patsiendiga suhtlemisel teadlikult vältima iatrogeenia tekkimise võimalust, kasutama sõna psühhoterapeutilist toimet ja vältima haige psüühilist traumeerimist;

3) niihästi üliõpilaste õpetamisel kui ka arstide kvalifikatsiooni tõstmisel on vaja pöörata suuremat tähelepanu meditsiinilisele psühholoogiale, psühhopatoloogiale, psühhoteraapiale ja psühhohügieenile;

4) neuroosihaigete ravimise organisatsioonilist laadi probleemid ei ole vabariigis praegu piisavalt lahendatud.

Pole kahtlust ka selles, et diskussioonist osavõtjad ühinevad E. Moisare seisukohaga, mille kohaselt organolokalistlik suhtumine võib olla neurooside põhjuseks («haigeks ei tee mitte ainult haigus, vaid ka diagnoos ning diagnoosiga fikseeritud haiguse idee»). Kuna ei tohi unustada ka küsimuse teist külge, juhivad mõlemad oponendid õigustatult tähelepanu sellele, et neurootilise haiguspildi varjus võib peituda orgaaniline haigestumine. Ka diskussiooni algataja ise rõhutab põhjaliku somaatilise uurimise vajalikkust enne psühhoteraapia alustamist.

Kahtlemata jagavad kõik diskussioonist osavõtjad täielikult ka teist mõtet, mis (ehkki sõnaselgelt väljendamatuna) läbib kogu E. Moisare artikli ja mis minu arvates on selles kõige väärtuslikum ning olulisem. Nimetaksin seda diagnostika ja teraapia ühtsuse printsiibiks: haige ja arsti vahelistes suhetes ei saa eraldada «diagnostilist» ja «terapeutilist» etappi. Igasugune diagnostika peab ühtlasi olema psühhoteraapia (samuti nagu igasugune profülaktika ühtlasi ka psühhoprofülaktika). Teiste sõnadega — psühhoteraapia algab juba arsti esimesel kohtumisel haigega ja seda ei tohi hetkekski unustada.

Kuivõrd iatrogeenia nii või teisiti on seotud arsti vigadega, pidi diskussiooni algataja, et mitte jääda üldsõnaliseks, paratamatult kritiseerima mõningaid neist konkreetselt. Arusaadavatel põhjustel ei tule sellest järeldada, et ta peab ennast ainukeseks, kes «teab, kuidas tabada õiget tooni ja parandada kolleegide poolt tehtud vigu». Koguni kahel korral rõhutab ta oma artiklis, et «meie, arstid, eksime sageli...», järelikult ei aseta ennast kolleegidest kõrgemale.

Iatrogeensete haiguste pandeemiast ja psühhogeensetesse haigustesse haigestumise sagenemisest rääkimiseks praegu ilmselt alust ei ole. Neuroosidesse haigestumine on meil vähenenud ja iatrogeensed neuroosid on nende hulgas ühel viimastest kohtadest (E. Raudam). Psühhogeeniale ning iatrogeeniale tuleb erilist tähelepanu pöörata muude asjaolude tõttu. Iga arst peab arvestama seda, et kuigi iatrogeenia harva esineb iseseisva haigusena ja puhtakujuliste neuroosijuhtude sagedus väheneb, kaasneb neurootiline haiguspilt ikkagi suuremal või vähemal määral iga kroonilise somaatilise haigusega. Diferentsiaaldiagnoosimine siin on väga keerukas ja silmapaistvad spetsialistid ei lahenda neid küsimusi praegu kaugeltki üksmeelselt. Kui aga haigel esineb neurootiline haiguspilt, on selle kujunemine alati seotud ka psühhogeensete ja vähemalt kaudsel teel isegi iatrogeensete momentidega. Põhjendatult juhib E. Raudam tähelepanu haigete rühmale, kes meditsiinilise kirjanduse (ja mitte ainult populaarteadusliku kirjanduse!) iseseisva uurimisega enesele haiguse on sisendanud.

Teataval määral on niisuguse psühhogeenia põhjuseks meie elanikkonna uus suhtumine töösse ja töövõimetusse (töö on muutunud inimestele vajaduseks, töövõimetus või töövõime langus juba iseenesest psühhotraumaks), usk kaasaegse teaduse, sealhulgas ka meditsiini kõikvõimsusse (kui haigus ei parane, peetakse süüdlaseks arsti), suurenenud üldhariduslikud ja ka meditsiinialased teadmised ning kogu tegurite kompleks, mis on seoses profülaktilise meditsiiniga. Profülaktilisel meditsiinil, eelkõige massilistel profülaktilistel uurimistel ja laialdasel sanitaarharidustööl on kaks tulemust — ühelt poolt haiguste õigeaegne avastamine, teiselt poolt aga mõnede haigete tähelepanu fikseerimine ka kergetele ning ohututele tervisehäiretele.

See kõik seab psühhoteraapiale ning psühhoprofülaktikale täiesti uusi ülesandeid ja muudab need tunduvalt komplitseeritumaks kui mõnikümmend aastat tagasi.

E. Moisare mõtteavaldustest ei järeldu, et meditsiini kaasaegne diferentseerumine ja arstide spetsialiseerumine oma olemuse poolest haigetele kahjuks tuleb. Kuid ta rõhutab õigusega, et see v õ i b kahjuks tulla.

Meditsiini diferentseerumine ja arstide spetsialiseerumine, samuti nagu igasugune objektiivses tegelikkuses arenev protsess, on seesmiselt vastuoluline. Sellisena on tal oma «hea» ja «halb» külg. Ei ole võimalik lihtsalt kõrvaldada üht ja säilitada teist, sest «dialektilise liikumise olemuseks on kahe vastandliku külje kooseksisteerimine, nende omavaheline võitlus ja nende kokkusulamine uueks kategooriaks» (K. Marx, Filosoofia viletsus, Tallinn, 1964, lk. 85). On võimalik ja vajalik teatavais piires neutraliseerida arstide spetsialiseerumise «halba» külge, mingil juhul aga ei tohi ignoreerida selle olemasolu. «Just halb külg osutub lõpuks alati tugevamaks kui hea külg. Just halb külg tekitabki võitluse ja loob niiviisi liikumise, mis moodustab ajaloo» (samas, lk. 91). Just see põhjustab mõlema «külje» kokkusulamise uueks kategooriaks, millel, muide, samuti on «hea» ja «halb» külg. (Üks oletatavaid võimalusi antud juhul on küberneetiliste seadmete laialdane kasutamine spetsialistide «asendamiseks» ja kunagise «üldpraktiku» taassünd uuel kvalitatiivsel tasemel.)

Praegu aga kahjustab spetsialiseerumine haiget eelkõige siis, kui spetsialist tunneb ainult oma eriala probleeme, kui tal puudub üldmeditsiiniliste (sealhulgas meditsiinilis-psühholoogiliste) teadmiste vajalik miinimum ja ta ei ole kontaktis piirierialadega, mille tundmine on oluline diferentsiaaldiagnoosimiseks. Samuti siis, kui ta uurib ja ravib ainult haigestunud elundit, mitte aga haiget inimest.

On täiesti selge, et ükski arst kaasajal ei saa tunda põhjalikult kõiki meditsiini erialasid, et ta peab arvestama spetsialistide arvamusi ja muidugi kasutama kõiki vajalikke laboratoorseid ning aparatuurseid uurimisi. Diskussiooni algataja ei pea ju südameneuroosi põhjuseks elektrokardiograafia kasutamist, vaid vigu sellele suunamise põhjuste ja selle tulemuste selgitamisel haigele.

E. Moisar rõhutab seda, et raviarst ei tohi spetsialistide diagnoose passiivselt omaks võtta, vaid peab haiget ka iseseisvalt uurima ja sünteetiliselt, loovalt diagnoosima. Selleks aga peab iga arst (ka pühhoterapeut) vähemalt diagnoosimise mõttes esmajoones olema üldpraktik ja alles selle baasil spetsialist. Lubamatu oleks arstide jagunemine diagnoosivateks ning ordineerivateks «spetsialistideks» ja meditsiinilist dokumentatsiooni korrastavateks ning ordinatsioone (sealhulgas ka psühhoteraapiat) täidesaatvateks «raviarstideks».

Muide, ükski tõeline spetsialist, kui ta ise ei tunne piisavalt meditsiinilist psühholoogiat ja psühhopatoloogiat, ei tunnista neurootilise patsiendi elundit terveks, omakorda konsulteerimata psühhiaatri või neuroloogiga.

Kõike seda on silmas pidanud E. Moisar, kui ta väidab, et «arst peab formuleerima diagnoosi ja uurimine seda kinnitama» ning et nn. väljalülitav diagnoosimine ainsa diagnoosimismeetodina võib muutuda arstikunsti veaks. Siin on mõeldud isiklikul kliinilisel uurimisel põhinevat esialgset diagnoosi, diagnoosi-hüpoteesi. Kui arst ei suuda haigust iseseisvalt (muidugi kõiki uurimisandmeid sünteesides) diagnoosida ega diagnoosi-hüpoteesi püstitada, ei suuda ta enne spetsialistidelt diagnoosi saamist rakendada ka psühhoteraapiat ega psühhoprofülaktikat. Kui ta seda üritabki, siis puudub ta sõnade taga isiklik veendumus ja need kõlavad võltsilt ning õõnsalt, sageli aga jätavad haigele mulje ükskõiksest ning pealiskaudsest suhtumisest. Ehkki arst minu arvates võib ja peab haige eest vajaduse korral ta seisundi tõsidust varjama, ei suuda ta haiget veenda siis, kui ta ise seda seisundit ei mõista.

Peale psühhiaatria eraldumist neuroloogiast on neurooside ravimine jäänud teataval määral piirialaks mõlema distsipliini vahel. Leidub niihästi psühhiaatreid kui ka neurolooge, kes peavad neid oma eriala osaks, esineb ka olukordi, kus neurooside probleem kipub jääma «eikellegimaaks» teiste erialade vahel. On selge, et neuroosihaigeid praegu peavad ravima eelkõige psühhoneuroloogiadispanserid — seal, kus need olemas on. Kuid mittepsühhiaatrite soov selle raske ja aeganõudva tööga tegelda on ainult tervitatav.

E. Moisare artikkel ei nõua neuroosihaigete üleandmist psühhiaatritelt neu-

roloogidele, vaid nende ravimise võimaluste loomist ka neuroloogidele. Sellega tuleb nõustuda, kuna neuroloogiline abi väljaspool vabariigi suuremaid keskusi on kättesaadavam psühhiaatrilisest, kuna esineb neurootilisi seisundeid, mis (juba diferentsiaaldiagnoosimise huvides) on lähemal neuroloogiale, ja kuna psühhoneuroloogiadispanserid tõepoolest ei suuda ravida kõiki funktsionaalsete häiretega haigeid. Tõepoolest, miks selle raviga ei võiks mõnedel juhtudel (näiteks osa elundineuroosidest) tegelda ka terapeudid? Õige on E. Raudami väide, et neuroosihaigete ravi ning neurooside profülaktika on üldmeditsiinilised probleemid, millega tuleb tegelda kõikidel arstidel.

Olen nõus E. Raudamiga selles, et toopiline diagnostika on neuroloogia nurgakivi ja hakkab üha suuremat osa etendama ka psühhiaatrias. Toopilise diagnostika nimetamine neuroloogia kõige primitiivsemaks osaks on kahtlemata ebaõnnestunud.

Kuid — Paracelsus väitis, et arsti jõud on ta südames. Tänapäeval mõistame, et arsti jõud, ta võime haiget abistada ei olene üksnes erialastest teadmistest ega tehnilistest vilumustest, vaid ka ta isiksusest, maailmavaatest, konkreetsest vastutustundest mitte ainult üksiku patsiendi paranemise, vaid kogu ühiskonna arengusuuna ja -tempo eest.

Neuroosihaigete ravi organisatsioonilised probleemid vabariigis vajavad läbimõeldud lahendamist; kahtlemata peab nendega tegelema ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium. Kuid just see on üks nendest küsimustest, mille üle kõige raskem on otsustada individuaalsete kogemuste alusel, just see nõuab statistiliste andmetega argumenteeritud ettepanekuid. Ambulatoorse ravi praeguse korralduse juures tunnevad raviarstid kahtlemata vajadust täiendavate voodikohtade järele. Kas seda vajadust oleks, ja kui suur see oleks siis, kui esmajoones oleks lahendatud ambulatoorse ravi organisatsiooniline külg — kui arstil oleks iga neuroosihaige psühhoteraapiaks piisavalt (võib-olla isegi vastuvõtunormidega mittereglementeeritud?) aega, kui meie psühhoneuroloogiadispanserites lisaks jaoskonnapsühhiaatritele töötaksid ka kvalifitseeritud psühhoterapeudid, psühholoogid ja neuroloogid, kui neurooside ravist ning profülaktikast võtaksid osa ka töökohad ja ametiühingud? (Mõtlen siin mitte üksnes psühhohügieeni ja psühhoprofülaktikat töö korraldamisel, vaid ka puhkekodude võrgu kasutamist, kehakultuuri ning turismi korraldamist jne.)

Arvatavasti on voodikohtade lõplikku vajalikkust võimalik selgitada alles pärast nende küsimuste lahendamist. Kohtade arvu teatav suurendamine niihästi neurooside raviks kui ka diagnoosimiseks tundub siiski vajalikuna juba praegu. Ilma statistiliste andmeteta pole aga võimalik otsustada, kas see peaks toimuma olemasoleva psühhoneuroloogilise võrgu ümberprofileerimise, uute voodikohtade kasutuselevõtmise või koguni sanatooriumi tüüpi asutuste avamise näol.

Olemasolevate seisukohtade praegusel küllaltki empiirilisel tasemel pole mõtet käesolevat diskussiooni jätkata ajakirjanduse veergudel. Kuid vaidlused peaksid jätkuma arstide konverentsidel ning nõupidamistel, teaduslike (ka teiste erialade) seltside koosolekutel ja küllap ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis. Rööbiti sellega tuleks alustada statistiliste andmete kogumist ning teaduslikku töötlemist.

Arsti diskussioon kolleegide, konsultantide ja iseenesega peab tingimata jätkuma ka iga haiguse diagnoosimisel ning ravimisel. Iga haige, iga haigus, iga arst on ju teistest erinev, iga vastastikune mõju arsti ning haige vahel kordumatu ning omapärane. Ei ole võimalik anda üldisi retsepte neuroosihaigete kohtlemiseks. Sõnad, mis ühe arsti suus ühele haigele mõjuvad ravivalt, võivad teise arsti poolt väljendatuna või teisele haigele suunatuna teda kahjustada. Ka niisugused küsimused, nagu näiteks säästva või toniseeriva psühhoteraapia osatähtsus (seostatud peavad nad alati olema), ratsionaalse psühhoteraapia alustamine või piirdumine viitega haiguse ohutusele jne., tuleb iga konkreetse haige puhul lahendada erinevalt ning loominguliselt.

Formuleerida on võimalik ainult kõige üldisemaid teoreetilisi ja praktilisi printsiipe, millest kõige olulisem küllap on see, et arst peab taotlema iga haige seisundi maksimaalset parane-

mist (samuti vältima terve inimese haigestumist) kõikide oma oskuste ning võimete piirides olevate vahenditega.

Edaspidi, siis juba statistiliste argumentidega ning nendest tulenevate teoreetiliste kaalutluste abil põhjendatuna, peaksid käsitletud probleemid muidugi ka «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel uuesti üles kerkima.

Ed. Vilde nim.
Tallinna Pedagoogiline Instituut

In memoriam

MIHKEL KASK

16. XI 1903 ... 21. III 1968

21. märtsil 1968. a. suri ootamatult Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieenikateedri juhataja arstiteaduse doktor professor Mihkel Kask, rahva hulgas laialdaselt tuntud arstiteaduse väsimatu populariseerija.

Mihkel Andrese p. Kask sündis 16. novembril 1903. a. Pärnumaal Kilingi vallas Kabli külas talupidaja perekonnas. Pärast alg- ja keskhariduse omandamist Pärnus ja Võru gümnaasiumis studeeris ta aastail 1923 ... 1929 Tartu ülikooli arstiteaduskonnas.

Juba üliõpilasena huvitus ta teaduslikust tööst, hakates uurima alkoholi mõju sisenõristusnäärmetele. Sel teemal valmis tal 1927. aastal auhinnatöö. Aastail 1928 ... 1930 töötas ta assistendina ülikooli närvikliinikus professor L. Puusepa juures, avaldades viimase poolt väljaantavas ajakirjas «Folia Neuropathologica Estoniana» viis teaduslikku tööd.



III kursuse üliõpilasena tekkis M. Kasel elav huvi hügieeni vastu. Ta võttis osa professor A. Rammuli juhendamisel korraldatud Eesti maakondade tervishoiuolude ulatuslikust uurimisest. Seda jätkas ta ka närvikliiniku assistendina ning 1931. aastast Tartu ülikooli Tervishoiu Instituudi noorema, hiljem aga vanema assistendina. Ekspeditsioonide liikmena rändas M. Kask suvevaheaegadel läbi enamiku maakondadest, uuris üksikasjalikult elamuid, saunu, veevarustusallikaid, elanikkonna toitlust ja elutingimusi. Uurimistulemused avaldati 11 raamatus (1928 ... 1938). Eriti põhjalikult uuris M. Kask tervishoiu olukorda Tartumaal ning kaitses 1933. a. doktoriväitekirja teemal «Sugemeid Tartumaa tervishoiulistest oludest».

Tutvudes ekspeditsioonidel rahva eluolu sanitaarsete puudustega, nähes nende põhjusena väheseid tervishoiualaseid teadmisi, hakkas M. Kask juba siis tegema sanitaarselgitustööd. Alates 1928. aastast saab temast populaarteadusliku ajakirja «Tervis» aktiivne kaastööline. Ta võttis osa mitmeköiteliste populaarteaduslike teoste («Loomulik ravimisõpetus», «Tervise käsiraamat») koostamisest. 1934. aastal hakkas ta võitlema tervishoiuõpetuse parandamise eest koolides. Eriti suurt ja tollal ainulaadset tööd tervishoiualaste teadmiste levita-

misel hakkas M. Kask tegema raadio kaudu. Esimene esinemine raadios nn. tervise viisminutil oli 23. veebruaril 1937. aastal. Järgmistel aastatel võis raadios korrapäraselt kaks korda nädalas kuulda Mihkel Kase häält. M. Kase tegevus arstiteaduse populariseerimisel aitas kaasa suurepärase traditsiooni kujunemisele eesti arstide hulgas — pidada meditsiini- ja hügieenialaste teadmiste levitamist arsti töö lahutamatuks osaks.

Aastail 1935 . . . 1936 täiendas M. Kask end hügieeni ja sanitaaria alal USA-s Harvardi ülikoolis. Hügieeni õpetamise ja teadusliku tööga tutvumise eesmärgil viibis ta ka hiljem mitmel pool välismaal (Kanadas, Prantsusmaal, Ungaris, Tšehhoslovakkias, Poolas jm.). Ta võttis osa vaimuhaiguste leviku uurimisest Tartu maakonnas, avaldas töid arstiteaduse ajaloo ja spordimeditsiini valdkonnast. Juba 1938. a. tõstatas M. Kask küsimuse spordiarstide ettevalmistamise vajadusest. Mainitud aastast alates töötas ta kohakaasluse alusel Tartu Ülikooli Kehalise Kasvatuse Instituudi juhatajana.

Pärast nõukogude võimu taaskehtestamist võttis M. Kask Tartu Riikliku Ülikooli hügieenikateedri juhataja kohusetäitjana aktiivselt osa õppe- ja teadusliku töö ümberkorraldamisest uutel alustel. Samal ajal oli ta Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi kolleegiumi liige, riiklik peasanitaarinspektor ja ajakirja «Rahva Tervishoid» toimetaja. Paralleelselt peasanitaarinspektori tegevusega oli M. Kask 1941. a. esimesel poolel dotsendi kohusetäitjana õppejõuks Tartu Riiklikus Ülikoolis, lugedes arstiteaduskonna üliõpilastele sotsiaalhügieeni kursust. Kohakaasluse alusel jätkas ta Tartu Ülikooli Kehalise Kasvatuse Instituudi juhatamist 1941. aastani.

Ajavahemikul 1941 . . . 1956 tuli M. Kasel töötada rasketes tingimustes Komi ANSV-s, Kasahstanis jm., mis tema tervisele tugeva jälje jättis. Järgnes täielik rehabiliteerimine ning 1956. aastal asus ta tööle Tartu Riikliku Ülikooli hügieenikateedrisse, kus ta 1958. aastast alates kuni surmani oli selle juhataja. 1962. aastal anti talle professorikutse hügieeni alal. Aastail 1960 . . . 1964 oli ta arstiteaduskonna prodekaan.

M. Kase juhtimisel elavnes kateedri teaduslik töö traditsioonilistes uurimisvaldkondades (veehügieen, toitlushügieen, arstiteaduse ajalugu). Esimesena arstiteaduskonnas hakkas hügieenikateeder tegema lepingulisi töid.

M. Kase sulest on ilmunud üle 150 teadusliku ja populaarteadusliku töö hügieeni mitmesugustes valdkondades. Ta on mitme monograafia ja õpiku autor: «Koolitervishoid» (1962), «Heaolu ja inimeste tervis» (1962), «Inimese eluea pikendamisest» (1962), «Hügieeni praktikum» (1963, koos M. Uiboga), «Toitlushügieen» (1966), «Tervishoiu saavutusi Eesti NSV-s» (1966, koos A. Sarapiga) jt. M. Kask oli «Tervishoiu käsiraamatu» (1961) toimetuse kolleegiumi liige ja kaasautor. Ta on retsenseerinud üle 100 teadusliku töö ja juhendanud paljusid noori teadlasi väitekirjade koostamisel (viimaste aastate jooksul valmis tema juhendamisel 6 kandidaadiväitekirja).

M. Kask oli 9 õpetatud nõukogu ja 5 teadusliku seltsi liige. Ta oli paljude tervise rahvaülikoolide asutamise initsiaator meie vabariigis ja aktiivne lektor nii nendes kui ka ühingus «Teadus». «Raadiodoktorina» alustas M. Kask taas nõuannete andmist rahvale, esinedes Eesti Raadio saates «Päevakaja» sadu kordi. Raadios esinemiste kaudu oli ta rahva hulgas kõikjal tuntud. 60. sünnipäevaks sai M. Kask esimesena Eesti Raadiolt kingituseks hõbemikrofoni. Tema algatusel hakkas ajalehes «Edasi» ilmuma tervisenurk.

Südamelähedane oli M. Kasele ka looduse kaitsmine inimese tervise huvides. Surmani võttis ta osa Eesti NSV Teaduste Akadeemia Loodusuurijate Seltsi, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Looduskaitsekomisjoni ja Eesti Vabariikliku Turisminõukogu tööst. M. Kase nõuanded tulid kasuks paljude tervishoiuprobleemide lahendamisel vabariigis. Vahetult enne surma olid tema südameasjaks Tartu veemured. Veepuhastusseadmete skeem käes, varises ta kokku oma töölaua taga.

1961. a. alates kuulus M. Kask NLKP ridadesse.

Tema kohusetruud ja ennastsalgavat tööd arstide kaadri ettevalmistamisel, tema teaduslikku ja ühiskondlikku tegevust on korduvalt märgitud Tartu Riikliku Ülikooli rektori ning Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjades ja Eesti

NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjades. Talle kuulub silmapaistev koht Eesti hügieeni ja sanitaarhariduse ajaloos.

Helge mälestus professor Mihkel Kasest kui eluraskustest murdmatust optimistist, suure töövõimega ja alati abivalmis kolleegist jääb tema kaastöötajate ning õpilaste südameisse, kogu rahvas aga mäletab teda kui tarka nõuandjat tervishoiu küsimustes.

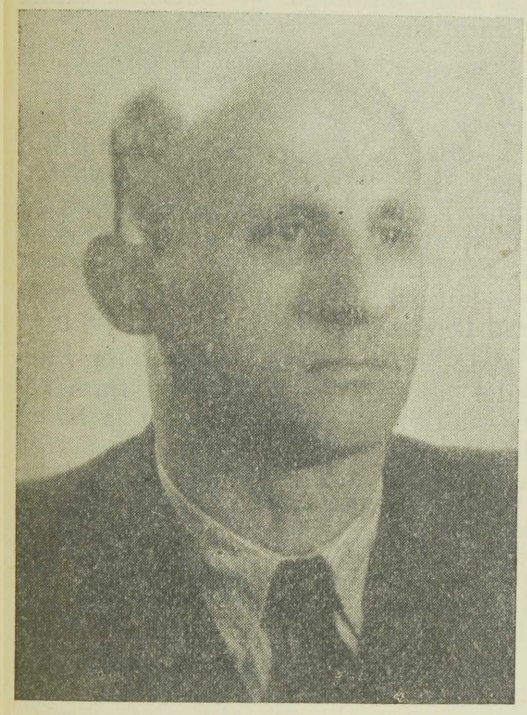
Professor Mihkel Kask maeti Tartu lähedale Vorbusele, tema enda rajatud ja üleskasvatatud kasesalusse.

Sit tibi terra levis!

Kolleegid

GRIGORI BOGDANOV

27. X 1909 ... 6. II 1968



6. veebruaril 1968. a. lahkus ootamatult meie keskelt Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri üldonkoloogiaosakonna juhataja Grigori Nikolai p. Bogdanov.

G. Bogdanov sündis 27. oktoobril 1909. a. Leningradis teenistuja perekonnas. Pärast isa surma opteerus ema koos kolme lapsega 1922. a. Tallinna, kus tulevane arst omandas alg- ja keskhariduse.

1930. a. astus G. Bogdanov Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1936. a. Ta asus tööle Kallastel algul aleviarstina, hiljem linnaarstina. Pärast Kallastelt lahkumist 1940. a. oli G. Bogdanovi uueks töökohaks diakonisside asutuse haigemaja Tallinnas, seejärel Värska arstijaoskond. Saksa fašistliku okupatsiooni esimestel aastatel töötas G. Bogdanov sõjavangide laatsaretis arstina. Ennastsalgava töö eest sel raskel ajal autasustati teda 1947. aastal medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». Okupatsiooniaja lõpul pidas ta arstiametit Tartu linna polikliinikus, hiljem oli Jõhvi haigla juhataja.

Pärast Eesti NSV territooriumi vabastamist okupatsioonivägedest võttis G. Bogdanov aktiivselt osa Tartu Linna Kliinilise Haigla töö korraldamisest, mille juhataja ta hiljem oli. 1944. aasta lõpust kuni 1950. aastani oli ta Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kirurgiakateedri assistendi ametikohal. Ajavahemikul 1950 ... 1956 juhatas ta Jõgeva rajoonihaigla kirurgiaosakonna ja onkoloogiakabineti tegevust. Aastail 1956 ... 1959 jätkas G. Bogdanov tööd Narva Linna Haigla kirurgiaosakonna juhatajana. 1959. aasta tõi ta Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse, kus algul töötas kirurgina-onkoloogina ja viimasel ajal dispanseri statsionaari üldonkoloogiaosakonna juhatajana.

Ootamatu surm viis meie hulgast jäädavalt väga kohusetruu arsti ja südamliku kolleegi ning seltsimehe, kes nooremaid kolleege nõu ja jõuga oli alati valmis aitama ning juhendama. Temale ei olnud ükski, ka kõige raskem ülesanne liiga raske. Alati rahulik, tasakaalukas, asjatundlik ning haigetesse südamlikult suhtuv — niisugusena mäletavad teda kõik tema patsiendid.

Helge mälestus Grigori Bogdanovist kui suurepärasest inimesest ja arstist jääb tema kolleegide ning haigete südameisse alatiseks püsima.

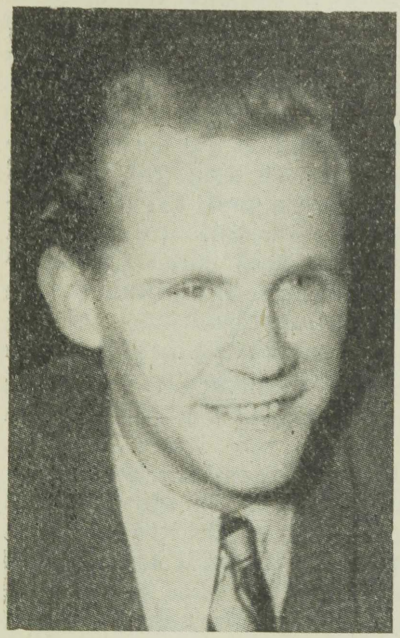
Kolleegid

OLAF SIMSON

16. X 1929 ... 8. III 1968

Raske haigus viis meditsiinitöötajate hulgast tubli arsti ja tervishoiuorganisaatori — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peainspektori-hügienisti Olaf Simsoni.

Olaf Arturi p. Simson, NLKP liige, sündis 16. oktoobril 1929. aastal Tallin-



nas sõjaväelase perekonnas. 1948. aastal lõpetas ta Tallinna VII Keskkooli, mille järel alustas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonnas. Pärast ülikooli lõpetamist 1954. a. asus ta tööle Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaararstina. Et O. Simson oli tähelepanuväärsete organisaatorivõimetega inimene, edutati ta ENSV Tervishoiu Ministeeriumi riikliku sanitaarinspektori ametikohale tööstuse alal. Seoses keemiatööstuse arenguga usaldati O. Simsonile 1966. aastast alates vabariigi peainspektori-hügienisti vastutusrikas ametikoht, kus töötas kuni viimaste elupäevadeni. Samal ajal andis ta neljateistkümne aasta jooksul arstiabi ühes kõige raskemas meditsiinilõigus — Tallinna Linna Kiirabijaamas.

Peainspektor-hügienist O. Simson oli I. Metšnikovi nimelise Üleliidulise Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi liige. Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga on talle korduvalt kiitust avaldatud. 1966. aastal autasustas NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium teda laitmatu töö eest märgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Meie kõik mäletame Sind mehena, kellel oli oma nägu. Sa olid inimene, kes suutis olla elurõõmus hea ja halva päevil, jääda sõpradele toeks ka mures ja abiks õnnetuses.

Sind, väsimatut töömeest, suurepärast inimest, kes alati aitas teisi, meie aidata ei suutnud. Niisama raske kui oli Sinu haigus, niisama raske oli meil Sind kaotada.

Mälestus Sinust jääb meie südameisse püsima, Sina ise meie mõtteisse, meie hinge.

Kaastöötajad ja sõbrad

Mitmesugust

20 AASTAT ÜLEMAAILMSET TERVISHOIU ORGANISATSIOONI

UDK 327.726(100)

Juba 1851. aastal, mil korraldati esimene rahvusvaheline sanitaarkonverents, püüti epideemiate vastu võitlemiseks ühendada maailma rahvaste jõupingutused. Kuid arusaamine, et üksnes passiivsest kaitsest ei piisa, juurdus väga visalt. Alles käesoleva sajandi algul moodustati esimesed riikidevahelised

tervishoiuorganisatsioonid. Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni eelkäijateks olid Pan-Ameerika Sanitaarbüroo (asutati 1902. a.), Rahvusvaheline Ühiskondliku Tervishoiu Büroo (1907. a.) ja Rahvaste Liidu Tervishoiukomitee (1921. a.).

Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon (ÜTO) on Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni üks spetsialiseeritud agentuuridest, millel on oma juhtimisorganid ja eelarve. Tema vahekorda ÜRO-ga reguleerivad sihtide ühtsus, ülesannete sarnasus ja kokkulepe kahepoolsete esindajate kohta. ÜTO annab iga aasta oma tegevusest aru ÜRO Majandus- ja Sotsiaalnõukogule, mis vahetult allub ÜRO Peaassambleele.

ÜTO põhikiri töötati välja rahvusvahelisel konverentsil New Yorgis 1946. a. 7. aprilliks 1948. a. oli selle ratifitseerinud 26 ÜRO liikmesriiki ja põhikiri sai ofitsiaalse dokumendi jõu. Sellest ajast alates tähistatakse iga aasta 7. aprillil ülemaailmset tervise päeva.

ÜTO funktsioonideks on abistada riikide valitsusi tervishoiu korraldamisel; anda tehnilist abi maadele, kes seda vajavad (tervishoiu, kommunaalhügieeni, toitlustamise, emade- ning lastekaitse jm. aladel); koordineerida riiklikke üritusi epideemiliste haiguste likvideerimiseks, teaduslikku uurimistööd ja meditsiinilise hariduse korraldamist; koguda informatsiooni epideemiliste haiguste kohta, statistiliselt töödelda demograafiat, haigestumust ja suremust puudutavaid andmeid; vahetada teaduslikku informatsiooni kõigi maailma maade vahel; kodifitseerida sanitaar-seadusandlust; kehtestada farmatseutiliste ja bioloogiliste preparaatide rahvusvahelisi standardeid; kontrollida narkootikumide tarvitamist; läbi vaadata haiguste ja surma põhjuste rahvusvahelisi klassifikatsioone ning nomenklatuure jne.

ÜTO-sse võib astuda iga riik. Selleks on ÜRO liikmetel vaja ainult ÜTO põhikirja tunnistada. Muud riigid võivad liikmeks saada siis, kui Ülemaailmne Tervishoiu Assamblee nende palvet häälteenamusega toetab. Territooriumid, millel puudub sõltumatu riigi staatus, võivad saada ÜTO kaastöölisteks. 1966. a. kuulus ÜTO-sse 150 riiki ja territooriumi. NSV Liit, Ukraina NSV ja Valge-Vene NSV on ÜTO liikmed 1948. a. alates. Liikmete hulka ei kuulu Hiina Rahvavabariik, Vietnami DV, Korea DV ja veel mõned riigid.

Et paremini rahuldada mitmesuguste maailma rajoonide tervishoiu spetsiifilisi vajadusi, rajati 6 ÜTO regionaalset organisatsiooni: Euroopa, Aafrika, Ameerika, Kagu-Aasia, Lähis-Ida, Vaikse ookeani lääneosa. Igal neist on oma regionaalne büroo ja juhtimisorgan. ÜTO peakorter asub Genfis.

Esialgu oli ÜTO residents Rahvaste Palees, kus omal ajal asus Rahvaste Liit ja mida kasutasid veel paljud rahvusvahelised organisatsioonid. Aastate jooksul ÜTO tegevussfäär laienes, töötajate arv suurenes ja ruumid jäid kitsaks. 1950. a. ehitati ÜTO kulul Rahvaste Paleele uus tiib ja ÜRO rentis ÜTO-le 285 tööruumi 99 aastaks. Rendimaks oli sümboolne — 1 šveitsi frank aastas. Vajadus avaramate ruumide järele aga üha suurenes ja XII Ülemaailmne Tervishoiu Assamblee otsustas 1959. a., et ÜTO peakorterile tuleb ehitada erihoone.

Genfi kanton eraldas selleks 7-hektarise maa-ala Punase Risti Rahvusvahelise Komitee ja Rahvaste Palee läheduses. 15 arhitekti 13 maalt võttis osa konkursist, mis kuulutati välja hoone projekti saamiseks. 24. mail 1962. a. pani NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov paika esimese kivi ja 7. mail 1966. a. toimus hoone ametlik avamine.

ÜTO kõrgeim juhtiv organ on Ülemaailmne Tervishoiu Assamblee, mis koosneb liikmesriikide delegaatidest (igal riigil on üks hääl nagu ÜRO Peaassambleelgi). Assamblee määrab kindlaks ÜTO poliitika, kinnitab tegevusprogrammi ja eelarve järgmiseks aastaks ning hindab eelmisel aastal tehtud tööd. Assamblee tuleb kokku kord aastas ja vältab tavaliselt 3 nädalat.

Täidesaatvaks organiks on ÜTO Täitevkomitee, millel on 24 liiget (spetsialistid, kes tegutsevad oma eriala piires). Täitevkomitee liikmed valitakse 3 aastaks, kusjuures iga aasta vahetatakse välja 8 liiget. Milline maa peab oma esindaja täitevkomiteesse saatma, seda otsustab assamblee.

Täitevkomitee planeerib assamblee tööd, viib ellu selle otsused ja astub

samme, kui assamblee korraliste istungite vaheajal mõni liikmesriik vajab erakorralist abi. Täitevkomitee istungid toimuvad vähemalt 2 korda aastas.

Regionaalsetesse komiteedesse kuuluvad vastava piirkonna liikmesriikide esindajad. Harilikult kohtuvad nad üks kord aastas (sügiseti), et arutada seniseid töö tulemusi ja planeerida edasist tegevust. Regionaalsed plaanid koondatakse üldplaaniks ÜTO peakorteris ja koostatakse tegevusprogrammi projekt, mis järgmise aasta esimese poole jooksul esitatakse kinnitamiseks täitevkomiteele ja pärast seda assambleele.

ÜTO struktuur on võrdlemisi keeruline. Selle tipus on peadirektor, kelle täitevkomitee ettepanekul valib Ülemaailmne Tervishoiu Assamblee. Regiooni direktorid nimetab ametisse täitevkomitee, kes nende kandidatuuri kooskõlastab vastava regionaalse komiteega. Muud ÜTO ametikohad täidetakse peadirektori käskkirja alusel. ÜTO-s on praegu peaaegu 3000 inimest, neist peakorteris Genfis 736, regionaalbüroodes Kopenhaagenis 119, Brazzaville'is 145, Aleksandrias 120, Delhis 170, Manilas 102 ja Washingtonis 80 töötajat. Viimases on peale selle veel 800 Pan-Ameerika Sanitaarbüroo töötajat.

ÜTO-d finantseeritakse mitmesugustest allikatest. ÜTO regulaarne aastaeelarve on üle 42 miljoni ameerika dollari. Iga liikmesriik maksab kohustuslikku liikmemaksu, mille suurus sõltub vastava riigi liikmemaksu suurusest ÜRO-s. Liikmemaksu määramisel arvestatakse ka maa elanike arvu, rahvuslikku tulu suurust jms. 1964. a. oli minimaalne liikmemaks 8000, maksimaalne 12 300 000 dollarit.

Summasid saadakse ka annetuste näol. Näiteks 1955. a. moodustas Ülemaailmne Tervishoiu Assamblee malaaria likvideerimise spetsiaalse fondi ja pöördus kõikide riikide, organisatsioonide ja isikute poole üleskutsega kaasa aidata annetustega. Laekus 27 miljonit dollarit. 1960. a. rajati tervise tugevdamise vabatahtlik fond, millesse laekuvad summad kasutatakse rõugete-, framböösia- ja leepravastaste ürituste finantseerimiseks, meditsiinilise uurimistöö tugevdamiseks, kommunaalveevarustuse arendamiseks ja rahvusvahelise abi tõhustamiseks neis maades, mis hiljuti said iseseisvuse. Sellest fondist on finantseeritud paljusid ÜTO projekte, mida ei olnud võimalik realiseerida regulaarse eelarve summadest.

Peale selle tuleb ÜTO käsutusse summasid ÜRO juures asuvast laiendatud tehnilise abi programmi fondist (7 miljonit dollarit aastas), ÜRO lastefondist (20 miljonit dollarit aastas), ÜRO erifondist jm.

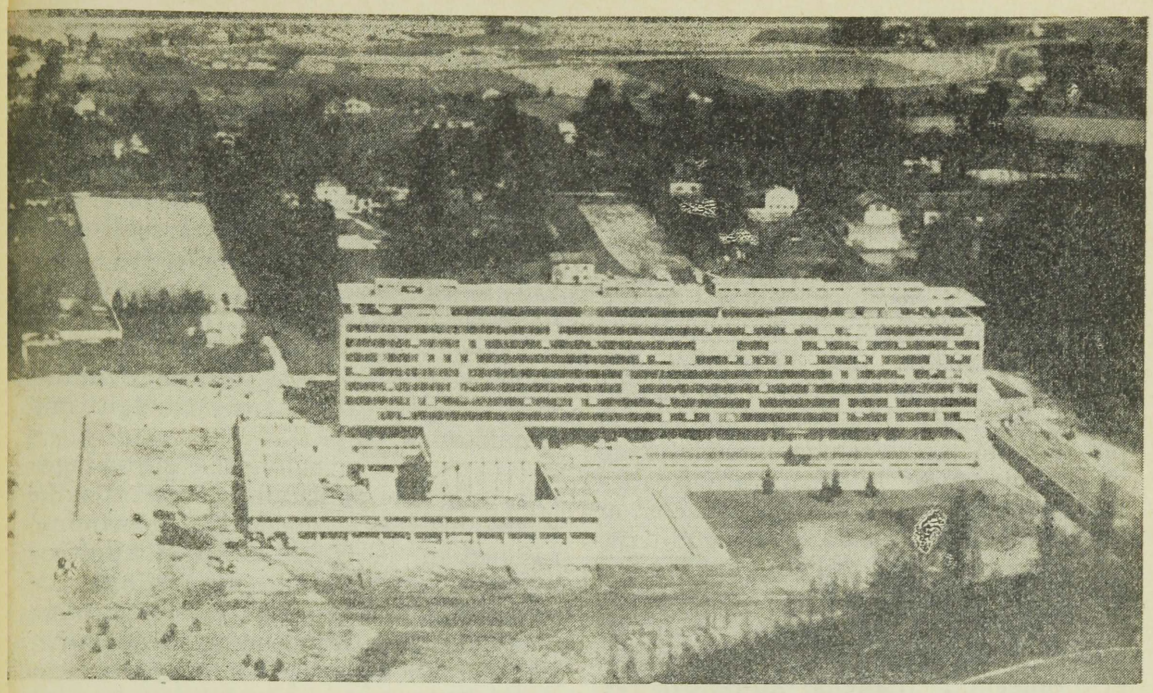
ÜTO tegevus toimub peamiselt projektide vormis, mis töötatakse välja riikide valitsuste palvel. Kõiki soove kahjuks ei suudeta rahuldada summade vähesuse tõttu. Liikmesriikidele antav abi on mitmesugune: uurimised elanikkonna vajaduste kindlakstegemiseks, mitmesuguste teenindusliikidega näidisrajoonide organiseerimine, katseprojektide koostamine (selle realiseerimise käigus kontrollitakse efektiivsust), stipendiumid rahvusliku kaadri ettevalmistamiseks kindlal otstarbel jne.

1966. a. lõpul kehtis 604 ÜTO projekti. Kui projekt kiidetakse heaks, siis eraldab asjast huvitatud valitsus summad selle realiseerimiseks, kindlustab teenindamise ja pärast seda, kui rahvusvaheline abi lõpeb, jätkab üritusi iseseisvalt.

ÜTO on asutanud mitmed ekspertiisi-konsultatsiooninõukogud, et eriküsimustes oleks võimalik konsultatsioone anda teadmiste kõige kõrgemal tasemel. Niisuguseid nõukogusid on 40. Nendesse kuuluvad meedikud-õpetlased ja administraatorid. Nõukogud on spetsialiseerunud kõige erinevamates valdkondades, alates narkomaaniat põhjustavate ravimitega, lõpetades zoonoosidega. Ekspertiisi-konsultatsiooninõukogu liikme teenistusaeg on 5 aastat. Peadirektor moodustab nendest spetsialistidest ekspertide komiteed, kuhu tavaliselt kuulub 8 liiget. Komiteed annavad konsultatsioone tasuta.

Ekspertide komiteed kutsutakse kokku siis, kui on vaja formuleerida lõplik hinnang viimastele saavutustele antud teadmiste valdkonnas. Niisugusteks küsimusteks on olnud näiteks südame ja veresoonte haigusi põdevate inimeste töövõime taastamine, kiirguse mõju pärilikkusele, hammaste hügieeni teenistuse organiseerimine jne. Ekspertide komiteede ettekanded märgivad ära arenguteed paljudel aladel nii rahvuslikus kui ka rahvusvahelises ulatuses.

ÜTO kutsub kokku ka spetsialistide gruppe. Need on spetsialistide nõupida-



Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni peakorteri hoone Genfis

mised kitsamas ringis, mille sihiks on anda peadirektorile konsultatsioone uurimistööde programmi üksiklõikudes.

Esinduslikumad nõupidamised korraldatakse eelkõige osavõtjate endi huvides. Liikmesriikide esindajaid kutsutakse konverentsidele ja sümpoosionidele, et anda ülevaade mingis küsimuses ja vahetada informatsiooni eri maade esindajate ning spetsialistide vahel. Paljud niisugused nõupidamised, eriti ÜTO seminarid, on õppeotstarbelised. Aasta jooksul korraldab ÜTO kuni 80 erialast nõupidamist. Diskuteeritakse kõige sagedamini inglise ja prantsuse keeles, mis on ÜTO töökeelteks. Ulatuslikult kasutatakse ka hispaania ja vene keelt. Tõlge on harilikult sünkrooniline.

Väga paljud maad (sealhulgas ka NSV Liit) kasutavad ÜTO stipendiume, et spetsialiste teistesse riikidesse õppima suunata. 1966. a. andis ÜTO 159 maa esindajaile 2576 stipendiumi, sealhulgas ühiskondliku tervishoiu administreerimise alal 272, keskkonna hügieeni alal 224, meditsiiniõdede ettevalmistamise ja töö korraldamise alal 302, emade- ja lastekaitse alal 95, nakkushaiguste alal 615, kliinilise meditsiini alal 256 stipendiumi jne. Stipendiumi antakse keskmiselt 6 kuuks. 20% stipendiumi saajatest on olnud naised ja 70% parimas töömehe-eas, s. o. 25 . . . 45 aastat vanad.

ÜTO annab stipendiume ainult asjast huvitatud riikide palvel, subsideerides neid alasid, mida ei saa õppida kohapeal, stipendiumi saamiseks soovi avaldanud maal. Üldreeglina kasutavad stipendiume diplomeeritud meditsiinitöötajad. Pärast kodumaale tagasipöördumist on stipendiaadid kohustatud töötama alal, milles nad said ettevalmistuse.

ÜTO abistab riike ka meditsiini õpetamisel. 1966. a. suunati mitmesuguste maade õppeasutustesse 265 õppejõudu. Nende ülesandeks ei ole üksnes loengute pidamine üliõpilastele või õpilastele, vaid ka meditsiinitöötajate ettevalmistuse parandamine, teadusliku uurimistöö korraldamine ja rahvusliku õppejõudude kaadri ettevalmistamine.

1966. a. saadeti õppejõude kõige rohkem Indiasse (35 inimest), Liibüasse (12), Laosesse (10), Afganistani (10) jm. 102 õppejõudu tegeles meditsiiniõdede ja 56 muu abipersonali ettevalmistamisega, 30 ühiskondliku tervishoiu ja profülaktilise meditsiini, 19 pediaatria, emade- ja lastekaitse, 10 väliskeskkonna hügieeni õpetamisega jne.

ÜTO pöörab suurt tähelepanu meditsiinialase teadusliku tegevuse stimuleerimisele ja koordineerimisele. 1966. a. toimus teaduslik töö 168 rahvusvahelise programmi järgi. Mitmesuguste problee-

mide uurimisel arendati koostööd 276 laboratooriumi vahel üle kogu maailma.

ÜTO tegevussfäär on 20 aasta jooksul hõlmanud suure osa maakerast.

Euroopa regionaalne büroo asub Kopenhaagenis. ÜTO Euroopa regioon on väga ulatuslik, sellesse kuuluvad kogu NSV Liidu territoorium, Türgi, Alžeeria, Maroko ja Gröönimaa ning kõik Euroopa mandril asuvad riigid. Euroopa büroo tegevus erineb teiste büroode tegevusest, sest selle piirkonda kuuluvad majanduslikult arenenud maad. Peamised probleemid, millele on pühendatud konverentse, spetsialistide ettevalmistamise kursusi, rahvusvahelisi uurimistöid ja mille uurimiseks on eraldatud individuaalseid stipendiume, on järgmised: psüühikahäirete epidemioloogia, südame ja veresoonte haigused, atmosfääri saastumine, kontroll toksiliste ainete üle ja mõned kitsamad eriprobleemid (näiteks kuulmishäiretega laste tervise taastamine).

Enamik Euroopa büroo tegevusprogramme realiseeritakse riikidevahelises ulatuses. Erilisel kohal on stipendiumide võimaldamise programm, sest Euroopa õppeasutused etendavad olulist osa teistest ÜTO rajoonidest pärinevate ÜTO kaastöötajate ettevalmistamisel. Hiljuti iseseisvuse saavutanud riikides on aidatud planeerida tervishoidu, võidelda trahhoomi ja tuberkuloosi vastu. Euroopa mandri maades on piir pandud malaaria levikule.

Aafrika regionaalne büroo rajati 1952. a. Brazzaville'is. Tol ajal oli Aafrikas palju sõltuvaid territooriume. Sellel mandril on levinud peaaegu kõik nakkushaigused, sealhulgas ka niisugused, mis on omased ainult sellele kontinendile (näiteks unitõbi). Tsivilisatsioon nõuab võitlemist nende vastu, kuid loob ise tingimused, mis ohustavad tervist. Pingutused, mis on suunatud tootmise suurendamisele ja elatustaseme tõstmisele, põhjustavad linnade kasvu. Nende elanike tervise kaitsmiseks on vaja hügieeninõuetele vastavaid elamuid, veevarustust ja kanalisatsiooni. Šistosomatoosi ja onkotserkoosi leviku vältimiseks tuleb rakendada erilisi abinõusid irrigatsioonisüsteemide ja hüdroenergeetikaehituste rajamisel. Kiire üleminek naturaalmajanduselt kaubatootmisele võib süvendada niigi akuutset toitumisprobleemi. Valitseb valkainete puudus, mille all kannatavad eriti lapsed.

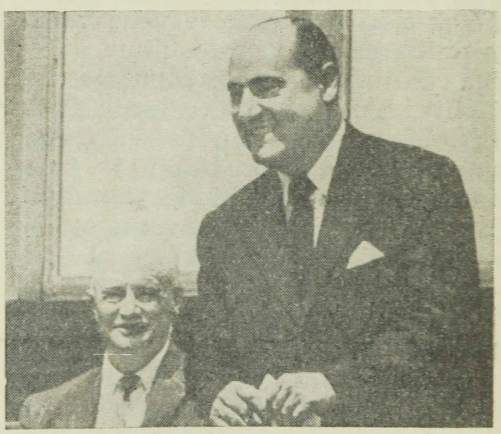
Suurt tähelepanu pööratakse meditsiinikaadri ettevalmistamisele, sest ilma asjatundjateta ei ole loota edu tervishoiu korraldamisel. Koos ÜRO lastekaitsefondiga organiseeriti ulatuslikke üritusi võitluseks paljude tõbede, sealhulgas framböösia, tuberkuloosi ja leepra vastu. Lähemal ajal võib oodata tunduvat edu võitluses malaaria vastu.

Praegu on edasilükkamatuteks ülesanneteks emade- ja lastekaitse korraldamine ning ulatuslik sanitaarselgitustöö elanikkonna hulgas.

Ameerika regionaalse büroo tegevus kulgeb 4 põhisuunas: võitlus nakkushaigustega ja nende likvideerimine, rahvuslike ja kohalike meditsiiniteenistuste tugevdamine, meditsiinipersonali ettevalmistamine ja õpetamine, meditsiinialase uurimistöö arendamine.

Suurt tähelepanu pööratakse malaaria vastu võitlemisele — profülaktikaüritusi on korraldatud juba 14 riigis. Büroo on mitmesugustest allikatest leidnud vahendeid veevarustuse arendamiseks, et vähendada haigestumist hepatiiti, kõhutüüfusesse ja düsenteeriasse. Eriprogrammi alusel eraldatakse iga aasta 500 stipendiumi.

Kagu-Aasia regionaalne büroo, mis asub Delhis, asutati 1948. a. Büroo on valitsustele abi andnud võitluses massiliselt esinevate haigustega (malaaria, tuberkuloos, framböösia, leepra, rõuged, filariatoos). Võitluses malaaria vastu on saavutatud suurt edu. 600 miljonist inimesest, keda ähvardas nakkusoht, on 540 miljonit hõlmatud profülak-



Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni peadirektor M. G. Candau (esiplaanil)

tikaüritustega. Birmas, Indoneesias ja Tailandis toimus rünnak leeprale. Ulatuslikult on toimunud vaktsineerimine tuberkuloosi vastu ja püütakse korraldada tuberkuloosihaigete ravimist kodus. Aktuaalsena püsivad rõuged, seni on registreeritud 40 000 haigusjuhtu, kusjuures 10 000 lõppesid surmaga. 600 miljonit inimest elab territooriumil, kus valitseb filariatoosi nakatumise oht (eriti Indias). Suurt muret teevad kõhulahtisusega kulgevad haigused, mis on peamiseks laste suremise põhjuseks. Edu võib siin saavutada ainult väliskeskkonna tervendamise teel (veevarustus, käimlad).

Kõigi nende ülesannete lahendamiseks on vaja tunduvalt rohkem kvalifitseeritud tervishoiutöötajaid, kui neid on kõnealuses regioonis. ÜTO aitab kaasa sel teel, et suunab kohapeale õppejõude ja eraldab stipendiume. Praegu on regionaalse büroo olulisimaks ülesandeks abistada riike laialdasema tervishoiuvõrgu loomisel.

Lähis-Ida regionaalne büroo rajati 1949. a. Aleksandriasse. Regioonis on 200 miljonit inimest, neist üle 80% elab jõeorgudes ja irrigatsioonisüsteemidega maa-aladel. Tervishoiu korraldamisel seisab ees veel suur töö. Mõnel maal on varaealiste laste suremuse näitaja 1000 elusalt sündinu kohta suurem kui 150. Kõhulahtisusega kulgevad haigused, puudulik toitumine ja kurtumus on peamised surma põhjused regioonis. Iga nelja elaniku kohta on 3 sellist, keda ähvardab oht nakatuda malaariasse, kuigi võitluses selle haiguse vastu on teatavat edu saavutatud.

Trahhoom ja sesoonikonjunktiviit ähvardavad 40 miljoni inimese nägemisvõimet. Umbes 500 000 inimest kannatab leepra all. Kohati esineb rõuge-epideemiaid. Iga 1000 elaniku kohta sureb 1 inimene tuberkuloosi. Koos veemajanduse arendamisega kasvab šistosomatoosi levikutendents. 10 miljonit selle piirkonna elanikku on igipõlise rändeluviisiga ja võivad muutuda nakkuste levitajateks.

ÜTO võtab osa kõikide nende probleemide lahendamisest. Eeskätt püütakse täita lünka meditsiinilise ja abipersonali osas ($^1/_3$ regionaalsest eelarvest kulutatakse kaadri ettevalmistamisele). Regionaalne büroo tegeleb ka uute tervishoiuprobleemidega, mis on tekkinud seoses sotsiaalsete nihetega — linnade kasvu ja industrialiseerimisega.

Vaikse ookeani lääneosa regionaalne büroo asub Manilas. Büroo alustas tegevust perioodil, mil enamik selle piirkonna maid kannatas veel sõja tagajärgede all. Suur puudus valitses meditsiinipersonalist. Mõnel maal ei olnud olemaski meditsiiniõdesid kaasaegses mõttes. Ühes 1,5-miljonilise elanikkonnaga riigis oli ainult 1 diplomeeritud arst. Nüüd on ÜTO abiga märgatavat edu saavutatud kaadri ettevalmistamisel, tervishoiu korraldamisel põllumajanduspiirkondades ja võitluses nakkushaigustega. Lähematel aastatel loodetakse mitmetes maades likvideerida haigestumine malaariasse.

Regionaalne büroo võitleb suguhaiguste, trahhoomi ja leepraga, tegeleb ka toitumisprobleemide ja väliskeskkonna tervendamisega. Järk-järgult on hakanud esiplaanile nihkuma psühhohügieen, hammaste hügieen, töövõime taastamine ja tervishoiu perspektiivne planeerimine. Erilist tähelepanu pööratakse personali ettevalmistamisele, peamiselt stipendiumide andmise teel.

Regionaalsete büroode kaudu riikidele antav abi realiseeritakse kindlate programmide alusel. 1966. a. oli niisuguseid programme 1200 ja abi said 150 maad. 20 tegevusaasta jooksul on ÜTO tõestanud, et rahvusvaheline tervishoiualane koostöö on hädavajalik ja kasulik kõikidele riikidele.

РЕЗЮМЕ. 7 апреля 1968 г. исполнилось 20 лет со дня утверждения Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В статье рассказывается о функциях, структуре и штабквартире ВОЗ в Женеве. Дается обзор деятельности ВОЗ за 20 лет по отдельным региональным бюро (в Европе, Америке, Африке, Юго-Восточной Азии, Восточном Средиземноморье, Западной части Тихого океана).

Tallinn *Valdur Tenno*

KODU-UURIMINE JA TERVISHOIU AJALUGU

VIKTOR KALNIN
Tartu
OKU TAMM
Tallinn

UDK 61(091)(474.2)

Viimastel aastatel on Eesti NSV-s hoogustunud kodu-uurimine. See peaks olema kompleksne ja andma kodukohast võimalikult igakülgse ülevaate, sealhulgas esile tooma ka kohaliku tervishoiu ajaloolise arengu põhijooned. Mõndagi on sel alal ära tehtud Tartu ja Võru rajoonis, Põltsamaal, Märjamaal ning mujal.

Looduse ja ühiskonna arengu seaduspärasused saavad eriti konkreetselt ja hästi mõistetavaks kohalike nähtuste baasil, seepärast tuleb kohaliku tervishoiu ajaloo lähemat tundmaõppimist väga oluliseks pidada. Nõukogude tervishoiu ajaloo uurimine nii linnas kui ka rajoonis võimaldab ilmekalt näidata nõukogude tervishoiu printsipiaalset erinevust tollest arstiabisüsteemist, mis eksisteeris nõukogude korrale eelnevatel perioodidel, ning tänapäeva arstiabikorraldusest kapitalistlikes maades. Tänapäeva ja seda sünnitanud lähema mineviku uurimisega hoolitseme ühtlasi selle eest, et ajaloolastel oleks tulevikus allikaid praeguse ajajärgu põhjalikumaks uurimiseks.

Tänapäeva esiletõstmine kodu-uurimises ei tähenda seda, et kodukoha meditsiini minevik, varasemate põlvkondade töö ja looming tervishoiu alal peaksid unarusse jääma. Minevik, kaasa arvatud kõige kaugemad ajajärgud, annab väärtuslikke pidepunkte meie ajastu õigeks mõistmiseks ja nõukogude tervishoiukorralduse hindamiseks.

Meditsiinitöötajate — kodu-uurijate kõige viljakamaks töölõiguks jääb eeskätt konkreetse materjali kogumine kohaliku tervishoiu arengu lähemaks tundmaõppimiseks. Kui mainitud töö on tehtud korralikult, siis on sellel suur teaduslik väärtus. Raskemaks ülesandeks on ainestiku teaduslik läbitöötamine, lähtudes marksistlikust metodoloogiast.

Tervishoiu areng on tihedas seoses ja sõltuvuses riigi majanduse ja kultuuri edusammudega, üksiku rajooni või linna saavutustega. Seepärast on tervishoiu arenguteid ja arstiabi vorme vaja käsitleda seoses rajooni või linna majanduse ja kultuuri arenguga. Ajaloo koostamisel on tarvis ära tuua ka eesrindlikumate arstide, teenimatult unustatute või rahvale vähe tuntute nimed ja kirjeldada nende tegevust nii tsaariajal kui ka kodanlikus Eestis. Ei saa olla ajalugu ilma selle loojateta.

Uurimistöö algul tuleb tundma õppida kõike, mis sel alal varem on tehtud. Kohalikku ajalugu spetsiaalselt käsitlevad kirjutised on enamasti ilmunud artiklitena ajakirjades, ajalehtedes ja kogumikes. Neid aitavad leida bibliograafiad («Artiklite ja retsensioonide kroonika», bibliograafilised kartoteegid). Vanemaid väljaandeid on Fr. R. Kreutzwaldi nim. Eesti NSV Riiklikus Raamatukogus, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keskraamatukogus, Tartu Riikliku Ülikooli Teaduslikus Raamatukogus ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Fr. R. Kreutzwaldi nim. Kirjandusmuuseumis. Viimases leidub kodu-uurijaile eriti huvitav topograafiline kartoteek. See koosneb kirjutistest, mille sisu on seotud Eesti geograafiliste paikadega. Kohalikke uurijaid huvitava vanema kirjanduse väiksemaid kogusid on ka koduloomuuseumides.

Bibliograafilisi andmeid üksikute linnade ja rajoonide ning nendega seotud meditsiiniasutuste ja -töötajate kohta võib samuti leida teatmeteostes. Nendest olgu siinkohal märgitud olulisemad: 1) Brennsohn, I. Die Aerzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zur Gegenwart. Riga, 1922; 2) Brennsohn, I. Die Aerzte Livlands von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Mitau, 1905; 3) Seuberlich, E. Liv- und Estlands älteste Apotheken. Riga, 1912; 4) Album Academicum der Kaiserlichen Universität Dorpat. Dorpat, 1889; 5) Recke, J. F., Napierski, K. E. Allgemeines Schriftsteller- und Gelehrten-Lexikon der Provinzen Liv-, Ehst-

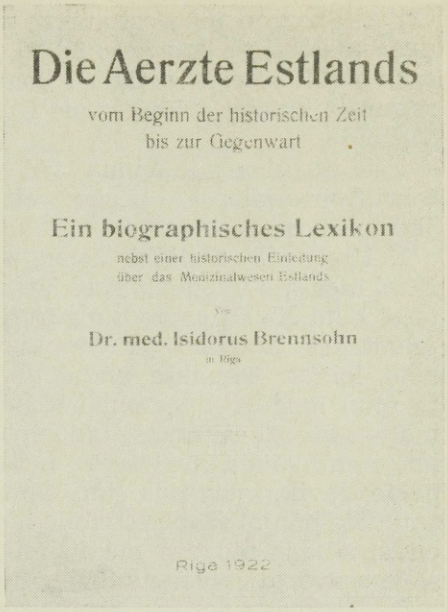
und Kurland. Bd. 1—4. Mitau, 1827—1832. Nachträge und Fortsetzungen. Bd. 1—2. 1859—1861; 6) Richter, A. Baltisches Verkehrs- und Adressbuch. Bd. 1. Livland, 1909. Bd. 2. Estland. 1913. Riga.

Peale nende veel «Eesti biograafiline leksikon» ja selle täiendusköide (Tartu, 1926—1940), «Eesti entsüklopeedia» (Tartu, 1932—1937) ning kodanlikul ajal ilmunud maakondade kodu-uurimuslikud kirjeldused. Tervishoiu ajaloo uurimisel on eriti väärtuslikud professor A. Rammuli toimetamisel väljaantud maakondade tervishoiualased kirjeldused (Tartu, 1928—1938). Eriala bibliograafilistest nimestikest väärib tähelepanu H. Normanni «Eesti meditsiiniline bibliograafia 1918—1934» (Tartu, 1932—1935).

Uurimisel on arhiivimaterjalid tähtsamad kui trükised. Arhiivides võib leida mitte ainult mineviku, vaid ka tänapäeva tervishoidu puudutavaid andmeid. Need on väga väärtuslikud just dokumentaalsuse ja vaieldamatuse tõttu. Seepärast peetaksegi eriti kaalukaks neid uurimusi, mis vahetult põhinevad arhiiviandmetel. Kodu-uurijale kõige kättesaadavamateks arhiivideks on riiklikud rajooni- või linnaarhiivid. Neis hoitakse kõige vajalikumaid viimastest aastakümnetest pärit olevaid materjale (Tallinna Linna Riiklikus Arhiivis ka varasemast ajast).

Eesti NSV Riiklik Ajaloo Keskarhiiv (RAKA) Tartus säilitab andmeid vanemast ajast 1917. aastani ja praegu ka Tartu linna ning endise Tartu maakonna asutuste materjale kodanliku Eesti perioodist. Oktoobrirevolutsiooni ja Sotsialistliku Ülesehituse Riiklikus Keskarhiivis (ORRKA) Tallinnas aga võib leida Suurest Sotsialistlikust Oktoobrirevolutsioonist Suure Isamaasõja lõpuni pärinevaid dokumente. Näpunäiteid nende kasutamiseks ning arhiivis töötamiseks annab E. Laul artiklis «Kuidas kasutada arhiive» (Kodu-uurimise teated, 1962, 4, 38—41).

Soovitatav on üksikasjalikult uurida ka asutustes säilitatavaid haiguslugusid ja muid dokumente, mille analüüs võimaldab selgitada ravi kvaliteeti ja tõhusust. Samasuguseid andmeid võib saada ka eraisikutelt. On otstarbekas pöörduda mõne põliselaniku poole, et kirja panna nende mälestusi. Ravi- ja profülaktikaasutuste tegevust puudutavale kirjutisele tuleks lisada dokumentaalseid ja illustreerivaid andmeid. Kitsamapiirilisteks uurimisobjektideks peaksid olema üksikud tervishoiuasutused, arstide seltsid, samuti arstid, keskharidusega meditsiinitöötajad jm. Peamiseks eesmärgiks olgu siiski linna või rajooni tervishoiu-ajaloo koostamine. Niisugused uurimused võivad päevavalgele tuua uudseid ja huvitavaid fakte, mis võivad saada ulatuslike üldistuste aluseks ning olulisel määral rikastada vabariigi tervishoiu-ajalugu tervikuna.



Ühes kirjutises ei ole võimalik anda ammendavalt näpunäiteid tervishoiu ajaloo uurimiseks. Töö käigus võib tekkida küsimusi, mida siin pole puudutatud. Kodu-uurimise tähtsamaid ülesandeid ja üldisi metoodilisi juhendeid tutvustab «Kodu-uurija käsiraamat» (Tallinn, 1966). Täiendava konsultatsiooni saamiseks tervishoiu ajaloo uurimise valdkonnas võib pöörduda käesoleva artikli autorite poole.

On oluline, et loodaks kontakt rajooni või linna kodu-uurimise toimkonna ja kohaliku koduloomuuseumi juures tegutseva kodu-uurimise ringiga. Uurimistöö tulemusi võib ette kanda kodu-uurijate päevadel, meditsiinitöötajate koosolekutel ning konverentsidel. Lühiülevaateid või lõike uurimusest saab avaldada rajooni ajalehtedes (kodu-uurimisele pühendatud lehekülgedel).

Õnnestunumad tööd esitatakse arstiteaduse ajaloolaste konverentsidel ja neid saab publitseerida artiklite kogumikes, samuti ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid».

Täielik ülevaade linna või rajooni tervishoiu-ajaloost peaks sisaldama järgmisi osi.

I. Ülevaade arstiabi arengust kuni Eesti maa-ala ühendamiseni Venemaaga (s. o. kuni XVIII sajandi alguseni). Kirjeldatakse haiglaid ja hospidale, kui neid leidus. Tuuakse andmeid arstide ja muu meditsiinipersonali kohta. Võimaluse korral esitatakse tähelepanekuid ka elanikkonna tervisest: nakkushaiguste levik, suremus jm. Nimetatud andmete põhjal saab arstiabile hinnangu anda, silmas pidades meditsiinikaadrit, selle osavõttu epideemiatõrjest jms.

II. Ülevaade arstiabi arengust feodalismi lagunemise ja kapitalistlike suhete kujunemise perioodil (XVIII sajand ja XIX sajandi esimene pool). Peale eespool märgitu tuuakse andmeid maakonna- ja linnahaiglate tekkimise ning tegevuse, esimeste supelasutuste ja kuurortide, samuti rõugepookimise, koolera- ja tervisekomiteede kohta. Uurimistöös saab kasutada esimesi meditsiinilis-topograafilisi kirjeldusi.

III. Ülevaade arstiabi arengust kapitalismiajastul (XIX sajandi teine pool kuni XX sajandi algus). Tuuakse andmeid jaoskonna-, filantroopiliste ja erahaiglate ning spetsialiseeritud raviasutuste, arstide seltside ja nende tegevuse, esimeste sanitaarorganisatsioonide, linna- ja eralaboratooriumide (keemia- ja bakterioloogialaboratooriumide) ning leepratõrje, ämmaemandate koolide ja halastajaõdede kogukondade ning Punase Risti Seltsi tegevuse valdkonnast, samuti andmeid raudtee meditsiinilis-sanitaarteenistuse algmete kohta. Töös tuleks kasutada demograafilis-statiliste uurimuste tulemusi.

IV. Tervishoid Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni ettevalmistamise ja läbiviimise, sõjalise interventsiooni ja kodusõja ajajärgul (aprill 1917 kuni veebruar 1920). Eriti pakuvad huvi kohalike meditsiinitöötajate osavõtt revolutsioonilisest võitlusest, võitlejatele arstiabi andmine, samuti abinõud, mida nõukogude võim on rakendanud tervishoiu arendamisel. Tähelepanu keskpunkti peaks võtma ka meditsiinitöötajad, kes eespool mainitud sündmustest osa võtsid.

V. Ülevaade arstiabi arengust kodanlikus Eestis (1920 kuni juuni 1940). Kõigi muude andmete kõrval pakuvad huvi järgmised andmed: haigekassad ja nendele kuulunud meditsiiniasutused tööliste ja nende perekonnaliikmete teenindamisel; progressiivsete vaadetega arstid, kes töötasid ennastsalgavalt, võites rahva usalduse ja lugupidamise; arstide seltsid, sealhulgas spetsialiseeritud, meditsiiniliste ja filantroopiliste seltside tegevus (näiteks tuberkuloositõrje, emade- ja lastekaitse jm. alal). Andmed selle ajajärgu haigus- ja surmajuhtude arvu ning loomuliku iibe kohta on kergemini kättesaadavad.

VI. Tervishoiu reorganiseerimine nõukogude võimu taaskehtestamise perioodil (1940 kuni juuni 1941) ja tervishoid Suure Isamaasõja aastail (1941 kuni 1945). Kodanliku tervishoiusüsteemi likvideerimine ning üleminek tasuta ja kõigile kättesaadavale arstiabile. Uute tervishoiuasutuste rajamine. Meditsiinitöötajad, kes aktiivselt võtsid osa nõukogude tervishoiusüsteemi ülesehitamisest. Raviasutuste töötingimused Saksa fašistliku okupatsiooni ajal, meedikute võitlus fašismi vastu. Ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu taastamine (1944 kuni 1945).

VII. Tervishoid rahvamajanduse taastamise ja edasiarendamise (1946...

DR. MED. HERBERT NORMANN

EESTI
MEDITSIINILINE BIBLIOGRAAFIA
1918—1930
ÜHES
PIIRALADEGA

BIBLIOGRAPHIE MÉDICALE ESTONIENNE
1918—1930

EESTI ARSTI KIRJASTUS
TARTU 1932

1950) ning sotsialismi ülesehitamise lõpuleviimise perioodil (1951 . . . 1958). Ravi- ja profülaktikaasutuste taastamine ning ehitamine. Arstiabikorraldus linnas ja maal. Tööstustööliste meditsiiniline teenindamine. Emade ja laste tervise kaitse. Sanitaar- ja epidemioloogiateenistus. Sanatooriumid ja kuurordid. Elanikkonna osavõtt tervishoiuüritustest ja Punase Risti Seltsi tegevus.

VIII. Tervishoid kommunistliku ühiskonna hoogsa ülesehitamise perioodil (alates 1959. a.). Elanikkonna meditsiinilise teenindamise uued vormid ja meetodid, NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» (jaanuar 1960), NLKP XXII ja XXIII kongresside otsuste tähtsus tervishoiu arendamiseks linnas või rajoonis. Nende otsuste täitmiseks rakendatavad abinõud.

Kõikide loetletud ajalooperioodide uurimine võib tervishoiutöötajaile esialgu raskusi valmistada, sest puuduvad kogemused. Pealegi on niisugune töö paratamatult seotud ajakuluga. Kuid hilisemate perioodidega tegelemine peaks igaühele täiesti jõukohane olema.

Linna või rajooni tervishoiu-ajaloo terviklik koostamine ei ole mõeldav üksikute tervishoiuasutuste ajaloo uurimiseta. Seepärast on otstarbekas kõigepealt alustada just üksikutest asutustest. Selleks tuleks määrata vastutav isik (kroonikapidaja või ajaloouurija), kes kõnealuse töö võtaks südameasjaks. Üldjuhtimine ja suunamine peaksid aga kuuluma linna või rajooni üldkomisjoni kompetentsi, kes hiljem koostaks ka kogu linna (rajooni) tervishoiu-ajaloo. Tööga tuleks kohe alustada. Siis jõuaks vabariigi 30. aastapäevaks, s. o. 1970. aastaks, kodukandi tervishoiu-ajaloo uurimise valdkonnas üht-teist ära teha.

РЕЗЮМЕ. В последние годы в Эстонской ССР широкое развитие получило краеведение. В комплекс проблем, стоящих перед краеведением, входит и изучение развития советского здравоохранения в республике, в корне отличающегося от системы медицинского обслуживания буржуазной Эстонии и капиталистических стран. Необходимо также изучить развитие медицины и в более ранние периоды, так как изучение прошлого дает возможность лучше понять и оценить достижения советской медицинской науки и здравоохранения.

Составление истории здравоохранения района (города) целесообразно начать с изучения истории отдельных учреждений здравоохранения, выделив для этой цели ответственное лицо (хрониста или летописца). Задачей специальной районной или городской комиссии должно быть составление полной истории здравоохранения района (города). Эту работу следует начать немедля, чтобы уже к 30-летию Советской Эстонии можно было подвести итоги развития здравоохранения в районе (городе).

Прежде всего необходим сбор конкретного материала, который следует обработать, исходя из марксистской методологии. Пути развития здравоохранения необходимо излагать в связи с развитием экономики и культуры района (города), привести имена наиболее передовых врачей и описать их плодотворную деятельность. В начале исследования следует изучить литературные источники, содержащие сведения о здравоохранении родного края. Особенно важными ввиду документальности и неоспоримости являются архивные материалы, поэтому их следует широко использовать. Очень ценны также материалы частных лиц и воспоминания старожилов, следует подробно изучить хранящиеся в учреждении истории болезни и другие документы. Важно поддерживать контакт с местными краеведческими организациями, а результаты исследований докладывать на днях краеведов, на собраниях и конференциях медицинских работников, публиковать в местных газетах, а наиболее удачные работы докладывать на республиканских историко-медицинских конференциях.

В статье приводится перечень важнейших справочных материалов, даются указания по использованию архивов, а также приводится примерный план работы по истории здравоохранения района (города), в котором делается первая попытка периодизировать историю здравоохранения Эстонии.

Tartu Riiklik Ülikool

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

1967. AASTA NOBELI PREEMIA LAUREAADID

LEV BERŠTEIN
Tallinn

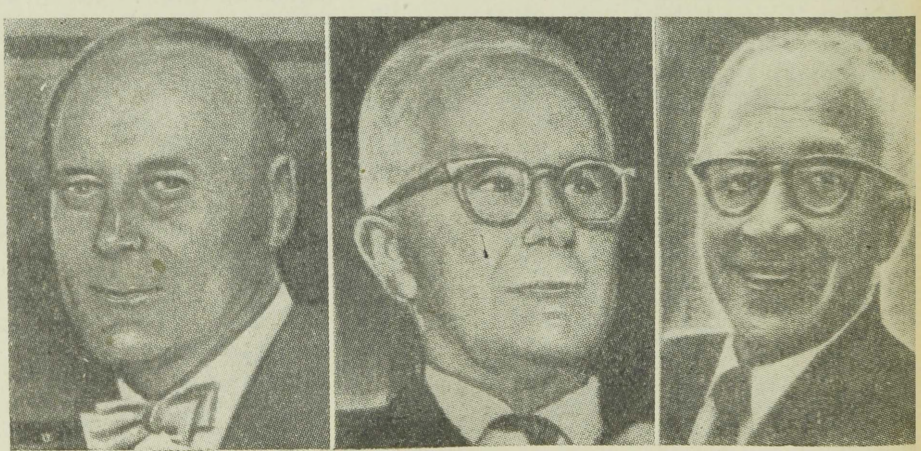
Nobeli fondi juhatuse järjekordses otsuses, nagu alati, esitati Nobeli preemia laureaatidena meditsiini ja füsioloogia alal ühe eriala spetsialistide nimed. Sel korral teadlaste nimed, kes uurivad nägemise mehhanisme. See on juba teine kord viimase 7 aasta jooksul, et ülemaailmset tunnustust vääriv auhind määratakse analüsaatorite uurimise valdkonnast pärinevate tööde eest (1961. aasta Nobeli preemia anti G. von Békésile, kes uuris kuulmise mehhanisme). Keda peeti selle kõrge auhinna vääriliseks 1967. aastal?

Professor Ragnar Granit (Rootsi) on sündinud 1900. aastal. Teaduslikku tööd alustas ta neurofüsioloogia valdkonnas Ch. Sherringtoni juhendamisel. 1933. aastast alates on ta koos doktor S. Cooperiga avaldanud elektroretinograafia tehnika täiustamise alaseid teaduslikke töid. Seejärel saigi tuntuks kui nimetatud probleemi üks tähtsamaid uurijaid kogu maailmas. Nõukogude lugejatele on hästi teada R. Graniti monograafia «Электрофизиологические исследования рецепции», mis inglise keelest tõlgiti vene keelde ja ilmus 1957. a. ühe Moskva kirjastuse väljaandel. Muuhulgas on R. Granit koos doktor Svaetichiniga esimesena kasutanud mikroelektroode isoleeritud võrkkestaelementide uurimisel. Need uurimused olid eelduseks värvilise nägemise aparaadi tundmaõppimisele ja nüüd kõikjal tuntud «dominaatori-modulaatori» kontseptsiooni väljatöötamisele, mistõttu sai mõistetavaks võrkkesta reageerimine värvusele.

Professor Holdan Keffer Hartline (USA), kes sündis 1903. aastal, tutvustas end andeka uurijana juba 1928. a. Esimesena maailmas on ta eksperimendiks kasutanud krabilise *Limulus polyphemus*'e silma. Seejuures on tal õnnestunud demonstreerida nägemisnärvi üksikute kiudude tipp-impulsside sageduse sõltuvust *Limulus polyphemus*'e silma juhitud valgusvoo intensiivsusest.

Käesoleva sajandi teaduse suurepäraste saavutuste hulka kuulub ka valgusele erineval viisil reageerivate nägemisnärvi valgustundlike elementide avastamine H. K. Hartline'i poolt. Ühed neist reageerivad ja saadavad impulsse ainult silma valgustamisel (*«on»-elements*), teised aga pimendamisel (*«off»-elements*), kolmandad reageerivad ja saadavad impulsse niihästi ühel kui ka teisel juhul (*«on-off»-elements*). Võrkkesta kepikestele on omasem reageerida silma valgustamise (*«on»-effect*), kolvikestele aga pimendamise (*«off»-effect*) korral. Nimetatud reaktsiooni tüübid võimaldavad eristada kepikesi kolvikestest.

Professor George Wald (USA), kes on laureaatidest noorim (sünd. 1906. a.), on end pühendanud võrkkesta kõige perifeersema osa — fotosensiibli pigment-



R. Granit
H. K. Hartline
G. Wald

epiteeli uurimisele. 1937. aastast alates on G. Waldi ja tema kaastöötajate (nende hulgas tema abikaasa doktor Ruth Hubbard) sulest ilmunud ja trükis avaldatud hulgaliselt töid, mis on pannud aluse tänapäeva seisukohtadele valgusenergia muundamise protsessidest pigmentepiteeli rakkudes. Professor G. Waldi juhtimisel ja vahetul osavõtul on uuritud nägemispurpuri dissimilatsiooni ning resünteesi, A-vitamiini ja retiniini tsiss-trans-isomeeriat, nimetatud substantside kombinatsioone proteiinidega jne.

Kõik need uurimused on kahtlemata olnud tähtsamate etappide tähistajad kogu oftalmoloogia arengus XX sajandil. Sellega on ka mõistetav, miks uurimuste autorid on nii suure au osaliseks saanud.

РЕЗЮМЕ. Очередное решение правления Нобелевского фонда, как и всегда, назвало в числе лауреатов Нобелевской премии по медицине и физиологии представителей одной специальности — на сей раз исследователей, занимающихся изучением механизмов зрения. Эту весьма высокую награду в 1967 году получили N. K. Hartline (США) — за работы по исследованию аппарата зрения у подковообразного краба, R. Granit (Швеция) — за исследования в области электроретинографии и цветового зрения, а также G. Wald (США), посвятивший свою деятельность изучению фоточувствительного пигмента.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Uusi ravimeid

FURASOLIIN (*Furazolinum*, Фуразолин). Sünonüümid: *Altabactina, Altafur, Biofurin, Furaltadone, Furalton, Furamidone, Furmelhonol, Furlidon, Furmetox, Germicina, Medifuran, Megafur, Nitrofur, Nitrofurmethonum, Otifuril, Polival, Sepsinol, Spectrafur, Unifur, Viofural.*

Furasoliin on 3-morfoliinometüül-3-(5-nitro-2-furfurülideenamino)-2-oksasolidoon. Kollane, mõru maitsega, vees raskesti, orgaanilistes lahustites hästi lahustuv pulber.

Furasoliin toimib graamnegatiivsetesse ja eriti graampositiivsetesse mikroobidesse.

Näidustatud on stafülo-, strepto- ja pneumokokkidest põhjustatud nakkused, samuti seganakkused, mille esilekutsujaiks on stafülokokid koos streptokokkide või pneumokokkidega, stafülokokkide poolt tekitatud enteriidid lastel, kuseteede ja neerupõletikud.

Furasoliini määratakse sissevõtmiseks täiskasvanuile 0,1 g 3 ... 4 korda päevas 15 ... 20 minutit pärast söömist. Alla 1 aasta vanustele lastele on ühekordseks annuseks 0,01 ... 0,015 g, 1 ... 2 aasta vanustele 0,02 g, 2 ... 5-aastastele 0,03 ... 0,04 g, 5 ... 15-aastastele 0,05; manustatakse 3 ... 4 korda päevas.

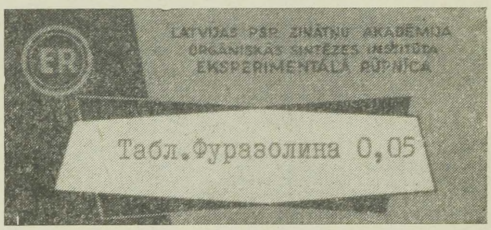
Ravikuur vältab 5 ... 7 päeva, raskematel juhtudel 10 ... 14 päeva. Ei ole soovitatav, et ravi kestaks pidevalt üle kahe nädala.

Furasoliini taluvad haiged hästi. Üksikjuhtudel võivad tekkida iiveldus ja oksendamine, samuti allergiline dermatiit.

Vastunäidustusteks on rasked südame-, maksa- ja neeruhaigused.

Preparaati lastakse välja pulbrina ja tablettidena à 0,05 g.

Furasoliin kuulub B-nimekirja.



METITSILLIIN (*Methicillinum*, Метициллин). Sünonüümid: *Belfacillin, Celbenin, Dimethoxyphenecillin, Lucopenin, Methicillin-Sodium, Penistaph, Penysol, Staphcillin, Syntícillin* jt.

Metitsilliin kuulub poolsünteetiliste penitsilliinide rühma.

Toimib nii penitsilliini kui ka teiste antibiootikumide suhtes resistentsetesse stafülokokkidesse. Metitsilliin ei inaktiveeru penitsillaasi mõjul, nagu bensüülpenitsilliini soolad, ja toimib seetõttu nii penitsillaasi produtseerivatesse kui ka penitsillaasi mitteprodutseerivatesse stafülokokkidesse.

Näidustatud on kõik stafülokokkidest põhjustatud nakkused — septitseemia, kopsupõletik, osteomüeliit, abstsessid, flegmoonid, haavanakkused, empüeemid, septiline peritoniit, mastiit, septilised abordid jt.

Metitsilliin mõjub hästi ka pärast tagajärjetut ravi teiste antibiootikumidega.

Metitsilliini süstitakse kas lihasesse või veeni. Süstimislahuse valmistamisel lahustatakse preparaat bidestilleeritud vees vahetult enne kasutamist. Täiskasvanuile süstitakse aeglaselt lihasesse iga 4 ... 6 tunni järel 1 g metitsilliini lahustatuna 1,5 ml bidestilleeritud vees. Veeni süstimisel tuleb tromboflebiitide vältimiseks lahustada 1 g metitsilliini

5 ml bidestilleeritud vees. Laste ööpäevaseks annuseks on 100 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta, kusjuures kogu annus jaotatakse neljaks võrdseks üksikannuseks.

Metitsilliini kasutamisel pole täheldatud ebameeldivaid kõrvalnähte ega toksilisust. Võivad tekkida kerged allergilised reaktsioonid; sel juhul võib ordineerida antihistamiinseid vahendeid.

Vastunäidustusteks on kõrgenenud tundlikkus bensüülpenitsilliini suhtes ja allergilised haigused.

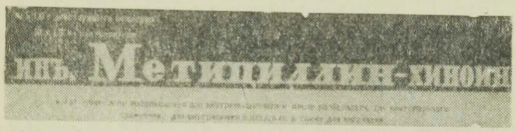
Metitsilliini lastakse välja pakendis, mis sisaldab 10 pudelikest à 1 g metitsilliini ja 10 ampulli lahustiga à 1,5 ml.

Preparaati imporditakse Ungari Rahvavabariigist.

TSÜSTAMIINDIHÜDROKLORIID (*Cystaminum dihydrochloricum*, Цистамин дигидрохлорид). Sünonüüm: *Cystinamin*.

Tsüstamiin on valge või kollase värvusega kristalne pulber, mis lahustub hästi vees, halvasti piirituses.

Tsüstamiin kuulub aminotioolide rühma ja teda kasutatakse kiiritustõve profülaktikaks. Tema toimel oksüdeeruvad kiiritusravi tulemusena kudedes tekkivad ioniseeritud molekulide radikaalid kahjutuiks sulfoonhappeühendeiks.







Preparaati võetakse tablettidena 1 tund enne kiiritust. Annuse suurus sõltub haiguse laadist, haige vereloomesüsteemi seisundist ja kiirituse annusest. Kui leukotsüüte ühes mm^3 veres on 5000 ja röntgeni- ning gammakiirte annuseks 4000...5000 r, siis antakse pea, kaela ja rindkere igapäevase kiiritamise korral tsüstamiini 0,6 g ülepäeviti. Kui aga kiirituse annus on 10 000...12 000 r ja leukotsüütide arv 4000 ühes mm^3-s, siis 0,6 g preparaati iga päev. Leukotsüütide arvu vähenemise korral raviperioodil suurendatakse annust 0,8 grammini päevas.

Kõhuõõne ja väikese vaagna piirkonna kiiritamise juhul määratakse 0,6 g tsüstamiini iga päev. Kui leukotsüütide arv ühes mm^3-s on alla 5000 või väheneb ravi kestel kuni 4000-ni, antakse tsüstamiini iga päev 0,8 g. Preparaati kasutatakse kogu kiiritusravi vältel. Samal ajal on näidustatud üldtugevdav ravi. Tsüstamiini ravitoime on nõrk, kui kiiritustõbi on kaugelearenenud.

Tsüstamiini manustamisel võib mõnikord tekkida kõrvetisi, iiveldust ja valusid mao piirkonnas. Need nähud preparaadi tarvitamist tavaliselt ei takista. Tuleb arvestada tsüstamiini hüpotensiivset toimet — preparaat võib hüpertooniatõbe põdevatel isikutel põhjustada tugevat vererõhu langust.

Suhtelisteks vastunäidustusteks on ägedad seedetrakti haigused, äge südame ja veresoonkonna puudulikkus ning maksatalitluse häired.

Tsüstamiini lastakse välja tablettidena (à 0,4 g) pakendis, mis sisaldab 6 tabletti.

Preparaat kuulub B-nimekirja.

PREFÜSOON (*Praephyson*, Префизон).

Prefüsoon on hüpofüüsi eesmise sagara kompleksne ekstrakt.

Laialdaselt kasutatakse hüpofüüsi eesmisest sagarast isoleeritud hormoone (AKTH, gonadotropiin, prolaktiin, adiposiin). Nende kõrval on osatähtsuse säilitanud ka hüpofüüsi eesmise sagara kompleksne ekstrakt, milles sisalduvad hormoonid avaldavad summaarset raviefekti sisenõristussüsteemi haiguste puhul.

Näidustatud on kõik hüpofüüsi eesmise sagara häiretest tingitud haigused, nimelt hüpofüsaarne kahheksia, kasvuhäired, hüpofüsaarne kõhnumine, neurogeenne isutus, spontaanne hüpoglükeemia, krüptorhism, parotiidijärgne orhiit, sugunäärmete alaareng, hüpofüsaarne rasvumine, sünnitusjärgne juuste väljalangemine, suguvõimetus, latentne tetaania.

Prefüsooni süstitakse lihasesse või naha alla ja määratakse sissevõtmiseks.

Toodetakse kahesuguses kontsentratsioonis ekstrakti sisaldavaid ampulle: prefüsooni ampull sisaldab 25 TÜ (vastab 25 TÜ gonadotroopsele hormoonile), *Praephyson forte* ampull sisaldab 75 TÜ. Prefüsoon sisaldab hüpofüüsi eesmise sagara ekstrakti lahusena, *Praephyson forte* aga pulbrina, mis on kuivatatud külmutamise teel. Kuivainest valmistatakse süstimislahus just enne kasutamist (lahustatakse füsioloogilises keedusoolalahuses).

Ravi algul süstitakse iga päev 1...2 ampulli prefüsooni või 1 ampull *Praephyson forte*'t, hiljem 1 ampull ülepäeviti. Hüpofüüsi eesmise sagara kaugelearenenud häirete korral on vajalik pikaajaline ravi.

Prefüsooniampullid lastakse välja pakendis 1 ml × 10 (1 ml = 25 TÜ), *Praephyson forte* ampullid aga pakendis, mis sisaldab 1 ml × 10 (1 ml = 75 TÜ) ja 10 ampulli füsioloogilist keedusoolalahust (lahustiks).

Prefüsoonitabletid lastakse välja pakendis 90 mg × 20 (90 mg vastab 800 mg värskele näärmele).

Preparaati toodab Hamburgi firma «Promonta».

Helga Kangro

Asklepiose klubis

FOOKUSES OLI KESKASTME MEDITSIINITÖÖTAJATE ETTEVALMISTAMINE

Ajakirjanduse kogemused näitavad, et ummikutest väljapääsemiseks on vahel elavast sõnast rohkem kasu kui kirjatähest. Suuline jutt võimaldab kiiremat mõttevahetust kui ajaleht või koguni üle kahe kuu ilmuv ajakiri. Sel põhjusel ongi vestlusringid kui operatiivne žurnalistlik vorm meil viimasel ajal nii populaarsed.

Miks mitte seda võtet ka meditsiiniajakirjanduses kasutada? Küsimusi, mida asjaomastega tahaksime koos arutada, on aja jooksul kogunenud üsnagi mitu.

Meie vestlusring saab õdusa ja originaalse klubiõhtu vormi. Klubil on ka oma patroon — Asklepios. See ei tähenda sugugi, nagu oleks tegemist ajaviite, kergekaalulise ettevõtmise või koguni naljaga. Umbsõlmed, mida klubis hakkame lahti harutama, nõuavad koosolijailt kõige tõsisemat suhtumist. Tass kohvi, Asklepiose pilt ja vestluse mõnevõrra intiimsem toon peavad kokkutulnute vahel ainult aitama jääd sulatada, mõtete vabaks ringlemiseks soodsamat atmosfääri luua. Eks ole me ju end sajandite kestel liiga palju pidanud harjutama mõttega — «parem sõna hammaste taga kui keele peal».

Esimesena võtsime klubi päevakorda keskastme meditsiinitöötajate ettevalmistamise ja nende kvalifikatsiooni tõstmise.

Muidugi ei lootnud me keerukasse probleemi selgust tuua esimese hoobiga. Mõnes punktis jõudsime siiski natuke edasi. See kinnitab toimetuse töötajate veendumust, et ka piskust tööst on rohkem kasu kui suurest seismisest.

*

Niisiis, esimene klubiõhtu 12. märtsil 1968. Peatoimetaja O. Tamm tutvustas:

Eesti NSV Ministrite Nõukogu kultuuri- ja tervishoiuosakonna vanemreferent A. Muller;

Kõrgema ja Kesk-erihariduse Komitee inspektor E. Järv;

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna juhataja J. Luberg;

Tallinna Meditsiinikooli direktor A. Rooks;

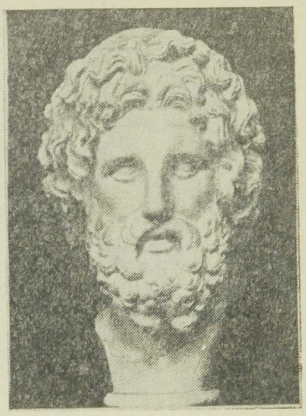
Tartu Meditsiinikooli direktor V. Parvet;

Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja organisatsioonilis-metoodilise töö alal R. Malviste;

Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi esinaine H. Rüütli;

Tallinna Vabariikliku Haigla vanemmeditsiiniõde A. Metsmäe;

Eesti NSV Sanitaar-Epidemioloogiateenistuse Keskharidusega Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi esimees H. Kirt;



ASKLEPIOS (ladina keeles Aesculapius) oli Vana-Kreeka tervise ja arstikunsti jumal. Homerose ja Pindarose loomingus kohtame teda veel lihtsa heerosena, kelle pojad Mahhaon ja Podaleirios olid kreeklaste sõjaleeri arstid; jumalaks tõsteti ta alles hiljem.

Müüdi järgi lõi Zeus allilma jumala Hadese kaebuse põhjal Asklepiose piksega sellepärast surnuks, et ta oma kunsti varal surnuid ellu äratas ning seega kartust tekitas, nagu inimesed võiksid surma meelevallast üldse pääseda.

XX sajandi kuuekümnendate aastate keelde tõlgituna võiks see kõlada ka umbes nii: Doktor Asklepios oli oma aja eesrindlik arst, kahe sõjaväemeediku auväärne isa ja suurte kogemustega reanimatoloog. Tumedate reaktsiooniliste jõudude mahitusel saadeti ta elektritoolile, sest et ta inimesi temale teada oleval meetodil kliinilise surma staadiumist tagasi ellu tõi, ning seega matusebüroode, pastorite, köstrite, prosektorite ja surnumatjate tulusid ähvardas kärpida.

Kui Asklepios meil tänapäeval aitaks mõningaid seltsimehi, kelle inertsuse taga asjad kinni seisavad, mitte surmast, vaid lihtsalt unest äratada, mida paremat võiksime veel soovida!

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee metoodik P. Langel.

Kohvilauda istuti koos ajakirja toimetajatega, et peatoimetaja sõbralikul üleskutsel mured südame pealt avameelselt ära rääkida.

Mõttevahetuse ekspositsiooni esitas **J. Luberg:**

Vabariigis töötab pisut üle 10 000 keskastme meditsiinitöötaja. Nende hulgas on 8328 isikut lõpetatud ja 1800 lõpetamata keskharidusega.

(**A. Rooksi** vahekommentaar: 1800 lõpetamata keskharidusega meditsiinitöötajat... See oleks Tallinna Meditsiinikooli kaugõppeosakonna 20 aasta plaan!)

Kui arvesse võtta ka meditsiiniõed, keda valmistab ette Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee, ulatub iga-aastane juurdekasv 500 ... 600-ni.



Fotod E. Saar

«Paljud noored,» ütles J. Luberg, «lähevad haiglasse nagu vabrikusse. Nad ei mõtle, et meditsiiniõde peab olema ka halastajaõde.»

Vajadus keskastme meditsiinitöötajate järele on rajoonides peaaegu rahuldatud. Defitsiit on peamiselt Tallinnas ja Tartus. Põhjus on lihtne — elamispind. Mõlemad linnad vajavad meditsiiniõdesid, tegelikult oleks neid ka anda, kuid raskus on selles, et meditsiinikooli lõpetajaid pole kuhugi elama paigutada. Kui Tallinna ja Tartu meditsiinikoolidesse oleks võimalik suunata rohkem oma linna noori, siis oleks väljapääs peaaegu olemas. Nähtavasti ei ole selgitustöö neis linnades, eeskätt keskkooli lõpetajate ja kommunistlike noorte hulgas, küllaldane.

Perspektiivplaanid nõuavad, et iga arsti kohta tuleks 4 keskastme meditsiinitöötajat; praegu on neid 2,5 ja 3 vahel. Kui noori keskastme meditsiinitöötajaid ka edaspidi niisama palju juurde tuleb kui viimastel aastatel, siis on täiesti reaalne, et suhe aja jooksul paraneb.

Kvalifikatsiooni tõstmise kursusi korraldatakse põhiliselt Tallinnas ja Tartus vabariiklike haiglate ning peale selle Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama baasil. Igal aastal on kursustele saadetud 220...230 isikut, tegelik vajadus on aga kaks korda suurem. Rahuldada ei luba seda kursantide majutamise võimaluse puudumine. Kvalifikatsiooni tõstmise laiendamisega on viljatult tegeldud juba aastaid. Õigustatult on nõutud alalisi täienduskursusi ja ühiselamu ehitamist.

Õpilasi võetakse meditsiinikoolidesse vastu erilise võistluseta. Seetõttu satub meditsiiniasutusesse inimesi, kes ei ole kohased seal töötama, kes õigesti ei suhtu töösse ega haigetesse, kelle eetilised ja esteetilised tõekspidamised jätavad soovida. Paljud noored lähevad haiglasse nagu vabrikusse, õige kutsumuseta. Nad ei mõtle, et meditsiiniõde peab olema ka halastajaõde.

Oleks vaja, et meditsiinikooli võetaks vastu ainult keskharidusega noori.

R. Malviste. Täienduskursusi oleme Tallinna Vabariiklikus Haiglas suutnud korraldada suhteliselt vähe, aastas 100...120 isikule. Suudaksime märksa rohkem, kui oleks ühiselamu. Minu arvates oleks seda probleemi siiski võimalik lahendada. Näiteks Tallinna Polütehnilise Instituudi ühiselamus jääb igal aastal küllaltki palju kohti vabaks. Sinna võetaks meie kursante meeleldi. Oleks ainult tarvis, et kohtade eest ei tuleks tasuda. Kas Kõrgema ja Kesk-eriharduse Komitee ei saaks meid selles suhtes aidata?

A. Rooks. Kui palju TPI ööpäeva eest nõuab?

R. Malviste. 70 kopikat isikult.

E. Järv. Neil on vist sissetuleku plaan, mida nad peavad täitma.

R. Malviste. Kvalifikatsioonitõstmise probleem laheneks, kui tööd alustaksid alalised täienduskursused.

O. Tamm. Ühiselamut hakatakse ehitama tuleval aastal.

R. Malviste. Niikaua, kuni kursuste korraldamise võimalused on piiratud, peaksid haiglad ise õdede kvalifikatsiooni tõstmisesse tõsisemalt suhtuma. Sellega tegelevad meditsiiniõdede nõukogud, kes võib-olla liiga palju tähelepanu pööravad silmaringi laiendamisele. Rohkem oleks seda vaja just praktilistele oskustele.

E. Järv. Vabariigi kolmes meditsiinikoolis õpib kokku 1542 õpilast, neist 275 kaugõppes. Viimaste aastate jooksul on õpilasi kuni 200 võrra rohkem vastu võetud kui varem, seega vajadused peaksid vähenema. Kui aga arvestada, et meil (seisuga 1. jaanuar 1967) on 12 750 koosseisulist kohta, millest 9828 füüsilise isikuga on komplekteeritud 12 593 — iga keskastme meditsiinitöötaja töötab meil keskmiselt 1,3 kohal —, siis võib öelda, et normaalse koormusega tööks vajaksime veel kui mitte 3000, siis ikkagi 2000 inimest.

Vabariigi meditsiinikoolide tööga tutvus hiljuti NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi komisjon, kelle koostatud mahukas, 24-lehekülgjelises aktis leidub ka üsna palju kriitilisi märkusi. Metoodilise töö ja õppetööga jäädi Tallinnas ja Tartus rahule. Ühe suurema puudusena osutati materiaalse baasi nõrkusele. See annab end valusalt tunda Tallinna Meditsiinikoolis, kellel puudub oma hoone. Õpetajatega on raskusi, eriti Kohtla-Järvel. Õpilaste vastuvõtmisel puudub võistlus kas täiesti või on see liiga nõrk. Õpilaste väljalangus on suur. Praktiline väljaõpe jätab



P. Langel, H. Jänes, A. Rooks ja H. Kirt on tõsiselt süvenenud järjekordse sõnavõtja mõtteavaldusse.

Kohtla-Järvel, kus uuesti alustati tööd sügisel, veel soovida, samuti õppetundide ja eksamite näitlikustamine.

V. Parvet. Neil pole luukeretki!!!

O. Tamm. Seltsimees Järv, kas võite veel midagi öelda perspektiividest?

E. Järv. Tallinna Meditsiinikoolil oleks tingimata tarvis oma maja, samuti oleks vaja rohkem ühiselamukohti. Et ehitamine on seotud tõsiste raskustega, oleme sunnitud ootama.

Ruumikitsikuse all kannatab Tartu Meditsiinikool. Direktor Parvetil on ajakohane, igati vastuvõetav koolihoone juurdeehituse projektki olemas. Lähemate aastate jooksul ei tule ehitamisest siiski midagi välja. Raha võib-olla leiduks. Kuid komiteel on Tartus praegu küllalt muid ehitusobjekte — peamine tähelepanu on pööratud ülikooli ehitistele — ja ehitusorganisatsioonidel ei jätku lihtsalt rohkem jõudu. Koolil on raskusi ka õpilaste majutamisega. Kui Tartus valmib tehnikumidevaheline ühiselamu, siis langeb see puudus ära.

V. Parvet. Keskastme meditsiinitöötajate palk on madal. Eriti annab see end tunda nüüd, pärast uute miinimumpalkade kehtestamist, mil sanitari ja meditsiiniõe palga vahe on muutunud üsna väikeseks. Pärast reguleerimist on juhtunud sedagi, et õed siirduvad teisele tööle, näiteks juuksuriteks. Siin oli juttu, et meditsiinikooli oleks soovitatav võtta ainult keskharidusega noori. Kuid palkade praeguse seisu tõttu ei taha nad enam meie juurde tulla. Sanitaarvelskrite osas, kes peavad õppima pool aastat kauem, kuid saavad samasugust palka kui teised, on olukord kõige raskem. Muide, otstarbekas oleks õppeaega üldiselt poole aasta võrra pikendada.

Tartu Meditsiinikooli õpilaste arv on nelja viimase aasta kestel suurenenud 280-lt 480-le, ruumid aga on endiseks jäänud. Osa tunde peame andma sööklas — kuhu see kõlbab?

O. Tamm. Kas meditsiinikoolil on pretensioone ka õppebaasile?

V. Parvet. Viimastel aastatel oleme palju tegelnud kasvatustöö ühe põhiküsimuse — tööarmastuse sisendamisega. Palju rõhku oleme pannud ka esteetilisele kasvatusele. Räägime õpilastele, kui oluline on, et meditsiinitöötaja soeng oleks korras, et ta rõivad oleksid hoolikalt triigitud, et ta töö ajal ei kannaks kõrvarõngaid, samuti susse, vaid korralikke kergeid kingi, et ta seelik ei oleks liiga «mini». Kogu see töö, mida teeme koolis, läheb luhta õppebaasis, kus õpilased näevad hoopis teistsugust pilti. Noored on terava pilguga. Näiteks panevad nad sedagi kohe tähele, et mõnes haiglas antakse ravimid haigele kätte korraga, kogu päevaks...

A. Rooks. Tallinna Meditsiinikooli vastuvõtuplaan näeb ette 210 õpilast, neist 8-klassilise kooli lõpetanuid 90. Plaani täitmine on 200. 8-klassilise haridusega noortelt saabub avaldusi 130...140, eksamitel langeb välja 30...40. Kuid ka vastuvõetute tase pole hiilgav — puha «kolmede» rida...

Koolis on 450 õpilast. Igal aastal kustutame nimekirjast umbes 50 halva õppeedukuse tõttu. See on kergesti mõistetav: konkurssi pole, kaadri vajadus on suur, õppida soovijaid ei saa kohe algul liiga kergesti



«Noori ei tohi omapead jätta,» ütles O. Tamm, «nendega tuleb töö juures pidevalt tegelda.» Vasakul A. Muller.

tagasi saata. Kui tahaksime, et lõpetajad oleksid ainult kõrge kvalifikatsiooniga, peaksime 450 sisseastujast 400 tagasi lükkama. Ülejäänud 50 on siis tõesti eeskujulikud.

Mis eetilisse ja esteetilisse kasvatusse puutub, siis on see neis tingimustes raske. Lisaks töötab kool õhtupoolikul, teises vahetuses, teise kooli ruumes. Õpilaste tööpäev algab juba kell 7 või 8 haiglas ja kestab koolis küllaltki hiliste õhtutundideni. Jääb küll 3...4-tunnine «aken», kuid see möödub enamasti kasutult. On õpilasi, kes seda ei oska kasutada muuks kui linnas hulkumiseks. Ega seegi kasvatustööle kasuks tule. Et 15...17-aastaste noorte tööpäev kuni 12 tunni pikkuseks venib, tähendab peale kõige muu seda, et neil ei jää aega järgmise päeva tundideks korralikult valmistuda. Nii on ka see üks põhjusi, miks õppeedukus ei ole kõrge ja miks enne lõpetamist palju õpilasi välja langeb.

Näib, et olukord keskastme meditsiinitöötajate ettevalmistamisel perspektiivis vähehaaval halveneb. Vähemalt niikaua, kuni palgad praegusel tasemel püsivad.

H. Rüütli. Lõpetajate tase on viimastel aastatel madalam kui varem. Kas tõesti ei saa nõuda, et meditsiinikoolidesse võetaks vastu ainult keskkooli lõpetanuid?

A. Rooks ja **V. Parvet:** Me ei saa neid niipalju kui vaja!

A. Metsmäe. Mulle näib vastupidi: viimaste aastate lõpetajate tase on kõrgem, koolid on tööd parandanud. Nii eetiline kui ka esteetiline kasvatus jätab lõpetajatel soovida, see on õige. Kuid see jätab soovida ka meil endil, haiglaõdedel. Põhjused on ilmselt kusagil sügavamal kui ainult koolitöös. Eriti kenad noored on meil Tartust. Südamevaluga saadad nad õdede hulka — me ise paratamatult rikume nad ära! Mida neile rääkida või öelda, kui staažikad õed ise head eeskuju ei anna, kui neil kõige ja kõigi vastu on üks ja sama relv: lähen minema! Oi, meil haiglates on veel palju teha!

Kvalifikatsiooni tõstmisel tuleks alustada vanem-meditsiiniõdedest, kes ise mõnikord ei oskagi õde õpetada. Ka arstil pole aega palatiõega palju tegelda. Tal endalgi on tegemist, et kõige uuega kursis olla. Täienduskursused tuleks vanemõdedele korraldada ülikooli baasil.

Rohkesti pretensioone esitasid koosolijad Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse aadressil põetusvahendite, pesupesemise ja puhta pesu transportimise kohta. Keskastme meditsiinipersonalil tuleb hoolitseda suurema hulga haigete eest kui on ette nähtud. Ajakohased põetusvahendid ja kõnesoleva valitsuse ettevõtete laitmatu töö vähendaksid nende koormust.

Palju kriitikat langes Eesti NSV Punase Risti Seltsi meditsiiniõdede aadressil. Kritiseerijaile vastas P. Langel.

Mitu sõnavõtjat juhtis tähelepanu meditsiiniõdede palkade diferentseerimise vajadusele sõltuvalt töö laadist ja raskusest. See võiks toimuda palgalisa maksmise teel.

O. Tamm. Palkade tõstmiseks ei ole meil mingit õigust.

A. Muller. Seda saab teha ainult Nõukogude Liidu valitsus.

H. Rüütli. Meditsiiniõdedele kõrgema kategooria andmine ei tohiks küll ülesaamatuid raskusi valmistada.

A. Muller. Kui meil oleks õigus seda teha, siis oleksime seda juba teinud. Kui te mõtleksite, millist kübemekest me endast Nõukogude Liidus kujutame ja millised summad selletaoliste muudatuste tulemusena kogu Nõukogude Liidu ulatuses käibele läheksid, siis oleks kergemini mõistetav, miks seda veel ei ole tehtud. Mitmeid neist küsimustest, mis täna tõstatati, on juba varem ja mujalgi tõstatatud, ja ei ole kahtlust, et need kord lahendatakse. Kui siin täna kurdeti, et Tartu Meditsiinikooli juurdeehitusele Riiklik Plaanikomitee kriipsu peale tõmbas, ega see veel tähenda, et juurdeehitust üldse ei tule. Tartus ehitatakse praegu palju, ehitusorganisatsioonide võimsus on täiesti ära kasutatud, see aga, mis ehitatakse, on kõik vajalik.

Punase Risti õdede kursuste vastu vaielda ei maksa, neid on vaja. Et nende töö kvaliteeti tuleks tõsta, on iseasi.

Klubiõhtu lõpetuseks võttis sõna **O. Tamm.**

Õhtu täitis otstarbe. On probleeme, mida ei saa lahendada ühe korraga, mis võivad päevakorral püsida kaua (näiteks palgad), kuid, et neid üldse lahendada ei saa, see ei pea paika. Mõnedki raskused on niisugused, mida saame ületada ühisel jõul, meiegi ajakirja kaudu, kas või diskussiooni korras. Tingimusel, et meditsiinitöötajad ise igati kaasa aitaksid.

Kuulsime mõndagi uut meditsiinikoolide raskustest, samuti valgustas olukorda Punase Risti Seltsi esindaja. Et paljude keskastme meditsiinitöötajate töödistsipliin, kutse-eetika ja käitumine jätavad soovida, on ilmne. Ja kui Tallinna ja Tartu meditsiinikoolid kasvatusele neis suundades, nagu praegu kuulsime, tähelepanu pööravad, siis on igati tervitatav. Muidugi tuleb kasvatustööd teha ka raviasutustes, kus õpilased praktikal viibivad. Iga osakonnajuhataja, iga arst, iga vanem-meditsiiniõde on selleks moraalselt kohustatud. On vaja, et meditsiinitöötajad kõiki neid küsimusi meie ajakirjas detailsemalt valgustaksid ja analüüsiksid. Veel üks oluline asi — meditsiinikoolid peaksid endiste õpilastega sidet pidama. Ka sellel on kasvatustöös suur tähtsus. Head eeskuju võib anda näiteks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatriakateeder, kes vilistlased vähemalt kord aastas kokku kutsub.



«Eetiline ja esteetiline kasvatus jätavad meditsiinikooli lõpetajatel soovida,» arvas A. Metsmäe, «kuid see jätab soovida ka meil endil, haiglates.» Vasakul R. Malviste ja V. Parvet, paremal H. Rüütli.

Mis kvalifikatsiooni tõstmisse puutub, siis on kursused vajalikud. Kuid veel olulisem, nagu R. Malviste juba märkis, on igapäevane töö. Noori ei tohi omapead jätta, nendega tuleb töö juures pidevalt tegelda. Jaoskonnahaiglates töötavate noorte sanitaarvelskrite kasvatamise peaksid sanitaar- ja epidemioloogiajaamad täiesti enda peale võtma. See reserv on kasvatustöös seni kasutamata jäänud.

Et Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse töö uute põetusvahendite osas ei liigu, üllatas mind. Peame nende ja meditsiiniõdede esindajad ravi-profülaktilise abi valitsusse ühise laua taha kutsuma, et selgitada, milles asi seisab.

Toimetus loodab, et tänane klubiõhtu stimuleerib edasiste konkreetsete ettepanekute tegemist.

*

Klubiõhtul arutatud ja tõstatatud küsimusi jälgib «Nõukogude Eesti Tervishoid» ka edaspidi. Toimetus palub, et Kõrgema ja Kesk-eriharidu se Komitee, Tervishoiu Ministeeriumi osakonnad, kes keskastme meditsiinitöötajate ettevalmistamise ja kvalifikatsiooni tõstmisega tegelevad, ja Tallinna Vabariiklik Haigla meid oma sammudest olukorra lahendamiseks informeeriksid.

Kroonika

9. veebruaril 1968. a. toimus Tartus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tartu Linna TSN Täitevkomitee ühine istung, kus arutati Tartu tervishoiuvõrgu tööd 1967. aastal ja tervishoiukorralduse ning meditsiinilise abi parandamise abinõusid.

Märgiti, et 1967. a. paranes tervishoiuosakonna tegevus, samuti koostöö TRÜ Arstiteaduskonna kliiniliste kateedritega. Raviasutusi on kaasaja nõuete kohase aparatuuriga varustatud paremini. Meditsiinipraktikas on kasutusele võetud uusi ravi- ja diagnoosimismeetodeid. On vähenenud haigestumine, millega kaasneb ajutine töövõimekaotus, samuti on vähenenud laste suremus. Hästi on töötanud kutsehaiguste kabinet. Meditsiinitöötajate üleviimine viiepäevasele töönädalale on toimunud läbimõeldult, mistõttu elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteet ei halvenenud.

Kõne alla võeti mõningad puudused ja häired elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel. Nii ei ole tervishoiuosakond toime tulnud kõikide otsuste täitmisega. Elanikkonnale pole küllaldasel määral kättesaadavad mõned ambulatoorse arstiabi liigid. Kiirabikorralduses ja raskelt haigete hospitaliseerimises tuleb ette puudusi. Mitmesuguseid raskusi oli kopsupõletikku ja haavandtõbe põdevate haigete statsionaarse ravi korraldamisel. 1967. a. pöörati vähe tähelepanu kutsealuste ja eelkutseealiste meditsiinilisele teenindamisele. Tartus ei suuda vereülekandeteenistus raviasutuste vajadusi täielikult rahuldada.

Istungil vastuvõetud otsuses kohustati tervishoiuosakonna juhatajat G. Arrot nimetatud puudused kõrvaldama. Samuti juhiti tähelepanu sellele, et ambulatooriumidele ja polikliinikutele antaks paremad ruumid, ühtlasi kavandati tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõud.

*

29. veebruaril s. a. analüüsiti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil Tallinna tervishoiuvõrgu tööd 1967. aastal. Tervishoiuosakonna juhataja U. Meikase ja Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti A. Kuusiku aruandes ning kolleegiumist osavõtjate sõnavõttudes kõneldi edusammudest ja ka puudustest elanikkonna meditsiinilise abi korraldamisel ning selle tagamisel. Samuti räägiti arstiabi kvaliteedist.

Tsehhiarstide ja territoriaalsete polikliinikute vaheline koostöö on halb. Nõmme Haigla, Vabariikliku Sadama Haigla ja Tõnismäe Haigla polikliiniku jaoskonnaterapeutide, samuti jaoskonnapediaatrite ja akušöörid-günekoloogide koormus on suur. Nõmme Haigla polikliinikul tuleb ette raskusi meditsiinilise abi andmisel kitsastel erialadel. Nõmme Haigla ja Tallinna Vabariikliku Haigla polikliinikutes pole ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal kõik korras. Voodikohtadest ei piisa uroloogia, günekoloogia ja neuroloogia valdkonda kuuluvate haigete tarvis. Ajuvereringe häirete all kannatavatele haigetele statsionaarse ravi võimaldamise küsimus on lahendamata. Urgentse kirurgilise abi andmine pole täielikult koondatud suurtesse haiglatesse. Tallinnas puudub võimalus määrata reesusfaktorit mis tahes ajal ööpäeva vältel. Enamiku laste-nakkushaigustesse haigestunutest moodustavad lastekollektiivides viibivad lapsed. Aastast aastasse suureneb parenteraalse hepatiidi juhtude arv. Põhjendamatult pikad järjekorrad on Nõmme Haigla polikliinikus stomatoloogi vastuvõtule. Laste hammaste plaaniline saneerimine on korraldatud halvasti. Spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamine ja väljaarendamine kulgevad plaanitult.

Kolleegiumil vastuvõetud otsuses kavandati abinõud nimetatud puuduste kõrvaldamiseks ja tervishoiukorralduse ning elanikkonna meditsiinilise teenindamise edasiseks parandamiseks Tallinnas.

Niin Ajasta

*

21. märtsil 1968. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil Jõgeva, Paide ja Põlva rajooni maaelanike meditsiinilist teenindamist. Kuulati peaarstide E. Tormeti, S. Ratniku ja A. Juhasoo aruandeid.

Kolleegium märkis, et nimetatud rajoonide meditsiinitöötajate üleminek viiepäevasele töönädalale oli ette valmistatud ja kooskõlastatud. Seejuures ei ole maaelanike meditsiiniline teenindamine halvenenud. Põllumajandustöötajate haigestumine on kõikides nimetatud rajoonides märgatavalt vähenenud.

Kolleegiumil olid kõne all ka puudused. Näiteks ei ole peaarstid otstarbekalt planeerinud arstide ja muude meditsiinitöötajate tööaja jaotust. Sel põhjusel on haigete vastuvõtu järjekorrad pikad (Põltsamaa rajoonihaiglas, Põltsamaa ja Mustvee ambulatooriumis), samuti hilinevad arstide kodused visiidid. Mitmesuguseid takistusi on stomatoloogia-alasel teenindamisel Põltsamaa ambulatooriumis ning neuroloogia-alase abi andmisel Põlva ja ka Paide rajooni keskhaiglas. Ka ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal on puudusi. Edaspidi tuleb nimetatud rajoonides rangemalt jälgida, et kinni peetaks vaktsineerimisskeemidest, rohkem on vaja tähelepanu pöörata vaktsineeritavate valikule tüüfusevastasteks kaitsepookimisteks.

Kolleegiumi otsuse kohaselt tuleb asjaosalistel kõne all olnud puuduste kõrvaldamiseks rakendada kõik olemasolevad abinõud.

*

21. märtsil 1968. a. kinnitas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium plaani, mis näeb ette Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee ettepanekute elluviimise Eesti NSV Haridusministeeriumi lastekodude kasvandike meditsiinilise teenindamise paremustamiseks.

Asta Kaldma

20. detsembril 1967. a. toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis vabariikliku sanitaarhariduse nõukogu istung. Kuulati Rapla ja Haapsalu rajooni sanitaarharidustöö kabineti kompleksplaani täitmise aruannet.

Mõlemas rajoonis on tervishoiu propaganda alal tehtud tähelepanuväärseid edusamme.

Rapla Rajooni Keskhaigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti aktiivsel kaasabil on rohkesti ja huvitavalt kasutatud massilise propaganda vorme. Rajooni ajalehes «Ühistöö» ilmub regulaarselt iga kuu tervishoiule pühendatud lehekülg, kus käsitletakse kohalikku olukorda ja vastavalt sellele antakse arstlikke nõuandeid.

Ka kohalike raadiosaadete kaudu on pakutud palju huvitavat, nagu reportaaž valvearsti tööst, Järvakandi Haigla minevikus ja praegu jne. Väärib märkimist, et rajooni tervishoiuasutustes on alustatud kroonika kirjutamist. Rahvaülikoolide vabariiklikul ülevaatusel 1967. a. sai terviseülikoolidest I auhinna Rapla rajooni terviseülikool (6 filiaali). Selle kooli lõpetajaid on tööle rakendatud ühiskondlike sanitaarinspektoritena.

Haapsalu rajooni sanitaarharidustöös väärib märkimist ulatuslik näitlik agitatsioon. Haapsalus ilmub 6 korda aastas ülelinnaline sanitaarharidusteemaline seinaleht.

Hästi on korraldatud noorte emade teadmiste täiendamine Haapsalu Naiste- ja Lastenõuandlas.

Mõlema rajooni sanitaarharidustöös esineb ka puudusi. Näiteks Rapla rajoonis pole käsitletud tööstushügieenialast temaatikat. Olukorra parandamiseks tuleb tööstustöölisi teenindavatelt arstidelt nõuda pidevat enesetäiendamist kutsepatoloogia ja tööhügieeni küsimustes ning laialdase sanitaarselgitustöö tegemist tööstustööliste hulgas.

Haapsalu rajoonis jääb vajaka sanitaarharidustööst kohaliku ajalehe ja raadio kaudu. Selles puuduvad aktuaalsus ja rajooni oludele vastav teemade ring. Haapsalu rajooni ravi- ja profülaktikaasutustes torkab silma ebaühtlus sanitaarharidustöös, mis on tingitud töö ebaõigest planeerimisest. Paljudes ravi- ja profülaktikaasutustes puuduvad nõutavad sanitaarharidustöö plaanid.

Töö paremustamiseks on Haapsalu rajoonis tarvis tugevdada sanitaarharidustöö organisatsioonilist ja metoodilist juhtimist ning rohkem teha tervishoiualast propagandat kohalike raadiosaadete ja ajalehe kaudu.

Eha Laido

*

Tartu rajooni tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamisel 1. veebruaril s. a. tehti kokkuvõtteid 1967. aasta tööst ja kavandati ülesanded 1968. aastaks.

Tugevnes raviasutuste materiaalne baas. Riiklikest summadest kulutati tervishoiu vajadusteks üle 1,3 miljoni rubla ehk 25,3 rubla iga Tartu rajooni elaniku kohta. Saadi juurde diagnoosimis- ja raviaparatuuri. Majandite summade arvel hangiti maa-arstijaoskondadele kaks sanitaarautot. Hoonete kapitaalremondiks kulutati üle 78 000 rubla. Rõngu jaoskonnahaigla suurenes 15 voodikoha võrra (üldarv nüüd 50). Niisama suureks muutub pärast rekonstrueerimist ka Võnnu jaoskonnahaigla. Peedul suleti laste tuberkuloosisanatoorium haigete vähesuse tõttu. Samades ruumides avati Elva haigla filiaal (35 voodikohta). Uue raviasutusena alustas tööd Võrtsjärve velskripunkt.

Ravi ja diagnoosimise valdkonnas pöörati erilist tähelepanu kvaliteedile. Laialdaselt rakendatakse füsioteraapiat. Elekter-, valgus- ja soojustusravi sai üle 5600 patsiendi. Kasutusele on võetud ultraheliravi, diadünamoteraapia ja mikrolaineravi. Laienes laboratoorsete uuringute diapasoon ja suurenes nende üldarv (1965. aastal 59 000, 1966. aastal 89 000, 1967. aastal 95 000 analüüsi). Elektro- ja fonokardiograafia kõrval võeti Elva haiglas kasutusele uudne südame uurimise meetod — sternokostaalne vibrokardiograafia.

Maido Sikk

*

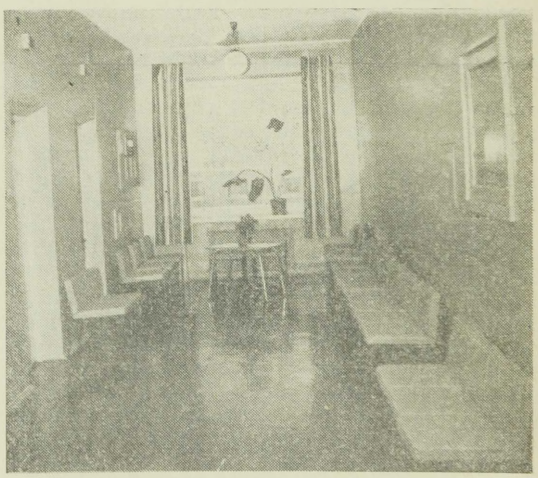
16. veebruaril s. a. avati pidulikult Põlva uus polikliinik.

Avatseremooniast võtsid osa Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm ja rajooni juhtivad töötajad eesotsas täitevkomitee esimehe I. Prikiga ning rajooni parteikomitee sekretäri K. Kermasega. Hulgaliselt oli avamisele saabunud ka asutuste ja majandite juhatajaid, tervishoiutöötajaid, kohalikke elanikke ning külalisi naaberrajoonidest.

Pärast päevakohaseid sõnavõtte ja traditsioonilist lindi läbilõikamist tutvustas rajooni peaarst A. Juhasoo külalisi uue polikliiniku ruumidega.

Hoone on kahekorruseline. Esimesel korrusel asuvad registratuur, riidehoid, samuti röntgeni-, kirurgia-, stomatoloogia-, hambaproteesimis- ja protseduurikabinetid. Esimese korruse ühes tiivas on lastenõuandla.

Teisel korrusel paiknevad jaoskonnaterapeutide, neuroloogi, dermatoveneroloogi, okulisti, samuti naistenõuandla kabinetid. Siin



Põlva uue polikliiniku vestibüül

on veel laboratooriumid ja füsioteraapiakabinet. Viimane on sisustatud kaasaegse aparatuuriga. Teise korruse üks tiib on eraldatud administratiivtöötajaile. Seal paiknevad tsentraliseeritud raamatupidamine, organisatsioonilis-metoodiline kabinet jne. Ooteruumid ja koridorid on avarad, valged, hästi ventileeritavad, mööbel maitsekas, moodne, kabinettides signalisatsioonisüsteem.

Polikliiniku ehitamist alustati 1965. a. sügisel. Üldehitustööd lõpetati 1. detsembriks 1967. a. Seadmed monteeriti, mööbel ning inventar paigaldati Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse kaasabil, suures osas aga ühiskondlikus korras.

Polikliinikus on ööpäeva jooksul võimalik meditsiinilist abi anda 250 haigele.

19. veebruaril s. a. võeti vastu esimesed abivajajad. Uue polikliiniku avamisega paraneb rajooni elanike teenindamine märgatavalt.

Ado Juhasoo

*

1952. aastast alates on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis kutsehaiguste sektor, mis kutsehaiguste uurimise kõrval tegeleb praktilise abi andmisega kutsehaiguste valdkonnas. Üheks sellise praktilise abi vormiks on tsehhiarstidele ning tehaste ja käitiste tervishoiupunkti juhatajatele seminaride korraldamine. Need on peakutsepatoloog I. Maripuu juhendamisel toimunud alates 1959. aastast.

22. IX ... 23. IX 1967. a. korraldati Tallinnas XIV seminar kutsepatoloogia-alase teenindamisega tegelevatele linna- ja rajoonarstidele. Mitmes ettekandes käsitleti kutsepatoloogia-alast teenindamist, kutsehaiguste diagnoosimist, samuti haigusjuhtude registreerimist ja aruandlust (I. Maripuu), perioodiliste meditsiiniliste läbivaatuste korraldamist (A. Aava), kutsehaigusi põdevate isikute dispanseerimist (H. Noor).

Kõne all olid ka elavhõbeda- ja pliimürgistused (A. Sillam, H. Kahn), professionaalse kopsupatoloogia juhud Eesti NSV-s (I. Maripuu), professionaalne nürikuulmine ja müravastase võitluse aktuaalsus (A. Luts), elektrikeevitajate kutsehaigused (B. Schamardin) ja pestitsiididest põhjustatud mürgistused (O. Simson). Seminari lõpul demonstreeriti kutsehaigusi põdevaid patsiente.

Boris Schamardin

*

1966. a. märtsist alates on Tartu Riikliku Ülikooli Meditsiini Kesklaboratooriumis peetud 12 seminari, kus on käsitletud immunoloogia üldteoreetilisi küsimusi, tutvustatud uurimismeetodeid ja uurimistööde esialgseid tulemusi. Seminarid on toimunud teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedri juhataja professor K. Kõrge initsiatiivil.

Seminaride temaatika on olnud mitmepalgeline. Esimesel seminaril esines professor K. Kõrge teemal «Mitteateroskleroötilise geneesiga müokardi-nekroosid». Esineja jaotas müokardi nekroosid kahte suurde rühma, kusjuures mittekoronarogeensete nekrooside puhul võivad teatavat osa etendada ka infektsioos-allergilised komponendid. Ettekandele järgnes elav diskussioon.

Järgmisel seminaril andis dotsent L. Päi huvitava ülevaate autoantikehade tekkimise teooriatest alates Ehrlichi ja Morgenrothi teooriast (1910 ... 1918) kuni praegu tunnustatavate teooriateni. Dotsent V. Saarma analüüsis tüümuse osatähtsust immunoloogias.

Üldteoreetilistest küsimustest on veel arutatud serotoniini osa allergilistes reaktsioonides (H. Hanson), hilistüüpi allergiat (S. Velbri), autoimmunoloogiliste protsesside osatähtsust maksa patoloogias (V. Saarma), tänapäeva immunoloogia-alaseid uurimismeetodeid (S. Velbri).

Uurimistöös rakendatavaid meetodeid on lähemalt tutvustanud V. Salupere (immunofluorestsentsimeetodit) ja O. Maimets (papaiintesti). Antikardiaalsete antikehade uurimise esialgsetest tulemustest müokardiinfarkti ja stenokardiat põdevatel haigetel on rääkinud E. Lipso.

Seminare kavatsetakse jätkata, kusjuures põhiettekandele lisandub tulevikus trükki antavate tööde refereerimine. Kõik immunoloogiast huvitatud kolleegid on seminaridel teretulnud.

Erika Lipso

*

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateeder korraldas 20. II ... 22. II 1968. a. Tartus ateroskleroosialase seminari, millest võttis osa terapeute kogu vabariigist.

Huvitavaid andmeid ateroskleroosi etioloogiast, epidemioloogiast ja patogeneesist esitas dotsent J. Riiv. Ettekandes rõhutati haiguse polüetioloogilist geneesi, kusjuures juhtivateks teguriteks on psüühiline stress, vähene liikumine ja ebaratsionaalne toitumine. Patogeneesis on olulisemad organismi hemodünaamika häired ja metabolismi muutused.

Ateroskleroosi instrumentaalsest ning biokeemilisest diagnoosimisest rääkisid K. Valgma, R. Ridala, A. Kuus ja R. Kaskmets. Ülevaate selle haiguse profülaktikast ja ravist andsid dotsent V. Saarma ning A. Vapra. Professor K. Kõrge, dotsendid J. Riiv ja Ü. Lepp käsitlesid tänapäeva seisukohti kardiovaskulaarse puudulikkuse, kroonilise koronaarpuudulikkuse ja hüpertooniatõve ravis. Seminari lõpul tutvuti Tartu Linna Kliinilise Haigla kunstliku neeru keskuse tööga.

Maido Sikk

*

23. märtsil sumises Tallinna Meditsiinikooli aula hiiglasuure taruna. Avarasse ruumi oli kogunenud õpilasi, vilistlasi, endisi õppejõude ja külalisi vabariigi ning naabervabariikide meditsiinikoolidest, et tähistada kooli 25. aastapäeva.

Kooli direktori Argo Rooksi aktusekõnest rullusid nagu filmilindilt lahti episoodid kooli rahutust ja kirevast minevikust.

Tallinna Meditsiinikool asutati karmis sõjaolukorras sügavas Nõukogude Liidu tagalas. 1. veebruaril 1943 sai arst Voldemar Saulin käskkirja alusel korralduse avada Tambovis Eesti Velskrite-Ämmaemandate Erikool. Kooli ülesandeks oli ette valmistada kaadrit vabastatavale Eestile. Õpilaste värbamiseks saadeti üleskutsed kõikidesse asulatesse, kuhu olid elama asunud Eesti NSV-st evakueerunud perekonnad. Üleskutsetele reageeriti elavalt. Esimesed õpilased jõudsid Tambovi märtsi lõpul. Nad paigutati ühiselamusse, milleks määrati ühe lastesõime pool maja. Üldse kogunes umbes 50 eri vanuses ja erineva haridusliku tasemega õpilast.

Õppetöö toimus Tambovi Meditsiinikooli ruumes, kus 7. mail 1943 peeti avaaktus. Kooli esimeseks direktoriks määrati V. Saulin. Pedagoogideks olid Eesti NSV-st evakueerunud arstid ja õpetajad.

Kooli majanduslik olukord oli raske. Toidulisaks kasvatati juurvilja, küte hangiti oma jõududega, õpilaste kaasabil.

Pärast Eesti NSV maa-ala osalist vabastamist augustis 1944 saadeti kaks õpilaste operatiivgruppi kodupinnale. Nad aitasid taastada okupantide poolt rüüstatud haiglaid. Üks selline grupp töötas K. Söödi juhtimisel Tartu Ülikooli kliinikutes. Viimane rühm õpilasi koos õpetajate ja teenistujatega saabus Tambovist otse Tallinna septembri lõpul 1944.

Tallinnas sai meditsiinikool endale üsnagi kehva pärandi endise õdede kooli ruumide ja varanduse näol Pärnu mnt. 104. 1945. aastal nimetati õppeasutus Tallinna Vabariiklikuks Meditsiiniliseks Keskkooliks.

25 aasta kestel on kool ellu saatnud 2964 keskharidusega spetsialisti: 215 hambatehnikut, 95 velskerämmaemandat, 1018 meditsiiniõde, 600 velskrit, 355 farmatseuti, 237 lastemeditsiiniõde ja 444 ämmaemandat. Nende inimeste käed, nagu ütles oma tervituses kooli endine direktor J. Norman, on päästnud paljude inimeste elu.

Läheks pikale, kui loetlema hakata kõiki ametiisikuid, endisi õppejõude ja õpilasi, kes kooli aupäeval tervitasid, ja kooli praegusi õpetajaid ning teenistujaid, keda autasustati või premeeriti. Kuid ei saa mööda minna liigutavast tähelepanelikkusest, millega juubelisse suhtusid Tartu, Kohtla-Järve ja vennasvabariikide naaberkoolid. Riia üksinda oli kohale saatnud nelja meditsiinikooli esindajad. Esindatud olid Vilniuse ja Kaunase meditsiinikoolid ning Leningradi Pediaatria-instituudi juures asuv meditsiinikool.

Kui Tallinna Meditsiinikooli elus on seiku, mis haiget teevad, siis on selleks kõigepealt ruumid. Kahekümne viie aasta kestel on kool pidevalt asukohta vahetanud. Nii nagu ta sõja päevil oma eksistentsi pidi alustama võõrastes ruumides, nii on ta tänini jäänud allüürnikuks. Oma majani, kus õppetöö võiks toimuda normaalsetes tingimustes, pole pingutustest hoolimata jõutud. Kui kool juubelipäevaks rohkesti kauneid kingitusi sai, siis ei puudutanud võib-olla ükski neist koosolijate emotsioone nii sügavalt kui hallist graniidist tahutud nurgakivi. Selle tõi tulevase koolihoone ehitamiseks Tartu Meditsiinikool, kes naabri hädasid (peamiselt oma kogemuste järgi) paremini tunneb kui keegi teine.



Foto E. Saar

Kõige menukamaks kingituseks Tallinna Meditsiinikooli juubelil oli Tartu Meditsiinikooli oma — nurgakivi naabrite tulevasele hoonele.

Märt Kink

*

I. Metšnikovi nimelise Üleliidulise Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi asutamise 100. ning nõukogude tervishoiu 50. aastapäevale pühendatud pidulikul plenaaristungil 22. veebruaril 1968. a. Moskvas autasustati aktiivse töö eest üleliidulise seltsi ja vabariiklike seltside silmapaistvamaid organisaatoreid.

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja nr. 68 (19. veebruarist 1968. a.) alusel said õiguse kanda rinnamärki «Tervishoiu eesrindlane» vabariikliku seltsi juhatuse esimees professor J. Teras ning üleliidulise seltsi juhatuse liige, vabariigi peaepidemioloog K. Vassiljeva.

Ilmar Laan

*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium koos kirjastusega «Valgus» andis välja brošüüri «Toitlustamise küsimusi Eesti NSV-s», mille on koostanud farmaatsiakandidaat E. Vagane.

Trükises tutvustab autor tervisliku toitumise alase sanitaarharidustöö ülesandeid ja esitab nõuded, milline peab olema tervislik toit. Lähemalt on vaadeldud Eesti NSV elanike toitumist ning toodud andmeid lasteasutuste ja koolide sööklates valmistatava toidu kohta. Brošüüris on tähelepanu juhitud sellele, kuidas rahuldada elanike valguvajadusi ning kuidas suurendada toidu vitamiini- ja mineraalainete sisaldust. Autor märgib ühtlasi, et toitlusküsimusi peavad paljud spetsialistid lahendama kompleksselt. Tervishoiutöötajate ülesanneteks aga jäävad ini-

mese toidutarviduse hoolikas uurimine, tervisliku toitumise põhimõtete selgitamine.

Brošüür on varustatud tabelitega toiduainete tarbimise kohta. Neis on ära toodud ka vitamiinide ja toiduainete füsioloogilised normid.

Avo Suurväräv

*

16. II...18. II s. a. toimus Põlvas tervishoiutöötajate X vabariikliku spartakiaadi esimene etapp. Suusatamisvõistluste avadefileeks rivistusid kuueliikmelised võistkonnad vabariigi 13 linnast ja rajoonist. Kahjuks puudusid Võru, Valga, Hiiumaa ja Narva võistkonnad. Suusatamisvõistlused avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm.

Esimesel päeval toimunud murdmaasuusatamise stardis oli 34 naist (distantsi pikkus 5 km) ja 35 meest (distantsi pikkus 10 km). Naistest võitsid E. Talmar (Pärnu) ajaga 23.23, K. Järvine (Harju) ajaga 24.15 ja R. Keridon (Kohtla-Järve) ajaga 24.26; meestest P. Mardna (Tallinn) ajaga 39.13, O. Kanal (Paide) ajaga 39.59 ja J. Viljak (Viljandi) ajaga 40.32.

Teisel päeval korraldati teatesuusatamine. Iga linna ja rajooni esindas neljaliikmeline võistkond — 2 naist ja 2 meest. Sõita tuli naistel 3 km, meestel 5 km. Ilm oli külm ja tuuline. Stardist läks ette E. Talmar. Pärnu võistkond ei loovutanud juhtpositsiooni ka järgmistes vahetustes ning saavutas esikoha ajaga 1:17.05. Võistkonda kuulusid E. Talmar, T. Rajandu, M. Sumberg ja J. Siimisker. Teisena finišeeris Rakvere võistkond (A. Taukar, J. Turban, M. Kajar, E. Rohtla) ajaga 1:18.56 ning kolmandana Kohtla-Järve ajaga 1:19.17. Nende võistkonda kuulusid R. Keridon, F. Keel, E. Vanik ja M. Majas.

Üldarvestuses saavutas esikoha Pärnu (7 miinuspunkti), järgnesid Kohtla-Järve (9 miinuspunkti) ja Rakvere (11 miinuspunkti).

Võistluste lõpul autasustati võitjaid. Pärnu võistkonnale anti rändkarikas ja võistkonna liikmetele mälestusesemed. Mälestusesemed said samuti üksikute distantside võitjad ja võistluste korraldajad.

Egon Halliku

UUSI RAAMATUID MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Pastak, H. **Toit — tervise varaait.** Tln., 1967, 384 lk.

Lukaš, **A. A. Vältigem mürgistusi tarbekemikaalide kasutamisel.** Tln., 1968, 64 lk.

Trofimova, I. **Nägemise hügieen.** Tln., 1967, 40 lk.

Hanniotti, E. **Mida peab teadma naine.** Tln., 1967, 144 lk.

Развитие и успехи здравоохранения в Эстонской ССР. Сборник науч. работ. Таллин, 1967, 198 стр.

Найденов Г. Н. **Краткий медицинский орфографический справочник.** София, 1967, 202 стр.

Серенко А. Ф. **На страже здоровья народа.** М., 1967, 62 стр.

Майстрах К. В. и др. **Пособие к практическим занятиям по организации здравоохранения.** [Для мед. ин-тов]. Изд. 3-е. М., 1967, 263 стр.

Гороховер И. А. **Планирование и финансирование больницы и поликлиники.** 2-е изд. М., 1967, 252 стр.

Савченко М. Г. **Очерк развития системы повышения квалификации врачебных кадров в СССР.** Кишинев, 1967, 155 стр.

В помощь санпросветработнику. (Сборник метод. материалов). М., 1967, 144 стр.

Генес В. С. **Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и физиологических исследований.** М., 1967, 208 стр.

Справочник помощника санитарного врача и помощника эпидемиолога. Под общ. ред. Н. Н. Литвинова. М., 1967, 676 стр.

Кондратьев В. Г. **Общая гигиена.** [Учебник для сан.-фельдшерских отд-ний мед. училищ]. М., 1967, 431 стр.

Шафир А. И. **Гигиена жилища.** М., 1967, 32 стр.

Вопросы школьной гигиены. [Сборник статей]. М., 1967, 215 стр.

Навроцкий В. К. **Гигиена труда.** [Учебник для сан.-гигиен. фак. мед. ин-тов]. М., 1967, 276 стр.

Кокорев Н. П. **Гигиена труда в промышленности.** М., 1967, 48 стр.

Виноградов М. И. **Актуальные проблемы физиологии труда.** М., 1967, 32 стр.

Золина З. М. **Физиологические основы рациональной организации труда на конвейере.** М., 1967, 332 стр.

Материалы Конференции по биологии лабораторных животных. М., 1967, 131 стр.

Мюнтцинг А. **Генетика.** Перевод со 2-го англ. изд. М., 1967, 610 стр.

Ригер Р. и Михаэлис А. **Генетический и цитогенетический словарь.** Пер. с нем. М., 1967, 607 стр.

Рейвин А. У. **Эволюция генетики.** Пер. с англ. М., 1967, 223 стр.

Коган А. Б. и Щитов С. И. **Техника физиологического эксперимента.** (Большой практикум по физиологии человека и животных). [Для биол. специальностей ун-тов]. М., 1967, 795 стр.

Розенблат В. В. **Радиотелеметрические исследования в спортивной медицине.** М., 1967, 208 стр.

Ван Лир Э. и Стикней К. **Гипоксия.** Пер. с англ. М., 1967, 368 стр.

Петров И. Р. **Роль центральной нервной системы, аденогипофиза и коры надпочечников при кислородной недостаточности.** Л., 1967, 211 стр.

Богоявленский В. Ф. и Богоявленский И. Ф. **Диагностика и неотложная помощь при острых состояниях (острых заболеваниях, поражениях, отравлениях).** [Для сред. мед. работников]. М., 1967, 348 стр.

Каландадзе З. Ф. **Раздельная бронхоспирометрия.** М., 1967, 131 стр.

Здравницы профсоюзов СССР. **Курорты, сана-**

тории, пансионаты и дома отдыха профсоюзов. Под ред. И. Н. Козлова. (Изд. 3-е). М., 1967, 528 стр.

Пиккарди Дж. **Химические основы медицинской климатологии.** [Сокр. пер. с англ.] Л., 1967, 96 стр.

Физиотерапевтический справочник. Под ред. И. Н. Сосина. Киев, 1967, 366 стр.

Эйдельштейн С. И. **Основы аэрозольтерапии.** М., 1967, 335 стр.

АЦС в лечебной практике. Под ред. Р. Е. Кавецкого. (2-е изд.) Киев, 1967, 80 стр.

Иодинол в медицине и ветеринарии. Эксперим. и клинич. исследования. [Сборник статей]. Л., 1967, 187 стр.

Якубова А. И. **Патриния.** (Биология, хим. состав, культура и применение в медицине). Новосибирск, 1967, 106 стр.

Толгская М. С. **Морфологические изменения в нервной системе при профессиональных нейроинтоксикациях.** Л., 1967, 202 стр.

Маковская Е. И. **Патологическая анатомия отравлений ядохимикатами.** М., 1967, 347 стр.

Шик Я. Л. **Скиалогия в рентгенодиагностике.** Л., 1967, 118 стр.

Гольдберг Е. Д. **Материалы о биологической роли ретикулярных клеток костного мозга при острой лучевой болезни.** Томск, 1967, 95 стр.

Суханов М. П. **Пересадка кроветворных тканей при лучевых поражениях.** Л., 1967, 226 стр.

Петров И. Р. и Карташевский Н. Г. **Трансплантация костного мозга в эксперименте и клинике.** Л., 1967, 184 стр.

Алекперов М. А. **Состояние коры надпочечников при различных внутренних заболеваниях.** Баку, 1967, 135 стр.

Молчанов Н. С. **Сердечно-сосудистые нарушения в молодом возрасте.** М., 1967, 48 стр.

Косенко З. В. и Парамонова Э. Г. **Психика и коронарная болезнь.** М., 1967, 244 стр.

Функция щитовидной железы при сердечно-сосудистых заболеваниях. [Сборник статей]. Фрунзе, 1966, 144 стр.

Климанский В. А. и др. **Диагностическая и лечебная катетеризация периферических бронхов.** М., 1967, 111 стр.

Навакатикян А. О. **Функции дыхания при пневмокониозах и пылевых бронхитах.** М., 1967, 196 стр.

Маржатка З. **Практическая гастроэнтерология.** Прага, 1967, 646 стр.

Радбиль О. С. и Вайнштейн С. Г. **Кора надпочечников и язвенная болезнь.** Казань, 1967, 139 стр.

Билиарные циррозы печени в клинике и эксперименте. Портальная гипертензия. Материалы конференции. Душанбе, 1967, 121 стр.

Мережинский М. Ф. **Нарушения углеводного обмена при заболеваниях человека.** Минск, 1967, 200 стр.

Мехтиева З. Х. **Периферическая нервная система и сахарный диабет.** Баку, 1967, 63 стр.

Болезни системы крови. Каталог отечеств. литературы. 1918—1959 гг. [Сост. Д. Л. Либерман и Т. Д. Чепурная]. Харьков, 1967, 383 стр.

Шустов В. Я. **Микроэлементы в гематологии.** М., 1967, 159 стр.

Новикова Э. З. **Изменения в скелете при заболеваниях системы крови.** М., 1967, 268 стр.

Корхов В. И. **Вопросы хирургии эндокринопатий.** Л., 1967, 244 стр.

Фурдуй Ф. И. **Регуляция функции щитовидной железы и механизм возникновения неврогенного тиреотоксикоза.** Кишинев, 1967, 151 стр.

Булкина И. Г. и Покровский В. И. **Инфекционные болезни.** [Учебник для медсестринских отд-ний мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1967, 288 стр.

Бароян О. В. **Наступление на инфекции.** М., 1967, 32 стр.

Берегите детей от инфекционных заболеваний. Сост. В. Д. Соболева. Изд. 4-е. М., 1967, 184 стр.

Ушакова В. С. **Дифтерия.** [Для сред. мед. работников]. М., 1967, 72 стр.

Исаев А. Н. **Опыт работы по снижению и ликвидации острых желудочно-кишечных заболеваний на участке.** М., 1967, 84 стр.

Вопросы этиологии и диагностики пищевых токсикоинфекций. [Сборник статей]. Л., 1967, 175 стр.

Бароян О. В. **Современные данные по эпидемиологии и профилактике холеры Эль Тор.** М., 1967, 92 стр.

Тумка А. Ф. **Паразитология, эпидемиология и лабораторная диагностика кишечных протозойных инфекций.** Л., 1967, 139 стр.

Гендон Ю. З. **Генетика вирусов человека и животных.** М., 1967, 355 стр.

Жуматов Х. Ж. и Исаева Е. С. **Инфекционные рибонуклеиновые кислоты вирусов животных и человека.** Алма-Ата, 1967, 172 стр.

Интерфероны и интерфероногены. [Сборник статей]. М., 1967, 185 стр.

Вакцины против вирусных и риккетсиозных заболеваний человека. Доклад науч. группы ВОЗ. Пер. с англ. М., 1967, 103 стр.

Вопросы борьбы с бешенством. [Материалы симпозиума]. М., 1967, 354 стр.

Хромов Б. М. **Хирургическая помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях.** Изд. 2-е. Л., 1967, 382 стр.

Дехтярь Е. Г. и Титова А. К. **Что должна знать и уметь палатная сестра хирургического отделения.** М., 1967, 336 стр.

Шушков Г. Д. **Травматический шок.** Л., 1967, 256 стр.

Проблемы гомопластики и аллопластики. [Материалы 2-й всесоюз. конференции]. Киев, 1967, 588 стр.

Дарбинян Т. М. **Боль и обезболивание.** (Новые способы наркоза). М., 1967, 63 стр.

Березов Ю. Е. и др. **Коарктация аорты.** Кишинев, 1967, 186 стр.

Соловьев Г. М. и др. **Хирургия перегородки сердца.** М., 1967, 212 стр.

Панченко В. М. **Свертывающая и противосвертывающая система в патогенезе и лечении внутрисосудистых тромбозов.** М., 1967, 167 стр.

Кузин М. И. и др. **Лечебная гимнастика в хирургии легких. В до- и послеоперационном периоде.** М., 1967, 231 стр.

Юхтин В. И. **Гастростомия.** М., 1967, 156 стр.

Тон Тхат Тунг. **Хирургия печени.** Пер. с франц. М., 1967, 239 стр.

Шапкин В. С. **Резекция печени.** (Хирург. анатомия и техника операций). М., 1967, 299 стр.

Способ изготовления и методы наложения универсальной повязки для оказания помощи

обожженным и раненым. Метод. письмо. Иваново, 1966, 14 стр.

Мажуга П. М. и Батюк И. Ф. **Остеогенез и иммунологические основы его регулирования.** Киев, 1967, 115 стр.

Нарушения мозгового кровообращения и их хирургическое лечение. Под ред. Е. В. Шмидта. М., 1967, 300 стр.

Гехман Б. С. **Уретрография и простатография.** Киев, 1967, 186 стр.

Пикус Я. З. **Справочник эксперта-онколога.** Киев, 1967, 119 стр.

Современное учение о раке. [Беседы ученых]. М., 1967, 46 стр.

Осадочная реакция на рак (ОРР) при диагностике опухолевой болезни. [Сборник статей]. Киев, 1967, 80 стр.

Чаклин А. В. **Профилактика рака.** М., 1967, 46 стр.

Плотников Н. А. **Применение лиофилизированных костных гомотканей в восстановительной челюстно-лицевой хирургии.** Л., 1967, 213 стр.

Старков Г. Л. **Патология стекловидного тела.** М., 1967, 200 стр.

Сагалович Б. М. **Физиология и патофизиология верхних дыхательных путей.** М., 1967, 328 стр.

Вегер А. М. **Справочник эксперта-невропатолога.** Киев, 1967, 120 стр.

Боголепов Н. К. **Невропатология. Неотложные состояния.** Изд. 2-е. М., 1967, 564 стр.

Салганик Е. **Цистицеркоз головного мозга.** Кишинев, 1967, 171 стр.

Яковлева Е. А. **Экспериментальные неврозы.** М., 1967, 192 стр.

Банщиков В. М. **Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями.** М., 1967, 296 стр.

Сметанников П. Г. **Высшая нервная деятельность при депрессивных синдромах.** Л., 1967, 184 стр.

Абаскулиев А. А. **О некоторых патогенетических механизмах шизофрении.** М., 1967, 250 стр.

Гасанов Х. А. **Высшая нервная деятельность при острых алкогольных психозах.** Баку, 1967, 90 стр.

Кватер Е. И. **Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии.** 3-е изд. М., 1967, 356 стр.

Малиновский М. С. **Оперативное акушерство. Руководство для студентов и врачей.** [Изд. 2-е]. М., 1967, 484 стр.

Гармашева Н. Л. **Плацентарное кровообращение.** Л., 1967, 243 стр.

Персианинов Л. С. **Асфиксия плода и новорожденного.** Изд. 2-е. М., 1967, 332 стр.

Бодяжина В. И. и Жмакин К. Н. **Учебник гинекологии.** [Для мед. ин-тов]. 2-е изд. М., 1967, 364 стр.

Хаскин С. Г. **Аборт и его последствия. Л.,** 1967, 150 стр.

Рачев Л. и др. **Обмен веществ в детском возрасте.** 2-е изд. на русск. яз., София, 1967, 463 стр.

Koostanud J. Rocblin

ОГЛАВЛЕНИЕ

(резюме на русском языке)

Э. К. КАМА — О проблемах пульмонологии в Эстонской ССР 165

Л. Э. ЯННУС, Я. Я. КАРУСОО, Л. Ю. МАЗЕР, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и Э. А. ЛЫУК — Распространенность хронических неспецифических болезней легких среди сельского населения . . 169

Э. О. ВАРДЯ — О флюорографическом выявлении заболеваний органов дыхания 171

И. П. ПУУССААР — О функциональной диагностике эмфиземы легких . . 174

А. Ф. ЧАДИН и В. М. ШАПИРО — Об объективном методе рентгенодиагностики эмфиземы легких 177

И. П. МАРИПУУ — Заболевают ли рабочие сланцевой промышленности Эстонской ССР пневмокониозом? . . 180

Э. И. РАУДАМ и М. А. МЯГИ — О пределе жизни и смерти в настоящее время 183

А. А. РЕЙНВАЛЬД — Анергический туберкулез 185

А. А. ЦИНГИССЕР — Планирование штата медицинского учреждения с помощью математического моделирования 189

А. Э. ЛУТС — Об ототоксическом действии неомицина 191

Х. С. ПООЛА и У. Ф. СИБУЛЬ — Меккелев дивертикул в ургентной хирургии 193

Л. К. ВАЛДЕС — Ингаляционная терапия 196

Х. Х. НИИТРА — Лечебная гимнастика при инфаркте миокарда 200

М. Э. ТЫНУРИ — Об уходе за системой капельного вливания в хирургических отделениях 203

Б. М. ШАМАРДИН — О первых медицинских письменных памятниках в Эстонии 206

В. Х. ТЕННО — 20 лет Всемирной организации здравоохранения . . . 223

В. В. КАЛНИН и О. М. ТАММ — Краеведение и история здравоохранения 227

Л. М. БЕРШТЕЙН — Нобелевские лауреаты за 1967 год 229

SISUKORD

Teooria ja praktika

E. KAMA — Pulmonoloogia probleeme Eesti NSV-s 163
L. JANNUS, J. KARUSOO, L. MASER, E. RAUKAS, A. REINVALD, L. SAUEMÄGI ja E. LÕUK — Mittespetsiifiliste krooniliste kopsuhaiguste levik maaelanike hulgas 166
E. VARDJA — Hingamiselundite haiguste avastamisest fluorograafi abil . 169
I. PUUSSAAR — Kopsuemfüseemi funktsionaalsest diagnoosimisest . . 172
A. TŠADIN ja V. ŠAPIRO — Kopsuemfüseemi röntgendiagnoosimise objektiveerimisest 175
I. MARIPUU — Kas Eesti NSV põlevkivitöölised haigestuvad pneumokonioosi? 177
E. RAUDAM ja M. MÄGI — Elu ja surma piirist kaasajal 181

Ülevaated

A. REINVALD — Tuberkuliinnegatiivne tuberkuloos 184

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

A. TSINGISSER — Meditsiiniasutuse koosseisu planeerimine matemaatilise mudeli abil 186

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

A. LUTS — Neomütsiini ototoksilisest toimest 190
H. POOLA ja U. SIBUL — Meckeli divertiikul urgentses kirurgias . . 192

Abiks velskritele ja õdedele

L. VALDES — Inhalatsioonravi . . 194
H. NIITRA — Ravikehakultuur südamelihase infarkti puhul 196
M. TÕNURI — Tilgutussüsteemide hooldamisest kirurgiaosakondades . . 201

Kaadri ettevalmistamine

M. SAAR — Uusi teaduste kandidaate . 203
E. KASE — Uusi teaduste kandidaate . 204

Arstiteaduse ajaloost

B. SCHAMARDIN — Esimesi meditsiinialaseid käsikirjalisi mälestusmärke Eestis 204

Konverentsid ja nõupidamised

L. PÄI — Vabariiklik allergoloogiaalane konverents 206
H. KADASTIK — Meditsiiniõdede konverentsid 207
S. SALZMAN — Aatom tervise kaitsel 207
M. KINK — Maaelanike meditsiinilisest ja sanitaar-profülaktilisest teeninDamisest Eesti NSV-s 208
I. VELDRE — Veekogude ja atmosfääri kaitseks 208

Tähtpäevad

J. ROO — Pool sajandit meditsiinipõllul 209
TEA VILMS 60-aastane 209
VIKTOR SÄRGAVA 50-aastane . . 210

Mõttevahetus

S. KOPPEL — Psühhogeenia ja psühhohügieeni probleemidest 211

In memoriam

MIHKEL KASK 215
GRIGORI BOGDANOV 217
OLAF SIMSON 218

Mitmesugust

V. TENNO — 20 aastat Ülemaailmset Tervishoiu Organisatsiooni . . . 218
V. KALNIN ja O. TAMM — Koduuurimine ja tervishoiu ajalugu . . 224
L. BERŠTEIN — 1967. aasta Nobeli preemia laureaadid 228

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Furasoliin, metitsilliin, tsüstamiindihüdrokloriid, prefüsoon 230

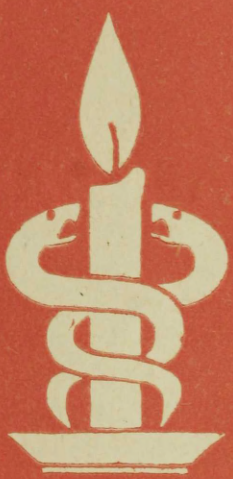
Asklepiose klubis

Fookuses oli keskastme meditsiinitöötajate ettevalmistamine 231

Kroonika 235

NÕUKOGUDE EESTI

TERVISHOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

4 / 68

VIPRAKSIIN

(*Vipraxinum*)

Rästikumürgist valmistatud efektiivne analgeseeriva ja põletikuvastase toimega süstepreparaat. Väljastatakse ampullides à 1 ml (10 ampulli karbis)

APILAAK

(*Apilacum*)

Mesilasema toitepiimast saadud ravim. Eritehnoloogia — lüofiliseerimine — tagab preparaadi hea säilivuse ja pikendab selle toimet. Apilaak kuulub bioloogiliste stimulaatorite rühma. Väljastatakse tablettides à 10 mg (25 tabletti pakendis)

Nõudke meie tooteid vabariigi apteekidest!

Tallinna Keemia

ja

Farmaatsia Tehas

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

4/68
11. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELSTEIN, A. JANNUS, V. KÜNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), R. Kariis (Haapsalu), A. Klink (Võru), H. Kreek (Pärnu), P. Ott (Rakvere), D. Pärn (Hiiumaa), P. Rahu (Valga), V. Roos (Kohtla-Järve), L. Siirak (Harju rajoon), M. Sikk (Tartu rajoon), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), A. Tamm (Paide), Ü. Valvere (Kingissepa), V. Vessar (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 6. VI 1968. Trükkimisele antud 15. VII 1968. Trükiarv 5100. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,65. Tellimise nr. 3575. MB-07203. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

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

Eesti NSV Toiduainete Tööstuse Ministeeriumi

LEIVAKOMBINAATIDE

tooted moodustavad igapäevasest toiduratsioonist ühe kolmandiku

Lihtjahust vormi- ja põrandaleivad aitavad katta mineraalainete ja vitamiinide puudujääki ning normaliseerivad seedetegevust

Piimavalkudega rikastatud leiva- ja saiatooted (tartu leib, vadakusai, valga sai, soolabatoon jt.) sisaldavad organismile vajalikke loomseid valke, samuti mineraalaineid ja vitamiine. Nad on meeldiva maitsega ja säilivad kaua värsketena

Maisikepikesed on kõrge kalorsusega — sisaldavad taimseid valke, süsivesikuid ning E- ja F-vitamiine. Magusad ja vanilliiniga maitsestatud maisikepikesed sobivad kohvi, tee ja kisselli, soolased puistena suppide ja õlle juurde

Kamajahu sisaldab rukist, nisu, hernest ja otra ning on kõrge toiteväärtusega. Kamajahust valmistatud eesti rahvustoidud — kama hapupiimaga ja kamakäkid — on tervislikud ning eriti maitsvad suvisel kuumal ajal

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
73780

50 AASTAT NÕUKOGUDE TERVISHOIDU

AUGUST GOLDBERG
Tallinn

UDK 61(091)(470)

Äsja möödus 50 aastat päevast (11. juuli 1918. aasta), mil V. I. Lenin kirjutas Kremlis alla Vene NFSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi asutamise dekreedile, mille projekti koostasid N. Semaško ja Z. Solovjov. See päev on nõukogude rahva ja maailma kõikide progressiivse maailmavaatega meditsiinitöötajate pidupäev.

Nõukogude tervishoiukorraldusele pandi alus meditsiinilis-sanitaarosakonna moodustamisega Petrogradi Nõukogu Sõjalise Revolutsioonikomitee juurde 26. oktoobril 1917. a.

1918. a. jaanuaris loodud arstlike kolleegiumide nõukogu on läinud ajalukku kui Nõukogude riigi esimene üleriigiline keskus rahva tervise kaitseks.

Arstlike kolleegiumide nõukogu töörohke tegevuse lõppu tähistas tema poolt organiseeritud Tööliste, Soldatite ja Talupoegade Saadikute Nõukogude meditsiinilis-sanitaarosakondade I ülevenemaaline kongress, mis tuli kokku 16. juunil 1918. a. Möllas kodusõda, oli alanud välismaine interventsioon, süvenes majanduslik kaos, puhkesid epideemiad. Olukord nõudis pakiliselt meditsiinilise teenindamise korraldamist ühtsetel organisatsioonilistel ja metoodilistel alustel. Seega kerkis päevakorda Vene NFSV tervishoiu rahvakomissariaadi loomine. Kongress võttiski vastu tervishoiu rahvakomissariaadi asutamise dekreedi projekti. Esimeseks Vene NFSV tervishoiu rahvakomissariks määrati N. Semaško ja tema asetäitjaks Z. Solovjov. Sellega lõppes nõukogude tervishoiuorganisatsiooni loomise esimene etapp, mis oli töö- ja võitlusrohke.

Kodusõja ja välismaise interventsiooni karmidel aastatel (1918 . . . 1920) rajati sotsialistliku tervishoiu alusmüür: riiklik süsteem, plaanilisus, üldine tasuta ja kõigile kättesaadav meditsiiniline abi, tervishoiu profülaktiline suund; tervishoiukorraldusse tõmmati kaasa laialdane üldsus. Sel ajajärgul pöörati erilist tähelepanu Punaarmee meditsiiniteenistuse rajamisele ja võitlusele epideemiate vastu.

Rahvamajanduse taastamise perioodil (1921 . . . 1925) jätkus võitlus epideemiatega, alustati pealetungi sotsiaalsetele haigustele (tuberkuloos, suguhaigused jne.). Tähelepanu keskpunktis oli meditsiinikaadri ettevalmistamine.

Rahvamajanduse rekonstrueerimise ja sotsialismi ehitamise perioodil (1926 . . . 1940) tekkis vajadus ümberkorralduste järele ka tervishoius. Oluliseks muutus tööstustööliste, uusehitustel ning kolhoosides ja sovhoosides töötavate inimeste tervise kaitse. Tugevdati olemasolevaid ja avati uusi tervishoiupunkte tehastes, arstijaoskondi ja velskripunkte maarajoonides, asutati sünnitusmaju kolhoosides. Tänu ulatuslikele sanitaaralastele abinõudele ja epideemiatõrjele saadi jagu koolerast, rõugetest, katkust ja taastuvast tüüfusest. Märgatavalt vähenes haigestumine malaariasse, muudesse nakkus- ja parasitaarhaigustesse. Laienes ravi- ja profülaktikaasutuste võrk, suurenes voodikohtade arv. Vähenesid üldine ja laste suremus.

Suur Isamaasõda (1941 . . . 1945) näitas, et nõukogude tervishoiu riiklik süsteem ja meditsiinitöötajad pidasid vastu kõikidele katsumustele. Rinde ja tagala meditsiiniorganisatsioonide ennastsalgava ja hästi kooskõlastatud sihipärase tegutsemisega, samuti sõjaväe- ja tsiviilasutuste abiga hoiti ära ulatuslike epideemiate puhkemine, mis on esmakordne nähtus suurte sõdade ajaloos. Sõja ajal pöördusid rivisse tagasi 72% haavatud ja üle 90% haigestunud sõduritest ja ohvitseridest.

Rahvamajanduse taastamise ja arendamise perioodil (1946 . . . 1950) taastasid meditsiinitöötajad sõja ajal hävinud tervishoiuasutused. Jätkus ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu väljaarendamine. Ambulatoorsed ja polikliinilised asutused ühendati haiglatega. Selle eesmärgiks olid meditsiinilise abi

kvaliteedi parandamine ja arstide kvalifikatsiooni tõstmine.

Sotsialismi ülesehitamise lõpuleviimise ajajärgul (1951. aastast alates) jätkusid tervishoiu materiaal-tehnilise baasi tugevdamine ja meditsiinilise abi kvaliteedi parandamine, arenes edasi arstiabi spetsialiseerimine, täienes märgatavalt meditsiinitöötajate kaader, suurenes veelgi haiglavoodite arv, eriti jaoskonna- ja rajoonihaiglates. Maarajoonides likvideeriti tervishoiuosakonnad ja meditsiiniasutuste juhtimine anti üle rajoonihaiglatele. Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstidele anti riiklike sanitaarinspektorite õigused.

Järgmistel aastatel, kommunistliku ühiskonna laiahaardelise ehitamise perioodil (1959. aastast alates), intensiivistusid veelgi meditsiiniasutuste võrgu väljaarendamine, meditsiinikaadri ettevalmistamine, samuti meditsiinitööstuse toodangu kasv. Pöörati tähelepanu spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamisele. Spetsialiseerumine ongi kaasaja nõukogude tervishoiu peamine iseärasus. Tervishoiuorganid ja -asutused on teinud palju selleks, et parandada kiirabi ja vältimatu abi, samuti stomatoloogilise, röntgenoloogilise ja radioloogilise abi organisatsiooni ja kvaliteeti. Maarajoonide tervishoiuasutusi on laiendatud, voodikohtade arv neis on märgatavalt suurenenud. Rajooni keskhaiglad on muutunud spetsialiseeritud ravi-, administratiivseteks ja organisatsioonilis-metoodilisteks keskusteks, kus töötavad kõrge kvalifikatsiooniga arstid. Arstiteaduses on tähelepanu keskpunkti kerkinud meditsiinilise bioloogia, viroloogia, allergoloogia, tsütoloogia ja geneetika probleemid. On asutatud uusi uurimiskeskusi, mis on varustatud uuema aparatuuri ja sisseseadega. On täiustatud arstiteaduslike uurimistööde planeerimist ja koordineerimist.

Nõukogude tervishoiukorraldus rajati ajal, mil Venemaa rahvaste tervisliku seisundi põhinäitajad olid järgmised: üldine suremus 29,1 (1000 elaniku kohta), laste suremus 270 (1000 imikueas lapse kohta). Arste, sealhulgas hambaarste, oli 28 100, keskharidusega meditsiinitöötajaid 46 000; voodikohtade üldarv 207 600. 1965. a. moodustas NSV Liidu elanikkonna üldine suremus 7,3 (1000 elaniku kohta), laste suremus 27 (1000 imiku kohta). Nõukogude inimese keskmine eluiga on ületanud 70 aasta piiri. Kõikides tervishoiuasutustes töötas kokku 554 200 arsti ja 1 681 800 keskharidusega meditsiinitöötajat, voodikohtade üldarv oli sel ajal 2 255 500. Need suurepärased saavutused rahva tervise kaitsel on saanud võimalikuks tänu nõukogude tervishoiusüsteemile.

Rahvamajanduse arendamise viie aasta plaanis (aastatel 1966 ... 1970) on ette nähtud veelgi parandada linna- ja maaelanikkonna meditsiinilise abi kvaliteeti. Ehitatakse suuri haiglaid, milles voodikohtade arv ulatub 1000 ... 1500-ni. Kavatsusel on suurendada mitme profiiliga suurte linna- ja maahaiglate arvu, et tagada spetsialiseeritud meditsiiniline abi kõikjal. Erilist tähelepanu pööratakse naiste ning laste ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu laiendamisele. Viie aasta jooksul on ette nähtud voodikohtade üldarvu haiglates suurendada 454 000 võrra. 1970. aastaks suureneb arstide üldarv ligikaudu 700 000-ni.

Nõukogude tervishoiu ja arstiteaduse arengu uus, kõrgem etapp esitab tervishoiuorganisaatoritele suured nõuded. Esmajärguline tähtsus on tervishoiu juhtimise ja planeerimise viimisel teaduslikele alustele. Tuleb võimalikult täpselt selgitada, milline on elanikkonna vajadus statsionaarse, polikliinilise ja muu abi järele, milline on ravimite vajadus jne. Tähelepanu keskpunkti tõuseb arstide, farmatseutide ja keskharidusega meditsiinipersonali, samuti teaduslike töötajate töö teaduslik organiseerimine. Suureneb ka tervishoiu ökonoomika osatähtsus. See puudutab mitte üksnes meditsiinilise abi korraldust, vaid ka tervishoiu mõju tootmisse ja tööviljakuse tõusu.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Teooria ja praktika

ESMASE KOPSUVÄHI DIAGNOOSIMISEST

VÄINO RÄTSEP
Tallinn

UDK 616.24-006.6-07

Viimase aastakümne vältel on esmase kopsuvähi küsimus muutunud aktuaalseks. Seda on tinginud nii kopsuvähki haigestumise pidev suurenemine kõikides kultuurmaades (13) kui ka surmajuhtude sagenemine. Näiteks suurenes Kalifornias aastail 1960 ... 1964 kopsuvähki surnud naiste arv 50% võrra, mida seostati suitsetamise ulatusliku levikuga naissoo hulgas (14). NSV Liidus on kopsuvähk viimastel aastatel pahaloomulistesse kasvajatesse surnud meestel surma põhjusena nihkunud maovähi järel teisele kohale, naistel aga emaka-, piimanäärme- ja seedeelundite vähi järel neljandale kohale.

Eesti NSV-s moodustas kopsuvähki haigestumine 1967. a. 13,0% kasvajatesse haigestumisest, olles sageduselt meestel maovähi järel teisel kohal ning naistel mao-, piimanäärme- ja suguelundite vähi jt. järel alles kaheksandal kohal.

Kirjanduses rõhutatakse üksmeelselt esmast kopsuvähki põdevate haigete ravi ebarahuldavaid tulemusi. Selle peamiseks põhjuseks peetakse haigusele iseloomuliku sümptoomide kompleksi puudumist, sellest tulenevat haigete hilist arsti poole pöördumist ja raskusi diagnoosimisel. Kõikide vabariigis esmaselt avastatud kopsuvähi juhtude korral on 32,9%-l rakendatud sümptomaatilist ja ainult 6,7%-l radikaalset ravi. Selliste mitterahuldavate näitajate põhjuste selgitamiseks analüüsisime 1967. a. vältel Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse esmakordselt hospitaliseeritud 184 kroonilise kopsupatoloogiaga haiget. Neist 106 haigel (57,6%) oli lõppdiagnoosiks kopsuvähk, 5-l (2,7%) kopsu healoomulised kasvajad ja 6-l (3,3%) keskseinandi kasvajad, 15-l (8,1%) kopsutuberkuloos ning 52 (28,3%) haigel kroonilised kopsuhaigused (pneumoonia, pneumotsirroos, bronhiit jt.).

Alljärgnev üksikasjalik analüüs hõlmab 106 kopsuvähi tõttu ravil viibinud isikut. Neist olid suures ülekaalus mehed (93 haiget). Kõige sagedamini haigestusid 51 ... 70 aasta vanused isikud (81,1%). Alla 50 eluaasta oli 16 haiget (15,1%), neist 2 naist. Haigetest ainult 10 ei suitsetanud, 10 aastat ja enam tegi seda aga 77,3%. Need andmed rõhutavad veel kord meeste disponeeritust ja suitsetamise suurt osatähtsust kopsuvähi tekkes. Meeste (suitsetajate) sagedamat haigestumist kopsuvähki, võrreldes naistega, seletab P. Kotin (8) androgeenide toimega. Androgeenid soodustavad tubakasuitsus leiduvate kantserogeenide imendumist bronhi limaskestas.

Teatavat mõju kopsuvähi arenemisele avaldavad ka olustikulised tegurid. Nii näiteks elunes meie poolt uurituist ainult 17 maal, kuna ülejäänute elukohaks oli linn. Neist 16 oli pikema aja vältel (üle 10 aasta) teinud tolmust tööd, mis loob eelsoodumuse kopsuvähi tekkeks.

Anamnees. Kaebustest oli 83 haigel esikohal eri lokalisatsiooniga (rinnus, seljas, küljes) torkav või pidev valu. Teisel kohal olid ühesuguse sagedusega (59 juhul) köha ja hingeldus, neist viimane tekkis nii käimisel kui ka lamamisel. Röga eritus köhimisel 52 haigel, neist 22 korral kaasnes vere-eritus. Kehatemperatuur oli kõrgenenud 37 haigel. Vaadeldes loetletud sümptoome sõltuvalt haiguse staadiumist, selgus, et enamikul juhtudest oli tegemist haigusprotsessi III (45,3%) ja IV (36,8%) staadiumiga. Seega juba haigete esmasel hospitaliseerimisel eri

raviasutusse osutus nende haigusprotsess 82,1%-l juhtudest ulatuslikuks. Vähk oli I staadiumis ainult ühel (0,9%) ja II staadiumis 18 juhul (17,0%). Nendest andmetest selgub, et kirjeldatud sümptoomid on valdavas enamikus iseloomulikud ulatuslikule haigusprotsessile. Suhteliselt piirdunud kasvajale (I ja II staadium) on omased kuiv köha, torkavad valud rinnas või seljas ja subfebriilne kehatemperatuur. Hemoptoe esines ainult neljal haigel, kel vähk oli II staadiumis.

Kaebuste ja haiguskulu järgi võib eristada järgmisi kopsuvähi vorme.

1. Bronhiitiline vorm (8,5% juhtudest), millele on iseloomulik kestev kuiv köha, mida ei saa ravida tavalisel viisil. Kaasneda võis subfebriilne kehatemperatuur. Tavaliselt ei võimaldanud röntgenoloogiline uurimine haigusprotsessi avastada.

2. Pneumooniline vorm (69,8% juhtudest), suhteliselt sagedam, tekib pärast protsessi levimist peribronhiaalkoes, mille tagajärjel arenevad röntgenuurimise teel sedastatavad mittespetsiifilise infiltratsiooni tsoonid. Haigusprotsessi kliinilisest kulust olenevalt võis eristada a) ägedat pneumooniat (30,2%-l juhtudest) koos sellele iseloomuliku sümptoomide kompleksiga ja b) kroonilist ja retsidiveeruvat pneumooniat (39,6%), mida sageli tõlgendati ägeda vormi või nn. gripoosse pneumoonia järelfaasina.

3. Tuberkuloosi meenutav vorm (21,7% juhtudest), millele on iseloomulik pikka aega kestev, sageli vere-eritusega köha, valusündroom, subfebriilne temperatuur ja üldnähud (nõrkus, isutus, kehakaalu langus jms.). Röntgenoloogiliselt leiti harilikult koldeline infiltraat või ümarvari.

Valdaval osal haigeist (46 juhul) olid eelnev uurimine ja ravi enne Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse suunamist kestnud 2 . . . 4 kuud. Pärast eriravile saabumist diagnoositi neist 37-l kaugelearenenud kopsuvähk (III või IV staadium). Kuni 2 kuu kestel oli eelnevalt ravitud 20 haiget, kellest 14-l tehti kindlaks ulatuslik haigusprotsess. Ülejäänud juhtudel ulatus eelnev uurimiste ja ravi periood 5 kuust 3 aastani. Enamikul haigeist (97 juhul) toimus see polikliinikutes ja statsionaarides, kus enamasti puudusid kompleksse bronholoogilise uurimise võimalused (bronhoskoopia koos biopsia ning tsütoloogilise uurimisega jt.).

Laboratoorsed uuringud. Kopsuvähi varajases staadiumis veres iseloomulikke nihkeid ei täheldatud. Näiteks aneemia tunnuseid (hemoglobiini alla 10,0 g%) konstateeriti ainult 12 juhul, peamiselt III—IV staadiumis oleva haigusprotsessi korral. Leukotsüütide arv oli suurenenud (kuni 11 000) 80 juhul ja settereaktsioon oli kiirenenud (üle 20 mm/t.) 78 juhul, mida tingib kasvajaga kaasnev perifokaalne reaktsioon. Seejuures tuleb märkida, et 26 haigest (normaalse leukotsüütide arvuga) oli 18-l ja 28 haigest (settereaktsiooni väärtusega kuni 20 mm/t.) oli 21-l tegemist ulatusliku kopsuvähiga.

Siaalhape määrati 80 haigel, kusjuures kõrgenenud väärtused olid 69 juhul, neist 12 juhul haigusprotsessi II staadiumis. Fibrinogeeni näitaja oli kõrgenenud 38 haigel (uuriti üldse 67 juhul) ja C-reaktiivne valk oli positiivne 61 korral (määrati 76 juhul). Seejuures esinesid nende näitajate normväärtused vastavalt 10 (siaalhape, C-reaktiivne valk) ja 21 juhul (fibrinogeen). Huvitav on märkida, et ainukese esimeses staadiumis oleva protsessi korral olid kõik 3 näitajat kõrgenenud. Ka enamiku II staadiumi juhtudele olid iseloomulikud mainitud triaadi suurenenud väärtused, mis vihjab selle teatavale diagnostilisele tähtsusele.

Verevalgud määrati 27 juhul. Seaduspärasuselt olid α_1- (21 juhul), α_2- (23 juhul) ja γ-fraktsioonid (21 juhul) kõrgenenud ka enamiku II staadiumis olevate protsesside korral, millel kompleksis teiste uurimistega on diagnostiline tähtsus.

Tsütoloogia. Röga uuriti tsütoloogiliselt 64 juhul. Kopsuvähi tsentraalse vormi puhul leiti vähirakke 24 juhul, perifeerse vormi korral aga 4 haigel. Tagasihoidlikest tulemustest olenemata (tsütoloogialaboratoorium avati alles aasta teisel poolel) tuleb selle diagnoosimismeetodi eeliseid igati rõhutada. F. Dean ja M. Davies (4) esitavad 20 autori koondandmed kopsuvähi tsütoloogilise uurimise kohta, mil 67 . . . 92,5%-l juhtudest leiti vähirakud. Pärast äigepreparaatide arvu suurendamist (ühest kuni viieni) paranes diag-

noosimise kvaliteet, kusjuures 5 proovi korral võib diagnoosi täpsustada 96,5... 100%-l juhtudest. Tulemus oleneb ka uurimismaterjali võtmisest ja uurimistehnika tasemest, samuti respiratoorse sekreedi eritumisest. Eriti väärtuslikuks peetakse tsütoloogilist uurimist kopsuvähi varajaste vormide avastamisel.

