



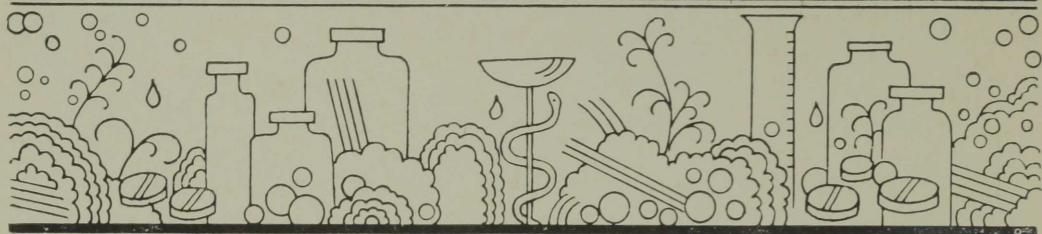
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1 • 1985



ELENIUM 0,01 g 50

[Sünonüümid: *Chlozepidum*, *Librium*, *Napoton*, *Chlordiazepoxide*, *Methaminodiazepoxide*, *Radepur*]

Eleenium on rahustava toimega preparaat. Vähen-
dab lihaste pinget, avaldab krambivastast toimet,
soodustab uinumist.

Ravimi annus on individuaalne. Täiskasvanuile
määratakse tavaliselt 20 ... 40 mg päevas, lastele
5 ... 10 mg, eakate haigete algannus on 5 ... 10 mg
eleeniumit päevas.

Originaalpakendis 50 tabletti à 0,01 g toimeainet.

TABULETTAE ALANTONI

Alantoon on aedvaagi (*Inula helenium*)
juurtest valmistatud preparaat. Soodustab mao- ja
kaksteistsörmikuhaavandite paranemist.

Alantooni võetakse sisse 1 tablett 3 ... 4 korda
päevas pool tundi enne sööki. Ravikuur kestab
4 ... 6 nädalat, armistumata haavandite puhul kuni
8 nädalat.

Originaalpakendis 100 tabletti à 0,1 g toimeainet.

B-1875

1

Nõukogude Eesti Tervishoid

EESTI NSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI AJAKIRI
1985 • XXVIII AASTAKÄIK

SISU

TERVISHOIUJUHT TÄNAPÄEVAS 3 JUHTKIRI

V. Rätsep — Lõppeesmärk on kogu rahvastiku dispanseerimine 4

TEORIA JA PRAKTIKA

O. Volož, E. Solodkaja, Ü. Tagger — Elanikkonna suhtumine massilistesse profülaktilistesse läbivaatustesse 8

M. Rahu, T. Aareleid, T. Vanaselja — Vähihaigete elulemus Eestis aastail 1978...1983 10

E. Hint, M. Tekkel, M. Purde — Riskirühma moodustamine teguri «rinnavähk sugulastel» alusel 13

K. Saks, E. Laane, M. Lintsi — Tsentraalne hemodünaamika tervetel keskealistel meestel doseeritud koormuse korral 15

L. Šerlin — Tuberkuloosne meningiit Tallinna Nakkushaigla andmeil 18

T. Saar, T. Soo — Pleuraõõne drenaažimeetod mädase pleuriidiga tüsistunud ägeda pneumoonia ravis lastel 20

M. Pärlist, H. Lindmäe, E. Potti — Toiduallergia lapseas 21

E. Müllerbek, E. Luiga, U. Rannula, I. Tur — Levamisooli kasutamisest reumahaigete laste rehabiliteerimisel 24

ÜLEVAATED

R. Zupping, A.-E. Kaasik — Peapööritus 27

A. Põldma — Ebastabiilne stenokardia 30

E. Luiga — Idiopaatiline juveniilne osteoporoos 34

I. Laan — Lapse sotsiaalsest adaptatsioonist 36

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

I. Pilv — Laste dispanseerimise parandamine polikliinikutes 38

A. Sarap — Tööajakaod polikliinikuarstidel ja soovitud tööaja otstarbekamaks kasutamiseks 41

H. Luide — Pärnulate kogemusi töötajate tervise kaitsel ning ajutise töövõimetuse vähendamisel 43

A. Rodin, V. Ronžina — Meditsiinilise abi hinnang Kohtla-Järve linnaelanike küsitluse põhjal 45

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASU-ISTIKA

H. Tälli, M. Sepp — Köhuõõne elundite pahaloomulised kasvaja lapseeas 46

MÕTEVAHETUS

M. Kivilo — Veidi taimravi propageerimisest 49

ARSTITEADUSE AJALOOST

M. Tedremaa — Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu 40-aastane 50

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

H. Brus — Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama uus hoone 54

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

K. Birk — Vabariiklik konverents «Keskkond ja elanikkonna tervis» 55

M. Keerma — II vabariiklik jaoskonnarstide konverents 56

H. Vahter — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia dermatoloogia-veneroloogia nõukogu pleenum 57

U. Sibul, A. Peetsalu — XV Ukraina NSV kirurgide kongress 57

R. Silla — XVIII üleliiduline hügienistide ja sanitaararstide kongress 58

L. Priimägi — VIII rahvusvaheline sotsialismimaade interferoonisümposium 58

T. Aareleid — Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) projekti «Naiste enesevaatlus rinnavähi varajasemaks avastamiseks» nõupidamine 59

M. Rahu — IV NSV Liidu ja Soome onkoloogide nõupidamine 60

A. Haavel — Lääne-Eesti arstide seltside I konverents 60

ARSTIDE SELTSIDES

M. Moks — Eesti Toksikoloogide Seltsi väljasõidust 61

L. Jõgi — Kingissepa Arstide Seltsi konverents 61

M. Moks — Eesti Toksikoloogide Seltsi ning Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi ühine koosolek 61

A. Vapra — Üleliidulise Terapeutide Seltsi juhatus pleenum 61

V. Kalnin — Üleliidulise Meditsiiniajaloolaste Seltsi juhatus pleenum 62

MEIE JUUBILARE 63

Aleksis Kuusik, Hailo Liias, Harry Raaga, Vello Valdes, Alma Kadastik, Tiit Allmägi, Ilmar Kruse

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

J. Reinaru — Läkakõha ja paraläkakõha Eesti NSV-s 65

K. Kõrge — Huvitav ja sisukas monograafia 66

M. Tedremaa — Meedikute personaalbibliograafiade koostamine 69

IN MEMORIAM

Jüri Aaso 10. IV 1936...15. XI 1984 70

KROONIKA 71

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pärnu mnt. 8. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Tervishoiujuht tänapäevas

Mis tahes astme tervishoiujuhi tegevus kui oma olemuselt väga mitmetahuline ja komplitseeritud ning paljude inimestega, nii haigete kui ka tervetega, igapäevas kokkupuutev ning põimunud, ei saa olla sobiv ja jõukohane igale meedikule. Tervishoiujuhi mitmekülgse tegevuse üks koostiselemente on tema sõnavõttud ja kaasaraakimine trükisõnas. Trükisõna vahendusel suudab tervishoiujuht mõjutada meditsiinitöötajate argiteadvust ja käitumist, oma tabavalt ja ühemõtteliselt esitatud ning argumenteeritud ettepanekute ja tööpõhimõtetega on ta võimeline mingis mõttes suunama ja vajaduse korral muutma meditsiiniüldsuse tervishoiualast tegevust. On ju tema poolt edastatud mõtete kuuljate arv võrdne ajakirja lugejate arvuga, seega kuuleb ja teab tema mõtteid tegelikult kogu meditsiiniüldsus.

Nii ongi ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» üks esmajärgulisi ülesandeid ka tuua meditsiiniüldsuse ette mis tahes astme tervishoiujuhi algupäraseid väärimõtteid, töökogemustest kristalliseerunud nõuanded ja meditsiinideontoloogia vankumatud igikestvad põhi- ja juhtprintsiibid, kinnistamaks neid tervishoiutöötajate mõttes ja südames. Lõppkokkuvõttes tuleb see kasuks kogu tervishoiusüsteemi ladusalt ja häireteta funktsioneerimisele.

Meie ajakiri peab range nõudlikkusega ka edaspidi avaldama üksnes neid töid, millest on kasu ning mida on vaja arstide kvalifikatsiooni tõstmiseks, eeskätt jaoskonnaarstide, tsehh- ja kiirabiarstide, kogu polikliinilises arstibis tegelevate arstide teadmiste täien-

damiseks üldse. On iseenesest mõistetav, et need kirjutised peavad olema väga konkreetse sisuga, tervishoiuarengu juhtsuundi selgitavad, ühemõtteliselt mõistetavad. Nad ei tohiks olla üldsõnalised ega vähese informatiivsusega. Mõistagi ei tohiks autorid korrata juba varem trüki avaldatut. Toimetuse eelistab ülevaateartikleid, ka uudse metoodikaga originaalseid uurimusi, uusi mõtteid sisaldavaid töid pakilistel meditsiiniteemadel või tervishoiu organisatsioonimetoodika eriküsimustes. Kaastööde hindamisel eelistame sisutihedaid artikleid, sest need aitavad arstil teadmisi rikastada ning diagnoosimisalast analüüsivõimet arendada. Ka edaspidi avaldame kirjutisi meditsiiniga seostuvatest filosoofiaprobleemidest, mis peab aitama kinnistada meditsiinitöötajate materialistlikku maailmavaadet ja maailmatunnetust. On ju marksism-leninism arstile see vahend, mis võimaldab tal maailmavaatelistele, tunnetusteoreetilistele, metodoloogilistele ja ka meditsiinieetika eriküsimustele anda vastuse teadusliku maailmavaate seisukohalt lähtudes.

Meie sotsialistliku ühiskonna arst, ka tervishoiujuht ei ole üksnes haiguste diagnoosija ja raviarst, ta peab olema ka sotsialistliku tervishoiusüsteemi kujundaja ning teistele eeskuju, samal ajal nii tervete kui ka haigete ning ühiskonna huvide kaitsja. See kõik nõuab tervishoiujuhilt eriti vastutustundlikku suhtumist inimesesse, arstikutsesse, oma kohustustesse. Sellest sõltub ju oluliselt, milline on tema mõju patsiendile, milline on haigete ja tervete usaldus, milline kaal on tervishoiujuhi, ka iga arsti sõnal, otsusel ja nõuandel.

See kõik tuleneb ka NLKP Keskkomitee otsusest «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõttust töötajate hulgas tehtavast poliitilisest kasvatustööst», erakordse tähtsusega dokumendist, millest kõigi astmete tervishoiujuhid on kohustatud igapäevases tervishoiupraktikas juhinduma. Ja selle otsuse täitmisel on oluline koht trükisõnal, meie ühisel teaduslik-praktilisel ajakirjal.

UDK 616-084:614.2

Lõppeesmärk on kogu rahvastiku dispanseerimine

Väino Rätsep · Tallinn

ülddispanseerimine, põhimõtted, meditsiinkaadri ettevalmistamine, organisatsioonimetoodika, materiaal-tehniline baas

Nõukogude tervishoid on riiklike sotsiaal-majanduslike ja meditsiiniliste abinõude süsteem, mille ülesanne on säilitada ja tugevdada iga inimese ning kogu rahva tervist, tagada ühiskonnaliikmete harmooniline kehaline ning vaimne areng. Partei ja valitsuse sotsiaalpoliitika oluline osa on profülaktilise suuna arendamine rahvatervishoius, mida realiseeritakse järjekindlalt ulatuslike sanitaar-hügieeniliste abinõude rakendamisega, tagamaks inimestele järjest paremad töö-, olme- ja puhketingimused. Profülaktilise ja ravimediitsiini ühtsus tervishoiukorralduses väljendub kõige ilmekamalt dispanseerse meetodi järjest laialdasemas rakendamises.

NLKP Keskkomitee 1983. a. juuni-pleenum seadis riigi tervishoiusüsteemi lähimate aastate tähtsaimaks ülesandeks ülemineku kogu rahvastiku dispanseerimisele. Tegemist on kestva ja etapilise protsessiga, millega on otsustatud meil alustada tänavu. Dispanseerimist tuleb rakendada kui meditsiinilise abi kvaliteedi tõstmise ja rahva tervise tugevdamise põhisuunda.

Vaevusteta ja haigusnähtudeta inimeste kompleksne arstlik läbivaatus vähemalt kord aastas kätkeb eesmärgi välja selgitada teatud haigustest ohustatud inimesed, võtta nad aktiivsele meditsiinilisele järelevalvele, rakendades preventiivseid meetmeid nende töös, olmes, eluviisides. Samuti võimaldab kogu rahvastiku tervisliku seisundi iga-aastane kontroll välja selgitada prekliinilisi ja algstaadiumis tervisehäireid ning alustada õigeaegselt ravi.

Uued ülesanded on seotud esmajoones nende praktiliselt tervete täiskasvanute dispanseersele arvele võtmisega, kes perioodilise läbivaatuse alla seni ei ole kuulunud. Need täiskasvanud moodustavad ligikaudu 40 % rahvastikust.

Ülddispanseerimise esimese etapi programm näeb ette läbivaatust nelja spetsialisti poolt (terapeut, kirurg, stomatoloog ja günekoloog) ning piiratud ulatuses laboratoorsete ning funktsionaaldiagnostiliste uuringute tegemist. Saadud andmete alusel selekteeritakse osa riskirühmadesse ja vajaduse korral saadetakse kitsama eriala spetsialisti juurde.

Kõige suuremat rõhku tuleb panna naiselanikkonna dispanseerimisele, sest hoolitsus naise, tulevase ema tervise eest peab olema pideva tähelepanu all. Günekoloogid on koostanud territoriaaljaoskondade ja suuremate ettevõtete, kus töötab tsehhigünekoloog, passid. Ettevõtetes, kus on 700 töötajat või üle selle, korraldab profülaktilisi läbivaatusi meditsiinipunktides asutusele kinnistatud günekoloog. Igal aastal on läbivaatusega hõlmatud 65...93,3 % meie vabariigis töötavatest naistest, seejuures on võetud vaginaalseid preparaate tsütoloogiliseks uuringuks 80...90 %-lt läbivaadatuist. Eriti täpselt ja põhjalikult uuritagu 15...17-aastasi neidusid, et neil günekoloogilisi haigusi avastada juba varakult. Seetõttu kuulub selle vanuserühma neidude läbivaatus Tallinna Noorukite Polikliiniku ja Tartu Polikliiniku noorukite kabineti akušöörgünekoloogide kohustuste hulka. Töötavate ja õppivate naiste läbivaatusele tuleb kaasa tõmmata ka keskastme meditsiinitöötajaid polikliinikute vaatluskabinettides, velskri- ja ämmaemandapunktides ning maa-ambulatoriumides. Läbivaatuse ajal peab kõiki naisi uurima ka vaginaalselt (teha äigepreparaadid) ning tsütoloogiliselt. Informatsioon günekoloogilise läbivaatuse kohta tuleb edastada naist dispanseerivale terapeutile, märkides ära uuritu aadressi sissekirjutuse järgi.

Laste dispanseerimine on toimunud juba aastaid, paranema peab aga selle kvaliteet. Kuni aastase lapse vaatab pediaater läbi iga kuu, kahe-kolmeaastase kord kvartalis, seejärel koolimine kuni kord poolaastas, edasi 15. eluaastani kord aastas.

Kohustuslikud läbivaatused kitsa eriala spetsialistide juures on ette nähtud esimesel, teisel, kolmandal, viiendal, seitsmendal ja 12. eluaastal. Vaja on kohtadel laiendada laboratoorset baasi, kasutusele võtta sõeltestid, eriti õpilaste ja eelkooliealiste laste uurimiseks. Õpilaste läbivaatusel pööratagu erilist tähelepanu ka kaariese ning müoopia varajasele diagnoosimisele ja õigeaegsele ravile.

Üleminek iga-aastasele ülddispanseerimisele esitab uusi nõudeid meditsiinkaadri ettevalmistuse, töökorralduse, meditsiinitehnika ja muude materiaalsete ressursside kasutamise osas. Suuresti peab paranema nii profülaktiliste läbivaatuste kvaliteet kui ka haiguste tõttu arvelolijate abi kvaliteet.

Selle komplitseeritud ülesande lahendamise nõuab tervishoiujuhtidelt ja arstiteadlastelt uue organisatsioonimeetodika väljatöötamist, arvestades ürituse massilisust, uurimise keerukust ja täpsete andmete puudumist enamlevinud haiguste riskitegurite kohta. Kogu rahvastiku dispanseerimise esimesel etapil tuleb peatähelepanu pöörata südame- ja veresoonte ning onkoloogilistele ja psüühilistele haigustele kui peamistele surma, invaliidsuse ja ajutise töövõimetuse põhjustajatele.

Põhiliste krooniliste mittespetsiifiliste haiguste arvele langeb meil 60 % üldsusest. Võitlus nende haiguste vastu toimub eelkõige haigete ravimise, nende rehabiliteerimise, paremal juhul teiste profülaktikaabinõude rakendamise teel haiguse varajases staadiumis. Vähest kasutamist on aga leidnud esmane profülaktika, s. o. riskitegurite vältimine või nende kõrvaldamine. Ei ole enam kahtlust, et suitsetamine, ülemäärane kehakaal, hüpertensioon, hüperkolesterineemia, häiritud glükoositalerantsus, kehalise aktiivsuse vähe-

nemine on üldtunnustatud riskitegurid. Ei ole kahtlust ka nende mõjus haigestumisele, tööjõu kaotusele ja surmisele krooniliste mittespetsiifiliste haiguste tõttu (südame- ja veresoonte haigused, kroonilised respiratoorsed haigused, vähktõbi, suhkurtõbi, liikumisaparaadi haigused). Põhiülesanne on seega esmane profülaktika, s. o. riskitegurite vältimine või nende mõjutamine.

Riskitegurite vältimise eeltingimus on õigete harjumuste kujundamine: normaalne toitumine, karskus, küllaldane kehaline aktiivsus. Selleni jõudmiseks on vaja laialdaselt kaasa tõmata ühiskondlikke organisatsioone ja üldsust.

Nende probleemide lahendamisel etendavad tähtsat osa epidemioloogilised uurimised. Ateroskleroosi, hüpertensiooni, südame isheemiatõve leviku uurimine maa eri kliima-geograafilistes tsoonides, arvesse võttes geneetilisi tegureid, haigete sugu, eluiga, toitumist ja elukutset, annab meile andmeid mitte üksnes tõelise haigestumuse kohta, vaid võimaldab välja selgitada ka riskitegurite laadi ja leviku. See omakorda võimaldab tervishoiuorganitel ratsionaalsemalt ja küllalt täpselt korraldada südame- ja veresoonte haiguste all kannatajate dispanseerimist ja profülaktikat, võidelda teadlikult ja põhjendatult riskitegurite vastu.

Arteriaalne hüpertensioon on kõige levinum südame- ja veresoonte haigus. Ligikaudu üks viiendik kõigist südame- ja veresoonte haiguste tagajärjel surmaga lõppevatest juhtudest on tingitud arteriaalsest hüpertensioonist. See haigus soodustab südame isheemiatõve arengut, mis võib viia surmani. Hüpertensioon on üks südame isheemiatõve, müokardiinfarkti ja ka ajuinsuldi peamisi riskitegureid. Võitlus arteriaalse hüpertensiooniga on profülaktilise kardioloogia esmane ülesanne.

Ajuveresoonte haigustest on saanud üks tähtsamaid meditsiinilis-sotsiaalseid probleeme. Ajuinsult on surma põhjusena hõivanud ühe esikohtadest, insuldi põdemisest jääb enamik aga

invaliidideks. Ajuveresoonte haiguste esinemissageduse suurenemine on iseloomulik majanduslikult arenenud maa-dele. Eelkõige seletub see eluea pikemimisega — rahvastik vananeb — ja tänapäeva elu iseärasustega: elurütm kiireneb, informatsioonitulv kasvab, kehaline aktiivsus alaneb, negatiivne stress sageneb, on hirm termotuumasõja ees. Teise iseärasusena täheldatakse ajuveresoonte kahjustuste sagedamist nooremate hulgas, nii nagu südamelihase infarkti põdejatelgi. Alles viimastel aastatel on mõnedes maades täheldatud ajuveresoonte haiguste esinemissageduse vähenemist, mis teatud määral on tingitud nende haiguste paremast ravist, kuid peamiselt siiski profülaktikameetmete rakendamisest.

On saadud andmeid insultide ning muude ajuveresoonte haiguste leviku ja esinemissageduse kohta meie maa eri regioonides, uuritud on haiguste loomulikku kulgu, keskkonnategurite mõju ja organismi iseärasusi. Profülaktikameetmete rakendamine tagab dispanseerimisel nende inimeste väljaselgitamise, kellel on riskitegurid või nende haiguste algnähud, ja nende ravimise.

Insuldi ja insuldijärgsete seisundite levik on ulatuslik. Näiteks Moskva insuldiregistri andmeil on haigestumissagedus aastas 2,5 1000 inimese kohta, suremus üks 1000 inimese kohta. Insulti põdenute ja ellujäänute arv on 1,8... 1,9 miljonit inimest NSV Liidus.

Ajuinsult tekib igas eas inimestel, märgatavalt sagedamini aga viiendal aastakümnel.

Mööduvad ajuvereringehäired on sageli ajuinsuldi eeltunnus. Nende esinemissagedus suureneb vanusega. Meestel 40... 49 aasta vanuses on see kolm 1000 inimese kohta, 50... 59 aasta vanuses 12 1000, 60... 69 aasta vanuses 158 1000 inimese kohta. Selle vormi hulka kuuluvad mõnede autorite andmeil ka nn. transitoorsed isheemilised atakid ja enamasti hüpertensioonist põhjustatud kriisid.

Mööduvate ajuvereringehäirete korral tekib insulti 10 korda sagedamini kui kontrollrühmas. Häiretejärgselt

võib ajuinsuldi asemel tekkida müokardiinfarkt. Epidemioloogiliste uurimiste varal tuleb välja selgitada isikud, kellel on ajuvereverastuse puudulikkuse algnähud.

Ajuveresoonte haiguste riskitegurite hulka kuulub eelkõige arteriaalne hüpertensioon, mida esineb 21,5 %-l 50... 59 aasta vanustest meestest. Esineb korrelatsioon arteriaalse hüpertensiooni staadiumi ja ägedate ajuvereringehäirete sageduse vahel. Ka kergeima hüpertensioonivormi korral on insuldi tekke risk 2,1 korda suurem kui kontrollrühmas.

Edasi kuuluvad riskitegurite hulka psühhoemotsionaalne pinge, hüpokiineesia, suitsetamine, alkoholi pruukimine, kohin peas, vahelduv lonkamine. Ka suurel kehakaalul, rasvumisel, lipiidide ja süsivesikute ainevahetuse häiretel on riskitegurite seas kindel koht. Pärilikkuse osas päris kindlat ühtset seisukohta veel ei ole, kuid on perekondi, mille paljud liikmed surevad insuldi juba noores eas. Neis perekondades esineb kalduvus lipiidide ja vere koagulatsiooniomaduste ainevahetuslike häirete tekkeks ning veresoonte kõrgenenud reaktiivsuseks. Eriti ebasoodne on olukord siis, kui mitu riskitegurit esineb koos.

Südame- ja veresoonte haiguste epidemioloogiline uurimine tuleb ühiselt teha kardioloogidel ja neuropatoloogidel, soovitatav samal rahvastiku rühmal, sest südame- ja ajuveresoonte haigused on väga sageli omavahel seotud ning enamik riskitegureid on kokkulangevad. Saadud andmed on aluseks esmase ja teisese profülaktika meetmete rakendamisele.

Endogeensete psüühiliste haiguste (skisofreenia, afektiivsed psühhoosid jt.) epidemioloogia tundmine on võimaldanud lahendada mitmeid probleeme. Endogeensete psühhooside väliste nähtude kliiniline polümorfism on teatud määral seoses geneetiliste teguritega. Selle alusel on arenenud psüühiliste haiguste epidemioloogiline geneetika.

Pahaloomuliste kasvajate epidemioloogia pidepunktid annavad veenva

materjali, avastamaks seoseid teatud liiki kasvajatessse haigestumise ja antud piirkonnas valitsevate tavade ja harjumuste vahel, samuti ka eri väliskeskonna teguritega.

Vähiepidemioloogias uuritakse üha laialdasemalt ümbritsevas keskkonnas leiduvaid kantserogeene, õpitakse tundma uuritavate sisekeskkonna muutusi, tehakse viroloogilisi, geneetilisi jt. uuringuid. Seega annab epidemioloogia oma panuse vähi etioloogia selgitamise koos molekulaarbioloogiliste uurin-gutega, mis meie päevil on eriti kaalu-kaks kujunenud.

Rõhutan siiski, et vaatamata palju-dele huvitavatele avastustele onkogee-niprobleemide valdkonnas, ning ilmu-nud publikatsioonidele, on raku paha-loomustumise mehhanismis jäänud veel paljugi ebaselgeks ja meil ei ole veel alust patogeneetiliselt põhjendatud vä-hiprofülaktika ja -ravi meetoditele.

Küll aga avavad epidemioloogilised uuringud tee mõningate pahaloolumuliste kasvajate liikide vältimiseks. Veenvalt on näidatud kopsuvähi ja suitsetamise seost, toitumistegurite ja -režiimi täht-sust söögitoru-, mao-, jämesoolekasva-jate tekkes, naise organismi funktsioo-nihäirete mõju rinnavähi tekkimisele.

Majanduslikult arenenud maades on viimastel aastakümnetel ilmnenu ise-loomulik kopsuvähki haigestumise tõu-sutendents, eriti meestel, kuid viimasel ajal ka naistel, emakakaelavähki hai-gestumise vähenemine samaaegselt rin-nanäärmevähi juhtude sagenemisega, maovähki haigestumise vähenemine üheaegselt jämesoolevähi esinemissage-duse suurenemisega.

Raku pahaloomustumise detailmeh-anismide mittetundmine ei ole aga takistuseks vähiprofülaktika ja -ravi meetodite otsimisel ja täiustamisel, millele suurel määral aitavad kaasa epidemioloogilised uurimised.

Ülddispanseerimine ei ole lihtne ülesanne, kuid, nagu arvestused on näi-danud, reservid meil selleks on. Te-rapeudi- ja pediaatrijaoskondade suu-

rust on vähendatud normatiivseni. Sta-tistika andmeil on reserve jaoskonna-terapeutide tööaja paremaks kasutami-seks, ka tunnikoormus on seni jäänud maha normatiividest. Dispanseerimine on vaja üle viia rohkem laupäevale. See, et kirurge ja günekolooge on pii-savalt, lubab meil optimistlikult asuda ülddispanseerimisele. Raskusi on sto-matoloogiliste läbivaatuste ja ravi taga-misega, samuti laboratooriumide ja funktsionaalse diagnostika kabinetide (osakondade) tööga. Maksimaalselt on vaja ära kasutada töökorralduse ees-rindlikke vorme, avada kõikides poli-kliinikutes eelvastuvõtukabinetid, raja-da profülaktikaosakonnad (-kabinetid), kasutusele võtta patsientide iseregist-reerimine. Sanitaarharidustöös tuleb tõhustada tervete eluviiside propa-gandat.

Arusaadavalt tekib ülddispanseerimi-sele üleminekul mitmeid raskusi, mis selguvad alles töö käigus. Valmisretsep-te selleks ei ole ning paljudele probleemidele tuleb lahendus leida koha-likke võimalusi ja olusid arvestades.

Ülddispanseerimisega algab uus etapp meie maa tervishoiukorralduse arengus. Ülddispanseerimine vajab meie endi uusi kogemusi, organisatsioonimetoodi-ka muutmist, mis koos kaadri ja mate-riaal-tehniliste ressursside lisandumi-sega aitab toime tulla üldriikliku üles-andega, mida kogu rahvastiku dispan-seerimine endast kujutabki.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Teooria ja praktika

UDK 616.12-005.4-02-084

Elanikkonna suhtumine massilistesse profülaktilistesse lääbivaatustesse

Olga Volož Eleonora Solodkaja
Ülle Tagger · Tallinn

südame isheemiatõbi, riskitegurid, profülakti-
lised uuringud, elanikkonna osavõtt

Südame isheemiatõve laialdast esmast profülaktikat peetakse põhiliseks reaalseks abinõuks haiguse leviku pidurdamisel. Paljudes maades on suremus südame- ja veresoonte haiguste tõttu viimastel aastatel langenud (1, 2, 10), mida seostatakse positiivsete muutustega elulaadis ja riskitegurite leviku vähenemisega.

Nagu Nõukogude Liidus südame isheemiatõve paljutegurilise profülaktika programmi kahe aasta tulemused on näidanud, suudeti vähendada kolme põhilise riskiteguri — arteriaalse hüpertensiooni, suitsetamise ja hüperkolesterineemia — ulatust (6).

Massiliste profülaktikaürituste edu sõltub suuresti elanike psühholoogilisest valmisolekust. Oluliseks tuleb pidada maksimaalset osavõttu, sest on kindlaks tehtud (7, 11), et just profülaktilisest läbivaatusest eemale jäänud isikud kuuluvad südame isheemiatõve olemasolu ja tekke osas suure riski rühma.

Et välja selgitada elanike valmisolek

massilisteks profülaktikaüritusteks, uuriti südame isheemiatõvest kõige enam ohustatud vanuselis-soolist rühma — 35...59-aastasi mehi.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Valimisnimekirjade alusel koostati Tallinna Kalinini rajoonis elavate meessoost 35...59 aasta vanuste isikute nimekiri, millest juhuslike arvude tabeli alusel valiti 20 %, s. o. 3187 inimest. Neile saadeti posti teel kutsed, millele oli märgitud uuringu eesmärk ja selle tähtsus. Uurimismetoodika koosnes küsitlusest Rose'i ankeedi järgi (3) ja EKG registreerimisest 12 lülituses ning sellele järgnevast kodeerimisest Minnesota koodi järgi, kusjuures järeldus südame isheemiatõve kohta tehti laiendatud kriteeriumide järgi (8). Tähtsamate riskitegurite kindlakstegemiseks mõõdeti vererõhku standardmeetodil, antropomeetria alusel arvutati välja Quetelet' indeksi ($\frac{\text{kehakaal, kg}}{\text{pikkus}^2, \text{ m}}$),

määراتi kolesteriinisaldus vereseerumis, küsitleti suitsetamise ja kehalise aktiivsuse kohta. Nendele, kes esimese kutse peale kohale ei ilmunud, saadeti 2...4 kutsed, võimaluse korral vesteldi ka telefoni teel. Uurimise lõpetamisel saadeti mitteilmunuile koju ankeedid, mis sisaldasid küsimusi vanuse, hariduse, kehakaalu ja pikkuse, suitsetamise, vererõhu, samuti uuringust keeldumise põhjuse kohta. Ankeet sisaldas ka Rose'i küsimustiku koos seletusega selle täitmise kohta.

Töö tulemused. Südame isheemiatõve esinemissagedus uuritud populatsioonis oli $12,1 \pm 0,5$ %: kindel dokumenteeritud müokardiinfarkt esines $1,2 \pm 0,2$ %-l, pingutusstenokardia $2,8 \pm 0,4$ %-l, valuta vorm $2,2 \pm 0,3$ %-l, võimalik müokardiinfarkt $2,8 \pm 0,4$ %-l, võimalik isheemia $2,1 \pm 0,3$ %-l, arütmiline vorm $0,4 \pm 0,1$ %-l, isheemia vasaku südamevatsakese hüpertroofiaga $0,6 \pm 0,2$ %-l juhtudest. Riskitegurite levik osutus järgmiseks: arteriaalne hüpertensioon $32,9 \pm 1,0$ %-l, suitsetamine $53,9 \pm 1,1$ %-l, hüperkolesterineemia (kolesteriinisaldus vereseerumis ≥ 260 mg/dl) $18,8 \pm 0,9$ %-l, liigne kehakaal (Quetelet' indeks ≥ 30) $16,6 \pm 0,8$ %-l, liikumisvaegus $9,8 \pm 0,6$ %-l (4).

Uuriti 2234 meest (70,1 % väljakutsutust). Nendest ilmus kohale kohe pärast esimest kutsed 69,4 %, pärast teist 17,9 %, pärast kolmandat 10,8 % ja pärast neljandat kutsed 1,9 %. 953 meest (29,9 %), kelle aadressid olid täpsustatud aadressbüroo kaudu, ei ilmunud isegi neljanda kutse peale. Neist

vastas koju saadetud ankeedi küsimustele 37,2 % (355 ehk 11,1 % valikrühmast). 41 (1,3 %) ankeeti tagastati adressaadi elukoha muutumise tõttu, 16 (0,5 %) isikut olid omastelt saadud informatsiooni järgi uurimise ajaks surnud. Kontakti ei õnnestunud saada 571-ga (17 %). Nende seas, kes uuringust osa ei võtnud, kuid ankeedi täitsid, olid ülekaalus nooremad ja kõrgharidusega mehed.

Ühe põhilisema mitteilumuse põhjusena toodi anketeerimise ajal ajutist äraolekut Tallinnast (36,2 %). 24,9 %-l ei sobinud vastuvõtuaeg (hommikuti tööpäevadel). 21,7 % loobus uuringust, sest nad ei olnud sellest huvitatud. Uuringu vastu ei tundnud sagedamini huvi vanemad mehed, mida tuleb seostada sellega, et nad pöörduvad arsti poole rohkem enda algatusel.

Pakub huvi, et Rose'i küsimustikule antud positiivsete vastuste sagedus uuringust osavõtjate ja iseseisvalt ankeeti täitnute seas oluliselt ei erine (tüüpiline pingutusstenokardia 2,8 % ja 2,5 %, atüüpiline* pingutusstenokardia vastavalt 3,7 % ja 4,5 %). Haridusele vaatamata ei tulnud 20,3 % toime Rose'i ankeedi iseseisva täitmisega. Seega tuleb selle ankeedi isetäitmise võimalust massilise profülaktilise uuringu käigus pidada piiratuks.

Põhilisi südame isheemiatõve riskitegureid oli paljudel uuringust kõrvalejäänud isikuil: 20,6 % teadis endal olevat arteriaalse hüpertensiooni, 11 %-l esines liigne kehakaal, 62,7 % suitsetas. Seega on epidemioloogiline olukord uuringule mitteilmunud isikutel analoogne sellega, mida täheldati sõltestist osavõtnutel.

Arutelu ja kokkuvõte. Andmed kinnitavad südame isheemiatõve varajase

aktiivse profülaktika tähtsust praktiliselt tervete, kuid riskiteguritega isikute hulgas (5). Selleks otstarbeks võib kasutada NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi käskkirja nr. 400 (30. maist 1969) alusel tehtavaid profülaktilisi läbivaatusi. Kui uurimiskompleksile lisada küsitlus Rose'i ankeedi järgi, EKG kodeerimisega Minnesota koodi alusel, arteriaalse rõhu mõõtmine standardmeetodil, antropomeetria kehakaalu hindamisega Quetelet' indeksi alusel, kolesteriinisalduse määramine vere-seerumis, on võimalik suuresti parendada südame isheemiatõve ja selle riskitegurite varajast väljaselgitamist organiseeritud elanikel, rakendamaks primaarseid ja sekundaarseid profülaktikameetmeid.

Ülddispanseerimisele ülemineku perioodil tuleb silmas pidada, et jaoskonatrapeudil (9) tuleb tegelda põhiliselt mitteorganiseeritud elanikkonna osaga. Elanikkonna valmisolek profülaktika-üritustest osavõtuks on siin eriti oluline. Korraldatud uuringu andmeil ei ole see 35...59 aasta vanuste meeste seas küllaldane.

Massilistele profülaktikaüritustele peab eelnema laiaulatuslik meditsiiniteadmiste propaganda massinfoallikate (ajakirjandus, raadio, televisioon, kino) kaasabil.

KIRJANDUS: 1. Pyörälä, K. Duodecim, 1982, 98, 2, 96—99. — 2. Rose, G. Przegl. lek., 1979, 36, 10, 690—696. — 3. Rose, G., Blackburn, H. Cardiovascular Survey Methods. Geneva, 1968. — 4. Volož, O., Tagger, Ü., Solodkaja, E., Kaljuste, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 2, 86—88. — 5. Алмазов В. А., Миняев В. А., Поляков И. В. и др. Сов. здравоохран., 1983, 9, 20—23. — 6. Ахметели М. А., Глазунов И. С., Чазова Л. В. и др. В кн.: Тезисы докладов IX всемирного конгресса кардиологов. Т. I. М., 1982. — 7. Бабуничева А. В., Домаркене С. Б., Глазунов И. С. и др. Кардиология, 1977, 8, 16—20. — 8. Жуковский Г. С. Тер. арх., 1981, I, 33—40. — 9. Миняев В. А., Поляков И. В., Соколова Н. С. и др. Сов. здравоохран., 1983, 4, 8—14. — 10. Оганов Р. Г., Метеллица В. И. Кардиология, 1982, 8, 5—14. — 11. Тамашюнас А. А., Бабуничева А. В., Домаркене С. Б. Кардиология, 1984, 2, 83—85.

* Atüüpiliseks stenokardiaks nimetatakse valu rindkeres, mis tekib kiirel kõndimisel ja kaob peatumisel või käimise aeglustamisel, kuid kestab üle 10 minuti või lokaliseerub ainult vasakul pool rindkeres. Atüüpiline stenokardia ei kuulu epidemioloogiliste kriteeriumide alusel südame isheemiatõve klassifikatsiooni, kuigi arvatakse, et selle taga siiski peituvad sageli koronaarsed patoloogilised muutused.

UDK 616-006-036.8(474.2) «1978/1983»

Vähihaigete elulemus Eestis aastail 1978...1983

Mati Rahu Tiiu Aareleid
Taimi Vānaselja · Tallinn

vähiregister, pahaloomulised kasvaja, elulemus, mehed, naised

Eesti Vähiregistri asutamine 1978. a. andis võimaluse alustada sihipärast tegevust tõepäraste statistiliste andmete kogumiseks, säilitamiseks ja analüüsimiseks (8). Haigestumuse, suremuse ja levimuse uurimise kõrval on vähiregistri ülesandeks ka haigete elulemusstatistika esitamine. Vähistatistika muude alaliikidega võrreldes esitab elulemusstatistika märgatavalt suuremaid nõudeid andmehõive korraldusele ja andmepanga täiendamisele. Seetõttu leidub ka napilt andmeid maailma eri piirkondade vähihaigete elulemuse kohta.

Käesoleva artikli ülesanne on anda

kõige üldisemat laadi informatsiooni nende haigete elulemuse kohta Eestis, kellel 1978. a. diagnoositi pahaloomuline kasvaja.

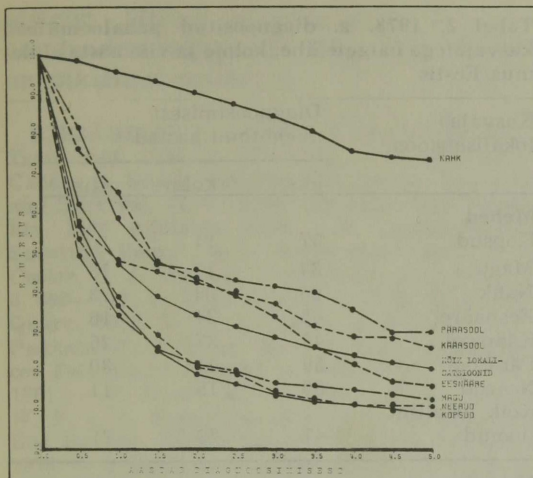
Uurimismaterjal ja -metoodika. Vähiregistri andmeil diagnoositi 1978. a. Eesti NSV elanikel 3955 esmast vähijuhtu (neist 23 isikutel, kes 1978. a. elasid teistes liiduvabariikides, kuid aastail 1978...1983 asusid elama Eestisse). Elulemuse uurimiseks kasutati andmeid 1636 pahaloomulise kasvaja juhu kohta meestel ja 2068 juhu kohta naistel, kusjuures analüüsist jäeti välja 221 pärast surma diagnoositud juhtu ja 30 vaatluse alt kadunud juhtu (Eestist lahkunud või siin ebarahuldavalt dispanseeritud haiged). Analüüsiti kõiki vähijuhte kokku ning veel seitsset sagedamini esinevat lokalisatsiooni meestel ja üheksat naistel, mille arvele langes vastavalt 69% ja 76% kõigist pahaloomulistest kasvaja-test (vt. tabel 1).

Elulemus leiti otsesel meetodil (7, 10, 13), mille kohaselt see arvutati iga valitud ajavahemiku lõpu haigusjuhtude arvu ja 1978. a. diagnoositud haigusjuhtude arvu jagatisena. Näiteks 1978. a. diagnoositi meestel 448 kopsuvähijuhtu, millest käesolevas analüüsis kasutati 407. Kuus kuud pärast haiguse diagnoosimist elas 231 isikut, seega poole aasta elulemus oli $231 : 407 \times 100$ (57%). Diagnoosimismomendist kolm aastat hiljem elas 57 isikut, mis annab kolme aasta elulemuseks 14%.

Tabel 1. 1978. a. diagnoositud ja elulemuse analüüsiks kasutatud pahaloomuliste kasvajate esmasjuhtude arv Eestis

Kasvaja lokalisatsioon	ICD-8* rubriik	Diagnoositud juhtude arv	Elulemuse analüüsiks kasutamata juhud		Kasutatud juhud	
			diagnoos pärast surma	edasised andmed puuduvad	absoluut-arv	%
Mehed						
Kopsud	162	448	41	0	407	24,9
Magu	151	317	20	1	296	18,1
Nahk	173	136	0	1	135	8,3
Eesnääre	185	102	10	0	92	5,6
Käärsool	153	78	4	1	73	4,5
Pärasool	154	72	0	2	70	4,3
Neerud	189	65	3	0	62	3,8
Kõik lokalisatsioonid	140-209	1770	123	11	1636	100,0
Naised						
Rind	174	341	0	2	339	16,4
Magu	151	307	18	4	285	13,8
Nahk	173	237	0	3	234	11,3
Emakakael	180	163	2	4	157	7,6
Munasari	183	149	6	1	142	6,9
Emakakeha	182	127	4	0	123	5,9
Käärsool	153	121	13	0	108	5,2
Pärasool	154	106	2	0	104	5,0
Kopsud	162	86	13	1	72	3,5
Kõik lokalisatsioonid	140-209	2185	98	19	2068	100,0

* Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 8. väljaanne

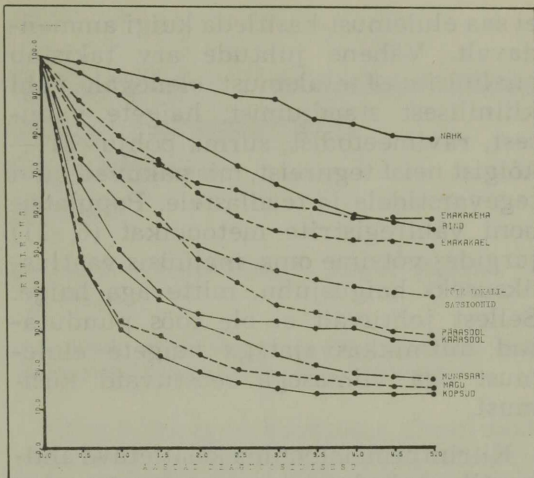


Joonis 1. Meeste elulemus eri vähilokalisatsioonide korral.

Kooskõlas kehtiva metoodikaga (7, 9) arvatakse näiteks viie aasta elulemuse leidmisel veel elusate hulka haige, kellel haigus tehti kindlaks 1978. a. detsembris ja kes suri 1983. a. detsembris. Samalaadset, haiget, kellel vähk diagnoositi 1978. a. jaanuaris ja kes suri sama aasta juulis, ei arvata kuue kuu vältel surnute hulka kuuluvaks. Elulemus arvutati välja diagnoosimiskuust lähtudes iga pooleaastase ajavahemiku järel, olenemata surma põhjusest. Vaatluse lõppaeg oli detsember 1983. Haigete elulemust viie aasta vältel (1978...1983) iseloomustavad kümme näitajat märgiti joondigrammidele. Valikandmed ühe, kolme ja viie aasta elulemuse kohta on esitatud tabelina.

Tulemused. Kõigist vähihaigetest oli diagnoosimisest ühe aasta möödumisel elus 56 %, teisiti öeldes: esimese aasta vältel suri 44 % haigestunuist. Ühe aasta elulemus moodustas meestel 47 % ja naistel 63 %. Haiguse diagnoosimisest viis aastat hiljem elas 1/5 meestest ja üle 1/3 naistest (vt. tabel 2, joonised 1 ja 2).

Meestel esines väiksem elulemus kopsu-, neeru-, mao- ja eesnäärmevähi korral. Esimese aastaga suri ligikaudu 2/3 kopsuvähi- ja maovähihaigetest, viie aastaga aga üle 90 % kopsuvähihaigetest. Elulemus oli kõrgeim nahavähihaigetel, kellest viie aasta järel elas 73 % (haigusjuhud ei hõlma pahaloolumulisi melanoome, mis rahvusvahelise klassifikatsiooni järgi kuuluvad rubriiki 172).



Joonis 2. Naiste elulemus eri vähilokalisatsioonide korral.