Kuigi kopsuvähi diagnoosimisel on otsustav röntgenoloogiline uurimine, tuleb diagnoosimisel ja ravi määramisel tugineda siiski kogu uurimiste kompleksi (kliiniline pilt, laboratoorsed andmed, tsütoloogia jt.) tulemustele, mis röntgenoloogilist pilti sageli aitavad täpsustada ja õigesti lahti mõtestada. Analüüsides põhjusi, miks kopsuvähki põdevad haiged pikemat aega viibivad uurimisel ja ravil üldprofiiliga raviasutustes, selgus, et peamiseks põhjuseks oli röntgenoloogilise uurimise alusel pandud diagnoosi absolutiseerimine (krooniline pneumoonia, pneumotsirroos jt.), kusjuures ei tehtud täiendavaid röntgenoloogilisi (tomograafia jt.) ning bronholoogilisi uurimisi.

Röntgenoloogilisel ja fluorograafilisel meetodil saab suhteliselt edukalt avastada kopsuvähi perifeerseid vorme. Tsentraalse vormi korral osutuvad need meetodid edukaks alles kopsuvähi tüsistuste (atelektaas, pneumoniit jt.) arenemisel. Seetõttu on kopsuvähi tsentraalsete vormide diagnoosimisel sageli tulemusrikkamateks bronhoskoopiline ja tsütoloogiline uurimine. Oluline tähtsus esmase kopsuvähi avastamisel on elanikkonna massilisel fluorograafilisel uurimisel, mille tulemusena aastail 1962... 1966 Eesti NSV-s avastati 0,022... 0,034%-l juhtudest kopsuvähk (1).

Bronhoskoopia ja -biopsia. 68 haigel tehti bronhoskoopia, mis 32 juhul võimaldas kopsuvähki diagnoosida. Bronhoskoopiliselt ei saanud kopsuvähki diagnoosida 7 perifeerse ja 29 tsentraalse kasvajavormi korral.

Bronhobiopsiat tehti vaatluse ajal 40 haigel, neist 18 juhul tõestati patohistoloogilisel uurimisel kopsuvähk. Ka haiguse I staadiumi puhul olid vaatluse ja biopsia andmed positiivsed. 22 juhul oli vähikoldest võetud biopsia vastus negatiivne. Positiivne biopsia tulemus kopsuvähi suhtes on lõplik, kuid negatiivne vastus visuaalselt sedastatavast kasvaja koldest ei anna veel alust kasvaja eitamiseks. See võib olla põhjustatud kasvaja paiknemisest tingitud tehnilistest raskustest uurimismaterjali võtmisel, mille tulemusena koetükikesed saadi kasvaja pinnalt või ebaõigest kohast. Eespool öeldu rõhutab bronhoskoopilise vaatluse interpreteerimise tähtsust veelgi.

Peab märkima, et 18 haigest, kelle puhul bronhobiopsia tõestas kasvaja olemasolu, õnnestus ainult ühte radikaalselt opereerida. See näitab, et kopsuvähi tsentraalse vormi juhtudel on bronhobiopsia postiivne tulemus enamasti kasvaja opereerimatuse tunnus.

Kasvaja ulatust määravad uuringud.

Et kindlaks teha kopsuvähi ravi viis, eelkõige kirurgilise ravi vajalikkus ja võimalus, on tarvis täpsustada perifeersete lümfisõlmede ja mediastiinumi seisund ning välistada kaugmetastaasid.

Preskaleeniline biopsia võimaldab sedastada metastaase supraklavikulaarsetes lümfisõlmedes ka neil juhtudel, mil viimased pole palpeeritavad. Näiteks viiel haigel, kel kopsuvähk oli III staadiumis ja kel lümfisõlmed ei olnud palpeeritavad, tõestas preskaleeniline biopsia 3 juhul kasvaja esinemist, välistades seega torakotoomia vajaduse.

Azügograafia korral täidame kontrastainega mediastiinumi veenid, mille muutuste järgi saab otsustada kopsukasvaja opereeritavuse üle. Mediastiinumi suurte veenide (eriti *v. azygos*'e ja *v. cava*) kompressioon, dislokatsioon, tsirkulaarne kitsenemine või infiltratsioon annavad tunnistust sellest, et kasvaja ei ole opereeritav (6, 7, 9). Oluline on, et muutusi summeeritaks, sest ainuüksi väheldane dislokatsioon ei ole veel opereerimatuse näitaja (3, 6). Eriti oluline on see juhtudel, kui kliiniliselt puudub veel ülemise õõnesveeni kompressiooni sündroom. Õõnesveen kahjustub kõige sagedamini anatoomilis-topograafiliste iseärasuste tõttu, asetsedes parema peabronhi vahetus läheduses ja olles ümbritsetud lümfisõlmedest, millesse voolab lümf kogu rindkere paremast poolest ja rindkere vasaku poole alumisest osast (3, 5, 11).

Rakendades intrakostaalset azügograafiat (kui tehniliselt võrdlemisi lihtsat), uurisime 26 kopsuvähihaiget, kellel saime hea ülevaate kasvaja levikust tagumises mediastiinumis. Veresoonte

muutuste tõttu osutus 17 juhtu mitteopereeritavaks. 6 juhul tehtud torakotoomia kinnitas röntgenoloogilise pildi interpreteeringu õigsust.

Mediastinoskoopia võimaldab määrata kasvaja levikut eesmise mediastiinumi ulatuses. Suurenenud paratrahheaalsed lümfisõlmed on uurimise esimesel etapil digitaalselt palpeeritavad. Vaatluse ajal on hästi jälgitav bifurkatsiooni piirkond, kus T. Palva ja S. Viikari (10) andmeil esinevad metastaasid kuni 35%-l kopsuvähi juhtudest. Peabronhile fikseerunud metastaas hingetoru bifurkatsiooni piirkonnas näitas protsessi mitteopereeritavust 4 juhul 11 mediastinoskoopiast. Seitsme biopsia korral lümfisõlmedest leiti ühel juhul metastaaside tunnuseid.

Mediastinoskopeerimise esialgseid kogemusi summeerides võib öelda, et see meetod annab informatsiooni lümfisõlmede seisundist, mis asetsevad 1) paratrahheaalselt, 2) bifurkatsioonini eesmises mediastiinumis ja 3) peabronhide ees ning nendest lateraalsele, aordikaare ja *v. azygos*'e piirkonnas.

Ravi. 106 kopsuvähki põdevast hospitaliseeritust oli võimalik rakendada radikaalset kirurgilist ravi 15 juhul (14,1%). Neist 12-le tehti pulmonektoomia ja 3-le lobektoomia. 6 juhul piirduti torakotoomiaga. Kasvaja mitteopereeritavuse ja operatsiooni vastunäidustuste tõttu rakendati kiiritusravi 28 (26,4%) ja kemoteraapiat 24 juhul (22,6%). Haigusprotsessi ulatusest lähtudes suunati sümptomaatilisele ravile 39 haiget, s. o. 63,1% hospitaliseerituist.

Kokkuvõte

Kopsuvähi õigeaegsel avastamisel on oluline vastutus üldravivõrgu arstil, kelle poole haige pöördub esmaste kaebustega. Vaevuste õigest hinnangust oleneb haige edaspidine saatus.

Regulaarne fluorograafiline uurimine peab hõlmama kogu täiskasvanud elanikkonna, kaasa arvatud pensionärid, invaliidid jt., mis soodustab kopsuvähi varajast avastamist.

Kroonilisi kopsuhaigusi põdevatele isikutele, eriti meestele 40. eluaastast alates, tuleb kopsukasvaja kahtluse korral teha tsütoloogiline ja kompleksne bronholoogiline uurimine.

Edasist tihendamist vajab tuberkuloosi- ja onkoloogiadispanserite vaheline koostöö, mis on üks olulisi eeldusi kopsukasvajate õigeaegseks avastamiseks. Paralleelselt sellega on linna- ja rajoonihaiglates vaja avada spetsialiseeritud osakonnad (palatid), milles on küllaldaselt bronholoogilise uurimise instrumentaariumi ja ettevalmistuse saanud arste.

Kvalifitseeritud tsütoloogilisteks uurimisteks on tarvis kaasaegse aparatuuriga varustatud kesklaboratooriume (näiteks Tallinnas ja Tartus), kuhu iga jaoskonnaarst võib diagnoosimiseks preparaate saata.

РЕЗЮМЕ. В Эстонской ССР рак легкого составлял в 1967 году 13,0% всех онкологических заболеваний. Из первично выявленных случаев рака легкого 32,9% подлежало симптоматическому лечению и только 6,7% радикальному.

В настоящей работе исследованы 184 больных, впервые госпитализированных в Таллинском республиканском онкологическом диспансере с хронической легочной патологией.

Из них у 106 больных (57,6%) диагностирован рак легкого, у 5 (2,7%) — доброкачественные опухоли, у 6 (3,3%) опухоли средостения, у 15 (8,1%) туберкулез легких, у 52 (28,3%) — хронические заболевания легких (пневмония, пневмозирроз, бронхит и др.).

Из госпитализированных 106 больных раком легкого радикальная операция была возможна у 15 больных (14,1%). 28 больных подверглись лучевой терапии, 24 химиотерапии и 39 симптоматическому лечению.

В своевременной диагностике рака легкого решающим звеном является участковый врач, к которому первому обращаются больные. Регулярный флюорографический контроль должен охватывать не только организованные коллективы, но все возрастное население.

Необходимо провести комплексное цитологическое и бронхологическое исследование больных с хроническими воспалительными процессами в легких. Необходима тесная связь между туберкулезным и онкологическим диспансером, чтобы своевременно выяснить опухолевые процессы.

KIRJANDUS: 1. Вардья Э. О., Корнев Н. К., Виркус М. М. В кн.: Материалы II конференции онкологов Литовской ССР, Латвийской ССР и Эстонской ССР. Таллин, 1967, 72—73. — 2. Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований. М., 1962. — 3. Павлов К. А. Вопр. онкологии, 1957, 4, 438. — 4. Dean, F., Davies, M. D. J. Chronic. Diseases, 1966, 8, 819—845. — 5. Demoulin, M. J. belge radiol., 1959, 42, 17. — 6. Dotter, Ch., Holman, C., Steinberg, I. Amer. J. Roentgenol., 1950, 64, 222. — 7. Iglauer, E. Strahlentherapie. 1958, 105, 134. — 8. Kotin, P. tsit.: Williams, M. J., Sommers, S. C.

Cancer, 1962, 1, 109—117. — 9. Krall, I., Hoffheinz, H. J., Wilhelm, E. Thoraxchirurgie, 1953, 1, 84. — 10. Palva, T., Viikari, S. J. Thoracic a. Cardiovasc. Surg., 1961, 2, 206—212. — 11. Roswit, B., Kaplan, G., Jacobson, H. G. Radiology, 1953, 61, 722. — 12. Schobinger, R. A. Oncologia (Basel), 1965, 3, 188—193. — 13. Segi, M., Kurihara, M. Trends in Cancer Mortality for Selected Sitesin 24 Countries, 1950—1959. Sendai, Japan, 1963. — 14. Ungeheuer, E. Therapie-Woche, 1967, 10, 290—294.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

MULTIIPLID PAHALOOMULISED KASVAJAD

LEO POKK
Tartu

UDK 616-006.04

Kaht või rohkemat primaarset pahaloomulist kasvajat ühel ja samal inimesel on täheldatud suhteliselt harva — 0,45 . . . 5,8%-l pahaloomuliste kasvajate üldarvust (2, 6, 10, 17, 23, 25, 26). N. Petrovi (5) arvates multiiplite pahaloomuliste kasvajate väike esinemissagedus näitab, et üldine eelsoodumus (mõnede elundsüsteemide või vere koostise pärilik mittetäisväärtuslikkus, hormonaalsed ja neurogeensed mõjutused) ei ole nende tekkimise peamine põhjus.

Kirjanduses leidub viiteid selle kohta, et multiipleid pahaloomulisi kasvajaid on viimastel aastatel ette tulnud sagedamini. Baconi (14) arvates on see tingitud järgmistest asjaoludest: 1) et haigete eluiga pikeneb pärast pahaloomulise kasvaja edukat kõrvaldamist, seetõttu võib tal aja jooksul tekkida uus kasvaja; 2) diagnoosimise tunduv täiustamine; 3) enamik autoreist on loobunud Billrothi (15) rangetest nõuetest multiiplite pahaloomuliste kasvajate primaarsuse määramisel. Nõuded olid järgmised: 1) kasvajad peavad olema tekkinud eri elundeis; 2) neil peab olema erinev histoloogiline ehitus; 3) igal kasvajal peavad olema metastaasid. N. Petrovi (5) järgi on primaarsuse määramisel ainsaks nõudeks kindlaks teha, et olemasolev kasvaja ei ole tekkinud metastaasist.

Mitme pahaloomulise kasvaja esinemine ühel ja samal inimesel pakub huvi nii teooria kui ka praktika seisukohalt, sest viimastel aastatel on ilmunud teateid selle kohta, et mitme pahaloomulise kasvaja korral on haigeid korduvalt eduga opereeritud (1, 7, 8, 9, 12).

Käesoleva töö käigus analüüsisime Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuri lahanguprotokolle ajavahemikust 1. I 1954 . . . 1. IV 1966. Nimetatud perioodil on lahangul leitud siseelundite pahaloomulisi kasvajaid 849 juhul. Nendest 15 juhul (s. o. 1,76%) on lahangul avastatud või oli elu jooksul diagnoositud mitu primaarset pahaloomulist kasvajat ühel inimesel. Need faktid vastavad N. Petrovi esitatud nõuetele (vt. tabel). Tabelist näeme, et 14 haigel oli kaks primaarset pahaloomulist kasvajat, ühel koguni kolm.

Mitu primaarset pahaloomulist kasvajat võib tekkida kas ühes ja samas või eri elundeis. Kirjanduse andmeil paiknevad multiiplid pahaloomulised kasvajad kõige sagedamini nahas (11, 13, 20, 26). Paiknemise kohta muudes elundites leidub kirjanduses mitmesuguseid seisukohti. E. Dikštein (3) ja W. Cahan (16) on kopsuvähi korral suhteliselt sageli diagnoosinud ka mõne muu elundi vähki. Hilgerti (19) järgi olid multiiplite pahaloomuliste kasvajate hulgas sagedasemateks hüpernefroom ja munasarjavähk. Schusteri (24) tähelepanekuil esines sageli rinnanäärmevähk koos emaka- või munasarjavähiga.

Käesoleva töö andmeil olid kasvajad alati tekkinud eri elundites, kusjuures sageli (11 juhul 15-st) oli üheks kasvajaks maovähk. Tihti ettetulevateks kombinatsioonideks olid maovähk + rinnanäärmevähk (4 juhtu) ja maovähk + soolevähk (3 juhtu).

Mitu pahaloomulist kasvajat võib ühel inimesel esineda ühel ja samal ajal või tekkida erinevatel aegadel. Ühel ja samal ajal avastati kasvajad 6 juhul (juhud 1, 2, 6, 7, 8 ja 14). 9 juhul leiti

teine pahaloomuline kasvaja siis, kui esimese diagnoosimisest oli möödunud 3...20 aastat. Ajavahemik ühe kasvaja diagnoosimisest kuni teise kindlakstegemiseni kliinikus või lahangul oli 4. juhul kolm aastat, 11. ja 15. juhul neli aastat ja 10. juhul seitse aastat, kuna 5 juhul (juhud 3, 5, 9, 12 ja 13) oli see tunduvalt pikem (11...20 aastat).

13 juhul leidsime ühel ja samal inimesel eri elundeis histogeneetiliselt ühesuguse ehitusega pahaloomulised kasvajad — vähid. Histogeneetiliselt erineva ehitusega pahaloomulisi kasvajaid ühel ja samal inimesel tuleb ette väga harva ning kirjanduse andmed on kasuistilist laadi (4, 21, 22). Käesolevas töös on 2 sellist juhtu (juht 5 ja 13). Esitame lühidalt 13. juhu andmed.

Haige K. M., 55 a. vana (Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris, haiguslugu nr. 538/

Andmeid Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuris diagnoositud multiiplite kasvajate kohta aastail 1954...1966

Juhu nr.	Lahangu nr., aasta	Haige		Kasvaja asukoht, histoloogiline ehitus ja avastamise aeg *	
		Sugu	Vanus		
1	115/1954	Mees	66	Ülenev käärsool. Adenokartsinoom. 1954. a. Kl.	Magu. Ajujas vähk. 1954. a. L.
2	184/1954	Mees	65	Magu. Umbvähk. 1954. a. Kl.	Ristikäärsool. Metastaasid maksas. Adenokartsinoom. 1954. a. L.
3	9/1958	Naine	65	Rinnanääre. Skirr. 1938. a. Kl.	Magu. Adenokartsinoom. 1953. a. Kl. maovähi retsidiiv. 1957. a. Kl.
4	26/1958	Naine	48	Rinnanääre. Umbvähk. 1955. a. Kl.	Maovähk. Metastaasid kõhukelmel. Adenokartsinoom. 1958. a. L.
5	255/1958	Naine	71	Rinnanääre. Umbvähk. 1947. a. Kl.	Suulaemandel. Ümarrakuline sarkoom. 1958. a. L.
6	26/1959	Naine	68	Kusepõis. Umbvähk. 1958. a. Kl.	Magu. Adenokartsinoom. 1958. a. L.
7	100/1959	Naine	86	Pärasool. Metastaasid maksas. Adenokartsinoom 1959. a. Kl.	Kusepõis. Umbvähk. 1959. a. L.
8	243/1960	Mees	79	Eesnääre. Umbvähk. 1960. a. Kl.	Magu. Metastaasid maksas ja kopsudes. Adenokartsinoom. 1960. a. L.
9	325/1960	Mees	63	Magu. Umbvähk. 1947. a. Kl.	Alanev käärsool. Adenokartsinoom. 1960. a. Kl.
10	245/1961	Mees	77	Kõri. Lamerakuline vähk. 1954. a. Kl.	Kops. Ajujas vähk. 1961. a. L.
11	71/1963	Naine	53	Rinnanääre. Umbvähk. 1959. a. Kl.	Magu. Adenokartsinoom. 1963. a. Kl.
12	164/1964	Naine	71	Rinnanääre. Skirr. 1944. a. Kl.	Magu. Umbvähk. Metastaasid maksas. 1964. a. Kl.
13	353/1964	Naine	55	Emakas. Adenokartsinoom. 1953. a. Kl.	Keskseinand. Hiidrakuline sarkoom .1964. a. Kl.
14	342/1965	Mees	59	Kops. Umbvähk. 1965. a. Kl.	Magu. Metastaasid lümfisõlmedes. Adenokartsinoom. 1965. a. L.
15	115/1966	Mees	71	Alahuul. Lamerakuline vähk. 1951. a. Kl. Magu. Adenokartsinoom. 1955. a. Kl.	Kops. Lamerakuline vähk. 1966. a. Kl.

* Kl. — avastatud kliinilisel uurimisel, L — avastatud lahangul.

1964. a.), oli 1953. a. saanud röntgenravi emakavähi tõttu. Pärast seda oli enesetunne olnud rahuldav kuni 1964. a. septembrini, mil tekkisid peavalud, kehatemperatuur tõusis ja haige hakkas hingeldama. Dispanserisse toimetati ta 22. IX 1964. a. raskes seisundis. Peatselt kujunes välja mediastinaalne sümptoomkompleks ja haige suri 20. X 1964. a. asfüksia tagajärjel. Kliiniline diagnoos: *Blastoma malignum mediastini (metastaticum?). Asphyxia ex tumore. Carcinoma uteri. Oedema pulmonum. Bronchopneumonia bilateralis.*

Lahangul (protokoll nr. 353/1964. a.): keskseinandi eesmises osas on kasvajasõlm mõõtmetega 15×10,5×7,5 cm. Kasvaja konsistents tihke, lõikepind valkjashalli värvust, kollaste kolletega. Trahhea on kasvaja poolt osaliselt kokku surutud ja nihkunud vasakule. Vasaku kopsu ülemises sagaras leidub põletikukoldeid läbimõõduga kuni 2 cm. Emakaõõs on peaaegu kogu ulatuses täidetud roosakaspunase kasvajakoega, mis infiltreerivalt on kasvanud emaka seinasse. Histoloogilisel uurimisel leiti emakas adenokartsinoom (vt. tahvel XIV, mikrofoto 1) ja keskseinandi hiidrakuline sarkoom (vt. tahvel XIV, mikrofoto 2).

Teist kasvajat hinnatakse kliiniliselt sageli kui metastaasi või ei diagnoosita seda üldse. Meie käsutuses olevail andmeil avastati teine pahaloomuline kasvaja 9 juhul (juhud 1, 2, 4—8, 10 ja 11) alles lahangul. Osal juhtudest on õige diagnoosimine suure tähtsusega edasise ravi ja ka prognoosi määramisel. Näitena tooksime 15. juhu. Haigel oli 16 aasta jooksul eri elundeis tekkinud kolm pahaloomulist kasvajat, kusjuures kaht esimest raviti edukalt.

Haige S. L. märkas 1950. a. alahuulei aegamööda suurenevat kõva sõlmekest. Kliinilisel uurimisel sedastati huulepuna keskosas valkjat värvust, teravalt piirdunud kõva konsistentsi kasvaja (läbimõõt 1 cm ja kõrgus 5 mm). 24. III 1951. a. tehti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonnas *excisio tumoris et exstirpatio lymphoglanduli submandibularis dextri.* Histoloogiline diagnoos (uuring nr. 24618): *Carcinoma planocellulare. Lymphadenitis simplex chronica.*

1954. a. novembris tekkis haigel mõni tund pärast söömist kõhus valu ja ta hakkas oksendama. Haige pöördus Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonda, kus diagnoositi maovähki ja 10. I 1955. a. tehti *resectio ventriculi.* Operatsioonil leiti antrumi osas kanamunasuurune kõva konsistentsi tuumor, mis oli põhjustanud mao valendiku ahenemise. Kasvaja metastaase operatsiooni ajal ei sedastatud. Histoloogiline diagnoos (uuring nr. 87/1955. a.): *Adenocarcinoma ventriculi.* Järgmise 10 aasta jooksul oli enesetunne hea. Haige suri kodus 71-aastaselt 20. III 1966. a. Oletati kopsuvähki ja ta suunati lahangule. Lahangul leiti vasakus kopsus kasvaja mõõtmetega 8×5×4 cm. Metastaase ei avastatud. Histoloogiline diagnoos (uuring nr. 115/1960. a.): *carcinoma planocellulare.*

Selliseid juhte, kus ühel inimesel on mitu primaarset pahaloomulist kasvajat, tuleb ette küll harva, kuid pärast ühe kasvaja radikaalset ravi peab teise avastamiseks arvestama metastaaside olemasolu. Peale selle on tarvis silmas pidada ka eri lokalisatsiooniga uue primaarse kasvaja tekkimise võimalust. Õigeaegne diagnoosimine võimaldab haiget ka korduvalt tekkivate pahaloomuliste kasvajate puhul edukalt ravida.

РЕЗЮМЕ. В прозектуре г. Тарту за последние 13 лет из числа 849 умерших от опухолей внутренних органов у 15 (1,76%) были двойные первичные раздельные злокачественные новообразования. В 11 случаях было обнаружено сочетание рака желудка с злокачественными новообразованиями других органов. В шести случаях были синхронные опухоли, в девяти — метахронные опухоли. В 13 случаях имелись двойные раки, а в двух случаях обнаружены опухоли с гистогенетически разным строением — рак и саркома.

KIRJANDUS: 1. Алиев Ш. А. Вопр. онкологии, 1964, 4, 81. — 2. Горяинова П. В., Шабад Л. М. Врачебная газета, 1931, 23/24, 1756—1760. — 3. Дикштейн Е. А. Патологическая анатомия первичного рака легких по секционным данным г. Ростова на Дону за 20 лет (1916—1935), Ростов на Дону, 1939. — 4. Пачес А. И., Хамитов С. Х. Вопр. онкологии, 1961, 5, 85—88. — 5. Петров Н. Н. Злокачественные опухоли, т. I, ч. I, М., 1947, 260—263. — 6. Ратнер Л. М., Воротилкин А. И. Пробл. онкологии, Свердловск, 1939, 2, 4, 125—143. — 7. Рожков А. Т. Вопр. онкологии, 1958, 5, 610—611. — 8. Слинчак С. М., Ищенко М. П. Вопр. онкологии, 1956, 2, 232—235. — 9. Франкенберг Б. Е., Гешелин С. А. Вопр. онкологии, 1963, 9, 78—80. — 10. Цель Е. А. Рефераты научн.-исслед. работ АМН СССР, 1949, 6, 73—74. — 11. Цель Е. А. Вопр. онкологии, 1955, 1, 96—100. — 12. Шальнева Т. С. Вопр. онкологии, 1955, 5, 102—103. — 13. Шанин А. П. Злокачественные опухоли кожи. М.-Л., 1938. — 14. Bacon, tsit. J. Tseli (II) järgi. — 15. Billroth, Th., tsit. N. Petrovi (5) järgi. — 16. Cahan, W. G. Amer. J. Surg. 1955. 89, 2, 494—514. — 17. Dostalova, O., Bohytova, I. Céskosl. roentgenol., 1963, 17, 1, 5—9. — 18. Grosse, H. Krebssyntropien. Jena, 1960. — 19. Hilgert, tsit. H. Grosse (18) järgi. — 20. Zylberszac, S. Le Cancer, 1935, 12, 334—342. — 21. Kimura, I. Cann. Tokyo, 1956, 3—4, 701—702. — 22. Scheidegger, S. Beitr. pathol. Anat. und allgem. Pathol., 1940, 104, 402—418. — 23. Schreirer, B., Wehr, W. Amer. J. Cancer, 1934, 20, 418—426. — 24. Schuster, tsit. H. Grosse (18) järgi. — 25. Moertel, G. G. a. o. Cancer, 1961, 14, 2, 221—248. — 26. Warren, S., Gates, O. Amer. J. Cancer, 1932, 16, 1358—1414.

Tartu Riiklik Ülikool

MUNASARJAKASVAJATE DIAGNOOSIMISEST

VIIVE RAUDSEPP
Tallinn

UDK 618.11-006-07

Et munasarjavähi varajane diagnoosimine on raskendatud, satub enamik haigeist ravile niisuguses haigusstaadiumis, mil radikaalne ravi on vähe efektiivne (1, 4, 5, 6, 10, 11), kusjuures tervistunute protsent (5 aastat kestnud jälgimise tulemused) eri autorite andmeil kõigub 13,1 . . . 39 vahel.

Eesti NSV-s on 1967. a. esimest korda avastatud munasarjavähk olnud algstaadiumis 10%-l, hilisstaadiumis aga 40,8%-l haigeist. Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri andmeil on tervistunud ainult 14% haigeist. Viimastel aastatel on munasarjavähi esinemissagedus suurenenud, moodustades kõikidest arvelevõetud vähivormidest 1966. aastal 3,9% ja 1967. aastal 4,3%.

Vähktõve avastamise hilinemine ja mitterahuldavad ravi tulemused on sundinud otsima uusi, munasarjakasvajate objektiivsemaid diagnoosimise viise. 1961. a. alates oleme Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris lisauuringuna kasutanud kuldoskoopiat 59 haigel (60 juhul).

Metoodika: spetsiaalse kuldoskoobi puudumise tõttu on kasutusel külgoptikaga torakoskoop. Haigele tehakse eelmisel õhtul ja sama päeva hommikul klistiir. Enne uurimist põis tühjendatakse. Õhtul võib haige süüa kergesti seeditavat toitu, hommikul jäetakse ta söömata. Anesteesiaks süstime promedooli 2%-list lahust 1,0 lihasesse. Haige asetatakse günekoloogilisele toolile harilikus asendis. Tupp puhastatakse sublimaadi- ja piirituslahusega, jodeeritakse. Kuultangidega haaratakse *portio* alumisest huulest ja tehakse lokaalne anesteesia 0,5%-lise novokaiinilahusega, millele on lisatud antibiootikume. Anesteesiaks kasutame pikka nõela, mille jätame tuppe. Haige pöörab end küünarnuki-põlveasendisse. Pärast seda viime peeglid uuesti tuppe ja teeme nõela pealt õhukese skalpelliga torke *excavatio rectouterina*'sse. Torkeavast viime sisse trokaari, mille hülsi jätame *excavatio rectouterina*'sse. Trokaari eemaldamisel kuuleme tüüpilist imemisheli, mis viitab spontaanse pneumoperitoneumi tekkele. Järgneb visuaalne vaatlus. Pärast seda viime läbi hülsi kõhuõõnde antibiootikume, laseme haigel kõhulihastega tugevasti pressida, nii et enamik õhku kõhuõõnest väljuks. Eemaldame hülsi ja asetame tuppe tampooni. Trokaari ava me kokku ei õmble, sest järgmiseks päevaks on see harilikult juba sulgunud. Haigetele määrame antibiootikume ja 24 tundi voodirežiimi.

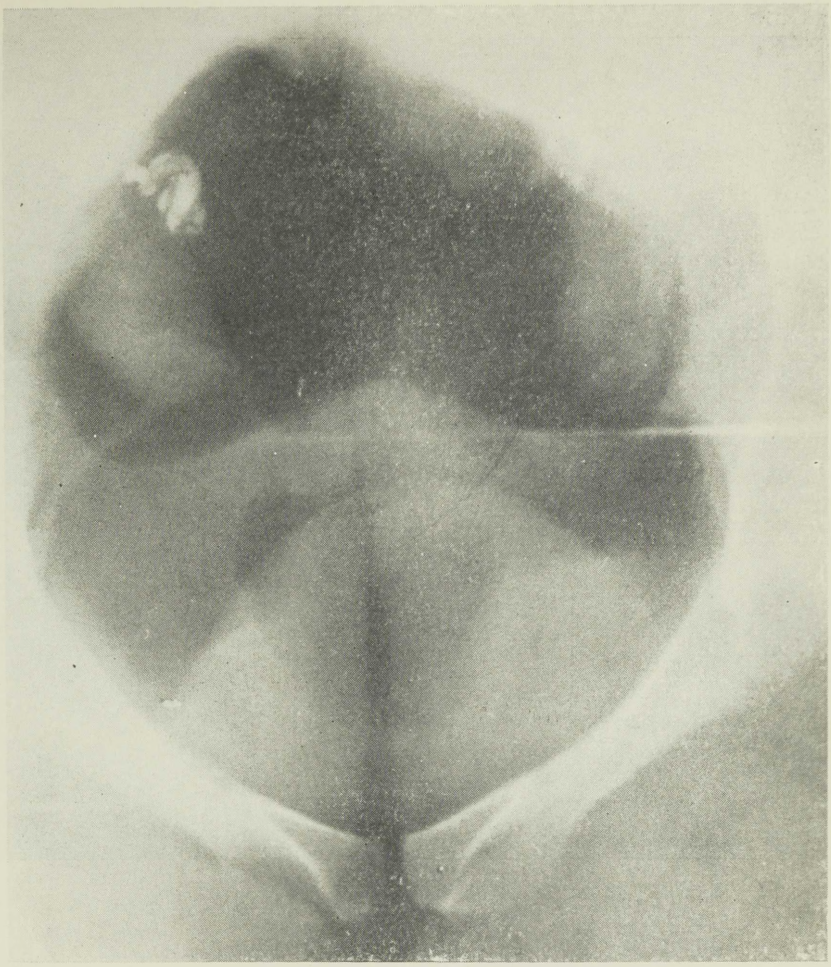
Kuldoskoopia vastunäidustuseks peame pikka ja kitsast tuppe, liiteid väikeses vaagnas, tuumorimasse *excavatio rectouterina*'s, samuti retroflekteerunud emakat, meteorismi ning südame ja veresoonkonna puudulikkust. Osalisteks vastunäidustusteks võivad olla hüpertooniatõbi ja haige kõrge iga.

Kuldoskoopia on kasutamist leidnud järgmiste näidustuste korral. 1. Väikese vaagna kasvajate puhul, mille päritolu oli ebaselge, 27 juhul. 2. Fibromüoomi diferentseerimiseks munasarja tsüstist 6 juhul. 3. Kroonilise munasarjapõletiku diagnoosimiseks 17 juhul. Viimastest ainult 5 juhul jäi püsima kroonilise adneksiidi diagnoos. 8 haigel avastati munasarja tsüst, 2-l Stein-Leventhali sündroom ja 2 haigel munasarjavähk. 4. Muudel näidustustel 4 juhul. 5. Kuldoskoopia ebaõnnestus 6 juhul.

Kuldoskoopia ajal punkteeriti 4 haigel munasarja tsüsti, millele järgnes tsüsti sisu tsütoloogiline uurimine.

Uurituist opereeriti 27, kusjuures kuldoskoopiline ja operatsioonijärgne diagnoos ühtisid 24 juhul. Lahkdiagnoose tuli ette 3 korral: a) kliiniliseks ja kuldoskoopiliseks diagnoosiks oli vasakpoolse munasarja tsüst, operatsiooni ajal selgus, et tegemist oli omentiidiga; b) parempoolse munasarja tsüsti asemel oli mesenteeriumi tsüst ja c) vasakpoolse munasarja intraligamentaarse tsüsti asemel avastati operatsiooni ajal väikeses vaagnas sinna allavajunud vasak neer.

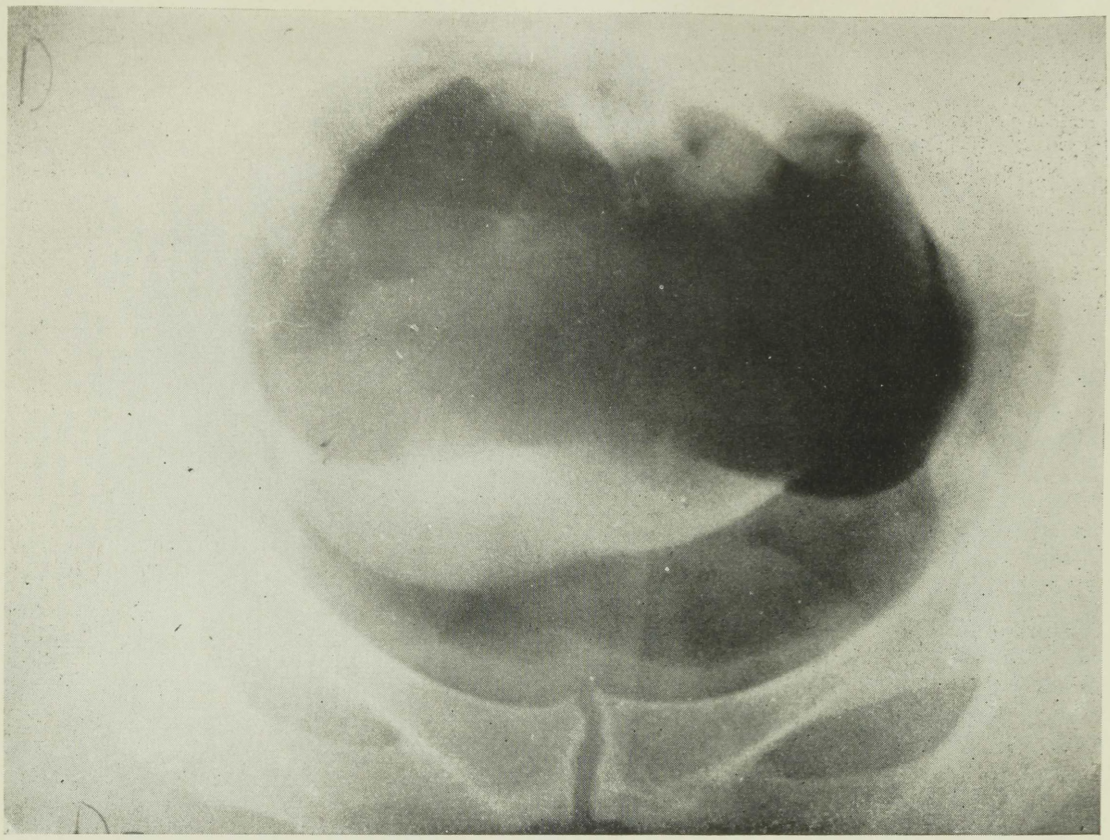
Esmane kliiniline diagnoos ühtis kuldoskoopilise diagnoosiga 25 juhul ja eri-



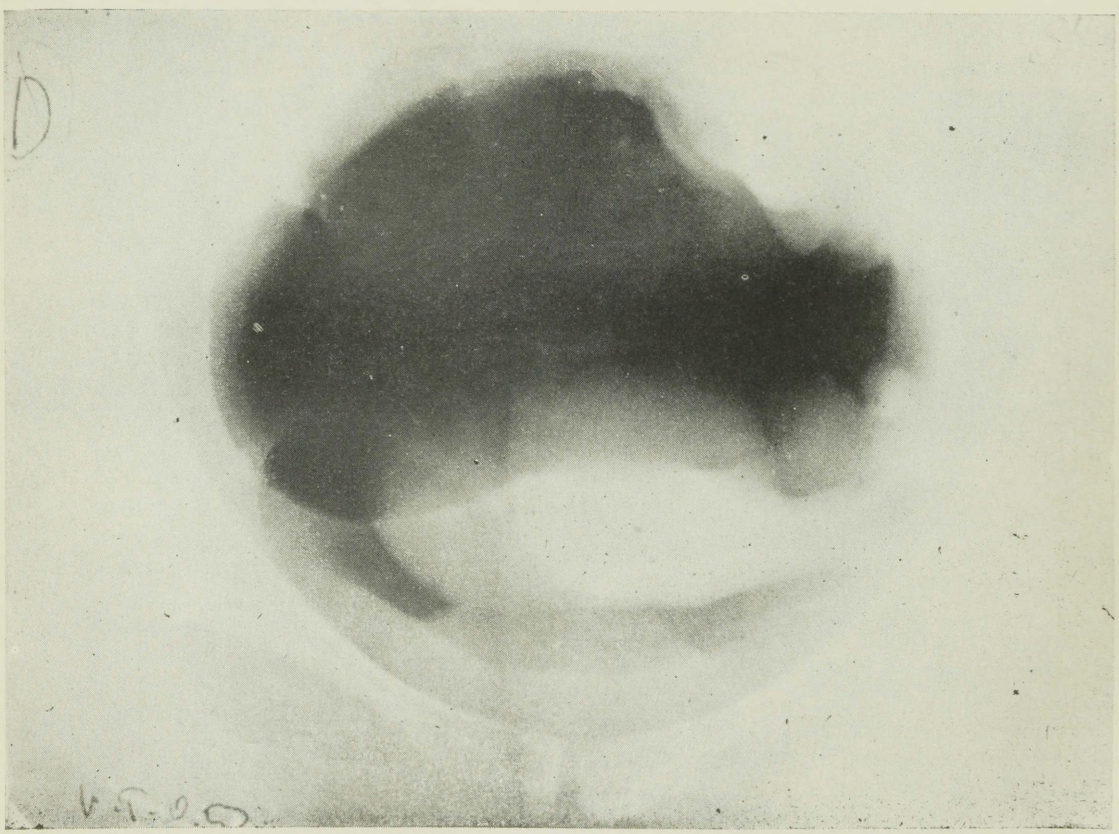
Pneumopelviogramm 1



Pneumopelviogramm 2



Pneumopelviogramm 3



Pneumopelviogramm 4

nes 28 juhul. Viimastest osutus kuldoskoopiline diagnoos õigeks ja leidis operatsiooni ajal kinnitust 10 juhul, 18 haigel ei nõudnud haigusprotsess kohest operatsiooni. 3 haigel võimaldas munasarjavähki diagnoosida ainult kuldoskoopiline uurimine.

Kuldoskoopia ei õnnestunud 6 juhul. Kolmel haigel ei olnud retroflekteerunud emaka ja liidete tõttu võimalik diagnoosi panna, kahel juhul tingisid ebaõnnestumise tehnilised põhjused ja ühel haigel katkestati uuring vere-erituse tõttu.

Kuldoskoopilise uurimisega ei või alati rahulduda, eriti siis, kui üks või teine munasari ei ole nähtav. 1965. a. alates oleme seda meetodit täiendanud hüsterosalpingograafiaga (10 juhul). Kuid ka see uurimine ei võimalda määrata kasvaja selgeid piirjooni. 1968. a. alates oleme kuldoskoopiale lisaks rakendanud pneumopelviograafiat, mida mitmed autorid (2, 3, 9, 12, 13, 14) on soovitanud laialdaselt kasutada.

Pneumopelviograafia toimub kohe pärast kuldoskoopiat, sest haige on uurimiseks juba vajalikul määral ette valmistatud ja talle on eelmisel protseduuril rajatud pneumoperitoneum. Samuti on ainult üks kord kergem taluda freenikuse ärritusele iseloomulikku valu. Niisugusel komplekssel uurimisel oleme häid tulemusi saanud 15 haigel.

Kuldoskoopia ja pneumopelviograafia ajal ei ole meil tekkinud komplikatsioone, mis oleksid nõudnud kohest operatsiooni. Ainult üksikjuhtudel tõusis temperatuur 37,3°-ni ja esines freenikuse ärrituse tõttu tugev valu, mida kupeerisime analgeetikumidega. Niisugused kõrvalnähud ei kestnud üle 36 tunni.

Juht 1. Haige E. K., 33 aastat vana, suunati Tallinna Vabariiklikku Dispanserisse. Diagnoos: *adnexitis chronica bilat. Endometriosis.* Korduvalt oli rakendatud soojutusravi. Kliiniline diagnoos: *adnexitis chronica bilat. adhaesiva.* Kurtis pikemat aega kestvat ebakorrapärast menstruatsiooni ja valusid ristluudes ning alakõhus. Günekoloogilise uurimise andmed: tupp vaba, emakakael puhas, emakas normaalse suurusega. Vasak adneks liidetes, parem vaba. *Excavatio rectouterina*'s on palpeeritav 2 cm läbimõõduga valulik ja liikuv resistentsus.

Kuldoskoopia: emakas retroflekteerunud, liidetes; paremal näha normist suurem väikesetsüstilise degeneratsiooniga munasari Graafi folliikuliga, munajuha liidetes, jämenenud, põletikunähtudega; vasakul pool munasarja kude muutunud, tsüstiline; tugevad liited ümbritsevate kudede ja munajuha vahel, viimane jämenenud, põletikunähtudega. Diagnoos: *Salpingitis chronica bilat. Cystis ovarii bilat.* Pneumopelviograafia nr. 5471 (vt. tahvel XI, pneumopelviogramm 1) — retroflekteerunud, normaalse suurusega emakas, *lig. latum*'id laiad, paksenenud. Esineb liidete vääte *lig. latum*'i, vaagna seinte ja munasarjade vahel; viimased väikesetsüstiliselt degenereerunud. Diagnoos: mõõdukalt suurenenud väikesetsüstiliselt degenereerunud munasarjad. Liited väikeses vaagnas. Operatsiooni andmed vastavad eespool kirjeldatud uurimiste andmetele. Histoloogilise uurimise tulemus (nr. 40608/10): *salpingitis chronica bilat. Degeneratio cystica et thecomatosis ovariorum.*

Juht 2. Haige L. S., 50 aastat vana, suunati Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse parempoolse munasarja tsüsti diferentseerimiseks krooniliseest adneksiidist. Haige on aastaid saanud soojutus- ja mudaravi, kuid tulemusteta. Kroonilist adneksiiti on ravitud 8 aastat. Kaebas valusid alakõhus ja ristluudes, mis olid kestnud kaks kuud. 1950. aastal eemaldatud vasakpoolne munasarja tsüst. Günekoloogilise uurimise andmed: emakas normaalse suurusega, emakakael puhas. Vasak adneks puudub; parem — vaagna seinani pikliku väädina paksenenud, valulik. Rektovaginaalselt oli võimalik palpeerida 2×3 cm läbimõõduga resistentsust. Kuldoskoopilisel uurimisel emakas normaalse suurusega, vasaku adneksi piirkonnas liited, adneks puudub; parem adneks kasvajaliselt muutunud, paksenenud, rektumil leiduvad kasvaja metastaasid. Diagnoos: *Carcinoma ovarii dex. Metastasis recti.* Pneumopelviograafia (nr. 5455); *carcinoma ovarii dex.* Operatsiooni ajal diagnoositi sama. Histoloogiline uurimine (nr. 40664/67): *cystadenocarcinoma papilliferum serosum* (vt. tahvel XI, pneumopelviogramm 2).

Juht 3. Haige L. B., 45 aastat vana, suunati Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse parempoolse munasarja tsüsti ja emaka müoomi diferentseerimiseks. Et tuumor ulatus *excavatio rectouterina*'sse, oli kuldoskoopia vastunäidustatud. Pneumopelviogramm (nr. 5488): *uterus myomatosus multiplex.* Haige opereeriti, diagnoos leidis kinnitust (vt. tahvel XII, pneumopelviogramm 3).

Juht 4. Haige T. A., 25 aastat vana, suunati dispanserisse munasarja tsüsti ja müoomi diferentseerimiseks. Uuringutest pneumopelviograafia (nr. 5526): *cystoma ovarii dex.* Diagnoos leidis kinnitust operatsiooni ajal (vt. tahvel XII, pneumopelviogramm 4).

Kokku võttes võib öelda, et kasvajate varaseks avastamiseks on väärtuslikud uurimismeetodid kuldoskoopia ja pneumopelviograafia. Neid on soovitatav rakendada ühel ja samal ajal, sest üks uuring täiendab teist. Kui kuldoskoopia on vastunäidustatud, jääb munasarja-

kasvajate diagnoosimisel ainsaks objektiivseks uurimismeetodiks pneumopelviograafia. Kuldoskoopia ja pneumopelviograafia korral komplikatsioone ei ole tekkinud, mis neid meetodeid võimaldab laialdasemalt soovitada günekoloogia valdkonda kuuluvate kasvajate diagnoosimisel.

РЕЗЮМЕ. В Таллинском республ. онкологическом диспансере для улучшения ранней диагностики рака яичников использовали кульдоскопию и пневмопельвиографию.

Кульдоскопия была использована в 60 случаях по следующим показаниям: 1) при опухолях неясной этиологии малого таза — 27 случаев, 2) при дифференциальной диагностике фибромиомы матки и кисты яичника — 6 случаев, 3) при хроническом воспалении придатков — 17 случаев. Из последних только у 5 больных был оставлен диагноз: хронический аднексит, у 10 больных была обнаружена киста яичников, у 2 больных оказался рак яичников, 4) другие заболевания — 4 случая.

При кульдоскопии у 4 обследованных была сделана пункция кисты яичника с последующим цитологическим исследованием.

Пневмопельвиография была сделана сразу после кульдоскопии.

По нашему мнению, кульдоскопию и пневмопельвиографию нужно проводить одновременно, так как одно исследование дополняет другое.

KIRJANDUS: 1. Вермель Е. М. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 104—109. — 2. Грязнова И. М. Акушерство и гинекология, 1961, 4, 66—70. — 3. Грязнова И. М. Рентгено-пельвеография, флебография и эндоскопия в гинекологии, М., 1965. — 4. Нечаева И. Д. Вопр. онкологии, 1963, 1, 84—90. — 5. Нечаева И. Д. Вопр. онкологии, 1963, 4, 9—12. — 6. Нечаева И. Д. Опухоли яичников, М., 1966. — 7. Новикова Л. А. Сов. медицина, 1961, 8, 33—40. — 8. Персианинов Л. С. и др. Акушерство и гинекология, 1960, 6, 62—66. — 9. Поляк М. С. Вопр. онкологии, 1964, 12, 77—81. — 10. Adler, U. Gynaecologia, 1960, 5, 307—324. — 11. Anbrokh, Y. M. Neoplasma, 1967, 2, 215—222. — 12. Bublitz, G. Radiologia. Diagnostika, 1966, 4, 422—426. — 13. Kunštadt, E. Radiologia. Diagnostika, 1966, 4, 329—336. — 14. Richter, R. Radiologia. Diagnostika, 1966, 4, 384—392.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

VÄHIHAIGETE KÕRGENENUD TUNDLIKKUSEST DEPOLARISEERIVA TOIMEMEHHANISMIGA LIHASERELAKSANTIDE SUHTES

MAANO KIVILO
Tallinn

UDK 615.785.3:616-006

Suktsinüüldikoliinist sünteesitud depolariseeriva toimemehhanismiga lihaserelaksantidele on iseloomulikud erakordne nn. terapeutiline laius ja toime lühiajalisus. Siiski on küllalt sagedased ka juhud, mil nende relaksantide toimeaeg on ebatavaliselt pikenenud, väldates 4 . . . 7 minuti asemel koguni tunde. Toimeaja pikenemise põhjusi on seostatud paljude asjaoludega, nagu seerumkoliinesteraasi aktiivsuse vähenemisega või selle fermendi atüüpilisusega (7), vee-, elektrolüütide ja valgu-ainevahetuse ning happe-leelise tasakaalu häiretega (2, 4, 7, 8), vereringe puudulikkusega (1) jms. Relaksantide toimeaja pikenemise üheks põhjuseks peetakse ka kartsinoomi (3).

W. Grohmann (5) esitab andmeid depolariseeriva toimemehhanismiga relaksantide toimeaja pikenemisest bronhi kartsinoomi ja eriti seedetrakti kartsinoomi puhul. Üks selle nähtuse põhjusi on seerumkoliinesteraasi aktiivsuse vähenemine, mis on iseloomulik kasvajalisele protsessile (6). Siiski ei saa seerumkoliinesteraasi aktiivsuse muutumist pidada ainumääravaks, sest kaugelearenenud vähktõve puhul on tavaliselt tegemist ka teiste eespool mainitud põhjustega.

Tabel 1

Depolariseeriva toimemehhanismiga lihaserelaksandi kulu (mg/kg/t.)

Haigete rühm	Haigete vanus	Haigete kaal (kg)	mees naine	Relaksandi kulu (mg/kg/t)					
				minim.	maksim.	M	n	±s	±m
I	19—72 M=52,1	44—89 M=62,7	15/14	5,4	19,7	10,4	29	3,2	0,6
II	39—78 M=56,2	43—106 M=65,7	17/25	2,9	13,9	8,4	42	2,7	0,4
III	22—80 M=62,7	37—91 M=61,5	17/21	1,6	13,0	7,5	38	2,8	0,4
IV	38—76 M=60,4	50—80 M=62,2	7/6	2,9	10,9	6,6	13	2,6	0,7

Käesoleva töö raames on püütud selgitada, kas depolariseeriva toimemehhanismiga relaksantide toimeaja pikenemine on kartsinoomile omane ka enne sekundaarsete ainevahetushäirete ja elundite talitlushäirete tekkimist. Selleks uuriti 114 kirurgiliselt ravitava haige relaksanditarvidust täieliku relaksatsiooni saavutamiseks ja säilitamiseks esimese tunni vältel. Analüüsimisele kuulusid 1. I 1967 kuni 1. IV 1968 tehtud anesteesiad, mille puhul ei kasutatud spetsiaalset premedikatsiooni ega aineid, mis võiksid mõjutada relaksandi toime intensiivsust (ganglione blokeerivad ained, fenotiasiini derivaadid, novokaiini viimine veeni jne.). Anesteesia metoodika oli kõikidel juhtudel ühesugune: premedikatsiooniks süstiti 0,5 mg atropiini veeni, induktsiooniks kasutati barbituraate või tiobarbituraate, täieliku relaksatsiooni tagamiseks viidi fraktsioneeritult veeni lüstenooni või müorelaksiini, põhinarkootikumiks oli eeter. Kopse ventileeriti respiraatorite DP-l või RO-lm abil. Narkoosi sügavus ulatus III_1 staadiumini.

Tabel 2

Relaksandi kulu erinevuste tõenäosus haigete eri rühmade võrdlemisel

Võrreldavad rühmad	t	n_1+n_2-2	P
I ja II	2,75	69	0,01>P>0,002
I ja III	3,94	65	0,001>P
I ja IV	4,12	40	0,001>P
II ja III	1,51	78	0,25>P>0,1
II ja IV	2,22	53	0,05>P>0,02
III ja IV	1,08	49	0,5>P>0,25

Analüüsimiseks jaotati anesteseerimisele kuuluvad haiged nelja rühma: I rühm — kartsinoomita haiged, II rühm — kaugmetastaasideta kartsinoomihaiged, III rühm — kaugmetastaasidega kartsinoomihaiged, IV rühm — pankrease pea kartsinoomi ja mehhaanilist kollatõbe põdevad haiged (bilirubiini väärtused 6,2 . . . 23,5 mg%).

Viimasesse (IV) rühma lisati juhtude vähesuse tõttu vaadeldaval ajavahemikul veel kaheksa kollatõbe põdevat haiget, keda oli opereeritud 1965. ja 1966. aastal. Nendest viiel oli põhinarkootikumiks N_2O; kopse ventileeriti käsitsi.

Relaksandi kulu arvestati milligrammides kehakaalu ühe kg kohta tunnis (mg/kg/t.). Seda analüüsiti ainult esimese tunni vältel pärast anesteesia algust, mil operatsioonist tingitud häired on ka eri operatsioonide puhul suhteliselt väikesed ja sarnased (rindkeresisesed operatsioonid on analüüsist välja jäetud). Analüüsi statistiliselt töödeldud andmed on esitatud tabelites 1 ja 2.

Andmetest nähtub, et haigetel, kel kartsinoomi ei olnud, on relaksanditarvidus usaldavalt suurem kui neil, kel diagnoositi kartsinoomi. Samuti on usaldatav erinevus mehhaanilise kollatõvega ja kaugmetastaasideta kartsinoomihaigete relaksanditarviduses. Kuigi kaugmetastaasidega haigete relaksanditarvidus on enamikul juhtudest väiksem kui kaugmetastaasideta kartsinoomihaigetel, ei ole see erinevus statistiliselt usaldusväärne (0,25>P>0,1). Samuti puudub oluline erinevus kaugmetastaasidega haigete ja kollatõbe põdevate haigete relaksanditarviduses (0,5>P>0,25).

Saadud andmed võimaldavad arvata, et kartsinoomi puhul arenevad aine-

vahetuses juba üsna varakult sellised nihked, mis põhjustavad depolariseeriva relaksandi toimeaja pikenemise. Vähiprotsessi makroskoopiliselt (morfoloogiliselt) kindlaksmääratav levik ei ole seejuures määrava tähtsusega, sest relaksandi toimeaeg pikeneb (s. t. tundlikkus relaksandi suhtes suureneb) usaldatavalt ka siis, kui maks ei ole hõlmatud kartsinoomist ning kaugmetastaasid ei ole põhjustanud elundite talitluse häireid.

РЕЗЮМЕ. У 122 хирургических больных изучали связь между длительностью действия деполяризирующего миорелаксанта и распространенностью ракового процесса. При всех изучаемых анестезиях обеспечивалась полная релаксация мышц фракционным введением релаксанта. Потребность в релаксанте выражали в миллиграммах на килограмм веса за первый час операции.

При анализе полученных данных выяснилось, что у больных без ракового процесса (29 больных) потребность в релаксантах выше, чем у больных с раковым процессом ($P<0,01$). Следовательно, чувствительность онкологических больных к деполяризирующим миорелаксантам повышена достоверно даже в тех случаях, когда клинически не наблюдаются отдаленные метастазы (42 больного). Тенденция дальнейшего повышения чувствительности к деполяризирующим миорелаксантам при метастазировании ракового процесса (38 больных) статистически не достоверна. Только больные раком поджелудочной железы, осложненным механической желтухой (13 больных), были достоверно ($P<0,05$) более чувствительны к деполяризирующим миорелаксантам, чем больные с раковыми процессами других локализаций без отдаленных метастазов. Но чувствительность этих же больных не отличалась достоверно от чувствительности больных с отдаленными метастазами без желтухи.

Эти данные указывают на сдвиги в обмене веществ у онкологических больных, которые вызывают повышение чувствительности к деполяризирующим миорелаксантам уже до возникновения отдаленных метастазов и до морфологически обнаруживаемого поражения печени раком.

KIRJANDUS: 1. Бусалов А. А., Прахов Н. В. Грудн. хир., 1964, 1, 90—96. — 2. Прахов Н. В., Зинин М. И. и Итин А. Б. Эксперим. хирургия и анест., 1965, 2, 78—81. — 3. Децик Ю. И. Лабор. дело 1966, 6, 338—340. — 4. Feldman, S. A. Brit. J. Anaesthesia, 1963, 35, 546—551. — 5. Grohmann, W. Dtsch. Gesundheitswesen, 1956, 11, 33, 1114—1119. — 6. Schmidt, H. W. Klin. Wochenschr., 1947, Jg. 24/25, H. 51/52, 818—820. — 7. Utting, J. Brit. J. Anaesthesia, 1963, 35, 521—527. — 8. Vickers, M. D. Brit. J. Anaesthesia, 1963, 35, 528—534.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

TSÜTODIAGNOSTIKA TÄHTSUSEST MAOVÄHI AVASTAMISEL

TAIMI VANASELJA
Tallinn

UDK 616.33-006.6:616-076.5

Maovähi diagnoosimine ei ole käesoleval ajal veel nõutaval tasemel. Eriti raske on maovähi varajaste vormide avastamine, pahaloomuliseks muutunud maohaavandi ja polüübi kindlakstegemine, limaskesta jämenenud voldilisuse ning rigiidse antrumgastriidi diferentseerimine algavast vähist. Seetõttu on tsütodiagnostika kui diagnoosimise abimeetod leidnud üha laialdasemat kasutamist maohaiguste korral (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10).

Peab märkima, et maohaiguste tsütodiagnostika on suhteliselt raske diagnoosimenetlus, sest uurimismaterjal tuleb võtta pimesi. Limaskestast irdunud rakud lagunevad maomahla toimel kergesti, makku satuvad allaneelatud röga ja rakud ninaneeluruumist ning söögitorust.

Eri autorite andmeil on saadud positiivseid tulemusi maovähi tsütoloogilisel diagnoosimisel 50 . . . 85%-l juhtudest (1, 5, 11, 12, 13).

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on mao tsütoloogilisi uuringuid tehtud 1963. a. alates, kusjuures materjali saamiseks on kasutatud varem kirjeldatud meetodil sondi-harjakest (15).

Käesolev töö käsitleb 209 maohaige tsütoloogiliste uuringute tulemusi juh-

tudel, kus diagnoositi või oletati maovähki ja haavandi või polüübi pahaloomuliseks muutumist. Iga haige puhul tehti 6 ... 10 preparaati. Kokku vaadati üle 1600 tsütoloogilise preparaadi. 140 haigel uuriti tsütoloogilisi preparaate luminestsentsmeetodil.

Kliiniline diagnoos pandi kliinilis-laboratoorsete, röntgenoloogilise, gastroskoopia (koos biopsiaga) ja tsütoloogiliste uurimiste alusel.

Mao tsütogramme hinnati järgmiselt: 1) positiivsed, 2) kahtlased ja 3) negatiivsed.

Maovähk tehti lõplikult kindlaks 109 juhul. 36 juhul diagnoositi mao kroonilist haavandit, 13 isikul mao polüüpi ja 36 juhul kroonilist gastriiti. 15 inimesel esinesid muud kõhuõõne elundite haigused.

Tsütoloogilisel uurimisel tuli mõnikord ette hüperdiagnoosimise juhte. Kroonilise haavandtõvega haigetel avastati 2 juhul «vähirakud», 7 juhul oli tsütogramm vähi suhtes kahtlane. Polüüpide puhul leiti 3 juhul vähi suhtes kahtlasi rakke, kuna 2 juhul diagnoositi pahaloomuliseks muutunud polüüpi. 36 kroonilist gastriiti põdeval haigel oletati 6 korral tsütoloogiliselt pahaloomulist kasvajat.

Maovähki põdevatel haigetel avastati tsütoloogilisel uurimisel 68 juhul vähirakud, 18 juhul on kahtlus vähi suhtes, seega saadi positiivseid tulemusi kokku 86 juhul.

190 haigest tõestati maovähi kliiniline diagnoos operatsiooni ajal saadud andmete ja patoloogilis-histoloogiliste uurimiste alusel 81 juhul, operatsiooni ajal aga ainult 13 korral. Ülejäänud juhtudel diagnoositi kliiniliste, röntgenoloogiliste ja gastroskoopiliste uuringute põhjal maovähki IV staadiumis.

Meie andmeil olenesid maovähi tsütoloogiliste uuringute tulemused 1) haigusprotsessi ulatusest (staadiumist), 2) kasvaja makroskoopilisest vormist, 3) kasvaja asukohast maos ja 4) kasvaja morfoloogiast.

I ja II staadiumi maovähi puhul diagnoositi tsütoloogilise uurimise põhjal vähki 66,6%-l juhtudest, III staadiumis leiti vähirakke ja vähi suhtes kahtlasi rakke 80,5% ning IV staadiumis 83,6% uurituist (vt. tabel 1).

Maovähi infiltratiivsete vormide puhul oli tsütoloogiliselt positiivseid

Tabel 1

Maovähi tsütoloogiliste uurimiste tulemused olenevalt maovähi staadiumist

Staadium	Kindlalt positiivsete juhtude arv	Kahtlane	Negatiivne
I	2	0	1
II	8	6	7
III	26	3	7
IV	32	9	8
Kokku	68	18	23

Tabel 2

Tsütoloogiliste uurimiste tulemused olenevalt kasvaja makroskoopilisest vormist

Kasvaja makroskoopiline vorm	Kokku (juhtude arv)	Kindlalt positiivsed	Kahtlased	Negatiivsed
Infiltratiivne	29	6	10	13
Haavanduv-infiltratiivne	19	15	1	3
Eksofüütne	48	39	4	5
Haavandist arenenud vähk	13	8	3	2
Kokku	109	68	18	23

tulemusi 55,2%-l juhtudest (vt. tabel 2). Kui oli tegemist haavandunud infiltratiivse ja haavandist arenenud vähiga, olid positiivsed tulemused vastavalt 84,2% ja 84,6%. Kõige enam oli positiivseid tulemusi (89,6%) eksofüütsete vormide korral (vt. tabel 2).

7 haigel paiknes vähk mao subkardiaalses või kardiaalses piirkonnas. Sel puhul leiti 6 isikul vähirakud tsütoloogilisel uurimisel.

Maokehas paiknes vähkkasvaja 48 haigel, nendest 35 isikul esinesid tsütogrammis vähirakud ja 7 juhul oli nende suhtes kahtlus. Selle lokalisatsiooni korral saadi positiivseid tulemusi 87,5%.

Mao püloroantraalses osas asuva vähi puhul langes positiivsete tulemuste sagedus 70,3%-le. Kokku paiknes kasvaja selles piirkonnas 54 haigel, kusjuures vähirakke leidus tsütogrammis 27 ja kahtlus oli 11 juhul. 16 korral vähirakke ei avastatud.

Mao tsütoloogiliste uuringute tulemused olenesid meie andmeil kasvaja histoloogilisest ehitusest, kusjuures määravaks osutus sidekoe ja rakuliste elementide suhe. Ülekaalukalt sidekoeliste skirroossete vormide puhul jääb mao limaskest kauaks ajaks intaktseks, mistõttu positiivsete uurimistulemuste arv väheneb ning neid saadakse põhiliselt kaugelearenenud vähktõve (IV staadium) juhtudel.

Esitame alljärgneva juhu.

35-aastane naispatsient kaebas valusid mao piirkonnas ja iiveldust. Kahel korral oli röntgenoloogiliselt diagnoositud maokeha osas hüperplaseerunud ja lokaliseerunud tumoroosset gastriiti. Gastroskoopiliselt oli leitud mao limaskesta jämenenud voldilisus ja superfitsiaalne gastriit. Haigele oli 2 korral tehtud mao tsütoloogiline uurimine. Ühte tsütogrammi hinnati kui kahtlast vähirakkude suhtes, teisel juhul leiti vähirakkude kompleksid.

Tuginedes rohkem röntgenoloogilise ja gastroskoopilise uurimise andmeile, maovähki antud juhul ei diagnoositud. Poolteist aastat hiljem avastati aga kaugelearenenud maovähk.

Järeldused

1. Tsütodiagnostika on oluline meetod maovähi avastamisel. Eriti perspektiivne on see eksofüütsete ja haavandunud infiltratiivsete vormide korral ning siis, kui kasvaja paikneb maokeha subkardiaalses või kardiaalses piirkonnas.
2. Sond-harjake võimaldab tsütoloogiliseks uurimiseks saada küllaldaselt materjali.
3. Luminestsentsmikroskoopia kasutamine võimaldab kiiresti diferentseerida vähirakke ja vähi suhtes kahtlasi rakke preparaatide edasiseks täiendavaks uurimiseks.

РЕЗЮМЕ. В Таллинском республиканском онкологическом диспансере цитологический метод диагностики рака желудка применяется начиная с 1963 года.

В работе анализируются данные цитологических исследований 209 больных с диагнозом рака желудка и с подозрением на рак или малигнизацию язвы и полипа. Всего просмотрено около 1600 препаратов. У 140 больных первоначально проведено люминесцентное исследование препаратов.

Клинический диагноз ставился на основании комплексного исследования. Всем больным параллельно производили рентгеноскопию желудка, при необходимости париэтографию и большой части гастроскопию. Окончательный клинический диагноз рака был поставлен в 109 случаях. Остальные случаи по клиническому диагнозу распределялись следующим образом: хроническая язва желудка — 36, полипоз желудка — 13, хронический гастрит — 36, прочие заболевания — 15.

В вышеуказанных группах наблюдали некоторую гипердиагностику.

В группе с клиническим диагнозом рак желудка цитологически рак диагностирован в 68 случаях и подозрение на рак в 18 случаях, всего положительных результатов 86, что составляет 78,9%.

Клинический диагноз рака подтвержден операцией и патогистологически в 81 случае, в 13 случаях только операцией. В остальных случаях диагноз поставлен на основе клинических, рентгенологических и гастроскопических данных (IV стадия заболевания).

При раке I и II стадий положительные и подозрительные находки составляют 66,6%, при III стадии опухолевые и подозрительные на рак клетки найдены в 80,5%, при раке IV стадии — в 83,6% случаев.

Инфильтративные формы опухолей составляли 55,2%, язвенно-инфильтративные формы и раки из язвы — примерно одинаковое количество положительных результатов (84,2% и 84,6%).

При опухолях в субкардиальной и кардиальной части процент положительных результатов выше (87,5%), чем при опухолях в области тела и особенно в пилороантральной части (70,3%).

При скиррозных формах, когда слизистая остается долго неизмененной, число положительных результатов резко падает и они приходятся на IV стадию процесса.

KIRJANDUS: 1. Булич Н. П. Цитодиагностика рака желудка по осадкам промывных вод. Одесса, 1960. — 2. Шевченко И. А. Лабор. дело, 1962, 6, 28—31. — 3. Шевченко И. А. Вопр. онкологии, 1962, 3, 48—57. — 4. Шевченко И. А. Терапевт. архив, 1961, 8, 45—49. — 5. Шевченко И. А. Клинич. медицина, 1963, 10, 110—116. — 6. Бергольц В. М. Люминесцентная микроскопия. М., 1953. — 7. Черникова В. Е. Фазоконтрастная и люминесцентная микроскопия в клинико-лабораторной диагностике злокачественных новообразований. Харьков, 1960. — 8. Фишер М. Х. Значение цитологического метода в диагностике рака желудка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Алма-Ата, 1965. — 9. Вейсман Ю. А. Рентгеногастроскопическое и цитологическое исследование при предраке и раке желудка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1964. — 10. Рапопорт С. И. Эксфолиативная цитология в диагностике рака желудка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1965. — 11. Pollard, H., Bruant, H. JAMA, 1949, 2, 71—74. — 12. Panico, F. G. Papanicolaou, G. N., Cooper, W. A. JAMA, 1950, 143, 1308—1311. — 13. Klayman, M. J. a. o. Gastroenterology, 1955, 29, 849—864. — 14. Schade, RO. K. Gastric Cytology. Principles, methods and results. London, 1960. — 15. Vanaselja, T. I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 26—28.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

KOGEMUSI EMAKAKAELA VÄHKTÕVE KOMBINEERITUD KIIRITUSRAVI ALAL JA SELLE HILISTULEMUSTEST

HARRI ERNITS
Tallinn

UDK 618.146-006.6:615.849.7

Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri radioloogiaosakonnas on 70 voodit, millest peaaegu $^1/_3$ on ette nähtud suguelundite vähki põdevatele naishaigetele. Enamiku neist moodustavad emakakaelavähki põdevad isikud.

Haiged saabuvad statsionaari pärast konsiiliumi otsust polikliinikus, kus määratakse iga esimest korda ravile tulnu esialgne ravitaktika. Konsiiliumil tutvuvad haige tervisliku seisundiga korraga mitme eriala spetsialistid. Statsionaaris uuritakse teda põhjalikumalt ja tehakse kindlaks vähktõve kliiniline staadium. Selleks sageli ei piisa ainuüksi palpeerimisest. Suureks abiks haigusstaadiumi kindlaksmääramisel on uroloogiline uurimine. Eriti väärtuslikuks on osutunud pelvio- ja lümfograafia.

Esitame patsiendi lümfogrammi (vt. tahvel XIV), kellel palpeerimise teel avastati vähk II staadiumis, kuid lümfograafilise uurimise alusel ilmselt III staadiumis.

Suureks abiks retsidiivide diferentsiaaldiagnoosimisel on lümfograafia, sest palpeerimise ja muude uurimiste alusel on sageli võimatu eristada kiiritusjärgset parameetriumi induratsiooni tuumori retsidiivist.

Kõikidele haigetele oleme teinud esimese radioaktiivse koobalti (^{60}Co) aplikatsiooni eel biopsia.

Emakaõõnde ja tuppe aplitseerime ühel ja samal ajal radioaktiivset koobaltit üks kord nädalas. Koobaltiaplikaatori viime emakasse ilma kanüülita, mistõttu enamikul juhtudest jääb ära tservikaalkanali dilateerimine, mis mõnikord võib põhjustada raskeid komplikatsioone. Ühtlasi soodustab tservikaalkanali forsseeritud laiendamine metastaaside levikut.

Emakasse viiakse 17,5 kuni 35 mg koobaltit. Kuni 1966. aastani kasutasime Tobilevitši kolpostaate või valmistasime need kummikäsnast. Nüüd rakendame edukalt pleksiklaasist tehtud eri mõõtmetega kolpostaate. Neid pole iga päev tarvis pakkida ja seega protseduuriõdede kiirituskoormus väheneb märgatavalt. Kolpostaat sisaldab 18 kuni 30 mg radioaktiivset koobaltit. Kitsaste tuppede puhul kasutame pleksiklaasist ovoiide, mida on kerge aplitseerida. Kolpostaadi fikseerime rivanoolilahuses niisutatud vatitampooni abil.

Aplitseerimine kestab 47 tundi. Haige viime protseduuritoast palatisse kanderaamil, et vältida kolpostaadi nihkumist. Radioaktiivset koobaltit aplitseerime igale haigele keskmiselt 3 kuni 7 korda (olenevalt preparaadi aktiivsusest). Meie arvates on optimaalseks doosiks punkti A 7000 kuni 12 000 raadi. Kui see doos ületatakse, tekivad sageli rasked tüsistused proktiitide ja tsüstiitide näol, millele kaasuvad fistulid. Anatoomiliste erinevuste tõttu saime koldedoosiks punkti B ainult 800 kuni 1700 raadi. Sellised väikesed doosid ei garanteeri tuumori taandumist, eriti siis, kui haigus on III staadiumis. Selleks et punktis B saada vajalikku neeldumisdoosi, rakendame väliskiiritusravi, milleks kasutame distantsgammaravi-aparaate «Lutš» ja «Rokus». Väliskiiritusravi määratakse haigetele koobaltiaplikatsioonidest vabadel päevadel. Nende aparaatidega on võimalik saavutada neeldunud koldedoos parameetriumides 3000 kuni 6000 raadi, ilma et tekiks naha kahjustusi, mis varematel aastatel olid röntgensüvaravi puhul sagedased nähtused.

Röntgenraviaparaadi RUM-3 abil oleme keskmiselt neeldunud koldedoosiks parameetriumides saanud ainult 600 kuni 1200 raadi. Niisugustest väikestest doosidest ei piisanud vaagnaseinapidiste infiltraatide taandamiseks.

1966. a. alates oleme emakakaelavähi ravimisel röntgenkiiritusest täiesti loo-

Tabel 1

Vanus	I st.	II st.	III st.	IV st.	Kokku
21 ... 30 a.	—	1	2	—	3
31 ... 40 a.	8	14	14	—	36
41 ... 50 a.	22	41	45	—	108
51 ... 60 a.	21	78	45	1	145
61 ... 70 a.	12	48	29	2	91
71 ... 80 a.	1	10	7	1	19
üle 80 a.	—	—	2	—	2
Kokku:	64	192	144	4	404

bunud. Kombineeritud kiiritusravi saavad statsionaaris kõik haiged. Ravi kestab 6 kuni 8 nädalat. Sel ajal teeme vereülekandeid, ordineerime antibiootikume, prednisolooni, androgeene ja leukopoeesi ergutavaid medikamente. Suurt rõhku paneme vitamiinide manustamisele. Kiiritusreaktsiooni vähendamise tõhusaks vahendiks on osutunud konjak, mida antakse väikestes annustes vahetult enne kiiritusravi.

Analüüsisime emakakaelavähki põdeva 404 naise haiguslugu, kes said kombineeritud kiiritusravi 1957. a. jaanuarist 1963. a. maini. Sel perioodil asus radioloogiaosakond veel väikestes, tööks ebasobivates ruumides. Et osakonnas oli ainult 20 voodikohta, olime väliskiiritusravi sunnitud ambulatoorselt rakendama kas enne või pärast aplikatsioone 287 haigel. Kui oli tegemist III staadiumi vähiga, alustasime väliskiiritusravi. I ja II staadiumi puhul eelistasime alata ^{60}Co aplitseerimisega. Radioaktiivset koobaltit aplitseerisime 3-päevaste vaheaegade järel. Ainult 117 haiget sai koobaltravi üks kord nädalas vaheldumisi röntgenkiiritusraviga.

232 haiget oli pärit Tallinnast või vabariigi teistest linnadest. 172 haiget elunes maarajoonides. Andmed haigete jaotumisest vanuserühmade ja vähktõve staadiumide järgi on esitatud tabelis 1.

Alla 50 aasta vanuseid haigeid, kel haigusprotsess oli I ja II staadiumis, enamasti opereeriti.

Ravimeetodite järgi jaotusid haiged järgmiselt: koobaltiaplikatsioonid + röntgenravi 345, koobaltiaplikatsioonid + distantsgammaravi 41, koobaltiaplikatsioonid väliskiirituseta 18.

Röntgenraviks kasutati süvaraviaparaati RUM-3. Kiiritusvälja suurus oli 10×15 cm. Distants 40 cm. Filter 1,0 Cu + 0,5 Al. Anoodpinge 180 kV 2×250 R *pro die*. Summaarne nahadoos neljale väljale oli alla 10 000 r 60 haigele, 10 000 r 245 haigele, üle 10 000 r 40 haigele.

Distantsgammaravi aparaadi Gut-Co-400 abil oleme kasutanud 1960. a. alates. Välja suurus 8×10 cm. Distants 35 cm. 2×250 r *pro die*. Summaarne nahadoos 10 000 ... 12 000 r.

18 haiget sai ainult radioaktiivset ravi palliatiivselt verejooksude peatamiseks. Osa haigeist loobus väliskiiritusravist ise või polnud seda ühel või teisel põhjusel võimalik rakendada. 3 haige puhul, kel oli diagnoositud mikrokartsinoomi, loobusime väliskiiritusravist paksude kõhuseinte tõttu. Kõik need haiged on elanud üle 7 aasta, kusjuures retsidiive ei ole tekkinud.

Tabelis 2 on esitatud andmed ravimeetodite ja tulemuste kohta sõltuvalt vähktõve staadiumist.

Ravi hilistulemuste hindamisel eeldasime, et need 17 haiget on surnud, kelle saatuse kohta teated puuduvad. Radioaktiivset ravi saanutest suri 2 haiget.

Komplikatsioonidena tekkis proktiite 31 ja tsüstiite 47 haigel. Pärast ravi

Tabel 2

staadium / ravimeetod	On elanud 5 aastat			Surnud 5 aasta jooksul			Saatus teadmata		Kokku
	^{60}Co+ röntgenravi	^{60}Co+ distantsgammaravi	^{60}Co	^{60}Co+ röntgenravi	^{60}Co+ distantsgammaravi	^{60}Co	^{60}Co+ röntgenravi	^{60}Co+ distantsgammaravi	
I	44	3	3	10	1	1	2	—	64
II	86	11	2	75	6	2	10	—	192
III	40	9	2	71	10	7	4	1	144
IV	—	—	—	3	—	1	—	—	4
Kokku	170	23	7	159	17	11	16	1	404

Tabel 3

Staadium	Suri							Kokku suri
	ravi ajal	1...6 kuu vältel	7...12 kuu vältel	1...2 aasta jooksul	2...3 aasta jooksul	3...4 aasta jooksul	4...5 aasta jooksul	
I	—	—	2	2	3	3	2	12
II	—	11	9	23	21	11	8	63
III	2	21	17	28	10	6	4	78
IV	—	2	1	—	—	—	1	4
Kokku	2	34	29	53	34	20	15	187

lõpetamist kontrollisime neid esimese 2 aasta jooksul iga 3 kuu tagant, hiljem 2 korda aastas.

Kombineeritud kiiritusravi saanud 404 ravialusest suri viie aasta vältel 187 (vt. tabel 3).

Enamik haigeist, kelle puhul ravi jäi tulemusteta, suri poolteise aasta vältel pärast kiiritamist.

404 haige ravi tulemused on esitatud tabelis 4.

Tabel 4

Staadium	Ravitud haigete arv	Elasid 5 aastat	%
I	64	50	78,1
II	192	99	51,5
III	144	51	35,4
IV	4	—	—
Kokku	404	200	49,5

РЕЗЮМЕ. Треть больных, находившихся на лечении в радиологическом отделении Таллинского республиканского онкологического диспансера, составляли больные раком шейки матки.

Из 404 больных раком шейки матки 345 лечили радиоактивным кобальтом (Co^{60}) в сочетании с рентгеном, 41 больную лечили Co^{60} в сочетании с дистанционной гаммaтерапией, и только Co^{60} получили 18 больных. Среди 18 больных, получивших только Co^{60}, часть больных были те, которые отказались от наружного облучения, некоторым больным Co^{60} был применен паллиативно в связи с кровотечением и у 3 больных при микрокарциноме. Следует отметить, что все три последние больные живут 7 лет без рецидивов и метастазов. Пять лет жили — 200 (49,5%) больных, в т. ч. I стадией заболевания 50 (78,1%), II — 99 (51,5%), III — 51 (35,4%), IV ст. — 0. О 17 больных сведений не имеем. 187 больных умерли в ближайшие месяцы и годы (5 лет) после лечения, в том числе в первые полгода умерло 35 больных, в течение 7 месяцев до 1 года — 29 больных, до 3-х лет умерли 87 больных, в ближайшие 3—5 лет — 35 больных и 2 больных умерли во время лечения Co^{60}.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

NEERUPEALISTE KOORE MUUTUSTEST INTENSIIVSE GLÜKOKORTIKOIDRAVI PUHUL

VELLO VALDES
Tallinn

UDK 616.45:615.361.45

Üldist adaptatsioonisündroomi reguleerivad kortikosteroidid kujutavad endast organismi reaktiivsuse kunstliku mõjutamise võimsat vahendit. Need hormoonid kutsuvad paratamatult esile organismi regulatsioonisüsteemide tunduvaid nihkeid, mis omakorda võib olla uute patoloogiliste seisundite põhjus. Tõsiseid tüsistusi täheldas G. Šulțsev (3) 16%-l isikuist, keda kortikosteroididega intensiivselt raviti.

Surma põhjusena arvesse tulevatest tüsistustest on olulisemad infektsioonide ägenemine, seedetrakti haavandite perforatsioon ja äge adrenokortikaalne puudulikkus. Viimane on tingitud hüpo-

füüsi adrenokortikotroopse stimulatsiooni nõrgenemisest nii kortikosteroidide kui ka AKTH manustamise tagajärjel. Neil juhtudel vastab morfoloogiliselt sedastatav neerupealiste koore regressiivne transformatsioon (10) koos neerupealiste üldise vähenemisega hüpofüüsi destruktsiooni puhul esinevatele muutustele.

Tüsistuste tekkes on hormoonide annuse suuruse kõrval eriti oluline ka kasutamise viis ja kestus (2, 5, 7). M. Hajós (6) peab suureks niisuguseid prednisoloonianнuseid, mis ületavad 500 mg, ja kestvaks raviks kortikosteroidide kasutamist vähemalt 6 kuud. Esimesi neerupealiste koore atroofia tunnuseid on W. Bennet (4) täheldanud juba pärast 5-päevast kortisoonravi. N. Sasano ja I. Kitagawa (9) sedastasid siis, kui prednisolooni päevane annus oli 10 mg, neerupealiste koore regressiivset transformatsiooni 1 ... 2 kuu järel, kui aga 30 mg, siis mõne nädala pärast. Prednisolooni lühiajalise kasutamise korral olid ülekaalus muutused neerupealiste koore fastsikulaartsoonis, kuid kestval kasutamisel omandas atroofia pankortikaalse laadi. Morfoloogiliste muutuste hindamisel arvestasid nad ka põhihaiguse ja eluea võimalikku mõju.

Uurides neerupealiste koore funktsionaalseid-morfoloogilisi muutusi eri haiguslike seisundite puhul, pöörasime tähelepanu intensiivse glükokortikoidravi võimalikule osale neerupealiste koore funktsionaalse-morfoloogilise seisundi kujunemisel. Käesolevas töös esitame andmed 19 juhu kohta. Kõikidel juhtudel oli kasutatud üle 500 mg prednisolooni vähemalt 2 kuu vältel. Uurimismaterjali jaotus põhihaiguste, hormoonravi kestuse ja süsteemi ning haigete soo ja vanuse järgi on toodud tabelis. Kontrollrühma (22 juhtu) moodustavad kohtumeditsiinilise lahangu andmed praktiliselt tervetelt inimestelt, mis on saadud äkksurma puhul (õnnetusjuhud). Võrdlesime veel analoogiliste diagnoosidega juhtusid, kus hormoonravi ei oldud kasutatud või hormoonide hulk oli eespool toodust väiksem (31 juhtu). Neerupealiste koore funktsionaalsete-morfoloogiliste muutuste näitajatena rakendasime meie poolt väljatöötatud indeksit I' (1), mis ühel ja samal ajal kajastab nii neerupealiste kaalu kui ka tsonaalse struktuuri muu-

Uurimismaterjali jaotumine ja uurimise tulemused

Üld-arv	N	mehed		naised		Dl				I'						
		a	*b*	*a*	*b*	I	II	III	IV	$\bar{x}$	$\pm\sigma$	l	t_k	p_k	t	p
	19	5	—	10	4	5	2	5	7	19,7						
1.	10	3	—	5	2	—	1	3	6	22,2	10,2	5,8 ... 36,5	1,17	>0,05	1,34	>0,05
2.	9	2	—	5	2	5	1	2	1	17,0	5,9	9,0 ... 27,7	<1	>0,05		
3.	10	3	—	6	1	2	—	3	5	20,2	9,8	5,8 ... 36,5	<1	>0,05	<1	>0,05
4.	9	2	—	4	3	3	2	2	2	19,1	7,8	9,0 ... 32,8	<1	>0,05		
5.	9	1	—	6	2	2	—	2	5	14,1	5,8	5,8 ... 22,7	2,25	<0,05	4,88	<0,01
6.	10	4	—	4	2	3	2	3	2	24,7	7,9	12,8 ... 36,5	2,38	<0,05		
						Mehed				23,8	11,2	5,8 ... 36,5	1,65	>0,05	1,65	>0,05
						Naised				18,2	7,6	9,0 ... 33,2	<1	>0,05		
						20 ... 59 a. (a)				19,4	10,3	5,8 ... 36,5	<1	>0,05	<1	<0,05
						üle 60 a. (b)				20,6	9,9	9,0 ... 32,8	<1	>0,05		

N — juhtude arv; *a* — vanus 20 ... 59 aastat, *b* — vanus üle 60 aasta; Dl — delipidatsiooni aste: I — märgatav delipidatsioon puudub, II — tsentraalne delipidatsioon, III — koldeline delipidatsioon, IV — täielik delipidatsioon (kurnatusseisund); $\bar{x}$ — aritmeetiline keskmine, $\pm\sigma$ — standardhälve, l — piirväärtused, t_k ja p_k — erinevus kontrollrühmast, t ja p — erinevus naaberrühmast.

1. Neerupealiste koore tunduva progressiivse transformatsiooniga haigused (leukoosid, agranulotsütoos, aplastiline aneemia). 2. Neerupealiste koore märgatava progressiivse transformatsioonita haigused (kollagenoosid, bronhiaalastma ja Hamman-Richi sündroom).

3. Glükokortikoidide kasutamine kuni 1 aasta. 4. Glükokortikoidide kasutamine üle 1 aasta. 5. Glükokortikoidide pidev kasutamine. 6. Glükokortikoidide kasutamine vaheaegadega.

tusi [suureneb progressiivse ning väheneb regressiivse transformatsiooni (10) korral] ja delipidatsiooni (lipiidide kadumise) ulatust. Kontrollrühma keskmine I' on 19,0.

Tabelis toodud juhtudel, mil glükokortikoidravi oli intensiivne, ilmnesid küllaltki suured I' variatsioonid (5,8 ... 36,5), kusjuures kõikide juhtude keskmine (19,7) on praktiliselt võrdne kontrollrühma keskmisega. 1. ja 2. rühma omavaheline erinevus, kuigi statistiliselt mittetõenäoline, on tingitud põhihaigusest, mille foonil avaldus glükokortikoidide toime. Kui neid andmeid kõrvutada andmetega, mil patsiendid said hormoonravi vähesel hulgal või üldsegi mitte, ilmneb statistiliselt tõenäoline I' vähenemine vereloomehaiguste puhul (16 juhtu, $I'=32{,}9$, erinevus hormoonravi saanute rühmast $p<0{,}05$). Kollagenoosijuhtudel oli keskmine I' hormoonravi saanutel ka vähenenud ja kolmel juhul oli tegemist ilmse regressiivse transformatsiooniga ($I'=9{,}0$; 11,4; 12,4). Kuid rühma keskmine, mis on tingitud suurest piirväärtusest, ei erine olulisel määral hormoonravi mittesaanute omast (15 juhtu, $I'=20{,}2$; $p>0{,}05$).

Kõigist tabelis toodud kombinatsioonidest on indeksi I' erinevus statistiliselt tõenäoline vaid seoses glükokortikoidide manustamise süsteemiga (5. ja 6.). Kui glükokortikoide kasutati pidevalt, siis osutus I' tunduvalt madalamaks, kui aga vaheaegade järel, siis kontrollrühma omast kõrgemaks. Kui 5. rühmas statistilise tõenäolisusega ilmnesid neerupealiste koore regressiivse transformatsiooni tunnused, mis on võrreldavad hüpofüüsi intensiivse orgaanilise kahjustuse puhul täheldatutega (vt. tahvel XIII, mikrofoto 1), siis toimus progressiivne transformatsioon vaheaegadega hormoonravi korral (6. rühm; vt. tahvel XIII, mikrofoto 2) küllalt sageli ka siis, kui viimase ravikuuri vältel antud hormoonide kogus oli võrdne või isegi suurem pidevalt kasutatud hormoonide kogusest.

Need andmed vastavad J. Krachti (8) andmetele, kes kortikosteroidide nn. intermiteeriva manustamise puhul täheldas neerupealiste koore nõrgemat atroofiat kui nende pideva kasutamise korral. Ta arvestab, et lühiajalise hormoonravikuuri ajal pärsitakse AKTH sekretsiooni vähem ja hüposteroideemia faasis (hormoonide ärajätmise periood) hüpofüüsi kortikotroopne funktsioon mõnevõrra taastub.

Kuigi morfoloogilised muutused glükokortikoidide vaheaegadega manustamise korral viitavad neerupealiste koore rahuldavatele potentsiaalsetele reservidele, jääb viimaste aktiivne kasutatavus küsitavaks. Ühel juhul (lahang 381/64) on surm operatsiooni algul seostatav neerupealiste koore sekundaarse puudulikkusega, sest morfoloogiliste uuringute alusel oli tegemist keskmistes piirides I'-ga (15,7) ja vaid mõõduka delipidatsiooniga (vt. tahvel XIII, mikrofoto 3).

Intensiivse glükokortikoidravi puhul, mil täielikult kaetakse ja isegi ületatakse organismi poolt produtseeritavate hormoonide kogus, ilmneb ka intensiivse hormoonravi juhtudel küllaltki sageli neerupealiste koore täielik, kurnatusele vastav delipidatsioon (vt. tahvel XIV, mikrofoto 4). Seega põhjustavad organismi viidud hormoonid küll neerupealiste koore regressiivset transformatsiooni, kuid ei asenda neerupealiste koore loomulikku funktsiooni tervikuna.

Esitatud analüüs kinnitab J. Bierichi jt. (5) seisukohta, mille järgi pikka aega kestva kortikosteroidravi korral on hüpofüüsi ja neerupealiste koore puudulikkus, mis on indutseeritud hormoonidest, välditav esmajoones hormoonide intermiteeriva manustamise teel, kui seda võimaldab haigus.

РЕЗЮМЕ. Исследовались функционально-морфологические изменения коры надпочечников (КНП) в случаях применения глюкокортикоидов не менее 500 мг в течение 2 месяцев — 19 случаев (контрольная группа из практически здоровых людей — 22 случая и сравнительная группа с теми же заболеваниями, но без применения или с применением незначительных доз глюкокортикоидов — 31 случай). При этом наблюдалась регрессивная трансформация КНП, величина которой зависела от взаимоотношений повышения функции КНП, обусловленного основным заболеванием, и от снижения ее функции под влиянием примененных глюкокортикоидов. Установленные функционально-морфологические изменения со статистической достоверностью зависели от способа применения гормонов: регрессивная трансформация КНП была более выражена при непрерывном применении гормонов; при применении их с перерывами, даже в больших дозах, регрессивная трансформация была менее выражена и в некоторых случаях (в зависимости от основного заболевания и от его осложнений)

наблюдалась прогрессивная трансформация. Достоверную связь с полом и возрастом не отмечали. Хотя примененные глюкокортикоиды вызывали регрессивную трансформацию, они полностью не замещали функции КНП. На это указывала наблюдаемая в некоторых случаях значительная делипидация КНП.

KIRJANDUS: 1. Валдес В. А. О функционально-морфологических изменениях коры надпочечников при различных болезненных состояниях. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Таллин, 1967. — 2. Кюхел О. Клинич. медицина, 1963, 41, 3, 11—16. — 3. Шульцев Г. П. Клинич. медицина, 1964, 42, 8, 145—149. — 4. Bennet, W. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 1953, 28, 23, 658—665. — 5. Bierich, J. u. a. Dtsch. med. Wochenschr., 1962, 87, 1, 8—13. — 6. Hajós, M. Allergie u. Asthma, 1964, 10, 5, 263—269. — 7. Kaiser, H. Dtcsh. med. Wochenschr., 1967, 92, 16, 774—775. — 8. Kracht, J. Endokrinologie, 1960, 39, 1/2, 80—82. — 9. Sasano, N., Kitagawa, I. Tohoku J. Exptl Med., 1964, 83, 3, 270—281. — 10. Tonutti, E. Endokrinologie, 1951, 28, 1/2, 1—15.

Tallinna Vabariiklik Haigla

TÜSISTUSTEST SEEDEELUNDITES SUHKURTÕVE PUHUL

VELLO SALUPERE
HEIDI RATTUR
Tartu

UDK 616.33/.34:616.379-008.64

Tänu süstemaatilisele insuliinravile on suhkruhaigete eluiga tänapäeval tunduvalt pikenenud. Pikenenud on ka haiguse kestus, mis omakorda on kaasa toonud tüsistuste sagenemise. Mitmed tüsistused südame ja veresoonte, silmade, neerude ja närvisüsteemi kahjustuste näol on juba ammu tuntud ning neid on võrdlemisi põhjalikult uuritud. Tunduvalt vähem teatakse seedetrakti kahjustustest. Sageli ei seostata seedetraktihäirete sümptoome suhkurtõve sümptoomidega, vaid peetakse neid iseseisva, põhihaigusega patogeneetiliselt mitte seoses oleva haiguse tunnusteks.

Käesoleva töö käigus töötati läbi Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas aastail 1954...1964 viibinud suhkruhaigete haiguslood. Nimetatud perioodil oli statsionaaris ravil 351 suhkruhaiget (1,9% kõikidest ravil viibinutest), mitmeid neist raviti korduvalt. 30%-l haigetest esinesid mitmesugused seedetraktihäired. Seedetrakti vaevusi oli võrdlemisi põhjalikult uuritud ainult 69 isikul. Peale üksikasjaliku anamneesi ja objektiivse staatuse uurimise oli neil analüüsitud ka mao- ja duodenaalmahla, seedetrakti röntgenoloogiliselt kontrollitud, tehtud teste maksatalitluse hindamiseks jms. Ülejäänud suhkruhaigeid, kellel esinesid seedetrakti vaevused, ei olnud küllaldasel määral uuritud ja haiguslugude järgi ei saanud vaevuste täpset laadi kindlaks teha.

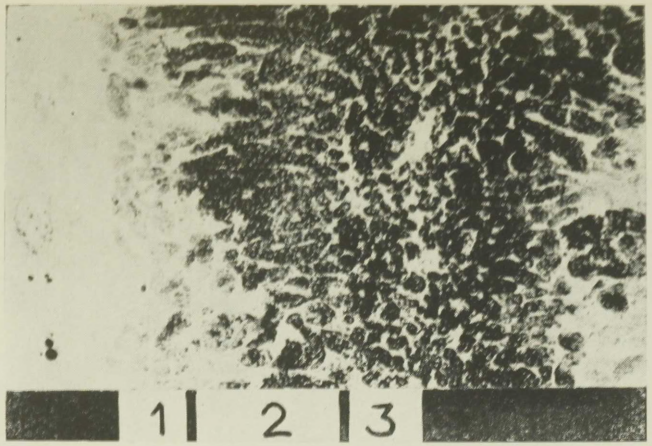
Viimaste aastate jooksul oleme suhkruhaigete seedetrakti uurimiseks hakanud kasutama objektiivsemaid meetodeid, eeskätt histamiinproovieinet (10 juhul) ja aspiratsioon-gastrobiopsiat (23 juhul). Kuigi sel teel kontrollitud haigete arv ei ole suur, peame käesoleva kirjutise raames otstarbekaks ka need andmed esitada. Histamiinproovieine ja gastrobiopsia rakendamise võtteid oleme juba varem kirjeldanud (7, 8, 19).

Nagu analüüsitud haiguslugudest selgus, täheldati suhkruhaigetel nii mao-, maksa- kui ka sooletalitluse häireid.

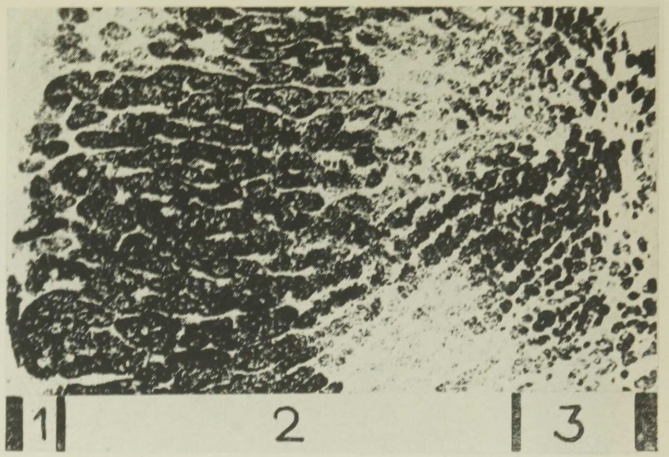
Maomahla happesus suhkruhaigetel

Ärriti	Anatsiidsus	Normja hüpatsiidsus	Hüperatsiidsus	Kokku
Kofeiin	12	12	2	26
Histamiin	7	3	1	11
Insuliin	1	1	—	2
Kokku	20	16	3	39

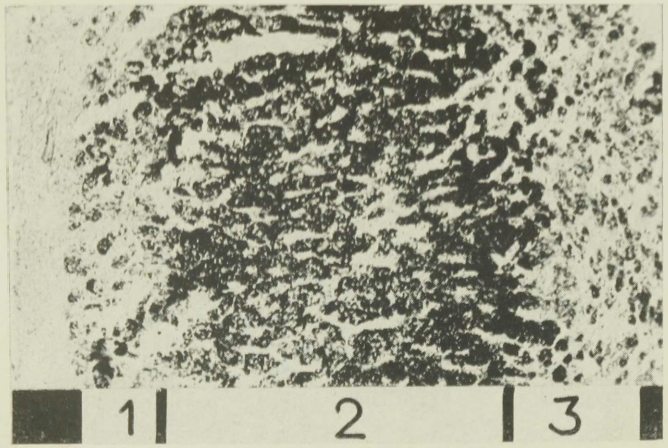
Mikrofoto 1. Lahang 308/65, 20-aastane mees. Krooniline müeloleukoos; disseminneerunud tuberkuloos. Pidev glükokortikoidravi (11 kuu jooksul umbes 10 g prednisolooni). Neerupealised: regressiivne transformatsioon, $I'=5{,}8$; vähene perifeerne delipidatsioon. (Värvitud sudaanmustaga, suurendus 60×)

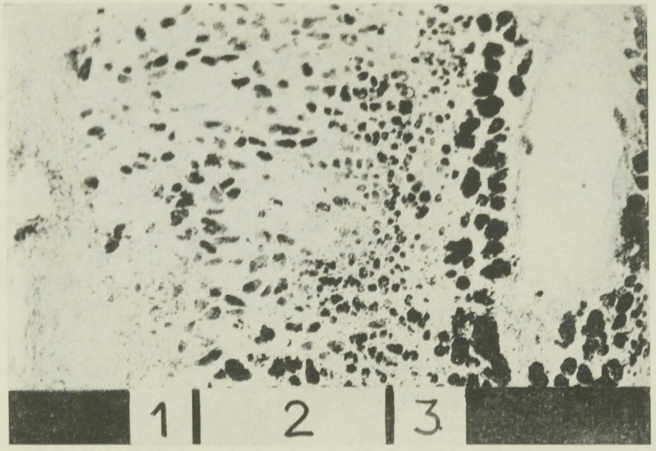


Mikrofoto 2. Lahang 59/63, 60-aastane naine. Lümfogranulomatoos. Vaheaegadega glükokortikoidravi 2 aastat (varasemad annused teadmata, viimase 2 kuu jooksul prednisolooni 835 mg). Neerupealised: progressiivne transformatsioon, $I'=32{,}8$; mõõdukas koldeline delipidatsion. (Värvitud sudaanmustaga, suurendus 60×)



1 — *zona glomerulosa*, 2 — *zona fasciculata*, 3 — *zona reticularis*

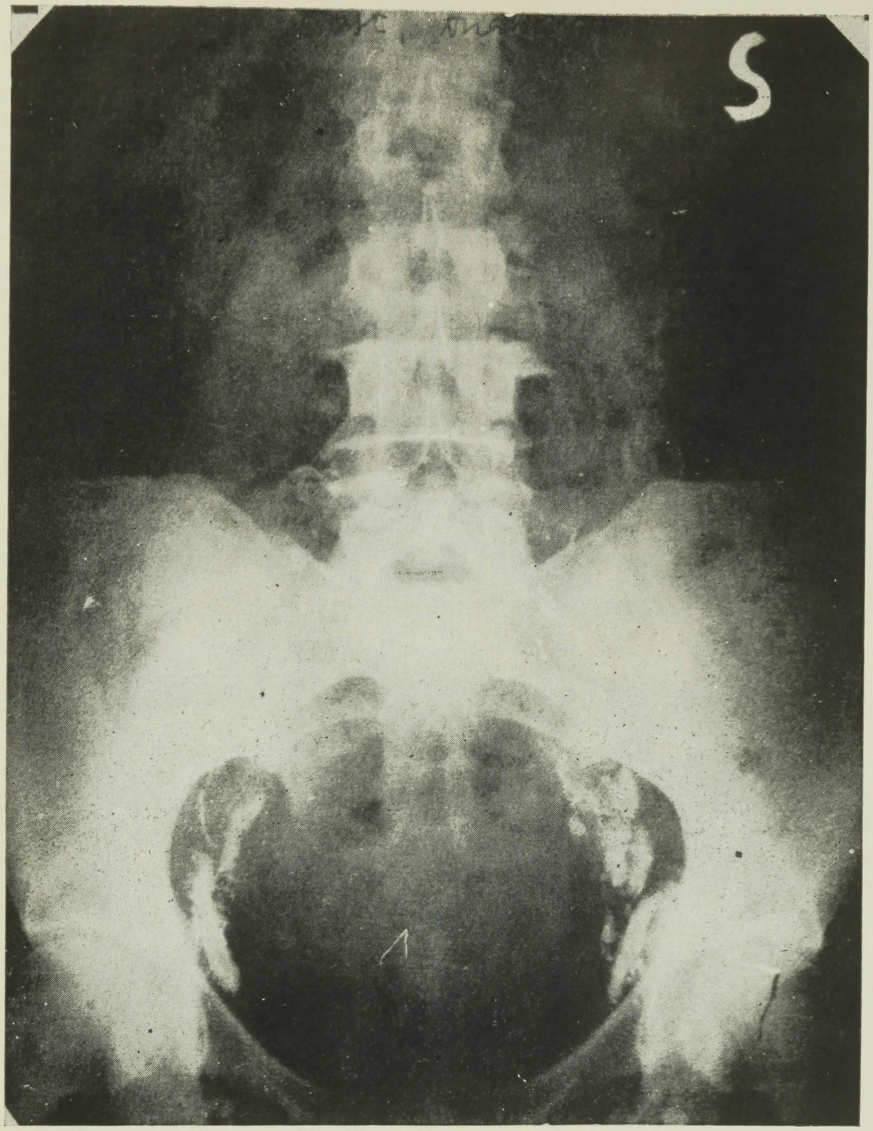




Mikrofoto 3. Lahang 381/64, 27-aastane naine. Krooniline deformeeriv polüartriit, surm liigest korrigeeriva operatsiooni algul. Vaheaegadega glükokortikoidravi (2,5 aastaga 3,3 g prednisolooni ja 200 üh. AKTH). Neerupealised: $I'=15{,}7$, vähene koldeline delipidatsioon. (Värvitud sudaanmustaga, suurendus 60×)

Mikrofoto 4. Lahang 93/66, 54-aastane naine. Krooniline erütromüeloos, maksa toksiline düstroofia. Pidev intensiivne glükokortikoidravi (1,5 aastat, prednisolooni annus teadmata). Neerupealised: regressiivne transformatsioon, $I'=10{,}9$, intensiivne delipidatsioon (vastab kuratusele). (Värvitud sudaanmustaga, suurendus 60×)

H. Ernits
(vt. tekst lk. 259)

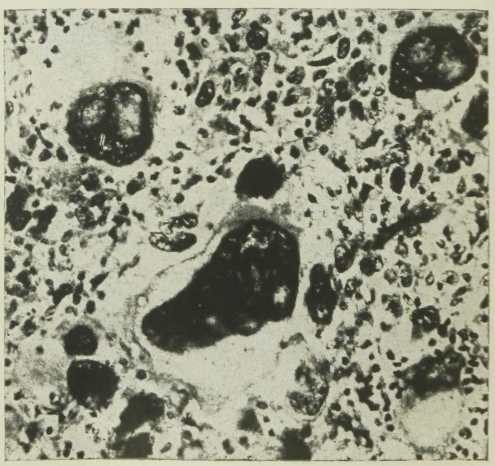


Haige P. A. lümfogramm. Palpeerimisel diagnoositi *Carcinoma colli uteri* II st. Pärast lümfograafiat diagnoos — *Carcinoma colli uteri* III st., kuna vasakul vaagna seinapidised lümfisõlmed on vähktõvest haaratud

L. Pokk
(vt. tekst lk. 249)



Joonis 1. Emaka adenokartsinoom (värving van Giesoni järgi, suurendus 96 ×)



Joonis 2. Keskseinandi hiidrakuline sarkoom (värving van Giesoni järgi, suurendus 168 ×)

Maohäired. Maosekretsiooni oli üldse uuritud 39 suhkruhaigel, neist 26-l kofeiin-, 11-l histamiin- ja 2-l insuliinärriti abil (vt. tabel).

Oleme seisukohal, et sageli esineva sekretsiooni-puudulikkuse tõttu on suhkruhaigete maosekretsiooni hindamiseks otstarbekas kasutada tugevatoimelisi ärriteid (parimaks tuleb pidada histamiini). Maosekretsiooni stimuleerimiseks on põhimõtteliselt võimalik tarvitada ka insuliini, kuid tuleb arvestada B. Babkini (2) seisukohta, mille järgi insuliin ergutab maonäärmeid ainult siis, kui selle annus on küllaldane hüpoglükeemia tekitamiseks. Niisugust annust iga suhkruhaige jaoks aga pole kerge leida.

Käesoleva töö tulemused tõendavad, et suhkruhaigetel on maosekretsioon sageli vähenenud. Kättesaadavas kirjanduses leiduvad andmed on selles suhtes vasturääkivad. Ühed autorid [L. Anohhina (1), E. Kozlova (4), V. Larina ja M. Jampolskaja (5)] arvavad, et suhkruhaigetel on ligikaudu võrdselt nii norm-, hüper- kui ka anatsiidsust. Seevastu L. Angervall kaasautoritega (9, 10) on neil sageli täheldanud just sekretsiooni puudulikkust. Nähtavasti analüüsivad nimetatud autorid eri vanusega suhkruhaigete kohta käivaid andmeid, kellel haigusprotsess võib olla mitmesuguse raskusega. Ka erinevad sekretsiooniärritid võivad anda tulemusi, mis pole omavahel võrreldavad.

Mis põhjustab maosekretsiooni nõrgenemise? Viimasel ajal on kliinilised ja morfoloogilised uurimised veenvalt näidanud, et suhkruhaigete maosekretsiooni puudulikkuse aluseks on enamasti krooniline gastriit [L. Angervall kaasautoritega (9, 10), B. Fixa kaasautoritega (13), T. Honda kaasautoritega (15)]. Seda kinnitavad ka meie uurimised. 23 haigest, kellel tehti gastrobiopsia, oli mao limaskest normaalne ainult 7-l. 16 haiget põdes kroonilist gastriiti, sealhulgas 9 atroofilist gastriiti. Kroonilise gastriidi kulg suhkruhaigetel on sageli latentne: 16 gastriiti põdevast haigest ainult ühel oli maohäiretele viitavaid kaebusi.

Gastriidi sagedase tekkimise põhjus suhkruhaigetel pole täpselt teada. L. Angervall ja tema kaastöölised (9, 10) seostavad seda maoseina veresoonte muutustega (seina paksenemine, valendiku umbumine jne.).



Mikrofoto. Väljakujunenud atroofiline gastriit soole tüüpi metaplaasiaga. McManus-Hotchkissi reaktsioon. Suurendus 80×

Krooniline gastriit on nähtavasti põhjuseks, miks haavandtõbe tuleb suhkruhaigetel ette harva. Kirjanduse andmed on üsna üksmeelsed selles, et haavandtõbi on neil erakordne näht [L. Baikalov ja V. Lemeško (3), O. Radbil (6), G. Dotevall (11, 12), A. Ivy kaasautoritega (16)]. Meie poolt uuritud haiguslugudest leidsime, et haavandtõbi oli esinenud ainult kahel suhkruhaigel. Ühel neist oli suhkurtõbi kestnud juba üle 10 aasta, kuid maokorpuse haavand diagnoositi alles aasta tagasi. Et sellel haigel oli maokorpuse limaskest atroofiline (vt. joon.) ja esines histamiiniresistentne anatsiidsus, siis võib oletada, et limaskesta haavandumine sai alguse limaskesta troofika häiretest. Teisel haigel oli kaksteistsõrmiksoolehaavand tekkinud juba enne suhkurtõppe haigestumist. Nähtavasti puudus neil haigustel omavaheline seos ja tegemist oli paralleelpatoloogiaga.

Mõnikord võib hüpoglükeemiahoogude põhjuseks suhkruhaigetel olla nn.

gastroparees ehk mao asümptoomiline retentsioon [M. Hargrove (14), E. Joslin ja T. Risley (17), P. Kassander (18)]. Selle sündroomi korral peetub toit maos ebatavaliselt kaua, mistõttu toitainete imendumine aeglustub ja insuliini süstimine kutsub esile hüpoglükeemia. Gastropareesi tekkimise põhjus pole selge. Kuigi seda seostatakse diabeetilise neuropaatiaga [P. Kassander (18)], on siiski võimalik, et mainitud seisundit soodustab aküüliaga kaasnev mao motoorika loidus.

Käesoleva töö käigus analüüsitud haiguslugudest ilmnes, et gastropareesi oli oletatud ainult ühel haigel (32-aastane mees, kes suhkurtõbe oli põdenud lapseeast alates), kuid röntgenoloogilisel uurimisel osutus mao ja soolestiku tegevus normaalseks. Retrospektiivselt võis retentsiooni maos oletada kahel haigel, kellel sageli tekkisid hüpoglükeemiahood ja röntgenoloogilisel uurimisel leiti baariumsuspensiooni aeglustunud evakueerumine ning mao atoonia.

S o o l e s t i k u h ä i r e d. Aastail 1954 . . . 1964 oli statsionaaris ravil 22 suhkruhaiget, kellel täheldati sooletalitluse häireid (kõhulahtisus 19-l ja kõhukinnisus 3 haigel). Kahel neist esines kõhulahtisus peamiselt öösiti. 17 haigel eelnes suhkurtõbi kõhukorratuste tekkimisele, kahel ilmusid need ühel ja samal ajal. Kolmel polnud kõhulahtisuse algust võimalik kindlaks määrata, sest haiguslugudes puudusid vastavad sissekanded. 10 haiget põdes rasket atsidoosi ning kõrgete vere- ja uriinisuhkru väärtustega suhkurtõbe. Ülejäänutel oli kas kergekujuline või keskmise raskusega suhkurtõbi.

Osal haigetest kaasnes kõhulahtisusega kliiniliselt väljakujunenud resorptsiooni-puudulikkus. Nii näiteks leiti 6 suhkruhaige väljaheites rasvatilku ja lihasekiude, kusjuures kolmel ilmnes kõhunäärme fermentide eritumise märgatav puudulikkus pärast eeterkatsu.

M. Hargrove (14) peab kõhulahtisust suhkurtõve raskeks tüsistuseks, sest see on halvasti ravitav ja raskendab põhihaiguse kulgu tunduvalt. Küsimus, miks mõnel tekib kõhulahtisus, pole lõplikult lahendatud. M. Hargrove (14), E. Joslin ja T. Risley (17) ja I. Vinnik kaasautoritega (20) on arvamusel, et oluliseimaks põhjuseks on vegetatiivse närvisüsteemi häire, mis areneb üldise diabeetilise neuropaatia taustal. Mis kreatorröa ja steatorröa sümptoomide tekkimisse puutub, siis esitatakse tavaliselt kaks võimalikku põhjust, nimelt 1) krooniline pankreatiit ja kõhunäärme välissekretoorse talitluse puudulikkus ning 2) peensoole limaskesta anatoomiline või biokeemiline kahjustus.

Kuigi sellele küsimusele on haiguslugude alusel raske vastata, võib siiski oletada, et kolmel haigel, kellel esines kõhunäärme fermentide eritumise puudulikkus, oli kõhulahtisuse põhjuseks krooniline pankreatiit.

M a k s a k a h j u s t u s e d. Sageli leitakse, et suhkruhaigetel on maks tunduvalt suurenenud. Seda tuleb ette eriti raske ja halvasti reguleeritud suhkurtõve korral. M. Hargrove (14) seostab maksa suurenemist suhkruhaigetel maksarakkude glükogeenivaeguse ja rasvinfiltratsiooniga.

Meie poolt uuritud haiguslugudes oli maksa suurenemist kirjeldatud 18 korral. Neist 12 haiget põdes raskekujulist suhkurtõbe, kolmel oli haigus keskmise raskusega ja kolmel kergekujuline. Atsidoosi esines 10 juhul. Ainult kahes haigusloos oli märgitud, et pärast suhkurtõve paranemist maksa mõõtmed vähenesid. Ülejäänud juhtudel puudus haigusloos sellekohane sissekanne. 3 haigel 18-st oli tehtud maksatalitluse teste, mis kõik osutusid normaalseks.

Et maksa rasvinfiltratsiooni tekkimist võib oodata just raske ja atsidoosiga kulgeva suhkurtõve korral, siis on nende haigete ravimiseks otstarbekas kasutada ka lipotroopseid aineid (lipokaiini, metioniini ja koliinkloriidi) ning vitamiine (eriti tsüanokobalamiini). Nagu haiguslugudest selgus, oli eespool nimetatud ravimeid kasutatud ainult kolmel juhul.

Kokkuvõte

Suhkruhaigetel esineb sageli seedeelundite talitluse häireid ja morfoloogilisi kahjustusi. Kahjuks ei pöörata niisugustele häiretele küllaldasel määral tähelepanu, mistõttu nende laad ja põhjused jäävad pahatihti selgitamata. Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonna haiguslugude analüüsi põhjal (aastaist 1954 . . . 1964) võib väita, et sagedamini esineb mao, soolestiku ja maksa kahjustusi.

Et kirjeldatud seedetraktihäired sõltuvad suhkurtõvest ja raskendavad selle ravimist, siis nõuavad need tõsist tähelepanu. Seedeelundite häirete ravimine loob võimaluse suhkruhaige häiritud ainevahetust kiiremini ja paremini kompenseerida, parandada prognoosi ja pikendada haige eluiga.

РЕЗЮМЕ. У больных сахарной болезнью, наряду с другими осложнениями, довольно часто встречаются различные изменения со стороны пищеварительных органов. На основе материала терапевтического отделения Тартуской городской клинической больницы за 1954—1964 гг. авторами отмечаются следующие виды поражения пищеварительного тракта: хронический гастрит, гастропарез, поносы, запоры, увеличение печени.

Наличие хронического гастрита у больных сахарной болезнью подтверждают гистологические изменения, обнаруженные авторами с помощью аспирационной гастробиопсии у 16 больных из 23. Хронический гастрит обусловливает секреторную недостаточность желудка у многих больных сахарной болезнью. Вероятно, вследствие секреторной недостаточности у этих больных язвенная болезнь встречается редко (только у 2 больных из 351).

Приступы гипогликемии могут быть иногда вызваны гастропарезом, наличие которого предполагается авторами у 3 больных. Различные моторно-эвакуаторные нарушения функции кишечника обнаружены у 22 больных сахарным диабетом.

Увеличение печени было выявлено у 18 больных. У 12 больных диабет имел тяжелое течение. При увеличении печени следует прибегать к дополнительному лечению липотропными веществами и витаминами, так как в основе увеличения печени у больных сахарной болезнью вероятно лежит жировая инфильтрация ее.

KIRJANDUS: 1. Анохина Л. И. Клинич. медицина, 1964, 4, 60—65. — 2. Бабкин Б. П. Секреторный механизм пищеварительных желез. Л., 1960. — 3. Байкалов Л. К., Лемешко В. И. Клинич. медицина, 1964, 10, 77—79. — 4. Козлова Е. К. Клинич. медицина, 1962, 2, 100—106. — 5. Ларина В. С., Ямпольская М. Я. Клинич. медицина, 1962, 8, 93—95. — 6. Радбиль О. С. Терапевт. архив, 1961, 11, 51—55. — 7. Салупере В. П. Клинич. медицина, 1961, 7, 125—127. — 8. Салупере В. П. Клинич. медицина, 1963, 2, 26—30. — 9. Angervall, L. a. oth. Acta med. scand. 1961, 169, 3, 339—349. — 10. Angervall, L. a. oth. Acta pathol. et microbiol. scand. 1962, suppl. 154, 108—110. — 11. Dotevall, G. Acta med. scand. 1959, 164, 6, 463—477. — 12. Dotevall, G. Acta med. scand. 1961, suppl. 368. — 13. Fixa, B. a. oth. Amer. J. Digest. Diseases, 1964, 9, 7, 494—499. — 14. Hargrove, M. D. J. Lousiana med. Soc., 1962, 114, 11, 399—403. — 15. Honda, T. a. oth. Excerpta med. Internat. Congr. Series, 1964, No. 74. — 16. Ivy, A. C. a. oth. Peptic ulcer. Philadelphia-Toronto, 1950. — 17. Joslin, E. P., Risley, T. S. Rev. Gastroenterol. 1950, 17. 643—648. — 18. Kassander, P. Ann. Internal. Med. 1958, 48, 4, 797—812. — 19. Salupere, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 2, 53—57. — 20. Vinnik, I. E. a. oth. Gastroenterology, 1962, 42, 6, 773.

Tartu Riiklik Ülikool

Ülevaated

RAVIVAHENDITE KANTSEROGEENSUSEST

GEORG LOOGNA
Tallinn

UDK 615.5:616-006-02

Vähktõve profülaktikas on välja kujunenud kaks põhisuunda: 1) vähieelsete muutuste ja seisundite varajane kindlakstegemine ning õigeaegne ravimine ja 2) kantsero- ehk blastomogeensete tegurite avastamine ja kõrvaldamine inimest ümbritsevast keskkonnast. Viimaste hulgas on peamine tähtsus kantserogeensetel ainetel, mida leidub eriti rohkesti põlevate maavarade termilise töötlemise ja mittetäieliku põlemise produktides.

Eksperimentaalsed ja kliinilised tähelepanekud kinnitavad, et kasvajalist protsessi võivad esile kutsuda üsna paljud meditsiinis kasutatavad keemilised

ühendid. Sellele juhitakse erilist tähelepanu Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni ekspertide komitee 1964. a. ettekandes (6), milles on soovitatud ka mitmeid profülaktikaabinõusid. Rahvusvaheline Vähivastane Liit korraldas 1965. a. Pariisis spetsiaalse sümpoosioni teemal «Kantserogeneesi oht seoses mõnede ravimite kasutamisega». Oht muutub järjest reaalsemaks, sest farmaatsiatööstus toodab üha rohkem uusi efektiivseid preparaate. Nii nendele kui ka varem käibelelastud ravimitele antakse üksikasjalik farmakoloogilis-toksikoloogiline hinnang, kuid seni ei ole neid süstemaatiliselt uuritud kantserogeense aktiivsuse suhtes.

Kantserogeensust on sedastatud väga erineva keemilise koostisega ainetel, kuid mingit üldist seaduspärasust selle omaduse ja ühendi struktuuri vahel pole välja selgitatud, kuigi teatavate tuumade ja rühmade olemasolu lubab eeldada kantserogeenset aktiivsust. Viimase avastamise võimalused keemilistel ja füüsikalistel meetoditel on piiratud, määrav on bioloogiline proov katseloomadel. Viimane aga on kulukas ja nõuab palju aega. Seejuures ei tarvitse aine, mis on kantserogeenne loomadele, olla seda inimesele ja ümberpöördult. Pealegi on teada, et kasvajalise protsessi esilekutsumiseks inimesel mingi keemilise kantserogeeniga kulub vahel isegi aastakümneid, nagu seda on juba näidanud nn. korstnapühkijate vähi tekkimine.

Ravimite kantserogeensuse probleemi muudab komplitseerituks ka asjaolu, et ravimid on odavad ja neid sageli kasutatakse omapead, mõnikord põhjendamatult kaua ja suurtes kogustes. See aga ei allu meie arvestusele ega kontrollile. Muide, iga Eesti NSV elanik ostab aastas peaaegu kaks korda suurema summa eest raviaineid, kui seda samaks otstarbeks keskmiselt kulutab Nõukogude Liidu iga elanik.

Uurimusi ravimite kantserogeensusest on rohkesti, kuid neid on tehtud kooskõlastamata plaani järgi peamiselt eksperimentaatorite initsiatiivil. Andmed ilmuvad enamasti eksperimentaatoreid huvitavates väljaannetes ja see informatsioon ei jõua praktiseerivate arstideni. Ja nendegi raviainete suhtes, mille kantserogeensus on väljaspool kahtlust, ei ole veel välja töötatud mingit tarvitamise reglementi.

Ravimite Toksilisuse Uurimise Euroopa Ühingu spetsiaalsel nõupidamisel 1964. a. summeeris R. Truhaut (23) andmed meditsiinis rakendatavate keemiliste ühendite kohta, mille potentsiaalset kantserogeensust võib tõestatuks pidada. Kantserogeensed omadused on ilmnenud järgmistel raviks või profülaktika eesmärgil kasutatavatel ühenditel: tõrvasalvid, fenooliühendid (*incl.* tanniin), parafiinõlid, puhastamata vaseliin, kloroform, süsiniktetrakloriid, mõned kinoonid, östrogeensed ja progestatiivsed preparaadid, atsetüülaminokarbasool (analgeetikum), 8-hüdroksükinoliin, pellidool, krüsoidiin, 4-aminostilbeeni ja diasooli derivaadid, tiouratsiil, tioatsetamiid, imferoon ning teised makromolekulaarsed rauaühendid, anorgaanilised arseenisoolad, kolloidhõbe, radioaktiivseid isotoope sisaldavad ühendid.

Loetletud raviainete kantserogeensusest kõnelevad peamiselt loomkatsetes tehtud tähelepanekud. Neid ei saa inimesele üle kanda, kuid neid ei tohi ka arvestamata jätta. Seda näitab traagiline lugu torotrastiga (4). Juba selle kontrastaine tarvituselevõtmisel mitmel Euroopa maal võis eksperimendi põhjal eeldada, et nimetatud preparaat, nagu teisedki radioaktiivsed ühendid, võib kasvajaid tekitada. Nüüd, 30 aastat hiljem ilmuvad väliskirjanduses rohkearvulised tähelepanekud kasvajatest patsientidel, keda torotrastiga omal ajal röntgenoloogiliselt uuriti. Seda aga oleks võidud vältida!

Käesoleval ajal tekitavad muret üha rohkem kogunevad andmed isonikotiinhappehüdrasiidi kantserogeensusest, sest seda kasutavad paljud haiged süstemaatiliselt ja kaua. Juba 1957. a. näitas J. Juhasz kaasautoritega (15), et isonikotiinhappehüdrasiid tekitab 30%-l katsealustest hiirtest kopsu- ja maksakasvajaid ning leukoosi. Seda on hiljem kinnitanud ka teised uurijad (20, 22). Jälginud organisatsiooniprotsessi maksas, näitas G. Loogna (3), et ftivasiid stimuleerib granulatsioonkoe tekkimist, kuna L. Jannus (9) ja N. Šahnazarova (8) tõestasid, et preparaat intensiivistab nukleiinhapete ainevahetust, sel teel soodustades proliferatiivseid protsesse.

Neid fakte võib seostada ka ftivasiidi võimaliku kantserogeensusega. K. Pompe (21) andmeil tekkis 150-st isoniasiidiga ravitud *lupus vulgaris*'t põdevast haigest 7 juhul (4,6%) nahavähk, kuna teiste raviviiside korral protsess maligniseerus ainult 0,5%-l 1270 haigest. W. Wolfart (25) arvab, et nahavähk areneb tugeva skleroosi taustal, kuid meie (3) ja muude autorite (13) andmed kõnelevad sellest, et nimelt isonikotiinhappehüdrasiidi preparaatidega ravimisel on armistumisprotsess nõrgalt väljendunud. Leidub ka tähelepanekuid (16), mille järgi nende haigete ravimisel isonikotiinhappehüdrasiidiga, kellel oli ühtlasi vähk, vähi kasv intensiivistus. Et isonikotiinhappehüdrasiidi blastomogeensus oleneb hüdrasiinrühmast, siis võib oletada, et ka teised seda rühma sisaldavad ühendid võivad kasvajaid indutseerida.

Ravimid ise ei tarvitsegi kantserogeensed olla, kuid nad võivad osutuda kokantserogeenideks ja soodustada kasvaja teket, kui inimese organismi samal ajal toimib mõni kindlalt blastomogeenne aine. Neid leidub väliskeskkonnas rohkesti — mootorsõidukite heitgaasides, tööstusettevõtete, samuti tubakasuitsus jm. Antibakteriaalsed preparaadid võivad põletikulise reaktsiooni laadi muuta selliselt, et kujuneb taust kasvajalise protsessi arenemiseks. Eriti tuleks seda arvestada antibiootikumide kasutamisel kopsupatoloogia ravis. USA mereväelaste hulgas väheneb süstemaatiliselt haigestumine lobaarsesse pneumooniasse. L. Saljamon (7) hindab seda kui põletikulise reaktiivsuse nõrgenemist; kuid loiu kuluga, pidurdatud põletik loob suurema eelsoodumuse kasvajate tekkeks. Juhitakse tähelepanu ka sellele, et perifeerse kopsuvähi etioloogias etendab teatavat osa ravi tulemusena moodustuv armkude (18). Et viimase tekkimist soodustavad streptomütsiin ja paraaminosalitsüülhape, seda on näidatud G. Loogna (3) ning teistes töödes.

Kirjeldatud asjaolud nõuavad veel edasist uurimist, kuid arvestades kopsuvähi suurt erikaalu, piisab juba neist faktidest, et pulmonolooge ja onkolooge valvsaks teha.

Keeruliseks probleemiks on kujunemas hormoonide ja endokriinselt aktiivsete preparaatide kasutamine, eriti pikema aja vältel. Äratab tähelepanu fakt, et steriinid, kortikosteroidid ja suguhormoonid sisaldavad fenantreeni molekuli, mis kuulub mitme tugeva kantserogeeni koostisse. Östrogeenide kantserogeenne toime loomadele on hästi tuntud: nad tekitavad lümfosarkoome, maksa- ja kilpnäärmevähki, hüpofüüsi kasvajaid (10). Prostatavähi intensiivsel ravimisel stilböstrooliga on mõnikord täheldatud piimanäärmevähi arenemist, kuid hea raviefekti tõttu on niisugune risk õigustatud. Eostumisvastane 19-norprogesteroon kutsub hiirtel esile munasarjavähi. Kopsu adenoome on katseloomadel saadud follikuliiniga.

S. W. Berkheiser (11) ravis kortisooniga kuni 7 kuu vältel mitmesuguse patoloogiaga haigeid. Lahangumaterjali mikroskoopimisel täheldati nii alveoolides kui ka bronhides prekantseroosseid muutusi. On alust eeldada, et kui patsiendid oleksid elanud pikemat aega, oleks osal neist arenenud kopsuvähk. Hormonaalselt aktiivsed antitüreoidsed preparaadid tekitavad närilistel kilpnäärme- ja maksavähki. Seetõttu peab nende ühendite kasutamisel (eriti kombinatsioonis radioaktiivse joodiga) ettevaatlik olema ja neid määrama peamiselt vanematele inimestele. Aminasiini pikaajalise manustamise teel on rottidel hepatoome saadud sajaprotsendiliselt, ka amütaalnaatrium ja reserpiin on kantserogeensete omadustega (10, 17).

On avaldatud arvamust: kas kasvajaliste protsesside esinemine lapseeas ei ole seoses massiliste ja rohkearvuliste vaktsineerimistega. Viimased, lühikese aja jooksul korduvalt muutes organismi immunobioloogilist reaktiivsust, võivad luua eelsoodumuse blastomogeenseks kasvuks. Vähktõve viirusliku etioloogia teooriast lähtudes on võimalik, et mõned vaktsiinid ise on blastomogeensed.

Kõlab paradoksina, kuid on fakt, et mõned kasvajavastased alküülivad ühendid on kantserogeensete omadustega. Mitmetes uurimustes (14, 24) on kirjeldatud kasvajate tekkimist nii preparaadi manustamise kohal kui ka kaugemal paiknevates elundites. Näiteks kopsu adenoomid arenesid ravimi manustamise viisist olenemata. M. Presnov ja S. Juškov (5) süstisid rottidele üks kord 10 mg/kg sarkolüsiini ja leid-

sid, et aasta pärast olid kõigil katse lõpuni elanud loomadel kujunenud fibroostsüstiline mastopaatia või fibroadenoomid (vähki ei tekkinud). Autorid arvavad, et need hüperplastilised protsessid on tingitud sisenõristusnäärmetes ja maksas sarkolüsiini toimel arenenud muutustest. Ka tiofosfamiid ja degranool on hormonaalselt aktiivsed, embihhiin aga on selles suhtes toimeta (5).

Nagu kiiritusravist, nii ka kantserogeensetest vähivastastest preparaatidest ei ole alust loobuda, kuid ettevaatus on vajalik. Näiteks lämmastikipriite ei oleks vaja laialdaselt kasutada põletikuvastaste vahenditena ja muudel näidustustel, nagu seda omal ajal väga soovitasid J. Aleksandrovitš (1) ja H. Gaertner (12). Samadel kaalutlustel ei ole näidustatud aminopteriini pikaajaline kasutamine psoriaasi raviks.

Lõpuks ei saa märkimata jätta, et paljud kirurgias kasutatavad polümeerid (polüvinüülkloriid, nailon jt.) ning mõned metallid (tantaal, roostevaba teras) tekitavad rottidel pärast naha alla implanteerimist sarkoome (2, 19). Inimesel on kasvajaid täheldatud igemel metallist proteesi kandmise tõttu. Seepärast tuleb enne uute, eriti sünteetiliste materjalide tarvituselevõtmist uurida ja hinnata neid ka kantserogeensuse suhtes.

Mida ravivahendite kantserogeense ohu vähendamiseks või vältimiseks tuleks ette võtta? Küsimus on alles uudne ja küllaltki komplitseeritud, mingit kindlat programmi sel alal veel ei ole. Rahvusvaheline Vähi Profülaktika Komitee on kinnitanud soovitused, mis võib aluseks võtta. Kõigepealt on arstidele ja farmatseutidele vaja anda laialdast informatsiooni vahendite kohta, mille blastomogeensus on eksperimentaalselt või koguni kliiniliselt tõestatud. Need andmed tuleks avaldada bülletäänides, teatmeteostes ja üldprofiiliga ajakirjades.

Ülikooli ja meditsiinikoolide farmakoloogia kursuses, samuti kliinilistes distsipliinides, peaks ravimite kantserogeensusele tähelepanu pöörama. On otstarbekohane, et see küsimus aeg-ajalt võetaks arstide konverentside ja koosolekute päevakorda. Ka sanitaarhariduslikes loengutes peaks seda ettevaatlikult puudutama. Analoogia põhjal ioniseeriva kiirguse suhtes võib eeldada, et mitte ainult elanikud, vaid ka meedikud ise suhtuvad ravimite kantserogeensusse esialgu skeptiliselt, sest see oht ei ilmne kohe ega ole vahetult tajutav. Kuid me ei tohi neid fakte ignoreerida. Tarvitseb vaid meenutada teist laadi traagilisi tagajärgi, kas või seda, mida talidomiidi kasutamine kapitalistlikes riikides on põhjustanud küllaldase kontrolli puudumise tõttu.

Milline seisukoht praktilises meditsiinis omaks võtta vahendite suhtes, mille blastomogeensus on eksperimendis tõestatud? See ei ole otsene põhjus neist loobumiseks, sest me ei saa tõestada nende potentsiaalset kantserogeensust inimese suhtes. Niisuguste preparaatide kasutamine on kahtlemata õigustatud elulistel näidustustel siis, kui puudub asendamise võimalus; teistel juhtudel tuleb tarvitamist piirata või leida muid ravimooduseid. Igal konkreetsel juhul peab vaagima ravimi kasulikkuse ja kahjulikkuse vahekorda, kusjuures kantserogeensus on ebasoovitavatest kõrvaltoimetest ainult üks aspekt.

Eriti ettevaatlik peab olema nende ravimitega, mida kasutatakse pediaatrias või mida määratakse rasedus- või laktatsiooniperioodil, samuti vahenditega, mida tarvitatakse pikemat aega või meditsiinilise kontrollita. Iga taolise ravimi ordineerimisel tuleb lähtuda mitmetest farmakoloogilistest, kliinilistest ja onkoloogilistest andmetest: 1) kantserogeense efekti intensiivsus ja selle olenevus preparaadi üldisest või paiksest toimest; 2) ravimi kasutamise näidustused, tema efektiivsus, kasutamise tingimused (manustamise viis, annus, kestus); 3) ravimi materiaalne ja funktsionaalne kumulatsioon; 4) asendamise võimalused (4). Arvatavasti tekib kliinilises praktikas kogemuste vahetamise vajadus: kuidas ühe või teise patoloogilise seisundi puhul suhtuda mingisse blastomogeensete omadustega preparaati?

Ravivahendite kantserogeensuse uurimine jätkub laboratoorsel teel edaspidigi, tööd on selles suunas tarvis laiendada ja koordineerida, leida standardseid kiirmeetodeid jne. Silmas tuleb pidada ka geneetilist aspekti, mis seni on unarusse jäetud. Kasvajate tekkimist inimesel seoses ravimite kasutamisega saab selgitada statistilistel meetoditel. Seejuures prospektiivne meetod

annab rohkem tulemusi kui retrospektiivne. Näiteks ftisiaatria- ja psühhiaatria-asutuste haiguslugude ning patoloogilis-anatoomiliste materjalide analüüsimine võib selgust tuua ftivasiidi ja aminasiini võimalikku kantserogeensusse. Nähtavasti on otstarbekohased ka epidemioloogilised uurimised.

Ravivahendite blastomogeenne ohtlikkus on kujunenud juba omaette probleemiks. Selle ohu vältimine ja vähendamine on osa üldisest võitlusest kantserogeensete tegurite vastu. Kaasaja onkoloogia tasemel on see probleem lahendatav ainult terve ürituste kompleksi abil. Siin on vajalikud eksperimentaalsed uurimised, kliinilised tähelepanekud ja profülaktikaabinõude elluviimine, millest peavad osa võtma ravimite loojad, tootjad, ordineerijad ja tarbijad.

РЕЗЮМЕ. На основании экспериментальных и клинических данных показано, что существует реальная опасность канцерогенного действия некоторых лекарственных веществ. Приводится перечень лечебно-профилактических средств, могущих вызвать злокачественный рост. Обсуждается вопрос о бластомогенных свойствах препаратов гидразида изоникотиновой кислоты, гормонов, противоопухолевых препаратов и материалов, применяемых в хирургии. Предлагаются некоторые профилактические меры, особенно подчеркивается необходимость своевременной широкой информации медицинских работников об уже установленных фактах канцерогенной активности лечебных средств.

KIRJANDUS: 1. Александрович Ю. Клинич. медицина, 1954, 32, 4, 31—37. — 2. Беджер Г. М. Химические основы канцерогенной активности. М., 1966. — 3. Лоогна Г. О. Действие основных противотуберкулезных препаратов на процесс организации асептического некротического очага. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1958. — 4. Напалков Н. П., Шабад Л. М. Вопр. онкологии, 1966, 10, 3—8. — 5. Преснов М. А., Юшков С. Ф. Вопр. онкологии, 1964, 5, 66—72. — 6. Профилактика рака. Серия технических докладов ВОЗ, 1964, 276. — 7. Салямон Л. С. Вопр. онкологии, 1961, 5, 63—71. — 8. Шахназарова Н. Г. Фармакол. и токсикология, 1954, 5, 10—12. — 9. Яннус Л. Э. Гистологическое и гистохимическое исследование процессов заживления при туберкулезе под влиянием стрептомицина и фтивазида. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1957. — Baló, J. Lungenkarzinom u. Lungenadenom. Budapest, 1959. — 11. Berkheiser, S. W. Cancer., 1963, 16, 10, 1354—1364. — 12. Gaertner, H. Z. ges. innere Med., 1957, 12, 9, 426—429. — 13. Graciansky, T. e. a. Semaine hôpitaux Paris. 1963, 29, 35, 1634—1642. — 14. Haddow, A. Biologic Alkylating Agents in Physiopathology of Cancer. N. Y., 1953, 602—685. — 15. Juhasz, J. u. a. Z. Krebsforsch., 1957, 62, 188—196. — 16. Kuklova-Šturová, B. Chemotherapie der Tuberkulose, 1955, 15, 45—55. — 17. Lacassagne, A. e. a. C. r. Acad. Sci. 1959, 249, 9, 903—905. — 18. Lüders, C. J., Themel, G. K. Virchows Arch. pathol. Anat. und Physiol., 1954, 325, 499. — 19. Oppenheimer, B. S. a. o. Cancer Res., 1956, 16, 5, 439—441. — 20. Peacock, A., Peacock, P. R. Brit. J. Cancer, 1960, 20, 2, 307—325. — 21. Pompe, K. Dermatol. Wochenschr., 1956, 133, 5, 105. — 22. Toth, B., Shubik, Ph. Cancer Res., 1966, 26, 7, P I, 1473—1475. — 23. Truhaut, R. Excerpta Med., Int. Congr., 1964, Ser. 75, 107—112. — 24. Walpole, A. L. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1958, 68, 3, 750—761. — 25. Wolfart, W. Dtsch. med. Wochenschr., 1960, 85, 37, 1655—1657.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

PIKAAJALINE SUBFEBRIILNE TEMPERATUUR

NATAN ELSTEIN
VIKTOR GORDON
Tallinn

UDK 612.57:616-002.79

Pikaajalise subfebriilse palaviku all mõistetakse kehatemperatuuri püsimist 37,0 . . . 38,0° C piires vähemalt kahe nädala kestel (42).

79 . . . 80%-l juhtudest täheldatakse seda just naistel ning see on tingitud nende organismi füsioloogilistest iseärasustest, urogenitaalsüsteemi kergesti kahjustumisest ja sapiteede krooniliste põletikuliste haiguste suurest esinemissagedusest.

Subfebriilset palavikku ja pikaajalist hüpertermiat klassifitseeritakse mitmel viisil (6, 9, 30, 44, 45 jt.). Andmete süs-

tematiseerimiseks ja praktikas kasutamiseks töötasime välja järgmise tööskeemi.

A. Ebatõeline subfebriilne palavik.

B. Toksilise, infektsioosse, allergilise päritoluga subfebriilsed palavikud. I. Üldised nakkushaigused: 1) tuberkuloos, 2) reuma, 3) brutselloos, 4) muud nakkushaigused. II. Parasitaarhaigused. III. Koldenakkused: 1) otorinolarüngeaalsed, 2) odontogeensed, 3) pulmonaalsed (mittetuberkuloossed), 4) seedetrakti, 5) sapiteede ja 6) urogenitaalsüsteemi koldenakkused. IV. Kasvajad ja vereloomeelundite haigused. V. Trombembooliad. VI. Allergoosid, ravimitest põhjustatud haigused, kollagenoosid.

C. Neuroendokriinne subfebriilne temperatuur: 1) neurovegetatiivne, 2) endokriinne.

D. Füsioloogiline subfebriilne temperatuur: 1) menstruatsioonieelne, 2) konstitutsionaalne, 3) füüsilisest pingutusest põhjustatud.

Peab märkima, et eespool toodud skeem ei peegelda kõiki patogeneetilisi seaduspärasusi täielikult. On teada, et neuroendokriinsel teguril võib olla osatähtsus mis tahes subfebriilse palaviku tekkimises, eriti füsioloogilise subfebriilse temperatuuri põhjustamisel. Teisest küljest võib nakkustegur mõnel juhul olla põhjuseks, mis n.-ö. vallandab subfebriilse palaviku, mis edaspidi on neurovegetatiivset laadi jne.

A. Ebatõeline subfebriilne palavik. Subfebriilse palaviku korral on eelkõige tarvis välistada pikka aega kestev ebatõeline palavik. See võib olla tingitud 1) termomeetri mittevastavusest etaloonile (Thermometer-Fieber), mida küll harva täheldatakse, ja 2) palaviku simuleerimisest, mida juhtub mõnevõrra sagedamini. Neil juhtudel tuleb kehatemperatuuri mõõta mitme termomeetriga, ka pärasooles.

B. Toksilise, infektsioosse ja allergilise päritoluga subfebriilsed palavikud. Pikka aega kestev palavik on kõige sagedamini põhjustatud nakkushaigustest. Et nakkusjuhtudest osa elanike vanematele rühmadele langeb, esineb esmast kroonilist tuberkuloosi täiskasvanute hulgas märgatavalt sagedamini (8, 10 jt.).

Käesoleval ajal pööratakse üha rohkem tähelepanu kroonilisele tuberkuloossele intoksikatsioonile kui pikaajalise subfebriilse palaviku põhjustajale mitte ainult lapse-, vaid ka noorukieas, samuti kuni 40 aasta vanuste hulgas. Kuid nimetatud diagnoosi peab määrama küllaldase ettevaatlikkusega ja alles pärast haige põhjalikku uurimist. Tuberkuloosset intoksikatsiooni käsitatakse praegu eraldi haigusvormina. Tuberkuloosse bronhoadeniidi diagnoosimisel on suur tähtsus külgröntgenogrammidel, tomogrammidel ning samuti bronhoskoopial, sest bronhides avastatud muutused võivad osutuda rindkereõõne lümfisõlmedes paiknevate haiguskollete aktiivsuse kaudseteks näitajateks (8, 52 jt.). Bronhoskoopia võimaldab samuti diagnoosida bronhide tuberkuloosi, mida internistid enamikul juhtudest kindlaks ei tee ning mille latentsed vormid võivadki olla subfebriilse palaviku põhjustajaks (19, 29 jt.).

Kõrgenenud kehatemperatuur võib paljude kuude jooksul olla ainsaks reuma tunnuseks (41). Pikaajalist palavikku võivad reumahaigel peale aktiivse reumaatilise protsessi põhjustada veel fokaal- või interkurrentne infektsioon, pikaleveniv septiline endokardiit, trombemboolilised tüsistused ja väikese ulatusega kopsuinfarktid.

Kroonilise brutselloosi puhul on teatavasti prevaleerivaks palavikutüübiks subfebriilne temperatuur. Mõnel juhul võib see olla ainsaks haigusnähuks.

Subfebriilne palavik ilmneb samuti infektsioosse mononukleoosi, herpeetilise palaviku, süüfilise jm. korral. Pikemaajalist subfebriilset palavikku võib põhjustada ka nn. krooniline gripp ehk «paragripp». Meie tähelepanekud viimastel aastatel puhkenud gripiepideemiate kohta, samuti kirjanduse andmed lubavad kahelda kroonilise kuluga gripi olemasolus. Sagedamini on jutt koldenakkustest, mis aktiveeruvad pärast grippi.

Lamblioosi ja askaridoosi puhul ilmneb subfebriilne palavik $^1/_3$-l kõikidest juhtudest. Toksoplasmoosi latentsete ja subkliiniliste vormidega võib samuti kaasneda pikaajaline subfebriilne palavik.

Mõne autori esitatud statistiliste andmete põhjal lokaliseerub koldenakkus 50%-l juhtudest kurgumandlites, 10%-l muudes otorinolarüngeaalsetes kolletes, 40%-l juhtudest aga hammastes. Seoses

sellega tekkis mõiste niisuguste koldenakkuste olemasolust, mis enamikul juhtudest lokaliseeruvad peas (Kopfinfektion).

Kroonilisest tonsilliidist rääkides märgime, et kurgumandlite kõrvaldamine neil juhtudel ei taga mitte alati subfebriilse kehatemperatuuri normaliseerumist (11, 36 jt.).

Tonsillektoomia vähest efektiivsust mõnede haigete ravimisel põhjendatakse sellega, et kurgumandlitest jääb osa operatsiooni ajal eemaldamata. Seda võib seletada ka põletikulise protsessiga ümbritsevates kudedes (peritonsilliit), haiguse pikaajalisusega, mistõttu arenevad tonsillogeense intoksikatsiooni nähud või siis fikseerub teatav stereotüüp koos neurogeensete termoregulatsiooni häiretega. Tonsillogeensete (samuti ka odontogeensete) koldenakkuste patogeenset osa käsitleb S. Oleinik (22) oma kapitaalses uurimuses.

Odontogeense päritoluga subfebriilsele palavikule on iseloomulik omapärane temperatuuri kõikumise rütm: temperatuur on maksimaalne kella 11...12 ajal päeval ja langeb minimaalsele tasemele õhtuks. Seda seletatakse asjaoluga, et öö jooksul, mil inimene magab, kujunevad organismis toksiinide imendumiseks soodsad tingimused (42). Nähtavasti võib niisamuti seletada nende haigete halba enesetunnet pärast öist und, mida märgivad mõned autorid (12, 23). Odontogeense nakkuse väljaselgitamiseks peab haiget, eriti aga plombeeritud ja krooniga kaetud hambaid, uurima röntgenograafiliselt.

Ligikaudu 20%-l kõikidest ägedat kopsupõletikku põdenud isikutest on meie andmeil subfebriilne kehatemperatuur. Neil juhtudel võib pikka aega kestev subfebriilne palavik olla areneva kroonilise kopsupõletiku tunnus või viidata ägedast kopsupõletikust põhjustatud kroonilise koldenakkuse ägenemisele. Peale selle võib temperatuuri kõrgenemine olla tingitud eksudaadi resorptsioonist pneumoonilise infiltratsiooni jääknähtude juhtudel; seda eriti siis, kui kaasnevad bronhoektaasiad, samuti normaalse termoregulatsiooni häired pärast ägedat kopsupõletikku (20 jt.). Termoregulatsiooni häirete tekkimine on eriti seoses haigete enneaegse füüsilise koormusega (38), mille omakorda on põhjustanud nende liiga varajane haiglast väljakirjutamine ja tööle suunamine.

Kogu seedetrakti (suukoopast pärasooleni) võib vaadelda kui võimalikku nakkusallikat. Kõige vähem on uuritud peensoolt, mis sageli osutub nakkuskoldeks. Subfebriilset temperatuuri täheldatakse sageli neil, kes põevad kroonilist enteriiti (2 jt.). Kroonilise koliidi, pankreatiidi, duodeniidi ja eriti apenditsiidiga võib kaasneda subfebriilne temperatuur. Viimase kümne aasta jooksul on paljud klinitsistid tähelepanu juhtinud subfebriilsele palavikule kaksteistsõrmiksoolehaavandite korral (4, 39 jt.). Kehatemperatuuri kõrgenemise põhjuseks neil juhtudel on lümfadeniidid ja perivistseriidid haavandi piirkonnas. Tuleks meeles pidada, et sageli esineb haavandtõbi koos kroonilise koletsüstiidi või kroonilise apenditsiidiga, samuti muude krooniliste haigustega.

Meie andmeil võib subfebriilset palavikku täheldada 65%-l haigeist, kes põevad kroonilist koletsüstiiti või kroonilist kolangiiti. Pikka aega kestev subfebriilne temperatuur võib olla latentse koletsüstiidi ainsaks sümptoomiks (18 jt.).

Kroonilise püelonefriidiga kaasneb subfebriilne palavik $^1/_4$...$^1/_3$-l juhtudest (6 jt.).

Munajuhade ja munasarjade kroonilised põletikulised protsessid on naistel sageli subfebriilse palaviku põhjuseks. Niisugustel juhtudel on kehatemperatuuri kõrgenemine tingitud mitte ainult nakkusest, vaid ka hormonaalsetest häiretest (21).

Emaka fibromüoomi puhul täheldatakse aseptilist palavikku, mille on esile kutsunud lagunemisproduktide resorptsioon kasvaja nekrotiseerumisel.

Mao-, kopsu-, neeru-, jämesoole- ja maksavähi korral võib subfebriilne temperatuur pikema aja vältel olla haiguse ainsaks tunnuseks, s. o. nn. vähi palavikuline mask (24, 26, 37, 54 jt.).

Nagu teada, ilmneb subfebriilne palavik sageli haigeil, kes põevad leukoosi, lümfogranulomatoosi, müelomatoosi, hemolüütilist ja pernitsioosset aneemiat.

Subfebriilset kehatemperatuuri võivad põhjustada alajäsemete süvade veenide tromboos (flebotromboos), samuti

kopsuarteri väikeste harude korduvad embolid ja südamekoja tromboos südamehaigeil.

Subfebriilne temperatuur on sageli allergia puhul. Toiduallergia põhjustab tihti sinusiite ja nn. külmetusi talvel (49), sest sensibiliseeritud organismil on kõrgenenud tundlikkus ka mittespetsiifiliste mõjude, sealhulgas ümbritseva keskkonna madala temperatuuri suhtes (17).

Kehatemperatuuri tõusu kutsuvad kõige sagedamini esile penitsilliin, streptomütsiin, tetratsükliin, sulfaniilamiidid, seerumid, tiouratsiilid, kinidiin, jood (1, 47).

Kehatemperatuuri kõrgenemist (subfebriilsuse piires) võib mõnel juhul täheldada pärast kaltsiumkloriidi- ja glükoosilahuste süstimist veeni. Selle põhjusteks on organismi kudede osmootse tasakaalu häired või pürogeensete ainete leidumine süstimislahustes. Antibiootikumidega ravimisel ilmneva subfebriilse palaviku tekkimise aluseks võivad olla põhihaiguse ägenemisreaktsioon, samuti düsbakterioos ja kandidoos; aga ka steroidravi lõpetamise korral esinev sündroom.

C. Neuroendokriinse päritoluga subfebriilne temperatuur.

Paljud autorid suhtuvad pikka aega kestvasse hüpertermiasse, sõltumata selle nakkuslikust päritolust, kui närvidest põhjustatud termoregulatsioonihäiretesse (5 jt.). N. Tolubejeva andmeil (28) on subfebriilne palavik 30%-l kõigist polikliinikusse pöördujaist neurogeense päritoluga. On tuntud psühhogeense päritoluga kehatemperatuuritõus emotsionaalse erutuse tõttu (üliõpilastel eksami ajal, lektoritel ja esinejatel loengu ajal ja pärast seda). Neuroosihaigeil, kel termoregulatsioon on väga labiilne, on eriline kalduvus pikaajaliseks subfebriliteediks pärast nakkushaiguse põdemist (14).

Kehatemperatuur võib tõusta ka tingitud reflekside mõjul, kui miljöö, kus temperatuuri mõõdetakse, kujutab endast tingitud ärritit. Niisugustel haigetel on kehatemperatuur polikliinikus sageli kõrgem kui kodus (28). Taolistel neurogeensete termoregulatsiooni häirete juhtudel toob haigele suurt kasu arsti soovitus loobuda kehatemperatuuri mõõtmisest ja asuda tööle (11).

Pärast seda, kui tõestati vaheaju (eriti hüpotaalamuse) juhtiv osa organismi termoregulatsioonis (16, 46 jt.), hakati pikaajalist subfebriilset temperatuuri pidama dientsefaalsündroomi üheks komponendiks või isegi dientsefaalpiirkonna kahjustuse monosümptomaatiliseks vormiks (31, 35 jt.).

Omal ajal mõnikord motiveeriti liigagi sageli ja alati mitte põhjendatult subfebriilset temperatuuri kroonilise malaaria, bronhoadeniidi ja endokardiidi diagnoosiga. Käesoleval ajal ilmneb tendents niisuguse «valvediagnoosina» kasutada dientsefaalsündroomi. Viimati nimetatud diagnoos peaks siiski määratama vaid haige igakülgsel uurimisel saadud usaldusväärsete andmete alusel.

Türeotoksikoosi pühkunud vorme ei diagnoosita mitte alati õigel ajal, mis tegelikult võivad põhjustada subfebriilset temperatuuri pika aja kestel (15 jt.). «Türeotoksikoosi põdev inimene tassib endaga kaasa oma haigust kui talle tundmatut rasket koormat, millest ta igati püüab vabaneda, kuid asjatult. Ta on valmis simuleerima ja töötab ikkagi, vaatamata jõuvarude kahanemisele. Neuroosihaige seevastu jätab endast haiglase mulje, liialdab oma haigusliku seisundiga, kusjuures vaatab haigusele kui oma isikule omasele nähtusele» (43).

Nüüd on kindlaks tehtud, et pregnandioolil (kollaskeha hormooni progesterooni metabolismi produkt) ja muudel endogeensetel steroididel on pürogeensed omadused ning nad kutsuvad esile nn. steroidpalaviku [steroid fever (43, 55 jt.)].

D. Füsioloogiline subfebriilne temperatuur. Menstruaaltsükli teisel poolel (kollaskeha faasis) võib täheldada kehatemperatuuri tõusu kuni subfebriilseni. Menstruatsiooni algul langeb see normi piiresse. Raseduse ajal võib subfebriilne kehatemperatuur mõnikord püsida 3...4 kuu vältel (kollaskeha aktiivsuse perioodil). Nähtavasti on menstruatsioonieelne ja rasedusaegne subfebriilne temperatuur tingitud organismi autosensibilisatsioonist steroidhormoonide suhtes (40, 53 jt.), mil on pürogeensed omadused. Paljud autorid arvavad, et juhtudel, kui subfebriilne temperatuur püsib mitte ainult menstruatsioonieelsel perioodil, vaid ka pärast menstruat-

siooni, peab oletama tuberkuloosi (42). Mõned autorid (51) on seisukohal, et subfebriilne temperatuur võib olla põhjustatud termoregulatsiooni dientsefaalsetest häiretest.

Täheldatakse ka konstitutsionaalset («harjumuslikku») hüpertermiat, mille puhul kehatemperatuur on juba lapseeast alates kõrgem kui teistel inimestel (7, 48).

Lihaste töö ajal tõuseb kehatemperatuur alati, kuid see möödub 30 ... 40 minuti pärast.

Arst peab arvestama füsioloogilise subfebriilse temperatuuri võimalust, et niisuguseid isikuid mitte asjatult ravida.

Haigete uurimine. Pikaajalise subfebriilse temperatuuri põhjuste väljaselgitamine on kahtlemata iga arsti diagnoosimisvõimete katse. I. Hatieganu (39) on arvamusel, et subfebriilse palaviku põhjust võib ja tuleb enamikul juhtudest välja selgitada esimese 8 päeva jooksul pärast palaviku tekkimist. Tema tähelepanekuil on subfebriilse temperatuuri etioloogiat võimalik kindlaks teha 97%-l juhtudest. Kõige tähtsam on põhjalikult ja hoolikalt kogutud anamnees. Mis farmakoloogiliste proovide kasutamisse puutub, siis peab märkima järgmist. Ehkki M. Julesz ja I. Holló (32) praegugi arvavad, et «neurogeenne» palavik langeb tavaliselt oopiumi, «infektsioosne» aga amidopüriini toimel, eitab enamik autoreist I. Holló amidopüriinproovi diagnostilist väärtust (3, 9, 13 jt.). A. Sigal (27) soovitab kasutada Holló proovi modifitseeritud kujul reuma kahtluse korral: 1,5 g amidopüriini ööpäevas mõne päeva jooksul alandab neil juhtudel kehatemperatuuri. Rõhutame, et ravi *ex juvantibus* peab alustama mitte enne 3 ... 4 uurimispäeva möödumist. Väär on pikaajalise subfebriilse temperatuuri juhtudel ka antibiootikumide ordineerimine esimesest päevast alates. Mitmesuguste provokatsioonimeetodite (näiteks kurgumandlite masseerimine sõrmega jm.) väärtus koldenakkuse puhul langeb seetõttu, et need ei ole organismi suhtes indiferentsed ja saadud negatiivne tulemus ei välista koldenakkust (50 jt.).

Arvame, et pärast põhjalikult ja kindla metoodika järgi kogutud anamneesi on eelkõige vaja järjestikku välistada kroonilise infektsiooni võimalikud kolded. Nagu meie tähelepanekud näitavad, on need esimesel kohal pikaajalise subfebriilse temperatuuri põhjuste hulgas.

Loomulikult ei tohi unustada ka eespool toodud skeemis leiduvaid kõiki muid subfebriilse temperatuuri põhjusi.

Instrumentaalsete ja laboratoorsete uurimiste miinimum, samuti konsultatsioonid, mida peame vajalikuks ja soovitame ebaselgete juhtude diagnoosimiseks, on järgmised: 1) vere-, uriini- ja roojaanalüüsid, röga uurimine tuberkuloositekitaja suhtes; 2) rindkere röntgenoskoopia ja näidustuste olemasolul röntgenograafia kahes projektsioonis; 3) ninakõrvalkoobaste röntgenogramm, krooniga kaetud hammaste puhul hammaste röntgenogramm; 4) otorinolarüngoloogi, stomatoloogi, günekoloogi konsultatsioonid; 5) elektrokardiogramm; 6) duodenaalsondeerimine; 7) põhiainevahetuse määramine; 8) tuberkuliinproov neljas ja kuues lahjenduses; 9) näidustuste olemasolul Burnet' proov, Wrighti ja Huddlesoni reaktsioonid; 10) üle 40 aasta vanustel isikutel mao röntgenoskoopia ja näidustuste korral ka uroloogiline uurimine.

Mõistagi, igal üksikjuhul peab üles otsima «juhtlõnga», et vastavalt hüpoteetilisele diagnoosile teha täiendavaid uurimisi.

Erijuhud. Nagu kogemused näitavad, tuleb haigel, kel on pikaajaline subfebriilne temperatuur ja kelle organismis on üks krooniline nakkuskolle, otsida muid võimalikke subfebriilsuse põhjusi. Sageli esineb krooniline koletsüstiit koos kroonilise tonsilliidi või adneksiidiga (18 jt.), krooniline sinusiit kroonilise kopsupõletikuga jne., kusjuures teine koldenakkus kutsub esile põhihaiguse raskema kulu, põhjustades omamoodi suletud ringi (34).

Kui vanadel inimestel pikaajaline subfebriilne temperatuur püsib, siis peab silmas pidama, et neil on eelsoodumus eriti hingamis- ja urogenitaalelundite krooniliste nakkuste tekkeks. Viimaste haigestumine võib esineda koos eesnäärme adenoomiga. Neil võivad areneda latentne sapikivitõbi, vähktõbi, samuti latentne tuberkuloos.

Ravi ja töövõime. Eespool toodust järgneb, et subfebriilne temperatuur on paljude eri haiguste sümptoom, mille ravimine on viga.

Haigete töövõimet ei määrata ainult kõrgenenud kehatemperatuuri, vaid põhihaiguse järgi. Haiged, kel on nakkusliku päritoluga subfebriilne temperatuur, ei ole töövõimelised ainult kroonilise nakkuse ägenemisperioodil. Neurogeensete termoregulatsiooni häirete korral on inimesed tavaliselt töövõimelised, ehkki tervislikku seisundit tuleb perioodiliti kontrollida. Nende eemaldamine töölt ei ole otstarbekas. Tuleb vältida iatrogeeniat.

Pikaajalise subfebriilse temperatuuri üle on palju vaieldud. Katse üldistada uuemaid andmeid on siiski otstarbekas, sest see probleem on sisehaiguste kliinikus suure praktilise tähtsusega.

РЕЗЮМЕ. Дается обзор современных взглядов на этиологию и патогенез затяжной субфебрильной температуры, встречающейся в клинике внутренних болезней.

Авторы предлагают следующую схему классификации затяжных субфебрильных температур: А. Ложные. Б. Токсико-инфекционно-аллергические. I. Общие инфекционные заболевания: 1) туберкулез; 2) ревматизм; 3) бруцеллез; 4) прочие инфекционные болезни. II. Паразитарные заболевания. III. Очаговые инфекции: 1) оториноларингеальные; 2) одонтогенные; 3) легочные (нетуберкулезные); 4) желудочно-кишечного тракта; 5) желчных путей; 6) урогенитальные. IV. Опухоли и заболевания системы крови. V. Тромбоэмболии. VI. Аллергозы, лекарственная болезнь, коллагенозы. В. Нейроэндокринные; 1) нейровегетативные; 2) эндокринные. Г. Физиологические: 1) предменструальные; 2) конституциональные; 3) вследствие физического напряжения.

Исходя из предложенной схемы, обсуждаются вопросы патогенеза, клиники и диагностики заболеваний, обусловливающих возникновение длительной субфебрильной температуры. Рекомендуется методика обследования таких больных.

KIRJANDUS: 1. Александер Г. Л. Осложнения при лекарственной терапии. М., 1958. — 2. Альбова Г. Е. В сб.: Nõukogude Eesti Tervishoid, 6, Tallinn, 1957, 174—180. — 3. Антонова Л. Т. Клинич. медицина, 1954, 8, 59—63. — 4. Ахрем-Ахремович Р. М. В кн.: Труды VII съезда терапевтов Украинской ССР (3—8 июня 1957 г.). Киев, 1962, 451—454. — 5. Братанов Б. Ц., Станчев З. Хронические температурные состояния в детском возрасте. София, 1962. — 6. Брод Я. Хронический пиелонефрит. Пер. с. нем. М., 1960. — 7. Вайнберг И. С. Роль нервной системы в терморегуляции. Л., 1943. — 8. Вайнберг Н. С. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов у юношей и взрослых. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Харьков, 1961. — 9. Вальдман В. А. Затяжные гипертермии и латентные инфекции. Л., 1949. — 10. Геллер Б. С. Ранние клинические проявления первичной туберкулезной инфекции у взрослых. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Минск, 1962. — 11. Гефтер Л. И. Вопр. ревматизма. 1962, 3, 69—73. — 12. Жаков М. П. Значение очагов патологического раздражения в зубной системе в этиологии, патогенезе и лечении внутренних болезней. М., 1961. — 13. Зарицкий Л. А. Врачебн. дело. 1957, 8, 807—810. — 14. Истаманова Т. С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. М., 1958. — 15. Ицков П. И. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии. 1961, 4, 73—77. — 16. Каладзе Р. А. О нарушениях терморегуляции при поражении диэнцефальной области. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1958. — 17. Кырге К. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 1, 3—9. — 18. Ланда А. Л., Крылов А. А. Сов. медицина, 1961, 2, 119—123. — 19. Лапина А. А. Туберкулез бронхов. М., 1961. — 20. Марткоплишвили М. Д. К физиологической характеристике терморегуляторного процесса при крупозной пневмонии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1965. — 21. Мастбаум М. И. Симптоматология и амбулаторная практика, ч. 1. Казань, 1941, 39—57. — 22. Олейник С. Ф. Хониосептические заболевания внутренних органов. М., 1967. — 23. Рабинович А. С. Хроническая очаговая инфекция полости рта. М., 1960. — 24. Рейнберг С. А. Клинич. медицина, 1954, 3, 17—30. — 25. Рубель А. Н. Врачебная газета. 1927, № 18, 1315—1325; № 19, 1400—1406. — 26. Рубинович А. С. Клинич. медицина, 1953, 3, 41—46. — 27. Сигал А. М. Казан. мед. ж. 1960, 6, 28—32. — 28. Толубеева Н. А. Клинич. медицина, 1955, 12, 42—47. — 29. Цигельник А. Я. Пробл. туберкулеза, 1946, 5, 3—10. — 30. Черногубов Б. А. В кн.: Затяжная субфебрильная температура, как расстройство терморегуляции неинфекционного характера. М., 1935. — 31. Шефер Д. Г. Диэнцефальные синдромы. М., 1962. — 32. Юлес М., Холло И. Диагностика и патофизиологические основы невроэндокринных заболеваний. Будапешт, 1963, 101—104. — 33. Domart, M. A. e. a. Presse méd, 72, 1964, 16, 937—939. — 34. Elštein, N. Medizin und Sport (Berlin) 1967, 4, 125—127. — 35. Gagel, O. Klin. Wochenschr. 24/25, 1947, 25/26, 389—391. — 36. Gastpar, H. Münchener med. Wochenschr., 106, 7, 282—290. — 37. Geraci, J. E., Weed, L. A., Nichols, D. R. J. Amer. Med. Assoc., 169, 1959, 12, 1306—1315. — 38. Gigon, A. Schweiz. med. Wochenschr. 71, 1941, 6, 142. — 39. Hatieganu, I. Clinic si patologie medicalô Probleme si lectium. Bucuresti. vol. I, 1955, 120—132; vol II, 1958, 39—49. — 40. Heckel, G. P. Surg, Gynecol and Obstetr., 92, 1951, 2, 191—208. — 41. Heidelmann, G. В кн.: H. Tichy, K. Seidel, G. Heidelmann, Lehrbuch der Rheumatologie. Berlin, 1959, 36. — 42. Isac, B., Gipa, Gh. Med. internâ, 1957, 10, 1554—1564. — Kappas, A. a. o. Arch. Internal Med. 105, 1960, 5, 701—708. — 44. Keefer, C. S., Leard, S. E. Prolonged and Perplexing Fevers. Boston. Toronto, 1955. — 45. Marconi, F. — Le Febricole. Ed. Vallcchi, Firenze, 1950. — 46. Pickering, G. Lancet, 1958, N. 1, 1—9; N. 2, 59—64. — 47. Allergie und allergische Ekrankungen. Band II herausgegeben von E. Rajka.

Budapest, 1959, 631—636. — 48. Reimann, H. A. J. Amer. Med. Assoc., 99, 1932, 22, 1860—1862. — 49. Rinkel, H. J. Arch. Otolaryngol. 76, 1962, N. 6, 491—508; 77, 1963, N. 1, 42—75; N. 2, 205—225; N. 3, 302—326. — 50. Schneider, G. Herdinfektion und allergische Erkrankungen herausgegeben von H. Redetzky, H. Thiele. Berlin, 1958, 53—60. — 51. Schüttmann, W. Methoden der Funktionsbeurteilung. Berlin — Jena, 1965, 136—137. — 52. Styblo, K. Bronchologische Arbeitsmethoden und ihre Ergebnisse. Vorträge des Internationalen Bronchologischen Fortbildungslehrgangs vom 14 bis 19. Dezember 1959. Berlin, 1962, 245—267. — 53. Zondek, B., Bromberg, J. M. J. Allergy, 16, 1945, 1, 1—16. — 54. Tredt, H.-J. Dtsch. gesundheitswesen, 19, 1964, 16, 716—719. — 55. Voit, K., Tilling, W. Med. Klinik. 57, 1962, 36, 1511—1514.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium
Tallinna Harjumäe Haigla

KOPSUTUBERKULOOSI KULUST JA PROGNOOSIST MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS'E RAVIMIRESISTENTSUSE PUHUL

LII JANNUS
Tallinn

UDK 616.24-002.5-03-036.8(047)

Viimase aastakümne jooksul tehtud eksperimentaalsete ja kliiniliste uurimistööde tulemusena on kogunenud arvukalt uusi fakte tuberkuloosi-mükobakterite ravimiresistentsuse kohta. Üha sagedamini peetakse viimast ebaedu põhjuseks tuberkuloosi ravis. Tuberkulostaatiliste ravimite arsenal on aasta-aastalt täienenud uute antibiootikumide ja kemoteraapiapreparaatidega, kuid nende kõigi suhtes täheldatakse mükobakterite resistentsuse kujunemist.

Ravimiresistentsuse tekkimist põhjendatakse kahe teooriaga, nimelt geneetilise mutatsiooni teooria ja adaptatsiooni-selektsiooniteooriaga. Eristatakse esmast ja teisest resistentsust.

Esmasresistentseid tuberkuloosi-mükobaktereid esineb eri autorite andmeil 2,9 ... 33,9% (5, 20, 22). Veelgi sagedamini leitakse neid lastel — kuni 44,8% (13, 22). Selline suur erinevus esmase ravimiresistentsuse sageduses on seletatav erinevate haigete-kontingentidega, samuti ravimiresistentsuse määramiseks ja hindamiseks rakendatavate meetodite erinevusega. Aastate kestel püsib esmastelt haigetelt isoleeritud resistentsete mükobakterite tüvede esinemissagedus enam-vähem ühel ja samal tasemel (19, 23, 24). Mõned autorid aga on viimasel ajal täheldanud esmase ravimiresistentsuse juhtude sagenemist ja näevad selles põhjendatult epideemia ohtu (7, 17, 35).

Esmase resistentsuse esinemissagedus streptomütsiini ja INH-preparaatide suhtes on ligikaudu ühesugune, kaldudes kord ühe, kord teise ravimi kasuks (11, 26, 27). Esmast resistentsust PAS-i ja nn. II rea preparaatide suhtes tuleb ette märksa harvem. See on seletatav sellega, et viimaseid kasutatakse tunduvalt vähem. Tuberkuloosi-mükobakterite esmase resistentsuse olemasolul ühe ravimi suhtes ei erine haigusprotsess kliiniliselt ja morfoloogiliselt millegi poolest tundlike mükobakterite puhul esinevast tuberkuloosist (13, 33). Tuberkuloos kulgeb märgatavalt raskemini siis, kui on tegemist mükobakterite esmase resistentsusega kahe või enama ravimi suhtes (12, 21).

Haigelt isoleeritud mükobakterite tüvi on tavaliselt heterogeenne ja koosneb nii tundlikest kui ka resistentsetest mikroobidest. Tuberkuloosi ravi tõhusus esmase ravimiresistentsuse olemasolul sõltub suurel määral mikroobitüve tundlike ja resistentsete isendite kvantitatiivsest vahekorrast. Kui ülekaalus on tundlikud mükobakterid, siis on teoreetilised alused edukaks raviks olemas; kui aga 10 tundliku mükobakteri kohta tuleb vähemalt üks resistentne mikroob, ei anna ka ravimiannuste suurendamine soovitud tulemusi (3, 28).

Tuberkuloosi-mükobakterite teisese ravimiresistentsuse juhtudel eristatakse kaht resistentsuse tüüpi — kiire ja aeglane —, mille kujunemist võib jälgida monoteraapia puhul. Resistentsuse kiire arenemine on iseloomulik INH-preparaatidele, streptomütsiinile, etionamiidile, kanamütsiinile ja pürasiinamiidile. Haiguse kulust ja ravimite hulgast sõltuvalt kujunevad 2...6 kuu kestel välja mükobakterite resistentsed vormid 90...100%-l haigetest. Teistele preparaatidele (tsükloseriin, PAS, viomütsiin ja tiosemikarbasoonid) on iseloomulik resistentsuse aeglane kujunemine. Pärast 6 kuud kestnud ravi leitakse nimetatud preparaatide suhtes resistentseid mükobaktereid ainult 20...50%-l haigetest (36). Tõenäoliselt etendavad esimese resistentsustüübi puhul peamist osa mutatsioonid, teise, s. o. aeglase tüübi puhul aga mikroobide kohanemine ebasoodsate tingimustega ja selle tagajärjel resistentsete isendite selektsioon.

Teisese streptomütsiiniresistentsuse kujunemisel peetakse edasist ravi streptomütsiiniga mitteefektiivseks (2, 32). INH-resistentsete mükobakterite tüvede osas on autorite arvamused lahkuminevad. Osa neist peab INH-resistentsetel mükobakteritel täheldatavat virulentsuse langust katseloomadel soodsaks nähtuseks ka inimesel ja seepärast soovitab ravi INH-preparaatidega jätkata (14, 37). Enamik autoreist väidab aga vastupidist: mükobakterite INH-resistentsuse korral on ravi nende preparaatidega niisama ebaedukas kui streptomütsiini puhulgi (1, 6, 7, 30).

Antibakteriaalse ravi tõhusust resistentsuse esinemisel seostatakse resistentsuse astmega. F. Tsiškevitš (9) täheldas mükobakterite kõrge resistentsuse puhul ravi mitteefektiivsust kahe või kolme põhipreparaadi suhtes 78%-l haigetest. G. Weill jt. (37) väidavad, et resistentsuse astmel — madalal või kõrgel — olulist tähtsust ei ole, ravi võimalused on mõlemal juhul piiratud.

Hormoonravi (kortikoidide) tuberkuloosi kroonilisi vorme põdevatel haigetel, kes eritavad streptomütsiini-, INH- ja PAS-resistentseid mükobaktereid, võib soodustada haigusprotsessi progresseerumist ja on seetõttu vastunäidustatud (10, 15).

Paljudel kopsutuberkuloosi juhtudel tuleb rakendada kirurgilist ravi. Viimane osutub edukaks aga ainult antibakteriaalse ravi foonil. Tuberkuloosimükobakterite ravimiresistentsus takistab kirurgilist ravi mõnevõrra — suureneb operatsioonijärgsete spetsiifiliste tüsistuste arv ja väheneb ravi efektiivsus (4, 8). Mõned autorid peavad ravimiresistentsuse esinemisel kirurgilist kui ainukest ravimeetodit hädavajalikuks (18, 31), teiste arvates aga on resistentsus kirurgilise ravi vastunäidustuseks (16). Niisuguse küsimuse lahendamisel tuleb peale ravimiresistentsuse andmete arvestada ka tuberkuloosi vormi, haigusprotsessi ulatust ja haige üldseisundit.

Mükobakterite ravimiresistentsus ei ole absoluutselt stabiilne omadus, osal juhtudest täheldatakse ravimitundlikkuse reversiivsust (2, 29). Seda leitakse ainult madala resistentsusastme ja teisese ravimiresistentsuse puhul (29, 34). INH-resistentsusega võrreldes on streptomütsiini- ja PAS-resistentsus märgatavalt stabiilsem (2, 25). Ravimitundlikkuse reversiivsuse mehhanism *in vivo* ei ole selge. Oletatakse, et see toimub haige organismis mikroobide, antud juhul mükobakterite remutatsioonidena.

Kokku võttes võib öelda, et kopsutuberkuloosihaigete ravi mükobakterite ravimiresistentsuse korral on tõsiseks mureks. Ravi jätkamist preparaatidega, mille suhtes resistentsus on olemas, tuleb tõenäoliselt otstarbetuks pidada. Ka annuste suurendamine osutub tavaliselt mitteefektiivseks ja ainult tõstab resistentsuse astet. Ravitaktika sõltub suurel määral sellest, kas on tegemist mükobakterite mono- või polüresistentsusega. Esimesel juhul on raviks võimalik kasutada kaht põhipreparaati, mille suhtes tundlikkus on säilinud, kusjuures sõltuvalt haigusprotsessi ulatusest lisatakse neile kas üks või kaks II rea preparaati. Polüresistentsuse puhul tuleb ravida II rea preparaatidega, näiteks kombineerida tsükloseriini, etionamiidi ja pürasiinamiidi. Viimasel juhul ei ole ravi küllalt efektiivne, sest selleks ajaks on paralleelselt spetsiifiliste morfoloogiliste muutustega välja kujunenud laialdane fibroos tuberkuloosikollete ümbruses, mis

takistab ravimite pääsemist haiguskolletesse ja põhjustab kopsukoe anatoomilise struktuuri irreversiivseid muutusi. Seega tuleb tuberkuloosivastase antibakteriaalse ravi meetodite valikul ja kirurgilise ravi näidustuste määramisel kindlasti arvestada mükobakterite esmast ning teisest ravimiresistentsust, selle laadi ja astet.

РЕЗЮМЕ. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза как первичная, так и вторичная является одной из причин безуспешности лечения туберкулеза легких антибактериальными препаратами. Частота первичноустойчивых штаммов микобактерий, выделенных от взрослых больных, составляет 2,9—33,9%, среди детей достигает 44,8%. В разных странах из года в год частота первичной устойчивости держится примерно на одинаковом уровне. Чаще встречается первичная устойчивость к стрептомицину и препаратам ГИНК, реже — к ПАСК и препаратам второго ряда. При первичной устойчивости к одному препарату туберкулезный процесс протекает сходно процессу, вызванному чувствительными микробами. При первичной устойчивости к двум или более препаратам отмечается более тяжелое течение туберкулеза. Результаты лечения во многом зависят от соотношения чувствительных и устойчивых особей в микробной популяции.

В развитии вторичной устойчивости различают два типа — быстрый и медленный. Первый характерен для развития стрептомицино- и ГИНК-устойчивости, второй — устойчивости к ПАСК и циклосерину. С развитием вторичной устойчивости к стрептомицину и препаратам ГИНК заметно снижается эффективность антибактериального лечения и увеличивается частота осложнений после фтизиохирургических вмешательств. При наличии полирезистентности микобактерий туберкулеза гормонотерапию считают противопоказанной из-за отсутствия возможности создания антибактериальной защиты.

Лекарственная устойчивость — свойство не абсолютно стойкое. При низкой степени вторичной устойчивости и отмене соответствующих лекарственных препаратов иногда наблюдается возвращение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза. Более стабильна устойчивость к стрептомицину и ПАСК, менее — к препаратам ГИНК. Наличие, характер и степень как первичной, так и вторичной устойчивости микобактерий туберкулеза должны быть учтены при выборе методики антибактериального лечения и при установлении показаний к хирургическому лечению.

KIRJANDUS: 1. Алябина М. Г. Труды Института туберкулеза АМН СССР, т. X. М., 1961, 253—256. — 2. Асеев Д. Д. Пробл. туберк., 1965, 3, 10—15. — 3. Зеленская А. Б. Пробл. туберк., 1967, 5, 75—78. — 4. Каландадзе З. Ф. и др. Пробл. туберк., 1962, 6, 48—51. — 5. Лукьянов Н. Г. Пробл. туберк., 1967, 3, 8—12. — 6. Мамолат А. С. Пробл. туберк., 1963, 28—33. — 7. Рудой Н. М. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза и ее значение в клинике туберкулеза легких. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1965. — 8. Свешникова Е. К., Белогурова В. П. Пробл. туберк., 1964, 10, 48—51. — 9. Цишкевич Ф. К. Пробл. туберк., 1968, 1, 32—38. — 10. Bethlem, N. a. o. Dis. chest, 1960, 38, 2, 131—139. — 11. Blacklock, Z. M., Sutton, M. F. Amer. rev. resp. dis., 1965, 92, 6, 970—972. — 12. Brander, E. a. o. Scand. J. resp. dis., 1967, 48, 1, 76—80. — 13. Canetti, G. e. a. Rev. tuberc., 1964, 28, 11, 115—158. — 14. Courtois, R. e. a. Acta tuberc. belg., 1961, 4, 296—306. — 15. Gerbeaux, J. e. a. Rev. tuberc., 1962, 26, 4, 434—468. — 16. Ewert, E. G., Eule, H. Mschr. Tbk Bekpf., 1964, 7, 5/6, 177—187. — 17. Grosset, J. a. o. Excerpta medica. Intern. congress series, 1965, 96, 84. — 18. Haga, T. a. o. Dis. chest, 1962, 41, 5, 504—513. — 19. Hobby, G. L. Amer. rev. resp. dis., 1964, 89, 3, 337—349. — 20. Hornung, S., Polonczyk, M. Gružlica, 1962, 4, 349—358. — 21. Iwasaki, T. Bull. Un. intern. Tuberc., 1962, 32, 2, 118—122. — 22. Meissner, G. Ftiziologia, 1967, 16, 3, 217—221. — 23. Miller, A. B. Excerpta medica. Intern. congress series, 1965, 96, 85—86. — 24. Palojoki, A., Lahesmaa, R. Acta tuberc. scand., 1965, 46, 44—50. — 25. Peizer, L. a. o. Amer. rev. tuberc. dis., 1960, 82, 568—573. — 26. Report from the research Committee of the British Tuberculosis Association, Tubercle, 1963, 44, 1—26. — 27. Selroos, O. Excerpta medica. Intern. congress series, 1965, 96, 87—88. — 28. Seri, I. Prax. Pneumol., 1964, 18, 8, 542—551. — 29. Stewart, S. M. Tubercle, 1966, 47, 2, 190—197. — 30. Stewart, S. M., Crofton, J. W. Amer. rev. resp. dis., 1964, 89, 6, 811—829. — 31. Šnajdr, V. u. a. Tuberkulosearzt, 1963, 17, 1, 34—40. — 32. Zierski, M. Beitr. Klin. Tuberk., 1962, 125, 1, 15—21. — 33. Thibier, R. e. a. Rev. tuberc., 1960, 24, 7—8, 831—868. — 34. Tsukamura, M., Tsukamura, S. Kekkaku, 1967, 42, 1, 23—27. — 35. Virtanen, S. Acta tuberc. scand., 1962, 42, 2, 131—137. — 36. Walter, A. M. Prax. Pneumol., 1966, 20, 12, 735—747. — 37. Weill, G., e. a. Rev. tuberc., 1964, 28, 11, 1159—1180.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

SUURENDADA ORGANISATSIOONILIS-METOODILISE KABINETI OSATÄHTSUST

ANDREI SARAP
Tallinn

UDK 614.21(-22)

1963. aastal kaotati Eesti NSV-s rajoonide tervishoiuosakonnad ja nende ülesanded pandi rajooni keskhaiglale, mille peaarst samal ajal on rajooni peaarst. Vabariigis on 12 rajooni keskhaiglat ja peale nende 5 rajoonihaiglat.

NSV Liidu tervishoiu ministri poolt kinnitatud põhimääruse järgi on rajooni keskhaiglates organisatsioonilis-metoodiline kabinet. Selle koosseisu peavad tavaliselt kuuluma rajooni keskhaigla peaarsti asetäitja tervishoiuasutuste alal, kes ühtlasi on kabineti juhataja, ja vastavalt elanike arvule 1...2 arsti-metoodikut, statistik ning mittekoosseisuliste metoodikutena kõik rajooni peaspetsialistid (pediaater, terapeut, kirurg, akušöör-günekoloog, stomatoloog, ftisiaater, sanitaar- ja epidemioloogiajaama arst jt.) ning rajooni keskhaigla vanem-meditsiiniõde.

Kontrollimine kohtadel näitas, et mitmes rajoonis (Paide, Valga, Põlva jt.) töötavad organisatsioonilis-metoodilised kabinetid puudulikult, mistõttu rajooni ravi- ja profülaktikaasutuste organisatsioonilis-metoodiline juhtimine ei pea sammu tervishoiu aktuaalsete vajadustega. Nimetatud rajoonide peaspetsialistid ei täida oma ülesandeid nõutaval määral. Nad ei analüüsi maa-ambulatooriumide ja jaoskonnahaiglate tööd, samuti velskri-ämmaemandapunktide tegevust, kusjuures nad ei ole teadlikud elanikkonna tervislikust seisundist. Paljude nimetatud tervishoiuasutuste töö kvaliteet on madal ja varustus on vananenud. Seetõttu on põhjust peatuda rajooni keskhaiglate organisatsioonilis-metoodiliste kabinettide mõningatel tööaladel.

Organisatsioonilis-metoodilised kabinetid tegutsevad aastaplaani alusel, mis on kooskõlastatud Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise osakonnaga ja mille on kinnitanud rajooni peaarst. Et saada täielik ülevaade rajooni tervishoiu arengust ja jälgida seda dünaamikas, on tähtis, et keskhaigla organisatsioonilis-metoodiline kabinet abistaks iga maajaoskonna-arsti maa-arstijaoskonna passi koostamisel.

Pass kujutab endast kausta, milles on ära toodud jaoskonna kaart koos kõikide tervishoiuasutuste ja peamiste alalisele sanitaarjärelevalvele kuuluvate asutuste ja ettevõtetega ning nende dislokatsioon. Passi kirjeldav osa sisaldab kõikide kolhooside, sovhooside ja muude ettevõtete lühikese majandusliku ning sanitaarse iseloomustuse, peamised demograafilised näitajad aastate lõikes. Ühtlasi leiduvad seal maa-ambulatooriumi ja kõikide arstijaoskonda kuuluvate velskri-ämmaemandapunktide üksikasjalikud andmed: nende suurus, kaugus lähimast haiglast, rajoonikeskusest, samuti transpordivahenditega, diagnoosimis- ja ravivahenditega varustatus, meditsiinikaadriga komplekteeritus ning meditsiinitöötajate ettevalmistuse aste. Passi kaustas peavad olema andmed meditsiinitöötajate tööst (tööstaaž, kvalifikatsiooni tõstmine), jaoskonna-ambulatooriumi, arstijaoskonda kuuluvate haiglate ja velskri-ämmaemandapunktide tegevusest. On soovitatav, et passis oleksid märgitud lühiandmed tervishoiuasutuste ajaloost (asutamine, areng), samuti ära toodud jaoskonna ravi- ja profülaktikaasutuste, meditsiinitöötajate ning Punase Risti Seltsi aktivistide fotod. Hea oleks, kui nimetatud dokumendid oleksid kahes eksemplaris, millest üks säilitatakse maa-

arstijaoskonnas, teine rajooni keskhaigla organisatsioonilis-metoodilises kabinetis.

Maa-arstijaoskonna passil on suur tähtsus meditsiinitöötajatele (arstid, velskrid, ämmaemandad, rajooni keskhaigla spetsialistid jt.), kes alles saabusid tööle, sest pass annab täpse ettekujutuse nimetatud tervishoiuasutuste arengust ja arstijaoskonna piirides elunevate inimeste tervisliku seisundi muutustest.

Organisatsioonilis-metoodilise kabineti tähtsaks ülesandeks on ka aasta-aruannete koostamine ja vastuvõtmine. Juba aegsasti enne nende esitamist korraldavad ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad, meditsiinistatistikud ning muud töötajad (kes vastutavad arvestuse ja aruandluse eest) seminari. Seal valgustatakse põhjalikult arvestuse tegemist, aruande koostamist ja niisuguste näitajate arvutamist, mis annaksid ülevaate asutuse tegevusest ning elanikkonna tervislikust seisundist. Seda tehakse ka aasta lõpupoolel toimuval konverentsil, kus organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja ja rajooni peaspetsialistid selgitavad küsimusi, mida aruandes tuleb peegeldada. Aasta-aruannete vastuvõtmisest ja ülevaate koostamisest peavad osa võtma ka rajooni peaspetsialistid. Ülevaates esitatavad näitajad peavad peegelduma dünaamikas ja neid võrreldakse ülerajooniliste ning ülevabariigiliste näitajatega. Sellisel viisil koostatud ülevaade võimaldab iga tervishoiuasutuse tegevust objektiivselt hinnata, avastada puudused ja kavandada nende kõrvaldamise abinõud.

Maarajoonide meditsiinitöötajate praktiliseks ja konsultatiivseks abistamiseks korraldab organisatsioonilis-metoodiline kabinet rajooni keskhaigla arstide väljasõite kohtadele graafiku järgi. Iga spetsialist peab väljasõidus olema vähemalt 2 . . . 3 korda kuus. Nad annavad konsultatsiooni oma erialal nii ambulatooriumis kui ka haiglaravil olevate haigete kohta. Nad vaatavad läbi dispanseersele arvele võetud isikud, kontrollivad arvestust oma eriala lõikes, samuti jaoskonna-ambulatooriumi eraldi päevikus registreeritud ettepanekuid ja märkusi, mida on teinud teised spetsialistid eelmiste väljasõitude ajal. Samuti külastavad nad loomafarme, töökodasid ja muid ettevõtteid ning tutvuvad töötingimuste ja ohutustehnika-abinõude rakendamisega. Maal peab rajooni spetsialist pidama loenguid meditsiini aktuaalsetel teemadel. Pärast rajooni keskhaiglasse tagasisaabumist tuleb igal spetsialistil organisatsioonilis-metoodilisele kabinetile esitada lühike aruanne. Aruandesse märgitakse puudused, tuuakse ära läbivaadatud haigete arv, statsionaaris, ambulatooriumis ravitud ja dispanseeritud haigete arv, kelle kohta anti konsultatsiooni. Esitatakse ettepanekud puuduste kõrvaldamiseks, diagnoosimise ja ravi kvaliteedi parandamiseks. Iga sellist aruannet (õiendit) analüüsib metoodilise kabineti töötaja tähelepanelikult ning rakendab operatiivselt abinõusid puuduste kõrvaldamiseks. Aruanded säilitatakse maa-arstijaoskonna kaustas ja nendega tutvuvad arstid, kes nimetatud tervishoiuasutust väljasõitudel edaspidi külastavad.

Rajooni peaspetsialistid peavad pidevalt analüüsima maajaoskonnaarstide tööd, samuti tegema ettepanekud puuduste kõrvaldamiseks oma eriala piires. Pärast peaspetsialisti ettekande kuulamist organisatsioonilis-metoodilises kabinetis hoitakse nimetatud ettepanekud sel alal rajoonispetsialisti eri kaustas. See kergendab ettepanekute täitmise kontrollimist, suurendab peaspetsialistide, eriti maajaoskonnaarstide ning velskri-ämmaemandapunktide juhatajate vastutust ravi ja profülaktika-alase töö kvaliteedi tõstmisel.

Peaspetsialistide kaasatõmbamine organisatsioonilis-metoodilise kabineti töösse täiustab maaelanikkonna meditsiinilise teenindamise organisatsioonilisi vorme. On tähtis, et jaoskonnaarst statistiliselt õigesti analüüsiks elanikkonna tervislikku seisundit, samuti meditsiinilise teenindamise kvaliteeti maa-arstijaoskonnas. Mitte vähem tähtis on jaoskonnaarsti ja velskri-ämmaemandapunkti juhataja erialaste oskuste ning teadmiste täiendamine.

Käesoleval ajal kooskõlastavad organisatsioonilis-metoodilised kabinetid oma tööd (eriti profülaktika alal) vähesel määral sanitaar- ja epidemioloogiajaamadega, sageli tegutsevad nad täiesti omaette. Et niisugust olukorda edaspidi vältida, peab organisatsioonilis-metoodilise kabineti koosseisus olema sanitaar- ja epidemioloogiajaama peaarst või vähemalt epidemioloog.

Organisatsioonilis-metoodilise kabineti tegevuses tuleb suurt tähelepanu pöörata meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele, konverentside, samuti seminaride ning muude ürituste korraldamisele kohapeal.

Paremate ravi- ja profülaktikaasutuste ning meditsiinitöötajate eesrindlike kogemuste tundmaõppimine, nende üldistamine ja levitamine peavad organisatsioonilis-metoodilise kabineti töös olema juhtival kohal. Seetõttu on hädavajalik, et uued meditsiinilise teenindamise organisatsioonilised vormid ja meetodid, samuti uued profülaktika-, diagnoosimis- ja ravimeetodeid üldistataks ning levitataks. On otstarbekas laialdaselt korraldada ülerajoonilisi väljasõidukonverentse ja seminare vahetult paremates tervishoiuasutustes, samuti komandeerida üksikuid meditsiinitöötajaid vabariigi või isegi teiste liiduvabariikide eeskujulikesse tervishoiuasutustesse. On alati kasulik üksteist lähemalt tundma õppida. Kahjuks tuleb ette juhtumeid, kus kõrvuti paiknevates arstijaoskondades töötavad kolleegid kohtuvad vaid rajoonikeskuses konverentsil või nõupidamisel, mitte kunagi töökohtades, ehkki nad aastakümnete jooksul on töötanud üksteise naabruses.

Rajooni keskhaigla organisatsioonilis-metoodilise kabineti tegevuses on palju mitmesuguseid olulise tähtsusega punkte, mida ühes artiklis pole võimalik käsitleda. Peatusime vaid peamistel asjaoludel, mida tervishoiu arengu käesoleval etapil tuleb eelkõige silmas pidada.

РЕЗЮМЕ. Более пяти лет назад упразднены райздравотделы и функции их возложены на центральные районные больницы. Все эти больницы в своей структуре имеют организационно-методический кабинет.

Обследование на местах показывает, что в ряде районов организационно-методические кабинеты работают неудовлетворительно, в результате чего уровень организационно-методического руководства лечебно-профилактическими учреждениями района резко отстает от насущных задач здравоохранения. В связи с этим слабо работают в некоторых районах главные специалисты района, они не анализируют качественных показателей работы сельских участковых амбулаторий и больниц, а также фельдшерско-акушерских пунктов и не знают состояния здоровья сельского населения.

В статье останавливаются на некоторых вопросах организационно-методической работы центральных районных больниц и особенно на роли и задачах главных специалистов района в настоящее время.

Привлечение главных специалистов района к работе организационно-методического кабинета должно положительно сказаться на совершенствовании организации медицинской помощи населению, на повышении качества диагностики и лечении заболеваний на современном уровне.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

KOPSUVÄHI KATAMNEESIST

EVI RAUKAS
JAAN KARUSOO
LEO SAUEMÄGI
ALEKSANDER GAVRILOV
Tallinn

UDK 616.24-006.6-07

Viimastest aastatest pärinevad arvukad statistilised andmed kõnelevad kopsuvähki haigestumise näitajate järjekindlast suurenemisest. Mitmetes Euroopa, Aasia ja Ameerika maades esineb kopsuvähki käesoleval ajal 15...20 korda sagedamini kui sajandi algul.

Kõigi vähktõve vormide hulgas on kopsuvähk meestel saavutanud esimese ja naistel neljanda koha (3). Eri auto-

rite andmeil varieerub meeste ja naiste haigestumise suhe 4:1 kuni 16:1 ning isegi rohkem (3).

Kopsuvähki haigestumise sagenemist ja surmajuhtude arvu suurenemist seletatakse peaasjalikult õhu ulatuslikuma saastumise, suitsetamise ja krooniliste põletikuliste kopsuhaiguste sagenemisega. Haigestumises etendavad tähtsat osa töö- ja elutingimused, toitumine ning otstarbekas puhkus (7, 8, 11, 12). Peale soo sõltub haigestumine ka vanusest, samuti sellistest teguritest nagu pärilikkus, traumad, kroonilised ärritused jm. (4).

Käesoleva töö ülesandeks oli retrospektiivselt analüüsida kopsuvähki haigestunute töö- ja elutingimusi, kahjulikke harjumusi ning põetud kopsuhaigusi enne vähktõve avastamist.

Uurimistöö tehti Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris ja Tartu Onkoloogia Dispanseris kopsuvähi tõttu arvel olevate haigete katamnestilise küsitluse põhjal. Aluseks võeti vähi epidemioloogia uurimise üleliiduline skeem. Viimases pööratakse tähelepanu õhu saastumisele elukoha läheduses, tervist kahjustavale tööle, põetud või põetavatele kopsuhaigustele, suitsetamisele jm.

Üldse uuriti 90 haiget, neis 72 meest ja 18 naist. Ealiselt jagunesid uuritud järgmiselt: 21 ... 30-aastasi 1, 31 ... 40-aastasi 2, 41 ... 50-aastasi 5, 51 ... 60-aastasi 26, 61 ... 70-aastasi 37, 71-aastasi ja vanemaid 19.

Küsitlusel selgus, et enne kasvaja avastamist tegi tervist kahjustavat tööd (puutus kokku keemiliste ainete, ioniseeriva kiirguse, mitmesuguse tolmu jm.) 32 haiget (35,6% uurituist) ja õhku saastavate tehaste, autobaaside, katlamajade, elektrijaamade jm. läheduses (kuni 500 m) elas 19 haiget (26,5% uurituist).

Anamnees näitas, et 80% haigetest pöördus ise arsti poole, 20%-l avastati kasvaja profülaktilisel läbivaatusel. 50 haigel (55,6%-l uurituist) oli arsti poole pöördumise peamine põhjus pikemat aega vältav köha. Kaasnev rögaeritus esines 41 haigel (45,5% uurituist), s. o. 82,0%-l isikuist, kes köhisid. Hingeldust kaebas 20 (22,2%), korduvat veriköha 11 (12,2%), valusid rindkeres 9 (10,0%) ja vilistamist rindkeres 11 haiget (12,2%). Kehatemperatuuri tõusu täheldati 28 haigel (37,1%).

Kirjanduse andmetest on teada, et suurema osa tänapäeva autorite arvates on köhal kopsuvähi diagnoosimisel suur tähtsus. Võib öelda, et köha on üks esimesi, kõige sagedamaid ja püsivamaid sümptoome, mis esineb 60 ... 90%-l juhtudest (5, 10, 13). I. Peševi ja S. Nikolovi (3) andmeil põhjustavad köha bronhi limaskesta põletik, hiljem aga bronhi stenoos ja lokaalsete muutuste kompleks. Seega on krooniliset mittespetsiifilisest kopsupõletikust põhjustatud köha raske eristada köhast kopsuvähi varajases staadiumis. I. Pešev ja S. Nikolov (3) soovitavad jälgida köha laadi muutumist ja kontrollida kliinilis-laboratoorseid näitajaid.

Teistest sümptoomidest kohtab kirjanduse andmeil veriköha 70 ... 90%-l, valusid rindkeres 50 ... 75%-l, hingeldust 35 ... 65%-l, kehatemperatuuri tõusu 30 ... 80%-l kopsuvähihaigetest (5, 10). Kuid E. Ungeheuer (13) leidis samuti kui meiegi, et veriköha, hingeldust ja valusid esineb rindkeres märksa harvemini — vastavalt 10 ... 15%-l, 5 ... 10%-l ja 14 ... 20%-l haigetest.

Meie uurituist vältas köha enne kopsukasvaja avastamist alla 2 aasta 8-l (8,9% uurituist), 2 ... 9 aastat 11-l (12,2%), 10 ... 19 aastat 14-l (15,6%) ning 20 aastat või rohkem 17 haigel (18,9%).

Need andmed näitavad kopsuvähki haigestumise sagenemist siis, kui köha on kestnud pikemat aega. Nii on haigete arv nende hulgas, kes on köhinud üle 20 aasta, 2 korda suurem kui ülejäänute hulgas.

Enne kasvaja avastamist põetud kopsuhaiguste analüüsimisel selgus, et kopsupõletikku oli põdenud üks kord 28 (31,1%) ja korduvalt 9 haiget (10,0% uurituist). 10 patsiendil (11,1% uurituist) oli diagnoositud grippi, mille tüsistusena tekkis kopsupõletik. Tuberkuloosi oli põdenud 17 (18,9%) ja rindkere trauma oli esinenud 3 haigel (3,3% uurituist).

Käesolevas töös peeti bronhiiti krooniliseks siis, kui köha koos rögaeritusega oli kestnud vähemalt kolm kuud aastas kahe viimase aasta jooksul. Seda oli enne kopsuvähki haigestumist põdenud 36 haiget (40,0% uurituist).

Ka teised autorid märgivad anamneesis mitmesuguseid kopsuhaigusi. A. Campell kaastöötajatega (9) jälgis 99

kopsuvähihaiget ja leidis, et ¾-l juhtudest esines anamneesis krooniline bronhiit. Autor vaatleb bronhiiti kui determineerivat tegurit kopsuvähi tekkes. A. Gaiger (1), kes uuris kopsuvähi levikut Kirgiisi NSV-s, märgib, et 36,2% haigetest (s. o. 133-l 392-st) oli varem põdenud muid kopsuhaigusi. Ühe- või kahepoolset kopsupõletikku oli põdenud 16,8% ja muid kroonilisi mittespetsiifilisi põletikulisi kopsuhaigusi 11,2% haigetest.

Nii meie uurimistöö tulemused kui ka kirjanduse andmed näitavad teatavat seost krooniliste põletikuliste kopsuhaiguste ja kopsuvähi vahel.

Mitmed autorid (2, 7), kes on uurinud krooniliste põletikuliste kopsuhaiguste osa kopsuvähi tekkes, näitavad, et kroonilised põletikud mõjutavad bronhi epiteeli basaalkihti ja põhjustavad viimase metaplaseerumist. Samuti võivad need kaasa tuua basaalrakkude vohamise ja polüpoossete moodustiste tekkimise. Bronhi epiteeli basaalrakkude prolifereerumine viitab aga rakkude suurenenud aktiivsusele. Ka VIII rahvusvahelise vähivastase kongressi materjalidest (4) nähtub, et mitmed ameerika autorid märgivad tihedat seost bronhi epiteeli metaplaasia ja kopsuvähi arenemise vahel.

L. Šabad (6) märgib, et kroonilised põletikud kahjustavad kopsude füsioloogilist kaitseeliminatsiooni, soodustavad kantserogeensete ainete adsorptsiooni ja deponeerimist kopsukoes.

Suitsetajaid oli vaatlusaluste hulgas kokku 70 (77,8% uurituist), neist 67 meest (93,5%) ja 3 naist (16,6%). Mitmesugustel põhjustel oli suitsetamise lõpetanud kuni 10 aastat tagasi 15 (21,4%) ja üle 10 aasta tagasi 6 haiget (8,5% uurituist).

Kõige sagedamini suitsetati filtrita sigarette [37 haiget (52,9% uurituist)] ja paberosse [16 haiget (22,9% uurituist)]. Alla 10 sigareti (paberossi) päevas suitsetas 3 (4,3%), 10 ... 20 sigaretti (paberossi) 40 (57,1%) ja üle 20 sigareti (paberossi) 27 haiget, s. o. 38,6% suitsetajate üldarvust.

Enamik (73,3%) oli suitsetanud üle 20 aasta. Enne 15 eluaastat hakkas suitsetama 11 (15,7%), 15 ... 19-aastaselt 26 (37,1%), 20 ... 24-aastaselt 22 (31,4%) ja 25-aastaselt või vanemas eas 11 (15,7%).

Toodud andmetest ilmneb, et suitsetajate protsent kopsuvähki haigestunud meeste hulgas on suhteliselt suur (93,5%). Samuti oli suur ka üle 20 aasta suitsetanute arv (73,3%).

VIII rahvusvahelise vähivastase kongressi materjale analüüsides märgib N. Raihlin (4), et ameerika teadlased on põhjalikult uurinud suitsetamise mõju bronhi epiteelile. On tõestatud, et eksisteerib tihe side suitsetamise ja kopsuvähi tekke vahel. Haigestumises etendavad suurt osa ka suitsetamise intensiivsus ja kestus aastates (7). Kopsuvähki haigestuvad peaasjalikult inimesed, kes järjekindlalt ja palju suitsetavad.

Kokku võttes võib öelda, et kopsuvähki kohtab kõigis vanuserühmades, kuid kõige sagedamini pärast 50-ndat eluaastat. Sellesse haigestuvad peamiselt mehed; meeste ja naiste haigestumise suhe on 4:1.

Katamneesi andmed näitavad, et kopsuvähi varajane diagnoosimine on suhteliselt raske, sest paljud seni juhtivateks peetud sümptoomid (valud rindkeres, verikõha) esinevad ainult vähestel haigetel. Küll võib täheldada küllaltki suurel arvul patsientidel köha, mida aga on raske eristada krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste puhul esinevast köhast.

РЕЗЮМЕ. Целью настоящего исследования было ретроспективно проанализировать условия труда и быта больных раком легкого, вредные привычки и перенесенные легочные болезни до выяснения карциномы легкого. На основании катамнеза по Всесоюзной схеме исследования эпидемиологии рака исследовались 90 больных, состоящих на учете в Таллинском республиканском онкологическом диспансере.

При расспросах выяснилось, что главной причиной обращения к врачу являлся длительный кашель — у 50 (55,6%) больных. Выделение мокроты было у 41 (45,5%) больного, на одышку жаловались 20 (22,2%), на кровохарканье 11 (12,2%), на боли в груди 9 (10,0%) и на повышенную температуру 28 (37,1%) больных. Кашель длился до выяснения рака легкого до 2 лет — у 8 (8,9%), 2—9 лет — 11 (12,2%), 10—19 лет — 14 (15,6%) и 20 лет или больше — 17 (18,9%) больных.

Таким образом, приведенные данные показывают повышение заболеваемости раком легкого при длительном кашле. Число больных карциномой легких среди кашляющих более 20 лет в 2 раза выше, чем среди других.

При анализе перенесенных заболеваний (до выявления рака легкого) установили, что однократно пневмонией переболели 28 (31,1%) и повторно 9 (10,0%) больных, у 10 (11,1%)

больных диагностировали грипп, осложнившийся пневмонией. Туберкулезом болели 17 (18,9%) и травма грудной клетки была выявлена у 3 (3,3%) больных. Хронический бронхит обнаружили у 36 (40,0%).

В заключение можно сказать, что рак легкого встречается во всех возрастных группах, но чаще всего после 50 лет. Заболевают им главным образом мужчины. Отношение заболеваемости мужчин и женщин оказалось 4 : 1. Приведенные данные показали, что ранняя диагностика рака легкого сравнительно трудна, так как многие симптомы, которые считались до сих пор ведущими (боли в груди, кровохарькание), могли обнаружить только у некоторых больных. В то же время у многих больных отмечался кашель, который трудно отличить от кашля при хронических неспецифических болезнях легкого.

KIRJANDUS: 1. Гайгер А. Р. Тр. Киргизского НИИ онкологии и радиологии. Фрунзе, том II, 1965, 61—66. — 2. Вайль С. С. Вопр. онкологии, 1957, 4, 393—399. — 3. Пешев Ив. и Николов См. Болезни системы дыхания, София, 1966, 479—507. — 4. Райхлин Н. Т. Вопр. онкологии, 1963, 4, 3—8. — 5. Углов Ф. Г. Рак легкого, Л., 1962. — 6. Шабад Л. М. Вопр. онкологии, 1957, 4, 387—392. — 7. Baló, J. Lungenkarzinom und Lungenadenom, Budapest, 1959. — 8. Berndt, H. Arch. Geschwulstforsch., 1966, 28, 1, 28—42. — 9. Campell, A. H. a. o. Brit. J. Dis. Chest., 1963, 57, 113—117. — 10. Ochsner, A., Bakey, M. a. Dixon, J. J. Amer. Med. Assoc., 1947, 135, 32—36. — 11. Pinels, S. u. Dragon, V. Neoplasma, 1964, 11, 63. Ref.: Arch. Geschwulstforsch., 1965, 24, 3, 205. — 12. Shimkin, M. B. Cancer Res., 1965, 25, 1363—1370. — 13. Ungeheur, E. Arch. Geschwulstforsch., 1967, 29, 3, 294.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

VULVA KARTSINOOMI KIIRESTI ARENENUD JUHT

RIINA VELGRE
Tallinn

UDK 618.16-006.6

Välissuguelundite vähk moodustab 1 . . . 5,6% naiste suguelundite pahaloomulistest kasvajatest (1, 2). Sagedamini haigestuvad naised 60 . . . 70-ndate aastate vahel, kuigi *vulva* kartsinoomi juhte on kirjeldatud ka nooreamatel. Lokalisatsiooni järgi on esikohal suurte ja väikeste häbememokkade kahjustus, teisel kohal on kõdisti vähk, harvem on protsess alguse saanud Bartholini näärmetest (1).

Vulva kartsinoom võib esineda järg-



miste vormidena: a) tiheda isoleeritud sõlmena, mis hiljem haavandub; b) esmaselt haavanduvana, haavandil tihked servad ja veritsev pind; c) kõhrelise konsistentsiga infiltraadina, mis tungib sügavale nahaalustesse kudedesse; d) näsalise eksofüütse vohandina, mis meenutab lillkapsast ja eritab seroos-hemorraagilist vedelikku. Kirjanduse andmeil täheldatakse viimast vormi kõige sagedamini (2).

Regionaarsete lümfisõlmede metastaasid tekivad küllaltki vara. Esmajoones kahjustuvad pindmised kubeme lümfisõlmed, seejärel süvad ja alles siis hõlmatakse vaagna lümfisõlmed ning võivad tekkida kaugmetastaasid. Palpeerimisel sedastatavad suurenenud lümfisõlmed ei tarvitse alati olla metastaatilised. Metastaatilist protsessi diagnoositakse alles pärast lümfisõlmede histoloogilist uurimist.

Haiguse sümptoomid on algul tagasihoidlikud, võivad esineda sügelus või kipitustunne välissuguelundeis. *Vulva* kartsinoom võib arenema hakata prekantseroosi (leukoplaakia, krauroos), mis kulgeb samasuguste sümptoomidega, foonil. Seetõttu pahaloomulise protsessi algust kohe ei märgata ja arsti poole sageli pöördutakse liiga hilja.

Haige I. P., 61 aastat vana, kodune, suunati rajoonihaiglast Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse 8. I 68. a. Diagnoos: *Carcinoma vulvae* III st. IIa gr. (haiguslugu nr. 50/68). Haige oli sügelemist ja kipitust välissuguelundeil tundnud 1967. aasta detsembrikuust alates, kuid ei pööranud sellele erilist tähelepanu. Häirivaks muutusid vaevused siis, kui välissuguelundeile oli tekkinud mingi kasvaja. Pühade tõttu jõudis haige arsti juurde alles jaanuari algul. Dispanserisse saabumisel sedastati järgmist. Paremal pool suurel häbememokal lillkapsa-taoline lagunev ja veritsev vohand mõõtmetega 7×8 cm (vt. foto). Kasvaja infiltreerus sügavale alumistesse kudedesse. Tupp vaba, *portio* puhas, emakas normaalse suurusega, adnekside piirkonnad vabad. Paremal kubeme lümfisõlmed suurenenud, vasakul lümfisõlmed ei ole palpeeritavad.

16. I tehti *vulvectomia totalis cum exstirpationem lymphonoduli inguinalis dex.* (Ducuingi järgi).

Patohistoloogiline uuring nr. 40342/43: *carcinoma epidermoides, typus cornescens vulvae.* Kubeme lümfisõlmedes krooniline lümfadeniit, lümfifolliikulites ja siinuste seintes tugev reaktiivne retikulaarne hüperplaasia. Vähi metastaase lümfisõlmedes uuritud ei ole.

Haige üldseisundi tõttu otsustati esialgu piirduda Ducuingi parempoolse operatsiooniga. Haige kutsuti kolme kuu pärast tagasi, et sama operatsioon teha vasakul pool. Haavand paranes esmaspingsalt ja haige lahkus statsionaarist paranenult.

РЕЗЮМЕ. Рак наружных половых органов составляет 1 . . . 5,6% всех злокачественных опухолей женских половых органов. Чаще заболевают женщины в возрасте 60—70 лет, хотя карцинома вульвы встречается и у более молодых.

Описывается случай карциномы вульвы у женщины 61 года. Впервые она почувствовала зуд и жжение наружных половых органов в декабре 1967 г., но не обратила на это внимания. К врачу обратилась в январе месяце 1968 года.

На правой большой губе было обнаружено разлагающееся и кровоточащее разрастание, напоминающее цветную капусту, размером 7×8 см. 16 января с. г. было произведено *vulvectomia totalis cum exstirpationem lymphonoduli inguinalis dex.* Патологическое исследование: *carcinoma epidermoides, typus cornescens vulvae.*

Рана зажила *per primam* и больную выписали из стационара.

KIRJANDUS: 1. Серебров А. И. Оперативная онкогинекология, М., 1965, 154—158. — 2. Лельчук П. Я. Руководство по акушерству и гинекологии, М., 1962. V, 11—21. — 3. Кайро М. А. Злокачественные опухоли. Клиническое руководство, III, часть II, Л., 1962, 491—510.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

Abiks velskritele ja õdedele

NÄOLUUDE VIGASTUSED JA ESMAABI NENDE PUHUL

MAIE LÕVI
Tartu

UDK 617.52-001:614.8

Näoluude murrud moodustavad ligikaudu 15% kõigist luumurdudest. Näoluud on haprad, eriti ninaluud, sarnakaar ja ülalõug, ning esileulatuvad (sarnaluu, alalõug), mistõttu need vigastuvad sagedamini kui teised luud.

Kõige sagedamini (meie andmeil 64%) võib kohata alalõualuude murde, sest liikuvuse ja etteulatavuse tõttu saab alalõug trauma puhul kõige kergemini vigastada. Ülalõug on muude näo- ja ajukoljuluudega liikumatult ühendatud. Seepärast tekib ainult ülalõua murde tunduvalt harvem (8%). Sagedamini on ülalõua murrud kombinatsioonis sarna- ja ninaluude murruga (13%). Sarnaluu ja sarnakaarte üksikmurde tuleb ette peaaegu niisama tihti kui kombineeritud murde (~ 13%); kõige harvem täheldatakse üksnes ninaluude murde (~ 2%).

Näokoljuluude murde täheldatakse meestel 4 . . . 5 korda sagedamini kui naistel. Enamik murdudest langeb eluaastaile 20 . . . 40.

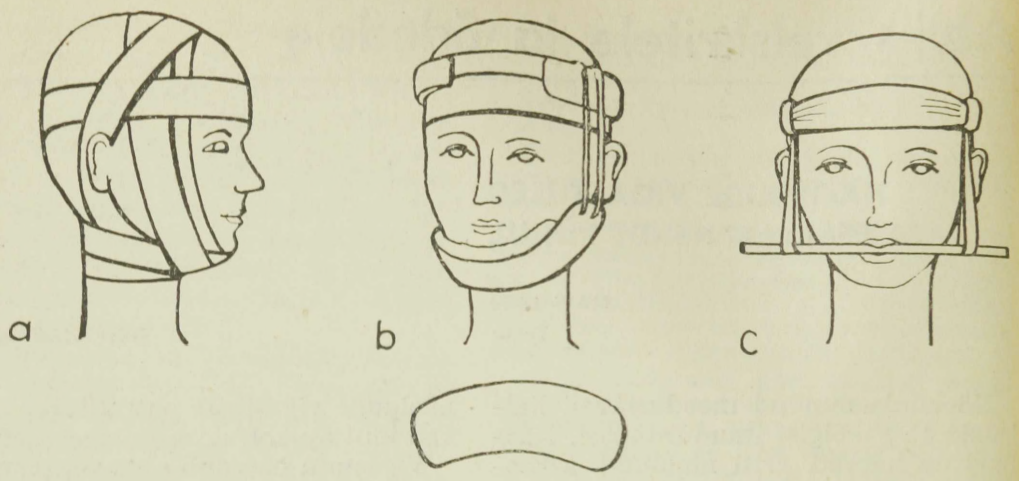
Näo ja lõualuude piirkonna vigastuste tekkimise põhjuste hulgas on esikohal olustikulised tegurid, huligaanitsemine, kaklused ebakaines olekus, kukkumised jms. Järgnevad liiklusõnnetustest põhjustatud vigastused, põllumajandusning tööstustraumad. Laskevigastusi tuleb rahuajal ette erandjuhtudel. Üksikjuhtudena võib täheldada ka nn. spontaanseid lõualuumurde, mis tekivad patoloogiliste protsesside tagajärjel (krooniline osteomüeliit, pahaloomulised kasvajad).

Näoluude vigastuste statistika näitab, et viimase kümne aasta jooksul on liiklustraumade arv vabariigis suurenenud enam kui kaks korda (võrreldes sõjajärgsete aastatega). Seos liiklusõnnetuste sagenemise ja mootorsõidukite arvu suurenemise vahel on kaheldamatu. Eriti mootorrattureid varitseb näoluude vigastuste oht: kiivrid kaitsevad küll ajukoljut, mitte aga näokoljut.

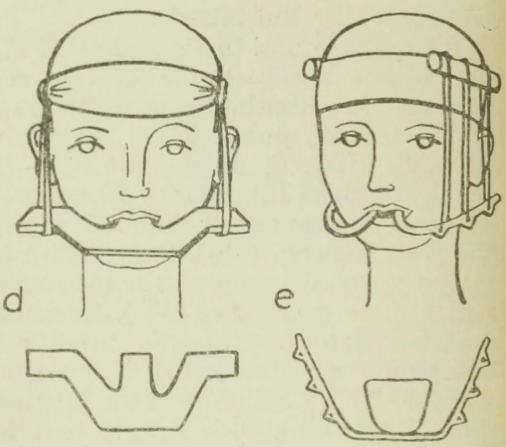
Vigastatu pöördub esmaabi saamiseks tavaliselt jaoskonnaambulatooriumi või velskri-ämmaemandapunkti. Abi on aegsasti vaja anda seepärast, et vähendada valu, soodustada luu õiget kokkukasvamist ja ära hoida mädapõletikku luuhaavas. Kui luufragmendid paigaldatakse liiga hilja ning ebaõigesti, kasvavad luu otsad valesti kokku, mis hiljem võib põhjustada näo deformatsioone ja alalõua talitluse häireid. Et õigesti ravida, peab hästi tundma iga murru kliinilist pilti.

A l a l õ u a m u r r u kõige olulisem tunnus on hambumuse muutumine. Mälumislihaste kokkutõmbumise, samuti murdu põhjustanud löögi toimel nihkuvad luufragmendid kohalt, mistõttu hammaste rida muutub astmeliseks. Kui tegemist on alalõuakeha ühepoolse murruga (70% alalõua murru juhtudest), kerkib külgmine, väiksem fragment üles, suurem fragment nihkub allapoole ja küljele (murru suunas). Selle tagajärjel ei saa haige eesmisi hambaid kokku suruda ja nende vahele jääb lahi. Kui murd on mõlemapoolne, nihkuvad mõlemad külgmised fragmendid üles ja veidi sissepoole, keskmine ehk lõuatsipoolne fragment nihkub lõuatsi- ja keelelihaste ning keelealuste lihaste kokkutõmbumise mõjul taha- ja allapoole. Seejuures võib keel langeda tahapoole (ninaneeluruumi) ning haiget ähvardab lämbumisoht.

Fragmentide nihkumise, samuti murru kohale tekkivate verevalumite ja turse tagajärjel muutuvad näo piirjooned, näo alumine kolmandik deformeerub. Iga lõualuu-murruga kaasneb terav valu, mis liigutuste korral tugevneb. Peatselt arenema hakkava mälumislihaste könksuse tõttu alalõua liigu-



Joonis 1. Suuvälised lahased (transportlahased): a) lihtne peamähis; b) standardlõuatugi üksikult ja peatanu külge kinnitatult; c) improviseeritud ülalõua šiin (puupilpast), kinnitatud peasideme abil; d) standardne vineerist Limbergi šiin-plaadike üksikult ja peamähise abil suhu fikseeritult; e) standardne metallist šiin-lusikas (suuväliste sarvedega) üksikult ja peatanu abil suhu kinnitatult



tuste ulatus väheneb, mis omakorda häirib söömist ja kõnelemist. Kui suu sulgemine on takistatud, jäävad huuled avatuks ja tekib süljevoolus. Lõualuu komplemisel võib murru piirkonnas sedastada ebanormaalset liikuvust ja kuulda murdunud luuotste riginat. Vastavalt murru lokalisatsioonile võib igemel täheldada limaskesta haava, mille kaudu infektsioon võib levida suukoopast murru piirkonda.

Kui murruga kaasnevad naha ja muude pehmete kudede vigastused, siis on tegemist lahtise murruga. Sel juhul ei valmista diagnoosimine raskusi. Laskevigastuste puhul on pehmete kudede kahjustused tavaliselt märksa suuremad kui luude kahjustused. Neil juhtudel esinevad killulised murrud koos luu defektidega. Alalõua vigastuste puhul lokaliseerub murd sagedamini (80%-l juhtudest) alalõuakeha, harvem alalõua üleneva haru osas. Diagnoosi aitab täpsustada röntgeniülesvõte, mis alalõua murru puhul alati on näitlik ja võimaldab kindlaks määrata murru lokaliseerumise.

Ülalõua murrule on samuti iseloomulik hambumuse muutumine, mis on tingitud luufragmentide nihkumisest. Nihe oleneb peamiselt löögi tugevusest ja suunast; fragmendid nihkuvad kas taha- ning sissepoole või külgedele ja allapoole.

Enam kui pooltel juhtudest on tegemist ülalõua alveolaarjätke isoleeritud murdudega. Sel juhul on luu murdunud ja liikuvust võib konstateerida vaid teatava hambagrupi, tavaliselt eesmiste hammaste piirkonnas.

Murdude korral, mis paiknevad alveolaarjätkest kõrgemal, kulgeb murrujoon tavaliselt mööda luuõmblusi ehk ülalõua ning näo- ja ajukolju muude luude ühenduskohti. Ülalõua murrud nn. luu nõrgema vastupanu kohtades on tüüpilised. Selliseid murde nimetatakse 1900. aastal neid eksperimentaalselt uurinud autori järgi Le Fort I, Le Fort II ja Le Fort III *.

* Le Fort I tüüpi murru puhul eraldub ülalõuast alveolaarjätke osa kuni nina põhja läbiva horisontaaljooneni, Le Fort II tüüpi murru puhul esineb täielik ülalõua ja ninaluu murd ning Le Fort III tüüpi murrule on iseloomulik ülalõua, nina- ja sarnaluu murd.

Ülalõua subkraniaalsete (Le Fort II ja Le Fort III tüüpi) murdude puhul deformeerub vigastatud poolel näo keskmine kolmandik: see pikeneb, kui murdunud ülalõug nihkub allapoole, või langeb sisse, kui luufragmendid on kiilutud sisse- ja tahapoole, koljupõhimiku suunas. Ülalõua mõlemapoolsete subkraniaalsete murdude korral, mida tuleb ette harva, võib sedastada kogu näokolju liikuvust ajukolju suhtes. Hambumuse defekti tõttu ei saa vigastatu toitu mäluda ega kõnelda. Suu vaatlemisel võib märgata limaskesta rebendeid. Kui on vigastatud ülalõua eessein, mis ühtlasi on ülalõuaurke sein, vallandub vastaval poolel ninaverejooks. Näo deformatsioonile aitavad kaasa pehmete kudede turse ja hematoomid, eriti laugude piirkonnas. Nimetatud piirkonnas ilmnevad nn. prillhematoomid (2. või 3. päeval pärast vigastust) on sageli koljupõhimiku murru tunnuseks.

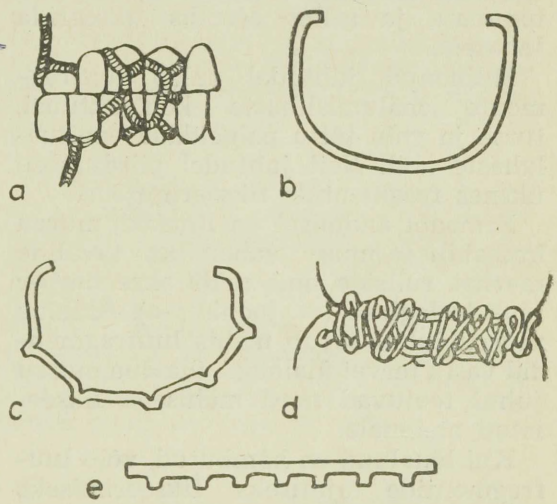
Röntgenograafia on ülalõua murdude diagnoosimisel vähem näitlik kui alalõua murdude puhul, sest ülalõua röntgenipildile langevad ka teiste näokoljuluude varjud, mis pildi muudavad ebaselgeks.

S a r n a l u u j a s a r n a k a a r e m u r r u d võivad esineda koos ülalõua murruga ja iseseisvalt. Sarnaluu isoleeritud murrule on iseloomulik näo deformatsioon: vigastatud poolel põsenuki ja silmaaluse piirkonna lamenemine ning madalamal asetsemine kui tervel poolel. Hilist diagnoosimist, s. o. teisel või kolmandal päeval pärast traumat, võivad raskendada verevalum ja turse murdunud sarnaluu piirkonnas. Sarnaluu fragmentide nihkumine alla- ja sissepoole põhjustab luulise astme tekke *orbita* alumisel äärel. Silmamuna paigaltnihkumisel sugeneb nägemishäire (*diplopia*). Verevalum tekib ka konjunktiivis. Sarnaluu murrule on iseloomulikud veel ühepoolne ninaverejooks ning naha tundlikkuse häirumine (anesteesia, hüposteesia jne.) alumise lau, ninatiiva, ülahuule ja põse seesmise osa piirkonnas, mis on tingitud *n. infraorbitalis*'e vigastusest.

Sarnakaare üksikmurru puhul, mida tuleb ette tunduvalt harvemini kui sarnaluukeha murde, on peamised haigusnähud näo külgmise osa lohkuvajumine ja takistatud alalõua-liigutused. Liigutuste sooritamist takistavad alalõua lihase- ja liigesejätkele vajunud sarnakaare-fragmendid. Kindlama otsuse sarnaluu ja sarnakaare murru laadi kohta võib teha pärast röntgenuurimist.

N i n a l u u d e isoleeritud murde esineb harva. Need tekivad löögist vastu nina või kukkumisel näoga vastu kõva eset või pinda. Ninaluu murru puhul saavad tavaliselt korraga vigastada mõlemad luud ja koos nendega ka ninavaheseina luuline osa. Ninaluude fragmentide kohaltnihkumise tõttu nina väline kuju muutub: võivad tekkida nn. sadulnina, viltu külje peale nihkunud nina (poksijatel), luukühmuga kõver nina jne. Verevalumid ja pehmete kudede turse, mis pärast traumat võrdlemisi kiiresti tekivad laugude ja nina piirkonnas, võivad nina deformatsiooni esialgu varjata. Ilmnevad veel mõlemapoolne ninaverejooks ja takistatud ninahingamine. Ninal võib olla haavu ja marrastusi. Harvemini võib kohata kudede emfüseemi. Ninaluude murdu aitab diagnoosida röntgenograafia.

Ohtlikud tüsistused, nagu ajuvapustus ja -põrutus (*commotio, contusio cerebri*), mis sageli kaasnevad näoluude vigastustega, võivad seisundit märksa raskendada. Seda peab arvestama haige transportimisel ja esmaabi andmisel.



Joonis 2. Suusisesed lahased (dentaalsed šiinid): a) lõualuudevaheline kinnitus traatligatuuride abil (Limbergi järgi); b) siduv üksikšiin (traadist); c) konksudega traatšiin; d) lõualuudevaheline venitus (konksudega šiinide ja kummirõngaste abil); e) standardne (metallist) lintšiin

Esmaabi lõualuude murdude puhul seisneb luufragmentide paigaldamises ja õiges asendis fikseerimises lahaste ehk šiinide abil. Esmaabi korras pandud lahaseid nimetatakse ka transportlahasteks. Enne haava töötlemist ja luude paigaldamist manustatakse mõnda narkootikumi (morfiini, promedooli jt.), vajaduse korral ka südamevahendeid jms.

Lahtise murru puhul töödeldakse haava üldnõuete kohaselt. Suukoopast tuleb eemaldada lahtised luukillud ja hambad, pehmete kudede haavadest aga võõrkehad (kivikesed, puutükikesed jne.) ning verekämbud. Tugevasti liikuvad hambad on soovitatav välja tõmmata; terved hambad võib säilitada, sest neid on hiljem võimalik replanteerida. Korrastatud haav õmmeldakse kinni. Saastunud haava aga ei tohi sulgeda umbselt, haava servi võib üksnes lähendada nn. situatsiooniõmblustega.

Kohe pärast traumat saab fragmente suhteliselt hõlpsasti paigaldada. Haige pea fikseeritakse; mõlema käe sõrmedega haaratakse iga lõualuu-fragment väljast- ja seestpoolt ning seatakse see õigesse asendisse, s. o. normaalsesse vahekorda vastaslõua hambakaarega (hambumusse). Kui on tegemist alalõuakeha mõlemapoolse murruga, tuleb tahapoole nihkunud tsentraalne luufragment lämbuse vältimiseks ettepoole tõmmata ja selles asendis fikseerida lahasega.

Hilinenud juhtudel tuleb luufragmente mälumislihaste kontraktuuri, turse ja valu tõttu paigaldada venituslahaste abil. Neil juhtudel piirdutakse üksnes fragmentide fikseerimisega.

Esmaabi andmisel on lihtsaks murru immobiliseerimise vahendiks tavaline marlist rullside, mis mähitakse ümber lõua ja lagipea (vt. joonis 1-a). Alalõua murru juhul surub mähis luufragmendid vastu tervet ülalõuga, ülalõua murru juhul toetuvad need mähisega fikseeritud alalõuale.

Kui lõualuud on hambutud, võib luufragmentide ajutiseks fikseerimiseks kasutada ka haige oma plaatproteese. Pärast fragmentide paigaldamist asetatakse proteesid suhu ja seatakse õigesse asendisse, seejärel tehakse mähis eespool kirjeldatud viisil. Selline fikseeriv mähis on ajutine, seda kasutatakse haige transportimise ajal, samuti täiendava lahasena suusiseste šiinide kandmisel nende koormuse vähendamiseks. Peale marlimähise võib suuvälise lahasena rakendada tselluloidist või plastmassist standardset lõuatuge ehk lõuakapet. Igal üksikjuhul on võimalik kasutada lõuatoeks ka kiiresti tahkuvat plastmassi (protakrüüli, butakrüüli jt.) või kipslongetti. Selline lõuatugi fikseerib alalõua, olles ise pesukummist või marlist paelakeste abil kinnitatud spetsiaalse tanu või mähise külge (vt. joonis 1-b).

Esialgse lahasena võib tarvitada ka lõualuudevahelist ligatuursidet, mis murdunud alalõua fragmente võimaldab terve ja liikumatu ülalõua külge kindlamalt fikseerida. Selleks on kõige otstarbekohasem 0,3 . . . 0,5 mm jämedune pronks-alumiiniumtraat. Traatligatuuridega haaratakse kummalgi pool murrupilu asetseval luufragmendil 1 . . . 2 kõrvuti asetsevat hammast ja seotakse vastaslõua samanimeliste hammaste külge kinnitatud ligatuuridega kokku (vt. joonis 2-a). Täiendavalt asetatakse fikseeriv mähis või lõuatugi. Traatligatuuridest lahast võib kasutada ainult sel juhul, kui hambad on lõualuus tugevasti kinni. Traatligatuure ei ole soovitatav suhu jätta kauemaks kui mõneks päevaks, vastasel korral võivad nad hambad lahti kangutada. Kui traatligatuuride ümber asetatakse kiiresti kõvastuvast plastmassist tugivallikesed, võib lahast säilitada kuni tervistumiseni.

Lõualuudevaheliste venitus- ja kinnituslahastena kasutatakse laialdaselt nn. dentaalseid traatšiine, mis ühtlasi on lõualuu murdude üks kõige lihtsamaid ravi vahendeid. Selline šiin painutatakse lametangide abil 1 . . . 2 mm jämedusest ümmargusest alumiiniumtraadist otse patsiendi lõualuu või eelnevalt valatud kipsmudeli järgi. Šiini tuleb painutada vastavalt hambakaare kujule, nii et ta iga hambaga kas või ühes punktis kokku puutuks; seejärel seotakse see hammaste külge pronks-alumiiniumtraadi ligatuuridega. Lõualuudevaheliseks venituseks valmistatakse traadist kaarel konksukesed ehk haagikesed, mille külge kinnitatakse kummist (drenaažitorust) rõngakesed, mis kokkutõmbumisel fragmendid paigale venitavad (vt. joonis 2-c, d). Kui fragmendid ei ole paigalt nihkunud, kasutatakse nende kinnitamiseks siduvat ehk lamekaarset konksudeta

üksikšiini (vt. joonis 2-b). Veel lihtsamad kui painutatud traadist šiinid on roostevabast terasest standardsed konksudega nn. lintšiinid, mida pärast väikest kohendamist võib otsekohe suhu panna (vt. joonis 2-e).

Ülalõua murdude puhul peab konksudega venitussiine paigaldama ettevaatlikult, sest see lahas võib lõdva lõuatoe puhul soodustada ülalõua fragmentide nihkumist allapoole. Kui haige kannab plaatproteese, on need ülalõua murru korral sobivad esmaabilahased. Et takistada ülalõua fragmentide tagumise osa allapoole nihkumist, võib vastaval poolel (või mõlemal poolel) purihammaste vahele asetada umbes 5 mm paksuse kummi- või korgitükikese. Selline vahetükk on soovitatav kinnitada (niidi abil) peamähise või üleriiete nööbi külge, et vältida selle allaneelamist. Ülalõua fragmente võib toetada ka standardse, vineerist saetud Limbergi plaadikese, mille pikkus on 19,5 cm, laius 7 cm (vt. joonis 1-d), või tavalise puupilpa abil, nn. improviseeritud šiiniga (vt. joonis 1-c), mille suust väljaulatuvad otsad fikseeritakse peatanu või -mähise külge. Standardne metallist (vt. joonis 1-e) või individuaalne plastmassist šiinlusikas suuväliste «sarvede» ehk harudega on improviseeritud šiinist tunduvalt parem ja tõhusam vahend ülalõua murru lahastamiseks ning ka raviks.

Sarnaluu ja sarnakaare murdude korral ei ole esmaabi andmiseks vaja spetsiaalseid lahaseid ega aparaate. Võib valmistada fikseeriva peamähise. Sarnaluu paigaldatakse peaaegu eranditult operatsiooni teel, mida tehakse juba stomatoloogiastatsionaaris. Nahalõige kulgeb põsel, sarnaluu alumise serva kohal; ühehambulise kirurgilise või spetsiaalse, Limbergi konksuga tungitakse haava kaudu sarnaluu fragmentide alla ja silma järgi tõstetakse need õigesse asendisse.

Ninaluude paigaldamine on lihtne: seda tehakse paikse tuimastuse all (2 . . . 3%-line dikaiini- või 5%-line kokaiinilahus). Seejuures kasutatakse Kocheri veresulgureid või kitsast spaatlit, mille otsa katab kummitorust muhvike. Fragmentide õiges asendis hoidmiseks ja verejooksu peatamiseks tamponeeritakse ninakäigud, kusjuures säilitatakse läbi nina hingamise võimalus (alumise ninakäigu kaudu). Tampoone peab vahetama iga 2 . . . 3 päeva tagant; nende abil hoitakse fragmente õiges asendis 7 . . . 10 päeva vältel. Pehmete kudede haavadele tehakse õmblused.

РЕЗЮМЕ. Статистика показывает, что переломы лицевых костей встречаются довольно часто. Первое место среди переломов отдельных костей лица занимают переломы нижней челюсти (64%), второе — переломы скуловой кости (13%), третье — переломы верхней челюсти (8%) и четвертое — переломы костей носа (2%); сочетанные переломы костей лица значительно превышают изолированные переломы верхней челюсти (13%). С увеличением количества моторизированного транспорта возрастает частота челюстно-лицевой травмы.

В качестве транспортной иммобилизации при переломах челюстей используются различные наружные повязки и стандартные шины, а также проволочные назубные шины. При переломе нижней челюсти из наружных шин-повязок применяется простая головная повязка, стандартная или индивидуальная жесткая подбородочная шина-праща, последнюю укрепляют с помощью головной шапочки или циркулярной головной повязки. При переломе верхней челюсти для временного закрепления отломков используют импровизированную шину (палочка) или стандартную шину — дощечку из фибры, еще лучше этих шин — стандартная верхнечелюстная шина-ложка с «усами». Все эти шины укрепляют на головной шапочке или простой головной повязке. К транспортной иммобилизации отломков относится из назубных шин лигатурное связывание зубов. В качестве простых лечебных шин применяются гнутые проволочные шины.

KIRJANDUS: 1. Александров Н. М., Клементов А. В., Малышев В. А. Неотложная стоматологическая помощь. Л., 1965. — 2. Васильев Г. А. Хирургия зубов и полости рта. М., 1957. — 3. Збарж Я. М. Переломы верхней челюсти и их лечение. Л., 1965. — 4. Йовчев В. С. Лечение переломов костей лица и их последствий. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Л., 1967. — 5. Пересок А. А. Стоматология, 1965, 3, 103—104. — 6. Справочник по стоматологии. М., 1966.

Tartu Riiklik Ülikool

MEDITSIINIÕE TÖÖ INTENSIIVRAVI-PALATIS

MILVI MÖLDER
MILVI ROOSIMAA
Tallinn

UDK 616-089.168.1

1966. a. sügisel asus Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser uude korpusse Hiiul, mis võimaldas kõrvaldada palju tööalaseid kitsaskohti.

Onkoloogia valdkonda kuuluvate haigete ravimisel on suur osatähtsus kirurgial. Sageli tehakse ulatuslikke operatsioone, mille edukus olulisel määral sõltub operatsioonijärgse põetamise kvaliteedist. Seepärast moodustati uues hoones spetsiaalsed intensiivravi-palatid, mida teenindas eri personal. Palatite ordinaatoriteks olid anestesioloogid. Haiged paiknesid viies 1 . . . 2 voodikohaga palatis. Neid teenindasid kogu ööpäeva vältel meditsiiniõde ja sanitar, kusjuures meditsiiniõde tegi kõik protseduurid.

Peatselt selgus, et sellised üksikpalatid end ei õigusta, sest igasse palatisse polnud võimalik paigutada tarvisminevat aparatuuri ja ravimite kappi. Samuti ei olnud meditsiiniõel võimalik jälgida ja korraga teenindada viie palati haigeid.

Umbes pooleaastase katseaja järel otsustati pärast operatsiooni intensiivravi vajavad haiged koondada võimalikult ühte ruumi. Selleks võeti kaks suuremat palatit, mis ühendati lahtise ukseavaga. Üks palat on nais- ja teine meeshaigete jaoks (kokku 8 isikut). Meditsiiniõe laud on asetatud nii, et sealt on võimalik jälgida kummagi ruumi haigeid. Nagu varemgi, on palatis funktsionaalravi-voodid ja tsentraalne hapnikusüsteem.

Palatis on kuivõhusterilisaator süstalde ja instrumentide steriliseerimiseks, kapid instrumentide ja ravimite säilitamiseks ja külmutuskapp vere ning plasma hoidmiseks. Alati on käepärast steriilne materjal, steriilne komplekt veeni sektsiooni ja trahheotoomia tegemiseks, vahendid intubeerimiseks ning hingamisteedest lima ja röga eemaldamiseks. Iga voodi kohale on kinnitatud vererõhu mõõtmise aparaat ja seadeldis, mille kaudu haigele saab anda hapnikku, ning seinalambid koos tilkinfusiooni

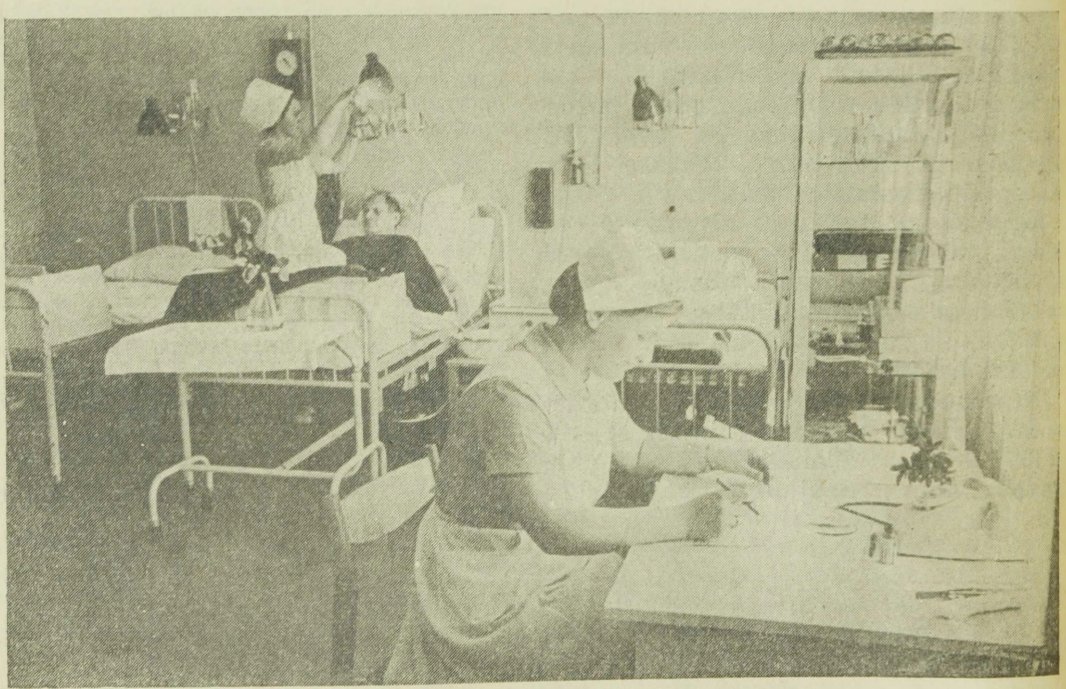


Foto O. Tuulik

statiividega. Individuaallambid võimaldavad öösel teenindada iga haiget teisi häirimata.

Vedelike evakueerimiseks kehaõõntest ja õõneselundeist püsiva aspiratsiooni teel kasutame tsentraalse vaakuumseadme abil töötavat imemissüsteemi.

Arsti kiireks kohalekutsumiseks on palatis telefon, mida saab kasutada ainult palatist väljahelistamiseks.

Intensiivravi-palati haigeid teenindab viis meditsiiniõde. Neli töötab ööpäeva jooksul, üks aga ainult hommikupoolikuti. Viimane võtab proovid analüüsideks, valmistab ette materjalid steriliseerimiseks ja vastutab instrumentide korrashoiu eest. Vajaduse korral abistab ta palatiõde, kes jälgib pidevalt kõikide haigete arteriaalset rõhku, hingamissagedust ja pulssi. Igasugustest normist kõrvalekaldumistest teatab ta otsekohe anestesioloogile või valvearstile.

Kirjeldatud režiimil oleme töötanud möödunud aasta septembrist alates. Tundub, et praegune töökorraldus õigustab end rohkem kui endine.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

HALLID JUUKSED

NAOMI SCHAMARDIN
Tallinn

UDK 616.594.16

Juuksekarva mikroskoopilises ehituses võime eristada kesta, koort ja säsi. Koor moodustab umbes 90% juuksest ja koosneb sarvestunud rakkudest, mis sisaldavad keratiini ja pigmenti. Säsi on juukses umbes 6% ning see koosneb mitte täielikult sarvestunud epiteelirakkudest, mis sisaldavad proteiini ja pigmenti. Juuste värvus oleneb pigmendi melaniin värvusest ja hulgast. Melaniini on juustes difuusselt, ka väikeste mitmesuguses suuruses terakestena. Tänapäeva seisukohtade (1, 3) järgi tekib melaniin melanotsüütide tsütoplasmas türosinaasi toimel (türosiini hapendumissaaduste polümerisatsioonil). Melaniini teke on seoses sisenõristusnäärmete, eelkõige hüpofüüsi, neerupealiste, kilpnäärme ja sugunäärmete tegevusega. Hormonaalsete häirete korral (ka sel juhul, kui need kaasnevad vananemisega) häirub ka pigmendiainevahetus.

Hallides ja valgetes juustes on pigmenti vähe või see puudub üldse. Pigmenti asendavad väikesed õhumullikesed ja seetõttu on juuksed peaaegu läbipaistvad.

Hallipäisust, mis saab alguse enne 35. eluaastat, nimetatakse enneaegseks ehk varajaseks (*canities praematura*). Hilisemat juuste hallinemist (*canities senilis*) peetakse loomulikuks nähuks (kõige sagedamini muutuvad juuksed halliks 40 . . . 50. eluaasta paiku). Esialgu väheneb pigmendi hulk üksikutes juuksekarvades. Tumedad juuksed muutuvad varem halliks kui heledad ja pikad kiiremini kui lühikesed (1, 12). Hallinemisprotsess toimub aeglaselt ja selle mehhanism on seni selgitamata. Hallinemine algab juuksejuurest ja tavaliselt ilmneb kõigepealt oimupiirkondades.

Varajane hallipäisus on sageli päritav, millele viitab selle esinemine perekonniti (8).

Juuksed võivad enneaegselt hallineda ka mitmesuguste tervisehäirete tõttu. Oluliseks peetakse närvisüsteemi haigusi (migreeni, tugevaid neuralgiaid, epilepsiat jt.). Niisama olulised on ka kestvad unehäired (unetus), vaimsed ülepingutused, samuti sageli korduvad erutused ja rasked elamused. Suure mure, hirmu või ehmatuse tagajärjel võivad juuksed halliks muutuda lühikese aja jooksul. Muide, põlvest põlve edasiantavaid kirjeldusi juuste halliks minemisest äkki (ühe päeva jooksul) suure mure või hirmu ajal on teaduslikult veel vähe kontrollitud. Arvatakse, et sel puhul ei kao juustest pigment, vaid tekib rohkesti õhumulle (1).

Juuste hallinemise põhjuseks on sageli sisenõristussüsteemi häired (Ba-

sedow' tõbi), alkoholi või oakohvi liigne tarvitamine, suitsetamine ja toitumishäired (ühekülgne toit, vitamiinide vaegus). Seda (enamasti ajutiselt) võib põhjustada ka nakkushaiguste (tüüfuse, malaaria, gripi, roosi) põdemine. Kui haigusega kaasneb juuste ulatuslik väljalangemine, siis mõnikord kasvavad asemele hallid juuksed. Juuksed võivad ajutiselt halliks muutuda mõne nahahaiguse, näiteks lubiraia tagajärjel. Varajast hallinemist võib soodustada ka juuste ebaõige hooldamine (tupeerimine, liiga sage kuivatamine elektriaparaatide abil jms.).

Juuste enneaegse hallinemise profülaktikas on väga oluline rahulik, normaalne eluviis. Tähelepanu tuleb pöörata organismi tugevdamisele, sealhulgas ka vitamiinivajaduse rahuldamisele. Täiskasvanu vajab tiamiini 2 . . . 3, riboflaviini 2,5 . . . 3,5, püridoksiini 2, nikotiinhapet 10 . . . 20, pantoteenhapet 90 . . . 100 ja biotiini 10 . . . 15 mg päevas. Nimetatud vitamiinid, samuti paraaminobensoehape reguleerivad ainevahetust, parandavad juuste toitumist ja soodustavad pigmendi teket (2, 5). Närvi- ning sisenõristussüsteemi haigusi tuleb aegsasti ravida.

Tähtis on juuste õige hooldamine. Pärast pesemist ei tohi neid liiga palju kuivatada, sasida ja tupeerida, sest see kahjustab juukseid. Neid ei või fööni all kuivatada sagedamini kui kord nädalas, veel parem oleks seda teha kord iga kümne päeva tagant.

Puhtad ja hästi korrastatud hallid juuksed kaunistavad inimest. Kui halle juukseid tahetakse siiski varjata, siis värvitakse neid. Olemasolevate vahenditega on võimalik värvida ainult nahast väljaulatuvat juukseosa. Värvimisprotsess toimub seda kiiremini, mida väiksemad on värviosakesed ja mida kõrgem on ümbritseva keskkonna temperatuur. Oluline on ka juuste seisund. Kui juukse keratiini molekulisisesed sidemed on purustatud (leeliste või H_2O_2 toimel), siis muutub juus poorsemaks ja neelab rohkem värvi (9, 10, 11).

Kasutatakse looduslikke (taimseid) või sünteetilisi värve. Viimased on püsivama toimega. Juuste värvuse valikul peab arvestama näo ja silmade värvust ning inimese iga. Kõige sobivam on juuste loomulikku värvust meenutav värv. Tavaliselt värvitakse juuksed toon heledamad, sest reaktsioon võib olla mitmesugune ja tulemus on sageli ainult ligilähedane soovitule. Pehmed, õrnad juuksed värvuvad halvemini kui paksud ja tugevad.

Tuleks eelistada taimseid värve, sest need on juustele täiesti kahjutud. Blondidele soovitatakse kummeliõite tõmmist või sibulakoorte keeduvedelikku. 100 . . . 200 g kummeliõisi keedetakse kuumas vees ja lastakse tõmmata 40 minutit. Selle lahusega määritakse juukseid iga päev seni, kuni saadakse soovitav värvus. Sibulakoori võetakse 50 g 200 g vee kohta. Segu keedetakse 20 minutit, kurnatakse ja lisatakse glütseriini (5 g 100 g lahuse kohta). Saadud lahusega määritakse juukseid iga päev.

L. Maškilleison (7) ja A. Kartamõšev ning V. Arnold (4) soovitavad satäänidel ja brünettidel kasutada hennat ja indigot (need segatakse kuuma veega). Henna avaldab juustele isegi kasulikku toimet (tugevdab juuksejuurt ja vähendab peanaha ketendamist). Henna toimel saavad juuksed punaka värvitooni. Pärast indigo lisamist (seda valmistatakse tänapäeval sünteetiliselt) tekib tumedam toon. Nende kahe värvi kombineerimisel võib saada väga mitmesuguseid värvitoone. Kui soovitakse heledamat tooni, segatakse üks osa hennat kahe osa indigoga ning segu hoitakse juustel 30 minutit. Kui hoida kauem (1,5 tundi), siis värvuvad juuksed pruuniks. Musta värvi saamiseks segatakse üks osa hennat kolme osa indigoga ja hoitakse juustel 4 tundi. Punaka tooni varjamiseks võib lisada rabarberi juurt. Kui aga soovitakse punakaskuldset tooni, siis võetakse hennat üks osa, kummeliõisi kaks osa ja vett kolm osa. Hennale ja kummelile valatakse keeva vett, segatakse, anum suletakse ja kaetakse soojalt. 1,5 tunni pärast kurnatakse segu läbi marli ja seejärel võib kasutada. Pestud juustele määritakse värvi nii, et kõik juuksed sellega kokku puutuksid. Värvitud juuksed kaetakse plastikaaträtiga.

Püsiva värvitooni (pruunist mustani) saab ka roheliste kreeka pähklite mahlaga värvimisel. Samuti kasutatakse rabarberi juurt: 150 g rabarberi juurt keedetakse 0,5 l hapus valges viinamarjaveinis kuni saadakse 0,25 l lahust, millega värvitakse juukseid ja siis kuivatatakse.

Kui blondidel juustel ilmnevad esimesed hallinemise tunnused, siis võib kasutada vesinikperoksiidilahust. 3%-list vesinikperoksiidilahust võetakse 50,0, sellele lisatakse pool teelusikatäit nuuskpiiritust ja 5 tilka glütseriini. Saadud seguga tehakse hallid salgud vatitampooni abil märjaks ja kammitakse hoolikalt. Pärast soovitud värvitooni saavutamist pestakse juukseid.

Kui halle juukseid on juba palju, siis tuleb soovitada kiirematoimelisi ja püsivamaid (sünteetilisi) värvisegusid. Seejuures aga ei tohi unustada, et need sisaldavad sageli nahka ja limaskesti ärritava ning sensibiliseeriva toimega keemilisi ühendeid (1,4-benseendiamiini, happeid jt.), mis võivad põhjustada konjunktiviiti, dermatiiti jm. Enne värvimist on näonahka kaitse eesmärgil tarvis kreemitada ja vältida värvi sattumist silma. Kui see siiski juhtub, tuleb silmi sooja veega kohe uhtuda. Värvida tohib ainult täiesti terveid juukseid (vastunäidustuseks on peanaha ning juuste haigused, eriti kuiv seborröa) ja seda võib teha ainult spetsialist. Aegajalt on peanahka ja juukseid vaja määrida mingi taimeõliga, sest värvimine kuivatab peanahka ja juukseid. Juukseid võib korduvalt värvida alles siis, kui eelmisest värvimisest on möödunud 2 kuud (3, 6, 10, 11).

Kasutatakse mitmesuguseid värvisegusid, mis sisaldavad metallisooli (vaske, hõbedat, pliid, mangaani ja rauda). Neid lisatakse ka taimsetele värvidele, et viimaste toimet püsivamaks muuta. Näiteks kasutatakse lahust nr. 1 ja nr. 2 (4). Juuksed pestakse, kuivatatakse ja värvitakse algul lahusega nr. 1 ning 10 minuti pärast lahusega nr. 2 (vt. tabel).

Rakendatakse nn. juuksevärvuse taastajat, mis sisaldab pliietanaati 2,0, ammooniumkloriidi 2,0, sadestatud väävlit 2,0, etanooli 25,0, glütseriini 25,0 ja destilleeritud vett kuni 200,0 g. Juukseid pestakse veega, millele on lisatud veidi soodat. Lahust loksutatakse enne tarvitamist ja määritakse hambaharja abil juustele, neid samal ajal kammides. Lahust tarvitatakse iga päev või ülepäeviti seni, kuni juuksed omandavad soovitava värvuse. Hiljem pannakse taastajat üks kord nädalas.

Viimasel ajal kasutatakse rohkesti sünteetilisi oksüdatsioonivärve (oksühüdrooli, värvikreemi «Londa», šampooni «Londaton» ja «Gamma»).

Juuste värvimiseks kasutatavate lahuste koostis grammides

Lahuse koostis	Soovitav juuste värv		
	must	pruun	hele
Lahus nr. 1:			
Pürogalloolhape	10,0	8,5	8,0
Etanool	10,0	100,0	100,0
Destilleeritud vesi	350,0	250,0	250,0
Lahus nr. 2:			
Hõbenitraat	15,0	8,0	5,0
Nuuskpiiritus	45,0	30,0	20,0
Destilleeritud vesi	100,0	150,0	200,0

«Gammat» toodetakse 8 toonis. Värvimine koosneb kahest etapist, nimelt 1) juuste värvitustamine hüdropüriidi või vesinikperoksiidi abil ja 2) värvimine. «Gamma» puuduseks on 1,4-benseendiamiini-sisaldus. Oleks väga vajalik, et toodetaks sellist püsivat ja vees mittelahustuvat juuksevärvi, milles ursool oleks neutraliseeritud ning puuduks nahka ärritav ja sensibiliseeriv toime nahasse. Kui varem on kasutatud metallisooli sisaldavaid värve (näiteks taastajat) ja tahetakse värvida «Gammaga», siis ei tohi seda teha varem, kui taastaja on juustelt kõrvaldatud.

РЕЗЮМЕ. Седину, которая появляется до тридцати пяти лет, называют преждевременной или ранней. После тридцати пяти лет она считается естественным физиологическим явлением. Волосы теряют пигмент и заполняются пузырьками воздуха. Поседение часто является следствием постоянных волнений, переживаний, бессоницы, нарушения режима питания, злоупотребления алкоголем, курением и т. д. Иногда влияют и нарушения деятельности эндокринной системы и другие заболевания. Ранняя седина часто передается по наследству.

Для предупреждения ранней седины нужно обратить внимание на общее укрепление организма, особенно на нервную систему. Больше употреблять витаминов B_1, B_2, B_6, PP, биотин и др. Необходимо правильно ухаживать за волосами.

Скрывать седину легче всего окраской. В первую очередь советуем пользоваться красителями растительного происхождения, например, настоем ромашки или отваром шелухи лука. Шатенам и брюнетам можно пользоваться хной и басмой. В статье приводится рецепты красителей.

KIRJANDUS: 1. Аствацатуров К. Р. Болезни волос. М., 1963. — 2. Залкинд Е. С. Гигиена кожи и врачебная косметика. М., 1956. — 3. Залкинд Е. С. Болезни волос. Медгиз, 1959. — 4. Картамышев А. И., Арнольд В. А. Врачебная косметика. М., 1956. — 5. Картамышев А. И., Арнольд В. А. Косметический уход за кожей. Киев, 1965. — 6. Ласс Д. И., Поликарпова М. Г. Уход за кожей лица. М., 1964. — 7. Машкиллейсон Л. Н. Лечение и профилактика кожных болезней. М., 1964. — 8. Соколов Н. П. Наследственные болезни человека. М., 1965. — 9. Фельдман С. С. Окраска и завивка волос. М., 1964. — 10. Gertler, W. Haarausfall und Kosmetik. Berlin, 1958. — 11. Guske, F. ABC der Kosmetik. Leipzig, 1964. — 12. Stümpke, G. Die Hautkrankheiten. Dresden u. Leipzig, 1949.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Kaadri ettevalmistamine

ENDEL TÜNDER ARSTITEADUSE DOKTORIKS



NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-eriharidusе Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon andis arstiteaduse doktori diplomi Endel Tünderile, kes 1967. a. 19. mail Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul kaitses doktoriväitekirja. Ta käsitles teemat «Näidustused taastavateks operatsioonideks alajäsemete arterite oblitereeruva ateroskleroosi puhul». Oponeerisid arstiteaduse doktorid professor A. Kolessov (Leningrad), professor V. Krõlov (Moskva) ja professori kt. K. Villako (Tartu).

518-leheküljeline väitekiri (masinakirjas) sisaldab uurimise andmeid E. Tünderi poolt opereeritud 146 haige kohta, kellel osutus vajalikuks alajäsemete suurte veresoonte rekonstruktiivne operatsioon. Autor uuris nende aterosklerootiliste muutuste ulatust ja lokalisatsiooni. Töös soovitatakse aordi ja niude piirkonna arterite ning reie ja õndla piirkonna arterite stenoosse aterosklerootilise kahjustuse diagnoosimisel kasutada kompleksset uurimismeetodit. Aordi ja niude piirkonna arterite oklusiooni diagnoosimisel peab E. Tünder õigeks peamiselt instrumentaalseid uurimismeetodeid. Reie ja õndla piirkonna arterite stenoosi kindlakstegemisel soovitab ta instrumentaalsete uurimismeetodite korral kasutada arteriograafilist uuringut. Et saada paremaid tulemusi okluseerunud arteri šunteerimisel, tuleb autori arvates teha reiearteri väljaprepareerimiseks lateraalne lõige. Samuti peab ta vajalikuks, et šundi otsad lõigataks S-tähe kujuliselt. Et aordi ja niude piirkonna arterite plastiliste operatsioonide tulemused on suhteliselt head, siis on operatsiooni indikatsioonid eespool märgitud piirkonnas suhteliselt laiemad. Reie ja õndla piirkonna arterite plastiliste operatsioonide tulemused on suhteliselt halvemad. Seetõttu on taastavad operatsioonid selles piirkonnas näidustatud ainult gangreeni või gangreeniohu puhul.

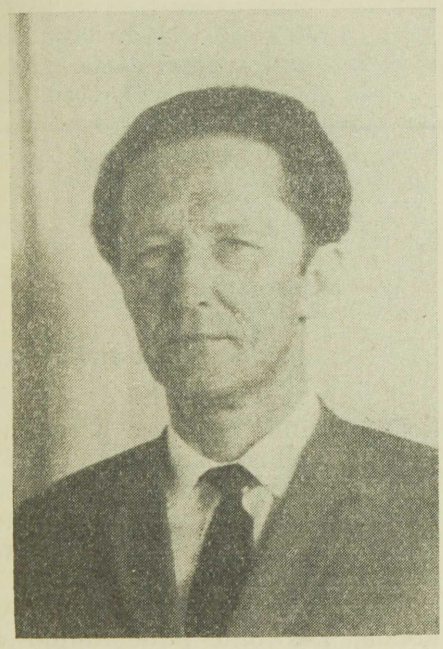
Endel Tünder on tuntud spetsialist veresoonte kirurgia alal. Trükis on tal ilmunud 54 erialast artiklit.

Endel Tünder sündis 1929. a. Viljandi rajoonis Ärikülas põllupidaja perekonnas. Pärast Abja keskkooli lõpetamist astus ta 1949. aastal Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonda, mille lõpetas 1955. a. Seejärel töötas ta kuni 1961. a. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna ordinaatorina. Sel ajal valmis tal kandidaadiväitekiri «Ostsillograafia, arteriograafia ja pletüsmograafia kasutamisest alajäsemete tuiksoonte trromboblitereeruva haiguse diagnoosimisel», mida ta kaitses TRÜ Arstiteaduskonna nõukogus 16. juunil 1961. a. Aastail 1961...1964 töötas ta TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri assistendi ametikohal, kus kogus materjali doktoriväitekirja jaoks, mille kirjutamiseks kinnitati ta 1964. a. alates kaheks aastaks teadusliku töötaja kohale. 1966. a. sügisel valis TRÜ Arstiteaduskonna nõukogu E. Tünderi teaduskonnakirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri dotsendi ametikohale, kus töötab ka praegu.

Loona Kaar

ARNOLD JANNUSELE ARSTITEADUSE DOKTORI KRAAD

NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi Kõrgema Atestatsioonikomisjoni pleenum andis 23. veebruaril 1968. a. arstiteaduse doktori teadusliku kraadi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktorile Arnold Jannusele. Väitekirja «Epidemioloogiliste ja laboratoorsete uurimiste materjalid poliomüeliidi ja poliomüeliiditaoliste haiguste kohta Eesti NSV-s» kaitsmine toimus 11. juunil 1967 TRÜ Arstiteaduskonna õpetatud nõukogus. Töö konsultandiks oli NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor A. Smorodintsev, ametlikeks oponentideks Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lepp Tartust ja professorid K. Tokarevitš ning A. Sinitski Leningradist.



A. Jannusel on trükis ilmunud üle 60 artikli. Tema põhilisteks uurimisteemadeks on olnud poliomüeliidi- ja teiste enteroviiruste levik meil ning nende osatähtsus patoloogias.

1959. a. võttis A. Jannus osa massilise poliomüeliidivastase vaktsineerimise korraldamisest vabariigis ning uuris vaktsineerimise efektiivsust. Ta isoleeris esmakordselt meie vabariigis ECHO- ja *Coxsackie*-gruppi kuuluvaid enteroviirusi. Ühtlasi näitas ta nende osatähtsust haiguspuhangute ja sporaadiliste haigusjuhtude tekitajatena. A. Jannuse initsiatiivil asutati 1955. a. vabariigi esimene viroloogialaboratoorium Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis. Ta on teinud mitu ratsionaliseerimisettepanekut viroloogia-alase laboratoorse töö tõhustamiseks ning on selle eest mitu autoritunnistust saanud.

A. Jannus sündis 27. mail 1919. a. Peterburis. Alghariduse sai Rakvere õpetajate seminari harjutuskoolis. 1938. a. lõpetas Tartu poeglaste gümnaasiumi ehitustehnikaharu. Tartu ülikooli arstiteaduskonda astus ta 1938. a., kuid õpingud katkestas Suur Isamaasõda. Lahingutest Velikije Luki all, Eesti NSV territooriumi ja Kuramaa vabastamisel võttis A. Jannus osa Eesti Laskurkorpuses sanitaarrühma komandörina. Pärast sõda jätkas ta õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1949. a. Samal aastal astus aspirantuuri mikrobioloogia alal.

1952. a. kaitses ta TRÜ õpetatud nõukogu ees arstiteaduse kandidaadi kraadi saamiseks väitekirja «Immuunsuse uurimine kõhutüüfuse vastu vaktsineerituil». 1952. a. määrati A. Jannus TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia- ja nakkushaiguste kateedri vanemõpetaja ametikohale. Paralleelselt õpingute ja õppetööga töötas ta üle seitsme aasta Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris röntgenoloogina. 1954. a. mais määrati ta Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktoriks, kellena töötab praeguseni. 1962. a. anti talle vanema teadusliku töötaja kutse.

A. Jannus on NLKP liige 1946. aastast. Laialdane on A. Jannuse ühiskondlik tegevus. Ta on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu esimehe asetäitja, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õpetatud nõukogu liige, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi õpetatud nõukogu liige, vabariikliku epidemioloogia ja infektsioonihaiguste probleemikomisjoni esimees ning paljude teaduslike seltside liige.

A. Jannust on lahinguliste teenete eest Suure Isamaasõja ajal autasustatud ordeniga «Punane Täht», mitme medali ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Poliomüeliidivastase elusvaktsiini esmakordse kasutuselevõtmise eest meil ning selle teadusliku uurimise eest autasustati 1965. a. Nõukogude Eesti preemiaga autorite kollektiivi, kuhu kuulus ka A. Jannus.

Toomas Kuslap

17 UUT AKUŠÖÖRI

2. märtsil 1968. a. toimunud aktusel Tallinna Meditsiinikoolis anti diplomid 17 akušööri eriala lõpetajale:

Elve Eriste
Tiiu Järv (kiitusega)
Evi Kamm
Riina Kesküla
Merike Kogger
Meeri Kuusk
Õnne Linnamaa
Milli Mänd
Anneli Mändmets
Tiiu Püvi
Vilma Saul
Mare Saulepp
Elve Tani
Leida Tuulmees (kiitusega)
Maret Vaikla
Urve Veelaid
Inge Võrno

Ene Pärn

Arstiteaduse ajaloost

TÄIENDAVAID ANDMEID KAHE VANA HOSPIDALI KOHTA

HEINO GUSTAVSON
Tallinn

UDK 61(091)(474.2-20)«17»

Püha Rohhuse hospidali on paar aastat tagasi ilmunud artiklis B. Schamardin (4) juba maininud. Võib lisada, et hospidal asutati XVI sajandi I poolel ja see paiknes hoones, mis esialgu oli mõeldud Püha Anna kloostri tarvis. Palju hiljemgi tunti seda maja rahva hulgas «punase kloostri» nimetuse all. Esimest korda mainiti Rohhuse hospidali 7. VI 1521. a. Tallinna kodaniku Hans Hosserinki testamendis, millest selgub, et see oli mõeldud nakkushaigete ravimiseks. Samas dokumendis räägitakse ka Rohhuse vennaskonnast.

Seni oli Tallinnas teada kaks vennaskonda, kes olid pühendunud haigete

põetamisele: Antoniuse vennaskond, kes tegeles pidalitõbistega, ja Gertrudi vennaskond, kes abistas haigeid meremehi. Arvatavasti oli Rohhuse vennaskonna liikmete ülesandeks katkutõbiste põetamine, millele viitab Püha Rohhuse, s. o. katkutõbiste kaitsepühaku nime võtmine. Et tol ajal peeti katkuks peaaegu kõiki epideemilisi haigusi, siis tõenäoliselt ei piirdunud nimetatud vennaskonna tegevus ainuüksi katkutõbiste hooldamisega, vaid pidi olema märgatavalt laialdasem.

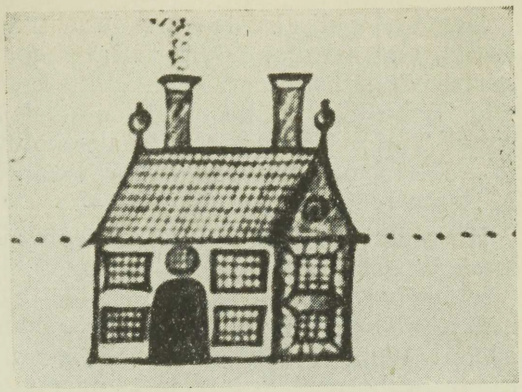
L. Tiik (5), kelle väitekirjast eespool toodud teated pärinevad, tegi kindlaks, et hospidal paiknes Müürivahe tänavas, Harju ning Karja tänava vahel, umbes praeguse Teatri- ja Muusikamuuseumi vastas.

Ei möödunud sajanditki, kui hospidal kippus lagunema. Suure Gildi olderman Meuseler kirjutas päevikus järgmist: «31. märtsil [1] ... kutsuti välja Joachim Rode ja Ewert zur Hoye, sest olles Püha Rohhuse maja eestseisjad, olid nad selle täiesti laguneda lasknud ..., ja kohustati teist nendest ehitustöödega otsemaid pihta hakkama ning hoone taastama» (3). Viimased andmed hospidalist kuuluvad aastasse 1649, mil elamu ja kaks aita müüdi parkal Hans Perdekampile (5).

Tallinna Toomhospidali asutamise aega pole seni fikseeritud, sest selle kohta leidub vaid mõni üldsõnaline teade asutuse eksisteerimisest juba XVII sajandi lõpul. Aega võimaldavad teataval määral täpsustada arhiividokumendid. On õnnestunud kindlaks teha, et 1652. a. märtsikuust alates hakati asutatava nn. maahospidali heaks annetusi koguma peamiselt teravilja näol. Esimeseks annetajaks oli Eestimaa kuberner krahv Erik Oxenstierna, kelle annetust võib suurimaks pidada: 10. III 1652 lubas ta asutatava hospidali heaks 10 sälitist [2] vilja (sellest pool rukist ja pool otra) üle anda 10 aasta jooksul. Teised üle sälitise ei loovutanud. Kõige väiksem kogus oli 12 tündrit. Üldse saadi 24 annetajalt (kõrgematelt haldusametnikelt ja feodaalidelt) 62 sälitist vilja, mille kättesaamist tõendas allkirjaga Rootsi riigi ametnik (hiljem asehaldur)

[1] 1618. a. (H. G.).

[2] Sälitis — teravilja mahuühik Tallinnas, 1 sälitis=24 tündrit, 1 tünder=132,829 liitrit.



Toompea hospidal XVII saj. lõpul. Miniatuurjoonis leitnant S. Vaxelbergi Tõnismäe kruntide plaanilt. ENSV RAKA, f. 1, nim. 2, s.-ü. 512, l. 196

Philipp von Krusenstierna. Vilja ei toimetatud kohale korraga, vaid igalt annetajalt umbes üks sälitis aastas. Annetuste kogumine vältas 1665. a. sügiseni.

Andmed heategevuse kohta kanti erilisse korjandusraamatusse (6), mille sissejuhatuses on öeldud, et asutatav maahospidal peab peavarju andma «vaestele, häda kannatavatele vanadusest nõrkadele ja raskete haigustega koormatud inimestele». Olgu märgitud, et selle ajani puudus Toompeal kui iseseisval halduslikul ja omaette jurisdiktsiooniga territooriumil meditsiinilise otstarbega asutus.

Arhiividokumentide hulgas leidub rootsikeelne ärakiri Rootsi kuninganna Kristiina kinkekirjast (koos saksakeelse tõlkega) 24. IX 1652. a. On säilinud ka selle dokumendi esimene koopia, mis saadeti siinsele kindralkubernerile (7). Kristiina käskis asutada maahospidali «suure hulga vaeste haigete tarvis, kelle seas paljud ka Rootsi kroonu sõjateenistuses olnud», kuid kes seni pole kusagilt peavarju leidnud. Maahospidali asukohaks määrati krunt «Tallinna juures (all Tõnismäe kõrval» [3]) ja anti haigete tarvis «igaveseks omanduseks» Järveküla Ülemiste järve ääres.

Võib arvata, et Kristiina oli suusõnalise nõusoleku hospidali asutamiseks andnud enne kinkekirjale allakirjutamist, millele viitab asjaolu, et annetuste kogumine algas mitu kuud varem.

[3] Toomhospidal paiknes praeguse Adamsoni ja Kevade tänava linnapoolsel nurgal, fassaadiga vastu Värvalitiiki. Praegu on selle veekogu asemel laste mänguväljak.

Hospidal pidi eksisteerima juba 1655. aastal, sest sel ajal tekkis tüli Pühapao kõrtsi pärast selle endise omaniku Ludwig Schultzi ja hospidali eestseisja vahel. Tüli pidi lahendama linnusekohus (8). Kõrts paiknes Järveküla maadel, hilisema Mõigu surnuaia lähedal.

Hospidali haigeid teenindas Toompea lossi ja garnisoni velsker-habemeajaja («feldtschere», «balbier»). Näiteks maksti velsker Joseph Matthias Gragele aastail 1692 ja 1695 hospidali kassast kindralkuberneri orderi ja tema enese kviitungi vastu töötasu kokku 60 riigitaalrit (9).

1705. aastal, kui Rootsi väed olid koondatud Tallinna, muudeti hospidal ajutiselt sõjaväehaiglaks (1). Pärast Põhjasõda paigutati sellesse taas vaesed ja vanad. XX sajandil viidi hospidal üle Mõigu mõisa, mis juba XVII sajandi lõpul oli hospidalile kuulunud ja haigeid toiduainetega varustanud (2). Muide, Tallinna raad ja Jaani hospidali eestseisus tegid mõisate reduktsiooni käigus katse mainitud valdust hõivata. Oli isegi korraldus, mille järgi mõisa väärtus hinnati 1800 riigitaalrile ja 0,5 sälitisele rukist. Selle pidi tasuma linna vaestekassa. Mainitud määruse vastu protesteeris energiliselt Toompea aadel ja esitas 5. I 1694. a. vastulause. Et see tulemusi andis, nähtub hilisematest dokumentidest, milles mainitakse, et Mõigu hospidal allub Toompeale (10).

Toomhospidali peahoone oli XVII sajandi lõpul kahekorruseline, avarate akendega, barrokkstiilis kiviehitus. Et hospidali hooned olid hästi korras hoitud, seda kinnitab 1705. a. koostatud linna kinnisvarade nimistu (11). Praegu aga on sellest asutusest kadunud kõik jäljed.

РЕЗЮМЕ. О шпитале св. Рохуса до последнего времени отсутствуют достоверные данные. Документы все же подтверждают существование этого шпиталя в Таллине с 1521 по 1618 г. Развалины шпиталя были проданы в 1649 г.

По архивным документам удалось уточнить время основания Таллинского Вышгородского шпиталя. Шведская королева Кристина издала 24 сентября 1652 г. указ о постройке последнего, а в 1655 г. он уже действовал. В 1705 г. шпиталь стал гарнизонным госпиталем шведских войск. После низвержения шведской власти в Таллине в 1710 г. это учреждение снова продолжало выполнять свои прежние функции. В начале XX в., уже в качестве богадельни, он был перемещен в имение Мыйгу вблизи Таллина.

KIRJANDUS: 1. Шпиндлер, А. История больниц гор. Ревеля. Ревель, 1917. — 2. Blick auf einige Denkmäler Revals aus älterer und neuerer Zeit. Reval, 1848. — 3. Höhlbaum, K. Beiträge zur Quellenkunde Alt-Livlands. Dorpat, 1873. — 4. Schamardin, B. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 1, 59—63. — 5. Tiik, L. Vana Tallinn... (kandidaadiväitekiri), Tartu, 1958. — 6. TLRA, f. 237, nim. 3, s.-ü. 21, l. 4—32. — 7. ENSV RAKA, f. 1, nim. 2, s.-ü. 755, l. 237. — 8. ENSV RAKA, f. 2, nim. 2, s.-ü. 278 (iseseisev toimik). — 9. TLRA, f. 237, nim. 1, s.-ü. 36, l. 3. — 10. ENSV TA AM dokumentaalfond, f. 125, nim. 1, s.-ü. 85, l. 3—19. — 11. TLRA, f. 230, nim. Aa, s.-ü. 100—111, sissekanne nr. 258.

Harju Rajooni
Sanitaar-Epidemioloogia Jaam

Konverentsid ja nõupidamised

EESTI NSV ÜHINGU «TEADUS» VIII KONGRESS, kus tehti kokkuvõtteid viimase nelja aasta tööst ja kavandati tegevusplaanid edaspidiseks, toimus 11. aprillil 1968.

Ühingu juhatuse esimees, Eesti NSV Teaduste Akadeemia akadeemik Viktor Maamägi märkis aruandes muude kordaminekute kõrval tunnustavalt ka tervishoiutöötajate osa rahvale teadmiste jagamisel. Edukalt on töötanud tervishoiu rahvaülikoolide nõukogu tervishoiu ministri asetäitja Oku Tamme juhtimisel ja meditsiinipropaganda teaduslik-metoodiline nõukogu arstiteaduse kandidaat Hubert Kahni juhtimisel.

Ühingu «Teadus» 12 800 liikme hulgas on praegu ümmarguselt 1000 arsti, seega 260 võrra rohkem kui 1964. aastal. Aasta-aastalt on suurenenud meditsiini alal peetud loengute arv (1963. aastal 4726, 1964. aastal 5302, 1965. aastal 5891, 1966. aastal 6431, 1967. aastal 6336). Populaarsuse on võitnud tervise rahvaülikoolid. 1964/65. õppeaastal oli vabariigi 14 tervise rahvaülikoolis 2033 kuulajat, 1967/68. õppeaastal 65 rahvaülikoolis (või fakulteedis) 2655 kuulajat.

Aktiivse osavõtu eest teadusalaste teadmiste propageerimisel autasustas NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium 8. augustil 1967. a.

Lenini ordeniga ühingu «Teadus» juhatuse meditsiinipropaganda teaduslik-metoodilise nõukogu endist esimeest, NSV Liidu Arsteaduse Akadeemia korrespondentliiget Pavel Bogovskit. Mitmeid tervishoiutöötajaid-lektoreid autasustati üleliidulise ja vabariikliku ühingu «Teadus» tänukirjadega.

Eesti NSV ühingu «Teadus» uude, 98-liikmelisse juhatusse valiti tervishoiutöötajate esindajatena tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktori asetäitja H. Kahn, Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp ning Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama arst L. Stepanova. Ühingu juhatuse esimeheks sai Tallinna Polütehnilise Instituudi rektor, vabariigi Teaduste Akadeemia korrespondentliige tehnikadoktor A. Aarna.

Maido Sikk

ÜLELIIDULINE GASTROENTEROLOOGIA-ALANE SÜMPOOSION TALLINNAS

3...5. aprillil 1968. a. korraldasid NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Üleliiduline Gastroenteroloogide Selts ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut Tallinnas sümpoosioni maosekretsiooni küsimustes. Sümpoosionist võtsid osa Üleliidulise Gastroenteroloogide Seltsi esimees, Arstiteaduse Akadeemia tegevliige, sotsialistliku töö kangelane professor V. H. Vassilenko, Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor N. S. Moltšanov, Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor S. M. Rõss ja mitmed teised juhtivad teadlased. Esimesena esines S. M. Rõss, kes andis ülevaate mao sekretoorse talitluse uurimise põhilistest probleemidest. Järgmised ettekanded puudutasid peamiselt kolme küsimust, nimelt maosekretsiooni füsioloogiat, maosekretsiooni uurimise meetodeid ja maosekretsiooni uurimise kliinilisi aspekte.

Maosekretsiooni füsioloogia käsitlemisel oli sõlmküsimuseks sekretsiooni mehhanismide selgitamine. J. P. Skljarov (Lvov) märkis, et mao sekretoorse talitluse aluseks on mediaatorite toime rakkudesse, mis muudab rakumembraanide läbilaskvust ja ühtlasi määrab kindlaks troofika taseme.

I. T. Kurtsin (Leningrad) kõneles intragastraalsete hormoonide osatähtsusest maosekretsioonis. Seni ei ole veel kindlaks tehtud maosekretsiooni stimuleerivate hormoonide (gastrogastriin, enterogastriin, püloriin, püloroantrumgastriin) ja pärssiva hormooni (enterogastroon) vastastikune seos.

S. M. Lipovski (Leningrad) esitas eksperimentaalsete uurimiste andmed, mis näitavad, et endokriinsed näärmed (hüpofüüs, neerupealised, kilpnääre) võtavad hormoonide kaudu osa maosekretsiooni reguleerimisest. E. M. Matrossova (Leningrad) märkis oma ettekandes, et neurohormonaalne mehhanism reguleerib mitte ainult maosekretsiooni, vaid ka mao motoorikat.

N. S. Moltšanov (Leningrad) ning F. K. Menšikov ja A. S. Beloussov (Moskva) käsitlesid maosekretsiooni uurimist raadiotelemeetriliselt. Sel puhul registreeritakse eelkõige mao seinapidine vesiniku ioonide kontsentratsioon, nn. esmane happesus. V. N. Tugolukov (Leningrad), D. A. Sevtšenko (Leningrad) ning A. R. Lužis (Leningrad) rõhutasid histamiinproovi suurt praktilist tähtsust mao sekretoorsete reservide kindlakstegemisel.

Sümpoosioni teisel ja kolmandal päeval esitatud ettekanded käsitlesid peamiselt maosekretsiooni muutusi mitmesuguste patoloogiliste seisundite (neuroos, gastriit, mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandid, maovähk) korral. Huvitavaid andmeid esitas F. I. Ko-

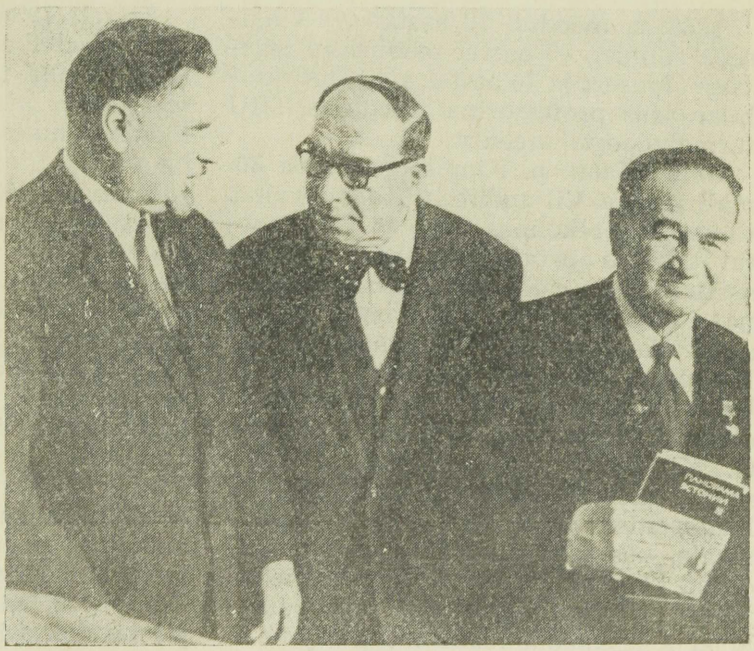


Foto üleliiduliselt gastroenteroloogiaalaselt sümpoosionilt Tallinnas. Paremalt vasakule: Üleliidulise Gastroenteroloogide Seltsi esimees akadeemik professor V. H. Vassilenko, akadeemia korrespondentliige professor S. M. Rõss ja akadeemik professor N. S. Moltšanov

Foto F. Kljutšik

marov (Leningrad) mao öise sekretsiooni ja selle kliinilise tähtsuse ning A. P. Peleštšuk (Kiiev) maosekretsiooni sõltuvuse kohta haige east. O. S. Radbil (Kaasan) rõhutas adrenokortikotroopse hormooni ning neerupealiste koore hormoonide tähtsust maosekretsiooni reguleerimises. Esineja märkis, et endokriinse-humoraalse mehhanismi poolt esilekutsutud maosekretsioon jääb püsima ka pärast kahepoolset vagotoomiat ning pärast subtotaalset mao resektsiooni.

Mao limaskesta enterokromafiinsete rakkude poolt produtseeritava serotoniini osatähtsusest mao sekretoorse aktiivsuse reguleerimisel kõneles L. P. Gorohhovski (Leningrad). E. S. Rõss (Leningrad) esitas oma uurimise tulemused radioaktiivse raua (^{59}Fe) imendumisest Addison-Biermeri aneemiat põdevatel haigetel (sõltuvalt maosekretsiooni aktiivsusest). Tulemused näivad kinnitavat mõne autori püstitatud hüpoteesi erütropoeesi stimuleeriva teguri olemasolust mao sekreedis. V. M. Sitenko ja V. I. Samohvalov (Leningrad) käsitlesid mao resektsiooni järgsete peptiliste haavandite tekkimise põhjusi ja ravi. Peptilised haavandid kujunevad ainult neil, kellel pärast resektsiooni on säilinud soolhappe produktsioon mao kõndis (mitteküllaldane mao resektsioon, mao antraalse osa limaskesta jätmine kaksteistsõrmiksoole köndile, ultserogeensed adenoomid). Kui haigetel ei esine muutusi endokriinses sfääris, piisab peptiliste haavandite puhul vagotoomiast.

Ultserogeensete adenoomide korral on ainukeseks efektiivseks ravimeetodiks mao totaalne ekstirpatsioon. U. Sibul, R. Truve, V. Otti ja E. Jõeste oma ühises ettekandes käsitlesid mao limaskesta pH määramise tähtsust kirurgias. K. Villako kõneles gastroenteroloogia arengu perspektiividest vabariigis ning N. Elštein seedetrakti haigusi põdevate isikute meditsiinilise teenindamise paremustamisest.

Eesti NSV-s esmakordselt peetud üleliiduline gastroenteroloogia-alane sümpoosion äratas laialdast huvi vabariigi praktiseerivate arstide ja teaduslike töötajate hulgas (350 osavõtjat).

Nils Haug

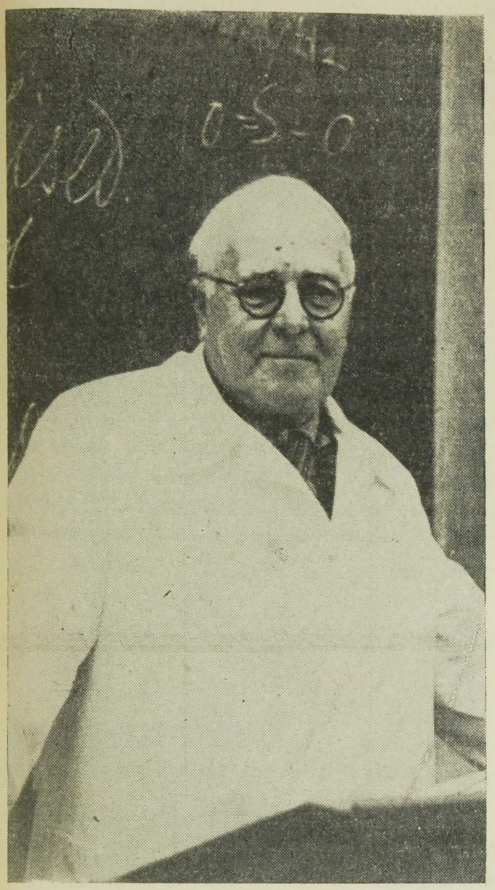
Tähtpäevad

PROFESSOR GEORG KINGISEPP 70-AASTANE

1968. a. möödub 70 aastat G. Kingisepa sünnist, 45 aastat teadusliku tegevuse algusest ja 30 aastat ajast, mil juubilar asus professorina juhatama TRÜ farmakoloogiakateedrit.

Georg Jaani p. Kingisepp sündis 30. mail 1898. a. Viljandimaal Kabala vallas talupoja perekonnas, lõpetas 1917. aastal Rakvere õpetajate seminari, sai küpsustunnistuse Põltsamaa ühisreaalgümnaasiumis 1921. a. Sama aasta sügisel astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda, kus õppis vaid ühe semestri. 1921. a. lõpul jätkusid õpingud Saksamaal Heidelbergi ülikoolis. 1924. a. sooritas G. Kingisepp arsti eeleksamid, kuid majanduslikel põhjustel tuli õpingud katkestada. Üliõpilane naasis kodumaale, kus teda aitas Rakveres omandatud õpetajakutse. Kolme semestri jooksul töötas ta algul Türi, siis Väike-Maarja keskkoolis loodusloõpetajana.

Aastail 1926 ... 1927 õppis G. Kingisepp Heidelbergi ülikoolis, mille arsiteaduskonna ta 1927. a. sügisel *doctor medicinae* kraadiga lõpetas. Seejärel töötas lühikest aega Heidelbergi sisehaiguste kliinikus professor L. Krehli juhtimisel, 1928. a. Heidelbergi nahahaiguste kliinikus professor S. Bettmanni juures ja 1929. a. Heidelbergi lastekliinikus professor E. Moro juhtimisel. 1930. aastal asus G. Kingisepp tööle Tartu ülikooli farmakoloogiainstituuti oma eelkäija professor G. Barkani juurde. 1931. a. sooritas Tartu ülikooli juures arsti riigieksamid ning aasta hiljem samas doktorandieksamid. Aastail 1934 ... 1935 töötas G. Kingisepp Tartu ülikooli stipendiaadina Edinburghi farmakoloogiainstituudis kuulsa inglise farmakoloogi professor A. J. Clarki juhtimisel. 12. XII 1936. a. kaitses G. Kingisepp doktoriväitekirja. 1937. a. viibis



ta stipendiaadina Münsteris, kus töötas professor L. Lendle juures 1938. a. anti talle professorikutse.

Teaduslikku tegevust alustas G. Kingisepp juba üliõpilaspõlves 1923. a. Selle aja jooksul on tal ilmunud üle 50 teadusliku töö. 1936. a. valmis juubilaril doktoriväitekiri «Lisatis küsimusele maksa toimest eksperimentaalsete loomakehvveresuste puhul ja sääraste kehvveresuste iseloom». G. Kingisepp on juhendanud uute preparaatide (vipraksiin, lebeksiin, sulfokamfokaiin, proposaal jt.) farmakoloogilis-toksikoloogilist uurimist ning sellesuunaline viljakas koostöö Tallinna Keemia- ja Farmaatsia Tehasega jätkub tänaseni.

Üle 30 aasta on kestnud G. Kingisepa pedagoogiline töö. Võib julgesti öelda, et enamik Tartu ülikooli lõpetanud arstidest on G. Kingisepa õpilased. Kõigile, kes on kuulanud tema loenguid, on meelde jäänud mitmekülgne ainekäsitlus, millest õhkub eruditsiooni ja armastust eksperimentaalse farmakoloogia vastu.

G. Kingisepp on kahe originaalse eestikeelse farmakoloogiaõpiku autor (1948, 1963). Tema juhendamisel on valminud kolme arstiteaduse kandidaadi ja ühe farmaatsiakandidaadi väitekiri ning üle 80 teadusliku artikli kaastöölistelt.

G. Kingisepp on valitud Üleliidulise Farmakoloogide Seltsi juhatusse. Samuti kuulub ta ajakirja «Farmakoloogia ja toksikoloogia» toimetuse nõukokku. Silmapaistev on G. Kingisepa osa teaduse populariseerijana.

Professor Georg Kingisepale on iseloomulik täpsus, kohusetundlikkus, tagasihoidlikkus teaduslike järelduste tegemisel, sõbralikkus ja abivalmidus kolleegidega suhtlemisel ning mõistev suhtumine kaasaja probleemidesse.

Soovime juubilarile tugevat tervist ja jõudu tööks ning eluks veel paljude aastate kestel.

Olaf Rajavee

Mitmesugust

KAS TE KASUTATE MEDITSIINILIST RAAMATUKOGU!

MILVI TEDREMAA
Tallinn

UDK 026.61

Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu on vabariigi suuremaid erialaraamatukogusid. 1968. a algul oli selle riiulitel 220 224 raamatut ja ajakirja. Raamatukogu saab kõik NSV Liidus väljaantavad arstiteaduslikud raa-

Tabel 1

Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu kasutajate arv Tallinna tervishoiuasutustes

Raviasutus	Arstide arv	Neist raamatukogu kasutajaid	
		arv	%
Harjumäe Haigla	49	47	95,9
Tallinna Linna Nakkushaigla	18	17	94,4
Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanser	39	34	87,2
Tallinna Vabariiklik IV Haigla	30	23	76,6
Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser	16	12	75,0
Tallinna Pelgulinna Haigla	145	103	71,0
Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam	19	13	68,4
Merimetsa Haigla	45	30	66,7
Tallinna Vabariiklik Haigla	168	106	63,1
Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser	32	20	62,5
Kallavere Haigla	21	13	61,9
Tallinna I Sünnitusmaja	16	9	56,3
Tõnismäe Haigla	115	58	50,4
Tallinna I Lastehaigla	84	43	51,2
Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam	38	18	47,4
Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogia Haigla	47	21	44,7
Tallinna II Lastehaigla	73	31	42,5
Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser	35	14	40,0
Stomatoloogia Polikliinik	78	30	38,5
Nõmme Haigla	74	28	37,8
Tallinna Sadama Haigla	86	29	33,7
Tallinna II Sünnitusmaja	16	4	25,0

matud ja ajakirjad; välismaa ajakirju komplekteerib üle 100 nimetuse, nende hulgas «Index Medicus», «Abstract of World Medicine», «Münchener Medizinische Wochenschrift», «Practitioner, British Medical Journal» jt.

Lugejaid teenindatakse abonemendi, raamatukogudevahelise abonemendi, posti- ja kollektiivabonemendi teel, rajoonide ja teiste linnade meedikuid postiabonemendi teel (kirjandus saadetakse lugejale kohale ka teatavate teemade kohta).

1967. a. alates töötab raamatukogus teaduslik-tehnilise informatsiooni osakond, mis informeerib vabariigi arste ja arstiteadlasi meditsiini uuematest saavutustest. Mullu anti vabariigi teadlastele, samuti asutustele informatsiooni 24 arstiteaduslikus küsimuses (ateroskleroos, elektrokardiograafia, aortograafia, audiomeetria, reanimatoloogia jt.).

Uute raamatute ja ajakirjade tutvustamiseks koostab raamatukogu uudiskirjanduse bülletääne, mis saadetakse vabariigi suurematesse raviasutustesse. Erialakirjanduse propageerimise eesmärgil korraldatakse raamatunäitusi arstiteaduslikel konverentsidel, seminaridel, ühtlasi haiglates, polikliinikutes jm. 1967. a. oli väljaspool raamatukoguruume 31 näitust, kus kirjandust ka laenutati. 1967. a. hinnati raamatukogu tööd erialakirjanduse propageerimisel NSV Liidu Kultuuriministeeriumi II järgu diplomiga.

Aastail 1964 ... 1967 suurenes lugejate arv 779 võrra, 1968. a. 1. jaanuariks

Tabel 2

Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu kasutajate arv

Rajoon, linn	Arstide arv	Neist raamatukogu kasutajaid	
		arv	%
Rapla	58	29	50,0
Harju	96	40	41,7
Kohtla-Järve	211	83	39,3
Valga	68	24	35,3
Paide	60	20	33,3
Narva linn	130	43	33,1
Pärnu	170	44	25,9
Kingissepa	78	19	24,4
Haapsalu	59	13	22,0
Rakvere	123	26	21,1
Võru	73	15	20,8
Viljandi	136	28	20,6
Tartu linn ja rajoon	480	88	18,3
Jõgeva	59	10	17,0
Hiiumaa	14	1	7,1
Põlva	51	3	5,9

oli raamatukogul 2305 lugejat, neist teaduslikke töötajaid 145, arste 1405, velskreid ja meditsiiniõdesid 380, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilasi 133, meditsiinikoolide õpilasi 51, muid spetsialiste (keemikuid, füüsikuid jt.) 182. Raamatukogu teenuseid kasutab 1645 Tallinna ja 660 rajoonide ning teiste linnade meditsiinitöötajat.

1967. aastal laenutati 57 028 eksemplari erialakirjandust, sealhulgas ligikaudu 5000 eksemplari saadeti vabariigi rajoonide ja linnade (välja arvatud Tallinn) meditsiinitöötajaile.

Eespool on toodud küllaltki suured arvud, kuid need ei tähenda kaugeltki seda, et kõik vabariigi meditsiinitöötajad on ära kasutanud võimalused, mida erialaraamatukogu kvalifikatsiooni tõstmiseks pakub (vt. tabel 1 ja 2).

Spetsialisti isiklik raamatukogu ei suuda tänapäeval rahuldada nõudmisi erialakirjanduse järele. Pealegi ei satu raamatukauplustesse ja -kioskitesse teaduslike tööde kogumikke, väikesetiraažilisi metoodilisi kirju ja instruktsioone, väitekirjade autoreferaate, osa välismaist perioodikat jm., mida raamatukogu komplekteerib.

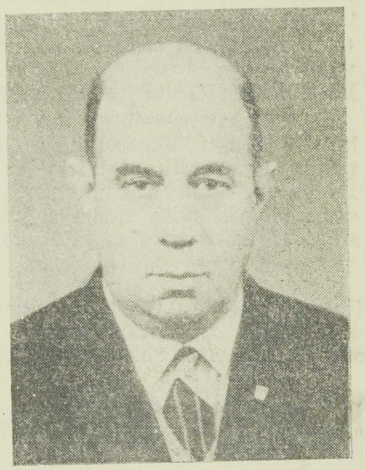
Tänapäeval ilmuva arstiteadusliku kirjanduse hulk on väga suur, selles orienteerumine ja valiku tegemine ei ole kerge. Raamatukogu abi kasutamine säästab seetõttu arsti hindamatut aega ja muudab tema vastutusrikka töö ökonoomsemaks.

Riiklik Teaduslik
Meditsiiniline Raamatukogu

In memoriam

ISAK VIGODSKI

26. X 1911 ... 21. V 1968



21. mail suri 57. eluaastal Kesk-apteegilao juhataja, esimese kategooria proviisor Isak Rahmili p. Vigodski.

Keskhariduse omandas I. Vigodski Tallinnas, erihariduse Tartu ülikoolis, mille lõpetas 1938. aastal.

Pikaajalise töö vältel täitis proviisor Isak Vigodski väga mitmesuguseid ülesandeid. Erialase tegevuse algaastad möödusid Tallinna Ühise Haigekassa apteegis. Pärast nõukogude korra kehtestamist määrati ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumile alluvate asutuste natsionaliseerimiskomiteesse, mille järel asus Apteekide Peavalitsuse teenistusse vanem-farmaatsiainspektorina. 1941. a. evakueerus ta tagalasse, kus 1942. a. veebruaris mobiliseeriti Punaarmeesse ja suunati 7. Eesti Laskurdiviisi meditsiiniteenistusse. Seal töötas I. Vigodski algul velskrina, hiljem apteegijuhatajana, võttis osa lahingutest Velikije Luki all, Eesti NSV ja Läti NSV vabastamisel. Pärast demobiliseerumist 1947. a. töötas I. Vigodski algul Apteekide Peavalitsuse kontrollanalüüsilaboratooriumis. Seejärel aga suunati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi käsutusse, kus talle aastail 1947 ... 1952 usaldati vastutusrikkaid ülesandeid. 1952. a. alates töötas I. Vigodski Kesk-apteegilao juhataja asetäitja ametikohal, 1956. aastast sama asutuse juhatajana.

Mitmekesine tegevus kutsetööl andis I. Vigodskile laialdased erialased teadmised ja kogemused, mida ta alati oli valmis teistega jagama.

I. Vigodskile olid iseloomulikud tugev isikupära, elutarkus, reaalsustunne, kiire otsustamisvõime ja tasakaalukus igasugustes olukordades. Need omadused võimaldasid tal asutust õigesti ja kindlalt juhtida.

Lähemail kaastöötajail jääb temast mälestus kui heast juhist ja unustamatust kolleegist.

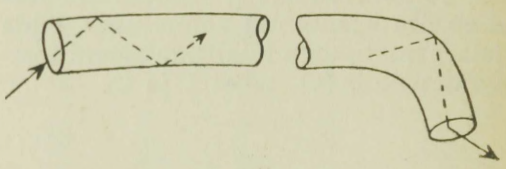
Meditsiinitehnika

VABARIIKI KOLM FIIBERGASTROSKOOPI

Hiljuti saabus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsusele Jaapanist firma «Olympus» fiibergastroskoop GFB, mis anti üle Tallinna Vabariiklikule Onkoloogia Dispanserile. Samasugused instrumendid saavad oma käsutusse Tallinna Harjumäe Haigla, mille baasil töötab Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiasektor, ning Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla.

Fiibergastroskoop on hinnaline instrument (2070 rubla). Et seda on võimalik osta ainult välisvaluuta eest, sai tellimus teoks tänu Eesti NSV Ministrite Nõukogu kaasabile.

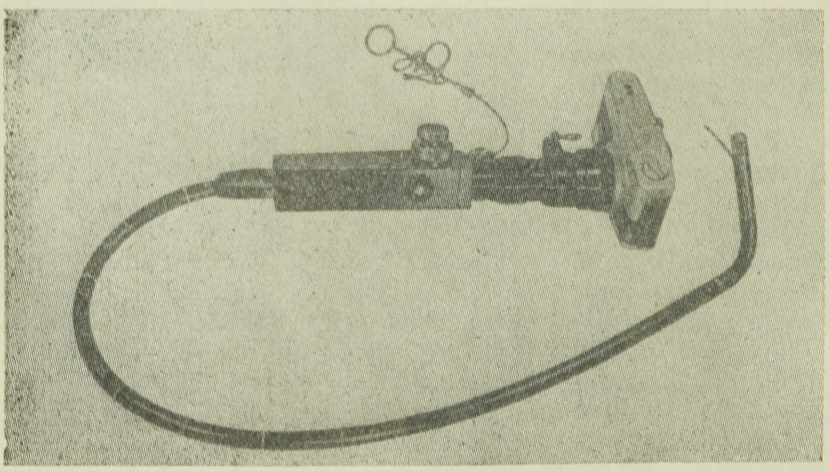
Fiibergastroskoobiga on töötanud mõne kuu Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti asetäitja ravi alal Väino Rätsep, kellel samalaadsete instrumentidega oli võimalik tutvuda juba varem Helsingi Meilahti haiglas ja Bukaresti gastroenteroloogiakeskuses. Palusime V. Rätsepat uut instrumenti lähemalt kirjeldada.



Valguskiire reflekteerumine klaaskius

«Endoskoopilise instrumentaariumi konstrueerimises on viimaste aastate kestel toimunud põhjapanev pööre, milles suured teened on Jaapanil. Senise läätsede süsteemi kõrval võetakse üha rohkem tarvitusele fiiberoptikat, mis mao-, kopsu-, pärasoole-, kõhuõõne-, põie- ja günekoloogiliste haiguste diagnoosimise perspektiive tunduvalt avardab. Uusi võimalusi pakub fiiberoptika eriti maohaiguste diferentsiaaldiagnoosimiseks ja nende avastamiseks algstaadiumis.

Tokio «Olympuse» fiibergastroskoobis GFB (firma reklaamib instrumenti gastrofibroskoobi nime all) moodustavad 150...200 tuhat peent klaaskiudu optilise süsteemi, mis koos tugeva valgustusega tagab eeskujuliku nähtavuse. Ka tavalised, läätsedega gastro-



Fiibergastroskoop GFB koos gastrokaameraga värvifotode tegemiseks ja biopsiatangidega koetükikese võtmiseks mao limaskestast

skoobid annavad mao limaskestast, eriti korpuse piirkonnas, hea ülevaate. Diagnoosimisvahenditena on nad asendamatud ja jäävad käibele ka edaspidi. Kuid mõnikord on nende käsitsemisel tõsiseks takistuseks instrumendi jäikus, näiteks antrumi piirkonna vaatlemisel. Vähegi tugevamate painutuste korral — mis mao ja söögitoru iseärasustest tingituna on paratamatud — nähtavus halveneb või koguni kaob. Fiibergastroskoobi suureks vooruseks on elastsus.»

V. Rätsep palub GFB vaateavast sisse vaadata. Siis painutab ta instrumendi pea 180°-lise pöördega vaataja poole. Vaateväljale ilmub vaataja oma nägu. Kujutis on üllatavalt selge, värvid hästi eristatavad. Tavalisest gastroskoobist erinevalt on kujutisel kerge võrk — raster.

«Nagu näete, võib fiibergastroskoobi tuubust täiesti suva järgi painutada. Ka väga suure painde korral nähtavus ei vähene ega kao. Kui vaja, saab GFB ühendada spetsiaalse gastrokaameraga ja limaskesta muutused fikseerida värvifilmile, mille kaader on 1×1 cm. Fotode kvaliteet on hea.

Hariliku gastroskoobiga võrreldes on GFB-l tõhusaid täiendusi. Uuritavast kohast saab spetsiaalse kanali kaudu biopsiatangide abil võtta koetükikese mikroskoopiliseks uurimiseks. Kui kanalist läbi viia väike harjake, on limaskestalt võimalik võtta kaabet tsütoloogiliseks analüüsiks. Polüetüleentoru kaudu võime kahtlasesse kohta suunata lahusejoa. Selle abil limaskestalt rakke lahti uhtudes saame loputusvedeliku näol jällegi väärtusliku materjali tsütoloogiliseks uuringuks.

Esimesed kogemused uue instrumendiga töötamise alal on head. Selline komplekssse uurimise võimalus, mida GFB pakub, on väga tähtis võimalike maokasvajate, eriti maovähi varajaste vormide avastamiseks niisuguse profiiliga meditsiiniasutusele, nagu seda on onkoloogiadispanser. Oleme GFB abil mõnelgi korral sattunud mao pindmistele, ainult limaskestaga piirduvatele vähivormidele.

GFB sobib ka ambulatooriumis ravitavate haigete uurimiseks. Fiibergastroskoobi tuubus ei ole üksnes elastne, see on tunduvalt peenem. Seetõttu on teda lihtsam ja kergem makku viia. Gastroskoopia fiiberoptika abil ei nõua haigelt kramplikku asendit. GFB valgusti kuumenemist takistab spetsiaalne isolatsioon, mis gastroskoobi pea hoiab normaalsel kehatemperatuuril. Kõik need omadused muudavad gastroskoopia GFB-ga patsiendi seisukohalt hästi talutavaks. Sellest aspektist võiks uurimist GFB-ga võrrelda mao sondeerimisega.»

Märt Kink

Intervjuu

PLASTILISE KIRURGIA JA ARSTLIKU KOSMEETIKA ERIALADELT

Juba mõnda aastat töötab grupp Tallinna meedikuid plastilise kirurgia ja arstliku kosmeetika suhteliselt noortel erialadel. Millega nad konkreetselt tegelevad? Mida igal tervishoiutöötajal oleks kasulik nende tööst teada? Milliste näidustustega nende juurde abivajajaid suunata? Need küsimused esitasime Tallinna Linna Plastilise Kirurgia ja Arstliku Kosmeetika Kabineti kirurgile Hillar Kaurile.

«Plastilise kirurgia kohta on liikvel — kahjuks mitte üksnes avalikkuses, vaid ka arstide hulgas — mõningaid üsnagi vildakaid arusaamasid. Paljud arvavad, et meie peaülesanne on (pealegi hea tasu eest!) vananemisega seotud väliste muutuste kõrvaldamine. Seetõttu seostavad mõned kolleegid meie tööd rohkem «iludussalongi» kui operatsioonitoa atmosfääriga. Niisugusteks kujutlusteks on põhjust andnud mitte üksnes plastilise kirurgia arenemine Läänes (ühelt poolt võitlus tunnustuse eest, teiselt poolt eelarvamuste ja šarlatanide vastu), vaid ka mõnedes vennasvabariikides tegutsevate kosmeetikakabinettide praksis.

Tegelikult on plastilise kirurgia ülesanne esmajoones haiguste ja traumade tagajärjel moonutatud või minetatud kehaosade kuju ja funktsiooni parandamine või asendamine, samuti operatsioonijärgsete kahjustuste likvideerimine. Edasi on plastilise kirurgia sihiks kõrvaldada või korrigeerida kaasasündinud või muid kehalisi defekte, mis kahandavad inimese isiklikku, raskematel juhtudel isegi ühiskondlikku väärtust. Niisiis ei tegele plastiline kirurgia mitte ainult nahaga, nagu mõnikord arvatakse, vaid ka nahaaluste pehmete kudede, luude, lihaste, vahel koguni tervete elunditega (näiteks nina). Alles kõige viimases järjekorras püüab ta kõrvaldada vananemisega seotud muutusi. Neid operatsioone tehakse vähem, nad on eetiliselt õigustatud peamiselt näitlejatel, lauljatel, tantsijatel ja teistel, kelle töö nõuab laitmatut välimust. Kui aga muutused on enneaegsed ja väga suured ning kui on ilmne, et nad ini-

mese psüühikale rusuvalt mõjuvad, siis on erandid muidugi mõeldavad.»

«Milliseid eeskujusid te töös silmas peate?»

«Üldiselt on meil umbes samasugused ideaalid kui Praha plastilise kirurgia instituudil ja kliinikul. See on sotsialismimaade kõige tugevam plastilise kirurgia keskus. Tšehhide töö tase on kõrge; ja kui peaks võimalikuks osutuma, siis tahaksin väga sinna kas või lühikeseks ajaks õppima minna. Instituudi asutaja akadeemik František Burian, kes Esimese maailmasõja ajal keiserlikku Austria-Ungari sõjaväkke mobiliseeritud kirurgina 1917. aastal pani aluse oma esimesele nn. plastilise kirurgia jaamale, on viimasest arenenud instituuti koondanud kogu taastava kirurgia kõiges selle mitmekülgsuses. Kui perspektiividest kõnelda, siis püüame ka meie umbes samasugust suunda hoida. Siht on praeguse kabineti plastilise kirurgia väike osakond aja jooksul arendada kui just mitte taastava kirurgia instituudiks, siis vähemalt haiglaks. Kui ainult mõelda, et iga 200 vastsündinu kohta tuleb üks kaasasündinud defekt (kirjanduse andmed) ja et liiklustraumade arv edaspidi võib-olla veelgi suureneb, siis on vajadus niisuguse spetsiaalse ravi- ja uurimisasutuse järele väljaspool kahtlust. Muidugi on see kaugema tuleviku kavatsus, sest igasuguseid tegevuse laiendamise katseid piiravad praegu ruumid.»

«Kui suured võimalused kabinetil on praegu?»

«Kabinet on alles noor ja väike. Tegevust alustas ta 1. aprillist 1964 Tõnismäe Haigla peaarsti asetäitja ja polikliiniku juhataja Nikolai Alihhanovi initsiatiivil. Kabinetis töötab kaks kirurgi, üks dermatoloog ja kolm meditsiinilise keskharidusega kosmeetikut. 1965. aasta keskpaiku saime Tallinna Pelgulinna Haiglas mõned voodikohad, mis tähendas kabineti tegevuses pöördepunkti. See lõi eeldused operatsioonide diapasooni avardamiseks, töö intensiivistus järsult ja hakkas end sellest ajast ka majanduslikult õigustama. Kabinetis on tehtud 1900 lõikust ambulatoorselt ja 300 statsionaaris. Töö maht on suur, patsientide järjekorrad pikad, kõiki soovijaid ei jõua rahuldada.»

«Kuuldavasti on patsiente ka väljastpoolt Eestit?»

«Jah. Pärast voodikohtade saamist suurenes kohe nõnda-öelda asutuse geograafiline laius. Abivajajaid saabub nüüd Nõukogude Liidu kõikidest osadest, isegi väga kaugelt — polaarjoone tagant, Armeeniast, Lõuna-Sahhalinilt ja mujalt. See on muidugi seletatav mitte meie töö kvaliteedi erakordsusega, vaid sellega, et samasuguseid asutusi on kogu Nõukogude Liidus ainult neli või viis. Ümmarguselt $^1/_5$ meie patsientidest on vennasvabariikidest. Väljastpoolt saame neli-viis kirja päevas. Voodit võime iga haige kohta kinni hoida keskmiselt viis päeva. See limiteerib operatsioonide arvu; lõigata jõuaksime rohkem.»

«Milliseid operatsioone teete?»

«Esimesel kohal on plastilised operatsioonid kaasasündinud defektide kõrvaldamiseks — eemalehoiduvad kõrvad, kahekordsed huuled, näo asümmeetria, nina deformatsioonid. Siia kuuluvad teiste näidustuste hulgas ka liiga kitsad huuled, mis mõnel juhul, eriti neiueas, kaebusi põhjustavad. Erandjuhtudel oleme mõningaid selliseid operatsioone teinud, nende efekt on küllalt suur. Muidugi ei saa me kõiki soove täita ja mõnikord on need meie tingimustes ka lausa fantastilised. Näiteks on meilt palutud kõverate jalgade õgvendamist. Selliseid operatsioone me teha ei saa, kuigi need praktiliselt on võimalikud.»

«Teisel kohal...?»

«Teisel kohal on traumast põhjustatud ja haiguslikud muutused näol ja kehatüvel: näokoljuluude defektide kõrvaldamine (näiteks poksijatel), armide likvideerimine jäsemetel jne.»

«Kas võiksite meenutada mõnda juhtu praksisest?»

«Meil oli moonutatud näoga tütarlaps Riiast, kelle nina ja huul olid autoõnnetuse tagajärjel vigastada saanud. Ülemine huul oli lõhki ja armistunud peaaegu ninasõõrmeni. Moonutused õnnestus kõrvaldada, ilma et oleks jäänud olulisi nähtavaid arme. Ühel inseneril oli ära pool kõrva — temal taastasime kõrvalesta.

Järgmisel kohal on ealistest muutustest tingitud esteetilised defektid näol, samuti kehatüvel.»

«Näiteks kehatüvel?»

«Näiteks muutused, mis on seoses rinnanäärme hüpertroofia või kõhu eesseina lõtvumisega.»

«Kas seda liiki operatsioonid annavad küllaldase tulemuse?»

«Enamasti jah. Väga tulemusrikkad on need näol. Näiteks tekkisid ühel naispatsiendil, kellel olime kõrvaldanud enneaegsed kortsud, ootamatud raskused hoiukassas. Talle ei makstud raha välja, arvati, et tegemist on teise isikuga.

Selliseid operatsioone teeme siiski harva ja range valikuga. Olukord ei ole sugugi niisugune, nagu kujutlevad mõned patsiendid, kes kabinetti tulevad ja nõuavad, et tehtagu neile nii- või teistsugune operatsioon.»

«Ravi kosmeetikakabinetis on tasuline?»

«Jah, protseduuride ja operatsioonide eest tuleb maksta riiklike hinnakirjade alusel.»

«Kas võiksite lugejale mõningase kujutluse anda ka kirurgilise ravi majanduslikust küljest?»

«Kõige odavam operatsioon (1 rubla) on papilloomi eemaldamine elektrokoagulatsiooni või n.-ö. verisel teel, kõige kallimad (80 rubla) on operatsioonid rinnanäärme hüpertroofia ja kõhu eesseina rasvumise ning lõtvumise puhul. Keskmise raskusega operatsioonid maksavad 20...25 rubla.»

«Milliste näidustustega võiksid kolleegid teie kabinetti abivajajaid suunata?»

«Soovitatav on meile saata kõik patsiendid näo piirkonna healoomuliste kasvajatega. Nende eemaldamine plastilise kirurgia meetoditel jätab minimaalse armi. Lisaks uurime iga tuumorit patoloogilis-histoloogiliselt. Nagu kogemused on näidanud, kipub üks 600...700-st ikka pahaloomuline olema.

Näib, et ka armide kõrvaldamist on õigem mitte ette võtta üldkirurgiaosakondades, sest meie tehniline teostus tundub vähem defor-

meerivana. (Sama on kehtiv tätoveeringute kohta, mida eemaldame kas elektrokoagulatsiooni või verisel teel.)

Edasi — kaasasündinud defektid nii täiskasvanuil kui ka lastel. Eemalehoiduvaid kõrvu on kõige parem korrigeerida näokolju formeerumise ajajärgul, enne kooliminekut. Lapseiga on sobiv ka kahekordsete huulte opereerimiseks. Näo muude osade korrektuuri ei ole soovitatav teha enne täisealiseks saamist. Näokolju formeerumine jätkub 16. või 17. eluaastani ja enneaegsed operatsioonid võiksid põhjustada näo asümmeetria.

Lõpuks igasugused trauma tagajärjel tekkinud defektid, nagu sadulnina ja ninavaheseina kõverdumine, mille puhul saame eriti häid tulemusi. Traumast tingitud defektide korral tuleks patsiendid kabinetti suunata kas kohe, õnnetuse päeval, või siis mitte enne 6 kuu möödumist, kuni vigastatud piirkonnad on täiesti paranenud. Vahepeal pole soovitatav midagi ette võtta.»

«Mida võiks öelda vastunäidustuste kohta?»

«Vastunäidustusteks on endast mõistagi kõik ägedad rindkere ja kõhuõõne elundite põletikulised protsessid: tuberkuloos, müokardiit, nefriit, hepatiit jt.

Operatsioonile suunamisel on patsiendile soovitatav kaasa anda uriinianalüüsi, kliinilise vereanalüüsi ja veritsus-hüübimisaja andmed.

Kabinet võib patsiendi töölt niikauaks vabastada kui vajalikuks peab. Meie poolt väljaantavad haiguslehed on samasuguse kehtivusega kui teisedki, kuid töölt puudutud päevade eest patsiendile ei tasuta, välja arvatud mõned erandjuhud.

Tahaksin öelda veel niipalju, et plastiliste operatsioonide tegemisel ei ole välistatud tüsistuste võimalused, mis ei sõltu operatsioonitehnikast. Kõige ebameeldivamaks neist on liigliha, mis tegelikult pole midagi muud kui organismi individuaalne reaktsioon operatsioonile. Seda tuleb ette 8...10%. Kahjuks pole seda võimalik ette näha.»

«Kui pikk oli teie staaž kirurgina, enne kui hakkasite tegema plastilisi operatsioone?»

«Kümme aastat.»

«Kas selleks tööks ei vajata veel midagi — modelleerimise huvides? Mõtlen nägemise täpsust, vormitunnet, kokkupuuteid kujutava kunstiga?»

«Kunsti ja plastilise anatoomiaga tuleb kahtlemata palju tegemist teha. Kirurg, kelle tööks on näo plastika, peab mõistma, et mitte igakord ei sõltu inimese ilu ligihoiduvatest kõrvadest ega näo sümmeetriast. Subjektiivse harmoonia kohta on kunst täis veenvaid näiteid.»

«Kas tegelete ka ise mõne kunstiharuga?»

«Kui seda nii võiks nimetada, siis pisiskulptuuriga. Kuid ainult enda tarbeks.»

«Mida tervishoiutöötajatel oleks kasulik teada kabineti tööst arstliku kosmeetika alal?»

«Enam-vähem kõik plastilised operatsioonid nõuavad kosmeetilis-dermatoloogilist järel-, sageli isegi eelravi. Kuid osa esteetilistest defektidest on võimalik kõrvaldada ka operatsioonita. Näiteks käsnasid, väiksemaid sünnimärke, angioome, papilloome jne. eemaldame elektrokoagulatsiooni teel, mis juba puhtal kujul on kosmeetiline protseduur. Samal viisil likvideerime kapillaaride laienemise tagajärjel tekkinud defektid.

Suure osa kosmeetilisest tööst moodustab epilatsioon, mida kasutatakse hüpertrihhoosi puhul mitte ainult näol, vaid ka kehal. Näonaha ravi ja profülaktika protseduuride hulka kuuluvad toitemaskid vitamiinipreparaatidega, parafiinmaskid naha verevarustuse parandamiseks, kuivad maskid naha liigrasususe raviks jne. Teistest kosmeetikakabinettidest erinevalt tehakse meil mitte üksnes näo- ja kaela-, vaid ka käte, jalgade, kõhu-, rinna- ja üldmassaaži. Tedretähti eemaldame ravimite ja keemiliste preparaatide abil naha sügavkoorimise teel.»

«Peale teie asutuse töötab Tallinnas veel kolm väikest kosmeetikakabinetti. Kaks neist allub teeninduskombinaadile «Junor», kolmas — hotellis «Palace» paiknev — koguni Sööklate, Restoranide ja Kohvikute Trustile. «Junori» kabinettides töötavad konsultantidena arstid, «Palace'i» kosmeetikute töö üle arstlik kontroll puudub. Kas poleks õigem kõik neli väikest kabinetti koondada üheks suureks ja tõhusamaks ning allutada Tervishoiu Ministeeriumile (nagu praegu teie kabinetki), seega ühtlasi kompetentsele kontrollile?»

«Võib-olla. Kuidas seda aga teostada, on iseasi, sest tegemist on vastukäivate ametkondlike huvidega, mitmete majanduslike teguritega, ruumidega jne. Üks on siiski selge — kosmeetika alal töötavate arstide allutamine ühele keskusele oleks tingimata tarvilik. Praegu oleme hajutatud, igaüks töötab omaette, hangib omal käel erialakirjandust (millest nagunii on suur puudus); raskusi on teadmiste täiendamise ja kontseptsioonide ühtlustamisega, rääkimata vägagi vajalikust sanitaarharidustööst.»

Vestles M. Kink

Välismaalt

KUUBA-MULJEID

MIHKEL KASK
Tartu

Kuuba on saareriik (õigemini saarte riik, sest peale peamise saare kuulub siia veel üle 1600 saare ja saarekese), mille pindala on ligikaudu 114 500 km². 1962. a. oli Kuubas 7 068 000 elanikku. Nüüd võib nende arv ulatuda umbes 8

miljonini. Elanike vanuseline jaotumus pole teada, kuid nähtavasti on ülekaalus nooremad earühmad — kõikjal on palju lapsi ja noorukeid. Seda võib arvata ka sündimuse ning suremuse näitajate järgi. Aastail 1960 ... 1965 oli Kuubas sündimus 34 ... 36%, suremus 8 ... 9% ja rahvastiku loomulik iive 26 ... 27%.

Kuuba tervishoiuorganisatsioon on üldjoontes samasugune kui Nõukogude Liidus.

Tervishoiuvõrgu arendamise tulemusi võib märgata kõikjal. Näiteks enne revolutsiooni (1951. a.) kannatas 60% maa- ja 30 ... 40% linnalastest kwashiorkori (troopilistel aladel väikelastel esinev alatoitlusest tingitud haigus) all. Nüüd on see häda likvideeritud tänu tähelepanule, mida laste tervisele ja käekäigule pööratakse. Kui mõnest toiduainest vahel ongi nappus, siis varustatakse lapsi esmajärjekorras. Lapsi vaktsineeritakse poliomüeliidi, tuberkuloosi jt. nakkushaiguste vastu. Difteeria, läkaköha ja teetanuse puhul kasutatakse rohkesti trivaktsiini.

Kollapalavik on täiesti likvideeritud, tegelikult on likvideeritud ka malaaria. Varem tekitas muret tuberkuloosi, leeprasse ja suguhaigustesse haigestumine ning teeb seda praegugi, kuigi vähemal määral. Vähktõbe esineb harva, sest vanemaid inimesi on suhteliselt vähe. Vähktõve struktuur on teistsugune kui meil — sagedamini täheldatakse nahavähki (ligikaudu 30%), mis on seletatav suurema insolatsiooniga. Nahavähki kohtab sagedamini valgetel.

Et Kuuba elanikkond on noor, siis ei ole südame ja veresoonte haigused aktuaalsed.

Hospidal Psiquiatrico de la Habana

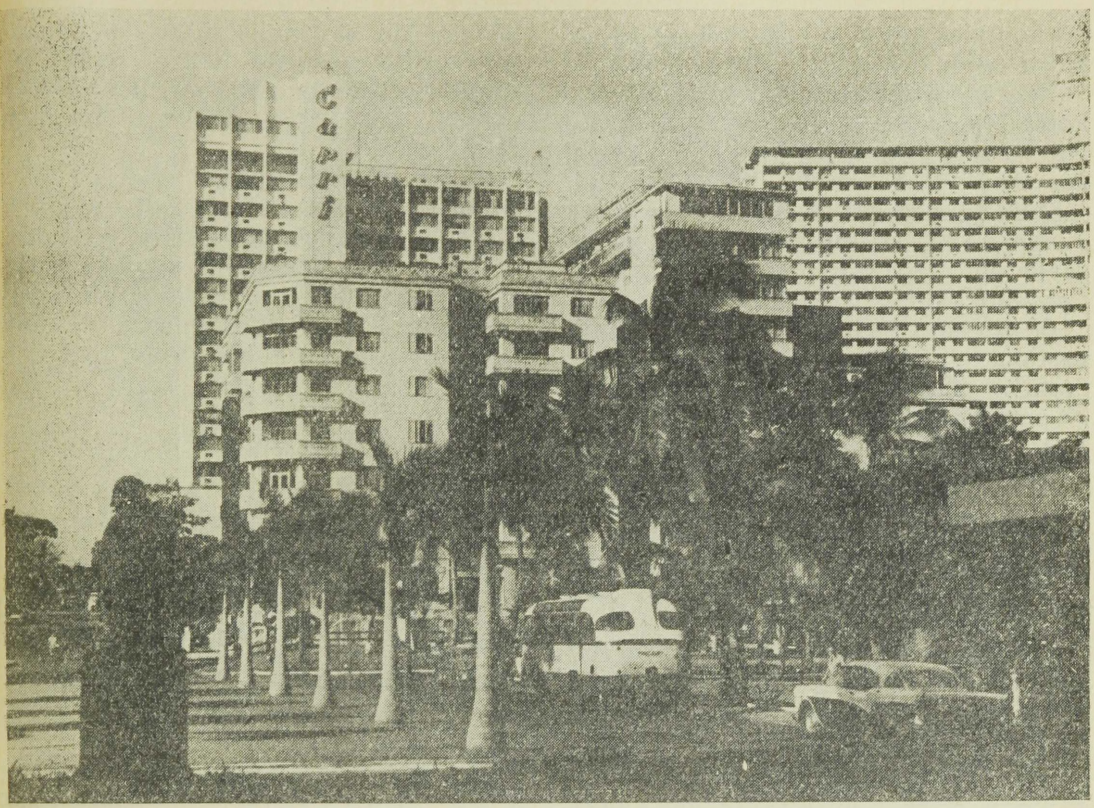
Kuubalased tahtsid väga näidata psühhiaatriahaiglat. Meie ei olnud sellest mõttest eriti vaimustatud, sest delegatsiooni kuuluvast kahest arstist üks oli otorinolarüngoloog Tadžiki NSV-st ja teine — nende ridade kirjutaja. Kuid ikkagi meid sinna viidi. Kahetsemiseks aga ei olnud põhjust, otse vastupidi.

Haigla asub Havanna äärelinnas Mazorras ja on ainus selletaoline Kuubas. 80 voodikohaga vanast psühhiaatriahaiglast saab plaanikohaselt 5000 voodikohaga raviasutus. Ehitustegevust juhib haigla administratsioon eesotsas doktor Eduardo B. Ordaziga (tal on «comendante» aukraad ja õigus habet kanda). Ilusa väljanägemisega haiglakorpused on ehitatud ja sisustatud nii, et ei märkagi kõike seda, mis haigetele võiks kahjulikuks osutuda (klaas, peeglid, lahtised metallesemed jm.). Hügieeni seisukohalt ei ole midagi ette heita.

Nägime sadu haigeid. Pealiskaudsel vaatamisel ei saanud arugi, et tegemist on vaimuhaigetega. Küsisin osakonnajuhatajalt doktor G. Puertaselt, kuidas nad üldise hea mulje on saavutanud. Vastus anti lühike, kuid täpne: «Trankvilisaatorid ja tööravi.» Töösundust ei ole. Töötamise või mittetöötamise üle



Kuningapalmid kaunistavad kõikjal maastikku



Kõrghooned Havanna uues keskuses *Fotod M. Kask*

otsustavad haiged ise, arstid suunavad neid märkamatult. Haiglal on oma iseteğevusrühm. Külalistele — «sovieticodele» — anti päris sisukas kontsert. Haigla juurde on ehitatud korralik staadion, asutatud kanala (2000 kana) ja roosiistandus.

Hospidal Enrique Cabrera

See 650 voodikohaga Havanna haigla, mis avati 1961. a., teenindab umbes 320 000 elanikuga linnaosa. Haiglas on teraapia-, kirurgia-, ortopeedia-, günekoloogia-, pediaatria-, oftalmoloogia- ja otorinolarüngoloogia-osakonnad. Tähelepanu äratasid erakordne vaikus ja hea õhk. Värske õhk on Kuubas kõikjal, sest aknad ja uksed on alati avatud (maal on elumajade aknaavad enamasti raamideta ja klaasideta), ainult otseste päikesekiirte eest kaitsevad žalusiid. Vaikus aga ei olene sellest, et kuubalased vaikselt kõneleksid ja kõnniksid, vaid hoopis muudest asjaoludest. Nimelt kasutatakse lagede katmiseks laialdaselt suhkrutööstuse jäätmetest valmistatud plaate. Need pisut hallikad plaadid summutavad hästi müra.

Kirurgiaosakonnas äratas tähelepanu meditsiinitöötajate kitlite maheroheline värvus (USA-s enamasti mahesinine). Lõunamaadel, kus insolatsioon on tugev, mõjuksid lumivalged kitlid silmadele eriti halvasti.

Arstide ettevalmistamine ja teaduslik töö

Kuuba arstidel oli pärast revolutsiooni üsna raske töötada. Üleminek tasuta arstiabile ja uute tervishoiuasutuste loomine nõudsid rohkem arste, kui neid oli. Pealegi lahkus revolutsiooni algul ja selle ajal neid maalt üsna palju; emigreerujaid leidus ka hiljem.

Praegu valmistatakse arste ette kolme ülikooli (Havanna, Santiago de Cuba ja Santa Clara) arstiteaduskondades. Viimases, noorimas ülikoolis töötavad ainult IV ja V kursuse arstiteaduse üliõpilased. Õppetöö kestab 5 aastat. Üliõpilastele on loodud head tingimused. Neid rakendatakse üsna sageli ühiskondlikel töödel, eriti suhkruroo koristamisel. 1969. aastal peab kolme ülikooli arstiteaduskonnad lõpetama 1000 noort arsti. Hulk Kuuba noori on saanud kõrgema hariduse ka NSV Liidu kõrgema-

tes koolides. Arstide hulgas leidub üsna palju neid, kes oskavad vene keelt.

Noored arstid suunatakse pärast ülikooli lõpetamist 1 . . . 2 aastaks maale. Nii tagatakse arstiabi ka maaelanikele, kes enne revolutsiooni olid sellest ilma jäetud. Mõned arstid on isegi noortesse Aafrika riikidesse abistamise korras saadetud. Vestlesin ühega, kes äsja oli naasnud Mali vabariigist.

Arstiteaduskondade õppeprogrammid vastavad üldjoontes meie omadele. Suuri raskusi põhjustab õpikute puudumine. Et oma autorite koostatud õpikuid üldiselt ei ole (hügieeni ja epidemioloogia õpik «Medicina Preventiva» siiski on, see ilmus 1965. a.), siis on kuubalased küsimuse lahendanud omapärasel viisil. Nagu üks õppejõududest ütles, varustavad nad end õpikutega partisani kombel, s. t. nad paljundavad rotaprindil ükskõik missuguse maa õpikuid. Ja tõepoolest, ühes Havanna suures raamatukaupluses müüdi kümneid, võib-olla sadu selliseid trükiseid.

Mis puutub teaduslikku töösse, siis praegu, nagu arstiteaduskonna õppejõud ütlesid, on peamine ülesanne noore kaadri ettevalmistamine. Mainitud seisukoht on vististi õige — sotsialismi teele asunud Kuubale on arste rohkem vaja kui arstiteadust. Teadusest ja teadlastest peavad kuubalased siiski lugu. Näiteks Louis Pasteurile ei ole kaugeltki kõikides maades ausambaid püstitatud — Havannas aga on. Eriti uhked on nad oma teadlasele Carlos J. Finlayle (1833 . . . 1915), kellel on suuri teeneid kollapalaviku levikuteede väljaselgitamises.

Puuviljad valmistasid pettumuse

Mõtlesin, et Kuubas on palju puuvilju ja marju, kuid juba esimestel päevadel selgus, et mingit ülikküllust ei ole, isegi mitte küllust. Kookospalme on veel suhteliselt kasinalt ja kookospähklid sobivad söömiseks vähe. Riivitud kookospähklist valmistatud magustoit meile ei maitse. Kookospähkli piima aga ei õnnestunud proovida. Kookospalme on ilmselt hakatud kasvatama hiljuti ja needki on istutatud parkidesse, maanteede äärde ning majade ümbrusse, peamiselt kaunistuse eesmärgil. Istandusi veel ei ole.

Banaanid olid juba korjatud. Neid müüdi, kuid kaardi järgi ja vist ainult lastele. Ka banaaniistandusi ei näinud, kui mitte arvesse võtta mõningaid umbes $^1/_5$ ha suurusi lappe. Individuaalmaadel võis näha üksikuid banaanitaimi.

Tsitrusviljade osas on olukord teistsugune. Need ei olnud veel valminud, kuid mitmel pool võis näha istandusi, mis olid umbes niisama suured ja niisama vanad kui meie kolhooside õunapuuaiad. Kuubalased ütlesid, et juba lähemas tulevikus hakkavad nad tsitrusvilju ka Nõukogude Liitu eksportima.

Kuubas leidus muidki puuvilju, kuid üldiselt vähe.

Kuubalased ja suplemine

Võiks arvata, et kuubalastel on suurepärased võimalused terve aasta supelda, sest Kuubat ümbritseb igast kandist meri ja vee temperatuur ei lange kunagi alla 20° C. Esitasin endale küsimuse: miks Kuuba veesportlastest keegi midagi kuulnud ei ole?

Suplemine ja ujumine, rääkimata allveespordist, on mitmeti takistatud. See selgus juba Havannas. Otse pealinna külje all, paljude kilomeetrite ulatuses, on kallas kivine ja kaljune ning murdlainetus nii tugev, et ei ole võimalik merre minna. Kes soovib supelda, peab hulk kilomeetreid linnast välja sõitma. Ka seal ei ole mitte kõikjal võimalik merre minna. Suplemiseks sobivaid plaaže muidugi leidub. Otse ülemaailmne kuulsus on Varadero supelrannal — liivarannal, mis on võrreldav Narva-Jõesuu rannaga (viimane on siiski palju etem). Leidub ka vaiksemaid lahesoppe, kuid need ei sobi suplemiseks merisiilikute ja haide rohkuse tõttu.

Nii ongi tekkinud olukord, et kuubalaste jaoks merd ei ole. Pealegi lõpetavad nad meres suplemise juba oktoobris. Nad pidasid meidki «vähe imelikeks», kui niisugusel aastaajal vette läksime (vee temperatuur oli 25° C, õhu temperatuur 23° C). Kutsusime kaasa ka turismibussi juhti. Ta väristas keha ja vastas üheainsa sõnaga: «Caldo!» («Külm!»).

INIT

Need neli tähte on Kuubale hästi iseloomulikud, sest tegemist on turismimaaga. Turismi korraldab ja juhib INIT — Instituto Nacionale della

Industria Turistica. See on võimas riiklik isemajandav organisatsioon. Turismikeskused on laiali üle kogu Kuuba ja paiknevad otse haruldaselt kaunites paikades. Nad on hoolikalt heakorrastatud, haljastatud. Iga selline keskus on omaette pärl.

INIT võtab enda kanda kõik mured, turistil pole teha muud, kui rahakott pärani lahti hoida. Näiteks võõrastemajas ööbimine maksab umbes 3 . . . 4 rubla, «cabaña's» (turistide majakeses) pisut vähem. Kui juurde arvata toit, transpordi- ja muud kulud, tõusevad turisti päevased kulutused 15 . . . 20 (!) ja enamgi rublani.

Nii hea kui INIT-süsteem ongi, selle abi kasutades näeb ja õpib tundma ainult üht Kuubat — turistide Kuubat —, s. o. kaunist, lõbusat ja muretut maad. Nägemata, tundmata jääb igapäevane, argipäevaste tööde, murede ja rõõmude Kuuba. Nii on see paraku kõikides turismimaades. Näha oleks palju, kuid kiiruga näeb vähe.

Kuuba rahvas

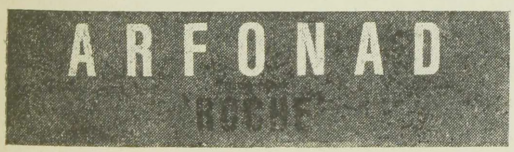
Kui keegi minult küsiks, mis Kuubas kõige enam meeldis, siis vastaksin kõhklemata — rahvas. Kogu reisi vältel ei näinud ma ühtki vihast ega morni nägu, ei kuulnud kirumist, vandumist, küsimustele üleõla vastamist, ülemuslikku käsutamist. Vastupidi: võhivõõrad inimesed kõnelesid üksteisega kui oma perekonna liikmed. Kui midagi püüdsid küsida (see oli kahjuks üsna raske, sest väga vähe kuubalasi valdab muid keeli peale hispaania keele), siis «miimika-käte-jalgade keeles» vastus ikkagi anti.

Rahvus- ega rassiprobleemi Kuubas ei eksisteeri. Ei ole kuuba rahvust, on Kuuba rahvas, mis kujutab endast valge, musta ja punase nahavärvusega inimeste segu kõikvõimalikes variatsioonides.

Kuuba ametiühingute keskuses räägiti meile, et tänapäeva kuubalane õpib. Kirjaoskamatus on likvideeritud. Nüüd saavad kõik lapsed hariduse, paljud õpivad edasi tehnikumides ja kõrgemates õppeasutustes. Meil peaaegu kõik loevad kõikjal — raudtee- ja trammivagunis, autobussis, metroos jm. Kuubas seda ei näe. Võib arvata, et neil pole nii palju raamatuid, ajakirju ja ajalehti kui meil.

Kuubalased ei ole nakatunud koosolekute ja loengute tõvesse. Meie grupp, mis koosnes ühingu «Teadus» liikmetest ja mis arvas kohustatud olevat loenguid ja ettekandeid pidama, oli päris hädas. Agaramad käisid loengutekstidega ringi nagu «vaimus vaevatud». Ainult sadamas olevad Nõukogude kalalaevad aitasid nad «hädast» välja. Selles ja nii mõneski muus võiksime kuubalastelt julgesti õppust võtta.

Uusi ravimeid



ARFONAAD (*Arfonad*, Арфонад). Sünonüümid: *Methioplegium, Thimethaphan-d-Camphersulfonat, Thiophanium, Trimetaphancamphersulfonat.*

Arfonaad ganglione blokeeriva ainena alandab vererõhku perifeersete veresoonte laiendamise teel. Toimeefekt saabub kiiresti, kuid kestab lühikest aega, mille tõttu preparaat on eriti sobiv vererõhu alandamiseks operatsiooni ajal. Et arfonaad veresoonte reflekse osaliselt pärsib, on operatsiooniväljal võimalik saavutada suhtelist veretust.

Arfonaadi toime võib kiiresti katkestada sümpatomimeetiliste ainetega (adrenaliin, noradrenaliin).

Kasutamine on näidustatud vererõhu alandamiseks operatsiooni ajal, samuti akuutsete kopsu- ja ajutursete puhul.

Operatsiooni ajal viiakse arfonaadi tilkinfusiooni teel veeni. Infusioonilahuse valmistamiseks lahustatakse arfonaadi kuivaine

ampulli sisu (250 mg) 5 ml bidestilleeritud vees, saadud 5%-line põhilahus lahjendatakse füsioloogilise keedusoola- või 5%-lise glükoosilahusega 250 milliliitrini. Infusioonilahuse arfonaadisisaldus on 1 mg/cm³ (1‰).

Tilkinfusiooni arfonaadi 1‰-lise lahusega (sagedusega 60 tilka minutis) alustatakse narkoosi saabumisel. Hiljem jätkatakse 10...30 tilka minutis kuni soovitava vererõhu-languseni. Tilkinfusiooni ajal tuleb vererõhku kontrollida 3 korda esimese 10 minuti jooksul, edaspidi iga 5 minuti järel.

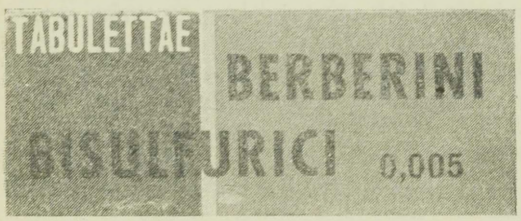
Arfonaadi toime sõltub narkoosi sügavusest: mida sügavam narkoos, seda tugevam on ravimi vererõhku alandav toime. Tuleb hoiduda vererõhu alandamisega liialdamast ja piirduda vaid operatsiooniks vajaliku madala vererõhu tasemega. Arfonaadi tilgutamine on tarvis lõpetada enne operatsioonihaava sulgemist; vererõhk taastub 10...20 minuti jooksul.

Akuutsete kopsu- ja ajutursete korral on otstarbekohane viia veeni arfonaadi 5%-list põhilahust annuses 0,1...0,2 mg kehakaalu ühe kg kohta. Võib kasutada ka eespool kirjeldatud tilkinfusiooni.

Vastunäidustusteks on raskekujuline ateroskleroos, neeru- ja maksahaigused ning aneemia, verejooksust põhjustatud šokid, närvisüsteemi degeneratiivsed haigused, südamehaigused ja asfüksia.

Arfonaadi lastakse välja pakendis, mis sisaldab 25 ampulli à 250 mg preparaati ja 25 ampulli lahustusvahendit apürogeense bidestilleeritud veega à 5 ml.

Arfonaadi toodab Šveitsi firma aktsiaselts F. Hoffmann — La Roche.



BERBERIINSULFAAT (*Berberinum sulfuricum*, Берберина сульфат). Sünonüüm *Umbellatin*.

Berberiin on hariliku kukerpuu (*Berberis vulgaris*) lehtedes leiduv alkaloid. Kollane kristalne pulber, mis hästi lahustub vees ja alkoholis. Keemiliselt koostiselt kuulub berberiin isokinoliini derivaatide hulka.

Berberiin alandab arteriaalset rõhku, aeglustab südametegevust, stimuleerib emaka kokkutõmbumist ja sapi eritumist, avaldab spasmolüütilist toimet. Arvatakse, et berberiin on ka kemoterapeutiliselt aktiivne; teda on kasutatud malaaria ja leišmanioosi raviks.



Berberiini on spasmolüütilise toime tõttu kasutatud peamiselt sapinõristina — stimuleerib sapi eritumist, vedeldab sappi, nõrgendab valu, toimib rahustavalt.

Näidustatud on krooniline maksapõletik, sapipõiepõletik ja sapikivitõbi.

Määratakse 5...10 mg 3 korda päevas enne söömist. Ravikuur kestab 2...4 nädalat. Vastunäidustuseks on rasedus.

Lastakse välja tablettidena (pakendis 0,005×50). Preparaat kuulub B-nimekirja.

ŽELATINOOL (*Gelatinolum*, Желатиноль).

Želatinool on merevaigu värvusega, osaliselt lõhustatud toiduželatiini 8%-line kolloidlahus, mis saadakse želatiini termilisel töötlemisel naatriumkloriidi manulusel.

Želatinooli kasutatakse plasmat asendava vahendina mitmesuguse päritoluga hemorraagilise, kirurgilise ja traumaatilise šoki raviks, samuti haigete operatsiooniks ettevalmistamisel. Preparaati võib manustada sõltumatult veregrupist korduvalt või üks kord. Želatinooli süstitakse veeni või arterisse. Suure verekaotuse ja šokiseisundi korral on želatinooli soovitatav veeni viia algul pideva joana, seejärel üle minna tilkinfusioonile kiirusega 100...150 tilka minutis. Annus sõltub haige seisundist, korraga võib organismi viia kuni 2000 ml želatinooli.

Pärast preparaadi süstimist võib 1...2 päeva kestel uriinis leida valku, sest preparaati eritub neerude kaudu osaliselt muutumatul kujul.

Želatinooli võib ühel ja samal ajal manustada valgu hüdrolüsaatide, vitamiinide ja glükoosilahusega; vereülekanne aga tuleks teha hiljem.

Vastunäidustusi pole üldiselt täheldatud; suhtelisteks vastunäidustusteks on äge ja krooniline nefriit.

Želatinooli lastakse välja 250...500 ml klaaspudelites. Säilitada temperatuuril mitte üle +22°.

Kui pudeli põhi on hägune, on preparaat kõlbmatu.

(Želatinooli kohta vt. ka «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1964, 4, 13—15.)

Kangro

Kroonika

4. aprillil 1968. a. kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja ravi alal R. Kariisi ja Rapla Rajooni Keskhaigla peaarsti G. Suklese aruandeid mõõteriistade seisundist Haapsalu ning Rapla rajooni tervishoiuasutustes. Kaasaruandega esines Tervishoiu Ministeeriumi ohutustehnika vaneminsener J. Laanes.

Kolleegium märkis, et nii Haapsalu kui ka Rapla rajooni tervishoiuasutustes võib olukorda pidada rahuldavaks. Kontrollimisel tunnistati kasutamiskõlblikuks Haapsalu rajoonis 98,4% ja Rapla rajoonis 95,1% mõõteriistadest. Nende tehnilise arvestuse pidamises esineb puudusi. Haapsalu Rajooni Keskhaiglas, Raikküla tuberkuloosihaiglas jm. puuduvad mõõteriistade arvestuse žurnaalid. Paranenud on ohutustehnika- ja tuletõrjealane olukord. Autoklaave ja katlaid teenindavale personalile korraldatakse kutsealaseid õppusi.

Ebarahuldavad on Haapsalu ja Rapla rajooni keskhaiglate füsioteraapiakabinettide töötingimused (ruumikitsikus, puudulik ventilatsioon). Sama võib öelda Rapla Rajooni Keskhaigla, Vigala haigla, Järvakandi haigla, Rohuküla tuberkuloosihaigla kohta. Paljudes jaoskonnahaiglates on ketassaagide kaitseseadmed puudulikud. Nii Haapsalu kui ka Rapla rajooni keskhaiglas puuduvad tuleohutuse eeskirjadele vastavad röntgenifilmide hoiukohad.

Kolleegium kohustas Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti M. Martinsoni ja Rapla Rajooni Keskhaigla peaarsti G. Suklest järjekindlalt kontrollima ohutustehnika- ja tuletõrjenõuete täitmist ning mõõteriistade seisundit raviasutustes. Kõigil tervishoiuosakondade juhatajail, haiglate peaarstidel, vabariigilise alluvusega allasutuste juhatajail tuleb täita Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirja nr. 138 (6. juulist 1966. a.) ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ringkirja nr. 11—11a/229 (31. oktoobrist 1966. a.).

*

11. aprillil 1968. a. kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ehitusosakonna juhataja J. Kivimäe aruannet 1967. aasta kapitaalehituste plaani täitmisest ja ülesannetest 1968. aastal.

Kolleegium märkis, et üldplaan täideti 1512 tuhande rubla ulatuses (74%) ja ehitus-montaažitöid tehti 1182 tuhande rubla ulatuses (74%). Ekspluatatsiooniplaan voodikohtade käikuandmisel täideti kapitaalmahutuste arvel 100%-lt. 1967. a. anti ekspluatatsiooni Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla uus ravikorpus, Põlva polikliinik, Pärnu vereülekandejaam ja Sõmera saun-pesumaja. Valmis ei saanud 8 korteriga elamu Lustiveres. Plaani ei täidetud Tartu Kliinilise Haigla (63,2%), Taheva sanatooriumi köögibloki (24%) ja Tallinna Nakkushaigla katlamaja ehitusel (21,8%). Ehitama ei ole hakatud Jämejalas elumaja, Märjamaa haigla köögiblokki ega Rõuge pumbamaja.

Plaani mittetäitmise peamiseks põhjuseks on ehitustööliste puudus. Nagu näitavad käesoleva aasta I kvartali andmed, on ehitusorganisatsioonidel kvartali plaan täitmata.

Kõik tellijad ei ole abinõusid tarvitusele võtnud, et 1969. a. hangete tellimused oleksid vormistatud ja finantseerimine tagatud. Samuti tuleb kohe välja selgitada projektides esinevad ebatäpsused (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ja Tallinna sünnitusmaja ventilatsiooniprojektid). Vähe rõhku on pandud kvaliteedile tööde vastuvõtmisel.

Kolleegium kohustas ehitusosakonna juhatajat J. Kivimäge abistama vabariiklike tervishoiuasutuste peaarste ehitustööde finantsdokumentide nõuetekohasel vormistamisel. Ühtlasi tehti talle ülesandeks kontrollida ehitustööde käiku kohtadel vähemalt kord kuus ning jälgida, et 1969. a. ehituste projektdokumentatsioon oleks vormistatud õigel ajal. Kolleegiumi otsuses nähti ette, et Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja U. Meikas peab määrama tulevase sünnitusmaja töötajatest ühe vastutava isiku, kes kontrollib ehitustööde käiku ning tegeleb ekspluatatsiooni küsimustega.

*

25. aprillil 1968. a. arutati kiirabi ja vältimatu meditsiinilise abi olukorda Tallinnas ja Tartus ning Kingissepa ja Võru rajoonis. Kuulati Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja U. Meikase, Tartu Linna Kiirabijaama peaarsti A. Villi, Kingissepa rajooni peaarsti E. Väärti, Võru rajooni peaarsti H. Kalda aruandeid ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurgi Š. Gulordava kaasaruannet.

Viimasel ajal on kiirabi eespool mainitud linnade ja rajoonide elanikke teenindanud märgatavalt paremini. Kolleegiumi 13. juuli 1963. a. otsuse kohaselt on kiirabi ja vältimatu abi koosseisud suurenenud 29,3% võrra, seejuures arstikohtade arv 27,5% ja keskastme meditsiinipersonali kohtade arv 37% võrra. Rohkesti on saadud sanitaarautosid. Tallinnas ja Tartus tegutsevad spetsialiseeritud brigaadid, kes raskes seisundis olevatele haigetele kvalifitseeritud meditsiinilist abi annavad. Tartus ja Võrus kasutatakse haigete ja kannatanute ühtse arvestuse pidamiseks ja registreerimiseks perfokaarte.

Kuid Tallinna ja Tartu kiirabijaama ning Võru ja Kingissepa rajooni keskhaiglate kiirabiosakondade töös ei ole veel kõik korras. Peab ütlema, et haiglate vastuvõtutubade ja kiirabijaamade telefoniside ei ole küllaldane. Enamik Tallinna Kiirabijaama sanitaarautodest on küll varustatud raadioseadmetega, kuid need pole tehniliselt korras. Samuti juhiti tähelepanu sellele, et Tallinna ja Tartu kiirabi- ja vältimatu abi jaamade ning Võru ja Kingissepa haiglate kiirabiosakondade koostöö polikliinikutega pole küllaldane. Koju jäetud haigetest ei informeerita vastavaid arste, mistõttu jaoskonna- ja erialaarstide

kodused visiidid jäävad paljudel juhtudel ära.

Kolleegium kohustas Tallinna ja Tartu linna tervishoiuosakondade juhatajaid (U. Meikas ja G. Arro) ning Võru ja Kingissepa rajooni keskhaiglate peaarste (H. Kalda ja E. Väärt), et nad kiirabijaama peaarstidelt ja kiirabi eest vastutavatelt isikutelt nõuaksid kiirabi- ja vältimatu abi jaama töökorralduse perioodilist analüüsimist.

Asta Kaldma

12. märtsil 1968 arutas Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon 6. septembril 1967 vastuvõetud otsuse täitmist.

Tervishoiu ministri esimene asetäitja E. Kama tegi teatavaks, et pediaatrite hulgast, keda ministeerium veel käesoleval aastal kavatseb saata NSV Liidu vastavatesse keskustesse spetsialiseeruma laste neeru-, vere- ja seedetrakti haiguste alal, on kandidaadid valitud ja kohad neile taotletud.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad, kes tänavu lähevad maa-arstijaoskondadesse tööle, saavad augustikuus pediaatria-alase ettevalmistuse rajoonide keskhaiglates.

20 maa-arsti saadetakse Tartusse kolmenädalasele pediaatria-alasele seminarile, mille korraldab ülikooli arstiteaduskonna pediaatriakateeder.

Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus on võimalikult kõik kiirabiautod lubanud 1968. aasta kestel varustada hapnikuballoonidega.

Tuberkuloosi haigestumine laste hulgas vähenes möödunud aasta vältel 43,8% võrra. See võimaldab kas Tartu või Taevaskoja lastetuberkuloosi-sanatooriumi juba 1969. aastal ümber profileerida somaatilisi haigusi põdevate laste sanatooriumiks.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla muudetakse kõrgema järgu raviasutuseks. Aasta lõpul suurendati haigla koosseisu ühe ja käesoleva aasta II kvartalis täiendatakse seda veel ühe arstikoha võrra. Haigla juurdeehituse on plaani võtnud nii ministeerium kui ka täitevkomitee ning on asutud selle projektülesannet koostama. 300 voodikohaga lastehaigla ehitamist Tallinna taotleb ministeerium tulevase Mustamäe haigla ühe osana. Mustamäe haigla ehitamine on palutud võtta järgmise viie aasta plaani.

Kuigi lapsed ei võta osa tööprotsessist, nagu märkis oma sõnavõtus NSV Liidu Ülemnõukogu saadik L. Keres, moodustavad õnnetusjuhtumid nende hulgas tervelt ühe viiendiku traumade üldarvust vabariigis. Järeldus — laste traumade vastu tuleb väga energilist võitlust alustada. Rajoonide ja vabariigilise alluvusega linnade täitevkomiteed pidid analüüsima laste õnnetusjuhtude põhjusi ja oma ettepanekutest õnnetuste vältimiseks teatama komisjonile 1. märtsiks 1968. Põlva, Kingissepa ja Harju rajoonist, Kohtla-Järvelt ja mujalt on saabunud küllaltki häid mõtteid, kuid mitmed täitevkomiteed ei ole vaevaks võtnud kirjale üldse vastata.

L. Kerese algatusel otsustas komisjon teha ettepaneku moodustada Eesti NSV Ministrite Nõukogu juurde laste õnnetusjuhtumite vastu võitlemise komisjon, millesse kuuluksid mitmete ametkondade, teiste hulgas ka autoinspektsiooni, raadio ja televisiooni esindajad. Esimeseks sammuks komisjoni töös oleks statistilise materjali läbitöötamine ja sellele vastavalt laste õnnetusjuhtude vastu võitlemise plaani koostamine. Samasugused komisjonid tuleks moodustada vabariigilise alluvusega linnade täitevkomiteede juurde.

Linnade täitevkomiteede poole otsustati L. Kerese algatusel pöörduda ettepanekuga rajada uusi ja seada korda olemasolevad laste mänguväljakud, uisuteed ja ujulad. Ühtlasi pöördutakse Eesti NSV Spordiühingute ja -organisatsioonide Liidu poole ettepanekuga võtta uisuteed, ujulad ja muud laste sportimispaigad oma šefluse alla ning organiseerida neis pidev valve. Et niipalju õnnetusi tuleb ette vabariigi ujulates ja uisuteedel, samuti koolide territooriumil, see on järelevalve puudumise tagajärg. Isegi siis, kui valvekorras oleksid vanemad õpilased, harveneksid õnnetusjuhtumid spordi- ja mänguväljakutel.

Märt Kink

11. märtsil 1968. a. toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud meditsiinilise nõukogu pleenum. Päevakorras olid 1967. a. teadusliku töö aruanne, uurimiste põhisuunad meditsiini alal aastail 1971...1975 ja alaliste komiteede reorganiseerimine probleemikomisjonideks.

Küsimuste lahendamisest võtsid möödunud aastal peale Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ning instituutide osa vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste arstid. Kokku tehti uurimistöid 28 probleemi valdkonnas, neist tähtsamad olid järgmised: südame ja vereringe füsioloogia ning patoloogia, sekretoorsete protsesside biokeemia, närvi- ja vaimuhaigused, pahaloomulised kasvajad, töö-hügieen ja kutsehaigused, viirushaigused ning võitlus nakkuste vastu jt.

Kokku oli arstiteaduskonnas ja instituutides planeeritud 222 uurimistööd, neist 123 tuli lõpetada 1967. a. Kõik uurimised lõpetati plaani kohaselt, välja arvatud üks töö viroloogia alal (seoses töötaja lahkumisega). Samal ajal lõpetati 4 tööd väljaspool plaani. Praktiseerivad arstid tegid 130 tööd, üle 80 neist avaldati trükis.

1967. a. arendati Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas edasi probleeme, mida on uuritud rea aastate vältel. Paranes ülikooli kesklaboratooriumi töö, mistõttu suurenes abi kateedritele ja süvenes laboratooriumi töötajate uurimistöö. Võeti kasutusele uusi aparaate ja seadmeid (elektroentsefalograaf, elektronmikroskoop jt.) ning uusi uurimis- ja ravimeetodeid — üksikute ajustruktuuride keemiline stimuleerimine, laktobatsillide liigilise koosseisu määramine, elektroforees termokoagulatsiooni teel aju stereotaktiliste operatsioonide korral, ekstrakorporaalse vereringe kasutamine südameoperatsioonide ajal, magistraalarterite rekonstruktiivsed operatsioonid jne.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis jätkus töö onkoloogia alal. Uuriti põlevkivitoodete kantserogeenset toimet ja

vähktõve epidemioloogiat Eesti NSV-s. Selle tulemusena avastati paljudel uuritavaist vähieelseid seisundeid ja 28 inimesel vähk. Töö-hügieeni ja kutsepatoloogia alal uuriti summaarsete põlevkivifenoolide toksilist toimet, samuti kroonilist bronhiiti ning kopsuemfüseemi põlevkivitöölistel. Jätkus Haapsalu ravimuda toime uurimine reumahaigetesse (nii täiskasvanutel kui ka lastel). Alustati statistilisi uurimisi südame- ja vereringehaiguste epidemioloogia alal jne.

Viroloogia alal uuriti Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis viiruste osatähtsust vabariigis esinevate nakkushaiguste struktuuris, viirushaiguste epidemioloogiat, humoraalse immuunsuse kestust jne. Tööd nakkushaiguste alal olid pühendatud paratüüfuse, düsenteeria ja koli-nakkuste, samuti tundmatu etioloogiaga soolenakkuste epidemioloogia ning nakkusliku kollatõve küsimustele vabariigis.