Naistel oli elulemus madal kopsu-, mao- ja munasarjavähi korral. Viie aasta elulemus osutus ligilähedaseks pärasoole- ja käärsoolevähi puhul, ehkki, nagu meestelgi, oli ühe aasta elulemus märgatavalt kõrgem pärasoolevähihaigetel. Rinnavähki kui levinuimasse pahaloolumulisse kasvajas haigestunute viie aasta elulemus võrdus 56 %.

Et sagedamini esinevate kasvajate korral oli naiste elulemus kõrgem kui meestel, siis ka kõigi vähi haigestunud naiste elulemus ületas meeste oma. Viie aasta elulemus, nahavähijuhud kaasa arvamata, moodustas meestel 16 % ja naistel 33 %.

Arutelu. Käesolev kirjutis teenib ainult üht eesmärki — esitada Eesti Vähiregistri automatiseeritud andmepangale tuginedes kiirinformatsioon vähihaigete elulemuse kohta. Teatavasti alustati kohustuslikku pahaloolumuliste kasvajate registreerimist NSV Liidus 1953. a., ent seni on puudunud teave haigete elulemuse kohta ühes või teises regioon. Seega on juba ammu tekkinud pakiline vajadus omada ülevaatlikku arvandmestikku, hindamaks haigete käeäiku vähi diagnoosimise hetkest alates.

Endastmõistetavalt peab arvesse võtma, et ühe aasta haigusjuhtude alusel

ei saa elulemust käsitleda kuigi ammen-davalt. Vähene juhtude arv takistab analüüsimaist elulemust olenevalt vähi kliinilisest staadiumist, haigete vanu-sest, ravimeetodist, surma põhjusest — kõigist neist tegureist, mis pakuvad huvi tegevarstidele ja teadlastele. Populatsiooni vähiregistririte metoodikat (6, 11) järgides võtsime oma analüüsis vaatlus-üksuseks haigusjuhu, mitte aga haige. Sellest johtuvalt ei ole töös puuduta-tud mitmikkasvajatega haigete elule-must ega viimasega seostuvaid küsi-musi.

Kiirinformatsioonina käsitletava and-mestiku seisukohalt on praegu õigusta-tud otsese meetodi kasutamine, mille eeliseks peetakse arvutustehnilist liht-sust ja arvutuste käigu üldmõisteta-vust. Tulevikus, sõltuvalt vähiregistri andmetöötlussüsteemi täiustumisest, tu-leks haigete elulemuse uurimisel valda-valt toetuda elutabeli meetodile (4), se-da enam, et esimene sellesuunaline katse on juba tehtud (1). Märkigem, et vähiregistris aastate 1975...1981 kohta elutabeli meetodil arvutatud ühe, kolme ja viie aasta elulemus rinnavähilai-getel võrdus vastavalt 85 %, 63 % ja 51 %. Võrreldes neid näite tabeli 2 and-metega, ilmneb, et 1978. a. diagnoositute elulemus on mõnevõrra kõrgem.

Et nahavähki esineb surma põhju-sena haruharva, siis kajastab nahavä-hihaigete elulemus surma muude hai-guste tagajärjel. Suurema haigusjuh-tude arvu ja seega juhuslikkusest vähem mõjutatud näitade korral peaks kiir-informatsiooni raames edaspidi esitama ka suhtelise elulemusstatistika, mis vaa-deldavat haigust käsitleb surma ainsa põhjusena (1).

Elulemus sõltub paljudest teguritest: diagnoosimise tasemest, haigeid iseloo-mustavate tunnuste, näiteks diagnoosi-misaja määrangust, haigete dispanseeri-misest, andmehõivest, analüüsimeetodi-kast või muust (5, 6). Nagu varemgi rõhutatud (12, 14), alandab Eestis vähi-statistiliste uurimuste usaldusväärsust histoloogiliselt kinnitunud juhtude suh-teliselt madal protsent.

Tabel 2. 1978. a. diagnoositud pahaloormuliste kasvajatega haigete ühe, kolme ja viie aasta elule-mus Eestis

Kasvaja lokalisatsioon	Diagnoosimisest möödunud aastad		
	üks	kolm	viis
Mehed			
Kopsud	37	14	9
Magu	34	17	13
Nahk	96	34	73
Eesnäärre	65	34	16
Käärsool	48	37	26
Pärasool	59	41	30
Neerud	39	15	11
Kõik lokalisat-sioonid	47	29	21
Naised			
Rind	90	67	56
Magu	32	19	15
Nahk	96	89	79
Emakakael	80	55	52
Munasari	51	24	18
Emakakeha	76	62	59
Käärsool	46	32	27
Pärasool	69	37	29
Kopsud	31	15	14
Kõik lokalisatio-nid	63	45	39

Küllalt ahvatlev oleks kõrvutada Ees-ti ja maailma teiste piirkondade, näi-teks Soome (6), Norra (11), Lõuna-Aust-raalia (2) ja USA (3) vähihaigete elu-lemust. Paraku, pidades silmas neid paljusid tegureid, mis elulemust mõju-tavad ning mille toime mitteamvesta-mine võib näitade tavalisel võrdlemisel hõlpsasti eksiteele viia, ei saa siinkohal taolist kõrvutamist otstarbekohaseks pi-dada. Ainsana vääriks mainimist, et nee-ru-, eesnäärme- ja munasarjavähi puhul on meil elulemus kirjanduses avaldatud näitudest oluliselt madalam.

Andmete tõepärasus sõltub vahetult vähiregistri andmepanga kvaliteedist: mida veatumad andmed on tervishoiu-asutustest registrisse laekunud, seda usaldatavamaks võib pidada analüüsi tulemusi. On kõigiti seaduspärane, et käesolev uurimus annab omakorda tõu-ke Eesti Vähiregistri käsutuses olevate andmete täiendavaks korrastamiseks, mille käigus võib ilmneda näiteks mit-mete vähidiagnooside ekslikkus. Vähire-

gistrist lähtuv elulemusstatistika on omalaadne tagasiside, mida tegevastid on pikisilmi oodanud.

KIRJANDUS: 1. *Aareleid, T.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 173—175. — 2. *Bonett, A.* Cancer in South Australia. Incidence, Mortality and Survival, 1977—1980. Incidence and Mortality, 1980. Adelaide, 1982. — 3. Cancer Patient Survival. Report № 5. Washington, 1977. — 4. *Cutler, S. J., Ederer, F. J.* Chron. Dis., 1958, 8, 6, 699—712. — 5. *Hakulinen, T.* Wld. Hlth. Stat. Quart., 1983, 36, 1, 35—46. — 6. *Hakulinen, T., Pukkala, E., Hakama, M. a. o.* Survival of Cancer Patients in Finland in 1953—1974, Helsinki, 1981. — 7. *Myers, M., Mountain, C. F., Taylor, W. F. a. o.* Reporting of Cancer Survival and End Results. Task Force on Statistics. Bethesda, 1979. — 8. *Rahu, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 4, 304—306. — 9. *Rimm, A. A., Hartz, A. J., Kalbfleisch, J. H. a. o.* Basic Biostatistics in Medicine and Epidemiology. New York, 1980. — 10. *Sancho, H.* Biomedicine, 1976, 24, 2, 98—99. — 11. Survival of Cancer Patients. Cases Diagnosed in Norway 1968—1975. Oslo, 1980. — 12. *Thomson, H.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 167—170. — 13. *TNM. General Rules.* Second Edition. Geneva, 1974.

14. *Ванаселья Т., Мягу Л., Раху М.* В кн.: Тезисы докладов конференции онкологов Эстонской ССР, Латвийской ССР и Литовской ССР. Таллин, 1981, 13.

Eesti Vähiregister

Passiivne suitsetamine. Jaapani teadlased on kindlaks teinud, et mittesuitsetajad, kes on abielus intensiivselt suitsetavate elukaaslastega, haigestuvad kopsuvähki sagedamini. Nüüd kinnitavad seda arvamust Heidelbergi Ülikooli teadlased. Preventiivonkoloogia Instituudis oli 792 mõlemast soost kopsuvähihaige hulgas 97,3 % meestest suitsetajaid, naistest vaid 34 % suitsetas ka ise. Selgus aga, et 61,5 %-l kopsuvähki põdevaist naistest olid elukaaslased intensiivselt suitsetajad. Arvutuse põhjal on risk haigestuda kopsuvähki passiivse suitsetajana naistel 350 %, lastel 160 % suurenenud.

Die Heilberufe, 1984, 11.

UDK [616.19-006:616-036.22]:616-084

Riskirühma moodustamine teguri «rinnavähk sugulastel» alusel

Evi Hint Mare Tekkel Maret Purde
Tallinn

rinnavähk, geneetilised tegurid, relatiivne risk, sõeluuring, populatsioon, dispanseerimine

Rinnavähi epidemioloogia alusel saab planeerida profülaktikaüritusi, moodustada riskirühmi ja korraldada neisse kuulujate dispanseerimist. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, kus rinnavähi epidemioloogiat on uuritud nii retrospektiivselt kui ka prospektiivselt (7, 8, 9), on leitud hulgaliselt tegureid, mis võivad soodustada selle pahaloomulise kasvaja teket. Ent kõiki riskitegureid ei saa praktikas arvestada üheväärselt. Dispanseerimise eesmärgil riskirühmade moodustamisel on oluline, et teguri osa oleks suur vähirühmas, väike aga populatsioonis. Sel juhul ei kujune riskirühm ülisuureks ja seda on võimalik regulaarselt jälgida. Üks selline riskitegur on rinnavähk sugulastel, millele oma töös erilist tähelepanu pööramegi.

Uuritavad ja uurimismeetodid. Rinnavähi epidemioloogia prospektiivsel uurimisel aastail 1973...1982 on saadud andmeid riskitegurite kohta. Uurimiselusteks oli 20366 Eesti NSV naist. Nii sõeluuringutel kui ka populatsiooni uurimisel kasutati ühtse küsimustikuga perfokaarti (8). Andmeid analüüsiti elektronarvutiga, tulemuste erinevuse hindamiseks rakendati relatiivse riski meetodit 95 %-lise usalduspiiriga (4) ja χ^2 -kriteeriumi.

Töö tulemused. Tabelist nähtub, et sõeluuringute põhjal esineb riskitegur «rinnavähk sugulastel» kõige sagedamini vähirühmas (10,9 %), järgnevalt rinnanäärme healoomulise kasvaja korral (6,0 %) ja kõige harvem tervetel naistel (4,5 %), mis on ligilähedane andmetele populatsioonis (3,6 %). Teguri «günekoloogiline vähk sugulastel» jaotumuses eespool täheldatud seadus-

Tabel. Riskiteguri «rinnavähk sugulastel» jaotumus eri uurimisrühmades

Riskitegur	Sõeluuringu tulemus								Populatsioon (naised)		Kokku	
	rinnavähk		healoomulised patoloogilised muutused		terve		kokku					
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Rinnavähk sugulastel	30	10,9	525	6,0	235	4,5	790	5,6	223	3,6	1013	5,0
Günekoloogi- line vähk sugulastel	16	5,8	683	7,9	390	7,6	1089	7,7	392	6,3	1481	7,3
Mõlemad	1	0,4	71	0,8	29	0,6	101	0,7	26	0,4	127	0,6
Ei ole	217	79,3	7135	82,3	4334	84,0	11686	82,9	5413	86,4	17099	83,9
Ei tea	10	3,6	258	3,0	169	3,3	437	3,1	209	3,3	646	3,2
Kokku	274	100,0	8672	100,0	5157	100,0	14103	100,0	6263*	100,0	20366	100,0

* Algselt arvele võetud 6506 naisest 243 käis sõeluuringul.

pärasust ei ilmne. Näiteks rinnavähihaigetest oli see tunnus 5,8 %-l, terve-
test 7,6 %-l ja populatsioonis 6,3 %-l. Mõiste «günekoloogiline vähk» on lai, siia alla kuulub nii emakakeha- kui ka munasarjavähk (hormonaalselt sõltuvad kasvavad nagu rinnavähki), ka emakaelavähk, mis päritolult eelmistest erineb. Ent tavaliselt puudub uuritava-
tel üksikasjaline informatsioon oma sugulastel tekkinud kasvaja kohta. Mõlema teguri «rinnavähk ning günekoloogiline vähk sugulastel» kokkusattumine ühel ja samal isikul on suhteliselt harv nähtus ega domineeri rinna-
haigete rühmas. Eespool mainitud geneetilisi tegureid ei olnud 79,3 %-l rinnavähihaigetest ja 86,4 %-l naiselanikkonnast ($\chi^2=11,49$, $n=1$; $P < 0,002$). Statistiliselt oluline erinevus kinnitab rinnavähi perekondlikku eelsoodumust. Geneetilisest teguritest olid naised vä-
hem teadlikud kui hormonaalsetest tunnustest, küsimusele ei saanud vastata vastavalt 3,0...3,6 % ja 0,5...2,1 % uurituist. Informatsiooni puudumine oli kõigis uurimisrühmades enam-vähem ühesugune, see kinnitab andmete tõe-
näosust. Sõeluuring tehti 9059 eestlasel, 4092 venelasel ja 916 muust rahvusest naisel. 36 juhul (0,3 %) andmed rahvuse kohta puudusid. Rinnavähk avastati vastavalt 195 eestlasel, 56 vene-
lasel ja 23 muulasel. Standardandmete põhjal selgus, et eestlastel on rinna-

vähi relatiivne risk veidi suurem kui venelistel ($RR=1,29$, $P > 0,05$). Erinevus ei ole statistiliselt oluline. Tervete rühmas (vt. tabel) esines tunnus «rinnavähk sugulastel» 235 juhul (4,5 %), 3314 eestlasest 185-l (5,6 %) ja 1476 venelasest 38-l (2,6 %), ($\chi^2=20,81$, $n=1$, $P < 0,002$). Kui arvestamisel korrigeerida tabeli andmeid ning summeerida arvud lahtrites «rinnavähk sugulastel» ja «mõlemad» ning arvestusest välja jätta juhud lahtris «ei tea», siis eespool näidatud seaduspärasus ei muutunud ($\chi^2=26,51$, $n=1$, $P < 0,002$). Seega eestlastel on rinnavähi perekondlik eelsoodumus iseloomulikum kui venelistel. Võimalik, et see on üks põhjusi, miks Eestis on rinnavähihaigestumus suurem kui Vene NFSV-s.

Kui samal põhimõttel arvestada kõiki sõeluuringu tulemusi, on kõnesoleva teguri alusel risk haigestuda nii rinnavähki ($RR=2,38$, usalduspiirid 1,62—3,49, $P < 0,05$) kui ka healoomulistes rinnanäärmehaigustesse ($RR=1,36$, usalduspiirid 1,18...1,58, $P < 0,05$) oluliselt suurenenud.

Sõeluuringul oli riskitegur «rinnavähk sugulastel» 891 naisel, neist kõige enam oli 35...49 aasta vanuseid (43,7 %). Selle tunnusega vähihaigeid avastati 31, neist kõige sagedamini 50...64 aasta vanuses (38,7 %).

Arutelu. Üldiselt omistatakse kirjan-
duses tegurile «rinnavähk sugulastel»

riski suurendavat mõju (2, 5, 7, 9), mõnel juhul on avaldatud ka vastukäivaid andmeid (6). Meie uurimuse järgi ilmnes selle teguri riski suurendav toime nii rinnavähi kui ka healoomuliste kasvaja korral. Viimasele oleme meie ja ka teised autorid (1,3) juba varem tähelepanu pööranud. Selles kategoorias väärivad erilist tähelepanu fibroadenomaatoosiga, kelle puhul geneetilise riskitegur esineb kõige sagedamini 35...39-aastaste vanuserühmas. Kui arvesse võtta vanusekriteeriume, on perekondliku eelsoodumuse korral profülaktikaüritusi otstarbekas korraldada alates 35. eluaastast, peale dispanseerimise on neil puhkudel oluline ka enesevaatluse õpetamine (10).

Kokku võttes võib uurimistulemusi rakendada asutustes ja tehastes riskirühma moodustamisel ja dispanseerimisel. Näiteks 1500-liikmelises naiskollektiivis kuuluks riskirühma vaid 60 naist (4 %). Nende jälgimisel ja kordusvaatluste määramisel peab arvestama rahvusest ning vanusest tingitud riski erinevust.

KIRJANDUS: 1. *Ernster, V. L.* Epidemiol. Rev., 1981, 3, 184—202. — 2. *Farewell, V. T., Bulbrook, R. D., Hayward, J. L.* In: Early Diagnosis of Breast Cancer. Stuttgart — New York, 1978, 43—51. — 3. *Hint, E.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 3, 208—210. — 4. *Rothman, K. J., Boice, J. D.* Epidemiologic analysis with a programmable calculator. NIH Publication N 79—1649. Washington, 1979. — 5. *Shapiro, S., Goldberg, J., Venet, L. a. o.* In: Host Environment Interactions in the Etiology of Cancer in Man. Lyon, 1973, 169—182. — 6. *Soini, I.* Int. J. Epidemiol., 1977, 4, 365—373.

7. *Пурде М. К.* Эпидемиология злокачественных опухолей в Эстонской ССР. Таллин, 1974. — 8. *Хинт Э. К.* В сб.: Методические аспекты изучения эпидемиологии рака молочной железы. (Материалы симпозиума и расширенного заседания проблемной комиссии). Таллин, 1975, 31—39. — 9. *Хинт Э. К.* В сб.: Тезисы докладов V конференции онкологов Эстонской ССР, Латвийской ССР и Литовской ССР. Таллин, 1981, 15. — 10. *Цешковский М. С.* В опр. онкол., 1983, 1, 77—84.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Tsentraalne hemodünaamika tervetel keskealistel meestel doseeritud koormuse korral

Kai Saks Elmut Laane
Mart Lintsi · Tartu

veloergomeetria, tsentraalne hemodünaamika, diastoli-süstoli kestuse suhe, vegetatiivse närvisüsteemi tasakaal

Kehalise koormuse vältel toimub südames ja vereringesüsteemis olulisi nihkeid. Nende muutuste suuna ning ulatuse järgi saab otsustada südame ja veresoonte funktsionaalsete reservide üle. Viimasel ajal on üha rohkem tähelepanu pööratud tsentraalse hemodünaamika uurimisele (5, 6, 10). Siiani on aga välja töötamata normatiivid, mille alusel hinnata tsentraalse hemodünaamika nihkeid doseeritud kehalise koormuse ajal.

Antud uurimuse eesmärk oli määrata tsentraalse hemodünaamika reaktsioon astmeliselt suureneva koormuse ajal praktiliselt tervetel üle 40 aasta vanustel meestel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 45 40...64 aasta vanust meest (keskmise vanus $47,3 \pm 0,9$ aastat; $M \pm m$).

Kõik vaatlusalused sooritasid koormustesti veloergomeetril «Monark» istudes. Algkoormus oli $0,5 \text{ W} \cdot \text{kg}^{-1}$ ning iga minuti järel suurendati koormust $0,5 \text{ W} \cdot \text{kg}^{-1}$ võrra (vt. tabel). EKG, FKG ning tetrapolaarse reogrammi registreerimiseks katkestati proov pärast iga koormusastet 10 sekundiks. Koormuse viimasel astmel jätkas uuritav proovi kuni täieliku väsimuseni.

Uuriti järgmistel etappidel: enne koormust veloergomeetril (uuritav istus), iga koormusastme lõpul ja taastumisperioodil kolme minuti jooksul iga minuti lõpul.

EKG (12 standardlülituses), FKG ja tetrapolaarne reogramm registreeriti aparaadiga «Mingograf 81», millega oli ühendatud reopletüsmograaf ППГ 2-02. Arteriaalset rõhku mõõdeti Korotkovi meetodil.

30 uuritaval määrati südame maht fluorograafiliselt Karu modifikatsioonis (7), kusjuures uuritav seisis.

Analüüsiti järgmisi südame ja veresoonkonna funktsiooni näitajaid (vt. tabel ja joonis): süs-

Tabel. Hemodünaamika näitajad veloergomeetrilise koormuse ajal (M±m)

Uurimisetapp Näitajad

	RR _s mmHg	RR _d mmHg	PS lööki·min ⁻¹	LI ml·m ⁻²	MI l·min ⁻¹ ·m ²	VÜPT dyn·s·cm ⁵	KP ühik
Enne							
koormust	118,0±2,0	82,3±1,5	71,9±1,5	40,4±1,9	2,88±0,12	1511±74	84,8±2,4
Koormusel							
W·kg ⁻¹ 0,5	128,4±2,4	80,4±1,6	84,1±1,8	48,7±2,1	4,04±0,16	1093±45	108,2±3,4
1,0	133,7±2,4	78,9±1,8	88,8±1,9	52,8±2,2	4,62±0,19	971±43	119,2±3,7
1,5	139,0±2,6	74,6±1,6	96,8±2,2	55,1±2,5	5,28±0,23	851±44	135,9±4,6
2,0	146,1±2,7	71,4±1,7	104,8±2,7	59,3±2,6	6,11±0,25	744±38	154,5±5,3
2,5	151,0±3,3	69,7±1,8	114,2±2,8	60,0±2,6	6,72±0,27	671±26	172,6±6,0
3,0	154,7±3,9	64,7±2,1	121,9±3,4	58,6±3,1	7,07±0,27	632±26	187,2±5,9
maksimaalsel							
koormusel	168,1±3,6	68,1±1,9	153,8±2,4	51,1±2,0	7,72±0,29	627±30	257,6±5,9
Taastumine							
1. minutil	169,0±3,4	75,6±1,7	127,0±2,8	47,6±2,0	5,93±0,24	863±45	213,0±6,4
2. minutil	156,2±3,6	75,0±1,6	107,4±2,6	48,9±2,3	5,15±0,23	929±39	169,0±5,6
3. minutil	144,3±2,9	75,0±1,7	98,8±2,3	48,6±2,3	4,73±0,22	984±45	141,4±5,1

toolne arteriaalne rõhk (RR_s), diastoolne arteriaalne rõhk (RR_d), pulsirõhk (PR), pulsisagedus (PS), südame löögiindeks (LI), südame minutiindeks (MI), veresoonte üldine perifeerne takistus (VÜPT) ja kaksikprodukt (KP). Lisaks nimetatutele määrati diastoli suhteline kestus süstoliga võrreldes (D/S), EKG II põhilülituses. Diastoli ja süstoli suhte normiks üle 40 aasta vanustel meestel võeti empiiriliselt määratud suhe

$$D/S_{\text{norm}} = \frac{96}{\text{pulsisagedus}}.$$

Vegetatiivse närvisüsteemi tasakaalu iseloomustamiseks rakendati Blohmke meetodit (1). EKG 5. rinnalülituses määrati R- ja T-sakkide voltaaži suhe (R/T).

Andmeid töödeldi statistiliselt elektronarvuti-ga SM-1.

Uurimistulemused. Tsentraalse hemodünaamika näitajad (vt. tabel) jäid rahulekus normi piiresse (5,6).

Südamemaht oli uuritavatel 658...1184 ml, keskmiselt 920±27 ml. Diastoli suhteline kestus süstoli kestusega võrreldes oli keskmiselt 1,33±0,33 (96 % normist), R- ja T-saki voltaaži suhe 4,37±0,28.

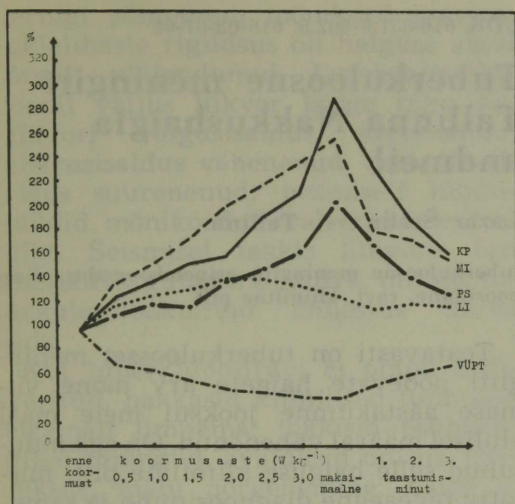
Korrelatsioonanalüüsi andmetel puudus seos südamemahu ja südame löögi-mahu vahel, samal ajal esines negatiivne seos südamemahu ja pulsisageduse vahel (r=-0,51; P<0,01). Südame löögiindeks ja diastoli suhteline kestus süstoli kestusega võrreldes olid positiivses seoses (r=0,38; P<0,05). R- ja T-saki voltaaži suhtel korrelatsioon hemodünaamika näitajatega puudus. Koormuse kogumaht oli 8210±271 kGm.

Süstoolne arteriaalne rõhk koormuse ajal pidevalt tõusis, diastoolne arteriaalne rõhk aga langes. Pulsirõhk tõusis pidevalt ning koormuse lõpul moodustas 280 % esialgsest.

Organismi hapnikutarbimise kaudeks iseloomustamiseks kasutasime kaksikprodukti — RR_s·PS (4). Kaksikprodukt suurenes koormusel järk-järgult ning maksimaalsel koormusel moodustas 304 % esialgsega võrreldes.

Ka organismi hapnikuga varustatuse põhinäitaja — südame minutiindeks — suurenes koormusel pidevalt. Koormusastmeni 3,0 W·kg⁻¹ suurenes minutiindeks kiiremini kui kaksikprodukt. Viimasel koormusastmel jäi minutiindeksi suurenemine kaksikprodukti suurenemisest maha (vt. joonis). Minutiindeks maksimaalsel koormusel oli 7,72±0,28 l·min⁻¹·m⁻² (268 % esialgsega võrreldes).

Südame minutiindeksi kasv toimus nii pulsisageduse kui ka südame löögiindeksi suurenemise arvel. Pulsisagedus suurenes koormuse ajal pidevalt ning koormuse lõpul küündis see juba 214 %-ni esialgsest. Südame löögiindeksi muutumise dünaamika oli koormusel kahefaasiline. Esimestel koormusastmetel oli südame löögiindeksi kasv pulsisageduse kasvuga võrreldes kiirem, kuid seejärel, saavutanud maksimumi, löögiindeks viimastel koormusastmetel reeglina vä-



Joonis. Südame ja veresoonekonna funktsiooni näitajate dünaamika veloergomeetria ajal (vt. tähistuste seletust tekstis lk. 16).

henes. Südame maksimaalse löögiindeksi saavutasid 32 meest (71 %) koormusel 2,0 või 2,5 $W \cdot kg^{-1}$, 9 uuritava algas südame löögiindeksi langus enne koormust 2,0 $W \cdot kg^{-1}$, neljal suurenes südame löögiindeks koormuse lõpuni. Suurim südame löögiindeks oli keskmiselt $60,0 \pm 2,6 \text{ ml} \cdot \text{m}^{-2}$ (149 % esialgsega võrreldes), koormuse lõpul oli aga keskmiselt $51,1 \pm 2,0 \text{ ml} \cdot \text{m}^{-2}$ (127 % esialgsega võrreldes). R- ja T-saki voltaazi suhte muutus koormuse ajal oli samuti kahefaasiline. Koormuseni 2,5 $W \cdot kg^{-1}$ suurenes suhe kuni väärtuseni $6,34 \pm 0,48$ (145 % esialgsega võrreldes), seejärel vähenes ning koormuse lõpul oli $5,43 \pm 0,53$ (124 % esialgsega võrreldes).

Diastoli suhteline kestus süstoli kestusega võrreldes vähenes koormuse ajal pidevalt ning koormuse lõpul oli $0,62 \pm 0,02$. Selle suhte protsent normväärtusest vähenes kuni koormuseni 2,0 $W \cdot kg^{-1}$ (moodustas 84 % normist), seejärel lähenes uuesti normile ning maksimaalsel koormusel moodustas 90 % normist.

Veresoonte üldine perifeerne takistus vähenes kuni koormuseni 2,5 $W \cdot kg^{-1}$, seejärel praktiliselt ei muutunud. Koormuse lõpul moodustas see 42 % esialgsest.

Taastumisperioodil lähenes esialgsetele väärtustele järk-järgult enamik näitajaid. Kolmandaks minutiks moodustas esialgsest väärtusest kaksikprodukt 168 %, südame minutiindeks 164 %, pulsisagedus 137 %, süstoolne arteriaalne rõhk 122 %, veresoonte üldine perifeerne takistus 65 %; diastoli suhteline kestus süstoli kestusega võrreldes oli 94 % normist. Diastoolne arteriaalne rõhk ja südame löögiindeks lähenesid algväärtustele vaid esimesel minutil pärast koormust, seejärel oluliselt ei muutunud. R- ja T-saki voltaazi suhe langes pärast koormust alla lähteni-vood järsult, seejärel tõusis uuesti, lähenedes esialgsele väärtusele.

Arutelu. Südame löögiimaht tervetel keskealistel meestel ei sõltu südamemahust, küll aga sõltub see diastoli kestusest. Mida pikem on diastoli kestus süstoli kestusega võrreldes, seda suurem on löögiimaht. Diastoli ajal südamevatsakeste veregga täitumise kõrval ka müokardi energiavarud taastuvad (8), toimub ka koronaarverevool (2, 3, 4). Seega ei saa soodsaks pidada süstoli pikenemist diastoli arvel.

Kehalise koormuse ajal suureneb organismi hapnikutarbimine pidevalt. Väikeste ja mõõdukate koormuste korral suudab vereringe kiirenemine katta organismi hapnikuvajaduse. Suurte koormuste korral jäävad südame ja veresoonte võimalused maha organismi järjest suurenevast hapnikunõudlusest, seega peavad sisse lülituma täiendavad mehhanismid — suurenema vere hapnikuga küllastatus, samuti hapniku kude poolt utiliseerimise aste.

Üks esimesi ilminguid südame ja veresoonekonna reserveid ammendumisest juba mõõduka kehalise koormuse korral näib olevat tingitud vasaku südamevatsakese nõrkusest. Vasak südamevatsake ei suuda löögiimahtu enam suurendada ega saavutatut isegi hoida. Suurte koormuste korral löögiimaht väheneb. Põhjuseks näib olevat ühelt poolt diastoli tunduv lühenemine suure pulsisageduse tõttu. Diastoli ja süstoli suhe väheneb seni, kuni löögiimaht saa-

vutab suurima väärtuse, seejärel aga hakkab uuesti suurenema. Seda võib pidada kompensatoorseks reaktsiooniks, et säilitada löögimahtu. Teiselt poolt ammendatakse vegetatiivse närvisüsteemi regulatsiooni võimalused. Sümpaatilise närvisüsteemi aktiivsuse tõusu korral südamevatsakeses pinge arene mine intensiivistub ning suureneb vere väljutuse kiirus. Aktiivsuse languse korral pääseb rohkem mõjule parasümpaatiline närvisüsteem, mille toime on vastupidine (9).

Kokku võttes võib öelda, et tervetel keskealistel meestel südame minutilaht koormuse korral suureneb vastavuses koormuse intensiivsusega, löögimaht aga suureneb üksnes teatud koormusastmeni, keskmiselt koormuseni $2,0 \dots 2,5 \text{ W} \cdot \text{kg}^{-1}$, mille ületamise korral hakkab vähenema. Südame löögimahu pidevat vähenemist võib pidada müokardi reservide ammendatuse tunnuseks.

KIRJANDUS: 1. Blohmke, M., Schäffer, H., Steiger, O. *Ergonomics*, 1967, 10, 5, 699—705. — 2. In: *Clinical Cardiology*. New York — San Francisco — London, 1977, 49—50. — 3. In: *Non-invasive Cardiovascular Diagnosis*. Massachusetts, 1979, 433—434. — 4. van der Werf, T. In: *Cardiovascular Pathophysiology*. New York — Toronto, 1980, 43—46.

5. Дзизинский А. А., Черняк Б. А., Ку克林 С. Г. и др. *Кардиология*, 1984, 2, 68—73. — 6. Кару Т. Э. В сб.: *Проблемы спортивной кардиологии*. М., 1967, 74—76. — 7. Тестемицану А. Н. *Тер. арх.*, 1983, 5, 130—134. — 8. Швалев В. Н. В кн.: *Нервная система и заболевания сердца*. 1983, 5—15. — 9. Черняк Б. А., Никитина Т. Н., Фуке А. Р. и др. *Тер. арх.*, 1983, 4, 57—60.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste
propedeutika kateeder

UDK 616.831.9-002.5: 616-03-07-08

Tuberkuloosne meningiit Tallinna Nakkushaigla andmeil

Lazar Šerlin · Tallinn

tuberkuloosne meningiit, esinemissagedus, diagnoosimine, ravi, kliiniline pilt

Teatavasti on tuberkulooset meningiiti põdevate haigete arv mõne viimase aastakümne jooksul meie maal olulisel määral vähenenud. On aga muutunud selle haiguse kliiniline pilt, mistõttu õigeaegne diagnoosimine ja samuti ravi võivad olla raskendatud. Eesti NSV-s esineb tuberkulooset meningiiti harva.

Käesolevas töös on analüüsitud 56 tuberkulooset meningiiti põdenud haiguslugu, keda oli ravitud Tallinna Nakkushaiglas 15-aastaselt ajavahe- mikul. 56 haigest oli 20 hospitaliseeritud vahetult Tallinna Nakkushaiglasse, ülejäänud 36 olid meie haiglasse toodud rajoonihaiglast. Tähelepanu äratav see, et kõigil 36 haigel olid saatelehel eksidiagnoosid, nagu näiteks toksiline gripp, entsefaliit, Botkini tõbi, kõhutüüfus jms. Õige diagnoos pandi Tallinna Nakkushaiglas 5...15 haiglapäeva jooksul. Et tuberkulooset meningiiti põdejate saatediagnoos hospitaliseerimisel on suurel osal ekslik, on kirjutanud ka teised autorid (1, 2, 3). Klassikaline seisukoht, et tuberkuloosne meningiit on sekundaarne haigus ning et see tuleneb mingi elundi tuberkuloosist, on selle haiguse diagnoosimisel põhjustanud arstidel omalaadse psühholoogilise barjääri, mis mõjutab nende mõtteviisi selliselt, et tuberkuloosse meningiidi võimalikkusest mõtlevad nad alles viimases järjekorras.

Tuberkuloosne meningiit võib haigel manifesteeruda kui ainus ja omaette tuberkuloosne haigus. Meie tähelepanekuil olid tuberkuloosse meningiidi kliinilised algnähud tugev peavalu, oksendamine, kõrge palavik, bradükardia. Meningeaalnähud väljendusid nõrgalt,

Kernigi sümptoom mõnikord puudus, kuklaliha rigeidus oli haiguse algul nõrgalt väljendunud. Lumbaalpunktsioonil väljus liikvor kõrge rõhu all. Liikvori valgusisaldus suurenenud, suhkrusisaldus vähenenud, rakkude sisaldus suurenenud; peamiselt lümfootsüüdid, mõnikord prevaleerisid neutrofiilid. Seismisel tekkis liikvoris õrn ämblikuvõrgutaoline hüüve, millest tuberkuloosibaktereid õnnestus harva leida.

Kui tuberkuloosiravi ei olnud ordineeritud, hakkasid kliinilised tunnused selgemalt ilmnema, tekkisid psühhootilised ilmingud, avaldusid unisus, ükskõiksus, mälu nõrgenemine; haige ei orienteerunud ajas ega kohas. Liikvoris valgu hulk veelgi suurenenud. Suhkrusisaldus üha vähenes. Mõnedel haigetel tekkis varakult nägemisnärvipõletik koos nägemisteravuse vähenemisega ja peaaugustustused. Aldolaasisisaldus liikvoris oli suurenenud, mis haige seisundi halvenemisel suurenes veelgi (4, 5). Tuberkuloosse meningiidi kahtluse korral tuleks seljaajuvedeliku analüüsi teha korduvalt.

Meie tähelepanekud on näidanud, et raseduse ajal tuberkuloosesse meningiiti haigestunud (ehkki meie vaatlusaluste hulgas oli vaid kolm sellist haiget) hospitaliseeriti väga hilja. Põhjus on selles, et arstid pidasid neuroloogilise nakkushaiguse algtunnuseid rasedustoksikoosi sümptomideks. Nii näiteks 26-aastane haige H., kes oli neljandat kuud rase, saadeti Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonda eksidiagnoosiga «peaajukasvaja». Seal diagnoositi tuberkulooset meningiiti ning juba raskes seisundis haige toodi üle Tallinna Nakkushaiglasse. Haige viibis ravil 346 päeva ning väljakirjutamisel anti talle I invaliidsusgrupp.

Haiguse hilinenud diagnoosimise ja hilja alustatud tuberkuloosiravi ajal võivad olla tekkinud juba rasked tüsistused, mis sageli põhjustavad surma. Osa rajoonidest ekslikult nakkushaiglasse saadetud haigeid põdes peaaugustust, osal olid vähimetastaasid peaja seljaajus. Tuberkuloosse meningiidi

diagnoosimisel on soovitatav arvesse võtta haiguse sesoonsust, teda esineb peamiselt sügistalvel ja kevadtalvel. Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri laboratooriumis tehakse luminescentsmeetodil uuringuid, mistõttu vastuse võib saada samal päeval.

Tuberkuloosse meningiidi ravi peab alustama kohe, ka siis, kui diagnostiliselt seda haigust vaid oletatakse. Haigetele oleme sündinud streptomütsiini lihasesse — täiskasvanuile üks miljon ühikut ööpäevas, sissevõtmiseks ftivasiidi 0,4 g neli korda, rifampitsiini 0,6 üks kord ööpäevas. Hilinenult diagnoositud haigusjuhtudest peame võimalikuks mõnel juhul endolumbaalselt manustada streptomütsiinkaltsiumkloriidi, veelgi enam eelistame aga manustada 2 ml 5 %-list salusiidilahust mitme päeva kestel.

Viis haigusjuhtu 56 analüüsist lõppesid surmaga — haiged olid ravile saabunud liiga hilja. Lisaks spetsiifilisele ravile ordineeriti kõikidel juhtudel B-rühma ja C-vitamiini, üldtugevdavaid vahendeid. Õigeaegselt alustatud ravi tõhusus oli märkimisväärne. Üksikjuhtudel saime hea ravitulemuse kiiresti, nii kliiniliselt kui ka seljaajuvedeliku muutuste taandumist silmas pidades. Tuberkuloosiravi peab kestma 3...4 kuud, seejärel saadetakse haige tuberkuloosisanatooriumisse järelravile.

Käesoleva kirjutise eesmärk oli rõhutada seda, et tuberkulooset meningiiti põdejaid siiski esineb ning nende ravimisel on määrava tähtsusega selle väga raske haiguse varajane avastamine ja õigeaegne ravi.

KIRJANDUS: 1. Васина И. Н. Клиника лечения, исходы туберкулезного менингита в юношеском возрасте и у взрослых. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Харьков, 1968. — 2. Кудрявцев А. Е. Клиническое течение и ранняя диагностика туберкулезного менингита в условиях широкого применения антитуберкулезной терапии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1971. — 3. Ситникова Ю. З. Туберкулезный менингит взрослых. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1975. — 4. Шерлин Л. Г. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1965. 3. 371—375. — 5. Шерлин Л. Г. Пробл. туб. (Москва), 1972, 7, 83.

Tallinna Nakkushaigla

UDK [616.24-002+616.25-002.3]-616-08-053.2

Pleuraõõne dreenaarimeetod mädase pleuriidiga tüsistunud ägeda pneumoonia ravis lastel

Tiiu Saar Tiia Soo · Tartu

mädane pleuriit lastel, ravi, pleuraõõne loputus

Ägeda tüsistumata pneumoonia ravi lastel on viimastel aastakümnetel olnud edukas tänu mõjusate mikroobidevastaste ravimite rakendamisele. Käesoleva ajani on veel raskusi ägeda tüsistunud pneumoonia ravimisel, eriti sel juhul, kui esinevad mädatüsistused. Niisugustel juhtudel peab ravi olema kompleksne. Peamise etiopatogeneetilise ravina on vajalik mikroobidevastane ravi (1, 2, 5, 8), samuti on vaja korrigeerida organismi homöostaasi ja gaasivahetust (7, 9). Et tegemist on laste immunobioloogilise toonuse langusega (10), tuleb rakendada ka immuunravi. Tüsistunud pneumoonia puhul on karta, et laps ei tervistu, võivad tekkida krooniline pneumoonia, pleura liited (3,5). Seetõttu on eespool nimetatud ravivõtetele lisaks vaja rakendada pleuraõõne punkteerimist ja dreenaazi (1, 2, 4). Pleuraempüeemi ravimisel pleuraõõne dreenaarimeetodil on eksudaadi passiivse äravoolu puhul tüsistuste tekkimise oht: dreeni umbumine, nahaaluse emfüseemi tekkimine, põletiku levimine rindkere seinale.

Käesoleva töö eesmärk on tutvustada Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla reanimatsiooniosakonnas mädase pleuriidi raviks rakendatud püsivat pleuraõõne loputamist.

Uurimismaterjal ja -meetodid. 1982. aasta septembrist kuni 1984. aasta maini viibis reanimatsiooniosakonnas ravil 28 last, kellel oli äge pneumoonia mädatüsistustega. Eksudatiivne pleuriit ilma kopsukoe destruktsioonita oli 20 lapsel, kopsukoe destruktsioon pleuriidita ühel lapsel ja eksudatiivne pleuriit koos kopsukoe destruktsiooniga seitsmel lapsel, neist kuuel kujunes kombineerunud püopneumotooraks. Lapsed olid 3

kuud kuni 12 aastat vanad. Kolme kuu kuni ühe aasta vanuseid lapsi oli kolm, 1...3 aasta vanuseid 10 ja üle kolme aasta vanuseid 15. Seega peaaegu pooled (13 last 28-st) olid väikelapsed. Kõikidele lastele manustati antibakteriaalseid ravimeid intravenoosselt. Esmane ravi määrati pleuraõõne eksudaadi bakterioskopia alusel. Hiljem antibakteriaalset ravi korrigeeriti vastavalt mikroobide tundlikkusele antibiootikumide suhtes. Antistafülokokilist γ -globuliini sai 15 last 3...12 korda, antistafülokokilist plasmata 10 last 1...3 korda ja vereülekandeid tehti 11 lapsel 1...3 korda, kasutades värsket hepariniseeritud verd. Ravi vältel korrigeeriti kõikidel homöostaasi ja jälgiti gaasivahetuse näitajaid. Kõik lapsed said hapnikravi

Pleuraõõne loputamiseks kasutati dioksidiinilahust 23 lapsel 28-st. Dreenaariks kasutati firma Argyl troakaarkateetreid nr. 12 või vereülekandesüsteemi polüetüleenvoolikuid. Torge tehti V roide vahemikus keskmisel aksillaarjoonel. Dreen paigaldati lokaalses anestesias või ketalaarnarkoosis. Dreen fikseeriti kahe õmblusega — fikseeriva ja hermetiseerivaga. Dreeni sellise asetuse puhul oli haige küllalt liikuv. Dreeni paigaldamise ajal võeti pleura eksudaati bakterioskopiaks ja bakterioloogiliseks uuringuks. Pärast dreeni paigaldamist tehti röntgenülesvõte rindkerest. Pleuraõõne loputamiseks kasutatava lahuse koostises oli 40 ml 1 %-list dioksidiinilahust ning 400 ml 0,9 %-list naatriumkloriidilahust. Nimetatud lahust viidi pleuraõõnde 40...50 ml olenevalt lapse vanusest iga 30...60 minuti järel. Lahus jäeti pleuraõõnde 20 minutiks ja seejärel lasti passiivselt välja voolata, kontrolliti eemaldunud vedeliku hulka. Ööpäeva kestel kasutatud loputusvedeliku kogus oli kuni 2200 ml. Kopsukoe õigenemise kiirendamiseks tehti aktiivset aspiratsiooni ühel lapsel. Pleuraõõne dreenaazi ja loputamist ei võetud ette mitte ainult siis, kui pleuraõõnde oli kogunenud hulgaliselt vedelikku, vaid ka siis, kui vedelikku oli väga vähe või kui oli tegemist fibrinoosse või kotistunud pleuriidiga.

Töö tulemused ja arutelu. Selgus, et pleuriidi juhtudel on vajalik pidev pleuraõõne dreenaaz 4...7 päeva vältel. Püopneumotooraksi puhul oli dreenaazi kestus 8...27 päeva. Selle ravimeetodi rakendamisel ühelgi lapsel tüsistusi ei tekkinud. Ühel ühe aasta ja viie kuu vanusel tuli dreeni ümber tõsta kahel korral, sest puuduliku fikseerimise tõttu libises see välja. Ka sel juhul ei tekkinud rindkere seinas põletikku. Dreen ei umbunud ühelgi lapsel, sest loputamisel sekreet veeldus.

Lapsed paranesid kliiniliselt kolme esimese ravipäeva jooksul pärast dreeni paigaldamist: möödusid toksikoos ja hingamispuudulikkus, normaliseerusid

pO₂, pCO₂ ja happe-leelise tasakaalu näitajad arterialiseeritud kapillaarses veres. Lapsed lahkusid haiglast paranenult. Siiani on nad kliiniliselt terved olnud. Et jälgimisaeg oli lühike, ei ole neil veel tehtud funktsionaalseid ega bronholoogilisi uuringuid, kuid neid uuringuid on neil lastel edaspidi siiski vaja teha. Drenaaži kestus oli kõigil pneumotooraksiga tüsistumata juhtudel suhteliselt lühike. Tõenäoliselt on see tingitud dioksidiini mikroobidevastast toimest vistseraalse pleura kaudu ja vedeliku vabast äravoolust dreni kaudu.