Koolihügieenialased uurimused käsitlesid põhiliselt laste karastamist ja külmetushaiguste esinemissageduse vähendamist igapäevaste võimlemistundide ning aktiivsete vahetundide rakendamise teel koolides. Toitlushügieeni alal töötati välja metoodika pestitsiidide määramiseks toiduainetes ja vees ning koostati teaduslikult põhjendatud menüüd õpilastele.

1967. a. vältel kaitsti vabariigis 4 doktori- ja 27 kandidaadiväitekirja, viimastest 6 autoriteks olid praktiseerivad arstid.

1967. a. avaldati trükis 624 teaduslikku artiklit, 1 monograafia ja 9 õppevahendit.

Aastail 1971 ... 1975 on tähtsamateks uuritavateks probleemideks südame ja vereringe füsioloogia ning patoloogia, südame ja veresoonte kirurgia, reuma ja liigesehaigused, allergia, pahaloomulised kasvajad, närvi- ja vaimuhaigused, sekretoorsete protsesside biokeemia, morfogeneesi ja regeneratsiooni seaduspärasused, laktobatsillide uurimine inimese mikroflooras, ägedad soolenakkused, viirushaigused, laste ja noorukite ning asulate hügieen, kutsehügieen ja kutsepatoloogia, toitlushügieen, füüsikaliste ja kuurordifaktorite ravitoime, hingamiselundite ja seedeelundite füsioloogia ning patoloogia.

Probleemikomisjonide moodustamine õpetatud meditsiinilise nõukogu juurde on oluliseks sammuks teadusliku uurimistöö suunamisel ja koordineerimisel vabariigis. Need otsustati luua enamiku olulisemate probleemide valdkonnas. Komisjonid komplekteeritakse parematest eriteadlastest, kelle hooleks jääb kõigi uurimistööde juhtimine teatava probleemi ulatuses nii teaduslikes kui ka ravi- ja profülaktikaasutustes, abi andmine praktiseerivatele arstidele, uute uurimis- ja ravimeetodite juurutamine ning lähemate ja kaugemate eesmärkide püstitamine, et rahuldada nii teoreetilise kui ka praktilise meditsiini vajadusi.

Inga Freiberg

Tartu Neuroloogide ja Psühhiaatrite Teadusliku Seltsi juhatus (esimees professor E. Karu, aseesimehed dotsent E. Raudam ja professor J. Saarma, sekretär A. Tikk, laekur R. Paimre) on kaheaastase tegevuse kestel korraldanud 9 teaduslikku koosolekut. Mitmed neist, kaasa arvatud Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevale pühendatud konverents, toimusid koos teiste Tartu arstide seltsidega. Seltsi koosolekutel arutati 5 uurimust, mis soovitati suunata kaitsmisele kandidaadikraadi saamiseks.

Seltsi liikmed on kaitsnud ühe doktoriväitekirja (E. Raudam — Akuutsed viirusinfektsioonid Eesti NSV-s, 1967) ja kuus kandidaadiväitekirja (A. Tikk — Diureesi, kloori eritumise ja oksüdatsiooniprotsesside dünaamikast ajukolju traumade akuutses staadiumis, 1965, R. Zupping — Kopsu ventilatsioon ja gaasivahetus ning arteriaalse vere gaasisisaldus aju vaskulaarsete insultide akuutses staadiumis, 1966, R. Paimre — Diskogeense lumbosakraalse radikuliidi neuroloogiline diagnostika ja kirurgiline ravi, 1966, L. Luts — Vere valgufraktsioonide dünaamika akuutsete ajuvereringehäirete puhul, 1967, M. Saarma — Aminasiini, trifluoperasiini ja haloperidooli toimest kroonilise skisofreenia haigetele, 1967, A. Kaasik — Aju gaasivahetuse muutused ajuinsultide akuutses staadiumis, 1967).

Seltsi liikmete kaasabil on korraldatud 5 seminari (neist 3 neuroloogia-alast jaoskonnaarstidele, reanimatoloogia-alane vetelpäästejaamade töötajatele ja seminar ainevahetuse probleemide kohta neuroloogidele ja kirurgidele) ning sümpoosion kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi küsimustes. Koos NSV Liidu Arsiteaduse Akadeemia Neuroloogiainstituudiga korraldati 1965. a. aju vaskulaarstele haigustele pühendatud teaduslik sessioon Tartus.

Seltsi liikmed on kahe aasta kestel trükis avaldanud 78 teaduslikku tööd, neist mitmed välismaal (Kopenhaagenis, Oxfordis, Washingtonis, Madriidis). Seltsi ja Tartu Riikliku Ülikooli toimetamisel kirjastati 1965. a. teaduslike tööde kogumiku «Вопросы клинической неврологии и психиатрии» 4. ja 5. köide, 1966. a. 6. köide.

Seltsi liikmed on pidanud 73 ettekannet, neist osa väljaspool Eesti NSV-d (Kopenhaagenis, Washingtonis, Madriidis, Helsingis, Moskvas, Kaunases, Riias, Gorkis, Minskis, Jerevanis, Harkovis jm.).

Sidemed välismaaga on tihenenud. Dotsent E. Raudam võttis 1965. a. osa III ülemaailmsest neurokirurgide kongressist Kopenhaagenis, 1967. a. Skandinaaviamaade neuroloogide kongressist ja 1966. a. tutvus ta Soome neuroloogia- ja neurokirurgiakliinikutega. Professor J. Saarma viibis 1966. a. ülemaailmsel psühhofarmakoloogide kongressil Washingtonis ning ülemaailmsel psühhiaatrite kongressil Madriidis. 1967. a. käis ta Kanadas, kus tutvus psühhiaatriaasutuste tööga ning pidas loenguid psühhiaatrilisest abist NSV Liidus.

1966. a. suvel külastas Soome neuroloogide ja neurokirurgide 20-liikmeline delegatsioon professorite E. Kivalo ning T. Törmä juhtimisel Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia- ja neurokirurgiaosakonda.

Ruth Paimre

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiasektor korraldasid 16. mail 1968. a. pulmonoloogia-alase seminari, millest võttis osa üle 100 terapeudi ja ftisiaatri. Teemaks oli ägeda ja kroonilise kopsupõletiku diagnoosimine ning ravi. Seminari avas pulmonoloogiasektori juhataja L. Jannus.

Ettekannetes käsitleti ägeda kopsupõletiku diagnoosimise ja ravi kaasaegseid seisukohti (V. Gordon), kroonilise kopsupõletiku diagnoosimist ja diferentsiaaldiagnoosimist (A. Reinvald, L. Sauemägi), välise hingamise häireid krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste puhul (L. Maser, L. Puussaar) ning kroonilise bronhiidi ja kroonilise kopsupõletiku ravi (L. Agudina, L. Valdes). Mainitud teemade kohta võtsid sõna A. Randvere, V. Bekker, N. Bartelsen jt.

Krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste probleem on muutunud aktuaalseks seoses nende sagenemisega. Et mainitud haigused võivad areneda ägeda bronhiidi, kopsupõletiku atüüpilise kulu või puuduliku ravi korral, soovitati ägedaid kopsuhaigusi põdevaid haigeid paremini uurida ja ravida. Krooniliste kopsuhaiguste puhul rõhutati röntgenuurimiste ja hingamisfunktsiooni uurimise vajadust. Märgiti, et antibakteriaalse ravi kõrval on otstarbekas rakendada füsioteraapiat ja ravikehakultuuri.

Tallinna linna peaterapeut A. Randvere rõhutas, et kroonilisi kopsuhaigusi põdevaid haigeid on tarvis dispanseerida rohkem kui seni, tuleb kasutusele võtta uusi ja täiuslikumaid uurimis- ning ravimeetodeid.

Jaan Karusoo

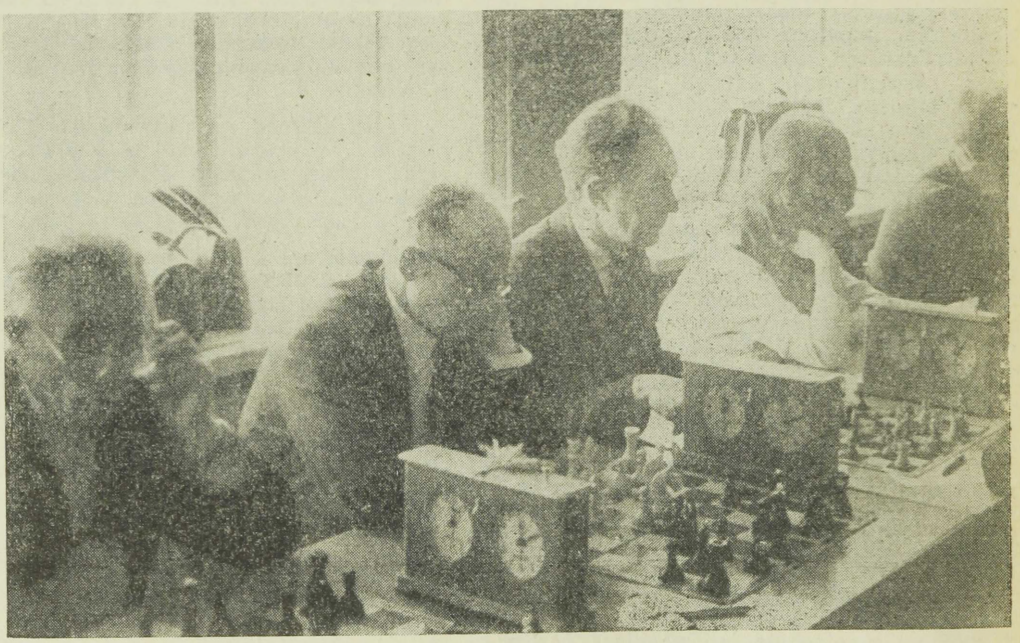
10. kuni 12. maini 1968. a. toimus Kingissepas tervishoiutöötajate X vabariikliku spartakiaadi II etapp. Males, kabes ja lauatennises peeti märtsis ja aprillis võistlused alagruppides: males Haapsalus, Paides; kabes Otepääl, Paides; lauatennises Valgas, Kosel. Osavõtjaid oli peaaegu kõigist vabariigi linnadest ja rajoonidest.

Finaalvõistlused Kingissepas kujunesid seekord väga tasavägiseks. Males ja kabes oli 6 võistkonda jaotatud kahte alagruppi. Mängiti turniiri süsteemis. Males reastusid mõlema alagrupi võistkonnad $^1/_2$-punktiliste vahedega. Seega võistkond (3 meest ja 2 naist), kes kogus mõlemast kohtumisest ainult ühe punkti vähem, pidi nüüd mängima mitte enam I, II koha, vaid V, VI koha väljaselgitamiseks. Loodame, et järgmisel aastal võime male ja kabe finaalvõistlused kui kõige rohkem aega nõudvamad korraldada eraldi ning tingimata turniiri süsteemis. See annaks osavõtjatele võimaluse täita spordijärkude normatiive.

Seekord jagunesid kohad järgmiselt: males — Kohtla-Järve, Tartu, Haapsalu, Paide, Tallinn, Kingissepa; kabes — Kingissepa, Kohtla-Järve, Tallinn, Jõgeva, Rapla, Põlva; lauatennises — Tartu, Kingissepa, Tallinn, Harju, Kohtla-Järve.

Oli väga meeldiv, et saarlased pakkusid finaalvõistluste korraldamise kohaks Kingissepa. Seega said nii mõnedki «suurelt» maalt «Saares» ära käia, näha Kingissepa lossi, kultuurimaja, Sõmera sanatooriumi ja selle kohvik-veskit. Huvi pakkus ka Kingissepa Keskhaigla juurde ehitatav, asfaldiga kaetud kompleksväljak, kus on võimalik mängida tennist, võrk-, korv- ja sulgpalli ning mis kindlasti kujuneb Kingissepa tervishoiutöötajaile sportlaste taimelavaks.

Egon Halliku



Spartakiaadi pererahvas — Kingissepa tervishoiutöötajad — mänguhoos. Vasakult I. Bets, K. Tiits, E. Väärt, E. Sepp, M. Oeselg

Foto R. Malviste

Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus nr. 105 4. aprillist 1968 a. näeb ette, et töölistele ja teenistujatele antakse proteesimis- ja ortopeediaettevõtete juures asuvates statsionaarides viibimise ajal töövõimetuslehed, kuid mitte kauemaks kui 30 päeva.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkiri selgitab NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse nr. 721 27. juulist 1967. a. («Abinõudest pensionil olevate meditsiiniõdede, sanitaride ja lapsehoidjate tööle kaasatõmbamiseks raviasutustes ja invaliidide ning vanadekodudes») rakendamise korda. Vastavalt NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee seletuskirjadele kehtib määrus meditsiiniõdede, sanitaride ja lapsehoidjate kohta, kes töötavad haiglates, polikliinikutes, invaliidide ja vanadekodudes, kliinikutes, leprosooriumides, sünnitusmajades, dispanserites, ambulatooriumides ja Isamaasõja invaliidide hospidalides. Ministeerium teatab, et määrus hõlmab ka neid, kes töötavad nimetatud asutustes (sealhulgas meditsiinilis-sanitaarosakondades) ja nende allüksustes, näiteks tervishoiupunktides, naistenõuandlates, kiirabi- ja vältimatu abi osakondades, haiglate apteekides jne. meditsiiniõdedena, sanitaridena ja lapsehoidjatena ükskõik missuguseI erialal (vanemõde, dieetõde, meditsiiniõdemasseerija, meditsiiniõde-arhivaar, sanitar-koristaja, sanitar-nõudepesija jne.). Neile töötajaile makstakse vanaduspension täies ulatuses välja ka siis, kui nad põhitöökohal töötavad ainult osa tööpäevast (näiteks poole kohaga).

Määrus ei kehti nimetatud asutuste noorema ja keskastme meditsiinitöötajate kohta, kes töötavad muudel erialadel (laborandid, velskrid, ämmaemandad, röntgenilaborandid, õed-perenaised).

Asta Kaldma

UUSI RAAMATUID MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Sanitaar- ja epidemioloogiaalaste juhendmaterjalide kogumik. Koost. O. Tamm. Tln., 1968, 408 lk.

Vagane, E. **Toitlustamise küsimusi Eesti NSV-s.** Tln., 1968, 16 lk.

Kivilo, E. **Sanitaarmiinimum piimafarmide töötajaile.** 2. tr. Tln., 1967, 62 lk.

Hussar, Ü. **Elust, vananemisest, surmast.** Tln., 1968, 68 lk.

Valgma, K. **Ravitoitlustamine.** Tln., 1967, 128 lk.

Valgma, K. **Südame koronaarhaigus.** Tln., 1968, 40 lk.

Jegorov, P. jt. **Tsiviilkaitse.** Õpik kesk-eriõppeasutuste õpilastele. Tln., 1968, 184 lk.

Борьба с полиомиелитом в Эстонской ССР. (Сборник статей). Таллин, 1968, 279 стр.

Потулов Б. М. **В. И. Ленин и охрана здоровья советского народа.** [Изд. 2-е]. Л., 1967, 390 стр.

50 лет советского здравоохранения. [Сборник статей. Глав. ред. Б. В. Петровский]. М., 1967, 698 стр.

Социализм и здоровье. Сборник статей. М., 1967. Ч. 1., 112 стр. Ч. 2., 124 стр.

Царегородцев Г. И. **Здоровье — общественное богатство.** М., 1967, 32 стр.

Календарь врача на 1968 год. Под общ. ред. И. Г. Кочергина. М., 1967, 463 стр.

Календарь среднего медицинского работника на 1968 год. М., 1967, 535 стр.

Шпитальник С. С. **Медицинский работник в художественной литературе.** Аннотир. указатель (1955—1965). Кишинев, 1967, 230 стр.

Мультановский М. П. **История медицины.** [Учебник для мед. ин-тов]. Изд. 2-е. М., 1967, 272 стр.

Бенедиктов И. И. и Плотников В. И. **Философия и медицина.** Свердловск, 1967, 247 стр.

Ильин А. Я. **О диалектико-материалистических основах развития современной биологии.** М., 1967, 100 стр.

Корнеев П. В. **Современная философская антропология.** М., 1967, 71 стр.

Рокицкий П. Ф. **Биологическая статистика.** Изд. 2-е. Минск, 1967, 327 стр.

Парин В. В. **Количественные методы в биологии и медицине.** М., 1967, 31 стр.

Красницкая Е. С. **Гигиена и санитария предприятий общественного питания.** Изд. 2-е. М., 1967, 152 стр.

Бременер С. М. **Гигиена питания.** [Учеб. пособие для техникумов обществ. питания]. Изд. 4-е. М., 1967, 207 стр.

Перегуд С. А. **Санитарная химия полимеров.** Сан.-хим. методы исследования при производстве и применении синтет. полимеров. Л., 1967, 380 стр.

Мазунина Г. Н. и др. **Профессиональные заболевания рук.** М., 1967, 100 стр.

Татаринов В. Г. **Анатомия и физиология.** [Учебник для медсестринских отд-ний мед. училищ]. Изд. 4-е. М., 1967, 352 стр.

Синельников Р. Д. **Атлас анатомии человека.** [Для мед. ин-тов]. Изд. 3-е. Т. 1. Учение о костях, суставах, связках и мышцах. М., 1967, 400 стр.

Бирюков Д. А. и Михайлов В. П. **Эволюционно-морфологические и физиологические основы развития советской медицины.** Изд. 2-е. Л., 1967, 237 стр.

Винчестер А. **Основы современной биологии.** Перевод с англ. М., 1967, 328 стр.

Карузина И. П. **Биология.** [Учебник для мед. училищ]. 3-е изд. М., 1967, 371 стр.

Основы гистологии и гистологической техники. [Учебник для фельдшерско-лабораторных отд-ний мед. училищ]. Под общ. ред. В. Г. Елисеева [и др.] 2-е изд. М., 1967, 268 стр.

Туркевич Н. Г. **Реконструкция микроскопических объектов по гистологическим срезам.** М., 1967, 175 стр.

Алиханян С. И. **Современная генетика.** М., 1967, 195 стр.

Кнорре А. Г. **Краткий очерк эмбриологии человека с элементами сравнительной, экспериментальной и патологической эмбриологии.** 2-е изд. Л., 1967, 268 стр.

Бузников Г. А. **Низкомолекулярные регуляторы зародышевого развития.** М., 1967, 265 стр.

Калиновская И. Я. и Юсевич Ю. С. **Вестибулярно-моторные реакции человека.** М., 1967, 160 стр.

Касаткин В. Н. **Теория сновидений.** Л., 1967, 351 стр.

Проблемы молекулярной патологии. [Сборник статей]. М., 1967, 31 стр.

Галачьян А. Г. **Генетический анализ наследственных данных в клинике.** М., 1967, 216 стр.

Мережинский М. Ф. **Нарушения углеводного обмена при заболеваниях человека.** Минск, 1967, 200 стр.

Масевич Ц. Г. **Аспирационная биопсия слизистых оболочек желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки.** Л., 1967, 159 стр.

Лабораторные методы исследования в неинфекционной иммунологии. Под ред. О. Е. Вязова. М., 1967, 356 стр.

Матлина Э. Ш. и Меньшиков В. В. **Клиническая биохимия катехоламинов.** М., 1967, 304 стр.

Физическая культура и здоровье. [Сборник статей]. Киев, 1967, 184 стр.

Лекарственные растения СССР (культивируемые и дикорастущие). Под ред. А. А. Хотина [и др.] М., 1967, 400 стр.

Конев Ф. А. и др. **Ампулирование растворов для инъекций.** Пособие для работников ампульных производств. М., 1967, 264 стр.

Берхин Е. Б. **Мочегонные средства.** М., 1967, 156 стр.

Парин В. В. и Федоров Б. М. **Успехи современной кардиологии.** М., 1967, 94 стр.

Чазов Е. И. **Сердце, сосуды и нервная система.** М., 1967, 32 стр.

Суворов Н. Ф. **Центральные механизмы сосудистых нарушений.** Л., 1967, 244 стр.

Современные проблемы физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. [Сборник статей]. М., 1967, 316 стр.

Гормоны и ферменты в кардиологии. [Сборник статей]. М., 1967, 284 стр.

Гипертоническая болезнь, атеросклероз и коронарная недостаточность. [Сборник статей]. Киев, 1967, 257 стр.

Вопросы коронарной и легочной патологии. [Сборник статей]. Ростов н/Д, 1967, 294 стр.

Татевосов С. Р. **Коронарная недостаточность и ее курортно-климатическое лечение.** М., 1967, 132 стр.

Татевосов С. Р. **Лечение больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на курортах Крыма.** 2-е изд. Киев, 1967, 143 стр.

Борьба с силикозом. [Сборник статей]. Т. 7. М., 1967, 362 стр.

Федорова О. Д. **Диагностика и лечение кардиоспазма.** М., 1967, 40 стр.

Дзяк В. Н. и Безбородько Б. Н. **Инфекционный неспецифический полиартрит.** Киев, 1967, 187 стр.

Черниговский В. Н. и др. **Регуляция эритропоэза.** Л., 1967, 101 стр.

Димитров С. **Дифференциальная диагностика заболеваний крови в детском возрасте.** София, 1967, 236 стр.

Кортико-стероидная регуляция водно-солевого гомеостаза. Под ред. М. Г. Колпакова. Новосибирск, 1967, 259 стр.

Лотова Е. И. и Идельчик Х. И. **Борьба с инфекционными болезнями в СССР.** 1917—1967. Очерки истории. М., 1967, 432 стр.

Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования. Под ред. М. О. Биргера. М., 1967, 463 стр.

Батрак Г. Е. и Тихий А. К. **Принципы фармакотерапии инфекционных заболеваний.** Киев, 1967, 163 стр.

Скавронская А. Г. **Мутации у бактерий.** М., 1967, 231 стр.

Петровская В. Г. **Проблема вирулентности бактерий.** Л., 1967, 263 стр.

Массовер А. М. **Теплотехника в камерной дезинфекции.** М., 1967, 76 стр.

Левкович Е. Н. и др. **Вирусы комплекса клещевого энцефалита.** Л., 1967, 245 стр.

Зверев Е. И. **Тифо-паратифозные болезни в прошлом и настоящем.** М., 1967, 271 стр.

Применение колибактерина для профилактики и лечения кишечных заболеваний и технология его производства. [Материалы конференции]. М., 1967, 368 стр.

Щербак Ю. Ф. **Бруцеллез.** М., 1967, 152 стр.

Лейкина Е. С. **Важнейшие гельминтозы человека.** [3-е изд.] М., 1967, 308 стр.

Стукало И. Т. и Кулачковский Ю. В. **Система кровообращения и туберкулез легких.** М., 1967, 340 стр.

Новаченко Н. П. и Корж А. А. **Хирургия костно-суставного туберкулеза.** Киев, 1967, 151 стр.

Буянов В. М. и др. **Учебник хирургии.** [Для медсестринских отд-ний мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1967, 432 стр.

Курчавова Л. Н. и Нагнибеда Н. И. **В помощь операционной сестре.** Л., 1967, 159 стр.

Петровский Б. В. и Ефуни С. Н. **Лечебный наркоз.** М., 1967, 236 стр.

Арбузов С. Я. и Никифоров М. И. **Системный нервный неркоз.** Л., 1967, 224 стр.

Лебедева Р. Н. и др. **Специальные методы реанимации в послеоперационном периоде.** М., 1967, 63 стр.

Обезболивание при внутригрудных операциях. Ред. У. Машин. Пер. с англ. М., 1967, 308 стр.

Осипов В. П. **Искусственная гипотония.** М., 1967, 207 стр.

Оперативная хирургия детского возраста. Под ред. Е. М. Маргорина. Изд. 2-е. Л., 1967, 519 стр.

Мешалкин Е. Н. **Хирург оперирует сердце.** М., 1967, 31 стр.

Аничков М. Н. и Лев И. Д. **Клинико-анатомический атлас патологии аорты.** Л., 1967, 211 стр.

Сергеев В. М. **Патология и хирургия плевры.** М., 1967, 339 стр.

Караванов А. Г. и Данилов И. В. **Ошибки в диагностике и лечении травм живота.** Киев, 1967, 199 стр.

Шелагуров А. А. **Панкреатиты.** М., 1967, 359 стр.

Выховская А. Г. и Беличенко И. А. **Диагностика и показания к хирургическому лечению тромбооблитерирующих заболеваний артерий конечностей.** М., 1967, 51 стр.

Каплан А. В. **Закрытые повреждения костей и суставов.** Изд. 2-е. М., 1967, 512 стр.

Годунов С. Ф. **Способы и техника ампутаций.** Л., 1967, 202 стр.

Харбедиа Ш. В. **Материалы к вопросу о регенерации мочевого пузыря в условиях субтотальной резекции.** Тбилиси, 1967, 258 стр.

Шабад Л. И. **Предрак в экспериментально-морфологическом аспекте.** М., 1967, 384 стр.

Атанасян Л. А. **Хемодектомы.** М., 1967, 92 стр.

Бабчин И. С. и др. **Опухоли головного мозга у детей и подростков.** Клиника и хирург. лечение. Л., 1967, 322 стр.

Практическая стоматология. (В помощь сел. врачу стоматол. профиля). Под ред. Д. А. Калвелиса. Л., 1967, 288 стр.

Елизаровский С. И. и Калашников Р. Н. **Оперативная хирургия и топографическая анатомия.** [Учебник для стоматол. фак. мед. ин-тов]. М., 1967, 424 стр.

Каширин В. Н. **Зуботехническое материаловедение.** [Учебник для зуботехн. отд-ний мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1967, 268 стр.

Вайнштейн Е. С. **Основы рентгенодиагностики в офтальмологии.** М., 1967, 224 стр.

Ершкович И. Г. **Лечение и диспансеризация больных первичной глаукомой.** Изд. 2-е. М., 1967, 316 стр.

Великов К. А. **Синдром и болезнь Меньера.** М., 1967, 251 стр.

Боголепов Н. К. **Философский аспект проблем невропатологии.** М., 1967, 40 стр.

Архангельский Г. В. **Практикум по невропатологии.** [Для мед. ин-тов]. М., 1967, 215 стр.

Бехтерева Н. П. и др. **Физиология и патофизиология глубоких структур мозга человека.** Ленинград, Москва, Берлин, 1967, 259 стр.

Жирмунская Е. А. и Колтовер А. Н. **Атлас по электроэнцефалографии и морфологии мозгового инсульта.** М., 1967, 92 стр.

Пулатов А. М. и Никифоров А. С. **Современные взгляды на пояснично-крестцовый радикулит, его клиника и методы лечения.** (Метод. письмо). Душанбе, 1967, 22 стр.

Клиническая психиатрия. Под ред. Г. Груле [и др.] Пер. с нем. яз. М., 1967, 832 стр.

Полищук И. А. **Биохимические синдромы в психиатрии.** Киев, 1967, 135 стр.

Федотов Д. Д. **Алкоголь и нервно-психические заболевания.** М., 1967, 48 стр.

Калинер С. С. **Психические нарушения при травмах черепа и головного мозга.** Л., 1967, 178 стр.

Актуальные проблемы эпилепсии. [Сборник статей]. М., 1967, 447 стр.

Штернберг Э. Я. **Клиника деменций пресенильного возраста.** (Болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона). Л., 1967, 247 стр.

Русских В. Н. и др. **Сифилис мозга и сифилитические психозы.** Москва—Улан-Батор, 1967, 216 стр.

Вайсфельд Д. Н. **Вегетативные ганглионевриты при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы.** Киев, 1967, 92 стр.

Тур А. Ф. **Пропедевтика детских болезней.** [Учебник для педиатр. фак. мед. ин-тов]. Изд. 5-е. Л., 1967, 491 стр.

Осипов И. Н. **Причины диагностических ошибок в педиатрии.** М., 1967, 148 стр.

Фабрикант Г. Л. **Работа участковой медицинской сестры детской поликлиники.** М., 1967, 104 стр.

Китайгородская О. Д. **Закаливание малышей.** М., 1967, 48 стр.

Воронин Г. И. и Поливода А. И. **Жизнеобеспечение экипажей космических кораблей.** М., 1967, 211 стр.

Очерки психофизиологии труда космонавтов. Под ред. Н. Н. Гуровского. М., 1967, 168 стр.

Koostanud J. Rochlin

ОГЛАВЛЕНИЕ

(резюме на русском языке)

В. И. РЯТСЕП — Диагностика первичного рака легкого 248

Л. Р. ПОКК — Множественные злокачественные опухоли 251

В. М. РАУДСЕПП — Диагностика опухолей яичников 254

М. О. КИВИЛО — О повышенной чувствительности раковых больных к деполяризирующим миорелаксантам . . 256

Т. И. ВАНАСЕЛЬЯ — О значении цитологии в диагностике рака желудка . 258

Х. Р. ЭРНИТС — Опыт сочетанного лучевого лечения рака шейки матки и его отдаленные результаты 261

В. А. ВАЛДЕС — О изменениях коры надпочечников при интенсивном лечении глюкокортикоидами 263

В. П. САЛУПЕРЕ и Х. А. РАТТУР — О гастроэнтерологических осложнениях у больных сахарной болезнью . . . 267

Г. О. ЛООГНА — Канцерогенность лечебных средств 271

Н. В. ЭЛЬШТЕЙН и В. С. ГОРДОН — Затяжная субфебрильная температура 276

Л. Э. ЯННУС — О ходе и прогнозе туберкулеза легких при лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза 279

А. А. САРАП — Повысить роль организационно-методического кабинета . . 282

Э. А. РАУКАС, Я. Я. КАРУСОО, Л. Р. САУЭМЯГИ и А. Н. ГАВРИЛОВ — О катамнезе рака легкого . 284

Р. Ю. ВЕЛЬГРЕ — Случай быстрого развития карциномы вульвы . . . 286

М. О. ЛЫВИ — Повреждения костей лица и первая помощь при них . . 291

Н. А. ШАМАРДИН — Поседение волос . 295

Х. А. ГУСТАВСОН — Дополнительные данные о двух старейших госпиталях 300

SISUKORD

A. GOLDBERG — 50 aastat nõukogude tervishoidu 243

Teooria ja praktika

V. RÄTSEP — Esmase kopsuvähi diagnoosimisest 245
L. POKK — Multiiplid pahaloomulised kasvajad 249
V. RAUDSEPP — Munasarjakasvajate diagnoosimisest 252
M. KIVILO — Vähihaigete kõrgenenud tundlikkusest depolariseeriva toimemehhanismiga lihaserelaksantide suhtes 254
T. VANASELJA — Tsütodiagnostika tähtsusest maovähi avastamisel . . 256
H. ERNITS — Kogemusi emakakaela vähktõve kombineeritud kiiritusravi alal ja selle hilistulemustest . . . 259
V. VALDES — Neerupealiste koore muutustest intensiivse glükokortikoidravi puhul 261
V. SALUPERE ja H. RATTUR — Tüsistustest seedeelundites suhkurtõve puhul 264

Ülevaated

G. LOOGNA — Ravivahendite kantserogeensusest 267
N. ELŠTEIN ja V. GORDON — Pikaajaline subfebriilne temperatuur . . 271
L. JANNUS — Kopsutuberkuloosi kulust ja prognoosist *mycobacterium tuberculosis*'e ravimiresistentsuse puhul 277

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

A. SARAP — Suurendada organisatoonilis-metoodilise kabineti osatähtsust 280

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

E. RAUKAS, J. KARUSOO, L. SAUEMÄGI ja A. GAVRILOV — Kopsuvähi katamneesist 282
R. VELGRE — *Vulva* kartsinoomi kiiresti arenenud juht 285

Abiks velskritele ja õdedele

M. LÕVI — Näoluude vigastused ja esmaabi nende puhul 287
M. MÖLDER ja M. ROOSIMAA — Meditsiiniõe töö intensiivravi-palatis . . 292
N. SCHAMARDIN — Hallid juuksed . 293

Kaadri ettevalmistamine

L. KAAR — Endel Tünder arstiteaduse doktoriks 296
T. KUSLAP — Arnold Jannusele arstiteaduse doktori kraad 297
E. PÄRN — 17 uut akušööri . . . 298

Arstiteaduse ajaloost

H. GUSTAVSON — Täiendavaid andmeid kahe vana hospidali kohta . . 298

Konverentsid ja nõupidamised

M. SIKK — Eesti NSV ühingu «Teadus» VIII kongress 300
N. HAUG — Üleliiduline gastroenteroloogia-alane sümpoosion Tallinnas . 301

Tähtpäevad

O. RAJAVEE — Professor GEORG KINGISEPP 70-aastane 302

Mitmesugust

M. TEDREMAA — Kas te kasutate Meditsiinilist Raamatukogu 303

In memoriam

ISAK VIGODSKI 305

Meditsiinitehnika

M. KINK — Vabariiki kolm fiibergastroskoopi 306

Intervjuu

M. KINK — Plastilise kirurgia ja arstliku kosmeetika erialadelt 307

Välismaalt

M. KASK — Kuuba-muljeid . . . 309

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Arfonaad, berberiinsulfaat, želatinool 313

Kroonika 315

NÕUKOGUDE EESTI

TERVISHOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5 / 68

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

«Ajakirjandusliit» levitab meie vabariigis üle 100 meditsiinialase ajakirja vene ja teiste nõukogude rahvaste keeltes ning üle 250 perioodilise väljaande võõrkeeltes

Alljärgnevalt on toodud nendest ainult osa.

	Tellimise hind aastas	Ilmumise sagedus aastas
Акушерство и гинекология	3.60	12
Антибиотики	5.40	12
Архив анатомии, гистологии и эмбриологии	9.60	12
Архив патологии	6.00	12
Вопросы вирусологии	3.60	6
Вопросы медицинской химии	3.90	6
Вопросы нейрохирургии	2.40	6
Вопросы онкологии	7.20	12
Вопросы питания	3.00	6
Вопросы ревматизма	2.00	4
Гигиена и санитария	4.80	12
Грудная хирургия	3.60	6
Клиническая медицина	7.20	12
Лабораторное дело	3.60	12
Педиатрия	4.20	12
Радиобиология	7.50	6
Фармация	2.40	6
Урология и нефрология	3.00	6
Фельдшер и акушерка	2.16	12
Хирургия	7.20	12
Deine Gesundheit (SDV)	1.80	12
Allergie und Asthma (SDV) (ilmub ebaregulaarselt)	3.60	6
Surgery, Gynecology and Obstetrics (USA)	18.00	12
Cancer Research (USA)	51.84	12
Deutsche Medizinische Wochenschrift (SDV)	49.92	52

TUTVUGE «AJAKIRJANDUSLIIDU» KATALOOGIDEGA!

NÕUKOGUDE EESTI
TERVISHOID

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5/68
11. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELŠTEIN, A. JANNUS, V. KÖNG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), R. Kariis (Haapsalu), A. Klink (Võru), H. Kreek (Pärnu), P. Ott (Rakvere), D. Pärn (Hiiumaa), P. Rahu (Valga), V. Roos (Kohtla-Järve), L. Siirak (Harju rajoon), M. Sikk (Tartu rajoon), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), A. Tamm (Paide), Ü. Valvere (Kingissepa), V. Vessar (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 5. VIII 1968. Trükkimisele antud 13. IX 1968. Trükiarv 5100. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25 + 3 kleebist. Tingtrükipoognaid 7,87. Arvutuspoognaid 8,57. Tellimise nr. 4603. MB-07870. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

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

Tallinna Piimatoodete Kombinaadi piim ja selle saadused on toiduained, mille tarvitamine hoiab ära organismi valguvaeguse.

Eakamatele inimestele on eriti kasulikud vähese rasvasusega või rasvata, kuid valgurikkad saadused — valgurikas piim, tallinna kefiir, teraline kohupiim, rasvata kohupiim jt.

Soovitage oma patsientidel tarvitada veelgi rohkem piimasaadusi!

Tallinna
Piimatoodete Kombinaat

2
Tartu Riiklik Ülikool
Raamatukogu
73780

SEERUMHEPATIIDI EPIDEMIOLOOGILISTEST ISEÄRASUSTEST EESTI NSV-s

JOOSEP REINARU
LARISSA LUTSENKO
VEERA MILÄNDER
MARET NÕGES
Tallinn

UDK 616.36-002.1 : 616.988

Eesti NSV-s on seerumhepatiidi levikut seni vähe uuritud (3, 4). Käesoleva töö ülesandeks oli selgitada selle iseärasusi linnas ja maal nii puhangute kui ka sporaadiliste juhtude puhul. Jälgiti seerumhepatiidi leviku sesoonsust ning haigusjuhtude esinemise seost haigete vanusega. Uurimised tehti 1966. aastal Tallinnas ja Harju, Viljandi ning Kingissepa rajoonis. Seejuures olid haigetega ja nendega kokkupuutunud isikutega seoses olevad epidemioloogilised uurimised ning vaatlused tavalistest põhjalikumad.

Aruannete põhjal moodustasid seerumhepatiidi juhud 1966. aastal 4,3% üldisest haigestumisest infektsioossesse hepatiiti, kusjuures Tallinnas registreeriti 36, Harju rajoonis 3 seerumhepatiidi juhtu, Viljandi ja Kingissepa rajoonis neid ei diagnoositud.

Vastavalt meie andmeile oli infektsioosset hepatiiti põdevaid isikuid uurimisalustes piirkondades kokku 585, nende hulgas kuni 15 aasta vanuseid lapsi 164, viimastest eelkooliealisi 59 (vt. tabel 1).

Epidemioloogiliste ja anamneesi andmete põhjalik analüüsimine näitas, et 204 haige puhul (s. o. 35% haigete üldarvust) võis tegemist olla seerumhepatiidiga (vt. tabel 2). Anamneesi andmeil oli 2 . . . 6 kuud enne infektsioossesse hepatiiti haigestumist kõigile tehtud mitmesuguseid parenteraalseid manipulatsioone, kusjuures enamasti puudusid viited hepatiidihaigetega kokkupuutumise kohta 14 . . . 50 päeva jooksul enne haigestumist. Seega moodustasid seerumhepatiidi juhud 1966. aastal Tallinnas 39%, Harju rajoonis 41%, Viljandi rajoonis 11%, Kingissepa rajoonis 35% kõikidest infektsioosse hepatiidi juhtudest.

Tabelitest 1 ja 2 nähtub, et seerumhepatiidi leviku sesoonset tõusu täiskasvanute hulgas sügistalvel ei saa täheldada (autor). Laste hulgas tuli seerumhepatiidi juhte ette üsna harva. Seega on seerumhepatiit peamiselt täiskasvanute haigus.

Eriti pakub huvi seerumhepatiidi levik maarajoonides, kus enamasti on tegemist sporaadiliste haigusjuhtudega, mida ei saa omavahel seostada. Näiteks Harju rajoonis registreeritud haigetest oli 26-l võimalus kokku puutuda infektsioossesse hepatiiti haigestunutega, 24 juhul jäid nakkusallikas ja nakkuse levikuteed selgitamata, 35 juhul aga võis järeldada, et haige nakatus parenteraalsete meditsiiniliste manipulatsioonide tõttu. Harju rajooni üheksateistkümnest külanõukogust ainult kahe piirkonnas ei tulnud 1966. aasta vältel ette ühtegi infektsioosse hepatiidi juhtu; 1 . . . 2 juhtu registreeriti kaheksa, 3 . . . 4 juhtu viie, 5 ja rohkem juhtu nelja külanõukogu piirkonnas. Parenteraalsel teel nakatus infektsioossesse hepatiiti Tallinna Vabariiklikus Haiglas 9, Keila Haiglas 6, Paldiski Haiglas 5, tuberkuloosi ravi- ja profülaktikaasutustes 3 ravialust. Jaoskonnahaiglates tehtud manipulatsioonide tulemusena haigestusid seerumhepatiiti ainult üksikud (Kallaveres 2, Raasikul 2, Loksal 2, Kuusalus 1 ja Aegviidus 1 inimene). Ambulatoorsel ravimisel nakatus 12, statsionaarsel ravil viibimise ajal aga 24 inimest.

Tabel 1

Haigestumine infektsioossesse hepatiiti 1966. aastal (juhtude arv)

Piirkond	Kuud												Kokku
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Tallinn	46	35	38	22	27	31	25	27	32	40	26	12	361
Harju rajoon	8	9	9	7	3	5	3	8	12	7	10	4	85
Viljandi rajoon	6	4	5	5	10	4	5	5	6	16	16	13	95
Kingissepa rajoon	9	3	6	3	1	2	2	3	4	2	8	1	44
Kokku	69	51	58	37	41	42	35	43	54	65	60	30	585
Sealhulgas:													
lapsi	10	14	15	8	13	4	3	8	24	32	22	11	164
täiskasvanuid	59	37	43	29	28	38	32	35	30	33	38	19	421

Tallinnas põdesid seerumhepatiiti need isikud, keda oli ravitud Tallinna Vabariiklikus Haiglas (21 juhtu), Tõnismäe Haiglas (14), Nõmme Haiglas (6), Kopli Polikliinikus (6), Pelgulinna Haiglas (13), Harjumäe Haiglas (6), Tallinna Linna Nakkushaiglas (5), traumapunktis (5), Tallinna tuberkuloosiasutustes (32) ja muudes vabariigi tuberkuloosiasutustes (14 juhtu).

Kingissepa rajoonis esinesid seerumhepatiidi juhud peamiselt Sõmera tuberkuloosisanatooriumis (13 juhtu 16-st). Viljandi rajoonis diagnoositi seda haigust 11-l, neist 4 oli ravil Viljandi, 3 Tartu, 2 Tallinna ja 2 Taagepera tuberkuloosiasutustes.

Seerumhepatiiti põdevatele haigetele on enne haigestumist tavaliselt tehtud mitmesuguseid parenteraalseid manipulatsioone, seepärast on mõnikord raske öelda, millal nad nakatusid (vt. tabel 3).

Inkubatsiooniperiood vältas kõige sagedamini 2 . . . 4 kuud, üksikjuhtudel ka 6 kuud (vt. tabel 4). Küllalt pikk peiteaeg ongi iseloomulik just parenteraalsel teel alguse saanud hepatiidile.

Parenteraalse nakatumise võimalusele tuberkuloosiasutustes viitavad mitmed asjaolud. Tuberkuloosihaiged haigestuvad infektsioossesse hepatiiti tihti siis, kui raviasutusest lahkumisest on möödunud 3 . . . 4 kuud. Tuleb ette juhtumeid, kus 1 . . . 5 kuud enne kollatõppe haigestumist on manustatud gammaglobuliini. Viimane ei kaitse seerumhepatiidi eest. D. I. Ivanovski nimelise Viroloogia Instituudi kogemused näitavad, et tuberkuloosiasutuses, kus varem järjekindlalt oli esinenud kollatõvejuhte, kadusid need pärast tsentraalse sterilisatsioonilaboratooriumi rajamist. Meie tuberkuloosiasutused ei ole süstaldega varustatud sellisel määral, et neid oleks võimalik nõuetekohaselt steriliseerida. Seetõttu tehakse pahatihti lihasesse süstimisi mitmele haigele ühe ning sama süstlaga. Näiteks Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaari ühes osakonnas oli 80 haige kohta ainult 8 süstalt.

Tabel 2

Haigestumine seerumhepatiiti 1966. aastal (juhtude arv)

Piirkond	Kuud												Kokku
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Tallinn	21	15	14	9	8	14	15	7	14	11	7	6	142
Harju rajoon	6	5	5	4	1	3	2	1	2	2	4	—	35
Viljandi rajoon	3	—	1	—	—	—	1	1	2	1	1	1	11
Kingissepa rajoon	5	—	2	2	—	1	2	2	1	—	1	—	16
Kokku	35	20	22	15	9	18	20	11	19	14	13	7	204
Sealhulgas lapsi	1	—	3	2	1	2	1	—	2	2	—	—	14

Tabel 3

Parenteraalsed manipulatsioonid enne seerumhepatiiti haigestumist (juhtude arv)

Piirkond	Operatsioonid	Vereülekanded	Verevõtmine sõrmeotsast	Süstimine veeni	Süstimine veeni ja naha alla	Hamba ekstraheerimine
Tallinn	25	31	96	10	123	12
Harju rajoon	10	3	22	—	28	7
Kokku	35	34	118	10	151	19

Süstalde ja süstlanõelte puhastamine verest (s. o. valgust), eriti pärast keetmist, on küllaltki raske töö, mis nõuab erilist hoolt. Kas süstal on verejälgedest puhas või mitte, seda saab kontrollida spetsiaalsete reaktsioonide varal (bensidiin- või fenoolftaleiinproov). Faktid kõnelevad sellest, et paljudes polikliinikutes ja statsionaarides on need reaktsioonid nii enne kui ka pärast süstalde keetmist positiivsed (1, 2). Terve inimese nakatamiseks piisab isegi sellest, kui talle naha alla või verre viia ainult 0,01 ... 0,1 ml verd või vereseerumit. Seepärast tuleks süstalde ja nõelte puhastamisele eriti rõhku panna.

Esitatud andmetest selgub, et kõige aktiivsemateks seerumhepatiidi levitajateks uuritavates piirkondades olid 1966. aastal Tallinna Vabariiklik Haigla, Tõnismäe Haigla ja Pelgulinna Haigla ning Tallinna ja Sõmera tuberkuloosiasutused. Ka nendes raviasutustes, kus esineb 1 ... 2 seerumhepatiidi juhtu aastas, peab samuti rakendama profülaktikaabinõusid. On tarvis, et epidemioloogid ja infektsionistid, kes seerumhepatiidi või seerumhepatiidikahtlase juhu avastavad, kohe sellest teataksid vastava haigla peaarstile, kes operatiivselt saab kasutusele võtta abinõud. Iga haigusjuht tuleb läbi arutada arstide ja meditsiiniõdede ühisel nõupidamisel. On vaja, et protseduurikabinetis säilitataks süstitavate nimekirjad protseduuride järjestuses, kusjuures peab märgitud olema ka vastaval päeval kasutusel olevate süstalde arv. Nimekirjad võib hävitada alles pärast 7 ... 8 kuu möödumist.

Nendes ravi- ja profülaktikaasutustes, kus aastast aastasse on ette tulnud seerumhepatiidi juhte (Tallinna Vabariiklik Haigla, Tõnismäe Haigla, Pelgulinna Haigla, Nõmme Haigla, Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaar, Sõmera Vabariiklik Kopsutuberkuloosi Sanatoorium jt.), on tarvis, et tööks vajalikke instrumente tsentraliseeritud korras steriliseeritaks. Seni, kuni pole asutatud sterilisatsioonilaboratooriumi, tuleb muudes ravi- ja profülaktikaasutustes ning eespool mainitud asutustes rangelt juhinduda süstalde ja süstlanõelte puhastamise metoodilisest juhendist. Tuberkuloosiasutustes, kus instrumentide tsentraalsele steriliseerimisele ei ole veel võimalik üle minna, on tarvis jõuda nii kaugele, et iga statsionaaris viibiva haige jaoks oleks omaette süstal. Erilist hoolt nõuavad ka analüüsiks tarvisminevad segistid, mida sageli on vähe ja mida ei puhastata korralikult. Tuleb saavutada olukord, et enne instrumentide keetmist (või haige juurde minekut) oleksid bensidiin- või fenoolftaleiinproovid negatiivsed.

Rohkem tähelepanu peab pöörama ka võitlusele fekaalsel-oraalsel teel leviva infektsioosse hepatiidi vastu ja piisknakkuse võimalusele. A-viiruse poolt põhjustatud infektsioosse hepatiidi leviku vältimiseks (eriti tuberkuloosiasutustes) on igale statsionaari või sanatooriumi saabuvale haigele vaja süstida gammaglobuliini (profülaktikaks 1,0 ml lihasesse ja diagnoosimiseks 0,1 ml nahasse).

Seerumhepatiiti sagedamat haigestumist Tallinnas ja Harju rajoonis võib

Tabel 4

Ajavahemik meditsiiniliste manipulatsioonide lõppemisest kuni hepatiiti haigestumiseni (juhtude arv)

Piirkond	Ajavahemik kuudes					
	1	2	3	4	5	6
Tallinn	—	35	63	26	14	7
Harju rajoon	—	7	16	8	4	1
Kokku	—	42	79	34	18	8

seostada sellega, et nimetatud kohtades on sageli tegemist kollasuseta kulgevate ja pühkunud haigusvormidega, mis on diagnoosimata jäänud. Üsna palju meditsiinilisi manipulatsioone tehakse haigetele, kellel infektsioosne hepatiit on veel prodromaalperioodis (1 . . . 2 nädalat enne kollasuse tekkimist), mil viruseemia perioodi tõttu instrumentide saastumise võimalus on kõige suurem.

Seerumhepatiidi vältimine ei olene ainult epidemioloogist või infektsionistist. Organisatsioonilist laadi ürituste korraldamiseks on tarvis kõikide arstide ja keskharidusega meditsiinipersonali ühiseid jõupingutusi.

РЕЗЮМЕ. По официальным данным, в 1966 году в республике от общей заболеваемости вирусным гепатитом сывороточный гепатит составлял 4,3%. Углубленные эпидемиологические и анамнестические исследования показали, что в упомянутом году в г. Таллине сывороточного гепатита было — 39% случаев, в Харьюском районе — 41% случаев, а в Вильяндийском и в Кингисеппском районах соответственно — 11% и 37% случаев. В последних районах случаи сывороточного гепатита встречались только среди больных туберкулезом, которые находились до заболевания на лечении в противотуберкулезных учреждениях. В г. Таллине и Харьюском районе в 77% случаев инкубационный период у больных сывороточным гепатитом длился от 3 до 6 месяцев. Из парентеральных манипуляций в 74% случаев проводились различные внутривенные и подкожные инъекции. В сельской местности случаи сывороточного гепатита встречаются значительно реже. В наших условиях взрослые болеют сывороточным гепатитом чаще, чем дети. Рекомендуется строго придерживаться инструкции Министерства здравоохранения Эстонской ССР, где приведена подробная методика механической очистки шприцев и игл до кипячения инструментария. Одновременно указывается на то, что в более крупных лечебно-профилактических учреждениях, где из года в год встречаются случаи сывороточного гепатита, целесообразно перейти на централизованную стерилизацию медицинского инструментария.

KIRJANDUS. 1. Белокон В. Н., Каллас С. Ю. Сб. докладов VI научн. конф. Таллинского н-и ин-та эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Таллин, 1966, 120—122. — 2. Инфекционный гепатит, под ред. И. К. Рейнару Таллин, 1967. — 3. Рейнару И. К. и др. Сб. докладов VI научн. конф. Таллинского н-и ин-та эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Таллин, 1966, 147—151. — 4. Reinaru, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 5, 323—326.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam

Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaam

ASEPTILISE MENINGIIDI PUHANG PÄRNUS 1967. AASTAL

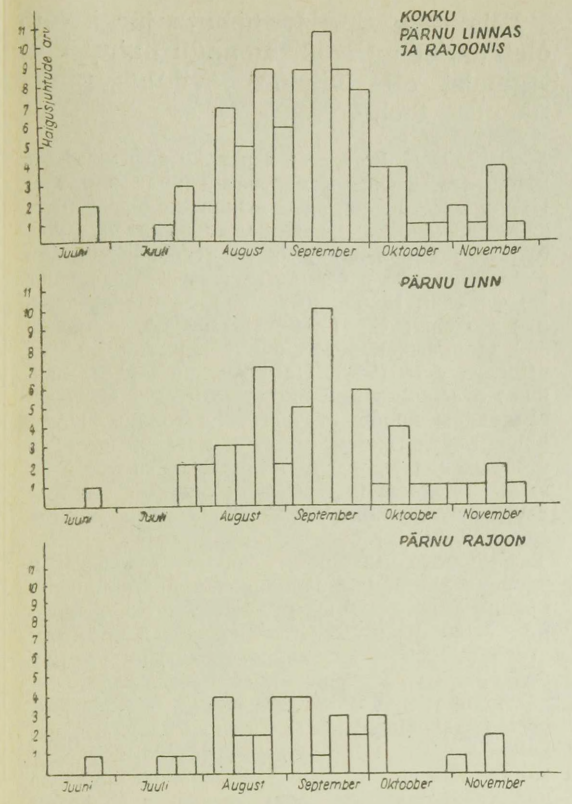
KUULO KUTSAR
TOOMAS KUSLAP
ANTS JÕGISTE
Tallinn
SILVA SOLL
Pärnu

UDK 616.831.9-002.155(474.2)

Pärnu linna ja rajooni elanike hulgas on viimastel aastatel ette tulnud aseptilise meningiidi juhte. Haigestumine on olnud sporaadilist laadi, kusjuures haigusjuhte on tavaliselt registreeritud suvel ja sügisel. Andmed tekitaja kohta puuduvad, sest senised katsed isoleerida viirust koekultuuridel on jäänud negatiivseks. 1967. aastal esines üksikuid aseptilise meningiidi juhte Pärnus jaanuarist alates, juunis ja juulis haigestumus suurenes ning kulmineeris augustis ja septembris. Viimased haigusjuhud olid novembri keskel (vt. joonis).

Puhangu vältel registreeriti 90 haigusjuhtu. Haigestunuist 60 elas linnas ja 30 maal. Puhangu algul ja lõpul olid haigete hulgas ülekaalus lapsed, selle haripunktis aga täiskasvanud. Haigestunute vanus on esitatud tabelis.

Haiguse inkubatsiooniperiood kõikus 2 . . . 15 päeva piires.



Haigestumus aseptilisse meningiiti Pärnu linnas ja rajoonis 1967. a.

Sümptoomidest esinesid peavalu, kuklakangestus, iiveldus ja oksendamine, lihasevalud, perifeersed pareesid, pleurodüünia ning kahelaineline palavik.

Puhangu tekitaja väljaselgitamiseks tehti kompleksselt viroloogilisi ja seroloogilisi uurimisi. Puhangu perioodil isoleeriti püsikoekultuuril Rh-viirus *Coxsackie B* 5. Nimetatud viirus avastati 15 haige roojaproovides (16,6%). Peale selle uuriti tsütopaatiliste agenside suhtes veel 300 tervet isikut (nii lapsi kui ka täiskasvanuid), kellelt isoleeriti *Coxsackie B* 5 kaheksateist tüve (6%).

Paralleelselt üksikisikutega uuriti Pärnu reovett viroloogiliselt tsütopaatiliste agenside suhtes. Juunist oktoobri lõpuni võetud 16 reoveeproovist (kahest kollektorist kahenädalaste vaheaegade järel) eraldati viiruse *Coxsackie B* 5 seitse tüve.

Haigete roojast ja liikvorist isoleeriti ka viiruse *Coxsackie A* 6 üksteist tüve (2).

Seroloogiliste uurimiste tulemused on kooskõlas viroloogiliste uurimiste tulemustega. Haigetelt ja tervetelt võetud seerumi proove uuriti viiruse *Coxsackie B* 5 antikehade suhtes. Värvusreaktsioonis (püsirakkude kultuuril Hep-2) kasutati viiruse *Coxsackie B* 5 kolme tüve: 1) prototüüpne tüvi, 2) augustis haigestunud 13-aastase lapse roojast isoleeritud tüvi (P6) ja 3) augusti lõpul võetud reoveeproovist isoleeritud tüvi (P 17).

Paljudel juhtudel uuriti haigete seerumeid nendelt isoleeritud tsütopaatilise agensi antikehade suhtes.

Haigetel leiti antikehi kõrges tiitris, kusjuures paarisseerumi proovides ilmnes ka antikehade tiitri tõus. Mõnel juhul, kui seerumiproovid olid võetud hilja, täheldati teises proovis antikehade tiitri langust.

Tervete inimeste seroloogiline uurimine näitas, et viiruse *Coxsackie B* 5 antikehi esines enamikul uurituist. Sealhulgas leiti antikehi septembri keskel Pärnu IV keskkooli 40 uuritud õpilasest 31-l, kalakombinaadi 33 töötajast 28-l ja Sindi tekstiilikombinaadi «1. Detsember» 38 töölisest 27-l. Viimati mainitud asutuste töötajaid uuriti oktoobris. Seega ligi 77%-l vaatlusalustest leiti antikehi viiruse *Coxsackie B* 5 suhtes seerumiproovides, mis olid kogutud puhangu kulminatsioonis ja sellele järgnenud vaibeperioodil (september-oktoober).

Eespool toodud andmeid on huvitav

Haigestunute vanus

Vanus	0...5	6...10	11...15	16...20	21...25	26...30	31...35	36...40	41...45	46...50	51...55	56...60	üle 60
Haigeid	6	12	8	4	11	15	10	6	4	3	7	3	1
%	6,6	13,3	8,8	4,4	12,2	16,6	11,1	6,6	4,4	3,3	7,7	3,3	1,1

kõrvutada Pärnu polikliiniku nn. gripi leviku andmetega 1967. aasta III kvartalis. Nimetatud ajavahemikul registreeriti 912 nn. gripi juhtu (1966. aastal samal ajal 462), kusjuures angiine ja ülemiste hingamisteede katarre oli ligikaudu ühe kolmandiku võrra vähem kui 1966. aasta sama perioodi vältel. Võimalik, et osa haigusjuhte diagnoositi gripina. See on seda tõenäolisem, et ka aseptilist meningiiti põdevatel haigetel esinesid pea- ja lihasevalud ning palavik. Need sümptoomid on omased veel gripile. Nn. grippi haigestumise sagenemist täheldati Eesti NSV-s ka poliomüeliidiepideemia ajal 1958. a. (1).

Esitatud andmeil võib arvata, et *Coxsackie B* 5 viirusest põhjustatud haigestumus oli tegelikult suurem, kusjuures ainult osa haigusjuhtudest kulges aseptilise meningiidina. Viiruse tsirkuleerimine oli veelgi laialdasem. Nende järeldustega on kooskõlas ka eespool toodud viroloogiliste uurimiste tulemused.

Epidemioloogiline analüüs näitas, et haigestunuist töötas kalakombinaadis 12, linavabrikus 4, Sindi tekstiilikombinaadis «1. Detsember» 5, masinatehases 3, metsakombinaadi kontoris 3, «Kommunaari» Pärnu osakonnas 2 ja ETKVL-i tootmisbaasis nr. 2 2 haiget. Peale selle esines kuus perekondlikku haiguskollet (neist viiel juhul kahe, üks kolle kolme haigestunuga). Kõik need kokku moodustavad ligikaudu 50% haigusjuhtudest. Huvitav on märkida, et puhkama sõitnute hulgas ei registreeritud ühtegi haigusjuhtu.

Esialgsete tähelepanekute järgi võib oletada, et uuritud puhangu puhul võis tegemist olla viiruse levikuga piisknakkuse teel.

РЕЗЮМЕ. Во время вспышки асептического менингита, имевшей место в городе и районе Пярну в Эстонской ССР в июле-ноябре 1967 г., заболело 90 человек. С целью выявления возбудителя заболевания были использованы вирусологические и серологические исследования. Из фекалий 15 больных удалось выделить вирус Коксаки В5 (16,6%). При обследовании 300 здоровых человек вирус Коксаки В5 был выделен у 18 (6%). Параллельно с обследованием отдельных лиц вирусологически были исследованы пробы сточных вод города Пярну, причем в летние и осенние месяцы из проб сточных вод выделено 7 штаммов вируса Коксаки В5. Из испражнений в ликвора больных было изолировано также 11 штаммов вируса Коксаки А6 (2).

Сывороточные пробы, взятые от больных и здоровых лиц, исследовались в цветной реакции на антитела к вирусу Коксаки В5. У больных были обнаружены антитела к 3 штаммам этого вируса в высоких титрах. При этом у большинства обследованных наблюдалось нарастание титров антител в парных сыворотках.

У большинства обследованных здоровых лиц также были обнаружены антитела к вирусу Коксаки В5 (77%), что указывает на широкую циркуляцию вируса среди населения во время наблюдавшейся вспышки.

На долю очагов в коллективах и отдельных семьях приходилось приблизительно 50% заболевших.

KIRJANDUS: 1. Куслап Т. Р. Некоторые вопросы эпидемиологии полиомиелита в Эстонской ССР. Дисс. канд. мед. наук. Таллин, 1965. — 2. Saarnok, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 5, 328—331.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Pärnu Linna Haigla

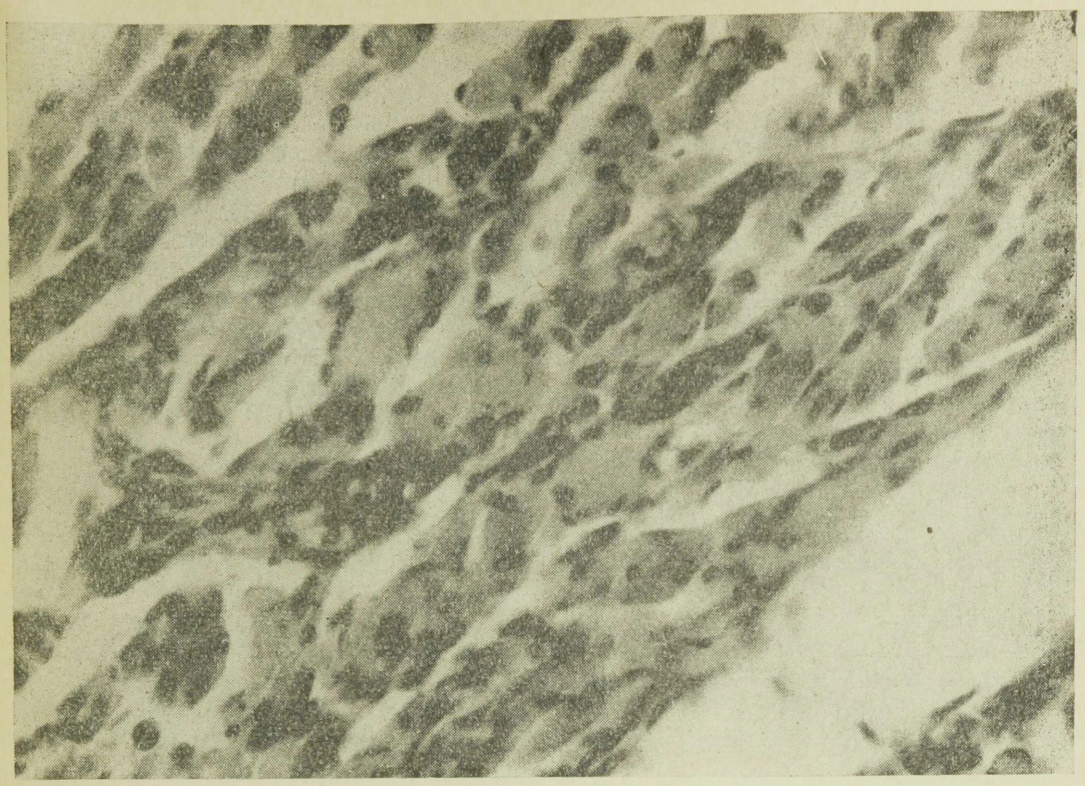
COXSACKIE A6 VIIRUSTE ESMAKORDSEST ISOLEERIMISEST EESTI NSV-s

EERIK SAARNOK

Tallinn

UDK 616.831.9-002.155 : 576.858

1967. a. suvel ja sügisel esines Pärnu linnas ja rajoonis aseptilise meningiidi puhang. Haigusele olid iseloomulikud järgmised sümptoomid: kehatemperatuuri järsk kõrgenemine, peavalu, oksendamine, lihasevalud ja kuklakangestus. Kokku registreeriti 91 haigusjuhtu. Haigetelt võetud 17 roojaproovist isoleerisime 4 ja 14 liikvoriproovist 7 viirusetüve.



Vastsündinud hiire skeletilihased (nakatatud *Pärnu 23* viirusetüvega). Fotol on näha Zenkeri düstroofiat — eosiiniga ühtlaselt värvunud alad; lihasekiud on paksenenud ja üksteisest eraldunud; lihasekiudude vahel on näha rakulist infiltratsiooni. Suurendus 160 korda. Värvitud hematoksüliin-eosiiniga

Viroloogilised uurimised. Viiruse isoleerimiseks nakatasime uuritava materjaliga alla 24 tunni vanuseid valgeid hiiri. Loomadel, kellel 2 . . . 3 päeva pärast olid tekkinud kaaluiibe vähenemine ja kerged halvatused, eemaldasime pea, käpad, saba, naha ja sisikonna. Ülejäänud luid-lihaseid kasutasime antigeenide valmistamiseks. Komplementi siduvad antigeenid valmistasime L. Krafti ja J. Melnicki (4) meetodil. Antigeenid puhastasime koelisanditest protamiinsulfaadiga. Protamiinsulfaadist tingitud sademe eemaldasime tsentrifuugimisel 30 minuti jooksul (18 000 pööret minutis) temperatuuril 4° C.

Isoleeritud viirused tüpiseerisime komplementi sidumise reaktsiooni abil F. Fultoni ja K. Dumbelli (2) mikromeetodil polüstüroolplaatidel. Tüpiseerimiseks kasutasime Moskva Viiruspreparaatide Teadusliku Uurimise Instituudis tehtud diagnostikume, millest valmistasime 7 seerumisegu. Iga seerumisegu sisaldas 5 . . . 6 eri *Coxsackie A* tüübispetsiifilist seerumit, mille jaotasime K. Limi ja M. Benyesh-Melnicki (5) skeemi järgi. Üksikud segud sisaldasid järgmisi seerumikombinatsioone: segu A — *Coxsackie A*1, 7, 8, 13, 15, 18; segu B — *Coxsackie A*1, 2, 9, 14, 16; segu C — *Coxsackie A*2, 3, 8, 10, 19; segu D — *Coxsackie A*3, 4, 9, 11, 15, 17; segu E — *Coxsackie A*4, 5, 10, 12, 16 18; segu F — *Coxsackie A*5, 6, 11, 13, 19 ja segu G — *Coxsackie A*6, 7, 12, 14 ja 17 immuunseerumit. Nii leidus iga immuunseerum kahes segus. Kui komplemendi sidumise reaktsioon osutus positiivseks kahe seerumiseguga, oli kummaski segus ühise immuunseerumi põhjal võimalik määrata tüpiseeritava agensi serotüüpi.

Segude valmistamiseks võtsime immuunseerumid võrdses mahus, mille järel igale segule lisasime Kolmeri lahust arvestusega, et iga üksik immuunseerum oleks lahjenduses 1:8. Seejärel omakorda valmistasime igast seerumisegust lahjendused 1:2, 1:4, 1:8 ja 1:16. Nii oli segus iga üksik seerum lah-

jenduses 1:16, 1:32, 1:64 ja 1:128. Seerumisegudele lisasime tüpiseeritavat antigeeni ja eelnevalt tiitritud komplementi töödoosis, mis vastas kahele täielikule komplemendi hemolüütilisele ühikule. Komplemendi tiitrisime seerumisegude juuresolekul.

Katse esimene faas kulges 16 . . . 18 tunni jooksul temperatuuril 4° C. Pärast seda lisasime hemolüütilise süsteemi, mis koosnes oina erütrotsüütide 2%-lisest suspensioonist ja hemolüütilisest seerumist (võrdsetes osades), mille lahjendus vastas hemolüsiini kolmekordsele tiitrile.

Katse teine faas kulges 60 minutit temperatuuril 37° C. Põhikatsele lisasime järgmised kontrollid: a) mittespetsiifilisuse kontrollid — normaalseerum (immuniseerimata valge roti seerum) ja normaalantigeen (antigeen, mille valmistasime nakatamata vastsündinud valgetest hiirtest) ning b) seerumisegude ja antigeenide kontrollid antikomplementaarsusele 2,0, 1,5, 1,0 ja 0,5 komplemendi ühikuga.

Coxsackie A6 viiruse suhtes tekkinud antikehad haigete vereseerumis

Analüüsi nr.	Haige vanus aastates	Kliiniline diagnoos	Haigestumise kuupäev	Isoleeritud viirus	Seroloogilise uurimise tulemused		
					seerumi nr.	seerumi võtmise kuupäev	antikehade tiiter
P 2	15	*Meningitis serosa*	21. VIII 1967		I	28. VIII 1967	0
					II	18. IX 1967	8
P 5	52	*Meningitis serosa*	23. VIII 1967		I	29. VIII 1967	0
					II	18. IX 1967	0
					III	16. X 1967	8
P 6	13	*Meningitis serosa*	12. VIII 1967	*Coxsackie A6*	I	28. VIII 1967	8
					II	19. IX 1967	8
P 7	40	*Meningitis serosa*	21. VIII 1967		I	28. VIII 1967	0
					II	19. IX 1967	8
P 10	34	*Meningitis serosa*	14. VIII 1967		I	28. VIII 1967	0
					II	4. IX 1967	0
					III	12. X 1967	4
P 14	27	*Meningitis serosa*	21. VIII 1967		I	31. VIII 1967	0
					II	15. IX 1967	8
P 17	10	*Neuritis n. facialis dextri*	24. VIII 1967		I	4. IX 1967	0
					II	16. IX 1967	4
					III	16. X 1967	0
P 22	31	*Meningitis aseptica?*	20. VII 1967	*Coxsackie A6*	I	4. VIII 1967	0
					II	16. VIII 1967	8
					III	16. X 1967	16
P 27	36	Äge neuroviirusinfektsioon	19. VIII 1967		I	4. IX 1967	0
					II	13. IX 1967	8
					III	27. X 1967	16
P 63	35	Neuroviirusinfektsioon meningismiga	29. VIII 1967	*Coxsackie A6*	I	5. IX 1967	0
					II	13. IX 1967	8
P 16	30	*Meningitis serosa*	13. VIII 1967		I	16. VIII 1967	0
					II	28. VIII 1967	8
					III	25. X 1967	4
P 18	30	*Meningitis serosa*	7. VIII 1967		I	16. VIII 1967	4
					II	28. VIII 1967	4
					III	12. X 1967	8
P 21	25	*Meningitis serosa*	27. VII 1967		I	4. VIII 1967	0
					II	16. VIII 1967	8
					III	13. X 1967	16

Märkus: 0 — negatiivne komplemendi sidumise reaktsioon kõigi uuritud seerumilahjendustega; 4, 8, 16 — tiitri pöördväärtused, mis on väljendatud seerumilahjendustena.

Meie poolt käesolevas töös uuritud antigeenid andsid kõik komplemendi sidumise positiivse reaktsiooni ainult seerumisegudega F ja G, mis sisaldasid ühist *Coxsackie A6* tüübispetsiifilist immuunseerumit.

Patoloogilis-histoloogilised uurimised. Vastsündinud hiiri, keda nakatati 1967. a. Pärnus isoleeritud viirusetüvedega, uuriti ka patoloogilis-histoloogiliselt. Patoloogilis-histoloogiline pilt oli järgmine: skeleti lihaste pundumine, lihasekiudude eraldumine üksteisest (ödematoosne separatsioon), Zenkeri düstroofia, millele on omane eosinofiilsete homogeensete alade tekkimine lihasekiudude asemele, ja rakuline infiltratsioon lihasekiudude vahel. Sellise difuusse müosiidi pilt vastsündinud hiirtel on iseloomulik *Coxsackie A* grupi infektsioonile (3).

Seroloogilised uurimised komplemendi sidumise reaktsiooni abil. Haigetelt võetud seerumeid uurisime samuti mikromeetodil. Antigeeniks oli sama puhangu ajal isoleeritud *Coxsackie A6* viiruse tüvi *Pärnu 6L*, mida enne seda tiitrisime tüübispetsiifilise *Coxsackie A6* hüperimmuunseerumiga. Osal juhtudest oli võimalus uurida ka kolmandat seerumit. Enne komplemendi sidumise reaktsiooni inaktiveerisime seerumid 30 minuti jooksul temperatuuril 56° C. Põhikatses kasutasime seerumeid lahjendustes 1:4, 1:8, 1:16 ja 1:32.

Paarisseerumeid uurisime ühes ja samas komplemendi sidumise reaktsioonis. Komplementi võtsime katsesse 2 täpset hemolüütilist ühikut. Katse tulemuste hindamiseks kasutasime nelja plussi süsteemi; positiivseks tulemuseks pidasime kahele, kolmele ja neljale plussile vastavat hemolüüsipeetust. Katsele lisandusid järgmised kontrollid: a) antigeeni spetsiifilisuse kontroll diagnostiliste tüübispetsiifiliste immuunseerumitega, b) uuritava seerumi kontroll antigeenita, c) antigeeni antikomplementaarsuse kontroll 2,0; 1,5; 1,0 ja 0,5 komplemendi täpse ühikuga ning d) antigeeni hemotoksilisuse kontroll. Seroloogiliste uurimiste tulemused on toodud tabelis. Selles on esitatud ainult 13 juhtu 31 seroloogiliselt uuritust, kellel avastati antikehi isoleeritud *Coxsackie A6* viiruse suhtes. Seroloogiliselt uuriti ka teisi haigeid, kellelt isoleeriti viirus — komplementi siduvaid antikehi neil aga ei avastatud (ülejäänud 8 haigusjuhtu).

Kokkuvõte. Vastsündinud valgete hiirte kasutamise varal õnnestus isoleerida *Coxsackie A6* viirus kokku 11 juhul 31 proovist. *Coxsackie A6* viiruse osatähtsust käesoleva puhangu etioloogias rõhutab selle agensi isoleerimine haigete liikvorist. Viiruse leidu liikvorist peab I. Bogdanov (1) neuroinfektsioonide etioloogias kõige resultatiivsemaks tõendiks. Väga oluline on samuti komplementi siduvate antikehade tiitri tõus isoleeritud viiruse suhtes haigetelt võetud teises või kolmandas vereseerumis.

Tuleb märkida, et käesoleva töö käigus õnnestus esimest korda Eesti NSV-s isoleerida *Coxsackie A6* viirusi ja tõestada nende osatähtsus kohalikus patoloogias.

РЕЗЮМЕ. В летне-осенний период 1967 г в г. Пярну и Пярнуском районе наблюдалась вспышка асептического менингита. Всего был зарегистрирован 91 случай заболевания. Из взятых от больных 17 проб испражнений было изолировано 4 и из 14 проб спинно-мозговой жидкости 7 штаммов вируса, которые оказались патогенными для новорожденных белых мышей. Изолированные штаммы типировались при помощи реакции связывания комплемента микрометодом на полистироловых пластинках, при этом использовались смеси диагностических сывороток Коксаки А. При типировании все изолированные вирусы оказались вирусами Коксаки А6. От 31 больного серологически были обследованы парные сыворотки на повышение титра комплементсвязывающих антител. Последнее отмечалось в отношении изолированного вируса Коксаки А6 в 12 случаях. Следует отметить, что нам удалось впервые в Эстонии изолировать вирусы Коксаки А6 и доказать их значение в местной инфекционной патологии.

KIRJANDUS: 1. Богданов И. Л. В кн.: Актуальные проблемы вирусных инфекций. М., 1965, 86—87. — 2. Fulton, F., Dumbell, K. R. J. Gen. Microbiol., 1949, 3, 97—110. — 3. Gifford, R., Dalldorf, G. Am. J. Path., 1951, 27, 1047—1063. — 4. Kraft, L. M., Melnick, J. L. Exp. Med., 1950, 92, 483—497. — 5. Lim, K. A., Benyesh-Melnick, M. Immunol., 1960, 84, 309—317.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

KÕHUTÜÜFUSE JA PARATÜÜFUSE KROONILISEST PISIKUKANDLUSEST EESTI NSV-s NING VÕITLUSEST SELLEGA

HENDRIK PIHL
OKU TAMM
ANATOLI TEETSOV
Tallinn

UDK 616.927+616.927.7 : 616.9-022.362

Kodanliku perioodi ja vahetult Suurele Isamaasõjale järgnenud aastate andmetega võrreldes on kõhutüüfusesse ning paratüüfusesse (meil esineb peamiselt paratüüfus B) haigestumine Eesti NSV-s käesoleval ajal tunduvalt harvenenud. Iseloomulik on meil praegu haigusjuhtude sporaadiline esinemine. Rühmiti haigestumist või puhanguid täheldatakse harva.

Kõhutüüfusesse ja paratüüfusesse haigestumine vabariigis on viimastel aastatel püsinud enam-vähem ühel ja samal tasemel, kusjuures piiratud ulatuses on ette tulnud tõusu või langust. Haigusjuhtude sageduse selline stabiliseerumine viitab tõrjeabinõude mittekülllaldasele efektiivsusele ja mitmesuguste epideemiaprotsessi soodustavate tegurite olemasolule. Viimastest on eriline tähtsus kroonilisel pisikukandlusel.

Kõhutüüfusesse ja paratüüfusesse haigestumisel avastatud nakkusallikatest moodustavad kroonilised pisikukandjad 60 . . . 70%, kusjuures neist ligi kolmveerand on varem olnud teadmata. Vabariigis arvel olevatest kroonilistest pisikukandjatest 49,5% väidab, et nad kõhutüüfust või paratüüfust ei ole põdenud. Nähtavasti kulges haigus neil omal ajal kergelt ja nad jäid seetõttu spetsiifilise ravita, mis soodustas kroonilise pisikukandluse tekkimist.

Andmed krooniliste pisikukandjate arvu kohta eri maades on üsna lahkuminevad. L. Seidler ja A. Kazmar (12) märgivad, et Tšehhoslovakkia SV-s on registreeritud 2500 inimest, kes eritavad kõhutüüfuse ja paratüüfuse pisikuid. H. Bierschenki (7) andmeil on Saksa Demokraatlikus Vabariigis arvel ligi 5800 pisikukandjat, kuid tema arvates on neid tegelikult tunduvalt rohkem. H. Raschi (11) järgi tuleb Inglismaal 100 000 elaniku kohta ainult 2 pisikukandjat, New Yorgis 42 ja Washingtonis koguni 288.

Eesti NSV-s arvel olevatest kroonilistest pisikukandjatest eritab 79% kõhutüüfuse, 20,5% paratüüfuse B ja 0,5% paratüüfuse A pisikuid. 70% neist on üle 50 aasta vanad ja 90,9% on naised. Analoogilisi andmeid on esitanud ka teised autorid. Nii väidab K. Ljuksemburg (3), et Leedu NSV-s ületab naissoost pisikukandjate arv 7 korda meessoost pisikukandjate arvu ja et 30-aastasi ning vanemaid täheldatakse nende hulgas 5,4 korda sagedamini kui nooremaid inimesi. H. Gärtneri (8) andmeil on Saksa Demokraatlikus Vabariigis pisikukandjatest 85% naised, seda eriti vanemaealised, kes sagedamini põevad kroonilisi sapipõiepõletikke. J. Ferdinand kaasautoritega (6) seostab kroonilise pisikukandluse sagedamat esinemist naistel nende füsioloogiliste iseärasuste ja hormonaalse tegevusega.

Eesti NSV-s arvel olevatest kõhutüüfuse ja paratüüfuse kroonilistest pisikukandjatest eritab haigusetekitajaid 59,1% roojaga, 2,2% uriiniga ning 1,6%-l on pisikuid leitud ainult sapist. Segaeritajad, s. t. isikud, kel haigusetekitajad on korraga roojas, uriinis ja sapis, moodustavad 37,1% pisikukandjate üldarvust.

Kui meil ja mujal eritavad pisikukandjad haigusetekitajaid rõhuvas enamikus roojaga, siis D. Münnichi ja M. Lakatose (10) andmeil eritatakse Egiptuses kõhutüüfuse pisikuid enamasti uriiniga, sest seal esineb laialdaselt šistosomatoosist põhjustatud kuseteede- ja kusepõie-kahjustusi.

Eesti NSV pisikukandjail on kaasneva haigusena sedastatud 12,9%-l juhtudest sapipõie- või sapiteede põletikke, neeru- ja kuseteede haigusi tuleb ette 2,7%.

Märkimist väärib veel see, et kuigi kroonilised pisikukandjad Eesti NSV-s on vanemad inimesed, siiski registreeritakse kõhutüüfusesse ja paratüüfusesse haigestumist meil kõige sagedamini noorte, 10 ... 14 aasta vanuste hulgas.

Vabariigi kroonilistest pisikukandjatest 44,2% on koduperenaised või pensionärid, 9,1% aga on paigutatud invaliidide kodudesse. Mis puutub kroonilisse pisikukandlusse pärast kõhutüüfuse või paratüüfuse põdemist, siis kujunes see 5,9%-l juba ravil viibimise ajal. Esimesel aastal pärast haiglaravi tehti pisikukandlus kindlaks 5,4%-l juhtudest, osal aga on haigusetekitajad avastatud alles siis, kui haiguse põdemisest oli möödunud mitukümmend aastat.

Osa kroonilistest pisikukandjatest eritab pisikuid pidevalt, osal aga leitakse neid ainult aeg-ajalt. Meil arvel olevatest kõhutüüfuse pisikukandjatest avastatakse haigusetekitajaid pidevalt 21,6%, paratüüfuse puhul on see protsent kõrgem ja võrdub 28,1-ga. 36%-l on avastatud kõhutüüfuse ja paratüüfuse pisikuid bakterioloogilistel uurimistel. Plaanilistel ja profülaktilistel uurimistel on pisikukandjatest kindlaks tehtud 34,4%. Isoleeritud *S. typhosa* kultuurid kuuluvad 17 ja *S. paratyphi B* kultuurid 4 fagotüüpi. Nagu haigetel, nii ka pisikukandjatel prevaleerib kõhutüüfuse juhtudel fagotüüp E_1 ja paratüüfuse juhtudel fagotüüp *Dundee*. Selline parallelism kinnitab omakorda seost pisikukandjate ja haigusjuhtude vahel.

Arvel olevatest kõhutüüfuse ja paratüüfuse pisikukandjatest on 47,6% olnud uue haigestumise allikaks. Enamikus on nad nakatanud vaid 1 või 2 isikut. Mõned on põhjustanud ka rohkem haigusjuhte.

Kõhutüüfuse krooniline pisikukandja M. P., praegu 89 aastat vana, põdes kõhutüüfust 1945. aastal. Krooniline pisikukandlus avastati tal 1956. aastal nakkuskolde uurimisel. Elas ühes vabariigi asulas, mida läbib jõgi. Aastail 1956 ... 1964 nakatas kõhutüüfusesse 35 inimest. Et tema imbkaevisega käimlast ja pesu loputamise veest reostus lähikonnas asuva jõe vesi, põhjustas see 1956. ja 1960. aastal kõhutüüfuse leviku vee vahendusel. Nii pisikukandjal kui ka haigetel avastati sama *S. typhosa* fagotüüp — E_2. Pärast nõuetekohase individuaalkäimla ehitamist ja asulas kanalisatsioonivõrgu ning tsentraliseeritud veevarustuse rajamist kadusid nakkuse leviku võimalused. Viimase nelja aasta jooksul kuni Kernu invaliidide-kodusse paigutamiseni 24. IV 1968. a. ei nakatanud M. P. enam ühtegi inimest.

Kui arvestada pisikukandluse olulist tähtsust kõhutüüfuse ja paratüüfuse epidemioloogias, on see probleem pidevalt olnud vabariigi sanitaar-epidemioloogiaasutuste erilise tähelepanu objektiks. Igas sanitaar- ja epidemioloogiajaamas ning -osakonnas täidetakse kroonilise pisikukandja kohta arvestuskaart (vorm nr. 30 b), mida täiendatakse uute andmetega. Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas on pisikukandjate kohta koostatud koondkartoteek. Arvelolijaid uuritakse ja dispanseeritakse eeskirjade kohaselt (2, 5). Tallinnas ning mõnes teises linnas ja rajoonis varustatakse pisikukandjaid desinfitseerivate ainetega süstemaatiliselt ning antakse nende kasutamise juhiseid.

Pisikukandjate avastamiseks korraldatakse meil massilisi bakterioloogilisi uurimisi. Nii uuriti ainuüksi 1967. a. profülaktiliselt 66 480 toitlustusettevõtete, laste- ja tervishoiuasutuste töötajat, kelle hulgas ainult kolmel avastati kõhutüüfuse ja ühel paratüüfuse B pisikud. Et sellistel uurimistel avastatakse pisikukandjaid haruharva, tuleb kaaluda profülaktiliste uurimiste arvu piiramist ja tööjõu ning materiaalsete vahendite suunamist hoopis vajalikumate epideemiatõrje ülesannete täitmiseks.

Viimastel aastatel on kaksteistsõrmiksoole sondeerimisel saadud materjale hakatud rohkem bakterioloogiliselt uurima salmonellade suhtes. Nii uuriti 1966. a. bakterioloogiliselt 8451 sapiproovi, kusjuures 10 isikul avastati kõhutüüfuse ja ühel paratüüfuse B tekitajad. Veel otstarbekam on uurida kõhutüüfust või paratüüfust põdenuid, kes on arvelt kustutatud, eriti siis, kui nad olid haiged enne antibiootikumide tarvituselevõtmist. Näiteks Tallinnas uuriti 1960. aastal 195 isikut, kes kõhutüüfust või paratüüfust olid ammu põdenud, kusjuures 6%-l neist avastati krooniline pisikukandlus.

Viimastel aastatel on vabariigis krooniliste pisikukandjate kindlakstegemiseks hakatud rakendama Vi-hemaglutinatsioonireaktsiooni ja määratud 7S-antikehi, mis kasutusel olnud seroloogi-

listest uurimismeetoditest on märgatavalt tundlikumad.

Esimesena Nõukogude Liidus avati Eesti NSV-s 1966. a. algul invaliidide kodudes kaks eriosakonda krooniliste pisikukandjate paigutamiseks. Kui varem peaaegu igal aastal esines invaliidide varjupaikades või nende ümbruses elunevate inimeste hulgas kõhutüüfusesse või paratüüfusesse haigestumise juhte, siis pärast eriosakondade avamist pole invaliididest pisikukandjad enam põhjustanud ühtegi haigestumist. Märkimist väärib ka krooniliste pisikukandjate elamistingimuste parandamine. Tervishoiuorganite ettepanekul on neile vajaduse korral eraldatud uued, sanitaarnõuetele vastavad korterid.

Kirjeldatud abinõudele vaatamata esineb krooniliste pisikukandjate avastamises ja nende meditsiinilises teenindamises veel puudusi, mis tuleb kõrvaldada.

Kui arvesse võtta seda, et kroonilist pisikukandlust soodustab spetsiifilise raviga hilinemine, on eriti tähtis haigete õigeaegne avastamine ja haiglasse paigutamine. Kuni viimase ajani hospitaliseeritakse meil valdav enamik kõhutüüfust ja paratüüfust põdevaist haigeist tunduva hilinemisega. Nii näiteks saadeti 1967. aastal statsionaari esimese viie päeva jooksul ainult 18% aasta kestel haigestunuist. Võrdlemisi piiratud ulatuses rakendatakse meil ka nn. provisoorset hospitaliseerimist, mille eesmärgiks on kõigi kõhutüüfuse või paratüüfuse suhtes kahtlaste haigete igakülgne varajane uurimine.

Verekülve, mis kõhutüüfuse ja paratüüfuse varasel diagnoosimisel on eriti oluline, tehakse meil üsna piiratud ulatuses. 1966. aasta andmetega võrreldes on verekülvide arv 1967. aastal koguni 31,5% võrra vähenenud.

Kuigi NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium juba 1965. aastal andis välja metoodilise juhendi kõhutüüfust ja paratüüfust põdevate haigete kompleksseks raviks antibiootikumide ja vaktsiiniga (4), on seda raviviisi meil vähe kasutatud. A. Bilibini ja kaasautorite (1) jt. andmeil vähendab ravi kirjeldatud meetodil retsidiivide arvu ja ühtlasi kroonilist pisikukandlust.

T. Vogelsangi (13), F. Klose ja H. Knothe (9) jt. autorite tähelepanekuil annab kõhutüüfuse ja paratüüfuse kroonilise pisikukandluse likvideerimisel võrdlemisi häid tulemusi sapipõie eemaldamine (kusjuures manustatakse ühtlasi antibiootikume suurtes annustes). Sellist meetodit ei ole teada olevail andmeil Eesti NSV-s veel sihipäraselt rakendatud. Meil tasuks sellele mõelda.

Pisikukandjate teenindamisel pööratakse pahatihti vähe tähelepanu nende psüühikale ja iatrogeenia vältimisele. Mitteküllaldane on vastavasuunaline sanitaarharidustöö.

Krooniline pisikukandlus on kõhutüüfuse ja paratüüfuse epidemioloogia kardinaalsemaid küsimusi, mille edukas lahendamine sõltub kõigi meditsiinitöötajate edaspidisest põhjalikult läbimõeldud plaanipärasest koostööst.

РЕЗЮМЕ. Определенное значение в эпидемическом процессе брюшного тифа и паратифа, а также в стабилизации заболеваемости в Эстонской ССР имеет хроническое бактерионосительство. Бактерионосители составляют 60—70% из всех установленных источников инфекции в республике, причем примерно в $^3/_4$ случаев заболевание обусловливают ранее невыявленные носители.

Из состоящих на учете хронических бактерионосителей 79% выделяют возбудителей брюшного тифа, 20,5% паратифа *B* и 0,5% паратифа *A*. 49,5% носителей не имеют в анамнезе тифо-паратифозных заболеваний. 90,9% бактерионосителей составляют женщины. 70% бактерионосителей — лица старше 50 лет. 59,1% носителей выделяют возбудителей с испражнениями, 2,2% с мочой и у 1,6% возбудитель обнаружен лишь в желчи; у 37,1% носителей возбудитель обнаруживался одновременно в испражнениях, моче или желчи. У 5,9% бактерионосительство возникло уже во время лечения в стационаре. В первый год после выписки из больницы бактерионосительство было установлено в 5,3% случаев, у части носителей лишь через несколько десятков лет после заболевания. У 21,6% бактерионосителей хронически обнаруживаются бактерии брюшного тифа и у 28,1% — паратифа. Выделенные от бактерионосителей культуры возбудителя брюшного тифа принадлежали к 17 и паратифа *B* к 4 фаготипам. Как у больных, так и бактерионосителей в случае брюшного тифа превалирует фаготип E_1 и в случае паратифа Дунде. 47,6% носителей являлись источником новых заболеваний. В большинстве случаев они заразили только 1 или 2 человек.

На Республиканской санитарно-эпидемиологической станции составлена сводная картотека для учета хронических бактерионосителей, которая постоянно пополняется новыми данными. Бактерионосители обслуживаются согласно существующим предписаниям. Для выявления хронических бактерионосителей оказалось целесообразным обследование переболев-

ших, уже снятых с учета; особенно тех, кто переболели до периода применения антибиотиков. В последние годы для выявления бактерионосителей в республике стали применять реакцию Ви-гемагглютинации и определение 7*S* антител, которые являются более чувствительными по сравнению с прежними серологическими методами исследования. В Эстонской ССР впервые в Советском Союзе в начале 1966 г. для размещения хронических бактерионосителей были организованы два специальных отделения при домах инвалидов.

Однако до сих пор имеет место поздняя госпитализация больных брюшным тифом и паратифом. Провизорная госпитализация применяется еще ограниченно. Мало делается посевов крови на гемокультуру. Несмотря на то, что еще в 1965 г. Министерством здравоохранения СССР было издано методическое письмо по комбинированному лечению антибиотиками и вакциной, этот метод лечения применяется недостаточно.

Хроническое бактерионосительство является кардинальным вопросом эпидемиологии брюшного тифа и паратифа, успешное решение которого зависит от дальнейшей целенаправленной работы всех медицинских работников.

KIRJANDUS: 1. Билибин А. Ф., Мусабаев И. К., Медведев А. С. и др. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., Сообщение I, 1966, 3, 107—112; Сообщение II, 1966, 4, 73—80. — 2. Инструкция по выявлению, учету и наблюдению за брюшнотифозными и паратифозными бактерионосителями. М., 1961. — 3. Люксембург К. И. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1968, 2, 139—143. — 4. Методическое письмо по лечению антибиотиками и вакциной больных брюшным тифом и паратифами (временное). М., 1965. — 5. Методическое письмо по ранней диагностике и лечению больных брюшным тифом и паратифами и диспансерному наблюдению за реконвалесцентами. М., 1961. — 6. Фердинанд Я. М., Лебедева Е. А., Марисова А. П. и др. Доклады итоговой научно-производственной конференции ин-та ЭМГ, Ростов-на-Дону, 1965, 3—6. — 7. Bierschenk, H. Z. ärztl. Fortbild. 1966, 6, 355—357. — 8. Gärtner, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1966, 17, 803—812. — 9. Klose, F., Knothe, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1967, 43, 1977—1978. — 10. Münnich, D., Lakatos, M. Z. inn. Med., 1963, 15, 694—701. — 11. Rasch, H. Z. ärztl. Fortbild., 1964, 6, 335—346. — 12. Seidler, L., Kazmar, A. Z. ärztl. Fortbild. 1967, 18, 925—926. — 13. Vogelsang, Th. J. Hyg., 1964. 4, 443—449.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

INFEKTSIOOSSE MITTESPETSIIFILISE POLÜARTRIIDI RÖNTGENDIAGNOOSIMISEST

ARTEMI VAPRA

Tartu

UDK 616.72-002-031.1-022 : 616-073.75

Kroonilistest liigesehaigustest on levinumaid nakkuslik mittespetsiifiline (reumatoidne) polüartriit (1). USA-s kannatab reumatoidartriidi all 2,7% ja Rootsis 2% elanikkonnast. 5000 moskvalase uurimisel selgus, et neist 1%-l esines nimetatud haigus (2).

Reumatoidartriidi diagnoosimises kuulub oluline koht ka röntgendiagnoosimisele. Kasutatakse röntgenograafiat, tomograafiat ja röntgenpneumograafiat. Liigest on vaja pildistada kahes suunas (otse- ja külgsuunas), kusjuures ülesvõtted tuleb teha kummastki liigesest. Mõnikord võib parema ülevaate anda tomogramm, sest tavalise röntgenograafia abil ei õnnestu avastada usuure liigese pinnal.

Nakkusliku mittespetsiifilise polüartriidi korral on kõige raskemini ja sagedamini kahjustatud luu, kõhr, liigese kapsli sünoviaal- ja fibrooskiht, lihased, kõõlused, nahk ja nahaalune kude. Seoses sellega on röntgenoloogilisel teel avastatavad sümptoomid liigestes mitmesugused. Kõige varajasemaks ja sagedamaks sümptoomiks on osteoporoos. Haiguse algul on see regionaalset laadi

ja hõlmab luu liigeselähedasi osi, kusjuures iseloomulikum on mitte kolde-line, vaid difuusselt väljakujunenud osteoporoos (11). Mõnel juhul võib osteoporoosi täheldada juba 7 . . . 10. päeval pärast haiguse kliiniliste nähtude ilmnemist (3). Mitmete autorite (11, 16, 17) uurimused näitavad, et osteoporoosi intensiivsus on reumatoidartriiti põdevatel haigetel otseses seoses haiguse vältuse, aktiivsuse, liigese funktsiooni häire ja lihaste atroofiaga. J. Homjakovi (11) andmeil täheldatakse esimesel poolaastal pärast haigestumist seda 63,3%-l, teise poolaasta lõpul aga 96,7%-l haigetest. Kui haigus on väldanud üle aasta, siis juba kõikidel haigetel. Kui on tegemist üksnes eksudatiivsete muutustega liigeses, siis esineb osteoporoos nõrgemal kujul. Proliferatiivsete muutuste tekkimisel, eriti anküloosi kujunemisel, muutub osteoporoos püsivaks ja röntgenoloogilisel teel kindlakstehtavaks sümptoomiks. Liigeste degeneratiivsete ja düstroofiliste kahjustuste korral seda varajastes staadiumides ei täheldata, seetõttu võib sellel sümptoomil olla kindel koht diferentsiaaldiagnoosimisel. Artroosi hilisstaadiumis esineb tavaliselt mõõdukas osteoporoos, mis on kombineerunud tsüstilise luumuutusega (3).

Osteoporoosi raskusastme hindamisel on tarvis arvesse võtta ka haige vanust. Neljakümneaastasel haigel võib juba esineda vähene osteoporoos, mis süveneb 41 . . . 60. eluaasta vahel; üle 60 aasta vanustel inimestel on see juba rohkem välja kujunenud (11).

Osteoporoos võib areneda ka steroidhormoonide kasutamisel pika aja jooksul, kusjuures see võib põhjustada isegi patoloogilisi luumurde (4, 6, 9).

Sageduse järgi teiseks röntgenoloogilisel teel avastatavaks sümptoomiks on liigesepilu kitsenemine (7, 10, 12, 14). Oluline on, et kitsenemine toimuks osteoporoosi foonil ning ühel ja samal ajal kitseneks mitu liigesepilu. Kõige varem kitseneb liigesepilu käte proksimaalsetes interfalangeaalliigestes, harvem metakarpo-falangeaal- ja karpometakarpaal-interkarpaal-, randme-, küünar- ja õlaliigestes (10). Alajäsemete liigestest täheldatakse seda nähtu sagedamini põlveliigestes (10). Liigesepilu kitsenemine on tingitud kõhre destruktsioonist. Esimesel haigusaastal sedastatakse kitsenemist harva. Naishaigetel on seda sümptoomi leitud sagedamini (12).

Röntgenogrammil 1 (vt. tahvel XV) on näha haige H. M. parempoolne õlaliiges (haige on reumatoidartriidi all kannatanud üle 10 aasta), esinevad liigesepilu kitsenemine ja osteoporoos õlavarreluus (eriti liigese lähedal).

Üks iseloomulikumaid röntgenoloogilisel teel avastatavaid sümptoome on luuliste liigeseosade deformeerumine, mis võib tekkida liigese pinna äärtel erosioonide, usuuride ning vohandite näol. See sümptoom kujuneb osteoporoosi ja liigesepilu kitsenemise foonil. Sagedamini leitakse usuure käel metakarpo-falangeaal- ja proksimaalsete interfalangeaalliigeste äärtel (3). Peale pindmiste erosioonide võivad tekkida ka nn. pseudotsüstid, mis asetsevad luu sügavuses normaalse liigesekõhre lähedal. Pseudotsüstid võivad ilmuda tunduvalt varem kui pindmised erosioonid ja need võivad olla reumatoidartriidi röntgenoloogilisel teel avastatavateks varajasemateks sümptoomideks (15). Kui haiguse kulg on raske ja pikaajaline, kujunevad mitmes liigeses välja tunduvad deformatsioonid, sest usuratsioon on levinud kogu liigese pinnale. Destruktsioon hõlmab ka liigese lähedal olevaid luulisi osi (18).

Subluksatsioonide ja deviatsioonide teke näitab, et tegemist on raskete liigese muutustega. Sagedamini esinevad subluksatsioonid metakarpo-falangeaalliigestes ja samal ajal täheldatakse deviatsiooni ulnaarses suunas. Subluksatsioon ja ulnaarne deviatsioon ei ole üksnes liigese pinna destruktsiooni väljendus, vaid need on tingitud ka haigestunud lihaste atroofiast ja kontraktuuridest.

Röntgenogrammil 4 (vt. tahvel XVI) võib näha metakarpo-falangeaalliigestes subluksatsiooni ja ulnaarset deviatsiooni. Metakarpo-falangeaalliigeste liigesepinnad on tunduvalt destrueerunud. Falangeaalliigeste proksimaalsed pinnad destrueerunud ja liigesepilud kitsenenud. Karpaalluudes esinevad tunduv osteoporoos ja liigesepilude kitsenemine. Deformatsioone on samuti karpo-metakarpaalliigeste pindadel. Randmeliigeses liigesepilu kitsenemine. (Haige A. V. on reumatoidartriidi all kannatanud üle 10 aasta.)

Röntgenogramm 3

Röntgenogramm 2

Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 4

Kõige raskemaks anatoomiliseks muutuseks on luuline anküloos (5, 8, 13), mille tekkimisel liigese liikumisvõime kaob. Luulised anküloosid tekivad haiguse hilisstaadiumis. Anküloose täheldatakse sagedamini karpo-metakarpaal-, interkarpaal-, radiokarpaal- ning küünar- ja põlveliigeses.

Röntgenogrammidel 2 ja 3 (vt. tahvel XV), millel on toodud parempoolne põlveliiges otse- ja külgsuunas, võib näha tunduvat osteoporoosi; liigesepilu on peaaegu täiesti kadunud — tegemist on väljakujunenud anküloosiga. (Haige V. T. on reumatoidartriidi all kannatanud üle 10 aasta).

Haiguse hilisstaadiumis tekivad liigese pinna lähedal eksostoosid. Kuid tavaliselt on ülekaalus siiski luu lõhustumise protsessid. Võib alguse saada ka kõõluste luustumine nende kinnituskohtadel — peamiselt küünar- ja põlveliigesel.

Röntgenoloogiline uurimine võimaldab jälgida patoloogiliste muutuste arenemist liigestes ja luudes. Röntgenoloogilisel teel avastatavad sümptoomid on patoloogilise protsessi kõige ilmekamad näitajad. USA Reumatoloogia Assotsiatsioon on reumatoidartriidi liigitanud järgmistesse staadiumidesse [anatoomilis-röntgenoloogiliste sümptoomide järgi (3)].

I staadium — osteoporoos, destruktiivsed muutused liigestes puuduvad.

II staadium — mõõdukas luu ja kõhre kahjustus, liigesepilu vähene kitsenemine, luudes üksikud usuurid.

III staadium — tunduv liigesekõhre kahjustus, liigesepilu väljakujunenud kitsenemine, hulgalised usuurid, subluksatsioonid, deviatsioon ulnaarses suunas.

IV staadium — III staadiumi sümptoomid + anküloos.

Kui iga üksikult võetud sümptoom ei tõesta reumatoidartriidi olemasolu, siis on nende omavaheline kombineerumine ja järjestus sümptoomide tekkes väärtuslik täiendus infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi diagnoosimisel. Röntgenoloogiline uurimine võimaldab objektiivsemalt hinnata liigeste ja luude haigestumist. Röntgenogrammide tegemine enne ja pärast ravi annab parema ülevaate haiguse dünaamikast.

Röntgenoloogilise uurimise tulemusi on vaja kõrvutada haiguse kliinilise pildi ja laboratoorsete näitajatega. Kõiki andmeid koos hinnates saab parema ülevaate haige seisundist.

РЕЗЮМЕ. Среди различных методов исследования, используемых в диагностике инфекционного неспецифического полиартрита, важная роль должна принадлежать рентгенологическому исследованию. Наиболее ранним и частым рентгенологическим симптомом инфекционного неспецифического полиартрита является остеопороз. Вторым по частоте — сужение суставных щелей. Наиболее характерный рентгенологический признак инфекционного неспецифического полиартрита — деформация суставных отделов костей, которая проявляется в виде краевых узураций и краевых разрастаний суставных поверхностей.

К наиболее тяжелым изменениям в суставах относятся костные анкилозы, которые являются поздним проявлением этого заболевания. При анкилозах обнаруживается переход костных балок с одной кости на другую.

Среди других проявлений болезни, дополняющих рентгенологическую семиотику данного заболевания, следует назвать подвывихи пальцев в пястно-фаланговых суставах в ульнарную сторону.

Если каждый из отдельно взятых рентгенологических признаков не является доказательством наличия инфекционного неспецифического полиартрита, то сочетание и последовательность их развития являются убедительным свидетельством в пользу диагноза этого заболевания.

Рентгенологические данные, полученные при клиническом обследовании больных инфекционным неспецифическим полиартритом, должны быть использованы с обязательным учетом общей клинической картины заболевания.

KIRJANDUS: 1. Астапенко М. Г. Инфекционный неспецифический полиартрит. М., 1956. — 2. Он же. Терапевт. архив, 1967, 9, 15—21. — 3. Астапенко М. Г., Пихлак Э. Г. Болезни суставов. М., 1966. — 4. Вапра А. и Кантер Х. Вопр. ревматизма, 1967, 3, 80—82. — 5. Дьяченко В. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1958. — 6. Машкиллейсон А. Л. Вестн. рентгенол. и радиол. 1962, 2, 70—71. — 7. Покровский Е. А., Хилевский К. В. В кн.: Вопросы физиотерапии и курортологии. Свердловск, 1956, 110. — 8. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. 1964. — 9. Шульцев Г. П., Цыганова Н. М. Труды Центр. ин-та усоверш. врачей. М., 1964, т. 73, 129—141. — 10. Хомяков Ю. С. Вестн. рентгенол. и радиол. 1965, 2, 17—20. — 11. Хомяков Ю. С. Вестн. рентгенол. и радиол. 1966, 6, 21—32. — 12. Хомяков Ю. С. и Крикунов В. П. Вопр. ревматизма. 1965, 1, 46—49. — 13. Deak, P. u. Fried, L. A. Diagnostik der Knochen und Gelenkkrankheiten nach führenden Röntgensymptomen. Budapest, 1966. — 14. Schinz, H. R., Baensche, B., Friedel, E. Lehrbuch der Röntgendiagnostik, Band I. 1932. Leipzig. — 15. Stréda, A., Pazderka, V. Roentgenogram of Hands in Rhematoid Arth-

ritis in the Light of Anatomical Correlations. II Congresus rheumatologicus cehoslovacus. Pientary, 1964, 49—50. — 16. Stöberl, F. Stand der Röntgendiagnostik der progressiven chronischen Polyarthritis. München, 1965. — 17. Thould, A. K. a. Simon, G. Ann. Rheum. Diseases 1966, 25, 3, 220—228. — 18 Tichy, H., Seidel, K., Heidelmann, G. Lehrbuch der Rheumatologie, Berlin, 1959.

Tartu Riiklik Ülikool

EESTI LASTE FÜÜSILINE ARENG KUNI 3 AASTANI

ITTA LEVIN
Tallinn

UDK 612.653(474.2-20)+572.087

Füüsilise arengu näitajad kuuluvad tervisliku seisundi põhinäitajate hulka. Inimese füüsilise arengu astet hinnatakse mitte ühe, vaid mitme näitaja alusel. Selle määrab kõikide anatoomiliste ja füsioloogiliste omaduste kompleks. Kuid kõik näitajad ei väljendu ühtemoodi. Seepärast arvestatakse füüsilise arengu astme kindlakstegemisel harilikult ainult organismi neid omadusi, mis avalduvad ilmekalt ja mida kvantitatiivselt on kergem hinnata.

Füüsilist arengut on võimalik uurida kolmes järgmises suunas:

1) füüsilise arengu dünaamika uurimine üksikute elanikkonna-gruppide hulgas (3 . . . 5 aasta järel);

2) kohalike sooliste ja vanuseliste standardite (normatiivide) arvutamine eri rahvuste kohta;

3) vanuseliste seaduspärasuste uurimine seoses toitlustamise, elutingimuste, spordiharrastuste, tervistavate ürituste, tervisliku seisundi ja muuga.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli kohalike sooliste ja vanuseliste standardite arvutamine eesti rahvusest Tallinna laste kohta vanuses 0 . . . 3 aastat.

Füüsilise arengu näitajad varajases lapseeas on eri linnade lastel erinevad ja normatiivid ei saa olla universaalsed kogu riigi ulatuses. Kõik keskmised näitajad on rangelt «kohalikud» ja neid võib kasutada füüsilise arengu astme individuaalse hindamise normatiividena vaid nendes rajoonides ja linnades, kust nad on saadud.

Meie uurimisprogramm oli küllaltki kokku surutud ja sisaldab järgmisi antropomeetrilisi (morfoloogilisi) tunnuseid: 1) keha pikkus (kuni 2 aasta vanustel lastel lamades, üle 2 aasta vanustel seistes), 2) keha kaal, 3) rinna ümbermõõt rahuseisundis ja 4) pea ümbermõõt.

Standardid on välja arvutatud järgmistele vanuserühmadele: 1) vastsündinud, 2) üheaastased lapsed (9 kuud kuni 1 aasta 2 kuud 29 päeva), 3) poolteiseaastased lapsed (1 aasta 3 kuud kuni 1 aasta 8 kuud 29 päeva), 4) kaheaastased lapsed (1 aasta 9 kuud kuni 2 aastat 2 kuud 29 päeva), 5) kahe ja poole aastased lapsed (2 aastat 3 kuud kuni 2 aastat 8 kuud 29 päeva), 6) kolmeaastased lapsed (2 aastat 9 kuud kuni 3 aastat 2 kuud 29 päeva).

Igas vanuserühmas uuriti 100 last.

Käesolevas artiklis on esitatud andmed ühe-, kahe- ja kolmeaastaste laste kohta.

Antropomeetrilised mõõtmised tehti vastsündinutel 1963. a. jooksul Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakondades ning sõimeealistel lastel 1963. ja 1964. a. sügisel Tallinna lastesõimedes ning lastepäevakodudes. Et standardite arvutamiseks tarvismineval hulgal polnud sõimeealisi lapsi võimalik ühe aasta jooksul (1963. a.) uurida, siis tuli mõõtmisi korrata ka järgmisel aastal. Näitajad ongi arvutatud kahe aasta andmete põhjal.

Antropomeetrilistel mõõtmistel saadud andmete läbitöötamiseks on rakendatud põhitunnuste korrelatsioonsidemeetodit [A. Stavitskaja ja D. Aron (4)]. Arvulised andmed töötlesime Tartu

Eesti linnalaste füüsilise arengu (regressiooniastmestik kasvu järgi) hindamise tabel Tallinn, 1963. ja 1964. a.

Ühe aasta vanused poeglapsed

	Kasv cm	Kaal kg			Rinna ümbermõõt cm			Pea ümbermõõt cm		
		$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$
Väike kasv (M−2σ ja vähem)	66	5,7	8,3	10,9	42,4	45,6	48,8	41,9	45,1	48,3
	67	5,9	8,5	11,1	42,7	45,9	49,1	42,1	45,3	48,5
Alla keskmise (M−1σ kuni M−2σ)	68	6,1	8.7	11,3	43,0	46,2	49,4	42,4	45,6	48,8
	69	6,4	9,0	11,6	43,3	46,5	49,7	42,6	45,8	49,0
	70	6,6	9,2	11,8	43,6	46,8	50,0	42,8	46,0	49,2
	71	6,8	9,4	12,0	44,0	47,2	50,4	43,1	46,3	49,5
Keskmine kasv (M±1σ)	72	7,0	9,6	12,2	44,3	47,5	50,7	43,3	46,5	49,7
	73	7,2	9,8	12,4	44,6	47,8	51,0	43,6	46,8	50,0
	74	7,5	10,1	12,7	44,9	48,1	51,3	43,8	47,0	50,2
	75	7,7	10,3	12,9	45,2	48,4	51,6	44,1	47,3	50,5
	76	7,9	10,5	13,1	45,5	48,7	51,9	44,3	47,5	50,7
	77	8,1	10,7	13,3	45,8	49,0	52,2	44,5	47,7	50,9
	78	8,3	10,9	13,5	46,1	49,3	52,5	44,8	48,0	51,2
	79	8,6	11,2	13,8	46,4	49,6	52,8	45,0	48,2	51,4
	80	8,8	11,4	14,0	46,7	49,9	53,1	45,3	48,5	51,7
Üle keskmise (M+1σ kuni M+2σ)	81	9,0	11,6	14,2	47,1	50,3	53,5	45,5	48,7	51,9
	82	9.2	11,8	14,4	47,4	50,6	53,8	45,7	48,9	52,1
	83	9,4	12,0	14,6	47,7	50,9	54,1	46,0	49,2	52,4
	84	9,7	12,3	14,9	48,0	51,2	54,4	46,2	49,4	52,6
Pikk kasv (M+2σ ja enam)	85	9,9	12,5	15,1	48,3	51,5	54,7	46,5	49,7	52,9
	86	10,1	12,7	15,3	48,6	51,8	55,0	46,7	49,9	53,1
	M=76,0 σ= 3,8	M =10,5 σ_R = 2,6 $R\frac{y}{x}$ = 0,22			M =48,7 σ_R = 3,2 $R\frac{y}{x}$ = 0,31			M =47,5 σ_R = 3,2 $R\frac{y}{x}$ = 0,24		

Ühe aasta vanused tütarlapsed

	Kasv cm	Kaal kg			Rinna ümbermõõt cm			Pea ümbermõõt cm		
		$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$
Väike kasv (M−2σ ja vähem)	65	6,3	9,2	12,1	42,9	46,2	49,5	42,3	45,7	49,1
	66	6,5	9,4	12,3	43,1	46,4	49,7	42,4	45,8	49,2
	67	6,6	9,5	12,4	43,3	46,6	49,9	42,5	45,9	49,3
Alla keskmise (M−1σ kuni M−2σ)	68	6,8	9,7	12,6	43,5	46,8	50,1	42,6	46,0	49,4
	69	6,9	9,8	12,7	43,7	47,0	50,3	42,7	46,1	49,5
	70	7,1	10,0	12,9	43,9	47,2	50,5	42,8	46,2	49,6
Keskmine kasv (M±1σ)	71	7,2	10,1	13,0	44,1	47,4	50,7	42,9	46,3	49,7
	72	7,4	10,3	13,2	44,3	47,6	50,9	43,0	46,4	49,8
	73	7,5	10,4	13,3	44,5	47,8	51,1	43,0	46,4	49,8
	74	7,7	10,6	13,5	44,6	47,9	51,2	43,1	46,5	49,9
	75	7,8	10,7	13,6	44,8	48,1	51,4	43,2	46,6	50,0
	76	8,0	10,9	13,8	45,0	48,3	51,6	43,3	46,7	50,1
	77	8,1	11,0	13,9	45,2	48,5	51,8	43,4	46,8	50,2
	78	8,3	11,2	14,1	45,4	48,7	52,0	43,5	46,9	50,3
Üle keskmise (M+1σ kuni M+2σ)	79	8,4	11,3	14,2	45,6	48,9	52,2	43,6	47,0	50,4
	80	8,6	11,5	14,4	45,8	49,1	52,4	43,7	47,1	50,5
	81	8,7	11,6	14,5	46,0	49,3	52,6	43,8	47,2	50,6
	82	8,9	11,8	14,7	46,2	49,5	52,8	43,9	47,3	50,7
Pikk kasv (M+2σ ja enam)	83	9,0	11,9	14,8	46,4	49,7	53,0	44,0	47,4	50,8
	84	9,2	12,1	15,0	46,6	49,9	53,2	44,1	47,5	50,9
	85	9,3	12,2	15,1	46,7	50,0	53,3	44,2	47,6	51,0
	M=74,8 σ= 3,5	M =10,7 σ_R = 2,9 $R\frac{y}{x}$ = 0,15			M =48,09 σ_R = 3,3 $R\frac{y}{x}$ = 0,19			M =46,6 σ_R = 3,4 $R\frac{y}{x}$ = 0,09		

Kahe aasta vanused poeglapsed

	Kasv cm	Kaal kg			Rinna ümbermõõt cm			Pea ümbermõõt cm		
		$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$
Väike kasv (M−2σ ja vähem)	80	9,1	12,1	15,1	47,0	50,1	53,2	46,2	49,6	53,0
Alla keskmise (M−1σ kuni M−2σ)	81	9,3	12,3	15,3	47,3	50,4	53,5	46,3	49,7	53,1
	82	9,4	12,4	15,4	47,5	50,6	53,7	46,3	49,7	53,1
	83	9,6	12,6	15,6	47,8	50,9	54,0	46,4	49,8	53,2
Keskmine kasv (M±1σ)	84	9,8	12,8	15,8	48,0	51,1	54,2	46,4	49,8	53,2
	85	9,9	12,9	15,9	48,3	51,4	54,5	46,5	49,9	53,3
	86	10,1	13,1	16,1	48,5	51,6	54,7	46,5	49,9	53,3
	87	10,3	13,3	16,3	48,8	51,9	55,0	46,6	50,0	53,4
	88	10,5	13,5	16,5	49,0	52,1	55,2	46,6	50,0	53,4
	89	10,6	13,6	16,6	49,3	52,4	55,5	46,7	50,1	53,5
	90	10,8	13,8	16,8	49,5	52,6	55,7	46,7	50,1	53,5
	91	11,0	14,0	17,0	49,8	52,9	56,0	46,8	50,2	53,6
Üle keskmise (M+1σ kuni M+2σ)	92	11,1	14,1	17,1	50,0	53,1	56,2	46,8	50,2	53,6
	93	11,3	14,3	17,3	50,3	53,4	56,5	46,9	50,3	53,7
	94	11,5	14,5	17,5	50,5	53,6	56,7	46,9	50,3	53,7
	95	11,6	14,6	17,6	50,8	53,9	57,0	47,0	50,4	53,8
Pikk kasv (M+2σ ja enam)	96	11,8	14,8	17,8	51,0	54,1	57,2	47,0	50,4	53,8
	97	12,0	15,0	18,0	51,3	54,4	57,5	47,1	50,5	53,9
	98	12,2	15,2	18,2	51,5	54,6	57,7	47,1	50,5	53,9
	99	12,3	15,3	18,3	51,8	54,9	58,0	47,2	50,6	54,0
	100	12,5	15,5	18,5	52,0	55,1	58,2	47,2	50,6	54,0
	M=87,7 σ= 3,5	M =13,4 σ_R= 3,0 $R\frac{y}{x}$ = 0,17			M =52,0 σ_R= 3,1 $R\frac{y}{x}$ = 0,25			M =50,0 σ_R= 3,4 $R\frac{y}{x}$ = 0,05		

Kahe aasta vanused tütarlapsed

	Kasv cm	Kaal kg			Rinna ümbermõõt cm			Pea ümbermõõt cm		
		$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$
Väike kasv (M−2σ ja vähem)	75	9,7	10,7	11,7	47,9	50,1	52,3	45,9	46,8	47,7
	76	9,9	10,9	11,9	48,0	50,2	52,4	46,1	47,0	47,9
	77	10,1	11,1	12,1	48,1	50,3	52,5	46,3	47,2	48,1
Alla keskmise (M−1σ kuni M−2σ)	78	10,3	11,3	12,3	48,2	50,4	52,6	46,4	47,3	48,2
	79	10,5	11,5	12,5	48,3	50,5	52,7	46,6	47,5	48,4
	80	10,7	11,7	12,7	48,4	50,6	52,8	46,8	47,7	48,6
	81	10,9	11,9	12,9	48,5	50,7	52,9	46,9	47,8	48,7
Keskmine kasv (M±1σ)	82	11,1	12,1	13,1	48,6	50,8	53,0	47,1	48,0	48,9
	83	11,3	12,3	13,3	48,7	50,9	53,1	47,3	48,2	49,1
	84	11,5	12,5	13,5	48,8	51,0	53,2	47,5	48,4	49,3
	85	11,7	12,7	13,7	48,9	51,1	53,3	47,6	48,5	49,4
	86	11,9	12,9	13,9	49,0	51,2	53,4	47,8	48,7	49,6
	87	12,1	13,1	14,1	49,1	51,3	53,5	48,0	48,9	49,8
	88	12,3	13,3	14,3	49,2	51,4	53,6	48,1	49,0	49,9
	89	12,5	13,5	14,5	49,3	51,5	53,7	48,3	49,2	50,1
Üle keskmise (M+1σ kuni M+2σ)	90	12,7	13,7	14,7	49,4	51,6	53,8	48,5	49,4	50,3
	91	12,9	13,9	14,9	49,5	51,7	53,9	48,6	49,5	50,4
	92	13,1	14,1	15,1	49,6	51,8	54,0	48,8	49,7	50,6
	93	13,3	14,3	15,3	49,7	51,9	54,1	49,0	49,9	50,8
Pikk kasv (M+2σ ja enam)	94	13,5	14,5	15,5	49,8	52,0	54,2	49,2	50,1	51,0
	95	13,7	14,7	15,7	49,9	52,1	54,3	49,3	50,2	51,1
	M=85,5 σ= 3,8	M =12,8 σ_R= 1,0 $R\frac{y}{x}$ = 0,20			M =51,1 σ_R= 2,2 $R\frac{y}{x}$ = 0,10			M =48,6 σ_R= 0,9 $R\frac{y}{x}$ = 0,17		

Kolme aasta vanused poeglapsed

	Kasv cm	Kaal kg			Rinna ümbermõõt cm			Pea ümbermõõt cm		
		$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$
Väike kasv (M−2σ ja vähem)	86	11,0	13,6	16,2	47,0	49,9	52,8	46,4	49,6	52,8
	87	11,1	13,7	16,3	47,3	50,2	53,1	46,6	49,8	53,0
Alla keskmise (M−1σ kuni M−2σ)	88	11,2	13,8	16,4	47,7	50,6	53,5	46,7	49,9	53,1
	89	11,3	13,9	16,5	48,0	50,9	53,8	46,9	50,1	53,3
	90	11,4	14,0	16,6	48,4	51,3	54,2	47,1	50,3	53,5
	91	11,6	14,2	16,8	48,7	51,6	54,5	47,2	50,4	53,6
Keskmine kasv (M±1σ)	92	11,7	14,3	16,9	49,1	52,0	54,9	47,4	50,6	53,8
	93	11,8	14,4	17,0	49,4	52,3	55,2	47,6	50,8	54,0
	94	11,9	14,5	17,1	49,8	52,7	55,6	47,8	51,0	54,2
	95	12,0	14,6	17,2	50,1	53,0	55,9	47,9	51,1	54,3
	96	12,2	14,8	17,4	50,5	53,4	56,3	48,1	51,3	54,5
	97	12,3	14,9	17,5	50,8	53,7	56,6	48,3	51,5	54,7
	98	12,4	15,0	17,6	51,2	54,1	57,0	48,4	51,6	54,8
	99	12,5	15,1	17,7	51,5	54,4	57,3	48,6	51,8	55,0
Üle keskmise (M+1σ kuni M+2σ)	100	12,6	15,2	17,8	51,9	54,8	57,7	48,8	52,0	55,2
	101	12,8	15,4	18,0	52,2	55,1	58,0	48,9	52,1	55,3
	102	12,9	15,5	18,1	52,6	55,5	58,4	49,1	52,3	55,5
	103	13,0	15,6	18,2	52,9	55,8	58,7	49,3	52,5	55,7
Pikk kasv (M+2σ ja enam)	104	13,1	15,7	18,3	53,3	56,2	59,1	49,4	52,6	55,8
	105	13,2	15,8	18,4	53,6	56,5	59,4	49,6	52,8	56,0
	106	13,4	16,0	18,6	54,0	56,9	59,8	49,8	53,0	56,2
	M=95,5 σ= 3,6	M =14,7 σ_R = 2,6 $R\frac{y}{x}$ = 0,12			M =53,2 σ_R = 2,9 $R\frac{y}{x}$ = 0,35			M =51,2 σ_R = 3,2 $R\frac{y}{x}$ = 0,17		

Kolme aasta vanused tütarlapsed

	Kasv cm	Kaal kg			Rinna ümbermõõt cm			Pea ümbermõõt cm		
		$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$	$-1\sigma_R$	M	$+1\sigma_R$
Väike kasv (M−2σ ja vähem)	84	12,7	13,7	14,7	49,7	51,8	53,9	47,9	49,0	50,1
	85	12,9	13,9	14,9	49,9	52,0	54,1	48,0	49,1	50,2
	86	13,1	14,1	15,1	50,0	52,1	54,2	48,1	49,2	50,3
Alla keskmise (M−1σ kuni M−2σ)	87	13,3	14,3	15,3	50,1	52,2	54,3	48,2	49,3	50,4
	88	13,5	14,5	15,5	50,3	52,4	54,5	48,3	49,4	50,5
	89	13,7	14,7	15,7	50,4	52,5	54,6	48,4	49,5	50,6
	90	13,9	14,9	15,9	50,5	52,6	54,7	48,5	49,6	50,7
Keskmine kasv (M±1σ)	91	14,1	15,1	16,1	50,7	52,8	54,9	48,6	49,7	50,8
	92	14,3	15,3	16,3	50,8	52,9	55,0	48,7	49,8	50,9
	93	14,5	15,5	16,5	50,9	53,0	55,1	48,8	49,9	51,0
	94	14,7	15,7	16,7	51,0	53,1	55,2	48,9	50,0	51,1
	95	14,9	15,9	16,9	51,2	53,3	55,4	49,0	50,1	51,2
	96	15,1	16,1	17,1	51,3	53,4	55,5	49,1	50,2	51,3
	97	15,3	16,3	17,3	51,4	53,5	55,6	49,2	50,3	51,4
	98	15,5	16,5	17,5	51,6	53,7	55,8	49,3	50,4	51,5
Üle keskmise (M+1σ kuni M+2σ)	99	15,7	16,7	17,7	51,7	53,8	55,9	49,4	50,5	51,6
	100	15,9	16,9	17,9	51,8	53,9	56,0	49,5	50,6	51,7
	101	16,1	17,1	18,1	52,0	54,1	56,2	49,6	50,7	51,8
	102	16,3	17,3	18,3	52,1	54,2	56,3	49,7	50,8	51,9
Pikk kasv (M+2σ ja enam)	103	16,5	17,5	18,5	52,2	54,3	56,4	49,8	50,9	52,0
	104	16,7	17,7	18,7	52,3	54,4	56,5	49,9	51,0	52,1
	105	16,9	17,9	18,9	52,5	54,6	56,7	50,0	51,1	52,2
	M=94,5 σ= 3,9	M =15,8 σ_R = 1,0 $R\frac{y}{x}$ = 0,20			M =53,2 σ_R = 2,1 $R\frac{y}{x}$ = 0,13			M =50,0 σ_R = 1,1 $R\frac{y}{x}$ = 0,10		

Riikliku Ülikooli elektronarvutil «Uraal-1».

Esitame kolme vanuserühma laste füüsilise arengu hindamise tabelid, mis on ette nähtud praktiliseks kasutamiseks. Et tabelite kasutamist hõlbustada, on vastavalt igale kasvuvariandile arvutatud kaalu, rinna ja pea ümbermõõdu standardhälve (σ) ning keskmiste suuruste kõikumise ulatus $M-1\sigma$ kuni $M+1\sigma$ piires.

Suurusi, mis asetsevad väljaspool neid kõikumisi, hinnatakse kui üle või alla keskmise näitajaid. Kaalu, rinna ja pea ümbermõõdu hindamiseks on kasutatud regressiooni standardhälvet (σ_R).

Tabelite alusel hinnatakse füüsilise arengu astet järgmiselt.

Näide. Uuritav tütarlaps — 1 a. 27 p., kelle pikkus 75 cm, kaal 13,8 kg, rinna ümbermõõt 51,7 cm ja pea ümbermõõt 46,0 cm.

Leiame regressiooniskaalast pikkuse 75 cm ja näeme, et see asetseb keskmiste suuruste hulgas. Sellele pikkusele vastab kaal $10,7\pm 2,9$ kg. Seega on uuritava kaal (13,8) keskmisest kaalust ($10,7+2,9=13,6$ kg) suurem. Edasi näeme, et pikkusele 75 cm vastab rinna ümbermõõt $48,1\pm3,3$. Rinna ümbermõõt uuritaval on keskmisest suurem — 51,7 cm. Tütarlapse pea ümbermõõt — 46,0 cm — vastab keskmisele suurusele (asetseb 46,6 ja 43,2 vahel).

Järeldus: kasv ja pea ümbermõõt on keskmised, kaal ja rinna ümbermõõt on keskmistest suuremad.

Füüsilise arengu astme hinnangusse tuleb suhtuda täiesti individualiseeritult. Ei tohi arvestada ainult mõõtmise tulemusi, vaid tuleb silmas pidada ka lapse üldseisundit. Üksikute tunnuste kuulumine eri rühmadesse viitab lapse ebaproportsionaalsele arengule. Kui tunnus on alla keskmise, siis kõneleb see tihti puudulikust füüsilisest arengust, mille põhjuse arst peab kindlaks tegema ja kõrvaldama. Näitaja alla keskmise ei viita alati patoloogilisele protsessile organismis.

Füüsilise arengu põhitunnuste individualiseeritud hinnangul on arsti töös suur tähtsus — see võib viidata tervisehäiretele juba siis, kui kliinilised sümptoomid veel puuduvad.

Kui eesti rahvusest vastsündinute füüsilise arengu näitajaid võrrelda vene rahvusest vastsündinute omadega, siis ilmneb, et need on ligikaudu samad. Üheaastased ja vanemad eesti lapsed aga hakkavad vene rahvusest eakaaslastest «üle kasvama» (füüsilise arengu kõigi näitajate osas). Soolised erinevused on kõikides vanuserühmades enamvähem stabiilsed (2, 3).

Paljude autorite arvates on pikkus määravaks füüsilise arengu tunnuseks, mis kajastab organismi bioloogiliste protsesside koondtulemust (1, 2 jt.).

Meie andmeid väikelaste pikkuse ja kaalu kohta ning nendevahelist suhet võib hinnata kui kõrge elatustaseme, õige režiimi ja ratsionaalse toitlustamise tulemust.

Et esitatud andmete arvutamiseks on kasutatud küllaltki ulatuslikku uurimismaterjali ning andmed on kogutud ja töödeldud ühtsel metoodikal, siis soovitame neid sõimeealiste eesti rahvusest linnalaste füüsilise arengu hindamise normatiividena.

РЕЗЮМЕ. Показатели физического развития являются одной из составных и органических частей, характеризующих состояние здоровья населения. Задачей настоящего исследования являлась разработка местных возрастно-половых стандартов физического развития для детей эстонской национальности города Таллина в возрасте от 0 до 3 лет. Антропометрические данные по физическому развитию разработаны методом корреляционной связи основных признаков по методике, изложенной А. Б. Ставицкой и Д. И. Арон (4).

В журнале публикуются оценочные таблицы по шкале регрессии для трех возрастных групп.

При сравнении данных физического развития детей эстонской национальности города Таллина с данными детей русской национальности, можно отметить, что показатели физического развития новорожденных детей эстонской национальности и русских разных городов Советского Союза сравнительно одинаковы. В возрасте одного года эстонские дети начинают «перегонять» своих сверстников русской национальности. Половые различия остаются более или менее стабильными для всех возрастов. Полученные данные роста и веса следует рассматривать как результат высокого уровня жизни наших маленьких детей, правильно организованного режима, полноценного рационального питания.

Соблюдение унифицированных методических условий собирания и разработки данных позволяет рекомендовать полученные данные в качестве «нормативов» физического развития городских детей ясельного возраста эстонской национальности.

KIRJANDUS: 1. Коган Р. Б. Сов. здравоохр. 1960, 6, 45—51. — 2. Коган Р. Б. Педиатрия, 1957, 8, 67—75. — 3. Материалы по физическому развитию детей и подростков некоторых городов и сельских местностей Союза ССР. Вып. 1, М., 1962. — 4. Ставицкая А. Б. и Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков. М., 1959.

Tallinna Vabariiklik Haigla

TOITUMISEST JA VÄHKTÕVEST EESTI NSV-s

EINAR VAGANE
MARET PURDE
Tallinn

UDK 615.857:616-006.04

Vähktõbi on kaasajal kõigis majanduslikult arenenud maades üks tähtsamaid surma põhjusi, kusjuures vähearenenud maades tuleb seda haigust ette harvem (8). Seepärast peetakse vähktõbe «tsivilisatsioonihaiguseks».

Eesti NSV elanike haigestumine vähktõppe ületab Nõukogude Liidu keskmise tunduvalt. 1965. a. registreeriti Eesti NSV-s 285 haigusjuhtu 100 000 elaniku kohta (10). Surma põhjuste hulgas tõusis vähktõbi teisele kohale, jäädes maha ainult südame ja veresoonte haigustest. Enamikul juhtudest on meil tegemist viie vähktõvevormiga, nimelt mao-, kopsu-, emaka-, naha- ja rinnanäärmevähiga, mis kokku moodustavad enam kui 65% kõikidest pahaloomuliste kasvajate juhtudest. 1965. a. tuli 100 000 elaniku kohta 54 mao-, 31 kopsu-, 28 naha-, 24 emaka- ja 20 rinnanäärmevähi juhtu (21).

Tabelist 1 selgub, et vähktõbi on peamiselt eakamate inimeste haigus. Ainult emakakaelavähki esines 60 ... 69-aastastel naistel vähem kui 40 ... 59-aastastel. 1959. a. rahvaloenduse andmeil oli Eesti NSV-s üle 50-aastasi elanikke 27,0%, mis ligi poolteist korda ületab Nõukogude Liidu üle 50-aastaste elanike arvu protsendi, mis on 18,6 (6). Tsivilisatsiooniga kaasnev rahva vananemine on üks põhjusi, mis suurendab vähktõve esinemise sagedust.

Vähktõve levikut mõjustavad geograafilised tegurid, elanike elu- ja töötingimused, harjumused ning ka toit ja toitumisrežiim (1, 16, 17, 18, 24). Statistilised andmed kinnitavad, et liigse kehakaaluga inimestel täheldatakse vähktõbe sagedamini kui normaalse kehakaaluga või kõhnadel inimestel. Nii kliinikus kui ka eksperimendis on näidatud, et vähktõve arengut pidurdab toidu kalorsuse vähendamine. Vähihaigete toidu kalorsust pole aga soovitatav liiga piirata, sest see kurnab organismi. Vähihaigete päevase toidu keskmiseks kalorsuseks soovitatakse 2600 ... 2800 kcal (7, 9).

Kantserogeneesi soodustavate teguritena tõstetakse esile küllastatud rasvhappeid, kolesteriini ja suhkruid. Normaalse rakuga võrreldes sisaldab vähirakk kolesteriini ja suhkruid tunduvalt rohkem (7, 9). Paljud kantserogeensed ained lahustuvad rasvas ja rasvarikas toit soodustab nende ainete kuhjumist organismis.

Enamik uurijaist on arvamusel, et valkudel on vähi arengut pidurdav toime. Nii kliinilised kui ka eksperimentaalsed tööd kinnitavad, et vähktõve puhul toimub koevalkude intensiivne endogeenne lagunemine. Et tagada positiivset lämmastiku bilanssi, peab vähihaige saama päevas vähemalt 1,7 g valku kehakaalu ühe kilogrammi kohta, s. o. 70 kg kehakaaluga inimene 119 g (7). L. Tšerkes jt. (14) peavad valgu- ja koliinipuudust maksavähi tekkimise põhjuseks. Eksperimentaalsetes töödes

Tabel 1

Vähktõbi Eesti NSV elanikel 1965. aastal eri vanuserühmades (100 000 elaniku kohta, emakakaela- ja rinnanäärmevähk on arvutatud 100 000 naise kohta)

Vanus / Diagnoos	kuni 29	30 ... 39	40 ... 49	50 ... 59	60 ... 69	70 ja vanemad
Maovähk	0,5	15,8	46,7	98,8	247,9	400,3
Kopsuvähk	0,1	2,9	12,0	69,5	188,7	170,1
Nahavähk	1,2	7,9	13,4	42,8	95,2	147,9
Rinnanäärmevähk	0,7	33,9	85,8	125,5	58,6	95,9
Emakakaelavähk	0,7	26,5	57,6	65,5	89,2	131,5

pööratakse suurt tähelepanu ka valkude kvaliteedile (7, 9).

Mineraalainete mõju vähi arengule pole ühesuunaline. Seda stimuleerivad kaaliumisoolad ja arseeniühendid, pidurdavad kaltsiumi- ja koobaltisoolad. Mõnes haiglas antakse vähihaigetele kaltsiumisooli. Magneesiumi kohta on andmed vasturääkivad, naatrium aga ei avalda olulist toimet maligniseerumisprotsessisse. Kilpnäärmevähki tuleb ette rohkem rajoonides, kus esineb joodipuudust (7, 9).

Mitmed uurijad on arvamusel, et vähi arengut stimuleerivad avitaminoosid, kuid on tõestatud B_1-vitamiini külluse blastomogeenne toime (7). Ka B_{12}- ja B_{13}-vitamiin võivad stimuleerida vähi kasvu ja metastaseerumist (5, 9). Vasturääkivad on andmed A-vitamiini kantserogeense toime kohta. Vähktõve puhul omastab organism vitamiine halvasti ning vähihaigetel täheldatakse C-, B_1-, B_2-, B_6- ja PP-vitamiini-puudust. Vitamiinide andmine haigetele aitab parandada ravi tulemusi (11). Eespool toodust tuleb teha järeldus, mille järgi vähktõve profülaktikas ja ravis pole vitamiinidega tarvis liialdada; neid peab tarvitama normi piires.

Kirjanduse andmed toidukomponentide osatähtsusest vähktõve arengule on sageli vasturääkivad. Selle põhjuseks on tõenäoliselt probleemi keerukus ja sõltuvus paljudest teguritest.

Eesti NSV-s aastail 1962 ... 1967 tehtud uurimistöö selgitas, et vabariigi maa- ja linnaelanike toitumises ning organismi ainevahetuses tuleb ette disproportsioone, mis vähendavad organismi vastupanuvõimet haiguste suhtes (22, 23). Vähktõve etioloogia ja arengu seisukohalt väärib märkimist energiarikaste toitainete rohkus ratsioonides. Seejuures esines toidu plastiliste ja katalüütiliste komponentide vaegus. Selline toitumise laad on iseloomulik ka teistele majanduslikult arenenud maadele. Eesti elanike toidu keskmine kalorsus ületas aastail 1935 ... 1938 3000 kcal päevas, olles üks kõrgemaid Euroopas (20). Viimasel ajal on üha aktuaalsemaks muutunud liigsöömise probleem. Saaremaa 800 elanikust, keda 1967. a. kaaluti ja mõõdeti, esines 21%-l üle 10 kg liigne kehakaal. Ka teistes rajoonides oli tüsedaid inimesi palju rohkem kui kõhnu. Liigne kehakaal lühendab eluiga.

Eesti NSV elanikud tarvitasid toiduks rohkesti loomset rasva, mis sisaldab küllastatud rasvhappeid ja kolesteriini. Taimeõli moodustas ainult 5 ... 13% (norm 20 ... 30%) rasva koguhulgast. Rasva hulk ületas 17 ... 50% võrra toidu valgusisalduse (soovitatav suhe 1:1). Linnaelanike toidu kalorsusest andis suhkur juba 9 ... 12% ja süsivesikute koguhulgast 18 ... 30% (norm 15 ... 25%). Seevastu olid ratsioonid suhteliselt valguvaesed. Füsioloogilisest valgunormist (105 g päevas) täideti keskmiselt 70 ... 80%. Valguvaegust esines nii eelkooliealistel, õpilastel ja noorukitel kui ka täiskasvanutel. Valguvaeguse põhjuseks pole ressursside vähesus, vaid juurdunud harjumus eelistada rasvarikast toitu (23).

Kaaliumi ja teiste mineraalainete liigsust meie elanike toidus tõenäoliselt ei esine, sest aedvilja söödi 50% ning puuvilja ja marju 25 ... 35% ulatuses normist (23). Värske aed- ja puuvilja puudust peetakse üheks maovähi levikut soodustavaks teguriks (16). Kaltsiumivaegus võib ilmneda Tallinna ja Tartu elanikel, kes jõid keskmiselt ainult kolmandik liitrit piima päevas (norm 0,5 l). Ka piimapuudus soodustab maovähi levikut (17). Meie looduslikud tingimused ja rafineeritud toiduainete liigsöömine põhjustavad hüpovitaminoose. Eesti NSV elanikel sedastati A-, B_1-, B_2-, PP-, D-, E- ja F-vitamiini-vaegust (2, 4).

Väga sageli oli meie maa- ja linnaelanike toitumine ebakorrapärane. Endises Märjamaa rajoonis, mille elanikke uurisime 1962. a., sõi kolmandik meestest ja viiendik naistest korrapäratult. Kolmandik Kiviõli elanikest, keda uuriti 1964. aastal, ei pidanud kinni regulaarsetest söögiaegadest. Ligi viiendik õpilastest läks kooli, ilma et oleks hommikul söönud. Ebaõige toitumisrežiim soodustab eeskätt maovähi tekkimist.

Põllumajanduse intensiivse kemiseerimisega suureneb oht, et kantserogeensed mürkkemikaalid satuvad organismi toiduainete kaudu. Mõned toiduainetele lisatud värvid, emulgaatorid ja konserveerimisvahendid on osutunud kantserogeenseks. Võikollasel, mida varem sageli tarvitati või värvimiseks, on

Tabel 2

Püroviinamarihappe-sisaldus Eesti NSV elanike vereseerumis ja eritumine uriiniga

Püroviinamarihappe ainevahetuse näitajad	Norm	Kiviõli Põlevkivikeemiakombinaadi töölised		Paide rajooni kolhoosi «Võit» liikmed		ETKVL-i keskuse teenistujad Tallinnas	
		kevad	sügis	kevad	sügis	kevad	sügis
Püroviinamarihappe vereseerumis (mg%)	0,5 ... 1,0	2,0	2,1	2,3	1,7	2,9	1,8
Püroviinamarihappe eritumine uriiniga (mg/t.)	0,8 ... 1,5	2,8	2,5	2,6	2,2	2,4	1,9

ilmne blastomogeenne toime (15). Kantserogeenseid aineid võib tekkida toiduainete, eriti rasva termilisel töötlemisel. Neid leidub mitte ainult suitsukala ja -liha pealispinnal, vaid säilitamisel tungivad need sügavamale. Nõukogude Liidu mitmes toiduainete tööstuses on seepärast üle mindud uuele suitsutamistehnoloogiale. Toiduaineid töödeldakse suitsutusvedelikuga, millest on eemaldatud kantserogeensed vaigud (12).

Toitumise mõju kantserogeneesile pole tõenäoliselt otsene. Alimentaarne tegur mõjutab ainevahetust ja selle kaudu kantserogeneesi. Seepärast pakuvad huvi ainevahetuse iseärasused, mida täheldati meie uuritud maa- ja linnaelanikel. 450 täiskasvanu vereseerumi analüüsidest selgus, et keskmiselt 40 ... 60%-l elanikest leidus vereseerumis albumiine normist vähem ja globuliine rohkem. 55 ... 75%-l uurituist esines hüperkolesterineemia. Isegi noortel oli vereseerumi kolesteriinipeegel sageli üle 200 mg%. Letsitiini, mis kirjanduse andmeil pidurdab vähktõve arengut (7), oli elanike veres esialgseil andmeil keskmiselt normi piires, kusjuures ilmnes suuri individuaalseid kõikumisi (3). 50 ... 80%-l elanikest täheldati vereseerumis liigset süsivesikute ainevahetuse submetaboliiti — püroviinamarihapet (vt. tabel 2). Püroviinamarihapet eritus rohkesti uriiniga. See on iseloomulik süsivesikute puudulikule oksüdeerumisele organismis. Püroviinamarihappe liig mõjub toksiliselt (13).

Eesti NSV elanikel esinevate valgu-, rasva- ja süsivesikute ainevahetuse puudujääkide üks põhjusi on ebaratsionaalne toitumine. Need ainevahetuse nihked on iseloomulikud vananemisele. Vanematel inimestel väheneb albumiinide ja suureneb globuliinide fraktsioon vereseerumis. Kolesteriini kõrge tase aitab kaasa skleroosi arengule. Tuntud on oksüdatsiooni puudulikkusel põhinev vananemisteooria (13). Vananemine aga soodustab kantserogeneesi.

Väga oluline on toonitada, et ratsionaalse toitumisega saab eespool nimetatud ainevahetuse-nihkeid osaliselt korvata. J. Nemenova ja A. Pokrovski (19) andsid ühe Moskva vanadekodu 65 ... 90-aastastele elanikele poolteise kuu vältel valgu- ja vitamiinirikast toitu ning selle tulemusena paranesid hoolealuste valgu-ainevahetuse näitajad, ainevahetuse tase tõusis 14 ... 18% võrra ning intensiivistusid oksüdatsioonprotsessid. Nii aitab ratsionaalne toitumine ainevahetust normaliseerida ja selle kaudu tõenäoliselt suurendada organismi vastupanuvõimet vähktõve suhtes. Vähktõve profülaktikaks rakendatavate abinõude kompleksi peavad seepärast kuuluma ka ratsionaalne toitumine ja korrapärane toitumisrežiim. Vähihaigete õige toitlustamine aitab parandada ravi tulemusi.

РЕЗЮМЕ. Заболеваемость населения ЭССР злокачественными опухолями значительно выше, чем в среднем по Советскому Союзу. В 1965 году зарегистрировано 285 случаев заболеваний на 100 000 человек. Среди причин смерти злокачественные новообразования занимают второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В литературе имеется много данных о роли питания в профилактике и лечении больных со злокачественными опухолями. К пищевым веществам, стимулирующим развитие злокачественных опухолей, относятся низкомолекулярные углеводы, жиры насыщенного ряда, прежде всего холестерин, соли калия и витамин B_1. Препятствуют росту злокачественных новообразований соли кальция и лецитин.

Питание населения ЭССР достаточно калорийно, но понижают качество пищи некоторые диспропорции в рационах. Чрезмерное потребление рафинированных продуктов: сахара, сливочного масла, белого хлеба и др. усугубляет недостаток минеральных веществ и витаминов. С другой стороны, излишек жиров и углеводов влияет отрицательно на обменные процессы в организме. Наблюдающиеся среди населения нарушения белкового, жирового и углеводного обмена способствуют процессу старения и, повидимому, понижают сопротивляемость организма к злокачественным новообразованиям. Поэтому в комплексе противораковых мероприятий рациональное питание должно иметь свое место. Оно и повышает результаты лечения.

KIRJANDUS 1. Боговский П. А., Пурде М. К. Проблемы географической патологии (материалы пленума и конференции) 16—20 июня 1964 г. М., 46—47. — 2. Вагане Э. П. Тезисы докладов третьей биохимической конференции Белорусской, Латвийской, Литовской и Эстонской советских социалистических республик. Том. II. Минск, 1968, 40—41. — 3. Вагане Э. П. и Саава М. Э. Тезисы докладов третьей биохимической конференции Белорусской, Латвийской, Литовской и Эстонской советских социалистических республик. Том II. Минск, 1968, 391—392. — 4. Геллер Г. М. Тезисы докладов XIII научной сессии Института питания АМН СССР. М., 1959, 117—118. — 5. Гольдберг Д. И., Гольдберг А. И. Материалы научной сессии Всесоюзного научно-исследовательского института витаминологии Минздрава СССР. М., 1967, 115—116. — 6. Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года СССР. М., 1962. — 7. Левитский Л. М. Вопр. питания, 1961, 3, 5—12. — 8. Мерков А. М. Демографическая статистика. М., 1965. — 9. Петровский К. С. Гигиена питания. М., 1964. — 10. Пурде М. К., Тайгро В. И., Хинт Э. К. Материалы научной сессии института эксп. и клиническ. медицины МЗ ЭССР. Таллин, 1967, 11—13. — 11. Сийлэ Л. А. Материалы второй биохимической конференции Прибалтийских республик и Белорусской ССР. Рига, 1965, 278—279. — 12. Скулме К. А., Янсоне И. Л., Лиепинь Я. Я. Вопр. питания, 1965, 1, 35—38. — 13. Суриков М. П. Труды Московского общества испытателей природы. Том. 4. М., 1962, 92—99. — 14. Черкес Л. А., Струков А. И., Волгарев М. Н. и Смирнов В. П. Вопр. питания, 1960, 1, 3—16. — 15. — Шабад Л. М. и Наумова Л. П. Вопр. питания, 1956, 2, 27—32. — 16. Chaklin, A. V. Bull. Org. Mond. Santè, 1962, 27, 337—358. — 17. Hirayama, T. Ninth International Cancer Congress. Tokyo, 1966, 1310. — 18. Kurokawa, T. Symposium on Geographic Pathology of Cancer. Tokyo, October 9—15, 1960, 848—850. — 19. Nemenova, J. M., Pokrovski, A. A. Zeitschrift für Altersforschung. 1967, 3/4, 313—317. — 20. Neubert, R., Schrödel, G. Grundriß der Sozialhygiene. Jena, 1958. — 21. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 20—23. — 22. Vagane, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 3, 26—30. — 23. Vagane, E. Toitlustamise küsimusi Eesti NSV-s. Tallinn, 1968. — 24. Wynder, E. L., Kmet, J., Dungal, N., Segi, M. Cancer, 1963, v. 16. 11, 1461—1496.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

ELEKTROLÜÜTIDE AINEVAHETUSE MUUTUSTEST FTISIOKIRURGILISTE OPERATSIOONIDE PUHUL

ARTUR TALIHÄRM
Tallinn

UDK 616-008.9 : 616.24-002.5

Vee- ja elektrolüütide ainevahetuse muutusi seoses kirurgilise vahelesegamisega on küllaltki täpselt uuritud kõhuõõne operatsioonide puhul (1, 5, 12, 13). Töid, mis puudutaksid mineraalide ainevahetuse häireid pärast ftisiokirurgilisi operatsioone (pleuropulmonektoomia, torakoplastika, kavernotoomia jt.), on äärmiselt vähe (2, 4), kuigi mainitud operatsioonid on traumeerivad ning nende puhul kaotab haige küllaltki palju verd ning võivad põhjustada tõsiseid nihkeid naatriumi- ja kaaliumiainevahetuses.

Operatsioonijärgse perioodi juhtimise printsiipe on korduvalt muudetud (9, 11). Organismi happe-leelise tasakaalu säilitamise ning arteriaalse vere hapni-

kuga küllastamise kõrval on käesoleval ajal üks peamisi põhimõtteid ka vee- ja elektrolüütide ainevahetuse õige reguleerimine (2, 5, 8, 12, 14). Enamik autoritest arvab, et opereeritavatele on tingimata vaja manustada kaaliumi (6, 10, 11). Kuid senini ei ole selge, millal ja millises koguses seda teha. Meile kättesaadavas kirjanduses ei leidunud töid, milles oleks kajastatud peamiste elektrolüütide sisalduse muutusi (sõltuvalt kaaliumkloriidravist) veres ja uriinis.

Töö käigus uuriti 125 inimest, neist 20 olid terved (doonorid) ja 105 mitmesuguste kopsutuberkuloosi vormidega haiged. Kõik 105 haiget jaotati kolme rühma, à 35 inimest. I ja II rühma haigetel määrati kaaliumi ja naatriumi kontsentratsioon vereplasmas, erütrotsüütides ja uriinis enne operatsiooni ning dünaamiliselt ka pärast operatsiooni. Nende haigete uurimise tulemuste põhjal hinnati kopsutuberkuloosihaigete vee- ja elektrolüütide ainevahetust operatsioonieelsel perioodil.

I haigete rühmal selgitati ftisiokirurgiliste operatsioonide tulemusena tekkivate vee- ja elektrolüütide ainevahetuse muutuste üldisi seaduspärasusi. Selle rühma haigetele ei määratud operatsioonijärgsel perioodil mingisuguseid lahuseid.

II rühma haigetele süstiti esimesel ja teisel päeval pärast operatsiooni elektrokardiograafilise kontrolli all veeni 0,1 . . . 0,2%-list kaaliumkloriidilahust koos 5 või 40%-lise glükoosilahusega + insuliin ning vitamiinid, olenevalt vee- ja kaaliumidefitsiidist (keskmiselt sai iga haige 25 . . . 50 mekv./l kaaliumi ööpäevas).

III rühma kuulusid haiged, keda opereeriti operatsiooni- ja operatsioonijärgse perioodi juhtimise varem kasutusel olnud skeemi järgi, s. t. neile tilgutati veeni suurel hulgal (kuni 2 l ööpäevas) füsioloogilist lahust, ilma et oleks kindlaks määratud vee- ja mineraalide ainevahetuse häire laadi ning astet.

Opereerimisel kasutati kombineeritud endotrahheaalset narkoosi koos juhitava automaatse hingamisega.

Operatsioonide järgi jaotusid haiged järgmiselt: ökonoomne kopsu resektsioon 62 haiget, lobektoomia 11, bilobektoomia 3, pulmonektoomia 5, pleurektoomia 6, torakoplastika 16, kavernotoomia 1 ja ökonoomne kopsu resektsioon + torakoplastika 1 haige. Verekaotus määrati operatsioonipesu, tampoonide ja tupsutite kaalumise teel. Kaotatud veri asendati konservverega.

Kaaliumi ja naatriumi kontsentratsiooni kindlakstegemiseks veres ja uriinis kasutati Zeissi III tüüpi leekfotomeetrit. Erütrotsüütide eemaldamiseks tsentrifuugiti vereplasmat 30 minuti jooksul (1500 g). Vereplasma ja uriin lahjendati destilleeritud veega, erütrotsüüte aga 2%-lise äädikhappelahusega. Määramine toimus üks päev enne operatsiooni, operatsiooni lõpul, 1., 2., 3., 4., 5. ja 8. päeval pärast operatsiooni. Arvulised andmed töödeldi statistikameetoditel. Arvutused tehti Tallinna Polütehnilises Instituudis elektronarvutil «Minsk-22».

Töö tulemustest selgus, et tervetel inimestel (20 doonoril) on vereplasmas kaaliumi $4{,}95 \pm 0{,}11$ ja naatriumi $138{,}3 \pm 2{,}24$ mekv./l; erütrotsüütides kaaliumi $91{,}3 \pm 2{,}01$ ja naatriumi $13{,}8 \pm 0{,}42$ mekv./l. Nimetatud arvud võeti aluseks normina katsetulemuste hindamisel.

Kopsutuberkuloosihaigetel oli operatsioonieelsel perioodil naatriumisisaldus erütrotsüütides suurenenud ($p < 0{,}05$). Vereplasmas oli see 70 uuritust suurenenud 10-l ja vähenenud 3-l. Kaaliumi kontsentratsioon nii vereplasmas kui ka erütrotsüütides oli valdaval enamikul haigetest normi piires. Kaaliumi ja naatriumi kontsentratsioonide vahel vereplasmas ei õnnestunud leida küllaldast korrelatsiooni. See aga oli küllaltki hea erütrotsüütides.

Kaaliumi kontsentratsioon vereplasmas vähenes operatsiooni lõpuks I rühma haigetel kuni 4,19, II rühma haigetel aga ainult 4,6 mekv./l (vt. tabel 1). Esimesel päeval pärast operatsiooni suurenes kaaliumi kontsentratsioon mõlemas rühmas enam-vähem ühesuguselt. Seejärel täheldati selle langust, mis oli kõige tugevam 3 . . . 5. päeval pärast operatsiooni. 8. operatsioonijärgsel päeval registreeriti I rühma haigetel veidi madalamaid väärtusi kui II rühma haigetel. I rühma haigetel jäi kaaliumi kontsentratsioon vereplasmas tunduvalt madalamale algväärtusest, II rühma haigetel aga saavutas operatsioonieelse taseme ($p > 0{,}05$).

Kaaliumi kontsentratsioon vereplasmas kõigub II rühma haigetel tunduvalt vähem kui I rühma haigetel. See tõsi-

Tabel 1

Elektrolüütide sisalduse muutumine vereplasmas (mekv./l)

	Kaalium		Naatrium	
	I rühma haiged	II rühma haiged	I rühma haiged	II rühma haiged
Enne operatsiooni	5,07±0,10	5,13±0,08	142,5±1,47	139,5±1,27
Operatsiooni lõpul	4,19±0,06	4,60±0,08	140,0±1,31	140,0±1,90
1. päeval pärast operatsiooni	5,41±0,16	5,50±0,013	139,2±2,30	137,8±1,39
2. „	5,22±0,08		140,1±1,19	
3. „	4,40±0,15	4,52±0,07	139,0±2,69	138,8±2,33
5. „	4,40±0,05		139,7±1,27	
8. „	4,67±0,06	5,02±0,07	140,4±1,21	138,8±1,08

asi näitab, et kaaliumkloriidi manustamine hoidis ära suuri kaaliumi kontsentratsiooni muutusi vereplasmas, mis oleksid võinud saada ohtlikuks (12).

Naatriumi kontsentratsioon vereplasmas operatsiooni lõpul vähenes veidi I rühma haigetel, II rühmas aga püsis endisel tasemel (vt. tabel 1). Pärast operatsiooni vähenes see veelgi nii I kui ka II rühma haigetel, kuid need nihked ei ole statistiliselt tõepärased ($p>0,05$).

Kaaliumi kontsentratsiooni langus erütrotsüütides nii operatsiooni lõpul kui ka 1. päeval pärast operatsiooni avaldus tugevamini I rühma haigetel, kusjuures vahe 3. päeval oli ka statistiliselt tõepärane ($p<0,001$). 8. päeval jäi see I rühma haigetel tunduvalt madalamale algväärtusest, II rühma haigetel aga normaliseerus (vt. tabel 2).

Dispersioonianalüüs näitas, et kaaliumi kontsentratsioon erütrotsüütides kõigub I rühma haigetel tunduvalt suuremal määral kui II rühma haigetel, mida samuti tuleb pidada kaaliumi manustamise tulemuseks. (F operatsiooni lõpul = 19 ja F 1. päeval = 16). Ka kaaliumi ja naatriumi kontsentratsioonide korrelatsioon erütrotsüütides oli II rühma haigetel palju parem kui I rühma haigetel.

Kõige ilmekamad tulemused saime naatriumi kontsentratsiooni uurimisel. Kohe operatsiooni lõpul suureneb naatriumi kontsentratsioon erütrotsüütides I rühma haigetel pikkamööda, saavutades maksimumi 5. päeval. Ka 8. päeval jääb see algväärtusest palju kõrgemale. II rühma haigetel suureneb naatriumi kontsentratsioon samuti kiiresti, kuid saavutab maksimumi 3. päevaks ja normaliseerub 8. päeval (vt. tabel 2).

Seega kaaliumkloriidi süstimine veeni kiirendab kaaliumi- ja naatriumi-ainevahetuse taastumist erütrotsüütides operatsioonijärgsel perioodil.

I rühma haigetest 12 ja II rühma haigetest 11 said üks päev enne operatsiooni ja ka operatsioonijärgsel perioodil hormoonravi (kortisoon, prednisoloon). Ravi mõjul kaaliumi ja naatriumi kontsentratsioonid veres ja uriinis (võrreldes nende haigetega, kes hormoonravi ei saanud) oluliselt ei muutunud ($p>0,05$). Hormoonravi puhul ilmnes aga tendents kaaliumi kontsentratsiooni tugevamaks vähenemiseks ja naatriumi kontsentratsiooni suurenemiseks erütrotsüütides.

Tabel 2

Elektrolüütide sisalduse muutumine erütrotsüütides (mekv./l)

	Kaalium		Naatrium	
	I rühma haiged	II rühma haiged	I rühma haiged	II rühma haiged
Enne operatsiooni	82,8±0,88	96,7±1,37	15,3±0,32	16,4±0,27
Operatsiooni lõpul	87,1±0,83	88,8±1,12	15,6±0,35	17,4±0,42
1. päeval pärast operatsiooni	86,8±1,18	88,9±1,37	16,2±0,30	17,7±0,41
2. „	84,7±1,14		16,1±0,85	
3. „	85,6±1,51	89,8±1,29	16,8±0,38	18,1±0,41
5. „	84,5±0,92		17,7±0,23	
8. „	86,1±0,96	96,7±1,22	17,0±0,25	16,0±0,28

Ööpäeva jooksul erituva uriini hulk vähenes pärast operatsiooni tunduvalt mõlema rühma haigetel, kusjuures see vedelike ja kaaliumkloriidi manustamise tulemusena II rühma haigetel oli kogu operatsioonijärgsel perioodil suurem kui I rühma haigetel ja saavutas 8. päevaks operatsioonieelse väärtuse. I rühma haigetel jäi ööpäeva jooksul eritunud uriini hulk 8. päeval madalamale algväärtusest ($p<0,05$).

Kaaliumi kontsentratsioon ööpäeva jooksul kogutud uriinis operatsioonijärgsel perioodil suureneb. II rühma haigetel avaldus see tõus tugevamini kui I rühma haigetel. Kogu jälgitava operatsioonijärgse perioodi kestel oli kaaliumikadu mõlema rühma haigetel enam-vähem võrdne.

Naatriumi retentsioon, s. o. naatriumi kontsentratsiooni vähenemine uriinis, oli kogu jälgitava operatsioonijärgse perioodi jooksul suurem I rühma haigetel. Kui naatriumi kontsentratsioon ööpäeva jooksul kogutud uriinis II rühma haigetel 8. päevaks normaliseerus, siis I rühma haigetel jäi see tunduvalt madalamale kui enne operatsiooni. Järelikult kaaliumkloriidi manustamise mõjul vee ja naatriumi retentsioon väheneb.

Operatsioonijärgse perioodi kulu analüüs näitas, et III rühma haigetest 4-l esinesid 3. päeval pärast operatsiooni tüüpiline kopsu alumise sagara atelektaas ja kopsupõletik ning 18-l seedetrakti motoorika nõrgenemine (tugev kõhupuhitus, soolte parees), mis nõudsid ravi. II rühma haigetel olid vastavad arvud 3 ja 6. Seega 0,1 . . . 0,2%-lise kaaliumkloriidilahuse varajane manustamine (koos glükoosilahusega) mõjub soodsalt ka operatsioonijärgse perioodi kliinilisele kulule (vähendab tüsistuste tekkimise sagedust).

Järeldused

1. Ftisiokirurgilise operatsiooni tagajärjel tekivad kopsutuberkuloosihaigetel olulised vee-elektrolüütide ainevahetuse häired.

2. Kaaliumkloriidi ja glükoosilahuse manustamine vahetult operatsioonijärgsel perioodil elektrokardiograafi kontrolli all soodustab organismi vee-elektrolüütide ainevahetuse kiiremat stabiliseerumist.

3. Kaaliumkloriidi ja glükoosilahuse manustamisel suureneb vahetult operatsioonijärgsel perioodil ööpäeva jooksul erituva uriini ja uriiniga erituva naatriumi hulk, mis omakorda soodustab neerude talitlust.

4. Kaaliumidefitsiidi varajane korrigeerimine kopsutuberkuloosihaigetel vähendab tunduvalt tüsistuste tekkimist operatsioonijärgsel perioodil.

РЕЗЮМЕ. В работе обобщены данные обследования 125 человек. Из них 20 были практически здоровы и 105 с различными формами туберкулеза легких. Все 105 больных распределены на три группы по 35 человек в каждой в зависимости от применения инфузионной терапии (хлористый калий) во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде. Все больные оперированы под комбинированным эндотрахеальным наркозом с управляемым автоматическим дыханием на режиме умеренной гипервентиляции.

Для определения концентрации калия и натрия в плазме, в эритроцитах и в моче пользовались пламенным фотометром типа Цейсса III. Все данные обработаны статистически.

Проведенный анализ показал, что коррекция водно-электролитного обмена путем внутривенного введения раствора хлористого калия вместе с глюкозой во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде уменьшает выраженность и тяжесть калиевых и натриевых диспропорций в организме и способствует более быстрой нормализации водно-солевого обмена в целом.

KIRJANDUS: 1. Блажа К., Кривда С. Теория и практика оживления в хирургии. Бухарест, 1963. — 2. Вяли Ю. Ю. Уч. записки Тартуского гос. университета. Труды по медицине. Вопросы фтизиатрии. Тарту, 1965, 10, 87—94. — 3. Герчикова Т. Н. Лаб. дело. 1963, 1, 5—9. — 4. Голеницкий А. И. Врачебн. дело, 1966, 6, 73—76. — 5. Керпель-Фрониус Э. Патология и клиника водно-солевого обмена. Будапешт, 1964. — 6. Крохалев А. А. Хирургия 1964, 7, 28—31. — 7. Кукес В. Г. Лаб. дело, 1963, 1, 9—13. — 8. Тальвик Р. М. Изменения некоторых показателей водно-солевого обмена после операций на аорте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1966. — 9. Щукин П. И., Крохалев А. А. Труды I-го Московского мед. ин-та. М., 1964, 30, 261—271. — 10. Barth, L., Meyer, M. Moderne Narkose. Jena, 1965. — 11. Le Quesne, L. Fluid Balance in surgical practice. London, 1957. — 12. Moore, F. Metabolic care of the surgical patient. Philadelphia, 1959. — 13. Schwab, M., Kühns, K. Die Störungen des Wasser- und Elektrolytstoffwechsels. Berlin, 1959. — 14. Statland, H Fluid and electrolytes in practice. Philadelphia, 1957.

Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser

ENTEROVIIRUSTE OSATÄHTSUS SOOLENAKKUSTE ETIOLOOGIAS

ARNOLD JANNUS
Tallinn

UDK 616.988 : 616.34

Eesti NSV-s on nakkushaiguste vastu võitlemisele suurt tähelepanu pööratud. Selle tulemusena võib käesoleval ajal likvideerituks pidada brutselloosi, marutõbe, malaariat, poliomüeliiti, difteeriat jt. Poliomüeliit ja difteeria likvideeriti meil esimesena Nõukogude Liidus.

Kahjuks on aktuaalseks jäänud soolenakkuste probleem mitte üksnes meil, vaid kogu maailmas. Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni andmeil sureb kogu maailmas ägedate soolenakkuste tagajärjel iga aasta umbes 5 miljonit imikut. Nende haiguste põhjustajateks peetakse mitmesuguseid patogeenseid mikroobe — düsenteeriatekitajaid, patogeenseid kolikepikesi, salmonellasid jt.

Viimasel ajal aga on ilmunud arvukalt töid, milles rõhutatakse, et inimese soolenakkuste põhjustajaiks võivad olla ka *Coxsackie*- ja *ECHO*-grupi enteroviirused. On selgunud, et enteroviirusi eritavad seedetrakti häiretega lapsed sagedamini kui terved lapsed. Näiteks M. Ramos-Alvarez ja A. Sabin (19) on enteroviirusi isoleerinud 50%-l soolenakkuste tõttu hospitaliseeritud lastest ja ainult 20%-l tervetest lastest. Samasuguseid andmeid on esitanud A. Demidenko (2), kelle isoleeritud enteroviirustest 50% saadi kõhulahtisust põdevatelt lastelt, 19,3% teisi haigusi põdevatelt ja 21,7% tervetelt lastelt. V. Monaci jt. (17) avastasid enteroviirusi 12,6%-l seedetrakti haiguste all kannatavatel lastel ja 3,8%-l tervetel lastel.

Uurisime enteroviiruste eritamist 900 seedetrakti häirete all kannataval mitmesuguses vanuses haigel, kes olid hospitaliseeritud Tallinna Linna Nakkushaiglasse aastail 1960 ... 1962. Peale bakteriaalse floora (düsenteeriatekitajad, patogeensed kolikepikesed, salmonellad jt.) leidsime haigetel ka enteroviirusi. Kõige sagedamini eritasid viirusi 0 ... 2 aasta vanused lapsed. 28,0% viirustest osutus *ECHO* 11 viirusteks [A. Jannus (9)]. Selle viiruse sagedat esinemist kõhulahtisust põdevatel väikelastel on tähele pannud paljud autorid [I. Idina jt. (3), K. Kassõmov ja A. Pavlovitš (4), M. Gruia kaasautoritega jt. (15)].

Eespool toodud andmetest selgub, et üksnes enteroviiruste isoleerimise põhjal on raske otsustada nende osatähtsuse üle seedehäirete põhjuste hulgas. Selgust on püütud saada enteroviiruste üksikute serotüüpide lähema uurimise ja haiguse seroloogilise tõestamise teel. F. Buckland jt. (11), M. Lippi jt. (18) infitseerisid vabatahtlikke *ECHO* 11 viirusega. Nakatatuil tekkis kõhulahtisus. A. Felici jt. (12) kirjeldavad haiguspuhangut, mille kutsus esile *Coxsackie B* 3 viirus, kusjuures haiguse kliinilises pildis domineeris kõhulahtisus. L. Gaillard jt. (13) kirjeldavad kõhulahtisuse juhtu vastsündinul, mille põhjustas samuti *Coxsackie B* 3 viirus. R. Sauthoff (20) isoleeris kõhulahtisust põdevailt lastelt, kellel ei esinenud patogeenseid soolebaktereid, *Coxsackie B* 4 viiruse.

Haigetelt isoleeritud viiruse osatähtsust etioloogilise tegurina aitab veenvamalt kindlaks teha seroloogiline uurimine, s. o. antikehade ilmumise või nende tiitri tõusu määramine haige veres samalt haigelt isoleeritud viiruse suhtes. Sellelaadiliste uurimiste kohta leidub kirjanduses rohkesti andmeid. Näiteks L. Šekojan ja A. Saburova (7) täheldasid düspepsiahaigetel lastel rohkem kui neljakordset antikehade tiitri tõusu homoloogilise viiruse suhtes. S. Berkovich ja S. Kibrick (10) tõestasid

seroloogiliselt, et *ECHO* 11 viirus on seedehäirete põhjustajaks vastsündinuil ja nende emadel. L. Trofimova ja J. Kogut (5) kirjeldavad ulatuslikku haiguspuhangut: hospitaliseeriti 80 haiget (sealhulgas ainult kaks last), kellel esines seedetrakti ägeda infektsiooni kliiniline pilt. Haigus algas kõigil akuutselt, suuremal osal tõusis kehatemperatuur kuni 38 ... 39°, tekkisid peavalud. Kõik haiged kaebasid iiveldustunnet ja oksendasid. Esines kõhuvalu, roe oli rohekat värvust, kuid lima ja vereta. Roojamise sagedus oli 4 ... 10, mõnel isegi kuni 40 korda ööpäevas. Haigus vältas keskmiselt 3 ... 4 päeva. Suurel osal haigeist isoleeriti *ECHO* 7 viirus. Antikehade tiiter tõusis haigete veres selle viiruse suhtes diagnostilistes väärtustes. Patogeenset bakteriaalset floorat ei leitud. Autorite arvates oli selle haiguspuhangu põhjustajaks viirus.

A. Demidenko (2) kirjeldab seedetrakti infektsiooni 0 ... 2 aasta vanustel lastel, kes hospitaliseeriti lihtsa või toksilise düspepsia diagnoosi alusel. Lastelt isoleeriti *Coxsackie B* 3 viirus, kusjuures viroloogiliste, seroloogiliste ja kliiniliste andmete põhjal pidas autor seda viirust haiguspuhangu põhjustajaks.

Käesoleva artikli autor kirjeldas esimesena Eesti NSV-s enteroviiruslikku gastroenteriidi puhangut. See tehti kindlaks Türi-Särevere Põllumajandustehnikumi õpilaste hulgas 1959. a. oktoobrikuus [A. Jannus (16)]. Kliinilises pildis täheldati kehatemperatuuri järsku tõusu, tugevaid peavalusid, oksendamist, kõhuvalu ja kõhulahtisust (roojamise sagedus 3 ... 5 korda ööpäevas). Haigus vältas 3 ... 5 päeva. 31 haige roojast isoleerisime 14 *ECHO* 12 viiruse tüve. Nelja haige väljaheites leidus ka düsenteeriatekitajaid (*Sh. boydii*). Paarisseerumite uurimine näitas antikehade tiitri tõusu homoloogilise viiruse suhtes 9 haigel, 21 haigel olid mõlemad tiitrid kõrged, antikehade ilmumist ei sedastatud 3 haigel. Pole kahtlust, et kõnealuse puhangu peamiseks põhjustajaks oli *ECHO* 12 viirus. Kuid ka düsenteeriatekitajad, esinedes assotsiatsioonis viirusega, võisid olla mõne haigusjuhu esilekutsujad.

Patogeensete mikroobide assotsiatsioone enteroviirustega on kirjeldanud mitmed autorid. Nii on N. Horošilova (6) täheldanud 8% seedetrakti häiretega haigel patogeense bakteriaalse floora (düsenteeriatekitajad, parakolikepike, patogeenne kolikepike, stafülokokid) assotsiatsiooni enteroviirustega (*Coxsackie B* 1—5, *ECHO* 7, 9 ja *Coxsackie A* 5). Nimetatud autor peab võimalikuks, et *Coxsackie-* ja *ECHO*-viirused võivad olla varaealiste laste düspepsia põhjustajaks. V. Škrebko jt. (8) isoleerisid kõhulahtisuse all kannatanud kuni 3 aasta vanustelt lastelt düsenteeriatekitajaid, patogeenseid kolikepikesi (serotüüp 0111), patogeenseid stafülokokke ning enteroviirusi (*ECHO* 11 ja 14). Autorid oletavad, et väikelaste kõhulahtisuse etioloogias võib olla teatav osatähtsus mikroobsetel-viiruslikel assotsiatsioonidel.

Meie tehtud uurimised 0 ... 7 aasta vanustel lastel, keda hospitaliseeriti ägedate seedehäirete tõttu, näitasid, et patogeense bakteriaalse floora (düsenteeriatekitajad, patogeensed kolikepikesed 0111, 055, 145, 026, 086, 0119, 044, 0127, 025, 018, 0126, 408, salmonellad jt.) kõrval eksisteeris ka viiruslik floora (*Coxsackie B* 5, *ECHO* 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 20, 24). Patogeensetest kolikepikestest domineerisid serotüübid 0111 ja 145, enteroviirustest aga *ECHO* 11. Nimetatud viirust isoleeriti viiruste koguarvust 30%. Kõige sagedamini õnnestus viirusi isoleerida 0 ... 1 aasta vanustelt lastelt (18,9%).

Tähelepanu äratab *ECHO* 11 viiruse sage esinemine. Täienduseks esitame andmed puhangust ühes Tallinna lasteaias 1 ... 2 aasta vanuste laste seas 1962. aastal. Haiguse kliinilises pildis olid esiplaanil kõhulahtisus ja aseptiline meningiit. Teisel haiguspäeval isoleerisime 13 haige roojast 6-l *ECHO* 11 viiruse. Bakterioloogilise uurimise tulemused patogeense floora suhtes jäid negatiivseks. Seerumites, mis võeti 50 päeva pärast haigestumist, täheldasime 10 lapsel 11-st nimetatud viiruse antikehi tiitrites 1:4 kuni 1:64. Ka see fakt lubab oletada, et *ECHO* 11 viirus etendab olulist osa seedetrakti häirete patoloogias.

Kokku võttes tahaks ühineda paljude autorite [I. Atserova jt. (1), A. Demidenko (2), V. Škrebko jt. (8), M. Goodwin jt. (14)] arvamusega, mille järgi paljudel enteroviirustel on soolenakkuste etioloogias oluline koht. Seetõttu pole võimatu, et osa seedetrakti infektsioone, mida tõlgendatakse patogeense-

test bakteritest põhjustatuiks, on tegelikult viirusliku etioloogiaga. Järelikult on äärmiselt vajalik, et kõhulahtisusega kulgevaid sporaadilisi haigusjuhte või haiguspuhanguid uuritaks range järjekindlusega ka viiruste suhtes. Etioloogia määramine võimaldab õigesti suunata ravi, vältida asjatut pikaajalist hospitaliseerimist ja bakterioloogilist järelkontrolli.

РЕЗЮМЕ. Вопрос об этиологии кишечных инфекций до сегодняшнего дня окончательно не решен. Еще недавно этиологическим фактором при кишечных инфекциях считали только патогенные микробы. За последнее десятилетие в литературе появилось много работ, свидетельствующих о значении энтеровирусов из группы Коксаки и ECHO в этиологии кишечных расстройств. Энтеровирусы могут вызывать как спорадические случаи, так и эпидемические вспышки острых кишечных заболеваний. На основании данных литературы в статье показано, что частота выделения различных серотипов энтеровирусов у детей, страдающих кишечными расстройствами, почти в 2 раза превышает частоту их выделения у здоровых. Чаще всего энтеровирусы выделяются у детей в возрасте от 0 до 2 лет. Вирусные кишечные инфекции могут ассоциироваться с бактериальными. Многими авторами на основании вирусологических и серологических исследований доказана вирусная природа некоторых вспышек кишечных инфекций, вызванных энтеровирусами ECHO-7, 11, 12, Коксаки B-3 и др. В статье описываются вспышки кишечных заболеваний в Эстонской ССР, вызванные вирусами ECHO-11 и ECHO-12.

KIRJANDUS: 1. Ацерова И. С. и др. В кн.: Энтеровирусы, М., 1967, 18—20. — 2. Демиденко А. Д. В кн.: Энтеровирусы, М., 1967, 53—54. — 3. Идина М. С. и др. В кн.: Полиомиелит, Л., 1964, XXVI, 181—198. — 4. Касымов К. Г., Павлович А. Н. Вопр. вирусол., 1962, 6, 736—737. — 5. Трофимова Л. И., Когут Е. П. В кн.: Энтеровирусы, М., 1967, 111—113. — 6. Хорошилова И. В. Педиатрия, 1964, 5, 14—18. — 7. Шекоян Л. А., Сабурова А. Ф. В кн.: Полиомиелит и другие энтеровирусные инфекции, М., 1963, 160—161. — 8. Шкребко В. А. и др. В кн.: Энтеровирусы, М., 1967, 171—172. — 9. Яннус А. Э. Автореф. дисс. докт. мед. наук, Тарту, 1967. — 10. Berkovich, S., Kibrick, S. Pediatrics, 1964, 33, 4, 534—540. — 11. Buckland, F. a. o. J. Hyg., 1959, 57, 3, 274—284. — 12. Felici, A. u. a. Arch. ges. Virusforsch., 1962, 4, 592—598. — 13. Gaillard, L. e. a. Pediatrie, 1962, 17, 1, 84—86. — 14. Goodwin, M. a. o. Amer. J. Trop. Med. and Hyg., 1967, 16, 2, 178—185. — 15. Gruia, M. a. o. Proc. 4th Congr. Hung. Assoc. Microbiol. Budapest, 1966, 163. — 16. Jannus, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 1, 18—20. — 17. Monaci, V. e. a. Boll. Ist. sieroter. milanese, 1957, 36, 7—8, 380—385. — 18. Lippi, M. e. a. Arch. ital. sci. med. trop. e parassitol., 1962, 43, 10, 497—510. — 19. Ramos-Alvarez, M., Sabin, A. J. Am. Ass., 1958, 167, 2, 147—156. — 20. Sauthoff, R. Klin. Wschr., 1957, 6, 311—312.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

SPETSIALISEERITUD MEDITSIINILISE ABI KORRALDAMISEST

UNO MEIKAS
Tallinn

UDK 614.211

Tänapäeval pööratakse üha rohkem tähelepanu spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamisele.