Järeldused.

1. Pleuraõõne drenaaž ja loputamine antiseptilise vahendiga on vajalik ka neil puhkudel, kui põletikulise sekreeidi hulk on vähene.

2. Kompleksravi rakendamisel paranevad haiged kliiniliselt kolme esimese ravipäeva vältel.

3. Pleuraõõne drenaaž on lapsele vähem traumeeriv kui korduv pleuraõõne punkteerimine.

KIRJANDUS: 1. *Chronmaitree, T., Powell, K.* R. Clin. Pediatr. (Phila), 1983, 22, 6, 414—419. — 2. *Siegel, J. D., Gartner, J. C., Michaels, R. H.* Am. J. Child., 1978, 132, 11, 1094—1096.

3. *Богданова А. В.* Вопр. охр. мат., 1979, 3, 31—36. — 4. *Исаков Ю. Ф., Гераськин В. И., Степанова Э. А.* В кн.: Стафилококковая деструкция легких у детей. Л., 1978, 124—135. — 5. *Каганов С. Ю., Фомина И. П., Розимова Н. Н. и др.* В сб.: Актуальные вопросы фармакотерапии. М., 1982, 17—25. — 6. *Каляпина Г. П.* Педиатрия, 1981, I, 33—34. — 7. *Моин В. М.* Педиатрия, 1982, 5, 43—48. — 8. *Чесик С. Т., Василевская З. Н., Липкович С. А. и др.* Педиатрия, 1982, I, 38—41. — 9. *Ус В. Н.* Педиатрия, 1982, I, 25—28. — 10. *Ярцев М. Н.* Вопр. охр. мат., 1979, I, 32—36.

Tartu Linna Kliiniline
Lastehaigla

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria
kateeder

UDK [612.39:616.056.3:616-053.4/.5]-616-07

Toiduallergia lapseas

Marja Pärlist Helli Lindmäe
Ene Potti Tallinn

toiduallergia diagnoosimine, naha skarifikatsioonitestid

Kõige sagedam allergiavorm lapseas on toiduallergia, esinemissagedus 10... 15 %, täiskasvanuil aga 2... 3 % (1). Sensibiliseerumine avaldub sageli dermatoosina juba esimesel eluaastal (1, 3). Toiduallergia on ka hingamisteede allergeoside, seedetrakti ja vereloome-elundite allergiliste kahjustuste tekke üks põhjusi (2, 3, 5, 6). Täiskasvanueas seostatakse toiduallergiaga 40 % kroonilistest seedetraktihaigustest (5). Toiduallergia kutsuvad esile peamiselt kõrgmolekulaarsed ühendid — valgud ja glükoproteiidid (1, 5).

Toiduallergiat diagnoosida on raske, diagnoosimisel on oluline kompleksus, sest ükski diagnoosimismeetod ei anna absoluutselt jaatavat või eitavat vastust (1, 2, 4, 5, 6). Diagnoosimismeetoditena kasutatakse anamneesi, kliinilisi uurin-guid, naha skarifikatsiooniteste, elimi-natsioon- ja provokatsiooniteste, klii-nilisi vere- ja immunoloogilisi uurin-guid (1, 2, 4, 5).

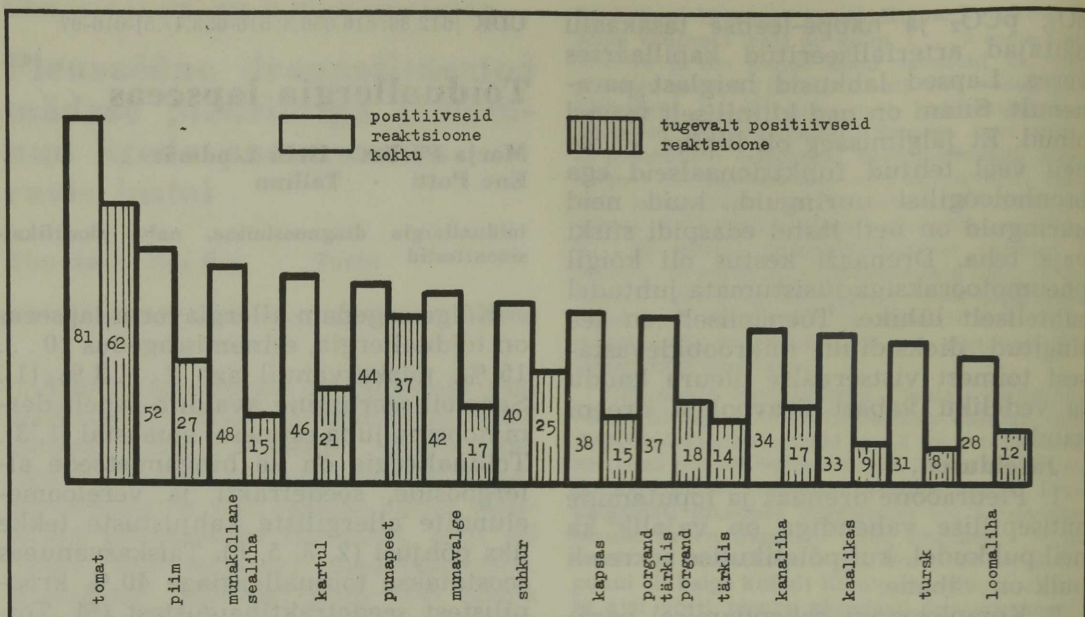
Käesoleva töö eesmärk oli välja selgi-tada toiduallergia esinemine lastel ning võrrelda anamneesi ja naha skarifikat-sioonitestide informatiivsust. Töö tehti Tallinna I Lastehaigla baasil, kus toidu-allergiat hakati põhjalikumalt uurima 1983. a. suvel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 50 last, 25 poissi ja 25 tüdrukut. Alla aastasi lapsi oli üks, 1... 3-aastasi 11 (22 %), 3... 7-aastasi 25 (50 %) ja 7... 14-aastasi 13 (26 %).

Kliiniliste diagnooside järgi on jaotumus järgmine.

1. Respiratoorsed allergeosid olid 21 lapsel (42 %), neist bronhiaalastma 8-l, astmaatilise bronhiit viiel, retsidiveeruv bronhiit neljal ja pollinoos neljal lapsel.

2. Dermatoallergeosid olid 37 lapsel (74 %), neist atoopiline dermatiit 33-l ja nõgestõbi neljal lapsel. Kaheksal esines kombineerunud dermato-respiratoorne sündroom.



Joonis. Skarifikatsioonitestide tulemused (väljendatuna protsentides).

Kõigi kohta koguti allergoloogiline anamnees, kliinilise vereanalüüsi põhjal hinnati eosinofiilia esinemist ja tehti naha skarifikatsioonitestid. Proovideks munavalge, munakollane, piima, tursa ja hõbeheigiga kasutati standardallergeene, mis olid valmistatud Moskvast Metšnikovi-nim. Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudis. Naha skarifikatsioonitestid tangainete, suhkru, liha, köögi- ja puuvilja suhtes tehti naturaalse toiduainetega, rakendades V. Pirilä kambrimeetodit. Kõigile tehti nahaproovid ka füsioloogilise lahuse ja 0,1 %-lise histamiiniga. Tulemusi hinnati 20 minuti pärast järgmiselt:

— negatiivne reaktsioon: võrdne füsioloogilise lahuse reaktsiooniga,

+ nõrgalt positiivne reaktsioon: paapul 1... 3 mm,

++ keskmise tugevusega positiivne reaktsioon: paapul 3... 5 mm,

+++ tugevalt positiivne reaktsioon: paapul 5... 10 mm,

++++ väga tugevalt positiivne reaktsioon: paapul üle 10 mm.

Uuringud toimusid haiguse remissioonifaasis.

Töö tulemused ja arutelu. Anamneesist selgus, et uurituist 10-l põdesid perekonnaliikmed allergilisi haigusi, neist seitsmel juhul avaldus allergia samasuguse kliinilise pildina, kolmel juhul muu väljendusvormina.

Haigus algas 54 %-l lastest esimesel eluaastal, 26 %-l 1... 3 aasta vanuses,

üksikutel hilisemas eas. Atoopiline dermatiit algas enamikul (80 %) esimesel eluaastal, mis ühtib kirjanduse andmetega (3).

Anamneesi alusel õnnestus toiduallergiat välja selgitada 62 %-l uurituist. Kõige rohkem on viidatud laste tundlikkusele tsitruseliste ja maiustuste suhtes, neile järgnevad piim ja piimasegud, nõrgemini allergiliselt toimivatena on märgitud puuvilja, köögivilja, mune, tangaineid ja kala.

Uurituist esines eosinofiilia 18 %-l. Eosinofiilia vähene sagedus on ilmselt seoses haiguse remissiooniga.

Naha skarifikatsioonitestide tulemused on esitatud joonisel.

Kõige tugevamaks allergeeniks osutus tomat, seejärel piim, muna, kartul, punane peet ja suhkur. Kui aga arvestada üksnes keskmise tugevusega ja tugevalt positiivseid reaktsioone, siis pilt veidi muutub: esikohale jääb küll tomat, talle järgnevad punane peet, piim, suhkur, kartul, porgand.

Kui anamneesi ja nahatestide tulemusi omavahel võrrelda, siis enam kokkulangemist on järgmiste toiduainete

osas: muna, piim, tomat ja porgand, vähem aga teraviljasaaduste ning köögi- ja puuvilja osas.

Naha skarifikatsioonitestide informatiivsuse kohta on kirjanduse andmed väga erinevad. O. Matalõgina hindab informatiivsust 50 %-le (4), A. Nogaller märgib nahatestide suuremat informatiivsust (5). Proovide tulemuste õigsus sõltub naha mittespetsiifilisest reaktiivsusest, närvi- ja endokriinsüsteemi poolsetest mõjudest ning antikehade fikseerumisest ja kontsentratsioonist nahas. Skarififikatsioonitest võib olla pseudoposiitvne tingituna naha ülitundlikkusest. Kui proove teha naturaalse toiduainetega, võib pseudo-negatiivse tulemuse saada siis, kui organism on sensibiliseerunud toiduainete fragmentide suhtes, mis moodustuvad seedimisel (4). Kirjanduse andmeil annavad kõige õigemaid vastuseid nahatestid teraviljasaadustest toiduainete uurimisel (4). Vähem informatiivseks peetakse nahatestide loomsete toiduainete ja köögivilja allergia uurimisel.

Ka meie saime anamneesi puudumise korral positiivseid reaktsioone teraviljasaaduste suhtes sagedamini. Ka liha ja köögivilja suhtes võis nahatestide informatiivsust hinnata küllalt kõrgeks.

Kui skarifikatsioonitestid ei lange kokku anamneesiga, soovitatakse diagnoosi täpsustamiseks kasutada provokatsiooni- ja eliminatsiooniteste (2, 4, 5).

Järeldused.

1. Kõige rohkem positiivseid tulemusi (37...46 %-l juhtudest) on andnud naha skarifikatsioonitestid põhiliste toiduallergeenidega, seejärel kartuli, punase peedi, porgandi ja sealihaga.

2. Sageli esineb polüallergiat, tundlikkust mitme toiduaine suhtes üheaegselt.

3. Toiduallergial on suur osa lapseas ka respiratoorsete allergiliste haiguste väljakujunemisel — 42 %-l uuritud esines hingamiselundite haigus.

4. Anamneesi alusel on kergemini võimalik välja selgitada tundlikkust põhiliste allergeenide suhtes, samal

ajal kui nahatestid osutusid eriti informatiivseks teraviljasaaduste ja köögivilja suhtes, mille puhul anamnees andis märksa vähem.

5. Anamneesi ja nahatestide lahknevuse korral on vaja diagnoosi täpsustamiseks kasutada peroraalset või sublingvaalset provokatsioonitesti.

6. Arvestades toiduallergia suurt osatähtsust lapsee allergiliste haiguste geneesis, tuleb pediaatritel suuremat tähelepanu pöörata toiduallergeenide väljaselgitamisele, et nende laste toitmist õigesti korraldada, rakendades peamise ravivahendina eliminatsiooni-dieeti.

KIRJANDUS: 1. Гуляев Т. С. Вopr. oхp. мат., 1981, 9, 33—37. — 2. Маталыгина О. А. Некоторые особенности клиники и диагностики пищевой сенсibilизации у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1980. — 3. Маталыгина О. А. В кн.: Вопросы клиники и иммунопатологии ревматических и аллергических заболеваний у детей. Л., 1982, 85—89. — 4. Маталыгина О. А. В кн.: Вопросы клиники и иммунопатологии ревматических и аллергических заболеваний у детей. Л., 1982, 76—81. — 5. Ногаллер А. М. Пищевая аллергия. М., 1983. — 6. Эюбова А. А., Педиатрия, 1982, 7, 57—59.

Tallinna I Lastehaigla

Emakakaelavähi ja sigaretsuitsetamise seost on oletatud juba 1977. aastast alates. Mõned uurimistööd on seda hüpoteesi ka kinnitanud, kuid möödunud aastatel ei suudetud kindlalt tõestada, et sigaretsuitsetamine sõltumatult muudest teguritest (sagedane seksuaalpartneri vahetamine, sotsiaalne seisund, vanus esimese suguuhte ajal) niisugust mõju võiks avaldada. Hiljuti Atlantas (USA) ulatuslikus uurimistöös (uuriti põhjalikult 900 naist) võeti aga arvesse kõik tegurid, mis meie tänaste teadmiste põhjal emakakaelavähi tekkes teatud osa etendada võivad. Uurimistulemused näitasid, et naistel, kes olid suitsetanud juba enam kui 12 aastat, oli risk *Carcinoma in situ* tekkeks 12,7 korda suurem kui mittesuitsetavatel naistel. Sõltumatult sigaretsuitsetamise kestusest on suitsetavatel naistel risk mingist emakakaelavähivormist tabandunud olla ikkagi 3...4 korda suurem kui mittesuitsetavatel naistel. Eriti suur on see risk nendel, kes juba mürsikueas olid tubakasuitsetamisega algust teinud. Samuti ilmnes uurimisel, et väga varajased seksuaalsuhted eri partneritega on riskitegur, mis toimib sõltumatult sigaretsuitsetamisest.

Wissenschaft u. Fortschritt, 1984, 11.

UDK 616.002.77-08-053.5

Levamisooli kasutamisest reumahaigete laste rehabiliteerimisel

Elena Müllerbek Ester Luiga
Urve Rannula Inna Tur Tallinn

laste reuma, rehabiliteerimine, immuunstimuleeriv ravi, levamisool

Reumaatiliste haiguste tekkes ja kulus etendab tähtsat osa organismi immunoloogilise reaktiivsuse muutus. Viimase 10 aasta uurimine on näidanud, et immuunsuse langust ei esine mitte üksnes reuma ägedas faasis, vaid see püsib pikemat aega ka inaktiivses faasis (1, 6). Sel ajal on iseloomulik rakuimmuunsuse pärssimine T-lümfotsüütide supressiivse aktiivsuse languse tunnustega ja mõningane humoraalse immuunsuse tõus (4, 6). Muutunud immuunreaktiivsuse foonil võtavad spetsiifilised põletikulised muutused reumahaige liigestes, südames või teistes elundites pikaleveninud, kroonilise iseloomu.

Reumaatiliste haiguste immuunravilt, mis organismi reaktiivsust muutes mõjuks põletikuvastaselt, loodetakse palju. Kui esialgu püüti põletikku kupeerida immuunsuse humoraalsete reaktsioonide mahasurumise teel, kasutades selleks supressiivseid ravimeetodeid, siis viimase 10 aasta jooksul on suurenenud huvi rakuimmuunsust parandava immuunstimuleeriva ravi vastu. Immuunstimulatsiooniks kasutatakse mitmesuguseid mittespetsiifilisi tegureid, nagu bioloogiliselt aktiivseid aineid, mikroobseid preparaate, füsiikalisi ravimeetodeid, sealhulgas mudaravi jm. Pärast usstõvevastase preparaadi levamisooli immuunstimuleeriva omaduse avastamist tekkis huvi selle kasutamise vastu (3, 5, 7). Tehti kindlaks preparaadi valikulisel stimuleeriv toime T-pärssijalümfotsüütidesse. Tekkis võimalus stimuleerida T-lümfotsüütide populatsiooni, mille pärssimine on oluline tegur reumaatiliste haiguste patogeneesis (2, 6, 9).

Arvestades kirjanduse andmeid, otsustasime levamisooli anda sanatoorses koolis viibivatele reumat ja reumatoidartriiti põdevatele lastele. Eeldasime, et levamisooli stimuleeriv toime kiirendab haigete laste tervistumist, hoiab ära või vähendab pikalevenivaid, kroonilisi haigusvorme, lubab lühendada rehabiliteerimisaega.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 151 Keila-Joa Sanatoorse Kooli õpilast, neist 106 esimese ja 25 korduva reumaataki läbipõdemise järel. 20 last olid reumatoidartriidiga. 33 last olid 8...11-aastased, 60 last 12...14-aastased ja 58 last 15-aastased või vanemad. Haiguse aktiivsuse minimaalsed tunnused ilmesid veel 16,5 %-l esmast ja 25 %-l korduvat reumaatakki põdenutest ning 50 %-l reumatoidartriidiga haigetest.

Levamisooli said 121 last (I uuritavate rühm). 8...11 aasta vanused või kehakaaluga 30...40 kg said 100 mg üks kord nädalas, 12-aastased või vanemad ning üle 40 kg kehakaaluga lapsed 150 mg üks kord nädalas. Ravikuur kestis kolm kuud.

Mudaaplikatsioon «sokkide ja kinnastena» sai 30 last (II uuritavate rühm) kolm korda nädalas, kokku 12 protseduuri, kusjuures ravimuda temperatuur oli 39°C.

Kõiki lapsi uuriti ja jälgiti kliiniliselt 9 kuud korduvalt. Eriuuringuid tehti enne ravikuuri algust ja pärast selle lõpetamist. Humoraalse immuunsuse hindamiseks määrati vereseerumis immunoglobuliinide klassid A, G ja M (IgA, IgG, IgM) Mancini meetodil, immunoglobuliini E (IgE) radioisotoobimeetodil. Normiks pidasime IgA-d 81...180 mg %, IgG-d 800...1300 mg %, IgM-i 151...200 mg % ja IgE-d 10...100 ühikut ml-s.

Lümfotsüütide funktsionaalset aktiivsust iseloomustasime blasttransformatsioonitesti abil nende mittespetsiifilisel stimuleerimisel fütohemaglutiniiniga ja ensüümide suksinaatdehüdrogenaasi ning happelise fosfataasi aktiivsuse määramise teel histokeemilisel meetodil. Lümfotsüütide blasttransformatsiooni pidasime normaalseks, kui fütohemaglutiniin stimuleeris blaste moodustumise 61...80 % lümfotsüütides. Suksinaatdehüdrogenaasi aktiivsuse normiks peeti graanulite arvu 14,1...17,0 ühes lümfotsüüdis. Happelise fosfataasi aktiivsus arvati normaalseks, kui fosfataasikoefitsient oli 0,56...0,75.

Andmed töödeldi statistiliselt χ^2 -meetodil raviga.

Tulemused. Selgus, et uuritavate näitajate dünaamika sõltus rohkem ravist kui diagnoosist, mille tõttu laps rehabiliteerimisel viibis. Tõenäolised olid lümfotsüütide funktsionaalse aktiivsuse muutused. Sealjuures lastel, keda raviti

levamisooliga, suksinaatdehüdrogenaasi aktiivsus tõusis ($P < 0,001$). Kui enne ravi oli suksinaatdehüdrogenaasi aktiivsus langenud 77,2 %-l lastest, siis pärast ravi normaliseerus see 27,2 %-l ja muutus kõrgemaks 47,4 %-l. Samal ajal võis märgata lümfotsüütide happelise fosfataasi aktiivsuse langust ($P < 0,01$). Kui juba enne ravi selle näitaja väärtused olid madalad 55,2 %-l reumahaigetel, siis pärast levamisoolkuuri olid need madalad 83,2 %-l. Lastel, kes said mudaravi, lümfotsüütide ensüümide aktiivsuse tõenäolist muutust pärast ravi ei täheldatud. Levamisooli kasutamisel ka lümfotsüütide blasttransformatsioonivõime suurenes ($P < 0,01$). Nii oli enne ravi lümfotsüütide blasttransformatsiooni näitaja alanenud 58,6 %-l uuritavatest, pärast levamisoolravi 32,7 %-l. Mudaravi saanud lastest 81,5 %-l seevastu oli lümfotsüütide blasttransformatsiooni näitaja madal.

Levamisooli ja mudaravi kasutamise- ga kaasnes omapärane vereseerumi immunoglobuliinide sisalduse dünaamika. Kummaski rühmas esines matemaatilisel tõenäone ($P < 0,01$) IgA kontsentratsiooni languse tendents. Sealjuures väga madalat IgA kontsentratsiooni pärast ravi lõppu konstateeriti 25 %-l kummagi rühma lastest.

Samuti oli matemaatilisel tõenäone ($P < 0,05$) IgM kontsentratsiooni dünaamika. Seejuures oli mudaravi saanuil IgM kõrge kontsentratsiooniga laste arvu suurenemine (5,3-st kuni 36,8 %-ni), samal ajal aga levamisooliga ravivate rühmas esines madala IgM kontsentratsiooni säilimise tendents.

IgM väärtuse ja lümfotsüütide blasttransformatsiooni näitaja suuruse vahel esines seos ($P < 0,05$). IgM kontsentratsioon vereseerumis oli kõrge sagedamini neil, kellel lümfotsüütide blasttransformatsioon oli madal (57,0 %-l juhtudest), või vastupidi: IgM kontsentratsioon oli madal 100 %-l lastest, kellel esines lümfotsüütide blasttransformatsiooni kõrge näitaja.

Levamisoolravi korral ilmnes IgG kontsentratsiooni languse tendents. Kui

enne levamisoolravi oli IgG kontsentratsioon väga madal 4,7 %-l, siis pärast ravi 25,3 %-l lastest.

Mudaravi saanute rühmas aga võis täheldada vastupidist: enne ravi oli madala IgG väärtusega lapsi 17,9 %, pärast ravi 7,4 %. IgG kontsentratsiooni muutus vereseerumis sõltus ka diagnoosist. Nimelt reumahaigetel võis ravi tulemusena täheldada IgG kontsentratsiooni langust, reumatoidartriidihaigetel aga tõusu ($P < 0,01$). Sealjuures ei olenenud see haiguse aktiivsuse nähtudest. Küll aga võis koos IgG kontsentratsiooni tõusuga täheldada trombotsüütide hulga suurenemist normi ülemise piirini, seega hüperkoagulatsiooni tendentsi.

Mis aga puutub IgE kontsentratsiooni väärtustesse, siis esines kummaski ravivate rühmas näitaja normaliseerumistendents ja ravist sõltuvat erinevust ei täheldatud.

Ravikuuri ajal püsis laste enesetunne rahuldav. Selliseid kõrvalnähte, nagu kirjanduses on levamisooli kasutamise korral toodud (agranulotsütoos, trombotsütopeenia jne.), meie uurituil ei esinenud. Seetõttu ei olnud vaja ka ravikuuri katkestada. Küll aga oli mitmel lapsel mõningaid kaebusi ja kõrvalnähte: nahalööbed, iiveldus, seedehäired ja peavalu tekkisid 43,0 %-l levamisooliga ravituist ja 6,7 %-l mudaravi saanuist. Levamisoolravi tunduvalt pikem aeg (kolm kuud) mudaravi kestusega võrreldes (üks kuu) võib olla põhjuseks, miks sel puhul kõrvalnähte oli rohkem. Kõrvalnähud levamisoolravi korral ei korreleerunud vereseerumi IgG ja IgE kontsentratsiooni ega leukotsüütide hulgaga.

Kolm kuud enne ravi oli kummagi rühma lastel interkurrentsetesse haigustesse haigestumise juhte ühepalju. Ravi ajal ja kolm kuud pärast ravi oli haigestumus kõrgem levamisooli saanute rühmas ($P < 0,05$).

Interkurrentseid haigusi tekkis sagedamini ($P < 0,05$) neil, kellel oli tõusnud suksinaatdehüdrogenaasi aktiivsus lümfotsüütides ja lümfotsüütide blasttransformatsioonivõime ning langenud happelise fosfataasi aktiivsus.

Sanatoorses koolis viibimise ajal kummagi rühma laste enesetunne paranes, lapsed muutusid aktiivsemaks, võtsid kaalus juurde, põhihaiguse sümptoomid kadusid.

Arutelu. Reumahaigete rehabiliteerimisel sanatoorses koolis oli kliiniliste sümptoomide dünaamika soodne kummaski ravitute rühmas. Siiski lastel, keda raviti levamisooliga, täheldati kõrvalnähte 5...6 korda sagedamini. Ravi ajal ja ka kolm kuud pärast ravi lõppu oli neil interkurrentsetesse haigustesse haigestumine sagenenud. Sage-damini haigestusid need, kellel ravi ajal oli tõusnud suksinaatdehüdrogenaasi aktiivsus lümfotsüütides, ka lümfotsüütide blasttransformatsioonivõime. Suksinaatdehüdrogenaas on raku mitokondri ensüüm, mis võtab osa Krebsi tsüklist, tagades reaktsioone, mis on seotud elutegevusega.

Levamisoolravi ajal hakkab happelise fosfataasi aktiivsus langema — see ensüüm võtab osa toksiliste produktide lagundamisest ja eemaldamisest, äratarvitatud struktuuride lõhustumisest. Raku elutegevuse tõusu puhul ainevahetusproduktid kuhjuvad ja lüso-somaalsete ensüümide aktiivsuse puudulikkuse tõttu laguproduktid ei hapendu, mis nähtavasti viib raku ainevahetuse häireni.

Huvipakkuvad on tähelepanekud levamisoolravi korral tihedast seosest mõningate raku- ja humoraalse immuunsuse funktsioonide vahel. Nii võis lastel, kellel lümfotsüütide blasttransformatsioon oli tõusnud, täheldada IgM kontsentratsiooni langust. IgM on immunoglobuliin, mis esimesena lülitatakse kaitsereaktsioonidesse, mis valib «võtme» IgG-klassi spetsiifiliste globuliinide jaoks. IgG kontsentratsioon aga oli reumahaigetel lastel langenud. Võimalik, et sage interkurrentsetesse haigustesse haigestumine oligi seotud immunoglobuliinide kaitsva funktsiooni langusega.

Paljude autorite uurimused on viidanud vajadusele levamisooli ettevaatlikult kasutada. Näiteks N. Farber kaasautoritega (8), kes kasutas levamisooli

äge-da hepatiidi puhul, märkis ravimi head talutavust ravikuuri ajal. Hilisemal kliinilisel hinnangul aga selgus, et levamisooliga ravituil kulges haigus raskemini ja selle kestus pikenes, sagenesid keskmise raskusega ja rasked hepatiidivormid, pikenes hospitaliseerimise aeg.

Analüüsides reumahaigete laste rehabiliteerimisel kasutatud levamisooli tõhusust, selgus, et seda preparaati ei või soovitada kasutada sanatoorses asutustes, sest üheaegselt immuunmoduleeriva toimega mõjutab ta ka raku ainevahetust, kutsudes esile mitmesuguseid soovimatuid ilminguid. Levamisooli kasutamine peab olema rangelt individuaalne, täpse immunoloogilise näidustusega ja täpse immuunseisundi kontrolli all.

KIRJANDUS: 1. Alarcon-Segevia, D., Ruiz-Arguelles, A. *Arthritis Rheum.*, 1980, 23, 3, 314—318. — 2. Saal, J. G., Rautenstrauch, H., Seybold, G. In: Fortschritte Rheumatologie. Kongressbericht. Konstanz, 30. sept.—4. Okt. 1980. Darmstadt, 1980, 503—506. — 3. Scherak, O., Smolen, I. S., Muzel, E. J. a. o. *Scand. J. Rheumatol.*, 1980, 9, 2, 106—112.

4. Гариб Ф. Ю. Т и В системы иммунитета при ревматизме: новый подход к проблеме патогенеза. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1978. — 5. Киреева С. Г., Селицкая Р. П. *Арх. патол.*, 1982, II, 38—43. — 6. Матулис А., Станкайтене Д. Иммунные нарушения и иммунорегулирующая терапия при ревматических болезнях. Вильнюс, 1982. — 7. Фаворская Ю. Н., Зайцева Л. Г., Шляхов Э. Н. и др. *Бюлл. экспер. биол.*, 1980, 10, 456—458. — 8. Фарбер Н. А., Кетиладзе Е. С., Камилов Ф. Х. и др. *Клин. мед.*, 1983, 8, 65—69. — 9. Черняева А. И., Кузнецова О. Е., Маненкова Г. М. и др. *Мед. паразитол.*, 1971, 4, 414—419.

Kardioloogia Teadusliku Uurimise
Instituut

Ülevaated

UDK 616.28-008.55(047)

Peapööritus

Rein Zupping · Tallinn
Ain-Elmar Kaasik · Tartu

peapööritus, vestibulopaatia, vertebrobasilaarne transitoorne ajuisheemia, sclerosis multiplex, migreen

Peapööritus on kesk- ja vanemas eas sageli esinev vaevus. Küsitlusel on selgunud, et 40 %-l naistest ja 20 %-l meestest esineb kalduvus peapöörituseks (1). Pärast 50. eluaastat tõenäoliselt esineb see igal inimesel. On kujunenud arvamus, et peapööritus on peaaegu vereringe häire, tavaliselt vertebrobasilaarse puudulikkuse või kaelaosteokondroosi tunnuseks. Tegelikult aga on tema sagedamaks põhjuseks häired labürindis. Enamikul juhtudel on peapööritus healoomulise kuluga ega viita raske haiguse olemasolule, kuigi sageli kutsub ta haiges esile küllalt suurt hirmu. Haiguse põhjuseks võib aga olla ka raske neuroloogiline haigus, tavaliselt kaasuvad siis ka muud neuroloogilised sümptoomid.

Peapööritust võib defineerida kui keha ruumilise orientatsiooni häiret, kehaasendi või liikumise vale tunnetust. Kehaasendist saadakse informatsiooni visuaalse, vestibulaarse või propriotseptiivse süsteemi vahendusel. Keha ruumiline orientatsioon eeldab nende süsteemide kaudu tuleva informatsiooni kooskõlastatust ja integreeritust. Kui mingi süsteemi häire tõttu saabub vale informatsioon või kui esineb häire seda informatsiooni tötle-

vates kõrgemates närvikeskustes, teki-
vadki keha ruumilise orientatsiooni häire ja peapööritus (1,3, 19, 20).

Sageli on peapöörituseks nimetatud mitmesuguseid subjektiivseid elamusi: ümbruse pöörlemist, tasakaaluhäireid, kõikumis- ja nõrkustunnet. Uurima asumisel on seepärast esmane ülesanne selgeks teha, mida haige täpselt tunneb. Peapöörituse laadi analüüsi alusel saab küllalt suure tõenäosusega kindlaks teha süsteemi, mille häirega on tegemist. Neuroloogilise, vestibulaarse ja kardiovaskulaarse uuringu järgi saab kindlaks määrata peapöörituse põhjuse, sest see on alati mingi haiguse sümptom.

Laadi järgi jaotatakse peapööritus süsteemseks ja mittesüsteemseks. Süsteemse peapöörituse ehk vertiigo korral esineb sagedamini ümbruse näiline pöörlemine horisontaaltasapinnas, harvem haige enese pöörlemine või ülesalla kõikumine. Mittesüsteemne peapööritus on ebamäärasem ja mitmeti kirjeldatav: ebakindlustunne, tasakaalutus, purjustunne, kõikumine.

Vertiigo põhjuseks on vestibulaarsüsteemi häire, mis võib olla selle perifeerises osas — labürindis või tsentraalosas — närvis või ajutüves. Seejuures on enamasti, umbes 80 %-l juhtudest, vertiigo põhjuseks labürindihäire. Labürindi päritoluga vertiigo on alati healoomuline, tsentraalse vertiigo põhjuseks võivad aga olla rasked neuroloogilised haigused (1, 3, 7, 12).

Perifeerne vertiigo on üldiselt intensiivsem kui tsentraalne, temaga kaasnevad sageli iiveldus ja oksendamine. Tsentraalse vertiigo korral esinevad ka muud neuroloogilised sümptoomid. Iiveldus ja oksendamine tavaliselt puuduvad (15, 16).

Tsentraalse päritoluga vertiigo sagedam põhjus on transitoorne ajuisheemia vertebrobasilaarsüsteemis, mille puhul vertiigo esineb umbes 75 %-l juhtudest. Seda haigust võib diagnoosida aga üksnes siis, kui lisaks vertiigole on vähemalt veel kaks sümptoomi, mis pärinevad vertebrobasilaarse arteriaalse süsteemi poolt varustatavatest ajuosa-

dest. Sageduse järjekorras on need järgmised: nägemishäired (mööduv pimedus, hemianopsia, skotoom), kahelinägemine, düsartria, neelamishäired, amneesia, tuimus näo piirkonnas. Võivad esineda ka hemiparees ja hemitüüpi tundlikkushäired (5, 16). Transitoorse isheemia hood kestavad alla 24 tunni, tavaliselt 20...30 minutit. Haigestumine vertebrobasilaarsesse transitoorsesse ajuisheemiasse ei ole sage: 15 juhtu 100 000 inimese kohta aastas. Nimetatud haigust on põhjalikumalt käsitletud varem (18).

Tsentraalse geneesiga vertiigo esineb ka *sclerosis multiplex*'i korral. Esmasümptoomina täheldatakse teda umbes 10 %-l haigetest, haiguse edasises kulus aga 1/3-l. Vahel tekib enne haiguse ägenemist tugev peapööritus. Tavaliselt tekivad ka koordinatsiooni- ja motoorikahäired. Haigus esineb nooremas ja keskeas, tema esinemissagedus meie vabariigis on 50...60 juhtu 100 000 inimese kohta (16, 17).

Harvem on vertiigot täheldatud prodromaalnähuna epilepsia ja migreeni korral, kui haiguskolle asub oimusagaras (7, 13, 16). Epilepsia korral järgneb peapööritusele generaliseerunud krambihoog, absaansid või kompleksne partsiaalne (psühhomotoorne) hoog. Väga harva võib vertiigo olla epilepsia ainus väljendus. Epilepsia diagnoosi kinnitab elektroentsefalograafia.

Suhteliselt harva on vertiigot täheldatud migreeni ühe variandi, nimelt basilaararteri migreeni korral. Peapööritust esineb neil puhkudel peavalu prodromaalnähuna koos teiste ajutüve sümptomidega, mis on analoogsed vertebrobasilaarse transitoorse isheemia omadega. Prodromaalnähud kestavad kuni 40 minutit, neile järgneb pulseeriv peavalu kuklas.

Vertiigo võib vahel esineda ka *neuvus acusticus*'e neurinoomi korral, sagedamini kaebavad haiged aga ebakindlust käimisel ja tasakaaluhäireid. Tavaliselt on neil ka kuulmine nõrgenenud (16, 17).

Süsteemse peapöörituse tunduvalt sagedam põhjus on labürindi haigusd:

Ménière'i haigus ja vestibulopaatia.

Ménière'i haiguse korral on haaratud nii vestibulaar- kui ka kohleaarsüsteem ja talle on iseloomulik sümptomide triaad: vertiigo, tinnitus ja kuulmise nõrgenemine. Haigestutakse 30...60. eluaasta vahel, haiguse esinemissagedus on 40...50 juhtu 100 000 inimese kohta. Põhjus pole täiesti selge, levinuma arvamuse kohaselt on tegemist labürindi hüdropsiga, mille tagajärjel tekib vertibulaarsete ja kohleaarsete retseptorite mööduv kahjustus. Ménière'i haigus kulgeb vertiigo hoogudena, mis kestavad mõnest minutist mõne tunnini ja millega kaasnevad iiveldus, oksendamine, higistamine, kohin kõrvus ja kuulmise nõrgenemine. Alati esinevad nüstagmid (10, 14).

Vertiigo kõige sagedam vorm on akuutne või retsidiveeruv vestibulopaatia (1, 7, 11, 15). Erinevusena Ménière'i haigusest on tegemist ainult vestibulaarhäirega. Tinnitus ja kuulmise nõrgenemine puuduvad. Haiguse olemus ei ole teada. Osal eelneb haigestumisele viirusnakkus, mõned on sellistel puhkudel diagnoosinud *n.vestibularis*'e neuriti. Sagedamini on haigestunud 30...50. eluaasta vahel. Intensiivne vertiigo algab järsku, tavaliselt kaasnevad iiveldus ja oksendamine. Iseloomulik on see, et vaevused tugevnevad pea liigutamisel, mistõttu haiged lamavad liikumatult. Tavaliselt esineb horisontaalne nüstagm suunaga terve kõrva poole. Vertiigo möödub mõne tunni kuni 1...2 päevaga. Järgmistel päevadel võib esineda ebakindlustunne käimisel, mis kartlikel isikutel võib kesta nädalaid. Osal jääb vertiigohoog üksikuks, osal korduvad need ebareeglipäraste vaheaegadega.

Elnimetatust harvem esineb paroksüsmaalne asendivertiigo (6, 9). Selle iseloomulik tunnus on peapööritus teatavas peaasendis, see kestab 20...30 sekundit ja möödub asendi korrigeerimisel. Vaevused püsivad mõne päeva või mõne kuu ja mööduvad spontaanselt.

Vahel võib vertiigo tekkida ajutrauma järel ja olla põhjustatud labürindidi, harvem ajutüve kahjustusest. Tava-

liselt möödub see mõne nädala või kuu-
ga (2, 16).

Perifeerse päritoluga vertiigo pato-
geneetiline ravi puudub. Ravi on haigus-
hoo ajal sümptomaatiline: parenteraal-
selt sedukseeni hirmu vähendamiseks,
atropiini vegetatiivsete nähtude pärssi-
miseks. Jääknähtude perioodil mõjub
soodsalt stugeroon. Väga oluline on
haiget veenda, et tegemist pole ohtliku
haigusega.

Sagedamini kui vertiigo esineb pea-
miselt vanematel inimestel mittesüs-
teemne peapööritus ebakindlustunde,
purjustunde, tasakaalutuse näol (3, 8,
15). Põhjuseks on närvisüsteemi difuus-
ne häire, mille puhul on häiritud eri
süsteemide kaudu keha ruumilise asendi
kohta saabuva informatsiooni koordi-
neerimine. Mittesüsteemne peapööritus
võib kesta päevi või nädalaid. Sageda-
mateks põhjusteks on väljendunud ate-
roskleroos, hüpertensioon, hüpotsüü-
neemia, intoksikatsioon, siinussõlme
nõrkuse sündroom, vasodilataatorite
kasutamine. Nooremaelastel on mitte-
süsteemne peapööritus sageli põhjusta-
tud neurooside korral esinevast hüper-
ventilatsioonist. Tavaliselt kaasnevad
siis teised neuroosi tunnused: depres-
sioon, ärevus, unehäired, peavalu. Lü-
hiajalise, sekundeid kestva mittesüs-
teemse peapöörituse sageda põhjus on sü-
dame paroksüsmaalsed rütmihäired.
Viimaste diagnoosimine on sageli küllalt
raske ja nõuab elektrokardiogrammi pi-
kemaajalist registreerimist.

Kaelaosteokondroosi osa peapöörituse
põhjusena pole selge. Võimalik, et tal
on mingi osa neil juhtudel, kui pea-
pööritus tekib pea pööramiseel. Unko-
vertebraalne osteofüüt võib sellises
olukorras komprimeerida vertebraalar-
terit ja vähendada verevoolu vertebro-
basilaarsüsteemis. Peab aga arvestama,
et ka normaalingimustes võib arter
pea pööramiseel saada atlase vaos kom-
primeeritud.

Mittesüsteemse peapöörituse ravi on
põhihaiguse ravi. Sümptomaatiliselt
mõjub väga hästi stugeroon.

Kõrges eas inimestel on mittesüsteem-
se peapöörituse sageda põhjus kehaasendi

kohta informatsiooni toovate süsteemi-
de degeneratsioon. Viimast on nimeta-
tud ka mitmeseks sensoorseks defit-
siidiks (4). Haiged tunnetavad pea-
pööritust ainult käimisel, eriti pöö-
ramistel. Lamades, istudes ja seistes
häireid ei ole. Nendel esinevad vesti-
bulaarne defitsiit, mittekorregeeritav
nägemisteravuse langus ja propriotsep-
siooni häire, mille tunnuseks on alajä-
semete tundlikkuse nõrgenemine või
puudumine. Vaevusi aitab nõrgendada
jalutuskepi kasutamine, mõnel toob ker-
gendust stugeroon.

Vestibulaarfunktsiooni uurimiseks
kasutatakse soojus- ja rotatsiooniteste
ning elektronüstagmograafiat. Kõige
olulisem diagnoosimisel on siiski pea-
pöörituse laadi täpne analüüs ning neu-
roloogiline ja üldkliiniline uuring, sest
peapööritus on alati mingi haiguse
sümptoom. Ebaselgetel juhtudel tuleb
aga teha eelnimetatud uuringuid ja
audiomeetria (11, 13).

KIRJANDUS: 1. Aschoff, J. C. Hals-Nasen-
Ohrenkr., 1978, 26, 149—154. — 2. Berman,
J. M., Fredrickson, J. M. J. Otolaryngol., 1978,
7, 234—245. — 3. Brandt, T., Daroff, R. B.
Ann. Neurol., 1980, 7, 195—203. — 4. Drach-
man, D. A., Hart, C. W. Neurology, 1972, 22,
324—334. — 5. Fisher, C. M. Arch. Otolaryn-
gol., 1967, 85, 85—90. — 6. Hall, S. F., Ruby,
R. R. F., McClure, J. A. J. Otolaryngol., 1979,
8, 151—158. — 7. Jerusalem, F., Hess, K.
Schweiz. Rundsch. Med., 1979, 68, 475 — 483.
— 8. Kaeser, H. E. Schweiz. Rundsch. Med.,
1979, 18, 563—565. — 9. Katsarkas, A., Kirkham,
T. H. J. Otolaryngol., 1978, 7, 320—330. —
10. Klockoff, I. Arch. Otorhinolaryngol., 1976,
212, 309—314. — 11. Mattox, D. E. Ear
Nose Throat J., 1980, 59, 5—13. — 12. Seitz,
D. Med. Klin., 1976, 71, 1913 — 1918. — 13.
Singleton, G. T. J. Florida Med. Assoc., 1978,
65, 712—716. — 14. Stupp, H. Aktuel. Neurol.,
1979, 6, 1—11. — 15. Troost, B. T. Stroke,
1980, 11, 301—303. — 16. Troost, B. T. Stroke,
1980, 11, 413—415. — 17. Wolfson, R. J., Del
Polito, G., Dave, U. Otolaryngol. Clin. North
Am., 1978, 11, 777—789. — 18. Kaasik, A.-E.,
Zupping, R. Peaaju veresoonte haigused. Tallinn,
1982.

19. Калиновская И. Я. Ж. им. Корсакова,
1976, 76, 681—687. — 20. Олисов В. С.
Лабиринтопатия. Л., 1973.

Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia
ja neurokirurgia kateeder

UDK 616.12-009.72:616-092-08-089(047)

Ebastabiilne stenokardia

Ants Paapstel · Tallinn

ebastabiilne stenokardia, klassifikatsioon, patogenees, angiograafia, aortokoronaarne šunteerimine, medikamentoosne ravi, hilistulemused

Sageli juhtub meditsiinis nii, et mida vähem haigusest teatakse, seda rohkem antakse talle nimesid. Analoogiline on olukord ka stabiilse pingutusstenokardia ja ägeda müokardiinfarkti vahepealse kliinilise seisundiga, mis on kirjanduses figureerinud ähvardava müokardiinfarktina, intermediaarse sündroomina, infarktieelse ägeda koronaarpuudulikkusena, preinfarktse sündroomina.

Järk-järgult on juurdunud termin «ebastabiilne stenokardia» (5, 7, 24). Et aga see termin hõlmab küllalt heterogeense haigete rühma, kelle seisund ja prognoos on väga erisugune, siis on otstarbekaks peetud mõistet täpsustada (27). Ühe levinuma (edaspidi teiste poolt modifitseeritud) variandi on välja pakkunud C. R. Conti (7).

1. Esmakordne progresseeruva iseloomuga pingutusstenokardia e. *de novo* tüüpi stenokardia (stenokardia võib progresseeruda müokardiinfarktiks, minna üle stabiilseks pingutusstenokardiaks või regresseeruda).

2. Stabiilse pingutusstenokardia progresseeruv halvenemine e. *crescendo* tüüpi stenokardia (valuhoogude tugevnemine ja/või sagenemine; mõne arvates eriti halva prognoosiga (11).