Raviasutuste senine spetsialiseerimine pole Tallinnas põhjustanud raskusi ei patsientide teenindamisel polikliinikutes ega haigete hospitaliseerimisel. Nüüd aga on vaja teada saada spetsialiseerimise edaspidine suund, töö jaotamine polikliinikute ja statsionaaride vahel. Samuti vajab selgitamist, kas kõik haiglad võtaksid sellest osa ning milli-

seks kujunevad jaoskonnaarstide suhted eriraviasutustega.

Oleme seisukohal, et spetsialiseerimisele kuuluvad kõik meditsiinilise abi peamised liigid. Näiteks teraapias kardioreumatoloogia, gastroenteroloogia, pulmonoloogia, endokrinoloogia, hematoloogia, nefroloogia, allergoloogia; kirurgias neurokirurgia, uroloogia, traumatoloogia, urgentne kirurgia, ortopeedia, veresoonte, rindkere, stomatoloogiline ja plastiline kirurgia; sünnitusabis ja günekoloogias raseduse patoloogia. Tuleks avada eriosakonnad sisehaigusi põdevatele rasedatele, enneaegse sünnituse profülaktikaks, hormonaalse talitluse ja menstruaaltsükli häirete all kannatavatele haigetele jne.

Millistest erialadest alustada, see sõltub paljudest näitajatest ja ka materiaal-tehnilisest baasist. Mitmed autorid (2, 3, 4, 6, 7) peavad olulisteks näitajateks 1) haiguse esinemissagedust; 2) haigusest põhjustatud kahju elanikkonna tervisele ja töövõimele (avaldub sageli tekkivas ajutises või jäävas töövõimetuses); 3) teaduse saavutuste taset ja selle rakendamisel saadud tulemusi (avaldub ajutise ja jääva töövõimetuse ning surmaga lõppevate juhtude vähenemises, haiguse profülaktikas). Loetletud näitajaid ei või vaadelda eraldi, üksteisest sõltumatult (kuigi iga üksik neist on suhteliselt iseseisev). Nii ei saa nõustuda L. Magomedova (5) seisukohaga, mille järgi raviasutuste spetsialiseerimisel tuleb silmas pidada neid haigusi, mis on rohkem levinud, mis põhjustavad kõrget suremust ning nõuavad spetsiifilisi diagnoosimis- ja ravivõtteid. Kui sellest seisukohast lähtuda, on osa tervishoiuvõrgust tarvis eraldada arterioskleroosi ja hüpertooniatõbe põdevatele haigetele, jättes endokrinoloogia, hematoloogia, traumatoloogia, gastroenteroloogia jt. kitsaste erialade alla kuuluvad haiged spetsialiseeritud meditsiinilise abita.

Nii kõrge kui ka madala haigestumuse korral on oluline, kuidas spetsialiseerimist korraldada. Suur haigusjuhtude arv nõuab laialdast tervishoiuasutuste võrku, et tagada kõikide haigete vastuvõtt. Seepärast kõrge haigestumus eeldab, et spetsialiseerimist alustataks linnahaiglates ja -polikliinikutes, kuid tingimusel, et meditsiini saavutuste ulatuslik rakendamine just nendes raviasutustes võimaldaks edukalt vähendada elanikkonna töövõimele tekitatud kahju. Haiguse küllaldased ja spetsiifilised profülaktika, diagnoosimise ning ravi võimalused tingivad vajaduse asutada vastavaid dispansereid.

Vastavalt kulutustele haigete tööjõu ja tervise taastamise huvides tuleks vastu võtta otsus spetsialiseeritud osakondade ja kabinettide loomiseks vabariiklikes haiglates. Ametkondlike tervishoiuasutuste osavõtt spetsialiseerimisest oleneb nende võimsusest ja teenindatavate haigete arvust. On arusaadav, et suured ametkondlikud haiglad ja polikliinikud spetsialiseeritakse iseseisvalt, sõltumata üldisest tervishoiuvõrgust. Kui on tegemist üksikute väikese võimsusega ametkondlike haiglate ja polikliinikutega, tuleb õigemaks pidada, et need võtaksid spetsialiseerimisest osa tervishoiuvõrgu või eri ametkondade tervishoiuasutustega koopereerimise teel. Seda seisukohta toetab ka N. A. Šemaško nim. endise Tervishoiuorganisatsiooni ja Meditsiiniajaloo Instituudi spetsialiseeritud statsionaarse meditsiinilise abi sektori juhataja J. Loginova (4). Oleme arvamusel, et kõrge haigestumuse korral tuleks vabariiklikes haiglates luua spetsiaalsed osakonnad ja kabinetid siis, kui erialast abi vajavate haigete arv (peale nende, keda ravitakse linnahaiglate spetsiaalsetes osakondades) on selleks küllaldane. Tervishoiuorganitel aga on tarvis vaos hoida nende haiglate juhtkondi, kes asutuse prestiiži tõstmise eesmärgil üle jõu püüavad avada uusi, erialaseid osakondi, kuigi selleks puuduvad vajadus ja võimalused (9).

Spetsiaalsed osakonnad väikese esinemissagedusega, kuid spetsiifilisi profülaktika-, diagnoosimis- ja ravimeetodeid nõudvate haiguste jaoks, peaksid olema peamiselt vabariiklikes haiglates (neurokirurgia, hematoloogia jt.). Niisuguste osakondade asutamise korral Tallinna linna haiglates ei oleks eriarstil väikese töömahu tõttu võimalik kujuneda heaks spetsialistiks. Samuti pole otstarbekas, et täiendavateks uurimisteks avataks kaasaegse aparatuuri ja erietteval mistuse saanud personaliga abikabinette. Sellises osakonnas oleks raske kindlustada tööd kogu aasta vältel (puhkuste, täienduskursuste jms. ajal).

Eri seisukohti on tervishoiuorganisaa-

torid avaldanud haiglate nn. üldvoodite suhtes. Ühed peavad neid vajalikuks, teised mitte. Näib, et üldvoodeid on vaja jaoskonnaarstide poolt suunatud, samuti ebaselge diagnoosiga haigete tarvis. Eriti vajalikud on üldvoodid arstide kvalifikatsiooni tõstmise baasiks olevates haiglates. Arvestada tuleks ka seda, et spetsialiseeritud meditsiinilise abi järkjärgulise laiendamise korral muutub ühtlasemaks haigete kontingent, kelle hospitaliseerimiseks vajatakse üldvoodeid.

Spetsiaalset meditsiinilist abi tuleb anda nii polikliinikus kui ka statsionaaris. Kui polikliinikus erikabinetid puuduvad, siis suunatakse haiged spetsialiseeritud statsionaari ilma põhjalikuma valiku ja ettevalmistuseta. Vastupidisel juhul ei saa polikliinikust statsionaari saadetud haiged tarvisminevat kvalifitseeritud abi. Sõltuvalt kohalikest tingimustest võib spetsialiseerida ka teistmoodi. Kui statsionaaris on eriravi vajavatele haigetele ette nähtud voodikohad, siis võib ebaselge diagnoosi korral esialgu üldvoodeid kasutada. Hiljem suunatakse haige edasi spetsiaalsesse osakonda. Polikliinikute spetsiaalsete kabinettide poolt statsionaarsele ravile saadetud haigete hospitaliseerimisel kasutatakse profileeritud voodikohti. Seega osutuvad need ettevalmistusetapiks spetsialiseeritud abi terviklikul ja täielikul väljakujundamisel.

Polikliinikute võrgu ja statsionaarse abi spetsialiseerimise tulemusena muutuvad jaoskonnaarsti töö maht (väheneb korduvalt arsti poole pöördumiste arv) ja profiil. Kui õigeks pidada N. Elšteini (8) arvamust jaoskonnaarstist kui spetsialistist, siis võib arvata, et jaoskonnaarst kujuneb suuremal või vähemal määral asjatundjaks ägedate haigusseisundite alal, kes erialaste teadmiste täiendamiseks jõuab tutvuda tarvismineva teadusliku informatsiooniga (1).

Spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamisel jaotame tööülesanded arstide vahel paremini ja loome soodsamad võimalused erialase meisterlikkuse kasvuks. Ei saa eitada ka muid spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamise võimalusi. Käesolevas artiklis avaldatud seisukohad tulenevad Tallinnas korraldatud spetsialiseeritud meditsiinilise abi seniste kogemuste võrdlemisest vastava erialainformatsiooniga.

РЕЗЮМЕ. При решении вопроса о централизации или децентрализации специализированной медицинской помощи следует учитывать уровень заболеваемости как основной показатель. Специализированные отделения для лечения часто встречающихся заболеваний следует организовывать прежде всего в городских больницах.

В республиканских больницах для лечения подобных заболеваний следовало бы создавать отделения в тех случаях, когда помимо лечащихся в специализированных отделениях городских больниц остается еще достаточное количество больных, нуждающихся в специализированной помощи. При низкой заболеваемости специализированные отделения создаются, главным образом, при республиканских больницах. В городах с численностью населения, равной численности г. Таллина, в специализации должна участвовать вся сеть здравоохранения, в том числе ведомственные учреждения здравоохранения.

При организации специализированной помощи должны сохраняться койки общего профиля, особенно в тех больницах, которые являются базой повышения квалификации врачей. Специализация в определенных условиях может осуществляться отдельно в поликлинике или в стационаре. Если специализация в стационаре проводится раньше, чем в поликлинике, то больные с неясным диагнозом госпитализируются на койки общего профиля, а при необходимости — в дальнейшем в специализированное отделение.

При первичной специализации в поликлинике больные госпитализируются на профилированные койки.

В результате специализации изменится объем и профиль работы участковых врачей, которые все больше будут вырастать в специалистов по острой патологии.

KIRJANDUS: 1. Воскресенский А. Д., Прохоров А. И. Кибернетика на службу коммунизму. М., 1961. — 2. Газина Е. М., Амлер Г. С., Резников М. А. В кн.: Вопросы укрупнения и специализации стационарных отделений больниц г. Калуги. Калуга, 1966, 72—77. — 3. Канаев Ю. А., Тыщенко З. А. Там же, 65—71. — 4. Логинова Е. А., Житницкий М. Е. В кн.: Современные проблемы организации здравоохранения в СССР. М., 1964, 203—208. — 5. Магомедова Л. К. В кн.: Вопросы организации медицинской помощи населению. Калинин, 1966, 13—16. — 6. Чазов Е. Важные задачи терапии. Мед. газета, 25 III 1966, 25. — 7. Эльштейн Н. В. Клинические аспекты организации терапевтической помощи. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Рига, 1967. — 8. Elštein, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 4, 275—278. — 9. Llewelyn-Davies, R., Macaulay, H. M. C. Hospital planning and administration. Geneva, 1966.

Tallinna Linna TSN TK
Tervishoiu Osakond

HAIGLAABI ARENDAMISE PERSPEKTIIVE EESTI NSV-s

ANDREI SARAP
Tallinn

UDK 614.211

Oluline teoreetilise ja praktilise tähtsusega ülesanne tervishoiukorralduse planeerimisel on statsionaarse haiglaabi arengusuundade kindlaksmääramine. Sellest sõltub, millise võimsuse ja profiiliga raviasutusi tuleks vabariigis tulevikus ehitada.

1961. a. juulikuus korraldati Budapestis Euroopa sotsialismimaade tervishoiu-ministrite nõupidamine, kus töötati välja ühtsed printsiibid sotsialismimaade tervishoiuvõrgu planeerimiseks 1980. aastani. Planeerimisel võetakse arvesse järgmised põhitegurid: maade majandusliku ja kultuurilise arengu perspektiivid; oletatav rahvaarv, elanikkonna ealine ja sooline struktuur, linna- ja maaelanike territoriaalne jaotumine; haigestumuse aste, struktuur ja dünaamika; meditsiinilise abi ja meditsiinitöötajate töö organisatsioonilised vormid ning lõpuks — meditsiinilise abi mitmesugused normatiivid.

Haiglate voodifondi spetsialiseerimise ja profileerimise normatiividega tegelevad paljud tervishoiuorganisaatorid ja teadlased nii NSV Liidus kui ka välismaal.

Seni on NSV Liidu tervishoiuorganid planeerimisel juhindunud peamiselt normatiividest, mis on välja töötatud 1954. a., kuid mis mitmeti ei vasta vabariigi nõuetele. See on põhjustanud mõningaid disproportsioone üksikute erialade (psühhiaatria, neuroloogia, nakkushaigused jt.) arendamisel. Eesti NSV-l on mitmeid iseärasusi, mida normatiivide väljatöötamisel ja planeerimisel ei saa arvestamata jätta.

Vabariigis on arvukalt väikesi linnu, 76,3% linnaelanikest elab kuues vabariigilise alluvusega linnas, rohkem kui neljandik vabariigi elanikkonnast aga Tallinnas.

Tööstustööliste arvu poolest 1000 elaniku kohta ületab Eesti NSV üleliidulised keskmised näitajad tunduvalt. Vabariigi iga kolmas elanik on tööline või teenistuja, kusjuures tootmisega on seotud rohkesti üle 55 aasta vanuseid inimesi: 1000 töötaja kohta tuleb meil neid 164, kogu NSV Liidus aga keskmiselt 83 isikut. Vabariigile on iseloomulik vanemaealiste elanike suur erikaal ja väikesearvulised perekonnad. 16% elanikest on üle 60 aasta vanad, kogu NSV Liidus on neid veidi üle 10%.

1959. a. rahvaloenduse andmeil jagunes rahvastik järgmiselt.

	Eesti NSV-s	NSV Liidus
kuni 19-aastani	29%	37,4%
20 . . . 40-aastasi	31%	32,1%
üle 40-aastasi	40%	30,5%

Neist arvudest nähtub, et Eesti NSV-s on nooremaealiste inimeste erikaal tunduvalt väiksem ja vanemaealiste inimeste erikaal suurem kui NSV Liidus keskmiselt.

Kui vaadelda hospitaliseerimist vajavaid haigusjuhte üksikute vanuserühmade kaupa, siis paistavad silma tunduvad erinevused. Haiglaravi vajatakse sageli esimestel eluaastatel, kõige vähem koolieas ja täiskasvanute nooremas rühmituses. Üle 40 aasta vanused inimesed vajavad haiglaravi 15 . . . 20% ja üle 55 aasta vanused 32% võrra sagedamini kui 20 . . . 40-aastased. Peale selle on vanemas eas sagedamad raskekujulised degeneratiivsed südame ja veresoonkonna, hingamiselundite, närvisüsteemi jm. haigused, mille puhul haige vajab pikaajalist haiglaravi. Üle 40 aasta vanune haige viibib haiglas ligikaudu 20 . . . 25% võrra kauem kui noorem haige. N. Elšteini andmeil oli terapeutilise profiiliga haigete keskmine haiglas viibimise kestus 1965. a. 15 . . . 44-aastastel 14,0 päeva, 45 . . . 49-aastastel 18,5, 60 . . . 74-aastastel 21,9 ja vanematel kui 75 aastat 21,5 päeva.

Statsionaaris ravitud üle 60 aasta vanuste terapeutilise profiiliga haigete protsent oli 1965. a. 26,6 (1950. a. 16,7). 1966. a. viibis üks haige Eesti NSV linnahaiglates ravil keskmiselt 18,1 ja maahaiglates 19,7 päeva, üleliidulised keskmised näitajad on aga vastavalt 15,8 ja 11,1.

Eesti NSV-s on haigestumuse struktuur erinev haigestumuse struktuurist vennasvabariikides. Haigestumine psühhoneuroloogia ja onkoloogia valdkonda kuuluvatesse ning südame ja veresoonkonna haigustesse on meil üleliidulisest keskmisest märgatavalt suurem.

Kõigi eespool nimetatud asjaolude tõttu ületab haiglaabi vajadus Eesti NSV-s üleliidulise keskmise normatiivi ning lubab perspektiivis haiglavoodeid 10 000 linna- ja maaelaniku kohta meie vabariigis ette näha tunduvalt rohkem kui samaks ajaks kujuneb üleliiduline keskmine. See rahuldaks põhiliselt haigete hospitaliseerimise vajadused Eesti NSV-s.

Millise võimsuse ja profiiliga haiglaid tuleks tulevikus ehitada? Seni on optimaalseks peetud 400 . . . 600 voodikohaga haiglat. See arvamus leidis kinnitust ka rahvusvahelisel sümpoosionil Weimaris 1961. aastal, kus käsitleti haiglate ehitamist. Kuid viimasel ajal on asutud seisukohale, mille järgi kõige ökonoomsem ja osakondade paigutuse mõttes otstarbekam on 1000 voodikohaga haigla. Niisuguses haiglas on kergem tsentraliseerida funktsionaalselt ühelaadilisi osakondi ja teenistusi, mis võimaldab efektiivsemalt kasutada hinnalist aparatuuri ja sisseseadet. Et osakond funktsioneeriks ratsionaalselt, peab selles olema mitte vähem kui 60 voodit.

Loomulikult on 1000 voodikohaga või suuremate haiglate ehitamine otstarbekas ainult suurtes linnades, näiteks Tallinnas (1000 voodikohaga haigla kavatsetaksegi rajada Mustamäele). Teistes vabariigilise alluvusega linnades ja rajoonikeskustes on haigla optimaalseks suuruseks 400 . . . 600 voodit. Suures ja mitmeprofiililises haiglas on head võimalused osakondadevahelisteks konsultatsioonideks ja konsiiliumide korraldamiseks ning vajaduse korral haige kompleksseks ravimiseks.

Viimastel aastatel on välisriikides (Saksa DV-s, Taanis, USA-s, Prantsusmaal, Rootsis) haiglate projekteerimisel hakatud silmas pidama mitte niivõrd meditsiinilise abi andmise spetsialiseerimist, kuivõrd intensiivistamist. Seoses sellega on haiglates projekteeritud viis järgmist osakonda: intensiivravi ja hooldusosakond, kuhu koondatakse eriti raskelt haiged; osakond keskmise raskusastmega haigetele; nn. iseteenindamisosakond; kroonilisi haigusi põdevate ja lõpuks ambulatoorselt ravitavate haigete osakond. Samast printsiibist, s. o. haigete diferentseeritud teenindamisest, püütakse lähtuda ka haiglate spetsialiseeritud osakondades (kirurgia-, teraapia-, uroloogiaosakond jt.), kus palatid liigitatakse kolme kategooriasse, nimelt raskelt haigete palatid, keskmise raskusastmega haigete palatid ja palatid, kus haiged teenindavad endid ise.

Ka meil, kas või eksperimendiks, võiks mõnes haiglas intensiivse hoolduse osakonna asutamisele mõelda.* Suur tähtsus on ka rehabilitatsiooni- või taastava ravi osakondade loomisel uutes, projekteeritavates haiglates.

Eesti NSV-s on spetsialiseeritud meditsiiniline abi viimaste aastate jooksul üsna kiiresti arenenud. See on toimunud mitte ainult profileeritud voodikohtade ja polikliinikute kabinettide arvu suurendamise, vaid, mis peamine — tsentraliseerimise ja üksikute spetsiaalsete kabinettide, osakondade ja laboratooriumide ühendamise teel. See on end täiesti õigustanud.

Kavatsusel on statsionaarne spetsialiseeritud abi kitsastel erialadel (onkoloogia, neurokirurgia, ortopeedia, nefrouroloogia, oftalmoloogia, otorinolarüngoloogia, gastroenteroloogia, kardioloogia, endokrinoloogia jt.) koondada vabariigilise alluvusega linnadesse, kuid peamiselt siiski Tallinna ja Tartusse. Seejuures tuleb vältida parallelismi ja dubleerimist erialade arendamisel Tallinnas ja Tartus. Statsionaarse abi profileerimisel on tarvis arvestada linna, vabariiklike ja ametkondlike raviasutuste kogu voodifondi.

Rajoonid on suhteliselt väikesed, seetõttu peaks nende keskhaiglates olema mitte vähem kui 9 . . . 10 voodit rajooni iga 1000 elaniku kohta. Selline haigla peab olema mitmekülgse profiiliga, kuhu kuuluvad peamised osakonnad — teraapia-, kirurgia-, akušöörgünekoloogia-, pediaatria- ja nakkushaiguste osakond. Teatav arv voodeid võib olla vastavalt kohapealsetele tingimustele neu-

---

* Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on intensiivravi-palatid nii mees- kui ka naishaigete tarvis juba olemas. Vt. M. Mõldri ja M. Roosimaa kirjutist «Meditsiiniõe töö intensiivravi-palatis» «Nõukogude Eesti Tervishoius» 1968, 4, 292. Toimetus.

roloogide, oftalmoloogide, otorinolarüngoloogide ja dermatoloogide kasutada.

Meie arvates ei ole mõtet ehitada rajooni keskhaiglaid Põlva ja Jõgevale. Nende rajoonide elanikud võiksid haiglaabi saada Võru Rajooni Keskhaiglas ja Tartu haiglates, kus voodifondi tuleks suurendada uute ehituste arvel. Mis puutub jaoskonnahaiglate osatähtsusse statsionaarse abi andmisel, siis neil vabariigis perspektiivi ei ole. Need rajati esimestel sõjajärgsetel aastatel juhuslikesse ruumidesse. 1963. a. korraldatud tervishoiuasutuste loendus näitas, et enamik jaoskonnahaiglate hoonetest on amortiseerunud. Järelikult kuuluvad need järk-järgult sulgemisele. Uute jaoskonnahaiglate ehitamine vabariigis on otstarbetu. See asjaolu kinnitab veel kord, et rajooni keskhaiglaid on vaja kiiresti laiendada, milleks tuleb ehitada ajakohased hooned.

РЕЗЮМЕ. Большой теоретической и практической важности задачей в перспективном планировании здравоохранения является определение направления развития стационарной лечебно-профилактической помощи населению. От этого во многом зависит, какие, какой мощности и какого профиля больницы следует строить в перспективе.

Эстонская ССР в сравнении с другими братскими республиками имеет ряд характерных особенностей, с которыми нельзя не считаться при разработке нормативов больничной помощи и перспективных планов развития здравоохранения.

Автор указывает, что в перспективе в области стационарного обслуживания необходимо сосредоточить узкоспециализированную помощь (урологическую, ортопедическую, нейрохирургическую, гастроэнтерологическую, эндокринологическую и др.) в городах республиканского значения, главным образом, в Таллине и Тарту. Мощность центральных районных больниц должна определяться из расчета 9—10 коек на 1000 человек населения. Центральная районная больница должна быть многопрофильной и иметь все основные стационарные отделения: терапевтическое, хирургическое, акушерско-гинекологическое, детское и инфекционное, а также иметь койки по неврологии, офтальмологии, отоларингологии и дерматологии.

Участковые больницы в условиях Эстонской ССР подлежат постепенной ликвидации.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

SAPITEEDE RÖNTGENOMANOMEETRIA

HUBERT POOLA
UNO SIBUL
Tallinn

UDK 616.361-089 : 616-073.75

Enne operatsiooni tehtud uurimised ei anna küllaldasel määral ülevaadet sapiteede haiguste iseärasustest ja maksa talitlusest. Palpatsioon ja sondeerimine operatsiooni ajal samuti ei võimalda objektiivselt hinnata anatoomilisi ja funktsionaalseid muutusi sapiteedes.

Tänapäeval peetakse üheks paremaks sapiteede haiguste uurimise viisiks operatsiooniaegset röntgenomanomeetriat (1, 2, 3, 4, 5, 10, 12, 13 jt.). Sellel meetodil on suur tähtsus postkoletsüstektoomia-sündroomi profülaktikas, samuti kirurgilises ravis (1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12 jt.).

Kolangioröntgenomanomeetria ajal määratakse rõhk otse sapiteedes. Vahetult pärast manomeetriat uuritakse sapiteid röntgenoloogiliselt, kusjuures kasutatakse kontrastainet. Eristatakse järgmisi rõhuväärtusi.

1. Algrõhk, s. o. rõhk, mis sapiteedes on juba enne manipulatsioone. Normaalne algrõhk sapipõies on 60...

80 mmH_2O ja ühissapijuhas 0 ... 30 mmH_2O.

2. Läbitavuse rõhk on minimaalne rõhk, mille puhul vedelik hakkab *m. sphincter ductus choledochi*'st (*sphincter Oddi*) läbi tungima [sapipõies normaalselt 180 ... 220 mmH_2O ja ühissapijuhas 140 ... 180 mmH_2O (1, 3, 10)].

3. Pärast sapiteedesse viidud vedeliku viimase koguse evakueerimist säilivat rõhku nimetatakse jääkrõhuks.

Oluline on evakuatsiooni aeg, s. o. ajavahemik evakuatsiooni algusest rõhu stabiliseerumiseni. Normaalne on 15 ... 30 sekundit. Selle ajavahemiku pikenemine viitab sapi evakueerimise takistusele

Manomeetria operatsiooni ajal võimaldab diferentseerida funksionaalseid muutusi orgaanilistest muutustest sapiteedes, samuti välja selgitada düskineesia laadi (hüpertooniline või hüpotooniline düskineesia). Manomeetria varal saab diagnoosida mehhaanilist takistust sapiteedes (1, 3, 4, 10 jt.). Kolangiograafia operatsiooni ajal aitab objektiivselt dokumenteerida orgaaniliste muutuste olemasolu ning koos manomeetria andmetega määrata täpsema diagnoosi.

Tabel 1

Sapiteede uuringud

Näidustus uuringuks (patoloogia liik)	Uuringute arv					
	operatsiooni ajal (49 haigel)			operatsioonijärgsel perioodil (22 haigel)		
	röntgenomanomeetria	manomeetria	kolangiograafia	manomeetria	kolangiograafia	Kokku
Äge koletsüstiit	7	3	4	—	5	19
Krooniline koletsüstiit	6	—	6	1	4	17
Krooniline pankreatiit	3	—	—	—	—	3
Koletsüstopankreatiit	9	—	5	16	14	44
Pankrease pea, ühissapijuha ja papilli tuumor	4	—	—	—	2	6
Postkoletsüstektoomiasündroom	2	—	—	—	1	3
Kokku:	31	3	15	17	26	92

Kõiki neid asjaolusid arvestades tehakse Tallinna Tõnismäe Haigla kirurgiaosakondades röntgenomanomeetrilisi uurimisi. Kõikidel haigetel määratakse enne operatsiooni tundlikkus joodi suhtes. Nagu tabelist 1 nähtub, on 49 haigel operatsiooni ajal sooritatud 49 uuringut. Valdaval enamikul (31-l) oli selleks röntgenomanomeetria, 15-l kolangiograafia ja 3 haigel sapiteede manomeetria.

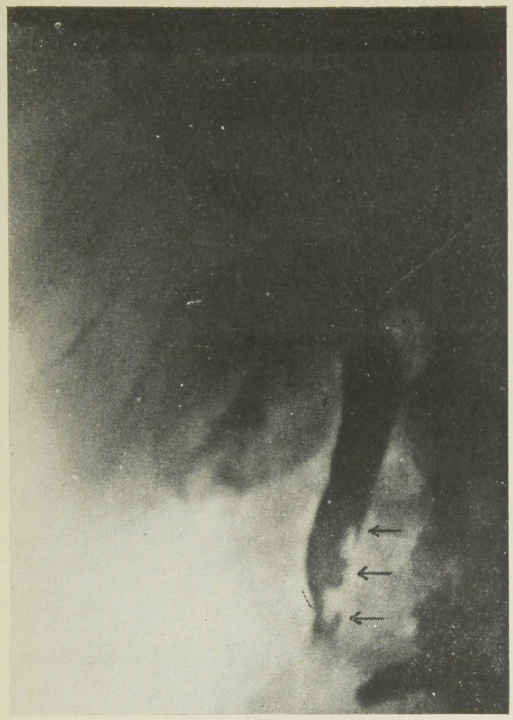
Operatsioonijärgsel perioodil on 22 haigel tehtud 17 manomeetrilist ja 26 kolangiograafilist uurimist. Kõige rohkem uurimisi (arvult 44) on tehtud koletsüstopankreatiiti põdevatel isikutel (16 haiget).

Rõhku ühissapijuhas mõõdeti eranditult kas *ductus cysticus*'e intubatsiooni teel polüvinüüldreeni (2 ... 3 mm) või spetsiaalsete kanüülide abil. Polüvinüüldreen jäeti enamikul juhtudest (sapiteede dekompressiooniks) *ductus cysticus*'sse. Selle kaudu tehti ka röntgenomanomeetrilisi uurimisi operatsioonijärgsel perioodil. Üksikjuhtudel kasutati koledohhotoomia ava kaudu toimuvat Meyo-Robsoni drenaaži.

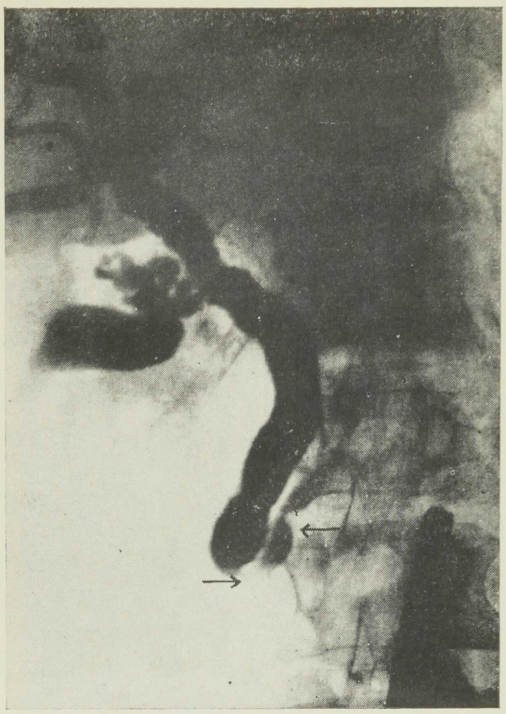
Rõhku määrati kolangiomanomeetri abil (kodumaine mark). Et vältida segavat kapillaarsust, asendati tehases toodetava manomeetri klaastoru jämedamaga (sisemine läbimõõt 5 mm). Rõhku mõõdeti kolm korda järjest, kusjuures kasutati füsioloogilist lahust. Lõpptulemusena fikseeriti kolme mõõtmise aritmeetiline keskmine. Et diferentseerida funktsionaalseid muutusi orgaanilistest, manustati seejärel (keele alla) 2 ... 3 tilka nitroglütseriini 1%-list piirituslahust. Funktsionaalse spasmi puhul normaliseerus rõhk 2 ... 3 minuti jooksul pärast nitroglütseriinproovi.

Registreeriti järgmised väärtused: algrõhk, läbitavuse rõhk, *m. sphincter ductus choledochi* resistentsus, läbitavuse aeg ja jääkrõhk.

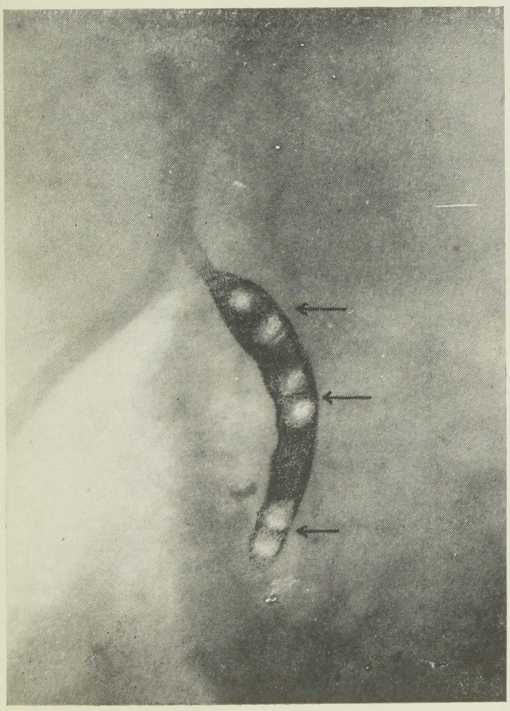
Kolangiograafiaks kasutati vees lahustuvaid kontrastaineid (5 ... 10 ml *Sol. Dionini* 50%, *Sol. Urographini* 50% jt.). Portatiivse röntgeniaparaadiga PY-760 tehti ülesvõtteid operatsioonilaual. Filmide ilmutamise ajal eemaldati vastavalt näidustustele sapipõis. Röntgenomanomeetria andmetel otsustati edasise operatsioonitaktika üle.



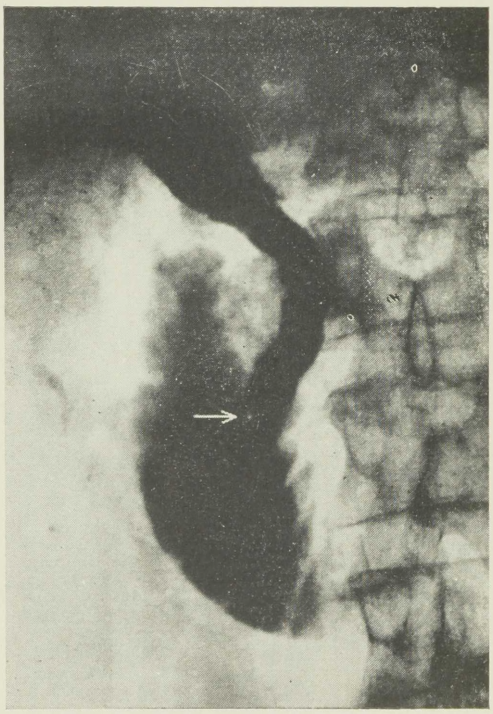
Kolangiogramm 1
Diagnoos: *Tumor (Ca!) ductus choledochi.* Ühissapijuha terminaalse osa destruktsioon



Kolangiogramm 2
Diagnoos: *Tumor (Ca!) capitis pancreatis.* Sapiteede terminaalse osa obturatsioon, dilatatsioon, refluks pankrease juhasse



Kolangiogramm 3
Diagnoos: *Choledocholithiasis. Cholecystopancreatitis acuta calculosa.* Ühissapijuha distaalse osa laienemine, konkremendid

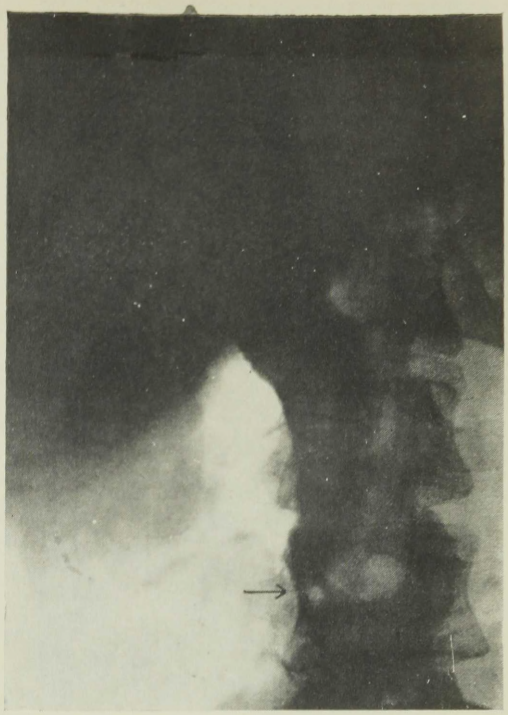


Kolangiogramm 4
Diagnoos: Postkoletsüstektoomia sündroom *(Choledocholithiasis).* Sapiteede laienemine ja konkrement ühissapijuha terminaalses osas

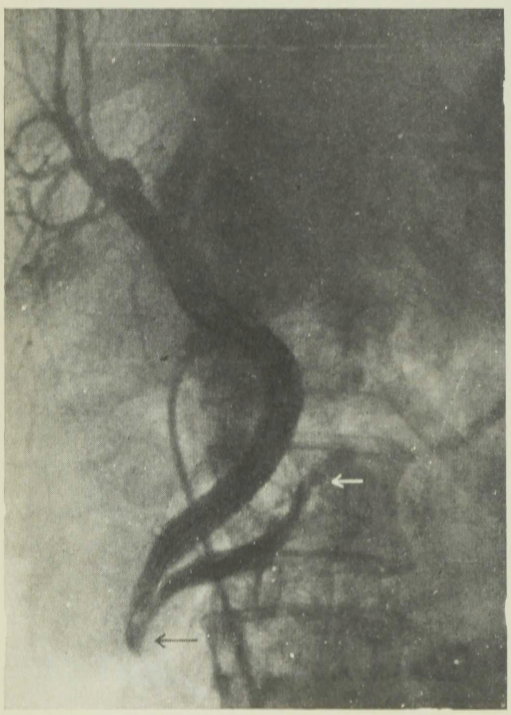
H. Poola
U. Sibul



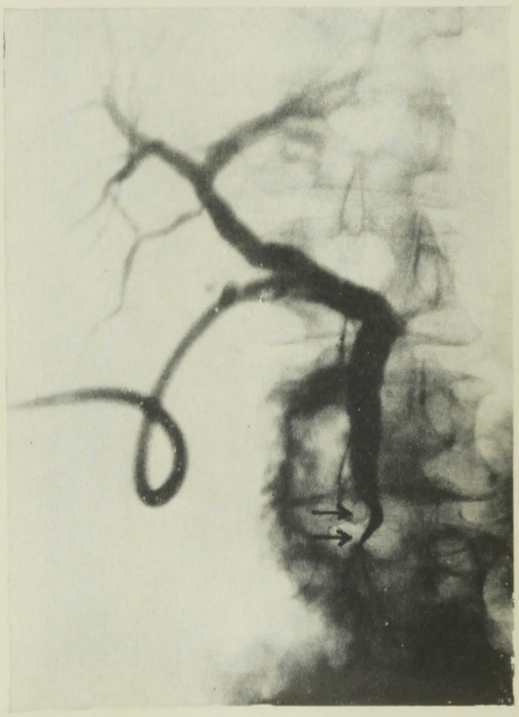
Kolangiogramm 5
Diagnoos: *Cholecystopancreatitis.* Ühissapijuha terminaalse osa striktuur, deformatsioon



Kolangiogramm 6
Diagnoos: *Cholecystitis calculosa. Choledocholithiasis.* Papilli pitsunud konkrement (Ø 2 cm). Takistusest kõrgemal näha sapiteede tunduv laienemine



Kolangiogramm 7
Diagnoos: *Cholecystopancreatitis. Stenosis papillae Vateri.* Kontrastaine ei pääse kaksteistsõrmiksoolde. Esineb refluks pankrease juhasse viimase kogu ulatuses



Kolangiogramm 8
Diagnoos: *Cholecystopancreatitis chronica.* Ühissapijuha terminaalse osa tunduv ahenemine

Operatsiooni ajal tehtud manomeetriliste ja kolangiograafiliste uurimiste abil leitud patoloogiast annab ülevaate tabel 2.

Tabel 2

Manomeetria ja kolangiograafia meetodil diagnoositud haigusjuhud

Kivid ühissapijuhas ja maksa sapijuhades	11
Ühissapijuha striktuurid, deformatsioonid	7
M. sphincter ductus choledochi spasm ja hüpertoonia	13
Stenoseeruv papilliit	2
Sapiteede ja kõhunäärme pea vähk	4
Muutusi sapiteedes ei sedastatud	12
Kokku:	49

Röntgenomanomeetriline uurimine võimaldas mitmel juhul avastada konkremente sapijuhades haigetel, kellel palpeerimisel ja sondeerimisel neid ei leitud.

Seitsmel haigel leiti ühissapijuha striktuure ja deformatsioone. *M. sphincter ductus choledochi* spasm ja hüpertoonia esinesid kolmeteistkümnel haigel. Kahel diagnoositi stenoseerivat papilliiti. Üheksast koletsüstopankreatiidi diagnoosiga haigest seitsmel registreeriti (röntgenomanomeetria abil) kõrgenenud rõhu väärtusi operatsiooni ajal. Uuringud operatsioonijärgsel perioodil, mida tehti mainitud rühma 16 haigel, viitasid sellele, et rõhu väärtused lähenesid normile alles 2 . . . 3. haigusnädalal. Kolangiograafia abil leiti ühissapijuhas terminaalse osa kitsenemisi ning supraduodenaalse osa laienemisi (vt. tabel 2).

Kolangio-röntgenomanomeetria rakendamisel tüsistusi ei ole tekkinud. Röntgenograafiliselt registreeritud muutused sapiteede mitmesuguste haigusseisundite puhul on toodud tahvlitel XVII ja XVIII.

Järeldused

1) sapiteede röntgenomanomeetriline uurimine aitab diagnoosi täpsustada ja valida õige operatsioonitaktika eriti *papilla duodeni major*'i kahjustuse ning koletsüstopankreatiitide korral;

2) röntgenomanomeetria koos nitroglütseriinprooviga võimaldab eristada sapiteede orgaanilisi muutusi funktsionaalsetest;

3) kolangiomanomeetria võimaldab operatsioonijärgsel perioodil kontrollida sapiteede seisundit ja valida õige aja sapiteedesisese drenaaži eemaldamiseks.

РЕЗЮМЕ. В Таллинской больнице Тынисмяэ у 49 больных различными формами заболеваний желчеотводящих путей и поджелудочной железы было проведено 92 исследования (31 рентгеноманометрическое, 41 холангиографическое и 20 манометрических). Исследования проводились как во время операции (49 больных), так и после нее (22 больных). При помощи внутриоперационных рентгеноманометрических исследований обнаружены камни общего желчного протока (у 11 больных), рубцовые сужения и деформация общего желчного протока (7), спазм и гипертония сфинктер Одди (13), стенозирующий папиллит (2), рак головки поджелудочной железы (4). Дополнительных изменений не обнаружено у 12 больных.

Таким образом, холангиоманометрические исследования, проводимые во время операции и повторно в послеоперационном периоде, позволяют усовершенствовать диагностику заболеваний желчеотводящих путей, выбрать более правильную хирургическую тактику, уменьшить количество диагностических ошибок и следить за восстановлением функций (прохождения) желчеотводящих путей после операции.

KIRJANDUS: 1. Багателия А. П. Клиническая оценка операционной рентгенохолеманометрии в неотложной хирургии желчевыводящих путей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1964. — 2. Виноградов В. В. Заболевания фатерова соска. М., 1962. — 3. Виноградов В. В. и др. Рентгеноманометрическое исследование желчных путей. М., 1966. — 4. Гальперин Э. И., Островская И. М Контрастное исследование в хирургии желчных путей. М., 1964. — 5. Гальперин Э. И., Петров Б. А. Хирургия, 1966, 6, 103—109. — 6. Зарзар А. С. Отдаленные результаты хирургического лечения холециститов. Ташкент, 1967. — 7. Малле-Ги П. Вестн. хирургии, 1966, 7, 36—39. — 8. Ситенко В. М., Нечай А. И. Вестн. хирургии, 1967, 2, 3—9. — 9. Тоскин К. О. Хирургия, 1967, 1, 96—101. — 10. Цхакая З. А. Рентгеноманометрия желчных путей (операционная и послеоперационная). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1962. — 11. Шор Л. М., Данилов А. Я. Вестн. хирургии, 1966, 9, 66—71. — 12. Bodvall, B., Overgaard, B. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1967, 124, 4, 723—732. —13. Kettunen, K. a. o. Int. Surg., 1966, 45, 3, 329—332.

Tallinna Tõnismäe Haigla

BAKTERIOLOOGILISTE UURIMISTE TAKTIKAST

HARRI LÕIV
Tallinn

UDK 616.078

Viimaste aastate jooksul on laienenud mitteepideemiliste infektsioonide uurimine. Seoses sellega on tekkinud mitmeid probleeme, millele raviarstidega käsikäes töötades oleme ühiselt lahenduse leidnud.

1. Analüüside otstarve

Analüüsid on vajalikud diagnoosimiseks või diagnoosi kinnitamiseks. Sisulises mõttes võib kõiki analüüse jaotada järgmiselt.

a) Sundanalüüsid. Siia rühma kuuluvad analüüsid, mis tehakse peaaegu igal haigel, sõltumata patoloogiast — need on nn. profülaktilised uurimised (näiteks rooja uurimine düsenteeria, kolienteriidi ning salmonelloosi suhtes, kurgu- ja ninalima uurimine difteeria ja rasedatel ning meditsiinipersonalil mikrofloora suhtes, rooja ja vere mikroskoopilised uurimised jne.). Selle rühma teise osa moodustavad uurimised, mis sõltuvad patoloogiast — uriini, sapi, maomahla, röga, liikvori jm. uuringud.

b) Valikanalüüsid sõltuvad põhidiagnoosist. haigusseisundi muutumisest ja sundanalüüsi tulemustest. Kahjuks pööravad raviarstid neile vähem tähelepanu kui teistele analüüsiliikidele. Sel uurimiste rühmal on otsustav tähtsus ravitaktika muutmisel, näiteks haiglas tekkinud kopsupõletiku, otiidi, haavainfektsiooni, sepsise või endometriidi korral.

c) Formaalsed analüüsid moodustavad nõutavatest analüüsidest suure protsendi. Need on «haigusloo kaunistused», saadetud nii-öelda igaks juhuks ja seejuures ei suuda raviarst vastata küsimusele: mis põhjusel, mis otstarbel nõuti uurimist? Neid nõutakse ka siis, kui patoloogiat ei ole leitud ja kui analüüsi tulemustest ei saa diagnoosi ega ravi suhtes teha uusi järeldusi. Selle liigi sagedamateks esindajateks on iga 1...2 päeva järel tehtavad vereanalüüsid ja ravikuuri ajal sooritatavad bakterioloogilised analüüsid.

d) Laborandi soovitatud analüüsid. See moodus on praktikas vähe kasutamist leidnud, kuid ei ole mitte vähem tähtis eelmistest. Sellise analüüsi vajadus võib tekkida: kui on tarvis kinnitada uurimise tulemustest tulenevat uut diagnoosi, kui tuleb rakendada raviarstile vähe tuntud teisi uurimismeetodeid oletatava diagnoosi kinnitamiseks või määramiseks. Näiteks kui keskkõrvapõletiku korral ei leita haigusetekitajaid, võib uurida ninaneelu mikrofloorat, mis annab kaudset informatsiooni. Või teine näide — kui roojast leitakse salmonellakahtlane mikroob, siis võib veres määrata antikehade olemasolu; kui haige on tulnud düsenteeria- või kolibakterioosikoldest, kuid haigusetekitajaid ei avastata, võib soovitada seroloogilisi uurimisi jne.

2. Analüüside saatmise skeem

Teatavast kindlast analüüside saatmise skeemist kinnipidamine on oluline diagnoosimise, ravi, epidemioloogia ja laboratooriumi koormuse seisukohalt. Põhimõttelised nõuded skeemi koostamiseks oleksid järgmised: analüüsid peab võimalust mööda saatma enne ravi algust ja mitmel korral, haigusetekitaja avastamisele järgneb spetsiifiline ravi (uurimised katkestatakse) ja seejärel uuritakse uuesti, et kindlaks teha, kas ravi lõpetada või alustada järelravi. Niisuguse taktika korral on võimalik kontrollida ravi efektiivsust ja haiguse tekitaja kadumist organismist, mis omakorda on oluline haiguse epidemioloogia ja etioloogia selgitamise seisukohalt. Täpsuse tagamiseks, kontrolliks ja enesekontrolliks kantakse meie haiglas palavikulehtedele erimärkus saadetud analüüside kohta, mistõttu eespool mainitud seosed ilmnevad kohe.

3. Laboratoorne informatsioon

Uurimise tulemustest informeeritakse raviarste mitmeti — ühtseid seisukohti laboratooriumide vahel ei ole kehtestatud. Järgnevalt vaatleme informatsioone, mis võivad põhjustada valesti tõlgendamist.

a) Vastus: negatiivne. Sellise vastuse võib anda ainult sihtuurimise korral,

näiteks ninalima uurimisel stafülokokkide suhtes, ilma teisi mikroobe märkimata. Õigem oleks märkida, milline mikrofloora leiti, näiteks samal juhul leiti ka patogeenseid hemolüütilisi streptokokke, diplokokke ja *E. coli*. On arusaadav, et see nõuab raviarstilt suuremat interpreteerimisoskust (toodud näites võiks *E. coli* esinemist tõlgendada kui organismi üleküllastatust antibiootikumidega).

b) Vastus: patogeenset floorat ei leitud. Vastus on mõne uurimisliigi korral eelmisest õigem. Kuid näiteks rooja uurimisel düsenteeria suhtes avastati lapsel *Proteus* või *Paracoli* koos stafülokokkidega. Teatavates olukordades on ka need mikroobid assotsiatsiooni tõttu patogeensed. Seetõttu on õigem märkida sedastatud mikroobid ja seejärel tõestada nende patogeensus.

c) Vastus: steriilne. See tähendab, et üldse mingisuguseid mikroobe ei leitud. Selline võimalus võib esineda ainult uurimiste korral, kui uurimismaterjal ei ole kogutud õigesti ja adekvaatsest anatoomilisest piirkonnast, kui ei ole arvestatud haiguse staadiumi (näiteks bakterieemia tüüfuse korral), kui raviprotseduuride tegemisel on hävitatud mikroobid uurimismaterjali võtmise ajaks, kui ei kasutata elektiivseid söötmeid ja nõutavat uurimistehnikat.

d) Kui mainitud asjaolusid ei arvestata, saadakse neljas vastus, kuid sel puhul on tegemist vale informatsiooniga. Näiteks silmasekreedi, kõrvamäda, kurgulima jms. külvamise korral puljongisse vohavad saprofüütsed või ka patogeensed stafülokokid, varjates delikaatseid mikroorganisme (strepto-, pneumo-, meningokokid), rooja seismisel soojas ja mitteelektiivse rikastussöötme kasutamisel vohavad *proteus*'ed, varjates patogeenseid enterobaktereid; verekülv sepsise suhtes tehakse vastavate haigusnähtudeta perioodil jne.

e) Esialgne informatsioon. Üldiselt pole selline uurimisandmete teadustusvorm laboratooriumides kasutamist leidnud. Kuid niisugusele liinile tuleb laborantidel asuda, sest raviarsti huvitab uurimistulemuste kiire teadasaamine ravi ja epidemioloogia seisukohalt. Näiteks leitakse E-rühma *Salmonella*, kuid täieliku nimetuse saab sellele anda alles 2...3 päeva pärast.

4. Kas uurimismaterjalis avastatud mikroob on olemasoleva haiguse tekitaja?

Käsiraamatutes jaotatakse mikroobid klassikalise kontseptsiooni järgi saprofüütseteks ja patogeenseteks ning mõned tinglikult (suhteliselt) patogeenseteks.

Mikroobid on pika evolutsiooni kestel kohanenud parasiteerimiseks inimese ja looma organismis. Normaalne mikrofloora on spetsiifiline ja iseloomulik antud peremeesorganismile ja organismi anatoomilisele osale. Need on kommensaalid ja saprofüüdid. Osa neist põhjustab haigust harva.

Teine osa mikroobe, mida organismis normaalselt ei esine, kuid väljaspool organismi ei suuda elada, tekitab organismi sattumisel enamikul juhtudest haiguse. Need on patogeensed mikroobid. Kui patogeenne mikroob on haiguse esile kutsunud, siis räägitakse virulentsest mikroobist. See, millised mikroobi eri omadused virulentsuse tingivad, ei ole teada. Ainult mõne mikroobi osas valdame *in vitro* virulentsuse teste — plasmakoagulatsioon, hemolüüs, fibrinolüüs, letsitinaasi aktiivsus, toksigeensus, tsütopatogeenne efekt, seerumiresistentsus. Enamikul juhtudest peame leitud mikroobi patogeensuse tõestamiseks rakendama kaudseid ja suhtelise väärtusega andmeid: sümptomatoloogia, epidemioloogia, keskkond, haige vanus, statistika, mikroobi sage avastamine haiguse kestel enamasti puhaskultuurina ja spetsiifilise ravi rakendamisel arvatava haigusetekitaja kadumine koos haigusnähtude taandumisega, spetsiifilised antikehad, allergia, leitud tekitajate antibiogrammide võrdlemine, fagotüpiseerimine, kolitsinotüpaaž jm.

Mikroobi virulentsuse lõpliku hinnangu annab ikkagi raviarst eespool loetletud tunnuste kompleksi alusel.

5. Uurimise tulemuste interpreteerimine

Uurimise tulemuste õige tõlgendamine eeldab leitud mikroobi, haiguse patogeneesi ja epidemioloogia tundmist. Kui neid momente ei arvestata, võivad tekkida olulise tähtsusega valesti tõlgendamised.

a) Mikroobi patogeensuse valesti tõlgendamine. Näiteks kurgu- ja ninalima uurimisel leitakse sageli *Streptococcus*

viridans'i, mis enamasti on saprofüüt ja tavaline asukas hingamisteedes. Vastupidisel juhul algab ravi penitsilliiniaerosooliga ja tagajärjeks võivad olla stafülokokkide vohamine ja angiin; *Aerobacter-Klebsiella* võib olla primaarselt patogeenne, kuid pärast antibiootikumravi vohavad need organismis, sest nad on antibiootikumide suhtes resistentsed.

b) Haigusetekitaja mitteleidmine ei eita oletatavat diagnoosi, kui seda on pealegi kinnitanud teised, diagnoosi määramiseks tarvisminevad andmed (vt. eespool). Haigusetekitajaid ei avastata kunagi kõikidel haigetel, vaatamata isegi korduvatele uurimistele.

c) Diagnoosi määramine pärast suhteliselt patogeensete mikroobide ühekordset leidu on vale interpretatsioon. Näiteks kui analüüsisime meie haigla haiguslugusid lõppdiagnoosiga «stafülokokiline enterokoliit», selgus, et umbes 60%-l juhtudest oli diagnoosimise tugipunktiks stafülokokkide ühekordne esinemine roojas. Esitatud näite korral on peamine oht, et võidakse tegemata jätta vajalikud sundanalüüsid koli-, düsenteeria-, salmonellarühma mikroobide suhtes ning arvestamata jätta leitud enterobakterite (*E. coli, Paracoli, Proteus-Morganella, E. freundii* jt.) tähendus stafülokokilise enterokoliidi korral.

6. Raviarsti ja bakterioloogi vahekord

Eri kutsealade ja organisatsioonide tõttu vastastikust suhtlemist enamikul juhtudest ei ole, kuid see tuleb luua. Nende vahekord peab olema «vastastikku reflekteeriv». Kas bakterioloog peab teadma haiget ja diagnoosi? Oletame, et bakterioloog teab diagnoosi, sest laboratooriumi saatelehtedel enamasti nõutakse, et diagnoos oleks märgitud. Sellisel juhul võivad tekkida järgmised võimalused. 1. Diagnoosist lähtudes jätab bakterioloog teised võimalused kasutamata ja kinnitab ainult määratud diagnoosi. Selline töörutiin on kahjuks paljudel juhtudel valitsev. 2. Bakterioloog soovitab teisi uurimise võimalusi diagnoosi täpsustamiseks või avardamiseks, näiteks kolibakterioosi ja proteoosi jms. korral uuritakse stafülokokkide suhtes ja ümberpöördult, või soovitab seroloogilisi uurimisi jms., sest raviarst ei tea kõiki laboratooriumi võimalusi ja uusi uurimismeetodeid. 3. Bakterioloog rakendab sihtuurimist, kasutades lisauurimisvõtteid, et diagnoosi absoluutse tõenäosusega kinnitada või eitada.

Raviarsti ja laborandi vahekorra reguleerimiseks peab raviarst enamasti energiliselt käituma, et laboranti seisakust välja rebida ja tuua ta elutust laboratooriumist elusa inimese juurde.

РЕЗЮМЕ. Соблюдение определенной схемы отправки анализов в лаборатории имеет большое значение для диагностики, лечения, эпидемиологии, а также нагрузки лаборатории. По мере возможности анализы производят по нескольку раз до начала лечения. После обнаружения возбудителя назначают специфическое лечение (исследования прекращаются), затем исследование возобновляется, чтобы закончить лечение или начать последующее. При такой тактике контролируется эффективность лечения, а также исчезновение возбудителя болезни из организма, что имеет значение для выявления эпидемиологии и этиологии болезни.

Большое значение имеет интерпретирование результатов исследования, от чего зависит правильное или ложное толкование.

Tallinna Merimetsa Haigla

KÄE RASKEKUJULISE VIGASTUSE JUHT

JEVGENIA SULTS
Tartu

UDK 611.977 : 616.001-03

Ühe neljandiku kõikidest tööstustraumadest moodustavad kämbla ja küünarvarre vigastused. Seepärast tuleb nende patoloogiale ja ravile rohkem tähelepanu pöörata (1, 2).

Esitame labakäe raskekujulise vigastuse juhu ja selle ravi hilistulemused.

Meespatsient E., 34 aastat vana, toodi 10. 08. 57. a. (haiguslugu nr. 2607/57) Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonda parema käe

raske vigastuse tõttu. Haigel oli šokk. Nägu kahvatu, külma higiga kaetud. Huuled tsüanootilised. Ärritustele reageeris loiult. Vererõhk 90/60 mmHg. Paremale õlavarrele oli asetatud žgutt. Anamneesi andmeil oli haige sama päeva hommikul ketassaega lõiganud paremasse kämblasse randmeliigese piirkonnas.

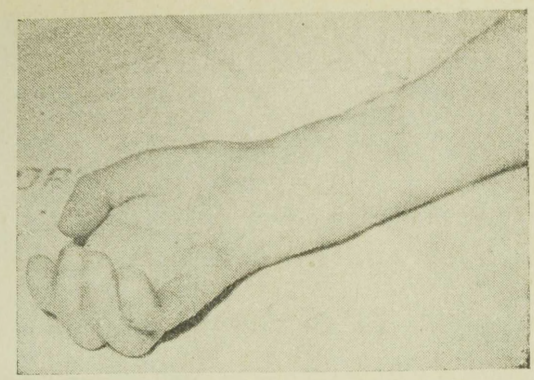
Haige toodi välja šokist. Järelevaatusel leiti: randmest veidi proksimaalsemal oli käe teljele ristsuunas kulgev sügav lõikehaav, mis läbis parema käe kõik painutajalihased, *a. radialis*'e ja *a. ulnaris*'e, *n. medianus*'e, purustatud *radius*'e distaalse otsa ja karpaalluud. Seega oli kämmal peaaegu täiesti eemaldatud, see oli küünarvarrega ühendatud ainult käeseljal terveks jäänud sirutajalihaste kõõluste ja 5 cm laiuse nahariba abil. Sõrmed valged, külmad ja liikumatud. Valuärritusele ei reageeri. Esialgu arvati, et käsi tuleb amputeerida.

Tehti haava esmane korrastus: eemaldati lahtised luukillud ja paigaldati luufragmendid; kõõluste proksimaalsed otsad fikseeriti randmeliigese kapsli palmaarsele pinnale, et vältida retraktsiooni siidõmblustega. Haav suleti kihiliselt ja sinna jäeti dreen, tehti kipslahas. Tekkis haava supuratsioon kudede laialdase nekroosiga, mis paranes aeglaselt. Parema randme palmaarsel pinnal kujunes laialdane kätt deformeeriv armkude, mis oli liitunud luuga. Randmeliigeses puudusid nii ekstensioon kui ka fleksioon ja tundlikkus peopesas, sõrmede palmaarsetel ning dorsaalsetel pindadel; labakäe nahk sinkja varjundiga ja jahedam.

Plastiline operatsioon (haiguslugu nr. 1020/58, 704/59.). Vasakul kõhupoolel moodustati Filatovi nahavars, mis kanti üle parema käe palmaarsele pinnale. Eemaldati kõik vanad kõvad sidekoelised armid. Pärast Filatovi nahavarre pikuti avamist saadi sobiv nahalapp (14 cm pikk ja 7 cm lai), millega kaeti kogu parema randme vigastatud piirkond, alates peopesa proksimaalsest osast küünarvarre alumise kolmandikuni. Kipslongett. Haav kasvas kinni *per primam*. Et sõrmede funktsiooni säilitada, alustati ravivõimlemist. Filatovi nahavars parandas labakäe verevarustust tunduvalt. Kämmal, mis enne operatsiooni oli tsüanootiline ja jahe, muutus soojaks, kusjuures naha värvus normaliseerus.

Järgnevalt võeti 2 riba (10×4 cm) parema reie *fascia lata*'st, mida kasutati parema käe *m. flexor digitalis profundus*'e defekti täitmiseks. Nahalõige kulges läbi transplantaadi. Kõõluste plastika tehti *canalis carpi* sidekoestumise tõttu selle pealt. Esmane kinnikasvamine. Järgnes ravivõimlemine. Pärast ravi lõppu asus endisele tööle.

Käesoleval ajal (pärast 9 aasta möödumist) on käe nahk normaalse värvusega, soe. Parema käe jõud on taastunud umbes 70 . . . 80%, võrreldes teise käe jõuga. Suuremas osas teenindab end parema käega. Töötab põllutöömasinate paranduse töökojas lihvijana, III grupi invaliid. Kirjutab vabalt, kusjuures käe-



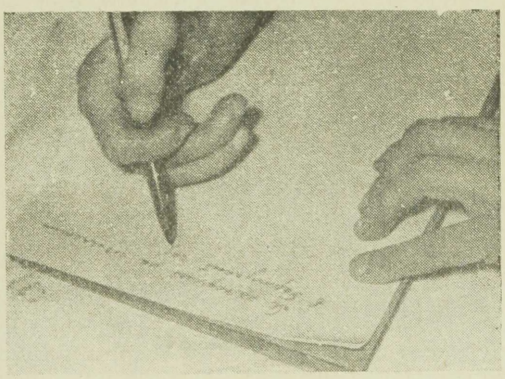
Haige E. Parema käe üldilme. Hästi näha naha transplantaat

kiri on samasugune kui enne vigastust. Käsitseb söögiriistu, kannab käe otsas raskusi, aerutab, ainult keerukamad sõrmeliigutused, nagu nööbi sulgemine, on raskendatud. Samuti puudub tundlikkus sõrmede palmaarsel pinnal. Temperatuuritundlikkus kummalgi käel ühesugune.

РЕЗЮМЕ. Кисть и пальцы часто подвергаются мелким и крупным травмам на производстве, в сельском хозяйстве и в быту. При тяжелом повреждении кисти, этого анатомически очень сложного и функционально жизненно важного органа, должны быть применены все виды оперативного и функционального лечения. Восстановление полной или хотя бы частичной функции руки дает человеку возможность обслуживать себя самостоятельно и тем спасает его от тяжелой инвалидности.

Приводится случай почти полной ампутации правой кисти механической пилой у 34-летнего больного. Перерезаны были все мышцы-сгибатели кисти и пальцев, *a. radialis* и *a. ulnaris*, *n. medianus* и раздроблены все кисти лучезапястного сустава. Правая кисть удерживалась лишь полоской кожи в 5 см шириной на тыльной поверхности.

Первичная обработка раны осложнилась нагноением и обширным некрозом мягких тка-



Sama haige. Kirjutab vabalt

ней, в результате чего образовался грубый спаянный с костью рубец. Наблюдалось полное отсутствие сгибания и разгибания. С живота на правое предплечье была пересажена кожа Филатовского стебля и через него сделана 2 кусками из *fascia lata* пластика сухожилий сгибателей.

Улучшилось кровоснабжение кисти и восстановилась функция руки. Пациент хорошо пишет, обслуживает себя, носит любую тяжесть и работает в настоящее время шлифовщиком.

KIRJANDUS: 1. Фишман Л. Г. Клиника и лечение заболеваний пальцев и кисти. М., 1963. — 2. Гориневская В. В. Повреждение кисти и их лечение. М., 1948.

Tartu Riiklik Ülikool

ÜHEPOOLSE «HELEDA KOPSU» JUHT

LEO SAUEMÄGI
JAAN KARUSOO
Tallinn

UDK 616.131-007.22 : 616-073.75

Termin ««ühepoolne «hele kops»» on röntgenoloogias kasutatav mõiste, mis hõlmab mitmeid eri etioloogia ja patogeneesiga patoloogilisi protsesse, nagu ühepoolne progresseeruv kopsu düstroofia, kaasasündinud kopsuarteri-hüpoplaasia, gigantne emfüsematoosne bulla, tsüstkops, spontaanne õhkrind jt. Allpool kirjeldame vasaku kopsu arteri kaasasündinud hüpoplaasiast tingitud heleda kopsu juhtu.

Meespatsient, 25 aastat vana. Elukutselt tisler. Lapsena oli põdenud leetreid ja läkaköha, hiljem korduvalt angiini. Kopsupõletikku oli haigestunud 3 aasta vanuselt. Tuberkuloosidispanseris oli arvel 1954. kuni 1966. aastani. Diagnoos: parempoolne bronhoadeniit. Viimase 7 aasta jooksul olid esinenud vähene rögaeritus ja füüsiliste pingutuste korral hingeldus. Köha periooditi. Vasakul rindkerepoolel aeg-ajalt valud. Nende kaebuste tõttu viibis haige Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaaris uurimisel 8...26. jaanuarini 1968. a.

Objektiivne leid. Rindkere sümmeetriline, hingamisel jääb vasak pool paremast mõnevõrra maha. *Fremitus pectoralis* vasakul nõrgenenud. Koputlemisel: kopsukõla pikenemine vasakul. Kuulatlemisel: nõrgenenud vesikulaarne hingamiskahin vasakus kopsus. Südametoonid tuhmid. Arteriaalne rõhk vasakul käel 168/90 ja paremal 150/85 mmHg. Pulsisagedus 92 korda minutis. Elektrokardiogrammil näha südame parema vatsakese ülekoormuse tunnuseid.

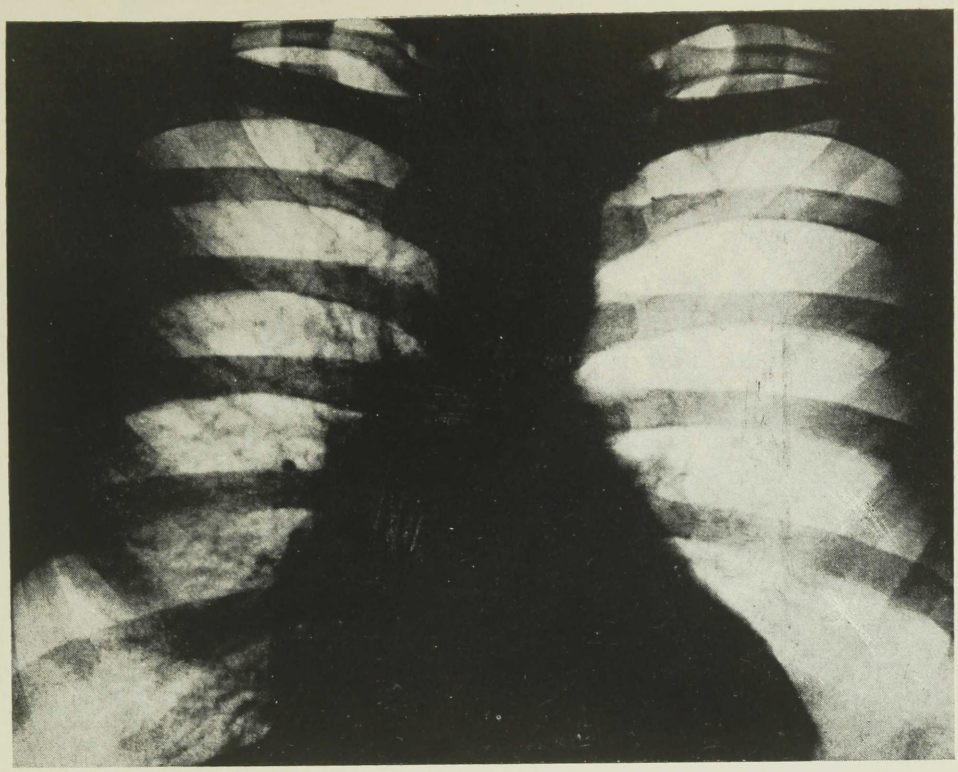
Trahheobronhoskoopia. Vasak peabronh mõõdukalt kitsenenud, limaskest hüpereemiline

Välise hingamise uurimine. Hingamispaus sissehingamisel 35 sekundit, väljahingamisel 20 sekundit. Spirogramm: hingamissagedus 18 korda minutis, minutimaht 12,9 l (21,6% vajalikust), neeldunud hapniku hulk 297 ml/min. (normaalväärtus 200... 250 ml/min.), hapniku kasutamise koefitsient 23 ml/l (normaalväärtus 30...40 ml/l), vitaalkapatsiteet 3,9 l (78% vajalikust), maksimaalne ventilatsioon 47,2 l (34% vajalikust). Tiffeneau proov 88% (normaalväärtus 80%). Pneumotahhomeetria: sissehingamisel 6,0 ja väljahingamisel 5,0 l/sek. Seega oli tegemist välise hingamise puudulikkuse teise astmega, bronhide läbitavus aga normi piires.

Röntgenoloogiline uuring. Rindkere dorsoventraalsel üldülesvõttel ilmneb selgesti erinev vaskularisatsioon vasakus ja paremas kopsus (vt. tahvel XIX, röntgenogramm 1). Vasakus kopsus, mis on tunduvalt heledam (nn. ühepoolne hele kops), peamiselt mediaalosas, näha redutseerunud veresoonestik, kus tsentraalsed arterid on jälgitavad ainult peente varjudena. Paremas kopsus on vikareeruv hüpervaskularisatsioon kopsuarteri ja selle harude difuusse laienemisena. Perifeersed veresooned on jälgitavad kuni kopsu lateraalse piirini. Parema hiiluse piirkonnas üksikud väikesemõõtmelised petrifikaadid. Hiiluste piirkonnast tehtud otse- ja külgtomogrammidel on lisaks kirjeldatule märgatav, et parema kopsu suurte veenide läbimõõt on suurenenud ja vasak peabronh vähesel määral ahenenud (vt. tahvel XIX, röntgenogramm 2). Maksimaalse sisse- ja väljahingamise ajal registreeritud diplogramm näitab vasaku rindkerepoole väiksemat liikuvust. Bronhograafia andmeil vasaku kopsu alumises sagaras (X segmendi piirkonnas) segatüüpi bronhoektaatilised laiendid (vt. tahvel XX, röntgenogramm 3).

Laboratoorsed uuringud. Vereanalüüs: SR 4 mm, hgb. 15 g%, leukots. 5600. Leukotsüütide valem: basof. 1%, eosinof. 3%, keppt. 2,5%, segmentt. 63%, lümfots. 25%, monots. 5,5%. Siaalhapet 0,19 ühikut. C-reaktiivne valk negatiivne. Seerumivalgud: üldvalku 8,5%, albumiine 56%. Globuliinide fraktsioonid: alfa$_1$ 7,0%, alfa$_2$ 8,0%, beeta 12,0%, gamma 17,0%. Rögas tuberkuloositekitajaid ei sedastatud. Eraldati *Candida albi-*

L. Sauemägi
J. Karusoo



Röntgenogramm 1



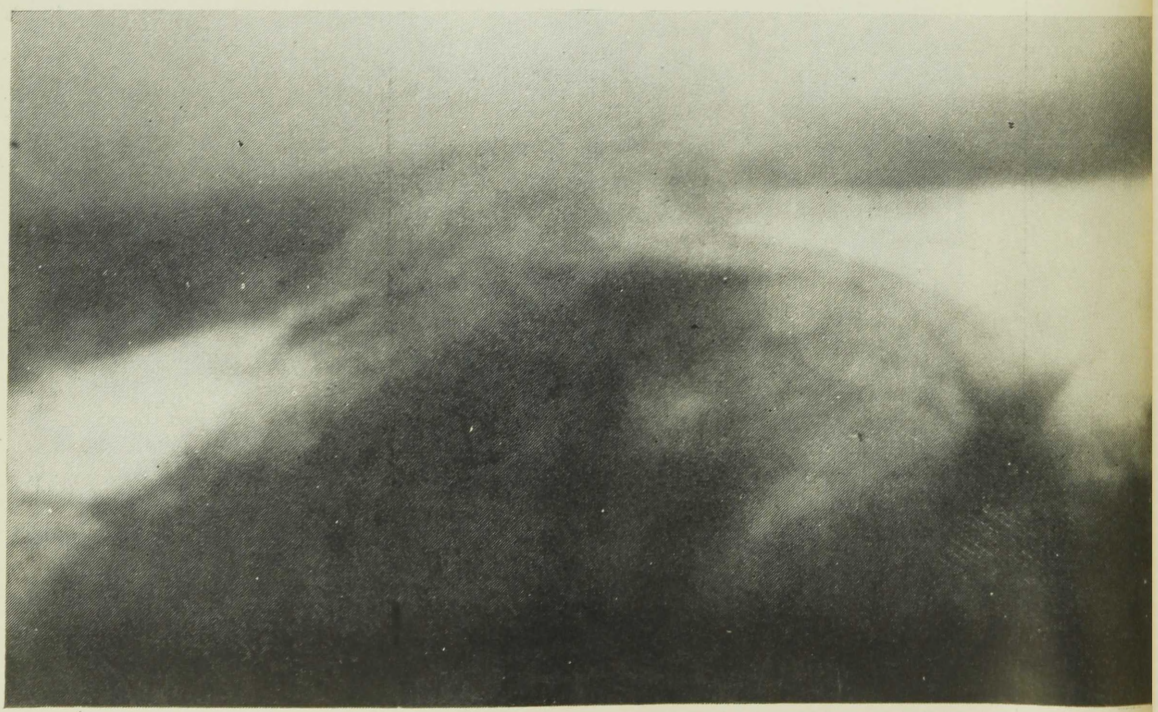
Röntgenogramm 2

L. Sauemägi
J. Karusoo



Röntgenogramm 3

E. Kuu



Röntgenogramm. Pneumoperitoneum ja lateroskoopia.

cans'i, *Staphylococcus albus anhaemolyticus*'e plasmat mittekoaguleeriv ja letsitinaasnegatiivne ning *Streptococcus viridans*'i tüvi. Uriin ja *faeces* normaalsed.

Kirjeldatud juhul oli tegemist vasaku kopsu arteri hüpoplaasiast tingitud kopsu-hüpoplaasiaga, mis avaldub kopsukoe hõrenemises, bronhide ahenemises ja tüsistusena bronhoektaasiate moodustumises. Neist muutustest on tingitud hingamise puudulikkus ja parema kopsu kompensatoorne hüpervaskularisatsioon ning südame parema poole ülekoormus.

Ühepoolse heleda kopsu diferentsiaaldiagnoosimisel arvesse tulevatest diagnoosidest võib röntgenoloogilise uurimise alusel kõrvale jätta spontaanse õhkrinna, tüstkopsu ja gigantse emfüsematoosse bulla. Antud juhul on tegemist kopsuarteri hüpoplaasiaga, mis võib olla kaasasündinud või progresseeruv. Viimast võimalust aga eitab asjaolu, et kopsude röntgenoloogiline pilt ei ole viimase kaheksa aasta jooksul oluliselt muutunud (röntgenifilmide ja tuberkuloosidispanseri ambulatooriumikaardi alusel). Tuleb rõhutada, et diferentsiaaldiagnoosimisel üheks arvesse tulevaks veaks võib osutuda hüperdiagnoosimine vastaspoolse kopsu osas. Ka kirjeldatud juhul diagnoositi bronhoadeniiti sel põhjusel, et vastaspoolel oli tegemist hiiluse kompensatoorse hüpervaskularisatsiooniga.

Kopsuarteri ühepoolse hüpoplaasia puhul ei ole kausaalset ravi. Et nimetatud anomaalia tagajärjeks võib olla südame kahjustus ja et kopsu vastuvõtlikkus infektsiooni suhtes on hüpoplaasia tõttu suurenenud, siis vajavad need haiged pidevat jälgimist.

РЕЗЮМЕ. Приводятся данные о случае одностороннего светлого легкого, обусловленного гипоплазией левой главной ветви легочной артерии.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

MESENTEERIUMI TSÜSTI RÖNTGENDIAGNOOSIMISEST

ERICH KUUS
Rapla

UDK 616.383-006.2 : 616-073.75

Mesenteeriumi tsüst on väga harva esinev kõhuõõne elundite haigus. V. Gurko (2) arvates on neid Nõukogude Liidus kirjeldatud kakskümmend-kolmkümmend. H. Vinzi (10) andmeil on Magdeburgi Meditsiiniakadeemia kirurgiakliinikus kuue aasta jooksul olnud kaks sfäärilist soole duplikatuuri ja üks mesenteeriumi tsüst.

Veelgi harvem on nimetatud haigust diagnoositud enne operatsiooni. I. Zaharovi (3) järgi on mesenteeriumi tsüstide tegeliku arvu ja diagnoositud juhtude suhe 40:1.

Enamik haigeist, kel on mesenteeriumi tsüst, satub kõhuõõne elundite ägedate haiguste tõttu ravile juba lapseeas. Esinevad tugevad, sageli koolikutaolised valud kõhus, oksendamine, sage urineerimine. Blumberg-Štšotkini sümptoom on kogu kõhu ulatuses positiivne. Palpeerimisel võib kõhuõõnes leida ümara tuumori. Haigeid enamasti röntgenoloogiliselt enne ei uurita, vaid oletatakse ägedat apenditsiiti või soolesulgust ja suunatakse kohe operatsioonile (2, 9, 10). Kui aga haigus kutsub esile kroonilise soolesulguse nähte, rakendatakse mõnel juhul irrigoskoopiat. H. Vinz (10) on seda teinud kümnenädalasel imikul ja on tuumori piirkonnas leidnud kontrastaine passaaži takistuse ning varjudefekti.

Täiskasvanul areneb mesenteeriumi tsüst aegamööda, mistõttu kliinilised sümptoomid esialgu puuduvad, kuid tsüsti suurenemine võib põhjustada soolesulguse. Palpeerimisel leitakse kõhus

	Asukoht	Palpatsioonileid		Liigutatavus	Röntgenoloogiline meetod
		haige lamab	haige on püstiasendis		
Suure rasviku tsüst	Peritoneumi õõnes. Suure rasviku piirkond	Pindmiselt	Laskub allapoole	Suur (⩾10 cm)	Pneumoperitoneum
Mesenteeriumi tsüst	Peritoneumi õõnes. Tavaliselt peensoolekinnisti piirkond (kulgeb vasakult ülakõhu piirkonnast paremale alakõhu piirkonda)	Pindmiselt	Laskub allapoole	Keskmine (5 . . . 10 cm)	Pneumoperitoneum
Munasarja tsüst	Peritoneumi õõnes. Hüpo- ja mesogastrium	Pindmiselt. Bimanuaalne palpeerimine määrab diagnoosi	Ei lasku allapoole, välja arvatud varre otsas tsüst	Keskmine (5 . . . 10 cm)	Pneumopelviograafia
Solitaarne neerutsüst, neerukasvaja	Retroperitoneaalselt. Neerupiirkond	Sügaval, neerude tasapinnas	Ei lasku allapoole	Väike (⩽5 cm)	Retropneumoperitoneum. Urograafia

sileda pinnaga ümar tuumor, mis ei ole valulik. Mõnikord saab sellel esile kutsuda fluktuatsiooni.

Mesenteeriumi tsüstid jagunevad järgmiselt: 1) tõelised — enterotsüstoomid, lümfangioomid, dermoid- ja teratoidtsüstid — ning 2) pseudotsüstid — hematoomid, ehhinokokid. Need paiknevad enamasti peensoolekinnistis [V. Salištšev (6)].

Kui mesenteeriumi tsüsti kliinilist pilti on kirjeldatud rahuldavalt, siis selle röntgendiagnoosimise andmed puuduvad isegi kõige laialdasemalt kasutatavates töödes [V. Fanardžjan (7), V. Djatšenko (4)].

43-aastane naispatsient A. T. (haiguslugu 1495/67) hospitaliseeriti Rapla Rajooni Keskhaiglasse 5. juulil 1967. a. Eelmisel õhtul olid haigel tekkinud kõhus tugevad valud, mis hiljem lokaliseerusid vasakul ülakõhus. Paar korda haige oksendas. Viimase paari-kolme aasta jooksul on patsient tundnud mingit ümarat moodustist vasakul pool kõhus.

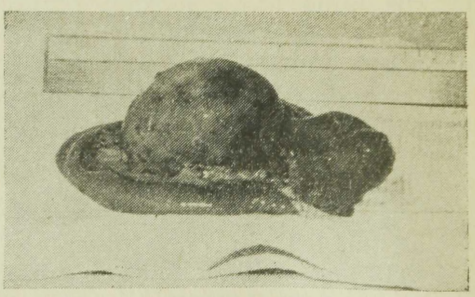
Vastuvõtul leiti järgmist: kõhuseinad pehmed; palpeerimisel tunda vasakul roietekaare all 15×12 cm suurune pindmine sileda pinnaga tihket konsistentsi valutu tuumor, mis on liigutatav igas suunas 10 cm; perkuteerimisel täheldati tuumori kohal tumestust, sellest oraalsemal aga tümpaanilist koputluskõla; kui haige oli püstiasendis, laskus tuumor 10 cm allapoole.

Esialgu oletati vasaku munasarja tsüsti. Seda diagnoositi ka hospitaliseerimisel. Haiglas tehtud uurimised diagnoosi aga ei kinnitanud.

Seejärel oletati jämesoole tuumorit ja tehti irrigoskoopia. Uurimisel selgus *colon sigmoideum*'i proksimaalosa kõverdumine lateraalsele, mida põhjustas tuumori kompressioon jämesoolele.

Neerukasvajast eristamiseks tehti neerude funktsionaalsed proovid ja retrograadne püelograafia. Tulemused osutusid normaalseks. Tavalised kliinilised analüüsid olid samuti normi piires. Näis, et kõik uurimised on tehtud ja patsienti tuleb opereerida, ilma et oleks pandud kliiniline diagnoos. Lõpuks tekkis mesenteeriumi tsüsti kahtlus ja haige uurimist jätkati.

Diagnoosimiseks rajati pneumoperitoneum (1500 cm^3 hapnikku). Haige asetati lateroskoobile selili, vasak külg veidi ülalpool. Sellega taotleti, et 1) nn. seniitasendisse kogunenud gaas kontrasteeriks tuumori ümbrust ja 2) tuumori ülemine kontuur oleks maksimaalselt kõhu eesmise seina lähedal. Röntgenoloogiliselt oli vasakul mesogastriumis näha 12 cm



Makropreparaat. Mesenteeriumi tsüst koos resetseeritud mesenteeriumi ja peensooleosaga

läbimõõduga ümar siledate kontuuridega varjustus, mis ulatus vastu eesmist kõhuseina. Varjustuse foonil võis sedastada gaasiga täitunud soolelingusid (vt. röntgenogramm tahvlil XX).

Röntgenoloogiline diagnoos: *cystis mesenterii.*

Laparotoomial leiti vasakul pool mesogastriumis peensoolekinnistil 12 cm läbimõõduga ümar tsüst, mida mesenteeriumist ei õnnestunud eraldada. Seepärast resetseeriti mesenteerium kiilukujuliselt koos tsüstiga ja 40 cm pikkuselt *intestinum jejunum* (vt. makropreparaat fotol). Operatsioonijärgne periood tüsistusteta. Haigel käesoleva ajani kaebusi ei ole.

Patoloogilis-histoloogilisel uurimisel leiti degeneratiivsete muutustega tsüst.

Kui kõhu palpeerimisel tehakse kindlaks suur ümar tuumor, on eelkõige tarvis selgitada, kas see on lähtunud suurest rasvikust, mesenteeriumist, munasarjast või neerudest (vt. tabel). Tabel on koostatud diagnoosimise hõlbustamiseks erialakirjanduse (1, 2, 5, 6, 8) ja Rapla Rajooni Keskhaigla haiguslugude analüüsi alusel. Tuumori liigutatavuse kriteeriumid on ligilähedased ja olenevad naaberelundeist, liidetest, astsiidist. Tabelist nähtub, et mesenteeriumi tsüsti on kõige raskem diferentseerida suure rasviku tsüstist. Viimast esineb tunduvalt harvem ja mingeid kõhuõõne elundite talitluse häireid see ei põhjusta (1).

Kuigi mesenteeriumi tsüsti tuleb ette harva, on selle diagnoosimine enne operatsiooni küllaltki tähtis, et vältida operatsiooni ajal ebameeldivat ootamatust. Valikmeetodiks sel puhul peame pneumoperitoneumi koos lateroskoopiaga, abimeetodeiks kontrastaine manustamist *per os* ja *per clysmam.*

Läbimõeldud ja täpse kliinilise uurimise tulemuste õige interpreteerimise ja sobiva röntgenoloogilise meetodi kasutamise korral ei tohiks mesenteeriumi tsüsti diagnoosimine raskusi valmistada.

РЕЗЮМЕ. Сообщается о возможностях рентгенодиагностики кисты мезентерия. В литературе этот вопрос освещен недостаточно. При клиническом подозрении на кисту мезентерия, рекомендуем наложить диагностический пневмоперитонеум. Больной укладывается спиной на латероскоп. Рентгенологически отмечается круглое, с ровными контурами затемнение вблизи передней стенки живота.

KIRJANDUS: 1. Гольдгаммер К. К. В кн.: Частная хирургия, т. 2, М., 1963. — 2. Гурко В. М. Новый хирург. архив, 1965, 5, 84. — 3. Захаров И. А. цит. по Гурко В. М. — 4. Дьяченко В. А. Рентгенодиагностика заболеваний внутренних органов. М., 1966. — 5. Петербургский Ф. Е. Хирургическое лечение доброкачественных кист и кистом яичника. М., 1958. — 6. Салищев В. Э. В кн.: Справочник хирурга, т. 2, М., 1961. — 7. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта, т. 1, Ереван, 1961. — 8. Фраучи В. Х. Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота и таза. Қазань, 1966. — 9. Ческис А. Л. Клинич. хирургия, 1965, 8, 23—24. — 10. Vinz, H. Dtsch. Gesundheitswesen, 1965, 20, 28, 1280—1285.

Rapla Rajooni Keskhaigla

Abiks velskritele ja õdedele

GAMMAGLOBULIIN

JOOSEP REINARU
Tallinn

UDK 615.373.3-012

Organismi reaktiivsusaste oleneb närvisüsteemi ning vere ja kudede humoraalsest tasakaalust. Vere normaalne koostis sõltub omakorda toidust. Kui viimase koostis muutub, saavad alguse vere ja kudede reaktiivsuse nihked. On teada, et valguvaegus vähendab plasmarakkude hulka veres, pidurdab spetsiifiliste antikehade ja allergiliste reaktsioonide tekkimist.

Seega valguvaene toit langetab tunduvalt immunoloogiliste protsesside taset ja võib põhjustada hüpo- või isegi agammaglobulineemia. Selle taustal võivad omakorda tekkida septilist laadi haigused. Hüpogammaglobulineemia tagajärjel väljakujunenud kopsupõletiku, otiidi, püodermia jt. haiguste puhul ei anna antibiootikumidega ravimine soovitud tulemusi. Sellistel juhtudel peab substitutsiooni- või stimuleeriva vahendina kasutama gammaglobuliini.

Termini «gammaglobuliin» võttis kasutusele A. Tiselius 1937. a. Paberelektroforeesi abil tehti kindlaks, et normaalselt on inimese seerumis 8 . . . 12% gammaglobuliini. Hobuse seerumis moodustab see 24% ja härja seerumis 15% üldvalgust. Immuniseerimisel gammaglobuliiniga suureneb selle sisaldus küülikute veres kaks korda. Ühtlasi on kindlaks tehtud, et veres (peamiselt gammaglobuliini fraktsioonis) esinevad paljude haigusetekitajate antikehad.

Terve inimese veri sisaldab harilikult paljude haiguste tekitajate antikehi, seetõttu on gammaglobuliin tõhus vahend passiivseks immuniseerimiseks. Selle manustamine haiguse varjatud perioodil hoiab ära haigestumise või kergendab haiguse kulgu tunduvalt. 1944. a. eraldasid E. Cohn ja J. Oncley gammaglobuliini inimese seerumist, kasutades selleks etanooli madalal temperatuuril (tsit. 7 järgi).

Viimase 20 aasta jooksul on gammaglobuliiniga edu saavutatud paljude nakkushaiguste profülaktikas. Sellega soovitatakse ravida ka mitmesuguseid bakteriaalseid ja viirushaigusi, sest antibiootikumid (pidevalt verre sattuv antigeen) pidurdavad spetsiifiliste antikehade tekkimist. Gammaglobuliinil on ka mittespetsiifiline immunogeneesi stimuleeriv toime. Seepärast on preparaat leidnud eriti kindla koha nende laste ravis, kellel esinevad kroonilised põletikulised protsessid ja organismi nõrk reaktiivsus. Hüpo- või agammaglobulineemia korral on näidustatud gammaglobuliini regulaarne kasutamine (iga kuu 100 mg kehakaalu 1 kg kohta). I. Balašova (2), M. Pantšenko (6) jt. soovitavad gammaglobuliini määrata lastele ja täiskasvanutele nii hüpo- kui ka agammaglobulineemia korral asendusraviks (100 . . . 150 mg kehakaalu ühe kg kohta iga 2 . . . 5 nädala järel). Pärast gammaglobuliini manustamist väheneb selle vaegus organismis ja tasakaalustub organismi kaitsejõudude vahekord toitumishäirete ning raskemate põletikuhaiguste puhul.

M. Danilevitš kasutas gammaglobuliini esimesena leetrite profülaktikaks (3). 1954. a. Pariisis korraldatud spetsiaalsel seminaril peeti leetrite profülaktikas minimaalseks doosiks 0,4 g kehakaalu ühe kg kohta. Seejuures lastele, kes leetrihaigetega on kokku puutunud, soovitati gammaglobuliini süstida mitte hiljem kui 5 päeva pärast kokkupuutumist. 1958. a. avastasid S. Babajeva ja L. Bastrõgina platsentaverest saadud gammaglobuliinis võrdlemisi kõrged antikehade tiitrid läkaköhatekitajate suhtes, mistõttu nad kõrge antikehade tiitriga gammaglobuliini soovitasid kasutada ka läkaköha profülaktikaks ja raviks.

Mõnes gammaglobuliini seerias täheldati kõrgeid antikehade tiitreid ka poliomüeliidi I tüübi viiruste suhtes. Eespool nimetatud seminaril märgiti, et passiivne immuniseerimine gammaglobuliiniga väldib poliomüeliidi paralüütiliste vormide teket. Gammaglobuliini profülaktilist efekti poliomüeliidi puhul on täheldanud ka N. Tsapurskaja ja kaastöötajad (tsit. 7 järgi). Arvatakse, et mainitud efekt püsib 3 . . . 4 nädalat pärast manustamist.

On täheldatud, et gammaglobuliini toimel väheneb ka sarlakitesse haigestumine. N. Zahharjevskaja avastas, et mõnel platsentaverest saadud seerial on kõrge antistreptolüsiini-, antihüaluronidaasi- ja antifibrinolüsiinitiiter ning nendes leidub erütrogeense toksiini antitoksiini. Ta soovitas sarlakite profülaktikaks ja raviks valida need seeriad, mille antistreptolüsiinitiitrid on kõrgemad. Mõnede viirusnakkuste (kevadine ja suvine puukentsefaliit, gripp, leetrid, poliomüeliit jt.) ning bakteriaalinfektsioonide (läkaköha, leptospiroos, siberi katk jt.) profülaktikaks ning raviks saadakse spetsiifilisemat gammaglobuliini hüperimmuniseeritud loomade seerumist. Gammaglobuliini lai toimespekter tõendab, et preparaat on meditsiinipraktikas väga vajalik.

Gammaglobuliinil on eriline tähtsus epideemilise hepatiidi profülaktikas. Seda on märkinud juba J. Stokes (8). Tema arvates püsib toime 6 . . . 8 kuud.

M. Drake'i ja S. Mingi andmeil avaldub gammaglobuliini toime profülaktika seisukohalt isegi siis, kui seda manustatakse minimaalsetes annustes. E. Nazaretjan jt. (5), V. Ananjev (1) jt. väidavad, et gammaglobuliini profülaktilise efekti kestus 6 . . . 12 kuud ei saa tingitud olla ainult passiivsest immuniseerimisest. J. Stokes esitas juba 1951. a. teooria, mille kohaselt gammaglobuliini süstimisel toimub nii passiivne kui ka aktiivne immuniseerimine. J. Csapo ja J. Buday väitsid 1960. a., et gammaglobuliinis võib leiduda epideemilise hepatiidi tekitajaid, sest selle valmistamiseks kasutatavad tehnoloogilised menetlused viirust ei surma, vaid ainult nõrgendavad teda.

Nõukogude teadlaste tööd on näidanud, et gammaglobuliini kasutamine annuses 1,0 . . . 1,5 ml vähendab epideemilisse hepatiiti haigestumist 6,2 . . . 7,6 korda.

1961/62. õppeaastal uuriti gammaglobuliini profülaktilist efektiivsust ka Eesti NSV koolides. H. Kreegi (4) andmetest selgub, et efektiivsuse indeks oli 9,5. Gammaglobuliini manustamine õpilastele annuses 1,0 ml haigestumise tõusu eelsel perioodil (septembris ja oktoobris) väldib haigestumisjuhtude arvu suurenemist sügistalvel. Viimaste aastate kogemustest lähtudes võib öelda, et nimetatud perioodil nii õpilastele kui ka eelkooliealistele lastele tehtud massilised süstimised on vältinud epideemilise hepatiidi puhanguid vabariigi lastekollektiivides.

Gammaglobuliiniga saavutatakse teatav efekt ka sel juhul, kui seda kontaktsetele süstitakse kohe pärast esimese haigusjuhu avastamist lastekollektiivis, s. o. epidemioloogilistel näidustustel. Süstimisega ei tohi viivitada seetõttu, et profülaktiline efekt ilmub alles 10 . . . 15 päeva pärast; hiljem tehtud süsted haiguspuhanguid enam ei väldi.

E. Nazaretjan jt. hakkasid gammaglobuliini süstima nahasse (annus 0,1 ml). Nad väidavad, et normaalselt leidub preparaadis nakkusliku kollatõve tekitajaid (A-serotüübi viirused atenueeritud kujul), mille tõttu gammaglobuliin sarnaneb vaktsiiniga. 1966. a. oktoobris Viljandis (L. Abram, H. Pihlak, A. Nahe, V. Andrejeva, J. Meiesaar jt.) ja Tartus (S. Raud, J. Ruut jt.) tehtud uurimised näitasid, et mainitud profülaktikavahendi süstimisel erinevusi ei ilmnenud, hoolimata sellest, kas seda süstiti õpilastele lihasesse (1,0 ml) või nahasse (0,1 ml). Süstimine nahasse väärib nakkusliku kollatõve profülaktikas laialdasemat kasutamist.

Sel puhul on tarvis jälgida nahareaktsiooni 20 . . . 30 minutit pärast süstimist. Tugev positiivne reaktsioon (hüpereemia diameeter oli 21 mm ja rohkem) ilmnes peaaegu 25%-l Viljandi õpilastest, positiivset nahareaktsiooni täheldati 10%-l Tartu õpilastest. Naha allergiline reaktsioon gammaglobuliini suhtes on püsiv. Nakkuslikku kollatõbe põdevatel haigetel on samuti konstateeritud positiivse ja negatiivse nahareaktsiooni püsimist nii haiguse algul kui ka haiglast väljakirjutamisel.

On tõenäoline, et gammaglobuliintesti puhul tekkiv tugev positiivne nahareaktsioon viitab allergilisele seisundile gammaglobuliini suhtes. Samal ajal võib arvata, et need isikud on ka nakkusliku kollatõve A-viirusetüve kandjad. Paralleelselt spetsiifiliste nahatestidega (Pirquet', Mantoux' jt.) tuleb otstarbekaks pidada allergilise seisundi selgitamist ka gammaglobuliini suhtes. Sel teel on võimalik diferentseerida nahareaktsioonide spetsiifilisuse ja mittespetsiifilisuse vahekordi.

РЕЗЮМЕ. В 1937 году А. Тиселиус методом электрофореза на бумаге обнаружил, что в сыворотке крови человека содержится 8—12% гамма-глобулина. В 1944 году Е. Кон и И. Онклей выделили гамма-глобулин из сыворотки крови с этанолом при низкой температуре. В течение 20 лет гамма-глобулин применяют в лечебных и профилактических целях. Содержащий высокие специфические титры антител гамма-глобулин, полученный из гипериммунизированных сывороток животных, успешно применяют для лечения и профилактики при некоторых вирусных и бактериальных инфекциях. В 1951 году И. Стокс указал на то, что гамма-глобулин предупреждает заболеваемость инфекционным гепатитом в течение 6—8 месяцев. Наши отечественные авторы приводят данные о высокой эффективности гамма-глобулина при внутримышечном введении его в предэпидемическом сезоне. В Эстонской ССР проведены исследования результатов применения гамма-глобулина внутрикожно (0,1 мл) для профилактики инфекционного гепатита. Разницы в эффективности профилактики при внутримышечном и внутрикожном методах введения не выявлено. При различных внутрикожных аллергических пробах рекомендуется выяснить путем одновременной постановки внутрикожной пробы с нормальным гамма-глобулином и

специфическим тестом чувствительность соотношений специфической и неспецифической кожной реакции.

KIRJANDUS: 1. Ананьев В. А. Руководство по микроб., клинике и эпидем. инф. болезней. М., 1966, т. 8, 187—207. — 2. Балашова И. И. Педиатрия, 1958, 10, 67—68. — 3. Данилевич М. Г. Вопр. педиатрии, 1946, 3. — 4. Креек Х. Я. В сб.: Эпидемический гепатит, XV научная сессия Института вирусологии, М., 1964, вып. 9, 408—411. — 5. Назаретян Е. Л. и др. Методическое указание по внутрикожному применению нормального гамма-глобулина. Институт терапии АМН СССР, М., 1964. — 6. Панченко М. Д. Педиатрия, 1960, 12, 20—24. — 7. Пономарева Н. А., Нечаева А. С. Гамма-глобулин. М., 1965. — 8. Pihl, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 1, 49—52.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

EPIDEMIOLOOGILISEST REŽIIMIST NAKKUSHAIGUSTE OSAKONNAS

LEA TAMMAI
JUTA MAISTE
Tallinn

UDK 614.455

Nakkushaigla ülesandeks on haige isoleerimine selle aja jooksul, mil ta nakkushaigust võib levitada, ja nakkushaiguste diagnoosimine ning ravi.

Nakkushaiglas või- osakonnas tuleb haigete jaotamine ja teenindamine korraldada selliselt, et oleks välditud segainfektsiooni tekkimine, s. o. veelkordne nakatumine mõnda muusse nakkushaigusesse. Seega on nakkushaiguste osakonna töös kõige tähtsamaks epidemioloogiline režiim ja desinfektsioon.

Epidemioloogilise režiimi korraldamisel lähtutakse eelkõige epidemioloogilisest ahelast.

Soolenakkuste puhul võib nakkusallikaks olla haige või pisikukandja, kusjuures haigusetekitaja eritub ainult roojaga. Roojaga saastuvad haige nahk (eriti päraku piirkond), anum, kuhu ekskremendid kogutakse (ööpott, siiber), töötajate (ka haige) käed, haige pesu ja personali eririietus (kittel, mida kantakse palatis). Haigla töötajate käed saastuvad tavaliselt intensiivselt ja nende vahendusel kantakse nakkus edasi — haigusetekitaja satub toidunõudele, toidusse, ravimitele, hooldusvahenditele, palati seintele (eriti uksekäepidemetele) ja sisustusele. Käed saastuvad kas roojaga otseselt või saastunud esemetega kokkupuutumisel. Seega on haigusetekitaja levik võimalik ka ainult käte vahendusel.

Eespool toodud andmetest lähtudes täidetakse järgmised nõuded: 1) ekskremendid kogutakse niiskuskindlatesse anumatesse, mille välispind on desinfitseeritud; 2) käsi pestakse regulaarselt; 3) haige hooldamisel kantakse eri kitlit; 4) kätega ei puudutata seinu; 5) palatis kantavas kitlis ei lahkuta palatist.

Mis tahes esemeid (ka ekskremente) võib palatist välja viia ainult suletud anumas või ümbrises, mille välispind on desinfitseeritud.

Piisknakkuste puhul levib haigusetekitaja väljahingatava õhu ja ülemiste hingamisteede eritiste, mõnikord ka rooja ning uriini kaudu. Seega võib inimene nakatuda väljahingatava õhu ja haigusetekitajat sisaldavate eritiste ning nendega määrdunud esemete kaudu. Nakatuda võib ka käte vahendusel, mis saastuvad eritistega või nendega saastunud esemetega vahetu kokkupuutumise korral (ohtlikud on eelkõige näokate ja taskurätik).

Nakatumist võib vältida õhu desinfitseerimine (kõige lihtsam võte on palati õhustamine) ja õhu filtreerimine näokatte abil. Kontakti teel levivate nakkushaiguste vältimise põhimõtted on samasugused kui soolenakkuste korral.

Piisknakkuste puhul kehtivad järgmised nõuded: 1) hingamisteede katarri põdevat iga haiget teenindatakse ainult näokattes; 2) haiget, kel leitakse hingamisteede nakkushaiguse tunnuseid, ei tohi palatist välja viia, ja kui seda siiski tehakse, siis peab ka haige kandma näokatet.

On tarvis, et nakkushaigla vastuvõtuosakonnas oleks vähemalt kaks ruumi, nimelt lahtiriietumisruum ja vannituba. Esimeses toimetatakse haige esmane läbivaatus ja pannakse esialgne diagnoos. Edasi tehakse desinsektsioon ja desinfektsioon, haige riietatakse haigla riietusse ning ta transporditakse nn. musta käiku mööda palatisse. Haige riided sorteeritakse. Üleriided suunatakse desinfektsioonikambrisse, ihupesu pesumajja. Pesumajast ja desinfektsioonikambrist viiakse puhtad riided patsientide riiete lattu.

Koridorid hoitagu puhtad ja neis olgu võimalikult vähe mööblit. Koridoris paiknevate nn. õepostide juures peab olema võimalik käsi pesta. Haigete viibimine koridoris on keelatud.

Poolboksidel on lüüs, kus vahetatakse kitleid ja pestakse käsi. Poolboksides on ka vann ja käimla. Boksis tehakse kõik protseduurid ja laboratoorsed uurimised.

Haigete liikumisel tuleb silmas pidada järgmist: teel röntgenikabinetti ja teistesse osakondadesse saadab haiget meditsiiniõde nn. musta käigu kaudu. Palatist väljumisel tehakse haigele sanitaarkorrastus, täiskasvanud panevad selga puhta (pesust tulnud) pidžaama, imikud mähitakse ja neile pannakse ümber puhas tekk. Meditsiiniõde paneb selga puhta kitli, kusjuures see hiljem jääb nn. palatikitliks. Et vältida sisenakkusi, planeeritakse haigete vastuvõtt röntgenikabinetis igale osakonnale eri päevadel. Ühel ja samal ajal võivad kabinetis viibida ainult ühe palati haiged. Ka füsioteraapia- ja protseduurikabineti töö korraldatakse nii, et eri palatite haiged ei puutuks kokku. Eri palatitest tulevate haigete vastuvõtmise vaheaegadel peaks olema võimalik ruumi desinfitseerida.

Imikute puhul tehakse kõik protseduurid võimaluse piires imikute osakonnas (palatis).

Tervistunud haige vannitatakse väljakirjutamistoa juures asuvas vannitoas. Pärast vanniskäimist riietub patsient isiklikesse riietesse, mis on desinfitseeritud. Väljakirjutamistoast lahkub ta nn. puhta käigu kaudu.

Pärast haige lahkumist abiosakondade ruumidest tehakse neis enne uute haigete vastuvõtmist lõplik desinfektsioon.

Nakkushaiguste osakonna režiimis etendab tähtsat osa ka esemete õige ringlus.

Määrdunud pesu viiakse selleks ettenähtud paakides palatist mustapesutuppa. Seda tehakse eri kitlisse riietatult. Mustapesutoas pesu sorteeritakse (pannakse selga kittel, mis on mustapesutoas). Edasi viiakse pesu mustapesukottides, mis on impregneeritud riidest või desinfitseeriva vahendiga niisutatud, musta käiku mööda pesumajja, kus pesu desinfitseeritakse ja pestakse. Puhas pesu tuuakse puhast käiku mööda osakonna pesulattu.

Toiduained tuuakse linnast haigla kööki. Valmistoit toimetatakse selleks määratud ämbrites haigla puhast käiku mööda osakonna toidujaotusruumi. Seal on eri kittel, mis pannakse selga toidu jagamise ajal, ja põll, mida kantakse nõude pesemise ajal.

Toit viiakse palatisse kandikutel, kusjuures see on jaotatud portsjonidesse. Tarvitatud toidunõud tuuakse palatist toidujaotusruumi kaanestatud ämbrites. Toidujäätmed kallatakse eri ämbrisse. Nõud desinfitseeritakse, pestakse ja kuivatatakse (rätikut ei kasutata!). Toidujäätmed desinfitseeritakse ja juhitakse musta käiku mööda prügikonteinerisse.

Haige hooldamise vahendid, süstlad ja süstlanõelad tuuakse pärast tarvitamist palatist ära kaanestatud metallkarpides. Ühte ja sama süstalt võib tarvitada ainult ühe haige jaoks. Klistiiriballoonid ja ravimiklaasid tuuakse palatist välja kaanestatud erinõudes. Õepostis need steriliseeritakse keetmise teel.

Ööpotid ja uriinipudelid koos ekskrementidega viiakse palatist pottide desinfitseerimise tuppa (personal eri kitlis). Ekskremendid kallatakse selleks ettenähtud anumasse. Potid ja pudelid pannakse desinfitseerivasse lahusesse. Nende pesemise ajal kannab töötaja eri põlle. Desinfitseeritud ja loputatud potid viiakse palatisse ja asetatakse seal ukse juurde (sel puhul kantakse üldkitlit). Hiljem paigutatakse need palatis õigesse kohta (vastavalt poti ja voodi numbrile).

Boksidest ööpotte välja ei viida, vaid need desinfitseeritakse kohapeal. Haigete ekskremendid suunatakse pärast desinfitseerimist kanalisatsiooni. Väljaheite ja uriini analüüsideks võetud uurimismaterjal kogutakse pottide desinfitseerimise tuppa ja viiakse sealt musta käiku mööda laboratooriumi, kusjuures jällegi kantakse eri kitlit. Laboratooriumist tullakse tagasi musta käiku kaudu.

Prügi viiakse palatist välja suletud anumates, mille välispind enne väljaviimist desinfitseeritakse. Osakonnast viiakse prügi konteinerisse musta käiku mööda (kantakse eri kitlit).

Ravimipudelid desinfitseeritakse ja pestakse esimest korda osakonnas, teist korda desinfitseeritakse apteegis. Pudelid viiakse apteeki puhast käiku mööda, kusjuures kantakse osakonnast väljumiseks määratud kitlit.

Mänguasjad desinfitseeritakse palatites ja boksides. Saastunud mänguasjade väljaviimine palatitest ja boksidest on keelatud.

Enne tööle asumist läbib haigla personal nn. personali filtri ehk sanitaarläbilaskla, kuhu jäetakse isiklikud riided ja kus pannakse selga eririietus. Tähelepanu tuleb pöörata sellele, et eririietus ei saastaks isiklikke rõivaid. Isiklikud riided ja eririided peavad olema eraldi kappides. Sanitaarläbilasklast minnakse puhast käiku mööda osakonna lüüsi, kus tööriiete peale pannakse põll või kittel. Osakonnast väljumise ajal riputatakse põll või kittel oma kohale tagasi, pahupool väljapool.

Boksi või palatisse sisenemisel tõmmatakse nn. osakonnakitli peale boksi lüüsis või palatis olev kittel, mida võib kanda ainult selles boksis või palatis. Palatist või boksist väljumisel riputatakse kittel tagasi varna, pahupool väljapool.

Kui osakonnast lahkutakse eriülesannete täitmiseks (pesu viimine pesumajja, analüüside toimetamine laboratooriumi), väljutakse musta käigu kaudu ja riietutakse eri kitlisse, mis ripub väljapääsu juures. Kui osakonnast minnakse haigla kontorisse, punanurka, sööklasse või apteeki, siis pannakse selga osakonnast väljumiseks määratud kittel ja minnakse puhast käiku mööda. Kittel, mida kantakse osakonnas töötamise ajal, võetakse enne seda seljast ära. Valvearstile, konsultantidele ja majandustöötajatele on lüüsis eri kitlid osakonda sisenemise tarvis.

Enne kui kittel selga pannakse ja seljast ära võetakse, peab toimuma käte jooksev desinfitseerimine.

Kui puudub tungiv põhjus, tuleb vältida töö ajal osakonnast lahkumist või teise osakonda minekut. Töö oleks tarvis korraldada nii, et osakonnast oleks vaja võimalikult vähe ära käia. Aseptilised manipulatsioonid tuleb maksimaalselt eraldada septilistest (enne tehakse aseptilised ja seejärel septilised). Personal peab võimaluse piires rakendama aseptikat, püüdma selle poole, et kittel, käed ja nägu oleksid alati puhtad. Töö ajal ei tohi nägu ega juukseid kätega puudutada, osakonnas süüa ega suhu panna esemeid, mis võivad olla infitseeritud (pliiats, sulepea jt.).

Kõige rangemale epidemioloogilisele režiimile vaatamata on nakkusosakondades ikkagi haiglasisese nakkuse oht. Selle põhjused on järgmised.

1. Ebatäpselt määratud diagnoos. Näiteks haigel on diagnoositud düsenteeriat, kuid tegemist on hoopis muu haigusetekitajaga, mis annab düsenteeriale iseloomuliku kliinilise pildi. Kui niisugune haige paigutada düsenteeriahaigete palatisse, siis võib ta düsenteeriasse nakatuda.

2. Põhihaigusega kaasnev pisikukandlus, mille põhjuseks on mingi muu haigusetekitaja. Näiteks difteeriapisikukandlus sarlakihaigel, kolipisiku-kandlus epideemilist hepatiiti põdeval haigel jne.

3. Hingamisteede nakkushaiguste tekitajaid ei ole võimalik kindlaks määrata kliinilise pildi järgi. Näiteks läkaköha katarraalsel perioodil ning viirusliku ülemiste hingamisteede katarri korral on haiguse kliiniline pilt ühesugune.

4. Peale põhihaiguse ilmneb hospitaliseeritul inkubatsiooniperioodil veel mingi muu haigus, näiteks tuulerõuged või leetrid soolenakkuse korral.

5. Tuleb ette soolenakkusi, mille tekitajat ei ole laboratooriumis võimalik kindlaks teha ning mis annavad atüüpilise kliinilise pildi. Näiteks mõni aasta tagasi ei tuntud *E. coli* O_{124} ja selle määramiseks puudusid meetodid.

6. Osakonna personal võib edasi kanda hingamisteede nakkushaiguste tekitajaid.

Haiglasiseste nakkuste vältimiseks rakendatakse peale eespool kirjeldatute veel järgmisi abinõusid.

1. Kuni täpse anamneesi, eriti epidemioloogilise anamneesi ja laboratoorsete andmete saamiseni tuleb haige ebaselge diagnoosi korral isoleerida kliinilise jälgimise ja laboratoorse uurimise eesmärgil.

2. Hingamisteede nakkushaiguste juhtudel on nõutav haige detailne kliiniline uurimine ja täpse anamneesi kogumine dünaamika esmaseks jälgimiseks. Ainuke võimalus on taolised haiged koondada eripalatisse või individuaalselt isoleerida. Bakteriaalse respiratoorse nakkuse korral on enne haige ümberpaigutamist palatist või boksist vaja teha laboratoorne sihtuuring, näiteks läkaköha kahtluse korral bakterioloogiline ja seroloogiline uurimine. Mingil juhul ei ole hingamisteede nakkushaigusi põdevaid haigeid lubatud ühte paigutada nendega, kellel hingamisteede nakkushaigusi ei esine.

3. Kui võimalik, siis ebaselge etioloogiaga haigestumiste puhul rühmitatakse haiged vastavalt detailse kliinilis-epidemioloogilise uurimise andmetele. Näiteks paigutatakse ühte kõhulahtisusega haiged, kelle haigusel on ühelaadiline kliiniline kulg.

4. Haigeid ägedas haigusfaasis tuleb võimalikult vähe ühest palatist teise paigutada. Ümber paigutada võib ainult rekonvalestsente, kes nakkusallikana vähe arvesse tulevad. Tavaliselt orienteerub arst nendes küsimustes paremini ja eksimisvõimalused on väiksemad. Haiglasiseste nakkuste kindlakstegemiseks ja vältimiseks on soovitatav, et haigusloos registreeritaks kõik haigete ümberpaigutamised.

5. Kui ühes palatis avastati «struktuuriga» mittekooskõlas olev tekitaja või sisenakkus, siis tuleb nakkusallikas isoleerida ja kontaktsete suhtes kehtestada karantiin.

6. Erilist tähelepanu on tarvis pöörata sellele, et personal peaks kinni hügieenireeglitest, sest paljudel juhtudel on hingamisteede nakkushaiguste levikus süüdi just personal.

Detailse ja konkreetsetele tingimustele vastava epidemioloogilise režiimi täpse täitmise korral piirduvad haiglasisesed nakkused tavaliselt ühe palatiga (välja arvatud kergesti levivad piisknakkused).

РЕЗЮМЕ. В статье описывается порядок распределения и обслуживания инфекционных больных, предупреждающий возникновение смешанной и внутрибольничной инфекции, а также эпидемиологический режим и поведение обслуживающего медицинского персонала при кишечных, капельных и инфекциях верхних дыхательных путей.

Tallinna Merimetsa Haigla

Kaadri ettevalmistamine

TÄIENESID SPETSIALISTIDE READ

Käesoleval aastal saatis Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond rahva teenistusse 194 kõrgema haridusega spetsialisti, sealhulgas 128 arsti, 34 stomatoloogi ja 32 proviisorit.

Arstid:

Taima Andruse
Mall Anijalg
Aili Arismaa
Aina Aul
Ljudmila Barkova
Niina Bogomolova
Ene-Mall Brigader
Helle-Mai Brudel
Andres Ellamaa
Aleftina Ellervee
(kiitusega)

Vladimir Ellervee
(kiitusega)
Jüri Ennet
Nonna Fedossejeva
Arne Friedenthal
Jelisaveta Gorina
Ilja Gurvits
Kersti Hallik
Natalie Ivanova
Galina Jegošina
Ene Jents
Helle-Aime Kaalep
Rutt-Eliisabet Kajak
Luule Kaldma
Piia Kalla
Õilme Kallakmaa
Helve Kangur
Enn Karolin
Tähti Kibe
(kiitusega)
Endel-Lembit Kiis
Kalju Kikamägi
Elsa-Ene Kikerpill
Aleksander Kilk
Eevi King
Olga Kirjušenkova
Marju Koka
Alla Kondrašova
Tamara Krieger
Vladimir Kulikov
Brigitte Kutti
Anne Kõpper
Juta Kõrm
Marika Kääänik
Reet Käärik
(kiitusega)
Helbe Laantee
Helle-Mai Laikoja
Helga Lehtmaa
Anne Lepner
Jaan Lepp
Liia Lepp
Malle Liira
Mart Lintsi
Arnold Litvinov
Eha Lodu
Asta Luga
Paul Luga
Tiiu Luga
Hille-Riina Luht
Irina Lunina
Tiiu Maaroos
Aili Madissoo
Mare-Anne Maide
(kiitusega)
Siiri Maido
Mai Maser
Lembit Mehilane
Malle Moosar
Liivi Mudso
Ülle Mäesalu
Hendrik Mägi
Marja-Liis Mägi
Elle Männiste
Helbe Nutt
(kiitusega)
Tiiu Nutt
Kalju Orasson
Karin Orgulas
Gennadi Ossipov
Aili Paju
Raissa Pavlova
Avo Peet
Aldur Pihlau
Elvi Pihlau
Ann-Maarja Piron
Vladimir Poljanski
Rein Potter
Aime Priks
Urve Puskar
Heli Rajangu
Eleonora Rajavee
Kadri-Maie Rebane
Jermolai Rodionov
Valve Roth
Anne-Mary Rumma
Helgi Saar
Ilma Saar
Eda Sakarias
Mai Saks
Sirje Saksa
Ilma Saluste
Viktor Sarapuu
Alari Sarri
Einar Savisaar
Leili Sepandi
Toomas Siirde
(kiitusega)
Erika Sillaste
Anfissa Smirnova
Zinaida Smirnova
Viiu Soosõrv
Galina Zahharova
Henrietta Zakorjukina
Genia Zonis
Helvi Tallmeister
Aino Talur
Iris Tappo
Ulvi Tarvis
Ilme Tasso
Ene-Maie Tigane
Katrin Tomson
Helle Treimuth
Tiiu Tuha
Maret Vadi
Hildegard-Ingrid
Vanamets
Ragnar Viir
Richard Villems
Milvi Vilman
Helmi Vilu
Niina Visnapuu
Aili Volmer
Nadežda Voronina
Kulla Võrno

Stomatoloogid:

Mari-Ann Abel
Taimi Alver
Mai Estendahl
Hinge Hammelman
Mall Kaasik
Reet Kahmus
Anne Karu
Eha Kenapea
Helgi Laan
Ester Laatsch
Linda Lagle
Ilon-Kristi Laurson
Johannes Leis
Kaie Leps
Virve Marandi
Hele-Mall Merits
Maie Ollissaar

Aime Parts
Agnessa Pihlakas
Helle Poom
Vilja Pung
Sirje Rammi
Aino Russak
Juta Saar
Anne Saarma
Ivi Saks
Aino Sallum
Mare Sikkar
Illi Taranova
Hiive Tarme
Taimi Teder
Virve Trei
Taina Viljat
Maia Õunapuu

Proviisorid:

Viivi Amos
Helle Heinlaid
Aimi Ilves
Maie Indus
Svetlana Ivanova
Urve Janvest
Maie Järv
Reet Kaasik-Aaslav
Evi Kask
Ene Kikkas
Maie Koho
Heljo Kroon
Medy Lepik
Ruth Maide
Piia Mäe
Ellen Mühlberg
Õie Nõmme
Kaia Näks
Vilma Pants
Valve-Aino Pauts
Tiiu Rikka
Tiina Roots
Mai Saar
Tiiu Saar
Liisa Smirnova
Helle-Mall Suits
Malle Sulbi
Helgi Uibo
Erna Vomm
Silvi Õisma
Maie Õunap
Vaike Õunap

Irene Maaroos

TALLINNA MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD 1968. AASTAL

29. juunil 1968. a. toimus Tallinna Meditsiinikoolis XXIII lennu lõpuaktus. Lõpetajaid oli seekord rohkem kui kunagi varem. Meditsiiniõe diplomi said 157 lõpetajat. Farmaatsia erialal anti diplom 22 noorele spetsialistile.

Meditsiiniõed:

Ludmilla Aleksejeva
Anne Alliste
Mari Andla
Niina Antonova
Galina Blohhina
Ludmilla Bobul
Viivi Bokals
Erika Bürger
Jekaterina Dektjarjova
Marje Eensaar
Juta Ehlvest
Ivi Ehvärt
Veeva Eranurm
Galina Filippova
Tamara Frolova
(kiitusega)
Galina Gorbatševa
Katrin Grinko
Maret Hallik
Valve Hammas
Alevtina Holod
Galina Ivanova
Natalje Jazulovitš
Tamara Jeskova
Annelii Kaev
Linda Kalm
Tanita Kana
Tiiu Karjatse
Kaie Kersen
Eve Keskküla
(kiitusega)
Lydia Kivi
Tiina Kivisto
Valve Kollin
Natalja Kondraševa
Maie Koppelman
Ida Kovalenko
Marika Kovalevskaja
Galina Kovjazina
Nadežda Krivenkova
Valentina Kuzmina
Anne Köök
Taimi Kütt
Erika Leppik
Ljudmila Lesnõhh
Anne Liivanurm
Lidia Litvinova
(kiitusega)
Ira Lukaševa
Anastasia Lukner
Vivian Maksimova
Sirje Mererand
Helvi Meister
(kiitusega)
Sirje Mincho
Jelena Mironova

Tatjana Moissejeva
Mai Moorberg
Mari Moser
Galina Murza
Kristi Muul
Anu Mägedi
Laine Mägi
Hele Männik
Nadežda Neudahhina
Erika Nõmme
Virve Oja
Laine Papper
Ethel Paul
Alevtina Petrova
Anne Pihelgas
Urve Pihlakpuu
Aime Piirits
Hilma Pilli
Svetlana Poznjakova
Galina Popilenkova
Ludmilla Prokonitševa
Endla Puusemp
Mai Raidvee
Lidia Rast
Mai Rebane
Anne Reinmann
Marje Roastu
Nelli Romanenko
Tatjana Romanova
Evi Roomet
Leili Roomets
(kiitusega)
Olga Rovenskaja
Silvia Saard
Natalia Sahharova
Reet Samsonova
(kiitusega)
Urve Sarap
Anne Sepp
Elvi Sepp
Aleksandra Serb
Inna Sild
Marika Sinilštšikova
Jelena Sirel
Larissa Smirnova
Niina Soboleva
Eha Sprenk
Galina Sõntšikova
Tatjana Sädus
Natalja Taran
Tiia Tamm
(kiitusega)
Ljubov Teits
Mare Terras
Lille Toivokainen
Helma Toomsoo
Anne Tross
Eha Uudre
Tiiu Uuskari
Viiva Vaher
Kaire Vahi
Niina Vassiljeva
Ene Vill
Tatjana Voronova
Elle Vähi
(kiitusega)
Eve Väli
Luule Väli
Svetlana Štšerbakova

Dieetõed:

Malle Järve
Tiiu Klaus
Ene Lass
Hurmi Lond
Eve Pikver
Mariina Pozdnjakova
Milvi Pugri
Velda Saar
Ruti Sievruk
Ene Taklaja
Ester Tannik
Tiina Vaga
Alli Vunk

Meditsiiniõed:

Kaugõppeosakond

Valentina Borodulina
Illi Ehtmaa
Maie Eller
Klavdia Gnedkova
Anna Homenko
Sonja Husjainova
Malle Ivanova
Maire Joll
Ella Järve
(kiitusega)
Hilja Karlson
Ülle Karuks
Vaike Kilk
Lilia Kotsalainen
Ludmilla Kremljakova
Eevi Krouverk
Sirje Läheb
Helle Maier
Sofia Melihhova
Maie Plotnik
Eliise-Maie Raun
Hilda Riise
Laine Suvi
Hiie Sõlg
Milvi Tasa
Inna Tepp
Maie Tiisler
Ingeborg Vomm

Farmatseudid:

Ly Haljaste
Liidia Hanni
Viivi Inno
Maimu Kelder
Ülle Kruuser
Katrin Lehis
Ludmilla Leiting
Maimu Lomp
Marge Maranik
Anne-Mari Mark
Eda-Mall Mikone
Hilde Raadik
Rita Raid
Tiiu Raudseping
Silvi Sermandi
Saale Tammeleht
(kiitusega)
Mare Tomjala
Anne Tomps
Aime Täär
Aino Urbel
Epp Uue
Helve Vallistu

Anne Saar

TARTU MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD 1968. AASTAL

Velskrite erialal:

Linda Ansperi
Eha Bradtmann
Nadežda Bõstrova
Malle Ennok
Endla Helmik
Ursula Jugala
Sale Kukka
Mare Kusma
Helgi Lipašina
Aili Lokteva
Silvi Luts
Elve Mets
Evi Metsamärt
Anne-Mai Muiste
Jevgenia Mundi
Mare Mägar
Viivi Oinus
Luule Pehter
Sünne Püüa
Viive Saarelaid
Riina Salumäe
Liivi Schmied
Veera Seppor
Mare Teder
Marju Tinni
Tiia Tuulik
Helju Vark
Aina Veide
Maimu Vikat
Evi Õunmaa

Sanitaarvelskrite erialal:

Õie Akušina
Mirjam Huopolainen
Anne Eller
Vaike Kirsipuu
Riina Lugenberg
Maire Maasik
Sirje Rannamäe
Ilie Rannau
Silvia Raudsepp
Lea Rubis
Eda Ruusamäe
Malle Samblik
Maire Seep
Pille Seli
Urve Septer
Tiiu Vahtra
Mart Vari
Vaike Välja

Meditsiiniõdede erialal:

Päevane osakond

Taimi Aid
Tiiu Allik
Inge Henk
Anne Jääger
Hele-Maie Kaljula
Aili Kalkun
Vaike Karro
Malle Kasak
Hedi Knude
Elli Konsap
Elsa Kremm
Irene Kuusik
Ilme Laugesaar
Reet Lepp
Mare Lõhmus
Maie Mutso
Helju Mägipõld
Eve Müür
Mare Müür
Evi Nikolajeva
Aime Nurmberg
Helgi Olo
Vaike Oluvere
Siiri Paap
Siiri Paas
Elle Pant
Elle Peets
Anne Prost
Elle Pärnla
Luule Püks
Lukeria Radsin
Tiiu Ruul
Tiiu Saar
Aino Savolainen
Liia Sild
Eevi Suigusaar
Silva Suits
Valentina Šipulina
Aleksandra Škarinenko
Eve Šniker
Ena Tammemägi
Ene Tampuu
Hilja Telling
Liidia Tiisler
Helgi Tomson
Helvi Torop
Laine Turu
Aili Tutt
Marju Valk
Maie Vals
Mare Viljak
Mare Volkov

Lasteasutuste meditsiiniõdede erialal:

Tiiu Freimann
Maia Gruzda
Reet Kees
Krista Kondra
Linda Kopli
Erna Marienburger
Lea Pokats
Astrit Rebenits
Naima Rosenblad
Eda Rüütli
Tiiu Sillaste
Sirje Tartu
Asta Tiks
Aleksandra Tsopatalo
Luule Villemson
Sirje Õunapuu

Velsker-laborantide erialal:

Elsa Kallastu
Maie Kiiskmaa
Siiri Koort
Silvi Kull
Virve Kullas
Hellen Kõll
Aino Laur
Ellen Lepik
Ilme Mölder

Hele Oja
Priidu Ots
Margot Paal
Heldi Pilvet
Nelly Poll
Kersti Praakle
Sirje Raba
Anne Ratnik
Elga Reiljan
Malle Reinsalu
Maria Ruman
Inge Sonn
Alla Stepanova
Tiia Suuk
Maia Tiks
Leida Tsäro
Liidia Vahtel
Reet Volke

Adolf Horn

REINHOLD BIRKENFELDT ARSTITEADUSE KANDIDAADIKS

21. juunil 1968. a. kaitses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu avalikul koosolekul kandidaadiväitekirja «Reumatismi esinemisest ja vormidest mõnedel Eesti NSV saartel» Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja Reinhold Birkenfeldt. Tööd oponeerisid arstiteaduse doktor K. Villako ja arstiteaduse kandidaat E. Veinpalu. Väitekiri valmis professor K. Kõrge juhendamisel.

Uurimuse ülesandeks oli anda praktilisi andmeid sihipärase reumavastase võitluse korraldamiseks ja näidata teid reuma profülaktikaks Eesti NSV saartel.

Autor selgitas, et reumasse haigestumise ja meteoroloogiliste faktorite vahel esineb korrelatiivne seos. Merelise kliimaga saartel on see tugevasti väljendunud. Reumasse haigestumine ja retsidiivide tekkimine sagenevad Eesti NSV saartel siis, kui esinevad suured õhutemperatuuri kõikumised subnormaalsete temperatuuride tsoonis, kusjuures paljude aastate keskmisest on märgatavaid kõrvalekaldumisi. Samuti on täheldatav keskmise relatiivse õhuniiskuse suurenemine, keskmise õhurõhu langemine (suurte kõikumistega), päikesepaiste tegeliku kestuse ja summaarse radiatsiooni vähenemine, võrreldes paljude aastate keskmisega. Uurimusel on praktiline väärtus.

R. Birkenfeldt sündis 16. juunil 1934. a. Tallinnas. 1954. a. lõpetas Kingissepas V. Kingissepa nim. Keskkooli ja jätkas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas 1960. a. kiitusega.

1960. a. augustis asus R. Birkenfeldt tööle Kingissepa Rajooni Haiglasse jaoskonnaterapeudina. 1960. a. sügisest alates töötas ta Kingissepa Rajooni Haigla polikliiniku juhatajana ja kohakaasluse alusel terapeudina. 1963. a. määrati ta Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitjaks polikliinilise töö alal. 1967. a. detsembrist on ta peaarsti esimene asetäitja ja organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja. Aastail 1963 ... 1967 õppis ta Tartu Riikliku Ülikooli mittestatsionaarses aspirantuuris sisehaiguste erialal.

1963. a. alates on R. Birkenfeldti kolmel korral valitud Kingissepa Linna Töörahva Saadikute Nõukogu saadikuks. 1965. a. autasustati teda Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga ja 1966. a. Tööpunalipu ordeniga.

Ants Haavel

UUS TEADUSTE KANDIDAAT

4. juulil 1968. a. kaitses NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudis Moskvas kandidaadiväitekirja Eesti NSV Kergetööstuse Ministeeriumi Konstrueerimisbüroo tööpsühholoogia ja -füsioloogia laboratooriumi juhataja Erkki Karli p. Kranig. Väitekirja teemaks oli «Sarkolü-

siini toksikoloogia ja mõningaid tööhügieeni küsimusi selle tootmisel». Oponeerisid arstiteaduse doktor G. Godzovski ja arstiteaduse kandidaat I. Nikonets.

E. Kranigi väitekiri kuulub väheste uurimuste hulka, mis on pühendatud tööhügieeni probleemidele farmaatsiatööstuses. Autor näitab, et 2,2′-diklorodietüülsulfiidi derivaat sarkolüsiin on väga toksiline polütroopse toime laadiga tööstusmürk, millel on kumulatiivsed ja sensibiliseerivad omadused. Sarkolüsiini orienteerivaks sanitaarseks piirkontsentratsiooniks tootmisruumide õhus soovitatakse 0,03 mg/m^3. Väitekirjas antakse hinnang töötingimustele Leningradi tehases «Farmakon», kus toodetakse sarkolüsiini, ja näidatakse konkreetsed abinõud nende parandamiseks.

E. Kranig sündis 1931. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. Pärast Tapa keskkooli lõpetamist 1950. a. õppis ta Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas aastail 1950 ... 1956. Õppimise kõrval töötas ta neli aastat Vabariiklikus Struumatõrje Dispanseris. Aastail 1956 ... 1960 oli ta Kingissepa Rajooni Keskhaiglas sisehaiguste osakonna juhatajaks. 1960. a. siirdus E. Kranig tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instiuuti. Aastail 1961 ... 1963 õppis ta aspirantuuris NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi juures. 1966. a. alates juhatab ta Eesti NSV Kergetööstuse Ministeeriumi Konstrueerimisbüroo tööpsühholoogia ja -füsioloogia laboratooriumi.

E. Kranigi sulest on ilmunud 8 teaduslikku tööd, neist 6 käsitleb väitekirja teemat.

Harri Jänes

Arstiteaduse ajaloost

HAMBARAVI AJALOOST TALLINNAS KUNI 1816. A.

HEINO GUSTAVSON
Tallinn

UDK 61(091)(474.2-20)«15-18»

Esimesed teada olevad kirjalikud andmed hambaravi protseduuride kohta Tallinnas pärinevad 23. jaanuarist 1529. a., mil neli kohalikku habemeajajat-haavaarsti raelt palus tsunfti asutamise luba ja esitas oma korporatsiooni põhikirja (skraa) projekti. Selles on toodud ka habemeajajasellide tasumäärad ning muuhulgas mainitud, et hamba väljatõmbamise eest makstakse neile $^1/_6$ meistri honorarist (1). Sellest nähtub, et kohalikes habemeajamise töötubades oli Tallinna kodanikel alati võimalik hambaid lasta välja tõmmata.

Hambaravi alal osutusid märksa spetsialiseeritumaks mitmed Tallinna külastanud rändarstid. Seni avastatud dokumendid lubavad esimeseks rändhambaarstiks Tallinnas pidada Georg Simon Kohlerit, kes 1663. a. sügisel «hambaid välja kangutas, tühjadesse kohtadesse uusi hambaid sisse pani, skorbuudi tagajärjel haavandunud igemeid ravis» jne. (4). Järelikult oli tegemist mitte ainult dentisti, vaid ka protesistiga. Suukoopa piirkonna taastava kirurgiaga tegeles Tallinnas 1687. a. Dionysius Brunnet, kes oma oskuste loetelus lubas edukalt ravida ka jänesemokka (1). XVII sajandi lõpust pärineva kolmanda rändhambaarstina tuleb mainida «songa-, hamba- ja lõikusarsti» Johann Meyerit, kellele 7. aprillil 1693. a. magistraat andis kiituskirja (5).

Silmapaistev Baltimaade arstiteaduse ajaloo uurija I. Brennsohn (1) nimetab XVIII sajandil Tallinnas praktiseerinud rändhambaarstidest esimesena Friedrich Johann Gottlieb Hoffmanni, kes 30-ndate aastate algul oli saanud loa praktiseerida Liivimaa linnades tingimusel, et ta ei tegele sisemiste ravikuuridega. 1738. a. peatus ta Tallinnas, kus reklaamis end kui haava-, silma- ja hambaarst. Samal ajal esitas ta raele palvekirja, milles palus luba jääda Tallinna ning soovis endale vakantset saunamehekohta. Kuigi magistraadi vastus

on kaduma läinud, pidi see olema jaatav. Kaks aastat hiljem oli F. J. G. Hoffmann perekonnaisaks saanud. Kirikuraamatus kirjapandud pisitütre surma teates mainitakse teda kui saunameest ja hambaarsti (3). Seega võiksime F. J. G. Hoffmanni tinglikult pidada esimeseks paikseks dentistiks Tallinnas.

Kahtlemata peatusid Tallinnas XVIII sajandil mitmed rändhambaarstid, kuid nende tegevusest pole jälgi jäänud. Alles pärast Tallinna nädalalehe «Revalische Wöchentliche Nachrichten» ilmuma hakkamist 1772. a., mis arstidel võimaldas oma tegevust reklaamida, talletusid küllaltki ammendavad andmed omaaegsete dentistide ning nende oskuste kohta jne.

1775. aastal peatus siin vähemalt 6 . . . 7 nädalat keegi Le Noir Pariisist (6). Lühemat aega praktiseeris Tallinnas «kirurg ja hambaarst» Alexander Favrot 1781. a. (7). Järgmisel aastal teatas «operaator» Hersch Abraham, et ta Kanuti gildi ruumes võtab vastu abivajajaid — ka neid, kel on hambavalu (8). Kuu aega hiljem saabus kohale «kuulus hambaarst» A. M. Erfeld Londonist, kes muuhulgas hambavalu lubas ära võtta täpselt kahe minuti jooksul (9). Umbes 13 . . . 14 nädalat 1787. a. arstis tallinlaste hambaid Roomast pärinev Franz Maria Simone (10). «Kuninglik Taani operaator ja hambaarst» Gabriel Josephi, kes 1791. a. peamiselt konnasilmi kõrvaldas, kosmeetikatarvetega hangeldas ning roti-, hiire- ja putukapulbrit müütas, tegeles ka hammaste konservatiivse raviga (11). «Keiserlik ja privilegeeritud hambaarst» Carl Wagenheim käis Tallinnas aastail 1794, 1812 ja 1813 (12). Üle kuu aja peatus siin dentist N. Furst (13).

Tallinna ajalehes on kõige rohkem kuulutusi avaldanud hambaarst Lorenz Hartwig (vaheaegadega 1797. aastast vaadeldava perioodi lõpuni). 1800. a. hakkas ta eeltellimuse korras koguma raha 30-poognalise hambaravi käsitleva teose väljaandmiseks, millest teated edaspidi puuduvad. Võiks tekkida küsimus, kas L. Hartwig oli paikne hambaarst. Eitava vastuse annavad kuulutused arsti lahkumisest ja saabumisest, ühtlasi aadressi muutmine (14).

1798. a. vähemalt kahe nädala vältel ravis tallinlasi hambaarst Friedrich Wilhelm Frank (15). Oma osavust kiitsid J. D. Lauck 1800. a. (16) ja keegi Schlesinger 1804. a. (17). «Praktik-hambaarst» Samuel Berndt Wagenheim oli Tallinnas 1806. ja 1816. a. (18). 1809. kuni 1813. a. külastas Tallinna igal aastal J. J. Wirsing (19). 1811. a. suvel ravis siin hambaid Ernst Samuel Daum (20).

Esimeseks naishambaarstiks Vene impeeriumis oli Josephina Serre, kes alaliselt elas Berliinis. Ta oli 16 aastat ametit õppinud oma mehelt, kes samuti oli hambaarst. J. Serre kuulutuse tekst vihjab muide võimalusele, et ka abikaasa pidi tallinlastele tuttav olema. Tubli naine oli sooritanud katsed Krakovi ülikooli, Varssavi kõrgema meditsiinikolleegiumi, Tartu ülikooli ning Berliini meditsiini ja sanitaaria kõrgema kolleegiumi ees (21). M. Lõvi ja V. Kalnini (2) andmeil oli J. Serre esimene naine, kes Venemaal sai hambaarstikutse (Tartu ülikoolis 1814. a.).

XVIII sajandi II poolel ei peatunud rändarstid enam linna turul või aastalaatadel kõrvuti veiderdajate ning kaubitsejatega. Tavaliselt leidsid nad korteri kohalikus võõrastemajas «Stadt Hamburg» (Niguliste tänavas, umbes Ed. Vilde ausamba kohal). Mõned üürisid toa erakorteris. Ravimine toimus peaaegu alati elukohas, kusjuures vastuvõtuajad, peale mõne erandi, olid kindlaks määramata.

Ajalehes avaldatud teadaannete ja kuulutuste stiil oli põhiliselt sensatsioonilise kõrvalmaiguga, suure- ja paljusõnaline. J. Serre reklaam koosnes näiteks 358 sõnast, allkiri ja aadress välja arvatud. Hambaarstid lubasid hambaid välja tõmmata, valu vaigistada, hambaortopeediat rakendada (näiteks viltustele hammastele anda loomulik asend, hõredalt paiknevatele normaalsed vahed jne.). Nad tõotasid ravida haigeid igemeid, eriti skorbuudi kahjustusi, eemaldada hambakivi, viilida pikki hambaid lühemaks, opereerida suukoopas vohavaid kudesid ja kasvajaid, lahti lõigata imikute igemeid. Lubasid plombeerida «õõnsaid hambaid» inglis- või seatina, kulla või hõbedaga, panna «kunsthambaid» ühe- või mitmekaupa ja kinnitada need metallvedrude või -kruvide abil.

Kuulutustes ei mainita, missugust materjali kasutati hambaproteeside valmistamiseks. Küll aga on öeldud, et

«kunsthambad on loomulikega nii sarnased, et isegi parem spetsialist ei tee nende vahel vahet.»

Sissetulekute suurendamiseks oli peaaegu igal dentistil mingi lisaamet või tegevus. Opereeriti konnasilmi, lasti aadrit, aeti habet, lõigati lihasse kasvanud küüsi, eemaldati «käsnasid». J. Wirsing oli koguni rändnäitleja. Paljud äritsesid mitmesuguste kaupadega — eelkõige hambaravi ja -hügieeni vahenditega, ka kosmeetikatarvete, songabandaažide, lutikarohu, kingakreemiga jms. J. Serre pakkus 4 krossi eest müüa raamatukest hammaste korrashoiu, samuti igemekahjustuste profülaktika alal, seega oli ta sanitaarharidusliku sisuga trükiste üks esimesi levitajaid Tallinnas. Oli arste, kelle ärisidemed Tallinnaga ei katkenud ka pärast linnast lahkumist: kohalike elanike kätte jäeti komisjonimüügiks mitmesuguseid kaubaartikleid.

Mõned rändhambaarstid püüdsid populaarsust tõsta mitmel viisil: lubati vaeseid tasuta ravida, õpetada tulemasina valmistamist jne. Tuleks lisada, et hambaravi ja -hügieeni vahendeid müüsid Tallinnas kohalikud kondiitrid ning kaupmehed, samuti rändkaubitsejad. Vastavaid artikleid võis osta ka kohalikelt apteekritelt.

Kuigi tolle aja dentistide oskuste nimistu on küllaltki pikk, ei maksaks ravi tõhusust siiski üle hinnata. Kuulutuste ridade vahelt võib välja lugeda, et hambad väljatõmbamisel sageli murdusid ja et seejuures jäeti hambajuured kõrvaldamata. Mõned medikamendid kahjustasid igemeid ja hambavaapa. Pole kahtlust, et pärast plombeerimist tekkis ka tüsistusi jne.

Ei tohiks aga märkimata jätta, kui tähtis oli haigete hammaste kui nakkuskollete kõrvaldamine. Sel teel säästeti nii mõnegi patsiendi tervis, võib-olla isegi elu. Hambaravi ei olnud XVIII sajandil enam universaalsete empiirikute-habemeajajate käes, vaid sellega tegelesid spetsialistid, nii head või halvad kui nad ka olid. Rändhambaarstide sagedased külaskäigud Tallinna aitasid olulisel määral kaasa hambaravi mitmekesistamisele ja populariseerimisele. Tunduvalt soodustas hambaravi arengut instrumentaariumi täienemine nii kvalitatiivses kui ka kvantitatiivses mõttes.

РЕЗЮМЕ. Первые известные письменные данные об оказании зубоврачебной помощи в Таллине относятся к началу 1529 года: в проекте устава цунфта хирургов-цирюльников упоминается о доли гонорара подмастерьям за удаление зубов.

Более специализированную дентиатрическую помощь населению оказывали странствующие медики. По документальным данным, первым странствующим зубным врачом, остановившимся в Таллине, был Г. С. Колер (1663 г.). Он же вставлял зубные протезы. Корригирующими хирургическими операциями в области рта впервые в Таллине занимался странствующий медик Д. Бруннет (1687 г.).

Автор статьи приводит данные до 1816 года о многих других странствующих дентиатрах и дает обзор времени их пребывания в Таллине, видов оказываемой помощи и т. д. Интересно отметить, что многие из дентиатров имели дополнительную специальность — актер, бандажист и т. д.

Можно предполагать, что первым зубным врачом, ставшим постоянным жителем Таллина, был бывший странствующий врач Ф. И. Г. Хоффманн (в 40-ых годах XVIII столетия).

Первой женщиной, занимавшейся лечением зубов не только в Таллине, но и во всей Российской империи, была Жозефина Серре, практиковавшая здесь в начале 1816 г. Она была дипломирована при Краковском университете, Варшавской высшей медицинской коллегии, Тартуском университете (1814 г.) и санитарно-медицинской оберколлегии в Берлине.

KIRJANDUS: 1. Brennsohn, I. Die Aerzte Estlands. Riga, 1922. — 2. Lõvi, M. ja Kalnin, V. Stomatoloogia arengust Eestis. Nõukogude Eesti Tervishoid 1967, 2, 136—141. — 3. Tallinna Linna Riiklik Arhiiv (TLRA), f. 31, nim. 2, s.-ü. 2. Sissekanne surmaregistrisse 4. VIII 1740. — 4. Sealsamas, f. 230, nim. 1, s.-ü. Aa 156, lehed 52, 53. — 5. Sealsamas, f. 230, nim. 1, s.-ü. Aa 166, leht 143. — 6. Revalische Wöchentliche Nachrichten, 1775, nr. 6, 9, 10, 12. — 7. Sealsamas, 1781, nr. 6. — 8. Sealsamas, 1782, nr. 2. — 9. Sealsamas, 1782, nr. 7, 15. — 10. Sealsamas, 1787, nr. 38, 40, 45, 47, 49, 51. — 11. Sealsamas, 1791, nr. 31. — 12. Sealsamas, 1794, nr. 27; 1812, nr. 32—34; 46—48; 1813, nr. 7, 8. — 13. Sealsamas, 1795, nr. 41, 45, 46. — 14. Sealsamas, 1797, nr. 30, 31; 1798, nr. 26—28; 1800, nr. 9, 10, 14; 1803, nr. 12; 1804, nr. 7, 8, 10, 13, 14, 19, 25, 26; 1805, nr. 8; 1806, nr. 44; 1807, nr. 8, 9; 1808, nr. 25; 1809, nr. 1, 26, 28, 40; 1810, nr. 10, 25, 39, 40; 1811, nr. 7, 8, 24; 1812, nr. 10, 26, 27, 39, 40; 1813, nr. 14, 26, 43; 1814, nr. 8, 9, 25, 26; 1815, nr. 6; 1816, nr. 4, 5, 8, 25, 26. — 15. Sealsamas, 1798, nr. 26, 27. — 16. Sealsamas, 1800, nr. 14. — 17. Sealsamas, 1804, nr. 25, 26. — 18. Sealsamas, 1806, nr. 43, 47; 1816, nr. 29, 31, 33, 34, 39, 40. — 19. Sealsamas, 1809, nr. 25; 1810, nr. 11, 25, 26, 38, 40; 1811, nr. 2, 3, 10, 11, 23, 24, 26; 1812. nr. 4, 5, 8, 9, 25, 26, 30, 31, 32; 1813, nr. 2, 3. — 20. Sealsamas, 1811, nr. 34, 35. — 21. Sealsamas, 1816, nr. 2, 3, 8.

Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaam

Konverentsid ja nõupidamised

MEDITSIINIÕDEDE KONVERENTS JÄMEJALAS. Jämejala haigla õdede nõukogu algatusel korraldati 30. mail 1968. a. Jämejala psühhoneuroloogiahaiglas konverents, millest võtsid osa Tallinna, Tartu, Tarvastu ja Pilkuse psühhoneuroloogiahaigla meditsiiniõed. Pärast Jämejala haigla peaarsti H. Väre avasõna esines Tartu Riiklikust Ülikoolist professor J. Saarma, kes tutvustas tänapäeva psühhiaatria arengusuundi välismaal ja psühhiaatrilist teenindamist Soomes. Ettekannet illustreeris diafilm.

Tallinna psühhiaater P. Lasting rääkis uutest seisukohtadest varajase skisofreenia diagnoosimisel. Jämejala haigla peaarsti asetäitja E. Untera kõneles meditsiiniõe osatähtsusest psühhoteraapias. Sama haigla arsti A. Jaansoni ettekande teemaks oli psühhofarmakonide kõrvaltoime ja nende kasutamisel tekkida võivad tüsistused.

Sõna võtsid ka meditsiiniõed. E. Randrüüt Tallinnast puudutas psühhiaatriaalase patronaaži väga olulisi küsimusi jaoskonnameditsiiniõe töös. Meditsiiniõed S. Õunap, E. Kärt ja N. Kirss kõnelesid töö- ja tegevusravist, ravikehakultuurist ning kultuurravist Jämejala haiglas. Et viimase 10... 15 aasta jooksul on psühhiaatriliste haigete ravis toimunud olulised muudatused (näiteks psühhofarmakonide kasutuselevõtmine), siis on tekkinud uued võimalused haigete olukorra parandamiseks ning nende sotsiaalse isiksuse taastamiseks. Ka nõuded teenindavale personalile, eelkõige meditsiinitöötajaile, on tunduvalt suurenenud ja eeldavad senisest kõrgemat kvalifikatsiooni ning üldist arengutaset.

Mitmesuguste seminaride, loengutsüklite ja täienduskursuste (viimaseid on keskharidusega meditsiinitöötajaile kahjuks korraldatud väga kasinasti) kõrval on sellised perioodiliselt toimuvad konverentsid ja sõsarhaiglate külastamised heaks võtteks teadmiste rikastamisel ja kogemuste vahetamisel.

Varemgi on toimunud Tartu ja Viljandi ning Viljandi ja Tallinna psühhoneuroloogiahaiglate meditsiiniõdede ühiseid konverentse, kuid ülevabariigiline kohtumine sai teoks esimest korda.

Eva Ganitševa

ARUTATI AKTUAALSEID PROBLEEME

7. ja 8. juunil 1968. a. toimus Haapsalus admiral Nahhimovi nim. kalurikolhoosi uues klubis Eesti NSV Sanitaar-Epidemioloogia Teenistuse Keskmeditsiinitöötajate Seltsi Põhja-Eesti nõukogu järjekordne konverents. Avasõnas andis Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm ülevaate sanitaar-epidemioloogiateenistuse ülesannetest ja aktuaalsetest päevaprobleemidest.

Seltsi liikmete otsuse alusel andis juhatuse esimees H. Kirt kauakestva aplausi saatel O. Tammele üle seltsi esimese auliikme pileti.

Moskva linnas ja oblastis tegutsevate velskrite nõukogude tööst kõneles Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst I. Štšerbakov. Seltsi senisest tegevusest rääkisid tunnustavalt H. Pihl Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, H. Kreek Pärnu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast jt. Järgnesid ettekanded Põhja-Eesti linnade ja rajoonide sanitaar- ja epidemioloogiajaamade meditsiinitöötajatelt. Mitme ettekande tase lubab neid avaldada ka ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid».

Teisel konverentsipäeval esines rajoonihaigla peaarst M. Martinson huvitava ülevaatega Haapsalu tervishoiuasutuste ajaloost ja tänapäevast. Meeldivaks vahelduseks oli väljasõit Pullapääle, mereranda, kus kõigile maitses suures ühiskatlas keedetud angerja-uhaa.

Konverents oli hästi korraldatud, mitmetahuliselt üldarendav ja meeldejääv. See lõppes Haapsalu isetegevuslaste särtsaka kontserdiga, jalakeerutusega ja kohvilauas istumisega.

Heino Kirt

TALLINNA FTISIAATRITE ESIMENE TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS, mille korraldasid Tallinna Linna Tuberkuloosidispanser ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiasektor, toimus 13. juunil 1968. a. dispanseri ruumes, Uus-Tatari t. 25.

Saavutustest tuberkuloosivastases võitluses Tallinnas viimase viie aasta jooksul tegi kokkuvõtte dispanseri peaarst I. Krainjaja. Tallinna Linna Tuberkuloosidispanseri baasil tehtavatest ftisiogeriaatrilistest uurimistest andis ülevaate A. Reinvald. Kopsuhaiguste varajasele avastamisele olid pühendatud V. Bekkeri ja A. Granat'i ettekanded. Nad käsitlesid kopsutuberkuloosi ja kopsuvähi avastamist fluorograafia abil. Autorid näitasid profülaktika eesmärgil tehtava fluorograafilise uurimise osatähtsuse suurenemist kopsuhaiguste varajasel kindlakstegemisel. Lastetuberkuloosile olid pühendatud ettekanded laste infitseerumisest (L. Lohk) ja laste ning noorukite antibakteriaalsest ravist (R. Millermann).

Mitmed ettekanded puudutasid täiskasvanute kopsutuberkuloosi kliinikut ja ravi. Nii käsitleti kopsutuberkuloosi fibrokavernoosse vormi moodustumist (L. Jannus, J. Karusoo), antibakteriaalse ravi kõrvalnähte (J. Karusoo, A. Jäätma), südame ja veresoonkonna muutusi kopsutuberkuloosihaigetel antibakteriaalse ravi korral (L. Reinvald) ning süsivesikute ainevahetust reguleerivate fermentide aktiivsuse muutumist kopsutuberkuloosihaigetel (E. Raukas). Ettekannetest selgus, et antibakteriaalsete vahendite pikaajalise rakendamise tõttu

on ravi tulemused üsna soodsad, kuid siiski tuleb ette juhtumeid, kus soovitavat efekti ei saavutata. Need haiged vajavad erilist tähelepanu. Omaette probleemiks on kujunenud antibakteriaalse ravi kõrvalnähud. Neid esineb küllaltki sageli, kuid alati ei pruugi need olla ravi katkestamise põhjuseks.

Mitu ettekannet oli pühendatud kopsuvälist tuberkuloosi põdevate haigete dispanseerimisele ja ravile: I. Karlitskaja jagas uroloogiakabineti ja L. Valmet günekoloogiakabineti töö kogemusi tuberkuloosidispanserites. Esinejad rõhutasid bioloogiliste proovide osatähtsust urogenitaaltrakti tuberkuloosi bakterioloogilises diagnoosimises. A. Roogi ettekandest selgus, et luutuberkuloosi aktiivseid vorme kohtab üsna harva, kuid probleemiks on jääknähtude ortopeediline ravi. E. Levina ettekandes toodi andmeid kopsutuberkuloosi mittespetsiifilisest mikrofloorast.

Konverentsil esitatud tööd, mis põhinesid Tallinna Linna Tuberkuloosidispanseris kogutud andmetel, pakkusid huvi nii praktika kui ka teooria aspektist. Tuberkuloosivastase võitluse tulemuste analüüsimine võimaldas arstidel paremini mõista ftisiaatria kaasaegseid probleeme ja kõrvaldada kitsaskohti oma töös.

Israel Bugakov
Jaan Karusoo

VII VABARIIKLIK STOMATOLOOGIDE JA HAMBAARSTIDE KONVERENTS toimus 21. ja 22. juunil 1968. a. Tartus. See oli pühendatud laste-stomatoloogiale. Programmis oli 50 ettekannet terapeutilise, ortopeedilise ja kirurgilise stomatoloogia valdkonnast, nendest mitmeid ettekandeid Moskva, Läti ja Leedu NSV kolleegidelt. V. Kiik (Tartu) jt. märkisid, et Eesti NSV-s on kaariese levik laialdane ja intensiivsus kõrge ning vastavalt ea kasvule suureneb laste haigestumine kaariesesse järsult. See on nähtavasti seletatav mõne meditsiinilis-geograafilise iseärasusega (joogivee madal fluorisisaldus). Teatav osatähtsus võib olla ka valkude ja vitamiinide normist väiksemal sisaldusel toidus. G. Veerma, N. Vihm, M. Simson (Tartu) ja T. Millner (Tallinn) näitasid, et laste suukoopa plaaniline saneerimine on vabariigis õigesti korraldatud. Lasteaedades ja koolides teenindavad lapsi peamiselt liikuvad arstibrigaadid, suuremates koolides aga on statsionaarsed stomatoloogiakabinetid. Suukoobast on vaja saneerida mitte harvem kui üks kord, soovitatav isegi kaks korda aastas. Käesoleval ajal laste teenindamiseks eraldatud arstikohtade arv aga ei võimalda kõiki õppeaasta jooksul ravida. Selles osas on olukord eriti halb Tallinnas, Narvas, Võrus, Haapsalus ja Hiiumaal.

A. Dzafarova (Moskva), V. Gimzauckene kaasautoritega (Kaunas), S. Liiv, M. Simson, N. Vihm, S. Russak (Tartu) ja A. Reidla (Tallinn) kõnelesid, et hambapulbi vigastuste või põletiku puhul tuleb laste hambaid püüda senisest rohkem säilitada vitaalsetena bioloogilise toimega ravimite abil. See tagab hammaste tervikliku arenemise ja väldib põletiku edasist levikut periodonti ning välistab infektsioonikollete kujunemise.

Ülevaate laste ortodontilisest abist Eesti NSV-s andis A. Kõdar (Tartu), kes rääkis, et hammaste ja lõualuude anomaaliaid esineb õpilastel eriti sageli Tartus (rohkem kui 50%-l). Ortodontilist abi, mis on tasuta kuni 14. eluaastani, antakse üheteistkümnes asustatud punktis. Laste profülaktilised läbivaatused hammaste ja lõualuude anomaaliate avastamiseks ning ravi eesmärgil on muutunud suukoopa plaanilise saneerimise üheks koostisosaks. Ortodontilise abi andmist takistab normatiividest tunduvalt väiksem ortodontidega komplekteeritus enamikus raviasutustes. Parodondi kudede ealist ja patoloogilist morfoloogiat ja teisi probleeme vaatlesid meditsiiniinstituudi ortopeediakateedri õppejõud G. Pakalns, Z. Širaka, L. Treimane, A. Laganovski ja A. Mamekov (Riia). Hammaste ja lõualuude anomaaliate ravist kõnelesid E. Pullisaar, H. Järs ja B. Panso (Tallinn).

Kaasasündinud huule- ja suulaelõhedega laste dispanseerimise tulemused Eesti NSV-s võttis kokku M. Lõvi (Tartu). Kaasasündinud anomaaliatega laste dispanseerimiseks asutati 1964. a. konsultatiiv-metoodilised keskused Tartu ja Tallinna vabariiklike haiglate stomatoloogia-statsionaarides. Spetsialistide brigaadis on peale kirurgi-stomatoloogi veel ortodont, otorinolarüngoloog, logopeed, psühhoneuroloog jt. Varajane dispanseerimine lubab mitmel juhul teha heiloplastikat esimestel päevadel pärast lapse sündi. Suulaelõhe saab esmaselt sulgeda ujuvobturaatoriga, mis tunduvalt kergendab lapse hingamist, toitmist ja vähendab foneetikahäireid, samuti kosmeetiline efekt on parem. Suulaelõhe lõplikuks sulgemiseks püütakse uranoplastikat teha 6...7 aasta vanuselt, sellele järgneb aktiivne logopeediline ravi. Dispanseerimisest ja kompleksravi tähtsusest kaasasündinud näolõhede puhul rääkisid ka A. Musneckiene ja R. Balkjavicene (Kaunas). Ülemiste hingamisteede muutusi koolieelikutel, kellel esineb suulaelõhe, käsitlesid I. Kuznetsova ja V. Messina (Moskva).

Konverentsi resolutsioonis märgiti vajadust suurendada stomatoloogide ametikohtade arvu ja eraldada laste teenindamiseks 35...40% stomatoloogide ametikohtadest. Vabariigis tuleks suurendada ortodontiakabinettide ja ortodontide arvu. Peale laste suukoopa plaanilise saneerimise on vaja kasutusele võtta muid profülaktikaabinõusid. Sünnitusosakondade arstid ja pediaatrid peaksid stomatologe huule- ja suulaelõhedega lastest õigel ajal informeerima.

Konverentsi ettekannete lühikokkuvõtted avaldati trükis.

Nadežda Vihm

«TEADUSE» LEKTORITE SEMINAR

15. ja 16. mail 1968. a. korraldasid Eesti NSV ühingu «Teadus» juhatuse meditsiinilise propaganda teaduslik-metoodiline nõukogu ja Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja meditsiinitöötajatele-lektoritele seminari teemal «Rahva tervishoiu aktuaalseid probleeme». 15. mail kuulati neli ja 16. mail viis ettekannet.

Arstiteaduse kandidaat A. Sarap (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) käsitles Eesti NSV tervishoiuvõrgu arengu perspektiive. Et Eesti NSV-s on eakaid inimesi rohkem kui teistes liiduvabariikides, esineb elanikel rohkem ka südame ja veresoonte, onkoloogilisi ning muid haigusi. Sellest tulenevalt on tarvis suurendada voodikohtade arvu uute, ajakohasemate raviasutuste ehitamise teel. Raviasutustest on paljud amortiseerunud. Põhiline ehitustegevus langeb Tallinnale ja Tartule. Haiglatesse oleks vaja rajada rehabilitatsiooniosakonnad (vähemalt vabariiklikes haiglates ja dispanserites). Suurendada on tarvis invaliidide kodude ja kroonilisi haigusi põdevate haigete ravimiseks vajalike haiglate arvu, sest selles oleme lõunanaabritest maha jäänud.

Dispanseerimine hõlmab 70% vabariigi elanikest, kuid seda tuleb veelgi laiendada. Paljud häired raviasutuste töös on tingitud puudustest töö korraldamisel.

Arstiteaduse kandidaat G. Loogna (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) kõneles ravivahendite kantserogeensusest. Sellealane artikkel on avaldatud «Nõukogude Eesti Tervishoius», 1968, 4, 267—271.

Pedagoogikakandidaat H. Kurm (TRÜ) käsitles seksuaalkasvatust noorsoo hulgas. Noorte seksuaalkasvatus oli pikemat aega unarusse jäänud. Selle lünga täitmiseks on tarvis meedikute, psühholoogide ning pedagoogide püsivat ja tihedat koostööd.

Arstiteaduse kandidaat S. Jõks (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut) analüüsis ettekandes «Viirused ja elu piir» tänapäeva viroloogia olukorda.

Õigusteaduse kandidaat A. Paltser kõneles kuritegevusest ja selle põhjustest.

16. mail kuulati arstiteaduse kandidaat H. Kahni (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) ettekannet mõnest sotsiaalhügieeni aktuaalsest probleemist vabariigis. Nõukogude meditsiini profülaktiline suund, meditsiini sihtide täielik ühtelangemine sotsiaalhügieeni ülesannetega kohustavad meditsiinitöötajaid uuteks töödeks. Seda nõuab ka Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni poolt heakskiidetud tervise-definitsioon: «Tervis pole mitte ainult haiguse puudumine, vaid täielik füüsiline, vaimne ja sotsiaalne heaolu».

Pikema aja jooksul oli sotsiaalhügieeni probleemide uurimine unarusse jäänud. Pärast NLKP XX kongressi hakati sellele rohkem tähelepanu pöörama ning käesoleval ajal on see teadusharu saanud täieliku eluõiguse. Taas on päevakorrale võetud töö, puhkuse, toitumise, elatustaseme, urbanisatsiooni, kliima, kehakultuuri, teaduslik-tehnilise progressi ja muude tegurite mõju uurimine inimese tervisele. Aastate jooksul on tekkinud küllaltki tõsiseid probleeme, millele oleks tulnud tähelepanu pöörata juba varem ning mille lahendamine nüüd nõuab erilist operatiivsust ja kindlameelsust rutiiniks muutunud seisukohtade ületamisel. Sellisteks on 1) madal sündimus ning sellega kaasnev väike iive, 2) abortide suur arv, 3) abielulahutuste sagenemine. Esineja tegi nende lahendamiseks mitmeid ettepanekuid.

Professor J. Saarma (TRÜ) käsitles psühhohügieeni kaasaegseid ülesandeid. Ta mainis, et kogu maailmas on suurenenud psüühiliste häirete all kannatavate inimeste arv. Lektorid peaksid vastavasisulistes loengutes rõhutama, et vaimse tervise eest peab samuti hoolt kandma nagu kehalise tervise eest. Tuleb rõhutada ka unerežiimi tähtsust. Pahatihti lubatakse lastel õhtul üleval olla kella 10...11-ni ja jälgida televisioonisaateid. Vaimset tervist ohustavad mitmed mürgid, eriti alkohol. Sellele vaatamata on võitlus alkoholi vastu vääralt korraldatud, sest pole tarvitusele võetud administratiivseid ega kaubanduslikke abinõusid. Müra osatähtsus suureneb nii tootmises kui igapäevases elus. Tuleb intensiivistada võitlust müra tekitamise ja selle tekitajate vastu. Lõpuks mainis esineja, et sotsiaalpsühholoogilised tegurid mõjutavad inimeste aju rohkem kui bioloogilised.

Majandusteaduste kandidaat V. Kaufman kõneles rahva iibest Eesti NSV-s. Seejärel andis arstiteaduse kandidaat S. Naarits (Tervishoiu Ministeerium) ülevaate uutest rasestumisvastastest vahenditest ja näitas nende rakendamise perspektiive. Kõneleja puudutas emakasiseste rasestumisvastaste vahendite kasutamist ja hormonaalsete vahendite tarvitamist.

Lõpuks rääkis H. Kadastik (Tartu) sagedamini tekkivatest seksuaalhäiretest, nende põhjustest ja profülaktikast.

Seminaril asetleidnud arvamuste vahetamine näitas, et loengutes tuleb rohkem käsitleda hügieeni ja sotsiaalhügieeni probleeme. Märgiti, et viimaseid peavad arutama eri profiiliga spetsialistid (pedagoogid, demograafid, arstid, psühholoogid, juristid jt.). Arstiteaduse kandidaat Ilmar Laan tegi ettepaneku asutada ametkondadevaheline nõukogu aktuaalsete sotsiaalhügieeni küsimuste üksikasjaliseks tundmaõppimiseks, teaduslikuks uurimiseks ning ettepanekute väljatöötamiseks. Arstiteaduse kandidaat H. Kahni ettepanekul tuleks vabariigi mõne teadusliku asutuse juurde luua spetsiaalne struktuuriüksus, kus süstemaatiliselt hakataks uurima sotsiaalhügieeni probleeme. Ühingu «Teadus» arstiteaduse sektsiooni teaduslik-metoodiline nõukogu leidis, et nende uurimine ja lahendamine on kogu ühiskonna huvides. Seepärast otsustati pöörduda vabariigi direktiivorganite poole palvega moodustada vabariiklik sotsiaalhügieeni nõukogu.

Kaks päeva kestnud seminar tutvustas tervishoiutöötajatele-lektoritele aktuaalseid teemasid, mida nad järgmistes loengutes saavad valgustada. Seminari tööst võttis osa 230 tervishoiutöötajat ja arstiteadusliku propaganda aktivisti kogu vabariigist.

Jaan Ots

SPORDIMEDITSIINI JA RAVIKEHAKULTUURI ALANE ÜLELIIDULINE KONVERENTS, millest võttis osa üle 600 inimese, korraldati maikuu keskel Moskvas. Enne konverentsi uuriti spordimeditsiini olukorda Vene NFSV-s, Ukraina, Armeenia ja Eesti NSV-s ning nende vabariikide tervishoiu ministeeriumidele tehti ettepanek esineda ettekannetega muutuste kohta, mis on toimunud pärast NLKP ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1966.

aasta määruse «Kehakultuuri ja spordi edasiarendamise kohta» avaldamist. Eesti NSV spordimeditsiini tutvustas 5 ettekannet.

Konverentsi avamise järel sõna võtnud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Ravi ja Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. G. Safonov kõneles spordimeditsiini alal tehtavast tööst NSV Liidus. Ta mainis, et Eesti NSV-s on saavutatud tunduvaid edusamme kehakultuuri ja spordi valdkonnas, samuti massispordiga tegelevate isikute meditsiinilisel teenindamisel. Täiesti rahuldavalt on korraldatud kaadri ettevalmistamine spordimeditsiini alal. Paranenud on ka ravikehakultuuri vajavate haigete teenindamine. Esinejá nimetas ka mõningaid puudusi: 1) arstlik kontroll virgutusvõimlemise üle on puudulik, 2) dispanserites ja kabinettides valitseb ruumipuudus ning nende sisseseade ei rahulda vajadusi, 3) mõne dispanseri ja kabineti koosseis ei vasta normatiividele, 4) haridusorganitelt tuleb taotleda korrigeeriva võimlemise kabinettide avamist kõikides vabariigi rajoonides ja linnades ning võimlemise korraldamist õpilastele, kes tervisliku seisundi tõttu kuuluvad eri rühma.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist esines ettekandega ministri asetäitja O. Tamm, kes teatas, et käesoleval ajal on vabariigis 50 asutust, kes tegelevad arstliku kontrolli ja ravikehakultuuriga. Neis töötab 35 spordimeditsiini ja ravikehakultuuri eriarsti ning 15 muu eriala arsti. Arstliku kehakultuuri dispanserid ja kabinetid annavad sportlaste ning kehakultuurlaste meditsiinilise teenindamise kõrval ka instruktiivset ja metoodilist abi õppeasutuste arstidele ja koolieelsete lasteasutuste töötajatele. Dispanserid ja kabinetid jälgivad nn. tervise gruppides tegelevate keskja vanemaealiste isikute tervislikku seisundit. Vabariigis on hästi korraldatud kaadri ettevalmistamine ja kvalifikatsiooni tõstmine. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut uurib üldhariduslike koolide õpilaste kehalise kasvatuse ning kehakultuuri mõju õppeedukusele. 1967. aastal avaldasid vabariigi arstid ning teaduslikud töötajad ajakirjades ja kogumikes üle 60 spordimeditsiini ja ravikehakultuuri käsitleva uurimuse.

Ravikehakultuuri alal on viimasel ajal nii kabinettide arv kui ka töö maht tunduvalt suurenenud. Kõikides Tallinna ja Tartu haiglates, samuti enamikus vabariigi linnades ja rajoonides on ravikehakultuuri rakendatud kõige mitmekesisemate haiguste korral. Sellega on saavutatud ravi tulemuste tunduv paranemine ja ravi aja lühenemine.

Konverentsi järgmistel istungitel arutati juhtivate sportlaste arstliku kontrolli teaduslikke aluseid, sporditraumade ja sportlaste haiguste ravimist, samuti oli kõne all ravikehakultuur.

Seedeelundite haigustest sportlastel andis ülevaate Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut N. Elštein. Ettekande materjali oli ta kogunud mitmeaastase töötamise vältel Vabariiklikus Arstliku Kehakultuuri Dispanseris. Ta avaldas arvamust, et seedeelundite häiretega sportlasi on vaja ravida, enne kui neid lastakse «suure spordi» juurde, sest seedeelundites leiduvad nakkuskolded tekitavad kahju kogu organismile ja takistavad kõrge spordimeisterlikkuse saavutamist.

Ettekandega «Korrelatsioonist kesknärvisüsteemi funktsionaalse seisundi ja vegetatiivsete funktsioonide näitajate vahel kehalise koormuse puhul akadeemilistel aerutajatel» esinesid Tartu Riikliku Ülikooli töötajad A. Viru, T. Karu, Õ. Reintam jt. O. Imelik Ed. Vilde nimelisest Tallinna Pedagoogilisest Instituudist rääkis vere vormelementide ja kolesteriinisisalduse uurimisest sportlastel rahuseisundis ja treeningu ajal.

Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri arst A. Zolotko kõneles koldelisest nefriidist kui kroonilise tonsilliidi tagajärjel tekkivast haigusest sportlastel. F. Markusas võttis sõna läbirääkimiste käigus.

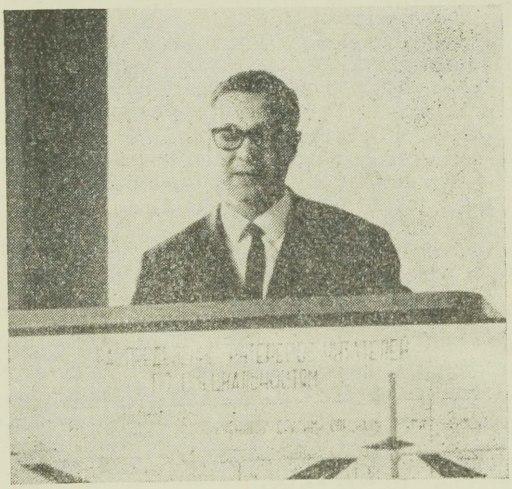
Konverents näitas nõukogude teadlaste saavutuste kvantitatiivset ja kvalitatiivset kasvu spordimeditsiini alal. Märgatava panuse on selleks andnud ka vabariigi teadlased ja praktiseerivad arstid.

Fritsas Markusas

ÜLELIIDULISE ARSTIDE-LABORANTIDE TEADUSLIKU SELTSI PLEENUM, mis oli pühendatud laboratoorse diagnostika küsimustele kirurgia valdkonnas, toimus 27. kuni 30. maini 1968. a. Uljanovskis. Pleenumil esitati 55 ettekannet (lisaks 43 ettekannet avaldati trükitult). Osavõtjaid oli kõikidest NSV Liidu piirkondadest.

Esimesel päeval käsitleti probleeme, mis on seoses vere hüübimise süsteemiga. Erilist tähelepanu pälvis Z. Fjodorova (Leningrad) ettekanne «Vere hüübimise süsteemi häirete uurimisest kiirabi tingimustes». Autor on välja töötanud kiiruurimiste skeemi, mis võimaldab väga lihtsatel ning käepärastel meetoditel kiiresti orienteerivalt kindlaks teha, millises hüübimise süsteemi lülis esinevad häired. See annab võimaluse õiget ravitaktikat valida. Nimetatud uurimiste skeem oleks ka meie harilikele kliinilistele laboratooriumidele täiesti jõukohane.

Huvitavaid ja uudseid seisukohti oli B. Kuzniku (Tšitaa) ettekandes. Autor ja



Kõneleb professor E. Larski

tema poolt juhitav kollektiiv on leidnud veresoonte seintest, endokardist, perikardist ja südameklappidest aineid, mis toimivad aktiivselt nii vere hüübimisprotsessisse kui ka fibrinolüüsi kulusse. Ettekandes mainiti ka veresoone seina elektrilise potentsiaali muutumist seoses veresoone vigastamisega, millel on küllaltki suur osatähtsus verejooksu sulgemisel.

Teisel päeval kuulati ettekandeid kliinilisest ensümoloogiast ja vee- ning soolade ainevahetusest. Väga sisukas oli B. Korovkini (Leningrad) töö, milles näidati, et nihked vereseerumi isofermentide spektris võimaldavad kindlaks määrata, millist elundit patoloogiline protsess on kahjustanud. Kolmas päev oli pühendatud happe-leelise tasakaalu ja mõnedele laboratoorse diagnostika valitud küsimustele kirurgias.

Viimane pleenumi tööpäev kulus organisatsiooniliste küsimuste lahendamiseks. Põhiettekandega esines NSV Liidu peaarst-laborant prof. E. Larski. Ta analüüsis laboratoorse teenistuse mahajäämuse põhjusi ja näitas teid laboratooriumide töötingimuste parandamiseks: uue aparatuuriga varustamine, reaktiivide tootmise suurendamine, uute töönormatiivide ning koosseisude väljatöötamine jne. Ta soovitas, et peaspetsialistid ja peaarstid pööraksid laboratooriumidele rohkem tähelepanu.

Heljut Kapral

RAHVUSVAHELINE ONKOLOOGIDE KONVERENTS ŠVEITSIS. Kilpnäärme kasvajate polümorfsus põhjustab mitmeid erinevusi ja vasturääkivusi nende patoloogilis-histoloogilises tõlgenduses, epidemioloogias, biokeemias ja ravis. See sundiski Rahvusvahelist Vähktõvevastast Liitu korraldama 8. kuni 11. maini 1968. a. Lausanne'is (Šveitsis) kilpnäärme vähktõbe käsitleva konverentsi. Konverentsi presidendiks oli NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudi direktor akadeemik N. Blohhin.

Patohistoloogia seisukohalt klassifitseeriti kilpnäärme kasvajaid follikulaarseteks ehk organoidseteks ja papillaarseteks vähkideks ning nende segavormideks. Viimaste puhul on saadud paremaid ravi hilistulemusi (O. Russell, Houston). R. Gérard-Marchant (Villejuif) rõhutas, et kilpnäärmes võivad esineda skleroseeruvad, mittekapseldunud, follikulaarset tüüpi mõne millimeetri suurused kasvajad, mis annavad metastaase. Sellist algkollet ei avastata kliinilistel uurimistel, stsintigraafia abil (^{131}J) ega operatsiooni ajal. Kasvaja on avastatav seerialõigete patoloogilis-histoloogilisel uurimisel. Papillaarne vähk esineb peamiselt noortel naistel. Lähtekohaks on näärme parenhüüm, sageli healoomuline adenoom. Iseloomulik on aeglane kliiniline kulg, levik regionaarsetesse lümfisõlmedesse ja disseminatsioon kopsudesse. (S. Lindsay, San Francisco). T. Winshipi (Washington) andmeil tuleb papillaarset vormi ette 58%-l täiskasvanuist ja 74%-l lastest. Patoloogilis-histoloogiliselt võivad need vormid simuleerida kroonilist türeoidiiti.

Madalalt diferentseerunud kilpnäärmevähid (pahaloomuline hemangioendotelioom, sarkoom ja lümfoom) on kõrge pahaloomulisuse astmega. Need moodustavad näiteks Soomes 5% kõikidest kilpnäärme pahaloomuliste kasvajate juhtudest (E. Saxen, Helsingi). C. E. Hedinger (Lausanne) rõhutas, et patoloogilis-histoloogiliselt diagnoositakse sarkoome sageli enam. Näiteks Šveitsis vaadati nn. sarkoomide patoloogilis-histoloogilised preparaadid uuesti läbi ning leiti 97%-l juhtudest anaplastilist vähki ja ainult 3%-l juhtudest jäi püsima sarkoomi diagnoos. Leitakse, et vähk läheb üle sarkoomiks, kuid tegelikult on tegemist vähirakkude populatsiooniga. Ravi seisukohalt on see väga oluline, sest kilpnäärmevähi ja sarkoomi puhul on ravi vastupidine.

Kilpnäärme kasvajate epidemioloogiat käsitledes märkis E. Pedersen (Oslo), et Norras kilpnäärmevähi juhud sagenevad lõunast põhja suunas. Rannikul täheldatakse neid sagedamini kui sisemaal. Lastel kohatava kilpnäärmevähi puhul (34 maa koondandmed) olid 12%-l juhtudest kopsumetastaasid haiguse esmaseks avalduseks (T. Winship, Washington). Paljud tähelepanekud mitmetes maades, eriti Jaapanis, tõestavad, et kilpnääre on radiatsiooni kui kantserogeense teguri suhtes lastel tundlikum kui täiskasvanuil. Haigestumine on sagedasem 100 raadi ületava «kilpnäärmedoosi» korral (L. Hempelman, Rochester). Joodivaegusele reageerib kilpnääre koe hüperplaasia, involutsiooni või sõlmekeste moodustamisega, mis on vähieelsed seisundid (V. Ramalingasvami, New Delhi).

Eksperimentaalsete uurimiste põhjal tekitavad joodivaene toit, metüültiouratsiil ja suguhormoonid hiirtel kilpnäärme kasvajaid (L. Money, Arkansas; I. Petrea, Bukarest; N. Napalkov, Leningrad). S. Lindsay (San Francisco) sai hiirtel papillaarse kilpnäärmevähi ^{131}J süstimise tulemusena. Ka noortel inimestel, kellel türeotoksikoosi raviti ^{131}J-ga, on kilpnäärmes leitud degeneratiivseid muutusi ja adenoome.

Kliinilise klassifikatsiooni osas esitasid kõik esinejad oma tulemused *TNM*-süsteemis, kus *T* on algkolle, millel (olenevalt kasvaja ulatusest) on veel 4 astet. *N* tähistab regionaarsete lümfisõlmede seisundit (4 astet) ja *M* kaugmetastaase (2 astet). Selline klassifikatsioon kliinilise diagnoosi formuleerimisel annab täpse ülevaate haiguse ulatusest ja võimaldab objektiivselt hinnata ning võrrelda ravi tulemusi.

Ravi ja selle tulemuste käsitlemisel rõhutati, et paremaid tulemusi annab subtotaalse türeoidektoomia ja ^{131}J ravi kombineerimine kui totaalne türeoidektoomia (G. Blackburn, London; D. Jussawalla, Bombay). Põhimõtteliselt ravitakse algkollet ja metastaatilisi lümfisõlmi kirurgilisel teel, millele järgnevad väliskiiritusravi, luumetastaase metaboolilise ja aktinoteraapia teel. Sellele lisatakse vajaduse korral väliskiiritus- ja hormoonravi (M. Dargent, Lyon; M. Tubiana, Villejuif; D. Smithers, London). Papillaarse vähivormi ravi häid tulemusi märkis M. Fujimori (Maebashi), kes sai radikaalse operatsiooni ja kaela lümfisõlmede eemaldamisel 10 aastat väldanud tervistumise 93%-l juhtudest, kuna follikulaarse vormi

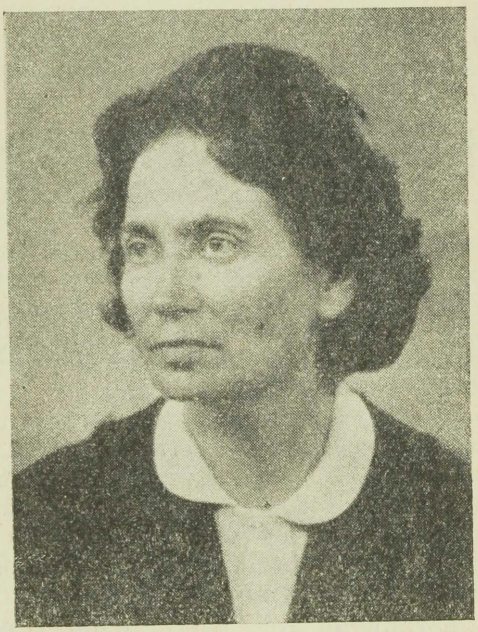
korral oli see protsent 76 ja soliidse adenokartsinoomi puhul 20. R. McWhirter (Edinburgh) rõhutas, et häid tulemusi annab kirurgilise ja kiiritusravi kombineerimine: viieks aastaks tervenes 88% juhtudest, ainult kirurgilise ravi puhul oli vastav protsent 65 ja kiiritusravi puhul 32. Ravi tulemused olenevad kasvaja makro- ja mikroskoopilisest vormist, haige east ja soost ning kaugmetastaasidest. Viimaste ravis kasutatakse ^{131}J ja türeoiidhormooni. Hüpofüüsektoomia ^{90}Y abil alandab kilpnääret stimuleeriva hormooni sekretsiooni, mis on häid tulemusi andnud ligi 50%-l mitteopereeritavate ja kaugmetastaasidega kilpnäärmevähi juhtudest (F. Pilheu, Buenos Aires; V. Veronesi, Milaano).

Põhijoonena domineeris nõue, et kilpnäärmevähi diagnoosimine ja kompleksne ravi (kirurgiline, väliskiiritus, ^{131}J, hormoonravi) peavad olema koondatud eriraviasutustesse, kus on olemas kõik võimalused nende korraldamiseks tänapäeva tasemel.

Väino Rätsep

Tähtpäevad

PALJU ÕNNE, KOIDU RÜÜTLI!



13. oktoobril 1968. a. tähistab juubelisünnipäeva Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kõige staažikam töötaja, biokeemiasektori laborant Koidu Rüütli.

K. Rüütli sündis 13. oktoobril 1918. a. Tartus pedagoogi perekonnas. Kui ta Reola algkoolis kooliteed alustas, siis unistas ta samuti koolmeistriametist. Et aga Tartu Õpetajate Seminaris uusi õpilasi vastu ei võetud, siis läks ta edasi õppima Tartu Tütarlaste Gümnaasiumi, mille lõpetas 1937. a.

Esimene töökoht oli Tartus proviisor Julius Lille apteegis, kus möödusid aastad 1937 ... 1940. Samal ajal õppis K. Rüütli Punase Risti õdede kursustel, mille lõpetas 1939. aastal.

Pärast Juunipööret hakati tervishoiuvõrku laiendama ja maale oli hädasti vaja kvalifitseeritud meditsiinitöötajaid. K. Rüütli suunati Jõgeva ambulatooriumi, kus hakkas tööle meditsiiniõena. 1942. a. sooritas meditsiiniõdede täienduseksamid ja töötas siis Taagepera kopsutuberkuloosi-sanatooriumis 1944. aastani.

Pärast Suure Isamaasõja lõppu asus K. Rüütli jälle Tartusse, kus ta algul oli Tartu Riikliku Ülikooli patoloogilise füsioloogia kateedris, hiljem teaduskonna sisehaiguste kateedris laborandiks.

Kui 1947. a. Tartus asutati Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi farmakoloogia- ja looduslike ravifaktorite uurimise laboratoorium, siis kutsuti K. Rüütli sinna vanemlaborandi ametikohale. Mõne aasta pärast laboratoorium likvideeriti ja 1950. a. jätkas ta tööd Tallinnas sama instituudi hügieeni-, hiljem biokeemiasektoris. 1951. a. lõpetas K. Rüütli eksternina Tartu Meditsiinikooli laborandi erialal.

Seega möödus tänavu sügisel 21 aastat ajast, mil K. Rüütli tuli Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti. Ta on kogu hingega kaasa aidanud instituudi, eriti aga biokeemiasektori arengule. Peale selle on ta 10 aastat töötanud laborandina ja meditsiiniõena ka Vabariiklikus Vereülekande Jaamas. Keegi pole kokku arvanud, kui palju tööd, vaeva ja rõõme need aastad varjavad. K. Rüütlit on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

K. Rüütlil on väsimatu hing. 1952. a. lõpetas ta Marksismi-leninismi Õhtuülikooli. Korduvalt on teda valitud instituudi ametiühingu kohalikku komiteesse, vastastikuse abistamise kassa juhatusse ja muude ühiskondlike organisatsioonide etteotsa. 1952. a. alates on ta seotud Eesti NSV Teaduste Akadeemia laulurahvaga. Ta on Teaduste Akadeemia naiskoori asutajaliige ja peaaegu ühtegi koori esinemist ei ole toimunud temata. K. Rüütli vaba aega sisustavad raamatud, vabu päevi ja puhkust — matkamine ning reisimine.

Soovime K. Rüütlile raugematut tööindu ja elurõõmu ning kõikide soovide täitumist.

Sõbrad ja kaastöötajad

Kriitika ja bibliograafia

UUS RAAMAT POLIOMÜELIIDIST

UDK 616.988.23

S. Drozdovi koostatud raamatus «Poliomüeliit ja selle profülaktika maailma eri maades» [1] on esitatud andmeid poliomüeliidi leviku kohta paljudes riikides ning antud ülevaade võitlusest selle infektsiooni vastu surmatud ja elusvaktsiini abil. Autor töötab praegu NSV Liidu esindajana Genfis Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni epidemioloogiagrupis viirushaiguste alal. Aastail 1959 . . . 1960 võttis ta Eesti NSV-s aktiivselt osa massilisest poliomüeliidivastasest vaktsineerimisest.

Teoses toodud andmed käsitlevad poliomüeliiti haigestumise dünaamikat pärast Teist maailmasõda, mil sellesse haigestumine paljudes Euroopa maades ja Ameerika Ühendriikides sagenes. Esitatakse ka võrdlusandmeid haigestumise kohta varasematel aastatel.

Poliomüeliidi surmatud vaktsiini on hakatud laialdaselt kasutama 1955. a. alates USA-s ja paljudes teistes riikides ning põhiliselt laste immuniseerimiseks. Kuigi haigestumine pärast vaktsineerimist tunduvalt väheneb, ei olnud efekt küllaldane. Alles pärast elusvaktsiini massilist kasutuselevõtmist saavutati paljudes maades haigestumise järsk vähenemine. Esmakordselt maailmas rakendati poliomüeliidi elusvaktsiini laialdaselt NSV Liidus (esimesena Eesti NSV-s), kus 1959. a. vaktsineeriti rohkem kui 15 miljonit inimest, põhiliselt lapsi kuni 15 aasta vanuses. Aastail 1961 . . . 1963 vaktsineeriti elusvaktsiiniga poliomüeliidi vastu enamikus Euroopa maades; Ameerika Ühendriikides — elusvaktsiini kodumaal — esmakordselt 1962. aastal.

[1] С. Г. Дроздов. Полиомиелит и его профилактика в различных странах мира. М., 1967, 87 стр. Тираж 1000.

Pärast poliomüeliidi elusvaktsiini massilist kasutamist vähenes haigestumus enamikus Euroopa riikides järsult. 1964. a. oli ainult üksikuid juhte Taanis, Soomes, Rootsis, Austrias, Ungaris, Šveitsis ja Belgias. Mitmes riigis ei registreeritud ühtki juhtu (Tšehhoslovakkia, Island, Põhja-Iirimaa, Eesti ja Läti NSV).

Kui poliomüeliiti haigestumise andmeid aastail 1951 . . . 1955 Euroopa 21 riigis võrrelda 1964. a. andmetega, siis vähenes haigusjuhtude arv 11 korda. Haigus taandus üksikutes Euroopa piirkondades erinevalt. Haigestumine Põhja- ja Kesk-Euroopas vähenes 80 . . . 85 korda, Lääne- ja Lõuna-Euroopas vaid 3 . . . 5 korda.

Autor märgib, et 1964. aastal Euroopa 21 riigis registreeritud 2052 poliomüeliidijuhust esines 90% Prantsusmaal, Kreekas, Itaalias, Portugalis ja Hispaanias.

Praegu on Euroopas ainult neli riiki, nimelt Rootsi, Norra, Soome ja Holland, kus poliomüeliiti haigestumise stabiilne langus on saavutatud pärast surmatud vaktsiini massilist kasutuselevõtmist. Seejuures on neis maades vaktsineeritud üle 50% elanikest, esmajärjekorras lapsi.

Ka USA-s, Kanadas, Austraalias ja Uus-Meremaal järgnes elusvaktsiini kasutuselevõtmisele poliomüeliiti haigestumise järsk vähenemine. Neis riikides vähenes poliomüeliidijuhtude arv 1964. aastal (võrreldes aastate 1951 . . . 1955 näitajatega) 267 korda. Kui näiteks aastail 1951 . . . 1955 oli USA-s keskmiselt ligi 38 000 haiget aastas, siis 1964. a. oli seal vaid 121 poliomüeliidihaiget.

Autori arvates on poliomüeliit enamikus Euroopa riikides, USA-s, Kanadas, Austraalias ja Uus-Meremaal likvideerimisjärgus. Niisiis on praegu tarvis saavutatut kindlustada, kasutada ratsionaalseid vaktsineerimisskeeme ja tagada kestev immuunsus. Oluliseks probleemiks seejuures on poliomüeliidiviiruse virulentsete tüvede tsirkuleerimise uurimine elanike hulgas vaktsineerimise ajal ja haigusjuhtude puudumise korral.

Muret tekitab poliomüeliiti haigestumine troopika- ja subtroopikamaades, kus elanike arv ulatub üle 500 miljoni ja hõlmab 20% kogu maakera rahvastikust. Nagu haigestumuse analüüs näitab, on poliomüeliit seal laialdaselt levinud ja näitab kasvutendentsi. Iseloomulik on seejuures eriti kõrge haigestumus laste hulgas: 0 kuni 4-aastased lapsed moodustavad 70 . . . 80% kõigist haigestunuist. Sageli haigestuvad poliomüeliiti troopikamaadesse sissesõitnud vaktsineerimata eurooplased. Probleemi tõsidusest kõneleb kõrge letaalsus.

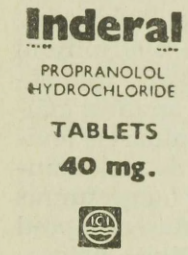
Viimastel aastatel on troopika- ja subtroopikamaades kasutatud poliomüeliidi elusvaktsiini piiratud ulatuses ja ühekordselt, ilma et see oleks andnud soovitud tulemusi. Neis maades täheldatakse interferentsi laialdaselt tsirkuleerivate enteroviiruste ja vaktsiiniviiruste vahel, mis vähendab vaktsiiniviiruse toimeefekti. Üksikutel aladel, kus toimusid süstemaatiline vaktsineerimine ja revaktsineerimine, vähenes haigestumine poliomüeliiti järsult. Troopika- ja subtroopikamaades nõuab poliomüeliit tõsist suhtumist ja aktiivset profülaktikat. Sellele on koondatud ka Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni tähelepanu.

Autor esitab hulgaliselt tabeleid, mis peegeldavad poliomüeliiti haigestumise dünaamikat eri riikides, immuunsuse uurimisi jms.

Raamat on määratud viroloogidele, epidemioloogidele, teaduslikele töötajaile ja meditsiiniinstituutide õppejõududele.

Toomas Kuslap

Tallinn



INDERAAL (*Inderal*, Индерал). Sünonüüme: *Dociton, Eraldin, Sumial, Propranolol hydrochlorid.*

Inderaal, 1-isopropüülamino-3-(1-naftüüloksü)-2-propanool, on spetsiifiline β-adrenoretseptorite blokaator. Preparaat on efektiivsemaid ravimeid südame ja veresoonkonna funktsionaalsete häirete puhul.

Näidustusteks on südame arütmia, rinnaangiin, feokromotsütoom ja südamelihase hüpertroofiast tingitud häired.

Rinnaangiini põdevatele haigetele antakse preparaati 20 mg 4 korda päevas, kusjuures annust järk-järgult suurendatakse kuni 40 mg 4 korda päevas. Kui tahetakse saavutada maksimaalset raviefekti, võib ööpäevast annust suurendada kuni 200 . . . 240 mg. Inderaal on ainulaadne preparaat rinnaangiini hoogude esinemissageduse redutseerimiseks.

Südame arütmia raviks määratakse preparaati 10 . . . 30 mg 3 . . . 4 korda päevas. Inderaal on eriti efektiivne juhtudel, kui südame arütmia põhjuseks on südame reumaatilised kahjustused, türeotoksikoos, digitaalise preparaatidest tingitud intoksikatsioon. Kui raviefekti on tarvis kiiresti saavutada, süstitakse inderaali veeni. Virvendusarütmia korral annab häid tulemusi üheaegne ravi digitaalisega.

Feokromotsütoomi puhul kasutatakse inderaali enne operatsiooni ja feokromotsütoomiliste pahaloomuliste kasvajate raviks. Enne operatsiooni antakse 60 mg 3 päeva järjest koos α-adrenoretseptorit blokeeriva raviainega. Feokromotsütoomiliste pahaloomuliste kasvajate raviks ordineeritakse 30 mg päevas (jagatuna üksikannusteks).

Hüpertroofilise südamelihase häirete raviks antakse 10 . . . 20 mg 4 korda päevas.

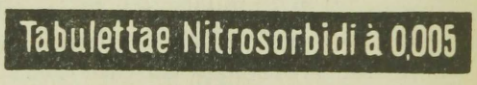
Preparaati süstitakse veeni algul 1 mg 1 minuti jooksul, annust korratakse kaheminutiliste vaheaegade järel kuni reaktsiooni saabumiseni või maksimaalse annuse saavutamiseni (s. o. 10 mg täie teadvuse juures olevatele haigetele ja 5 mg anesteesia korral).

Vastunäidustusteks on bronhiaalastma, südameklappide rikked ja südame blokaad.

Inderaali tuleb ettevaatlikult kasutada raseduse ajal, eeternarkoosi, samuti metaboliitse atsidoosi korral. Preparaat võib esile kutsuda bradükardia ja selle toimel võib vererõhk langeda, eriti siis, kui ravimit süstitakse veeni liiga kiiresti. Neil juhtudel tuleb veeni süstida 1 mg atropiini ja manustada β-adrenoretseptori stimulaatorit (adrenaliini). Umbes 2%-l haigetest, keda on ravitud inderaaliga, võib kergekujuliste kõrvalnähtudena täheldada iiveldust, unetust, nõrkustunnet, kergekujulist kõhulahtisust.

Inderaali lastakse välja tablettidena (pakendis 40 mg × 50 ja 10 mg × 50) ning ampullidena, pakendis 5 mg (5 ml) № 5 ja 1 mg (1 ml) № 10.

Inderaali imporditakse Inglismaalt.



NITROSORBIID (*Nitrosorbidum*, Нитросорбид). Sünonüüme: *Carvasin, Corodil, Isodril, Isosorbide dinitrate, Niglon, Risordan, Sorbangil, Vascardyn «Nicholas».*

Nitrosorbiid on valge kristalne pulber, mis lahustub halvasti vees, hästi piirituses.

Nitrosorbiid laiendab koronaarsooni. Toimemehhanismilt on ta lähedane nitranoolile ja eriniidile.

Nitrosorbiidi kasutatakse stenokardiahoogude vältimiseks; kupeerimisel tuleb eelistada nitroglütseriini, sest nitrosorbiidi toime avaldub aeglaselt. Näidustusteks on ka endarteriiit ja teised veresoonte spasmidega seoses olevad haigused.

Nitrosorbiidi manustatakse tablettidena 0,005 ... 0,01 g 2 ... 3 korda päevas, ravikuuri kestus on 10 ... 20 päeva. Vajaduse korral võib ravitsüklit korrata.

Vastunäidustuseks on glaukoom.

Nitrosorbiidi kasutamisel võivad kõrvalnähtudena tekkida peavalu, peapööritus ja iiveldus, mis kaovad pärast annuse vähendamist. Peavalu korral võib anda 0,05 ... 0,1 g kofeiini.

Nitrosorbiidi lastakse välja tablettidena (pakendis 0,05 × 50).

Preparaat kuulub B-nimekirja.

Helga Kangro

Kroonika

23. mail 1968. a. arutas Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu Presiidium õpilaste ja üliõpilaste toitlustamist ning selle parandamise abinõusid. Aruandega esines Eesti NSV kaubandusministri asetäitja B. Hommik ja kaasaruandega tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Olukorra hindamiseks tegid tervishoiu-, kaubandus- ja ametiühingutöötajad eelnevalt kontrollreide mitmete Eesti NSV rajoonide ja linnade koolidesse ning Tallinna ja Tartu kõrgematesse õppeasutustesse. Toidu kvaliteedi hindamisel võeti arvesse vabariigi õpilaste ning üliõpilaste toitumise uurimise tulemused (autorid A. Rihma, 1960 ... 1965; E. Roots, 1962 ... 1965; R. Vee, 1967; A. Vernik, 1968).

Et õpilaste ja üliõpilaste toidu kvaliteedi küsimusi on eespool nimetatud töödes piisavalt valgustatud, peatume põgusalt mõnel organisatsioonilist laadi momendil.

Aruandeist selgus, et vabariigi 852 koolist 706 (82%) said õpilased sooja toitu, kuid ainult 50 ... 60% lastest kasutas seda võimalust. Väga vähe sõid sooja einet vanemate klasside õpilased. Põhjuseid on siin mitu. Üks olulisemaid on koolisööklate ja köögiblokkide ülekoormatus või puudumine vanemates koolihoonetes. Praeguste normatiivide järgi on vabariigi koolisööklates puudu rohkem kui 10 000 kohta, neist Tallinnas 5100. Eesti NSV Haridusministeerium on sellest kitsaskohast ülesaamiseks koostanud kümne aasta plaani. Veelgi rohkem koormatud on üliõpilassööklad, mis praegu rahuldavad ainult 27% üliõpilaste vajadusi. Mustamäel valmis Tallinna Polütehnilise Instituudi üliõpilaslinnake, kuid jäeti korraldamata üliõpilaste toitlustamine. Tänavu avatavast 150 kohaga üliõpilassööklast veel ei piisa.

Koolieine kvaliteet, mis oleneb rahalistest ressurssidest, varustamisest ja kokkade oskustest, on sageli arutlusobjektiks olnud. Koolide toiduraha normid kinnitati pärast Suurt Isamaasõda, mil elanike majanduslikud tingimused olid palju piiratumad kui praegu. See põhjustab koolitoidu tunduva erinevuse kodusest toidust ja tekitab raskusi seal, kus õpilased peavad leppima ainult koolitoiduga. Vabariigi tööstuskoolide kasvandike toidu kvaliteet on üks madalamaid. On tekkinud tungiv tarvidus uute toidurahanormide järele. Ressursside piiratus tingib koolide sööklate eelisvarustamise vajaduse odavamate väärtuslike toiduainetega (värske kala, I kategooria subproduktid, rasvavaene liha, aedvili, supiroheline jm.). Koolisööklaid peab varustama ka jaendatud toiduproduktidega (ühesuguse kaaluga viinerid jne.).

Eesti NSV Haridusministeeriumi toitlustamiskomisjon on õpilaste toitlustamise parandamiseks koostanud metoodilise kirja (koostas K. Tamm), välja töötanud näidismenüüd ja toitude vitaminiseerimise juhise, läbi vaadanud ehitatavate koolisööklate projekte jne. Lastevanemate poole pöörduti kirjaga (trükiti 200 000 eksemplari), milles selgitati sooja koolieine vajalikkust.

Õpilaste ja üliõpilaste toitlustamise parandamiseks on veel palju teha. Seda tööd aitab suunata Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu Presiidiumi otsus.

Einar Vagane

*

25. mail 1968. a. toimus Soome Anestesioloogide Seltsi ning Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi ühine koosolek Tallinnas. Põhjanaabrite 15 aasta vanuse seltsi praegune president T. Tammisto tervitas 100-liikmelise seltsi nimel meie noore arstide seltsi liikmeid ja avaldas valmisolekut suhtlemise jätkamiseks ning süvendamiseks.

Koosolekul kuulati ja arutati ettekandeid vee- ja mineraalide ainevahetuse alalt. Külalisesinejalt J. Korkeilalt on ettekanne «Keedusoolalahuste kasutamisest erakordsetel näidustustel». Meie autorid M. Kivilo, A. Kivik ja A. Talihärm andsid ülevaate vee- ja elektrolüütide ainevahetuse uurimistöödest vabariigis. Koosolekule järgnenud vestlustes selgus meile mõndagi huvipakkuvat ja sõlmiti kummalegi poolele vajalikke tutvusi.

Bernard Lebepuu

*

30. mail 1968. a. arutati Valga rajooninõukogu IX koosseisu VII istungjärgul elanikkonna meditsiinilist teenindamist. Aruande esitas Valga Rajooni Keskhaigla peaarst P. Rahu, kaasaruande rajooninõukogu alalise sotsiaalkindlustus- ja tervishoiukomisjoni esimees arst M. Reiljan. Istungjärgust võttis osa Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Aruandest ja rohkearvulistest sõnavõttudest selgus, et rajooni tervishoiuvõrk on viimastel aastatel tugevnenud. Praegu on rajoonis 10 000 elaniku kohta 22,7 arsti-ametikohta ja statsionaarides 75 voodikohta. Roh-

kesti on kasutusele võetud ajakohaseid ravi- ja diagnoosimisaparaate. Maahaiglates tehakse kliinilisi laboratoorseid analüüse ja järjest laialdasemalt kasutatakse füsioteraapiat.

Esile toodi ka rohkesti puudusi, eriti ambulatooriumide ja polikliinikute töös. Hambaravil on 1 . . . 4-nädalased, hammaste proteesimisel isegi mitmekuised järjekorrad. Haigete dispanseersel teenindamisel pahatihti ei rakendata kõiki võimalusi. Puudusi tuleb ette töövõimetuse ekspertiisi alal. Raviasutuste koostöö ettevõtete ja majanditega on puudulik, mistõttu tervistavate ürituste korraldamine on juhuslik ning toimub arstliku juhendamise ja kontrollita. Ebarahuldavalt teenindab Valga rajooni Tartu I ATEK.

Palju oli juttu nii polikliinikute kui ka statsionaaride ruumikitsikusest. Valga ja Otepää polikliinikutes ei ole ruumipuuduse tõttu võimalik ratsionaalsemalt korraldada elanike vastuvõttu. Keskhaigla statsionaaris on haigeid liiga palju, maahaiglates aga võtavad rohkesti voodikohti endi alla sotsiaalhooldust vajavad isikud.

Karjatnurme tuberkuloosihaigla ja Otepää haigla röntgenikabinettide ruumid ei vasta nõuetele. Puudusi märgiti veel Sangaste jaoskonnahaigla juhataja A. Nevingu, Hargla jaoskonnahaigla juhataja A. Bersi ja kirurgiaosakonna juhataja F. Balodise töös ning kiirabijaama tegevuses. Sanitaar- Epidemioloogia Jaama kritiseeriti nõrga sanitaarharidustöö pärast.

Juttu tehti maahaiglatele transpordivahendite muretsemisest. Kolhoosid ja sovhoosid on nõus neid hankima, kuid ostmiseks puudub limiit.

Muret tunti tervishoiuasutuste hoonete pärast. Nende korrashoidmiseks ei jätku raha. Hoonete remont kulgeb tihti äärmiselt aeglaselt, näiteks Valga Remondi- ja Ehitusvalitsus remontis Lüllemäe jaoskonnahaiglat ligi 2 (!) aastat.

Üldise heakskiidu pälvis Aakre kolhoosi esimehe H õ b e m ä e sõnavõtt, kes majandeid ja asutusi kutsus rajama keskhaigla juurdeehitust koopereerimise teel. Rajooni TSN Täitevkomitee esimees K. R o g e n b a u m toetas seda mõtet ja andis lootust, et lähematel aastatel saab keskhaigla 120 voodikohaga juurdeehituse.

Istungjärgu otsuses nähti ette konkreetsed abinõud meditsiinilise teenindamise parandamiseks rajoonis.

Peeter Rahu

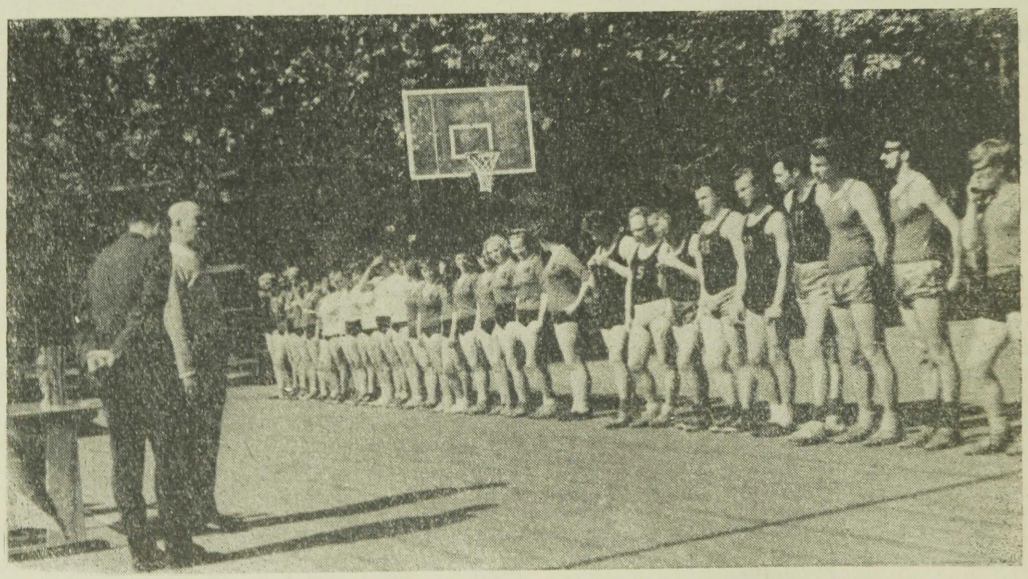
*

Tervishoiutöötajate ametiühingu X vabariikliku spartakiaadi III etapp toimus Võrus 1. ja 2. juunil 1968. a. Korvpalli finaalvõistlustel kohtusid möödunud aasta tugevamad ja käesoleva aasta alagruppide võitjad. Naiskondadest olid esindatud Tartu, Pärnu, Tallinn ja meeskondadest Võru, Haapsalu, Tartu, Tallinn. Võistlused toimusid turniirisüsteemis, kus kõik võistkonnad kohtusid omavahel.

Võistluspaigaks oli Võru Laste Spordikooli eeskujulik laudpõrandaga väljak Tamula järve ääres, kuhu päikesepaistelised soojad ilmad meelitasid pealt vaatama rohkesti võrulasi, kes väga aktiivselt elasid kaasa oma linna võistkonna mängule. Ei saa öelda, et aitasid ainult koduseinad, Võru meeskond mängis tõesti kõige paremini ja pälvis kindlalt esikoha. Meistermeeskonda kuulusid Urmo Kööbi, Tõnu Perv, Valdek Kapp, Matti Kõrge, Heino Vungi ja Elmar Allikvee. Järgnesid Haapsalu, Tartu ja Tallinna meeskonnad. Naistest saavutas esikoha Tartu Pärnu ja Tallinna ees.

Paremateks korvpalluriteks tunnistati naistest Kristiina Kukk (Tartu) ja meestest Urmo Kööbi (Võru).

Pärast võistluste lõpetamist korraldasid võrulased kolleegidele-sportlastele ekskursiooni Haanjasse. Külastati Ööbikuorgu, kus vaadati vesioinast. Sealt suunduti Suurele Munamäele, mille vaatetornist avanes suurepärane panoraam, ja nii mõnegi imetleja suust võis kuulda ammu öeldud sõnu — ilus oled



Korvpalli finaalvõistluste avamine Võrus

Foto T. Rajandu

isamaa! Ekskursioon lõppes Vaskna järve ääres, kus paljud käisid sel aastal esimest korda ujumas.

Nädal hiljem korraldati Viljandis individuaal-võistkondlikud võistlused tennises, mis oli vabariikliku X spartakiaadi IV etapp. Viljandisse oli saabunud tennisiste 7 linnast ja rajoonist, kokku 22 mängijat. Võistlustel leidis kasutamist täiendatud olümpiasüsteem, mille järgi selgitatakse välja kõikide mängijate individuaaljärjestus ja sellest olenevalt miinuspunktide alusel ka võistkondlik järjestus. Võistluste heaks kordaminekuks 6. ja 7. juunil aitasid palju kaasa ilusad, päikesepaistelised ilmad. Kahjuks algas laupäeva pärastlõunal sadu, mis niivõrd tugevnes, et varsti olid kõik 4 tenniseväljakut täiesti vee all. Võistluste lõpetamine kavakohaselt 9. juunil muutus küsitavaks. Pühapäeval vihma vaheaegadel ja vähesest sajust hoolimata võistlusi siiski jätkati, kuigi väljakud olid libedad, mis muutis võistlustingimused raskeks.

Võistkondlikus arvestuses võitis Pärnu 23 miinuspunktiga, järgnesid Viljandi, Kingissepa, Tallinn, Rakvere, Tartu, Harju. Pärnu võistkonda kuulusid Maive Koolmeister, Endla Purre, Henn Treufeldt ja Valdur Ester. Üksikmängudes reastusid naised järgmiselt: Tiiu Reedik (Tallinn), Maive Koolmeister (Pärnu), Veera Haavakivi (Tallinn); mehed: Hubert Adari (Viljandi), Henn Treufeldt (Pärnu), Bernhard Saar (Kingissepa). Naiste paarismängus saavutasid esikoha Reedik—Haavakivi, Koolmeister—Purre ja Adari—Pütsepa (Viljandi) ees, meeste paarismängus Adari—Pütsepp (Viljandi), Treufeldt—Estri ja Saar—Meritami (Kingissepa) ees ja segapaarismängus Koolmeister—Treufeldt, Adari—Pütsepa ja Jõgi—Saare (Kingissepa) ees.

Egon Halliku

*

Kokkutulek meditsiinitöötajate päeval, mis tänavu langes ühte nõukogude tervishoiu 50. aastapäevaga, näitas, et huvi selle igakevadise ja kindlaks traditsiooniks kujuneva algatuse vastu üha kasvab.

15. ja 16. juunil kogunes Pärnu rajooni Kabli looderanda ümmarguselt 1500 tervishoiutöötajat (tunduvalt rohkem kui möödunud aastal Uulus). Loosung «Esiet sveicināti» telklaagri peatee kohal ütles tere tulemast lõunanaabritele, keda esindas kuus töötajat Läti NSV Tervishoiu Ministeeriumi meditsiinitehnika valitsusest.

Kui laagri ülem, tervishoiu ministri asetäitja O. T a m m kokkutulekut avades soovi avaldas, et kahepäevane aktiivne puhkus mööduks kõigil lõbusalt ja annaks uut jõudu järgmisteks päevadeks, siis aitasid sellele kaasa pilvitu taevas ning lausa südasuvine kuumus. 16. juunil oli õhutemperatuur ligi +25° C ja veetemperatuur ümmarguselt +20° C. Laagri ülemal tuli eeskuju anda ja seda ta tegigi: käis kahe päeva jooksul üheksa korda meres.

Ranna mändide alla kogunenud tervishoiutöötajaile tõid tervitusi Pärnu Linna TSN TK esimehe asetäitja E. L a o s («Vastutusrikaste ülesannetega koormatud meditsiinitöötajad peavad mõnikord mõtlema ka endile»), Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees I. G a l a n i n, Ministrite Nõukogu kultuuri- ja tervishoiuosakonna vanemreferent A. M u l l e r ja Punase Risti Keskkomitee osakonnajuhataja G. S a b b o.



G. Kutseri joonistus meditsiinitöötajate vabariikliku kokkutuleku kutsekaardil

Lipu heiskamise õigus oli seekord antud tööga ja aktiivse ühiskondliku tegevuse poolest silmapaistnud Kingissepa rajooni meditsiinitöötajate esindusele. Kuid kaugelt tulnud saarlastel oli kolleegidele rohkemgi pakkuda. Tore oli Sõmera isetegevuslaste esinemine laagri lõkkeõhtul, veel toredam A. Kitzbergi «Kosjasõidu» esitamine «Kaluri» kolhoosi klubis täissaalile tormilise aplausi saatel. Hästi, nagu tavaliselt, esinesid lõkkeõhtul Tervishoiu Ministeeriumi autopargi meesansambel ja Tallinna nakkushaigla naisansambel.

Kaks päeva möödus nagu lennates päevitamise, suplemise, sportimise ja laagri kava jälgimisega. Ametlikel spordivõistlustel paistsid silma Pärnu meditsiinitöötajad. Et tegemist ei olnud üksnes lihasejõu üleolekuga, ilmnes viktoriini ajal, mil pärnakad vähimagi tagasihoidlikkuseta kolm esimest auhinnalist kohta endile haarasid. (1. koha võitis kombineeritud võistkond «Kabli», kelle kapteniks oli Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja I. V a h u l a, 2. ja 3. auhinna said pärnakate «puhastverd» võistkonnad.) Teravmeelne viktoriin, mille olid koostanud Tallinna Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja töötajad, tekitas rohkesti elevust. Paljud said teada, mis haigus on «kidi» ehk «nari», miks Pirogov kandis valgeid püksitrakse ja millised kaunid sanitaarhariduslikud õpetussõnad maarahva valgustamiseks on kirja pandud F. R. Kreutzwaldi «Lühhikesses öppetusses terwisse hoidmissest».

Laagri kujunduse ülevaatusel pälvis peaauhinna, tordi, Tarvastu Psühhoneuroloogia Haigla esindus. Leidlikult olid ümbruse kujundanud ka teise ja kolmanda auhinna saajad — Kingissepa ja Viljandi meditsiinitöötajad.

Lõunasöögi eest hoolitses Kilingi-Nõmme Tarbijate Kooperatiiv. Lisaks nautisid paljud laagrielu üht romantilist külge — võimalust varda otsas šašlõkki küpsetada.

Laager oli korraldatud eeskujulikult. Kokkutulnud olid distsiplineeritud. Koju sõitjad ütlesid tänusõnu korraldajaile, eriti autopargile, kelle õlgadele laagri hea kordamineku eest langes suurim koormus.

Märt Kink

*

Tartu rajooni tervishoiutöötajad tähistasid nõukogude meditsiini 50. aastapäeva kokkutulekuga Võrtsjärve ääres Härmal 13. ja 14. juulil 1968. a. Telklaagrist osavõtjaid oli ligemale 150. Kahe päeva jooksul löödi kaasa spordivõistlustel, jälgiti isetegevuslaste esinemist lõkke ääres, tantsiti, keedeti ühiselt uhhaad ja suitsutati kalu.

Toreda kingituse meedikuile juubeliks tegid 30 rajooni majandit ja tööstusettevõtet. Nende poolt premeeriti rahaliselt ja mälestusesemetega 55 tervishoiutöötajat.

EKP Tartu Rajoonikomitee ja Tartu Rajooni TSN Täitevkomitee aukirjad andis kokkutulekul üle täitevkomitee esimehe asetäitja V. Johanson.

Maido Sikk

*

Seoses meditsiinitöötajate päevaga ja nõukogude tervishoiu viiekümnenda aastapäevaga anti vabariigi tervishoiutöötajatele üle alljärgnevad autasud.

EESTI NSV TEENELISE ARSTI AUNIMETUS

Abramovitš, Konstantin Jefimi p. — sõjaväearst

Husso, Joosep Tooma p. — Jõgeva rajooni Palamuse jaoskonnahaigla juhataja

Lindpere, Voldemar Voldemari p. — Tallinna Tõnismäe Haigla terapeut

Paimre, Ruth Johannese t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla osakonnajuhataja

Potapkina, Veera Maksimi t. — Eesti NSV Ühiskondliku Korra Kaitse Ministeeriumi statsionaari juhataja

Raudam, Ernst Johannese p. — Tartu Riikliku Ülikooli kateedrijuhataja, arstiteaduse doktor

EESTI NSV ÜLEMNÕUKOGU PRESIIDIUMI AUKIRI

Gulja, Ludmilla Paveli t. — Sindi Linna Haigla arst

Gulordava, Šalva Aroni p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg

Kalda, Hillar Kaarli p. — Võru Rajooni Keskhaigla peaarst

Kaldmets, Tähte-Lehte Jakobi t. — Põlva rajooni Ahja jaoskonnahaigla velsker

Kulakova, Niina Mihhaili t. — Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri osakonnajuhataja

Lehepuu, Herta Johannese t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla vanem-meditsiiniõde

Ott, Endla Augusti t. — Pärnu Linna Haigla anestesioloog

Pullissaar, Hans Peetri p. — Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti asetäitja

Raudsepp, Tiiu Mardi t. — Tallinna Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst

Reiljan, Manfred Eduardi p. — Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Revunova, Lidia Jevlampi t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla peaarsti asetäitja

Roosileht, August Augusti p. — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst

Rulli, Ants Mardi p. — Tartu Riikliku Ülikooli kateedrijuhataja, arstiteaduse kandidaat

Saarma, Jüri Martini p. — Tartu Riikliku Ülikooli professor, arstiteaduse doktor

Tallermo, Susanna Jaani t. — Narva Linna Haigla peaarsti asetäitja

Ustinova, Veera Gavrili t. — Tallinna Linna Nakkushaigla osakonnajuhataja

Väärt, Evald Aleksandri p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst

NSV LIIDU TERVISHOIU MINISTEERIUMI MÄRK «TERVISHOIU EESRINDLANE»

Adams, Asta Arseni t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla terapeut

Alihhanova, Serafima Romani t. — Eesti NSV Ühiskondliku Korra Kaitse Ministeeriumi meditsiiniosakonna statsionaari osakonnajuhataja

Amandus, Elmar Hendriku p. — Paistu Jaoskonnahaigla juhataja

Arbeiter, Helle Oskari t. — Valga Rajooni Keskhaigla okulist

Burakova, Galina Grigori t. — Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri ftisiaater

Dotsenko, Jevdokia Paveli t. — Eesti NSV Ühiskondliku Korra Kaitse Ministeeriumi haigla velsker

Eist, Maimu Augusti t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla laborant

Eriksoo, Richard Johannese p. — Meditsiinilise Tehnika ja Abikäitiste Valitsuse osakonnajuhataja

Fuks, David Grigori p. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla osakonnajuhataja

Gerassimova, Juliana Grigori t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri polikliiniku vanem-meditsiiniõde

Hange, Maria Juhani t. — Tallinna Linna Kiirabijaama spetsialiseeritud brigaadi arst

Hein, Bruno Gustavi p. — Apteekide Peavalitsuse pearaamatupidaja

Ilus, Juta Antsu t. — Tallinna II Sünnitusmaja osakonnajuhataja

Juhans, Arnold Johannese p. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Jõgiste, Ants Konstantini p. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanem teaduslik töötaja

Kadanik, Valve Eduardi t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla vanem-meditsiiniõde

Kalev, Maie Augusti t. — Tallinna Vabariikliku Haigla ordinaator

Kangur, Vilma Augusti t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla psühhiaater

Kasenurm, Ilme Hansu t. — Mõisamaa Invaliidide Kodu meditsiiniõde

Katvel, Jekaterina Mihhaili t. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloogi abi

Kirnas, Ludmilla Jakovi t. — Kreenholmi Manufaktuuri Polikliiniku peaarst

Kitt, Benjamin Leibo p. — Apteekide Peavalitsuse kaupluse nr. 2 juhataja

Kivisikk, Aino-Mall Karli t. — Hiiumaa rajooni Haigla ftisiaater

Krainjaja, Irina Aleksandri t. — Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst

Künnapuu, Silvi Johannese t. — Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja

Laagriküll, Aino Mardi t. — Jägala velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Lepik, Bernhard Karli p. — Rapla Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Lieberg, Ella Juhani t. — Tallinna Vabariikliku Haigla meditsiiniõde

Lillevälja, Niina Peetri t. — Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja akušöör-günekoloog

Lukas, Virve Evaldi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla vanem-ordinaator

Maarits, Bernhard Augusti p. — Tartu Linna Kliinilise Haigla Polikliiniku kabinetijuhataja

Malevski, Arseni Mihhaili p. — Narva Luutuberkuloosi Sanatooriumi peaarst

Millerman, Raissa Markuse t. — Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri lastestatsionaari juhataja

Nurk, Erna Jaani t. — Tallinna apteegi nr. 6 juhataja

Ojamaa, Viivi Eduardi t. — Vabariikliku Vereülekande Jaama osakonnajuhataja

Ošerova, Ida Jakovi t. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaararst

Ott, Endla Augusti t. — Pärnu Linna Haigla anestesioloog

Peterson, Liia Augusti t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla terapeut

Piel, Ljubov Leonti t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ravi-profülaktilise abi valitsuse inspektor

Pipkin, Aleksei Dmitri p. — Eesti NSV Ühiskondliku Korra Kaitse Ministeeriumi meditsiiniosakonna polikliiniku röntgenilaborant

Prett, Johannes — Pedja velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Prii, Marta Reinholdi t. — Tallinna Merimetsa Haigla statistik

Pruuli, Arnold Juhani p. — Abja Haigla peaarst

Põldmaa, Lea Alberti t. — Tallinna I Lastehaigla osakonnajuhataja

Rebane, Lehte Tõnise t. — Pärnu Linna Haigla terapeut

Reinhold, Marta Georgi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla apteegi juhataja

Rink, Sofia Saamueli t. — Tallinna Harjumäe Haigla kabinetijuhataja

Rõõmussaar, Saima Leopoldi t. — Tallinna II Lastehaigla jaoskonnapediaater

Saar, Helga Peetri t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuropatoloog

Saidlo, Arved Tõnu p. — Apteekide Peavalitsuse galeenilise laboratooriumi juhataja

Saks, Liivi Hendriku t. — Võisiku Invaliidide Kodu vanem-meditsiiniõde

Sildver, Lia — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna assistent

Sisa, Laine Johannese t. — Karula Laste Invaliidide Kodu meditsiiniõde

Šolohhova, Veera Ivani t. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla terapeut

Zudkina, Ljubov Kuzma t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla peaarsti asetäitja ravi alal

Tamra, Vello Karli p. — Vändra Haigla peaarst

Tepp, Jaan Reinholdi p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla osakonnajuhataja

Tikk, Arvo Aleksandri p. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna assistent

Tkatšova, Julia Grigori t. — Eesti NSV Ühiskondliku Korra Kaitse Ministeeriumi haigla osakonnajuhataja

Tormet, Endel Elmo p. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla peaarst

Tulmin, Laine Gotlepi t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla psühhiaater

Tungla, Luule Johannese t. — Tallinna apteegi nr. 207 juhataja

Tuuling, Õie-Eha Joosepi t. — Kingissepa Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog

Tünder, Endel Oskari p. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dotsendi kt.

Uibo, Asta Jaani t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja

Unter, Evald Peetri p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarsti asetäitja ravi alal

Vaab, Agate Oskari t. — Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri metoodik

Vahter, Loviisa Hendriku t. — Paide Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde

Vanik, Ester Konstantini t. — Kiviõli Haigla osakonnajuhataja

Veinpalu, Endel Jüri p. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi sektorijuhataja

Vellerind, Hiid Johannese p. — Rakvere Rajooni Keskhaigla onkoloog

Veskimäe, Maret Karli t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla Polikliiniku vanem-meditsiiniõde

Vilta, Luule Kaarli t. — Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla vanem-meditsiiniõde

Voltšonok, Koppel Ilja p. — Narva Linna Haigla osakonnajuhataja

Värk, Enn Viktori p. — Pärnu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst

Ärman, Maia Augusti t. — Maaritsa Jaoskonnahaigla juhataja

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee aukiri anti 58 ja rahaline preemia 11 tervishoiutöötajale. 43 tervishoiutöötajale avaldati tänu tervishoiu ministri käskkirjaga.

*

21. juunil 1968. a. toimus Viljandi Piimatoodete Kombinaadis ratsionaalse toitumise probleemi teadusliku nõukogu koosolek. Nõukogu esimees O. T a m m andis koosolijaile ülevaate Eesti NSV õpilaste ja üliõpilaste toitumisest.

Märgiti naturaalsete toiduainete osatähtsuse suurt vähenemist Eesti NSV elanike toi-

dulaual. Eesti NSV linnaelanike 1964... 1965. a. toidu kalorsusest ligi poole (43...48%) andsid toiduainete tööstusest pärinevad rafineeritud toiduained (suhkur, või, sai, kondiitritooted, maiustused jms.). Maaelanike toiduratsioonis moodustasid need aastail 1962... 1963 umbes veerandi (26...28%) ning aastail 1966...1967 juba üle kolmandiku (38...42%). Esineb tendents rafineeritud toiduainete tarbimist veelgi suurendada, sest need tavaliselt säilivad ja maitsevad hästi ning nende tootmine on majanduslikult tasuv. Sellise tendentsiga ei saa nõus olla, sest see soodustab hüpovitaminoosside, mineraal- ja ballastainete puuduse tekkimist.

Ratsionaalse toitumise probleemi teaduslik nõukogu peab õigeks bioloogiliselt tähtsate valkude, vitamiinide ja mineraalainete sisalduse suurendamist toiduainetes ning mitmekesiste naturaalsete toiduainete eelistamist keemiliselt ühekülgsetele rafineeritud toiduainetele. Piimatööstuse esimeseks ülesandeks on kvaliteetsete täispiimasaaduste ja valgurikaste piimaproduktide tootmine. Või tarvidus väheneb ja seda toodetakse teises järjekorras. Toidu valgu- ja rasvasisalduse tasakaalustamiseks võib mitme piimasaaduse (näiteks koore ja juustu) rasvasisaldust vähendada.

Väärtuslikku piimavalku lisatakse juba 40%-le Eesti NSV-s toodetavatele saia- ja kondiitritoodetele. Peeti otstarbekohaseks, et piimavalku lisatakse ka mõnele vorstisordile. Valgurikaste piimaproduktide, nagu kohupiima, sõira, valgurikka piima jt., vajalikkust peab elanikkonnale paremini selgitama.

Vitamiinipuuduse vähendamise üheks võimaluseks on toiduainete vitaminiseerimine. Eesti NSV-s esineb hüpovitaminoose peamiselt aasta esimesel poolel; suve lõpul ja sügisel on elanikkonna vitamiinivajadus paremini rahuldatud. Seda peab arvesse võtma A- ja D-vitamiiniga rikastatud või ning teiste vitaminiseeritud toiduainete tootmisel ja turustamisel.

Nõukogu liikmed tutvusid Viljandi Piimatoodete Kombinaadi ja Viljandi Leivakombinaadi toodetega. Mõlema ettevõtte toodangule anti hea hinnang.

Einar Vagane

*

I. I. Metšnikovi nim. Vabariiklik Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teaduslik Selts asutati Tallinnas 22. detsembril 1950. a. Asutajaliikmeteks oli ligikaudu sada vabariigis töötavat sanitaar-epidemioloogiateenistuse arsti, nende seas J. Želandovskaja, E. Didenko, I. Masik, I. Urman, K. Vassiljeva, E. Närska jt. Seltsi esimeseks esimeheks valiti tolleaegne Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja A. Uibo. Hiljem on esimeesteks olnud A. Jannus (1954...1956) ja K. Vassiljeva (1957...1965). 1965. aastast tänaseni juhib seltsi professor J. Teras. Aseesimeesteks on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse juhataja I. Masik ja Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste kateedri dotsent Z. Saar.

1. jaanuaril 1968. a. kuulus seltsi 241 liiget, sealhulgas 50 epidemioloogi, 60 mikrobioloogi, 46 infektsionisti ja 60 hügieenikut. Seltsi auliikmeteks on valitud professor F. Lepp (Tartu), professor M. Tšumakov (Moskva), professor E. Novgorodskaja (Leningrad), professor K. Tokarevitš (Leningrad) ja E. Lukk (Tartu).

Seltsi sihiks on olnud erialaste küsimuste teaduslik uurimine (eriti vabariigi iseärasusi arvestades), seltsi liikmete kvalifikatsiooni tõstmine, teaduslik-metoodilise ja praktilise abi andmine tervishoiuorganeile sanitaar-epidemioloogilise töö korraldamisel vabariigis, teaduse saavutuste propageerimine nende praktikasse juurutamiseks jne.

Seltsi liikmed kuuluvad kahte filiaali. Nendest Tallinna filiaal (esimees A. Kuusik) hõlmab Põhja-Eestis töötavaid seltsi liikmeid, kuna Tartu filiaali (esimees dotsent A. Lenzner) kuuluvad Lõuna-Eestis elunevad liikmed. Töö toimub filiaalide poolt korraldatavatel koosolekutel, kus näiteks 1967. a. kuulati 45 ettekannet. Peale selle on organiseeritud teaduslikke konverentse (1967. a. epidemioloogia-alane konverents Tallinnas, 1966. a. diskussioonikoosolekud soolenakkuste alal Tallinnas ja Tartus, 1967. a. diskussioonikoosolek viroloogia küsimustes Tallinnas jne.).

Selts on osa võtnud IX rahvusvahelise mikrobioloogide kongressi tööst (Moskva, 1966), samuti XV üleliidulisest hügieenikute kongressist (Kiiev, 1966). 1967. a. toimus Tartus ametkondadevaheline parasitoloogia-alane konverents, mille korraldamisest selts samuti osa võttis.

Seltsi koosolekutel on ettekannetega esinenud nimekad teadlased (näiteks akadeemik A. Bilibin Moskvast ja professor T. Kima Saksa DV-st).

Selts on korraldanud kaks ekskursiooni välisriikidesse: 1964. a. Tšehhoslovakkia SV-sse ja 1966. a. Saksa DV-sse. Nende sihiks on olnud tihedamate sidemete loomine sotsialismimaade spetsialistidega, nende saavutuste ja tööga tutvumine.

Ants Jõgiste

*

Tänapäeva kiire elutempo toob endaga kaasa muutusi senistes seisukohtades. Tundub, et öeldu puudutab ka sanitaarharidustöö vorme. Kogemused on näidanud, et tavaline tervishoiualane loeng, mis varem meeldis paljudele ja milliseid peeti hea eduga, on viimasel ajal hakanud populaarsust kaotama. Niisugune loeng ei meelita enam kokku küllaldasel hulgal kuulajaid. See tõsiasi aga sunnib otsima uusi, efektiivsemaid töövorme.

Paide rajooni kogemused on näidanud, et palju suurema kasuteguriga on võimalik teha sanitaarhariduslikku propagandat, kui kasutada niisuguseid töövorme nagu temaatiline õhtu, vaidlusõhtu, klubiõhtu kohvitassi juures, elav ajakiri, tervishoiuviktoriin jms. Muidugi, nimetatud ürituste kordamineku eelduseks on hea koostöö haridus- ja kultuuriasutustega, samuti kaubandusettevõtetega jm.

Paide rajoonis on koostöös rajooni kultuurimajaga korraldatud mitmeid kuulajaskonna hulgas poolehoidu leidnud üritusi, nagu temaatiline õhtu «Ühiskondlik kohus sigareti üle» ja vaidlusõhtu «100 grammi viina».

Neist esimene pakkus huvi eelkõige uudse ja omapärase ülesehituse poolest, kuna õhtu

juhtimisest võtsid osa ka rahvakohtu esindajad (kohtunik, prokurör jt.). Lavastati «tõeline» kohtuprotsess. Vahe oli selles, et süüdimõistetava osas esines sigarett. Vaidlusõhtu «100 grammi viina» korraldamisest võtsid osa mitmesuguste elukutsete esindajad — arst, jurist, pedagoog, miilitsatöötaja jt. See võimaldas alkoholismi probleemi vaagida mitte ainult meditsiini seisukohalt, vaid sellele läheneda ka muudest aspektidest, võib-olla isegi elulähedasemalt ning mõtlemapanevamalt. Teema põhjustas rohkesti vaidlusi ja tõi esile eri arvamusi, kuid mis kõige tähtsam — pani kuulaja tõsiseid järeldusi tegema.

Paide rajoonis on viimasel ajal korraldatud populaarseks muutunud klubiõhtuid kohvilaua ümber. Üks taolistest üritustest leidis aset Roosna-Alliku kohviksööklas «Läte». Õhtu juhtimisest võttis peale meediku ja pedagoogi osa kohaliku raamatukogu juhataja. Arutlusobjektiks olid A. Tšekalini raamatus «Armastus ja perekond» leiduvad mõtted. Õhtu oli üles ehitatud arvamuste vahetamisele. Käsitlemist leidsid järgmised teemad: «Ilu ja armastus», «Intiimelu perekonnas» ning «Armastuse ja abielu okastest».

Vahetu osavõtt nende probleemide arutamisest muutis ürituse huvitavaks ja rahuldust pakkuvaks.

Ado Tamm

*

20. kuni 27. maini 1968. a. toimus Moskvas Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi juurde rajatud salmonelloosikeskuse (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 2, 156—157) seminar, millest arvukalt võtsid osa salmonelloosi kohalike tugibaaside meditsiini- ja veterinaariatöötajad.

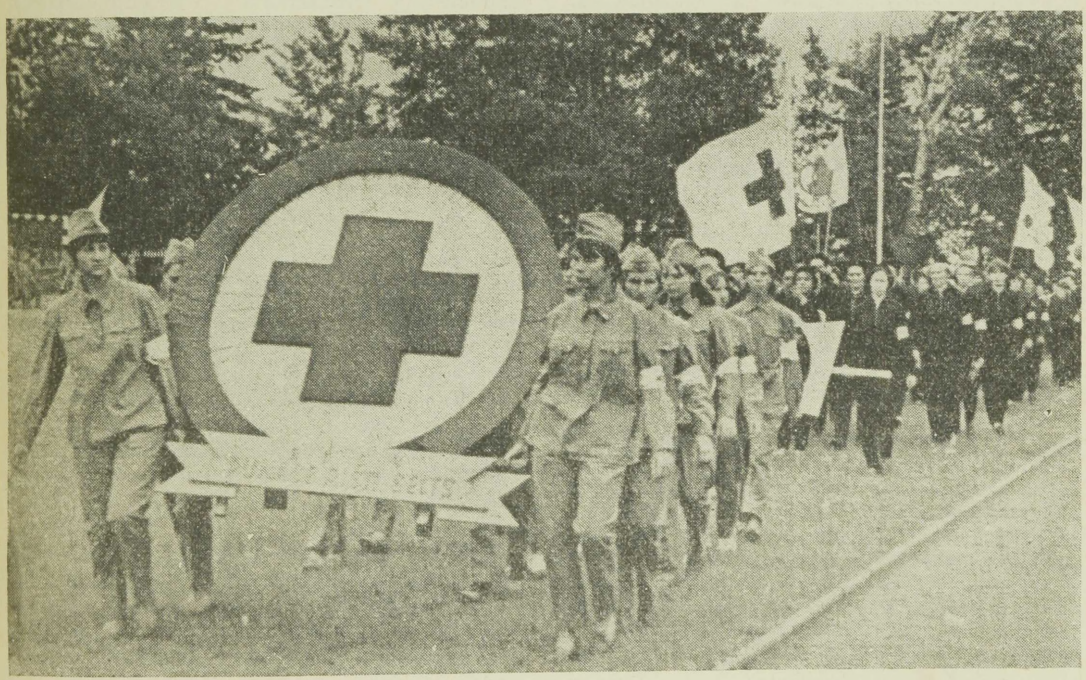
Ettekannetest (V. Kilesso, I. Šur jt.) selgus, et salmonelloosile pööratakse kogu maailmas üha rohkem tähelepanu. Rõhutati, et salmonelloosi laialdast levikut soodustab toiduainete tööstuse kontsentreerumine suurettevõtteiks ja intensiivne toiduainete eksport ning import (loomatoit kaasa arvatud). Käesoleval ajal tuntakse juba üle 1200 salmoneila serotüübi. Aladel, kus salmonelloosi ei avastata, on tavaliselt tegemist laboratoorse diagnoosimise küündimatusega. Maades, kus kõhutüüfusesse ja paratüüfusesse haigestumine on suur, registreeritakse salmonelloosi harilikult vähe ja ümberpöördult.

Tutvuti mitmete täiendavate laboratoorsete uurimiste testidega, mis võimaldavad parandada diagnoosimist. Edaspidi hakkab salmonelloosikeskus tugibaase varustama defitsiitsemate reaktiividega tsentraliseeritud korras. Peeti vajalikuks, et kõikjal kasutataks ainult Leningradi Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudis toodetud diagnostilisi preparaate, mis kindlustab tulemuste ühtsuse ja väldib vigu.

Käsitlemist leidsid ka mitmed organisatsioonilised probleemid, nagu salmonelloosikeskuse ja tugibaaside vahekord, arvestus ning aruandlus jne.

Seminar oli oluliseks etapiks salmonelloosside uurimise arendamisel NSV Liidus.

Hendrik Pihl



Eesti NSV Punase Risti Seltsi tänavune sanitaarsalkade vabariiklik kokkutulek oli järjekorras 20., seega juubelikokkutulek. Kui 1949. aasta kokkutulekust võttis osa ainult 4 salka, siis tänavu 21.—23. juunini kogunes neid Reiu jõe äärde 20. Esindatud olid kõik rajoonid. Võistluses tuli esikohale Vinni näidissovhoos-tehnikumi töötajate salk.
Fotol võistlusest osavõtjate defilee Pärnu staadionil

Foto E. Männik

Vastukajad

Toimetuse Asklepiose klubis 12. märtsil 1968 arutusel olnud keskharidusega meditsiinitöötajate ettevalmistamine ja nende kvalifikatsiooni tõstmine (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1968, 3, 231—234) on leidnud elavat vastukaja.

Eesti NSV Kõrgema ja Kesk-eriharidu se Ministeeriumi inspektor E. J ä r v saatis kirja, millest selguvad järgmised asjaolud.

Ministeeriumi kolleegium võttis 23. mail 1968. a. vastu otsuse puuduste kõrvaldamiseks meditsiinikoolide õppe- ja kasvatustöös. Kolleegium otsustas pidada vajalikuks Tallinna Meditsiinikooli õppekorpuse võimalikult kiiret väljaehitamist. Võib loota, et kool saab normaalsetes tingimustes tööle hakata seitsmekümnendate aastate algul. Kaalumisel on ajakohane juurdeehitus Tartu Meditsiinikoolile ja õpilaste majutamistingimuste parandamine. Koos õppebaasi laiendamisega laheneb tõenäoliselt ka keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmise probleem.

Kolleegium otsustas meditsiinikoolide direktoritelt nõuda õppe- ja kasvatustöö taseme edasist tõstmist. Selleks tuleb organiseerida kõik õppeplaanides ettenähtud laboratooriumid ja kabinetid, sisustada need vajalike õppevahenditega. Süstemaatiliselt on tarvis kontrollida õppetöö kvaliteeti.

Käesolevast õppeaastast alates lõpetati meditsiinikoolides vastuvõtt kaugõppeosakondadesse. Meditsiinilist kesk-eriharidust on nüüd võimalik omandada ainult päevases õppevormis.

Ministeeriumi korraldatud küsitluse alusel peavad vabariigi tervishoiuasutused paremaks Tartu Meditsiinikooli lõpetanuid. Ilmselt tuleb Tallinna Meditsiinikoolil sisseastujaid edaspidi rangemalt selekteerida. Nõudlikkust tuleb suurendada ka ettevalmistamise käigus. Eriala õpetamise kõrval on vaja rohkem tähelepanu pöörata sellistele kutse-eetika valdkonda kuuluvatele asjaoludele nagu riietus ja välimuse eest hoolitsemine, käitumine haigetega, töökoha korrashoid jne.



Meditsiinilise hariduse propaganda taset on vaja tõsta. Noortele tuleb selgitada, millised eeldused peavad olema meditsiinikooli astujail. Sellest tööst peaksid aktiivselt osa võtma ka kooliarstid, kes meditsiinilise kutse valikul noori abistada saaksid.

Normaalne oleks, kui meditsiinikoolide õpilaskond edaspidi suudetaks komplekteerida põhiliselt üldharidusliku keskkooli lõpetanud noortest.

*

Nagu Tervishoiu Ministeeriumi ehitusosakonna juhataja J. K i v i m ä g i meile teatab, on Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Arhitektuuri ja Planeerimise Valitsus lubanud ehituskrundi Tallinnas Luha tänavas keskharidusega meditsiinitöötajate alaliste täienduskursuste ühiselamu tarvis. Niipea kui ehituskrundi dokumendid on vormistatud (mis lubamatult pikale on veninud), annab ministeeriumi ehitusosakond projekteerimisinstituudile tellimuse hoone projektülesande koostamiseks.

UUSI RAAMATUID MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Волкова Э. В. и др. **Роль категорий диалектики в изучении биологических явлений.** Минск, 1967, 250 стр.

Азимов А. **Краткая история биологии.** Пер. с англ. М., 1967, 175 стр.

Малая медицинская энциклопедия. Т. 6. Молокоотсос-Ототопика. М., 1967, 1200 стлб.

Малая медицинская энциклопедия. Т. 7. Отравления — полиурия. М., 1967, 1200 стлб.

Справочник практического врача. Под ред. И. Г. Кочергина. М., 1967, 744 стр.

Голосов А. В. и др. **Латинский язык.** (Учебник для сред. мед. и фармацевт. учеб. заведений). Изд. 3-е. М., 1967, 248 стр.

Попов Г. А. **Вопросы теории и методики планирования здравоохранения.** М., 1967, 368 стр.

Тимофеевский П. П. и др. **Изобретательство в медицине.** В помощь врачам, науч. и инж.-техн. работникам — изобретателям в области медицины. М., 1967, 140 стр.

Артемьев Ф. А. и Рогов А. И. **В помощь профактиву учреждений здравоохранения.** М., 1968, 160 стр.

Бедный М. С. **Продолжительность жизни.** (Статистика, факторы, возможности увеличения). М., 1967, 216 стр.

Заблоцкая А. Г. и Аракельянц К. З. **Каталог медицинского оборудования и инструментария отечественного и зарубежного производства.** Киев, 1967, 195 стр.

Кудрин А. Н. и Пономарева Г. Т. **Применение математики в экспериментальной и клинической медицине.** М., 1967, 356 стр.

Вычислительные устройства в биологии и медицине. Пер. с англ. Под ред. Э. Л. Каппельбаума (и др.) М., 1967, 530 стр.

Международные санитарные правила. М., 1967, 118 стр.

Красницкая Е. С. **Гигиена и санитария предприятий общественного питания.** Изд. 2-е. М., 1967, 152 стр.

Советов С. Е. и др. **Школьная гигиена.** Учеб. пособие для студентов пед. вузов. М., 1967, 256 стр.

Косилов С. А. и Леонова Л. А. **Физиологические основы режима труда подростков.** М., 1967, 140 стр.

Гигиена труда при работе ручным механизированным инструментом. Под ред. Е. Ц. Андреевой-Галаниной. М., 1967, 243 стр.

Мясников А. П. **Медицинское обеспечение легководолазов и аквалангистов.** Л., 1967, 239 стр.

Нейберт Р. **Новая книга о супружестве.** Проблема брака в настоящем и будущем. Пер. с 15-го нем. изд. М., 1967, 320 стр.

Синельников Р. Д. **Атлас анатомии человека. Т. 2. Учение о внутренностях и сосудах.** М., 1967, 471 стр.

Золотко Ю. Л. **Атлас топографической анатомии человека. Ч. 2. Грудь, живот, таз.** М., 1967, 272 стр.

Натали В. Ф. **Основные вопросы генетики.** М., 1967, 208 стр.

Маккьюсик В. **Генетика человека.** Пер. с англ. М., 1967, 200 стр.

Добрынина В. И. и Свешникова Е. А. **Руководство к практическим занятиям по биологической химии.** (Для фармацевт. ин-тов и фак.) Изд. 2-е. М., 1967, 343 стр.

Комфорт А. **Биология старения.** Пер. с англ. М., 1967, 397 стр.

Дильман В. М. **Старение, климакс и рак.** (Старение и болезни, связанные с гиперфункцией гипоталамуса, как особая группа патологии — болезни компенсации). Л., 1968, 378 стр.

Давиденкова Е. Ф. и Либерман И. С. **Что такое наследственные болезни.** М., 1968, 80 стр.

Лейтес С. М. и Лаптева Н. Н. **Очерки по патофизиологии обмена веществ и эндокринной системы.** М., 1967, 424 стр.

Неменова Ю. М. **Методы клинических лабораторных исследований.** (Учебник для фельдшерско-лаборантских отд-ний мед. училищ). М., 1967, 444 стр.

Горев В. П. **Электродермография в эксперименте и клинике.** Киев, 1967, 68 стр.

Яруллин Х. Х. **Клиническая реоэнцефалография.** (Новый метод исследования кровообращения головного мозга). Л., 1967, 276 стр.

Борисов А. Д. **Важнейшие курорты социалистических стран Европы.** М., 1967, 231 стр.

Игнатьев А. Д. и Рожков А. Т. **Уход за больными на дому.** Изд. 2-е. М., 1968, 104 стр.

Ратаев М. В. и др. **Физиотерапевтический рецептурный справочник.** Изд. 2-е. Ташкент, 1967, 543 стр.

Бредикис Ю. И. **Электрическая стимуляция сердца в клинической практике.** М., 1967, 180 стр.

Гаммерман А. Ф. **Курс фармакогнозии.** (Для фармацевт. ин-тов и фак.) Изд. 6-е. Л., 1967, 703 стр.

Попов А. П. **Лекарственные растения в народной медицине.** Киев, 1967, 316 стр.

Турова А. Д. **Лекарственные растения СССР и их применение.** М., 1967, 692 стр.

Архипова А. В. и др. **Практическое руководство по фармацевтической химии.** [Для фармацевт. ин-тов (фак.)] Под ред. П. Л. Сенова. Изд. 2-е. М., 1967, 340 стр.

Борисова Т. Г. и Гоферман Ч. Я. **Основы технологии антибиотиков и витамина B_{12}.** (Учебник для проф.-техн. училищ). М., 1967, 167 стр.

Левтов В. А. **Химическая регуляция местного кровообращения.** Л., 1967, 198 стр.

Прянишникова Н. Т. и Шаров Н. А. **Тримекаин, фармакология и клиническое применение.** Л., 1967, 239 стр.

Ядохимикаты, применяемые в сельском хозяйстве. Под ред. И. Э. Акопова. М., 1967, 192 стр.

Скржинская И. Ч. и др. **Флюорографическое обследование сельского населения.** М., 1967, 136 стр.

Радиационная медицина. (Пособие для врачей и студентов). Под ред. А. И. Бурназяна. Изд. 4-е. М., 1968, 387 стр.

Каневский С. Л. **Основы проектирования и строительства зданий для лучевой терапии.** М., 1967, 152 стр.

Мясников Л. А. **Внутренние болезни.** (Учебник для мед. ин-тов). М., 1967, 680 стр.

Степанян Е. П. и др. **Изменение метаболизма при сердечно-сосудистой патологии.** М., 1968, 272 стр.

Мосин В. Г. **С-реактивный белок при некоторых заболеваниях дыхательных органов.** Л., 1968, 122 стр.

Абасов И. Т. **Функциональные исследования органов пищеварения при заболеваниях желудка.** Баку, 1967, 203 стр.

Шамарин П. И. **Хронические запоры.** Происхождение и профилактика. Саратов, 1967, 42 стр.

Кассирский И. А. и др. **Генетика в гематологии.** Л., 1967, 333 стр.

Москачева К. А. и др. **Ретикуло-гистиоцитоз у детей.** Л., 1967, 248 стр.

Хавин И. Б. **Щитовидная железа.** Клиника ее функциональных и воспалит. расстройств. М., 1967, 176 стр.

Люлька А. Н. и Огий П. Е. **Тиреотоксикоз и функция коры надпочечников.** Киев, 1967, 284 стр.

Флейшман Е. В. **Система гипофиз-кора надпочечников при длительной кортикостероидной терапии.** Л., 1967, 199 стр.

Мейнелл Дж. и Мейнелл Э. **Экспериментальная микробиология.** (Теория и практика). Пер. с англ. М., 1967, 347 стр.

Вольпе И. М. и др. **Патогенные микроорганизмы.** Учеб. руководство. М., 1967, 280 стр.

Богданов И. Л. **Кортикостероиды в комплексной терапии инфекционных болезней.** Киев, 1967, 179 стр.

Титова А. И. и Флексер С. Я. **Дифтерия.** М., 1967, 208 стр.

Мусабаев И. К. и Абубакирова Ф. З. **Дифтерия.** Ташкент, 1967, 163 стр.

Ткачев П. Г. **Бактериальная дизентерия.** (Для сред. медработников). М., 1967, 84 стр.

Вирусные болезни человека. Клиника, распознавание, лечение и профилактика. Под ред А. Ф. Билибина. М., 1967, 434 стр.

Тер-Григорова Е. Н. и Тер-Григоров В. С. **Врожденный вирусный гепатит.** Патология плода и ребенка при внутриутробном инфицировании вирусом гепатита. М., 1967, 172 стр.

Самойлов А. Я. и Папшева З. М. **Распознавание, предупреждение и лечение туберкулезных заболеваний глаз.** (Краткое руководство для врачей). Кишинев, 1967, 44 стр.

Ленюшкин А. И. и Лихтен М. Я. **Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия.** М., 1967, 451 стр.

Стручков В. И. **Гнойная хирургия.** Изд. 2-е. М., 1967, 423 стр.

Кеслер Г. и др. **Реанимация.** Предупреждение и лечение внезапных осложнений. Пер. с чешского. Прага, 1968, 543 стр.

Лауцевичус Л. З. **Хлорэтиловая блокада.** (Сегментарно-рефлекторная терапия). Вильнюс, 1967, 236 стр.

Петровский Б. В. и др. **Гипотермическая перфузия в хирургии открытого сердца.** Ереван, 1967, 267 стр.

Гельфанд В. Б. и Крымский Л. Д. **Неврологические изменения при врожденных пороках сердца и их динамика после хирургического лечения.** М., 1967, 112 стр.

Маят Б. С. и др. **Хирургия сонных артерий.** М., 1968, 272 стр.

Вальдман В. А. **Заболевания венозной сосудистой системы.** Л., 1967, 142 стр.

Сидорина Ф. И. **Тромбофлебит конечностей.** М., 1967, 220 стр.

Овнатанян К. Т. и Завгородний Л. Г. **Хирургические заболевания диафрагмы.** Киев, 1967, 272 стр.

Моргенштерн А. З. **Ахалазия пищевода.** М., 1968, 160 стр.

Бова С. М. **Профузные язвенные кровотечения.** М., 1967, 268 стр.

Бочаров А. А. **Повреждения живота.** М., 1967, 164 стр.

Вишневский А. А. и др. **Хронический калькулезный холецистит и его хирургическое лечение.** Л., 1967, 261 стр.

Кольгуненко И. И. **Лечение и профилактика старческих изменений лица и шеи.** М., 1967, 260 стр.

Караванов Г. Г. и Ретвинский А. Н. **Слоновость конечностей.** Киев, 1967, 134 стр.

Котов А. П. и Фролова А. Ф. **Справочник эксперта-хирурга.** (Врачебно-трудовая экспертиза при дефектах конечностей, переломах опорно-двигательного аппарата и туберкулезе костей и суставов). Киев, 1967, 167 стр.

Якимюк Д. Н. **Травмы мягких тканей кисти у горняков.** Киев, 1968, 180 стр.

Сиваш К. М. **Аллопластика тазобедренного сустава.** М., 1967, 196 стр.

Басс М. М. и Глузмен Д. Ф. **Злокачественные опухоли у детей.** Ташкент, 1967, 190 стр.

Гормонотерапия злокачественных опухолей. Под ред. Н. И. Лазарева. М., 1968, 216 стр.

Бакулев А. Н. и Колесникова Р. С. **Хирургическое лечение опухолей и кист средостения.** М., 1967, 264 стр.

Саенко А. И. **Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка.** Фрунзе, 1967, 227 стр.

Дурнов Л. А. **Злокачественные опухоли почек у детей.** (Опухоль Вилмса). М., 1967, 169 стр.

Шевченко И. Т. и Даштаянц Г. А. **Метастатические опухоли костей.** (Миелокарцинозы). Киев, 1967, 203 стр.

Челидзе Л. Н. **Лучевая болезнь в стоматологическом аспекте.** Тбилиси, 1967, 88 стр.

Оксман И. М. **Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов.** Л., 1967, 174 стр.

Фролова Л. Е. **Лечение врожденных расщелин верхней губы.** Ташкент, 1967, 158 стр.

Пильман Н. И. **Практические вопросы детской офтальмологии.** Киев, 1967, 212 стр.

Основы теории и практики логопедии. Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968, 367 стр.

Марков Д. А. **Общая терапия и профилактика заболеваний нервной системы.** (К механизму действия, обоснования и методике применения некоторых лечебных и профилакт. мероприятий). Минск, 1967, 344 стр.

Фролов Ю. П. **Гигиена умственного труда.** Изд. 2-е. М., 1967, 144 стр.

Клинико-физиологические исследования нервной системы при прональных заболеваниях. (Метод. руководство). Под ред. Л. Г. Охнянской. М., 1967, 216 стр.

Дусмуратов М. Д. **Эхинококкоз головного мозга.** Ташкент, 1967, 140 стр.

Лапанашвили И. **Дерматологическая идеография.** Тбилиси, 1967, 152 стр.

Томашкова Я. **Гигиена и красота.** (Главы о косметике). Пер. с чеш. М., 1967, 128 стр.

Шаш М. и Ковач Л. **Гинекология детского возраста.** Перевод с венг. Москва—Будапешт, 1967, 292 стр.

Макарченко А. Ф. и др. **Физиология и патология переходного периода женщины.** Киев, 1967, 367 стр.

Грязнова И. М. и Молчанова Г. Я. **Неотложная помощь в гинекологии.** (Для сред. медработников). 2-е изд. М., 1967, 220 стр.

Коган-Маличенко И. С. **Изменения в организме женщины после удаления матки.** Ташкент, 1967, 94 стр.

Топчиева О. И. **Гистологическая диагностика по соскобам эндометрия.** Л., 1967, 136 стр.

Петров-Маслаков М. А. и Репина М. А. **Беременность и свертывающая система крови.** Л., 1968, 231 стр.

Персианинов Л. С. и др. **Основы клинической кардиологии плода.** Москва—Варшава, 1967, 220 стр.

Доброхотова А. И. и Островская И. М. **Здоровый и больной ребенок.** (Руководство для работников фельдшерских пунктов). Изд. 2-е. М., 1967, 344 стр.

Валлон А. **Психическое развитие ребенка.** [Пер. с франц.] М., 1967, 196 стр.

Кисляковская В. Г. **Практическое руководство по питанию детей раннего возраста.** М., 1967, 120 стр.

Спирина В. П. **Закаливайте детей.** М., 1967, 134 стр.

Осколкова М. К. **Функциональная диагностика заболеваний сердца у детей.** М., 1967, 252 стр.

Новоселова Р. С. **Нарушение ритма сердца у детей.** М., 1967, 168 стр.

Смирнов Н. М. **Хронические гастриты у детей.** Минск, 1967, 120 стр.

Смиян И. С. **Климато-бальнеологическое лечение детей при хронических заболеваниях почек и мочевыводящих путей.** М., 1967, 231 стр.

Виноградов И. В. **Судебная медицина.** (Учебник для сред. спец. учеб. заведений). М., 1967, 248 стр.

Koostanud J. Rochlin

25.

NOVEMBER ON
VIIMANE PÄEV
MEIE AJAKIRJA

1 9 6 9.

AASTAKÄIGU
TELLIMISEKS!

ОГЛАВЛЕНИЕ

(резюме на русском языке)

Й. К. РЕЙНАРУ, Л. П. ЛУЦЕНКО, В. В. МИЛЭНДЕР и М. М. НЫГЕС — Эпидемиологические особенности сывороточного гепатита в Эстонской ССР . . . 326

Т. Р. КУСЛАП, К. К. КУТСАР, А. К. ЙЫГИСТЕ и С. Я. СОЛЛ — Вспышка асептического менингита в Пярну в 1967 году 328

Э. Л. СААРНОК — О впервые изолированных в Эстонской ССР нецитопатических энтеровирусах группы Коксаки А6 331

Х. О. ПИХЛ, О. М. ТАММ и А. А. ТЭЭТСОВ — Хроническое бактерионосительство при брюшном тифе и паратифе в Эстонской ССР и борьба с ним . 334

А. Н. ВАПРА — Рентгенодиагностика инфекционного неспецифического полиартрита 337

И. Г. ЛЕВИН — Физическое развитие эстонских детей до 3 лет 342

Э. П. ВАГАНЕ, М. К. ПУРДЕ — Питание и раковая болезнь в Эстонской ССР 345

А. А. ТАЛИХЯРМ — Изменения показателей электролитного обмена во время фтизиохирургических операций . . 349

А. Э. ЯННУС — Значение энтеровирусов в этиологии кишечных инфекций . . 352

У. Э. МЕЙКАС — Организация специализированной медицинской помощи . 354

А. А. САРАП — Перспективы развития больничной помощи в Эстонской ССР 357

Х. С. ПООЛА и У. Ф. СИБУЛЬ — Рентгеноманометрия желчеотводящих путей 359

Х. Д. ЛЫЙВ — О тактике бактериологических исследовании 362

Е. А. ЩУЛЬЦ — Случай тяжелого повреждения кисти 363

Л. Р. САУЭМЯГИ и Я. Я. КАРУСОО — Случай одностороннего «светлого легкого» 365

Э. М. КУУС — Рентгенодиагностика кисты мезентерия 367

Й. К. РЕЙНАРУ — Гамма-глобулин . 369

Л. В. ТАММАЙ и Ю. А. Майсте — Эпидемиологический режим в инфекционном отделении 373

Х. А. ГУСТАВСОН — Об истории зубоврачебной помощи в Таллине до 1816 г. 381

40 kop. 78191

SISUKORD

Teooria ja praktika

J. REINARU, L. LUTSENKO, V. MILÄNDER ja M. NÕGES — Seerumhepatiidi epidemioloogilistest iseärasustest Eesti NSV-s 323

K. KUTSAR, T. KUSLAP, A. JÕGISTE ja S. SOLL — Aseptilise meningiidi puhang Pärnus 1967. aastal . . . 326

E. SAARNOK — *Coxsackie A6* viiruste esmakordsest isoleerimisest Eesti NSV-s 328

H. PIHL, O. TAMM ja A. TEETSOV — Kõhutüüfuse ja paratüüfuse kroonilisest pisikukandlusest Eesti NSV-s ning võitlusest sellega 332

A. VAPRA — Infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi röntgendiagnoosimisest 335

I. LEVIN — Eesti laste füüsiline areng kuni 3 aastani 338

E. VAGANE ja M. PURDE — Toitumisest ja vähktõvest Eesti NSV-s . . 343

A. TALIHÄRM — Elektrolüütide ainevahetuse muutustest ftisiokirurgiliste operatsioonide puhul 346

Ülevaated

A. JANNUS — Enteroviiruste osatähtsus soolenakkuste etioloogias . . . 350

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

U. MEIKAS — Spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamisest . . . 352

A. SARAP — Haiglaabi arendamise perspektiive Eesti NSV-s 355

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

H. POOLA ja U. SIBUL — Sapiteede röntgenomanomeetria 357

H. LÕIV — Bakterioloogiliste uurimiste taktikast 360

J. ŠULTS — Käe raskekujulise vigastuse juht 362

L. SAUEMÄGI ja J. KARUSOO — Ühepoolse «heleda kopsu» juht . . . 364

E. KUUS — Mesenteeriumi tsüsti röntgendiagnoosimisest 365

Abiks velskritele ja õdedele

J. REINARU — Gammaglobuliin . . 367

L. TAMMAI ja J. MAISTE — Epidemioloogilisest režiimist nakkushaiguste osakonnas 370

Kaadri ettevalmistamine

I. MAAROOS — Täienesid spetsialistide read 373

A. SAAR — Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1968. aastal 375

A. HORN — Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1968. aastal 377

A. HAAVEL — Reinhold Birkenfeldt arstiteaduse kandidaadiks 378

H. JÄNES — Uus teaduste kandidaat . 378

Arstiteaduse ajaloost

H. GUSTAVSON — Hambaravi ajaloost Tallinnas kuni 1816. a. 379

Konverentsid ja nõupidamised

E. GANITŠEVA — Meditsiiniõdede konverents Jämejalas 382

H. KIRT — Arutati aktuaalseid probleeme 382

I. BUGAKOV ja J. KARUSOO — Tallinna ftisiaatrite esimene teaduslik-praktiline konverents 382

N. VIHM — VII vabariiklik stomatoloogide ja hambaarstide konverents . . 383

J. OTS — «Teaduse» lektorite seminar 383

F. MARKUSAS — Spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alane üleliiduline konverents 384

H. KAPRAL — Üleliidulise Arstide-Laborantide Teadusliku Seltsi pleenum 385

V. RÄTSEP — Rahvusvaheline onkoloogide konverents Šveitsis . . . 386

Tähtpäevad

Palju õnne, Koidu Rüütli! 387

Kriitika ja bibliograafia

T. KUSLAP — Uus raamat poliomüeliidist 388

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Inderaal, nitrosorbiid 390

Kroonika 391

NÕUKOGUDE EESTI

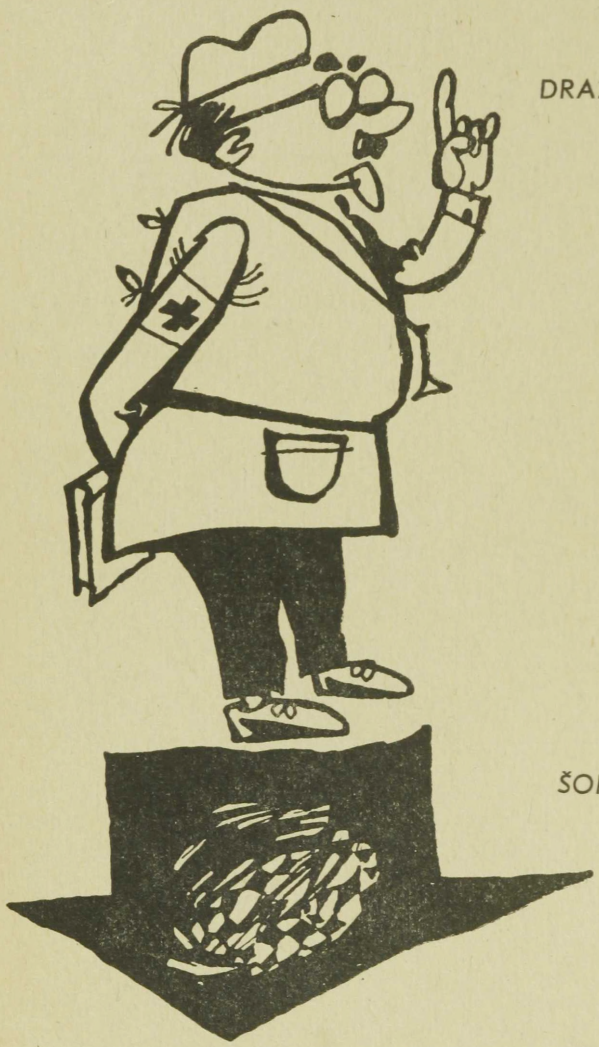
TERVISHOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6 / 68

Kondiitritoodete vabrik «KALEV» soovitab



DRAŽEESID

Roheline herneke (merikapsaga)

Piimaherneke

«Kroket» C-vitamiiniga

Piparmündidražee

Aniisi-mentooli

Piparmündi ja

Šokolaadi karamelle

Dieediküpsiseid maisiõliga

ŠOKOLAADE

«Kalev» glükoosiga

«Ultra-Sy» glükoosiga

C-, B_1-, B_2- ja PP-vitamiinidega

ning mesilasemapiimaga

KALEV

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

2
Tartu Riikliku Ülikooli Raamatukogu
73780

SISUKORD

1968

GOLDBERG, A. — 50 aastat nõukogude tervishoidu 243

Teooria ja praktika

ALLPERE, K., MILLER, V., SIBUL, U. ja VALDES, L. — Eakate inimeste maohaavandtõve ravi taktikast . . 19
BIRKENFELDT, R. — Reumasse haigestumine ja selle seos kliimaga Eesti NSV saartel 409
DANILOVITŠ, A. Seerumifermentide aktiivsusest maksa- ja sapiteede haiguste puhul 412
ERNITS, H. — Kogemusi emakakaela vähktõve kombineeritud kiiritusravi alal ja selle hilistulemustest . . . 259
FARBER, M. — B_{12}-vitamiin- ja novokaiinblokaadi kasutamisest perifeerse närvisüsteemi haiguste puhul . . . 26
GOLDBERG, N. — Pikaajaline elektrokardiograafiline kontroll müokardiinfarkti puhul 403
JANNUS, L., KARUSOO, J., MASER, L., RAUKAS, E., REINVALD, A., SAUEMÄGI, L. ja LÕUK, E. — Mittespetsiifiliste krooniliste kopsuhaiguste levik maaelanike hulgas 166
JÄNES, H. — Fenoolide osatähtsusest põlevkiviõlide toksilises toimes . . 29
KAMA, E. — Pulmonoloogia probleeme Eesti NSV-s 163
KERES, L., SAMARÜÜTEL, E., MARTINSON, M., RIIKJÄRV, M. ja VAHTER, H.-E. — Dermatoglüüfide mustri uurimise kliinilisest väärtusest . . 415
KIVILO, M. — Vähihaigete kõrgenenud tundlikkusest depolariseeriva toimemehhanismiga lihaserelaksantide suhtes 254
KOPPEL, H. — Korduva mudaravi tulemustest 85
KUTSAR, K., KUSLAP, T., JÕGISTE, A. ja SOLL, S. — Aseptilise meningiidi puhang Pärnus 1967. aastal . 326
LEPP, Ü., PÕDER, H. ja ŠAHHOVSKAJA, J. — Haapsalu meremuda toimest arteriaalsesse rõhku reumat ja reumatoidartriiti põdevatel haigetel . 88
LEVIN, I. — Eesti laste füüsiline areng kuni 3 aastani 338
MARIPUU, I. — Kas Eesti NSV põlevkivitöölised haigestuvad pneumokonioosi? 177
NORMAN, H. ja SUI, V. — Humisooli standardiseerimisest 97
PIHL, H., TAMM, O. ja TEETSOV, A. — Kõhutüüfuse ja paratüüfuse krooniliset pisikukandlusest Eesti NSV-s ning võitlusest sellega . 332
POKK, L. — Multiiplid pahaloomulised kasvajad 249
PÕLLUMAA, R. — Kusepõiehalvatuste ravist seljaaju vigastuste puhul . . 100
RAUDAM, E. ja MÄGI, M. — Elu ja surma piirist kaasajal 181
RAUDSEPP, V. — Munasarjakasvajate diagnoosimisest 252
REINARU, J., LUTSENKO, L., MILÄNDER, V. ja NÕGES, M. — Seerumhepatiidi epidemioloogilistest iseärasustest Eesti NSV-s 323
ROOSAARE, M. — Humisoolravi kogemusi lumbosakraalse radikuliidi puhul 94
ROOSILEHT, A. — Artifitsiaalsest abordist ja selle vastu võitlemisest . . 104
RÄTSEP, V. — Kroonilise maohaavandi pahaloomustumisest 12
RÄTSEP, V. — Esmase kopsuvähi diagnoosimisest 245
SAARNOK, E. — *Coxsackie A6* viiruste esmakordsest isoleerimisest Eesti NSV-s 328
SALUPERE, V. — Kroonilise pankreatiidi diagnoosimisest 22
SALUPERE, V. ja RATTUR, H. — Tüsistustest seedeelundites suhkurtõve puhul 264
SAMUSSENKO, L. — Intravenoosne novokaiinnarkoos 111
SARV, J. — Haavandtõve kirurgilise ravi aktuaalseid küsimusi 5

SIBUL, S. ja PRIKK, H. — Tonsillektoomiajärgsetest verejooksudest . . 108
SIBUL, U. ja TRUVE, R. — Mao resektsiooni ulatuse määramisest . . 9
SUI, V., KÕPMAN, L. ja TOMINGAS, J. — Reumahaigete laste ravi humisooliga 92
TAJUR, K. — Humisoolravi osatähtsus tubaarse sigimatuse puhul 96
TALIHÄRM, A. — Elektrolüütide ainevahetuse muutustest ftisiokirurgiliste operatsioonide puhul 346
TŠADIN, A. ja ŠAPIRO, V. — Kopsuemfüseemi röntgendiagnoosimise objektiveerimisest 175
VAGANE, E. ja KONT, J. — Haiglate ja lasteasutuste varustamisest toiduainetega 112
VAGANE, E. ja PURDE, M. — Toitumisest ja vähktõvest Eesti NSV-s . 343
VALDES, V. — Neerupealiste koore muutustest intensiivse glükokortikoidravi puhul 261
VANASELJA, T. — Tsütodiagnostika tähtsusest maovähi avastamisel . . 256
VAPRA, A. — Infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi röntgendiagnoosimisest 335
VARDJA, E. — Hingamiselundite haiguste avastamisest fluorograafi abil . 169
VEINPALU, E. — Mudaravi ja selle näidustused 83
VILLAKO, K. — Mõtteid gastroenteroloogia arendamisest Eesti NSV-s . . 3
VOLOŽ, O. — Neerupealiste koore funktsionaalsest seisundist reumahaigetel 406

Ülevaated

ELŠTEIN, N. ja GORDON, V. — Pikaajaline subfebriilne temperatuur . . 271
JANNUS, A. — Enteroviiruste osatähtsus soolenakkuste etioloogias . . . 350
JANNUS, L. — Kopsutuberkuloosi kulust ja prognoosist *mycobacterium tuberculosis*'e ravimiresistentsuse puhul 277
KOLOMOITSEV, M. — Hemodermia probleem kaasajal 429
KÕRGE, K. — Südame rütmihäirete ravist 424
LOOGNA, G. — Ravivahendite kantserogeensusest 267
REINVALD, A. — Tuberkuliinnegatiivne tuberkuloos 184
VALGMA, K. ja RIIV, J. — Südame isheemilise tõve diagnoosimisest . . 419

Filosoofia ja meditsiin

KOPPEL, S. — Sõna kui signaal (Tähenduseteooria füsioloogilistest alustest) 432

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

ELŠTEIN, N. — Töö teadusliku organiseerimise põhimõtete elluviimisest . 31
LUMESTE, A. — Neuroloogiliste haigete rehabilitatsioonteraapiast 33
MAURER, L. — Polikliiniku terapeutide dispanseersest tööst 435
MEIKAS, U. — Spetsialiseeritud meditsiinilise abi korraldamisest . . . 352
SARAP, A. — Suurendada organisatsioonilis-metoodilise kabineti osatähtsust 280
SARAP, A. — Haiglaabi arendamise perspektiive Eesti NSV-s 355
TSINGISSER, A. — Meditsiiniasutuse koosseisu planeerimine matemaatilise mudeli abil 186
TÄLLI, H. — Arsti tööaja jaotus koolieelses lasteasutuses 115

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

BURTSEV, A. ja TŠEPASSOV, A. — Kogemusi tootmistraumatismi vähendamisel tselluloosi- ja paberitööstuse ettevõtetes 441
EHLVEST, M. — Perekondlikust ovalotsütoosist 122
ESTER, V., MALM, E. ja REISSAR, L. — Vaakuumekstraktori kasutamise näidustustest 34
HAAVEL, A. — Transdermaalne kolangiograafia 118
HAAVEL, A. — Suure häbememoka hiidsong 445
KUUS, E. — Mesenteeriumi tsüsti röntgendiagnoosimisest 365
LAURAND, V. — Biaktiivne diatermokoagulatsioon parodontopaatia kompleksravis 124
LUTS, A. — Neomütsiini ototoksilisest toimest 190
LÕIV, H. — Bakterioloogiliste uurimiste taktikast 360
POOLA, H. ja SIBUL, U. — Meckeli divertiikul urgentses kirurgias . . 192
POOLA, H. ja SIBUL, U. — Sapiteede röntgenomanomeetria 357
RAUKAS, E., KARUSOO, J., SAUEMÄGI, L. ja GAVRILOV, A. — Kopsuvähi katamneesist 282
SAUEMÄGI, L. ja KARUSOO, J. — Ühepoolse «heleda kopsu» juht . . 364
SCHAMARDIN, N., KAHN, H. ja LIIN, L. — Triloon B kasutamisest kaltsinoosi puhul 439
ŠULTS, J. — Käe raskekujulise vigastuse juht 362
VELGRE, R. — *Vulva* kartsinoomi kiiresti arenenud juht 285
VÄIN, K. — Vere reinfusioonist emakavälise raseduse ravis 120

Abiks velskritele ja õdedele

LAASI, V. — Meditsiiniõe osa müokardi-infarkti põdeva haige põetamisel ja ravimisel 446
LEPP, Ü. ja LIIV, I. — Esmaabi vereringe ägeda puudulikkuse korral . . 37
LUTS, A. — Kuulmishäirete põhjustest ja ravist 451
LÕVI, M. — Näoluude vigastused ja esmaabi nende puhul 287
MASER, L. — Välise hingamise uurimisest 129
MÖLDER, M. ja ROOSIMAA, M. — Meditsiiniõe töö intensiivravi-palatis . 292
NIITRA, H. — Ravikehakultuur südamelihase infarkti puhul 196

NOVEK, I.-V. — Vead röntgenogrammidel 448
REINARU, J. — Gammaglobuliin . . 367
SCHAMARDIN, N. — Hallid juuksed . 293
TAMMAI, L. ja MAISTE, J. — Epidemioloogilisest režiimist nakkushaiguste osakonnas 370
TÕNURI, M. — Tilgutussüsteemide hooldamisest kirurgiaosakondades . 201
VALDES, L. — Inhalatsioonravi . . 194
VAPRA, A. — Infektsioosne mittespetsiifiline polüartriit 126

Kaadri ettevalmistamine

HAAVEL, A. — Reinhold Birkenfeldt arstiteaduse kandidaadiks 378
HORN, A. — Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1968. aastal 377
JÄNES, H. — Uus teaduste kandidaat . 378
KAAR, L. — Endel Tünder arstiteaduse doktoriks 296
KAAR, L. — Uusi arstiteaduse kandidaate 453
KASE, E. — Uusi teaduste kandidaate . 204
KUSLAP, T. — Arnold Jannusele arstiteaduse doktori kraad 297
MAAROOS, I. — Uusi teaduste kandidaate 42
MAAROOS, I. — Ernst Raudamile arstiteaduse doktori kraad 131
MAAROOS, I. — Täienesid spetsialistide read 373
PÄRN, E. — 17 uut akušööri . . . 298
RADZIMOVSKI, G. — Uus teaduste kandidaat 133
SAAR, A. — Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1968. aastal 375
SAAR, M. — Uusi teaduste kandidaate . 203
SIKK, M. — Uusi teaduste kandidaate . 42

Sanitaarharidustöö

PROPST, S. — Õpetajate hügieenialasest ettevalmistamisest 44

Arstiteaduse ajaloost

GUSTAVSON, H. — Täiendavaid andmeid kahe vana hospidali kohta . . 298
GUSTAVSON, H. — Hambaravi ajaloost Tallinnas kuni 1816. a. . . . 379
KALNIN, V. — Meditsiiniline keskharidus Eestis 46
SCHAMARDIN, B. — Esimesi meditsiinialaseid käsikirjalisi mälestusmärke Eestis 204
TAMM, O. ja PIHL, H. — Vabariiklik Malaariajaam (1945...1954) . . . 134

Konverentsid ja nõupidamised

BUGAKOV, I. ja KARUSOO, J. — Tallinna ftisiaatrite esimene teaduslik-praktiline konverents 382
ELŠTEIN, N. — 50 aastat nõukogude teraapiat 138
GANITŠEVA, E. — Meditsiiniõdede konverents Jämejalas 382
HAUG, N. — Üleliiduline gastroenteroloogia-alane sümpoosion Tallinnas . 301
JÄNES, H. — Instituudi juubelisessioon 54
KADARIK, B. — 600 meditsiiniõde . . 57
KADASTIK, H. — Meditsiiniõdede konverentsid 207
KALNIN, V., SUHHODREV, M. — Meditsiiniajaloo uurijate teaduslik sessioon 455
KANTER, E. — Apteegitöötajate XIII vabariiklik konverents 137
KAPRAL, H. — Üleliidulise Arstide-Laborantide Teadusliku Seltsi pleenum 385
KINK, M. — Ülemnõukogus arutati laste meditsiinilist teenindamist vabariigis 53
KINK, M. — Polikliiniline abi niisama tõhusaks kui statsionaarne . . . 56
KINK, M. — Tsehhiarstid, rohkem tähelepanu invaliididele! 137
KINK, M. — Maaelanike meditsiinilisest ja sanitaar-profülaktilisest teenindamisest Eesti NSV-s 208
KIRT, H. — Arutati aktuaalseid probleeme 382
KIRT, H. — Eesti NSV Sanitaar-Epidemioloogia Teenistuse Keskmeditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi Lõuna-Eesti nõukogu III konverents . . . 455
KUSLAP, T. — I ülemaailmne viroloogide kongress 456
MARKUSAS, F. — Spordimeditsiini ja ravikehakultuuri alane üleliiduline konverents 384
MÄRTIN, J. — Üleliiduline nõupidamine Kišinjovis 57
OTS, J. — Ftisiaatrite pidulik koosolek 55
OTS, J. — «Teaduse» lektorite seminar . 383
PIHL, H. — Parasitoloogia-alane konverents 55
PÄI, L. — Vabariiklik allergoloogia-alane konverents 206
RÄTSEP, V. — Rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress Rumeenias . 58
RÄTSEP, V. — Rahvusvaheline onkoloogide konverents Šveitsis . . . 386
SALZMAN, S. — Aatom tervise kaitsel 207
SALUPERE, V. — Rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress 457
SARAP, A. — Üleliiduline sümpoosion . 456
SIBUL, U. — Liiga hilja pöördutakse arsti poole 138
SIBUL, U. ja MÄNNISTE, J. — III rahvusvaheline fleboloogide kongress . 458
SIKK, M. — Juubelikonverents Tartu rajoonis 54
SIKK, M. — Eesti NSV ühingu «Teadus» VIII kongress 300
SIMSON, O. — Teaduslik sessioon Kišinjovis 57
VELDRE, I. — Veekogude ja atmosfääri kaitseks 208
VIHM, N. — VII vabariiklik stomatoloogide ja hambaarstide konverents . 383
VILLAKO, K. — Gastroenteroloogide konverents 455

Tähtpäevad

ABRAM, L. — Arnold Põllumaa 60-aastane 60
KALNIN, V. ja KUDU, T. — Liidia Männik 80-aastane 458
KUILL, A. — Professor Ilo Sibul 60-aastane 140
KÕRGE, K. — Dotsent Ülo Lepp 50-aastane 141
Palju õnne, Koidu Rüütli! 387

RAJAVEE, O. — Professor Georg Kingisepp 70-aastane 302
REKK, T. — Regina Trapido 50-aastane 61
RIIV, J. — Artemi Vapra 50-aastane . 459
ROO, J. — Pool sajandit meditsiinipõllul 209
Tea Vilms 60-aastane 209
Tervishoiu minister A. Goldberg 60-aastane 139
Viktor Särgava 50-aastane 210

Kriitika ja bibliograafia

BRŽESSKI, V. — Tervishoiu edusammud Eesti NSV-s 460
ELŠTEIN, N. — Kasulik raamat . . 142
KIMBAROVSKI, J. — Raamat infektsioossest hepatiidist 62
KUSLAP, T. — Uus raamat poliomüeliidist 388

In memoriam

Grigori Bogdanov 217
Isak Vigodski 305
Mihkel Kask 215
Olaf Simson 218
Peeter Kukk 463

Meditsiinitehnika

KINK, M. — Vabariiki kolm fiibergastroskoopi 306

Mõttevahetus

KADASTIK, H. — Rohkem tähelepanu psühhogeenia vältimisele 63
KOPPEL, S. — Psühhogeenia ja psühhohügieeni probleemidest 211

Intervjuu

KINK, M. — Kust meditsiiniõdedel king pigistab? 144
KINK, M. — Plastilise kirurgia ja arstliku kosmeetika erialadelt 307

Välismaalt

FREIBERG, I. — Lastekirurgide töökorraldus Soomes 66
JÄNES, H. — Poola Rahvavabariigis . 146
[KASK, M.] — Kuuba-muljeid . . . 309
RATSEP, V. — Reisimärkmeid Šveitsist 464

Mitmesugust

BERŠTEIN, L. — 1967. aasta Nobeli preemia laureaadid 228
KALNIN, V. ja TAMM, O. — Koduuurimine ja tervishoiu ajalugu . . 224
KIVIKINK, L. — Perspektiivis võimalikult ajakohased tervishoiuasutused 150
MILLER, A. ja LAAN, I. — Välisperioodika koondkartoteek 468
SALZMAN, S. — Leiutised ja ratsionaliseerimisettepanekud 467
TEDREMAA, M. — Kas te kasutate Meditsiinilist Raamatukogu? . . . 303
TENNO, V. — 20 aastat Ülemaailmset Tervishoiu Organisatsiooni . . . 218

Asklepiose klubis

Fookuses oli keskastme meditsiinitöötajate ettevalmistamine 231

Oma asjus

Ja veel kord oma asjus 71
JÄNES, H. — Kümme aastat . . . 69

Uusi ravimeid

KANGRO, H. — Dimekarbiin, koobalt-30, laasiks, negraam 74
KANGRO, H. — Florimütsiinsulfaat, napotoon 153
KANGRO, H. — Furasoliin, metitsilliin, tsüstamiindihüdrokloriid, prefüsoon . 229
KANGRO, H. — Arfonaad, berberiinsulfaat, želatinool 313
KANGRO, H. — Inderaal, nitrosorbiid 390
KANGRO, H. — Mestinoon, neo-kompensaan, rondomütsiin, sulfasalasiin . 469

Kroonika 75, 154, 235, 315, 391, 472

Vastukajad 398

VENEKEELSED RESÜMEED

ОГЛАВЛЕНИЕ

1968

(резюме на русском языке)

Теория и практика

АЛЛПЕРЕ К. Г., МИЛЛЕР В. Т., СИБУЛЬ У. Ф. и ВАЛДЕС Л. К. — Лечебная тактика при язвенной болезни у пожилых людей 21

БИРКЕНФЕЛЬДТ Р. Р. — Заболеваемость ревматизмом и ее связь с климатом на островах Эстонской ССР . 411

ВАГАНЕ Э. П. и КОНЬТ И. Ю. — О снабжении пищевыми продуктами больниц и детских учреждений . . 115

ВАГАНЕ Э. П. и ПУРДЕ М. К. — Питание и раковая болезнь в Эстонской ССР 345

ВАЛДЕС В. А. — О изменениях коры надпочечников при интенсивном лечении глюкокортикоидами 263

ВАНАСЕЛЬЯ Т. И. — О значении цитологии в диагностике рака желудка . 258

ВАПРА А. Н. — Рентгенодиагностика инфекционного неспецифического полиартрита 337

ВАРДЯ Э. О. — О флюорографическом выявлении заболеваний органов дыхания 171

ВЕЙНПАЛУ Э. Ю. — Грязелечение и показания к нему 85

ВИЛЛАКО К. П. — Некоторые аспекты о развитии гастроэнтерологии в Эстонской ССР 4

ВОЛОЖ О. И. — Функциональное состояние коры надпочечников у больных ревматизмом 408

ГОЛЬДБЕРГ Н. А. — Длительный электрокардиографический контроль при инфаркте миокарда 405

ДАНИЛОВИЧ А. А. — Об активности ферментов сыворотки крови при заболеваниях печени и желчных путей . 414

КАМА Э. К. — О проблемах пульмонологии в Эстонской ССР 165

КЕРЕС Л. М., САМАРЮУТЕЛЬ Э. М., МАРТИНСОН М. Р., РИЙКЯРВ М. Ф. и ВАХТЕР Х.-Э. К. — Клиническая ценность определения узоров дерматоглифов 418

КИВИЛО М. О. — О повышенной чувствительности раковых больных к деполяризирующим миорелаксантам . . 256

КОППЕЛ Х. О. — О результатах повторного грязелечения 88

КУТСАР К. К., КУСЛАП Т. Р., ИЫГИСТЕ А. К. и СОЛЛ С. Я. — Вспышка асептического менингита в Пярну в 1967 году 328

ЛЕВИН И. Г. — Физическое развитие эстонских детей до 3 лет . . . 342

ЛЕПП Ю. Ф., ПЫДЕР Х. А. и ШАХОВСКАЯ Е. К. — О действии Хаапсалуской лечебной грязи на уровень артериального кровяного давления у больных ревматизмом и ревматоидным артритом 91

МАРИПУУ И. П. — Заболевают ли рабочие сланцевой промышленности Эстонской ССР пневмокониозом? . . . 180

НОРМАН Х. К. и СУЙ В. М. — О стандартизации грязевого препарата гумизол 99

ПИХЛ Х. О., ТАММ О. М. и ТЭЭТСОВ А. А. — Хроническое бактерионосительство при брюшном тифе и паратифе в Эстонской ССР и борьба с ним 334

ПОКК Л. Р. — Множественные злокачественные опухоли 251

ПУУССААР И. П. — О функциональной диагностике эмфиземы легких . . . 174

ПЫЛЛУМАА Р. Ю. — О лечении параличей мочевого пузыря при повреждениях спинного мозга 103

РАУДАМ Э. Й. и МЯГИ М. А. — О пределе жизни и смерти в настоящее время 183

РАУДСЕПП В. М. — Диагностика опухолей яичников 254

РЕЙНАРУ Й. К., ЛУЦЕНКО Л. П., МИЛЭНДЕР В. В. и НЫГЕС М. М. — Эпидемиологические особенности сывороточного гепатита в Эстонской ССР 326

РООСААРЕ М. А. — Опыт лечения гумизолем больных пояснично-крестцовым радикулитом 96

РООСИЛЕХТ А. А. — Искусственный аборт и его профилактика . . . 107

РЯТСЕП В. И. — О малигнизации хронической язвы 18

РЯТСЕП В. И. — Диагностика первичного рака легкого 248

СААРНОК Э. Л. — О впервые изолированных в Эстонской ССР нецитопатических энтеровирусах группы Коксаки А6 331

САЛУПЕРЕ В. И. — О диагностике хронического панкреатита 25

САЛУПЕРЕ В. П. и РАТТУР Х. А. — О гастроэнтерологических осложнениях у больных сахарной болезнью . . 267

САМУССЕНКО Л. А. — Внутривенный новокаиновый наркоз 112
САРВ И. И. — Актуальные вопросы хирургического лечения язвенной болезни 8
СИБУЛЬ С. Ф. и ПРИКК Х. Б. — О кровотечениях после тонзиллектомии . 110
СИБУЛЬ У. Ф. и ТРУВЕ Р. А. — Об определении уровня отсечения желудка 12
СУЙ В. М., КЫПМАН Л. Ю. и ТОМИНГАС Ю. Э. — О лечении гумизолем детей, больных ревматизмом . . . 94
ТАЛИХЯРМ А. А. — Изменения показателей электролитного обмена во время фтизиохирургических операций . . 349
ТАЮР К.-М. Ю. — Значение гумизоля в лечении трубного бесплодия . . 97
ФАРБЕР М. А. — Применение блокад витамином B_{12} и новокаином у страдающих заболеванием периферической нервной системы 28
ЧАДИН А. Ф. и ШАПИРО В. М. — Об объективном методе рентгенодиагностики эмфиземы легких 177
ЭРНИТС Х. Р. — Опыт сочетанного лучевого лечения рака шейки матки и его отдаленные результаты . . . 261
ЯНЕС Х. Я. — О роли фенолов в токсическом действии сланцевых смол . 30
ЯННУС Л. Э., КАРУСОО Я. Я., МАЗЕР Л. Ю., РАУКАС Э. А., РЕЙНВАЛЬД А. А., САУЭМЯГИ Л. Р. и ЛЫУК Э. А. — Распространенность хронических неспецифических болезней легких среди сельского населения . 169

Обзоры

ВАЛГМА К. А. и РИЙВ Я. Я. — О распознавании ишемической болезни сердца 423
КОЛОМОЙЦЕВ М. П. — Современное состояние проблемы гемодермий . 431
КЫРГЕ К. Х. — Лечение нарушений ритма сердца 428
ЛООГНА Г. О. — Канцерогенность лечебных средств 271
РЕЙНВАЛЬД А. А. — Анергический туберкулез 185
ЭЛЬШТЕЙН Н. В. и ГОРДОН В. С. — Затяжная субфебрильная температура 276
ЯННУС А. Э. — Значение энтеровирусов в этиологии кишечных инфекций . 352
ЯННУС Л. Э. — О ходе и прогнозе туберкулеза легких при лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза 279

Философия и медицина

КОППЕЛЬ С. Д. — Слово как сигнал (О физиологических основах теории значения имен) 435

Здравоохранения. Научная организация труда

ЛУМЕСТЕ А. Н. — О реабилитационной терапии неврологических больных . 34
МАУРЕР Л. А. — Диспансеризация в работе терапевтов поликлиники . . 438
МЕЙКАС У. Э. — Организация специализированной медицинской помощи . 354
САРАП А. А. — Повысить роль организационно-методического кабинета . 282
САРАП А. А. — Перспективы развития больничной помощи в Эстонской ССР 357
ТЯЛЛИ Х. Э. — О распределении рабочего времени врача детских дошкольных учреждениях 117
ЦИНГИССЕР А. А. — Планирование штата медицинского учреждения с помощью математического моделирования 189
ЭЛЬШТЕЙН Н. В. — О внедрении принципов научной организации труда 32

Обмен опытом и казуистика

БУРЦЕВ А. М. и ЧЕПАСОВ А. И. — Опыт снижения производственного травматизма на целлюлозно-бумажных предприятиях 444
ВЕЛЬГРЕ Р. Ю. — Случай быстрого развития карциномы вульвы . . 286
ВЯЙН К. Э. — О реинфузии крови при лечении внематочной беременности . 121
КУУС Э. М. — Рентгенодиагностика кисты мезентерия 367
ЛАУРАНД В. М. — Биактивная диатермокоагуляция при комплексном лечении пародонтопатии 125
ЛУТС А. Э. — Об ототоксическом действии неомицина 191
ЛЫЙВ Х. Д. — О тактике бактериологических исследовании. 362
ПООЛА Х. С. и СИБУЛЬ У. Ф. — Меккелев дивертикул в ургентной хирургии 193
ПООЛА Х. С. и СИБУЛЬ У. Ф — Рентгеноманометрия желчеотводящих путей 359
РАУКАС Э. А., КАРУСОО Я. Я., САУЭМЯГИ Л. Р. и ГАВРИЛОВ А. Н. — О катамнезе рака легкого . . . 284
САУЭМЯГИ Л. Р. и КАРУСОО Я. Я. — Случай одностороннего «светлого легкого» 365
ХААВЕЛЬ А. А. — Чрескожная холангиография 119
ХААВЕЛЬ А. А. — Гигантская грыжа больших срамных губ 445
ШАМАРДИН Н. А., КАХН Х. А. и ЛИЙН Л. А. — Использование трилона Б при кальцинозе 440
ШУЛЬЦ Е. А. — Случай тяжелого повреждения кисти 363
ЭСТЕР В. М., МАЛЬМ Э. О. и РЕЙССАР Л. П. — О показаниях к применению вакуум-экстрактора . . . 36
ЭХЛВЕСТ М. А. — О семейном овалоцитозе 124

В помощь фельдшерам и сестрам

ВАЛДЕС Л. К. — Ингаляционная терапия 196
ВАПРА А. Н. — Инфекционный неспецифический полиартрит 128
ЛААЗИ В. Я. — Роль медицинской сестры при уходе и лечении больного инфарктом миокарда 442
ЛЕПП Ю. Ф. и ЛИЙВ Й. Ф. — Первая помощь при острой недостаточности кровообращения 41
ЛУТС А. Э. — Причины и лечение тугоухости 453
ЛЫВИ М. О. — Повреждения костей лица и первая помощь при них . 291

МАЗЕР Л. Ю. — Об изучении функции внешнего дыхания 131
НИЙТРА Х. Х. — Лечебная гимнастика при инфаркте миокарда 200
НОВЕК И.-В. А. — Дефекты рентгенограмм 451
РЕЙНАРУ И. К. — Гамма-глобулин . 369
ТАММАЙ Л. В. и МАЙСТЕ Ю. А. — Эпидемиологический режим в инфекционном отделении 373
ТЫНУРИ М. Э. — Об уходе за системой капельного вливания в хирургических отделениях 203
ШАМАРДИН Н. А. — Поседение волос 295

Санитарно-просветительная работа

ПРОПСТ С. И. — О гигиенической подготовке учителей 46

Из истории медицины

ГУСТАВСОН Х. А. — Дополнительные данные о двух старейших госпиталях 300
ГУСТАВСОН Х. А. — О истории зубоврачебной помощи в Таллине до 1816 г. 381
КАЛНИН В. В. — Развитие среднего медицинского образования в Эстонии 51
ТАММ О. М. и ПИХЛ Х. О. — Республиканская малярийная станция (1945...1954) 136
ШАМАРДИН Б. М. — О первых медицинских письменных памятниках в Эстонии 206

За рубежом

ФРЕЙБЕРГ И. А. — О детской хирургии в Финляндии 68
ЯНЕС Х. Я. — В Польской Народной Республике 150

Разное

БЕРШТЕЙН Л. М. — Нобелевские лауреаты за 1967 год 229
КАЛНИН В. В. и ТАММ О. М. — Краеведение и история здравоохранения . 227
ТЕННО В. Х. — 20 лет Всемирной организации здравоохранения . . . 223

NÕUKOGUDE EESTI

TERVIS-HOID

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6/68

11. AASTAKÄIK

Toimetuse kolleegium

N. AJASTA, N. ELŠTEIN, A. JANNUS, V. KONG, A. LINKBERG, U. MEIKAS, E. RAUDAM, H. ROOTS (peatoimetaja asetäitja), **V. RÄTSEP, J. SAARMA, O. TAMM** (peatoimetaja)

Toimetuse nõukogu

L. Abram (Viljandi), **M. Holm** (Jõgeva), **V. Ilmoja** (Tallinn), **A. Juhasoo** (Põlva), **R. Kariis** (Haapsalu), **A. Klink** (Võru), **H. Kreek** (Pärnu), **P. Ott** (Rakvere), **D. Pärn** (Hiiumaa), **P. Rahu** (Valga), **V. Roos** (Kohtla-Järve), **L. Siirak** (Harju rajoon), **M. Sikk** (Tartu rajoon), **M. Silland** (Narva), **G. Sukles** (Rapla), **A. Tamm** (Paide), **Ü. Valvere** (Kingissepa), **V. Vessar** (Tartu)

* Tehniline toimetaja H. Känd. Keeleline toimetaja E. Martson.

* Toimetuse aadress: Tallinn 1, postkast 19, Tartu maantee 16. Telefonid 220-07 ja 233-98. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk t. 37, tel. 483-37.

* Ladumisele antud 2. X 1968. Trükkimisele antud 5. XI 1968. Trükiarv 5100. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25 + 2 kleebist + 0,5 Tingtrükipoognaid 8,4. Arvutuspoognaid 9,63. Tellimise nr. 5699. MB-08978. H. Heidemanni nim. trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I.

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

TÄHELEPANUKS RAVIASUTUSTELE JA ARSTIDELE!

Kõikides vabariigi apteekides on saadaval:

AVISANUM

Näidustatud spasmolüütikumina neerukoolikute ja kuseteede spasmide puhul

NEFRIX

(Hypothiazid)
Kiire toimeefektiga diureetikum (ei sisalda elavhõbedat)

DIACARBUM

Tugeva diureetilise toimega ja laia diapasooniga peroraalselt manustatav preparaat

CALCIUM PANGAMICUM

(Vitaminum B_{15})
Tarvitatakse mitmesuguste ateroskleroosi vormide, südame ja veresoonkonna puudulikkuse, kopsuemfüseemi, krooniliste hepatiitide, naha- ja suguhaiguste, alkoholismi jms. raviks

TAUREMISINUM

Analeptilise toimega ravim.
Stimuleerib ajukoore tegevust, tugevdab südamelihase kontraktsioone. Lastakse välja tablettides ja ampullides

BELLASTHESINUM

Spasmolüütiline vahend soolte spasmide ja gastralgia korral

CYCLOMETHIAZIDUM

Sünonüüme: Benesal, Cyclopenthiazidum
Keemiliselt ja farmakoloogiliselt hüpotiasiidile lähedane, kuid viimastest tunduvalt aktiivsem diureetikum

AETHAMIDUM

Efektiivne ravim kroonilise podagra, polüartriitide ja ureaatide tagajärjel tekkinud neerukivitõve puhul

CALCIUM PANTOTHENICUM

Vees lahustuva B-vitamiinide rühma kuuluva pantoteenhappe preparaat. Laialdaselt kasutatav polüneuriitide, paresteesiate, ekseemide, allergiliste seisundite, rasedustoksikooside jm. puhul

STYLUS MENTHOLI

(Mentoolpliiats)
Edukalt kasutatav välispidise analgeetikumina migreenihoogude, neuralgiast ja müalgiast tingitud valude puhul

ANTIBIOOTIKUME

VITACYCLINUM
Tetratsükliin koos vitamiinidega

VITOXYCYCLINUM
Oksütetratsükliin koos vitamiinidega

TAB. OXYTETRACYCLINI

TAB. NYSTATINI

NEOMYCINUM SULFURICUM

MONOMYCINUM SULFURICUM

VITAMIINIPREPARAATE

Tab. Acidi glutaminici 0,25 Nr. 40

Tab. Acidi ascorbinici (100 mg) et acidi folici (5 mg) Nr. 50

Tab. Ascorutini Nr. 50 (rutiin askorbiinhappega)

Tab. Cyanocobalamini (0,05 mg) Nr. 50 et acidi folici (5 mg)

APTEEKIDE PEAVALITSUS

Teooria ja praktika

PIKAAJALINE ELEKTROKARDIOGRAAFILINE KONTROLL MÜOKARDI-INFARKTI PUHUL

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
73780

NIINA GOLDBERG
Moskva

UDK 612.172.4 : 616.127-005.8

Lisaks vereringe puudulikkusele ja šokile on müokardi-infarkti tõsisteks tüsistusteks ka rütmihäired, mis avaldavad suurt mõju haiguse kulule, prognoosile ja lõppele. M. Teodori märgib, et arütmiaga tüsistunud müokardi-infarkti puhul on suremus 2,5 korda suurem kui arütmiata müokardi-infarkti korral.

Viimastel aastatel on arütmiate uurimiseks üha laialdasemalt kasutatud pikaajalist katkestamatut elektrokardiograafilist vaatlust mitmesuguste telemeetria- ja elektroonikaseadmete abil.

A. L. Mjasnikovi nim. Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi vältimatu kardioloogilise abi osakonnas kasutatakse selleks otstarbeks südametegevuse-analüsaatorit.

Südametegevuse analüsaator kontrollib südamelöökide rütmi sagedust, ST-intervalli asendit ning T-saki kuju.

Kui haige südamelöökide sagedus väljub arsti poolt fikseeritud piiridest, nihkub ST-intervall või muutub T-sakk ja elektrokardiograaf lülitub automaatselt sisse ning registreerib elektrokardiogrammi 10 . . . 15 sekundi jooksul. Löökide sagedust kontrollitakse pulsitahhümeetri abil, mis loendab impulsse vastavalt elektrokardiogrammi R-, S- või QS-sakkidele.

ST-intervalli asendi ja T-saki suuruse ning kuju muutusi kontrollitakse kolme «märgi» abil, mis kujutavad endast kolme helendavat paaristäppi ostsillograafi ekraanil. Märgid seatakse elektrokardiogrammi kontrollitavale lõigule, mille kõrvalekaldumine täppidest põhjustab elektrokardiograafi automaatse sisselülitumise. Pikaajaliste häirete korral registreeritakse elektrokardiogramm kogu häirete esinemise aja jooksul, kuni seadmele antakse uued nihkumise piirid vastavalt tekkinud häirete laadile. Süsteemil on ka valgus- ja heli-alarmisignalisatsioon arsti õigeaegseks informeerimiseks tekkinud muutustest.

Et elektrokardiogrammi vaatlus sel meetodil nõuab palju tunde või isegi päevi, ei ole tavaliselt kasutatavad elektroodid selleks sobivad. Oleme tarvitanud kausikesekujulisi 10 mm läbimõõduga elektroode, mis täidetakse vähese hulga elektrit juhtiva pastaga ja kinnitatakse rindkerele. Need elektroodid ei põhjusta haigele ebamugavusi ja tagavad küllalt hea kontakti 24 . . . 48 tunni jooksul. Maandamiseks kinnitatakse samasugune elektrood samal viisil mõõkjätkele.

Sel meetodil oleme uurinud ägedas staadiumis müokardi-infarkti põdevat 53 haiget. Vaatluse kestus oli ühest kolme kuni viie ööpäevani.

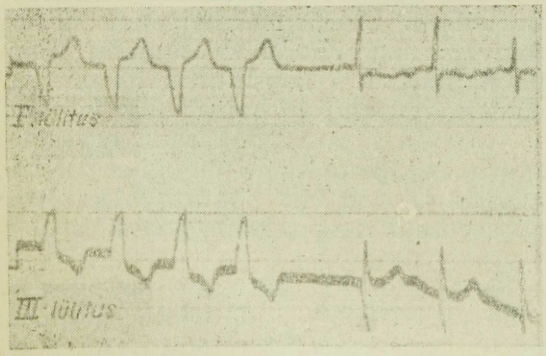
Kõikidel juhtudel kinnitasid müokardi-infarkti diagnoosi kliinilised, laboratoorsed ja elektrokardiograafilised uurimised. Üle pooltel haigetest täheldati vereringe puudulikkuse nähte, 19-l oli kollaps, 10-l kopsuturse. Rütmi- ja juhtehäired olid 46 haigel (86,8%). Me ei lugenud siinustahhükardiat arvestatavate arütmiate hulka, olgugi et paljud autorid peavad visa siinustahhükardiat ebasoodsaks tunnuseks prognoosi aspektist.

Meie andmed arütmiate sagedusest müokardi-infarkti juhtudel ühtivad teiste, sama uurimismeetodit kasutanud autorite andmetega. J. Spann kaasautoritega (1964. a.), T. Julian kaasautoritega (1964. a.) ja R. Schröder kaasautoritega (1967. a.) leidsid arütmiat 73 . . . 95%-l

haigetest müokardi-infarkti ägedas staadiumis. Varem tehtud tavalisel elektrokardiograafilisel uurimisel aga on arütmiaid avastatud peaaegu kaks korda vähem — 15 . . . 49% [M. Vovsi (1956. a.), V. Makolkin (1957. a.) jt.].

Pikaajaline elektrokardiograafiline vaatlus võimaldab arütmiat mitte ainult sagedamini avastada, vaid selle laadi ja tähendust ka täpsemalt hinnata. Varem on korduvalt rõhutatud, et arütmiad müokardi-infarkti ägedas staadiumis on sageli väga lühiajalised ja seetõttu ei ole neid iga kord võimalik kindlaks teha (M. Vovsi, N. Ždanova). Me oleme transitoorseid arütmiaid täheldanud 90%-l ning kestvamat laadi rütmihäireid 65%-l haigetest, kel esines arütmia.

Tavalisel elektrokardiograafilisel uurimisel avastamata arütmiate näitena võib tuua vatsakeste tahhükardia lühiajalisi perioode (vt. joon. 1), mida sedastasime 24,5%-l haigetest. Selliseid vatsakeste tahhükardia transitoorseid hooge on eri autorid avastanud sagedusega 25 . . . 70% [J. Spann kaasautoritega (1964. a.), B. Louen kaasautoritega (1967. a.)]. Hoogudega ei pruugi kaasneda mingit kindlat sümptomaatikat, ent mõned autorid peavad neid vatsakeste fibrillatsiooni eelnähuks (H. Day ja K. Averill, 1966; L. Meltzer ja J. Kitchell, 1966). Meie arvates tuleks neid hooge vaadelda nagu ektoopilise automatismi kollete kõrgenenud aktiivsuse nähte. Neil juhtudel on nähtavasti näidustatud profülaktilise eesmärgiga ravi, mis on suunatud müokardi erutuvuse normaliseerimisele (sageli korduvate hoogude korral novokaiinamiid, glükoosi-insuliini-kaaliumi polariseeriv segu). Elektrokardiogrammi pidev kontroll võib samuti kasulik olla arütmiavastase ravi efektiivsuse hindamisel.



Joonis 1. Vatsakeste tahhükardia transitoorne periood vasaku vatsakese eesseina laialdase müokardi-infarkti puhul (haige L., 55 aastat vana, 22. V 1967. a., haiguslugu nr. 1250)

Näitena esitame 68-aastase haige elektrokardiogrammi, kellel esimestel ööpäevadel täheldati sagedat polütoopset ja grupiviisilist vatsakeste ekstrasüstooliat (vt. tahvel XXI). Polariseeriva segu manustamisel vähenes ekstrasüstoolia intensiivsus märgatavalt, pärast manustamise lõpetamist säilisid vaid üksikud ekstrasüstolid (ekstrasüstoleid sedastati harvem kui üks kümne normaalse kokkutõmbe järel).

Rütmi- ja juhtehäired, mis on tingitud südameglükosiidide tarvitamisest, võivad olla üht ja sama tüüpi nende arütmiatega, mis otseselt on põhjustatud müokardi-infarktist [A. Pick (1963. a.)]. Samal ajal võivad arütmiad vastuseks glükosiidide manustamisele tekkida 50%-l haigetest, ilma et muid digitaalisest põhjustatud intoksikatsiooni-nähte esineks [H. McIntosh ja J. Morris (1965. a.)]. Missugune seos on kasutuselolevate digitaaliserühma preparaatide toime ja arütmiate tekke vahel, seda võimaldab kindlaks teha pikaajaline elektrokardiograafiline vaatlus müokardi-infarkti puhul (vt. tahvel XXI).

Arütmia tekkimist oleme seostanud südameglükosiidide tarvitamisega sel juhul, kui lähema 2 . . . 3 tunni jooksul pärast nende manustamist on täheldatud varem esinenud rütmihäirete sagenemist (näiteks ekstrasüstoolia sagedasemaks muutumist või uute arütmiavormide teket). Meie tähelepanekuil tekkis kahel haigel pärast strofantiini manustamist väga lühikest aega kestev atrioventrikulaarne blokaad (II—III aste). Peab mainima, et selline reaktsioon strofantiini manustamisele järgnes ulatusliku müokardi-infarktiga haigetel tavaliselt pärast preparaadi korduvat tarvitamist. Südameglükosiidide toimel tekkiva arütmia uurimisel on kahtlemata suur praktiline tähtsus.

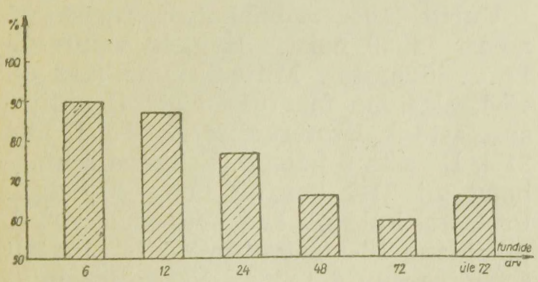
Pikka aega kestev elektrokardiograafiline kontroll võimaldas meil üksikasjalikumalt analüüsida arütmiate sagedust sõltuvalt müokardi-infarkti ägeda staadiumi kestusest. Analüüs näitas, et kõige sagedamini tekivad arütmiad haiguse esimese ööpäeva, eriti esimese 6 . . . 12 tunni jooksul. Haiguse teise ööpäeva lõpuks on täheldatud statistiliselt

olulist arütmia sageduse langust (vt. joon. 2). Sealjuures ilmnes see rütmihäire lakkamise tendents soodsa haiguskulu korral haiguse teise päeva lõpuks, kolmanda alguseks juba võrdlemisi selgelt. Surmaga lõppenud juhtude korral aga vastupidi: täheldati varem esinenud rütmihäirete süvenemist või tekkisid uued häired.

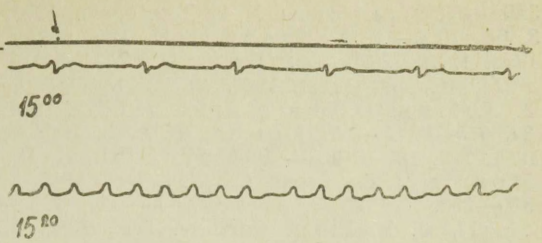
Ägedas perioodis tekkivate juhtehäirete (atrioventrikulaarne ja vatsakesesisene) uurimine näitas nende muutlikkust haiguse varajases järgus isegi pikemaajalise kestuse (mõnest tunnist mõne päevani) korral. Näiteks 7 haigel 14-st, kel oli Hisi kimbu säärte blokaad, täheldati kas blokaadi vaheldumist normaalse vatsakesesisese juhtivusega või vaheldus vatsakesesisese blokaadi tüüp. Näitena toome eesseina laialdase müokardi-infarktiga ja Hisi kimbu parema sääre mittepüsiva blokaadiga haige elektrokardiogrammi, mis muutus mitu tundi kestnud paroksüsmaalse virvendusarütmia hoo järel (vt. joon. 3).

Väga labiilne oli ka atrioventrikulaarne juhtivus: II, III ja IV astme blokaadiga 6 haigel täheldati blokaadi korduvat üleminekut ühest astmest teise. Raskemaastmelise blokaadiga kaasnesid arütmiast põhjustatud kollapsi nähud. Kahel haigel vaheldus II—III astme atrioventrikulaarne blokaad tahhükardiaga (rütmi sagedus 100 korda minutis), mil kollapsi nähud möödusid.

Pikaajaline elektrokardiograafiline vaatlus tagas ka rütmi- ja juhtehäirete õigeaegse diagnoosimise, mis aga on väga tähtis nimetatud tüsistuste edukaks ravimiseks. Nii diagnoositi ühel haigel õigel ajal vatsakeste fibrillatsioon, mis põhjustas kliinilise surma. Kohene elekterimpulssravi ja muude reanimatsiooniabinõude rakendamine



Joonis 2. Arütmia sagedus sõltuvalt müokardi-infarkti kestusest



Joonis 3. Vatsakesesisese blokaadi vahelduv tüüp seoses paroksüsmaalse virvendusarütmia ilmumisega eesseina ja vaheseina laialdase müokardi-infarkti puhul (haige O., 70 aastat vana, 22. XII 1967. a., haiguslugu nr. 2969)

oli edukas ning haige kirjutati haiglast välja rahuldavas seisundis.

Tahaks rõhutada, et käesolevas töös käsitletud elektrokardiograafia-meetod ei põhjusta haigetele mingeid ebamugavusi, kuid samal ajal annab väärtuslikku informatsiooni, mis pole huvitav ainuüksi rütmi- ja juhtehäirete uurimise seisukohalt, vaid sel on ka vahetu tähtsus ravi õigel valikul müokardi-infarkti ägedas staadiumis. Selle meetodi rakendamine intensiivravi-palatites koos kõikide ravi- ja diagnoosimisvõtetega on väga perspektiivne. Rütmi- ja juhtehäirete õigeaegne ravi võimaldab reaalselt vähendada praegu küllalt suurt suremust müokardi-infarkti ägedas staadiumis.

РЕЗЮМЕ. Описывается метод длительного электрокардиографического контроля с помощью оригинального прибора — анализатора сердечной деятельности. Прибор позволяет контролировать частоту ритма и форму электрокардиограммы. При возникновении нарушений производится автоматическое включение регистрирующего электрокардиографа. Метод позволяет своевременно диагностировать возникающие в течении инфаркта миокарда в острой стадии нарушения ритма и проводимости, определять их длительность, характер, взаимосвязь, с применением тех или иных лекарственных препаратов, в частности, сердечных гликозидов. Изучение частоты аритмий с помощью этого метода у 53 больных инфарктом миокарда в острой стадии позволило выявить аритмии в 86,6% случаев. При обычном ЭКГ-ом исследовании аритмии у тех же больных выявлялись почти в 2 раза реже.

Своевременность диагностики аритмий и соответствующее лечение — один из реальных путей борьбы с высокой летальностью при инфаркте миокарда, в чем метод длительного электрокардиографического контроля может быть весьма полезен.

KIRJANDUS: 1. Вовси М. С. Клин. мед., 1956, 9, 4—16. — 2. Жданова Н. С. Тр. 14 Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958, 353—

356. — 3. Маколкин В. И. Тер. архив, 1957, 3, 66—70. — 4. Теодори М. И. Тер. архив, 1953, 1, 19—29. — 5. Day, H. W., Averill, K. Dis. Chest, 1966, 49, 2, 113—118. — 6. Julian, D. G. a. o. Amer. J. Med., 1964, 37, 915—927. — 7. Louen, B. a. o. JAMA, 1967, 199, 188—198. — 8. McIntosh, H. D., Morris, J. Jr. Progr. Cardiov. Dis., 1966, 8, 330—363. — 9. Meltzer, L. E., Kitchell, J. B. Progr. Cardiov. Dis., 1966, 9, 50—63. — 10. Pick, A. In «Coronary Disease. Seventh Hahnemann Symposium». New York, 1963, 247. — 11. Schröder, R. a. o. Z. Kreislaufforsch., 1967, 56, 1, 1—25. — 12. Spann, J. F. a. o. New Engl. J. Med., 1964, 271, 427—431.

A. M. Mjasnikovi nim. Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut

NEERUPEALISTE KOORE FUNKTSIONAALSEST SEISUNDIST REUMAHAIGETEL

OLGA VOLOŽ
Tallinn

UDK 611.453.616-002.77

Viimasel ajal on paljude uurijate tähelepanu köitnud hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi seisund mitmesuguste haiguste puhul. Nimetatud probleemi aktuaalsus on tingitud ühelt poolt selle süsteemi erakordsest tähtsusest organismi kaitse-kohanemisreaktsioonide seisukohalt, teiselt poolt vastavate uurimismeetodite arengust.

Neerupealiste koore funktsionaalse seisundi väljaselgitamisele reumahaigetel on pühendatud arvukalt nii kodukui ka välismaa autorite töid. Eesti NSV-s on seda uurinud K. Kõrge (8, 25), H. Hanson (20), E. Luiga (9) ja R. Trink (18), morfoloogilisi muutusi neerupealiste koores on kirjeldanud V. Valdes (2).

Eri autorite arvamused neerupealiste funktsioonist reumahaigetel aga on erinevad.

P. Martõnova (11), J. Kots ja P. Kolossova (7) arvavad, et reumaatiline protsess ei põhjusta neerupealiste funktsiooni muutusi, ja väidavad, et steroidhormoonide eritumise vähenemine reumahaigetel on tingitud vereringe puudulikkusest. Sellega vastuolus on mitmete autorite [J. Toloknova (17), T. Nikitina (14), V. Murza (12), N. Jenikejeva (5), H. Hanson (20), O. Volož (3, 4), V. Kelley (23) jt.] andmed, mis kõnelevad neerupealiste koore funktsioonihäirete olemasolust reuma korral. Uurinud neuroendokriinse süsteemi reaktiivsust infektsioos-allergiliste haiguste puhul, näitas K. Kõrge (8, 25) neerupealiste koore funktsionaalset inertsust reumahaigetel.

Erinevad on ka arvamused reumaatilise protsessi iseärasuste mõjust neerupealiste funktsioonile. Nii leidis V. Murza (12) tugevamaid häireid pikaleveninud protsessi, J. Rõsseva ja Z. Volkova (15) korduvate hoogude, V. Nazimova (13) aktiivse haigusprotsessi, J. Kots ja P. Kolossova (7) ning P. Ljaštšuk (10) aga vereringe süveneva puudulikkuse korral. Teised uurijad seevastu ei leidnud neerupealiste koore funktsiooni sõltuvust reumaatilise protsessi ägedusest [V. Tihhonravov jt. (16)] või haiguse kestusest ja raskusest [V. Kofkina (6)].

Reumahaigete hüpofüüsi eesmise sagara adrenokortikotroopsele funktsioonile on pühendatud vaid üksikuid töid [V. Kelley 24)].

Käesoleva töö eesmärgiks oli neerupealiste koore funktsiooni mõne näitaja uurimine sõltuvalt reuma faasist, esimesest või korduvast hoost, kulu iseärasustest ja vereringe seisundist.

Uuriti 104 reumahaiget, neist 35 meest ja 69 naist. Haigete vanus oli 15 . . . 66 aastat. Mitteaktiivne faas oli 43-l, aktiivne faas 61 haigel (I aktiivsuse aste A. Nesterovi järgi 34-l, II aste 21-l, III aste 6 haigel). Esimene reumahoog oli 21-l, korduv hoog 40 haigel. Protsessi kulg oli äge 12-l, alaäge 22-l, pikaldane 16-l, latentne 7-l ja pidevalt retsidiveeruv 4 haigel. Vereringe puudulikkust ei täheldatud 37 haigel, I astme puudulikkus esines 30-l, IIa 24-l,

IIb 16-l ja III astme puudulikkus 7 juhul.

Neerupealiste koore funktsiooni uurimiseks määrati:

a) neutraalsete 17-ketosteroidide ööpäevane eritumine uriiniga G. Dernovskaja-Zelentsova poolt modifitseeritud meetodil (1),

b) summaarsete 17-oksükortikosteroidide ööpäevane eritumine uriiniga M. Krehhova poolt modifitseeritud R. Silberi ja C. Porteri meetodil (22, 27),

c) neerupealiste koore funktsionaalsed reservid A. Labharti (26) proovi abil (3 päeva jooksul süstiti 20 üh. *exacthini* lihasesse, kusjuures uuriti 17-ketosteroidide ja 17-oksükortikosteroidide eritumist uriiniga 7 päeva jooksul, sealhulgas 2 päeva enne ja 2 päeva pärast stimuleerimist).

Hüpofüüsi eesmise sagara adrenokortikotroopset funktsiooni uuriti metopiroontesti abil.

Kontrollrühma kuulus 18 tervet inimest, kelle uurimisel saadud andmed ühtisid kirjanduse andmetega: 17-ketosteroidide ekskretsioon oli meestel 7,99 ... 11,46 (9,2±0,427), naistel 5,08 ... 9,3 (7,52±0,501) ja 17-oksükortikosteroidide eritumine 2,75 ... 7,98 (5,52±0,38) mg ööpäevas.

Exacthini ühekordse manustamise järel ilmnes tervetel inimestel 17-oksükortikosteroidide eritumise suurenemine (olemasolevad neerupealiste reservid) keskmiselt 16,75 mg ööpäevas, s. o. 342% algtasemest ($p<0,02$). Keskmine maksimaalne ekskretsiooni juurdekasv pärast korduvat stimuleerimist (potentsiaalsed reservid) oli 33,26 mg ööpäevas ehk 678%. 17-ketosteroidide eritumine suurenes real juhtudel ainult pärast korduvat stimuleerimist, mistõttu võtsime arvesse üksnes maksimaalse juurdekasvu (13,8 mg ööpäevas ehk 145%, $p<0,02$).

Aktiivse reumaatilise protsessi puhul 61 uuritust 48-l (66% esimese ja 85% korduvate hoogudega haigetest) osutus 17-ketosteroidide eritumine normist madalamaks. 17-ketosteroidide ekskretsiooni keskmised väärtused olid madalamad kui kontrollrühmas neil, kellel olid korduvad reumahood (meestel 3,39±0,868 mg ööpäevas, $p<0,01$; naistel 3,81±0,46 mg ööpäevas, $p<0,02$), ja naistel, kellel oli esimene haigushoog (4,92±0,68 mg ööpäevas, $p<0,01$).

17-oksükortikosteroidide ekskretsioon oli vähenenud 19-l 50 uuritud haigest, kel esines aktiivne reuma (35% esimese ja 40% korduvate hoogudega haigetest). Keskmised väärtused olid madalamad kui tervetel inimestel nii esimese (4,3±0,49 mg ööpäevas, $p=0,05$) kui ka korduvate hoogude korral (3,31±0,304 mg ööpäevas, $p<0,01$).

Hormoonide eritumine sõltus haiguse kulu laadist ja hemodünaamika seisundist. Mõlemad näitajad olid veniv-loiu, latentse ja pidevalt retsidiveeruva haiguskulu korral madalamad kui ägeda ja alaägeda reumaatilise protsessi puhul.

Vereringe puudulikkuse juhtudel langesid näitajad vastavalt dekompensatsiooni astmele.

Haigetel, kellel esines esimene reumahoog, olid olemasolevad neerupealiste reservid normaalsed (17-oksükortikosteroidide ekskretsiooni keskmine juurdekasv 14,45 mg ööpäevas ehk 348%).

Korduvate reumahoogude puhul aga osutus hormooni eritumise keskmine suurenemine (4,47 mg ööpäevas ehk 109%) ebausutavaks ($0,05<p<0,1$); sageli tekkisid paradoksaalsed reaktsioonid.

Potentsiaalsed reservid olid reumahaigetel häiritud nii esimese kui ka korduvate hoogude puhul. Esimese hoo korral ei olnud keskmine 17-oksükortikosteroidide eritumise suurenemine usutav, võrreldes esimese stimulatsioonipäeva tasemega (6,09 mg ööpäevas ehk 147%, $0,6<p<0,7$). Korduvate reumahoogude all kannatavatel haigetel oli maksimaalne 17-oksükortikosteroidide ekskretsiooni juurdekasv (16,14 mg ööpäevas ehk 365%) 2 korda madalam kui tervetel inimestel (33,26 mg ööpäevas ehk 678%, $p<0,01$).

Keskmine maksimaalne 17-ketosteroidide ekskretsiooni suurenemine aktiivset reumat põdevatel haigetel (2,33 mg ööpäevas ehk 31% esimese ja 2,51 mg ööpäevas ehk 83% korduvate hoogude puhul) osutus ligi 5,5 korda väiksemaks kui kontrollrühmas ($p<0,02$).

Haigetel, kel reuma oli inaktiivses faasis ja kel hemodünaamika häireid ei esinenud, olid 17-ketosteroidide ja 17-oksükortikosteroidide ekskretsiooni keskmised väärtused normis, vereringe

dekompensatsiooni lisandumisel aga langesid. Olemasolevad ja potentsiaalsed reservid ei erinenud neil kontrollrühma vastavatest näitajatest ka vereringe I ja II astme puudulikkuse juhtudel. Maksimaalne 17-ketosteroidide erituse juurdekasv (4,9 mg ööpäevas ehk 109%) aga oli ligi 2,5 korda madalam kui tervetel inimestel ($p<0,05$).

Hüpofüüsi eesmise sagara funktsionaalseid reserve uuriti 8 reumahaigel, neist 5-l oli haigus aktiivses faasis. Pärast 3,0 g metopirooni (Ciba, Basel) manustamist suureneş 17-oksükortikosteroidide eritumine kõigil üle 100%, mis viitab normaalsele hüpofüüsi adrenokortikotroopsele funktsioonile [J. Fleišman (19), E. Gold kaastöölistega (22), W. Žukovski ja S. Gruszka (28) jt.].

Neerupealiste funktsiooni dünaamilisel jälgimisel selgus, et steroidpreparaatidega ravitud haigetel, kes ravikuuri vältel said prednisolooni 150... 550 mg, keskmised 17-ketosteroidide ja 17-oksükortikosteroidide ekskretsiooni väärtused ei muutunud. Näitajate dünaamika erines üksikjuhtudel tunduvalt ja oli seoses ravi efektiivsusega, kuid ei sõltunud hormooni annusest. Neerupealiste potentsiaalsed reservid hormoonravi rakendamisel normaliseerusid, 17-ketosteroidide ekskretsiooni juurdekasv samuti tõusis, kuid minimaalsel määral.

Järeldused

1. Reumahaigetel esinevad neerupealiste koore funktsiooni häired, mis on tugevamini välja kujunenud reuma aktiivses faasis, korduvate hoogude, loiu ja retsidiveeruva kulu ning vereringe puudulikkuse korral.

2. Hüpofüüsi eesmise sagara adrenokortikotroopne funktsioon osutus reumahaigetel normaalseks, vaatamata haiguse faasile.

3. Steroidhormoonide manustamisel keskmistes annustes (150... 550 mg prednisolooni ravikuuri vältel) ei kujune reumahaigetel tunduvat neerupealiste koore funktsiooni langust.

4. Et neerupealiste funktsioon sõltub reumaatilise protsessi kliinilistest iseärasustest, siis on vaja vastavalt diferentseerida steroidpreparaatide annust. Korduvate reumahoogude puhul, eriti loiu ja retsidiveeruva haiguskulu korral, on neerupealiste koore hormoone otstarbekohane kasutada asendusraviks. Hormoone tuleb manustada väikestes annustes (10 mg *pro die*), et vältida nende ebasoodsat toimet neerupealiste koore funktsioonisse, mis sel puhul on tunduvalt häiritud.

Esimese reumahoo all kannatavate haigete puhul, kellel neerupealiste funktsioon on vähemal määral muutunud, võib hormoone kasutada tunduvalt suuremates annustes (30... 40 mg *pro die*).

5. Hormoonravi ajal on soovitatav kontrollida neerupealiste koore funktsiooni, mida saab teha linnahaigla biokeemialaboratooriumi tingimustes.

РЕЗЮМЕ. Функция коры надпочечников изучалась у 104 больных ревматизмом, из которых у 61 процесс был активным.

Исследовались суточная экскреция нейтральных 17-кетостероидов и суммарных 17-оксикортикостероидов, функциональные резервы коры надпочечников (проба Лабхарта) и адренокортикотропная функция передней доли гипофиза (метопироновый тест).

Установлены нарушения функции коры надпочечников, более выраженные у больных в активной фазе, при повторных атаках, меньшей остроте течения процесса и наличии нарушений гемодинамики. Адренокортикотропная функция передней доли гипофиза была нормальной, независимо от фазы заболевания.

При лечении преднизолоном (на курс 150—550 мг) у больных ревматизмом не возникало выраженного угнетения функции коры надпочечников.

Автор предлагает дифференцировать дозу стероидных препаратов в зависимости от особенностей клинического течения ревматизма.

KIRJANDUS: 1. Дерновская-Зеленцова Г. Л. Пробл. эндокр. и гормонотер., 1964, 6, 105—108. — 2. Вальдес В. А. О функционально-морфологических изменениях коры надпочечников при различных болезненных состояниях. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Таллин, 1967. — 3. Волож О. И. Матер. I кардиол. научн. практ. конф. ЭССР. Таллин, 1967, 126—130. — 4. Волож О. И. Матер. к седьмой научн. конф. по пробл. «ревматизм-ревматоиды». Л., 1968, 11—17. — 5. Еникеева Н. Б. Тез. докл. научн. конф. Ин-та ревм. по матер. 1959—1961 гг. М., 1961, 57—58. — 6. Кофкина В. В. Вопр. ревм., 1964, 4, 25—28. — 7. Коц Я. И., Колосова П. С. Тр. Госп. тер. кл. Оренбургского мед. ин-та. 1964, 13—17. — 8. Кырге К. Х. Проблемы реактивности организма и десенсибилизирующей терапии. Автореф. дисс. докт. мед. наук, Тарту, 1963. — 9. Луйга Э. Э. Функция коры надпочечников у детей больных ревматизмом при различных методах лечения. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Л., 1966. — 10. Лящук П. М. Тер. арх., 1965, 5, 93—94. — 11. Мартынова П. Г. Вопросы кардиологии. Тр. Воронежского мед. ин-та, 1962, 103—109. — 12. Мурза В. А.

Функциональное состояние коры надпочечников и щитовидной железы при ревматизме. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Вильнюс, 1962. — 13. Назимова В. Г. Матер. научн. конф. по пробл. «ревматизм». Саратов, 1963, 76—78. — 14. Никитина Т. П. Состояние функции коры надпочечников при рефматизме у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Л., 1963. — 15. Рысева Е. С., Волкова З. И. Вопр. охр. мат. и дет., 1963, 2, 11—16. — 16. Тихонравов В. А. и др. Пробл. эндокр. и гормонотер., 1962, 3, 82—86. — 17. Толокнова Е. А. Исследование содержания гормонов коры надпочечников при лечении больных кардиальной формой ревматизма. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1957. — 18. Тринк Р. Ф. Изменения активности патологического процесса и функции коры надпочечников у больных ревматизмом и ревматоидным артритом под влиянием комплексного курортного лечения при применении хаапсалуской морской грязи. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Таллин, 1967. — 19. Флейшман Е. В. Тер. арх., 1965, 2, 75—79. — 20. Хансон Х. Учен. зап. Тартуского гос. ун-та, вып. 76, 1959, 18—23. — 21. Юдаев Н. А. Химические методы определения стероидных гормонов в биологических жидкостях. М., 1961. — 22. Gold, E. M. a o. Metabolism, 1960, 9, 3—21. — 23. Kelley, V. C. Ann. Rheum. Dis., 1954, 13, 356—358. — 24. Kelley, V. C. Inflammation and Diseases of Connective Tissue. Philadelphia — London, 1961, 575—580. — 25. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 1, 3—9. — 26. Labhart, A. Helv. Med. Acta, 1952, 19, 344—350. — 27. Silber, R., Porter, C. J. Biol. Chem., 1954, 210, 923—932. — 28. Żukowski, W., Gruszka, S. Wiad. Lek., 1965, 18, 774—776.

Tallinna Pelgulinna Haigla

REUMASSE HAIGESTUMINE JA SELLE SEOS KLIIMAGA EESTI NSV SAARTEL

REINHOLD BIRKENFELDT
Kingissepa

UDK 616-002.77 : 613.1(474.2)

Andmed reuma ja kliima vahekorra, eriti reumasse haigestumise ning meteoroloogiliste tegurite omavahelise seose kohta on vasturääkivad. Osa uurijaist (4, 7, 10, 13, 16) kinnitab meteoroloogiliste tegurite olulist osa reuma patogeneesis ja kliinilises kulus. Osa autoreist (2, 6) aga peab neid teisejärguliseks või hoopis eitab seost meteoroloogiliste teguritega (1, 11).

Sagedamini seostatakse reumasse haigestumist ja reuma ägenemisi temperatuuri kõikumise (7), õhu relatiivse niiskuse suurenemise (6, 16) ning õhurõhu muutumisega, seda eriti kevaditi ja sügiseti (16); harvem päikesekiirguse ning atmosfäärielektri muutumisega, tuule kiiruse, sademete rohkuse ja veeauru rõhuga (9).

Et enamik sellelaadsetest uurimistest on tehtud kontinentaalse kliimaga piirkondades [eeskätt need, mis eitavad meteoroloogiliste tegurite osatähtsust (2, 11)], siis on seniajani vähe andmeid nimetatud tegurite mõju kohta merelise kliimaga rajoonides.

Ebasoodsate meteoroloogiliste tegurite kompleksne toime on tihedalt seotud külmetusega. Külmetushaigustesse haigestumine on eelkõige tingitud eespool mainitud meteoroloogiliste tegurite muutustest, eriti temperatuuri subnormaalsetest kõikumistest (3, 5, 12). A. Nesterov ja J. Sigidin (6) käsitavadki külmetust mittespetsiifilise ärritina, provotseeriva momendina reuma retsidiivide tekkes.

Käesolevas töös on lähema vaatluse alla võetud reumasse haigestumine Eesti NSV saartel kui ühtse kliimaga piirkonnas, mis A. Raigi (8) järgi kuulub merelise kliima valdkonda.

Aastail 1963 . . . 1965 võeti eriarvele ning jälgiti pidevalt Kingissepa ja Hiiumaa rajoonis registreeritud kõiki reumahaigeid. Kokku oli vaatluse all 464 haiget, neist 105 last ja 359 täiskasvanut; sealhulgas 89 last ja 276 täiskasvanut Kingissepa ning 16 last ja 83 täiskasvanut Hiiumaa rajoonis. Kolm aastat jälgiti regulaarselt 283 haiget, kaks aastat 119 ja üks aasta 62 haiget. Kõiki nimetatuid dispanseerisid ka kohalikud jaoskonnaarstid.

Samal ajavahemikul koguti andmeid angiinidesse, ülemiste hingamisteede

Reumasse haigestumine ja retsidiivid aastail 1963 ... 1965

Aasta	Rajoon	Reumasse haigestumine		Esmane haigestumine		Retsidiivid	
		üld-arv	1000 elaniku kohta	üld-arv	1000 elaniku kohta	üld-arv	% haigete üldarvust
1963	Kingissepa	237	5,9±0,4	37	0,9±0,2	42	17,7±2,5
	Hiiumaa	55	5,5±0,7	6	0,6±0,2	7	12,7±4,4
1964	Kingissepa	321	8,0±0,5	25	0,6±0,1	36	11,2±1,7
	Hiiumaa	67	6,7±0,8	9	0,9±0,3	15	22,3±5,1
1965	Kingissepa	332	8,3±0,5	17	0,4±0,1	20	6,0±1,3
	Hiiumaa	87	8,7±0,9	6	0,6±0,2	11	12,6±3,5

katarridesse, grippi ja sarlakitesse haigestumise kohta (kuude lõikes aruande vorm nr. 85 põhjal). Võrdluseks võeti saartel asuvate meteoroloogiajaamade ja Eesti NSV-s tehtavate aktinomeetriliste vaatluste tulemused samade aastate jooksul.

Reumasse haigestumisest annab ülevaate tabel. Sealt nähtub, et pärast kõigi inaktiivsete klapiriketega haigete arvelevõtmist ja diagnoosimismeetodite paranemist reumahaigete arv esialgu suurenes. Aastail 1963 ... 1965 haigestus reumasse esmakordselt 100 inimest, retsidiive tekkis 109-l, neist 22-l korduvalt. Esmase haigestumise sagedus ja retsidiivide arv on Kingissepa rajoonis aasta-aastalt vähenenud. Hiiumaa rajoonis on need näitajad kõikuvad, mis võib olla tingitud sellest, et vaadeldaval perioodil, eriti 1964. aastal (14), oli haigestumine angiinidesse Hiiumaal suurem.

Haigestumises ilmnes tugevasti väljenduv sesoonsus (15). Näiteks Hiiumaal oli kolme aasta jooksul märtsis, aprillis ja oktoobris kokku 63% reumaatakkide üldarvust, juunist septembrini aga ainult 2 esmast haigestumist ja 1 retsidiiv (5%).

Võrdlesime kuude lõikes (sellistel kuudel, mil haigestumine oli suurem, ka dekaadide lõikes) ühelt poolt esmast reumasse haigestumist, reuma retsidiivide tekkimist, angiinidesse, ülemiste hingamisteede katarridesse, grippi ja sarlakitesse haigestumise sõltuvust meteoroloogilistest teguritest. Teiselt poolt kõrvutasime meteoroloogilisi andmeid paljude aastate keskmiste näitajatega. Tuli ilmsiks mitmeid seaduspärasusi.

Kevadel sageneb reumasse haigestumine perioodidel, mil esinevad ulatuslikud temperatuuri kõikumised subnormaalsete temperatuuride tsoonis (+10 ... −10° C) ning mil õhu relatiivne niiskus suureneb, päikesepaiste tegelik kestus lüheneb võimalikust kestusest ja summaarne radiatsioon väheneb. Sügisel tekib reumaatakke rohkem sellistel aegadel, mil relatiivne õhuniiskus suureneb, õhurõhk langeb või õhurõhu kõikumised on ulatuslikud, samuti siis, kui päikesepaiste tegelik kestus on võimalikust kestusest lühem.

Näiteks 1963. a. märtsis ja aprillis registreeriti Kingissepa rajoonis 9 esmast reumaatakki ja 13 retsidiivi. Neil kuudel esinesid rajoonis suured temperatuuri kõikumised subnormaalsete temperatuuride tsoonis: märtsis −20,7 ... +2,4° C, aprillis −15,0 ... +12,6° C, seejuures oli märtsi II ja III dekaadi keskmine temperatuur saartel 8 ... 10° C normist madalam. Kuude keskmised temperatuurid (−7,3° ja +1,0° C) olid paljude aastate keskmisest temperatuurist (−1,7° ja +3,0° C) madalamad. Aprillis olid iseloomulikud päikesepaiste tegeliku kestuse tunduv lühenemine võimalikust kestusest (märtsis 58%, aprillis 50% võimalikust) ja keskmise relatiivse õhuniiskuse järsk suurenemine (märtsis 80%, aprillis 87%, paljude aastate keskmine vastavalt 84% ja 83%).

Arvutasime reumasse haigestumise ja retsidiivide arvu ning üksikute meteoroloogiliste näitajate vahelise korrelatiivse suhte (η) iga aasta kohta (kuude lõikes).

Korrelatiivne suhe on suur ja vastassuunaline keskmiste temperatuuride ($\eta = -0{,}89 \ldots -0{,}95$), päikesepaiste te-

geliku kestusega protsentides ($\eta = -0{,}72 \ldots -0{,}84$) ja summaarse kiirgushulgaga ($\eta = -0{,}70 \ldots -0{,}85$).

Nimetatud suhe on märgatav ja vastassuunaline sademete hulgaga ($\eta = -0{,}60 \ldots -0{,}90$) ja keskmise veeauru-rõhuga ($\eta = -0{,}60 \ldots -0{,}80$). See on mõõdukas ja vastassuunaline keskmise tuule-kiirusega ($\eta = -0{,}33 \ldots -0{,}85$).

Korrelatiivne suhe on märgatav ja samasuunaline keskmise relatiivse õhuniiskuse ($\eta = 0{,}62 \ldots 0{,}74$), keskmise õhurõhu ($\eta = 0{,}60 \ldots 0{,}91$), õhurõhu kõikumiste amplituudi ($\eta = 0{,}66 \ldots 1{,}0$) ja minimaalse õhurõhuga ($\eta = 0{,}67 \ldots 0{,}86$).

Kõik korrelatiivsed suhted on täiesti tõenäosed.

Arvutuste tulemused näitavad reumasse haigestumise ilmset korrelatiivset seost meteoroloogiliste teguritega. Perioodidele, mil tegemist on suure haigusjuhtude arvu ja retsidiivide tekkega, on karakteersed järgmised tegurid: ulatuslikud temperatuuri kõikumised subnormaalsete temperatuuride tsoonis koos tunduvate kõrvalekaldumistega paljude aastate keskmisest temperatuurist; suurenenud keskmine õhu relatiivne niiskus; madal keskmine õhurõhk koos ulatuslike kõikumistega; päikesepaiste tegeliku kestuse tunduv lühenemine võimalikust ja summaarse radiatsiooni vähenemine paljude aastate keskmisest radiatsioonist.

On arusaadav, et meteoroloogilised tegurid toimivad kompleksselt, kusjuures ühe või teise teguri osatähtsus võib muutuda. Võib arvata, et meteoroloogiliste tegurite osatähtsus reuma levikus on eri kliimaga piirkondades erisugune. Merelise kliimaga aladel on haigestumise ja kliima seos veelgi tugevamini väljendunud.

РЕЗЮМЕ. С 1963 по 1965 г. в Кингисеппском и Хийумааском районах Эстонской ССР (на островах) были взяты на учет и под постоянное наблюдение все зарегистрированные больные ревматизмом. Всего 464 человека взрослых и детей.

Первичная заболеваемость и число рецидивов в Кингисеппском районе из года в год уменьшались, а в Хийумааском районе колебались, что можно объяснить повышенной заболеваемостью ангинами.

На островах Эстонской ССР отмечается ярко выраженная сезонность заболеваемости ревматизмом, которая повышается в марте, апреле и октябре.

В периоды возникновения атак ревматизма характерны большие колебания температуры воздуха в зоне субнормальных температур с резкими отклонениями от многолетних средних, повышенная относительная влажность воздуха, низкое среднее атмосферное давление с большими амплитудами колебаний, уменьшение фактической продолжительности солнечного сияния и суммарной радиации. Корреляционные отношения для числа атак ревматизма по вышеуказанным показателям имеют заметную или высокую степень связи.

KIRJANDUS: 1. Виленский Л. И. и др. В кн.: Вопросы климатопатологии в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. М., 1961, 96—104. — 2. Горяев Ю. А. Эпидемиология ревматизма в Иркутской области. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Иркутск, 1965. — 3. Койранский Б. Б. Охлаждение, переохлаждение и их профилактика. Л., 1966. — 4. Купарадзе Б. Б. Некоторые особенности ревматизма у детей в условиях Черноморского побережья Аджарии. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Тбилиси, 1965. — 5. Левинсон А. С. Клинич. медицина, 1950, 10, 53—56. — 6. Нестеров А. И., Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. 2-ое изд. М., 1966. — 7. Никонова Т. Н. Материалы к клинике, лечению и профилактике ревматизма у детей г. Алма-Аты. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Ташкент, 1961. — 8. Райк А. А. Сборник работ Таллинской ГМО. Вып. 3. Л., 1965, 39—46. — 9. Ревматология. София, 1965. — 10. Хайкина Б. Г. и др. Тр. Оренбургского мед. ин-та, т. 8, Оренбург, 1964, 147—158. — 11. Церенгийн Д. О распространенности, клинике и течении ревматизма в Монгольской Народной Республике. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1962. — 12. Чубинский С. М. Биоклиматология. М., 1965. — 13. Assmann, D. Die Wetterfühligkeit des Menschen. Zweite Auflage. Jena, 1963. — 14. Birkenfeldt, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 5, 350—352. — 15. Birkenfeldt, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 5, 333—336. — 16. Trauner, L. Reumatizam, 1957, 4, 3, 68—72.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla

SEERUMIFERMENTIDE AKTIIVSUSEST MAKSA- JA SAPITEEDE HAIGUSTE PUHUL

AINO DANILOVITS
Tartu

UDK 612.015.1 : 616.36/361 : 616.368

Kuigi kasutatakse paljusid kliinilisi ja laboratoorseid uurimisviise, tuleb ka käesoleval ajal ette raskusi selliste maksa- ja sapiteede haiguste diagnoosimisel, millega kaasneb kollatõbi. Leidub rohkesti andmeid vereseerumi ja maksakoe fermentide uurimise kohta nende haiguste puhul. Mitmed autorid peavad tõhusaks abimeetodiks diagnoosimisel üksikute vereseerumi fermentide — transaminaasi (14, 17, 18, 21, 22, 26, 28), aldolaasi (4, 6, 8, 12) ja alkaalse fosfataasi (2, 3, 9, 24), maksale eriomaste fermentide sorbiitdehüdrogenaasi, leutsiinaminopeptidaasi (7, 10, 11, 13, 16, 20, 23) jt. — aktiivsuse uurimist. On andmeid ka seerumifermentide kompleksse uurimise, seerumifermentide spektri määramise kohta (1, 5, 13, 20, 25).

A. Pokrovski (5), E. Schmidti ja F. Schmidti (25), J. Cotte' ning kaastööliste (13) jt. tähelepanekuil on maksa- ja sapiteede haiguste kindlakstegemisel uuritud 7 . . . 15 fermendi aktiivsust. See aga nõuab igapäevases praktilises töös palju aega ja on raskesti teostatav.

Käesoleva töö ülesandeks oli seerumifermentide komplekssel uurimisel leida väiksem, kuid küllaldane fermentide arv ja sobiv kombinatsioon. Nende uurimine aitaks üle saada eri etioloogiaga, kollasusega kulgevate haiguste diferentsiaaldiagnoosimise raskustest, panna varajast diagnoosi, valida õige etiopatogeneetiline ravi ja profülaktika.

Peale haigete kliinilise uurimise määrati käesolevas töös seerumifermentidest aldolaasi (AL), fosfoheksoosoisomeraasi (FHI), alkaalse fosfataasi (AF), aspartaat- (AST) ja alaniinaminotransferaasi (ALT) aktiivsust ning viimastevahelist suhet, s. o. De Ritise kvotsienti $\left(\frac{AST}{ALT}\right)$. Uuriti ka pigmendi-ainevahetuse näitajaid (bilirubiinisisaldus veres, sapipigmentide sisaldus uriinis) ja tümoolproovi. Kirjanduse andmetest ja kontrollrühmal tehtud uuringutest lähtudes peeti normaalseks AL 1 . . . 8 üh., FHI 1 . . . 15 üh., AST 1 . . . 12 üh., ALT 1 . . . 9 üh., De Ritise kvotsient > 1, AF aktiivsus täiskasvanuil 1 . . . 6 üh., lastel 1 . . . 10 üh. Bodansky järgi, bilirubiinisisaldus kuni 1,0 mg%, tümoolproov 1 . . . 7 üh.

Uuriti 477 haiget, neist 228 täiskasvanut (18 . . . 80-aastased) ja 249 last (2 . . . 15-aastased), kes viibisid uurimisel ja ravil Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas. Täiskasvanuist 170-l esines viirushepatiit, 38-l sapiteede mehhaaniline sulgus, 8-l maksatsirroos ning 12-l sapipõie- ja sapiteede põletik. Kõikidel lastel oli viirushepatiit. Seerumifermentide aktiivsust määrati veel 15 doonoril ja 25 haigel, kel oli diagnoositud muid haigusi ning kellel maksa ja sapiteede kahjustusi ei esinenud. Uuringuid tehti korduvalt umbes ühenädalaste vaheaegade järel.

Viirushepatiidi kerge vormi puhul intoksikatsiooninähud kas puudusid või olid kergelt välja kujunenud. Vere bilirubiinisisaldus oli neil haigeil kuni 3,0 mg%. Keskmise raskusega viirushepatiidi juhtudel ilmusid lühikest aega mõõdukad intoksikatsiooninähud, vere bilirubiinisisaldus ulatus 5,0 mg%-ni. Rasketel viirushepatiidi juhtudel püsisid intensiivsed intoksikatsiooninähud nädalapäevade jooksul, bilirubiinisisaldus oli 5,1 . . . 10,0 mg% või üle selle.

Tabelist 1 nähtub, et lastel täheldati kergeid haigusvorme tunduvalt sagedamini kui täiskasvanuil. Kergetest vii-

Tabel 1

Viirushepatiiti põdevate haigete jaotumine vastavalt haiguse kulule

Haiguse kulg	Täiskasvanud		Lapsed	
	arv	%	arv	%
Kerge	23	13,4	175	70,0
Keskmine	127	75,0	68	27,6
Raske	20	11,6	6	2,4
Kokku	170	100,0	249	100,0

Tabel 2

Seerumifermentide aktiivsus (üh.) viirushepatiiti põdevatel haigetel

Ferment	Täiskasvanud	Lapsed
AF	4,8±0,27	10,2±1,64
AL	25,0±2,72	23,4±1,41
FHI	30,0±1,92	28,9±1,71
AST	28,2±2,42	24,7±1,39
ALT	37,8±3,46	27,5±2,54

rushepatiidi juhtudest lastel kulges 16% ilma naha ja limaskestade kollasuseta ning ka bilirubiinisisaldus veres oli normis. Kuigi tegemist oli kergete ja lühikest aega vältavate intoksikatsiooninähtude ning mõõduka hüperbilirubineemiaga, oli maks kõikidel lastel pikema aja jooksul märgatavalt suurenenud. Maksakoe patoloogilised protsessid taandusid ja repareerusid täiskasvanuil 3. kuni 4., lastel 4. kuni 5. haigusnädalal või hiljem.

Seerumifermentide aktiivsus viirushepatiiti põdevatel haigetel on esitatud tabelis 2.

AF aktiivsus oli viirushepatiidi puhul suurenenud 45,3%-l uuritud täiskasvanuist ja 23,5%-l uuritud lastest. Ülejäänud juhtudel oli see normis (täiskasvanuil 2,3±0,3, lastel 8,9±0,62). Viirushepatiiti põdevatel täiskasvanuil ulatus AF aktiivsus 14 üh-ni, lastel 28,4 üh-ni. AF aktiivsuse sõltuvust haiguse raskusest käesoleva töö käigus ei täheldatud. Märkimisväärne oli selle suurenemine tuberkuloosi põdevatel viirushepatiidihaigetel ja nendel, kellel lisandus sapipõie ja -teede bakteriaalne infektsioon. Et AF aktiivsus luustiku kahjustuse juhtudel ja tervetel lastel on suurem kui täiskasvanuil, siis AF määramisel lastel viirushepatiidi puhul nii suurt tähtsust diagnoosimisel ei ole.

Paralleelselt AF normaalse aktiivsuse või selle kerge tõusuga suurenes viirushepatiidi ägedal perioodil nii täiskasvanuil (98,5%) kui ka lastel (92,6%) glükolüütiliste fermentide aktiivsus. AL ja FHI aktiivsus olenesid haiguse raskusest, olles raskematel haigusjuhtudel suurem ja vastupidi. Ka J. Bojer jt. (10) märgivad, et 80%-l viirushepatiiti põdevatest haigetest tuleb ette FHI aktiivsuse tõusu, kusjuures selle dünaamika on paralleelne teiste glükolüütiliste fermentide aktiivsuse dünaamikaga.

Enamikul viirushepatiiti põdevatest haigetest (90,0%-l täiskasvanuist, 96,7%-l lastest) konstateeriti ka märkimisväärset aminotransferaaside aktiivsuse tõusu. ALT aktiivsus oli seejuures kõigil haigeil, võrreldes AST aktiivsusega, suurem ($p > 0,01$), mistõttu De Ritise kvotsient oli <1. Aminotransferaaside aktiivsuse suurenemist täheldati ka kollasuseta haigusvormide puhul (ALT 17,6±1,48, AST 12,4±0,32).

Aminotransferaaside aktiivsuse ja De Ritise kvotsiendi määramisel on seega väärtus diagnoosimise seisukohalt nii lastel kui täiskasvanuil ka kergete, kollasuseta kulgeva viirushepatiidi juhtudel.

Seerumifermentide aktiivsusest maksa-, sapipõie ja -teede haiguste puhul annab ülevaate tabel 3.

Sapiteede mehhaanilise sulguse põhjuseks olid 25 haigel kõhunäärme pea vähk, 3-l sapiteedest lähtunud pahaloomuline kasvaja, 3 haigel esinesid vähi metastaasid maksas ja 7-l sapikivitõbi. Kliinilist diagnoosi kinnitas enamikul juhtudest laparotoomia või lahang.

Kõikidel sapiteede mehhaanilise sulguse juhtudel, olenemata sulguse põhjustest, ilmnes märkimisväärne hüperfosfataseemia (25,8±2,42). Raske hai-

Tabel 3

Seerumifermentide aktiivsus (üh.) maksa- ja sapiteede haiguste puhul

Diagnoos	Fermendid					De Ritise kvotsient
	AF	AL	FHI	AST	ALT	
Viirushepatiit	5...10	8...55	25...56	22...38	27...49	<1
Sapiteede mehhaaniline sulgus	10...52	5...14	14...40	10...18	7...16	>1
Maksatsirroos	11...24	1...11	17...22	11...21	7...18	>1
Sapipõie- ja -teede põletik	1...6	1...8	1...16	7...12	5...8	>1

gusseisundi puhul ja siis, kui kolestaas oli püsinud pikemat aega, oli AF aktiivsus kuni 10 korda normist suurem. Eriti kõrget AF aktiivsust täheldati kõhunäärme pea vähki põdevatel haigetel, kellel fermendi aktiivsus ulatus 52 üh-ni. Märkimisväärne on AF aktiivsuse varajane suurenemine pahaloomulise kasvaja metastaaside olemasolul maksas ka kerge hüperbilirubineemia puhul. Sapikivitõbe ja maksatsirroosi põdevatel haigetel oli AF aktiivsus mõõdukalt suurenenud, mis raske tsirroosi juhtudel ulatus 24,2 üh. ja ühel surmaga lõppenud sapikivitõve juhul 30,6 üh.

Mitmete uurijate andmeil (11, 15, 16, 19, 26, 27) on AF aktiivsus suurenenud peamiselt sapiteede mehhaanilise sulguse puhul ning fermendi aktiivsuse määramine on oluline eelkõige diferentsiaaldiagnoosimise aspektist. Käesoleva töö käigus tehtud uurimiste põhjal on AF aktiivsus üks olulisi maksa- ja sapiteede haiguste etiopatogeneesi väljendusi, sest see tõuseb ka viirushepatiiti ja maksatsirroosi põdevatel haigetel. M. Westi ja H. Zimmermanni (27) arvates põhjustab maksasisene sapipais AF aktiivsuse suurenemist kuni 10 üh., maksaväline sapiteede sulgus rohkem kui 10 üh. võrra. Käesoleva töö andmeil ei määra AF aktiivsuse diagnostilist ja patogeneetilist tähtsust ainult AF väärtused, vaid fermendi aktiivsuse muutumine koos teiste fermentide aktiivsuse muutumise ja kliiniliste sümptoomidega.

Sapiteede mehhaanilise sulguse puhul täheldati 76%-l haigetest FHI aktiivsuse mõõdukat tõusu (20,9±2,52 üh.). FHI aktiivsuse märkimisväärne suurenemine (40,5 üh.) koos kõrge hüperfosfataseemiaga esines kõhunäärme pea vähki põdevatel haigetel, kellel täheldati hüperglükeemiasündroomi.

FHI aktiivsus maksa- ja sapiteede haigusi põdevail isikuil olenes seega maksa kahjustuse laadist, selle ulatusest, asukohast, kaasuvatest maksa ja kõhunäärme talitluse häiretest.

Aminotransferaaside aktiivsus oli sapiteede mehhaanilise sulguse, maksatsirroosi, sapipõie- ja -teede põletiku juhtudel normis või veidi suurenenud (vt. tabel 3). Neil juhtudel, kui see oli suurenenud, oli AST aktiivsus ALT aktiivsusega võrreldes suurem ja De Ritise kvotsient >1 ($p>0,01$).

Vere bilirubiinisisaldus olenes maksa-, sapipõie ja sapiteede haiguse põhjusest, laadist ning raskusest. Enamikul viirushepatiiti põdevatest haigetest (96,8%) ulatus see kuni 10 mg% ja ainult üksikjuhtudel üle selle. Sapiteede mehhaanilise sulguse korral oli vere bilirubiinisisaldus suurem, ulatudes 22... 25 mg%. Maksatsirroosi ja sapiteede põletikku põdevatel haigetel oli vere bilirubiinisisaldus normis või mõõdukalt suurenenud.

Viirushepatiidihaigetel täheldati olulisi nihkeid valgu-ainevahetuses, mis ilmekalt väljendus tümoolproovis. See oli nimetatud haigetel 60... 80 üh. piires, raske ja pikaldase haiguskulu korral 100±11,28 üh. ja rohkem. Märkimisväärselt kõrge oli tümoolproov maksatsirroosi juhtudel (83,0±7,57), olles püsivat laadi ja aeglase normaliseerimistendentsiga. Sapiteede mehhaanilise sulguse korral oli see normis.

Töö tulemused näitavad, et erineva etioloogiaga, kollasusega kulgevate maksa-, sapipõie ja sapiteede haiguste diferentsiaaldiagnoosimisel on kliinilise pildi, vere bilirubiinisisalduse ja tümoolproovi kõrval oluline ja määrav tähtsus mitte ühe fermendi, vaid fermentide (fermentide spektri) kompleksel uurimisel.

Fermentide spektris võib olulisena esile tõsta AF, AST, ALT, De Ritise kvotsiendi ning ühe glükolüütilise fermendi (AL, FHI) aktiivsuse dünaamikat. Maksa- ja sapiteede haiguste diagnoosimisel osutub seega otstarbekohaseks ja piisavaks, kui paljude fermentide aktiivsuse asemel määrataks 3 või 4 fermendi aktiivsus. Sapiteede mehhaanilise sulguse eristamiseks viirushepatiidist võib küllaldaselt abi anda isegi AF ja ühe aminotransferaasi aktiivsuse uurimine, mis on lihtne ja mida saab kergesti teha igasugustes tingimustes.

РЕЗЮМЕ. В работе велись исследования клинической картины и активности щелочной фасфатазы (ЩФ), фосфогексозоизомеразы (ФГИ), аспартат — (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), а также соотношения последних двух (квоциент Де Ритиса) у 447 больных различной этиологии болезни печени и желчных путей.