3. Spontaanne e. puhkeolekustenokardia (kas esmakordne või stabiilse pingutusstenokardia foonil nähtava põhjuseta tekkinud; valuhoogude kestus >15...20 min.; alluvad endisest oluliselt raskemini nitropreparaatidele; EKG: vähemalt 24...48 tunni jooksul taanduvad muutused ST-segmeni ja T-saki osas, QRS-kompleks jääb seejuures normaalseks; ensüümide aktiivsus normi piires). Mõned autorid on spontaanse

stenokardia eriti ägedat ja halva prognoosiga faasi nimetanud infarktieelseks seisundiks (3, 24). Sellisel juhul ei ole spontaanne stenokardia 12...48 tundi pärast haige hospitaliseerimist veel ravile allunud. Ka Tallinna Kiirabihaiglas eristame infarktieelset seisundit spontaansest stenokardiast, sest selle seisundi väljakujunemine nõuab ravitaktika muutmist (erakorraline koronarograafia ning aortokoronaarne šunteerimine).

Piiri ebastabiilse ja stabiilse stenokardia vahele tõmbab ajategur — eespool mainitud stenokardiavormide tekkimisest ei tohi olla möödunud üle ühe kuu (eri autoritel 3 nädalat kuni 6 kuud). Ebastabiilse stenokardia mõiste alla on mõnikord mahutatud ka infarktijärgne stenokardia (3) ning Prinzmetali stenokardia (2).

Ebastabiilse stenokardia juhtiva patofüsioloogilise mehhanismi osas diskussioon jätkub. Nii koronarograafia kui ka sektsiooni andmed on vastuolulised. M. F. Victor (27) ja G. D. Plotnick (19) on leidnud, et *de novo* tüüpi stenokardiat iseloomustab ühe pärgarteri isoleeritud proksimaalne kriitiline stenoos (kõige sagedamini *r.interventricularis anterior*), vähem olevat ka inter- ja intrakoronaarseid kollateraale (20,30). Viimaste tähenduse osas takistab lõpliku otsuse langetamist koronarograafia kui uurimismeetodi piiratus. *Crescendo* tüüpi stenokardia puhul on aga täheldatud suhteliselt raskekujulist pärgarterite stenoseerumist. Iseäranis suur olevat vasaku pärgarteri peatüve ning kahe ja kolme arteri muutusega haigete osa (1, 18, 29).

Enamik autoreid kaldub siiski arvamale, et stenokardia ebastabiilne kulg ei ole tingitud ainult pärgarterite obstruktiivse kahjustuse laadist (15, 17, 18, 30). Sellist seisukohta kinnitab ka see, et 2...15 %-l ebastabiilse stenokardiaga patsientidest on tegemist hemodünaamiliselt ebaolulise koronaroskleroosiga (1, 8, 15, 19).

Pikemat aega ainuvalitsenud seisukohta, et ainsaks stenokardia tekkimise põhjuseks on düsbalaans müokardi

hapnikunõudluse ja selle pakkumise vahel, on suuresti revideeritud. Epikardiaalseid pärgartereid ei vaadelda enam kui passiivseid rigiidseid torusid, vaid kui väga dünaamilist neurohumoraalset moduleeritud ning vereelementidega pidevas interaktsioonis olevat süsteemi. Nende seisukohtade valguses on tunnustamist leidnud kaks põhilist stenokardia tekkimise põhjust.

1. Müokardi hapnikuga varustamist limiteeriv fikseerunud aterosklerootiline pärgarteri(te) ahenemine.

2. Intermiteeruvalt müokardi hapnikuga varustamist piirav spastiline pärgarteri ahenemine, mida võib esineda väga erineva raskusega koronaroskleroosi foonil.

Epikardiaalsete pärgarterite spasmi põhjustatud transitoorne EKG-s registreeritav müokardiisheemia ei pruugi alati vallandada stenokardiat, kuid võib esile kutsuda potentsiaalselt fataalseid rütmihäireid või äkksurma (14, 15).

Lõplikult on selgitamata ebastabiilse stenokardia spontaanse stabiliseerumise ning ka ägedaks müokardiinfarktiks ülemineku mehhanism. Huvi-pakkuv, ehkki mõnevõrra spekulatiivne on W. A. Neilli hüpotees (17). Selle kohaselt võib tugev ja korduv spasm vigastada pärgarteri endoteeli, põhjustada seinasisset hemorraagiast koos järgneva vereliistakute adhesiooni ja agregatsiooniga arteri ahenenud valendikus. Endoteeli ja trombotsüütide interaktsiooni tagajärjel vabaneb viimastes sünteesitud tromboksaan-A₂, võimas vaso-konstriktor ja trombotsüütide edasist mikrovasaalset agregatsiooni esilekutsuv aine. Selle kontsentratsiooni tõusu koronaarsüüsluses on müokardiisheemia ajal fikseerinud G. G. Serner (25). Veresoone sein produtseerib ka prostatsükliini, tugevatoimelist vasodilataatorit ja trombotsüütide agregatsiooni inhibiitorit. Ebastabiilse stenokardiaga haigetel on prostatsükliini produktsioon langenud ning seetõttu hakkab prevaleerima tromboksaan-A₂ toime. Jätkub verevoolu aeglustumine ja trombotsüütide agregatsioon, süve-

neb müokardiisheemia. Protsess võib lõppeda ahenenud pärgarteri umbumise ning müokardiinfarktiga, kui kompensatoorne kollateraalaringe ei ole selleks ajaks jõudnud piisavalt välja areneda (17).

Sellest teooriast lähtudes peaksid ebastabiilse stenokardia ravis omal kohal olema ka trombotsüütide agregatsiooni mõjutavad preparaadid (17). Mitmed autorid ongi saanud häid ravitulemusi aspiriini väikeste annuste (12) ning prostatsükliiniga (11, 24, 25), mõned aga intrakoronaarse või intravenoosse trombolüütiliste preparaatide manustamisega (11, 26).

Müokardi hapnikukonflikti põhjustava juhtiva teguri väljaselgitamiseks ning patogeneetiliselt põhjendatud ravi määramiseks soovitab A. Maseri (13) ebastabiilse stenokardia juhtudel läbi viia koormustest kas veloergomeetril või kardiotimulaatori abil (indutseeritud tahhükardia). Uuringu eesmärk on kindlaks teha müokardi hapnikutarbimise maksimaalne nivoo, mida patsient talub, ilma et müokardiisheemia objektiivselt sedastatavaid tunnuseid tekiks. Vasodilatatoorse ravi foonil peegeldab selle nivoo saavutamiseks tehtud kogetöö ja maksimaalne pulsisagedus patsiendi koronaarreservi lage, mille omakorda määrab ära tasakaal pärgarterite ahenemise ja kompensatoorse kollateraalaringe vahel. Stenokardia, mis edaspidi vallandub lagikoormusel või selle lähedal, on suure tõenäosusega põhjustatud koronaarreservi võimalusi ületavast müokardi hapnikunõudlusest. Lagikoormusest tunduvalt nõrgemal pingutusel või ilmse põhjuseta tekkiv stenokardia aga on tingitud müokardi koronaarperfusiooni transiitorsetest, spastilise geneesiga häiretest.

Esimesel juhul on põhjendatud ravi müokardi hapnikutarbimist vähendavate ja südamegevuse ökonoomsust parandavate preparaatidega (β-blokaatorid, kaltsiumi antagonistid, nitropreparaadid), sobiva koronaaranatoomia korral dilatatsioon balloonkateetriga või aortokoronaarne šunteerimine. Transiitorsete, spastilise olemusega koro-

naarverevarustuse häirete korral on näidustatud epikardiaalseid pärgartereid lõõgastava toimega nitropreparaadid ning kaltsiumi antagonistid. Viimased laiendavad perifeerseid veresooni, alandades sellega järel- ja eelkoormust, ning vähendavad südame kontraktiilsust (29). Koos nitropreparaatidega on nad igati näidustatud isegi siis, kui esineb vaid spasmi kui ebastabiilse stenokardia tekkepõhjuse kahtlus. β -blokaatorite lülitamist universaalsesse raviskeemi ei saa alati põhjendatuks pidada, sest ebastabiilse stenokardia spastilise vormi korral võivad nad vasodilatatoorse stimulatsiooni blokeerimisega spasmi süvendada (23, 24).

Ebastabiilse stenokardia ravi teravikuna on paljuski jäänud empiiriliseks ning tulemused raskesti võrreldavateks. Leidub autoreid, kes agressiivset taktikat (medikamentoosne intensiivravi, invasiivsed uuringud ja kirurgiline ravi) täielikult eitavad ning piirduvad üksnes voodirežiimi ja sümptomaatilise raviga (16). R. O. Russel (23), kommenteerides ühe sellise töörühma tulemusi, leiab nende taktika, vaatamata rahuldavatele tulemustele, siiski liiga riskantse olevat, sest prognoosi hindamise võimalus puudub (informatsioon pärgarterite stenoseerumise astme ja müokardi kontraktiilsuse osas). Seepärast peab ta koronarograafiat ebastabiilse stenokardiaga patsientide ravis endiselt juhtivaks etapiks. Samal seisukohal ollakse enamikus keskustes, kusjuures erinevused on vaid uuringu ajastamises (14, 29). Kogenud personali poolt tehtuna ei kujuta koronarograafia ebastabiilse stenokardiaga haigete puhul endast tavalisest oluliselt suuremat riski (22).

Konservatiivse ravi täisprogramm lubab 12...48 tunni jooksul stabiliseerida ja katkestada infarkti teke 70...85 %-l ebastabiilse stenokardia juhtudest (19). Vastunäidustuste puudumisel ning kirurgilist ravi võimaldava üldseisundi korral tuleks neil sama hospitaliseerimise käigus teha koronarograafia ning leiust sõl-

tuvalt kas ette võtta pärgarteri(te) dilatatsioon balloonkateetriga (2, 29), opereerida plaanilises korras või jätkata konservatiivset ravi (8, 19, 29).

Spontaanse stenokardia kupeerimine iga hinna eest üksnes farmakoloogiliste vahenditega on personalile ja ka haigele psüühiliselt kurnav, nõuab kestvat intensiivjälgimist ja -ravi, mis aga kulukuselt ei jää alla operatsioonijärgsele põetusele (10). Pingutustest hoolimata kujuneb W. R. Rogersi (22) andmetel statsionaaris infarkti välja umbes 1 %-l ning fataalne lõpe umbes 5 %-l juhtudest. Ka on raskustega stabiilsesse seisundisse viidud patsientide hilisprognoos halb (9, 29). A. S. Blaustein (4) jõudis 12-kuulise haigete jälgimise põhjal järeldusele, et isegi kaltsiumi antagonistide lisamine raviskeemi toob küll täiendavale osale patsientidele sümptomaatilist leevendust, kuid ei vähenda letaalsust ega kirurgilise ravi vajadust (*cross-over* e. esialgu terapeutiliselt ravitud patsientide üleminek opereeritute hulka nelja kuu jooksul oli 30 %). Viimane nähtus osutus lõpptulemusena majanduslikult eriti kulukaks.

Teisalt jääb siiski haigete rühm (mitte küll enam nii arvukas kui varem — 15...20 %), kelle stenokardiat ei õnnestu konservatiivsete ravivahenditega kupeerida ning keda võib pidada infarktieelses seisundis olevateks (6, 23). Suhteliselt suur on seejuures hemodünaamilise ebastabiilsuse ja rütmihäiretega kulgevate ning vasaku pärgarteri peatüve preoklusiooniga patsientide osa (6).

Sellistel haigetel kindlatel näidustustel tehtud aortokoronaarse šunteerimise hilistulemuste paremus sümptomaatilise paranemise ja soodsama eluende näol on leidnud üsna veenvat tõestust (10, 21, 28). Veel 1970-ndate aastate lõpul olid põhilisteks argumentideks kirurgilise ravi vastu kõrge hospitaalne letaalsus ning perioperatiivse müokardiinfarkti esinemissagedus (6, 9, 10).

Tulemused paranesid suuresti, kui loobuti ebastabiilse stenokardiaga hai-

gete viivitamatust opereerimisest eelneva 12...24-tunnise konservatiivse stabiliseerimise kasuks (29). Selle ajaga suudeti veenvamalt diagnoosida käimasolevat müokardiinfarkti, mille esinemine suurendab oluliselt operatsiooni riski. Mitmed autorid (24, 28) on häid tulemusi saanud intraaortaalse kontrapulsatsiooni kasutamisega, sooritades selle katte all nii koronarograafia kui ka operatsiooni. Meenod aga eeldab tegijate kinnistunud praktilisi oskusi, andes vastasel juhul arvestatava protsendi tüsistusi. Enamik tööühmi intraaortaalset kontrapulsatsiooni reeglipäraselt siiski ei kasuta (10, 21, 22).

Täiustatud ning peensusteni lihvitud operatsioonitehnika koos paranenud anesteesia ning müokardi intraoperatiivse protektsiooniga on viimastel aastatel lubanud juhtivates keskustes opereerida ebastabiilse stenokardiaga patsiente 1...2 %-lise hospitaalse letaalsuse ning 3...5 %-lise perioperatiivse infarkti esinemissagedusega (9, 10, 28). Tulemused isheemiatõve kroonilises faasis opereeritute puhul saavutatust oluliselt ei erine.

Ebastabiilse stenokardia kirurgilise ravi hilistulemuste osas on publitseeritud mitme autori (21, 22) 10-aastase jälgimise tulemused: 80...85 % kuulus kontrollaja lõpuks NYHA I või II klassi, reoperatsiooni vajas 15...20 % jälgituist. Opereeritute tööhõivet puudutavate andmete suur kõikumine eri autoritel ei ole tingitud niivõrd haigete erinevast seisundist, kuivõrd mitmetest sotsiaal-majanduslikest teguritest. W. R. Rogersi (22) andmeil näiteks asus endisele tööle 91 %, kellest 52 % töötas veel ka 8 aastat hiljem.

Kokkuvõtteks võib väita, et ebastabiilse stenokardiaga haiged vajavad tähelepanelikku suhtumist ning individuaalset lähenemist nii diagnoosimise kui ka ravi osas. Viimase edukus on suuresti sõltuv invasiivsete uurimismetodite ning kirurgilise ravi õigest ajastamisest.

KIRJANDUS: 1. Alison, H. W., Russell, R. O., Mantle, J. A. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1978, 41, 2, 204—209. — 2. Amsterdam, E. A., Lee, G., Mason, D. T. *Am. Heart J.*, 1981, 102, 1, 144—147. — 3. Bertolasi, C. A., Tronze, J. E., Carreno, C. A. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1974, 33, 2, 201—208. — 4. Blaustein, A. S., Heller, G. V., Kolman, B. S. *Am. J. Cardiol.*, 1983, 52, 1, 950—954. — 5. Chahine, R. A. *Br. Heart J.*, 1975, 37, 12, 1246—1249. — 6. Cohn, L. H., Alpert, J., Koster, K. a.o. *Arch. Surg.*, 1978, 113, 11, 1312—1316. — 7. Conti, C. R., Brawley, R. K., Griffith, L. S. C. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1973, 32, 5, 745—750. — 8. De Feyter, P. J., Majid, P. A., Wardeh, R. a.o. *Am. Heart J.*, 1979, 98, 4, 431—439. — 9. Hultgren, H. N., Shettigar, U. R., Miller, D. C. *Am. J. Cardiol.*, 1982, 50, 4, 663—670. — 10. Jones, E. L., Waites, T. F., Craver, J. M. a.o. *Ann. Thorac. Surg.*, 1982, 34, 4, 427—434. — 11. Kambara, H., Kadota, K., Murakami, T. a.o. *Jpn. Circ. J.*, 1983, 47, 4, 464—470. — 12. Lewis, H. D., Davis, J. W., Archibald, D. G. a.o. *N. Engl. J. Med.*, 1983, 309, 7, 396—403. — 13. Maseri, A. *Lancet*, 1983, 8327, 746—749. — 14. Maseri, A., Chierchia, S. *Progr. Cardiovasc. Dis.*, 1982, 25, 3, 169—192. — 15. Maseri, A., Severi, S., De Nes, M. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1978, 42, 6, 1019—1035. — 16. Mulcahy, R., Daly, L., Graham, I. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1981, 48, 3, 525—528. — 17. Neill, W. A., Wharton, T. P., Fluri-Lundeen, J. a.o. *New Engl. J. Med.*, 1980, 302, 21, 1157—1162. — 18. Nobuyoshi, M. *Jpn. Circ. J.*, 1983, 47, 4, 432—439. — 19. Plotnick, G. D. *Am. Heart J.*, 1979, 98, 2, 243—255. — 20. Rafflenbeul, W., Smith, L. R., Rogers, W. J. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1979, 43, 4, 699—707. — 21. Rahimtoola, S. H., Nunley, D., Grunkemeier, G. a.o. *New Engl. J. Med.*, 1983, 308, 12, 676—681. — 22. Rogers, W. R., Wysham, D. N. *Br. Heart J.*, 1982, 47, 4, 365—368. — 23. Russell, R. O., Rackley, C. E., Kouchoukos, N. T. *Am. J. Cardiol.*, 1981, 48, 3, 590—591. — 24. Scanlon, P. J. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, 1981, 23, 5, 351—364. — 25. Serner, G. G., Masotti, G., Poggesi, L. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1982, 49, 4, 1146—1151. — 26. Vetrovec, G. W., Leinbach, R. C., Gold, H. K. a.o. *Am. Heart J.*, 1982, 104, 4, 946—952. — 27. Victor, M. F., Likoff, M. J., Mintz, G. S. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1981, 47, 2, 228—232. — 28. Weintraub, R. M., Aroesty, J. M., Paulin, S. a.o. *Am. J. Cardiol.*, 1979, 43, 5, 877—881. — 29. Yabe, Y. *Jpn. Circ. J.*, 1983, 47, 4, 478—494.

30. Ермилов Л. П., Кулешова Э. В., Тузнович Е. Л. и др. *Тер. арх.*, 1983, II, 56—59.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 616.71-007.234-07-08(047)

Idiopaatiline juveniilne osteoporoos

Ester Luiga · Tallinn

juveniilne, idiopaatiline, transitoorne, puberteediea osteoporoos; kliiniline pilt, diagnoosimine, raviprintsiibid

Osteoporoos on üks universaalseid vananemise tunnuseid. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil leidub üle 50-aastastest 15...50 %-l luudes osteoporootilisi muutusi (23). Lapse- ja noorukieas tuleb osteoporoosi ette suhteliselt harva. On siiski autoreid (4), kes on vastupidisel arvamusel, väites, et röntgenoloogiliselt võib osteoporoos lastel olla küllalt sage leid. Et lastel puuduvad kaebused ja kliiniline leid, siis seda omaette haiguseks ei peeta. Tegemist on enamasti sekundaarse osteoporoosiga, mis võib olla tingitud immobilisatsioonist, pikaleveninud põletikust, endokrinopaatiaist, intestinaalsest malabsorptsioonist, rahhiidist, nefrootilisest sündroomist, mõnedest ravimitest, nagu kortikosteroidid, hepariin jne. (4, 21). Kui need põhjused on välistatud ja kui lapsel ei ole pärilikku haigust (*osteogenesis imperfecta*'t või kromosomaalset häiret — Turner'i sündroomi), jäävad üle veel need, kellel osteoporoosi põhjus jääb ebaselgeks. Üks võimalikke diagnoose sel puhul on idiopaatiline juveniilne osteoporoos (4, 9, 10, 11, 15, 16, 19).

On mitmeid klassifikatsioone (10, 16, 24). Nii jaotab R. Smith (16) osteoporoosid põhjuste järgi tundmatuteks ja tuntuteks, kusjuures juveniilne osteoporoos on selles klassifikatsioonis harva esinev, idiopaatiline. H.-P. Kruse (10) järgi võib idiopaatilise juveniilse osteoporoosi paigutada generaliseerunud primaarsete osteoporooside hulka. Š. Šotemori jaotuse järgi on juveniilne osteoporoos ebaselge etioloogiaga süsteemne osteoporoos (24).

Idiopaatiline juveniilne osteoporoos on harva esinev, ebaselge etioloogiaga

primaarne generaliseerunud osteoporoos. Idiopaatiline juveniilne osteoporoos tekib peamiselt enne puberteeti ja puberteedieas, 8...15 a. vanuses (2, 6, 7, 19). Esinemissagedus poistel ja tütarlastel on ühesugune (4, 5).

Esmakordselt kirjeldas idiopaatilise juveniilse osteoporoosi kliinikut W. Cattel 1954. aastal puberteediea kalasalg-roolülihaiguse nime all (1). Termini «idiopaatiline juveniilne osteoporoos» töid kirjandusse C. Dent ja M. Friedman 1965. a. (3), kirjeldades kuut haigusjuhtu lastel. Maailmas seni esinenud haigusjuhtude täpset arvu ei teata. Haiguse harukordsust näitab veel see, et 1979. aastani oli idiopaatilist juveniilset osteoporoosi kirjanduses mainitud vaid 45 korral (17) ja kodumaises kirjanduses on seni olnud vaid üksikuid viiteid juveniilsele osteoporoosile (21, 22, 24). Muidugi on võimalik, et kergedamad haigusjuhud on jäänud kas diagnoosimata või kulgenud teiste haiguste, näiteks reumaatiliste haiguste nime all. Eri maade klinitsistid on idiopaatilist juveniilset osteoporoosi siiski sagedamini mainima hakanud (14, 17, 19, 22). See näitab, et selline harukordne haigus, mille puhul ühel normaalsel, tervel lapsel tekib äkki tundmatu invaliidistav haigus, tekitab märkimisväärseid probleeme ja sellele tuleb rohkem tähelepanu pöörata.

Kliiniline pilt. Enamasti algab haigus tervel, heas üldseisundis lapsel (4, 5). Algul tekivad mittetüüpilised luu- ja liigesevalud. Valu tekib pikkade toruluude distaalsas, eriti hüppeliigese piirkonnas. Päeva jooksul ja koormuse puhul valud tugevnevad, võimalik on väheene turse hüppe- või põlveliigese ümbruses (3, 5, 6). Öösel ja hommikul tugevaid valusid ei ole. Valud lokaliseeruvad liigese läheduses ja valulikkus käimisel viib ekslikule järeltulele, et tegemist on artriidiga (22). Sagedad on kaebused tuimade seljavalude üle (11, 14, 19), mida mõnikord on seostatud ka traumaga. Könnak muutub ebatavaliseks, laps hakkab lonkama. Vahel ta isegi keeldub käimast. Haigel töövõime langeb, ta hakkab kiiresti väsima. Edasi

arenevad küfoos ja skolioos. Et haiguse algus langeb ühte lapse kasvuaega, võib kasv pidurduda, võib märgata isegi lühenemist, eriti kehatüve osas. Viimane on tingitud rinnalülide kompressioonmurdudest ja lülide kokkulangemisest, mistõttu lülisammas lüheneb (9, 15). Sagedad on ka jalgade toruluude kompressioonmurrud (14). *Tibia* distaalosa kompressioonmurrul puhul esineb tugev valu hüppeliigese dorsifleksioonil. Tüüpiline on asjaolu, et murrud tekivad iseeneslikult või mitmesugustel tühistel põhjustel, pisitraumade järgselt (5, 6, 7, 11, 12). Murrud tekivad siis, kui luuaine vähenemine on ulatunud 30 %-ni (18), kui haigus on jõudnud kõrgerioodi.

Diagnoosimine. Et esimesed sümptomid algavad hiilivalt, on varajane diagnoosimine raskendatud.

Diagnoosida aitab röntgenuurimine (4, 5, 6, 7, 9, 19), mille abil leitakse tugev generaliseerunud osteoporoos, mis võtab enda alla kogu skeleti, tüüpiliselt aga kõige tugevamini selgroolülisid. Need lamenduvad, muutuvad kaksiknõgusateks, meenutades kalade selgroolülisid. Röntgenogrammil võib näha lülide kokkulangemist ja kompressioonmurde. Toruluude röntgenogrammidel on osteoporoos enam väljendunud luu distaalosades, luu kortikaalosa on õhuke. Osalised murrud metafüüsid, puusa-, põlve- ja hüppeliigese piirkonnas on näha juuspeente möradena. Osteoporoosi varajane ja objektiivne avastamine on oluline (9, 10). Idiopaatilisele juveniilsele osteoporoosile on iseloomulik veel uue, kujuneva luu osteoporoos (17).

Generaliseerunud osteoporoosist hoolimata tüüpilised laboratoorsed muutused puuduvad. Veres kaltsiumi, fosfori ja leeliselise fosfataasi hulk on normi piires. Neist viimase hulk võib olla ka veidi tõusnud, kuid seda on raske interpreteerida, sest tõus võib olla tingitud kiirest kasvust prepuberteedieas (17). Kaebuste kõrgerioodil tekivad hüperkaltsiuria ja kaltsiumi negatiivne balanss, mis pole aga niivõrd osteoporoosi põhjus kui tagajärg.

Diagnoosida aitavad ka luubiopsia (*crista iliaca*'st või roidest) ja histoloogiline uuring (9, 16). Leitakse niisama vana patsiendi normaalse luuga võrreldes luuaine difuusset vähenemist, ilma et orgaanilise ja mineraalne suhe oleks häirunud. Luupõrgad on õhukesed, osteoblastide arv vähenenud, luu ehitus ja keemiline koostis aga normaalne.

Idiopaatilise juveniilse osteoporoosi diagnoosimisel on oluline, et peale kaebuste, kliinilise objektiivse leiu, röntgenogrammide ja luubiopsia lülitatakse välja ka (*diagnosis per exclusionem*) osteoporoosiga kulgevad haigused. Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad arvesse: 1) *osteogenesis imperfecta tarda*, kui see on nõrgalt välja kujunenud, nii et sümptomid hakkavad avalduma alles puberteedieas; 2) immobilisatsiooniosteoporoos (13); 3) neeruhaigused (krooniline tubulaarne atsidoos, idiopaatiline hüperkaltsiuria, nefrootiline sündroom; 4) metaboolsed haigused (*Coeliacia* tõbi, mukovistsidoos, idiopaatiline hüpoproteineemia, glükogenoos pikaajalise antikongulsiivse ravi tulemusena jne.); 5) endokriinsed haigused (hüperkortitsism, hüperparatüreoidism, hüpertüreos jt.); 6) leukeemia; 7) reumatoidartriit; 8) raskekujuline D-vitamiini-vaegusega rahhiit.

Raviprintsiibid. Et idiopaatilise juveniilse osteoporoosi etioloogia ei ole selge, siis haiguse põhjuslikku ravi ei tunta. On diskuteeritud medikamentosse ravi ebaotstarbekuse üle (9). Siiski on paljud autorid seisukohal, et kaltsiumi häiritud imendumise korrigeerimiseks on soovitatav sissevõtmiseks anda D-vitamiini (6, 9, 11, 17), dihüdrotahhüsterooli (4, 6) ja kaltsiumi (4, 6, 8, 11) kaltsiumkarbonaadina või kaltsiumirikkas toidus. Soovitatud on ka valgu- ja C-vitamiini-rikast toitu. Luukoe tekke stimuleerimiseks anda 10-päevaste ravikuuridena anaboolseid hormone (4, 6, 13, 17, 21). Varem osteoporoosi puhul laialt kasutatud östrogeenidest (12, 17) on aga loobutud, sest nad võivad põhjustada intensiivselt osteoskleroosi (8). Füsioteraapiast on soovitatud ultraviolettkiirgust (21).

Kõik autorid on ühisel seisukohal, et neuroloogiliste komplikatsioonide ja tagasipöördumatute deformatsioonide ärahoidmiseks peab haige magama kipsvoodis, päeval aga kandma korsetti. Selleks aga, et idiopaatilisele juveniilsele osteoporoosile ei lisanduks immobilisatsiooniosteoporoos, on vajalik ravikeha-kuultuur.

Idiopaatiline juveniilne osteoporoos paraneb mõne aasta (1...4 a.) möödumisel või suguküpsuse ajaks spontaanselt. 2...4 aastaga taastub ka luu normaalne struktuur, isegi küfoos võib ära kaduda. Spontaanne paranemine on seaduspärane, välja arvatud juhtudel, kui on tekkinud väga rasked deformatsioonid. Seepärast, hoolimata kalduvusest luumurdudeks, peetakse idiopaatilise juveniilse osteoporoosi kulgu healoomuliseks.

KIRJANDUS: 1. *Catel, W. Kinderärz. Prax.*, 1954, 22, 21—26. — 2. *Dents, C. E. Postgrad. Med. J.*, 1977, 53, 450—456. — 3. *Dent, C. E., Friedman, M. Q. J. Med.*, 1965, 34, 177—210. — 4. *Fanconi, A., Illig, R., Poley, J. R. u. a. Helv. Pediatr. Acta*, 1966, 21, 531—547. — 5. *Grubbauer, H. M., Stögmann, W., Wendler, H. Klin. Pädiatr.*, 1976, 188, 353—359. — 6. *Görgényi, A. Acta paediatr. acad. sci. hung.*, 1969, 10, 315—321. — 7. *Houang, M. T. W., Brenton, D. P., Renton, P. a. o. Skeletal Radiol.*, 1978, 3, 17—23. — 8. *Jowsey, J. Lancet*, 1976, 2, 524—525. — 9. *Jowsey, J., Johnson, K. A. J. Pediatr.*, 1972, 81, 511—517. — 10. *Kruse, H.-P. Die primäre Osteoporose und ihre Pathogenese. Berlin — Heidelberg — New York*, 1978. — 11. *Lapatsanis, P., Kavadias, A., Vretos, K. Arch. Dis. Child.*, 1971, 46, 66—71. — 12. *Lindsay, R., Sweeney, A., Hart, D. M. Lancet*, 1976, 1, 417. — 13. *Mach, J. Die Inaktivitätsosteoporose. Berlin*, 1971. — 14. *Parker, B. R. Am. J. Roentgenol.*, 1981, 136, 1035—1036. — 15. *Parsons, V. Color Atlas of Bone Disease. Holland*, 1980. — 16. *Smith, R. Biochemical Disorders of the Skeleton. London — Boston*, 1979. — 17. *Smith, R. Am. J. Dis. Child.*, 1979, 133, 889—891. — 18. *Stevenson, J. C., Whitehead, M. J. Br. Med. J.*, 1982, 285, 585—588. — 19. *Teotia, M., Teotia, S. P. S., Singh, R. K. Am. J. Dis. Child.*, 1979, 133, 894—900.

20. *Аблакулова С. Б. Вестн. рентгенол.*, 1980, 3, 74—75. — 21. *Кайзер Г. Ортопед. травматол.*, 1975, 1, 84—87. — 22. *Новиков Ю. И., Горохова С. Г., Низовская Е. В. и др. Ревматология*, 1983, 3, 52—53. — 23. *Подрушняк Е. П. Вестн. АМН СССР*, 1980, 3, 82—85. — 24. *Шотемор Ш. Ш. Вестн. рентгенол.*, 1982, 3, 5—12.

Kardioloogia Teadusliku Uurimise
Instituut

UDK 616-003.96-053.4(047)

Lapse sotsiaalsest adaptatsioonist

Ingrid Laan · Tallinn

adaptatsioon, laps, vanus, mikrosotsiaalne keskkond

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni definitsiooni järgi võib pidada terveks inimest, kes on kehaliselt ja vaimselt harmooniliselt arenenud ja kes kohaneb hästi teda ümbritsevas keskkonnas.

Erandina teistest elusolendeist on inimesel peale bioloogilise ka sotsiaalne kohanemisvõime, mis formeerub postnataalses ontogeneesis ja oleneb paljudest sellistest teguritest nagu ümbritsev keskkond, suhtlemine ümbruskonnaga, aga ka sellest, kui täisväärtuslikult tema elundsüsteemid funktsioneerivad, eriti kesknärvisüsteem.

Olenevalt organismi seisundist võib V. Kaznatšjevi (3) arvates kohanemisel täheldada kolme seisundit.

Füsioloogiline adaptatsiooniseisund — tavaline organismi muutumine uues keskkonnas, kui kõik elundsüsteemid funktsioneerivad optimaalselt.

Pingeline adaptatsiooniseisund — on tekkinud vajadus olemasolevate parameetrite ümberkorraldamise järele. See põhjustab pinget mõnes funktsionaalses süsteemis. Kui see pinget ei ületa olemasolevate reservide võimalusi, siis füsioloogilise adaptatsiooni seisund mõne aja pärast taastub.

Patoloogiline adaptatsiooniseisund — reservide võimalused on ammendatud ja tekivad häired kogu adaptatsioonimehhanismis. Selle tulemuseks on kas organismi haigestumine või kurtumus.

Lapse ealiste iseärasuste tõttu ei toimu kohanemine sotsiaalse keskkonna muutustega igas vanuses ühtemoodi. Eriti aktiivne on sotsiaalne adaptatsioon esimesel kolmel eluaastal, kui laps omandab esialgseid kogemusi suhtlemiseks teda ümbritseva keskkonna ja ini-

mestega. Selle perioodi esimesel elu-
poolaastal on sõna mõju kas vähene või
puudub ja lapse ajus ei toimu veel konk-
reetsete seoste formeerumist. Kommu-
nikatsiooni baseerub peamiselt kehalisel
kontaktil ja emotsionaalsetel võtetel —
laps tajub päeva rütmi, puute hellust
või karmust. Seetõttu talub ta väga
hästi keskkonna muutumist juhul, kui
säilitatakse päeva rütm ning elemen-
taarne režiim (hooldus ja toitmine).

7...18-kuisel väikelapsel toimuvad
aga adaptatsiooniprotsessid raskemini.
Selle põhjuseks on lapse kiire ja mitme-
külgne areng ning närvisüsteemi küp-
susetus. Laps taipab juba tavalist kõnet,
eristab nõudmisi, tal on tekkinud režiim-
i-, täiskasvanute käitumise ja miimi-
kamälu. Kuigi tema suhtlemisoskus on
veel minimaalne, käitub ta juba vasta-
valt situatsioonile. Situatsiooni järsk
muutus selles vanuses, näiteks lapse
teiste laste hulka viimine, võib alles ku-
junenud nõrgas stereotüübis esile kut-
suda konflikti, mille tagajärjel sugene-
vad kas väiksemad või suuremad adap-
tatsioonihäired. Laps kaotab turvalisus-
tunde ja see avaldub tema emotsionaal-
se ja psüühilise seisundi muutustes.
Sagenevad unehäired, pidurdub kõne
areng ja langeb kaalukõver. E. Groshi
(1) andmeil haigestub lasteaeda või
-sõime viimisel 13...18 kuu vanustest
lastest esimesel kuul 60,8 %.

Lapse mikrosotsiaalse keskkonna
muutumisel selles vanuses tekkivad ko-
hanemiskasvatused jaotab R. Tonkova-
Jampolskaja (5) analoogiliselt V. Kaz-
natšjevi jaotusega kolme rühma.

Kerge adaptatsioon — lastekollektiiv-
is hakkab laps 10...15 päeva jooksul
käituma adekvaatselt. Ei teki kaalulan-
gust ega kõne arengu peetust. Esime-
sel lastekollektiivis oleku kuul laps ei
haigestu. Organismi funktsionaalsed
näitajad on normi piires.

Keskmise raskusega adaptatsioon —
lapse emotsionaalne seisund ja käitu-
mine muutuvad adekvaatseks 15...30
päeva jooksul. Selleks ajaks taastub kaa-
lukõver või võtab laps kaalus juurde.
Tavaliselt põeb ta selle aja vältel läbi

ka ühe haiguse ja puudub 7...10 päeva
lastekollektiivist.

Raske adaptatsioon kulgeb väikelas-
tel kahe vormina: 1) laps põeb sageli
ägedaid respiratoorseid haigusi. Haigu-
sed tüsistuvad kergesti, sest organismi
vastupanu on nõrgenenud. Kehakaal
on ebastabiilne, kehaline ja vaimne
areng jääb eakaaslaste arengust maha;
2) tekivad käitumishäired, neurootili-
sed seisundid, mis püsivad 2...6 kuud
või kauemgi.

Üle poolteiseaastane laps harjub uue
olukorraga juba kergemini. Selles vanu-
ses tekib tal teiste lastega suhtlemise
vajadus, väheneb vajadus täiskasvanu-
tega kontakti järele. Laps kõneleb vaba-
malt ja saab ka kõnest paremini aru.

Sotsiaalse mikrokliima uus muutus
on seotud lapse kooliminekuuga. G. Serd-
jukovskaja (4) andmeil aga ei ole keskmiselt 20 % seitsmeaastastest lastest
oma funktsionaalsetelt võimetelt veel
koolimiseks küpsed. Bioloogilises
arengus mahajäänud laps, sattudes vöö-
rasse kollektiivi, ei adapteeru hästi.
Seetõttu sagenevad õpilastel neuroosid
ja neurootilised seisundid (eriti I...III
klassi õpilastel). Neil täheldatakse rohket
higistamist, unehäireid ja väsimust,
sageli pisaraid, sest lapsed on kergesti
solvuvad. Nad kaebavad pea- või kõhu-
valu, pisteid rinnus jne. Need lapsed on
vastuvõtlikud haiguste suhtes, puudu-
vad palju koolist. Sellega võib kaasneda
ka õpiedukuse halvenemine, mis oma-
korda mõjub halvasti lapse kohanemi-
sele kooliga.

Järgmine periood, mil sageli avaldu-
vad sotsiaalse adaptatsiooni häired, on
seotud murdeega. Juba iga indiviidi
bioloogilistest iseärasustest tingituna on
puberteedia algus ja lõpp väga erinev.
Nagu uurimused on näidanud (2), koha-
nevad lapsed, kellel puberteediiga on
keskmiste näitajatega vastavuses, välis-
keskkonna muutustega paremini kui
need, kellel murdeiga hilineb. Ka kiire
kehalise arengu korral on mittemoti-
veeritud konflikte, käitumis- ning
somaatovegetatiivseid häireid sageda-
mini kui keskmise kehalise arenguga
lastel.

Peale vanuse on uute tingimustega kohanemisel oluline ka arenguaste ja tervis. Tugeva ja tasakaaluka närvisüsteemiga lapsel on adaptatsiooni diapaasoon palju laiem. Nõrga närvisüsteemi tüübi korral aga tekib kergesti adaptatsiooni düsfunktsioon. Kui nõrgale närvisüsteemile lisanduvad ka organismi kahjustused pre- või postnataalperioodil, on kohanemine eriti raske.

Kooliealise lapse sotsiaalse adaptatsioonivõime vähenemise põhjuseks on kahtlemata ka perekonnasisese kommunikatsiooni vähenemine. Seda soodustavad väikesed perekonnad, kiire elutempo, teler, mitmevahetusega kooliskäimine jt. tegurid. Nii on õhtupoolses vahetuses õppivad lapsed hommikupoolikul sageli üksinda kodus, õhtul aga vaadatakse vaikides telerit ja hiljem õpitakse omaette. Laps võõrdub vanematega suhtlemisest, tal ei ole kellelegi oma muredest rääkida. See võib olla frustratsiooni ja hilisemate käitumishäirete põhjuseks.

Lapse mikromaailm muutub pidevalt. Selleks tuleb teda ette valmistada. Õige ettevalmistus aitab vähendada ka kollektiivis käivate laste haigestumist (5). Seepärast peab lapse sotsiaalse adaptatsiooni probleem pälvima pediatrite suuremat tähelepanu. Lapse arenemislugudes peaks kajastuma tema kohanemine mikrosotsiaalse keskkonna muutustega. Kui on tegemist halvasti adapteeruva lapsega, peaks see olema kindlasti märgitud lapse kollektiivi, eriti kooli viimiseks antavas meditsiinidokumentatsioonis. See juhiks pedagoogide tähelepanu neile lastele ja aitaks vältida konfliktsituatsioonist tulenevaid tervisehäireid.

KIRJANDUS: 1. Grosch, Ch. Z. gesamte. Hyg., 1974, 20, 12, 878—881.

2. Акселерация развития и состояние здоровья детей и подростков. ВНИИМ. Мед. и здр. М., 1980. — 3. Казначеев В. П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск. 1980. — 4. Сердюковская Т. Н. Проблема изучения состояния здоровья школьников в СССР. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1970. — 5. Тонкова-Ямпольская Р. В., Шмидт-Кольмер Е., Атанасова-Вукова А. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях. М., 1980.

Tallinna I Lastehaigla

Tervishoiutöö korraldus

UDK 616-08-039.57/.71

Laste dispanseerimise parandamine polikliinikutes

Ilme Pilv · Tallinn

profülaktilised läbivaatused, haigete laste dispanseerimine, dispanseerimise efektiivsus

Viimastel aastatel on üleliiduliselt päevakorral olnud laste ambulatoor-polikliinilise abi parandamine: pediatr-ijaoskondades laste arvu vähendamine 1000-lt 800-le (1983. a. lõpuks oli Eestis keskmiselt 775 last ühes jaoskonnas), uute organisatsiooniliste töövormide kasutuselevõtt (profülaktikakabinettide ehk väikelaste tervisetubade ning rehabilitatsiooniosakondade avamine), kõrgkoolide õppeprogrammide täiendamine pediatrite profülaktiliseks tööks ettevalmistamise osas, varaaliste laste profülaktika alaste üleliiduliste täienduskursuste korraldamine (meie vabariigis Arstide Täiendamise Keskinstituudi väljasõidutsükkel 1984. a. kevadel), jaoskonnapediatrite täienduskursused (Moskva, Leningrad, Kiiev jm.).

Jaoskonnapediatriline oluline tööloik on laste dispanseerimine, selle kvaliteedi tõstmine (13). Lastepoliikliinikutes tuleb enam tähelepanu pöörata dispanseerimise aastaringsele planeerimisele. Ülevaate saamist hõlbustab jaoskonnapass. Meie vabariigis on see kasutusel 1984. a. alates.

Tervete laste dispanseerimisel on profülaktiliste vastuvõttude planeerimise aluseks laste ealine jaotumus: imi-

kud, edasi lapsed eluaastate kaupa kuni kooliminekueni, noorem ja vanem kooliiga kuni eani, mil nad antakse üle täiskasvanute või noorukite polikliinikule. On oluline, et pediaater tegeleks maimiku ettevalmistamisega lastesõime minekuks ning väikelapse põhjaliku tervisekontrolliga enne kooliminekut, tagamaks kuueaastase koolimineva lapse hea tervise.

Profülaktiliste läbivaatuste kvaliteedi ning ravi- ja profülaktikavahendite efektiivsuse hindamiseks on oluline ühtsete objektiivsete kriteeriumide kasutuselevõtt. Mitmes NSV Liidu eesrindlikus lastepolikliinikus on rakendatud neuropsüühilise ja kehalise arengu komplekshinnangu süsteemi, tervisliku seisundi iseloomustamiseks on määratud terviserühmi (11, 12, 13). 1983. aastast on nende määramine kohustuslik kõikides liiduvabariikides. Neuropsüühilise ning kehalise arengu eale vastavust hinnatakse igal profülaktilisel läbivaatusel, samuti määratakse lapse kuuluvus terviserühma. Tervislikku seisundit hinnatakse eluaasta kestel ja lõpul. Profülaktilise abi parandamiseks rajati ühes Leningradi lastepolikliinikus üle 20 aasta tagasi nn. terve lapse kabinet (17), edaspidi avati profülaktikakabinetid paljudes eesrindlikes lastepolikliinikutes. 1983. aastast alates on seliste profülaktikakabinettide (terve lapse tuba, väikelapse tervisetuba) avamine kohustuslik kõikides linna lastepolikliinikutes, kusjuures on täpsustatud tema ülesandeid ja personali ametikohustusi (üks keskastme meditsiinitöötaja 10000 lapse kohta). Mitmed autorid on vajalikuks pidanud, et lastepolikliinikus töötaksid ka pedagoog ja psühholoog (3, 14). Eesti NSV-s on nende kabinetide avamisega juba algust tehtud: esimene töötab alates 1983. aastast Öismäe polikliinikus.

Profülaktilise töö efektiivsuse tõstmise üks komponente on läbivaatuste ühtne meetodika ning tulemuste hindamine. Profülaktiliste läbivaatuste dokumenteerimiseks koostasid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku töökorralduse ja meetodika

osakonna töötajad vahelehed. Neid trükitud vahelehti kasutati aastail 1981... 1982 Nõmme lastepolikliinikus. Hiljem täiendati standardteksti vastavalt viimastele üleliidulistele direktiivdokumentidele (5). 1984. aastal võeti need kasutusele kõikides meie vabariigi polikliinikutes. Eeltoodu võimaldab edaspidi saada võrreldavaid andmeid meie vabariigi üksikute linnade ja rajoonide kohta, kergendab lapse tervisliku seisundi ja arengu dünaamika jälgimist, võimaldab ratsionaalsemalt kasutada arsti ning õe tööaega ning loob võimaluse automatiseeritud andmetöötluseks.

Ühes Moskva lastepolikliinikus on katseliselt kasutusele võetud unifitseeritud sissekanded. Neid tehakse lapse kohta esimese kolme eluaasta kestel profülaktilistel läbivaatustel (10).

Haigede dispanseerivad peamiselt jaoskonnaarstid (15), vaid väikest osa eriarstid (1).

Krooniliste haiguste esinemissagedus on Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil viimastel aastakümnetel suurenenud kõikides arenenud riikides. Epidemioloogiliste uurimiste andmeil on kroonilisi haigusi 56,6... 118,8 1000 lapse kohta (6), kusjuures varieeruvus on tõenäoliselt tingitud uurimismetoodikast ja tulemuste interpreteerimisest. Esimesel eluaastal on 5 %-l lastest diagnoositud kesknärvisüsteemi kahjustust või kaasasündinud vääramendeid (7). Meie vabariigis vastavaid epidemioloogilisi uurimisi tehtud ei ole. Kümne aasta jooksul dispanseeritavate arvu märgatav suurenemine kuni 14 aasta vanuste laste hulgas kajastub statistilises aruandluses: 1974. aastal 139,6, 1983. aastal 244,6 1000 lapse kohta. Võib oletada, et tõusu põhjuseks pole üksnes krooniliste haiguste sagenemine, vaid ka dispanseerimise alla kuuluvate haiguste nomenklatuuri laiendamine ja uute diagnoosimis- ning uurimismetodite rakendamine. Krooniliste haiguste esinemissageduse suur varieeruvus linnades ja rajoonides (203,6... 465,6 1000-le) viitab erinevusele läbivaatuste diagnostilistes kriteeriumides ning andmete interpreteerimises.

Kroonilisi haigusi põdejate rehabilitatsioonil (18) eristatakse kolme staadiumi: 1) varajane rehabilitatsioon statsionaaris (vajadus 30 %-l lastest); 2) haiglajärgne rehabilitatsioon (50 %-l lastest) ja 3) orgaaniliste muutuste või funktsionaalsete häiretega haigete ravi rehabilitatsiooniosakonnas. Häid tulemusi on saadud Leedu 300-kohalises laste rehabilitatsioonihaias ning mitmetes eesrindlike lastepoliklinikut rehabilitatsiooniosakondades (Leninigrad, Moskva, Kiiev jm.), kus komplekselt rakendatakse vesi-mudaravi, füsioteraapiat, ravivõimlemist või muid protseduure.

Kroonilisi haigusi põdeva lapse ravi on pikaajaline, kusjuures meditsiini-probleemide kõrval on niisama oluline sotsiaalsühholoogiline aspekt. Sotsiaalne rehabilitatsioon peab hõlmama nii last kui ka haige perekonda (8). Kirjanduse andmeil on kõrgkoolide programidesse võetud meditsiini- ja sotsiaalsühholoogia erikursus, parandamaks kontakti arsti ja haige vahel ning saavutamaks paremaid tulemusi eriti ambulatoorses praktikas (2, 3, 4, 9).

Dispanseeritavate arvu suurenemine eeldab poliklinikuarstide koormuse reguleerimist ja selle pidevalt ühtlasena hoidmist. Profülaktiliste läbivaatuste planeerimisel tuleb arvestada koduste laste arvu suurenemist teisel eluaastal, mis on tingitud ema puhkuse pikendamisest lapse poolteiseaastaseks saamiseni. Ajal, mil poliklinikusse pöördujaid on vähe, tuleb haigeid lapsi rohkem dispanseerida. Et krooniliste haiguste all kannatavate laste arv jaoskonnas moodustab üle 1/4 teenindatavast, oleks ilmselt otstarbekas nende jaoks planeerida üks vastuvõtupäev nädalas. Seda moodust on rakendatud teiste liiduvabariikide eesrindlikes lastepoliklinikut.

Probleemiks on dispanseerimise efektiivsuse hindamine. Soovitatakse kasutada ühtseid kriteeriume, hinnates ravi- ja profülaktikaabinõude tulemuslikkust mitte kalendriaasta, vaid dispanseerimise kestuse järgi aastate kaupa (16).

Dispanseerimise edukusele aitab kaasa sanitaarharidustöö. Arstid ja emad hindavad kõrgelt esimese eluaasta laste tarvis igaks kuuks koostatud trükitud meelepeasid, mis antakse emale profülaktilisel vastuvõtul. Senisest enam oleks vaja individuaalvestluste kõrval pidada ka grupiviisilist vestlust nii tervete kui ka haigete laste dispanseerimisel, näiteks enneaegsete, närvisüsteemi kahjustusega, kardioloogiliste haigustega jt. laste vanematele.

Tervete ja haigete laste dispanseerimisel, selle kvaliteedi ja efektiivsuse tõstmisel on märkimisväärsed reserve. Selleks aitavad kaasa: tervete laste dispanseerimisel (eriti imiku- ja varajases lapseas) neuropsüühilise ja kehalise arengu ning selle dünaamika kompleksne hindamine, mille põhineb ravi- ja profülaktikaabinõude rakendamine; profülaktikakabinettide (terve lapse tuba) avamine lastepoliklinikut; ühtsete kriteeriumide kasutuselevõtt dispanseerimise efektiivsuse hindamisel (terviserühmade muutumise määramine eluaasta järgi, dispanseerimise efektiivsuse hindamine dispanseerimisaasta põhjal);

krooniliste haiguste all kannatavate laste dispanseerimise aastaringne plaanimine (vastavalt vajadusele kas üks kindel nädalapäev või väiksema arvu puhul 2...3 vastuvõttu kuus).

KIRJANDUS: 1. Berndt, H., Dittmer, A., Leisa, H. Z. ärztl. Fortbild., 1983, 77, 3. 93—95. — 2. Buser, K., Kaul, U. In: Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. Stuttgart — New York, 1981, 238—277. — 3. Holt, K. Developmental paediatrics. London — Boston. 1977. — 4. Pantell, R., Stewart, T., Dias, J. a. o. Pediatrics, 1982, 70, 3. 396—402. — 5. Pilv, I., Keres, L., Tellmann, A. Tervete laste dispanseerimine ja selle dokumenteerimine lastepoliklinikus (Metoodilised soovitusud). Tallinn. 1984. — 6. Pless, I., Roghmann, K. J. Pediatr., 1971, 79, 3. 351—359.

7. Roghmann, K. J. In: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart, 1981, 1—8. — 8. Sperling, M. In: Psychosocial aspects of pediatric care. New York—San Francisco—London, 1978, 51—63. — 9. Winter, K. Soziologie für Mediziner. Berlin, 1973.

10. Башляева З. А., Телегина Х. А., Зинченко С. П. Вopr. oхp. мат., 1982, 11, 59—64. — 11. Вельтищев Ю. Е. Вopr. oхp. мат., 1982, 12, 18—25. — 12. Гребешева И. И. Педиатрия, 1984, 1, 3—5. — 13. Дружинина Л. В. Педиатрия, 1983,

7, 3—6. — 14. Жилене А. И. Педиатрия. 1981, I, 49—54. — 15. Петраков Б. Д., Губарев А. С. Основные направления интеграции специализированной медицинской помощи. Научный обзор. М., 1981. — 16. Случанко И. С., Церковский Г. Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. М., 1983. — 17. Тарасова Г. В., Мышкис А. И. Мед. сестра, 1983, 3. 43—46. — 18. Чистяков Г. М., Догель Н. В., Харина Е. Н. и др. Вопр. охр. мат., 1982, 6, 57—61.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Väikelaste kasvuhäireid hakati diagnoosima Budapesti lastehaiglas doktor F. Peteri juhendamisel, kes on ka Ungari lasteendokrinoloogia alusepanija. Koos oma kolleegidest spetsialistidega näeb ta varajases lapseas kasvu uurimise põhjendusena võimalust kasvuhäiretega lapsi ravida juba 3...5. eluaastal, kuna see eluiga on raviks soodsaim. Parimaid tulemusi on saadud sellistel juhtudel, kui lapsel on kasvuhormoonivaegus. Ungaris on kõikidest kasvuhäiretega lastest umbes 10 % kasvuhormoonivaegusega. Enamik lapsi on arstlikule kontrollimisele seni tulnud juba 11-aastastena.

Ravi seisneb praegu veel selles, et patsiendile süstitakse kaks või kolm korda nädalas hüpofüüsiist saadud somatotroopset hormooni lihasesse. See põhjustab esimesel aastal kasvu suurenemise 10...12 cm, teisel aastal 8 cm ja kolmandal aastal olenevalt elueast veel 3...6 cm. Ungari RV endokrinoloogid tahavad üle minna igapäevastele subkutaansüstetele, mida patsient, nagu suhkruhaigedki, on võimeline ilma kõrvalise abita tegema ise.

Die Heilberufe, 1984, 5.

UDK 616-08-031.57:614.2

Tööajakaod polikliiniku- arstidel ja soovitud tööaja otstarbekamaks kasutamiseks

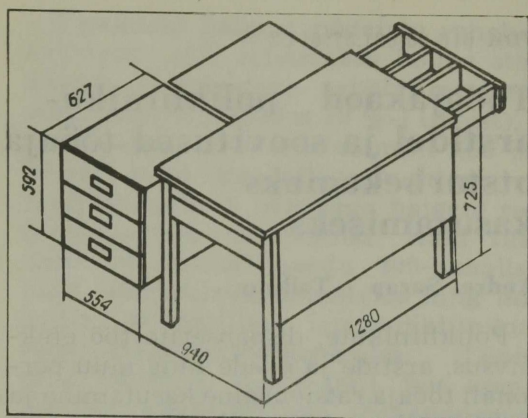
Andrei Sarap · Tallinn

Polikliinikute, dispanserite töö efektiivsus, arstide ja ödede ning muu personali tööaja ratsionaalne kasutamine ja seoses sellega kogu arstiabi kvaliteet sõltuvad suurel määral meditsiinipersonali töö teaduslikult põhjendatud korraldusest.

N. Semaško nim. Üleliidulises Sot-siaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsioonini Instituudis korraldatud uurimine on ilmsiks toonud, et 21,9 % linnapolikliinikute arstide poole pöördumistest ei ole küllaldaselt põhjendatud ja tegelikult peaksid need kuuluma eelvastuvõtukabinettide tegevussfääri. Tallinnas, Rostovis Doni ääres (1,3) korraldatud uurimine on näidanud, et 32...35 % polikliinikusse pöördunuist ei vajanud arstivastuvõttu, ligikaudu 10 % ei vajanud aga arstiabi üldse, vaid lihtsalt nõuandeid või mitmesuguseid tõendeid. Seega 40...45 % patsientide teenindamisega võis toime tulla eelvastuvõtukabinet.

Jaoskonnaarstide töötingimuste uurimine ja töö sisuline analüüs (4,8) on näidanud, et ambulatoorse vastuvõtu ajal mõjub arstile koormavalt ning vaimset pinget, ärrituvust soodustavalt palju tegureid. Neist peamised on järgmised: patsiendi töövõime kindlakstegemine (80,6 % arstidest), diagnoosimis- ja raviküsimuste keerukus (76,6 %), reglementeeritud vaheaegade puudumine (71 %), närvilisus- ja väsimustunne (68,4 % arstidest). Vaheaegade puudumine töös tingib 63,4 %-l jaoskonnaarstidest toitumisrežiimi häireid.

Näiteks 40...50 % vastuvõtuaajast kulub arstidel meditsiinidokumentidega töötamiseks, kuni 30 % kogu päevast tööajast. Sealjuures võtab ühe



Arsti ja õe funktsionaalsed töölaud.

kaardi täitmine aega 3,3...4,3 minutit (25...30 % patsiendi vastuvõtule kulutatavast ajast). Iga dokumendi otsimiseks (õe puudumise korral) kulutatakse 10 sekundit kuni 3,5 minutit. Mitmesuguseid saatekirju annavad jaoskonnaarstid kuni 23 korda päevas, ühe saatekirja täitmiseks aga kulub keskmiselt 1,4 minutit, retseptide kirjutamiseks iga päev 140...160 minutit, ühe retsepti kirjutamiseks kuni 1 minut.

Ligikaudu 30 % oma vastuvõtuajast täidab arst selliseid kohustusi, mida peaksid täitma keskastme meditsiinitöötajad. Eestis komplitseerib niisugust olukorda veel see, et paljudes linna polikliinikutes on kuni 40 % ja enam ödede ametikohti täitmata.

Polikliinikuarstide töökorralduse peamised suunad (1, 2, 5, 9) on järgmised.

Arsti töökoha optimaalne korraldamine. Meditsiiniline (funktsionaalne) laud, millel kõik tööks vajalik asetseks käeulatuses. Läti NSV Teadusliku Töökorralduse ja Tervishoiu Organiseerimise Vabariiklik Keskus, N. Semaško nim. Üleliiduline Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Instituut ja Mööbli Projekteerimise-Konstrueerimise ja Tehnoloogia Instituut on konstrueerinud arsti ja õe funktsionaalsed töölaud (5). Need oleks otstarbekas kasutusele võtta ka Eestis (vt. joonis).

Tööruumi sisustamisel tuleb arvestada ergonoomia-, hügieeni- ja esteetikanõu-

deid. Töökohtadel peavad olema standardblanketid, templid ja instrumendid, on vaja organiseerida väljakutsed valgus- või helisignaali abil, luua telefonside kõigi kabinettide, apteegi ja ametiisikutega ning ette valmistada sagedamini vajaminevad retseptid.

Töö intensiivistamise üks tähtsamaid tegureid on tsentraliseerimine. Siia alla kuuluvad haigete plaanipärase hospitaliseerimise tsentraliseeritud süsteem ja polikliinikuosakondade ja -kabinettide tsentraliseeritud varustamine.

Meditsiinidokumentatsiooni pidamise täiustamine lubab vähendada ajakulu kirjatööks, pikendada aga raviks ja diagnoosimiseks vajalikku aega. Kahjuks tuleb meil ette juhtumeid, kus polikliiniku- ja tsehhiarstidelt, tervishoiupunkti juhatajailt nõutakse aruandeid, andmeid ja arve, mis ei ole seaduslikult ette nähtud.

Polikliiniku külastuste juhtimise täiustamine saavutatakse registratuuri töö parandamise ja eelvastuvõtukabinettide organiseerimise teel, samuti arstide ja ödede tööplaanide ja -graafikute täiustamise abil, valgustabloode paigaldamisega.

KIRJANDUS: 1. Sarap, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 1, 38—40. — 2. Väärt, E., Sarap, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 4, 268—270.

3. Аксенов Н. Д., Теме́рханова Л. И. В сб.: Комплексное внедрение научной организации труда в органах и учреждениях здравоохранения. М., 1978, 88—89. — 4. Зотов Ю. И. В сб.: Проблема комплексного внедрения НОТ в лечебно-профилактических учреждениях. М., 1981, 34—40. — 5. Зотов Ю. И., Куценко Г. Н. Сов. здравоохран., 1984, 3, 21—24. — 6. Канен В. В., Гринфельд В. Э., Липовецкая Л. Л. В сб.: Комплексное внедрение научной организации труда в органах и учреждениях здравоохранения. М., 1978, 34—40. — 7. Минаков В. Ф., Сошников Е. И., Макаренко Н. М. и др. В сб.: Научная организация труда в амбулаторно-поликлинических учреждениях. М., 1980, 67—71. — 8. Поляков В. П. В сб.: Комплексное внедрение научной организации труда в органах и учреждениях здравоохранения. М., 1978, 28—34. — 9. Щепин О. П. В сб.: Повышение эффективности работы лечебно-профилактических учреждений и совершенствование организации социального соревнования организаций медицинских работников. М., 1983, 7—11.

Ekspérimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut

UDK 614.2(474.2)

Pärnulaste kogemusi töötajate tervise kaitsel ning ajutise töövõimetuse vähendamisel

Helve Luide · Tallinn

töötajate tervise kaitse, haigestumine, Pärnu linn ja rajoon, ajutise töövõimetuse ekspertiis

Pärnu tervishoiuorganite ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Pärnu Linnakomitee eduka töö tulemusena on arstiabi kättesaadavus ja kvaliteet Pärnu linnas ning rajoonis märgatavalt paranenud, on vähenenud ajutisest töövõimetusest põhjustatud tööajakaod.

Viimastel aastatel oli Pärnu linnas ja rajoonis töötajate haigestumine ajutise töövõimetusega suurenenud. Nii kaotati Pärnu linnas 1980. aastal 100 töötaja kohta 1123,0 tööpäeva, 1981. aastal 1095,8, Pärnu rajoonis 1980. aastal 1037,3, 1981. aastal 1003,8 tööpäeva.

Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu sotsiaalhooldusosakond kontrollis 1981. a. Pärnu linna ning rajooni ravi- ja profülaktikaasutustes ajutise töövõimetuse ekspertiisi alast tööd. Selgus, et sealsete tervishoiujuhtide ning tervishoiutöötajate ametiühingu linnakomitee kontroll ravi- ja profülaktikaasutuste ajutise töövõimetuse ekspertiisi üle oli nõrk. Soovida jättis ettevõtete ja majandite ametiühingukomiteede, administratsiooni ja tervishoiutöötajate vaheline koostöö.

Ajutise töövõimetuse ekspertiisi ja kogu arstiabi paremaks korraldamiseks saatis Pärnu Linna RSN TK Tervishoiuosakond kõikidele allasutustele välja juhendmaterjali ja direktiivdokumendid. Moodustati kaks peaspetsialistidest ja tervishoiuorganisaatoritest koosnevat organisatsioonilis-metoodilist väljasõidubrigaadi, kes juhendavad ja kontrollivad ravi-, diagnoosimis- ning töövõimetuseekspertiisialast tööd linna ning rajooni ravi- ja profülaktikaasutustes. Brigaadide väljasõidu graafikud on

koostatud kvartalite kaupa ja väljasõidud toimuvad kindlatel päevadel. Kontrolli tulemused kajastuvad ravi-asutuste kontrollžurnaalides ja öiendites.

Töövõimetuseekspertiisi alal on koostatud aasta ja kvartalite tööplaanid. Linna- ja maajaoskonnaarstidele ning velskritele on korraldatud ajutise töövõimetuse ekspertiisi alaseid seminare. Regulaarselt üks kord kuus toimuvad tervishoiuosakonnas seminarnõupidamised, millest võtavad osa ka peaarstid ja peaspetsialistid. Ajutise töövõimetuse ekspertiisi päevakorral olevaid probleeme, ettevõtete ja majandite tööajakaadusid seoses ajutise töövõimetusega on arutatud linna haigla poliklinikus igakuulistel tootmisnõupidamistel ja kahel korral haigla meditsiininõukogu istungil.

Tööle tulnud uusi arste instrueeritakse ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal. Selle kohta tehakse žurnali sissekanne, millele pärast instruktööri annab arst oma allkirja.

Peaarsti käskkirjaga on kindlaks määratud polikliniku arstliku konsultatiivkomisjoni (AKK) koosseis, esimees on polikliniku juhataja J. Lemendik. AKK töötab iga päev kolm tundi eri kellaaegadel. AKK istungeid on peetud tööstusettevõtetes. Sel teel tihendatakse kontakti nii majandusjuhtide kui ka ühiskondlike organisatsioonidega koh-tadel.

On laabunud AKK koostöö Pärnu Linna Arstliku Tööekspertiisi Komisjoni-ga (ATEK), mille tulemusena haigete ATEK-i põhjendamatuid suunamisi praktiliselt ei ole esinenud, ei ole esinenud ka invaliidsusgrupist äraütlemisi.

Töövõimetuslehtede blankettide arvestuse, väljaandmise ja säilitamise alal on kindel kord, viimastel aastatel ei ole töövõimetuslehtede blankettide kaotamineku juhte ette tulnud.

Poliklinikus on suurt tööd tehtud sagelipõdejate ravi- ja töökorraldusega, mistõttu on arvel ainult 72 sagelipõdejat.

EKP Pärnu Linna- ja Rajoonikomitee juhendamisel ning osavõtul korraldati

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Pärnu Linnakomitee laiendatud pleenume. Pleenumil on arutatud suuremate Pärnu tööstusettevõtete töötajate arstiabi ja ajutise töövõimetusega haigestumust ning sellest tingitud tööajakadude vähendamise võimalusi. Pleenumile olid kutsutud ka ettevõtete juhid, parteialgorganisatsioonide sekretärid ja ametiühingukomitee esimehed.

28. aprillil 1983 arutati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Pärnu Linnakomitee laiendatud pleenumil, millest võtsid osa majandite juhid, parteialgorganisatsiooni ja ametiühingu esindajad, analoogilisi probleeme rajooni majandites.

Pleenumite ettevalmistamise ajal kontrolliti koos sanitaarteenistusega suuremate ettevõtete ja majandite töötajate töötingimusi, nende vastavust sanitaarnõuetele, olmeruumide olemasolu ja nende sanitaarseisundit ning tervishoiupunktide tööd. Laiendatud pleenumil olid põhiettekanded tootmistöökomisjonilt ja sanitaarteenistusest. Jõuti arusaamisele, et töötajate tervislik seisund, nende haigestumisest tulenevad tööajakaod ei olene ainult tervishoiutöötajatest ega arstiabi korraldamisest, vaid need olenevad suuresti ka majandusjuhtide ning ühiskondlike organisatsioonide töötajate töö- ja olme-tingimuste parandamiseks tehtavatest jõupingutustest.

Pärnu Linna RSN Täitevkomitee istungil on kuulatud Pärnu Linna Haigla peaarsti asetäitja ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal J. Lemandiku ning Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti R. Vodja ettekandeid Pärnu Masinatehase, Pärnu Linakombinaadi, Sindi 1. Detsembri nim. Vabriku töötajate ajutise töövõimetusega haigestumusest ja töötingimustest nendes ettevõtetes.

Pleenumitevahelisel ajal on tootmistöökomisjoni tööd ära kuulatud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Pärnu Linnakomitee presiidiumil viiel korral. Tootmistöökomisjoni initsiatiivil on polikliinikus korraldatud jaoskondade-

vaheline sotsialistlik võistlus. Regulaarselt on korraldatud kutsevõistlusi keskastme meditsiinipersonalile ning kvalifikatsiooni tõstmise seminare arstidele.

Käesolevast aastast on reguleeritud ambulatoor-polikliiniliste asutuste töörežiimi. Hooajaliste põllutööde ajal on maa-ambulatooriumid avatud öhtutundidel, majanditega kooskõlastatud sobivatel kellaaegadel, Pärnu linna polikliinikus on laiendatud eriarstiabi.

Tervishoiutöötajad koostöös nõukogude organite, ettevõtete ja majandite juhtidega on saavutanud seda, et ajutine töövõimetuse ja sellest tingitud tööajakaod nii Pärnu linna ettevõtetes kui ka rajooni majandites on märgatavalt vähenenud.

Nii on vähenenud ajutisest töövõimetusest tingitud tööajakaod Pärnu linnas 19 % ja rajoonis 22 %, rajooni põllumajandustöötajatel ligikaudu 25 %.

Eriti häid tulemusi on Pärnu Masinatehase, kus ajutine töövõimetuse langes 33 %. Sindi 1. Detsembri nim. Vabrikul langes see 32 %, puidutöötlemiskombinaadil «Viisnurk» 28 %, Nõmme sovhoosil 42 %, Pärnu sovhoosil 39 %, kolhoosil «Kalevipoeg» 35 %, kolhoosil «Edasi» 30 %.

Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu presiidium kiitis Pärnu linna tervishoiuorganite ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Pärnu Linnakomitee koostöö kohalike nõukogude ja majandusorganitega heaks. Ta soovitab, et tervishoiuorganid neid kogemusi rakendaksid oma igapäevases töös.

*Eesti NSV Ametiühingute
Nõukogu*

UDK 616-082(474.2)

Meditšiinilise abi hinnang Kohtla-Järve linnaelanike küsitluse põhjal

Aleksei Rodin Valentina Ronžina
Kohtla-Järve

ankeetküsitlus, tervishoiutöö, ettepanekud, arsti
koormus, meditsiinipersonali tegevuse hinnang

Rahvamajanduse juhtimise tähtsamate ülesannete hulgas on NLKP XXVI kongressi otsustes nimetatud ka esmajärguliste ülesannete õiget kindlaksmääramist, kõige efektiivsemate meetodite valikut parimate lõpptulemuste saamiseks. Täiel määral kehtib see ka tervishoiutöö kohta, mille peaeesmärk on maksimaalselt vähendada meie ühiskonnaliikmete tervise kaotamise põhjusi ja tegureid.

Kohtla-Järve linna tervishoiu arenguplaani koostamisel 20 aastaks seadime peamiseks eesmärgiks eelkõige üldhaigestumuse vähendamise, mis põhjustab linnaelanikel suurimat tööjõukaotust. On planeeritud mitmeid abinõusid tervishoiuasutuste ainelise baasi tugevdamiseks ning otstarbeka tervishoiukorralduse tagamiseks, iseäranis arstiabi kättesaadavuse osas.

Nimetatud arenguplaani koostamisel abistas meid suuresti linnaelanike hulgas tehtud spetsiaalne ankeetküsitlus, millega soovisime saada abivajajailt endilt ettepanekuid meditsiinilise abi korralduse ja kättesaadavuse parandamiseks. Küsitlemisel saime 5 000 ankeetvastust. Selgus, et 59,7% vastajaist jäi meditsiinilise abiga rahule. 37,2% vastajaist nentis, et see vajab parandamist, kusjuures need vastajad esitasid selleks ühtekokku 2648 ettepanekut. 3,1% küsitletuist arvas end arstiabile hinnangu andmises ebakompetentse olevat sel põhjusel, et nad on tervishoiuasutusi külastanud väga harva. Oluline osa ettepanekuid oli deontoloogia alalt, sealhulgas avaldati peamiselt soovi, et meditsiinipersonal peaks haigesse suhtuma tähelepanelikumalt ja osavõtlikumalt.

Iseloomulik on, et selliste ettepanekute hulk kõikus eri polikliinikute osas isegi kuni kaks korda.

Kõrvutades küsitluse andmeid arstide koormusega, ilmnes, et 1. polikliinikus, kus soove ja etteheiteid tähelepanelikkuse ja osavõtlikkuse osas oli kõige vähem, oli arstide koormus samal ajal kõige suurem, 2. polikliinikus oli analoogilisi ettepanekuid kaks korda rohkem, seevastu arstide koormus hoopis väiksem. Niisugune seos tuli ilmsiks kõikides polikliinikutes. On märkimist väärt, et kaebusi on sagedamini nende tervishoiuasutuste kohta, mille suhtes ankeetküsitlus näitas, et neis soovitakse näha osavõtlikumat ja tähelepanelikummat suhtumist abivajajatesse. See lubab järeldada, et mitte arsti koormus, vaid olulised üksikute ravi- ja profülaktikasutuste tervishoiujuhtide ning ühiskondlike organisatsioonide poolsed puudused kasvatustöös kaadriga on elanike kaebuste esitamisel määravad.

Paljud küsitletud avaldasid soovi, et kitsa eriala spetsialistide (neuroloog, otorinolarüngoloog, stomatoloog jt.) vastuvõtule saamise võimalused suureneksid. Seda soovi on silmas peetud noorte spetsialistide Kohtla-Järve linna tööle suunamisel, samuti eriarstide kutsumisel vastuvõtte tegema ja konsultatsioone andma.

Ligikaudu 25% ettepanekuist puudutab tervishoiu organisatsioonilist külge, mida on võimalik arvestada ja realiseerida, ilma et oleks tarvis materiaalseid ressursse. Nende hulgas on arsti vastuvõtuajast kinnipidamine, vastuvõttude korraldamine ka õhtusel ajal ja puhkepäeval, eriarstide vastuvõtule eelregistreerimine jm.

Elanike ettepanekute realiseerimine on ilmseid tulemusi juba andnud ning see aitab toime tulla nende ülesannetega, millega peab toime tulema Kohtla-Järve linna tervishoiusüsteem arstiabi võimaluste ja kättesaadavuse parandamisel.

*Kohtla-Järve Linna RSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakond*

Kogemuste vahetamine ja kasuis- tika

UDK 616.38-006-07-089:616-053.4

Kõhuõõne elundite pahaloomulised kasvajakud lapseas

Helju Tälli Mall Sepp · Tartu

pahaloomulised kasvajakud, nefroblastoom, hepatoblastoom, algsümptoomid, õigeaegne avastamine, ravi tulemused, katamnees

Kuigi pahaloomulisi kasvajakuid lapseas tuleb statistika andmeil ette küll harva, on nende esinemissageduses täheldama hakatud suurenemistendentsi. Embrüonaalsed kasvajakud, näiteks nefroblastoom, nefroblastoom ehk Wilmsi tuumor ja hepatoblastoom, arenevad kõhuõõne elundites — neeru- ja maksas, harva ka põrnas (11, 13). Düsembrüonaalseid kasvajakuid on sagedamini leitud kuni kolmeaastastel lastel, hepatoblastoomi imikutel ja isegi juba vastsündinutel. Seetõttu peetakse tõepäraseks kasvaja indutseerumist ning arenemist juba emaülas. Keskkonna mõjudest arvatakse määravad olevat röntgenkiirituse, kantserogeense toimega keemiliste ainete (ravimid, pestitsiidid, nitrosoamiinid), eostumistvastaste preparaatide, ka alkoholi toime (1, 2, 3, 4). Kundson (1971) on püstitanud nn. kahetõukelise hüpoteesi laste kasvajakute tekke selgitamiseks: esialgne varajane kahjustus põhjustab mutatsiooni idurakus, muutes seega kõik loote rakud vastuvõtlikuks teise

tõuke suhtes, mis võib esile kutsuda pahaloomulist transformatsiooni (13). Düsembrüonaalsete kasvajakute geneetilise determineerituse tõestuseks peetakse ka Wilmsi tuumori esinemise seost neeru väärarengute, aniriidiasündroomi, hemihüpertroofia ja fotokonvulsiivse sündroomiga (6, 7, 9, 13).

Kõhuõõne elundite kasvajakute varajane diagnoosimine on raske, sest kliinilised sümptoomid on algstaadiumis väga tagasihoidlikud, tavaliselt on ülekaalus mao-soolekulgla düsfunktsiooni nähud (1, 4, 5, 14). Kasvajakute kõige varajasemaks sümptomiks peetakse lapse närvilisust, tujutust, kiiret väsimist. Kõhu ettevõlvumine, kaalukaotus või kaaluhiibe peetus, isutus ning korduvad ja kestvad kõhuvalud on omased kaugelarenenud kasvajakutele. Laboratoorsete uuringute andmed on tagasihoidlikud: vere ja uriini analüüsid võivad olla normaalsed isegi kaugelarenenud Wilmsi tuumori korral (11). Hepatoblastoomi puhul võib olla tõusnud alfa-1-fetoproteiini kontsentratsioon. Täheldatud on laktaatdehüdrogenaasi aktiivsuse tõusu erütrotsüütides (1, 3, 6, 10).

Embrüonaalsete kasvajakute võimalikult varajane diagnoosimine on oluline prognoosi parandamise ja elulemuse huvides.

Töö eesmärk oli analüüsida kõhuõõne kasvajakute laste eelnevat arengut, põetud haigusi, samuti arstiabi, leidmaks võimalusi kasvajakute õigeaegse(ma)ks avastamiseks.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Aastail 1976... 1984 (1. aprillini) viibis Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonnas kõhuõõne pahaloomuliste kasvajakute tõttu ravil 16 last. Neist kaheksat oli eelnevalt ravitud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. Nad kõik olid pärit Tartu linnast või Lõuna-Eesti rajoonidest.

Kõige vanem oli kaheksa-aastane, ent pea-aegu 3/4 lastest olid alla kolmeaastased. Poisse ja tüdrukuid oli haigestunute hulgas võrdselt.

Kõige sagedamini esines nefroblastoomi (10 juhul), järgnes hepatoblastoom (neljal juhul) (vt. foto). Retroperitoneaalset sarkoomi ja mittediferentseerunud embrüonaalset kasvajakut hulgi-metastaasidega esines kumbagi ühel juhul (vt. tabel 1).

Kokkuvõte ja arutelu. Vastsündinu- ja varajane imikuiga olid kõigil kulge-

Tabel. Kõhuõõne elundite kasvajatega laste sooline ja vanuseline jaotumus

Kasvaja liik	Sugu Vanus aastates							
	M	N	<1	1...3	4...6	7...8	Kokku	
Nefroblastoom								
(Wilmsi tuumor)	4	6	1	7	1	1	10	
Hepatoblastoom	2	2	1	2	1	—	4	
Mittediferent- sunud embrüo- naalne malign- ne tuumor	1	—	1	—	—	—	1	
Retroperito- neaalne sarkoom	1	—	—	—	1	1	1	
Kokku	8	8	3	9	2	2	16	

nud iseärasusteta. Suur sünnikaal, mida P. Morris-Jones (13) käsitleb kui üht kasvaja riskitegurit, oli vaid ühel. Kolme lapse vanavanemal oli eelnevalt diagnoositud pahaloomuline kasvaja või leukoos.

Neljal lapsel, kellel kasvaja diagnoositi imiku- või väikelapseeas, ilmnesid haiguse algsümptoomidena rahutus ja sage nutmine, mille põhjust ei teatud. Paraku oskasid emad lapse rahutust, samuti ka süvenevat väsimustunnet, mis oli tekkinud mõni kuu enne muude haigustunnuste ilmnemist, hinnata alles pärast kasvaja diagnoosimist.

Esmateks haigusnähtudeks olid lastevanemate tähelepanekul kõhu ettevõlvumine, naha kahvatus ja kehakaalu langus, seega sümptoomid, mis on omased juba kaugelearenenud kasvajale. Et need muutused järk-järgult süvenesid, ei osanud vanemad neid varajasemas järgus õigesti hinnata. Esmasel lapse haigestumisest ülevaate andmisel hindasid 11 lapse vanemad haiguse kestuseks mõni päev kuni kaks nädalat. Kolme lapse vanemaid häiris eelnev respiratoorne haigestumine, kõhu ettevõlvumisele aga tähelepanu ei pöördunud.

Kümme last olid 1...3 nädalat enne kasvaja tõttu hospitaliseerimist viibinud arsti vastuvõtul, osa isegi korduvalt. Neist kolmel lapsel olid ebatüüpilised hingamiseldite haiguse nähud.

Viis last oli pediaater terveks tunnistanud ja lubanud lastekollektiivi.

Hospitaliseerimisel aga selgus, et kaugelearenenud kasvaja tõttu oli kõigil neil väga tugev kõhu ettevõlvumine. Neist seitsmeaastane õpilane oli väsimustundele vaatamata osa võtnud kehalise kasvatus tunnist, nädal hiljem aga selgus laparotoomia, et poisil on inoperaabel retroperitoneaalne sarkoom.

Hepatoblastoomiga lastest täheldas pediaater ühel 8 kuu vanusel maksa suurenemist alumise piiri nihkumisega mamillaarjoonel 3 cm allapoole roidekaart. Aminotransferaasi väärtused veres osutusid normaalseks, ja et laps edasistel profülaktilistel läbivaatustel oli rahutu, siis haigusloo järgnevates sissekannetes andmeid maksa seisundi kohta ei ole. Ühe aasta vanuselt tekkis lapsel verejooks kõhuõõnde, mille tõttu kiirabi ta hospitaliseeris. Maks oli tihket konsistentsi ja ebatasane, alumine serv ulatus allapoole naba.

Nelja-aastane poiss hospitaliseeriti pärast ikteruse ja astsiidinähtude ilmnemist. Maksa alumine serv ulatus mamillaarjoonel 7 cm allapoole roidekaart.

Vere ja uriini analüüsid olid normi piires kõikidel hepatoblastoomiga haigetel, mittediferentseerunud embrüonaalse tuumoriga lapsel ja pooltel nefroblastoomiga haigetel. Settereaktsiooni kiirenemine, uriinis valgujäljed ja mikrohematuuria avaldusid kaugelearenenud nefroblastoomiga haigetel, kellel kasvaja oli jõudnud juba lagunemistaadiumi.

Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse toimetatud 8 haiget viidi 2...10 päeva pärast üle Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonda, 8 haiget viidi lastekirurgiaosakonda kohe, neist kolm kiirabi poolt.

Opereerida ei õnnestunud kaht last, kellel oli avastatud hepatoblastoom, ning üht mittediferentseerunud embrüonaalse kasvajaga last, kellel metastasid olid juba tunginud kopsu ja lümfisõlmedesse. Neile määrati vaid sümptomaatiline ravi. 13 haiget opereeriti. Kahel hepatoblastoomi ning ühel retroperitoneaalse sarkoomi juhul piirduti vaid laparotoomiaga, 10 juhul eemaldati Wilmsi tuumor, neist ühel kahepoolsest.

Viiel nefroblastoomi, ühel hepatoblastoomi ja retroperitoneaalse sarkoomi juhul oli tegemist kaugelearenenud, laguneva tuumoriga. Lapsed surid pärast operatsiooni.

Neljale nefroblastoomiga haigele määrati kemoterapeutilised ja kiirituskuurid, ühele hepatoblastoomiga haigele kemoterapia vastavalt üldtunnustatud seisukohtadele (3, 5, 11, 12).

Katamnees: nefroblastoomiga lastest suri ühe aasta viie kuu vanuselt opereeritud tütarlaps poolteist aastat hiljem, kolmeaastaselt; tal leiti laialdased metastaasid kopsudes. 8 aasta vanuselt opereeritud poiss suri kolme aasta kaheksa kuu pärast, 11 aasta 10 kuu vanuselt. Tal olid laialdased metastaasid kõikides kudedes, ka põrnas. Kolm eelkooliealist last, kellel nefroblastoomi operatsioonist on möödunud üks kuu kuni kolm aastat, kasvavad ja arenevad eakohaselt, vaevusi ei ole neil esinenud.

Järgnevalt kirjeldame üht hepatoblastoomijuhtu.

Haigusjuht. Poeglaps L. O., sündinud 1983. a. juunis teise lapsena teisest rasedusest. Sünnikaal 5050 g. Kunstlikul toidul olnud kolmandast elukuust. Ühe kuu vanuselt oli tal Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla seedeinfektsiooni osakonnas ravitud enterokoliiti. Teisel elukuul oli väljaheide vahelduvalt pehmem, ajuti roojas tugeva ponnistusega. Söögiisu oli ülihea, kehakaalus võttis juurde enam kui ühe kilogrammi kuus. Juba esimesest elukuust oli ema täheldanud lapse kõhu suurenemist. Profülaktilisel vastuvõtul, kui laps oli kaks kuud vana, tegi jaoskonnapediaater arenemisloosse sissekande: «tugev meteorism, maksa ei õnnestu palpeerida». Et laps muutus järjest rahutumaks ja kõht suurenes, siis pöördus ema uuesti arsti poole. Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglas saabumisel oli 2 kuu 20 päeva vanuse lapse kehakaal 7500 g. Kõht tugevasti ette võlvunud, keskjoonel roidekaare alt nabani ulatuv tihke valutu tuumor, mille parem serv kulges kaarekujuliselt paremale alla vaagnani, lumbaalpiirkonnas paremal ettevõlvuvus. Keskjoonest vasakul suundus tuumori alumine piir põiki vasakule roidekaare alla, ulatudes eesmise aksillaarjooneni. Vereseerumi üldvalgu kontsentratsioon langenud (53 g/l), kõik muud laboratoorsed analüüsid, kaasa arvatud maksa funktsionaalsed proovid, normaalsed. Et lapsel oletati primaarset maksatuumorit, viidi ta üle lastekirurgiaosakonda. Võeti ette laparotoomia, mille puhul leidis kinnitust hepatoblastoomi, mida aga ei peetud otstarbekaks opereerida. Rakendati kemoterapiat. Ravi algusest on möödas kuus kuud. Praegu kaheksakuine imik kasvab

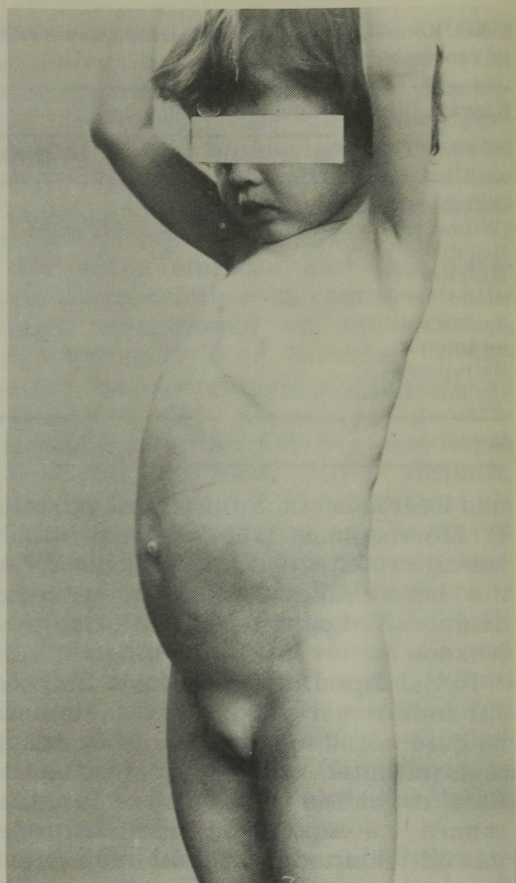


Foto. 4-aastaselt tütarlapsel S. S. diagnoositi vasakpoolne Wilmsi tuumor.

ja areneb eakohaselt. Kasvaja mõõtmed on vähenenud umbes poole võrra, intoksikatsiooninähte ei ole.

Kokku võttes võib öelda, et kõik analüüsitud embrüonaalsed tuumorid diagnoositi hilises, kaugelearenenud staadiumis. 2/3 haigetest suri operatsiooni järgsel perioodil või ei saanud neid enam opereerida. Väikelaps elas pärast operatsiooni kõige kauem 1,5 aastat, eelkooliealine laps kuni kolm aastat kaheksa kuud.

Embrüonaalsed pahaloomulised kasvaja arenevad peamiselt imikutel ja väikelastel, kes küll on regulaarse patroonaži ja profülaktilise järelevalve all. Paraku ilmnes, et profülaktiliste läbivaatuste kvaliteet jätab nii mõnigi kord soovida. Tuleb nõustuda P. Morris-Jonesi (13) seisukohaga, mille järgi

kõhuõõnekasvajate varajaseks avastamiseks peab arst oskama tuumorit palpeerida. Profülaktilise läbivaatuse ajal või ägedat respiratoorset viirusnakkushaigust põdevat last uurides peab pediaater alati vaatlema ja palpeerima ka kõhu piirkonda. Kui palpeerimine on raskendatud (rahutus, meteorism jm.), tuleb paralleelselt rakendada perkussiooni.

KIRJANDUS. 1. *Andresen, J.-H.* Klin. Pädiatr., 1983, 195, 1, 45—47. — 2. *Atiya, K., Bader, J. L., Hoy, G. R. a. o.* Lancet, 1979, 8131, 1, 1403—1404. — 3. *Golaniets, K., Bergwardt, G.* Pädiatr. Grenzgeb., 1983, 22, 2/3, 219—222. — 4. *Hamburger, J., Crosnier, J., Grünfeld, J. P.* Nephrology, 1979, 1043—1048. — 5. *Havers, W., Schmitt, G., Schreiber, B. u. a.* Klin. Pädiatr., 1980, 192, 3, 206—210. — 6. *Plenert, W., Zintl, F.* In: Pädiatrische Onkologie. Leipzig, 1982, 300—302. — 7. *Riccardi, V. M., Hittner, H. M. a. o.* J. Pediatrics, 1982, 100, 4, 574—577. — 8. *Schmidt, D., Harms, D.* Klin. Pädiatr., 1983, 195, 3, 214—221. — 9. *Wässer, St., Willnow, U., Bergmann, L., Tröger, I.* Pädiatr. Grenzgeb., 1982, 21, 5, 423—426. — 10. *Zink, P., Schickendanz, H., Ebert, W.* Kinderärztl. Prax., 1971, 44, 11, 481—486.

11. *Дурнов Л. А.* В кн.: Злокачественные опухоли у детей раннего возраста. М., 1984, 144—160. — 12. *Маликов А. А., Бухин А. Ф., Дурнов Л. А. и др.* Med. radiol., 1984, I, 80—83. — 13. *Моррис-Джонс П.* В кн.: Последние достижения в педиатрии. М., 1983, 243—263. — 14. *Шабанов М. А.* Арх. патол., 1981, 7, 84—89. — 15. *Шабанов М. А.* Арх. патол., 1981, 2, 45—51.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateeder

Mõtte- vahetus

UDK 61:633.88(049.2)

Veidi taimravi propageerimisest

Järjest sagedamini oleme kuulnud väidet, et ravimtaimed väärivad senisest märksa suuremat tähelepanu. Tuleb aga tõdeda, et nende kasutamise propagandas on mõningaid vaieldavaid seiku. Kõigepealt toonitatakse, et ravimtaimed põhjustavad vähem tüsistusi ja neil on kõrvaltoimeid märksa harvem kui sünteesravimitel. Aga on see siis ikka nii? Kasutatakse ju praegu sünteesravimeid märksa enam kui ravimtaimi. Eks siis jagub nende arvele ka rohkem tüsistusi. Liiatigi langeb enamik tüsistusi selliste ravimite arvele, mille analooge ravimtaimede seas ei leidu (antibiootikumid, seerumid, vaktsiinid jt.). Kui aga sünteesravimitel on sootuks uusi ülesandeid, milleni ravimtaimede võimed ei küüni, pole õige ka tüsistuste sagedust ühe ja sama mõõdupuuga mõõta.

Küsimuse tegelik tuum on aga hoopis muus — ravimtaimede kasutamise korralduses. Peame ju tunnistama, et ega me päris täpselt ei teagi, milline on ravimtaimete tõeline ravipotentsiaal, kui suure osa sünteesravimitest nad suudaksid üldse asendada. Kui ravimtaim aga on tõhusalt toimiv, siis peaks teda ordineerima ja ravikuuri kulgu kontrollima alati arst. Kui aga ravimtaim ei ole tegelikult sünteesravimi vääriline konkurent, kas siis on mõtet nendest nii palju rääkida?