На основании результатов исследований для устранения возникших диагностических затруд-

нений при болезнях, протекающих с желтушным синдроном, наряду с исследованием клинической картины, содержания билирубина крови и тимоловой пробы, можно рекомендовать и определение активности ЩФ, АСТ, АЛТ и квоциент Де Ритиса.

Исследование ферментного спектра помогает установить диагноз, содействует ранней госпитализации больных и правильному лечению.

KIRJANDUS: 1. Громошевская Л. Л., Демин В. И. В кн.: Инфекционный гепатит, М., 1962, 180—191. — 2. Мансуров Х. Х. Актуальные вопросы патологии печени, АН Таджикской ССР, 1962, вып. 1, 9—23. — 3. Мансурова М. Д., Эйцен Э. Ф. Там-же, 57—72. — 4. Паникоровская Г. В., Фридман Р. О. Педиатрия, 1958, 4, 29—33. — 5. Покровский А. А. Вопр. мед. химии, 1960, VI, 3, 228—243. — 6. Синайко Г. А., Горбунова Г. М. Педиатрия, 1959, 5, 56—62. — 7. Тодоров И. Клинические лабораторные исследования в педиатрии, София, 1961. — 8. Шелухина Л. А., Панина А. А. Терапевт. архив, 1957, 9, 78—82. — 9. Abderhalden, R., Klinische Enzymologie, Stuttgart, 1958. — 10. Bojer, J. e. a. Gastroenterologia, 1961, 96, 1, 26—36. — 11. Brecht, W., Künkele, J. Klin. Wochenschr., 1960, 38, 18, 936—938. — 12. Bruns, F. Atti-Verhandlungen, Compt. rend. proc., 1961, 71—83. — 13. Cotte, J. a. o. Ann. pediatr., 1965, 12, 12, 2898—2908. — 14. De Ritis, F. a. o. Atti-Verhandlungen, Compt. rend. proc., 1961, 268—296. — 15. Gibbons, F., Seattle, M., J. Amer. Med. Assoc., 1957, 18, 22—28. — 16. Hauss, W. u. a. Dtsch. med. Wochenschr., 1958, 93, 31, 1310—1315. — 17. Horn, H., Amelung, D., Dtsch. med. Wochenschr., 1957, 82, 17, 619—626. — 18. Karmen, A. a. o. Clin. Invest, 1955, 34, 126—133. — 19. Latner, A., Smith, A. Lancet, 1958, 44, 915—917. — 20. Merten, R. Münchener med. Wochenschr. 1959, 101, 18, 837. — 21. Prayse-Davies, J., Wilkinson, J. Lancet, 1958, 24, 1, 1243—1253. — 22. Reitmann, S., Frankel, S. Amer. J. Clin. Pathol., 1957, 4, 56—63. — 23. Sevela, M., Tovarek, J. Atti-Verhandlungen, Compt. rend. proc., 1961, 447—448. — 24. Scherlock, S. Diseases of the Liver and Biliary System, Oxford, 1956. — 25. Schmidt, E., Schmidt, F. W. Atti-Verhandlungen, Compt. rend. proc., 1961, 100—118. — 26. Smith, M. Atti-Verhandlungen, Compt. rend. proc., 1961, 297—303. — 27. West, M., Zimmermann, H. Med. Clin. N. America, 1959, 43, 2, 371—400. — 28. Wroblewski, F., La Due, J. Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med., 1955, 90, 1, 210—213.

Tartu Riiklik Ülikool

DERMATOGLÜÜFIDE MUSTRI UURIMISE KLIINILISEST VÄÄRTUSEST

LEIDA KERES EVI SAMARÜÜTEL
MERIKE MARTINSON MALL RIIKJÄRV
HELVE-ESTRA VAHTER
Tartu

UDK 616.899.3 : 343.977.33-07

Viimase aja kirjanduses on ilmunud andmeid peopesa ja jalatalla naha joonte ehk dermatoglüüfide isepärasustest kaasasündinud vaimse alaarenguga ja mitmesuguste anomaaliatega lastel (5, 8, 9). Eriti sageli on dermatoglüüfide isepärasusi täheldatud kromosomopaatiatega indiviididel (1, 2, 3, 7). Mitme uurija andmeil on dermatoglüüfide mustri kujunemine geneetiliselt determineeritud (3, 4, 6, 9). Ühe munaraku kaksikute uurimine on aga näidanud, et dermatoglüüfide muster kaksikute sama genotüübi puhul ei ole täielikult identne (2). Käesoleval ajal on teadmata, milline geen kontrollib dermatoglüüfide mustri kujunemist, samuti on teadmata *locus*'te arv (2, 4). J. Miller ja J. Giroux (5) märgivad, et dermatoglüüfide mustri isepärasused võivad areneda ka teratogeensete tegurite toimel, kui loode kahjustub esimestel kuudel.

Peopesal ja jalatallal on omapärane naha muster, millel eristatakse kolme liiki jooni (vt. tahvel XXII, palmogramm 1).

1. Kõige väiksemad on papillaarjooned, mis kordavad naha papillaarkihi reljeefi; need moodustavad mitmesuguseid kujundeid. Papillaarjoonte muster on täielikult välja kujunenud 18-nädalasel lootel ja selle kuju elu jooksul ei muutu. Nagu teada, kasutatakse sõrmeotste papillaarmustrit kri-

minalistikas isiku identifitseerimiseks (daktüloskoopia). Papillaarjoonte läbimõõt suureneb eaga — vastsündinutel on see keskmiselt 0,18 mm, täiskasvanutel aga 0,4 . . . 0,5 mm.

2. Naha fleksioonijooned on palja silmaga hästi jälgitavad. Peopesas on kolm suuremat fleksioonijoont (elu-, põhi- ja südamejoon). Juba ammu on teada, et Downi sündroomiga lastel kaks distaalsemat fleksioonijoont on sageli liitunud, moodustades neljasõrmejoone.

3. Väikesed jooned ehk kortsud on fleksioonijoontest väiksemad, kuid hästi nähtavad.

Käesoleva töö eesmärgiks oli välja selgitada, kas dermatoglüüfide uurimine vaimse alaarenguga lastel aitab kahjustuse geneesi kindlaks teha. Selleks võrreldi tervete, selgitamata etioloogiaga ning kaasasündinud vaimse alaarenguga laste dermatoglüüfe. Uuriti 123 vaimselt alaarenenud 10 . . . 18-aastast peamiselt eesti rahvusest last Kose-Jõe Eriinternaatkoolist ja Tartu Linna 14. 8-klassilise Kooli abiklassidest ning 30 last Karula Defektiivsete Laste Kodust.

Et dermatoglüüfide muster kirjanduse andmeil võib teataval määral olla rahvusliku omapäraga, siis uuriti võrdlusandmete saamiseks 200 eesti rahvusest 9 . . . 16 aasta vanust last (100 poega ja 100 tütarlast). Vaatlusalused olid vaimselt ja füüsiliselt täiesti normaalselt arenenud.

Dermatoglüüfide uurimiseks kasutati musta trükivärviga tehtud jäljendeid (vt. tahvel XXII, palmogrammid 1 ja 2). Umbes 3 g trükivärvi pandi suurele klaasplaadile ning aeti rulliga ühtlase õhukese kihina laiali. Klaasilt viidi trükivärv puhtaks pestud ja täiesti kuivade käte nahale järgmiselt. Kõigepealt vajutati sõrmeotsad musta trükivärviga kaetud klaasile, mida tehti rulliva liigutusega üks kord. Seejärel kaeti värviga peopesa. Sõrmed suruti paberile samasuguse rulliva liigutusega; peopesa jälg (palmoskoopia jaoks) võeti kumerale alusele asetatud paberile, et nähtavale tuleks ka peopesa keskosa muster.

Andmed töödeldi statistiliselt, kusjuures erinevus peeti usaldusväärseks, kui $p<0,05$.

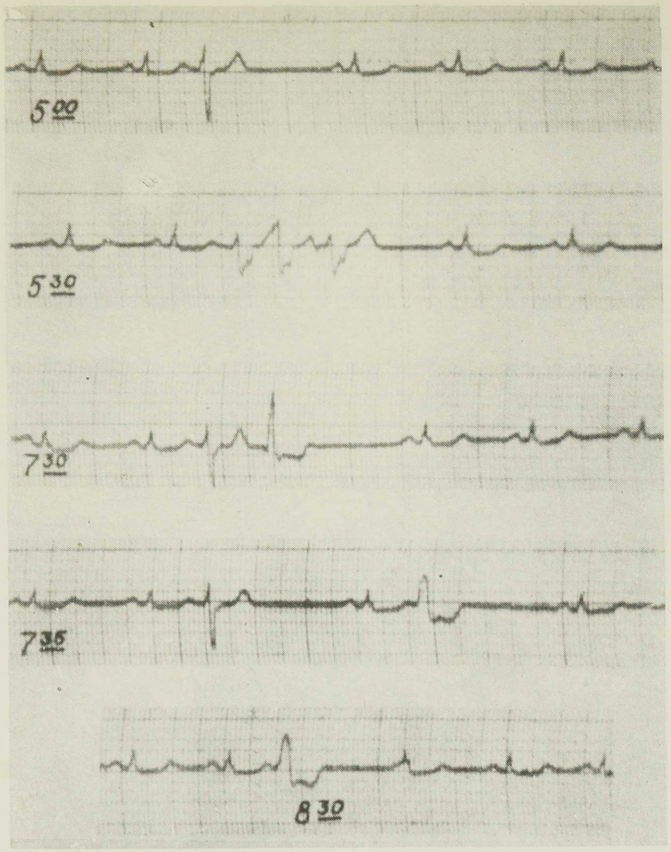
Tabelist 1 nähtub, et daktüloskoopiliste kujundite keskmised väärtused ei erinenud tervetel ja vaimselt alaarenenud lastel. Kirjanduse andmeil peetakse daktüloskoopiliseks isepärasuseks nähtust, kui ühe indiviidi sõrmeotstel on kas üle nelja spiraal-, üle viie kaar- või üle seitsme lingkujundi. Tabelist 2 nähtub, et kõige sagedamini oli üle seitsme lingkujundi ühel indiviidil, sealjuures aga puudusid erinevused tervete ja vaimselt alaarenenud laste vahel. Erilise rühma moodustasid 10 Downi sündroomiga (4 debiilsusega ja 6 idiootsusega) last, sest neist viiel oli igaühel 9 . . . 10 sõrmeotsal lingkujund. Üle nelja spiraali esines vaimselt alaarenenud lastel protsentuaalselt küll sagedamini, kuid erinevus ei olnud statistiliselt tõepärane ($p>0,05$).

Kirjanduse andmeil on palmoskoopilisel uurimisel täheldatud mitmesuguseid dermatoglüüfilisi kujundeid (kaar, ling, spiraal või liitmuster) nõrgamõistuslike laste teenaril, hüpoteenaril ja kolmandas interdigitaalpiirkonnas (I_3) sagedamini kui tervetel. Meie andmeil oli teenaril mitmesuguseid kujundeid

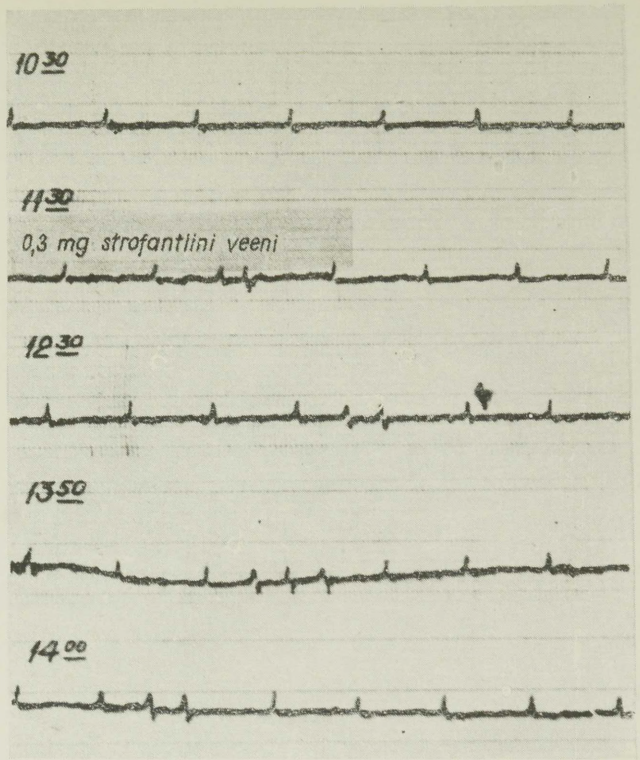
Tabel 1

Erinevate papillaarkujunditega sõrmeotste arv ühel lapsel

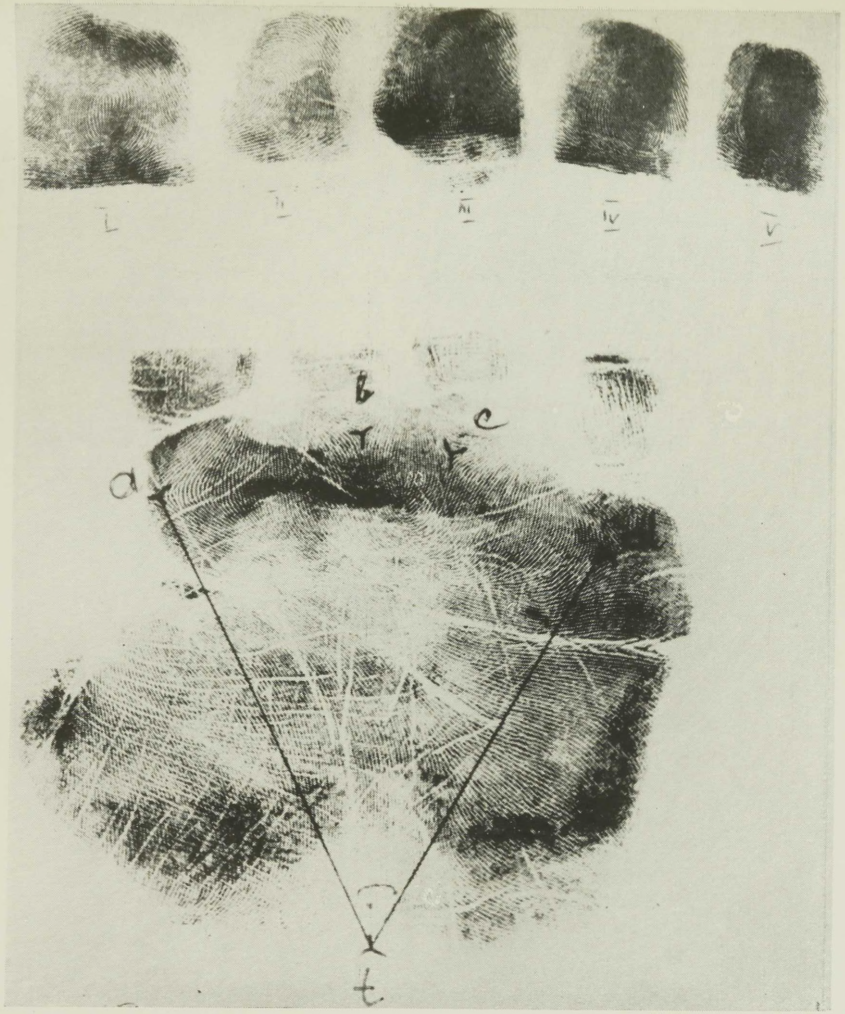
Kujund	Vastava kujundiga sõrmeotste arvu aritmeetiline keskmine				Vastava kujundiga sõrmeotste arvu kõikuvuse piirid
	terved lapsed (N=200)	selgitamata etioloogiaga debiilsus (N=73)	kindel kaasasündinud debiilsus (N=50)	kindel kaasasündinud idiootsus (N=30)	
Kaar	1,1	1,1	1,1	1,2	0 . . . 10
Ulnaarne ling	6,0	5,5	5,2	5,8	0 . . . 10
Radiaalne ling	0,4	0,2	0,5	0,3	0 . . . 2
Spiraal	2,5	3,2	3,2	2,7	0 . . . 10



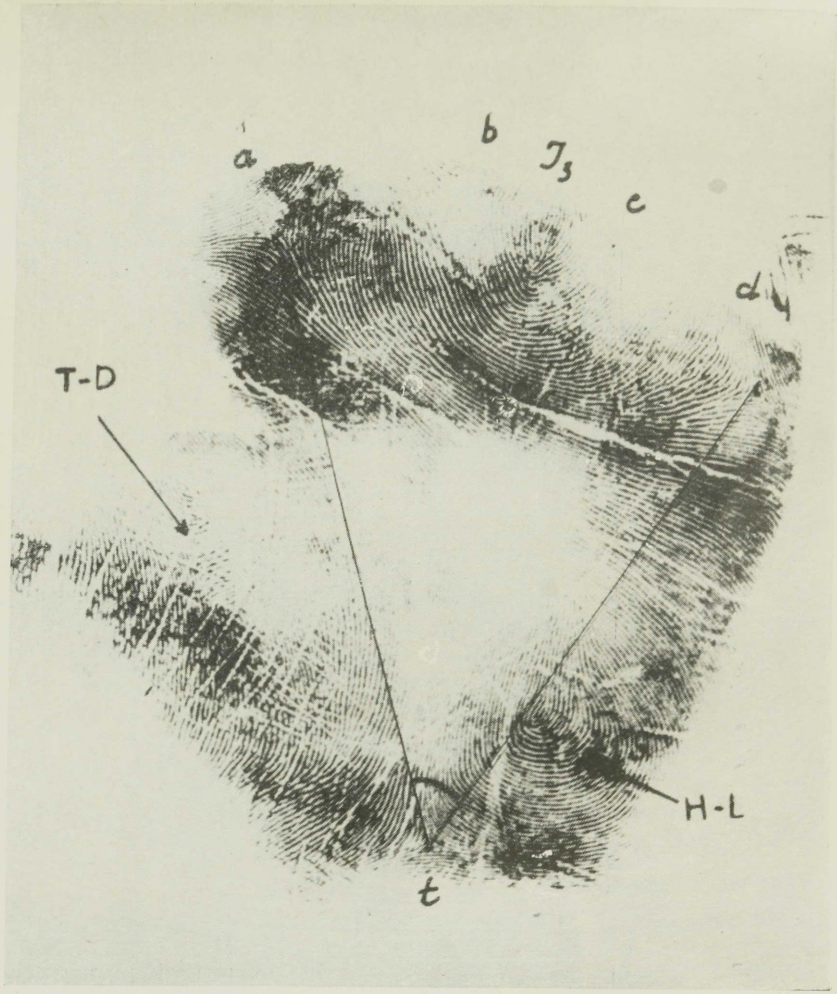
Polütoopne ja grupiline vatsakeste ekstrasüstoolia väikesekoldelise müokardi-infarkti korral. Kella 5 kuni kella 7.30-ni süstiti haigete veeni polariseerivat segu, mille järel täheldati ainult üksikuid harvu vatsakeste ekstrasüstoleid (haige L., 68 aastat vana, 13. IX 1967. a., haiguslugu nr. 2250)



Vatsakeste üksikute ja grupiviisiliste ekstrasüstolite ilmumine haigel pärast 0,3 mg strofantiini süstimist veeni (haige M., 69 aastat vana, 28. XII 1966. a., haiguslugu nr. 3220)



Palmogramm 1. Normaalsed dermatoglüüfid paremal käel. Märgistatud triraadiused a, b, c, d ja t ning nurk atd



Palmogramm 2. Teenaril defektmuster (T—D), hüpoteenaril ling (H—L), III interdigitaalpiirkonnas ling (I_3), nurk atd 50°

Tabel 2

Laste dermatoglüüfide mustri isepärasuste sagedus protsentides

Dermatoglüüfide isepärasused	Terved lapsed (N=200)	Kaasasündinud		Selgitamata etioloogiaga debiilsus (N=73)
		debiilsus (N=50)	idiootsus (N=30)	
Daktüloskoopia:				
üle 5 kaarkujundi	—	4	3	4
üle 7 lingkujundi	34	34	33	30
üle 4 spiraalkujundi	19	30	26	31
Palmoskoopia				
Eriline kujund ühe või mõlema käe teenaril	8	26	3	22
Neist defektmuster	—	8	—	7
Eriline kujund ühe või mõlema käe hüpoteenaril	34	54	57	42
Eriline kujund I_3-piirkonnas	40	68	63	58

8%-l tervetest lastest, kindla kaasasündinud debiilsusega lastel aga 26%-l juhtudest ($p<0,01$). Eriti huvitav oli defektmustri ilmnemine 8%-l kaasasündinud vaimse alaarenguga lastest (vt. palmogramm 2, T-D). See paiknes teenaril kindlalt piirdunud alal ja ei ühtinud ümbruse joontega. Et 200 uuritud tervel lapsel ei leitud defektmustrit mitte ühelgi, siis selline sümptoom vaimselt alaarenenud lastel viitab geneetilisele päritolule või varajasele kahjustusele embrüonaalperioodil.

Mitmesuguseid kujundeid hüpoteenaril täheldati ka tervetel lastel (34%), kaasasündinud vaimse alaarenguga lastel aga oli neid veelgi sagedamini (54% ja 57%).

Kolmandas interdigitaalpiirkonnas võis märgata mitmesuguseid kujundeid 40%-l tervetest lastest, kaasasündinud vaimse alaarenguga lastel aga veelgi sagedamini (68% ja 63%). Erinevus on statistiliselt usaldatav ($p<0,01$). Nende kujundite esinemissagedus teises ning neljandas interdigitaalpiirkonnas ei olnud oluliselt erinev tervetel ja kaasasündinud vaimse alaarenguga lastel.

Paralleelselt kulgevate, kuid erisuunaliste papillaarjoonte rühmade vahel kujunevad kolmnurgataolised, kolme raadiusega moodustised, triraadiused. II, III, IV ja V sõrme kohal peopesa distaalosas paiknevaid triraadiusi märgistatakse tähtedega *a*, *b*, *c* ja *d*. Peopesa proksimaalosas on aksiaalne triraadius *t* (vt. tahvel). L. Penrose (7) leidis, et Downi sündroomi olemasolul paikneb triraadius *t* eriti distaalselt. Selle tunnuse objektiveerimiseks võttis ta kasutusele nurga *atd* (vt. tahvel). Penrose'i järgi on nimetatud nurk enamikul Downi sündroomiga lastel üle 57°, tervetel aga enamasti väiksem kui 57°. Meie andmeil oli Penrose'i nurk üle 57° ainult 11%-l tervetest ja 60%-l Downi sündroomiga lastest.

Neljasõrmejoon esines 3%-l tervetest (2,5%-l lastest ühel ja 0,5%-l mõlemal käel), Downi sündroomi puhul aga 50%-l lastest. Kaasasündinud vaimse alaarenguga lastel, kel ei olnud Downi sündroomi, puudus ka oluline erinevus neljasõrmejoone ja liiga suure Penrose'i nurga esinemissageduses, võrreldes tervetega. Käesoleva töö andmed dermatoglüüfide üksikute isepärasuste sagedusest vaimse alaarenguga lastel on lähedased kirjanduse andmetele.

Papillaarjoonte mitmesugused kujundid teenaril, hüpoteenaril, kolmandas interdigitaalpiirkonnas, suure Penrose'i nurga või neljasõrmejoone olemasolu üksikjuhul ei luba mingit järeldust teha, sest nimetatud muutusi on täheldatud ka osal tervetest lastest. Kui neid isepärasusi hinnata summaarselt (punktisüsteemi alusel), selgub, et üle nelja isepärasuse ei täheldatud ühelgi tervel lapsel, kaasasündinud vaimse alaarenguga lastel aga 8,7%-l juhtudest. Dermatoglüüfide 3 . . . 4 isepärasust konstateeriti ainult 16,5%-l tervetest, kaasasündinud vaimse alaarenguga lastest aga 51,3%-l juhtudest ($p<0,001$). Kirjanduses ei leidunud andmeid dermatoglüüfide isepärasuste hindamise kohta punktisüsteemi alusel, küll aga on sellist

meetodit rakendatud mikroanomaaliate rohkuse hindamisel. Käesoleva töö põhjal näitab üle nelja dermatoglüüfilise isepärasuse olemasolu, et lapse vaimne alaareng on geneetilist päritolu või esimestel lootekuudel tekkinud kahjustuse tagajärg.

Kirjanduse andmeil ei eita dermatoglüüfide isepärasuste puudumine vaimse alaarengu geneetilist päritolu. Ka käesolevast tööst nähtub (vt. tabel 2), et dermatoglüüfide isepärasusi tuleb ette vähemikul kaasasündinud vaimse alaarenguga lastest.

Eespool toodust selgub, et dermatoglüüfide uurimine on üks abistavaid võtteid vaimse alaarengu geneesi väljaselgitamisel, mistõttu seda on vaja rakendada igapäevases arstipraktikas. Tuleks kindlaks teha neljasõrmejoone olemasolu, Penrose'i nurga suurus, kujundid teenaril, hüpoteenaril ning kolmandas interdigitaalpiirkonnas ning kaar-, spiraal- ja lingkujundite arv sõrmeotstel. Dermatoglüüfilisi kujundeid võib luubi ja malli abil määrata igal pool ning selleks kulub aega ainult mõni minut.

РЕЗЮМЕ. При помощи отпечатков, сделанных черной типографской краской, были изучены узоры дерматоглифов на кончиках пальцев и ладонях у 200 здоровых и 153 умственно отсталых детей в возрасте от 9 до 18 лет. По дактилоскопическим данным, у половины детей с синдромом Дауна довольно часто отмечались петлевые узоры. У детей с врожденной умственной отсталостью, без синдрома Дауна, дактилоскопические данные не отличались от данных здоровых детей.

При исследовании ладони самым убедительным признаком было наличие резко ограниченного участка дефектного узора в области тенара. Дефектный узор не наблюдался ни у одного здорового ребенка, но выявлен у 8% детей с врожденной умственной отсталостью. У таких детей на участках тенара, гипотенара и на III интердигитальном участке значительно чаще отмечались дуговые, петлевые, спиральные и комбинированные узоры, чем у здоровых.

Угол *atd* свыше 57° встречался у 11% здоровых и у 60% детей с синдромом Дауна. Четырехпальцевая складка на одной или обеих руках встречалась у 3% здоровых и 50% детей с синдромом Дауна. В частоте наличия четырехпальцевой складки и большого угла *atd* у детей с врожденной умственной отсталостью без синдрома Дауна, по сравнению со здоровыми, значительного различия не наблюдалось.

При оценке дерматоглифических отклонений по очковой системе, выяснилось, что свыше 4 дерматоглифических отклонений не отмечалось ни у одного здорового ребенка и у 8,7% детей с врожденной умственной отсталостью. Наличие 3—4 дерматоглифических отклонений встречалось у здоровых детей только в 16,5%, а у детей с умственной отсталостью — в 51,3% случаев ($t=5{,}6$).

Таким образом, наличие свыше 4 дерматоглифических отклонений показывает, что умственная отсталость бывает либо генетического происхождения, либо результатом повреждения плода в течение первых месяцев внутриутробного периода.

Определение узоров дерматоглифов является одним из вспомогательных методов для выяснения генеза умственной отсталости, в связи с чем необходимо внедрить этот метод в повседневную врачебную практику. Определение узоров дерматоглифов легко осуществимо при помощи лупы и транспортира.

KIRJANDUS: 1. Давиденкова Е. Ф. Хромозомные болезни человека. Л., 1955. — 2. Штерн К. Основы генетики человека. М., 1965. — 3. Adams, M. S. Lancet, 1965, 2, 7410, 494—495. — 4. Glandville, E., Poelking, J. Amer. J. Phys. Anthropol., 1964, 22, 4, 407—412. — 5. Miller, J. R., Giroux, J. J. Pediatr., 1966, 69, 2, 302—311. — 6. Penrose, L. Nature, 1963, 197, 4871, 933—938. — 7. Penrose, L. Nature, 1965, 205, 4971, 544—546. — 8. Penrose, L., Holt, S. B. Ann. Human Genet., 1962, 26, 171—178. — 9. Weninger, M. Human Biol., 1965, 37, 1, 44—56.

Tartu Riiklik Ülikool

Ülevaated

SÜDAME ISHEEMILISE TÕVE DIAGNOOSIMISEST

KALJO VALGMA
JAAN RIIV
Tartu

UDK 616-005.4-07 : 611.127

Südame isheemiline tõbi — stenokardia ja müokardi-infarkt — on ulatusliku leviku ja tõsise prognoosi tõttu muutunud tänapäeva arstiteaduse esmajärgulise tähtsusega probleemiks. 1768. aastast alates, mil William Heberden esimesena kirjeldas stenokardia kliinilist pilti, on haigestumine südame isheemilisse tõppe sagenenud 10 . . . 20 korda. Ameerika teadlaste andmeil on see tõbi praegu 1920. aastaga võrreldes USA-s sagenenud 5 . . . 6 korda, Austraalias 4 korda jne. (13). NSV Liidu linnades moodustab müokardi-infarkti haigestumise juhtude arv 3 . . . 4‰ üle 40 aasta vanuste meeste ja 0,8 . . . 1,2‰ üle 40 aasta vanuste naiste haigestumusest (5).

Südame isheemilise tõve esinemissageduse suurenemisega kaasneb järjest nooremate inimeste haigestumine sellesse (8). Korea sõjas langenud 200 USA sõduri (keskmine vanus 22,1 aastat) uurimisel leiti väljakujunenud koronaarskleroosi 77,3%-l (38). Statistilisi andmeid Eesti NSV kohta tervikuna pole avaldatud. Olemasolevad andmed (9) ja igapäevased kogemused aga näitavad stenokardiat ja müokardi-infarkti põdevate inimeste arvu järjekindlat suurenemist ka meil.

Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni poolt kehtestatud haiguste-nomenklatuuri kohaselt esineb südame isheemiline tõbi järgmiste vormidena.

1. Koormusstenokardia.
2. Müokardi-infarkt.
3. Stenokardia ja müokardi-infarkti vahevormid — meie mõiste järgi mikroinfarktid, väikesekoldelised degeneratsioonid südamelihases.
4. Valuta kulgev südame isheemiline tõbi — koronaarse päritoluga kardioskleroos.

Käesolevas artiklis on pearõhk pandud stenokardia sündroomi ja valudeta kulgeva südame isheemilise tõve diagnoosimisele.

I. Anamnees ja kliiniline pilt

Vaatamata südame isheemilise tõve diagnoosimise meetodite arvu pidevale suurenemisele, leidub anamneesis kindlamaid pidepunkte kõne all oleva tõve kindlakstegemiseks. Anamneesi kogumisel on eelkõige vaja tähelepanu pöörata järgmistele asjaoludele.

1. Valusündroom:

a) stenokardiale viitab tavaliselt füüsilise, vaimse vms. koormuse korral tekkiv ja 3 . . . 10 minutit vältav ängistav valu rindkeres, millega tihti kaasnevad õhupuudusetunne ja südame rütmihäired;

b) valud rohkem kui ühe aasta jooksul viitavad tavaliselt mitme koronaararteri või -haru kahjustusele;

c) valu kiirgumine kahte või rohkemasse punkti osutab kolme koronaararteri või -haru oklusioonile;

d) söömise ajal, öösel või põhjuseta tekkivad valud on ulatuslike stenooside, tavaliselt kolme stenoosi tunnistajaks;

e) valu intensiivsus, emotsioonide ja külmetamisega seoses olevad valud ei ole kindlas korrelatsioonis koronaararterite kahjustuse astmega (28).

2. Tuleb meeles pidada, et paljudel juhtudel kulgeb südame isheemiline tõbi valusündroomita. Juhtivateks sümptoomideks on siis hingeldus, südamekloppimine, haigele tajutavad südame rütmihäired jms., mis tekivad stressiseisundis.

3. Anamneesi kogumisel on vaja välja selgitada südame isheemilise tõve tõenäosust suurendavate, nn. riskiteguri te olemasolu või puudumine.

Riskiteguriteks peetakse järgmisi.

a) Pärilikkus. Südame isheemilist

tõbe põdejate perekondades on nimetatud tõbe järeltulijatel täheldatud 2 . . . 4 korda sagedamini kui teistes perekondades (1, 13, 32). Koronaartõve tõenäosust suurendab ka diabeedi, insultide, äkksurma ja hüpertooniatõve esinemine uuritava lähematel sugulastel (4).

b) Pidev vaimne pinge, tugevad ja sagedad negatiivsed emotsioonid ning konfliktid, mis suurendavad haigestumise riski 2 . . . 3 korda (30). I. Glazunovi (tsit. 14 järgi) andmeil on Moskvas 40 . . . 59-aastastel teenistujatel diagnoositud südame isheemilist tõbe 1,5 korda sagedamini kui töölistel. H. Russak (46) leidis 4000 USA arsti ja advokaati hõlmava ankeetuurimise põhjal, et südame isheemiline tõbi on praktiseerivate üldarstide hulgas 3 korda ja anestesioloogide hulgas 2 korda sagedam kui patoloogide ja dermatoloogide hulgas. G. Kossitski ja kaastöölised (8) on kirjeldanud juhte, kus rasket eksamit sooritavatel üliõpilastel on elektrokardiogrammis isheemia tunnuseid.

c) Vähene kehaline koormus (43). G. Kossitski ja kaastööliste (8) järgi tehti 100 aastat tagasi 96%, käesoleval ajal aga ainult 1% kõigist töödest lihasejõul. On tekkinud dissonants sotsiaalse progressi ja inimorganismi bioloogilise kohandumise vahel.

d) Ebaõige toitumine — loomsete rasvade, süsivesikute ja rafineeritud toiduainete liigne tarvitamine (1, 10, 13, 15, 30).

e) Suitsetamine, mis mõne autori (39, 51) järgi suurendab südame isheemilisse tõppe haigestumise riski 1,5 . . . 5 korda.

f) Maomahla madal basaalhappesus.

g) Kesk- ja vegetatiivse närvisüsteemi labiilsus ning ovariaallabiilsus. Mõne autori tähelepanekuil (2, 13) põevad südame isheemilist tõbe sagedamini inimesed, kes pidevalt püüavad teistest rohkem saavutada, kes alati tunnevad vajadust võistelda ja võita, kes järjekindlalt taotlevad tunnustust, kes kõiki töid püüavad forsseerida ja enne tähtaega lõpetada, kes korraga tegelevad paljude asjadega ja alati on hilinemise ohus, need on ambitsioossed inimesed.

Südame isheemilise tõve tõenäosust uuritaval patsiendil suurendavad järgmised näitajad.

1. Meessugu, eriti 30 . . . 40 aasta vanustel patsientidel. Naistel areneb haigus tavaliselt östrogeense aktiivsuse languse perioodil, s. o. 45 . . . 50 aasta vanuselt. Meeste ja naiste haigestumise suhe on eri autorite andmeil 1,7 . . . 4:1 (10, 13, 15).

2. Suur kehakaal (1, 4).

3. Kõrge vererõhk, eriti diastoolne rõhk, mis suurendab südame isheemilise tõve tekkimise võimalust kuni 5 korda. Hüpertoonia ebasoodne osatähtsus hakkab ilmnema tavaliselt siis, kui vererõhk on 160/100 mmHg (30, 33, 39, 51).

4. Vereseerumi kõrge kolesteriinisisaldus ja hüperlipeemia suurendavad haigestumise tõenäosust 5 korda (1, 17, 18, 22, 33, 39, 48).

5. Mao histamiinaküülia — maomahla soolhappe ja lipaasi vähene aktiivsus neutraalrasvade lagundamisel (23).

Nimetatud näitajad kombineeruvad tihti ja suurendavad tunduvalt südame isheemilise tõve tekkimise võimalust uuritaval.

6. Konstitutsioon — südame isheemilise tõve suhtes on disponeeritud atleetilise või hüpersteenilise kehaehitusega, elava miimikaga ja liikuvad inimesed.

7. Positiivne reaktsioon nitroglütseriinile.

8. Vererühm — inimestel, kellel on A- või B-vererühm, on südame isheemilist tõbe täheldatud 1,3 . . . 2,2 korda sagedamini kui inimestel, kellel on 0-rühma veri (24).

II. Laboratoorsed uurimised

Südame isheemilise tõve selgitamisel on suurim väärtus järgmistel laboratoorsetel uurimistel.

1. Rasva-ainevahetusele iseloomulikud näitajad. Koronaarhaiguse tekkimine ja arenemine on tihedas seoses lipiidide sünteesi ning lagundamise düsregulatsiooniga. Puudulik lipolüüs maos, rasvade liigne süntees maksas, aeglane evakuatsioon organismist ja puudulik lagundamine veres, hüperlipeemia ning rasvade, eeskätt β-lipoproteiidide ja kolesteriini ladestumine veresoonte seintesse on südame isheemilisele tõvele iseloomulik rasva-ainevahetuse häirete ahel.

Südame isheemilise tõvega korreleeruvad kõige paremini:

a) kolesteriinisisalduse suurenemine vereseerumis (17, 18, 22, 28, 48);

b) triglütseriidide sisalduse suurenemine vereseerumis (28, 29, 47);

c) β-lipoproteiidide sisalduse suurenemine vereseerumis (17, 18, 20);

d) küllastatud ja üht kaksiksidet sisaldavate rasvhapete sisalduse suurenemine vereseerumis (49);

e) ultratsentrifuugimisel Sf 0...20 ja 20...400 kihti kuuluvad lipoproteiidid, mille erikaal on alla 1060 (35, 48).

Enamik autoreist väidab, et südame isheemilisele tõvele on kõige iseloomulikum triglütseriidide ja β-lipoproteiidide sisalduse suurenemine veres (10, 17, 18, 28, 29, 47). Üks väärtuslikumaid ja lihtsamaid rasva-ainevahetuse regulatsioonihäire hindamise teste on vereseerumi optilise tiheduse ehk hülomikroonide määramine. Hülomikroonid on neutraalrasva transportimise vorm veres ja nad sisaldavad 97,5% rasva ning 2,5% valke. Rasvadest 88% moodustavad triglütseriidid. Seega hülomikroonide, s. o. vereseerumi optilise tiheduse määramisel hinnatakse sisuliselt triglütseriidide, südame isheemilise tõve ühe tundlikuma indikaatori nivood veres. Rasvakoormuse puhul suureneb hülomikroonide sisaldus vereseerumis haigetel rohkem ja normaliseerub aeglasemalt kui tervetel inimestel (14, 20, 25).

β-lipoproteiidide määramiseks kasutatakse tihti M. Bursteini ja J. Samaille'i (27) meetodit.

Ka meie andmeil on vereseerumi optilise tiheduse määramine ja Bursteini-Samaille'i reaktsioon väärtuslikud lipiidide ainevahetuse uurimise viisid, mis oma lihtsuse tõttu on rakendatavad kõikides haiglates ja polikliinikutes.

Perspektiivne tundub olevat vereseerumi lipiidide gaaskromatograafiline fraktsioneerimine rasvhapeteks. Südame isheemilise tõve puhul konstateeritakse mitut kaksiksidet sisaldavate rasvhapete, esmajoones linoleenhappe hulga vähenemist (49, 50).

Radioaktiivsete isotoopide, eeskätt ^{131}J ja märgistatud trioleiinide manustamine *per os* ning nende jälgimine veres pole seni andnud eriti lootusrikkaid tulemusi.

2. Südame isheemilise tõve puhul täheldatakse vere hüübivuse ja viskoossuse suurenemist. Kõige sagedamini kasutatavateks vere hüübivust näitavateks meetoditeks on

a) vere fibrinolüütilise aktiivsuse määramine,

b) vere hepariintolerantsi määramine,

c) trombelastograafia.

Enamikul koronaarhaigusi põdevatest isikutest leitakse vere fibrinolüütilise aktiivsuse langust ja hepariintolerantsi suurenemist, trombelastogrammis reaktsiooniaja ja hüübe moodustumise aja lühenemist ning amplituudi maksimaalset suurenemist (6, 19).

Viimasel ajal on hakatud tähelepanu pöörama hepariini ja fibrinolüsiini inhibiitoritele ning nenditud viimaste suurenenud aktiivsust südame isheemilise tõve korral.

Mitmed autorid (26, 42) kirjeldavad vere viskoossuse ning hematokriti kõrgenemist stenokardiat ja müokardiinfarkti põdevatel haigetel.

3. Katehhoolamiinide sisaldus veres ja uriinis. Südame isheemilist tõbe seostatakse katehhoolamiinide sisalduse suurenemisega veres ja südamelihases, kusjuures neid eritub rohkem ka uriiniga (5, 44). Koormuste puhul (füüsiline töö, suitsetamine, emotsionaalne stress jt.) suureneb katehhoolamiinide sisaldus veres haigetel rohkem kui tervetel. Samuti intensiivistub nende eritumine uriiniga (4, 7, 34). Ka meie andmeil suureneb katehhoolamiinide sisaldus veres koormuste (näiteks Masteri testi) puhul stenokardiahaigetel rohkem kui tervetel inimestel.

III. Röntgenoloogilised uurimismeetodid

Südame röntgenoskopeerimisel ja röntgenografeerimisel leitakse südame isheemilist tõbe põdevatel inimestel

1) südame kontuuride lamenemist;

2) südame, eriti vasaku vatsakese dilatatsiooni;

3) südame pulsatsiooni muutusi vastavalt haiguse staadiumile.

Varem põetud müokardi-infarkti korral võib pulsatsioon olla lokaalselt paradoksaalne. Kontraktsioonide muutumine algab harilikult südame tipust ja on astsendeeruvat laadi.

Röntgenelektrokümogrammis on südame isheemilise tõve põhilisteks tunnusteks latentsiaja pikenemine, diastoolse kõvera järsk tõus koos järgneva

platooga, siksakiline diastoolne kõver ja liikumine lateraalsele süstolis. Elektrokümogramm oleneb haiguse staadiumist (11, 12).

Koronarograafiaga, s. o. kontrastaine viimisega koronaararteritesse koos järgneva röntgenografeerimisega, on tegeldud juba kümmekond aastat. Ameerika Ühendriikide haiglates on see muutunud rutiinuurimiseks. 10 ... 40 ml suure joodisisaldusega kontrastainet viiakse aordi algossa või selektiivselt ühte või teise (või mõlemasse) koronaararteri avasse, milleks kasutatakse spetsiaalset sondi. Koronarograafia on praegu kõige objektiivsem koronaararterite seisundi hindamise viis, mis võimaldab kindlaks teha oklusioonide olemasolu või puudumise, nende lokalisatsiooni, arvu ja astme. Meetod on ohutu ja eriti väärtuslik neil juhtudel, kui haigeid on tarvis suunata kirurgilisele ravile.

Koronarograafiaga on hakatud tegelema ka Tartu Riikliku Ülikooli teaduskonnakirurgia-kateedris.

IV. Kardioloogilised instrumentaalsed uurimismeetodid

1. Elektrokardiograafia

Koronaarpuudulikkuse (välja arvatud müokardi-infarkt) põhilisteks tunnusteks peetakse sügavat ja laia Q-sakki (vastavalt üle 5 mm ja 0,03 sek.), isheemilise konfiguratsiooniga ST-depressiooni (vähemalt 0,5 mm), negatiivset T-sakki ja rütmihäireid (3, 38, 41). Tüüpilised elektrokardiogrammi muutused esinevad ainult umbes 25%-l stenokardiahaigetest (31); ja nagu koronarograafia näitab, võib elektrokardiogramm olla normaalne isegi koronaararterite raskekujuliste muutuste korral. L. Coheni jt. (28) andmeil oli elektrokardiogramm normaalne 30%-l juhtudest, kui koronaararterites esinesid rasked morfoloogilised muutused. ST-depressioon vähemalt 2 mm viitab kolme või rohkema koronaararteri kahjustusele (28). Minimaalne ST-depressioon tekib R. Wegria jt. (52) andmeil siis, kui koronaarvere ringlemine väheneb 29%, ja tunduv depressioon siis, kui koronaarvere ringlemine redutseerub 52% võrra. Seega ST-muutuste puudumine ei eita isegi raskekujulist isheemiat müokardis.

Märgatavalt väärtuslikumat informatsiooni annab koormuselektrokardiogramm. Kõige sagedamini rakendatakse füüsilist koormust Masteri järgi, harvem hüpokseemia-, glükoosi-, suitsetamis-, kaaliumi-, adrenaliini-, Valsalva, dihüdroergotamiini-, toidu-, nitroglütseriini- jt. teste.

Kahekordne Masteri test suurendab südame hapnikuvajadust 7 korda ja elektrokardiogrammis avastatakse koronaarpuudulikkuse tunnuseid 58 ... 70%-l stenokardiat põdevatest haigetest (34, 40). Pärast kahekordset Masteri testi on leitud tüüpilisi elektrokardiogrammi muutusi 70%-l haigetest, kellel oli patoloogiline koronarogramm (28).

Seega võib elektrokardiograafia kasutamise kohta stenokardia ja valudeta kulgeva südame-isheemilise tõve diagnoosimisel teha järgmised järeldused:

1) ST-muutused esinevad mõõduka ja raske müokardi-isheemia korral;

2) T-saki muutustel pole olulist tähendust;

3) südame isheemiline tõbi on seda tõenäolisem, mida rohkem eri muutusi on uuritava elektrokardiogrammis;

4) ST-depressioon 2 mm ja rohkem tähendab vähemalt 3 stenoosi olemasolu koronaarvereringes;

5) kahekordne Masteri test tõstab elektrokardiogrammi muutuste protsendi 2 ... 3-kordseks;

6) elektrokardiogrammis võivad puududa tüüpilised tunnused isegi raske müokardi-isheemia korral;

7) elektrokardiograafia ja koronarograafia abil registreeritud muutuste vahel puudub parallelism.

2. Südame mehhaanilist tegevust registreerivad meetodid.

Südame mehhaanilise funktsiooni uurimine algas 1878. a. Marey ja 1894. a. Einthoveni ning Glucki töödega. Registreeriva aparatuuri primitiivsuse tõttu nimetatud valdkonnas tehtav uurimine soikus ja taaselustus alles käesoleva sajandi 40 ... 50-ndatel aastatel Konutzi, Gilsoni ja Smithi, E. Eddlemani, L. Rossi ja kaastööliste (45), E. Grey Dimond'i ja A. Benchimoli (36), R. Bertrabi ning kaastööliste (21) jt. tööde ilmumisega. Tänapäeval rakendatakse südame kineetika uurimiseks paljusid meetodeid, mis tehnilistele erinevustele vaatamata põhinevad kõik süda-

me kontraktsiooni, lõõgastuse ja rotatsioonide poolt tekitatud madalsagedus-like (alla 30 tsükli sekundis) rindkere võnkumiste registreerimisel. Kõige levinumad on apeks-, kineto-, ballisto- ja vibrokardiograafia.

Oleme pikemat aega kasutanud K. Rägo (16) konstrueeritud sternokostaalset vibrokardiograafi, mis eespool nimetatutest erineb erisuguse tehnilise lahenduse, kõvera kuju ja selle stabiilsuse poolest.

Sternokostaalne vibrokardiograafia võimaldab küllalt hästi hinnata südame kineetikat ning selle erinevusi tervetel ja haigetel. Uurinud vibrokardiograafi abil üle 300 stenokardiahaige (uurimise käigus rakendati kõige erinevamaid koormusi), oleme jõudnud veendumusele, et sternokostaalne vibrokardiograafia on väärtuslik võte südame mehhaanilise tegevuse uurimiseks südame isheemilise tõve puhul. Sternokostaalne vibrokardiogramm võimaldab teha detailseid järeldusi südame tsükli faasilisusest, hinnata südamelihase toonust, kontraktsiooni ja lõõgastumist, kodade kontraktsioone ja vatsakeste vastust nendele, vatsakeste varadiastoolse ekspansiooni intensiivsust, katehhoolamiinide ja sümpaatilise närvisüsteemi mõju müokardile, ravimite toimet südamelihasesse jne.

Ballistokardiograafiast ollakse loobumas, sest ballistokardiogrammi informatsioon pole südame kineetikale adekvaatne.

V. Radioaktiivsed isotoobid koronaarvereringe hindamisel

Rubiidiumi, krüptooni, ksenooni jt. elementide radioaktiivsete isotoopide kasutamine koronaarvereringe hindamiseks on kõige moodsam ja võimalik, et üks perspektiivsemaid uurimismeetodeid. Sel puhul kasutatakse radiograafe, mis registreerivad radioaktiivse isotoobi koronaarvereringest läbimise kõverana.

Radioaktiivsete isotoopide abil on võimalik määrata koronaarvoolutust kvantitatiivselt. L. Iseri ja J. Evansi (37) poolt uuritud tervetel inimestel moodustas koronaarvoolutus 5,78%, stenokardiahaigetel aga 3,56% südame minutimahust.

Kokku võttes võib öelda, et stenokardia ja valuta kulgeva südame-isheemilise tõve diagnoosimiseks ja objektiviseerimiseks kasutatavate meetodite arv on suur ning valdav osa neist on mittespetsiifilised. Paljudel juhtudel piisab nimetatud tõve diagnoosimiseks anamneesist, eriti siis, kui haigusega kaasneb valu. Südame isheemilise tõve varajaseks avastamiseks ja selle tõve diagnoosimiseks ka valuta kulu korral ning haiguse objektiviseerimiseks on aga vaja rakendada eespool kirjeldatud uurimisvõtteid.

РЕЗЮМЕ. В статье на основании данных литературы, а также собственных наблюдений авторы дают обзор методов, применяемых для распознавания ишемической болезни сердца, протекающей как со стенокардией, так и безболезненно. Разбираются методы диагностики ишемической болезни сердца, основанные на данных анамнеза, клинической картины, лабораторных, рентгенологических, инструментальных исследованиях, а также использования радиоактивных веществ. Авторы приходят к выводу, что распознавание типичной стенокардии не требует особых диагностических приемов и часто для этого являются достаточными анамнестические данные.

Для раннего распознавания ишемической болезни сердца, протекающей без боли, необходимо применять комплекс указанных в статье методов исследования.

KIRJANDUS: 1. Баубиене А. Научн. конф. кардиологов Литовской ССР. Каунас, 1964, 3—4. — 2. Блуменфельд А. Кому угрожает инфаркт миокарда. М., 1966. — 3. Гольдберг Г. А. Кардиология, 1967, I, 72—73. — 4. Забела П. Научн. конф. кардиологов Литовской ССР. Тезисы докл., Каунас, 1964, 41—42. — 5. Зыско А. П. В кн.: Атеросклероз и тромбоз. М., 1964, 40—48. — 6. Каскметс Р. Материалы IV съезда терапевтов Эстонской ССР. Тарту, 1967, 95—96. — 7. Козлова М. А. Кардиология, 1966, 6, I, 39—42. — 8. Косицкий Г. И. и др. Кардиология, 1967, 7, 8, 58—63. — 9. Луст К. Материалы IV съезда терапевтов Эстонской ССР. Тарту, 1967, 90—91. — 10. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., 1965. — 11. Орлов Л. Л. Кардиология, 1961, 1, 69—77. — 12. Орлов В. Н. Врачебн. дело, 1961, 10, 46—54. — 13. Плоц М. Коронарная болезнь, М., 1963. — 14. Пяй Л. Т. и др. Клин. мед., 1962, 1, 67—72. — 15. Рывкин И. А. Кардиология, 1967, 11, 131—138. — 16. Ряго К. Г. Ученые записки Тартуского госуниверситета, 134. Труды по медицине. 1963, 74—79. — 17. Старк В. М. Кардиология, 1967, 6, 82—87. — 18. Фомина Л. Г. Кардиология, 1967, 11, 124—130. — 19. Чазов Е. И. В кн.: Атеросклероз и тромбоз. М., 1964, 122—131. — 20. Barrit, D. W. Brit. Med. J., 1956, 2, 640—644. — 21. Bertrab, R. u. a. Z. Kreislaufforsch., 1963, 52, 6, 553. — 22. Bing, R. J. Circulation, 1965, 32, 4, 620—621. — 23. Bronte-Stewart, B. Geriatrica, 1964, 19, 8, 554—561. — 24. Bronte-Stewart, B., Botha, M. C. Brit. Med. J., 1962, 5293, 1646—

1650. — 25. Brown, D. F. a. o. J. atheroscl. Res., 1966, 6, 232—239. — 26. Burch, G. E. a. De Pasquale, N. P. Diseases Chest., 1965, 48, 3, 225—232. — 27. Burstein, M. e. Samaille, J. Comptes rendus, hebdomadaires des seances de l'academie sciences, 1956, 25, 2185—2187. — 28. Cohen, L. E. a. o. Amer. J. Cardiol., 1966, 17, 2, 153. — 29. Cramer, K. S. a. o. Circulation, 1966, 33, 6, 888—900. — 30. Crecelius, W. u. a. Dtsch. Gesundheitswesen Wes., 1966, 21, 44, 2069—2075. — 31. Davis, F. W. Amer. Heart J., 1962, 3, 1, 136—137. — 32. Deutscher, S. a. o. Circulation, 1966, 33, 6, 911—924. — 33. Doyle, J. T. a. o. New England J. Med., 1959, 261, 22, 1096—1101. — 34. Gazes, P. C. a. o. Circulation, 1959, 19, 5, 657—660. — 35. Gofman, J. e. a. Circulation, 1956, 14, 4, 11, 691. — 36. Grey Dimond, E. a. Benchimol, A. Brit. Med. J., 1963, 25, 3, 389—392. — 37. Iseri, L. T. a. Evans, J. R. Clin. Res., 1962, 10, 1, 101. — 38. Kast, G. u. Klepzig, H. Med. Klinik, 1966, 61, 21, 821. — 39. Kutscha, W. Therapiewoche, 1966, 16, 46, 1582—1584. — 40. Lepeschvin, B. Circulation, 1960, 22, 5, 986—1001. — 41. Master, A. M. a. Rosenfeld, J. J. Amer. Med. Assoc., 1964, 190, 494. — 42. Mayer, G. A. Canad. Med. Assoc. J., 1965, 93, 22, 1151—1153. — 43. Raab, W. Amer. Heart J., 1966, 72, 4, 538—564. — 44. Raab, W. Amer. J. Cardiol., 1962, 9, 4, 576—590. — 45. Ross, L. M. e. a. Exp. Med. a. Surg., 1961, 19, 2—3, 207—222. — 46. Russak, H. I. Amer. J. Med. Sci., 1962, 243, 6, 716—726. — 47. Schaefer, B. E. Circulation, 1964, 30, 4. Suppl. III, 28. — 48. Schlessinger, B. S. u. a. Circulation, 1959, 19, 2, 265—268. — 49. Schrade, W. u. a. Klin. Wochenschr., 1960, 38, 15, 739—753. — 50. Soloff, L. A., Schwartz, B. Lancet, 1966, I, 7435, 449—452. — 51. Straube, K. R. Z. ges. innere Med. u. Grenzgeb., 1966, 21, 19, 582—587. — 52. Wegria, R. a. o. Amer. Heart J., 1949, 38, 90.

Tartu Riiklik Ülikool

SÜDAME RÜTMIHÄIRETE RAVIST

KUNO KÖRGE
Tartu

UDK 616.12-008.318-08

Südame rütmihäirete efektiivse ravi eelduseks on nende tekke põhjuste selgitamine. Viimased jagunevad: 1) südamelihase orgaanilised kahjustused, 2) orgaanilised ekstrakardiaalsed põhjused (mehhaaniline või elektritrauma, lülisamba osteokondroos jt.), 3) funktsionaalsed põhjused (psüühilised ja reflektoorsed mõjustused), 4) hormonaalsed ja ainevahetuslikud tegurid (türeotoksikoos, feokromotsütoom, elektrolüütide tasakaalu häired jt.) ning 5) ravimid ning toksilised ained (digitaalis, kofeiin, nikotiin). Välja selgitanud rütmihäire patogeneesi, saame mitmel juhul rakendada vastavasuunalist ravi (türeostaatilist, reumavastast jms. ravi). Rütmihäired, mis on tekkinud südame puudulikkuse foonil, vajavad üldiselt südameglükosiidravi. Südameglükosiidide inotroopse mõju tulemusena paraneb südame verevarustus, väheneb hüpoksia ja rütm võib normaliseeruda.

Südame rütmihäirete ravimisel on oluline teada, et südamelihaseraku ärritatavus sõltub rakumembraani potentsiaalist, viimane jällegi intra- ja ekstratsellulaarse K^+ kontsentratsiooni suhtest. Rahuolekus on südamelihaseraku potentsiaal

$$E = \frac{\text{intratsellulaarne } K^+}{\text{ekstratsellulaarne } K^+} = 90 \text{ mV}$$

Kõik mõjustused, mis põhjustavad kaaliumi väljumist südamelihaserakust, langetavad raku potentsiaali. Kui viimane langeb alla 70 mV, suureneb südamelihaseraku ärritatavus ja tekib kalduvus rütmihäireteks. Südamelihaserakk vaesestub kaaliumioonidest hüpoksia, atsidoosi, hemolüüsi, traumade, kõigi glükolüütiliselt toimivate ravimite (adrenaliin!) mõju tõttu. Südamelihast rikastavad kaaliumiga alkaloos ja insuliini manustamine. Südamelihaseraku potentsiaali tõstvalt mõjuvad ka mitmed arütmiavastased ravimid nagu novokaiinamiid ja kinidiin. Laialdaselt kasutatakse rütmihäirete ravimiseks Sodi-Pallarese polariseerivat lahust (kaaliumkloriidi 3,0 g, insuliini 6 . . . 10 TÜ, 5%-list glükoosilahust 1000,0 g), mida 500 ml viiakse veeni tilkinfusiooni teel.

Ravi näidustuste aspektist võib rütmihäired L. Szekeresi (9) järgi liigitada

4 rühma: 1) rütmihäired, mis katkevad juba ajal, mil nad südametalitlust veel ei ohusta (erilist medikamentoosset ravi ei vaja); 2) arütmiad, mis südametalitlust küll ei ohusta, kuid häirivad haiget, kes seetõttu vajab ravi; 3) rütmihäired, mis kahjustavad südametalitlust, kuid ei vaja viivitamatut vahelesegamist (näiteks *tachyarrhythmia absoluta*), ja 4) eluohtlikud, kiiresti ravi vajavad rütmihäired, nagu ventrikulaarne tahhükardia, Adams-Stokes-Morgagni sündroom jt.

Siinustahhükardia puhul annab sageli raviefekti reserpiin (0,25 . . . 1,0 mg päevas). Hästi vähendab pulsisagedust südame adrenergiliste beeta-retseptorite blokeerija inderaal ehk propanolool (10 . . . 20 mg 3 korda päevas). Nimetatud ravim on eriti väärtuslik südame adrenergiliste beeta-retseptorite kõrgenenud tundlikkusel põhineva hüperkineetilise südamesündroomi puhul [S. Gorlin (18), A. Bellinger (13)]. Viimane väljendub tahhükardiana, ängistustundena ja jõudlusvõime langusena [W. Delius (16)]. Inderaali toime niisuguste südamehäirete korral ei väljendu ainult frekventsi languses ja vaevuste kadumises, vaid ka (koormusjärgsete) elektrokardiograafiliste muutuste taandarenemises, nagu seda demonstreerib ühe meie (koos D. Pihelgasega) uuritud haige elektrokardiogramm.

A. H., 35-aastane naine, treener, endine tippsportlane (haiguslugu nr. 1727/68). Kolme aasta vältel olid esinenud nõrkushood, värisemine, peapööritus. Haib tunne südame piirkonnas, süda jätab lööke vahele. Vaevused tugevnevad pärast pingutusi ja ärritusi. Vererõhk rahuolekus 100 . . . 110/60 . . . 80 mmHg, pulss 70. Püstiseismisel pulsisagedus suureneb 130-ni ja sel tasemel püsib üle 3 minuti. Elektrokardiogramm (rahuolekus): $P=0{,}11''$, atrioventrikulaarne ülejuhteaeg lühenenud ($PQ=0{,}13''$). Püstiseismisel lameneb *T*-sakk tugevasti. Üks tund pärast 30 mg inderaali sissevõtmist on südame frekvents seismisel 73, *T*-saki lamenemine on minimaalne. Ka koormuskatsu puhul Masteri järgi *T*-sakk ei lamene, nagu see on siis, kui inderaali ei tarvitata. Samuti pärast inderaali sissevõtmist jääb *PQ*-aeg endiseks.

Seega patoloogiline ortostaatiline kats ja koormuskats muutusid pärast inderaali manustamist normaalseks.

Ekstrasüstoleist vajavad ravi eelkõige polütoopsed ventrikulaarsed ekstrasüstolid, mis võivad üle minna ventrikulaarseks tahhükardiaks, vatsakeste laperduseks ja seejärel vatsakeste virvenduseks. Ravimeist on neil juhtudel näidustatud novokaiinamiid (algul süstitakse lihasesse 1,0 g, seejärel antakse suu kaudu 0,5 g iga 3 tunni järel või süstitakse lihasesse 1,0 g iga 6 tunni järel). Novokaiinamiidi süstimine veeni põhjustab liiga tugeva vererõhu languse, mistõttu see on näidustatud ainult äärmise vajaduse korral, kui vererõhk ei ole madal [H. Böhme (14)]. Novokaiinamiidi veeni süstimise puhul tuleb varuks hoida mesatooni ja pärast novokaiinamiidi süstimist ei tohi nõela veenist kohe eemaldada.

Ekstrasüstoleid saab edukalt kõrvaldada aimaliini (*Rauwolfia serpentina*'st isoleeritud orgaaniline hape) abil, mida antakse suu kaudu või süstitakse lihasesse või veeni 50 mg. Kui esinevad ülejuhtehäired, siis aimaliini ja novokaiinamiidi mitte manustada. Sama on kehtiv ka kinidiini kohta. Kinidiini pärssiv mõju ülejuhtele on novokaiinamiidi mõjust 3 korda tugevam. Mõlema ravimi toksilise toime summeerumise tõttu ei ole novokaiinamiidi ja kinidiini soovitatav ühel ajal manustada. Ülejuhtehäirete korral on ekstrasüstolite raviks viimasel ajal hakatud kasutama sparteiinsulfaati (60 . . . 100 mg 10 ml bidestilleeritud vees kuni 3 korda päevas 2 minuti jooksul veeni süstida).

Ventrikulaarne tahhükardia tekib tavaliselt orgaaniliselt kahjustatud südames ja võib üle minna letaalselt lõppevaks vatsakeste virvenduseks. Ventrikulaarse tahhükardiahoo tekkimist haige enamasti ei tunne (vastandina supraventrikulaarsele paroksüsmaalsele tahhükardiale). Võivad tekkida Adams-Stokes-Morgagni hood. Nimetatud seisund vajab viivitamatult novokaiinamiidravi (süstida lihasesse) ning lisaks sellele infundeeritakse haigele polariseerivat lahust. Tõhusa vahendina võib sel puhul kasutada ka inderaali [L. Rozenštrauh (7)]. Digitaaliserühma glükosiidid on ventrikulaarsete ekstrasüstolite ja ventrikulaarse tahhükardia puhul üldiselt vastunäidustatud. Südame raske dekompensatsiooni juhtudel aga soovitavad mitmed autorid südameglükosiide kasutada ka ventrikulaarse päritoluga rütmihäirete korral. Positiivse inotroopse mõju tulemusena võivad nimetatud preparaadid müokardi

hüpoksiat vähendades kaasa aidata rütmi normaliseerimisele [R. Scharf (20)]. Tuleb meenutada, et eespool nimetatud klassikalised arütmiavastased preparaadid (novokaiinamiid, kinidiin) vähendavad südamelihase kontraktsioonijõudu ja südame puudulikkuse korral tuleb neid kasutada alles pärast digitaaliserühma preparaatide tarvitamist (*resp.* strofantiini süstimist). Vatsakeste virvenduse või laperduse korral on viivitamatult näidustatud elektriline defibrilleerimine.

Paroksüsmaalse tahhükardia puhul, eriti siis, kui see on kõrge sagedusega (180 ... 200 ja enam lööki minutis), vajab haige kiiresti terapeutilist abi. Kui uitnärvi reflektoorne ärritamine (okserefleksi tekitamine, silmamunadele rõhumine jt.) tulemusi ei anna, rakendatakse eluohtliku seisundi korral elektrilist kardioversiooni või medikamentoosset ravi.

Supraventrikulaarset paroksüsmaalset tahhükardiat võib ravida järgmiselt. Digitoksiini 0,4 ... 1,0 mg päevas või strofantiini 0,5 mg 2 korda päevas. Kaaliumkloriidi 10%-list lahust 100 ml suu kaudu (toimib pärast 1 ... 2 tunni möödumist); kui efekt puudub, anda kaaliumilahust iga 2 tunni järel 20 ml. Süstida novokaiinamiidi 10%-list lahust 10 ml lihasesse või anda 0,4 g kinidiini iga 3 tunni järel.

Paroksüsmaalse tahhükardia puhul peetakse aimaliini (*gilurytmal, tachmalinum*) efektiivsemaks kui novokaiinamiidi [H. Böhme (14, 15), V. Poznjak (6)]. V. Poznjak (6) sai aimaliiniga efekti juhtudel, kus kaaliumkloriid, novokaiinamiid ja kokarboksülaas jäid mõjuta. Aimaliini süstitakse aeglaselt veeni (50 mg koos 18 ml glükoosilahusega). Sageli võib 30 ... 40 mg ravimi manustamisel täheldada hetkelist südameseiskust, mille järel taastub siinusrütm. Aimaliini süstimisel lihasesse katkeb südamepekslemine pärast 15 ... 60 minuti möödumist. Kui pärast ühe tunni möödumist hoog ei katke, süstitakse samasugune annus uuesti, kuid mitte üle 150 mg päevas [V. Poznjak (6)]. Aimaliini kasutamise vastunäidustuseks on südame ülejuhtehäired. K. Foerster ja Ch. Kroetz (17) soovitavad ravimite kombinatsiooni, milles on aimaliin, novokaiinamiid, kinidiin, meprobamaat, teofülliin ja luminaal.

B. Rubanovski (8) soovitab supraventrikulaarse paroksüsmaalse tahhükardia puhul rakendada järgmist meetodit. Süstlasse võetakse 0,15 ... 0,2 ml noradrenaliini 0,2%-list lahust, 1 ml 0,05%-list strofantiinilahust ja 10 ml glükoosilahust, mida aeglaselt süstitakse veeni. Autoril on sel viisil õnnestunud 71 juhust 63-l hoogu katkestada süstimise ajal (mõne ml süstimise järel); kolmel haigel hoog katkes 1 ... 3, ühel 45 minutit pärast süstimist. Efekti puudumise korral soovitab autor süstet korrata pärast 30 ... 40 minuti möödumist. Ravimi toimemehhanisme on nähtavasti uitnärvi toonuse indirektne tõstmine depressoorse refleksi kaudu. Olgu lisatud, et adrenaliini soovitas mainitud otstarbel esimesena G. Schuster 1926. aastal. Mitmed autorid [J. Krasnikov (4) jt.] on paroksüsmaalse tahhükardia ravimisel saanud häid tulemusi inderaaliga.

Meie kogemuste põhjal võib ravile visalt reageerivate paroksüsmaalse tahhükardia vormide puhul lisaks novokaiinamiid- ja strofantiinravile narkotiseerida (hapniku ja naerugaasisegu), mis hoo üsna peatselt katkestab. Analoogilist efekti on saadud ka lühinarkoosiga barbituraatide veeni süstimise teel [K. Bachmann jt. (12), V. Tabak jt. (11)].

Mitmed autorid [J. Kohmanjuk ja B. Datsenko (3), J. Mironova (5)] peavad paroksüsmaalse tahhükardia puhul parimaks ja ohutumaks ravimeetodiks elektrilist defibrilleerimist, mis eriti hüpotooniliste seisundite korral on ainsaks kiiresti mõjuvaks raviviisiks. Elektriline defibrilleerimine on näidustatud kõikidel juhtudel, mil ohtlikku tahhükardiat antiarütmiliste vahendite tavaliste annustega ei õnnestu katkestada, samuti kõikidel juhtudel, kus ei saa kindlalt diferentsida, kas tahhükardia on ventrikulaarset või supraventrikulaarset päritolu [L. Szekeres (9)]. Kui mitmed autorid mainitud raviviisi peavad südamelihasele täiesti ohutuks, siis G. Aleksejev (1) leidis, et pärast elektrilist defibrilleerimist 22 juhust 7-l suurenes transaminaasisisaldus vereseerumis (ühel juhul kuni 189 üh.).

Paroksüsmaalse tahhükardia hoogude vältimiseks on kasutatud ka antihistamiinikume (pipolfeeni) ja epilepsiavas-

taseid ravimeid (difeniini 0,1 ... 0,15 g + trimetiini 0,3 g kolm korda päevas).

Tuleb silmas pidada, et üksikjuhtudel võib paroksüsmaalne tahhükardia olla tingitud digitaalisest põhjustatud intoksikatsioonist, mille puhul on võimalik nii tahhükardia supraventrikulaarne vorm, aatriumide laperdus kui ka ventrikulaarne tahhükardia. Uitnärvi ärriti neil juhtudel ei mõju, digitaalis on muidugi vastunäidustatud, samuti ei soovitata sel puhul manustada novokaiinamiidi ja kinidiini. Anda kaaliumi ja rakendada elektrilist defibrilleerimist, mis E. Zehi (21) järgi niisugusel juhul on parimaks rütmi taastavaks ravivõtteks.

Printsipiaalselt uueks ravimeetodiks, mida kasutatakse eelkõige digitaalisest tingitud rütmihäirete korral, on kompleksoonide manustamine. Kompleksoonid on iminoäädikhappe derivaadid, millel on omadus moodustada organismis polüvalentsete metallide katioonidega mitteioniseerivaid lahustuvaid kompleksühendeid (helaate), mis kiiresti erituvad uriiniga. Neist tuntumaid on etüleendiamiintetraäädikhappe (EDTA) soolad. Digitaalise mõju teatavasti intensiivistub ioniseeritud kaltsiumi mõjul. Kui ühel ja samal ajal manustada digitaalist ja kaltsiumi, võivad arenema hakata patsiendi elu ohustavad intoksikatsiooninähud. Sidunud veres kaltsiumiooni, kõrvaldab EDTA nii digitaalisest tingitud rütmihäired ja ülejuhtehäired kui ka ravimist tingitud iiveldustunde ning oksendamise. Viiakse 3 ... 4 g triloon B-d 500 milliliitris isotoonilises glükoosilahuses tilkinfusiooni teel veeni (30 minuti jooksul, s. o. 100 kuni 200 mg minutis). Ravi on ohutu, kui annus ei ületa 50 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta [E. Gendenštein (2)].

Üks sagedamini esinevaid rütmihäireid on kodade virvendusest tingitud absoluutne arütmia. Terapeutilist mõjutamist vajab eelkõige äsja tekkinud virvendusarütmia, mis meie kogemuste järgi on suhteliselt hästi ravitav. Ravi on tingimata näidustatud mainitud rütmihäire tahhükardilise vormi puhul, millest peatselt saab alguse kardiovaskulaarne puudulikkus.

Lühikest aega kestnud absoluutset arütmiat oleme saanud katkestada novokaiinamiidi lihasesse süstimise teel (10 ml 10%-list lahust kuni 2 korda päevas, *per os* kaaliumkloriidi), kusjuures raviefekt on olnud küllalt püsiv. Analoogilise (või veelgi parema) efekti annab kirjanduse andmeil aimaliin (50 mg 3 ... 6 korda päevas anda suu kaudu või lihasesse süstida).

Pikka aega on absoluutse arütmia puhul kasutatud kinidiini. Seda antakse suu kaudu, kusjuures algannuseks kahel esimesel päeval on 0,2 g. Kui haige ravimit hästi talub, antakse 3. päeval 0,2 g kolm korda päevas ja lisatakse igal järgmisel päeval 0,2 g, minnes vajaduse korral kuni 1,2 ... 1,6 grammini päevas (ravimi koguannus 15 ... 20 g). Nimetatud ravi ajal saab haige digitaalist ja lisaks sellele ka kaaliumi. Kui annus on küllaldane, kuid raviefekti 7 ... 8 päeva jooksul ei saavutata, siis tuleb kasutusele võtta muud meetodid (eelkõige elektriline defibrilleerimine). Pärast arütmia kõrvaldamist on tarvis jätkata kinidiinravi (0,1 ... 0,2 g kolm korda päevas), et ära hoida virvendusarütmia retsidiive. Selline järelravi on vajalik ka pärast elektrilist defibrilleerimist. Retsidiivide vältimiseks soovitatakse ordineerida ka klorokiini (0,25 g päevas). Viimasel on kinidiiniga võrdne mõju, isegi mitme kuu jooksul sissevõtmine ei põhjusta kõrvalnähte, ja ta on kinidiinist tunduvalt vähem toksiline [G. Aleksejev (1)]. L. Rozenštrauh (7) on virvendusarütmia puhul edukalt kasutanud inderaali, mis osutus novokaiinamiidist mõjuvamaks.

Absoluutse arütmia reguleerimise katsete puhul on vaja silmas pidada järgmist: 1) kaua (kuid ja aastaid) kestnud arütmia korral on reguleerimiskatsed ebasoovitatavad, sest kodades moodustunud trombid võivad siinusrütmi taastumise korral anda emboleid; 2) raskekujulise kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul ravi mitte alustada kinidiini või novokaiinamiidiga, vaid digitaalisega; 3) aktiivse müokardiidi juhtudel ravida eelkõige põletikku; 4) arteriaalse hüpotoonia puhul tuleb olla ettevaatlik novokaiinamiidi ja kinidiiniga, sest mõlemad alandavad vererõhku.

Kauemat aega kestnud tahhüarütmia tuleb digitaalise abil muuta bradüarütmiaks. Kompenseeritud bradüarütmia korral rakendada patogeneetilist ravi — rütmi normaliseerimise katseid sel puhul üldiselt ei soovitata.

Kodade laperduse puhul blokeerin-

guga 2:1 ei soovitata kinidiini manustada, sest see võib laperduse frekventsi langetades põhjustada ülejuhtivuse 1:1 ja sel teel esile kutsuda tahhükardia. Niisugusel juhul soovitatakse algul digitaalise abil kodade laperdus muuta virvenduseks ja viimane seejärel kinidiini varal siinusrütmiks. Novokaiinamiid mõjub sel juhul vähe. Paroksüsmaalse kodade laperduse puhul on mõjuvaks vahendiks elektriline defibrilleerimine.

Südame ülejuhtehäirete mõjutamiseks on meie käsutuses peale patogeneetilise ravi veel mitmesugused sümpatikomimeetilised ained, mis kiirendavad ülejuhtivust ja stimuleerivad vatsakestesisese ärrituse teket (adrenaliin, efedriin ja eriti isoproterenool). Isoproterenool ei tõsta vererõhku, teda saab anda keele alla. Isoproterenooli kasutamisel on vatsakeste virvenduse oht märksa väiksem kui adrenaliini korral. Ülejuhtehäirete ravis on populaarne ka atropiin. Rahuldava raviefekti oleme saanud prednisolooniga, seda ka mittereumaatilise geneesiga kardioskleroötiliste blokaadivormide puhul [K. Kõrge (19)].

Terapeudi kiiret tegutsemist vajavad Adams-Stokes-Morgagni hood, mille puhul kõige efektiivsemaks on samuti osutunud isoproterenool [L. Szekeres (9)]. Kui tegemist on kardiovaskulaarse puudulikkusega koos III astme atrioventrikulaarse blokaadiga, tuleb ordineerida südameglükosiide koos sümpatikomimeetiliste vahenditega. Raskematel blokaadijuhtudel (sagedased Adams-Stokes-Morgagni hood, väga aeglase frekventsiga totaalne atrioventrikulaarne blokaad) peab südant elektriliselt stimuleerima kas transtorakaalselt südamelihasele paigutatud või *vena jugularis*'e kaudu sisseviidud elektroodide abil.

Südame rütmihäirete ravimisel on vaja suurt tähelepanu pöörata elektrolüütide ainevahetusele, mille nihked võivad rütmihäireid tekitada ja neid süvendada ning mille normaliseerimine on efektiivse ravi üks tähtsamaid eeldusi. Näiteks digitaalisravi vältel tekkiv ekstrasüstoolia võib tingitud olla hüpokalieemiast (eriti tugeva diureesi korral). Hüpokalieemia võib esile kutsuda veel supraventrikulaarse tahhükardia ning kodade paroksüsmaalse virvenduse. Hüperkalieemia võib põhjustada bradükardiat, ekstrasüstoleid, võib tekitada ka nodaalset tahhükardiat. Hüperkalieemia ja atsidoosi puhul tekkivad rütmihäired on kõrvaldatavad naatriumlaktaadi molaarse lahuse veenisisese infusiooni teel.

L. Szekeres (9) soovitab südame rütmihäirete ravimisel kasutada eri toimesuunaga ravimite kombinatsioone: 1) vegetatiivseid keskusi pidurdavaid rahusteid, 2) antifibrillaarseid vahendeid, nagu novokaiinamiid ja kinidiin ja 3) sümpatikomimeetiliselt mõjuvaid ravimeid, mis kompenseerivad eelmiste ebasoovitavat mõju müokardi kontraktiilsusele, heterotoopseid impulsse ise aga ei põhjusta (isoproterenool). Rütmihäirete ravimisel tuleb kasutada ka hapnikuinhalatsioone ja südame metabolismi normaliseerivaid vahendeid (kokarboksülaasi).

РЕЗЮМЕ. Статья является обзором современных методов лечения нарушений ритма сердца. Представлены данные о применении новых противоаритмических средств — индерала, аймалина, сернокислого спартеина и комплексонов, а также данные о показаниях к применению и влиянии электрической дефибрилляции сердца.

KIRJANDUS: 1. Алексеев Г. К. Кардиология, 1968, 1, 102. — 2. Генденштейн Э. И. Терапевт. архив, 1966, 9, 9. — 3. Кохманюк Ю. С., Даценко Б. М. Клин. мед., 1967, 5, 82. — 4. Красников Ю. А. Терапевт. архив, 1967, 7, 84—87. — 5. Миронова Ю. П. Клин. мед., 1967, 10, 125—127. — 6. Позняк В. М. Терапевт. архив, 1966, 9, 55—57. — 7. Розенштраух Л. В. Кардиология, 1968, 1, 98—102. — 8. Рубановский Б. Р. Сов. мед., 1967, 4, 117. — 9. Секереш Л. Венгерская мед., 1967, 22, 3—13. — 10. Табак В. Я. Кардиология, 1965, 6, 55. — 11. Табак В. Я. и др. Терапевт. архив, 1966, 9, 50—54. — 12. Bachmann, K. u. a. Dtsch. med. Wochenschr., 1967, 28, 1264. — 13. Bellinger, A. Dtsch. med. Wochenschr., 1967, 31, 1397. — 14. Böhme, H. Zschr. inn. Med., 1964, 18, 118. — 15. Böhme, H. Zschr. inn. Med., 1964, 23, 883. — 16. Delius, W. Med. Klinik, 1967, 29, 1128. — 17. Foerster, K., Kroetz, Ch. Med. Klinik, 1965, 15, 578. — 18. Gorlin, S. J. Amer. Med. Assoc., 1962, 182, 823. — 19. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 1, 6—7. — 20. Scharf, R. Med. Klinik, 1966, 7, 265. — 21. Zeh, E. Dtsch. med. Wochenschr., 1965, 17, 774.

Tartu Riiklik Ülikool

HEMODERMIA PROBLEEM KAASAJAL

MIHHAIL KOLOMOITSEV
Tallinn

UDK 616-006.44-08

Juba möödunud sajandil täheldati dermatoosijuhtudel muutusi perifeerses veres. Ka kodumaa autorid on palju tähelepanu pööranud niisugustele nahahaigustele, mis tekivad vereloomeelundite süsteemsete häirete taustal. A. Pospelov (1874. a.) ja M. Stukovenkov (1891. a.) kirjeldasid mitmeid *sarcoma idiopathicum Kaposii* juhte, N. Trapeznikov (1892. a.) aga *mycosis fungoides*'t; Berezovski (1890. a.) jälgis lümfisõlmede histoloogilisi muutusi lümfogranulomatoosi puhul. P. Nikolski (1923. a.) uuris põhjalikult leukeemiaid, S. Rozental (1927 . . . 1935) selgitas leukeemiliste erütrodermiate patoloogilist histoloogiat ja naha muutuste kliinikut leukoosi põdevatel haigetel (4).

Viimase aastakümne jooksul on dermatoloogid palju tähelepanu pööranud hemodermiale üldse ja naha retikuloosile eriti. Juba 1956. aastal esitasid N. Smelov ja J. Beljajeva (12) NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku komisjoni laiendatud pleenumil andmeid nimetatud haiguste kliinikust ja histomorfoloogiast. Hemodermiat uuritakse mitmetes dermatoloogiakliinikutes, teadusliku uurimise instituutides ja meditsiiniinstituutides Moskva oblastis, Sverdlovskis, Kalininis, Volgogradis ja mujal (3, 5, 6, 7, 9, 11, 13).

Üha kasvavast huvist hemodermia vastu kõneleb ka tõsiasi, et 1961. a. korraldatud üleliidulisel dermatovenereloogide kongressil kuulati 12 sellealast ettekannet. Hemodermia on köitnud samuti välismaa teadlaste tähelepanu, kusjuures kõige tuntumaks on saanud H. Gottroni (17), R. Degos' (16) ja teiste uurimused (1, 4, 8, 10, 14, 15, 18).

Hemodermia all mõistetakse naha patoloogilisi muutusi, mis on tingitud vereloomeelundite funktsionaalsetest või orgaanilistest häiretest, sagedamini vereloomekudede süsteemsest hüperplaasiast. Seejuures on hemodermia kliinilis-morfoloogiline pilt väga mitmekesine.

Verehaiguste puhul ilmnevad naha kahjustused jaotatakse spetsiifilisteks ja mittespetsiifilisteks.

Spetsiifilistele dermatoosidele on iseloomulik naha kahjustuste tekkimine sõlmedena ja sõlmekestena, harvem erütrodermaalsete kahjustustena. Tõeliste leukeemiliste nahainfiltraatide kui süsteemse kahjustuse tunnuste spetsiifilisus tehakse kindlaks ainult histoloogilise uurimise põhjal. Mittespetsiifilised naha kahjustused ehk leukemiidid, mille patogeneesi seostatakse leukotsüütide lagunemisel tekkivate toksiliste ainete imendumisega, avalduvad generaliseerunud eksanteemidena, mis võivad meenutada parapsoriaasi, villtõbe, sügatõbe, vöötohatist jm. nahahaigusi.

Mittespetsiifiliste naha kahjustuste kliinilised tunnused võivad ilmneda hemorraagiliste, eksudatiivsete või sügatõvele iseloomulike löövetena, näiteks villtõbe meenutavad leukemiidid, pigmentatsioonid jne. Hemorraagiate korral tekivad mitmesuguse suurusega verevalumid nahas, nahaalustes kudedes, limaskestades ja lihastes.

Hemodermia patogenees põhineb vereloomesüsteemi häiretel, kusjuures patoloogiliste protsesside substraadiks on retikuloendoteliaalne süsteem, täpsemalt retikulohistiotsütaarne süsteem. Viimane kujutab endast sidekoe kõige aktiivsemat osa, mis on võimeline reageerima mis tahes ärritile. Need reaktsioonid on kas tavalised põletikulisreaktiivset laadi kaitsereaktsioonid või teatavates tingimustes kasvajalise protsessi sarnased. Selles mõttes on vereloomesüsteemil palju niisuguste muutuste võimalusi, sest retikulohistiotsütaarsed elemendid ei täida ainult ainevahetuse ja immunobioloogilise kaitse funktsioone, vaid võtavad osa ka vere vormelementide loomisest (neil on suur proliferatiivne aktiivsus).

Retikuloendoteliaalkoe vohamisest tingitud hemodermiate kõrval võib kohata ka teistsuguseid haigusvorme.

Nende puhul on naha tunnused patogeneetilises seoses mitmesuguste aneemia vormidega, samuti vereplasma kemismi häiretega. Viimaste hulka kuuluvad peamiselt eri valgufraktsioonide suhete häired ja valkude kvalitatiivsed muutused.

Hemodermiad võivad alguse saada tähtsamatest vereloomeelunditest ja lümfisõlmedest, seejärel tabab haigus ka nahka. Mõnedel juhtudel võib täheldada vastupidist: hemodermia esimesed tunnused ilmnevad nahas ja alles siis levib ta peamistesse vereloomeelunditesse. Ning lõpuks võib haigus ühel ja samal ajal avalduda nii vereloomeelundites kui ka nahas.

Mastotsütaarsete retikulooside, samuti *mycosis fungoides*'e ja *sarcoma idiopathicum Kaposii* puhul avaldub haiguse lokaliseerumine nahas eriti ilmekalt.

Lümfogranulomatoosi juhtudel areneb haigus algul tavaliselt lümfisõlmedes. Naha muutused tekivad hiljem, peamiselt mittespetsiifilise lööbena (lümfogranuliidid).

Hemodermia eri vormide iseärasuseks on nende histogeneetiline lähedus. See asjaolu toob selgust ka niisuguste juhtude kohta, mil ühel ja samal ajal esinevad näiteks histiomonotsütaarne retikuloos ja lümfogranulomatoos.

Sellega võib seletada ka hemodermia ühe vormi transformeerumist teiseks, näiteks *mycosis fungoides*'e muutumist histiomonotsütaarseks retikuloosiks, lümfogranulomatoosi üleminekut retikulosarkomatoosiks ja *pseudosarcoma Kaposii* arenemist tõeliseks ümarrakuliseks sarkoomiks. Hemodermia ühe vormi teiseks transformeerumise kõrval võib märgata selliseid haigusjuhte, mille puhul mõned nahahaigused (ekseem, psoriaas, parapsoriaas, eksfoliatiivne dermatiit jt.) transformeeruvad *mycosis fungoides*'eks ja mitmesugusteks retikuloosi nahavormideks. Seda põhjustab haiguse ägenemine või üld- ja paikse ravi ärritav toime. Hemodermiate jaotamine healoomulisteks ja pahaloomulisteks on väga suhteline. Isegi väga aeglaselt, võiks arvata, et soodsalt kulgevate haigusvormide korral võivad lõpuks ilmneda pahaloomulisuse tunnused.

Et hematoloogilist põhihaigust õigel ajal diagnoosida, on peale kliinilise pildi detailse analüüsimise tingimata tarvis teada naha ja lümfisõlmede patoloogilis-histoloogilise uurimise (9), samuti kompleksse tsütoloogilise uurimise andmeid (luuüdi, põrna jt. punktaatide uurimine).

Hemodermia arenemine ei sõltu ainult selle kuulumisest ühte või teise kliinilisse vormi, vaid ka ravivõtetest. Organismi toonust tõstvad ja desensibiliseerivad preparaadid võivad ettevaatlikult korraldatud ravi puhul hemodermia arengut pidurdada ja remissioon võib olla püsiv. Häid, ehkki ajutisi tulemusi on õnnestunud saada kortikosteroidide (prednisooni, prednisolooni, deltafluoreeni, dekstrometasooni) manustamisel mõõdukates annustes. Nimetatud preparaatidega ravimise ajal tehakse vereülekandeid, eriti erütrotsüütide massi ülekandeid, samuti antakse B_1-, B_{12}-, B_6- ja C-vitamiine.

Kirjanduse andmeil (16 jt.) võib intensiivne kiiritusravi, samuti kaasajal kasutatavad tugevatoimelised kemoterapeutilised preparaadid (6-merkaptopuriin, aminopteriin, trimitaan jm.) hemodermia arengut kiirendada ja põhjustada suhteliselt soodsalt kulgevate haigusvormide üleminekut hemodermia pahaloomulisteks teisenditeks. Tsütostaatiline preparaat dopaan on tõhus lümfogranulomatoosi ja osaliselt ka *mycosis fungoides*'e ravis. Antibiootikumravi on efektiivne *sarcoma idiopathicum Kaposii* juhtudel. Röntgenravi aitab pidurdada *mycosis fungoides*'e kasvajaliste elementide vohamist, seda ka *sarcoma idiopathicum Kaposii* ja lümfogranulomatoosi juhtudel (6). *Mycosis fungoides*'e ravimisel Bucky kiirtega on mitmeid eeliseid, võrreldes pindmise röntgenraviga, seda just organismi üldreaktsiooni ja korduvate kiiritusseansside aspektist. Kõige paremaid tulemusi võib oodata neil juhtudel, kui tegemist on haigusega varajases staadiumis (naha muutused on väikesekoldelised). Bucky kiirte kasutamine ei ole näidustatud difuussete naha kahjustuste korral. Mõne hemodermiavormi puhul on häid tulemusi andnud kiiritusravi (13).

Viimastel aastatel on Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri statsionaari andmeil täheldatud hemodermiajuhte üha rohkem. Diagnoos pannakse kliinilise pildi, sternaalpunktaadi müelogrammi, verepildi ja biopsia and-

meil. Hemodermiat põdevatele haigetele oleme määranud peamiselt kortikosteroide, adrenokortikotroopset hormooni, vitamiinipreparaate ja röntgenkiiritust. Põhjalikumalt on uuritud *mycosis fungoides*'e juhte. Selle haiguse premükootiliste infiltratiivsete vormide korral olid ravitulemused suhteliselt soodsad. Kasvajaliste protsesside puhul haige üldseisund mõningal määral paranes. Üksikjuhtudel oleme enne surma täheldanud haavandilist püodermiat, kusjuures patoloogilised vere muutused olid selgesti välja kujunenud.

Hemodermia on piiriala patoloogia, mis puudutab nii dermatoloogiat kui ka hematoloogiat ja üldteraapiat. Selle edaspidine uurimine on aktuaalne, sest niisuguste haigusjuhtude esinemissagedus on viimaste aastate jooksul suurenenud.

Suurema edu saavutamine kirjeldatud raskekujuliste haiguste profülaktikas ja ravis oleneb dermatoloogide, patohistoloogide, hematoloogide, onkoloogide ning terapeutide koostööst.

РЕЗЮМЕ. Современное понятие этиопатогенеза гемодермий обоснованно патологическими изменениями кожи, вызванными функциональными или органическими нарушениями гемопоэтического аппарата, нарушениями системы крови. Субстратом патологических процессов при заболеваниях системы крови является наиболее активная часть физиологической системы соединительной ткани — ретикулогистиоцитарная система. Пролиферативные процессы при гемодермиях могут возникать первоначально в основных органах гемопоэза, т. е. в костном мозге, селезенке и в лимфатических узлах. В других же случаях, наоборот, первые признаки гемодермии появляются в коже. Возможно и одновременное проявление процесса и в гемопоэтических органах и в коже.

Вследствии гистогенетической близости между собой разных форм гемодермии, бывают случаи трансформации одной разновидности их в другую. Наблюдаются случаи, когда хронические воспалительные заболевания кожи трансформируются в одну из разновидностей гемодермий. Подразделение последних на доброкачественные и злокачественные формы носит относительный характер: большинство их следует рассматривать как потенциально злокачественные процессы.

Гемодермии, представляя собой проявления пограничной патологии, сближают дерматологические проблемы с многими, еще нерешенными, гематологическими и общетерапевтическими вопросами.

KIRJANDUS: 1. Аринкин М. И. Ретикулоэндотелиальная система при заболеваниях крови и кроветворных органов. — 2. Арутюнов В. Я. и Големба П. И. Труды I Всерос. съезда дерм.-венер. М., 1961. — 3. Арутюнов В. Я. и Големба П. И. Вестн. дерматол. и венерол., 1962, 8, 7—13. — 4. Арутюнов В. Я. и Големба П. И. Гемодермии. М., 1964. — 5. Батунин М. П. Труды I Всерос. съезда дерм.-венер. М., 1961. — 6. Васильева Е. К. Там-же. — 7. Гурвич Е. И. Там-же. — 8. Даштаянц Г. А. Вестн. дерматол. и венерол., 1953, 6, 27—31. — 9. Каламкарян А. А. Труды I Всер. съезда дерм.-венер. М., 1961. — 10. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. В кн.: Клиническая гематология. М., 1962. — 11. Смелов Н. С., Беляева Е. Ф., Каламкарян А. А. Труды I Всер. съезда дерм.-венер. М., 1961. — 12. Смелов Н. С. и Беляева Е. Ф. Вестн. венерол. и дерматол., 1958, 6, 3—13. — 13. Сухарев В. И. Труды I Всер. съезда дерм.-венер. М., 1961. — 14. Уманский Г. И. Вестн. венерол. и дерматол. 1956, 6, 3—8. — 15. Яновский Д. Н. В кн.: Клиническая гематология. М., 1962. — 16. Degos, R. Presse méd., 1956, 76, 1725—1726. — 17. Gottron, H. Derm. Woch., 1959, 45, 1226—1234. — 18. Pastinszky, J., Racz, I. Hautsymptome bei Erkrankungen des retikulo-endothelialen Systems. Budapest, 1965.

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser

SÕNA KUI SIGNAAL
(TÄHENDUSETEOORIA FÜSIOLOOGILISTEST ALUSTEST)

SILVER KOPPEL
Tallinn

UDK 1 : 61

Nimede * tähenduse teooria on üks keerukamaid loogika ja filosoofia probleeme, mis antiikajast alates on tekitanud ja tekitab ka kaasajal ägedaid vaidlusi. Otsese seose tõttu filosoofia põhiküsimusega on tähenduseteoorial maailmavaateline ja metodoloogiline tähtsus; marksistliku tähenduseteooria arendamine on osa võitlusest kaasaegse kodanliku filosoofia, eriti semantilise idealismi vastu.

Koos paljude spetsiaalteadustega (loogika, psühholoogia, semiootika, lingvistika jt.) on tähenduseteooria arendamisest huvitatud ka meditsiin: psüühiliste haigestumiste puhul võivad mõtlemishäired avalduda mitte üksnes kõne grammatilise struktuuri, vaid ka (ja sagedasti ainult) sõnade tähendusliku sisu muutustena.

Olemasolevate teooriate kohaselt peetakse keeleväljendi tähenduseks kas asja, mida keeleväljendiga tähistatakse (esemeline teooria), asja mõttelist kujundit (kujundiline teooria), väljaspool ruumi ja aega olevat «olemust» (uusplatonism), bioloogilist valmisolekut mingiks tegevuseks (biheivioristlik teooria) või sõna funktsiooni keeles (funktsionaalne teooria). Kõikides nendes kontseptsioonides on olemas ratsionaalsed momendid, kuid ükski neist omaette ei anna rahuldavat vastust tähenduse probleemidele (8, lk. 74—76).

Möödunud sajandi lõpul väitis matemaatik ja loogik G. Frege (5), et nimedel on lisaks tähendusele (Bedeutung) ka mõte (Sinn). Tähendus on tähistatav asi (selles osas pooldas Frege esemelist teooriat), mõte aga teadmised, mida nimi asja kohta väljendab.

Frege jaotus ei ole üldtunnustatud. Ühed autorid nõustuvad sellega. Teised väidavad metodoloogilistel või loogilistel kaalutlustel, et sõna tähenduseks ei saa olla tähistatav objekt, loobuvad kahe termini kasutamisest ja määratlevad tähendusena ühel või teisel viisil selle, mida Frege nimetab mõtteks. Kolmandad kasutavad küll mõlemaid termineid, kuid annavad neile teistsuguse sisu kui Frege. Üksikasjaliku ülevaate eri seisukohtadest annavad E. Voišvillo (10), L. Reznikov (14, lk. 38—69) ja A. Schaff (16, lk. 218—230).

Frege ei suutnud probleemi rahuldavalt lahendada. Teda kritiseerides ei tohi aga ignoreerida seisukohta, mille järgi sõna tähendusel on (vähemalt) kaks aspekti. Need eristab ka keelepraktika. «Tähendus» on kitsam, piirdub lähemalt tähistatava asjaga. «Mõte» on laialdasem, hõlmab asja suhteid teiste asjadega ja konkreetse situatsiooniga. Eriti ilmekalt avaldub see verbide (tegevust tähistavate nimede) puhul. Väljendil «näidake keelt!» on (ligikaudu) sama tähendus mis väljendil «avage suu ja sirutage keel välja!». Selle väljendi mõte («näidake, kas teie keelel on haiguse tunnuseid!», «avaldage lugupidamatust!» vms.) on aga tähenduse konkretiseeringuks ja ühtlasi selle aspektiks.

Põhimõttelise tähtsusega on küsimus, kas tähendus on sõnaga seotud nähtus või sõna komponent. Esimesel seisukohal on K. Morozov (12), teist kaitseb L. Reznikov (13), kuna A. Smirnitski (15) arvates peab see küsimus jääma esialgu lahtiseks.

Loetletud probleemide mõistmist suudab süvendada (kuid mitte neid ise-

* «Nimi» on keeleväljend, mis tähistab «asja»: reaalset või väljamõeldud eset, elusolendit, isikut, omadust, suhet, seisundit, tegevust jne. Loogikaterminiga «nimi» ekvivalentne füsioloogiatermin on «sõnaline signaal» või lihtsalt «sõna».

seisvalt lahendada) närvitegevuse füsioloogia.

Füsioloogiliselt on sõnad signaalid ja nimelt «tegelikkuse teised signaalid», konkreetseid esemèlisi signaale abstraheerivad ja üldistavad «signaalide signaalid» (7, lk. 165, 297 ja 329).

I. P. Pavlov nimetas signaalideks a) tingitud ärritajaid kui tingimatute «juhuslikke ja ajutisi tunnuseid», «märke», «asendajaid»; b) nendest põhjustatud närviprotsesse ja c) nende protsesside alusel tekkinud aistinguid ning kujutlusi (7, lk. 158, 165, 172 ja 255).

Seega on signaalil kolm üksteisele järgnevat ja üksteisest põhjuslikus sõltuvuses olevat astet. Signaali tähendus on (antud tunnetava subjekti jaoks) kõigil astmetel ühesugune, muutub («kodeeritakse ümber») ainult signaali vorm. Need astmed on ka sõnal kui signaalil:

1) kommunikatsiooniprotsessi elemendina, teise signaalsüsteemi spetsiifilise ärritajana on hääldatud või graafiliselt kujutatud sõna tunnetavast subjektist sõltumatult eksisteeriv materiaalne objekt, mis on võimeline levima ruumis ja säilima ajas;

2) sellest materiaalsest objektist põhjustatud närviprotsessidena, inimese sisekõne ja mõtlemise materiaalse vormina, on sõna küll objektiivne materiaalne (subjekti teadvusest sõltumatu), kuid juba subjektile kuuluv ja väliskeskkonna suhtes sekundaarne nähtus;

3) objektiivse maailma subjektiivse kujundi mõttelise komponendina on sõna ideaalne nähtus. Pidades ideaalset kujundit signaali astmeks, lähtume K. Marxi seisukohast: «ideaalne ei ole midagi muud, kui inimpähe üle kantud ja seal ümber kujundatud materiaalne» (1, lk. 17).

Küberneetika laiendab signaalimõiste ka tingimatutele ärritajatele ja nendest põhjustatud närviprotsessidele, kuivõrd need, nagu tingitudki, täidavad organismis regulatiivset (väliskeskkonnaga kohandavat) funktsiooni ja neil on tähendus (teaduslikuks moeks kujunenud väljenduse kohaselt «kannavad nad informatsiooni»). Et inimese meelelise tunnetuse aluseks on mitte üksnes tingreflektoorsed, vaid ka tingimatud reflektoorsed närviprotsessid (vastasel korral esineksid inimesel tegelikkuse adekvaatsete kujundite asemel tingmärgid) ja kuna sõna tähendust ei saa mõista ilma kujundi tähenduse mõistmiseta, peab tähenduseteooria signaalimõistet samasuguselt laiendama. Seejuures ei samasta tähenduseteooria tingimatuid ja tingitud ärritajaid.

Omaduseks, mis on ühine igasugustele signaalidele ja mis tingib kõik nende ülejäänud omadused, on olla põhjusliku seose spetsiifiliseks vormiks elusorganismi (või seda modelleeriva küberneetilise süsteemi) ja väliskeskkonna vahel.

Niisuguseid seoseid kirjeldas juba G. Hegel: «... elav määrab, muudab ja kujundab iseseisvalt ümber selle, mis talle toimib, sest et elav ei lase põhjusel oma tagajärge tekitada, see tähendab, et ta põhjuse ... ületab (aufhebt)» (6, lk. 193).

«Komplitseeritud dünaamilises süsteemis» [A. Bergi termin (9, lk. 156)], s. o. keskkonnale suhteliselt vastandatud süsteemis, mis säilitab stabiilsuse ka siis, kui välistingimused teatavates piirides muutuvad, ületatakse osa põhjusi tagajärgede poolt. Põhjuse ning tagajärje vastastoime ei vii niisugusel juhul süsteemi suhtelise stabiilsuse häirumisele ega süsteemi lagunemisele. Komplitseeritud dünaamilised süsteemid on eelkõige elusorganismid; täiuslikem nendest on inimene kui «kõrgeimal määral isereguleeriv, iseennast abistav, taastav, parandav ja koguni täiendav» süsteem (7, lk. 276).

Põhjuse ületamine ei avaldu ainult selles, et põhjus ei toimi, vaid eelkõige selles, et elusorganismis on teatavatel põhjustel teistsugused tagajärjed kui samasuguse füüsikalis-keemilise struktuuriga elutus süsteemis. Üheks ületamise vormiks on see, et organismis tekitab tagajärje ka niisugune põhjus, mis seda elutus mateerias ei tekitaks; selliste tagajärgede hulka kuuluvad tunnetuslikud kujundid.

Signaali ületamise üheks avalduseks tunnetusprotsessis on see, et inimene ei taju esimestest signaalidest põhjustatud närviärritusi, vaid välismaailma objekte (1, lk. 71). Sõnaliste signaalide puhul, näiteks lugedes, ei tunneta inimene niivõrd teksti graafilist vormi (ehkki ka see tekitab spetsiifilise taju), kuivõrd teksti mõttelist sisu [A. Leontjev (11, lk. 299)].

Et signaalne seos on põhjusliku seose vorm, kehtib siin seadus: «ühesuguste vastastoimete resultaadid on ühesugustes tingimustes ühesugused». Kui sama signaal erinevates organismides põhjustab erinevaid reaktsioone (ületatakse erinevalt), näiteks samal sõnal on erinev tähendus, siis tuleneb see nende organismide (nendes varasemate signaalide toimel kujunenud ajutiste närviseoste) erinevusest.

Signaalne seos ei ole elusorganismides ainsaks põhjuslikkuse vormiks. Näiteks on välistemperatuuri muutumine signaaliks homoiotermilises organismis. Poikilotermilises organismis (samuti nagu elutus süsteemis) muutub temperatuur vastavalt välistemperatuuri muutumisele, seega toimib viimane «tavalise» põhjusena. Ka ioniseeriv kiirgus või organismi tunginud viirus ei ole signaalid.

Põhjuse signaalne ületamine toimub ainult närvisüsteemi vahendusel ja on reflektoorne tegevus. Signaalideks on ainult need väliskeskkonna muutused, millele reageerimiseks organismil on adekvaatsed retseptorid.

Millised tähenduseteoreetilised järeldused tulenevad sõna signaaliomadustest?

Metodoloogilistel kaalutlustel saab sõna tähenduseks olla ainult mingi reaalselt olemasolev nähtus, mis on sõnaga objektiivselt seotud. Niisugusteks reaalsusteks on: 1) asjad (tunnetuse objektid), 2) asjade tähendused, 3) asjade teadvuslikud peegeldused ja 4) asjade tähenduste teadvuslikud peegeldused. Esimesed kaks on materiaalsed, viimased kaks ideaalsed nähtused. Sõna «iseseisva» tähenduse otsimine nendest reaalsustest väljaspool on idealism.

Et sõna on tegelikkuse teine signaal, signaalide signaal, on ta teine ja kolmas aste otseses seoses meelelise tunnetusliku kujundiga ja muudab selle meelelis-mõtteliseks kujundiks. Sõnalise signaali esimene aste on objekti ajutiseks tunnuseks, seda signaliseerivaks tingitud ärritajaks; sõna ja objekti vahel aga puudub otsene materiaalne vastastoime. Järelikult on sõna tähenduseks objekti kujund (kõige laiemas mõttes) ja tähenduseteooria peab lähtuma sellest.

Asja teadvuslikul peegeldusel on kaks külge: asja kui iseseisva nähtuse peegeldus (tema eristamiseks vajalikkude omaduste ning suhete peegeldamine) ja asja tähenduse * peegeldus. Need peegelduse küljed on omavahelises seoses. Inimene ei peegelda tegelikkust kunagi ainult kaemuslikult, puhtmeeleliselt, puhtobjektiivselt, vaid praktikast lähtudes, praktika abil ja praktika jaoks; seega oma vajadustest, huvidest ja eesmärkidest tingituna (vt. K. Marx, 2, 55—58). Järelikult peegeldub iga objekt teadvuses lahutamatus seoses oma tähendusega.

Et sõna on tegelikkuse üldistav signaal (7, lk. 329), «igasugune sõna (kõne) juba üldistab» (4, lk. 265), üldistab sõna kõik objekti omadused ja suhted; ta signaliseerib niihästi objekti «kui niisugust» kui ka selle tähendust.

Järelikult on sõna tähendusel kaks aspekti: objekti peegeldus (tähendus kitsamas mõttes) ja objekti tähenduse peegeldus (mõte). Mõlemad tähenduse aspektid aga on ainult suhteliselt eristunud. Loogiliselt on objekti eristavate tunnuste eraldamine tähenduslikest relatiivne ja sageli isegi võimatu.

Füsioloogiliselt on objekti ülekaalukalt kaemusliku peegelduse aluseks esimeste signaalide (meelelise kujundi) ja neid üldistava sõnalise signaali seostumine. Objekti ülekaalukalt tähendusliku peegelduse aluseks aga on sõnalise signaali kui signaalsüsteemi elemendi seosed ülejäänud sõnaliste signaalidega. Mõlema signaalsüsteemi lahutamatu seos on aluseks sõna tähenduse ja mõtte lahutamatule seosele, tagab nende vastastikuse konkretiseeringu ja võimaluse keelelise tegelikkusepeegelduse adekvaatsuse kontrollimiseks praktikas.

Tähenduse struktuursus ei piirdu ainult eeltooduga. Näiteks arvestab A. Leontjev (11) tähenduse ja mõtte eristamisel ühiskondliku ning individuaalse tunnetuse dialektikat; see aga on omaette probleem.

---

* «Mingi asja tähendus on see, mis ta on ühiskondliku praktika jaoks, ja sõltub funktsioonist, mida ta täidab inimeste tegevuses. Selle tähenduse määrab asja tegelik objektiivne olemus, sest et ta täidab ainult neid funktsioone, mis on määratud ta enese loomuse poolt» (17, lk. 121). Seega on asja tähendus objektiivne ning konkreetne; ta oleneb asja objektiivsetest omadustest, konkreetsetest suhetest teiste asjadega, ühiskondliku praktika tasemest ja tähenduse subjekti objektiivsetest omadustest.

Sõna kui kommunikatsiooniprotsessi element (signaali esimene aste) on materiaalne, teadvuse suhtes primaarne objekt. Tähistatava objekti, selle omaduste ja suhete meelelis-mõtteline kujund, s. o. tähendus (signaali kolmas aste), on ideaalne, subjektiivne. Loodusteadus «asub vankumatult seisukohal, et mõte on peaaju funktsioon, et aistingud, s. o. v ä l i s m a a i l m a kujundid, on olemas m e i s, et nad on tekitatud asjade toimest meie meeleorganitele» (3, lk. 75). Järelikult on tähendus olemas inimese teadvuses, ta on tekitatud sõna toimest inimese meeleelundeisse.

Kommunikatsiooniprotsessi iseseisva elemendina ei oma sõna tähendust, kuivõrd ideaalne ei eksisteeri väljaspool inimese teadvust. Tähendus ei ole sõna seesmine komponent, vaid sõna kui signaali ülemine närvisüsteemis.

Järeldused

1. Sõnalise signaali tähenduseks on tema poolt põhjustatud teadvuslik kujund.
2. Sõna tähendusel on kaks aspekti: tähendus kitsamas mõttes (tähistatava objekti ülekaalukalt kaemuslik peegeldus) ja mõte (tähistatava objekti tähenduse peegeldus).
3. Sõnal on tähendus inimese teadvuses, mitte aga iseseisva materiaalse objektina.

РЕЗЮМЕ. Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности может объяснить некоторые проблемы теории значение имен (языковых выражений). Слова являются вторыми сигналами действительности, сигналами сигналов. Основным свойством сигнала, обусловливающим все остальные, является быть причиной снятой следствием. Это происходит только в сложной динамической системе. Значением словесных сигналов является мысленный образ обозначаемого предмета. Значение слова имеет два аспекта: 1) значение (в узком смысле), т. е. главным образом созерцательное отражение обозначаемого объекта, и 2) смысл, т. е. отражение значения объекта. Оба аспекта значения слова неразрывно связаны гносеологически, логически и физиологически. Несмотря на это, их относительное разделение имеет значение в логике и психологии. Слово является носителем значения в сознании человека, однако не в качестве самостоятельного материального объекта в процессе коммуникации.

KIRJANDUS: 1. M a r x, K. Kapital I, Tln., 1953. — 2. M a r x, K. Teesid Feuerbachi kohta. Teoses: F. Engels. Ludwig Feuerbach ja klassikalise saksa filosoofia lõpp, Tln., 1946, 55—58. — 3. L e n i n, V. I. Teosed, 14. köide, Tln., 1952. — 4. L e n i n, V. I. Teosed, 38. köide, Tln., 1952. — 5. F r e g e, G. Über Sinn und Bedeutung, Zeitschrift für Philosophie und philosophische Kritik, 1892, Bd. 100, H. I, 25—50. — 6. H e g e l, G. W. F. Wissenschaft der Logik, II Teil, Leipzig, 1951. — 7. P a v l o v, I. P. Valitud teosed, Tln., 1955. — 8. R e b a n e, J. Tunnetuse ühiskondlikust iseloomust, Tln., 1967. — 9. Б е р г А. И. В кн.: Философские вопросы кибернетики, М., 1961, 134—179. — 10. В о й ш в и л л о Е. К. Понятие, М., 1967. — 11. Л е о н т ь е в А. Н. Проблемы развития психики, М., 1965. — 12. М о р о з о в К. Е. Уч. записки Московского Госпединститута, ХСУ, вып. 1, 1956, 101—151. — 13. Р е з н и к о в Л. О. Понятие и слово. Л., 1958. — 14. Р е з н и к о в Л. О. Гносеологические вопросы семиотики. Л., 1964. — 15. С м и р н и ц к и й А. И. Вопр. языкознания, 1955, 2, 79—89. — 16. Ш а ф ф А. Введение в семантику. М., 1963. — 17. Философский словарь. М., 1968.

Tallinna Ed. Vilde nim. Pedagoogiline Instituut

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

POLIKLIINIKU TERAPEUTIDE DISPANSEERSEST TÖÖST

LENNART MAURER
Tallinn

UDK 614.212

Ravi- ja profülaktikaasutustes muutub järk-järgult tähtsamaks töölõiguks haigete dispanseerimine, mis tuleneb tervishoiusüsteemi võimaluste avardumisest ja arstiteaduse arengust. NLKP programm näeb tulevikus ette hõlmata dispanseerimise ja profülaktiliste läbivaatustega kogu elanikkond.

Onkoloogide, psühhiaatrite, dermatoveneroloogide ja ftisiaatrite tööd ei kujutata enam ette dispanseerse meetodi kasutamiseta. 1950-ndatel aastatel hakkas see kiiresti juurduma ka terapeutide töös ja käesoleval ajal on mõnd haigust põdevatest haigetest dispanseersel arvel peaaegu kõik.

Polikliinikute kitsa eriala arstid on dispanseerimisega seni suhteliselt vähe tegelnud, kuid ka siin on märgatav kindel edasiminekutendents.

Laieneb nii tervete kui ka haigete dispanseerimine. Tervete dispanseerimisel on otsustav osa profülaktika eesmärgil korraldatavatel komplekssetel arstlikel läbivaatustel.

Et aasta jooksul külastab polikliinikut ligikaudu $^3/_4$ täiskasvanud elanikkonnast, siis nende järkjärguline suunamine komplekssele läbivaatusele põhiliselt lahendakski tervete inimeste dispanseerimise probleemi.

Tänu komplekssete läbivaatuste kõrgele kvaliteedile ja laialdasele sanitaarharidustööle suureneb polikliinikusse profülaktilistele läbivaatustele pöördujate arv tulevikus tunduvalt. Nii J. Skoblja (9) kui ka meie andmeil on polikliinikusse pärast esimest kutset ilmunud 30...35% kutsutuist. Meie tähelepanekuil on teisele kutsele reageerinud jällegi umbes 30% (neist, kes esimesele ei reageerinud). Et ülejäänuid polikliinikusse suunata, peaks jaoskonna-meditsiiniõde kodudes korraldama individuaalvestlusi, sest sellisel teel on J. Skoblja (9) andmeil polikliinikusse pöördunud 2,5 korda rohkem inimesi kui pärast kirjalikku kutset.

Tallinna polikliinikud on mittetöötavaid elanikke kutsunud massilisele profülaktilisele röntgenoloogilisele läbivaatusele ja tuberkuloosivastasele vaktsineerimisele ning teevad seda praegugi. Eesmärgiks on kõik polikliinikusse pöördujad suunata rindkere röntgenläbivalgustusele (kui seda aasta jooksul pole tehtud), samuti vererõhu mõõtmisele ja soolenugiliste uurimisele; naised, kes on vanemad kui 25 aastat, ka günekoloogilisele läbivaatusele. Selliste uurimiste diapasoon järk-järgult laieneb.

Perioodiliti on terapeutidel Tallinnas, kindlasti ka mujal, vastuvõttudel alakoormus. See annab võimaluse teiste spetsialistide poole pöördunud haigete suunamiseks profülaktilisele läbivaatusele terapeudi juurde. Meie arvates tuleksid selle ülesandega toime registratuuris vastavates tingimustes töötavad velskrid, kes asendaksid praegu töötavaid eri ettevalmistuseta registraatoreid. Tervete inimeste dispanseerimise laiendamist, samuti selle kvaliteedi tõstmist pidurdab olulisel määral tihti esinev dubleerimine. Sageli vaadatakse ühed ja samad inimesed asjatult läbi mitmel korral. Näiteks nooruki tervist kontrollitakse üks kord aastas sõjakomissariaadi meditsiinilises komisjonis, üks kord koolis või töökohal, korduvalt arstliku läbivaatuse kabinetis, kui ta töötab toitlustusettevõttes, samuti korduvalt arstlikus kehakultuuridispanseris, kui ta on järgusportlane jne.

Kohustuslikud perioodilised läbivaatused osutuvad sageli dubleerivaks ka siis, kui läbivaadatavat on varem uuritud haiglas, polikliinikus või dispanseris.

Kui eespool märgitut arvesse võtta, on meie arvates tekkinud vajadus sisse seada meditsiiniliste järelevaatuste raamat nende kohta, kes on dispanseerse järelevalve all. Sellest on kirjutanud juba mitmed autorid (1, 2, 4 jt.). Raamat ei asenda ambulatooriumikaarti. Raamatusse tuleks märkida kõik uurimiste tulemused ja täpsustatud diagnoosid. Arvatavasti on otstarbekas, et mõne haiguse puhul diagnoosi meditsiinilisse raamatusse ei märgitaks, vaid piirdutaks märkusega, et kodanik on võetud dispanseersele jälgimisele. Tuleks kirja panna ka tähtsamad ravivõtted ja muud soovitused. Sellise raamatu kasutuselevõtmisega kaoks vajadus nn. röntgenoloogilise passi järele, millel on poolehoidjaid röntgenoloogide ja ftisiaatrite hulgas. Meditsiinilise raamatu täitmiseks kulutatud aeg kompenseeritakse mitmekordselt uurimiste ja mitmesuguste saatedokumentide mahu vähenemise arvel.

Meile tundub, et läbivaatuskabinetid, kus perioodiliselt kontrollitakse toitlustus- ja kommunaalettevõtete ning lasteasutuste töötajate seisundit, praegusel kujul end ei õigusta, sest seal tehakse uurimisi ainult nakkushaiguste suhtes, kaasa arvatud naha- ja suguhaigused.

Võib-olla tuleks nimetatud kabinettide funktsioonid üle anda polikliinikute vähe koormatud nakkushaiguste-kabinettidele, kes günekoloogiakabineti abiga selle töö teeksid samal tasemel. Vabanevad töötajad võiksid tööle asuda polikliinikutes, selleks et terapeutilist abi parendada. See tööjõud võimaldaks komplekssseid profülaktilisi läbivaatusi (mis sisuliselt tähendab dispanseerimist) järsult laiendada. Ilmselt tundub, et sihtläbivaatusele tulnud inimesi tuleks järk-järgult hakata kompleksselt läbi vaatama, selleks et avastada ka teisi haigusi.

Tervete laste dispanseerimise peavad otsustama pediaatrid. Täiskasvanute osas saavad seda teha ainult laia profiiliga terapeudid, s. o. jaoskonna- ja tsehhiterapeudid. Terapeudi poolt toimetataval läbivaatusel tuleks uurimismeetodeid rakendada sellises diapasoonis, et oleks võimalik avastada mitte ainult teraapia valdkonda kuuluv, vaid kogu patoloogia. Kui patoloogia kuulub teise eriala arsti kompetentsi, siis suunab terapeut läbivaadatu vastava spetsialisti juurde täiendavateks uurimisteks. Ei ole reaalne, et kogu elanikkonna vaataksid läbi paljudest spetsialistidest koosnevad brigaadid. See ei ole mõeldav, kui arvestada üha süvenevat spetsialiseerumist.

Et terapeudid sellise tähtsa ülesandega toime tuleksid, peab neil olema küllaldane ettevalmistus (eriti uurimismetoodikas). Kogemused näitavad, et nad on selleks suutelised.

Terapeutide koormus on Tallinnas viimastel aastatel normaliseerunud ja kohati isegi langenud alla normi. Mõned tervishoiuorganisaatorid on seetõttu arvamusel, et jaoskonnaterapeutide ametikohtade arvu ei ole enam vaja suurendada, vaid seda tuleks hakata isegi vähendama. Vabanevaid ametikohti saaks siis kasutada kitsaste erialade arendamise huvides. On selge, et niisugused seisukohad ei sobi kuidagi kokku elanikkonna dispanseerse teenindamise laiendamisega.

N. Semaško kirjutas 1930. a. J. Katzi raamatu «Ühine dispanser» eessõnas: «Mida enam edasi, seda rohkem hakkab dispanser jälgima terveid inimesi, et mitte lasta neil haigestuda, samuti haiguse esimesi tunnuseid, et võimalikult kohe neid ravida» (5).

S. Freidlin (10) on õigesti rõhutanud, et tervete dispanseerimist ei või vastandada haigete dispanseerimisele, sest mõlemad suunad kujutavad endast ühe ja sama asja kaht teineteist täiendavat külge.

Käesoleval ajal on jaoskonnaterapeutide osatähtsus tervete dispanseerimisel tunduvalt väiksem tsehhiterapeutide osatähtsusest. Haigete dispanseerimisel niisugune erinevus puudub: dispanseeritute arv on ühel jaoskonnaterapeudil isegi suurem kui tsehhiterapeudil.

Mõnede kroonilisi haigusi põdevate isikute suunamine jaoskonnaterapeutide juurest kardioreumatoloogide, endokrinoloogide ja gastroenteroloogide juurde dispanseerimise eesmärgil võimaldas meil N. Elšteini (11) väljatöötatud meetodil arvele võtta ägedaid haigusi (ägedat kopsupõletikku ja angiini) põdenud isikuid.

Et endokrinoloogid, kardioreumatoloogid ja gastroenteroloogid suure osa oma haigetest dispanseerivad ise, siis tuleb Tallinnas ühe jaoskonnaterapeudi kohta keskmiselt 110 dispanseeritavat haiget. Angiini põdenuid dispanseeritakse ühe ja ägedat kopsupõletikku põdenuid kolme kuu jooksul. Seetõttu on jaoskonnas ühel ja samal ajal keskmiselt 6 angiini ja 4 ägeda kopsupõletiku tõttu dispanseeritavat haiget. Ühe tsehhiterapeudi juures oli 1966. a. dispanseersel arvel keskmiselt 104 haiget.

Ametlik aruandlus arvestab polikliinikute dispanseerses töös ainult kvantitatiivset külge, nimelt dispanseeritavate arvelevõtmise täielikkust ja õigeaegsust. Dispanseerimise reguleerimiseks polikliinikutes on NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium välja andnud ainult ühe metoodilise kirja ja seegi on 1954. aastast. Lünka on püütud täita kohalike metoodiliste kirjade ja juhendite levitamise teel (Leningradis, Permis, Kuibõševis ja ka Tallinnas).

Ühtse metoodilise juhtimise puudulikkuse tõttu on dispanseerimises palju ebaselgust. Ametliku aruandluse ühekülgsuse tõttu pööratakse palju tähelepanu selle töö välisele, arvulisele küljele. Kuigi Tallinnas on haigete dispanseerse järelevalve alla võtmisel märkimisväärset edu saavutatud, ei ole meie arvates küllaldane arvestada ainult töö mahtu. Kvaliteet jätab sageli

soovida — uurimised, ravi ning profülaktika ei ole alati täisväärtuslikud. Sellele on tähelepanu juhtinud paljud autorid (3, 6, 7 jt.).

Dispanseerimise kvaliteedile oli pühendatud ka allakirjutanu ja E. Lutsuveri töö, mis kanti ette Eesti NSV terapeutide IV kongressil (8). Nagu selgus, olid kardioreumatoloogid reumahaigete dispanseerimise paremini korraldanud kui jaoskonnaterapeudid haavandtõbe põdevate haigete dispanseerimisel. See kinnitab, et haigete suunamine kitsa eriala arstide juurde dispanseerimise eesmärgil on õige.

Dispanseerimise efektiivsuse hindamisel olid raviarstidel tunduvalt paremad näitajad kui ekspertidel. Et dispanseerimise efektiivsuse täpsed kriteeriumid puuduvad, on subjektiivne osa selle hindamisel suur. 55%-l juhtudest ei olnud raviarstid dispanseerimise efektiivsuse hinnangut üldse andnud.

Dispanseerimise tõhususe võrdleva hindamise aluseks peavad olema ühtsed kriteeriumid. Et hindamise kliinilisi kriteeriume ei ole kõikide haiguste kohta välja töötatud ja et olemasolevate laialdasem rakendamine on väga töömahukas, siis on meie arvates praegu aruandluses õigem kasutada tervistumise, tüsistuste esinemise ja letaalsuse näitajaid, töötajate puhul ka põhihaigusest tingitud ajutise ja püsiva töövõimetuse näitajaid kompleksselt. On loomulik, et dispanseerija kasutab haigele järgmise aasta individuaalplaani koostamisel haiguse kulu selliseid määranguid nagu paranemine, muutuseta ja halvenemine.

Käesolevas artiklis toodud seisukohad on paljuski diskuteeritavad. Jääb mulje, et dispanseerimise alal jääb teooria tunduvalt maha praktikast. Igapäevane elu esitab aga küsimusi, mis vajavad kiiresti vastust.

РЕЗЮМЕ. В деле расширения диспансеризации здоровых людей решающее значение имеют комплексные терапевтические осмотры, при которых, в случае необходимости, используется также консультативная помощь врачей узких специальностей.

В известные периоды времени у терапевтов в Таллине, (и, очевидно, не только в Таллине) прием ведется с неполной нагрузкой. Такое положение должно быть использовано для направления больных, обратившихся к другим специалистам, также и на профилактический терапевтический осмотр.

При диспансеризации здоровых людей, одни и те же контингенты часто подвергаются излишним многократным врачебным осмотрам. В связи с этим назрел вопрос введения медицинской книжки для всех контингентов, находящихся под диспансерным наблюдением.

Автор полагает, что в своей сегодняшней форме т. н. смотровые кабинеты для периодических обследований работников пищевых и коммунальных предприятий, а также детских учреждений себя не оправдывают. Их функции можно было бы в ряде случаев передать малозагруженным кабинетам инфекционных заболеваний поликлиник, которые с помощью гинекологических смотровых кабинетов выполняли бы эту работу так же качественно. Освободившиеся же штаты и кадры можно было бы использовать в поликлиниках для укрепления терапевтического обслуживания. Это позволило бы резко увеличить число проводимых комплексных профилактических осмотров, т. е. по существу расширить объем диспансеризации, хотя бы в части контингентов, переданных поликлиникам от ликвидированных смотровых кабинетов. Несомненно, что осмотры лиц из числа указанных контингентов постепенно должны стать комплексными, для выявления не только инфекционных заболеваний, но и заболеваемости вообще.

Путем экспертного контроля медицинской документации автор выяснил, что диспансеризация больных ревматизмом кардиоревматологами была проведена несколько более квалифицированно, чем диспансеризация больных язвенной болезнью со стороны участковых терапевтов. В оценке эффективности диспансеризации лечащие врачи отмечали, в отличие от эксперта, значительно более лучшие показатели. В 55% случаев лечащие врачи оценки эффективности диспансеризации вообще не давали.

В основе сравнительной оценки эффективности должны лежать единые критерии. Поскольку для всех болезней клинические критерии оценки еще не разработаны, а экспертный метод очень трудоемок, то, по мнению автора, на данном этапе является более правильным использовать при оценке эффективности диспансерной работы комплекс показателей, доступных обобщению (выздоровление, осложнения и летальность), дополнив их для работающих также показателями временной и стойкой потери трудоспособности, вызванной основным заболеванием. Разумеется, что врач при составлении индивидуального плана ведения диспансерно наблюдаемого больного использует и такие критерии оценки как улучшение, без изменения и ухудшение.

KIRJANDUS: 1. Белицкая Е. Я. Сов. здравоохр., 1962, 7, 11—15. — 2. Боровинская М. А. В кн.: Диспансеризация городского населения, Л., 1964, 179—206. — 3. Гаврилов Н. И. В кн.: Материалы IV съезда терапевтов Эст. ССР. Сб. научных работ, Тарту, 1967, 32—36. — 4. Гольдзильбер Э. М. Основные вопросы организации поликлинического обслуживания населения. М., 1963. — 5. Горфин Д. В. В кн.: Вопросы диспансери-

зации населения (по материалам Московской области) М., 1964, 6—12. — 6. Кривощекий А. Ф., Гребенникова Д. М. Здравоохр. Белоруссии, 1963, 6, 54—55. — 7. Лукомский П. Е. Терапевт. архив, 1963, 12, 125. — 8. Маурер Л. А. и Лутсувер Е. И. В кн.: Материалы IV съезда терапевтов Эст. ССР. Сб. научных работ, Тарту, 1967, 36—38. — 9. Скобля Е. С. Сов. здравоохр., 1967, 9, 64—65. — 10. Фрейдлин С. Я. (ред.). Диспансеризация городского населения. Л., 1964. — 11. Эльштейн Н. В. Клинические аспекты организации терапевтической помощи. Автореф. дисс. докт. мед. наук., Рига, 1967.

Tallinna Pelgulinna Haigla

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

TRILOON B KASUTAMISEST KALTSINOOSI PUHUL

NAOMI SCHAMARDIN
HUBERT KAHN
LILIAN LIIN
Tallinn

UDK 615.3 : 616.132.2-004

Triloon B ehk naatriumetaandiaminotetraetanaat (Na_2EDTA) kuulub kompleksoonide hulka. On teada, et see preparaat stimuleerib paljude metallide, nende hulgas kaltsiumi elimineerimist organismist.

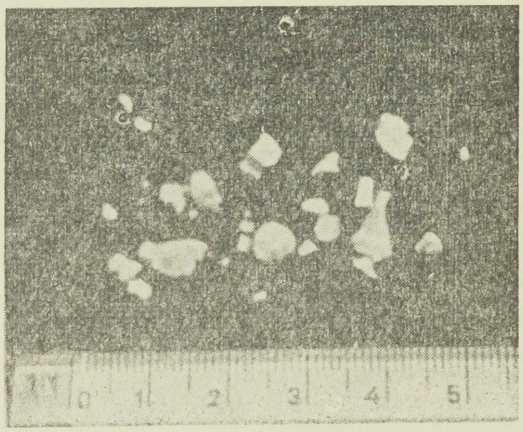
Kompleksoonide kasutamise kohta kaltsiumi-ainevahetuse häiretega seoses olevate nahahaiguste puhul leidub seniajani vähe andmeid ning needki on avaldatud välismaal. Esmakordselt kasutasid triloon B-d sklerodermia raviks Ameerika Ühendriikides I. Price ja kaasautorid 1957. a. (tsit. 8 järgi). H. Zabel (9) on sama preparaadiga saanud häid tulemusi sarkoidoosi põdevate isikute ravimisel. Sklerodermia juhtudel on kasutatud ka muid kompleksoone, näiteks penitsillamiini (4) ja edatakaali (3).

Jälgisime triloon B ravitulemusi ühe kaltsinoosijuhu korral.

38-aastane naispatsient Õ. S., I grupi invaliid, viibis uurimisel ning ravil Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektoris (Tallinna Vabariikliku Haigla II sisehaiguste osakonnas, haiguslugu nr. 2865/1967). Kliiniline diagnoos: *Dermatomyositis. Sclerodermia. Calcinosis universalis.*

Esimesed tervisehäired (vähene kõha, hingeldus ja väsimus) olid tekkinud 1955. a. (sel ajal töötas vagonetilaadijana ja maagitõstjana kullakaevanduses). Diagnoositi silikoosi I staadiumis. Hiljem diagnoos kinnitust ei leidnud. 1958. a. ilmusid luude ja liigeste valud. 1959. a. tekkisid kõrge palavik ja tugev väsimustunne. Näole, kätele, jalgadele ning mujale ilmusid sõlmjad moodustised, parema käe sõrmed jäigastusid. Pärast prednisolooni ja antibiootikumide kasutamist seisund mõnevõrra paranes, küll aga jäid püsima apaatia, väsimus, nõrkus, hingeldus ja amenorröa.

Objektiivselt. Toitumus rahuldav. Jäsemete nahk kuiv, karenenud, ketendav. Kätel, jalgadel, näol ja mujal nahas ning nahaaluses koes tuleb nähtavale mitmesuguses suuruses tihke konsistentsiga sõlmekesi (vt. foto). Nahk on läikiv, atroofiline, kohati



Nahas leiduvatest sõlmekestest väljunud kaltsiumi sisaldavad kõva konsistentsiga polümorfsed kollakasvalged moodustised

paksenenud. Käte ja jalgade jõud on tunduvalt nõrgenenud. Sihtliigutuste sooritamisel käte lihased värisevad; liigutuste ulatus on osaliselt piiratud. Lihased atroofilised. Sõrmed kõhetunud, eriti parema käe omad; esinevad kontraktuurid. Parema käe sõrmedel on näha väikesi haavandeid. Kopsud: külgmistes osades koputlemisel kerge karbikõla varjund, kuulatlemisel puhas vesikulaarne hingamiskahin. Südame piirjooned ja mõõtmed normaalsed, toonid puhtad. Pulsi sagedus 88 × minutis, pinge ja täitumus rahuldavad. Arteriaalne rõhk 105/60 mmHg. Maksa serv palpeeritav, kuid ei ole valulik. Valutundlikkus nõelapistete suhtes on nõrgenenud või puudub reite ventraalsel ja lateraalsel küljel, samuti õlavarre lateraalses osas, vasaku käe sõrmedel ja paremal küünarvarrel. Samades piirkondades on nõrgenenud ka temperatuuritundlikkus.

Kopsude röntgenogrammil on märgatav veidi tugevnenud vaskulaarne kopsujoonis. Silikoosile iseloomulikke muutusi kopsuväljades ei leidu. Rindkere nahaaluses koes ja nahas esineb lubjaladestuste konglomeraate.

Kätest, jalgadest, küünar- ja põlveliigeste piirkonnast tehtud röntgenogrammidel on täheldatavad pehmetes kudedes paiknevad mitmesuguse kuju ja suurusega lubjasoolaladestused, mis kohati moodustavad ulatuslikke konglomeraate (Thibièrge—Weissenbachi sündroom). Luud on difuusselt hõrenenud, kortikaalkiht tunduvalt õhenenud. Vasakul nimetissõrme III lüli akroosteolüüs. Paremal nimetissõrme painutuskontraktuur (vt. tahvel XXIII, röntgenogrammid 1 ja 2).

Biopsia nahast ja nahaalusest koest: nahk atrofeerunud; *derma* kollageenikiud paksenenud, hüaliniseerunud; nahaaluses koes lubjaladestused, nekroosikolded piiratud lümfogranuloomiga. Andmed viitavad sklerodermiale.

Vereanalüüs: SR 19 mm tunnis, hgb. 12,2 g%, trombots. 255 000, leukots. 6400 (keppt. 2, segmentt. 64, lümfots. 25 ja monots. 11%). Vere hüübimisaeg 4'10", veritsusaeg 1'10". Veresuhkur 87...109 mg%. Verevalgud: üldvalku 8,2 g%, alfa$_1$-globuliine 4,4, alfa$_2$-globuliine 8,8, beetaglobuliine 10,9, gammaglobuliine 22, albumiine 53,9%. Histaminopeksiaindeks 10%. C-reaktiivne valk negatiivne. Fibrinogeeni 0,25 g%. Siaalhappesisaldus 0,270, kaltsiumisisaldus 9,8, anorgaanilise fosfori sisaldus 3,8, naatriumisisaldus 315, kaaliumisisaldus 17,3 ja kusihappesisaldus 6,7...4,5 mg%. Aldolaasi 4 ja transaminaasi 12 üh. Kolesteriini 215...290 mg%. Protrombiiniaeg 16...16,5" (97%). Quicki proov 57,5%. Uriinis valk negatiivne, leidub üksikuid leukotsüüte. Kaltsiumisisaldus uriinis 15,0 mg%, 17-ketosteroide uriinis 7,3 mg ööpäevas. Zimnitski proov normis. Menstruaaltsükkel häiritud.

Triloon B-d määrati patsiendile kolmepäevaste tsüklitena (tsüklite vaheaeg neli päeva). Ravipäevadel süstiti veeni 20 ml 10%-list triloon B lahust. Kokku kolm tsüklit.

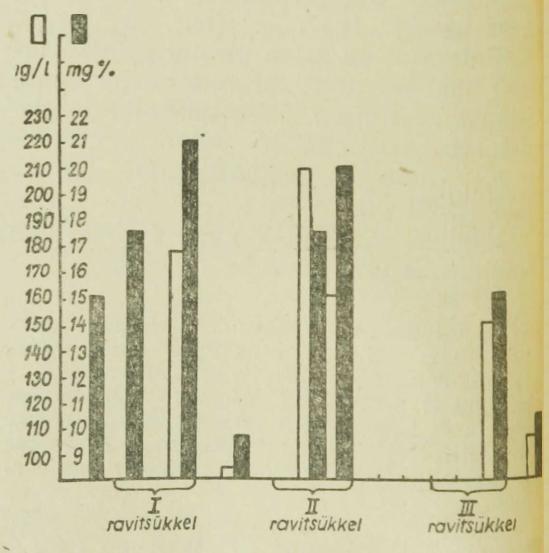
Ravi vältel suurenes kaltsiumi eritumine uriiniga tunduvalt (vt. joonis). Patsiendi enesetunne mõnevõrra paranes — ta muutus reipamaks, nõrkustunne vähenes ja menstruatsioon normaliseerus. Sõlmed muutusid pehmemaks; mõnest väljus pudrutaolist massi, millest umbes 20% moodustas kaltsium. Kuigi sklerodermia raviks kirjanduse andmeil (5) on tehtud pikki, kuni 15 kuud vältavaid ravikuure, mille jooksul patsientidele on süstitud kuni 212 g triloon B-d, tuli meil piirduda lühiajalise raviga (kokku ainult 18 g preparaati), sest naha kõvastumise ja sõlmekeste tõttu oli süstimine seotud tõsiste raskustega.

Teatavasti esineb Thibièrge-Weissenbachi sündroomi puhul universaalne kaltsinoos, millele on iseloomulikud hulgalised lubjasoolaladestused nahas, nahaaluses koes, lihastes, kõõlustes, periartikulaarses, perimuskulaarses ja peritendinoosses koes. Lubjasoolaladestusi pehmetes kudedes on kirjeldatud nii sklerodermia kui ka dermatomüosiidi puhul (1, 2, 6, 7). Sündroomi olemus seisneb sidekoe mukopolüsahhariidide kõrgenenud afiinsuses metallide, eriti kaltsiumi suhtes.

Arvesse võttes haige küllaltki halba üldseisundit ja seni kasutatud preparaatide (tetratsükliin, nüstatiin, prednisoloon) vähest tõhusust, otsustati katsetada triloon B-ga.

Triloon B-d võib soovitada niisuguste nahahaiguste puhul, millele kaasuvad kaltsiumi-ainevahetuse häired. Seejuures peab silmas pidama haiguse patogeneesi.

РЕЗЮМЕ. Приводится казуистический случай кальциноза. Больная Ы. С., 38 лет, инвалид I группы. Диагноз: дерматомиозит, склеро-



Kaltsiumi elimineerumine uriiniga triloon B ravi vältel

дермия; универсальный кальциноз. Резко выраженный синдром Тхибиэрге-Вейссенбаха. Применение тетрациклина, нистатина и преднизолона не дало ощутимого эффекта. Затем было применено Na_2ЭДТА (трилон Б). Препарат вводили в виде 10% раствора внутривенно по 20 мл в день. Всего было введено 18 г Na-ЭДТА. Более продолжительному лечению препятствовало значительное затвердение кожи и обезызвествление кровяных сосудов, что затрудняло внутривенное введение препарата. В результате лечения самочувствие больной улучшилось, появилась менструация, которая до тех пор длительное время отсутствовала. Из некоторых кожных узелков выделились маленькие зернышки различной конфигурации, содержащие около 20% кальция. Выделение кальция с мочой увеличилось во время лечения почти вдвое.

KIRJANDUS: 1. Зодиев В. В. и Спасская П. А. — Вестн. рентгенол. и радиол., 1963, 3, 3—8. — 2. Beyer, A. Z. ges. innere Med. 1963, 19/20, 932—936. — 3. Fedorova, O. Vnitřní lékařství, 1966, 12, 7, 682—684. — 4. Harris, E. D. Jr., Sjoerdsma, A. Lancet, 1966, 7, 471, 996—999. — 5. Keech, M. K. a. o. J. Invest. Dermatol. 1966, 47, 3, 235—246. — 6. Kobelt, L., Stopp, H. Med. Bild, 1965, 4, 121—122. — 7. Langhof, H. Dermatol. Wochenschr. 1965, 151, 30, 862—864. — 8. Otto, H. Med. Bild, 1966, 6, 174—177. — 9. Zabel, H. Arch. klin. und exptl. Dermatol. 1961, 213, 535—538.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Tallinna Vabariiklik Haigla

KOGEMUSI TOOTMISTRAUMATISMI VÄHENDAMISEL TSELLULOOSI- ja PABERITÖÖSTUSE ETTEVÕTETES

ANATOLI BURTSEV
Rjazan
ALEKSANDR TSEPASSOV
Okulovka
(Novgorodi oblast)

UDK 614.8 : 676.2

Seoses tselluloosi- ja paberitööstuse laiendamisega on aktuaalseks muutunud tootmistraumatismi põhjuste uurimine mainitud tööstusharus, samuti traumatismi vältimise abinõude ja meetodite väljatöötamine.

Uurisime tootmistraumatismi juhte kahes suures tselluloosi- ja paberikombinaadis (Okulovka kombinaat Novgorodi oblastis ja Sjassi kombinaat Leningradi oblastis). Lähtematerjalina kasutasime 12 aasta jooksul asetleidnud õnnetusjuhtumite kohta koostatud akte (vorm N-1), traumajuhtude registreerimise žurnaale tervishoiupunktides, ohutustehnikaosakondade andmeid, kannatanute seletuskirju ja tsehhiülemate ettekandeid.

Nagu uurimised näitasid, võib kõik tootmistrauma juhud skemaatiliselt jaotada kolme suurde rühma.

Esimese rühma moodustasid traumajuhud, mille põhjuseks on töö ebaõige korraldamine (47,7% Okulovka kombinaadis ja 44,6% Sjassi kombinaadis).

Teise rühma kuulusid juhud, mille põhjusteks olid materjali ebaõige valik ja seadmete tehnilised puudused (materjali kvaliteet oli halb, paberikangast ei suunatud suruõhu abil automaatselt masinasse, kaitseseadmed ja -piirded puudusid, sest mõnele masinale, kalandritele, superkalandritele, ümberkerimis- ja lõikamisseadmetele ei olnud kaitsepiirdeid ette nähtud).

Ja lõpuks, suhteliselt suure protsendi traumade (24,7% Okulovka kombinaadis ja 26,0% Sjassi kombinaadis) põhjuseks olid sanitaaria- ja hügieenialased puudused nimetatud ettevõtetes. Nagu uurimised näitasid, olid selles rühmas traumade põhjusteks ettevõtte

maa-ala risustatus, läbikäikude ülekuhjamine valmistoodetega, halb valgustus töökohtades, liigne niiskus (18,2% kõikidest Okulovka ja 14,0% Sjassi kombinaadis asetleidnud traumadest oli põhjustatud tööliste kukkumistest tsehhides märja ja libeda põranda tõttu, samuti treppidel liikumisel jne.), müra, vibratsioon, õhu saastumine tolmu ja gaasidega.

Käesoleval ajal on meditsiinilisse kirjandusse kogunenud küllaldaselt andmeid, mis tõestavad ebasoodsate tootmistingimuste mõju traumatismi esinemissagedusele (1, 2). Müra ja vibratsiooni pidev toime organismi soodustab kesknärvisüsteemi funktsionaalsete häirete tekkimist, neurasteenia arenemist ning isegi kesknärvisüsteemi kõrgemate osade kurnatust. Isikutel, kes sellistes tingimustes on töötanud pikema aja vältel, täheldatakse töövõime langust, mälu ja tähelepanuvõime nõrgenemist.

Ka meie täheldasime väsimuse mõju traumajuhtude tekkimisele (seose mõnede ebasoodsate tegurite ja traumajuhtude arvu vahel tegime kindlaks korrelatsiooni astmete koefitsiendi abil, mille suurus oli 0,8, kusjuures selle vea kolmekordne suurus ei ületanud näitaja suurust).

Peatume lühidalt teguritel, mis meie arvates olid traumade sagedaseks põhjuseks ettevõtte mitmes jaoskonnas.

Kõige õnnetusterohkem koht oli propsibörs. Siia kuhjus puitu suhteliselt piiratud maa-alale ja puidujäätmete puuduliku koristamise tõttu oli töötajate liikumine raskendatud. Traumad olid siin eriti sagedad sügisel ja talvel, mil puit oli märg ja külmanud.

Koorimismasinatel, mootorsaagidel «Družba» ja elektrisaagidel K-4 ning K-6 töötajatele avaldasid mõju vibratsioon ja müra. Metsatööstuses kasutatavate mehhanismide müra hindamisel märgib E. Goldman (1), et elektrisae K-6 müra intensiivsus on 82 ... 86 dB, saagimisel 85 ... 90 dB. Mootorsaega saagimisel ulatub müra 95 ... 99 detsibellini.

Eriti halb oli töötada koorimismasinatel. Meie tähelepanekud näitasid, et propside koorimise ruumide õhu tolmusus ületas lubatud piirnormi 3 ... 4 korda. Peale selle avaldasid töötajaile mõju vibratsioon ja kõrgsageduslik müra. Koorijate töökohal ulatus müra 99 ... 107 dB-ni.

Propsibörsil töötajate hulgas oli kõige rohkem traumajuhte — 10 ... 12 juhtu iga 100 töötaja kohta.

Puidumassi tootmiseks kulub suur hulk energiat. Puidu ja defibreerikivide vahelisel hõõrdumisel tekib kõrge temperatuur (110 ... 120° C), mis põhjustab õhuniiskuse suurenemist. Gigantsete elektrimootorite töötamisel tekib 100 ... 110 dB müra, mis koos kõrge õhuniiskuse ja temperatuuriga väsitab töölisi.

Traumade sagedus puidumassi tootmise jaoskonna töötajate hulgas (virnastajad, defibreeril töötajad) suurenes 3,5 ... 4 juhuni iga 100 töötaja kohta.

Tselluloosivabrikus on ohtlikuks töölõiguks puidu hakkimise jaoskond. Töötajatele avaldab kahjulikku toimet kõrgsageduslik müra, mis tekib masina nugade löökidest vastu puitu ja väikeste puidutükkide põrgetest vastu puidu hakkimise masina kaitsekatet. Puidu hakkimise masinate müra ulatus 110 dB-ni (sanitaarnormide põhjal on müra lubatavaks piiriks 75 ... 85 dB). Selles töölõigus tekkisid traumad töötajate väsimuse tõttu (käest libisenud props vigastas alajäsemeid).

Tselluloosivabriku puidu purustamise osakonna töölistel põhjustasid traumasid tööruumide õhu suur tolmusisaldus (184 mg/m^3), kõrge temperatuur räbupõletamisahjude töötsoonis (32 ... 33° C), tugev müra kompressorijaamas (110 ... 120 dB) ja puhastusosakonnas (95 ... 100 dB). Enamasti oli tegemist põletuste ja põrutustega.

Paberivabrikus täheldati traumasid sageli paberikanga rebenemisel ja selle suunamisel ühelt silindrilt teisele nende töötamise ajal. Tavaliselt oli tegemist põletustega, mis olid tekkinud kuuma kuivatussilindri vastu puutumisel, sõrmede muljumistega, kui need olid sattunud paberimasina silindri ja kuivatusvildi vahele, ning sõrmede lõikehaavadega, mille oli põhjustanud šaabri puhastamine paberimasina töötamise ajal. Paberimasinal töötajate hulgas ulatus traumajuhtude arv 3,8-ni iga 100 töötaja kohta. Traumatismi soodustavateks asjaoludeks neil juhtudel olid kõrge õhuniiskus ja temperatuur töö-

ruumides (vastavad näitajad 90 ... 95% ja 32 ... 33° C).

Paljude aastate jooksul toimunud õnnetusjuhtude põhjuste analüüsimine võimaldas administratsioonil, ohutustehnikaosakonnal ja meditsiinitöötajail ettevõtetes plaanipäraselt võidelda traumadega. Peamised abinõud kajastusid ühtses tervistavate ürituste kompleksplaanis.

Selle plaani järgi täiustatakse igal aastal ettevõtte tootmistehnoloogiat, rekonstrueeritakse tsehhe ja jaoskondi, kusjuures erilist tähelepanu pööratakse töödistsipliini tugevdamisele. Tähelepanu keskpunktis on ettevõtte need tsehhid ja jaoskonnad, kus traumasid on täheldatud sagedamini, kus tootmisprotsessid on töömahukad.

Näiteks propsibörsil asendati 1961. aasta lõpus laadimis- ja mahalaadimistööd 35% ulatuses automaatlaadimisega. See vähendas üla- ja alajäsemete trauma juhte 20% võrra.

Automaatheitjate monteerimine propsibörsi puiduosakonna transportööridele vähendas sõrmede vigastuste arvu 10% võrra.

Et keedukateldesse ette anda seiskunud laastumassi, olid tselluloosivabriku laastupunkrite osakonna töölised sageli sunnitud seda roopima altpoolt, mis põhjustas varinguid ja traumasid. Vibraatorite monteerimine aitas likvideerida nimetatud ohtliku tööoperatsiooni. 1959. aastal paigaldati puidu hakkimise jaoskonnas automaatne kaugjuhtimisseade, millega likvideeriti jäsemete vigastamise võimalused.

Mõnikord juhtusid õnnetused liiva, laastude, propside jm. puistematerjali vagunist mahalaadimisel. Traumajuhtude arv selles töölõigus vähenes 7,9% võrra pärast seda, kui võeti kasutusele isetühjenduvad vagunid.

Töötajate kukkumisest põhjustatud vigastuste hulk vähenes märgatavalt siis, kui töökohti hakati puidujäätmetest puhastama regulaarselt, põhjalikult koristama tsehhiruume, samuti puistama talvel kombinaadi territooriumile liiva või tuhka.

Käsikärud ja -vagonetid asendati mootorkärudega. Tänu sellele pole viimase kolme aasta jooksul enam ühtegi õnnetust juhtunud.

Sageli tekkisid käte ja jalgade vigastused paberi ümberrullimise masinate kangide vahetamisel. Pärast üleminekut tehnoloogiale, mille järgi paberi rullimiseks kange enam ei kasutata, selliseid traumajuhte enam pole olnud. Transmissiooniajam, mis oli suureks ohuks töölistele, asendati kiilrihmajamiga, mis muutis töö ohutuks. Vananenud konstruktsiooniga hollendrite asemele paigaldati täiuslikumad hüdrofainerid, millel töötamine on absoluutselt ohutu. Peale selle kõrvaldati praagijahvatusseadmed ning kiviveskid ja monteeriti horisontaalsed ning vertikaalsed hüdropulperid.

Sama paberivabriku ettevalmistusosakonnas töötajatel tekkis sageli silmavigastusi ja silmapõletusi naatriumhüdroksiidi, kustutamata lubja, kaoliini, alumiiniumoksiidi ning muude paberi täiteainete käsitsi peenestamisel. Nimetatud osakonna ratsionaliseerijad tegid ettepaneku lahustada täiteaineid kuuma veega spetsiaalsetes paakides. See on ära hoidnud silmavigastuste tekkimise võimaluse.

Peaaegu $^2/_3$ traumadest, mille tekkimise põhjuseks oli mehhanismide ja masinate ebaõige käsitsemine, leidis aset paberitsehhis. Masinate ja mehhanismide juurde paigutati stendid ja kasutamise juhendid ning näidati ära ohtlikud sõlmed ja kohad.

1961. aastast alates on kummaski kombinaadis regulaarselt kaks korda kuus korraldatud tsehhide ja objektide sanitaarse olukorra ülevaatusi. Sellest võtavad osa tööstus-sanitaararst, kirurg, peaarsti asetäitja ravi alal, administratsiooni ja ühiskondlike organisatsioonide esindajad. Enne tsehhide sanitaarse olukorra ülevaatust esitavad tsehhi meditsiinitöötaja ja tsehhiülem aruande.

Spetsiaalsete aparaatide abil kontrollitakse tsehhiruumide valgustust, gaaside ja tolmusisaldust õhus. Samuti jälgitakse individuaalsete kaitsevahendite (gaasitorbikud, respiraatorid) korrasolekut, eririietuse olemasolu. Samal ajal peetakse silmas sanitaarset olukorda einelauas, kuivatusruumides, duširuumides ja sanitaarsõlmedes.

Puuduste kohta tehakse sissekanded sanitaarpäevikusse ja märgitakse puuduste kõrvaldamise tähtaeg. Ülevaatuse tulemusi arutab üldsus. Traumatismi vältimist puudutavaid üritusi ja tsehhide sanitaarset olukorda valgustatakse suuretiraažilistes ajalehtedes «Сясьский рабочий» ja «Окуловский бумажник», samuti tsehhide seinalehtede veergudel. Sjassi kombinaadi sissekäigu juures paikneval stendil «Komsomoli prožektor» on märgitud need tsehhid, kus esineb palju tootmistrauma juhte ja sanitaar-hügieeniline olukord on halb. Iga nädal peavad meditsiinitöötajad tsehhides loenguid või vestlusi väga erinevatel teemadel, nagu näiteks «Kuidas anda esmaabi õnnetusjuhtumi puhul», «Töötaja isiklik hügieen», «Alkohol on tervise vaenlane» jms. Kõikides tsehhides on sanitaarpostid ja sanitaarnurgad, kus leiduvad kõik vahendid ja ravimid esmaabi andmiseks traumade ja mürgistuste puhul.

Viimaste aastate jooksul on palju tähelepanu pööratud tootmisruumide esteetilisele kujundamisele, kombinaadi territooriumi haljastamisele ja elukondlike ruumide avardamisele. 1963. aastal kulutati Okulovka kombinaadis 37 700 rubla tootmistingimuste parandamiseks. Järgmisel aastal suurenesid tööstussanitaaria ja ohutustehnika alased kulutused veelgi ning 1965. ja 1966. aastal ületas samaks otstarbeks assigneeritud summa 50 000 rubla.

Igal nädalal korraldatakse nõupidamisi ettevõtte direktori juures, kus antakse hinnang ohutustehnika olukorrale ettevõttes ja analüüsitakse raskemaid traumajuhte. Iga 2 . . . 3 kuu järel toimuvad meditsiinialased konverentsid, millest võtab osa ka insenerilis-tehniline personal. Ettekanded käsitlevad tootmistraumatismi ettevõttes, samuti tehnilisi uuendusi, mis võimaldavad vähendada õnnetusjuhtude arvu.

Kirjeldatud abinõude rakendamise tulemusena ja tsehhide sanitaarse olukorra pideva kontrollimise tõttu on tootmistraumade arv aasta-aastalt vähenenud. Nii on Okulovka kombinaadis tootmistraumatismi dünaamika näitajad järgmised: 1957. aastal 7,2 iga 100 töötaja kohta, 1958. aastal 6,0, 1959. aastal 4,0, 1960. aastal 6,1, 1961. aastal 3,3, 1962. aastal 3,0, 1963. aastal 2,8, aastatel 1964 . . . 1965 kaks traumajuhtu iga 100 töötaja kohta, kusjuures on arvesse võetud kõik traumajuhud (ka need, millega ei kaasnenud töövõime kaotust). Samasugune olukord valitseb ka Sjassi kombinaadis.

РЕЗЮМЕ. Как показало исследование на двух целлюлозно-бумажных предприятиях (Окуловском и Сясьском, Новгородская и Ленинградская область), все случаи производственных травм на этих предприятиях можно схематично подразделить на три большие группы:

травмы, причиной которых явилась неправильная организация труда (47,7 — на Окуловском и 44,6% на Сясьском комбинатах);

травмы, произошедшие в результате неправильного выбора материала и технических недостатков оборудования (27,6 — на Окуловском и 29,0% на Сясьском комбинатах);

травмы, вызванные причинами, в основе которых лежат санитарно-гигиенические недостатки (24,7 — на Окуловском и 26,4% на Сясьском).

Наиболее неблагоприятными участками и цехами на этих предприятиях являлись: балансовая биржа, древесно-массный, целлюлозный заводы, бумажная фабрика (цех бумагоделательных машин), т. е. те цехи и участки, где наблюдалась высокая запыленность, загазованность или повышенная температура воздушной среды в сочетании с высокой влажностью.

Основные оздоровительные мероприятия нашли отражение в едином комплексном плане предприятий.

В результате проведенной работы и систематического контроля за санитарным состоянием цехов на изучаемых предприятиях производственный травматизм начал снижаться.

KIRJANDUS: 1. Гольдман Э. И. Гиг. и сан., 1962, 6, 65—69. — 2. Дрогичина Э. А. Тез. докл. научной сессии Ин-та гиг. труда и проф. заболеваний АМН СССР, М., 1955.

Akad. I. Pavlovi nim. Rjazani Meditsiiniinstituut

Okulovka Tselluloosi- ja Paberikombinaat

SUURE HÄBEMEMOKA HIIDSONG

ANTS HAAVEL
Kingissepa

UDK 616-007.43 : 618.1-007

Suurte häbememokkade songa tuleb ette suhteliselt harva. Songa tekkimise põhjuseks on tavaliselt arenguanomaalia.

Looteperioodi 2 . . . 3. kuul algab tütarlastel munasarjade allalangemine II . . . III lumbaallüli kõrguselt väikesesse vaagnasse. *Rudimentum processus vaginalis peritonaei*, mis asetseb emaka ümarsideme (*lig. teres uteri*) juures ja sopistub läbi kubemekanali väikesest vaagnast suurtesse häbememokkadesse, moodustab nn. *canalis Nucki*. Normaalselt umbub see kanal sünnimomendiks. Osalise umbumise korral aga arenevad häbememokkades tsüstjad moodustised, mis on analoogilised poisslastel tekkiva *funiculocele* ja *hydrocele*'ga. *Canalis Nucki* täieliku avatuse korral on tegemist kaasasündinud kubemesongaga, mis ulatub häbememokka (songa koti sisus on kindlasti *lig. teres uteri*). Kui aga umbumine on täielik, siis sellele vaatamata jääb *canalis Nucki* algusse alles lehtrit meenutav peritoneumi väljasopistis, mis on eelsoodumus songa tekkimiseks.

G. Fanconi ja A. Wallgreni (3) andmeil on *rudimentum processus vaginalis peritonaei* (*resp. canalis Nucki*) sünnimomendil 90%-l vastsündinuist sulgumata. See on kaasasündinud indirektsete songade tekkimise eeldus. V. Salištševi (1), S. Ternovski (2) jt. arvates peab *rudimentum processus vaginalis peritonaei* sünnimomendiks sulgunud olema. Avatud *processus vaginalis peritonaei* esineb sagedamini paremal pool, kusjuures selle sulgumine oleneb lapse üldisest arengust ja toitlustamisest.

76-aastane naishaige T. L. (haiguslugu nr. 1777/1963. a.) hospitaliseeriti Kingissepa Rajooni Keskhaiglasse.

Haige elukohaks oli Kingissepa Kolhoosidevaheline Vanadekodu, kust suunatigi ravile. Diagnoos: *Hernia labia majora pudenda dextra per. magna indirecta congenita. Bronchopneumonia bilateralis. Arteriosclerosis universalis.*

Patsiendil oli esinenud sellest ajast, kui ta mäletab, song, mis aastatega oli suurenenud. Arsti poole ei ole kunagi pöördunud, sest aastakümned tagasi olid vanematel puudunud majanduslikud võimalused lapse kirurgilisele ravile suunamiseks (Saaremaal tol ajal operatsioone ei olevat tehtud). Neiuna häbenenud arsti juurde minna. Vanemas eas aga oli arvanud, et ta on liiga vana, et end opereerida lasta.

Objektiivselt. Üldseisund keskmise raskusega. Ei ole võimeline iseseisvalt istuma ega seisma. Naha turgor langenud. Lümfisõlmed ei ole palpeeritavad. Kehaehitus korrapärane, vastab eale. Kopsudes hulgaliselt keskmisemullilisi räginaid, hingamiskahin vesikulaarne, nõrgenenud. Südametegevus rütmiline, toonid tuhmid. Vererõhk 110/70 mmHg. Kõht pehme ja lõtv. Maks palpeeritav 2 põikisõrme ulatuses, pind sile.

Lokaalselt. Jalgade vahel suur kotjas moodustis, mille pikkus sümfüüsist kuni moodustise tipuni 36 cm, ümbermõõt 52 cm. Moodustis on lähtunud paremast suurest häbememokast. Moodustise nahk on siledapinnaline, roosat värvust, mediaalsel küljel 4×3 cm suurune pigmendilaiguke. Palpeerimisel sedastatavad soolelingud, mille peristaltika on nähtav ka välisel vaatlusel, kui patsient lamab. Soolelinge kõhuõõnde paigaldada ei õnnestunud. Songavärat halvasti palpeeritav.

Haige üldseisundi tõttu operatsioon vastunäidustatud.

Kirjeldatud juht on tänapäeval väga haruldane, sest patsiendid suunatakse ravile enne kui jõuavad välja areneda sellised suurte mõõtmetega songad.

РЕЗЮМЕ. Грыжа больших губ встречается относительно редко. В нормальных условиях *canalis Nucki* закрывается к моменту рождения. Но при частичном закрытии *canalis Nucki* в губах развиваются кистозные образования, аналогичные развивающимся у мальчиков *funiculocele et hydrocele*. При полном открытии *canalis Nucki* может возникнуть врожденная паховая грыжа, которая у женщин достигает больших губ.

В настоящее время вышеописанный случай является редкостью, т. к. больных направляют на лечение до развития грыжи таких больших размеров.

KIRJANDUS: 1. Салищев В. Э. Вопросы частной хирургии. М., 1952. — 2. Терновский С. Д. Хирургия детского возраста. М., 1959. — 3. Фанкони Г. и Вальгрен А. Руководство по детским болезням. М., 1960.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla

Abiks velskritele ja õdedele

MEDITSIINIÕE OSA MÜOKARDI-INFARKTI PÕDEVA HAIGE PÕETAMISEL JA RAVIMISEL

VALDA LAASI
Tallinn

UDK 616.127-005.8.616-083 : 614.253.52

Müokardi-infarkti põdevate haigete ravimisel ja põetamisel langeb suur osa meditsiiniõele, kes ööpäeva vältel pidevalt puutub kokku haigega ja hoolitseb tema eest. Seetõttu on vajalik, et osakonnas, kus lamavad müokardi-infarkti põdevad haiged, oleksid meditsiiniõed haiguse iseärasustest ja võimalikest tüsistustest ning nende sümptoomidest hästi teadlikud, s. t. oskaksid alati hinnata haige seisundit. Mitte vähem tähtis on haige õige põetamine.

Suurt tähelepanelikkust ja oskust nõuab haige riietamine haigla rõivastesse. Sel puhul oleme rangelt arvesse võtnud tervislikku seisundit. Raskelt haiged, kellel on kollaps, oleme transportinud osakonda ümber riietamata. Lamavatel haigetel oleme kasutanud tagant lahtikäivaid särke. Haige seisundi raskusest sõltub ka see, kui suures ulatuses saab teha sanitaarkorrastust. Mõnel juhul (kollapsi korral) tuleb see edasi lükata ja oodata seni, kuni seisund paraneb.

Statsionaaris peaks infarktihaige jaoks valmis olema hästi korrastatud funktsionaalne voodi või vähemalt ratastel voodi, mis on paigutatud nii, et patsiendi juurde pääseks mõlemalt poolt. Haigeruum peab olema hästi õhustatud, temperatuur mitte üle 18 . . . 20°. Suvel on haigete paigutamisel ette tulnud raskusi: kuumus ja päikesepaiste palatis mõjuvad raskelt haigele väsitavalt.

Haiget aitab transpordikärult voodisse tõsta alati valve- või palatiõde, kes juhendab haiget tõstvaid sanitare. Haigele tuleb voodis anda mugav horisontaalasend, kusjuures pea ja õlad on ainult veidi kõrgemale tõstetud; kogu lihaskond on seejuures lõtvunud. Erilise vajaduse korral (kopsuturse) võib haige panna poolistuvasse asendisse, milleks kasutatakse spetsiaalset seadeldist.

Kui haige voodis juba lamab, peab meditsiiniõde kohe täitma kõik valvearsti korraldused. Vastavalt vajadusele võib meditsiiniõde korraldada haigele hapnikuinhalatsiooni ninakateetrite kaudu (hapnikujaamast või haige voodi juurde paigutatud hapnikuballoonist). Seejuures tuleb hapnik juhtida läbi vee, milleks kasutatakse Bobrovi pudelit. Kui haigel tekivad valud, anda keele alla tablett nitroglütseriini.

On soovitatav verd võtta transaminaasi, fibrinogeeni ja protrombiiniaja määramiseks, samuti tuleb kindlaks teha veritsus- ja hüübimisaeg. On tarvis pidevalt jälgida arteriaalset rõhku. Ravimeid manustame vastavalt raviarsti või valvearsti korraldusele. Lamavatele haigetele, kes ravimit iseseisvalt võtta ei suuda, paneb meditsiiniõde ravimid suhu. Ravimite andmise kohta teeb meditsiiniõde korralduslehele märkuse ja kinnitab selle allkirjaga.

Oma osakonnas oleme otstarbeka leidnud olevat, et eriti raskelt haigete korral tavalise korralduslehe asemel täidetaks spetsiaalne leht (vt. näidis), millele meditsiiniõde kellaaegade järgi märgib kõik manustatud ravimid ja manipulatsioonid. Samas leiduvad ka vererõhu, diureesi jm. andmed. Nimetatud leht on tavalisest korralduslehest otstarbekam ja ülevaatlikum, sest ras-

kelt haige puhul muudetakse korraldusi päeva jooksul sageli. Vere hüübimist määrab meditsiiniõde enne hepariini süstimist ja enne ning pärast fibrinolüsiini manustamist.

Esimestel haiguspäevadel tuleb haiget toita väga tagasihoidlikult, anda toitu väikestes kogustes. Lamavaid haigeid toidab esimesel kahel haigusnädalal kõigil söögiaegadel meditsiiniõde, haige ihupesu kaitseks kasutatakse suurätikuid. Joomiseks on otstarbekad tilaga kannud või morsikõrred. Hiljem, kui on lubatud iseseisvalt süüa, asetab meditsiiniõde haige rinnale suurätiku ja sellele toidunõud. Spetsiaalsed haigete toitmise lauad ei ole meil kasutamist leidnud, sest neid on meditsiiniõel raske käsitseda ning takistavaks asjaoluks on ka ruumipuudus palatites.

Hommikul on meditsiiniõe esimeseks tööks raskelt haigete sanitaarkorrastus. Kui sanitar peseb haige näo ja käed ning annab kaks korda päevas vee hammaste pesemiseks, siis eriti raskelt haigetel puhastab suud aga meditsiiniõde, kasutades selleks vatiga puupulgakesi ja 2%-list söögisooda- või boorhappelahust, 0,02%-list rivanoolilahust. Suud võib loputada ka vesinikülihapendi või kaaliumpermanganaadi nõrga lahusega. Järgmisena kammitakse juuksed. Seejärel määrib meditsiiniõde lamavate haigete selga nahka värskendavate vahenditega ja korrastab voodi. Haiguse esimesel nädalal peavad voodit korrastama korraga kaks meditsiiniõde. Pärast urineerimist ja siibri kasutamist peseb sanitar haige käed.

Sanitaarkorrastus tehakse teist korda õhtul (öövalve ajal), mil lamavatel haigetel pestakse kaaliumpermanganaadi nõrga lahusega ka suguelundid. Selleks et kõik tööd ei kuhjuks hommikuks, mil meditsiiniõdede koormus on suur, oleme õhtupoolikuks jätnud ka öökappide korrastamise, haige küünte lõikamise, ülehõõrumised, pea ja jalgade pesemise. Infarktihaigeid võib vannitada arsti loal tavaliselt enne haiglast lahkumist. Sageli ilmneva kõhukinnisuse korral on kõige soodsam kasutada parafiinõli. Vesiklistiire tuleb vältida, sest need põhjustavad soole tugeva ärrituse ja võivad reflektoorsel teel vallandada stenokardiahoo või isegi infarkti retsidiivi.

Haigete teenindamise seisukohalt oleks otstarbekas, et infarktihaiged esimestel päevadel lamaksid kõik ühes palatis meditsiiniõe pideva valve all. Seejuures peaksid nad olema vaheriide või sirmidega üksteisest eraldatud, et vältida psüühilisi traumasid teiste haigete võimalike tüsistuste või surma korral.

Infarktihaigete ravimisel peab meditsiiniõde laitmatult valdama järgmisi protseduure:

1) süstimised veeni, 2) tilkinfusioonid ja vereülekanded, 3) hapnikravi (oskus käsitseda hapnikuaparaati, reduktorit, asetada ninakateetreid ja neid fikseerida), 4) sondi viimine nina kaudu makku ja püsiaspiratsioon, 5) trahheostoomiaga haige põetamine ja toru korrashoid, 6) töötamine automaataspiraatoriga, 7) arsti abistamine elektrimpulssravil (elektroodide asetamisel, intravenoosse narkoosi andmisel), 8) elektrokardiograafi käsitsemine, 9) veritsus- ja hüübimisaja määramine, 10) arteriaalse rõhu pidev kontrollimine raskelt haigel, 11) kaudne südamemassaaž, 12) kunstlik hingamine suu suul meetodil.

Kui osakonda saabub müokardi-infarkti põdev haige või haige seisund

Spetsiaalse lehe näidisvorm

Kuupäev, kellaaeg	Vererõhk	Hingamine	Pulss	Arsti korraldused	Korralduste täitmine	Trahheostoomia toru puhastamine	Diurees	Vere hüübimise aeg	Hepariin, fibrinolüsiin

järsku halveneb, peab kogu osakond töötama kiiresti, teadlikult, täpselt ja üksmeelselt, kaotamata ühtki sekundit. On vajalik, et oleks pidev kontakt anestesioloogiga, kelle saabumiseni peab efektiivset abi andma esimesena kohale jõudnud arst või meditsiiniõde.

Infarktihaigete jaoks peaksid osakonnas olema järgmised ravimid süstelahustena: noradrenaliin, adrenaliin, mesotoon, atropiin, prednisoloon, strofantiin, diafülliin, kordiamiin, lobeliin, kaltsiumkloriid, morfiin, glükoos, füsioloogiline keedusoolalahus, novuriit.

Peale selle on soovitatavad veel järgmised ravimid süstelahustena: arfonaad, pentamiin, kaaliumkloriid, *urea pura*, bemegriid, hepariin, fibrinolüsiin, teopentaal ning söögisooda.

Igas osakonnas, kuhu infarktihaige hospitaliseeritakse, peavad käepärast olema steriilsed süstlad ja tilkinfusioonisüsteemid, hapnikuballoon koos manomeetri, Bobrovi pudeli ja vastavate ninakateetritega, S-toru (või narkoosimask) ja vererõhu mõõtmise aparaat.

РЕЗЮМЕ. Медицинская сестра должна прежде всего уметь ориентироваться в оценке тяжести состояния больного инфарктом миокарда. Палатная сестра должна следить у больных инфарктом миокарда за пульсом, артериальным давлением, дыханием, а также определять свертываемость крови перед каждой инъекцией гепарина или фибринолизина. Рекомендуется использовать специальный «листок тяжелого больного», где хронологически регистрируются перечисленные показатели, а также введенные больному медикаменты с указанием дозировок, произведенные манипуляции.

Медицинская сестра, осуществляющая наблюдение за больным должна владеть методикой внутривенных капельных вливаний, методикой ингаляций кислорода через носовые катетеры, методикой введения через нос желудочного зонда и эвакуацией желудочного содержимого, особенностями контроля за трахеостомической трубкой. Она должна уметь помочь при электроимпульсной терапии (наложение электродов, введение наркотических средств), знать технику закрытого массажа и искусственного дыхания рот в рот. Необходимо чтобы сестра владела навыками регистрации электрокардиограммы.

В статье дается ряд конкретных советов по уходу за больными инфарктом миокарда и приводится перечень минимума медикаментов и аппаратуры, которые должны быть в отделении на случай поступления больного. Важное значение отводится готовности отделения к приему больного (его должна «ждать» свободная койка), щадящей транспортировке больного при поступлении в стационар (без переодевания, без санитарной обработки), удобному положению его в кровати.

Tallinna Vabariiklik Haigla

VEAD RÖNTGENOGRAMMIDEL

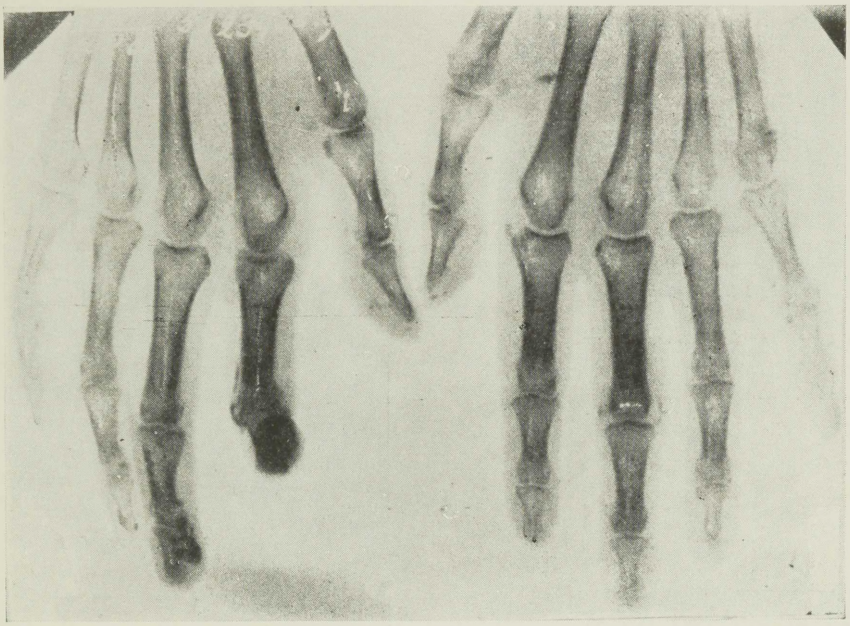
ILMAR-VELLO NOVEK
Tartu

UDK 616-073.757.1

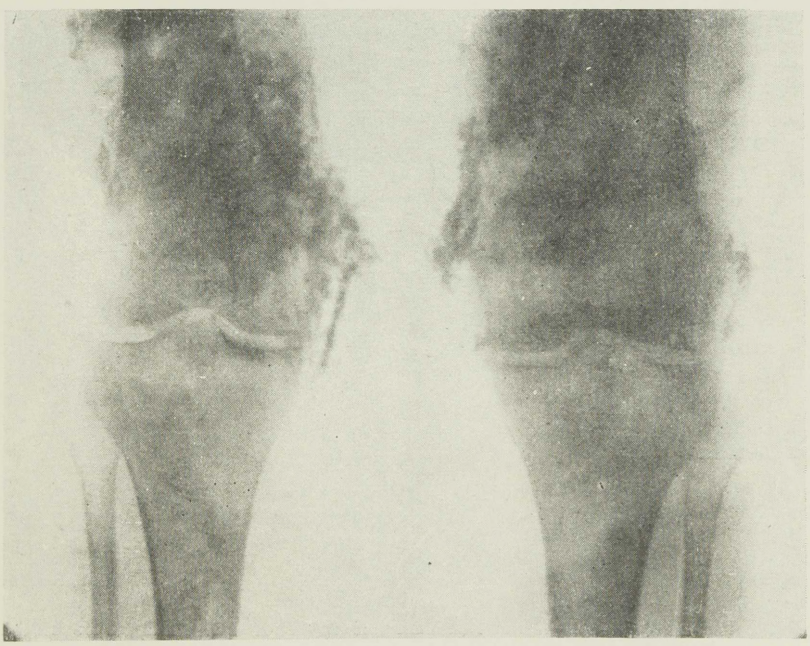
Kliinilis-röntgenoloogilise diagnoosi õigsus sõltub olulisel määral röntgenogrammide kvaliteedist — halb kvaliteet ja rikked segavad vaatlemist ja võivad olla eksidiagnooside aluseks. Vead tekivad tehases, transportimisel, filmide säilitamisel ja kõige sagedamini filmide töötlemisel pimikus.

M e h h a a n i l i s e d r i k k e d (1, 2, 5). Röntgenifilmid on tundlikud röntgenikiirguse, valguse, temperatuuri kiirete muutuste, niiskuse, kemikaalide ja ka mehhaanilise surve suhtes. Nõrk surve enne filmide eksponeerimist põhjustab heledaid defekte, pärast eksponeerimist tumedaid, tugev surve (murdumine) — alati tumedaid defekte (vt. tahvel XXIV, foto 1). Vigadeks on kriimustused tumedate joontena, poolkuud filmi murdumisest, sõrmejäljed, kirjutatud tekst. Kui filme hoolikalt käsitseda, on mehhaanilisi vigastusi võimalik vältida. Filmi tuleb puhaste sõrmedega haarata äärtest, nii et film ei pain-

N. Schamardin
H. Kahn
L. Liin



Röntgenogramm 1. Sklerodermiale iseloomulikud muutused käeluudes



Röntgenogramm 2. Laialdased lubjaladestused pehmetes kudedes ja difuusne osteoporoos põlveliigeste piirkonnas

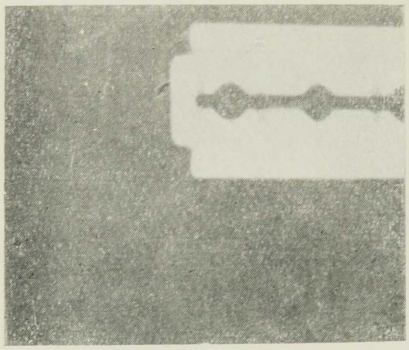


Foto 1. Kirjutamisjäljed: enne filmi eksponeerimist heledad, pärast tumedad

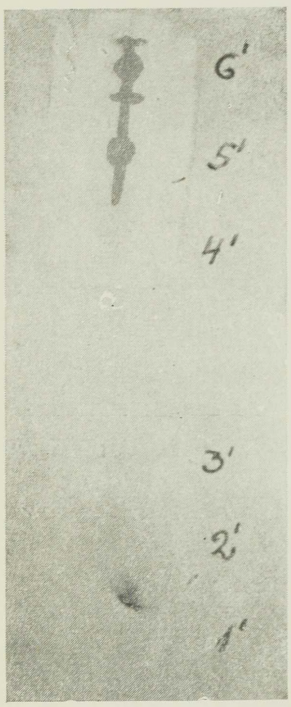


Foto 2. Pimikuvalgusti kontroll: žiletitera kontuurid on nähtavad kaheminutilise valgustamise järel. Poolkuu filmi murdumisest

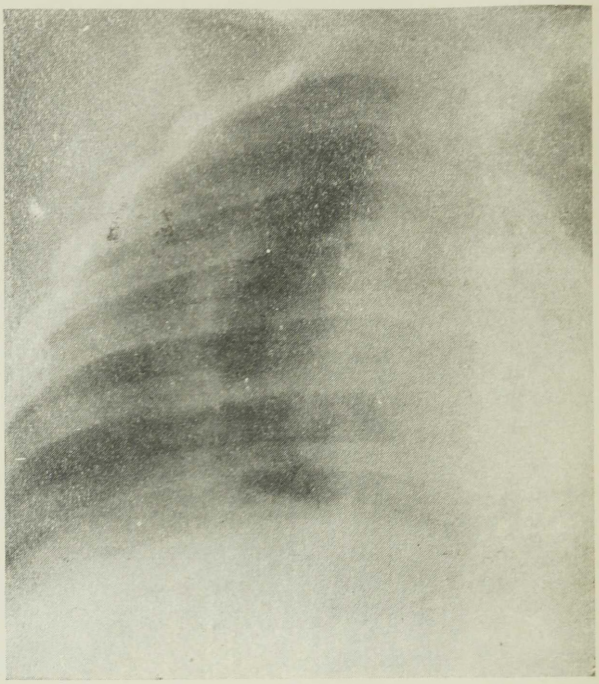


Foto 3. Lühiajaline filmide kokkukleepumine kinnitamise algul: tulemus sarnaneb patoloogilise protessiga paremal kopsuväljal

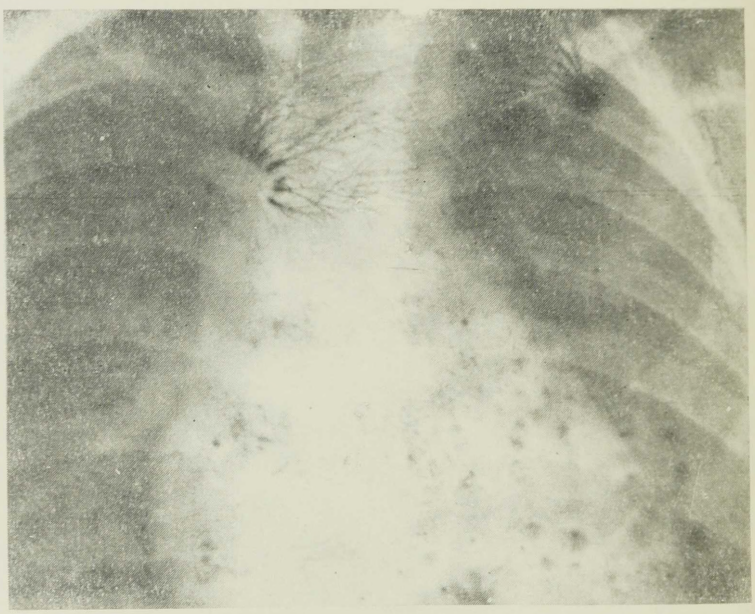


Foto 4. Pealmine film pakist: niiskusplekid

duks. Sagedaseks kriimustuste põhjuseks on katkised filmiraamid. Kriimustused võivad kergesti tekkida ka siis, kui mitu filmi ilmutatakse koos, sest niiske emulsioon on eriti õrn. Suurematest filmidest lõigatud väiksemaformaadilised tükid ei sobi müügilolevatesse raamidesse. Peab jälgima, et patsiendi nime kirjutamisel filmile ei oleks selle all teisi filme.