Muidugi ei saa ravimtaimede kasutamist reguleerida ainult apteegi kaudu. Igaüks võib neid oma tarbeks korjata suvalises koguses ja sortimendis ning

niisama suvaliselt neid ka tarvitada. Kuid seda läbimõeldum peaks seetõttu olema ravimtaimede propageerimine. Seni on see olnud küll suuresti iseravimise propageerimine, sest ei kirjuta ju arstid kuigi sageli taimraviretsepte. Ja kuidas nad saaksidki seda teha, kui puudub selleks ettevalmistus. Nii ärataski Eesti NSV Riikliku Loodusmuuseumi ravimtaimede kollektsiooni näitus meie tervishoiumuuseumis suurt tähelepanu, sellest kirjutati koguni üleliidulises ajakirjanduses kui järgimist väärivast üritusest. Kuid näituse külastajad huvitusid esmajoonel ravimtaimede kasutamisest omaenese haiguste ravimiseks. Hoolikalt kirjutati üles, et näiteks leesikalehti kasutatakse põie- ja neerupõletiku (s. o. nefriidi!) ravimiseks, pohlamarju reuma (!) ja liigsepõletiku puhul, koirohtu aga kõhulahutisuse ja kõhukinnisuse, maksahaiguste (milliste?) ning ainevahetushäirete puhul jne. Kasekäsna koguni pahaloomuliste kasvajate, gastriitide ja maohaavanditõve raviks. Analoogilist infot leiame ka laialdaseks kasutamiseks mõeldud trükistest. Kes selle haiguse ikkagi diagnoosib? Kui arst, miks peaks siis ravi valima haige ise? Kas praegu, kui tervishoiuorganisatsioon astub kvaliteetivselt uude etappi, saab seda õigeks pidada? Kui me muidu oleme kategooriliselt iseravimise vastu, miks peaksime siis ravimtaimede puhul teisiti arvama? Ja kas see pole siiski lausa ohtlik, kui angiini, neerupõletikku, reumat jt. raskeid haigusi soovitame kodusel kombel oma äranägemist mööda ravimtaimede ga tohterdada. Ja kas käsitleda ravimtaimi iseseisvate ravimitena või ainult täiendusena sünteesravimitele? Ka see ei kajastu praegu propageeritavas teabes. Seega siis hulgaliselt küsimusi, mis vääriksid arutamist ja ühtsete seisukohtade võtmist, näiteks kas või Asklepiose klubis või ka selle ajakirja veergudel. Et praegu on ettevalmistamisel massitiraažis voldik ravimtaimetest, tuleks seda võimalikult kiiresti teha.

Maano Kivilo

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 026:61(474.2) «1944/1984»

Riiklik Teaduslik Meditisiiniraamatukogu 40-aastane

Milvi Tedremaa · Tallinn

Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu, asutamine, struktuur, isikkoosseis, raamatukogu fondid, meditsiinibibliograafiad

3. novembril 1944. aastal asutati Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi juurde Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu. 9. novembril kinnitas tollane tervishoiu rahvakomissar Viktor Hion raamatukogu isikkoosseisu viie ja poole ametikohaga.

V. Hion tegi tollasele arstiteaduskonnale üliõpilasele Georg Loognale ettepaneku asuda teiste ülesannete kõrval ka meditsiiniraamatukogu organiseerimisele. Raamatukogu komplekteerimine oli aga alanud juba 1943. aasta lõpul Moskvas, kusjuures selleks kasutati mitmesuguseid allikaid. Sõlmiti leping Moskva Bibkollektoriga, kust saadi uut kirjandust arstiteaduse ja selle piirialadelt. Raamatuid osteti antikvariaatidest ja eraisikutelt. Ja nii õnnestus 1944. a. suveks muretseda ligikaudu 3000 raamatut peaaegu kõikidelt arstiteaduse erialadelt.

Raamatukogule sobivad ruumid saadi endises Eesti Arstide Majas Tallinnas Uus t. 3, kus ruumide üldpinda oli ligikaudu 200 m². 1947. a. suurendati raamatukogu koosseisu 12 isikuni, nii jäi see 1964. aastani.

Meditiinikirjanduse propageerimise eesmärgil avaldati ka spetsiaalseid

uudiskirjanduse bülletääne. Koostati kas kohapeal või telliti teistelt meditsiiniraamatukogudelt bibliograafianimestikke, näiteks antibiootikumide kohta, mis tol ajal oli alles uudiseks. Muretseti filmeskoop ning hakati tellima fotokoopiaid. Kaugemal asuvaile meditsiinitöötajale saadeti raamatuid posti teel.

Raamatukogu algaastail oli lugejaid võrdlemisi vähe, sest arstid olid tööga väga koormatud. Ei osatud veel vene keelt, vähe oli ka eestikeelset kirjandust. 1946. aasta lõpuks oli lugejaid 742. Esimene raamatukogu tööplaan on 1946. aastast ja aruanne 1945. aastast. Neist saame teada, et 1945. a. külastas raamatukogu 227 lugejat, laenutuste arv ulatus 7000 eksemplarini. Aastatel 1944...1947 teenindati lugejaid ainult abonemendis, lugemissaal avati 1948. a.

Juba 1945. aastal pöördus raamatukogu TRÜ arstiteaduskonna kateedrite poole palvega teatada vajaliku informatsiooni temaatika. Teemasid laekus raamatukogule enamikult kateedritelt. Nii näiteks palusid H. Norman, A. Valdes ja J. V. Veski materjali sisehaiguste propedeutika oskussõnastiku koostamiseks.

1947. aastal lahkus raamatukogu direktori ametikohalt G. Loogna seoses õpingute jätkamisega Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Direktoriks sai J. Rochlin, kes sellel ametikohal töötas kuni 1964. aastani. Ajavahemikul 1974...1964 oli raamatukogu koosseisus 12 töötajat, neist 9 raamatukogutöötajat. Aastail 1947...1961 töötas raamatukogus H. Roots. Eriti hinnatav on tema töö Eesti NSV meditsiinkirjanduse bibliograafia materjali kogumisel. Aastaid töötasid raamatukogus J. Pikamägi, H. Ressar, M. Mutli, E. Raidla, E. Teinbas, R. Issurina, A. Alber.

1960. aastal asusid raamatukogus tööle esimesed raamatukogundusliku haridusega töötajad: Tartu Riikliku Ülikooli ajaloo-keeleteaduskonna bibliograafia eriala lõpetajad — käesoleva artikli autor ja praegune RVL sektori juhataja Alja Hiiasalu. 1963. aastal li-



Foto 1. Riiklik Teaduslik Meditsiini Raamatukogu on Laial tänaval 1974. aasta aprillist. V. Salupuu foto.

sandus neile kolmas — Eesti NSV Raamatupalatist E. Vahesalu, kellest hiljem sai Eesti meditsiinkirjanduse bibliograafia aastaist 1944...1975 koostaja.

1967. aastaks oli raamatukogul vaid lugejate teenindamise osakond, kuhu oli koondatud kogu kaader. 1967. a. veebruaris moodustati bibliograafia- ja informatsiooniosakond ning 1969. a. märtsis komplekteerimis- ja kataloogide osakond. Viimase ülesandeks on kirjanduse hankimine, selle arvelevõtmine ja kataloogimine ning kataloogide korrashoid. Tähtsaim on märksõnakataloog, milles on umbes 800000 kaarti, mitte ainult raamatute, vaid ka perioodika- väljaannete ja kogumike artiklite kohta. Rohkearvulised rubriigid ja viited võimaldavad lugejal kiiresti ka kõige kitsama küsimuse kohta kirjandust leida. Lugejat abistavad veel alfabeetiline kataloog (umbes 200 000 kaarti), väliskirjanduse, bibliograafiliste allikate ja teised kataloogid.

Teenindamis- ja fondide osakonna tööks on kirjanduse laenutamine ning raamatukogu fondide korrastamine. Raamatukogu teenindab peamiselt meditsiinitöötajaid individuaal-, kollektiiv-, posti- ja raamatukogudevahelise laenutuse teel, samuti muude erialade spetsialiste, nagu biolooge, keemikuid, pedagooge, kes vajavad arstiteaduslikku kirjandust oma praktiliseks või teadus-



Foto 2. Ülevabariigilisest haiglate vanemõdede spetsialiseerimiskursustest osavõtjad 1984. aasta aprillis meditsiiniraamatukogu lugemissaalis, mida kaunistab Heldur Lassi, Marina ja Jüri Ormuse suurepärane õlimaal «Teadmiste teel haige tervenemisele». T. Malsroosi foto.

tööks. Meditsiinitöötajad, kes Tallinnas ei ela, saavad kirjandust laenutada postiabonemendi teel. Sealjuures toimub kirjanduse saatmine lugejale tema kirjaliku nõudmise alusel.

Et igakülgsest ja kiiresti rahuldada lugejate vajadusi kirjanduse järele, kasutatakse selleks kõikide raamatukogude fonde, s. t. raamatukogudevahelist laenutust (RVL). Nii saadakse Nõukogude Liidu 40 suuremast raamatukogust posti teel üle 2000 raamatu ja ajakirja aastas.

Aastast aastasse on suurenenud lugejate arv. 1984. aasta 1. jaanuariks oli raamatukogus registreeritud 2967 lugejat, kellele aasta jooksul laenutati 175016 teost (vt. tabel).

Raamatukogu püüab omalt poolt teha ikka enam, et tihendada sidemeid meie vabariigi tervishoiuasutustega.

Selleks on loodud kollektiivabonemendid 30 tervishoiuasutuses, kellele saadetakse regulaarselt tervishoiuasutuse profiilile vastavat kirjandust.

Bibliograafia- ja informatsiooniosakonna põhiülesanne on meie vabariigi peaspetsialistide ja teiste juhtivate tervishoiutöötajate informeerimine uudiskirjandusest. Peale selle täidetakse tegevarstide teemapäringuid, koostatakse neile bibliograafianimestikke ja -kartoteeke. Kartoteekide nimekirju on avaldatud ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid». Neid kartoteeke saadetakse posti teel ka kohapeal kasutamiseks. 1971. aastast alates on meie vabariigi iga neljas arst kord kvartalis saanud raamatukokku saabunud uudiskirjandust tutvustava bületääni.

Regulaarselt korraldatakse õppusi nii Tallinna kui ka rajoonide arstidele. Nii

Tabel. Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu mõningaid statistilisi andmeid

Aasta	Fondi suurus	Lugejaid	Laenutusi
1945	5638	480	7128
1950	28375	760	15954
1960	161468	1474	39536
1970	250162	2562	72926
1983	301831	2967	175016

mõnigi osavõtja on avaldanud imestust, kui suuri võimalusi raamatukogu tegelikult pakub.

Meie raamatukogu ja ka meditsiinitöötajate rõõmuks avati 26. aprillil 1974. aastal Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu uued ruumid Laial tänaval. See üle viiesaja aasta vana hoone (1423. aastast) on nüüd saanud ajakohase rüü. Esimesel korrusel paiknevad tööruumid, teine korrus aga on lugejate käsutuses: lugemissaal, kus avariilistel on sõnastikud, entsüklopeediad, teatmikud ja jooksva aasta perioodika. Eraldi asub märksõnakataloog, samas avariilistel ka uudiskirjandus erialade kaupa.

Raamatukogus on 32 töötajat, neist 17 kõrgharidusega. Nii on meditsiiniraamatukogu praegu kõrgharidust omavate spetsialistide poolest meie vabariigi teiste raamatukogude seas esikohal. Neist üle 15 aasta on raamatukogus töötanud V. Aumere, Z. Smorodina, V. Kaints, E.-M. Tikas, A. Hiiesalu, A. Kadai, M. Abner, S. Sügis ja E. Vahe-salu.

1977. aastal moodustati raamatukogu filiaalid Tartu Kliinilises Haiglas, Tallinna Vabariiklikus Haiglas ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi IV Valitsuse Vabariiklikus Haiglas.

Raamatukogu fondid on igal aastal täienenud üle 10 000 eksemplari võrra. Põhiliseks komplekteerimisallikaks on arstiteadusliku kirjanduse sundeksemplar. Raamatukogu komplekteerib üle 200 arstiteadusliku ajakirja. Igal aastal on fondid täienenud 1000 vöör-

keelse arstiteadusliku raamatuga. On korraldatud välisfirmade kirjandusnäitusi, mida tehakse koostöös NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi ja Moskva Riikliku Teadusliku Meditsiinikeskraamatukoguga.

40 aasta jooksul on raamatukogu kujunenud teadusasutuseks, mis aitab kaasa nii uurimistööde kui ka tegevarstide kvalifikatsiooni tõstmisele. Raamatukogu korraldab spetsialistipäevi, siin toimuvad nii arstide kui ka keskastme meditsiinitöötajate täienduskursused, meditsiinikooli õpilaste klassijuhatajatunnid, samuti teiste erialade, pedagoogide, psühholoogide täienduskursused (vt. foto 2).

Tuntud on raamatukogu meditsiinibibliograafia väljaanded «Eesti NSV meditsiinikirjandus 1940 — 1965», «Eesti NSV meditsiinikirjandus 1966 — 1970», «Eesti NSV meditsiinikirjandus 1971 — 1975», mis annavad teada enam kui 20000 meie vabariigi autori arstiteaduslikest publikatsioonidest, mis on ilmunud Eestis, NSV Liidus või välismaal. Trükijärge ootab bibliograafia aastaist 1976—1980, koostamisel on samas ka nimestik aastast 1981 kuni tänapäevani.

Meedikute seas on populaarseks saanud raamatukogu uudiskirjanduse bulletäänid, mida on koostatud 1971. aastast alates. Neid saadetakse kõikidele ravi-asutustele. Pidevalt on ilmunud vöörkeelse kirjanduse bulletääne ja kirjanduse soovitusnimestikke. Raamatukogu koordineerib oma tööd Eesti NSV Kultuuriministeeriumi süsteemi raamatukogudega. Osaletakse raamatukogundusliku töö juhtimise ja kontrollimise kõrgeima organi, nimelt Riikliku Ametkondadevahelise Raamatukomisjoni töös. Raamatukogu direktor kuulub selle büroosse.

Hea töö eest on raamatukogule antud eeskujuliku raamatukogu aunimetus.

*Riiklik Teaduslik
Meditsiiniraamatukogu*

Uusi tervishoiu- asutusi

UDK 614.2

Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama uus hoone

2. november 1984 oli Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajatele mitmekordselt rõõmus ja tähtis päev: oli möödunud 40 aastat asutamisest ning selleks tähtpäevaks lõpetati ka maja kapitaalremont. Seega võis 41. tööaastat alustada juba uutes ruumides.

Endise Paide MEK-i ühiselamu kapitaalremonti ja kohandamist sanitaar- ja epidemioloogiajaamaks alustati 1981. aastal. Ehitajaks ja remontijaks oli Paide REV, kellele selle nii vajaliku maja kordaseadmise eest tõesti tänusõnu tuleb ütelda. Endise nelja toa asemele saadi nüüd 1044 m² põrandapinda ehk kahekorruseline maja koos keldriga, uus aadress on Pärnu t. 8.

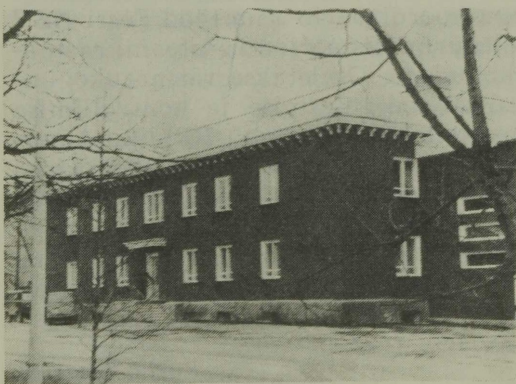


Foto 1. Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama uus hoone.



Foto 2. Aktuse presiidiumis: vasakult EKP Paide Rajoonikomitee propagandaosakonna juhataja J. Sikk, Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst H. Lutsoja, Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst A. Mähar ja desinfektsiooniosakonna juhataja A. Kivimäe, Sanitaar- ja Epidemioloogia Valitsuse juhataja H. Kreek, Paide Linna Täitevkomitee esimees H. Tānavots. A. Abiloni fotod.

On omamoodi paradoksaalne, et sanitaar- ja epidemioloogiajaamad, kes ise teistelt mitmesuguste sanitaarnormide täitmist nõuavad, peavad pahatihti ise kõige viletsamates oludes töötama. Vähemalt Paides on see mure nüüd murtud, töötingimused on igati head, ka laboratooriumid, mis seni paiknesid Türil, on nüüd toodud Paidesse.

Esimesel korral on peaarstikabinet, desinfektsiooni-, epidemioloogia-, kommunaal-, töö-, toitlus-, laste ja noorukite hügieeni osakond. Teisel korral asuvad laboratooriumid, autoklaav, destillatsiooni- ja söötmete valmistamise ruum ning külvituba. Keldrikorral on kavas sisse seada laod, sanitaarhariduskabinet ja arhiiv.

Uue maja avamisele oli saabunud rohkesti külalisi, endisi töötajaid, tervishoiuministeeriumi ja sanitaartalituse esindajaid, Paide linna ja rajooni juhtivaid töötajaid jt. Lindi lõikasid läbi Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogia Valitsuse juhataja H. Kreek ja EKP Paide Rajoonikomitee propagandaosakonna juhataja J. Sikk. Peaarstile A. Mäharile andis sümboolse võtme üle Paide REV-i peainsener M. Sagar, endine peaarst A. Tõlp kinkis endiste kaastöötajate ni-

mel soola-leiba. Seejärel tutvuti majaga, millele ühiselt anti kiitev hinnang. Töökas ja üksmeelne kollektiiv oli ettevõtliku peaarsti eestvedamisel algul üsna kõledana näiva maja ruumikad kabinetid osanud maitsekalt ja hubaselt sisustada.

Uue maja valmimisele ja Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama 40. aastapäevale oli pühendatud ka samal päeval toimunud aktus. Pikema sõnavõtuga esines Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst A. Mähar. Kui 40 aastat tagasi Järva- maal avati sanitaar- ja epidemioloogiajaam, mille koosseisu kuulus 11 inimest, oli sanitaar-epidemioloogiline olukord rajoonis väga raske. Tänapäevaks on pilt tundmatuseeni muutunud, praegu töötab sanitaar- ja epidemioloogiajaamas 37 inimest, neist seitse on arstid. Probleemid, millega täna tuleb kokku puutuda, on hoopis teised — tähelepanu keskpunktis on keskkonnakaitse ja töötajate töö- ja olmetingimuste parandamine.

Endisi kolleege peeti meeles lilledega. Tervishoiuministeriumi aukirjad andis A. Mäharile, A. Kivimäele ja E. Tuulingule üle valitsusjuhataja H. Kreek. Paide Rajooni Kesksaigla peaarst V. Randrüüt andis mitmetele töötajatele üle Paide Rajooni Täitevkomitee aukirjad. Kohalolijaid tervitasid J. Sikk, Paide Linna Täitevkomitee esimees H. Tänavots, Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst H. Lutsuja ja paljud teised.

16. novembril külastasid Paide Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama uusi ruume ka EKP Paide Rajoonikomitee esimene sekretär V. Roosmaa, Paide Rajooni RSN Täitevkomitee esimees J. Mets ja aseesimees H. Sikk ning tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, kes samuti uuele majale hea hinnangu andsid.

Helle Brus

Konverentsid ja nõupidamised

Vabariiklik konverents «Keskkond ja elanikkonna tervis» toimus 4. ja 5. septembrini 1984 Tallinnas. Tööstuse kasv Eestis üle 50 korra 1940. a. näitajatega võrreldes ei ole saanud toimuda ilma keskkonnaseisundile mõju avaldamata. Päävakorras oligi keskkonnakaitsealaste uuringute tulemuste arutamine ja 1986...1990. aastani suuniste väljatöötamine.

Meie vabariigi enam arenenud tööstuspiirkonnaks on põlevkivibassein, kus XI, XII ja XIII viisaastakul on ette nähtud põlevkivi töötlevate ettevõtete põhimõtteline rekonstrueerimine. Selle tulemusena on ette nähtud õhuheitlemetes kahjulike ainete koguse vähendamine kolm korda üheaegselt põlevkivitöötlemise suurendamisega kaks korda (A. Aunap kaasautoritega). Mikroelementide sisalduse määramiseks Balti Soojuselektrijaama õhuheitlemete mõjusfääri õhubasseini (S. Anitškov kaasautoritega) ja põlevkivitahtmas (N. Mutovkina kaasautoritega) viitasid seni oletatust suuremale saastatusele.

Looduskaitseürituste suuremat efektiivsust võimaldaks tagada atmosfääriõhu reostatuse ja elanike tervisliku seisundi nihete vahelise sõltuvuse ja seoste arvestamine planeeritavate meetmete rakendamisel. Just viimastel aastatel on meie vabariigis põlevkivibasseini ja suurte energeetikaobjektide piirkonnas tehtud uurimusega välja selgitatud statistiliselt tõenäolised seosed õhubasseini reostatustaseme muutuste ja elanikelt tulnud sagedamate kaebuste vahel ebameeldivate lõhnade, unehäirete, hingamisteede ja südame- ja veresoonte haiguste kohta (S. Etlin kaasautoritega). R. Silla ja kaasautorite töö analüüsis atmosfäärireostatuse võimalikku mõju laste aktseleratsioonile. Atmosfääriõhu saastatuse põtradele avaldava mõju hindamisel leiti loomade kopsudes olenevalt nende elukohast suuri erinevusi benso-püreenisisalduses (I. Veldre kaasautoritega). Atmosfääriõhu hügieeni sektioonis arutati veel meetodilisi küsimusi õhuheitlemete koostoime hindamiseks (M. Pinigin), õhuheitlemete reglementeerimist (J. Krotov, L. Tepikina jt.), keskkonnaseisundi juhtimise ökonoomilis-matemaatilist modelleerimist (M. Mõtus kaasautoritega).

Põllumajandustootmise intensiivistumine on suures ulatuses saavutatud lämmastikku sisaldavate mineraalväetiste kasutuselevõttuga. Pinnase lämmastik on väga liikuv, nitraatidena tungib ta hõlpsasti põhjavette (N. Oppol), suurendab järsult nende sisaldust toiduainetes, taandudes kuni



Foto. Jaoskonnaarstide II konverentsist võttis osa ligikaudu 200 arsti. U. Oksbuschi foto.

läämmastikoksiidideni reostab atmosfääriõhku. Kokku võttes võib öelda, et inimesele mõjuvate lämmastikuühendite summaarne koormus oluliselt suureneb. Esitab andmeid, tõestamaks, et kui mineraalväetiste kasutamisel ei arvestata taime- de bioloogilisi omadusi (M. Järvan), mullastiku ja kliima iseärasusi (Ü. Kaup ja H. Kärblane) ning mineraalväetiste omadusi, siis võib saagi oodatud suurenemise asemel selle toiteväärtust hoopiski oluliselt rikkuda ja teha suurt kahju keskkonnale (V. Mittšenkov).

Elanikkonna kontsentreerumine ja loomakasvatuse üleminek tööstuslikule tootmisviisile on põhjustanud keskkonna, eriti vee mikrobiaalse saastatuse suurenemist. Supluskohdade vee soolenakkuste suhtes epidemioloogilise ohutuse hindamise teaduslik-metoodilistest aspektidest andis ülevaate J. Talajeva kaasautoritega. Vee kvaliteedi reglementeerimise täiustamiseks tehti ettepanek laiendada *coli*-faagide määramist viirusnakkuste indikaatoritena (R. Dmitrijeva kaasautoritega). Suplemisel soolenakkustesse haigestumise riski modelleerimise tulemusi tutvustasid allakirjutanu ja E. Kruglova, seoseid joogivee kvaliteedi ja elanikkonna haigestumise vahel käsitles mitu ettekannet (A. Tõles, J. Reinaru kaasautoritega jt.).

Konverentsi lõpuks kuulati ülevaateid meie vabariigi, eriti Tallinna keskkonnakaitse hügieeniprobleemidest. Peeti otstarbekaks muuta uurin- gud komplekssemaks, mis võimaldaks selgitada keskkonna saastumisest tingitud reaalse koormuse mõju elanikkonna tervisele ja sellest lähtudes tõhustada keskkonnakaitset.

Küllike Birk

II vabariiklik jaoskonnaarstide konverents toimus 5. detsembril 1984 Tallinnas. Sellest võtsid osa ka linnade ja rajoonide peaterapeudid, polikliinikute sisehaiguste osakondade juhatajad ning

TRÜ arstiteaduskonna professorid. Konverentsil viibis EKP Keskkomitee sektori juhataja L. Jakobson.

Konverentsi avas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, kes rääkis jaoskonnaterapeudi vastutusest haiguste polikliinilises arstiabis ning rõhutas nende juhtivat osa elanikkonna ülddispanseerimisel.

Põhiettekanne «Terapeutide ülesanded NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi komplekskontrollist tulenevalt» oli tervishoiu-ministeeriumi peaterapeudilt prof. N. Elšteinitlt. Muu hulgas rääkis ta puudustest haiguste diagnoosimisel, haigete ravimisel ning dispanseerimisel polikliinikutes. Ei tohi alahinnata anamneesi informatiivsust diagnoosimisel. Arstijaoskondade suuruse (1700 elanikku) ja jaoskonnaarsti tunnikoormuse vähendamine ning ratsionaalne töökorraldus loovad eeldused nõuetekohaseks elanikkonna dispanseerimiseks. Selgitustöö ja mõjutamise osatähtsust dispanseerimisel ei tohi alahinnata. sest, nagu senised kogemused on näidanud, on küllaltki palju selliseid inimesi, kes ei ilmu dispanseerimisele. Elanikkonna ülddispanseerimine on kogu ühiskonna üritus, milles ka ametiühing peaks üles näitama initsiatiivi.

Konverentsil esitati veel mitu ettekannet. B. Liberman ja I. Pilv olid vaatluse alla võtnud südame isheemiatõve diagnoosimise tõhustamise polikliinilises ravis, L. Valdes ägeda pneumoonia diagnoosimise vead, eriti krupsosse kopsupõletiku korral, A. Koldits vead seedetraktihaiguste diagnoosimisel, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu peausaldusarst V. Roos ajutise töövõimekaotusega haigestumise ekspertiisi.

Sõnavõtu korras rääkis Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu ravimabist, prof. V. Salupere avaldas arvamust, et diagnoosimisvigade ja lahk-diagnooside vältimiseks peaks röntgenoloogide ja gastroenteroloogide koostöö tihedam olema. Kardioloogiainstituudi direktor P. Laane rõhutas

veloergomeetria tähtsust südame isheemiatõve diagnoosimisel. Tallinna peaterapeut L. Piel rääkis põhjustest — eelvastuvõtukabinettide puudumine, ebakohad registratuuri töös, ödede vähesus ning transpordivahendite nappus, mis ei võimalda jaoskonnaarstidel alati töötada nii, nagu neilt seda oodatakse.

Konverentsist võttis osa üle 200 inimese.

Maie Keerma

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia dermatoloogia-veneroloogia nõukogu pleenumil Tšeljabinskis 3. ja 4. oktoobril 1984 arutati 1985. a. teadustöö plaani ja arengusuundi XII viisaastakuks. Suurt tähelepanu pööratakse riskirühmade kindlaksmääramisele ja nende diferentsitud uurimisele. Senisest enam on vaja rõhku panna gonorröa ja mittegonoröiliste uretriitide diagnoosimisele, eriti mükoplasma- ja klamiididest põhjustatud urogenitaaltraktipõletike diagnoosimisele. Stimuleerivate ravimite määramisel on järjest enam nõudma hakatud haige immunoloogilise staatuse arvestamist. Peetakse vajalikuks selgitada prostaglandiini osatähtsust psoriaasi ning muude krooniliste dermatoside patogeneesis. Kliinilises praktikas tuleks kiiremini kasutusele võtta unifitseeritud söötmed gonorröa ja trihhomonoosi diagnoosimiseks ning lüofiliseeritud antigeen süüfilise immunofluorestsentsdiagnoosimiseks.

Dermatoloogia alal on loodud standardne *Candida albicans*'i allergeen ja häid tulemusi saadud preparaadi ketokanaseoliga.

Kohati on täheldatud sügelistesse haigestumise sagenemist, mille põhjuseks peetakse epidemioloogiliste alahindamist, ebapiisavat ravi, diagnoosimisvigu, eriti abortiivsete, monosümp- toomsete vormide puhul, või muid tegureid. Sügeliste ravi parimaks vahendiks peeti 20% -list bensüülbensoaadi seebiemulsiooni kolmepäevase ravi- kuurina. laste ravimiseks on kasutusel sulfodekorteem.

Dispanseerse töö näitajad on kohati veel madalad (haigusallikate väike avastamine jm.). Mitteküllaldaseks peeti seroloogide ja lastedermatoloogide ettevalmistust. Peeti vajalikuks parandada naha- ja suguhaiguste õpetamist raviosakonna üliõpilastele.

Tehti ettepanek kinnitada bakterioloogialaboratooriumi tööaja normatiivid ning koosseisud vastavalt töökoormusele. Registreerimisele kuuluvate dermatomükoside hulka tuleks arvata ka dermatofüütia (epidermofüütia ja rubromükos).

Herman Vahter

XV Ukraina NSV kirurgide kongress toimus 24..26. oktoobrini 1984 Simferopolis. Põhi- teemad olid kirurgiline nakkus, sooletraktihaiguste diagnoosimine ja ravi, vagotoomia hilis- tulemuste hindamine haavandtõve korral ning uut kirurgias.

Balti liiduvabariikidest olid kongressil R. Tru- ve, R. Taru, A. Kork, J. Miidla ja allkirjutanu. Põhjuseks, miks just meie liiduvabariigi teadlas- test kirurgid olid Ukrainasse esinema kutsutud, on see, et Eesti NSV-s on elundit säilitavate ope- ratsioonidega tegeldud juba kuuekümnendate aas- tate lõpust alates. Seega hilistulemuste osas on meie vabariigi kirurgide kogemused kaalukad.

Mädanakkuste diagnoosimise, ravi ja profülak- tika teemal oli kongressi teesides trükitud 75 tööd, millest kongressil esitati ettekannetena 17. Käsi- lemist leidsid pehmete kudede, rinnanäärme, maksa, sapiteede ja kõhunäärme mädaprotsesside diagnoosimine, ravi ning profülaktika.

Seda, et mädanakkuste probleem kirurgias jär- jest aktuaalsemaks muutub, kinnitab mädapõle- tike all kannatajate arvu pidev suurenemine. Mädanakkuse eripära seisneb mikroorganismide ja makroorganismi omavahelise mõju pidevas muutumises, mida mikrofloora poolt iseloomusta- vad resistentsuse tõus ravimite suhtes ja hospi- talism. Suurenenud on tinglikult patogeensete mikroobide, bakteroidide ning anaeroobide osa mädanakkuste tekkes, muutunud on organismi reaktiivsus. Märjiti, et on vaja täpsustada mada- nakkuste klassifikatsiooni.

Pehmete kudede mädapõletike ravis toonita- ti aktiivse varajase ja võimaluse korral täie- liku nekrektoomia vajadust ning haava primaar- set õmblustega sulgemist või pinnadefekti kat- mist. Kirurgilises ravis on kasutusel laserskalpell, automaatne bakterivastaste ravimitega haava loputus pulseeriva joana ja pikaajaline drenaaž pideva aspiratsiooni meetodil; ravimistest ensüü- mipreparaadid, sünteetilised hemostaatikumid ja sorbendid, ka bioloogiliselt aktiivsed tampoonid ja dreendid. Esitati uusi mõjusaad ravimeid haavade loputamiseks ja mitmekomponendilisi salve hüdrofiilsel alusel. Märjiti, et ebaõige anti- bakteriaalne ravi viib mikrofloora omaduste kvali- tatiivsetele muutustele ning stüvendab B-, C- ja P-vitamiini defitsiiti organismis.

Ägeda mastiidi ravis on kõige paremaid tule- musi andnud varajane sektooraalne mädakolde väl- jalõikamine, sellele järgneva primaarse õmbluse ning haava drenimisega, mille kaudu toimub pidev loputus antibakteriaalsete preparaatidega. Kompleksravis kasutatakse spetsiifiliseks raviks stafülokokivastast gammaglobuliini, hüperim- muunset stafülokokivastast plasmad ning mitte- spetsiifilisi immunomodulaatoreid nagu levami- sool, simosaan. See kõik on lühendanud ägedat mastiiti põdejate haiglaravil oleku aega 8...12 päevani.

Maksa ja sapiteede mädaste haiguste korral on antibakteriaalne ravi mõjus üksnes siis, kui mehhaanilise iktusega haigetel on tehtud sapi- teede dekompressioon. Mädatüsistuste vältimiseks pärast sapiteede rekonstruktiivseid operatsioone on sageli vaja enne operatsiooni ette võtta perku- taanne transhepaatiline kolangiostoomia. Komp- leksravis kasutatakse hemo-, lümfo- ja entero- sorptsiooni. Mädase kolangiidi ravi uueks meeto- diks on ühissapijuhasisene laserkiiritus.

Soolehaiguste diagnoosimise ja ravi teemal kan- ti 37 trükitud tööst kongressil ette 11. Käsitleti

peamiselt soolefistulite mitmesuguseid likvideerimise variante. Huvipakkuv oli N. Kanšini ja kaasautorite ettepanek (Moskva) silikoonist valmistatud fiksaatorite kasutamiseks jämesooleanastomoosi rajamisel kompressioonimeetodil. Autorid olid teenud 146 sellist operatsiooni, puudulik õmblus esines 5,4 %-l juhtudest.

Vagotoomia hilistulemuste hindamist käsitles 57 tööd, neist tuli ettekandmisele 21. Eriti hinnatud olid nende autorite kollektiivide ettekanded, kelle kogemused ulatusid üle viie aasta piiri. Ukraina NSV-s on tehtud juba üle 10000 vagotoomia, ent enamiku autorite kogemused on alles viie jälgimisaasta piirimaal.

Haavandi retsidiivide hulk kõikus eri autoritel 2...8 %. Operatsioonijärgne invaliidsus Ukraina autoreil ei ületanud 1,5 % (3...4 aastat pärast vagotoomiat). Akadeemik A. Salimovi ettekandest jäi kõlama tees, et haavandihäiged on otstarbekohane opereerida enne raskete tüsistuste tekkimist. Parimaid hilistulemusi (3...5 a.) on Kiievi kirurgid saanud pärast proksimaalset vagotoomiat.

Ukraina endine tervishoiuminister V. Bratus mainis oma lõppsõnas, et vagotoomia on haavanditõve ravis konservatiivse ravi järel perspektiivikas, vähe traumeeriv operatsioonivõte, mis on suhteliselt ohutu ning ei põhjusta pikaajalist töövõimekaotust ega invaliidistumist.

Kongressil rõhutati veel kord vajadust mitme liiduvabariigi ühistöö järele, eeskätt taoliste probleemide lahendamisel, mis kätkevad mitte üksnes meditsiinilisi, vaid ka sotsiaalseid probleeme.

Uno Sibul
Ants Peetsalu

XVIII üleliiduline hügienistide ja sanitaararstide kongress toimus 29...31. oktoobri 1984 Vilnis. Meie vabariigist olid kongressil I. Veldre, I. Kovaljova, L. Rätsep, allkirjutanu ning delegatsiooni juht O. Tamm.

Programm nägi ette ainult neli põhiettekannet ning seoses seltsi uue juhatuse valimisega veel kolm aruandettekannet. Seltsi töo aruanne oli akadeemik G. Serdjukovskajalt, kes valiti ka uueks esimeheks.

Kongressi avas NSV Liidu peasanitaararst akadeemik P. Burgassov, ta käsitles hügieeniteaduse ja -praktika ülesandeid. Akadeemik G. Sidorenko ettekanne, mille esitas akadeemia korrespondentliige N. Izmerov, analüüsis hügieeni saavutusi ja arenguperspektiive.

Kolmas põhiettekanne akadeemik G. Serdjukovskajalt käsitles hügieeniprobleeme üldharidus- ja kutsekeskkooli reformist lähtudes.

Leedu NSV peasanitaararst A. Vinkus andis ülevaate Leedu sanitaar-epidemioloogiatalituse ning hügienistide seltsi tegevusest ning ülesannetest.

Sõna võttis ligikaudu 30 teadlast, nende hulgas meie vabariigi tegevuse kohta allkirjutanu.

Kuigi esitati rohkesti fakte kohtadel valitseva olukorra kohta, instituutide uurimistulemusi ja ettepanekuid praktilise töö jaoks, võib siiski väita,

et kongressi põhitooni ja suuna määrasid mitmed ulatuslikud põhimõttelised küsimused sanitaarinspektsiooni võimaluste ja prestiiži suurendamisest.

Esmatähelepanu pälvisid võimalused kiirendada lubatud piirkontsentratsioonide või teiste normide väljatöötamist ja vajadus revideerida paljusid käibelolevaid. Saasteainete toime hindamisel peeti vajalikuks arvestada nende summaarset mõju organismile. Elavat vastukaja leidis ettepanek tõmmata ühiskondlikult kasulikku tööse varakult kaasa rohkem noori, eriti põllumajanduses. Korduvalt kirjeldati seoses põllumajanduse kiire arenguga tekkivaid ohtusid, eriti neid, mida tekitab kemiseerimine väliskeskkonnale. Kritiseariti sanitaarhügieenitöö vajakajäämist ning nõuti selle parandamist. Toitumise osas on uus see, et seoses kaloritevajaduse vähenemisega kutsetöö kergenumise tõttu väheneb ka elanike toiduratsioon ning sellega seoses halveneb vitamiinide ja mineraalidega varustatus. Ees ootab teadustöö koordineerimise parandamine, eriti ametkondlike uurimisasutuste laialdasemaks kaasamiseks. Peeti otstarbekaks luua üleliiduline teaduslik hügieenikeskus.

Kriipsutati alla, et tänapäevaks on järsult suurenenud terve sotsiaalne ja majanduslik tähtsus, eriti tunnuslik on see tööjõuressursside aspektist. Kiiresti kasvab hügieeni osatähtsus. On möödas nakkushaiguste ajastu, asemele on astunud krooniliste haiguste ning keskkonnategurite kahjulikust mõjust põhjustatud haiguste ajastu.

Ilmusid ettekannete kogumik (kümme artiklit hügieeni ja sanitaaria põhiprobleemidest 180 leheküljel) ja kongressi materjalide kogumik (40 lühiklikult 159 leheküljel).

Raiot Silla

VIII rahvusvaheline sotsialismimaade interferoonisümposium toimus 4...6. septembrini 1984 Ungari RV-s Budapesti lähedal. Sellest võttis osa ligikaudu 50 Bulgaaria, Jugoslaavia, Kuuba, Nõukogude Liidu, Poola, Tšehhoslovakkia ja Ungari teadlast. NSV Liidu delegatsioonis oli 12 inimest, peamiselt NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja Arsriteaduse Akadeemia spetsialistid, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi esindajana allkirjutanu.

Sümposiumi avaettekandes mainis prof. I. Földes, et interferooni uurivate sotsialismimaade eriteadlaste esimene istung toimus samuti Ungari RV-s 10 aastat tagasi ning selle aja jooksul on interferooniprobleem lausa fantastiliselt edasi läinud. Esmakordselt olid nõupidamisel Kuuba Vabariigi interferooniuurijad, kes üllatavalt esitasid kõige huvitavamaid töid. On meeldiv, et 1981. aastal Havannas avatud bioloogiliste uurin- gute keskus hakkas kohe tegelema interferooniga: α_2 - ja β -interferooni kloonimine, rekombinatsioonimeetodil *Escherichia coli*'s loodud α_2 -interferooni saamine ja lihtsustatud puhastamine kliinilistel eesmärkidel, millest rääkisid S. Perez ja L. J. Novea. Havanna biourin-

gute keskuse direktori M. Limonta ettekanne käsitles puhastatud ja kontsentreeritud leukotsütaarse interferooni kliinilist kasutamist paljude viirusnakkuste ning ka kasvajate raviks.

Märkimisväärne osa ettekandeid oli Ungari RV teadlastelt. Seal toimuvad peamised uurimised Szegedis asuvas mikrobioloogiainstituudis prof. I. Beladi juhtimisel. Nendes töödes oli toodud α -, β - ja γ -interferooni ja nende alatüüpide omaduste uurimise tulemused.

Huviäratavad olid E. Tonewi (Saksa DV) ja A. Galabovi (Bulgaaria RV) ettekanded interferooni induktori dipiridamooli eksperimentaalsest ja kliinilisest uurimisest kui respiratoorsete viirusnakkuste profülaktika vahendist.

NSV Liidu teadlased esitasid 12 ettekannet peamiselt interferooni toimemehhanismi kohta (I. Balandin, A. Bahhonko, A. Itkis jt.), interferoonisüsteemi tsütogeneetikast inimesel (J. Hessin), α -interferooni mitmesuguste alatüüpide kloonimisest (G. Feldmane), mitmesuguste interferooni induktorite eksperimentaalsest uurimisest ja prodigiosaani kasutamisest lastel respiratoorsete viirusnakkuste profülaktikas (L. Priimägi, I. Kremerman).

F. Noll Saksa DV-st kandis ette töö α -interferooni monokloonsete antikehade saamisest ja nende tiitrimisest immunofluorentsentsiaalsel meetodil. D. Stančėkilt (Tšehhoslovakkia SV) oli ettekanne tulemusteta jäänud katse kohta mõjutada kroonilise viirushepatiidi puhul HBs-antigeenikandlust kontsentreeritud α -interferooni mitmekordse manustamise teel.

Üldse kuulati sümposiumil 43 ettekannet, mis näitasid, et interferooniprobleemi uurimisel sotsialismimaades on toimunud järjekindel edasimineku.

Ludmilla Priimägi

Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) projekti «Naiste enesevaatlus rinnavähi varajaseks avastamiseks» nõupidamine toimus 15...18. oktoobrini 1984 Leningradis. Uurimine toimub mitmel maal. NSV Liidus on töörihmad moodustatud Üleliidulises Teaduslikus Onkoloogiakeskuses (juht V. Sagaidaki) ning N. N. Petrovi nimelise Leningradi Onkoloogiainstituudi (V. Semiglazov) juures. Eesmärk on selgitada naiste enesevaatluse tõhusust rinnavähi sekundaarses profülaktikas. Mõnel maal (USA, Rootsi, Soome) on häid tulemusi andnud massiline sõeluuring. Viimaste korraldamine aga ei ole kõikjal majanduslikult, sageli ka organisatsiooniliselt võimalik. Seepärast on ÜTO alustanud naiste enesevaatluse kui massilise sõeluuringu kõige loomulikuma, kättesaadavana ning suhteliselt odava variandi laialdast propageerimist.

Kuulati kuut ettekannet. ÜTO vähiosakonna juhataja J. Stjernswärd (Genf) rääkis eespool nimetatud projekti osast ÜTO poolt vähtkõve kontrolli alal tehtavas töös. 1983. a. diagnoositi maailmas 540 000 uut haigusjuhtu. Mitmes paikkonnas on täheldatud haigestumuse väga kiiret kasvu. Seda silmas pidades on ÜTO rinnavähi

varajasele diagnoosimisele omistanud meditsiini globaalprobleemi tähenduse.

Projekti koordineerija M. Tšėkovski (Genf) nentis samuti, et hoolimata ravimeetodite, esmajoones kemoterapia kiirest arengust ning selle edendamiseks tehtavatest kulutustest, ei ole rinnavähihaigete elulemus viimase kolme aastakümne jooksul märkimisväärselt pikenenud. Naiste enesevaatluse laialdasemat juurutamist on takistanud tõsiasi, et arstkont ei ei valda veel küllaldaselt enesevaatluse tehnikat ega oska seda ka patsientidele korrektselt õpetada.

Projekti eesmärk ongi selgitada enesevaatluse efektiivsust eri populatsioonides.

V. Merabišvili (Leningrad) andis ülevaate rinnavähihaigestumusest ning selle dünaamikast NSV Liidus. Kui 1970. aastal oli rinnavähk naiste pahaloomulistest kasvajatest neljandal kohal, siis praegu on see levinuim vähihaig. Haigestumus on kõige kõrgem Balti liiduvabariikides. Kogu NSV Liidu kohta laekunud statistiliste andmete põhjal arvatud tavaline (*crude*) viie aasta elulemus rinnavähihaigetel on 58,6...60,1%. Elulemuse täpsem hindamine on aga võimalik vähiregistre baasil, esimesed sellelaadsed andmed on Eesti Vähiregistriil.

Projekti konsultant G. Găstrin (Helsingi) esitas enesevaatlusprogrammi (nn. *Mamma-programmi*) tulemusi Soomes. Ajavahemikul 1973...1975 õpetati enesevaatlust süstemaatiliselt 56 177 naisele. Töös toetuti naisühingutele ning kasutati eriväljaõppe saanud meedikute abi. G. Găstrin rõhutas eriti enesevaatluse tehnika asjatundlikku õpetamist, naistele antavat motivatsiooni ning mammoloogilise konsultatsiooni kättesaadavust. Ulatusliku ning praegu jätkuva töö eesmärk on kujundada enesevaatlus iga naise eluaegseks harjumuseks. Ankeetküsitlusest selgus, et 2/3 õpetatuist omandas regulaarse, igakuulise enesevaatluse harjumuse, eriti 30...44 aasta vanused naised. Nende naiste hulgas saavutati viie aasta jooksul tunduv rinnavähi suremuse langus, sest avastatud haigusjuhtude hulgast suurenes lokaalse vähi osatähtsus. G. Găstrini arvates on enesevaatlusprogramm efektiivsem kui traditsiooniline massiline sõeluuring.

V. Moissejenko (Leningrad) ja E. Mihhailov (Moskva) esitasid uurimise algetapi tulemusi NSV Liidus. Leningradis on enesevaatlust õpetatud 8000-le 40...65 aasta vanusele naisele. Ankeetküsitlus näitas, et 3/4 naistest sai motivatsiooni regulaarseks enesevaatluseks. 16 meedikute brigaadi õpetab töökollektiivides naistele enesevaatluse tehnikat. Moskvas on valitud sadakond ettevõtet, mille baasil moodustatakse uurimisrühmad. Kontrollrühma kuulub mitme polikliiniku patsiente. Kokku on kavas kummaski suurlinnast uurida 186 000 vaatlusalust.

Projekti konsultant D. Schoenfeld (Boston) analüüsis uurimise korraldamist ning tulemuste hindamise meetodikat. Ta pidas eriti oluliseks materjali statistilises esinduslikkuses nõuete järgimist. Nõupidamisel toimunud loengul käsitles D. Schoenfeld ka massilise sõeluuringu üldprintsiipe ning kliinilisi katsetusi (*clinical trials*) USA-s.

ÜTO Euroopa Regionaalbürood esindas nõupidamise konsultant vähktõve alal L. Döbrössy (Kopenhaagen). NSV Liidu mitmest piirkonnast oli kutsutud vaatlejaid, nende hulgas ka allakirjutanu.

Tiiu Aareleid

IV NSV Liidu ja Soome onkoloogide nõupidamine toimus 23...24. oktoobri 1984 Helsingis. Selle avas Soome Vähiregistri juhataja, Helsingi Ülikooli professor E. Saxén.

Nõupidamisel esitati neli ettekannet, millele järgnes põhjalik arutelu. Soome Vähiregistri peaarst L. Teppo käsitles mitmikvähi esinemist Soomes. Analüüsi üle 5000 mitmikvähijuhu. Huvipakkuv oli näiteks see, et mitmikvähihaigetel esines oodatust sagedamini leukoosi; kopsuvähi juhte oli meeste hulgas vähem ja naiste hulgas rohkem, kui võis oletada kogu rahvastiku haigestumust silmas pidades. Soomes haigestuvad meestest kopsuvähi sagedamini madalamatesse, naistest kõrgematesse sotsiaalsetesse kihtidesse kuuluvad isikud.

Sama registri peastatistik T. Hakulinen tutvustas äsja valminud FORTRAN-paketti. Aastase töö tulemusena loodud programme kogu võimaldab mitmekülselt analüüsida vähihaigete elulemust. Klassikaliste meetodite (Ederer I ja II) kõrval saab andmeid töödelda ka uuel, eelnevaist täiuslikumal meetodil (autor T. Hakulinen). Peatselt edastatakse programmid paljude riikide vähiuurimiskeskustele. Esimesena anti programmi tekst Eesti Vähiregistrile.

Nõukogude Liidu kahelekkemise delegatsiooni juht prof. R. Wagner (Petrovi-nimeline onkoloogiainstituut, Leningrad) andis ülevaate ühisuurimuste programmist aastaks 1984...1990. Plaani kohaselt jätkub kahe maa teadlaste koostöö viies valdkonnas: rinnavähi epidemioloogia, kopsuvähi geograafiline patoloogia, pärasoolevähi ravi, mitte Hodgkini lümfoomide diagnoosimine ja ravi, laste pahaloomulised kasvaja. Uurimistulemused kavatakse avaldada ajakirja artiklite ja monograafiana.

Allakirjutanu iseloomustas kopsuvähihaigestumust Eestis. Käsitlemist leidsid haigestumuse ajaline muutumine, haiguse esinemissagedus vanuse, soo ja rahvuse järgi, samuti kopsuvähi histoloogiliste tüüpide jaotumus.

Muu hulgas arutati ka Eesti Vähiregistri ja Soome Vähiregistri edasist koostööd. Vähiregistrite arengutasemest tulenevalt peab valima sellised teemad, mis oleksid jõukohased Eesti Vähiregistrile ning mis samal ajal tagaksid ta koostööpartneri teadusliku huvitatuse. Aasta vältel on kavas lõpetada võrdlev uurimus naiste rinnavähihaigestumusest ning rinnavähihaigete elulemusest Eestis ja Soomes. Soome Vähiregistri teadurid avaldasid soovi kavandada mõni ühisprojekt analüütilise epidemioloogia alal.

Onkoloogiaõupidamisest osavõtjad esinesid ettekannetega ka NSV Liidu—Soome tervishoiu, meditsiini ja sotsiaalhoolduse segakomisjoni istungil. Räägiti Nõukogude Liidu ja Soome teadlaste uurimustest aastail 1981...1984 (E. Saxén,

R. Wagner), vähihaigestumusest Skandinaavia maades ja Nõukogude Liidu läänepiirkonnas (T. Hakulinen), rinnavähi (M. Hakama) ja kopsuvähi (L. Teppo) epidemioloogiast Soomes ning Eesti Vähiregistri ja Soome Vähiregistri ühistööst ajavahemikul 1982...1984 (M. Rahu). Segakomisjon andis tehtule hea hinnangu ja pidas otsarbeks koostööd veelgi süvendada.

Mati Rahu

Lääne-Eesti arstide seltside I konverents toimus 17. novembril 1984 Haapsalus. Konverentsi esimeseks teemaks oli aastail 1972...1978 sündinud enneaegsete laste arengu analüüs. Günekoloogid L. Prigoda Hiiumaalt, H. Siinor Kingissepast ja E. Talving Haapsalust käsitlesid ettekannetes neid põhjusi, millest oli tingitud laste enneaegne sündimine. Pediaatrid M. Haavel Kingissepast ja H. Laurimaa Haapsalust aga andsid ülevaate laste arengust.

Teisena oli vaatluse all ägeda ussripikupõletiku kirurgiline ravi ajavahemikul 1979...1983. Haapsalu, Hiiumaa ja Kingissepa rajoonis oli sellel ajavahemikul opereeritud 1088 haiget ägeda ussripikupõletiku tõttu. Rajoonide peakirurgide A. Turo (Hiiumaa), T. Talvingu (Haapsalu) ja allakirjutanu (Kingissepa) andmeil ei ole opereeritustest surnud ühtegi haiget, küll aga on esinenud tüsistusi, mis on tingitud sellest, et haiged olid haiglasse toodud sageli hilinenult. Arutelu rõhutasid tervishoiuministeeriumi peakirurg prof. S. Gulordava ja Tallinna peakirurg prof. U. Sibul, et ussripikupõletiku tagajärjel ei tohiks ükski haige surra. Tüsistuste vältimiseks on vaja inimestele veelgi enam selgitada, et ägedate haiguste puhul tuleb kohe pöörduda arsti poole, samuti tuleb selgitada iseravimise ohtlikkust.

Analüüsiti ka müokardiinfarktist põhjustatud haigestumust, suremust ning haigete dispanseerimist ajavahemikul 1979...1983. R. Mihelsoni (Hiiumaa), J. Kirsi (Kingissepa) ja M. Veiksise (Haapsalu) ettekandeks oli tähelepanu keskmes müokardiinfarkti diagnoosimine, ravi ja dispanseerimine rajoonides. Arutelu juhtinud arstiteaduse doktor T. Sulling avaldas lootust, et seoses rahvastiku ülddispanseerimisega paraneksid ka haiguse varajane diagnoosimine ja ravi.

Lääne-Eesti arstide seltside II konverents otustati korraldada 1985. a. Hiiumaal.

Ants Haavel

Arstide seltsides

Eesti Toksikoloogide Seltsi väljasõidustung
peeti 8. juunil 1984 Tartus.

Põhiettekande «Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama keemialaboratooriumi tegevus keskkonna kaitsel» esitas K. Ilmoja. Laboratooriumi põhitööks on tööstus-, tootlustus- ja kommunaalhügieeni analüüside tegemine. Viimastel aastatel on suurenenud orgaaniliste ainete määramise vajadus. Laboratooriumil on tihe koostöö TRÜ teadlastega. Koostöös on valminud vingugaasianalüsaator, külmauru aatomabsorptsiooni spektrofotomeeter elavhõbeda määramiseks.

Oluline tööloik on pestitsiidide ja mineraalväetiste jääkide määramine. Pestitsiidide sisaldus toiduainetes ei ületa lubatud piirkontsentratsiooni Eestis, küll aga on probleemiks mineraalväetised. Laboratooriumi edaspidises töös on vaja tihendada kontakte uurimisasutuste teadlastega, eriti toksikoloogidega. Raskusi on tundmatute ainete identifitseerimisega. Oleks otstarbekas, et sellega tegeleks eri laboratoorium või toksikoloogiaosakonnad teadusasutustes.

Tartu Linna Kliinilise Haigla toksikoloog H. Noor oli vaatluse alla võtnud ägedad mürgitused toksikoloogilise situatsiooni kajastajana. Ägedate mürgituste ravi tänapäeval on eeskätt suunatud mürgi väljaviimisele organismist. Arstide ülesanne on tabada mürgitused toksikoogeens faasis (s. o. faas, kui mürk veel imendub). Esineja analüüsis ägedate mürgituste esinemissagedust ja põhjusi Tartu Linna Kliinilise Haigla andmeil.

Seoses eriretseptide kehtestamisega on tunduvalt vähem barbituraatidest põhjustatud mürgitusi. Esiplaanil on alkoholist, alkoholi surrogaatidest ja antidepressantidest põhjustatud mürgitused.

Ägedate mürgituste vältimiseks ja eduka ravi tagamiseks pidas H. Noor vajalikuks senisest enam informeerida elanikkonda kõigi olmes kasutatavate toksiliste ainete ohtlikkusest ja ohutustehnikast. Antidepressantide tabletid võiksid sisaldada alalävisel annusel oksevahendit. Senisest enam peab tähelepanu pöörama suitsiidieelsele seisundile, kasutusele tuleks võtta usaldustelefon. Kiirendada oleks vaja toksikoloogiakeskuse rajamist Tallinnas, Tartu Linna Kliiniline Haigla aga peaks saama toksikoloogia ravikeskuse filiaali õigused.

Prof. A. Jannuse sõnavõtust selgus, et käsil on rohkesti keskkonnakaitselaseid uuringuid merre suubuvate jögede suudmete uurimiseks.

A. Värniku arvates peaksid raviarstid ravimite kasutamist rohkem kontrollima, mis väldiks nende kogunemist koduapteekidesse.

Väljasõidustungist tegi kokkuvõtte peatoksikoloog arstiteaduse doktor H. Kahn, kes samuti rõhutas toksikoloogiakeskuse rajamise vajadust. Tööd raskendab tunduvalt asjaolu, et paljude imporditavate värvide, tõrjevahendite koostis ei ole teada. Toksikoloogide käsutuses peaks olema kõigi meie vabariigis kasutatavate toksiliste ainete register.

Milvi Moks

Kingissepa Arstide Seltsi konverents «Aktuaalseid probleeme ajutise ja püsiva töövõimetuse profülaktikas» toimus 25. septembril 1984. a.

Ettekannetega esinesid Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi arstliku töövõimetusekspertiisi kateedri juhataja prof. V. Kortšagina, Moskva peaekspert ajutise töövõimetusekspertiisi alal dotsent T. Sidorkina, Eesti NSV Sotsiaaltootlusministeeriumi peaekspert püsiva töövõimetuse alal N. Tihase, Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja arstliku töövõimetusekspertiisi alal R. Tuisk ja Kingissepa Rajooni töövõimetusekspertiisi komisjoni esimees arstiteaduse kandidaat A. Haavel.

Prof. V. Kortšagina mainis, et selline nõupidamine, kus töövõimetusekspertiisi küsimusi arutatakse arstide ja tootmisjuhtidega ühiselt, väärirb järgimist.

Linda Jõgi

Eesti Toksikoloogide Seltsi ning Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi ühine koosolek toimus 2. oktoobril Tartus. Arutati metaanoolist põhjustatud mürgitusjuhte. Tartu Kliinilise Haigla toksikoloog H. Noor esitas põhjaliku ülevaate metanooliainevahetusest organismis, tema toksilisusest, mürgituse sümptoomidest ja ravi põhiprintsiipidest.

Peatoksikoloog H. Kahn rõhutas, et vähemalt Tallinnas ja Tartus peaksid olema tänapäeva nõudele vastavad reanimatsiooniosakonnad, kus oleks kõik vajalik ka ägedate mürgitustega haigetele abi andmiseks. Õnnetusjuhtumite korral teistes linnades või rajoonides oleks võimalik kannatada saanu kiiresti toimetada nendesse osakondadesse. H. Kahn pidas hädavajalikuks kiirendada vabariikliku toksikoloogiakeskuse loomist.

Milvi Moks

Üleliidulise Terapeutide Seltsi juhataste pleenum toimus 27. ja 28. septembril 1984 Ivanofrankivskis.

Pleenumi avakõne oli akadeemik F. Komarovilt. Eestist võtsid pleenumist osa L. Päi, O. Volož ja allakirjutanu.

Kahel esimesel plenaaristungil vaeti biorütmide uurimise tulemusi sisehaiguste korral. On välja kujunenud uus teadusharu — biorütmoloogia. Organism püüab biorütme ühelt poolt stabilisena säilitada, teiselt poolt kohandada neid välisteguritega. Välja on kujunenud nii endogeensed kui ka eksogeensed biorütmid. Eksogeensed olenevad ka maakoolest, näiteks Novosibirskis on biorütmid hoopis teistsugused kui mujal regioonides (N. Derjapa ja kaasautorid). Käsitleti ka kronoteraapiat koos organismi biorütmide arvestamisega. Trafaretne ravimite andmine kolm korda päevas klinitsiste enam ei rahulda. Ravimite ordineerimisel tuleb arvestada organismi biokeemilisi näitajaid. Näiteks tuleb reumatoidartriidiga haigetele glükokortikoidide anda suuremas annuses hommikul, sest sel ajal on neerupealiste koore hormooni väärtused haigete vereserumis madalamad. Ettekandes «Reumasse haigestumise sesoonsusest ja perioodilisusest seoses mõningate eksogeensete teguritega» näitasid L. Päi, R. Birkenfeldt ja Ch. Villmann, et reumasse haigestumise sesoonsus ja perioodilisus on seoses välisteguritega.

Pikaajalistele tähelepanekutele vastavalt on reumasse haigestumine seotud päikese aktiivsusega ning sellest on tingitud ka haiguse perioodilisus, sesoonsusega aga on tihedas seoses haigete ilmastikutundlikkus.

Kahel järgneval plenaaristungil vaadeldi sisehaiguste (südame isheemiatõbi, hüpertooniatõbi, kroonilised mittespetsiifilised kopsuhaigused, haavandtõbi, krooniline gastriit ja krooniline pankreatiit) varajast diagnoosimist ja haigete dispanseerimist ravi.

O. Volož esitas N. Elšteini, L. Jannuse ja enda töö «Integraalsest lähtumisest põhiliste mitteinfektsioossete haiguste profülaktikas» ning veel enda, E. Solodkaja ja I. Tageri ettekande, milles vaadeldi mõningaid rahvastiku ülddispanseerimise probleeme.

Üldistav ettekanne reumaatiliste haiguste kohta oli G. Matveikovilt. Ta tutvustas liigesehaigusi põdejate dispanseerimise Valgevene kogemusi ning ka allakirjutanu saadud Tartu andmeid reumaatiliste haigusi põdejate kohta pikaajalisel dispanseerimisel. G. Matveikov rääkis veel dispanseerimise meetodikast ning reumaatiliste haigete ravi põhimõttest.

Kokku võttes märgiti, et on oluline kliinilises töös arvestada biorütme ning et väga oluline on õigeaegne ning nõuetekohane haigete dispanseerimine.

Artemi Vapra

Üleliidulise Meditsiiniajaloolaste Seltsi juhatuse pleenum toimus 27. oktoobril 1984 Riias. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmed seltsi aseesimees B. Petrov ja seltsi esimees J. Lissitsõn rääkisid uurimuste seisukorlast ja perspektiividest meditsiiniajaloo alal. Viie aasta vältel on ilmunud 371 raamatut, ent plaanipärast ja ebaühtlaselt nii distsipliinide (näiteks kirurgia alalt 17, hügieeni, immunoloogia ja sõjaväemeditsiini alalt ainult üksikuid) kui ka liidu-

vabariikide osas (Eesti NSV arvele tuli väga vähe). Laiendada on tarvis tööd väitekirjade koostamise ja kaitsmise alal. Meditsiiniajalugu on vaja enam kasutada tervishoiuorganisatsiooni põhjendamiseks. Ees seisab mitmekülgse «NSV Liidu meditsiiniajaloo» koostamine. Pakiline on nõukogude tervishoiu arengu üldistamine selle 70. aasta-päevaks.

Prof. A. Georgijevski peatus ülesannetel seoses Suures Isamaasõjas saavutatud võidu 40. aastapäevaga. Tarvis oleks avaldada töid tervishoiuorganite tegevusest sõja ajal, uurida sõjaväe- ja tsiviiltervishoiu vastastikust koostööd ja abi, kasutada mineviku kogemusi meditsiinitöötajate kasvatamisel, näidates panust, mille tervishoid andis suuresse võidusse, korraldada kohtumisi veteranidega, seltside konverentse, istungeid, meditsiiniõppeasutustes sisustada lahingukuulsusetube ja -nurki.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik V. Kaneps ja dotsent K. Arons jagasid Läti NSV kogemusi P. Stradiņši nim. Meditsiiniajaloo Muuseumi asutamise ja töö kohta. Praegu kuulub muuseum sotsiaalhügieeni, tervishoiuorganisatsiooni ja meditsiiniajaloo õppe-teadusliku-praktilise ühenduse koosseisu. M. Jarovinski rääkis üleliidulise meditsiiniajaloo muuseumi asutamisest, mis peab valmis saama 1987. aastaks. Ent mitmesuguste raskuste (materjali puudumine jm.) tõttu eksponeeritakse algul Moskva tervishoiuajalugu. Ta tutvustas ekspositsiooni struktuurtemaatilist plaani. See peab saama tulevase muuseumi — NSV Liidu meditsiiniajaloo peamuuseumi — tähtsamaks koostisosaks. Prof. A. Grando Kiievist näitas filmi Ukraina NSV Meditsiiniajaloo Muuseumist, mille asutajad said vabariikliku preemia.

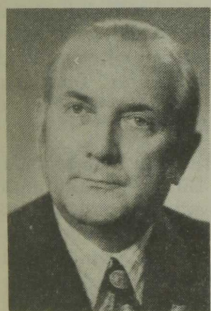
II üleliidulise meditsiiniajaloolaste kongressi otsuste täitmisel peatus kriitiliselt seltsi teadussekretär J. Šilins. III kongress, kus arutatakse seltsi ülesandeid NLKP XXVII kongressi otsuste valguses ja Suure Oktoobri 70. aastapäevaks valmistumisel, kavandatakse 1986. aastale, kaasesineja dotsent T. Zuravljova arutles meditsiiniajaloo õpetamist üliõpilastele: on valminud uus programm ja projekt selle aine õpetamise üleviimiseks II kursuselt V kursusele.

Viktor Kalnin

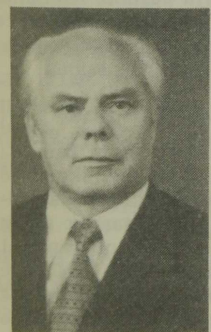
Meie juubilare



Aleksis Kuusik, Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee Presiidiumi sekretär, endine Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst, vabariikliku tähtsusega personaalpensionär, sai 29. jaanuaril 1985 75-aastaseks. Juubilar on sündinud Moskvas kooliõpetaja perekonnas. Keskkhariduse sai Tallinnas, 1937. aastal lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1938...1943 töötas sõjaväearstina, 1940. aastast alates Punaarmee vanemarstina, kellena võttis osa ka Suurest Isamaasõjast, Velikije Luki lahinguist. Aastail 1943...1944 oli Moskvas arstide täienduskursustel, saabus tagasi Eestisse operatiivgrupi koosseisus 1944. aasta septembris, ülesandeks Punase Risti Seltsi organisatsiooni taastamine. 1950. aastani töötas Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimehe asetäitjana, seejärel oli peaarstiks Tallinna Sanitaarharidusmajas, 1953. aastast Tallinna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas ja aastail 1974...1979 Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Juubilar on kõrgema kategooria sanitaararst. 1962. aastast NLKP liige. Eeskujuliku töö eest on Eestis esimesena arstidest pälvinud Oktoobrirevolutsiooni ordeni, teda on autasustatud üheksa medali ja paljude aukirjadega. A. Kuusikul on seljataga rikas arstielu. Neli põlvkonda kannavad edasi arstikutse väärikust ja tema nime.



Hailo Liias, Tallinna Raeapteegi kauaaegne juhataja, Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja, sai 15. veebruaril 70-aastaseks. Ühtlasi on 45 aastat möödunud ajast, mil ta lõpetas Tartu Ülikooli farmaatsiaosakonna ning asus tööle Paide apteegis. Õige pea määrati ta Rutikvere apteegi komissariks. Järgnes töö Tamsalu ja Kehra apteegi juhatajana. H. Liias on olnud ka Apteekide Peavalitsuses vanemfarmaatsiainspektoriks. 1950. aasta novembrikuust alates on juubilar töötanud Tallinna Raeapteegis juhatajana. Ta on olnud Apteekide Peavalitsuse mittekoosseisuline farmaatsiainspektor, apteeginõukogu ning Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee organisatsioonilis-metoodilise komisjoni liige, Tallinna Linna Keskrajooni TSN rahvasaadik. Juubilar on Eesti Farmatseutide Seltsi asutajaliige. Alati on ta pieteeditundega suhtunud farmaatsiaajaloo päevaprobleemidesse, aidanud süvendada Tallinna Raeapteegi ning Eesti apteegimuseumi sidemeid, näidanud üles head tahet apteegimuseumi ajutise väljapaneku korraldamisel Raeapteegi võlvkeldris. Proviisor H. Liase hea töö on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgi.



Harry Raaga, Eesti NSV teeneline arst, Harju rajooni peaarst, sai 2. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Jõgeva rajoonis põllupidaja perekonnas. 1946. aastal lõpetas Põltsamaa keskkooli, 1952. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Esimene töökoht oli TRÜ teaduskonnakirurgia kateeder, samal ajal töötas ka Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kirurgiaosakonnas kirurgina: nii jätkus see töö aastail 1952...1953 ja 1956...1967. Ajavahemikul 1953...1956 oli sõjaväearstiks. 1967. aastast oli juubilar Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja ravi alal, 1975. aastast töötas Tallinnas Harju Rajooni Keskpolikliiniku peaarsti asetäitjana, 1976. aastast tänaseni praegusel ametikohal. Erist huvi on tundnud kopsukirurgia vastu, aastail 1956...1975 töötanud sel alal prof. A. Rulli käe all. Korduvalt viibinud täiendusel Leningradis ja Moskvas. Juubilaril on I kvalifikatsioonikategooria nii kirurgia kui ka tervishoiuorganisatsiooni ja hügieeni alal. Avaldanud trükis 16 artiklit peamiselt kopsukirurgia valdkonnast. Mitmel korral on olnud rahvasaadikuks Tartu linnas, praegu Harju rajoonis. Kuulub ühingu «Teadus» juhatusse, Punase Risti Seltsi Keskkomiteesse. 1968. aastast NLKP liige. H. Raaga on tervishoiu eesrindlane, eeskujulik arst ja tervishoiujuht, kes on pälvinud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja, V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiuministeeriumi ja teisi aukirju ning tänuavaldusi.



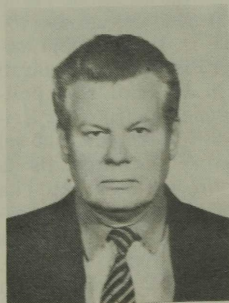
Vello Valdes, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peapatoanatoom, sai 17. jaanuaril 1985 60-aastaseks. Sündinud Tartus arstide perekonnas. 1943. aastal lõpetas Tartu 1. Gümnaasiumi, 1955. aastal TRÜ arstiteaduskonna ravisakonna. Seejärel töötas röntgenoloogina Otepää rajoonihaiglas 1958. aastani, siis Tallinna Vabariiklikus Haiglas, 1959. aastast samas patoanatoomia. Vabariigi peaspetsialist patoanatoomia alal 1970. aastast. Juubilaril on trükist ilmunud 65 teadusartiklit, osa neist ka välismaa meditsiiniajakirjanduses. 1967. aastal kaitses kandidaadiväitekirja. Erihuviks on neerupealiste endokriinsüsteemi muutused mitmesuguste haigusseisundite puhul, viimastel aastatel kudede reparatsioonihäirete uurimine, eriti kirurgiliste haiguste puhul. Erilist huvi tunneb meditsiiniterminoloogia vastu, osaledes teadusliku meditsiininõukogu sellealase komisjoni töös. V. Valdes on tervishoiu eesrindlane. Teda on korduvalt autasustatud tervishoiuministeeriumi jm. aukirjadega. Aastaid on olnud Vabariikliku ja Tallinna Patoanatoomide Seltsi esimees. Tervisespordi harrastajana on meedikutele suur eeskuju, kes on läbi sõitnud kõik Tartu suusamaratonid 1976. aastast alates, ka kuulsat *Finlandia-hiihto*, metsa- ja rabajooksudest rääkimata. Juubilar on hea näide oma eriala ning arstikutset austavast inimesest, kes on kolleegide ja tervisespordisõprade lugupidamise ja austuse pälvinud.



Alma Kadastik, Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla dispanserise osakonna lastepsühhiaater, sai 26. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Haapsalus, kus lõpetas 1943. a. ka gümnaasiumi. Aastail 1944...1951 õppis TRÜ arstiteaduskonna ravisakonnas, mille lõpetamise järel töötas Tartu Kliinilise Sünnitusmaja vastsündinute osakonna juhatajana. A. Kadastik on esimese kategooria pediaater. Ta on olnud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaspetsialist mikropediaatria alal. 1970. aastast alates on töötanud praegusel tökohal. Lastepsühhiaatrina on ta oma erialakvalifikatsiooni täiendanud kohalikel ja üleliidulistel täienduskursustel. TRÜ arstiteaduskonna üliõpilastele on A. Kadastik pidanud mikropediaatria ning lastepsühhiaatria loenguid. Avaldanud trükis kümnekond artiklit. Kahel korral on teda valitud Tartu Linna RSN saadikuks, on olnud alalise tervishoiukomisjoni sekretär, Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni esimehena teinud palju doonorluse edendamiseks. Juubilar on hinnatud lastearst. Tema hea töö on pälvinud korduvalt aukirju ning ta kannab tervishoiu eesrindlase rinnamärki.



Tiit Allmägi, Eesti NSV teeneline arst, Harju rajooni Kuusalu Maa-ambulatoriumi juhataja, sai 4. novembril 1984 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas, lõpetanud Tallinna 7. Keskkooli 1953. aastal, TRÜ arstiteaduskonna 1959. aastal. Sellest ajast alates on 25 aastat töötanud arstina Kuusalus, algul jaoskonnahaiglas terapeutina, hiljem maa-ambulatoriumi juhataja ametikohal. Oma tööga ja Kuusalu kohaliku tervishoiutöökorraldusega on juubilar eeskujuks kogu meie vabariigi maameedikutele. Ta on palju jõudnud ära teha. Juba praegu on Kuusalu kliinikist dispanseeritud 75%, sealhulgas peaaegu kõik lapsed. Eeskujuliku töö eest on T. Allmägi autasustatud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi, Ametiühingute Nõukogu ja muude aukirjadega. Ta on delegaadina olnud üleliidulisel ametiühingukongressil. Kuusalu Maa-ambulatorium on eesrindlike kogemuste kool olnud palju aastaid. Kuusalus on peetud jaoskonnaarstide vabariiklikke seminare, ka oma rajooni seminare. Juubilar on väsimatu maa-arst, keda kõikjal tuntakse ja teatakse, kelle juurde tullaakse alati muresid vähendama, tervist aga juurde saama.



Ilmar Kruse, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsia kateedri dotsent, sai 10. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Tartus, 1953. aastal lõpetas Tartu 1. Keskkooli hõbemedaliga ning 1958. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna kiitusega. Ajavahemikul 1958...1960 töötas Mustvee apteegi juhatajana, aastail 1960...1961 vaneminspektorina Apteekide Peavalitsuse Tartu osakonnas. 1961. aastast alates on töötanud farmaatsia kateedris, algul assistendina, seejärel oli aspirant ning vanemõpetaja, 1978. aastast dotsent. Kandidaadiväitekirja «Mõnede vitamiinide polarograafiline määramine polüvitamiinipreparaatides» kaitses 1971. aastal. Avaldanud üle 50 teadustöö ravimite füüsikalise-keemiliste analüüsimeetodite, ravimite tehnoloogia ja uute ravimpreparaatide väljatöötamise alalt, mitme õppevahendi autor. I. Kruse on ennast täiendanud Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia Instituudis ja Helsingi Ülikoolis. Ta osaleb aktiivselt Eesti Farmatseutide Seltsi töös, Apteekide Peavalitsuse erialakomisjonides. I. Kruse on hinnatud ja nõudlik pedagoog, töökas teadlane ning tähelepanelik kolleeg.

Kriitika ja biblio- graafia

UDK 616.912.8(049.3)

Läkaköha ja paraläkaköha Eesti NSV-s

Selle pealkirja all ilmus kirjastuse «Valgus» väljaandel venekeelne monograafia autorite kollektiivilt (M. Zahharova, O. Tamm, A. Vorobjova, J. Martin). Autorid käsitlevad põhjalikult läkaköha ja paraläkaköha epidemioloogiat, immunoprofülaktikat ning laboratoorset diagnoosimist nii Eesti NSV-s kui ka teistes liiduvabariikides. Samal ajal esitatakse võrdlevaid andmeid haigestumise kohta ka kapitalistlikes riikides.

NSV Liidu tervishoiuministri ase-täitja, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik N. Burgassov märgib eessõnas, et monograafia ja kogu tehtud töö on teadustöötajate meditsiinitöötajatega tehtava viljaka loomingulise koostöö näide. Ühtlasi ta rõhutab, et peale informatsiooni andva vahendi on tal tähtsus ka meetodikavahendina nii laboratoorse diferentsiaaldiagnoosimise alal kui ka vaktsineerimiste korraldamisel.

Monograafias on kokku seitse peatükki 148 leheküljel. Esimene peatükk annab põhjaliku ülevaate läkaköha esinemissageduse kohta alates 1414. aastast Euroopas, Aafrikas ja Ameerikas. Läkaköhasse, leetritesse ja difteeriasse haigestumise sagedus 100 000 inimese kohta oli Venemaal 1913. aastal vastavalt 314, 320, 314, kusjuures letaalsus läkaköha

tagajärjel, eriti kuni ühe aasta vanustel lastel, oli teiste piisknakkustega võrreldes esikohal. Teises peatükis tuuakse andmeid läkaköha esinemissageduse kohta Eesti NSV-s ja vaktsineerimise mõjust läkaköha levikule. Kolmandas peatükis käsitletakse paraläkaköhasse haigestumist ja selle spetsiifilist profülaktikat Eesti NSV-s. Neljandas peatükis tutvustatakse vaktsineerimise organisatsioonilisi aluseid.

Monograafia viiendas osas iseloomustatakse läkaköha-difteeria-teetanuse (AKDS) adsorbeeritud vaktsiini ja AKDS-paraläkaköha vaktsiini ning selle reaktogeensust ja immunoloogilist efektiivsust. Kuuendas peatükis analüüsitakse põhjalikult läkaköha etioloogilist struktuuri. Eesti NSV-s alustati läkaköha bakterioloogilist diagnoosimist 1961. aastal ja ajavahemikul 1965... 1967 uuriti haigeid bakterioloogiliselt kõikides meie vabariigi linnades ja rajoonides. Viimasel ajal on igal aastal bakterioloogiliselt uuritud ligikaudu 6000... 10 000 last, kusjuures 81... 84%-l juhtudest on isoleeritud *Bordetella pertussis*. 1969. aastal osutus läkaköha juhtudest 39,2% paraläkaköha, sest nendelt isoleeriti *Bordetella parapertussis*. Seetõttu toimuski Eesti NSV-s esmakordselt NSV Liidu vaktsineerimine ka paraläkaköha vastu. Monograafias on antud ülevaade Eesti NSV-s isoleeritud läkaköha- ja paraläkaköha tekitajate seroloogilise struktuuri kohta. Viimastel aastatel on meie vabariigis tsirkuleerinud peamiselt 1.0.3 serovariandid.

Viimases peatükis kirjeldatakse põhjalikult bordetellade mikrobioloogilist diagnoosimist, kirjeldatakse ka nende morfoloogiat ja värvimise viise, söötmeid ja antigeenseid komponente, ka tundlikkust antibiootikumide suhtes. Töö lõpus on eraldi välja toodud läkaköha ja paraläkaköha mikrobioloogilised ja seroloogilised laboratoorsed diagnoosimise meetodid, mille rakendamine igal kahtlasel haigusjuhul on vajalik.

Andmed, joonised, tabelid näitavad selgelt, et Eesti NSV-s pärast läkaköha vaktsiini kasutuselevõttu on 1958. aas-

tast alates laste läkaköhasse haigestumine järsult langenud. On registreeritud vaid üksikuid sporaadilisi haigusjuhte. Seega autorite kollektiiv on teinud ära suure töö selle raske ja piinava haiguse profülaktika alal. Seejuures ka kogu sanitaar-epidemioloogia- ning ravi- ja profülaktikateenistus on sellele üritusele kahtlemata andnud ka oma poolse panuse. Monograafias on summeeritud aastakümnete kogemused ja andmed läkaköha ja paralaköha epidemioloogiliste, etioloogiliste ja immunoloogiliste iseärasuste kohta Eesti NSV-s. Samuti on siin kirjeldatud ja soovitatud kasutada nüüdisaegseid laboratoorse diagnoosimise meetodeid, mis aitavad epidemioloogilist järelevalvet läkaköhasse haigestumise üle ka edaspidi korraldada.

Monograafiast saab informatsiooni iga pediaater, infektsionist, terapeut, epidemioloog ja ka teadustöötaja.

Läkaköha tekitajate tsirkuleerimise tõkestamiseks peab iga arst olema valvel ja tundma vastutust. Seega raamat on vajalik igale arstile ja ka keskastme meditsiinitöötajatele.

Joosep Reinaru

UDK 616(049.3)

Huvitav ja sisukas monograafia*

Kuno Kõrge · Tartu

Tänapäeva meditsiini suund spetsialiseerumisele väljendub ka arstiteaduslike monograafiate temaatikas, mis enamasti käsitlevad mingit kitsamat probleemi. Olgugi et niisugune tendents on paratamatu, vajab terapeut aeg-ajalt ka publikatsioone, milles kajastub arstitöö laiu- ti, kus sisemeditsiini vaadeldakse terviklikust aspektist, kus pööratakse tähelepanu ka teraapia piirialadele ja analüüsitakse selle suure eriala organisatoorseid küsimusi.

Üks selliseid raamatuid on 1983. aastal ilmunud prof. N. Elšteini monograafia*. Nagu autor eessõnas märgib, on raamat adresseeritud eelkõige jaoskonnaterapeutidele. Autor ütleb, et terapeudil on raske kohaneda meditsiini kestva killunemise ja informatsiooni plahvatusliku tulvaga. Raske on tal ületada dissonantsi, mis tema töös tekib ühelt poolt instrumentaalseist ja laboratoorseist uuringuist saadud andmete kasutamise ja teiselt poolt oskuse vahel haiget kuulata, mõista ja kuuldut lahti mõtestada. Arstikabinetti tuleb inime, kes enamasti kannatab mitme haiguse all, kellel on ainult temale omane psüühika ja kes elab konkreetsetes sotsiaalsetes tingimustes. See üldine, mis väljub ühe haiguse raamest ja peab määrama ka tänapäeva arsti tegevuse, jääb paraku sageli väljapoole meedikute vaatevälja. N. Elšteini põhitees on, et spetsialiseerumise kõrval on vajalik ka sisemeditsiini integratsioon ja et paljud puudujäägid terapeutide töös on tingitud puudulikust tähelepanust üldmeditsiinile

Raamatu 10 peatüki temaatika hõlmab sisemeditsiini mitmeid olulisi tahke, käsitledes kord kitsamaid, kord laiemaid probleeme. Monograafia esimesed

* Н. В. Эльштейн. Общие медицинские проблемы терапевтической практики. Таллин, 1983.

peatükid on ülevaade sisehaiguste esinemissagedusest, üksikute olulisemate haigusvormide sagedusest meie vabariigis, mujal liiduvabariikides ja välismaal. Praktiliselt väärtuslik ja huvitav on peatükk sisehaigustest tänapäeval, kus autor näitab, et järjest muutuvad elutingimused, arstiteaduse uued saavutused ja muud tegurid mõjutavad haiguste esinemissagedust, kulgu ja prognoosi märgatavalt. Ka rahvastiku vananemine põhjustab krooniliste haiguste sagenemist. Autor ütleb, et igal ajalooepohhil on temale iseloomulikud haigused ja et XX sajandil on nendeks neuroosid, rasvumine ja allergoosid.

Autori erilise tähelepanu objektiks on olnud ägedad haigused ja nende meditsiinilis-sotsiaalne tähendus, millele ta ka raamatus peatüki pühendab. Ta rõhutab õigusega, et krooniline haigus saab sageli alguse puudulikult ravitud ägedast haigusest, milleks on näiteks angiin, pneumoonia, äge bronhiit, äge püelonefriit jt. 1963. aastal alustati autori ettepanekul mõnede ägedaid haigusi põdenud haigeterühmade dispanseerimist. Meie vabariigi kogemusi arvestades soovitas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi teaduslik meditsiininõukogu seda rakendada ka teistes liiduvabariikides. Autor annabki juhendeid niisuguste haigeterühmade dispanseerimiseks.

Sisehaiguste piirialalt on neuroose käsitlev peatükk. Selle käsitlemist õigustab kaheldamatult fakt, et suurem osa neuroosihaigeid pöörduv esmajoones terapeudi poole. Seetõttu peab viimane hästi orienteeruma neurooside sümptomatoloogias. Autor rõhutab ikka ja jälle haigega hea kontakti saavutamise ning põhjaliku anamneesi tähtsust nende seisundite väljaselgitamisel, mille puhul esineb nii hüper- kui ka hüpodiagnoosimist. Autoril on õigus, kui ta ütleb, et juba haige kaebuste kannatlik ärakuulamine on raviva mõjuga, haige tuleb arsti juurde sageli «pihile».

Sisehaigustealasest kirjandusest harva käsitletud teemaks on monograafias koostöös Harkovi autorite S. Agarkovi ja T. Agarkovaga kirjutatud peatükk

«Seksuaalpatoloogia praktilises teraapias». Põhjendatult väidavad autorid, et arstil on sageli raske otsustada, mil määral häired seksuaalsfääris on seotud mõne somaatilise haigusega. Paigutub ju seksuaalpatoloogia endokrinoloogia, neuroloogia, psühhiaatria, uroloogia ja günekoloogia piirialale. Nimetatud peatükk tohiks sisehaiguste arstile olla kasulikuks lektüüriks, suunates tema tähelepanu arvukatele seostele sisehaiguste ja seksuaalelu häirete vahel.

Üks diagnoosimisraskusi valmistav seisund, millele monograafias on eraldatud omaette peatükk, on kestev, ebaselge päritoluga subfebrilne palavik. Autor annab siin nimetatud seisundite põhjuste klassifikatsiooni ja käsitleb kirjanduse andmete ning isiklike tähelepanekute varal nende erinevaid vorme ja diagnoosimisvõimalusi, lisades arvukaid kasuistilisi näiteid. Peatüki lõpetab autor mõttega, et stabiilse kõrgenenud kehatemperatuuri õiget tõlgendamist võib hinnata kui terapeudi analüütilise ja sünteetilise mõtlemise testi, sest et selle õige diagnoosimine nõuab avarat arstlikku silmaringi.

Rohkesti mõtlemapanevat ja huvitavat esitab autor peatükkides, kus ta käsitleb sisehaiguste diagnoosimisel ja ravimisel tehtavaid vigu. Autor kõneleb siin eksidiagnooside subjektiivsetest ja objektiivsetest põhjustest, harva esinevatest ning harva diagnoositavatest haigustest, puudulikust ja ka liigsest uurimisest, ambulatoorsete analüüsides asjatust kordamisest statsionaaris jm., jällegi rõhutab ta põhjaliku anamneesi väärtust eksidiagnooside vältimisel. Autori andmeil on 1/3 kuni 1/2 haigeist polikliinikus uuritud mitteküllaldaselt. Ta tsiteerib M. Tšernorutski seisukohta, et ühe teadmatuses põhjustatud diagnoosimisvea kohta tuleb 9 tähelepanematuses tingitud viga. Arvukate kirjandusandmete ja kasuistiliste näidete varal illustreeritud peatükis leiab iga arst midagi kasulikku oma diagnoosimistöö parandamiseks.

Sedasama võib üelda ka ravivigade peatüki kohta, millistele, nagu autor peatüki alguses mainib, pööratakse sise-

meditsiinis tunduvat vähem tähelepanu kui diagnostilistele eksimustele. Autor rõhutab ravi kompleksisuse vajadust: täisväärtuslik ravi sisaldab farmakoteraapia kõrval ka veel psühhoteraapiat, elu- ja töörežiimi reguleerimist, dieet-ravi, füsioteraapiat ja ravikehakultuuri, nende võimaluste kasutamata jätmist võime küllalt sageli kogeda. Farmakoteraapia vigadest nimetab autor polüpragmaasiat, ravimite ebaõiget ordineerimist, patsiendile ravimite kasutamiseks antavate juhiste ebapiisavust, ravimite kõrvalmõjude mitteküllaldast arvestamist jm. Selles peatükis leiavad käsitlemist mitmed muudki, nii arstist kui ka haigest sõltuvad vead, millega raamatu vahendusel võib tutvuda.

Raamatu viimased peatükid käsitlevad teraapia eriala organisatoorseid probleeme. IX peatükis on juttu dispanseerimisest, arstiabi järjepidevusest ja sisehaigusteosakonna juhataja ülesannetest. Autor rõhutab, et dispanseerimisel on juhtiv koht jaoskonnaterapeudil, kuid ka kitsamate erialade terapeutid peavad vastavat elanikekontingenti dispanseerima — kardioloogia- ja reumatoloogiakabinetid selles suunas juba töötavadki. Jaoskonnaarst peab haigeid dispanseerima haiguse algstaadiumis, dispanseerima ka ägedaid haigusi põdenud. Elanike arusaamine dispanseerimise tähtsusest on veel puudulik ja passiivsus kontrollimisele ilmumisel on osalt ka arstist tingitud — arsti ülesanne on haigeid kasvatada.

Arstiabi järjepidevuse eelduseks on tihe side polikliiniku, osakondade ja muude erialade arstide vahel. Järjepidevus nõuab ühtset lähenemist nii profülaktika, patogeneesi mõistmise, diagnoosi formuleerimise ning töövõime ekspertiisi alal terapeutilise abi eri etappidel. Kogu informatsioon haige kohta peab koonduma polikliinikusse jaoskonnaarsti kätte.

Raamatu viimases peatükis «Teraapia tänane ja homne päev» vaatleb autor sisemeditsiini organisatoorseid probleeme ning perspektiive. Ta jõuab otsusele, et vajalik on nii «eesliini arsti», laia profiiliga internisti (jaoskonna-

terapeudi) kui ka eriarsti olemasolu. Arendada tuleb kummagi väljaõpet. Seejuures toimugu spetsialiseerumine alles pärast paariaastast töötamist terapeudina polikliinikus või haiglas.

Autor resümeerib: niikaua kui on haigused ja surm, mida ei saa ju vältida, ei ole inimesed meditsiiniga rahul. Iga edusammu arstiteaduses võtavad arstid vastu kui järjekordset võitu, elanikkond seevastu näeb esmaajoonest veel lahendamata probleeme ja väidab, et meditsiin on võimetu aitama.