Filmide hoidmine (1, 5).

Vanematel filmidel leiame õrna halli looristuse, mis on paremini märgatav heledatel kohtadel. Looristus aja jooksul tugevneb ja väga vanadel filmidel muutub mustadeks plekkideks. Sellest hoidumiseks on enne soovitatav kasutada varasematel kuupäevadel märgistatud filmipakke. Kerge looristusega filme võib tugevamini säritada ja lühemat aega ilmutada, sest siis ei ilmu looristus täielikult välja. Viimasel ajal aga ei ole vananemislooristus kuigi aktuaalne.

Niiskus kiirendab filmide vananemist, kuid võib põhjustada ka tumedaid ja heledaid ribasid ning plekke (niiskunud vahepaberid on lainelised). Relatiivse niiskuse kõrge protsent laboratooriumis võib filmide säilitamisel olla nende riknemise põhjuseks. Niiskunud filmipakid tuleb kohe kasutusele võtta.

Hall looristus tekib hajukiirgusest, milleks piisab kiiritusest 0,003 röntgenit. Filme saab kiirguse eest kaitsta tinakattega ja kiirgusallikast kaugemal hoidmise teel. Täidetud kassette ei tohi röntgenikabinetti jätta. Niisamasugust looristust või musti täppe võivad põhjustada ka radioaktiivsed isotoobid.

Suuremat röntgenifilmide tagavara ei hoita pimikus. Filmihoidla temperatuur peab olema alla +18°, sobiv relatiivse niiskuse protsent on 50 . . . 60, ruumis ei tohi leiduda kemikaale (apteek on ebaotstarbekas hoiukoht), hoidla peab olema kaitstud röntgenikiirguse eest. Filmipakid olgu riiulitele paigutatud püsti. Keskmine säilitamisaeg on 12 kuud.

Vead ilmutamisel (1, 2, 5).

Pimikus töötamiseks peab silmi adapteerima 10 minuti jooksul. Röntgenikabinet ei tohi ülesvõtete tegemise ajal olla liiga valge, sest see raskendab tööd pimikus ja sunnib silmi uuesti adapteerima.

Meil peamiselt kasutuseloleva filmi PM parima ilmuti retsepti on tehas kaasa andnud, ilmutamisaeg 6 . . . 10 minutit. Ilmuti peab enne tarvitusele võtmist 24 tundi seisma, pärast soojendamist tuleb ilmutit segada temperatuuri ühtlaseks muutmiseks. Ilmutatakse 18 . . . 20° temperatuuril kindla aja jooksul, mitte visuaalselt ala- või ülesäritust korrigeerides. Filmide ühtlasema ilmutamise tagavad nende niisutamine vees enne ilmutisse panemist ja liigutamine paagis ilmumise ajal. Ülesäritatud filmide ilmutamise aeglustamiseks võib neid selle käigus puhtas vees loputada.

Liiga värske, liiga soe, liiga kontsentreeritud ilmuti põhjustab tumeda ja marmoritaolise looristuse. Kollakas looristus tekib ebaühtlaselt soojendatud või vanas ilmutis, eriti siis, kui pikemaajalise ilmutamisega püütakse alasäritust parandada.

Sageli jäetakse arvestamata, et ilmuti vananeb. Ilmutamise ajal kontrollitakse filmi visuaalselt ja ilmutatakse üle kuni looristuse tekkimiseni. Mida suurem on ilmuti kokkupuutepind õhuga, seda kiiremini ta vananeb (küvettides ilmutamisel). Paagi täitmine ilmutiga ääreni vähendab vedeliku pinna ja kaane vahel olevat õhukihti ning seega aeglustab ka ilmuti vananemist. Ilmutamispaagil alati hoida kaas peal. Ühe m^2 filmi kohta kulub 300 . . . 350 ml ilmutit, 1 liitri ilmutiga saab ilmutada 3 m^2 filmi. Kahjuks ei võimalda lünklik ja puudulik varustamine kemikaalidega ilmutit alati õigel ajal vahetada.

Ilmuti kõlblikkuse kontrollimise lihtsat võtet kirjeldab E. Petri (1). 18×24 film säritatakse astmeliselt, kusjuures kassett kaetakse tinaga selliselt, et vabaks jääb umbes 3 cm laiune ja 24 cm pikkune riba. Enne järgmist säritamist vabastatakse järgmine riba, nii korratakse säritamist samade ekspositsioonide näitajatega viis korda. Filmile tekib viis eri tumenemise astet, kusjuures esimene riba on saanud viiekordse kiiritusdoosi. Film lõigatakse 12 kahe cm laiuseks ribaks. Üks riba ilmutatakse värskes ilmutis kuue minuti jooksul 18° temperatuuril ja jäetakse võrdlusfilmiks, ülejäänud ribad aga pakitakse valguskindlalt. Sõltuvalt ülesvõtete hulgast võetakse iga kahe, nelja või

kuue päeva järel üks riba, ilmutatakse sama aja jooksul ja temperatuuril ning võrreldakse esimese ribaga. Kui tumenemisastmed on samasugused, on ilmuti kõlblik. Vananenud ilmuti korral saab mõnevõrra paremaid tulemusi siis, kui ilmutamise aega pikendatakse.

Vananenud ilmuti puhul on paagi järeltäitmine ilmutiga mõttetu, sest kemikaalide proportsioonid on muutunud. Võib kasutada regeneraatorit, mille retsept põhimõtteliselt on järgmine: sulfitit ja soodat nagu ilmuti retseptis; metooli ja hüdrokinooni kahekordses koguses, naatriumhüdroksiidi 7,5 g liitri kohta.

Osalise või täieliku halli looristuse kõige sagedasemaks põhjuseks on liiga tugev valgustus pimikus. Tavalistel pimikuvalgustitel tekivad punasesse paberisse praokesed ja film valgustub kassetti panemisel või ilmutamise ajal kontrollimisel.

Pimikuvalgusti kontrollimiseks hoitakse kuus filmitükikest, millele on paigutatud metallese, valgusti juures 1 . . . 6 minuti vältel (või samal filmil vabastatakse iga minuti järel uus riba). Looristust ei tohi tekkida kolme minuti järel [(1, 4) (vt. tahvel XXIV, foto 2)].

Pimikuvalgusti peab töölauast olema vähemalt ühe meetri kaugusel. Halvasti suletud kassetid ja ilmutamata filmide pakid, töölaua hele kate (valge värv, klaas, kõvendusekraanid), matistamata ja üle 15 W elektrihõõglamp valgustis soodustavad filmide valgustamist.

Vikerkaarlooristus (kollakasrohelisest pruunikaspunaseni) kogu filmil või üksikute täppidena tekib ilmuti või vahepaagi vee saastumisest kinnitiga või kinniti saastumisest ilmutiga. Selle vältimiseks ei tohi filme vaadata paakide kohal; tuleb hoiduda paakide kaante vahetamisest. Kui ilmuti või kinniti pinnale on ilmunud värviline kiht, eemaldada see filterpaberiga. Samuti hoolikas loputamine enne kinnitamist ja vahepaagi vee korrapärane vahetamine aitavad nimetatud vea tekkimist vältida.

Väikesed tumedad ja heledad või tumedate äärtega täpid (kraatritaolise süvendiga) ilmnevad eriti suvel, kui paagid on saastunud bakteritega, kellele lahustunud želatiin on söötmeks. Paakide seintel on lima kiht. Paake tuleb sagedamini pesta, vajaduse korral desinfitseerida (näiteks 50%-lise lüsoolilahusega) ja pärast seda põhjalikult loputada.

Tumedaid ribasid vähe valgustatud kohtade all («kaaliumbromiidi ribad») saab ära hoida, kui ilmutamise ajal ilmutit segada ja filmi liigutada.

Ilmutamata valged laigud õhumullidest, filmide kokkukleepumisest omavahel või paagi seintega on välditavad filmide liigutamisega ilmutis.

Vaheloputamiseks vajalik aeg on voolavas vees 20 sekundit, seisvas vees kauem. Vahepaagi vett tuleb tihti vahetada. Puudulik vaheloputamine jätab emulsiooni liiga palju ilmutit ja kiirel kinnitamisel vabaneb seal süsihappegaasi mullidena. Allapoole valguv ilmuti võib anda tumedaid ribasid, kinniti rikneb kiiresti.

Vead kinnitamisel (1, 2, 3, 5).

Kui film on puudulikult kinnitatud, tekivad kollakaspruunid laigud või kogu film omandab sellise värvuse.

Hapukinniti kõlblikkuse kontrollimiseks lisatakse katseklaasis mõnele ml kinnitile üks tilk metüülpunase lahust. Kui värvus jääb punaseks, on kinniti veel happeline; kui katseklaasi sisu värvub kollaseks, on kinniti muutunud leeliseseks ning kõlbmatuks.

Kinniti kõrgel temperatuuril vabanev süsihappegaas koguneb emulsiooni mullidena.

Tumedad piirdunud laigud jäävad filmide kokkukleepumisel omavahel või kleepumisel paagi seintega ja neid saab vältida filmide liigutamise teel kinnitis (vt. tahvel XXIV, foto 3).

Vead loputamisel ja kuivatamisel (1, 2, 5).

Voolavas vees ülesvõtete loputamiseks vajalik aeg on 30 minutit. Puuduliku loputamise korral võib kinniti filmil kristallidena välja sadestuda; pärast pikemaajalist seismist ilmuvad pruunid plekid. Algul on kristallid kõrvaldatavad põhjaliku loputamise teel.

Kui veevärgivesi sisaldab rohkesti süsihappegaasi, võib ülesvõttel tekkida mulle. Kui vesi on väga kare, tekivad märjal filmil valkjashallid täpid, mis kuivanud filmile jäävad püsima valge ärapühitava tolmuna. Vee pehmendamiseks võib loputusveele lisada 1 . . . 2%-list äädikhapet.

Emulsioonikihi kortsumise ning lõhenemise põhjuseks on ilmuti ja loputusvee või kinniti ja loputusvee temperatuuride suur erinevus.

Filmide kuivatamisel liiga soojas õhus (kuivatuskapis üle 45°, päikesepaistel, elektrilambi kõrval) võib emulsioon sulada ja alla voolata. Sama vea võib põhjustada ka lahuste liiga kõrge temperatuur.

Kuivavatele või kuivanud filmidele sattunud veepritsmed tekitavad veeplekke (näiteks märgade filmide riputamisel kuivavate filmide kohale). Üksikud veeplekid jäävad filmile ka normaalsetes tingimustes. Ebasobivast loputusveest tingitud plekke aitab vältida filmide veelkordne loputamine destilleeritud vees.

Mitmesugused rikked (1, 2, 5).

Kreemitatud käte sõrmejäljed ei lase ilmutil tungida emulsioonini ja jäljed jäävad nähtavale heledate laikudena.

Mitmete rikete põhjuseks aga on röntgenikabineti sisustuse saastumine. Kõvendusekraani defektidest, kõvendusekraani või filmi saastumisest tolmu ja kemikaalidega, ülesvõtete laua, kasseti saastumisest kontrastainetega, kinniti pritsmetest filmil tekkinud heledad laigud ja täpid on tingitud lohakast töötamisest. Artefaktide püsiv asend võimaldab kassetil, kõvendusekraanil või ülesvõtete laual saastunud kohad üles leida ja kõrvaldada või kõvendusekraanid vahetada.

Tumedate laikude ja täppide põhjustajaks võivad olla ilmuti pritsmed, sõrmejäljed ilmutiga niiskunud kätelt. Tumedad ribad tekivad vee allavoolamisest, kui film on pandud märja raami sisse, ja roostetanud filmiraamidest.

Välgu kujutised ja punktide read elektrostaatilistest laengutest tekivad filmide üksteise vastu tõmbamisel või kiirel paberi seest väljavõtmisel (vt. tahvel XXIV, foto 4). Peamise põhjusena näib siiski olevat tehases tekkinud praak.

Kahjuks ei vasta filmide kontroll nende valmistamisel ja säilitamisel nõuetele. Protseduuride ja oluliste ülesvõtete tarvis ei tohi seetõttu võtta filme kontrollimata pakist ega paki pealmisi lehti.

Röntgenilaborandi ülesandeks ei ole ordineeritud ülesvõtte «ärategemine», vaid vigadeta ning diagnoosimiskõlbliku röntgenogrammi valmistamine. Selleks aitavad kaasa täpne töö pimikus ja vigade põhjuste tundmine.

РЕЗЮМЕ. Технические дефекты, возникающие при обработке рентгенограмм, могут мешать рассмотреть снимок и привести к ошибочной диагностике.

Описываются дефекты, возникающие при механических повреждениях эмульсии пленки, при старении пленок, проявлении, фиксировании, промывке и высушивании пленок, от загрязнения рентгеновского оборудования и т. д. Даются краткие советы по хранению рентгеновских пленок и предупреждению технических дефектов.

Приведены простые методы проверки освещения фильтра красного фонаря, годности проявителя и фиксажного раствора.

KIRJANDUS: 1. Третьяков В. В., Флаксер Н. И. Прикладная рентгенотехника. М., 1967.— 2. Dietze, R., Köcher, E. Physik und Praxis der Röntgenaufnahmetechnik. Jena, 1964. — 3. Haldre, J. Radioloogia. Tartu, 1948. — 4. Janker, R. Röntgenaufnahmetechnik. Leipzig, 1966. — 5. Petri, E. C. Der Röntgenfilm. Halle, 1960.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

KUULMISHÄIRETE PÕHJUSTEST JA RAVIST

ARVID LUTS
Tallinn

UDK 616.28-008.1

Kuulmisvõime tähtsuse tõus paljudel tööaladel, samuti igapäevases elus on põhjustanud huvi kasvu kuulmiselundi kahjustuste, nende vältimise ja ravi vastu.

Kuulmishäireid võib jämedates joontes jaotada kahte liiki. 1. Nürikuulmine, s. o. kuulmise nõrgenemine. Nürikuulja on isik, kes tavalist kõnet ei kuule kaugemalt kui 2 m. Nürikuulmist

on sageli võimalik ravida. Vajaduse korral kasutatakse kuulmisaparaate (proteese). 2. Kurtus, mis on kas kaasa sündinud, sünnitrauma või sisekõrvas asetseva spetsiifilise koe täieliku hävimise tagajärg, ei ole ravitav. Kui kurtus esineb väikelapsel, siis sellele järgneb tummus.

Andmed nürikuulmise sagedusest on väga erisugused. Mitmel maal tehtud uurimiste andmeil kannatab 1...3% elanikkonnast sellise kuulmishäire all, mis põhjustab raskusi igapäevases elus (1, 2, 3). J. Tjomkin (2) loetleb järgmisi haigusi, mille puhul tuleb ette kuulmishäireid.

1. Välis- ja keskkõrva haigused: a) välimise kuulmekäigu ummistus (vaikkork); b) väliskõrvapõletik; c) välimise kuulmekäigu armistumine (umbumine); d) kuulmekile defektid; e) kuulmetõrve sulgus; f) katarraalsed ja mädased keskkõrvapõletikud; g) liited ja armistumised keskkõrvas, mis põhjustavad kuulmeluukeste ja kuulmekile liikuvuse vähenemist; h) otoskleroos.

2. Sisekõrva kahjustused: a) muutused sisekõrva karvarakkudes; b) muutused ganglionides.

3. Kuulmisnärvi ja selle tuumade kahjustused.

4. Tsentraalsete kuulmisteede kahjustused.

5. Kuulmiskeskuse kahjustus.

Niisugune kuulmishäirete jaotus (lokalisatsiooni järgi) vastab küll tänapäeva nõuetele, kuid klinitsisti seisukohalt on otstarbekam neid klassifitseerida haiguse põhjuste järgi. See võimaldab ravi ja profülaktikat õigesti korraldada.

Nürikuulmise põhjuste hulgas on esikohal ägeda keskkõrvapõletiku tagajärjed. 60%-l nürikuuljaist on kuulmishäire seotud lapsepõlves põetud keskkõrvapõletikuga (1, 2). Pärast ägedat keskkõrvapõletikku võivad tekkida armid ja liited keskkõrvas, ava kuulmekilesse või krooniline mädane keskkõrvapõletik (viimast esineb 1...5%-l elanikkonnast).

Üks sagedamaid nürikuulmise põhjusi on kuulmetõrve läbitavuse häired, mis on tekkinud nii nina ja ninaneelu põletikuliste kui ka mittepõletikuliste haiguste tagajärjel. Lastel on niisuguse nürikuulmise sagedaks põhjuseks ninaneelumandli suurenemine (adenoidid).

Järsud õhurõhu muutused võivad samuti halvasti mõjuda keskkõrvale ja põhjustada ägeda keskkõrvapõletiku taolist seisundit või kuulmekile võib isegi rebeneda. Selliseid haigusnähte võib täheldada kessoonitöölistel, tuukritel, akvalangistidel, lendureil ja ka lennukil sõitjail (nn. aero-otiit).

Kuulmishäire põhjuseks võib olla otoskleroos, mida naistel esineb kaks korda sagedamini kui meestel. Arvatakse, et seda haigust kohtab 1%-l elanikkonnast (1, 2). Otoskleroosi puhul on tegemist ühe kuulmeluukese (jaluse) jäigastumisega sisekõrva ovaalaknas.

Olulist osa nürikuulmise etioloogias etendavad sisekõrva ja kuulmisnärvi kahjustused nii selle perifeerses kui ka tsentraalses osas, mis sageli lõpevad täieliku kurtusega.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata kuulmise kahjustustele nakkushaiguste puhul varajases lapsepõlves, sest niisuguse kahjustuse tagajärjeks võib olla kurttummus. Mitte ainult nakkuslik tserebrospinaalne ajukelmepõletik, vaid ka leetrid, difteeria, sarlakid ja mumps võivad olla kurtuse põhjuseks.

Sisekõrva ja kuulmisnärvi kahjustavad ka paljud mürkained: plii, elavhõbe, arseen, fosfor, bensool, aniliin, süsinikoksiid, majapidamisgaas ja väävelvesinik. Kuulmist kahjustavad paljud ravimid, nagu hiniin, salitsüülhape, mono-, kana- ja neomütsiin, mütseriin ning streptomütsiin. Veresoonte muutused võivad samuti olla kuulmishäire põhjuseks — on tõde, et arterioskleroosi ja hüpertooniatõve puhul on haigestunud ka kuulmiselundid.

Kurtuse ja nürikuulmise põhjuste hulgas etendavad olulist osa kõrva traumad: äge ja krooniline akustiline trauma (müra), ootamatu tugev õhurõhu muutus (plahvatus) ja otsesed kõrva vigastused, peaajupõrutused ning koljupõhimiku murrud.

Seoses tehnika arenguga suureneb müra ja vibratsiooni kahjulik mõju sisekõrvale, mis aastate jooksul võib töölistel põhjustada raskekujulist nürikuulmist või isegi kurtust. Lõpuks ei tohi ka unustada pärilikku ja kaasasündinud kurtust.

Viimasel ajal on tehtud edusamme keskkõrva haigustest põhjustatud nürikuulmise kirurgilise ravi valdkonnas. Ravi põhimõtteks on taastada heli juhtemehhanism kuulmekilelt või seda asendavalt nahalapilt (kasutatakse ka fastsiat, huule limaskesta, peaaju kõvakelmet) kuulmeluukeste ahela kaudu sisekõrvale. Kui varematel aastatel kroonilise mädase keskkõrvapõletiku puhul tehtud tümpanoplastika käigus eemaldati peaaegu kõik kuulmeluukesed, millele järgnes tugev kuulmise nõrgenemine, siis tänapäeval on kuulmist võimalik mitte ainult säilitada, vaid seda isegi parandada.

Otoskleroosi puhul võimaldab jäigastunud jaluse liikuvaks tegemine (mobiliseerimine) kuulmist märgatavalt parandada. Esimese niisuguse operatsiooni tegi ameeriklane S. Rosen 1952. aastal (4). Hiljem on paljud teadlased nimetatud operatsiooni tehnilisi võtteid täiendanud. Kui jalust ei õnnestu mobiliseerida, siis eemaldatakse see ja asendatakse võtmekujulise plastmassist pulgakese või polüetüleentorukesega, mis helilaineid hakkab edasi kandma.

Kuulmist parandavate operatsioonide puhul kasutatakse luupe, erilisi prille või operatsioonimikroskoopi ning spetsiaalseid, peene sulepea taolisi nõelteravaid metallinstrumente. Operatsioon tehakse paikse tuimastuse abil välimise kuulmekäigu kaudu. Kuulmist parandavaid operatsioone sooritatakse peaaegu kõigis meie maa suuremates linnades, sealhulgas Tallinnas ja Tartus.

Sisekõrva kahjustumisest tingitud kuulmishäirete puhul on senini kasutatud ainult medikamentoosset ravi, mille eesmärgiks on pidurdada haiguse arengut. Seepärast tuleb peatähelepanu pöörata sisekõrva kahjustuste profülaktikale (nakkushaiguste vältimine, nende õigeaegne ja efektiivne ravimine, töös-tusmürgistuste ärahoidmine ja varajane avastamine, võitlus traumatismi vastu, müras töötavate tööliste perioodilised arstlikud läbivaatused jne.).

РЕЗЮМЕ. По статистическим данным 1—3% населения страдает нарушениями слуха в такой степени, которая вызывает затруднения в социальном общении.

Первое место среди причин тугоухости занимают последствия острого воспаления среднего уха, а также воспалительные и невоспалительные заболевания носа и носоглотки, и связанные с ними нарушения проходимости евстахиевой трубы. У детей большое значение имеет аденоидные разрастания. Отосклероз как причина тугоухости занимает весьма видное место. Поражения периферического нервного аппарата в улитке и стволе слухового нерва играют важнейшую роль в этиологии тугоухости и глухоты. Большое внимание заслуживают поражения органа слуха инфекционными заболеваниями, при промышленных и лекарственных интоксикациях, изменениях в сосудистой системе головного мозга (артериосклероз, спондилоартроз шейных позвонков, аллергические поражения внутреннего уха), травмах черепа, острой акустической травме, производственном шуме.

KIRJANDUS: 1. Преображенский Б. С. Глухонемота. М., 1933. — 2. Темкин Я. С. В кн.: Глухота и тугоухость, М., 1957, 9—10. — 3. Holmgren, L. Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlk., 1954, 165, 1. — 4. Rosen, S. Acta oto-laryngol., 1954, 44, 1, 78—88.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Kaadri ettevalmistamine

UUSI ARSTITEADUSE KANDIDAATE

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nõukogu tunnistas arstiteaduse kandidaadi kraadi vääriliseks 4 inimest. Kõrge tunnustuse osaliseks sai TRÜ üldkirurgiakateedri assistendi Anton Kivikiu uurimus «Vereplasma ja skeletilihase vee- ja soolade ainevahetuse näitajatest kaasasündinud ja omandatud

südameriketega, kunstliku vereringe tingimustes opereeritud haigetel», mida ta kaitses 7. juunil s. a. Oponeerisid arstiteaduse doktor professor I. Sibul ja arstiteaduse doktor professor J. Šanin (Riiast).

Nimetatud töös selgitas autor vereplasma ja skeletilihaste muutuste uurimise alusel vee ja soolade tasakaalu patoloogiat kaasasündinud ja omandatud südamerikete puhul, kirjeldas vee ja soolade tasakaalu dünaamikat vereplasmas ning skeletilihastes operatsioonide ajal, mille puhul kasutati kunstlikku vereringet normotermia ja hüpotermia tingimustes.

A. Kivik sündis 1928. a. Tartus teenistuja perekonnas. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas ta 1954. a. kiitusega. Üliõpilasena kirjutas ta kaks võistlustööd (1953. a. ja 1954. a.), mille eest anti esimene auhind ning esimene töö tunnistati ka riikliku rahalise preemia vääriliseks. Nendes töödes käsitletakse vereseerumi koliinesteraasi aktiivsust kirurgia valdkonda kuuluvatel haigetel. Pärast ülikooli lõpetamist kvalifitseerus A. Kivik anestesioloogiks. Ta on korduvalt teadmisi täiendanud Leningradi ja Moskva kirurgiakliinikutes. Aastail 1960 ... 1963 õppis ta TRÜ aspirantuuris Leningradi S. M. Kirovi nimelise Sõjaväemeditsiini Akadeemia anestesioloogiakateedri juures. Pärast aspirantuuri lõpetamist määrati A. Kivik TRÜ teaduskonnakirurgia-kateedri assistendiks. 1966. a. alates töötab ta TRÜ üldkirurgiakateedris.

14. juunil s. a. kaitses väitekirja Tartu Meditsiinikooli õppejõud Lea Boston, kes käsitles «Tervete ja pneumooniahaigete laste organismi varustatusest askorbiinhappega ja selle muutustest katehhiinide toimel». Oponeerisid arstiteaduse doktor professor F. Lepp ja farmaatsiakandidaat E. Vagane. Nimetatud töö valmis Tartu Riikliku Ülikooli aspirantuuris arstiteaduse kandidaat dotsent L. Kerese juhendamisel. Töö tulemused on esitatud 11 järeldusena, mis annavad juhendeid Eesti NSV eelkooliealiste laste kasvu ja arenemise tingimuste parandamiseks ning haigete ravi paremaks korraldamiseks.

L. Boston sündis 1929. a. Tartus. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas ta 1953. a., mille järel asus tööle TRÜ pediaatriakateedri vanemlaborandina. 1956. a. alates õpetab ta Tartu Meditsiinikoolis lastehaigusi. Kohakaasluse alusel on ta töötanud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas ordinaatorina, ftisiaatrina ja reumatoloogina ning lastesõimes arstina. Töö kõrval õppis ta TRÜ pediaatriakateedri mittestatsionaarses aspirantuuris.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi toksikoloogia ja tööhügieeni sektori noorem teaduslik töötaja Boriss Karpunin esitas 14. juunil s. a. uurimuse «Põlevkiviõlist toodetava elektroodkoksi tolmu hügieeniline hinnang». Oponeerisid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor L. Hotsjanov (Moskvast) ja dotsent Ü. Arend.

B. Karpunin uuris Eesti NSV põlevkivitööstuse uue produkti, põlevkivielektroodkoksi tootmisel tekkiva tolmu kahjustavat toimet ja hindas õhu tolmusust tootmisprotsessi eri faasides. Väitekirjal on teoreetilise tähtsuse kõrval ka suur praktiline väärtus, sest uurimise tulemuste põhjal määrati kindlaks elektroodkoksi tolmu sanitaarne piirkontsentratsioon tootmiskoha õhus. Autor töötas välja abinõud õhu tolmususe vähendamiseks põlevkiviõli koksistamise seadmel.

B. Karpunin sündis 1933. a. Gorki oblastis. 1957. a. lõpetas ta Leningradi I. P. Pavlovi nim. I Meditsiiniinstituudi. Aastail 1957 ... 1960 töötas hügienistina sõjalaevastikus. Aastail 1961 ... 1962 juhatas Balti Raudtee Eesti Raudteekonna hügieenilaboratooriumi. 1962. a. valiti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi toksikoloogia ja tööhügieeni sektori nooremaks teaduslikuks töötajaks. Aastail 1963 ... 1966 õppis sama instituudi aspirantuuris. Pärast aspirantuuri lõpetamist asus tööle endisele ametikohale.

TRÜ üldkirurgiakateedri mittestatsionaarne aspirant, Tallinna Tõnismäe haigla kirurg Jüri Männiste kaitses 21. juunil s. a. oma väitekirja «Röntgenkontrastse angiograafia kasutamine alajäseme kroonilise veenipuudulikkuse sündroomi diagnoosimisel». Töö valmis dotsent A. Rulli juhendamisel. Oponeerisid arstiteaduse doktor E. Tünder ja dotsent H. Petlem.

J. Männiste sündis 1938. a. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas ta 1962. a., seejärel suunati ta Tallinna Kallavere Haiglasse. Ta hakkas huvi tundma jala veresoonte haiguste vastu, kuna kroonilise veenipuudulikkuse tõttu pöördutakse ambulatooriumi väga sageli. 1965. a. asus J. Männiste tööle Tallinna Harjumäe Haiglas, kus algaski väitekirja materjali kogumine.

Loona Kaar

Konverentsid ja nõupidamised

GASTROENTEROLOOGIDE KONVERENTS, mille Tartu Riikliku Ülikooli Arsti teaduskond korraldas 5. kuni 8. juunini 1968. a., kujunes gastroenteroloogide vabariiklikuks kokkutulekuks. Tartu ja Tallinna teadlaste kõrval esinesid spetsialistid Moskvast, Leningradist, Kiievist, Riiast, Jerevanist, Ternopolist ja mujalt. Konverentsi põhiprobleemideks olid mao ja peensoole funktsioon ning morfoloogia. Mõned ettekanded käsitlesid ka pankrease funktsiooni. Viimasel ajal tehtud uurimiste andmeid esitasid füsioloogid, biokeemikud, patoloogid, mikrobioloogid, internistid ja kirurgid.

Ettekanded olid rühmitatud mitte klassikaliste erialade, vaid käsitletavate elundite järgi. Nii käsitleti mao funktsiooni ja morfoloogiat kahel istungil, mao resektsiooni ühel istungil. Pankrease uurimisega tegeldakse meie vabariigis veel vähe, seepärast mainitud elundi funktsiooni ja biokemismi puudutavad ettekanded mahtusid poole istungi raamesse. Seevastu on nii meil kui ka kogu Nõukogude Liidus hakatud üha suuremat huvi tundma peensoole uurimise vastu. Seedetrakti sellele osale pühendati poolteist istungit.

Konverentsi avas Tartu Riikliku Ülikooli rektor professor F. Klement. Sellele järgnes 47 ettekannet, neist 29 meie vabariigist. Konverentsi alguseks ilmus tööde kogumik, mis sisaldab esitatud uurimuste täieliku teksti koos illustratsioonidega. Tänu sellele võisid esinejad kuulajaile esitada oma tööde põhilised tulemused ja nendest tulenevad seisukohad ning redutseerida esinemiseks kuluvat aega. Seetõttu arenes iga istungi lõpul üsna elav diskussioon.

Külalisesinejaist väärib esmajoones märkimist professor G. Šlõgin (Moskva), kes esitas huvitavaid andmeid gastriini sünteetiliste analoogide toimest maosekretsioonisse. Professor N. Putilin (Kiiev) selgitas mao limaskesta temperatuuri muutuste ning maosekretsiooni ja limaskestas kulgevate energeetiliste protsesside vahelist seost. Professor G. Viljavin (Moskva) kirjeldas pankrease välissekretoorse funktsiooni muutusi pärast mao resektsiooni eri meetodite kasutamist. Mao resektsiooni tõttu tekkivaid morfoloogilisi muutusi peensooles käsitles dotsent L. Aruin (Moskva). Professor A. Ugolevi ja kaastööliste (Leningrad) ning professor T. Massevitši (Leningrad) ettekanded olid pühendatud membraanseedimise häirete osatähtsuse selgitamisele peensoole haiguste puhul.

Tartu Riikliku Ülikooli füsioloogiakateedri töötajad eesotsas professor E. Käer-Kingisepaga esitasid mao ja pankrease sekretsiooni ning peensoole elektrilise ja mehhaanilise aktiivsuse uurimise tulemusi. Dotsentide L. Tähepõllu, H. Linnu ja teiste biokeemiakateedri töötajate ettekanded selgitasid mao, pankrease ja peensoole sekretoorsete protsesside biokemismi üksikuid osi.

Mitu ettekannet pärines Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogiakateedrist, kus viimaste aastate vältel on dotsent A. Lenzneri juhtimisel uuritud mao ja soole mikrofloorat, eriti laktobatsillide osa selles. Neile lisandus A. Tamme (Tartu) töö, mis käsitles uriiniga erituvate lenduvate fenoolide määramist. Sel meetodil saadakse kaudselt kindlaks teha soole mikrofloora muutusi.

Kroonilise gastriidiga seoses olevad probleemid olid V. Salupere (Tartu), V. Rätsepa ja T. Vanaselja (Tallinn), G. Albova, V. Valdese ja I. Kontori (Tallinn) ning I. Rätsepa (Tallinn) ettekande teemaks. pH otsesest määramisest mao limaskestal operatsiooni ajal kõneles U. Sibul (Tallinn). J. Sarve (Tartu), H. Vadi (Tartu) ja K. Villako (Tartu) ettekannetes vaadeldi seedeelundite talitluse muutusi mao resektsiooni eri meetodite kasutamisel. Peensoole limaskesta muutuste röntgendiagnoosimise andmeid esitas N. Sachris (Tartu). Piima talumatuse põhjustest kõneles H. Novek (Tartu).

Konverentsil esitatud ettekanded ja neile järgnenud sõnavõtud näitasid, et gastroenteroloogia alal kulgeb Eesti NSV-s üsna vilgas teaduslik tegevus. Väärib märkimist uudsete uurimismeetodite laialdane kasutamine.

Kaljo Villako

EESTI NSV SANITAAR-EPIDEMIOLOOGIATEENISTUSE KESKMEDITSIINITÖÖTAJATE VABARIIKLIKU SELTSI LÕUNA-EESTI NÕUKOGU III KONVERENTS toimus 23. ja 24. augustil 1968. a. Viljandis.

Konverentsi arvukat peret tervitas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse peainspektor A. Aava.

Konverentsi esimese osa ettekanded olid pühendatud vabariigi lahtiste mageveekogude reostumise vältimisele. Põhjaliku ülevaate meie veekogude reostumise uurimisest ja praegusest sanitaarsest seisundist andis Tartu Riikliku Ülikooli hügieenikateedri õppejõud A. Saava. Teemat täiendasid seltsi liikmete ettekanded. H. Gustavsoni ettekandes heideti pilk vete kaitsele Eestis XVIII saj. lõpul ja XIX saj. algul.

Õhtutunnid pakkusid meeldivat puhkust: kas keerutati Viljandi «vanadest paadimeestest» koosneva orkestri saatel valssi või lasti suitsukalal ja mulgi kamal Võrtsjärve kaldal hea maitsta.

Heino Kirt

MEDITSIINIAJALOO UURIJATE TEADUSLIK SESSIOON. Eesti ja Läti meditsiiniajaloo uurijatel on ammust ajast tihedad sidemed. Nende tugevdamiseks korraldati Tartus ja Põltsamaal 2. ja 3. juulil 1968. a.

ühine sessioon, mis pühendati nõukogude tervishoiu 50. aastapäevale.

Avaistung toimus Tartu Riikliku Ülikooli aulas. Rektor F. Klement rõhutas ajaloo uurimise osatähtsust kaasaja teaduse eri valdkondades ning kutsus Balti vabariikide meedikuid üles igakülgselt arendama Eesti, Läti ja Leedu meditsiini.

Kokkuvõte Nõukogude Läti tervishoiu arengust esitati Läti NSV tervishoiu ministri V. Kanepsi töös (selle kandis ette G. Hansen). Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm peatus peaasjalikult elanikkonna sanitaar-epidemioloogilise teenindamise arengul ja selle perspektiividel. TRÜ Arstiteaduskonna arengust nõukogude võimu aastail kõnelesid professor H. Vahter ja dotsent L. Tähepõld. Andmeid nõukogude tervishoiu esimestest sammudest Lätis aastail 1917...1919 esitas L. Lipovetskaja. Dotsent Z. Saar rääkis nõukogude tervishoiukorralduse peasuundadest Eestis aastail 1940...1946, professor L. Schotter oftalmoloogia arengust, eriti seoses Tartu ülikooli silmakliiniku 100. aastapäevaga.

Järgmisel istungil andsid dotsent Z. Saar ja V. Kalnin ülevaate teaduslikust uurimistööst ja organisatsioonilisest tegevusest Eesti NSV meditsiiniajaloo alal. Eesti ja Läti teadlaste sidemetest meditsiiniajaloo uurimisel ja Tartu ülikooli osast Läti arstide kaadri ettevalmistamisel kõnelesid P. Stradini nim. Meditsiiniajaloo Muuseumi direktori asetäitja teaduslikul alal A. Greljov ja Läti NSV teeneline teadlane professor A. Biezins. Nende andmed kinnitavad, et Tartu etendas tähtsat osa laia silmaringiga arstide ettevalmistamisel Baltikumis. Professor A. Biezins, kes ise samuti oli Tartu ülikooli kasvandikke, on Eesti ja Läti arstiteadlaste vaheliste sidemete elav tunnistaja. Professor A. Linkberg esitas ettekande kirurgia arengust Tartu ülikoolis. Seedefüsioloogia uurimisest Tartu ülikoolis XIX sajandi keskpaiku rääkis professor E. Käer-Kingisepp. Sessiooni puhuks avatud füsioloogiakateedri-tööde näitusel olid välja pandud N. Jakubovitši väitekiri «Süljest» (1848. a.), F. Bidderi ja K. Schmidti uurimus «Seedimismahlad ja ainevahetus» (1852. a.) ning muud ajaloolist huvi pakkuvad tööd. V. Kalnin peatus hügieeni arengu mõnedel iseärasustel Baltikumis XIX sajandil. P. Stradini nim. Meditsiiniajaloo Muuseumi direktor G. Hansen kutsus Eesti NSV meedikuid üles täiendama meie arstiteaduse ja tervishoiu ajaloo ekspositsiooni muuseumis.

Ühel istungil esitati huvitavaid andmeid varajase feodaalajastu rahvameditsiinist ja -hügieenist Lätis (A. Karnup), esimestest meditsiinialastest käsikirjadest Eestis (B. Schamardin). Baldonest — ühest esimesest Baltikumi ja Venemaa kuurordist ning sellele pühendatud esimesest uurimusest [K. Chr. Schiemanni tööst (1799. a.)] — esitas põhjalikke andmeid M. Suhhodrev. Kohaliku patoloogia käsitlemisest Eestis XVIII sajandi lõpul tegutsenud arstide teostes rääkisid J. Karusoo ja B. Schamardin. V. Kalnini teine ettekanne oli pühendatud Eesti arstide seltside ajaloole. Andmeid apteekide ajaloost vanas Tallinnas esitas H. Gustavson, kes näitas, millist osa nad etendasid elanikkonna lähendamisel tolle aja meditsiinile.

Viimane istung peeti Põltsamaal, kus 200 aastat tagasi ilmus ka esimene lätikeelne populaarteaduslik meditsiiniajakiri «Latwieschu Arste» («Läti Arst»), mida anti välja 26 numbrit. Sellest rääkis arstiteaduse doktor V. Derums. Esimesest eestikeelsest populaarteaduslikust meditsiinialasest ajakirjast kõneles H. Gustavson. Ettekandeid esitasid ka kohalik arst J. Kukk ja apteegijuhataja L. Suurkivi, kes andsid ülevaate Põltsamaa haigla ja apteegi ajaloost (nende rajamine on seotud P. E. Wilde nimega).

Sessioonist tegi kokkuvõtte ning ettekannetele andis hinnangu Läti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor P. Gerke, kes tegi ettepaneku sessiooni materjalid trükis avaldada.

Viktor Kalnin
Moissei Suhhodrev

ÜLELIIDULINE SÜMPOOSION, kus käsitleti töö teaduslikku organiseerimist tervishoiuasutustes, toimus 19. ja 20. juunil 1968. a. Moskvas. Selle korraldasid NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ning N. Semaško nimeline Üleliiduline Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituut. Töö teaduslikust organiseerimisest ja juhtimisest rääkis NSV Liidu tervishoiu ministri asetäitja D. Venediktov. Ta mainis, et töö teadusliku organiseerimise põhimõtete juurutamine kõikides ravi- ja profülaktikaasutustes on tervishoiusüsteemi efektiivsuse suurendamise tagatis.

Teaduslikust uurimistööst ja selle ülesannetest töö teadusliku organiseerimise alal kõneles N. Semaško nimelise instituudi osakonnajuhataja V. Lukjanov. Üleliidulises programmis on aastaiks 1968...1970 ette nähtud 4 probleemi: 1) linna polikliinikute arstide ja kesk-eriharidusega personali töö teadusliku organiseerimise printsiibid; 2) ravi- ja diagnoosimiskabinettide personali töö teadusliku organiseerimise printsiibid; 3) mitmesuguse profiiliga statsionaaride ordinaatorite töö teadusliku organiseerimise printsiibid ja nende elluviimine; 4) sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse töötajate töö teadusliku organiseerimise printsiibid ja nende juurutamine.

Sellega hakkavad tegelema paljud teadlased ja praktiseerivad arstid. Juhendajaks ja töö teadusliku organiseerimise metoodiliseks keskuseks üleliidulises mastaabis on N. Semaško nimeline instituut.

Andrei Sarap

I ÜLEMAAILMNE VIROLOOGIDE KONGRESS toimus Helsingis 14. kuni 19. juulini 1968. a. Osa võttis üle 500 delegaadi, nende hulgas oli enamik maailma juhtivatest viroloogidest, nagu A. Sabin, J. Melnick, M. Hillemann, R. Huebner ja G. Hirst

USA-st, M. Tšumakov, A. Smorodintsev ja V. Ždanov NSV Liidust, P. Lepine Prantsusmaalt, S. Gard Rootsist, C. Andrews Inglismaalt jt. NSV Liidu 29-liikmelises delegatsioonis oli 4 delegaati meie vabariigist (E. Raudam, A. Jannus, S. Jõks ja T. Kuslap). Kongress leidis aset Helsingi ülikoolis.

Kongressi 10 istungil käsitleti järgmisi probleeme: viiruste struktuur ja funktsioon, viiruslike nukleiinhapete füüsikaline ja keemiline struktuur. RNH- ja DNH-viiruste replikatsioon, viiruste geneetika, kemoteraapia ja interferoon, persistentne viirusnakkus, kasvajaviirused, viiruste klassifikatsioon ja nomenklatuur.

NSV Liidu teadlased esitasid mitu ettekannet. V. Ždanov käsitles viirushaiguste kemoteraapiat. Ta märkis, et kemoteraapia eesmärgiks peab olema viirusliku nukleiinhappe sünteesi pärssimine. Seda võib saavutada kahel teel: esiteks selliste inhibiitorite kasutamisega, mille struktuur metaboliidi omaga ei ole analoogiline, kusjuures neid inhibiitoreid sünteesitavas substantsis (guanidiin, X-oksübensüülbensimidasool ja isatiin-B-tiosemikarbasoon) ei leidu; teiseks niisuguste inhibiitorite kasutamisega, mille struktuur metaboliidi struktuuriga on analoogiline, kusjuures need inhibiitorid on sünteesitavas substantsis (5-bromodesoksüuridiin või 5-jododesoksüuridiin) olemas. Samal ajal võib viirusnakkuste kemoteraapia eesmärgiks olla viiruse ja raku vaheliste varajaste protsesside mõjutamine (amantadiini abil). G. Svet-Moldavski töös toodi andmeid kartsinogeneesist vastsündinud ja täiskasvanud hamstritel seoses adenoviiruse 16 ja SV40-viiruse toimega.

A. Sabin kõneles DNH-viirusest kui vähi võimaliku etioloogilise agensi uurimisest. G. Hirst avaldas huvipakkuvaid seisukohti müksoviiruste geneetikast.

Kongressi vaheaegadel toimusid lühiseminarid, kus vaatluse alla võeti mõned viirused (müksoviirused jt.), viirushaigused (*rubella, herpes*, hepatiit, infektsioosne mononukleoos, lümfotsütaarne horiomeningiit jt.), viirusvaktsiinid ja viirushaiguste diagnoosimine. Seminaride juhatajateks olid ka professorid M. Tšumakov (viirusvaktsiinid) ja A. Smorodintsev (müksoviirused).

Soomlased olid kongressi korraldanud väga hästi. Niisugune oli kõikide delegaatide üksmeelne arvamus. Ainukese puudusena võib nimetada seda, et ettekanded kongressi ajaks trükist ei ilmunud.

Toomas Kuslap

RAHVUSVAHELISE GASTROENTEROLOOGIDE KONGRESSI korraldas 7. kuni 13. juulini 1968. a. Prahas Euroopa ja Vahemeremaade Rahvuslike Gastroenteroloogia Ühingute Assotsiatsioon. Enam kui 1200 osavõtja hulgas oli rohkesti esindajaid teistelt mandritelt. 23-liikmelist Nõukogude Liidu delegatsiooni juhtis professor V. Vassilenko. Eesti NSV-d esindasid arstiteaduse kandidaadid V. Rätsep ja V. Salupere.

Üks kesksemaid probleeme oli peensoole morfoloogia ja funktsioon. Rohkesti töid oli pühendatud peensoole ensüümide aktiivsusele ja selle muutumisele haiguste korral. Seedimise iseärasusi peensooles käsitles A. Ugolev (NSV Liit), inimese seedetrakti mikroökoloogiat H. Haenel (SDV). I. Beck (Kanada) leidis, et kaksteistsõrmiksoole kahjustuse kliinilised sümptoomid (düspeptilised vaevused jm.) korreleerusid hästi kaksteistsõrmiksoole (algusosa) morfoloogiliste muutustega. Viimaste kindlakstegemiseks on I. Beck kasutanud duodenobiopsiat.

Elav diskussioon tekkis istungitel, mis olid pühendatud haavanduvale ja segmentaarsele koliidile. Nimetatud haigusi on Lääne-Euroopas ja Ameerika Ühendriikides diagnoositud tunduvalt sagedamini kui Nõukogude Liidu paraskliimavöötmes. Ehkki jõuti enam-vähem ühisele seisukohale, mille järgi *morbus Crohni* ja haavanduv koliit nii morfoloogia kui ka kliiniku aspektist on erinevad haigused, siiski soovitati termineid *morbus Crohni*, terminaalne ileiit ja segmentaarne koliit pidada sünonüümideks. Haavanduva koliidi ravis rõhutati järjekordselt steroidravi osatähtsust.

Võrdlemisi ulatuslikult käsitleti immunopatoloogiat. Mitmed uurijad [B. Fixa (Tšehhoslovakkia SV), K. Taylor (USA, W. Hartl ja E. Genth (SFV) ja V. Salupere (Eesti NSV)] kõnelesid kroonilise gastriidi ja sellega seoses olevate haiguste (pernitsioosne aneemia, maohaavand) immunoloogia aspektidest.

Muude probleemide hulgas analüüsiti maosekretsiooni regulatsiooni ja kliinilise uurimise meetodeid. Kongressil kuuldu põhjal võib julgesti väita, et maosekretsiooni uurimise valikmeetodiks tänapäeval on histamiintest. Selle kõrval leiavad rakendamist histamiini sünteetilised analoogid.

Samal ajal esitati kongressi istungitel töid gastriini füsioloogilise ja patoloogilis-füsioloogilise toime kohta. Pärast sünteetilise, nn. pentagastriini kasutuselevõtmist on viimastel aastatel hakatud uurima selle toimet maosekretsiooni ergutina [K. Wormsley (Inglismaa), W. Rick ja P. Pick (SFV) jt.]. Elevust tekitas E. Solcia (Itaalia) ettekanne, kes oli mao antraalse osa limaskestast leidnud erilised, nn. G-rakud, mida ta kaudsetel meetoditel eristas enterokromafiinsetest ja identifitseeris neid kui gastriini produtseerivaid rakke.

Mitu istungit oli pühendatud peptilisele haavandile ja selle kirurgilisele ravile. Kaksteistsõrmiksoolehaavandi ravimiseks rakendatakse rohkesti vagotoomiat koos antrumi eemaldamise või püloroplastikaga.

Kaalukad olid hepatoloogiat puudutavad ettekanded. Maksahaigustele, eriti kroonilisele hepatiidile, pühendatud istungite kõrval toimus veel kaks diskussiooni. Tuldi järeldusele, et toksilistest ainetest ja ravimitest tingitud maksa-kahjustust on viirushepatiidi puhul esinevast kahjustusest, eriti viimase varjatud vormidest, raske eristada. Seejuures on nende haiguste diferentsimisel kliinilisest pildist vähe abi. Oluline on elupuhune morfoloogiline diagnoosimine. Maksatsirroosile peeti iseloomulikuks maksa sagaralise struk-

tuuri hävinemist ja maksakoe sõlmilist regenereerumist.

Vähem tähelepanu pöörati söögitoru haigustele, mao ja soolestiku polüpoosile, maovähile, pankrease välissekretoorsele talitlusele seoses muude elundite haigustega, seedetrakti motoorikale ja arteriograafiale.

Kongress oli viljakas. Loodi rohkeid kontakte. Assotsiatsiooni liikmesriikide hulka astus ka Nõukogude Liit.

Vello Salupere

III RAHVUSVAHELINE FLEBOLOOGIDE KONGRESS Amsterdamis (9. kuni 13. IX 1968) — selline oli lakooniline pealkiri programmil, mille sisuga tutvumiseks allakirjutanud lunastasid lennukipiletid marsruudil Moskva-Amsterdam.

Kongressi korraldas Beneluksimaade fleboloogide selts. Ligi 500 osavõtjat oli kogunenud 30 eri riigist. Et Rahvusvahelisse Fleboloogia Ühingusse peale Beneluksimaade fleboloogide kuuluvad veel Šveitsi, Saksa DV, Saksa FV, Itaalia, USA, Skandinaaviamaade ja Prantsusmaa fleboloogid, oli osavõtjaid nimetatud maadest rohkearvuliselt.

Avasõna ütles kongressi president professor R. Tournay Pariisist. 4 päeva kestel kuulati üle 200 ettekande (iga ettekande kestus kuni 6 minutit). Vaadati ligi tosin kinofilmi ning võeti osa neljast 1,5-tunnilisest diskussioonist. Seda kõike suudeti korraldada ranges kooskõlas graafikuga.

Kongressi esimesel päeval olid diskussiooni teemad: alajäsemete normaalne veenisüsteem, veenide muutused nende kahjustuste puhul, lümfisüsteemi muutused ning hemodünaamika häired alajäsemete kroonilise perifeerse veenipuudulikkuse korral. Viimase kahe teema raames esitasid kaks ettekannet ka allakirjutanud.

Järgmisel päeval vaeti seisukohti staatilise ödeemi etiopatogeneesi, diagnoosimise ja ravi alal. Röntgenoloogiliste ja morfoloogiliste uurimuste osatähtsusele alajäseme kroonilise veenipuudulikkuse diagnoosimises oli pühendatud kaks viimast päeva.

Huviga jälgiti filme operatsioonitehnikast ja veenilaiendite skleroseerivast ravist. Erilist tähelepanu äratas professor R. Mayalli (Brasiilia) hästi viimistletud operatsioonitehnikat käsitlev film (lümfödeemi kirurgilisest ravist).

Kongressi vaheaegadel oli võimalik heita põgus pilk kaasaegset aparatuuri, instrumentaariumi ja konservatiivse ravi vahendeid tutvustavatele väljapanekutele.

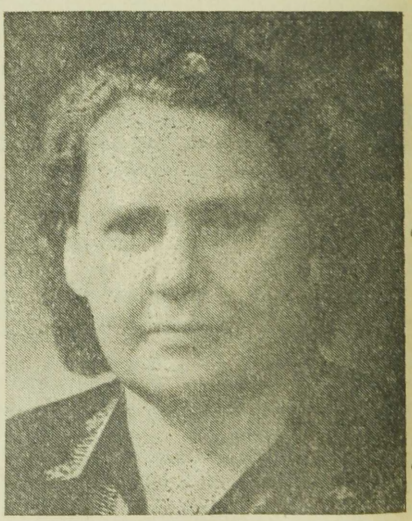
Kongressil jäi kõlama mõte, et alajäsemete kroonilise veenipuudulikkuse ravis on väga tähtis detailne diagnoosimine, alles pärast haigusvormi kindlaksmääramist on võimalik valida efektiivseim ravimeetod.

Allakirjutanud veendusid, et erialased kontaktid mitmete maade eriarstide vahel aitavad tõhusalt kaasa aktuaalsete probleemide õigemale käsitlusele, eriti suhteliselt noorte meditsiiniharude puhul, nagu seda on fleboloogia.

Uno Sibul
Jüri Männiste

Tähtpäevad

LIIDIA MÄNNIK 80-AASTANE



Liidia Männik (sünd. Mahlstein) sündis 23. augustil 1888. a. Tartus töölisperekonnas. 1907. a. lõpetas ta samas A. Puškini nim. Tütarlaste Gümnaasiumi. Seejärel täiendas end Peterburis ladina keele ja matemaatika kursustel. Isa haigus ja ema meditsiinialane tegevus masseerijana mõjutasid tema kutsevalikut.

Ainuke õppeasutus Venemaal, kus naised tollal võisid omandada kõrgema meditsiinilise hariduse, oli 1897. a. asutatud Peterburi Naiste Meditsiiniinstituut, mis 1904 aastal ülikoolide arstitea-

duskondadega sai võrdsed õigused. Tung sellesse õppeasutusse oli suur ja õppemaks kallis. Kui 1908. a. tühistati õigus naistel õppida ka Tartu ülikooli arstiteaduskonnas, astus L. Männik professor M. Rostovtsevi asutatud (1908. a. sügisel) Tartu eraülikooli.

Kolmandast kursusest alates töötas L. Männik kliinikus subassistendina, abistas professor M. Rostovtsevit operatsioonide tegemisel, andis narkoosi. Selle eest vabastati ta õppemaksust ja talle võimaldati tasuta toitlustamine. Suvevaheaegadel võttis L. Männik osa võitlusest epideemiate vastu Kostroma ja Tambovi kubermangus. Pärast eraülikooli lõpetamist 1913. a. asus L. Männik arstina tööle Orissaarde. Tema huvialaks oli peamiselt otorinolarüngoloogia.

Kauged visiidid rasketes ilmastikutingimustes mõjusid L. Männiku tervisele halvasti. Doktor H. Koppeli soovitusel, kes oli diagnoosinud kopsutuberkuloosi, sõitis ta Saaremaal teenitud raha eest 1914. a. suvel Jaltasse tervist parandama. Riigieksamid arstidiplomi saamiseks sooritas L. Männik 1914. a. septembris Peterburi Naiste Meditsiiniinstituudis. Hügieenis ja epizootoloogias sai ta seejuures erakordselt nõudlikult professorilt G. Hlopinilt hindeks väga hea.

Ka hiljem säilis L. Männikul huvi hügieeni vastu: uuris valgustust koolides, võttis professor A. Rammuli juhendamisel osa maakondade sanitaar-topograafilisest kirjeldamisest.

Aastail 1914 ... 1915 praktiseeris L. Männik sõjaväearstina Narvas ja sai kohusetruu töö eest Venemaa Linnade Liidu rinnamärgi. Lühikest aega tegutses ta vabrikuarstina Sindis, 1916. aastast Tallinnas kooliarstina ja Tütarlaste Kommertsgümnaasiumis tervishoiuõpetajana. Hiljem töötas ta Tallinnas jällegi sõjaväearstina ja nakkushaigla juhatajana. 1922. a. siirdus Tartusse, kus eraviisiliselt praktiseeris otorinolarüngoloogina. Samal ajal võttis ta kaasautorina osa populaarteaduslike raamatute ja õpikute väljaandmisest («Elus loodus» neljas trükis, «Loodusõpetus IV—VI õppeaastale» viies trükis, «Tervishoiu põhijooned»).

1940. aastal töötas L. Männik arstina Kavastu Vanadekodus, seejärel Tartu Imikute ja Väikelaste Kodus ning otorinolarüngoloogina polikliinikus. Pärast sõda oli ta algul otorinolarüngoloogiks Nõmme Polikliinikus, siis aastail 1948 ... 1951 Tartu Kurttummade Koolis. Aastail 1951 ... 1956 töötas ta Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas, kust müokardi-infarkti tõttu läks 68-aastaselt vanaduspensionile. Praegu elab L. Männik — üks esimesi eesti naisarste — Tartus.

Viktor Kalnin
Taive Kudu



ARTEMI VAPRA 50-AASTANE

28. oktoobril 1968. a. tähistati Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri assistendi Artemi Vapra 50. sünnipäeva.

A. Vapra sündis 28. oktoobril 1918. a. Harjumaal Sauel raudteelase perekonnas. Alghariduse omandas ta Tapa linnas, keskhariduse Tallinna Poeglaste Reaalgümnaasiumis. 1938. a. astus A. Vapra Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1944. a.

Juba üliõpilasena töötas ta 1941. a. suvel Tallinna Evakuatsioonihospidalis ja aastail 1943 ... 1944 Tartus terapeu-

dina. 1945. aastast alates on ta tegutsenud TRÜ Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedris vanemõpetajana ja assistendina.

Aastast aastasse on A. Vapra tööpäevi täitnud loengud ja praktikumid ülikoolis, ettekanded arstide täienduskursustel, teaduslik uurimistöö, arstide ja üliõpilaste juhendamine, populaarteaduslikud loengud, töö röntgenikabinetis jm.

A. Vapra on uurinud ägedaid kopsupõletikke, nende kliinikut ja ravi ning verevalkude muutusi hingamiselundite haiguste puhul. On tegelnud uniravi, ateroskleroosi diagnoosimise ja antibakteriaalse raviga. 1963. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja «Krupoosse pneumoonia kliinilise kulu iseärasustest antibakteriaalsete preparaatidega ravimisel». Viimasel ajal aga on huviobjektiks reuma ja reumatoidartriit. Tuntuks on A. Vapra saanud ka gerontoloogia- ja geriaatria-alaste töödega.

Ta on avaldanud üle 50 teadusliku ja ligi paarkümmend populaarteaduslikku artiklit.

A. Vapra võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. 1961. aastast alates on ta NLKP liige.

A. Vapra on laialdaste huvidega arst ja energiline isetegevuslane, kes tasakaalukuse, abivalmiduse ja kollegiaalsusega on võitnud nii haigete kui ka üliõpilaste ja kaastöötajate lugupidamise.

Jaan Riin

Kriitika ja bibliograafia

TERVISHOIU EDUSAMMUD EESTI NSV-s

UDK 614.2(474.2)(048)

Retsenseeritavasse kogumikku * on koondatud Eesti NSV-s tervishoiu arengut valgustavad tööd põhiliste erialade järgi: teraapia (A. Gunter ja N. Elštein), kirurgia (Š. Gulordava), sünnitusabi ja günekoloogia (S. Naarits), pediaatria (A. Vares), röntgenoradioloogia (S. Salzman), neuroloogia ja neurokirurgia (E. Raudam), psühhiaatria (E. Karu), dermatoveneroloogia (R. Uuetoa), otorinolarüngoloogia (E. Siirde), oftalmoloogia (L. Schotter), ftisiaatria (E. Kama), stomatoloogia (G. Veerma ja N. Vihm), onkoloogia (A. Gavrilov), kohtuarstiteadus (A. Lukaš), patoloogiline anatoomia (R. Oršanskaja) jne.

Sanitaaria ja epideemiatõrje arenemisest annab ülevaate O. Tamme põhjalik artikkel. Eri artiklis käsitletakse Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tegevust (R. Silla). B. Pšenitšnikovi kirjutis valgustab Punase Risti Seltsi tööd.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kui vabariigi teaduslik-pedagoogilise keskuse tegevust käsitleb H. Vahteri ja L. Tähepõllu artikkel. Teatavas seoses sellega on H. Rootsi ülevaade vabariigis väljaantud teaduslikust ja populaarteaduslikust meditsiinilisest kirjandusest. See kirjutis täiendab tunduval määral andmeid arstiteadusliku mõtte arengust Eesti NSV-s ning näitab vabariigi tervishoiuasutuste jõupingutusi sanitaarharidustöö alal. Apteegias-

* Развитие и успехи здравоохранения Эстонской ССР. Сборник научных работ. Таллин, 1967, 195 с. Тираж 700 экз.

janduse arenemist valgustab I. Podolski artikkel.

Kuigi kogumiku autoreid on 28, on artiklid koostatud ühtse plaani järgi: vaadeldakse nõukogude tervishoiu rajamist ning arenemise tausta ja saavutusi; käsitletakse vabariigi prioriteeti mõnedes arstiteaduse ja tervishoiu küsimustes ning vennasvabariikide kogemuste mõju ja praktilist abi Eesti NSV-le.

Peaaegu kõikidest ülevaadetest ilmneb tihe side praktiseerivate arstide ja teadusliku uurimise asutuste töötajate vahel. Selline kogumikus igakülgselt valgustatud koostöö on üks teaduslike ja raviasutuste tegevuse karakteerseid iseärasusi.

Igas artiklis kajastuvad ka vastava eriala ülesanded NLKP programmi ja NLKP XXIII kongressi otsuste valguses. Kõikide kirjutiste ühtne suunitlus on kahtlemata kogumiku toimetuskolleegiumi (esimees O. Tamm) teene.

Teiste Euroopa riikidega võrreldes oli suremus kodanlikus Eestis rekordiliselt kõrge, iga viiekümnes inimene põdes lahtist tuberkuloosi, laste suremus oli 27 protsenti (A. Goldberg). Arsti ja haige vahekord rajanes erakapitalistlikul alusel, haiguskindlustus Eestis oli algeline (A. Gunter ja N. Elštein). Kalliduse tõttu ei olnud ravi töötajatele kättesaadav. Näiteks ravi Tartu Silmakliinikus maksis 2 . . . 5 krooni ööpäevas (s. o. 2 rubla 24 kop. kuni 6 rubla 20 kop.), operatsiooni eest pidi haige tasuma eraldi, näiteks kae eemaldamine maksis 50 krooni ehk 62 rubla (L. Schotter). Arstiabi raske kättesaadavuse üks põhjus oli ka haiglavoodite ja meditsiinipersonali vähesus. Kogu riigis oli 221 voodikohta günekoloogilisi haigusi põdevate haigete ja 321 kohta sünnitajate tarvis (S. Naarits). Seepärast on loomulik, et statsionaaris viibis ainult 2 . . . 3 protsenti sünnitajaist (A. Goldberg). Eestis oli kõigest 48 haiglavoodit lastele, 1937. aastal oli rõugete vastu vaktsineeritud ainult 8% Tallinna lastenõuandlas arvelolevatest lastest (A. Vares).

Niisugune oli Nõukogude Eesti tervishoiu sünni taust.

Iga kirjutise autor on maalinud ereda pildi Eesti NSV saavutustest tervishoiu alal.

1946. aastast alates on arstide arv vabariigis suurenenud 3,9 korda; 10 000 elaniku kohta on nüüd 25 arsti. 1966. aastal raviti statsionaarides 4 korda rohkem haigeid kui 1945. aastal. Polikliinikutes ja ambulatooriumides võeti vastu 4,1 korda rohkem patsiente kui 1945. aastal. Stomatoloogide ja hambaarstide poole pöördumiste arv suurenes 10,5 korda. Tegelikult olid kõik reumat, hüpertooniatõbe, mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandeid ning müokardi-infarkti põdevad haiged dispanseerse järelevalve all. Tuberkuloosi haigestumine on Eesti NSV-s viimase 13 aasta jooksul vähenenud peaaegu 4 korda (A. Goldberg).

Kogumiku artiklitest nähtub mitte ainult tervishoiu kvantitatiivne, vaid ka kvalitatiivne areng.

A. Gunteri ja N. Elšteini ülevaatest leiab lugeja huvitavaid andmeid sisehaiguste korral antava arstiabi diferentseerumisest, kardioreumatoloogia-, endokrinoloogia- ja hematoloogiakabinettide asutamisest, mis teevad ulatuslikku ravi- ja profülaktika-alast tööd. Artikleis kirjeldatakse ka materiaalse baasi rajamist sisehaiguste diagnoosimise ning ravi edasiseks täiustamiseks. 1940. aastal oli Eesti NSV-s 25 laboratooriumi, praegu aga 225. 1940. ja 1945. a. ei olnud elektrokardiograafia-kabinette, praegu on neid 49 (lk. 14—15). Sama rõõmustavat pilti pakub ka kirurgia. Siin on rööbiti üldkirurgia arenemisega saanud eluõiguse torakaalkirurgia, traumatoloogia koos ortopeediaga, neurokirurgia, lastekirurgia jne. (lk. 24—25).

Kui 1945. aastal toimus 51% sünnitustest väljaspool statsionaari, siis käesoleval ajal on see arv 0,1 protsenti (lk. 33). Emade suremus on vähenenud 10, vastsündinute suremus 2 korda (lk. 35). Kolme päeva jooksul pärast sünnitusmajast väljakirjutamist võetakse 96 protsenti vastsündinuist meditsiinipersonali järelevalve alla (lk. 39). Seda on õnnestunud saavutada pediaatrijaoskonna suuruse vähendamise teel. Praegu on pediaatrijaoskonnas keskmiselt 920 last, kuni aastasi lapsi aga mitte üle 58 (lk. 40).

Reumahaigeid lapsi ravitakse vabariigis etapiviisiliselt: haigla — sanatoorne osakond — sanatoorne internaatkool (lk. 42).

Likvideeritud on sellised haigused nagu leepra ja lubiraig. Nahahaigusi põdevad isikud saavad meditsiinilist abi 8 dispanseris, 33 kabinetis ja 6 spetsiaalses haiglas (lk. 68).

Kui kodanliku Eesti töölistel silmaarsti juurde pääsemine enamasti oli raske, siis praegu otsivad silmaarstid haigeid, korraldades regulaarselt profülaktilisi läbivaatusi (lk. 80).

Sotsiaalset ja meditsiinilist laadi abinõude kompleksi rakendamine võimaldas saavutada tuberkuloosihaigete arvu vähenemise iga aasta 13 protsendi võrra (E. Kama). Suremus selle haiguse tagajärjel on vabariigis madalam kui mujal NSV Liidus (lk. 89).

Kohaliku malaaria, poliomüeliidi ja difteeria likvideerimine, samuti kõhutüüfusesse ja paratüüfustesse haigestumise langus nõukogude võimu aastail on eredaks näiteks partei ja valitsuse hoolitsusest rahva tervise eest.

On rõõmustav, et enamik autoreist pöörab suurt tähelepanu mitte ainult arstide praktilisele, vaid ka teaduslikule tegevusele.

Avaldatud tööde juures olevad kirjanduse nimistud võimaldavad lugejail saada teatava ülevaate üksikute kliinikute ja praktiseerivate arstide tegevusest. A. Lukaši artikli kirjanduse nimistu (lk. 102—103) annab tunnistust vabariigi kohtumeedikute püüdlustest abistada klinitsiste ravi- ja profülaktika-alase abi täiustamisel. Sellest kõnelevad kliinilis-anatoomiliste konverentside korraldamine ja kohtuarstide töö äkksurma juhtude profülaktikas (A. Lukaši ja N. Elšteini töö).

Retsenseeritava teose ilmumist tuleb hinnata kasuliku ja huvitava juubelikingina nõukogude võimu 50. aastapäevaks.

Kogumikus leidub ka puudusi, mis, tõsi küll, ei muuda soodsat üldmuljet.

A. Goldbergi sissejuhatav artikkel pidanuks olema ülevaatlikum, siis poleks iga autor tarvitsenud rääkida sõja ajal (1941 . . . 1945) tervishoiule tekitatud kahjudest.

Mõned autorid, näiteks S. Naarits ja A. Vares, käsitledes sünnitusabi ja günekoloogiat ning laste tervishoidu, ei ole vajalikuks pidanud mainida neid arste, kelle töö ja loov mõte on soodustanud mainitud meditsiinilise abi liikide arenemist.

Õigesti on talitanud S. Salzman, E. Raudam, E. Karu, E. Siirde, L. Schotter ja O. Tamm, kes oma kirjutistes on märkinud arstide nimed, kes kulutasid palju jõudu ülikooli kateedrite rajamiseks, teatavate meditsiini erialade arendamiseks Eestis tsaariajal ja kodanlikul perioodil. Aga TRÜ Arstiteaduskonna tegevust puudutava artikli autorid H. Vahter ja L. Tähepõld kahjuks ei ole maininud Tartu ülikooli prioriteeti selles, et kliinilistes kateedrites toimub õppetöö ambulatooriumi ja arstijaoskonna baasil, sest juba 1860. aastal avas ülikool ambulatooriumi.

Veel mõned vähem printsipiaalsed märkused. Kahtlust äratab A. Goldbergi kinnitus (lk. 5), mille järgi $^4/_5$ sünnitajatest kodanlikus Eestis sai meditsiinilist abi ämmamooridelt (от повивальных бабок), sest enne revolutsiooni nimetati nii ämmaemandaid, kelle abi töötavale rahvale aga oli vähe kättesaadav. Nähtavasti on jutt lihtsalt külanaistest — võhikutest ämmamooridest. Š. Gulordava esitab arve, mis arusaamatuste vältimiseks vajavad selgitamist. «. . . 1960. a. tehti kopsu resektsioone (tuberkuloosi puhul — V. B.) 5,5%, viimase kolme aasta jooksul on seda operatsiooni rakendatud 54,7% küllaltki rahuldavate tulemustega» (lk. 27). Kas 54,7%-l (!) kõigist kopsutuberkuloosi juhtudest tehti kopsu resektsioon?

Selgitust vajab ka haigete surmajuhtude arvu suurenemine otorinolarüngoloogiliste haiguste puhul, sest 1964. aastal oli see 0,1%, 1965. a. aga kuni 0,3% (lk. 74).

Jääb veel kogumiku autoritele soovida edasist loomingulist edu.

Grodno

Vitold Bržesski

PEETER KUKK

28. XII 1910 ... 14. VII 1968



14. juulil suri 57. eluaastal Tallinna I Sünnitusmaja akušöör-günekoloog Peeter Kukk.

Peeter Karli p. Kukk sündis 28. detsembril 1910. a. Peterburis töölisperekonnas. Keskhariduse omandas töö kõrval Leningradi Riikliku Ülikooli töölisfakulteedis, mille lõpetas 1931. aastal. 1932. a. astus S. M. Kirovi nim. Sõjaväemeditsiini Akadeemiasse. Pärast selle lõpetamist 1937. aastal hakkas tööle sõjaväearstina. 1940. a. vabanes ta sõjaväest ja asus Nižni Tagili haigla osakonnajuhataja ametikohale.

Pärast Suure Isamaasõja puhkemist P. Kukk mobiliseeriti, temast sai uuesti sõjaväearst. 1942. aastal saabus ta formeeritavasse 7. Eesti Laskurdiviisi, kus määrati 27. laskurpolgu vanemarstiks. 1943. aastal töötas lühikest aega 249. diviisis diviisiarstina ning pärast määrati sama diviisi 267. meditsiinilis-sanitaarpataljoni komandöriks. Hiljem oli 921. laskurpolgu vanemarstiks, siis 249. diviisi 267. meditsiinilis-sanitaarpataljoni kui ka 7. diviisi 86. meditsiinilis-sanitaarpataljoni komandöriks. Nende väeosade likvideerimise järel töötas 1947. aastani Tallinnas sõjaväehospidalis. Aastail 1947 ... 1948 oli ÜAÜKN Kuurortide, Sanatooriumide ja Puhkekodude Eesti Vabariikliku Valitsuse juhataja asetäitja ravi alal, aastail 1948 ... 1950 Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis noorema teadusliku töötaja ametikohal, aastail 1950 ... 1959 Tallinna Vabariikliku Meditsiinikooli direktor. Töötas siis lühikest aega Eesti Raudtee Sanitaarvalitsuse ülemana, 1959. aastast Tallinna I Sünnitusmajas peaarstina ja hiljem akušöör-günekoloogina kuni surmani.

Teenete eest Suures Isamaasõjas autasustati meditsiiniteenistuse kaardiväemajorit Peeter Kukke ordeniga «Punane Täht» ja medalitega «Lahinguliste teenete eest» ning «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945».

Eesti väeosade formeerimise ajajärgul rakendas P. Kukk kõik oma sõjaväemeditsiinialased teadmised sanitaarroodu ja -rühmade paremaks väljaõpetamiseks.

Ka kõrgetel ametikohtadel jäi P. Kukk töökaaslastega suhtlemisel alati lihtsaks, sõbralikuks ja vastutulelikuks. Niisugusena mäletavadki teda endised töö- ja sõjakaaslased.

Lahkunu muldasängitamisest võtsid osa ja tema kalmu kaunistasid pärgadega paljude Tallinna tervishoiuasutuste meditsiinitöötajad ja Suure Isamaasõja veteranid 27. laskurpolgu sanitaarroodust, 267. ja 86. meditsiinilis-sanitaarpataljonist ja 921. laskurpolgust.

REISIMÄRKMEID ŠVEITSIST

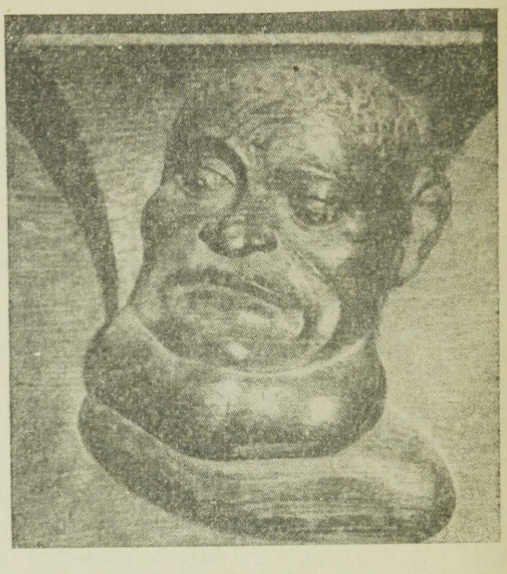
VÄINO RÄTSEP
Tallinn

Veidi üle poole Šveitsi territooriumist võtavad endi alla Alpid. Seega on riigi looduslik omapära vaieldamatu ning kordumatu. Seda tajub juba lennukiaknast väljavaatamisel — päikesekiirtes helgivad lumega kaetud mäed ja jääliustikud, mida lõhestavad tumedad kaljumassiivid, kaugel all on aeg-ajalt näha mustendavaid metsi, orgusid juuspeente jõgedega ning kribuna mõjuvaid asulaid.

Šveitsi ajalugu on sündmusterikas ja sõdadterohke. Praegune Šveits kujunes lõplikult välja möödunud sajandi keskpaiku. Föderatsiooni moodustavad 22 kantonit *. Kantonivalitsustel on küllaltki laialdased võimupiirid. See avaldub kas või selleski, et igal kantonil on oma konstitutsioon, parlament, kohtu- ja koolikorraldus ning isegi politsei vormiriietus. Igal kantonil on ka dekoratiivne vapp ja lipp. Lipud pannakse välja kõigil võimalikel juhtudel, mis annab asulatele rõõmsa, pühapäevase ilme.

Rahvastiku, keele ja olustikulise omapära järgi jaguneb Šveits mitmesse ossa. See avaldub muu hulgas ka selles, et riigis on neli ametlikku keelt — umbes 69% elanikest räägib saksa, 20% prantsuse, 10% itaalia ja 1% retoromaani keelt.

Asukoht Euroopa keskosas, reisi-, kauba- ja omaaegsete sõjateede ristumiskohas, põhjustas Šveitsi maa-alale Euroopa kultuurielu kontsentreerumise. Raskes võitluses arenenud rahva mentaliteedis on säilinud lugupidamine ja poolehoid ka nõrgemate vastu, soov toetada progressi ja mõttevabadust. Seal on võrsunud või olude sunnil ajutiselt töötanud paljud vaimusuurused. Zürichis, Spiegelgasse nr. 14, tagasihoidliku maja



Šveitsi kunstis, eriti keskaja teostes, leidub huvitavaid struuma kujutisi. Ülaltoodud fotoreproduktsiooniga, puulõikega ühe vana interjööri konsoolilt oli illustreeritud Lausanne'is toimunud kilpnäärme vähktõve käsitleva konverentsi kava kaas

teise korruse akna all asetsev tahvel teatab, et seal elas aastail 1916 . . . 1917 V. I. Lenin. Mitte kaugel paikneb mälestussammas epohhi loonud Šveitsi humanistile ja pedagoogile J. H. Pestalozzile, kes J. J. Rousseau teoste mõjul ostis endale talu, kus asutas vaestekooli. Järveäärses pargis, kust avaneb vaade Alpidele, on saksa realistliku kirjanduse ühe silmapaistvama esindaja G. Kelleri (1819 . . . 1890) büst. Bernis elades lõi A. Einstein relatiivsuseteooria. J. J. Rousseau (1712 . . . 1778), kes oli Šveitsi kellassepa poeg, sündis, elas ja töötas Genfis.

Juba möödunud sajandi teisel poolel kujunes Šveits rahvusvahelise elu keskuseks. 1864. a. sõlmiti Genfis rahvusvaheline kokkulepe sõjavangide, haavatute ja haigete humaanseks kohtlemiseks; 1874. a. loodi Bernis rahvusvaheline postiliit. Aastail 1919 . . . 1946 oli Genf Rahvasteliidu asukohaks, 1925. a. kirjutati seal alla sõjagaaside ja bakterioloogilise relva keelustamise protokollile jne. Genfis on ka Rahvusvahelise Punase Risti ja Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni peakorter.

* Kanton — Šveitsi osariigi nimetus.

Meile näidati kolletanud, 1880. aasta ajalehte, milles on foto Genfist: käputäis majakesi, nende hulgas väike kohvik, kus 1866. a. peeti esimene rahvusvaheline rahukongress. Hoone on praegugi alles, kuid sõja, rahu ja desarmeerimise probleemide arutamiseks on nüüd ehitatud uued, suured paleed (eriti tugeva mulje jätab Rahvuste Palee).

Šveitsis näib valitsevat suur arhitektuurivormide mitmekesisus. Mägiasulad koosnevad puidust tirooli-majadest, mille fotod ei puudu ühestki reklaambrošüürist. Keskaega meenutavad teravaharjalised ja -tipulised kivikolossid. Lähemast minevikust pärinevad kivihooned. Tänapäevale on iseloomulikud raudbetoonist, klaasist ja alumiiniumist kuubikud. Need mõjuvad imposantsetena, kerkides betoonsammastel (mis on esimese korruse kõrgused) järsku metsast või puude vahelt 4 . . . 6- või isegi 20-korruselistena. Ühetoonilisuse vältimiseks ei ehitata ühekõrgusi ega ühesuguseid hooneid. Põhiplaanilt kandilised, kolmnurksed, ovaalsed ehitused mõjuvad vaheldusrikkalt. Muide, Šveits on moodsas arhitektuuris uusi teid rajanud Le Corbusier' (1887 . . . 1965) kodumaa. Hoonete ümber ja nende vahel lilled, õieehtes põõsad ja puud, muru. Kõige selle eest hoolitsetakse hästi. Lauskmaad on vähe, seetõttu osatakse seda eriti hinnata ja sihipäraselt kasutada. Linnad ja asulad on surutud mägedevahelistesse orgudesse ning järvede kallastele. Tihti on nad sunnitud «ronima» ka mäekülgedele. Enamasti on nad väikesed — jalgsi jõuab linna poole päevaga läbi käia.

Tehased on paigutatud läbimõeldult. Esimesel pilgul neid peaaegu ei märkagi. Suhteliselt madalad hooned, mida ümbritsevad aiad, paiknevad hajutatult linnade ääreosades. Elektrienergia laialdane kasutamine väldib suitsu ja tahma. Õhu puhtuse säilitamisele aitavad kaasa eeskujulikud teekatted ja kõrge oktaanarvuga bensiin. Tippkoormuse tundidel on autode arv ja nende liikumiskiirus masendavad ning siis pole ka õhk enam puhas. Kõige raskemaks probleemiks olevat auto parkimise koha leidmine. «Meie kandi mehel» professor P. Bogovskil, kes sõitis Lyonist nelja tunniga Lausanne'i, et seal veeta üks päev, kulus selleks kaks ja pool tundi. Autosid on palju ja kohalikud elanikud räägivad, et «nad on mägedest välja tõrjunud hobueeslid ja romantika».

Igal suuremal Šveitsi linnal on oma eripära. Basel on keemia- ja farmaatsiatööstuse, Biel, Le Locle ja La Chaux-de-Fonds kellatööstuse linnad, Lausanne vaimse elu keskus ning Genf diplomaatide linn. Bern on pealinn ja ametkondlik keskus. Nii ametlik, et seal inimesed ei naeratavat, koerad ei haukuvat ja lilled ei lõhnavat! Luzern on muusikalinn. Baden, Winterthur ja Zürich aga masinaehitajate linnad. Viimane on Šveitsi suurim linn (0,5 miljonit elanikku).

Tasapisi käib igas linnas ehitustegevus. Majad «sulatatakse» ühte loodusega. Ehitamine kulgeb nagu märkamatult. Alumist korrust algul ei rajata, sinna paigutatakse ehitusmaterjal. Prahi pannakse kohe lotjasid meenutavatele sõidukitele ja veetakse ära. See väldib liiklustakistusi tänavatel. Otstarbekad näivad olevat sildid, millele on märgitud, kes hoone on projekteerinud, kes ehitab või milline firma on kaevanud ühe või teise augu. Lisaks sellele võib näha suuri silte — ehitusfirma vabandab, et põhjustab teile ebamugavusi ning tekitab tolmu, kuid see kõik olevat ju teie endi huvides.

Šveitsi hariduselu juhtimine on jäetud kantonite hooleks. Küllap seepärast valitseb ka koolikorralduses suur mitmekesisus. Kuid on ühiseidki jooni. Koolisüsteemi aluseks on enamasti 6 . . . 8-klassiline algkool, mille lõpetaja võib astuda sekundaar- (kõrgemasse algkooli) või keskkooli. Või siis siirduda mõnda kutsekooli tüüpi õppeasutusse või tööle. Rohkem kui 300 erakoolis õpivad nii oma kui ka välismaa noored, kelle vanematele raha ei valmista muret. Ka riigile alluvates kesk- ja kõrgemates koolides tuleb õppimise eest maksta, mis sissepääsuväravaid tunduvalt kitsendab.

Šveitsi kohaliku patoloogia hulgas kuulub oluline koht kilpnäärmehaigustele. Esimesed kirjalikud tähelepanekud struumast ja kretinismist pärinevad juba 1220. a. Seda haigust kajastavad ka paljud kunstiteosed. Negatiivseid tüüpe on skulptorid sageli iseloomustanud just suurenenud kilpnäärme kaudu. San Martino di Dito Alpi kabelis paiknevad XV sajandist pärineval freskol on Juudas — pahelisuse rõhutamiseks — kujutatud suure struumaga.

Huvitav oli Šveitsis tutvuda vähktõve eksperimentaalse uurimise instituudiga, mis on asutatud Lausanne'is 1964. a. Noorusele vaatamata on see asutus kujunenud tähelepanuväärseks teaduslikuks keskuseks. Instituuti finantseerivad föderaalvalitsus, Rahvusvaheline Vähi Vastu Võitlemise Liit, ülikoolid ja erafondid. Mõningaid uurimisi toetatakse rahaliselt ka USA fondidest.

Instituudis uuritakse loomsete rakkude proliferatsiooni ja diferentseerumise kontrollmehhanisme. Näiteks viroloogialaboratooriumis on vaatluse all polüoomi DNH struktuuri submikroskoopilised muutused. Tsütokeemikud uurivad eksperimentaalse kartsinogeneesi mehhanisme koe- ja organkultuuridel. Molekulaarbioloogia-laboratooriumis uuritakse RNH sünteesi, metabolismi ja funktsiooni, rakubioloogia-laboratooriumis on huviobjektiks tsütokineetika. Immunoloogia valdkonnas tegeldakse *in vitro* tsellulaarimmuunsuse küsimustega.

Onkoloogia-alased uurimisinstituudid on veel Zürichis, Baselis, Bernis (kliinilise profiiliga) ja Genfis (eksperimentaalse profiiliga). Instituutide omavaheline koostöö on tihe, seda hõlbustavad nendevahelised väikesed distantsid ja head autoteed.

Šveitsi tervishoiusüsteemi aluseks on kantonaalne printsiip. Viie kantoni keskuses (Zürichis, Bernis, Baselis, Lausanne'is ja Genfis) kuuluvad ülikoolide koosseisu arstiteaduskonnad. Teaduskondade kliiniliseks õppebaasiks on kantonihaiglad (keskhaiglad). Haiglad on enamasti ehitatud paviljoni stiilis. Selle põhjuseks on nähtavasti ehitamise aeg (30-ndad aastad) ja kliimategurid. Ruumide sisekujundus on kaasaegne.

Diagnoosimine ja raviaparatuur on samuti ajakohased. Eriti torkas silma radioaktiivsete isotoopide laialdane kasutamine diagnoosimise eesmärgil ka kopsude, kõhunäärme ja teiste elundite uurimisel. Metastaaside otsimisel tehakse stsintigramme isegi kogu skeletist.

Osakondades on enamasti 30 . . . 40 voodit. Spetsiaalseid osakondi (sisehaigused, südamekirurgia, rindkerekirurgia jt.) ning palateid on suhteliselt vähe.

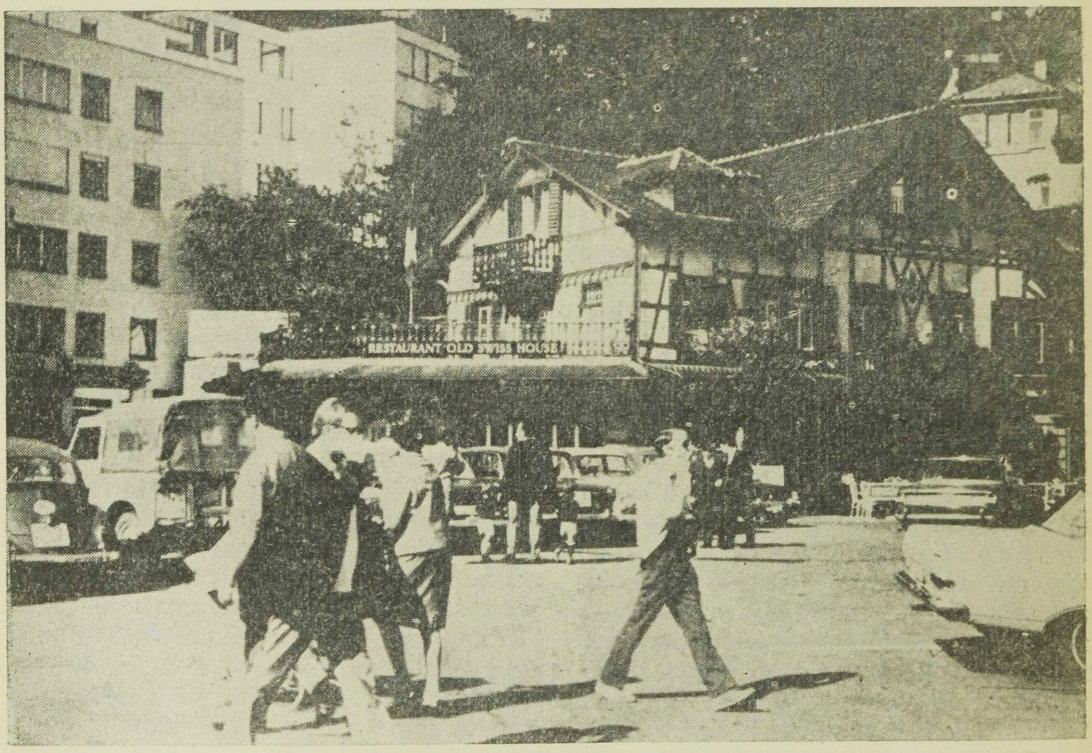


Foto Šveitsi väikelinnast. Tirooli majas, mis on tüüpiline kohaliku arhitektuuri näidis, asub restoran *Foto V. Rätsep*

Selle peamiseks põhjuseks on kliiniku või osakonna juhataja soov omada laialdast teaduslik-kliinilist baasi. Mida mitmekülgsem on raviasutuse profiil, seda sobivam on ta õppebaasiks, seda rohkem on haigeid ja seda suurem on tulu. Tasu ravi eest on haigetele küllaltki muret tekitav. Haiglas veedetud päev maksab keskmiselt 26 franki. Peale selle tuleb tasuda veel ravimite, raviprotseduuride, operatsiooni, toidu jms. eest. See sunnib igaüht tervist hoidma, sest keskmine töötasu on 1000 franki, sääreluu murru ravi aga läheb maksma 4000 franki...

Šveitslased suhtuvad arstidesse suure lugupidamisega. Võib-olla on niisugusele suhtumisele aluse pannud kuulsad Šveitsi sanatooriumid, mis juba enne Esimest maailmasõda põhjustasid haigete (ja ka ebahaigete) kokkuvoolu kõikidest maailmakaartest. Peale selle on Šveits 1863. a. alates sellise humaanse organisatsiooni rahvusvaheline keskus nagu Punane Rist, mis kahtlemata mõjutab riigi elanikkonna mõttelaadi.

Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser

Mitmesugust

LEIUTISED JA RATSIONALISEERIMIS-ETTEPANEKUD

SAMUEL SALZMAN
Tallinn

Ratsionaliseerimise ja Leiutiste Komitee asutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis mõne aasta eest. 1968. a. aprillikuus täiendati selle koosseisu Apteekide Peavalitsuse, TRÜ Arstiteaduskonna, TRÜ Eksperimentaal- ja Õppetöökoja ning Tartu raviasutuste esindajatega.

Ratsionaliseerimisettepanekuid on mitmelt alalt, enamasti meditsiiniseadmete täiustamise kohta. Paljud ettepanekud on puhtmajanduslikku või -tehnilist laadi. Et nende majanduslikku kasutegurit on mõnikord raske või isegi võimatu kindlaks määrata, on ekspertiis ja ka otsuse tegemine sageli pikale veninud.

Esitan siinjuures mõned näited meditsiinitöötajate väärtuslikumatest ettepanekutest.

Tõnismäe Haigla röntgenoloog A. Balojan töötas välja ja võttis kasutusele fluorograafi lisaseadme, mille abil on võimalik teha massiliselt röntgenogramme ninakõrvalkoobastest, mõnest liigesest ja alajäsemete veresoontest. Seade võimaldab 13×18 cm röntgenogrammide asemel teha 7×7 cm fluorogramme.

Teise tähtsa ratsionaliseerimisettepaneku esitasid ühiselt Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri röntgeniosakonna juhataja E. Vardja ning Arstiriistade ja Meditsiiniliste Aparaatide Remondi Töökoja röntgenitehnik V. Reinsoo. Ettepanek käsitleb fluorograafi importröntgenitoru asendamist tunduvalt odavama ja töökindlama kodumaisega.

Ratsionaliseerimise ja leiutamisega tegelevad ka mõned rajoonide asutuste meditsiinitöötajad. Näiteks A. Klink Võru Rajooni Keskhaiglast konstrueeris naha elektritakistuse mõõtmise aparaadi. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Leiutiste ja Avastuste Komitee registreeris selle leiutisena ning andis autoritunnistuse. Sama autor

täiustas hiljem aparaati mõnede haiguste puhul esineva naha-elektritakistuse asümmeetria mõõtmiseks.

Tähelepanu väärib ka A. Klingi kahe mansetiga seadeldis vererõhu mõõtmiseks (*Riva-Rocci duplex*). Et seda on võimalik ühendada Riva-Rocci aparaadi või tonomeetriga, kergendab ta tunduvalt arteriaalse rõhu mõõtmist mõlemal käel korraga.

Üks energilisemaid ratsionaliseerijaid on Tartu Linna Kliinilise Haigla ortopeed B. Maarits, kes aastail 1966 ... 1968 on teinud 10 ratsionaliseerimisettepanekut, millest 8 on heaks kiidetud.

Tuleb mainida ka Võru Rajooni Keskhaigla töötaja E. Laane originaalset seadet Valsalva katsu teostamiseks, Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri arsti E. Levina meetodit *Candida albicans*'i uueks, lihtsaks ja kiireks identifitseerimiseks ning Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri anestesioloogi M. Kivilo ettepanekut leekfotomeetri UAIIZ-PPF kohandamiseks mitme iooni üheaegseks määramiseks.

Komiteesse saabuvad sageli puhttehnilise või kohaliku tähtsusega ratsionaliseerimisettepanekud. Sellisel juhul tuleb ekspertiisi käigus kaasa tõmmata ka majandusmehi, ehitajaid ja tehnikuid. Üsna aktiivselt on ratsionaliseerimisega tegelnud Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri administratiiv- ja majandusala töötajad E. Vahar ja L. Õunapuu. Nad on aastail 1967 ... 1968 üldse teinud 14 ratsionaliseerimisettepanekut.

Eespool mainitud ettepanekud pakuvad huvi diagnoosimise kvaliteedi tõstmise ja töötingimuste parandamise seisukohalt. Nende kasutuselevõtmine ei anna majanduslikku efekti.

Komiteesse saabuvad ka ettepanekud, mille realiseerimine toob majanduslikku kasu ainult antud asutusele. Need on enamasti seoses sanitaartehnika täiustamisega. Nii kinnitati 1967. a. ettepanek «Täiendus Tallinna Sadama Haigla keskküttesüsteemi projektile», mille kasutuselevõtmine andis haiglale 456 rubla säästu aastas.

Üldiselt võib öelda, et ratsionaliseerimine Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis läheb tõusuteed. Aastail 1966 ... 1967 saabus komiteesse 23 ratsionaliseerimisettepanekut, millest 16 kiideti heaks ja 3 lükati tagasi ning ülejäänud 4 tagastati autoritele edasiseks täiendamiseks. 1967. a. kulutati autoritasude maksmiseks 480 rubla. Ainuüksi 1968. a. I poolaasta jooksul on komiteesse saabunud 32 ratsionaliseerimisettepanekut ja autoritasudeks on juba välja makstud 400 rubla.

Komitee veelgi tulemusrikkamat tööd pidurdab asjaolu, et ratsionaliseerijad ja leiutajad on aparaadid või seadmed valmistanud ühes eksemplaris vastavas raviasutuses kasutamiseks. Seadet ei esitata ekspertidele õigel ajal, mis raskendab komitee lõppotsuse tegemist. Vabariigis pole meditsiiniliste aparaatide ja seadmete valmistamise eksperimentaaltöökoda. See takistab seadmete kasutuselevõtmist.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

VÄLISPERIOODIKA KOONDKARTOTEEK

ASTA MILLER
ILMAR LAAN
Tallinn

Vabariigi raamatukogudes on rohkesti võõrkeelseid ajakirju, mille aastakäikude komplektid ei ole alati täielikud. Ühes raamatukogus puuduv ajakirjanumber võib aga olla mõnes teises raamatukogus.

Välisperioodika leidmise hõlbustamiseks koostasime Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikku informatsiooni laboratooriumis koondkartoteegi vabariigi neljas suuremas teaduslikus raamatukogus (Riiklik

Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Teaduslik Raamatukogu, Fr. R. Kreutzwaldi nim. Eesti NSV Riiklik Raamatukogu ja Tartu Riikliku Ülikooli Teaduslik Raamatukogu) oleva meditsiini ja selle piirialasid käsitleva välisperioodika kohta.

Statistiliste andmete järgi nõutakse raamatukogudes kõige enam viimase 5...6 aasta jooksul ilmunud ajakirju, seepärast võtsime kartoteeki välisperioodika 1962. aastast alates. Andmeid välisperioodika kohta aastaist 1945... 1961 aga saab Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus koostatavast analoogilisest kartoteegist.

Kartoteegis on toodud ajakirja täielik nimetus ja selle ametlik lühend kas väljaande kaanel märgitu, «Index Medicus'e», «World Medical Periodical» või «Указатель сокращенных и полных названий научной и технической литературы», M., 1957. järgi. Lühendeid saab kasutada teaduslike tööde vormistamisel käsikirjana ja ka trükis avaldamisel.

Samuti on märgitud linn, kus ajakirja välja antakse, on ka näidatud, millises keeles on artiklid ja resümeed. See on oluline just vähetuntud ajakirjade korral ning võimaldab teataval määral hinnata keelebarjääri ka ilma trükist nägemata.

Kartoteegikaardil leidub viiteid selle kohta, millisest eespool nimetatud raamatukogust võib üht või teist ajakirja leida nii aastakäikude kui ka üksiknumbrite kaupa aastaist 1962... 1968.

Praegu on kartoteegis 434 ajakirja nimetust 26 välisriigist, kusjuures kõige rohkem väljaandeid on Saksa DV-st ja Saksa FV-st, nimelt 125, siis USA-st (61), Tšehhoslovakkia SV-st (30), Inglismaalt ja Rootsist (kummastki 23) ning Rumeeniast (21). Ülejäänud riikidest on ajakirju märksa vähem, Albaania, Austraalia, Belgia, Bulgaaria ja Venetsueela on esindatud ainult ühe väljaandega.

Kui aluseks võtta väljaande keel, on kõige rohkem ingliskeelseid ajakirju — 101 —, siis saksa- (89), tšehhi- (18), poola- (15), rumeenia- (11) ja prantsuskeelseid (10), kuna mõnes keeles on vaid üksikuid väljaandeid.

Mõnede polüglottide kõrval on veel palju väljaandeid, millel puudub n.-ö. kindel keel (nad avaldavad osa artikleid ka mõnes teises keeles). Niisuguseid ajakirju on 87, neis võib leida kahes ja isegi kuni seitsmes keeles («Acta Medica Polona») artikleid ja resümeesid. Peaaegu neis kõigis on üheks keeleks inglise keel.

Kõige rohkem on üldmeditsiinilisi ajakirju — 108. Üksikuid erialasid, distsipliine ja probleeme, millele on pühendatud eri väljaandeid, võib aga loendada üle 40, alates näiteks sisehaigustest ja kirurgiast ning lõpetades biofüüsika ja katseloomadega.

Kartoteek ei ole kaugeltki ammendav. Seda täiendatakse pidevalt nii raamatukogudesse vahetuse korras saabunud ajakirjade üksiknumbrite kui ka instituutides, suuremates haiglates ja TRÜ Arstiteaduskonna kateedrites leiduva perioodikaga. Kuid ka praegu suudab ta pakkuda informatsiooni asjasthuvitatud arstidele ja teiste asutuste teaduslikele töötajatele.

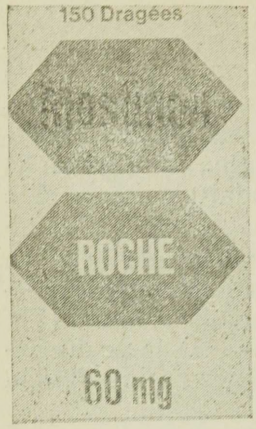
Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Uusi ravimeid

MESTINOON (*Mestinon*, Местинон). Sünonüüme: *Kalymin*, *Pyridostigmin*.

Mestinoon on 1-metüül-3-hüdroksüpüridiinbromiidi ja dimetüülkarbamiinhappe ester. Koliinergiliste omaduste tõttu kuulub mestinoon koliinesteraasi pärssivate ainete rühma. Preparaati kasutatakse vasotoonilise ja antimüasteenilise vahendina, mis toimib sujuvalt ja ühtlaselt. Toime püsib suhteliselt kaua ja möödub vähehaaval.

Näidustatud: soolte atoonia (üks dražee à 60 mg suu kaudu või süstitakse lihasesse 1...2 ml 1‰-list lahust otstarbekohaste vaheaegade järel); paroksüsmaalne tahhükardia (2...3 tabletti



à 10 mg 3 . . . 4 korda päevas); pseudoparalüütiline lihaste nõrkus (1 . . . 3 dražeed à 60 mg 2 . . . 4 korda päevas või süstitakse lihasesse või naha alla 0,4 . . . 1 ml 5‰-list lahust); tsentraalsed ja perifeersed pareesid (sõltuvalt juhu raskusest 1 . . . 6 dražeed à 60 mg päevas või süstitakse naha alla või lihasesse 1 . . . 2 ml 1‰-list lahust). Kasutatakse ka lumbaal- ja oktsipitaalpunktsioonide korral tekkivate vaevuste profülaktikaks 15 minutit enne punktsiooni (antakse üks dražee à 60 mg või süstitakse lihasesse või naha alla 1 ml 1‰-list lahust).

Preparaat on näidustatud kuraare antagonistina koos atropiiniga (toimib antagonistina ainult antidepolariseerivate kuraare tüüpi vahendite suhtes, depolariseerivate suhtes on sünergeetiline) ja kasutatakse raseduse ajal esinevate kõrvetiste vältimiseks. Kuraare toime kõrvaldamiseks süstitakse veeni 1 ml 5‰-list mestinoonilahust koos 0,5 mg atropiinsulfaadiga. Mõnel juhul tuleb ravimi kogus jaotada kaheks üksikannuseks. Raseduse ajal esinevate kõrvetiste puhul määratakse 1 dražee (60 mg), vajaduse korral antakse sama annus mõne päeva järel uuesti. Tavaliselt piisab viiest dražeest.

Mestinooni lastakse välja pakendites, mis sisaldavad tablette à 10 mg × 50 ja à 10 mg × 250, dražeesid à 60 mg × 20 ja à 60 mg × 150 või ampulle — 1‰-list lahust 1 ml × 6 ja 1 ml × 50 või 5‰-list lahust 5 ml.

Preparaat kuulub A-nimekirja.

Mestinooni toodab Šveitsi firma aktsiaselts F. Hoffmann-La Roche.

NEO-KOMPENSAAN (*Neo-Compensan*, Нео-Компенсан). Sünonüüme: *Haemodesum, Periston.*

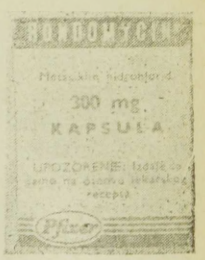
Neo-kompensaan sisaldab isotoonilises glükoosilahuses 6% kolloidset polüvinüülpürrolidooni. Preparaat on bioloogiliselt indiferentne ja allergeenivaba. Neo-kompensaani viskoossus vastab vere viskoossusele. Ravim eritub organismist neerude kaudu 24 tunni jooksul. Kiire eritumine organismist ja spetsiifiline adsorptsioonivõime võimaldavad neo-kompensaani kasutada toksiliste ainete ning laguproduktide ja bakterite toksiinide sidumiseks ning organismist väljaviimiseks. Preparaadil on diureetiline toime, sest ta seob hästi vett. Eeldatakse, et neo-kompensaan ei tungi rakkudesse, vaid soodustab osmootilisi vahetusprotsesse.

Näidustused: difteeria, sarlakid, entsefaliit, poliomüeliit, düsenteeria, tüüfus, paratüüfus, botulism, toksilised seisundid maksahaiguste puhul, teetanus, septitseemia, peritoniit, ureemia. Neo-kompensaani võib edukalt kasutada antibiootikumide ja kemoterapeutikumide kuuride ajal esinevate kõrvalnähtude minetamiseks. Vett siduva toime tõttu kasutatakse neo-kompensaani nefrooside ja nefriitide puhul organismist turse vedeliku väljaviimiseks. Südamehaigustest tingitud ödeemide korral pole näidustatud.

Neo-kompensaani viiakse tilkinfusiooni teel veeni. Kui see pole võimalik, siis võib preparaati pärast võrdse hulga steriilse keedusoolalahusega lahjendamist süstida kõhukelmeõõnde või naha alla. Enne süstimist tuleb neo-kompensaani vesivannil soojendada kehatemperatuurini.

Imikute ja väikelaste annuseks on 15 ml kehakaalu ühe kg kohta, kusjuures ööpäevane annus ei tohi kuni kuue kuu vanustel lastel ületada 70 ml, vanematel lastel 100 ml. Täiskasvanuile määratakse vastavalt seisundile 100 . . . 500 ml ööpäevas. Imikute ja laste organismi viiakse ravimi üldkogus mitte kiiremini kui 20 minuti jooksul, täiskasvanuile manustatakse sama aja vältel mitte üle 100 ml. Neo-kompensaani võib vajaduse korral ordineerida mitu





päeva järjest, kuid viie päeva järel tuleb pidada viis päeva vahet.

Neo-kompensaani võib tarvitada ainult arsti korraldusel. Preparaati lastakse välja pudelites à 100 ja 500 ml.

Neo-kompensaani imporditakse Austriast.

RONDOMÜTSIIN (*Rondomycin*, Рондомицин). Sünonüüme: *Metacyclinum*, GS-2876.

Rondomütsiin on laia toimespektriga tetratsükliinirea antibiootikum. Preparaat imendub hästi sissevõtmisel. Terapeutiline nivoo veres saabub kiiresti, maksimum saavutatakse 2 . . . 3 tunni pärast, kestab 12 tundi ja kauem. Teatav hulk ravimit püsib veres 24 tundi. Rondomütsiin eritub uriini, sapi ja väljaheitega.

Rondomütsiin toimib graampositiivsetesse ja graamnegatiivsetesse mikroobidesse, on tõhus vahend infektsioonide korral, mille on esile kutsunud *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Diplococcus pneumoniae*, *Salmonella typhi* jt.

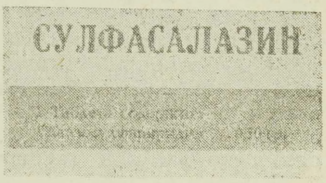
Näidustused: akuutne bronhiit, kopsupõletik, kopsuabstsessid, farüngiit, sinusiit, tonsilliit ja muud hingamisteede infektsioonid, haavanakkused, naha ja pehmete kudede infektsioonid (furunkuloos, püodermia, karbunkulid, impetiigo, erüsiipel, follikuliit), seedetrakti infektsioonid (düsenteeria, kõhutüüfus, salmonelloos), sapiteede infektsioonid ja urogenitaaltrakti infektsioonid (tsüstiit, püeliit, püelonefriit, uretriit), üldinfektsioonid (septitseemia, bakterieemia), sünnitusjärgsed ja günekoloogilised infektsioonid, suukoopa infektsioonid.

Täiskasvanuile määratakse tavaliselt 600 mg ööpäevas, mis jaotatakse kaheks või neljaks annuseks; rasketel juhtudel võib annust kahekordistada. Lastele on keskmiseks annuseks 7,5 . . . 15 mg ööpäevas kehakaalu ühe kg kohta sõltuvalt infektsiooni astmest.

Veres püsib rondomütsiini terapeutiline kontsentratsioon 24 tunni jooksul pärast ravi katkestamist. Rondomütsiin on hästi talutav. Kõrvalnähtudena võivad tekkida iiveldustunne, oksendamine, kõhulahtisus, stomatiit, proktiit, allergilised reaktsioonid. Rondomütsiini suhtes võib areneda resistentsus.

Rondomütsiini lastakse välja kapslitena (pakendis 150 mg × 16, 150 mg × 100 ja 300 mg × 8, 300 mg × 100).

Rondomütsiin on USA patentpreparaat, mida turustab Jugoslaavia SFV tehas «Alkaloid» (Skopje).



SULFASALASIIN (*Sulfasalazin*, Сулфасалазин). Sünonüüme: *Salazosulfapyridin*, *Azopyrine*, *Azulfidine*, *Salazopyrin*, *Salisulf*.

Sulfasalasiin on salitsüülhappe asoühend sulfapüridiiniga. Laguneb organismis 5-aminosalitsüülhappeks ja sulfapüridiiniks. Eritub neerude kaudu, värvib leelisese uriini kollakasoranžiks, happelist uriini ei värvi.

Preparaat on eriti näidustatud haavandilise jämesoolepõletiku puhul. Salitsüülhappe derivaadina on kasutatav mitmesuguste ägedate haiguste, sealhulgas ka kroonilise reumaatilise artriidi korral.

Sagedamini tekkivateks kõrvalnähtudeks on iiveldus ja oksendamine, mis mööduvad pärast annuse vähendamist. Harva võib täheldada nahalöövet, veremuutusi ja allergilisi reaktsioone; neil juhtudel tuleb ravi katkestada. Üksikjuhtudel on täheldatud agranulotsütoosi tunnuseid, mistõttu verd on vaja perioodiliselt kontrollida.

Keskmine ööpäevane annus täiskasvanuile on 4 . . . 6 korda kaks tabletti võrdsete vaheaegade järel. Eriti rasketel juhtudel võib annust suurendada. Kui haavandilise koliidi äge periood vaibub, vähendatakse annust kolme tabletini ööpäevas. Üle 7 aasta vanustele lastele antakse 3 . . . 6 korda ööpäevas 1 . . . 2 tabletti, 5 . . . 7 aasta vanustele lastele 3 . . . 6 korda ööpäevas 0,5 . . . 1 tablett.

Preparaati lastakse välja pakendis 0,5 g × 50.

Sulfasalasiini imporditakse Jugoslaavia SFV-st.

Helga Kangro

Kroonika

23. mail 1968. a. oli kolleegiumil kõne all ajutise töövõimetuse ekspertiis Kohtla-Järve linnas ja rajoonis ning Valga ja Rakvere rajoonis. Kuulati Kohtla-Järve TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja kt. G. Kamõnini, Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja ravi alal H. Metsa ja Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Otti aruandeid ning Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja töövõimetuse ekspertiisi alal A. Rooksi kaasaruannet.

Kolleegium leidis, et ajutise töövõimetuse ekspertiisi korraldamine on mõnevõrra paremaks muutunud. Enamikus raviasutustes säilitatakse töövõimetuslehti korralikult, samuti vastab nende väljaandmine nõuetele. Hästi on töö korraldatud Tapa Linna Haiglas, kus peaarsti asetäitja M. Noorväli kontrollib kõiki esmaselt väljaantud töövõimetuslehti ja kohe arutab puudusi arstidega.

Kohtla-Järvel ja Rakvere rajoonis on kaua ja sageli põdevad haiged dispanseeritud ning neid jälgivad kindlaksmääratud arstid.

Kui vaadelda Rakvere rajooni tööstustööliste ajutise töövõimetuse näitajaid, siis 1968. a. I kvartalis on need tunduvalt väiksemad kui 1967. a. samal perioodil. Samuti on vähenenud sama rajooni põllumajandustöötajate haigestumine.

Saavutuste kõrval tuleb kahjuks ette ka puudusi. Töövõimetuslehti ei säilitata ega hoita nõuetekohaselt Kohtla-Järve 1. Linnahaigla kirurgia- ja traumatoloogiaosakonnas, Valga rajooni Puka ja Sangaste jaoskonnahaiglas. Valga rajoonis on olnud juhtumeid, kus töövõimetuslehti on tagantjärele antud velskripunktidest või kiirabilt saadud tõendite ja isegi koduse visiidi teinud arsti õiendi alusel.

Kõigis mainitud rajoonides hilineb haigete saatmine ATEK-i. Valga rajoonis on haigete suunamisega raskusi, kuna Valgat teenindav Tartu ATEK peab seal istungeid kord kuus. Otsused saadetakse Valga raviasutustele suure hilinemisega. Töövõimetuse analüüs ei ole küllalt põhjalik ega konkreetne, selle alusel ei ole võimalik kavandada haigestumise vähendamise abinõusid. Tervistavate ürituste kompleksplaanid on sageli üldsõnalised ja formaalsed.

Kolleegium kohustas Kohtla-Järve tervishoiuosakonna juhatajat V. Roosi, Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Otti, Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Rahu, et nad tagaksid töövõimetuslehtede eeskirjadekohase säilitamise raviasutustes. Samuti tuleb rõhku panna ajutise töövõimetuse kaotusega haigestumise analüüsile ning rakendada abinõud selle edasiseks vähendamiseks.

Valga Rajooni Keskhaigla peaarst P. Rahu peab rohkem tähelepanu pöörama töövõimetuse ekspertiisile ning seda nõudlikumalt kontrollima. Ei tohi lubada töövõimetuslehtede andmist tagantjärele, ühtlasi on tarvis likvideerida puudused töövõimetuslehtede vormistamisel.

*

11. juulil 1968. a. oli Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumis kõne all kaadrialane töö Pärnu, Haapsalu ja Harju rajoonis. Kuulati Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja asetäitja M. Kulla, Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti M. Martinsoni ja Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti L. Siiraku aruandeid ning ministeeriumi kaadriosakonna juhataja J. Lubergi kaasaruannet.

Võeti vastu otsus, milles aruandeid esitanud isikuid kohustati komplekteerima maa- ja linnajaoskonnaarstide ning velskripunkti juhatajate vakantsed ametikohad. Rohkem tähelepanu tuleb pöörata meditsiinitöötajate ideelis-poliitilisele kasvatustööle. I. Vahula (Pärnu) ja M. Martinson (Haapsalu) peavad kaadritöötajaid suunama Tallinna lühiajalisele täienduskursusele. Ministeeriumi kaadriosakonna juhataja J. Luberg peab abistama vakantsete ametikohtade komplekteerimisel, koos ministeeriumi peaspetsialistidega aga jälgima, et rajoonides töötavaid arste ning keskeriharidusega meditsiinitöötajaid suunataks täiendus- ja spetsialiseerumiskursustele vastavalt vajadusele. On tähtis, et kaadritöötajaile korraldataks seminar vähemalt üks kord aastas.

*

22. augustil 1968. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu presiidiumi ühisel istungil tööstusettevõtete töötajate meditsiinilist teenindamist ja tervise kaitset. Kuulati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja N. Ajasta aruannet.

Kolleegium ja presiidium võtsid vastu otsuse, milles on näidatud tööliste tervise kaitse, ajutise ja püsiva töövõimetuse juhtude arvu vähendamise ning tööõnnetuste vältimise põhisuunad. Ametiühingute vabariiklikud komiteed, tervishoiuorganid ja majandusorganisatsioonid peavad ühiselt analüüsima haigestumust ning traumajuhte igas asutuses ja ettevõttes. Kohtla-Järvel ja Pärnus tuleb töötajate meditsiiniline teenindamine korraldada tsehhijaoskonna põhimõttel. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalkindlustusosakonna ülesandeks on hiljemalt 1. detsembriks 1968. a. koostada aastaiks 1969...1970 organisatsiooniliste abinõude plaan töötajate meditsiinilise teenindamise ja tervise kaitse tõhustamiseks.

*

19. septembril 1968. a. kuulati kolleegiumil Tallinna ja Tartu tervishoiuosakondade juhatajate U. Meikase ja G. Arro aruandeid. Kaasaruande esitas Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog L. Stepanova. Kõne all olid sanitaarkaitse abinõud, mida rakendatakse karantiini alla kuuluvate ohtlike nakkuste puhul.

Kolleegiumi otsuses juhitakse Tallinna ja Tartu tervishoiuosakondade juhatajate U. Meikase ja G. Arro tähelepanu Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjade täitmisele, mis käsitlevad ohtlike nakkuste vastu suunatud abinõusid sanitaarkaitse, sanitaaria ja epidemioloogia, ravi ja profülaktika valdkonnas. Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst I. Štšerbakov peab tagama, et metoodiliselt abistataks kõiki tervishoiuasutusi karantiini alla kuuluvate nakkuste profülaktika alal, kusjuures eriti tuleb rõhku panna arstide ja keskeriharidusega meditsiinitöötajate sellekohasele ettevalmistusele.

*

Samal päeval kuulati Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla peaarsti G. Radzimovski aruannet ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja asetäitja A. Haugi kaasaruannet meremeeste meditsiinilisest teenindamisest.

Kolleegiumi otsuse kohaselt peab G. Radzimovski 1. jaanuariks 1969. a. koostama laevaarstide kvalifikatsiooni tõstmise plaani, samuti tuleb kõikidelt laevaarstidelt nõuda traumajuhtude täpse arvestuse pidamist, aruandlust ja analüüsimist. Kõik kaubalaevadel töötavad isikud peab hõlmama sanitaaruurimistega (nii laboratoorsed kui ka instrumentaalsed). Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna juhataja J. Lubergi ning Sadama Haigla peaarsti G. Radzimovski ülesandeks on kõikide kala- ja kaubalaevastiku laevade arstiametikohtade komplekteerimine 1968. ja 1969. a. jooksul. Linnade tervishoiuosakondade juhatajad, rajoonide keskhaiglate ja vabariiklike haiglate peaarstid peavad jälgima, et statsionaarsel või ambulatoorsel ravil olnud meremeeste haiguslugude väljavõtted saadetaks Sadama Haiglasse.

Asta Kaldma

*

Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon arutas 16. septembril 1968 mürkkemikaalide kasutamise olukorda vabariigi majandites.

Kuulati Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme ettekannet ja Eesti NSV Põllumajanduse Ministeeriumi Maaviljeluse ja Seemnekasvatuse Valitsuse juhataja R. Kaldoja kaasettekannet.

O. Tamm märkis, et tervise seisukohalt nõuavad pestitsiidid, massiliselt kasutatavad taimekaitsevahendid, suurimat tähelepanu. Nende tervist-kahjustava toime vältimiseks on välja töötatud ettevaatusabinõud nii säilitamise, transportimise kui ka kasutamise puhkudeks. Pestitsiidide sisalduse määramiseks töötsoonis, toiduainetes, vees, pinnases ja õhus töötab 1965. aastast alates viis mürkkemikaalide määramise laboratooriumi. Nende töömaht on aasta-aastalt suurenenud (1965. aastal 360 analüüsi, 1967. aastal 1400 analüüsi).

On laienenud sanitaarselgitustöö elanike hulgas. Uute ladude ehitamine ja vanade ümberehitamine on parandanud mürkkemikaalide säilitamise tingimusi majandites. Kuid sellele vaatamata ei saa olukorda veel rahuldavaks pidada. Sanitaarnõuetele vastavaid ladusid on vabariigis keskmiselt ainult 30%, samal ajal, kui Moldaavia NSV-s on üle poole majanditest ehitanud uued, sanitaarnõuetele vastavad laod.

Rahuldavalt on korraldatud mürkkemikaalidega töötavate isikute profülaktiline meditsiiniline läbivaatus. 1967. a. vaadati läbi 7514 töötajat. 10%-l läbivaadatuist ei lubatud tervisliku seisundi tõttu mürkkemikaalidega töötada. Mõnes majandis aga alahinnatakse arstliku läbivaatuse tähtsust. Näiteks Pärnu rajooni kolhoosis «Uued rajad» lubati mürkkemikaalidega töötada tänavu vaid kolmel inimesel (kuigi see arv ei vasta majandi tarvidustele). Ka teistes majandites on mürkkemikaalidega mõnikord tegelnud arstlikult läbivaatamata isikud («Tuleviku» kolhoos ja Haiba sovhoos Harju rajoonis, Selja, «Partisani» ja «Uute Radade» kolhoos Pärnu rajoonis, Koosa ning Luunja sovhoos Tartu rajoonis jt.). Nende majandite vastutavaid töötajaid karistati rahatrahviga, ent põllumajanduse juhtivad organid peavad elanike ohutuse huvides nähtavasti leidma veelgi mõjuvamaid abinõusid. Töötajate tervise kaitse mürkide organismi tungimise vastu sõltub eririietuse ja individuaalsete kaitsevahenditega varustatusest. Tervishoiutöötajad on sellele korduvalt tähelepanu juhtinud, mõnes majandis aga pole töö korraldajad kaitsevahendite kasutamist nõudnud (Pärnu rajooni «Partisani», Paide rajooni «Oktoobri» kolhoos jt.).

Eriti oluline on kaitsevahendite osa puhtimistöödel. Mittehermeetilise aparatuuri tõttu ja muudel põhjustel ületab granosaani kontsentratsioon töötsoonis lubatud hügieenilise piirkontsentratsiooni mõnikord kuni 100 korda. Põhiliste nõuete ignoreerimise tõttu (s. o. tööle lubamine eelneva ohutustehnilise instrueerimiseta, puhtimistöödel korrastamata masinatega töötamine, eririietuse ja individuaalsete kaitsevahendite mittekasutamine, isikliku hügieeni reeglite rikkumine töö ajal jne.) on tekkinud mürgistusi. Käesoleval aastal toimus Harju rajooni «Tuleviku» kolhoosis seemnevilja puhtimine käsitsi, puudusid individuaalsed kaitsevahendid ja nõuetekohane eririietus. Puhtija oli instrueerimata ja arstlikult läbi vaatamata, pesemisvõimalusi töökohal ei olnud. Loetletud eeskirjade rikkumise tagajärjel sai põllutööline ägeda mürgistuse (preparaat TMTD). On vajalik, et sanitaarnõuete täitmist pestitsiididega töötamisel jälgiksid ka Punase Risti Seltsi aktivistid, ametiühinguorganisatsiooni töökaitsekomisjonide liikmed, looduskaitse inspektorid ja aktivistid.

Et DDT-d leidus mitmes toiduaines, siis keelas vabariigi valitsus tervishoiu ja põllu-

majandustöötajate ettepanekul (lähtudes elanikkonna tervise kaitsest ning põllumajandussaaduste kvaliteedi tõstmise vajadusest) käesolevast aastast alates DDT jt. klororgaaniliste pestitsiidide sisseveo vabariiki. Tervishoiutöötajad püüavad sanitaarkontrolli pestitsiidide kasutamise üle majandites veelgi tugevdada. Enne põllutööde algust tutvustatakse sanitaartöötajaid teaduse uuemate saavutustega pestitsiidide kasutamise sanitaarkontrolli alal. Organiseerimisel on toksikoloogiline laboratoorne teenistus varjatud alaägedate ja krooniliste mürgistuste avastamiseks pestitsiididega kokkupuutuvatel isikutel.

Mürkkemikaalide kasutamise kohta vabariigi majandites võttis Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon vastu otsuse.

Päevakorra teise punktina kuulati Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme ettekannet «Kiir- ja vältimatu abi andmisest Tallinna elanikkonnale». Ettekande järel võtsid sõna Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonna juhataja U. Meikas, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimehe asetäitja M. Kalev, komisjoni esimees V. Meister ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi nõukogude osakonna vaneminstruktor G. Jänes.

Jaan Ots

*

30. ja 31. mail 1968. a. toimus Tallinnas vabariigi linnade ja rajoonide peaterapeutide ning polikliinikute ja haiglate sisehaiguste osakondade juhatajate seminar, millest võttis osa ligi 100 arsti.

N. Elštein rääkis sisehaigustesse haigestumisest ja nende diagnoosimisest, terapeudi töö näitajatest polikliinikus ja haiglas ning terapeutilisest abist välismaal.

I. Levin käsitles linnahaigla aruande analüüsimise metoodikat. A. Randvere kõneles statistiliste näitajate usaldatavuse kindlaksmääramisest. Rajooni peaterapeudi ülesannetest rääkis R. Malviste. Tallinna polikliinikute sisehaiguste osakondade juhatajad D. Rebane, G. Podmogilnaja ja M. Bondarenko analüüsisid aga terapeutide vastuvõtu kvaliteeti polikliinikuis.

Seminari lõpul rääkis Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut N. Elštein vabariigi elanikkonnale antavast terapeutilisest abist ja selle täiustamise võimalustest.

Esineja pööras erilist tähelepanu terapeutide koormuse normaliseerimisele, dispanseerimise kvaliteedi parandamisele, spetsialiseeritud abi arendamise perspektiividele, funktsionaalse diagnoosimise meetodite laialdasemale rakendamisele haiguste diagnoosimisel ja ravimisel ning sisehaigusi põdevate haigete voodikohtade ratsionaalsele kasutamisele.

Mis üksikutesse haigustesse puutub, siis mainis esineja, et eriti tuleb parandada angiini, ägedat kopsupõletikku ja südame isheemilist tõbe põdevate isikute abistamist.

Nikolai Bartelsen

Eesti NSV dermatoveneroloogidel on traditsiooniks saanud kord aastas arutada olulisemaid erialaseid küsimusi. 26. ja 27. septembril 1968. a. toimus Tartus järjekordne seminar.

Professor H. Vahteri avaettekanne oli pühendatud kõige aktuaalsematele dermatoveneroloogia küsimustele, nimelt võitlusele nakkavate nahahaigustega. Esineja märkis, et nende haiguste diagnoosimine on raske sageli esinevate atüüpiliste haigusvormide tõttu. Profülaktika aga muudab komplitseerituks ulatuslik turism. Rajoonide dermatoveneroloogide kaader on enamasti noor, mistõttu oleks vaja luua kliiniline ordinatuur dermatoveneroloogia alal.

R. Uuetoa ja B. Rubinštein, V. Granat ja A. Aamer, V. Bogdanova, G. Sillard analüüsisid vabariigi dermatoveneroloogia-asutuste tööd ning selgitasid dermatoloogide lähemaid ülesandeid. Kirjeldati epidermomükooside ning mõnede dermatooside kliinikut, diagnoosimist ja ravi lastel (H. Silm). L. Kukk pööras tähelepanu sügeliste kliinilise pildi muutumisele ja rõhutas, et senisest rohkem tuleks mõelda selle haiguse profülaktilisele ravile (ravida ka näiliselt terveid sama perekonna liikmeid). Allakirjutanu käsitles kutse-nahahaigusi: uute keemiliste ühendite (flotoreagentide, akrüülnitriili, etüleenimiini jt.) toimet nahasse ja dermatokonioosi kliinilist pilti. Pöörati tähelepanu nahahaigusi põdevate haigete ravile kortikosteroidpreparaatidega. L. Kaljas rääkis nimetatud preparaatide kasutamise näidustustest ja doseerimisest.

Seminarist osavõtjad tutvusid Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri tööga (haigete konsultatsioon ning haigusjuhtude arutelu, laboratoorsed diagnoosimismeetodid).

Naomi Schamardin

*

Tartus toimus VI vabariiklik gastroenteroloogide seminar, kus käsitleti malabsorptsiooniga seoses olevaid probleeme.

Ülevaate malabsorptsiooni etioloogiast ja patogeneesist andis N. Sachris. Selle sündroomi kliinilisest sümptomatoloogiast ning diagnoosimisest rääkis H. Maaroos. Niisuguste haigusseisundite ravi, millele on omane malabsorptsioon, käsitles I. Rätsep. Ettekannetele järgnes diskussioon. Sõna võtsid K. Villako, J. Sarv, V. Rätsep, V. Salupere jt.

Ettekannetes ja arutluse käigus märgiti, et malabsorptsioon peensoolest on polüetioloogiline — on tingitud kas peensoole limaskesta fermentide kaasasündinud või omandatud puudulikkusest, peensoole imendumispinna vähenemisest, düsbakterioosist või muudest põhjustest. Vastavalt sellele, kas häiritud on ühe või mitme toitaine imendumine, kujunevad välja ka kliinilised nähud.

Sagedamini esinevaiks malabsorptsioonile iseloomulikeks haigusseisundeiks on gluteenenteropaatia ehk mittetroopiline spruu ja disahhariidide intolerantsus. Ravi korraldamisel on oluline malabsorptsiooni põhjustanud toitaine välistamine dieedi abil ja sümpto-

maatiline medikamentoosne ravi. Peensoole haiguste diagnoosimisel peaks toitainete imendumist peensoolest määrama imendumistestide abil. Vajalik on ka peensoole morfoloogiline ja röntgenoloogiline uurimine. Latentsete imendumishäirete avastamiseks ja operatsioonijärgsete malabsorptsiooninähtude vältimiseks oleks imendumisteste soovitatav teha enne haavandihaigete opereerimist.

Jõuti järeldusele, et vabariigis tegeldakse peensoole uurimisega pealiskaudselt, peensoole haiguste diagnoosi ei kinnitata spetsiaalsete uurimistega. Seepärast oleks diagnoosimisel vaja kasutusele võtta: 1) rasva keemiline määramine väljaheites, 2) ksüloostest, 3) disahhariidide intolerantsuse määramine ja 4) peensoole biopsia.

Heidi Maaroos

*

25. kuni 28. juunini 1968. a. toimus Vitebskis üleliiduline seminar, millest võtsid osa raudteevõrgu ravi- ja profülaktikaasutuste peaarstid. Seminari avas ja seda juhatas NSV Liidu Teede Ministeeriumi Peasanitaarvalitsuse ülema asetäitja I. Skitovitš. Kuulati 25 ettekannet.

Enamik esinejaist üldistas profülaktika, ajakohaste diagnoosimismeetodite ja efektiivsemate ravivõtete kasutamise kogemusi mitmesuguste haiguste korral. Küllaltki suur osa ettekandeist käsitles raviasutuste töö teadusliku organiseerimist.

Erilist huvi pakkusid neli ettekannet. Valgevene Raudtee ülem B. Jahnitski üldistas raudtee juhtkonna, ettevõtete juhatajate ja meditsiinitöötajate koostöö kogemusi haiguste profülaktikas. See, et meditsiinitöötajate seminaril esitas ettekande raudtee ülem, rõhutab mittemeedikute osatähtsust haiguste profülaktikas. Valgevene Raudtee juhtkond ning asutuste juhatajad on palju teinud raudteelaste töö- ja elamistingimuste parandamiseks ning meditsiinitöötajate abistamiseks. Koostöö tulemusena on haigestumus ja ajutine töövõime kaotus Valgevene Raudtee töötajate hulgas tunduvalt väiksem kui mujal.

Uudsuse poolest äratas tähelepanu NSV Liidu Teede Ministeeriumi Peasanitaarvalitsuse ravi- ja profülaktikaosakonna ülema A. Anohhini ettekanne. Näidete varal meditsiiniasutuste praktikast tõestas ta veenvalt, et on avarad võimalused töö paremaks korraldamiseks. Muide, sama kinnitasid ka mitmed raviasutuste peaarstid. Seminarist osavõtjaile anti autori poolt väljatöötatud juhend «Näidiseeskirjad töö teadusliku organiseerimise grupile meditsiiniasutuses». Mainitud grupid moodustatakse ühiskondlikel alustel.

Professor V. Velitšenko (Vitebski Meditsiiniinstituut) kõneles allergia osatähtsusest mõnede kirurgia valdkonda kuuluvate haiguste puhul, kusjuures pööras tähelepanu allergia tekkimisele valku (eriti loomset) sisaldavate ravimpreparaatide toimel. Tema poolt juhitava kliiniku töötajate kogemused on näidanud, et suur osa tromboflebiitidest, samuti osa nendest haigustest, mille puhul jääknähtudeks on liited, Reiteri sündroom jt., on põhjustatud allergiast. Taoliste tüsistuste vältimiseks soovitas esineja vere ülekandmisel verd hoolikamalt valida, valku sisaldavate preparaatidega ravimisel aga eriti silmas pidada allergianähtude tekkimise võimalust.

A. Mejerzon käsitles tänapäeva bronhiaalastma puhul rakendatavat ravi koos nõelraviga. Autor eeldab, et nõelravi mõjutab juba tekkinud patoloogilist refleksi. Head tulemused (kolm aastat kestnud vaatlusperioodi andmed) lubavad soovitada niisugust kombineeritud meetodit laialdasemaks kasutamiseks.

Mihhail Ponomarjov

*

Tartu arstide seltsid, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond, linna tervishoiuosakond ning rajooni sanitaar- ja epidemioloogiajaam korraldasid 7. ja 8. septembril 1968. a. Valgemetsa pioneerilaagris Tartu arstide päeva. Osavõtjaid kogunes üle 200. Külaliste hulgas olid ka vabariigi tervishoiu ministri asetäitjad E. Kama ja O. Tamm. Lipu heiskas kokkutuleku vanim osavõtja Mihkel Eller.

Arstide päeva kokkutuleku teemaks oli «Psüühika ja sooma». Põhiettekande «Psühhosomaatiline meditsiin — müüt või tegelikkus?» esitas professor J. Saarma. Dotsent M. Epler andis ülevaate ajukoore ja koorealuste piirkondade suhete närvimehhanismidest. Dotsent J. Riiv käsitles psühhogeense faktori osatähtsust sisehaiguste etiopatogeneesis ja Tartu Kliinilise Sünnitusmaja arst L. Loolaid psühhogeeniat günekoloogias. Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla peaarst H. Kadastik rääkis psühhoteraapiast arsti igapäevases tegevuses.

Maido Sikk

*

Rahvakontrolliorganite kontrollretked on näidanud, et meditsiiniasutustes tuleb veel sageli ette riikliku ja finantsdistsipliini rikkumisi. Toome mõne näite.

Tallinna Linna II Lastehaigla peaarst T. Vaasna ei kehtestanud korda, mis oleks taganud rahaliste ja materiaalsete väärtuste säilitamist ning mõnel juhul koguni soodustas nende ebaseaduslikku kulutamist. T. Vaasna vormistas fiktiivselt sanitari, hiljem majahoidja ametikohale I. Loodeni, kellele töötasuna maksti 350 rubla. Raha andis I. Looden haigla töötajale A. Koidule ja see kulutati T. Vaasna äranägemise järgi. Nimetatud haiglas ei olnud piisavalt pehmet inventari, ent samal ajal kulutati T. Vaasna korraldusel ebaseaduslikult osa pehme inventari soetamiseks määratud rahast (2467 rubla) vaipade ostmiseks.

Tallinna Keskrajooni Rahvakontrolli Komitee avaldas T. Vaasnale koosseisulis-finantsdistsipliini rikkumise ja meditsiinilises teeninda-mises esinevate puuduste eest valju noomituse. Kahju osaliseks hüvitamiseks määras komitee T. Vaasnale tasendusmakse poolteise kuu palga ulatuses (277 rubla) ning kohustas teda annulleerima I. Loodeni tööraamatusse tehtud sissekande Tallinna Linna II Lastehaiglas töötamise kohta.

Kiidjärve tuberkuloosihaiglas oli 1963. aasta oktoobrikuust alates sanitari ametikohale vormistatud Laine Järvis, kes oli majandusjuhataja sugulane. Sanitarina ta ei töötanud, vaid 4,5 aasta jooksul tegeles majandusjuhataja kompetentsi kuuluvate küsimustega (pidas toiduainete arvestust ning tegeles muu dokumentatsiooniga). Kuigi Laine Järvis töö laadi tõttu ei puutunud kokku haigetega, oli tema ebaseaduslik töötasu suurendatud 15% võrra.

Selles haiglas avastati ka fiktiivse tööle vormistamise fakt. Haigla peaarst M. Hiie vormistas kohakaasluse alusel (0,5 ametikohaga) majandusjuhatajaks haigla puhvetipidaja M. Peili. Majandusjuhataja tööd viimane ei teinud, raha aga läks Põlva Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja administratiiv-majanduslikul alal Leonhard Järvise taskusse. Kiidjärve tuberkuloosihaiglas olid korduvalt viibinud Põlva Rajooni Keskhaigla töötajad, ööi tehtud revisjone, kuid neid fakte ei avastatud.

M. Peilile ebaseaduslikult makstud raha pidi M. Hiie haigla kassasse tagastama. Põlva Rajooni Keskhaigla peaarstile A. Juhasoole tehti märkus allasutuste puuduliku kontrollimise eest.

Mõned ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad ning raamatupidajad ei pööra küllaldaselt tähelepanu töötasu suuruse õigele määramisele, mistõttu on kindlaks tehtud koosseisudes ettenähtud töötasu suurendamise juhtumeid. Näiteks Tallinna Vabariiklikus Haiglas maksti 8 arstile palka tööstaaži väära arvestamise tõttu mitme aasta jooksul valesti. Ainult 1967. a. ja 1968. a. esimese 4 kuu vältel maksti 1800 rubla rohkem. Ka autojuhid said kõrgendatud palka.

Mõnele töötajate kategooriale, sealhulgas meditsiinitöötajatele, on kohakaaslus lubatud. NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrustega on kindlaks määratud kohakaasluse alusel töötamise kord. Ent mõned ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajad on kehtivast seadusandlusest mööda hiilinud ning lubanud kohakaasluse alusel töötada üle lubatud normi (kuni 2,5 kohta); töögraafikud koostatakse formaalselt, sageli langeb tööaeg mõlemas töökohas ühte. Kohakaasluse alusel töötavate isikute üle puudub kontroll (Kiidjärve ja Leevi tuberkuloosihaigla, Taevaskoja Vabariiklik Lastetuberkuloosi Sanatoorium, Tallinna Vabariiklik Haigla).

Mitmes ravi- ja profülaktikaasutuses on ette tulnud puudusi toiduainete arvestuses ja kulutamises, mis loob soodsad tingimused kuritarvitusteks.

Eespool toodud tõsiasjad kõnelevad sellest, et paljudes ravi- ja profülaktikaasutustes pole tehtud kaugeltki kõik riikliku ning finantsdistsipliini tagamiseks, ei ole kehtestatud ranget korda rahaliste ja materiaalsete väärtuste kulutamisel. Seepärast on riiklike vahendite ebaõige kulutamise eest vaja suurendada meditsiiniasutuste juhatajate ja raamatupidajate vastutust, sealhulgas ka materiaalset vastutust. Elanikkonna meditsiinilise teenindamise edasisele parandamisele peab kaasa aitama ka hästi korraldatud finantsiiis-majanduslik tegevus tervishoiuasutustes.

Leonid Rätsep

Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalkindlustusosakonna 1966. ja 1967. aasta andmeil analüüsiti Eesti NSV töötajate haigestumist, millega kaasnes ajutine töövõimetus.

Kui silmas pidada töövõimetuspäevade üldarvu, siis võib nimetatud aastate andmete võrdluse põhjal konstateerida haigestumise vähenemistendentsi vabariigis. Sellel on mitmeid põhjusi. On paranenud ravi- ja profülaktikaasutuste töö, eriti diagnoosimise, ravi kvaliteedi ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi osas. Samuti on paremaks muutunud meditsiinitöötajate ning majandus- ja ametiühinguorganisatsioonide vaheline koostöö tervistavate ürituste rakendamisel ettevõtetes. Mõningat edu võib märkida ravitoitlustuse korraldamisel, kuid samal ajal jätab ajutise töövõimetuse ekspertiis maarajoonides mõndagi soovida.

Kui aga hindamise aluseks võtta haigusjuhtude arv 100 töötaja kohta, siis kahjuks pole haigestumise vähenemist märgata. See näitab, et vabariigi ettevõtete töötingimused ei ole märkimisväärselt paranenud. Mis on selle põhjus?

Sanitaarala töötajad ei nõua küllaldasel määral ja järjekindlalt tervistavate ürituste elluviimist ettevõtetes. Samuti puudub nii tsehhiarstidel kui ka tervishoiupunktide arstidel küllaldane kontakt ametiühingukomiteedega. Mitmes tervishoiuasutuses ei ole kasutusele võetud eelisjärjekorras teenindamist. Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodiline kabinet tegeleb rajoonide meditsiinitöötajate metoodilise juhendamisega arstliku tööekspertiisi alal veel vähe. Mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe põdevate haigete ravimisel ei kasutata laialdaselt komplekssset ravi, s. o. ravitoitlustust koos samaaegse retsidiivivastase raviga.

Mis ettevõtetesse puutub, siis pööratakse neis liiga vähe tähelepanu tootmiskultuuri tõstmisele ja normaalsete töötingimuste tagamisele.

Tervishoiuorganid koostöös majandus- ja ametiühinguorganisatsioonidega peavad NLKP XXIII kongressi otsuste kohaselt korraldama profülaktika-alaseid üritusi vahetult ettevõtetes ja kontrollima komplekssete tervistavate ürituste plaanide täitmist. Selle eesmärgiks on vähendada Eesti NSV töötajate hulgas haigestumist, millega kaasneb ajutine töövõimetus.

Raissa Lessina

*

29. kuni 30. juunini toimusid Pärnus tervishoiutöötajate ametiühingu vabariikliku X juubelispartakiaadi viimase etapi finaalvõistlused kergejõustikus, ujumises, laskmises ja võrkpallis.

Võistlused avas tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Lipu heiskasid IX vabariikliku spartakiaadi võitjad — Tallinna, Kingissepa ja Haapsalu võistlejad.

Külm, tuuline ja sajune ilm mõjutas märgatavalt tulemusi.

Kergejõustik

Naised. 100 m jooks — Sirje Tammekand (Tartu) 14,8 (eeljooksus Epp Püttsepp Raplast 14,5), kõrgushüpe — Juta Pütt (Kin-

gissepa) 1.30, kuulitõuge — Elga Meresmaa (Tallinn) 12.72, 400 m jooks — Liilia Räkki (Haapsalu) 68,4, kettaheide — Elga Meresmaa (Tallinn) 38.54, kaugushüpe — Luule Sõlg (Viljandi) 4.41, 200 m jooks — Mari Alavina (Rapla) 29,9, 800 m jooks — Mare Sumberg (Pärnu) 2.50,8.

Mehed. 100 m jooks — Gideon Haitov (Pärnu) 11,8 (eeljooksus tallinlane Peeter Laane 11,6); kõrgushüpe — Jüri Kool (Tartu) 1.70; kuulitõuge — Heino Vungi (Võru) 12.80; 400 m jooks — Peeter Laane 58,8; 800 m jooks — Peeter Balõnski (Viljandi) 2.09,6 (tervishoiutöötajate vabariiklike spartakiaadide uus rekord); kettaheide — Leonhard Soom (Rakvere) 36.04; kaugushüpe — Gideon Haitov 6.05; 1500 m jooks — Peeter Balõnski 4.36,7. Kombineeritud teatejooksu 4×100 m võitis Tallinn (Tiivi Vallfisch, Vitali Leiba, Elga Meresmaa, Peeter Laane), aeg 54,8.

Võistkondlikus arvestuses tuli kergejõustikus esikohale Tallinn (Elga Meresmaa, Tiivi Vallfisch, Peeter Laane, Jüri Tedremaa, Vitali Leiba, Jüri Teniste, Jaan Põldnurk, Märt Karjus, Aare Loog, Kalju Jõeväli) 4747 punktiga, järgnesid Pärnu 3623 p., Viljandi 3572 p., Kingissepa, Haapsalu, Võru jt.

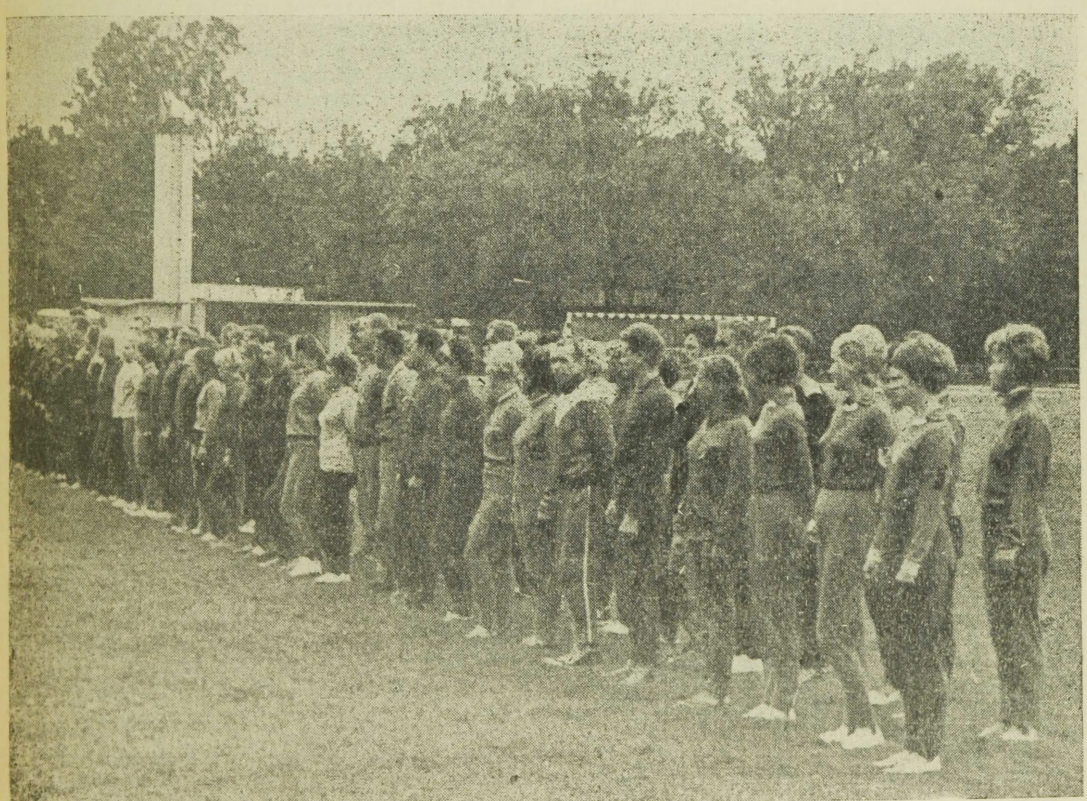
Ujumisvõistlused võitis Tallinn (Tiia Prangel, Lilia Nõgene, Anne Lehepuu, Juhan Raud, Jüri Teniste, Peeter Laane), järgnesid Haapsalu, Tartu, Põlva, Kingissepa, Rakvere jt. Individuaalselt võitis Tiia Prangel 100 m vabaujumise (1.34,7) ja 100 m seliliujumise (1.40,4), Ino Mölder (Tartu) rinnuliujumise (100 m 1.40,2) ja 200 m (3.45,0), Tõnu Talving (Haapsalu) 100 m vabaujumise (1.11,1), Rein Virkus (Põlva) 100 m rinnuliujumise (1.28,4) ja 100 m seliliujumise (1.34,3), Juhan Raud 200 m rinnuliujumise (3.25,6) ja 400 m vabaujumise (7.00,0). Tiia Prangeli aeg 100 m seliliujumises on uus tervishoiutöötajate vabariiklike spartakiaadide rekord.

Laskevõistlustel saavutas esikoha Rapla 765 silmaga (Toomas Kokk 271, Helmut Enok 249, Helmi Tilling 245), järgnesid Viljandi, Haapsalu, Pärnu jt. Individuaalarvestuses olid parimad: naistest Mari Aas (Viljandi) 260 silmaga (94+88+78), meestest Toomas Kokk (Rapla) 271 silmaga (96+88+87). Lamades asendist — naistest Vaike Kuusemets (Tallinn) 95 ja meestest Toomas Kokk 96 silmaga; põlveltasendist — naistest Leena Sontag (Pärnu) 96 ja meestest Arne Lehis (Haapsalu) 89 silmaga; püstiasendist — naistest Mari Aas 78 ja meestest Toomas Kokk 87 silmaga. Uus tervishoiutöötajate vabariiklike spartakiaadide rekord on Leena Sontagi tagajärg põlveltasendist.

Võrkpallis mängisid naiskondadest 1. ja 2. koha pärast Tallinn ja Kingissepa. Võitis Tallinn 3:1. 3. ja 4. koha pärast kohtusid Haapsalu ja Viljandi, võitis Haapsalu 3:0. 5. ja 6. koha pärast toimus mäng Tartu ja Valga vahel, võitis Tartu 3:0. Meeskondadest kohtusid 1. ja 2. koha pärast Tartu ja Haapsalu, võitis Tartu 3:0. Kolmandaks jäi Paide, kellele järgnesid Võru, Pärnu, Kingissepa. Kohtunikekogu otsusega nimetati spartakiaadi parimaks naisvõrkpalluriks Milvi Tedremaa (Tallinn) ja parimaks meesvõrkpalluriks Ülo Kull (Pärnu).

Spartakiaadi peakohtunik T. Sinkel tegi

Foto Ü. Kull



teatavaks tagajärjed spartakiaadi üldarvestuses. I grupis, arvesse lähevad kõik 12 spartakiaadi-spordiala, sai esikoha ja rändvimpli Tallinn 43 miinuspunktiga, teiseks jäi Tartu (67); II grupis sai esikoha ja rändvimpli Kingissepa (34), teiseks jäi Pärnu (35), kellele järgnesid Kohtla-Järve 48, Viljandi 54 ja Võru 118 miinuspunktiga; III grupis saavutas esikoha ja rändkarika võitis kolmandat korda järjest Haapsalu (17), teiseks jäi Rakvere (34), kellele järgnesid Jõgeva 42, Paide 43, Põlva 44, Valga 50, Harju 51 ja Rapla 59 miinuspunktiga. Järgmisena tehti teatavaks kokkuvõtted linnade ja rajoonide vahelistes võistlustes massilise kehakultuuri arendamisel tervishoiutöötajate hulgas. I grupis sai rändvimpli Tartu (219), teiseks jäi Tallinn (189); II grupis sai rändvimpli Kingissepa (295), teiseks jäi Pärnu (274), kellele järgnesid Kohtla-Järve 139, Viljandi 123 ja Võru 118 punktiga; III grupis tuli esikohale ja sai rändvimpli Valga (228), teiseks jäi Haapsalu (197), kellele kohe järgnes Jõgeva (196), siis Rapla 157, Põlva 136, Harju 132 ja Rakvere 95 punktiga. (Paide ei olnud andmeid oma töö kohta üldse esitanud.) Tervishoiutöötajate hulgas kehakultuuri ja spordi arendamisel näidatud aktiivsuse eest autasustati kehakultuurikollektiivide esimehi, ühiskondlikke spordiinstruktoreid ja -kohtunikke, spordiaktiviste ja peaarste ning ametiühingukomiteede esimehi, kes töötajaile on loonud võimalused massiliseks tegelemiseks kehakultuuri ja spordiga. Tervishoiutöötajate X vabariikliku juubelispartakiaadiga seoses said mälestusesemed ja tervishoiu ministeeriumi ning ametiühingute vabariikliku komitee ühised aukirjad kauaaegse töö eest kehakultuuri ja spordi arendamisel Henn Treufeldt, Karl Mutso, Kiur Mölder, Udo Luts, Kalju Väin, Evald Väärt, Hillar Kalda, Hubert Adari, Leo Kaseorg, Hugo Sarapuu, Jadviga Kreek, Elga Meresmaa, Imbi Helari, Milvi Tedremaa ja allakirjutanu. Autasustamisele järgnes Pärnu isetegevuslaste kontsert, mis sportlaspere poolt soojalt vastu võeti.

Egon Halliku

*

Pärast aasta ja seitse kuud kestnud rekonstrueerimistöid avas 1. augustil 1968. a. taas uksed Tartu rajooni Võnnu jaoskonnahaigla. Endises 15 voodikohaga kääbushaiglas on nüüd 50 voodikohta. Sellest 25 on ette nähtud perifeerse närvisüsteemi haigusi põdevate haigete tarvis, keda suunatakse Võnnusse kogu rajoonist.

Vastavalt uuele profiilile on haiglas hästi sisustatud füsioteraapiakabinet, kus on kasutusel 12 soojutus-, valgus- ja elekterravi liiki (sealhulgas ultraheli, diadünaamiline vool jms.). Radikuliitide puhul rakendatakse ka venitusravi. Haigete käsutuses on puhkeruum raadio ja televiisoriga.

On mõeldud personali töötingimuste parandamisele. Arstide toale on lisandunud personali puhkeruum ja garderoob. Protseduuritubade ning köögibloki seinad on kaetud valgete kahhelkividega, mis kergendab puhtuse hoidmist. Palatid on varustatud signalisatsiooniseadistega.

Ambulatoorium asub eri hoones. Seal on terapeudi-, neuroloogi-, stomatoloogi- ja ämmaemandakabinet, samuti protseduuriruum ja laboratoorium. Valmis on ehitatud ka röntgenikabinet, kuigi röntgeniaparaati veel ei ole. Ambulatooriumiga ühe katuse all paikneb köögiblokk.

Kõik erikabinetid on ehitatud ja sisustatud tööhügieeni ja ohutustehnika nõuete kohaselt. Haiglas on enamasti uus mööbel ja inventar.

Haigla pidulikul avamisel andis Tartu Rajooni TSN Täitevkomitee esimehe asetäitja V. Johanson rajooni remondi- ja ehitusvalitsuse ehitusmeeste tööle hea hinnangu. Avamisel viibis ka meie vabariigi üks staažikamaid arste Mihkel Eller, kes aastail 1924 ... 1936 oli Võnnus jaoskonnaarstiks.

Mart Siig

*

10. ja 11. augustil 1968. a. toimus Viljandi rajoonis Kivilõppel Jõgeva, Viljandi ja Tartu rajooni sanitaarpostide II kokkutulek. Iga rajooni esindas 6 sanitaarposti.

Kahe päeva jooksul tuli näidata oskusi ja teadmisi tsiviilkaitse mitmes valdkonnas. Anti abi aatomi-, keemilise ja bakterioloogilise relva läbi «kannatanuile», tehti kunstlikku hingamist ja südamemassaaži ning vastati küsimustele. Üldvõitja selgitamisel võeti arvesse ka laagriplatsi kujundus, välklehed ja osavõtt isetegevusõhtust.

Teist aastat järjest sai karika Punase Risti Seltsi Tartu Rajoonikomitee. Järgnesid Jõgeva ja Viljandi rajoon.

Heino Jaani

*

Viljandi Koduloomuuseumis ja Eesti NSV Riiklikus Etnograafiamuuseumis Tartus oli hiljuti eksponeeritud Nigula Riikliku Looduskaitseala töötajate koostatud etnobotaanikaalane näitus «Rahvatarkust taimedest». Enamik näitusel väljapandud taimedest oli kogutud Kilingi-Nõmme piirkonnast.

Sel huvipakkuval näitusel eksponeeriti 150 eri taime, mida omal ajal kasutati ravimitena, samuti riiete värvimiseks. Ühes vitriinis «Tänapäeval kasutatavaid droge kodumaa taimedest» võis näha nurmenukujuuri, linaseemneid, palderjanijuuri jne.

Meie esivanemad kasutasid haigestumise puhul taimede abi paarisajal eri juhul. Iga haiguse või tervisehäire juhul kasutati keskmiselt 7 erineva taime mõjujõudu. Kõige rohkem erisuguseid taimi (55 liiki) võeti abiks köha valgistamiseks. Rahvatarkus ja kodukandi taimed said jagu niisugustest haigustest nagu lendva roos, allkeha vaevused, sisemised valud, luksumised, varvastevahelised hauded, põletused ning paljud muud. Loodus oli vanasti esimene arst ja apteek.

Tammekoort, pärnaõisi, männikasve ja -okkaid, nõmme-liivateed ning muid taimi kasutasid esivanemad enam kui kahekümne haiguse arstimiseks. Nii otsiti taimedelt abi pidalitõve puhul (kibe tulikas), ka marutõbise koera hammustust raviti taimerohuga (angervaks). Huvitav on teada sedagi, et esivanemad arstisid mesilase nõelamist sookail, kõrvenõgese ja suure teelehega, ussi salvamist aga hariliku maarjalehega.

Venitamist arstiti selliste taimedega nagu angervaks, tedremaran, põld-harakalatv, pal-

derjan, ubaleht jt. Köha arstimise taimed olid järgmised: metsmaasikas, pääsusilm, raudrohi, islandi samblik, võsaülane, toomingas jt.

Näituse vitriinides oli välja pandud vastavateemalist kirjandust.

Näituse koostasid Nigula Riikliku Looduskaitseala töötajad Henn ja Ellen Vilbaste. Nad kasutasid möödunud aastal manalasse varisenud dr. G. Vilbaste poolt paljude aastate vältel kogutud andmeid.

Näitust külastasid elavalt paljud töölised, koduperenaised, õpilased, farmatseudid jt.

Näitus «Rahvatarkust taimedest» jõuab käesoleval aastal ka Pärnusse, Tallinna ja mujale.

*

Elanikkonna hulgas on laialdase populaarsuse võitnud sanitaarhariduslik sari «Teadus ja tervis». Seni on välja antud 22 brošüüri.

Nüüd ilmus kirjastuse «Valgus» väljaandel «Teaduse ja tervise» järjekordne trükis — N. Elšteini brošüür «Uni ja unetus». Selle on vene keelest tõlkinud G. Loogna.

Brošüüris räägitakse unest, unenägudest, hüpnoosist, unehäirete põhjustest ja tüüpidest, nende mõjust tervisele ja töövõimele ning unehäirete ärahoidmisest.

Uni ja unehäired on juba ammustest aegadest inimeste tähelepanu köitnud. Välismaa uurijad koguni väidavad, et unepuudus on lausa «sajandi haigus». Seejuures peetakse silmas ebasoodsat mõju, mida närvisüsteemile avaldavad kiire elutempo, füüsilise koormuse vähenemine jne.

Loetletud küsimuse teaduslik selgitamine elanikkonnale on vajalik, sest ühed inimesed lepivad unehäiretega kui paratamatusega, teised neelavad ravimeid, kuid tulemusteta.

Avo Suurväräv

UUSI RAAMATUID MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

Arstiteaduslikke töid. 15. Trt., 1967, 118 lk. (Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Vihik 208).

Vahemets, E. **Kas aeg peatus?** [Haiglapäevik]. Tln., 1968, 55 lk.

Härma, A. **Ladina keele õpik.** Meditsiinilistele õppeasutustele ja meditsiiniala töötajaile, 2. tr. Tln., 1967, 377 lk.

Habermann, H. **Elu olemusest.** Tln., 1968, 127 lk.

Levitov, N. **Lapse- ja pedagoogiline psühholoogia.** Tln., 1968, 447 lk.

Elštein, N. **Uni ja unetus.** Tln., 1968, 55 lk.

Kõrge, K. **Allergia ehk ülitundlikkus.** Tln., 1968, 45 lk.

Lõvi, M. **Kui teil valutavad hambad.** Tln., 1968, 78 lk.

Saarma, J. **Vananemine ja vaimne tervis.** Tln., 1968, 44 lk.

Saarma, J. **Vaimuhaigused.** Tln., 1968, 64 lk.

Saarma, J. **Kurjast vaimust vaevatud.** [Psühhiaatria ajaloost]. Tln., 1968, 77 lk.

Iblus, O. **Alkohol rooli taga.** Alkoholi mõjust liiklusohutusele. Tln., 1968, 77 lk.

Sanitaarsalklase õpik. Tln., 1968, 164 lk.

Gratšov, B. **Tsiviilkaitse õpilastele.** Tln., 1967, 40 lk.

Труды по легочной патологии. Вып. I. Вопросы фтизиатрии. Таллин, 1968, 216 стр.

Ежегодник Большой медицинской энциклопедии. Т. I. М., 1968, 1495 стлб.

Малая медицинская энциклопедия. Т. 8. Полифагия-реометры. М., 1968, 1216 стлб.

Малая медицинская энциклопедия. Т. 9. Репелленты-спорынья. М., 1968, 1192 стлб.

Диалектико-материалистический анализ основных понятий биологии и медицины. Отв. ред. С. С. Гурвич. Киев, 1968, 354 стр.

Царегородцев Г. И. и Полис А. Ф. **Социальные проблемы медицины.** М., 1968, 175 стр.

Сивоконь П. Е. **Методологические проблемы естественнонаучного эксперимента.** М., 1968, 370 стр.

Лисицин Ю. П. **Современные теории медицины. «Болезни цивилизации» и их буржуазные теоретики.** М., 1968, 300 стр.

Келановски Т. **Пропедевтика медицины.** Перевод с 3-го польского изд. М., 1968, 168 стр.

Шабайлов В. И. **Управление здравоохранением в СССР.** М., 1968, 183 стр.

Зубарев В. Т. и Клейман М. Б. **Охрана трудовых прав работников здравоохранения.** Кишинев, 1968, 52 стр.

Мацко Б. М. и др. **Опыт механизации ведения медицинской документации в больницах.** М., 1968, 72 стр.

Быков Р. Е. и Коркунов Ю. Ф. **Телевидение в медицине и биологии.** Л., 1968, 223 стр.

Справочник медицинской сестры по уходу. Под общ. ред. В. В. Кованова. Изд. 4-е. М., 1968, 464 стр.

Гагунова Е. Я. **Общий уход за больными.** [Учебник для мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1968, 307 стр.

Марзеев А. Н. и Жаботинский В. М. **Коммунальная гигиена.** [Учебник для сан.-гигиен. фак. мед. ин-тов]. 3-е изд. М., 1968, 519 стр.

Давидов Р. Б. и Соколовский В. П. **Молоко и молочные продукты в питании человека.** М., 1968, 236 стр.

Кривоглаз Б. А. **Профессиональные заболевания работников сельского хозяйства.** М., 1968, 164 стр.

Радиационная гигиена. [Учеб. пособие для мед. ин-тов]. Под ред. Ф. Г. Кроткова. М., 1968, 164 стр.

Привес М. Г. и др. **Анатомия человека.** [Учебник для мед. ин-тов]. Изд. 6-е. М., 1968, 812 стр.

Синельников Р. Д. **Атлас анатомии человека.** Изд. 3-е. Т. 3. Учение о нервной системе, органах чувств и органах внутренней секреции. М., 1968. 394 стр.

Канаев И. И. **Близнецы и генетика.** Л., 1968, 105 стр.

Добринская М. А. и Павлович Н. А. **Учебник**

биологической химии. [Для фельдшерско-лаборантских отд-ний мед. училищ]. Изд. 3-е. Л., 1968, 286 стр.

Бердышев Г. Д. **Эколого-генетические факторы старения и долголетия.** Л., 1968, 203 стр.

Горизонтов П. Д. и Протасова Т. Н. **Роль АКТГ и кортикостероидов в патологии.** (К проблеме стресса). М., 1968, 335 стр.

Фитилева Л. М. **Клиническая фонокардиография.** [2-е изд.] М., 1968, 404 стр.

Лемперт М. Д. **Биохимические методы исследования.** Практ. руководство для мед. лаборантов-биохимиков. Изд. 3-е. Кишинев, 1968, 295 стр.

Бокша В. Г. и Долгих-Лихт Н. А. **Аэротерапия.** Киев, 1968, 80 стр.

Сыроечковская М. Н. **Водолечение.** М., 1968, 176 стр.

Смирнов-Каменский Е. А. и др. **Лечебные минеральные воды и их внутреннее применение.** М., 1968, 207 стр.

Гритченко Н. В. **Основы лечебной физической культуры и врачебного контроля.** [Для сред. мед. работников]. М., 1968, 220 стр.

Мошков В. Н. **Лечебная физическая культура на курортах и в санаториях.** Изд. 3-е. М., 1968, 484 стр.

Покровский А. А. **Беседы о питании.** Изд. 2-е. М., 1968, 357 стр.

Желтаков М. М. и Сомов Б. А. **Аллергия к лекарственным веществам.** М., 1968, 360 стр.

Рудерман А. И. **Близкофокусная рентгенотерапия.** М., 1968, 234 стр.

Зедгенидзе Г. А. и Зубовский Г. А. **Клиническая радиоизотопная диагностика.** М., 1968, 368 стр.

Миримова Т. Д. **Отдаленные последствия лучевой терапии у детей.** Л., 1968, 203 стр.

Основы эндокринологии. Под ред. Н. М. Дразнина, М. Ф. Мережинского. (2-е изд.). Минск, 1967, 480 стр.

Петрова М. М. и Курбатова Л. И. **Радиоактивный йод в лечении диффузного токсического зоба.** М., 1968, 167 стр.

Ахтямова З. С. **Хирургическое лечение тиреотоксического зоба.** Казань, 1968, 104 стр.

Буль П. И. **Гипноз в клинике внутренних болезней.** Изд. 2-е. Л., 1968, 238 стр.

Ранние стадии силикоза. Под ред. К. П. Молоканова. Л., 1968, 219 стр.

Сильвестров В. П. **Затянувшиеся пневмонии и их лечение.** Л., 1968, 207 стр.

Брудная Э. Н. и Остапчук И. Ф. **Методы функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы.** 2-е изд. Киев, 1968, 276 стр.

Прессман А. П. и Прессман Л. П. **Нарушения центральной нервной регуляции при сердечно-сосудистых заболеваниях.** М., 1968, 131 стр.

Михеев А. Л. и др. **Вяло и скрыто текущие ревмокардиты.** Киев, 1967, 296 стр.

Ирани М. А. **Лечение антикоагулянтами больных инфарктом миокарда и стенокардией.** Баку, 1968, 166 стр.

Темкин И. Б. **Пониженное артериальное давление.** Ставрополь, 1968, 128 стр.

Левин Г. Л. **Очерки желудочной патологии.** [2-е изд.] М., 1968, 256 стр.

Бурчинский Г. И. и Кушнир В. Е. **Язвенная болезнь.** (Консервативное лечение). Киев, 1968, 154 стр.

Хазанов А. И. **Функциональные пробы в диагностике заболеваний печени.** М., 1968, 404 стр.

Цирроз печени и портальная гипертензия. Отв. ред. П. Н. Напалков. Л., 1968, 312 стр.

Рашевская А. М. и Зорина Л. А. **Профессиональные заболевания системы крови химической этиологии.** М., 1968, 304 стр.

Лабинская А. С. **Микробиология с техникой микробиологических методов исследования.** [Практ. руководство для фельдшерско-лаборантских отд-ний мед. училищ]. Изд. 2-е. М., 1968, 467 стр.

Беликова-Алдакова В. Д. и Додонов В. Н. **Практикум по эпидемиологии.** [Для лечебных и педиатр. фак. мед. ин-тов]. М., 1968, 208 стр.

Кравченко А. Т. и др. **Практическое руководство по применению биологических препаратов.** (Вакцины, сыворотки, бактериофаги). М., 1968, 220 стр.

Практическое пособие по бактериофагии. Под общ. ред. И. М. Габриловича. Минск, 1968, 179 стр.

Анджапаридзе О. Г. **Серопрофилактика и серотерапия вирусных инфекций в эксперименте и клинике.** М., 1968, 195 стр.

Дрейзин Р. С. **Респираторно-синцитиальные вирусные инфекции.** Л., 1968, 255 стр.

Минсбарг Ц. Я. **Клиника и диагностика бреславльского салмонеллеза.**

Уткин В. В. **Циклосерин в терапии туберкулеза легких.** М., 1968, 160 стр.

Сердакова Т. С. **Лечебная физическая культура при туберкулезе костей и суставов.** Л., 1968, 195 стр.

Многотомное руководство по хирургии. Т. 3. Нейрохирургия. Кн. 1. Заболевания мягких тканей головы, костей черепа, головного мозга, его оболочек, сосудов и черепно-мозговых нервов. М., 1968, 307 стр.

Дьяченко П. К. **Хирургический шок.** Л., 1968, 335 стр.

Ахметбекова Х. А. **Основы современного обезболивания.** Алма-Ата, 1967, 117 стр.

Хирургия легочных нагноений. Под ред. Г. Л. Ратнера. Куйбышев, 1968, 264 стр.

Чухриенко Д. П. и др. **Хирургия прободных гастродуоденальных язв.** Киев, 1968, 291 стр.

Волков П. Т. **Оперативное лечение наружных свищей желудка и кишечника.** Л., 1968, 159 стр.

Юдин И. Ю. **Неспецифический язвенный колит.** (Клиника, диагностика, хирург. лечение). Л., 1968, 187 стр.

Блинов Н. И. **Спаечная болезнь, ее профилактика и лечение.** Л., 1968, 168 стр.

Долицкий С. Я. и Пугачев А. Г. **Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей.** М., 1968, 308 стр.

Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. Т. 1. Общие вопросы ортопедии и травматологии. М., 1967, 780 стр.

Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. Т. 2. Ортопедия. М., 1968, 770 стр.

Бабич Б. К. **Травматические вывихи и переломы.** Киев, 1968, 458 стр.

Гончарова М. Н. и Бровкина Т. А. **Ранняя диагностика и функциональные методы лечения врожденного вывиха бедра у детей.** Л., 1968, 146 стр.

Белоусов П. И. **Повышение двигательных функций после ампутации конечностей.** Л., 1968, 218 стр.

Пытель А. Я. и Голигорский Г. Д. **Избранные главы нефрологии и урологии.** Ч. 1. Л., 1968, 312 стр.

Духанов А. Я. **Урология детского возраста.** Изд. 2-е. Л., 1968, 311 стр.

Кшеска И. и др. **Нефрология детского возраста.** [Пер. с польского яз.] Варшава, 1968, 202 стр.

Горелик С. Л. и Мирлес Ю. Д. **Крипторхизм и его хирургическое лечение.** М., 1968, 131 стр.

Дубовый Е. Д. и Лешинский А. Ф. **Радиофосфорная диагностика в онкологии.** Киев, 1968, 216 стр.

Ахундов С. Г. **Клиника и диагностика опухолей больших полушарий головного мозга.** Баку, 1968, 202 стр.

Рыбаков А. И. **Основы стоматологической профилактики.** М., 1968, 167 стр.

Рыбаков А. И. и Платонов Е. Е. **Терапевтическая стоматология.** [Учебник для стоматол. ин-тов (фак.)] М., 1968, 367 стр.

Лукьяненко В. И. **Остеомиелиты челюстей, их профилактика и лечение.** Л., 1968, 296 стр.

Курляндский В. Ю. **Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии.** [Для стоматол. ин-тов, фак.] Изд. 2-е. М., 1968, 223 стр.

Аветисов Э. С. **Дисбинокулярная амблиопия и ее лечение.** М., 1968, 208 стр.

Темкин Я. С. **Профессиональные болезни и травмы уха.** М., 1968, 376 стр.

Справочник невропатолога и психиатра. Под общ. ред. Н. И. Гращенкова и А. В. Снежневского. Изд. 2-е. М., 1968, 580 стр.

Тонконогий И. М. **Инсульт и афазия.** Л., 1968, 268 стр.

Любомудров В. Е. и др. **Вибрационно-шумовая болезнь.** Киев, 1968, 171 стр.

Попов А. К. **Невриты лицевого нерва.** Л., 1968, 119 стр.

Кочетков В. Д. **Неврологические аспекты импотенции.** М., 1968, 280 стр.

Сегал Б. М. **Алкоголизм.** Клинич., социально-психол. и биол. проблемы. М., 1967, 578 стр.

Гукасян А. Г. **Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов.** М., 1968, 312 стр.

Круглова Л. И. и Рубинова Ф. С. **Социально-трудовая адаптация больных эпилепсией.** Л., 1968, 237 стр.

Бодяжина В. И. **Акушерство.** [Учебник для акушерских отд-ний мед. училищ]. 4-е изд. М., 1968, 448 стр.

Дубовик А. И. **Справочник по клинической рецептуре в акушерстве и гинекологии.** Минск, 1968, 247 стр.

Жмакин К. Н. и Сыроватко Ф. А. **Акушерский семинар.** Изд. 2-е. М., 1968, 484 стр.

Мурзалиева Х. Е. **Акушерский семинар.** Алма-Ата, 1968, 334 стр.

Бакшеев Н. С. и Лакатош А. А. **Эмболия околоплодными водами.** Киев, 1968, 227 стр.

Вербенко А. А. и др. **Аборт и противозачаточные средства.** (Клинико-стат. исследование). М., 1968, 39 стр.

Арист И. Д. **Гормональная кольпоцитология.** Киев, 1967, 116 стр.

Миргородская Н. М. **Работа сестры в палате новорожденных.** Изд. 2-е. М., 1968, 172 стр.

Цимбал О. Л. **Рентгенологическое исследование новорожденных.** Изд. 2-е. Л., 1968, 351 стр.

Солохин А. А. **Судебномедицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы.** М., 1968, 235 стр.

Koostanud J. Rochlin

ОГЛАВЛЕНИЕ

(резюме на русском языке)

Н. А. ГОЛЬДБЕРГ — Длительный электрокардиографический контроль при инфаркте миокарда 405

О. И. ВОЛОЖ — Функциональное состояние коры надпочечников у больных ревматизмом 408

Р. Р. БИРКЕНФЕЛЬДТ — Заболеваемость ревматизмом и ее связь климатом на островах Эстонской ССР . 411

А. А. ДАНИЛОВИЧ — Об активности ферментов сыворотки крови при заболеваниях печени и желчных путей . 414

Л. М. КЕРЕС, Э. М. САМАРЮУТЕЛЬ, М. Р. МАРТИНСОН, М. Ф. РИЙКЯРВ и Х.-Э. К. ВАХТЕР — Клиническая ценность определения узоров дерматоглифов 418

К. А. ВАЛГМА и Я. Я. РИЙВ — О распознавании ишемической болезни сердца 423

К. Х. КЫРГЕ — Лечение нарушений ритма сердца 428

М. П. КОЛОМОЙЦЕВ — Современное состояние проблемы гемодермий . 431

С. Д. КОППЕЛЬ — Слово как сигнал (о физиологических основах теории значения имен) 435

Л. А. МАУРЕР — Диспансеризация в работе терапевтов поликлиники . . . 438

Н. А. ШАМАРДИН, Х. А. КАХН и Л. А. ЛИЙН — Использование трилона Б при кальцинозе 440

А. М. БУРЦЕВ и А. И. ЧЕПАСОВ — Опыт снижения производственного травматизма на целлюлозно-бумажных предприятиях 444

А. А. ХААВЕЛЬ — Гигантская грыжа больших срамных губ 445

В. Я. ЛААЗИ — Роль медицинской сестры при уходе и лечении больного инфарктом миокарда 448

И.-В. А. НОВЕК — Дефекты рентгенограмм 451

А. Э. ЛУТС — Причины и лечение тугоухости 453

SISUKORD

Teooria ja praktika

N. GOLDBERG — Pikaajaline elektrokardiograafiline kontroll müokardiinfarkti puhul 403

O. VOLOŽ — Neerupealiste koore funktsionaalsest seisundist reumahaigetel 406

R. BIRKENFELDT — Reumasse haigestumine ja selle seos kliimaga Eesti NSV saartel 409

A. DANILOVITŠ — Seerumifermentide aktiivsusest maksa- ja sapiteede haiguste puhul 412

L. KERES, E. SAMARÜÜTEL, M. MARTINSON, M. RIIKJÄRV ja H.-E. VAHTER — Dermatoglüüfide mustri uurimise kliinilisest väärtusest . . 415

Ülevaated

K. VALGMA ja J. RIIV — Südame isheemilise tõve diagnoosimisest . . 419

K. KÕRGE — Südame rütmihäirete ravist 424

M. KOLOMOITSEV — Hemodermia probleem kaasajal 429

Filosoofia ja meditsiin

S. KOPPEL — Sõna kui signaal (Tähenduseteooria füsioloogilistest alustest) 432

Tervishoid. Töö teaduslik organiseerimine

L. MAURER — Polikliiniku terapeutide dispanseersest tööst 435

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

N. SCHAMARDIN, H. KAHN ja L. LIIN — Triloon B kasutamisest kaltsinoosi puhul 439

A. BURTSEV ja A. TŠEPASSOV — Kogemusi tootmistraumatismi vähendamisel tselluloosi- ja paberitööstuse ettevõtetes 441

A. HAAVEL — Suure häbememoka hiidsong 445

Abiks velskritele ja õdedele

V. LAASI — Meditsiiniõe osa müokardi-infarkti põdeva haige põetamisel ja ravimisel 446

I.-V. NOVEK — Vead röntgenogrammidel 448

A. LUTS — Kuulmishäirete põhjustest ja ravist 451

Kaadri ettevalmistamine

L. KAAR — Uusi arstiteaduse kandidaate 453

Konverentsid ja nõupidamised

K. VILLAKO — Gastroenteroloogide konverents 455

H. KIRT — Eesti NSV Sanitaar-Epidemioloogiateenistuse Keskmeditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi Lõuna-Eesti nõukogu III konverents . . . 455

V. KALNIN ja M. SUHHODREV — Meditsiiniajaloo uurijate teaduslik sessioon 455

A. SARAP — Üleliiduline sümpoosion 456

T. KUSLAP — I ülemaailmne viroloogide kongress 456

V. SALUPERE — Rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress 457

U. SIBUL ja J. MÄNNISTE — III rahvusvaheline fleboloogide kongress . 458

Tähtpäevad

V. KALNIN ja T. KUDU — Liidia Männik 80-aastane 458

J. RIIV — Artemi Vapra 50-aastane . 459

Kriitika ja bibliograafia

V. BRŽESSKI — Tervishoiu edusammud Eesti NSV-s 460

In memoriam

PEETER KUKK 463

Välismaalt

V. RÄTSEP — Reisimärkmeid Šveitsist 464

Mitmesugust

S. SALZMAN — Leiutised ja ratsionaliseerimisettepanekud 467

A. MILLER ja I. LAAN — Välisperioodika koondkartoteek 468

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mestinoon, neo-kompensaan, rondomütsiin, sulfasalasiin . 469

Kroonika 472