N. Elsteini sisukast monograafiast oleme saanud esile tõsta vaid väikese osa mõtetest ja probleemidest. Seisukohad tulenevad suurelt osalt autori enda kogemustest. On ta ju arstitööd alustanud jaoskonnaterapeudina, jätkanud seda siseosakonna arstina, gastroenteroloogina ja pikemat aega tervishoiuorganisaatorina, peaterapeudina töötades. Tänu sellele leiame raamatus ikka ja jälle huvitavaid andmeid meie vabariigi teraapiavõrgu töö näitajate ning ülesannete kohta. Monograafia on kirjutatud autorile omases ladusas stiilis, vürtsitatud meeldejäävate sententsidega. Sellega lähemat tutvumist võib soovitada kõikidele arstidele, esmaajoonest muidugi internistidele ja tervishoiuorganisaatoritele.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste
kateeder

Meedikute personaalbibliograafiate koostamine

Personaalbibliograafiaid koostavad kõik meie vabariigi suuremad teadus-, eriala- ja õpperaamatukogud. Metoodikakeskuseks sel alal on F. R. Kreutzwaldi nimeline Riiklik Raamatukogu, kes on koostanud Eesti NSV Kultuuriministeeriumi süsteemi spetsialistide (kirjanikud, heliloojad, raamatukogutöötajad jt.) kohta üle 40 nimestiku. Teaduste Akadeemia Teaduslikult Raamatukogult ja TPI Teaduslikult Raamatukogult on vastavalt kas oma teadurite või õppejõudude kohta kummaltki ilmunud kümme-kolm nimestikku. Ülikooli õppejõudude tööde loetelu koostamise ja trüki avaldamisega on TRÜ Teaduslik Raamatukogu tegelnud juba 1960. aastast alates.

Tagasihoidlik on selles töös seni olnud Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu osa — meedikute kohta on seni ilmunud vaid kaks nimestikku. Ettevalmistusi selleks hakati tegema 1981. aastal, mil töötati välja Eesti NSV Tervishoiministeeriumi süsteemi erialaspetsialistide personaalbibliograafiate koostamise juhend. Selle aluseks on võetud vabariiklik metoodiline juhend, mis ilmus 1976. aastal ja mille oli koostanud ametkondadevahelise raamatukogukomisjoni bibliograafia alakomisjon. Töö plaanipäraseks muutmiseks tuli Eesti NSV Tervishoiministeeriumi erialaspetsialistide nimestike koostamine koordineerida Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu kui sellealase töö konsultatsioonikeskuse ja teaduslike uurimisinstituutide infoosakondade ja raamatukogude vahel. Tervishoiuministeeriumi saatorite ning ravi- ja profülaktikavõrgu tegevarstide kohta koostab nimestikke Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu, instituutide teadurite kohta aga instituutide infoosakonnad või raamatukogud.

Tavaliselt koostatakse nimestikke eriti silmapaistvate arstiteadlaste, tervishoiuministeeriumi saatorite ja tegevarstide kohta, kellel on teaduskraad või teenelise

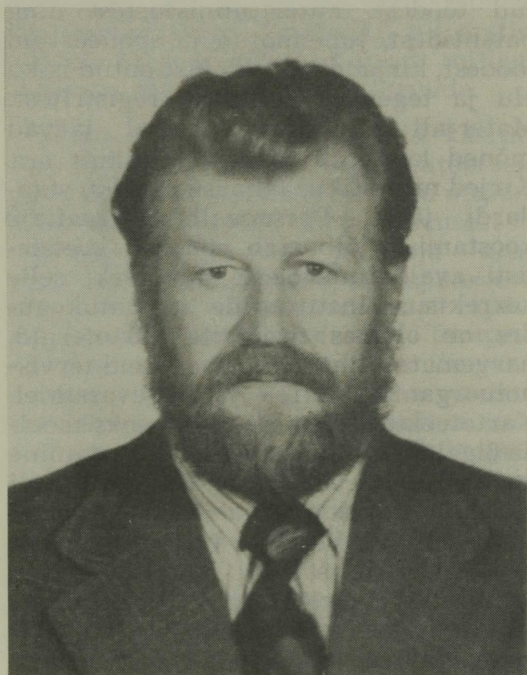
arsti aunimetuse ning kelle kauaaegne loomingu pagas on rikas nii teaduslike kui ka populaarteaduslike kirjutiste poolest. Nimestiku struktuur oleneb isikust, kelle kohta ta koostatakse, tema tegevuse eripärast, materjali laadist ja hulgast. Koosnevad nad eessõnast, isiku fotost, eluloo tähtsamatest daatumitest, sissejuhatavast artiklist, mille kirjutab autoriteetne sama eriala teadlane (kui aga selle kirjutajaks on koostaja ise, tuleb tal nõu küsida erialaspetsialistidelt), autobiograafiast, trüki avaldatud tööde nimestikust, toimetatud ja tõlgitud töödest, autoritunnistustest ning patentidest, juhendatud ja oponeeritud töödest, kirjanduse loetelust antud isiku elu ja tegevuse kohta ja registritest. Materjali puudumise korral jäävad mõned loetletud osad loomulikult ära. Kirjed nimestikus tehakse riikliku standardi järgi. Personaalbibliograafiate koostamist hõlbustab suuresti spetsialisti avaldatud tööde kartoteek, selle korrektsus. Instituutide raamatukogudes on olemas teadurite kartoteegid, harvematel juhtudel aga on neid tervishoiuministeeriumi saatoritel ja tegevarstidel. Kartoteekide koostamisele tuleks mõelda õigel ajal, hilisem tööde täpsustamine on aeganõudev. Nimestiku kvaliteedi määrab suure osas koostaja ja antud isiku koostöö. Seetõttu on isiku eluajal koostatud nimestikel suured eelised postuumselt koostatute ees. Ühtlasi on soovitatav personaalbibliograafiad võimaluse korral välja anda isiku juubeli-tähtpäevadeks.

Mõistagi on personaalbibliograafiatel arstiteaduse ajaloo seisukohalt märkimisväärne tähtsus.

Milvi Tedremaa

In memoriam

Jüri Aaso
10. IV 1936...15. XI 1984



15. novembril 1984. aastal varises maa-
nalasse võimekas tervishoiuorganisaa-
tor, Tartu Vabariikliku Kliinilise Psüh-
honeuroloogiahaigla peaarst Jüri Aaso.

J. Aaso sündis 10. aprillil 1936. a.
Kohtla-Järve lähedal töölisperekonnas.
Töömeheaastaid alustas ta varakult.
Enne Tartu Riikliku Ülikooli arstitea-
duskonda astumist oli ta lõpetanud 1961.
aastal Viljandi Meditsiinikooli, aastaid
töötanud velskrina, teeninud aega Nõu-
kogude armees.

Pärast TRÜ arstiteaduskonna lõpeta-
mist 1971. aastal suunati ta terapeu-
diks Kiviõli Haiglasse. 1972. aastal
määrati J. Aaso Kohtla-Järve Haigla
psühhiaatriks, peagi samas narkoloogia-
osakonna juhatajaks. Sellel tööil ilmne-
sid eriti tema silmapaistvad organisaa-
torivõimed tervishoiuvõrgu väljaaren-
damisel. 1975. a. edutati J. Aaso
Kohtla-Järve Linna RSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakonna juhatajaks, kor-
duvalt valiti teda Kohtla-Järve Rahva-
saadikute Nõukogu saadikuks. 1976. aast-
ast alates kuulus J. Aaso NLKP rida-
desse. Seoses vajadusega intensiivistada
Tartu ühe olulisema tervishoiuobjekti
— psühhoneuroloogiahaigla — välja-
arendamist määrati J. Aaso 1977. aast-
ta novembris Tartu Vabariikliku Klii-
nilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarstiks.
See oli viljakaim periood tema
lühikeses elus. Paralleelselt uue haig-
la projekteerimisega rakendati tema
initsiatiivil tööle kaks narkoloogiaosa-
konda, lastepsühhiaatriaosakond, laiendati
neuroosihaigete ravi võimalusi.
Märkimisväärne on tema panus TRÜ
arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri
teadus- ja õppetöö materiaalse ja teh-
nilise baasi laiendamisse, samuti nägi
ta palju vaeva baashaigla ulatuslikul
remontimisel. J. Aasol oli tervishoiu-
organisaatori esimene ning psühhiaatri
teine erialakategooria. Tema tööd hin-
nati ning korduvalt pälvis ta aukirju.

J. Aaso kaotus on korvamatu. Suure
entusiasmiga alustatud tegevus psüühi-
liselt haigete ravitingimuste paranda-
miseks katkes. Kolleegide südamesse
jääb mälestus lahkunust kui suurepära-
sest organisaatorist, heasoovlikust ja
abivalmis inimesest, kelle elu sisuks oli
töö.

*Tartu Vabariiklik Kliiniline Psühho-
neuroloogiahaigla
TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder*

Tervishoiuministeeriumis

11. detsembril 1984 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi ja Harju Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu Täitevkomitee ühine istung, mida juhatas täitevkomitee esimees E. Luik.

Põhiettekandega esines Harju rajooni peaarst H. Raaga, kes andis ülevaate Harju rajooni tervishoiu arendamise kompleksplaani (aastateks 1981...1985) täitmise käigu kohta. Käesoleva viisaastaku nelja aastaga on Harju rajooni tervishoiutöötajad teinud märkimisväärsed tööd elanike arstiabi parandamisel. Elanike arvult suurimat rajooni teenindab 46 ravi- ja profülaktikaasutust. On korrigeeritud arstijaoskondade suurst, juurde on moodustatud kolm linna terapeudijaoskonda (keskmiselt 1887 täiskasvanut jaoskonnas) ja kaks pediatrjaoskonda (keskmiselt 815 last), on saadud juurde arstikohti, materiaalsed abi on andnud ka majandid ja ettevõtted. On laiendatud eriarstide vastuvõttu, organiseeritud nende väljasõite rajooni ääremaade raviasutustesse. Paranenud on raviasutuste varustatus nüüdisaegse meditsiiniaparatuuri ja -vahenditega. Alustatud on eeltööd rahvastiku ülddispanseerimisele üleminekuks. Käesoleval viisaastakul on rajoonis avatud seitse stomatoloogiakabinetti (kokku on 37 kabinetti ja kaks osakonda), siiski on stomatoloogilise abi osas veel palju lahendamata probleeme. Paranenud on lastele antav arstiabi, vähenenud on imikute suremus, on rakendatud tööle laste eriarstid (neuroloog, ortopeed, kõrva-ninakurguarst). Vabariigi keskmisest on madalam põllumajandustöötajate ajutise töövõimetusega haigestumine. Rajoonis tegutseb 25 tervise rahvalükooli 1104 kuulajaga.

Probleemiks on voodikohtade vähesus. Harju-Risti, Raasiku, Riisipere ja Kehra haiglad ning Keila Polikliinik asuvad amortiseerunud ja kitsastes ruumides. Et rajoonil puudub keskhaigla ja nõuetele vastav keskpoliikliinik, on raskusi krooniliste haiguste ravimisega ja mitmete abikabinettide töös. Halb on autotranspordi olukord — seitse maa-ambulatoriumi ja üks jaoskonnahaigla on ilma transpordivahenditeta, puudub surnuauto. Kaadri kinnistamiseks maale tuleks rohkem mõelda elamispinna tagamisest arstidele.

Kaasettekandega esines Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja A. Roosileht, kes samuti märkis voodikohtade vähesust ja sellest tulenevat suurt koormust Tallinna raviasutustes. Seega on üks tähtsamaid ülesandeid uue rajooni keskhaigla rajamine ja keskpoliikliiniku laiendamine.

Velskri- ja ämmaemandapunktide töö peaks olema tõhusam, on need ju maaelanikkonna arstiabi tähtsad tugipunktid. Veel püsib kõrge infektsioosse hepatiidi haigestumus. Rajooninõukogu alalise tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees V. Norden puudutas stomatoloogilise ja günekoloogilise abi tagamise, samuti meditsiiniaparatuuri muretisemisega seotud probleeme. Harju rajooni tervishoiu olukorra kohta võtsid veel sõna A. Kullo, kes rääkis Keila Polikliiniku olukorrast; Ü. Aljand ja A. Sivenkov, kes kõnelesid kaadriküsimusest; O. Tamm, kes tutvustas sanitaar-epidemioloogilist olukorda ning sanitaarharidustööd; V. Jänes, J. Markov jt.

Arutelust tegi kokkuvõtte tervishoiuminister prof. V. Rätsep, kes tõstis esile edusamme töös ja rääkis edasistest suundadest tervishoiu arendamisel Harju rajoonis. Võeti vastu asjakohane otsus, milles määratleti ülesanded kompleksplaani elluviimiseks.

Helle Brus

8. oktoobril 1984 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski juhatusel. Päevakorras oli 1985. aasta teadustööde plaani projekti arutamine. Räägiti NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu pleenumi otsuse (29...30. maini 1984. a.) täitmisest, vaadati läbi teadusliku meditsiininõukogu 1985. a. tööplaani. Kuulati ka A. Sarapi informatsiooni ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu koosoleku kohta, mis oli peetud koos TRÜ arstiteaduskonna ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi (ÜMPI) nõukoguga 12. oktoobril Tartus.

1985. a. uurimistööde plaani on võetud kõik tööd, mis tehakse TRÜ arstiteaduskonnas, ÜMPI-s, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis ning Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis ning A. Seppo nimelises Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumis ja Kliinikus. Uurimistööde plaanis on kokku 91 teemat, 22 tööd kuulub seitsmesse riiklikku programmi. Näiteks programmi «Südame- ja veresoonekonnahaiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi täiustamine» (0. 69. 01) kuulub kuus uurimistööd, «Pahaloomuliste kasvajaate diagnoosimine, profülaktika, ravi meetodite ja vahendite kompleksne väljatöötamine» (0. 69. 02) — 15 tööd, «Emade ja laste põhihaiguste profülaktika, diagnoosimine ja ravi efektiivsete meetodite väljatöötamine» (0. 69. 06) — kaks komplekstemat, «Mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ravi ja diagnoosimise efektiivsete meetodite ja vahendite väljatöötamine» (0. 69. 08) — 6 komplekstemat.

ÜMPI osaleb veel kolme riikliku programmi täitmises (geneetika ja molekulaarpatoloogia jt.). Üle 60 uurimistöö hõlmab kõiki põhilisi meditsiini- ja erialasid.

Presiidium kinnitas uurimistööde plaani. Prof. P. Bogovski juhtis presiidiumi liikmete, teadusasutuste juhtide tähelepanu sellele, et XI viisaas-

taku viimasel aastal peavad kõik uurimisasutused oma ülesanded täitma tähtajaliselt. Suurt pingutust nõuab XII viisaastakul teadusasutuste töö efektiivsuse täiustamine.

Andrei Sarap

13. novembril 1984. a. toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiiniõukogu presiidiumi büroo laiendatud koosolek prof. P. Bogovski juhatusel. Päevakorras oli teadussaavutuste praktikasse rakendamine pulmonoloogia alal aastail 1981...1983 ning informatsioon Moldova ja Kasahstani tervishoiuministeeriumi teaduslike meditsiiniõukogude ja teaduslike uurimisinstituutide ning meditsiiniinstituutide tegevuse kompleksse kontrollimise kohta.

Esimese küsimuse kohta andis ülevaate teadusliku meditsiiniõukogu pulmonoloogia ja tuberkuloosi probleemikomisjoni esimees L. Jannus. Pulmonoloogia alal lõpetati aastail 1981...1983 Eestis kuus plaanilist uurimust, millest kaks kuuluvad riiklikku programmi. Kõik lõpetatud tööd on rakenduslikku laadi ning on laialdaselt juurutatud ravi- ja profülaktikaasutustes. Uurimuste alusel on avaldatud 53 publikatsiooni, neli meetodilist soovitusi, tehtud neli ratsionaliseerimise ettepanekut. Sümposioonidel, konverentsidel on esinenud 19 korral, neist üleliidulistel kaheksal korral, on korraldatud tegevartistidele prostaglandiiniidealne seminar, vabariiklik sümposioon. Uurimistulemusi on silmas peetud ka arstide ftisiopulmonoloogiaalaste täienduskursuste, TRÜ arstiteaduskonna ja internide pulmonoloogia-programmi koostamisel.

Probleemikomisjoni tegevus kiideti heaks ning toetati pulmonoloogide ja ftisiaatrite koostöö integratsiooni.

Prof. S. Gulordava ja A. Tetsov andsid põgusa ülevaate Moldova ja Kasahstani teaduslike uurimisasutuste ja meditsiiniinstituutide tegevusest. Märkimisväärsed tulemused uurimistöös ja uurimistulemuste evitamisel on saadud Kasahstanis. Seal tegutsevate meditsiini teaduslike uurimise instituutide ja meditsiiniinstituudi teadlastest on 162 teadusdoktorid ja 1488 teaduste kandidaadid. Kiitust väärib teaduslike saavutuste juurutamise süsteemi pidev täiustamine. Selle stimuleerimiseks on ette nähtud seitse iga-aastast preemiat teadustöötajatele ja 9 preemiat tervishoiutöötajatele.

Arutati ka teadussaavutuste juurutamist käsitlevate direktiivkirjade täitmist.

Andrei Sarap

Tartu Riiklikus Ülikoolis

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteialgorganisatsiooni ühisel koosolekul 18. septembril 1984. a. olid arutluse all eelmise õppeaasta kevadsemestri tulemused. Aruande esitas prodekaan prof. L. Pokk. Arstiteaduskonna õppeedukus tervikuna oli

93,9% ja selle tulemusega oli teaduskond ülikoolis kindlalt esikohal. Mitmed kursused saavutasid absoluutse õppeedukuse. Teaduskonnas lõpetas suvel 281 spetsialisti, neist 14 kiitusega. Kolmel VI kursuse üliõpilasel riigieksamid ebaõnnestusid. Üldse eksmatrikuleeriti 1983/1984. õppeaastal teaduskonnast 55 üliõpilast (3%), enamik edasijõudmatuse tõttu. Teaduskonna lõpetas 95% sisseastujatest, mis on samuti ülikooli kõrgeim. Möödunud õppeaastal avaldasid kateedrid 30 õppevahendit ja meetodilist juhendit, samuti meetodilisi nõuandeid õppejõududele: «Üliõpilaste iseseisva töö korraldamisest arstiteaduskonnas», mida valmistab ette teaduskonna meetodikakomisjon. Arstiteaduskonna üliõpilased pälvisid kiitust ka eduka töö eest suvemalevas ja EÜE-s.

Prodekaan prof. E. Sepp informeeris nõukogu arstiteaduskonna konverentsist ja arstiteaduskonna päeva ettevalmistusest (11...12. oktoobri 1984).

Prof. L. Päi esitas hospitaalsisehaiguste kateedri viie aasta töö aruande. Kateedri õppe-kasvatustööle anti hea hinnang, eriti polikliinilise õpetuse, täiendusteaduskonna õppetegevuse ja õppevahendite väljaandmise osas.

ÜMPI nõukogu koosolekul oli arutusel röntgenkontrastainete laboratooriumi tegevus (aruande esitas laboratooriumijuhataja V. Pällin). Praeguseks on välja arendatud originaalsete kontrastainete eksperimentaalse tootmise baas ja tootmisega on juba algust tehtud.

Instituudi teadusdirektor analüüsis põhilisi teadustöö suundi praegu ja XII viisaastakuks. Toimub pidev temaatika kontsentreerimine põhisuundade alla, mis tegelevad molekulaarbioloogia ja -patoloogiaga ning biotehnoloogiaga.

Nõukogus oli arutusel ka instituudi uue põhimääruse projekt. 9...15. oktoobri pidas arstiteaduskonnas loenguid Riia Meditsiiniinstituudi farmakoloogia kateedri juhataja prof. M. Melzobs, kes käsitles neurotroopsete ainete molekulaarfarmakoloogiat.

Lembit Allikmets

TRÜ arstiteaduskonna päeva üritused toimusid juba üheksandat korda, seekord 11. ja 12. oktoobril 1984. Need algasid 11. oktoobril teaduskonverentsiga «Meditsiiniuuringud praktikale». Seitsmes sektsioonis kuulati üle poolesaja teadusettekande, mis käsitlesid ning tutvustasid uusi diagnoosimis- ja ravivõtteid, mida TRÜ teadlased ja tegevartstid on Tartu kliinikutes kasutusele võtnud, ning ravi tulemusi. Tähelepanu väärivad magu säästvad operatsioonid, mida edukalt tehakse mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve juhtudel, samuti uued meetodid neurokirurgias, eriti mikrokirurgilised meetodid, ja palju muud. Selleks päevaks ilmus ka konverentsi teeside kogumik 370 leheküljel.

12. oktoobri hommikupoolal toimus TRÜ aulas arstiteaduskonna päeva aktus, mille avasõnad olid TRÜ rektorilt, sotsialistliku töö kangelaselt prof. A. Koobilt. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi poolt tervitas koosolijaid tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Arstiteaduskonna



Foto. Üheksandate arstiteaduskonna päevade avasõnad olid TRÜ rektorilt prof. A. Koobilt. V. Kutsari foto.

päeva traditsiooniline akadeemiline loeng oli prof. H. Vahterilt teemal «Patomorfoos ja integratsioon dermatoloogias». Ta käsitles nahahaiguste sümptomide ja kliinilise kulu ning pildi muutusi nii esmaste kui ka teiseste nahahaiguste korral viimastel aastakümnetel. Ta tutvustas uusi haigusvorme, immunoloogilisi kõrvalekaldeid nahahaigusi põdejail, rääkis allergilistest nahahaigustest ja viirusdermatoosidest ning integratsioonist dermatoloogias. Prof. H. Vahter kõneles ka uusimate teadussaavutuste kasutuselevõttust meie vabariigi tervishoiupraktikas ja esitas oma loengu lõpus üldistused, mida arstid edaspidi peaksid oma töös silmas pidama.

Seejärel kuulati dekaani prof. A.-E. Kaasiku ettekannet TRÜ arstiteaduskonna tegevusest ja kavadest ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi direktori dotsent L. Karu ettekannet instituudi tänastest uurimistöödest ja -suundadest. Järgnesid autasustamised. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirja olid pälvinud dotsendid M. Mägi, I. Seffer, T. Talvik, M. Uiho, ÜMPI kardioloogilaboratooriumi juhataja M. Uusküla ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarsti J. Aaso. Rektori käskkirjaga avaldati kiitust 28 õppejõule ja üliõpilasele. Arstiteaduskonna medali pälvisid tervishoiuministri asetäitja O. Tamm, professorid V. Saarma, L. Allikmets ja A. Lind, dotsendid V. Sillastu ja E. Tallmeister ning ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja asetäitja V. Laos.

Päeva teisel poolel toimus A. Linkbergi nim. auditoriumis Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu, TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ja ÜMPI nõukogu ühine koosolek teemal «Teadusasutuste osalemine toitlusprogrammi täitmisel Eesti NSV-s». Koosolekut juhatas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia

korrespondentliige prof. P. Bogovski. Ühise otsuse 12 punktis on antud soovitusel teadusliku uurimise suundade kindlaksmääramiseks ning toitlusprogrammi täitmisest tulenevate uurimistegemiseks.

Koit Leet

*
* *
*

Tallinlaste arstiabi ja selle parandamise abinõud olid muu hulgas arutusel Tallinna Rahvasaadikute Nõukogu XII istungjärgul 26. septembril 1984. Analüüsiv ja ülevaatlik ettekanne oli Tallinna RSN Täitevkomitee esimehe asetäitja U. Elmlt. Tema ettekande läbiarutamisel võttis sõna ka Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep, kes rõhutas taas, et meditsiinilise abi kvaliteet on otseses seoses meditsiinitöotajate teadmiste, oskuste ja vastutustundega, samuti tervishoiuasutuste ainelise baasi ning töökorraldusega. Nendel põhjustel on ka edaspidi tähtis meditsiinitöotajate kutsealaste teadmiste rikastamise kõrval tegelda ka nende ideelis-poliitilise, kõlbelise ja töökasvatusega. Samuti endiselt jääb tähtsaks meditsiinkaadri otstarbekas paigutamine ja keskastme meditsiinipersonali kroonilisest nappusest ülesaamine, ilma milleta on lõppkokkuvõttes raske parandada meditsiinilise abi kvaliteeti. Minister rõhutas ka seda, et tervishoiusüsteemi arendamiseks on hädavajalik kaasata rohkem ettevõtteid ja asutusi, organisatsioone ja töökollektiive. Seda teha on eriti vajalik seoses kogu rahvastiku ülddispansseerimisega ja profülaktikameetmete laialdase rakendamisega, samuti ka võitluses tervete eluviiside eest, võitluses alkoholismi vastu.

Sõna võttis ka Tallinna Kiirabihaigla peaarst,

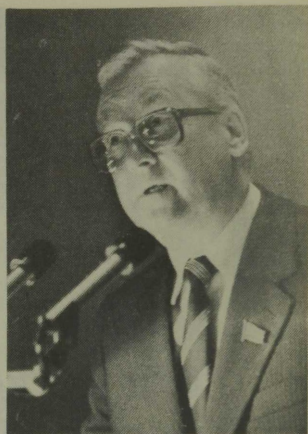


Foto 1. Tallinna Rahvasaadikute Nõukogu istungjärgust osavõtjaid.

Foto 2. Istungjärgul esines sõnavõtuga ka tervishoiuminister prof. V. Rätsep. E. Rauami fotod.

sotsialistliku töö kangelane R. Toots. Ta kinnitas, et kiirabihaigla rajamine tähendas Tallinna elanike arstiabi täiesti uut etappi, kusjuures südame veresoonte kirurgias, neurokirurgias, näo- ja lõualuukirurgias antakse kiirabihaiglas abi haigetele kogu Põhja-Eestist, osaliselt isegi kogu meie vabariigist. Peale kõige muu suurenevad kiirabihaigla ravi- ja diagnoosimisvõimalused pidevalt: funktsioneerib südameinfarkti põdevate haigete ravi süsteem, ka tehisneerukeskus; tehakse laserravi; avati uus rindkerekirurgiaosakond; peagi alustab tööd barokamber.

Istungjärgul vastuvõetud otsuses on üksikasjalikult fikseeritud meetmete plaan, mis kuulub ellurakendamisele Tallinna elanike meditsiinilise abi parandamisel.

Vello Laos

Kingissepa Rajooni Kesksaigla juurdeehitise nurgakivi panek toimus 7. oktoobril 1984. Selleks puhuks olid kohale saabunud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe asetäitja M. Vannas, Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni esimees E. Peek, EKP Kingissepa Rajoonikomitee esimene sekretär J. Rääm, Kingissepa RSN Täitevkomitee esimees A. Tammleht, samuti tervishoiutöötajaid, ehitajaid ning Kingissepa rajooni üldsuse esindajaid.

Sõna võtsid M. Vannas, J. Rääm, A. Tammleht, Kingissepa Rajooni Kesksaigla peaarst M. Allik, ehitajate nimel Saare KEK-i juhatuse esimees E. Rettau.

Hoone projekti autor on P. Jänes. Juurdeehitis peab valmis saama 1986. a.

Ott Jõgi

Tallinna Vabariiklik Onkoloogiadispanser, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ning Vabariiklik Sanitaarharidusmaja korraldasid 15...18. oktoobrini Tallinnas vähitõrje propaganda päevad. Ürituse programme (10 000

eksemplari) levitati eelnevalt asutustes ja «Ajakirjanduslevi» kioskite kaudu, ajalehtedes ilmusid sellealased kirjutised. Seetõttu oli osavõtt rahvarohke. Instituudi «Eesti Projekt» saalis peeti iga päev kaks populaarteaduslikku loengut. Käsitleti kõige sagedamini esinevaid vähivorme, nende põhjusi, tunnuseid, ravi põhimõtteid ja profülaktikat. Eriti pöörati tähelepanu enesejälgimise vajadusele, avastamiseks vähktõve varajasi sümptomeid. Loenguid pidasid onkoloogiadispanseri onkoloogid Ü. Valvere, A. Viirmaa, V. Raudsepp, I. Viidebaum ja J. Beltšikov ning vähiuurijad P. Bogovski, E. Hint, P. Loit, allakirjutanu. Pärast küsimusi ja vastuseid demonstreeriti teemakohaseid filme. Kohapeal oli populaarteadusliku meditsiinikirjanduse näitusmüük. Edastati ka onkoloogiaalaseid raadio- ja televisioonisaateid.

Arvukatest küsimustest selgus, mis elanikele kõige rohkem huvi pakub ja muret teeb. Tuli ilmsiks ka mõningaid puudusi onkoloogilise abi alal. Taoline üritus toimus meie vabariigis esmakordselt ja andis kogemusi järgmiste korraldamiseks, mida on ka kavas teha.

Georg Loogna

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Минис- терства здравоохранения Эстонской ССР

№ 1, январь, февраль 1985 г.

**Современный руководитель здравоохране-
ния**

**В. Й. Рятсеп — Конечная цель — диспансе-
ризация всего населения**

**О. И. Волож, Э. С. Солодка, Ю. Х. Таггер —
Отношение населения к массовым профи-
лактическим осмотрам**

Изучено участие мужчин 35...59 лет в эпидемиологическом исследовании с целью выявления ишемической болезни сердца (ИБС) и факторов риска. Из 2234 явившихся на обследование (70,1% от общего числа вызванных) пришли по первому приглашению 69,4%, по второму — 17,9%, по третьему — 10,8%, по четвертому — 1,9%. 953 лицам (29,9%), не принявшим участие в обследовании, были разосланы анкеты, которые вернули заполненными 37,2% (11,1% от всех приглашенных). С 17% лиц, которым были высланы анкеты, установить контакт не удалось. В качестве одной из причин неучастия 21,4% из заполнивших анкету отметили незаинтересованность в обследовании. Однако стенокардия напряжения, по данным ответов на анкету Роуза, отмечалась у не участвовавших в обследовании с той же частотой, что и у прошедших исследование лиц. Высокими у не явившихся на осмотр были и уровни основных факторов риска ИБС. Проведению массовых профилактических мероприятий должна предшествовать широкая пропаганда медицинских знаний с привлечением средств массовой информации.

М. А. Раху, Т. П. Аарелейд, Т. И. Ванаселья — Выживаемость больных раком в Эстонской ССР в 1978...1983 гг.

На базе автоматизированного банка данных Эстонского регистра рака впервые представля-

ется экспресс-информация о выживаемости больных в Эстонской ССР, у которых в 1978 г. был поставлен диагноз злокачественной опухоли. Проанализировано 3704 случая рака. Больные наблюдались до декабря 1983 г., за исключением 221 посмертно диагностированного и 30 выпавших из сферы наблюдения случаев. Показатели выживаемости были рассчитаны прямым методом для 10 полугодичных интервалов начиная с даты постановки диагноза. Показатели были найдены для 7 локализаций у мужчин и 9 у женщин, а также для всех локализаций вместе.

Э. К. Хинт, М. Ю. Теккел, М. К. Пурде — Идентификация группы риска на основании фактора «рак молочной железы у родственниц»

В Эстонской ССР в период 1973...1982 гг. была собрана эпидемиологическая информация о раке молочной железы от 20366 женщин, 14103 из которых были подвергнуты объективному обследованию молочных желез. Образовались 3 группы: 1) больные раком молочной железы, 2) больные с доброкачественными патологическими процессами и 3) здоровые женщины.

Фактор риска «рак молочной железы у родственниц» имел место в первой группе в 10,9% случаев, во второй — в 6,0% и в третьей — в 4,5% случаев. В женской популяции (6263 женщины) аналогичный показатель равнялся 3,6%. Было установлено, что на основании указанного фактора относительный риск заболевания раком молочной железы, а также доброкачественными патологическими процессами был существенно увеличен. У эстонок относительный риск был выражен сильнее ($P > 0,05$), чем у русских женщин. На основании этого фактора предполагается сформировать группы риска для диспансерного наблюдения.

К. К. Сакс, Э. Я. Лаане, М. Э. Линтси — Реакция центральной гемодинамики при дозированной нагрузке у практически здоровых мужчин среднего возраста

У 45 здоровых мужчин в возрасте 40...64 лет была проведена ступенчато возрастающая велоэргометрическая нагрузка в пределах 0,5...3,5 Вт·кг⁻¹. Регистрировались общепринятые показатели гемодинамики, а также продолжительность периода диастолы и равновесия вегетативной нервной системы (по методу Blohmke, 1967). Было установлено, что в покое увеличение относительной продолжительности периода диастолы (по сравнению с периодом систолы) сопровождается повышением ударного объема сердца. При физической нагрузке последний увеличивается, но только до умеренного повышения частоты сердечных сокращений, а затем, при продолжении нагрузки, уменьшается. Причина этого явления заключается в укорочении периода диастолы и исчерпывании резервов регуляции вегетативной нервной системы. Продолжительное уменьшение ударного объема

сердца при физической нагрузке может служить критерием миокардиального резерва.

Л. Г. Шерлин — Туберкулезный менингит по материалам Таллинской городской инфекционной больницы

Проанализировано 56 историй болезни больных туберкулезным менингитом, находившихся на стационарном лечении в Таллинской городской инфекционной больнице. Из них было переведено из различных стационаров района 36 больных и поступило первично 20 больных. Больные, которые первично направлялись врачами поликлиник, врачами «Скорой помощи» и невропатологами, обычно поступали с различными ошибочными диагнозами; больные, переведенные из других стационаров, направлялись с правильным диагнозом, но с осложнениями, так как не учитывались современные клинко-ликворологические изменения данного заболевания. В последние годы туберкулезный менингит часто манифестирует как единственное заболевание организма, а не как вторичное заболевание. При постановке диагноза рекомендуется учитывать, что туберкулезный менингит сопровождается повышением содержания фермента альдолазы в ликворе. При поздней диагностике следует в течение нескольких дней вводить эндолумбально салюзид. Некоторые больные с диагнозом «туберкулезный менингит» были переведены в инфекционную больницу ошибочно и в действительности страдали другими органическими заболеваниями нервной системы.

Т. А. Саар, Т. Р. Соо — Метод дренажа плевральной полости у детей с острой пневмонией, осложненной гнойным плевритом

Исследовали 28 детей с острой пневмонией, осложненной гнойным плевритом. Все дети получили комплексное лечение. У 23 из них применяли дренаж плевральной полости и промывание раствором диоксидина. Явное клиническое улучшение развивалось в течение трех дней после дренажа.

М. К. Пярлист, Х. К. Линдмяэ, Э. Я.-Х. Потти — Пищевая аллергия в детском возрасте

В статье описаны результаты исследования 50 детей с пищевой аллергией, у которых диагностированы респираторные и дерматоаллергозы. Основными методами диагностики послужили аллергологический анамнез и кожные скарификационные тесты со стандартными алергенами и натуральными пищевыми продуктами. Наибольшее количество положительных результатов дали помидоры, молоко, яйца, картофель, свекла, сахар.

Установлена большая информативность кожных проб при выявлении аллергии на злаковые продукты, овощи и мясо. Пищевая аллергия играет большую роль в детском возрасте и в этиологии респираторных аллергозов.

Е. Х. Мюллербек, Э. Э. Луйга, У. Х. Раннула, И. П. Тур — Применение левамизола при реабилитации детей, больных ревматизмом

Исходя из современных представлений о длительном снижении иммунитета у детей, больных ревматизмом, была сделана попытка использовать иммуностимулирующий препарат левамизол в период реабилитации в санаторной школе.

Левамизол назначался раз в неделю в течение трех месяцев 121 ребенку (от 100 до 150 мг в зависимости от возраста). 30 детей получали грязелечение.

У больных исследовались до лечения и после его окончания иммуноглобулины по Манчини, иммуноглобулин-Е радиоизотопным методом, БТЛ при неспецифической стимуляции фитогемагглютинином, ферментативная активность лимфоцитов гистохимическими методами, проводились общепринятые клинко-лабораторные исследования.

Оказалось, что использование левамизола клинически не имеет особых преимуществ по сравнению с общепринятыми методами санаторного лечения (например, грязелечения). Более частое возникновение побочных реакций и трудноконтролируемых сдвигов жизнедеятельности иммунокомпетентных клеток исключает возможность использования этого препарата в условиях санаторной школы, не располагающей иммунологической лабораторией.

Р. Х. Цуппинг, А.-Э. А. Каасик — Головокружение

В обзорной статье дается обобщение основных патогенетических механизмов и клинических проявлений различных форм головокружения. Подчеркивается, что системное головокружение в 80% случаев имеет периферическое происхождение, т. е. причиной этого синдрома является нарушение функции лабиринта. Головокружение при периферическом вестибулярном синдроме имеет вращательный характер и сопровождается вегетативными явлениями. Приводится описание болезни Меньера, а также острой и рецидивирующей вестибулопатии.

Головокружение центрального происхождения наблюдается при транзиторной ишемии в зоне кровоснабжения вертебрально-базиллярной системы. Однако этот диагноз может быть сформулирован только при наличии у больного сопутствующих зрительных, глазодвигательных или бульбарных нарушений, а также при транзиторной глобальной амнезии. Кроме того, в статье подчеркнуты анализу другие причины т. н. центрального головокружения, в том числе рассеянный склероз, височная эпилепсия и мигрень, а также невринома слухового нерва.

А. В. Паапстел — Нестабильная стенокардия

Представлен обзор особенностей классификации, патогенеза и лечения нестабильной стенокардии. Определенное значение в ее диагностике имеет индивидуальный подход к больным

и своевременное проведение ангиографии, позволяющей выбрать наиболее подходящий вариант лечения и определить прогноз каждого больного.

Средствами современного консервативного лечения можно стабилизировать состояние и предотвратить возникновение инфаркта миокарда у 70...85% больных. При формах нестабильной стенокардии, резистентных к медикаментозной терапии, могут быть использованы внутриаортальная контрапульсация и аортокоронарное шунтирование. Хирургическое лечение имеет в определенных подгруппах преимущество перед медикаментозным лечением.

Э. Э. Луйга — Идиопатический ювенильный остеопороз

В статье приводятся литературные данные об относительно малоизвестной болезни — идиопатическом ювенильном остеопорозе. Описываются его клинические симптомы, диагностические методы и принципы лечения.

И. Я. Лаан — О социальной адаптации ребенка

Микросоциальная среда ребенка постоянно меняется. Приспособление к этим изменениям происходит в каждом возрасте по-разному, в зависимости от возрастных особенностей ребенка. Особенно тяжело протекает этот процесс у 7—18-месячных детей. Помимо возраста, при приспособлении к новым условиям существенную роль играют также степень развития ребенка, тип нервной системы, состояние здоровья, окружающая среда и многие другие факторы.

Ребенка следует подготавливать к изменениям микромира (к вхождению в детский коллектив или к поступлению в школу). Это поможет избежать конфликтных ситуаций и заболеваний детей.

И. И. Пильв — Совершенствование диспансеризации детей в детской поликлинике

В статье приводятся данные о передовых методах и формах диспансерного обслуживания детей в поликлиниках. Учитывая увеличение числа детей с хроническими заболеваниями, рекомендуется выделить в поликлинике один день в неделю для их диспансеризации. Больше следует заниматься социально-психологическими аспектами реабилитации, а также расширять санитарно-просветительную работу среди населения.

А. А. Сарап — Потери рабочего времени у врачей поликлиник и рекомендации по его рациональному использованию

Х. К. Луйде — Опыт пярнусцев по охране здоровья трудящихся и сокращению временной нетрудоспособности

А. Н. Родин, В. С. Ронжина — Результаты опроса населения по вопросам медицинского обслуживания в г. Кохтла-Ярве

В статье представлены результаты опроса 5 тысяч жителей г. Кохтла-Ярве с целью разработки конкретных мероприятий по дальнейшему укреплению и рациональной организации материальной базы системы здравоохранения. 59,7% опрошенных были полностью удовлетворены медицинским обслуживанием, 37,2% считали, что медицинское обслуживание нуждается в дальнейшем улучшении, и сделали в общей сложности 2648 предложений, 3,1% опрошенных затруднились дать общую оценку медицинскому обслуживанию вследствие редкой обращаемости. Значительное количество предложений касалось деонтологических вопросов, в основном необходимости более чуткого и внимательного отношения медицинского персонала к пациентам. Сопоставление материалов опроса с нагрузками врачей позволило сделать вывод, что предложения о более чутком и внимательном отношении к пациенту обусловлены не чрезмерной нагрузкой медицинского персонала, а существенными недостатками воспитательной работы с кадрами со стороны администрации и общественных организаций в отдельных лечебно-профилактических учреждениях. Опрошенные выдвинули целый ряд предложений, реализация которых дает положительный результат уже сегодня.

Х. Э. Тялли, М. Р. Сепп — Злокачественные новообразования органов брюшной полости в детском возрасте

Из злокачественных новообразований в детском возрасте чаще всего встречаются нефробластомы и гепатобластомы эмбрионального типа.

В отделении детской хирургии Тартуской клинической больницы с 1976 г. по апрель 1984 г. находились на лечении 16 детей с злокачественными новообразованиями органов брюшной полости. Восемь из них переведены из Тартуской городской клинической детской больницы. Девочки и мальчики были поражены поровну, 3/4 детей были моложе четырех лет.

У 10 детей была выявлена нефробластома (тумор Вильмса), у 4 — гепатобластома; ретроперитонеальная саркома наблюдалась у одного больного и недифференцированное эмбриональное злокачественное новообразование также у одного больного.

В шести случаях дети оказались неоперабельными. В 10 случаях была удалена нефробластома, однако половина оперированных погибла в послеоперативном периоде. Продолжается применение химио- и радиотерапии у одного больного с гепатобластомой и у трех больных с оперированной нефробластомой.

Более надежным резервом своевременного обнаружения злокачественного новообразования органов брюшной полости у детей является проведение тщательной пальпации и перкуссии

жизни каждого ребенка, осматриваемого врачом.

М. О. Кивило — Несколько слов о пропагандировании лечения лекарственными травами

М. Й. Тедремаа — 40 лет Государственной научной медицинской библиотеке

Х. Р. Брус — Новое здание Пайдеской районной санитарно-эпидемиологической станции

К. Ф. Бирк — Республиканская конференция «Окружающая среда и здоровье населения»

М. К. Кеэрма — II Республиканская конференция участковых врачей

Х. Т. Вахтер — Пленум Совета дерматологии и венерологии Академии медицинских наук СССР

У. Ф. Сибуль, А. Я. Пеэтсалу — XV съезд хирургов Украинской ССР

Р. В. Силла — XVIII Всесоюзный съезд гигиенистов и санитарных врачей

Л. С. Приймаги — VIII Международный симпозиум социалистических стран по интерферону

Т. П. Аарелейд — Рабочее совещание по обсуждению проекта Всемирной организации здравоохранения «Самонаблюдение женщины как средство раннего обнаружения рака груди»

М. А. Раху — IV совещание онкологов СССР и Финляндии

Во врачебных обществах

Юбилейные даты

Й. К. Рейнару — Коклюш и паракоклюш в Эстонской ССР

К. Х. Кырге — Интересная и содержательная монография

Некролог

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 1. January, February 1985

The health administrator today

V. Rätsep — An all-embracing dispensarization of population is our main task

O. Volozh, E. Solodkaya, Ü. Tagger — People's willingness to participate in mass preventive surveys

The participation of males, aged between 35 and 59, in a mass epidemiological survey, carried out to reveal ischemic heart disease and its risk factors, was studied. 29.9 per cent of invitees did not respond to any of the four invitation cards sent to them. After offering an invitation the interviewees received questionnaires. The response rate among the subjects interviewed was 37.2 per cent. 21.4 per cent of the questionnaires were returned unreceived, showing no interest whatever in the survey. Nevertheless, the questionnaires received revealed no difference in both the incidence of angina pectoris and principal risk factors between the participants and non-participants.

It is concluded that a large-scale dissemination of medical knowledge should precede such a mass preventive survey.

M. Rahu, T. Aareleid, T. Vanaselja — Survival of cancer patients in the Estonian SSR between 1978-1983

The Estonian Cancer Registry provides its first data on the survival of cancer patients, in the Estonian SSR, whose disease was diagnosed in 1978. After excluding 221 cases diagnosed post mortem and 30 cases who disappeared, 3,704 cases were analysed for survival. Using six-month time intervals from making the diagnosis, survival rates were calculated by a direct method with a cut-off point at the end of December, 1983. Survival rates were analysed for seven cancer sites in males, nine sites in females, and for all sites combined.

E. Hint, M. Tekkel, M. Purde — Identification of a high-risk group of breast cancer according to the risk factor «breast cancer in relatives»

Between 1973—1982, in the Estonian SSR, epidemiological data on familial breast cancer was obtained from 20,366 females. Of those 14,103 women participated in a screening programme. According to clinical findings, the subjects fell into three following groups: 1) breast cancer patients, 2) patients with benign breast diseases and 3) healthy women. In those groups the rate of the risk factor «breast cancer in relatives» was 10.9 per cent, 6.0 per cent and 4.5 per cent respectively. In female population in general the analogous rate was 3.6 per cent. Due to this factor, a relative cancer risk was increased for both — malignant and benign breast diseases. The rate of the relative risk was higher ($P > 0.05$) among Estonian than that among Russian females. On the basis of the familial histories studied, some proposals were made for identifying a high-risk group of breast cancer.

K. Saks, E. Laane, M. Lintsi — Central haemodynamic responses to progressive exercise stress in apparently healthy middle-aged men

Central haemodynamic changes were studied by tetrapolar rheography performed in 45 clinically normal men, from 40 to 64 years of age, in upright posture on bicycle ergometer, with a continuously increasing exercise stress, and after loading. As a result, it was found that cardiac minute output increased in parallel with an increasing exercise stress, but cardiac stroke volume however, increased only up to a breaking point, in parallel with a moderately increasing pulse rate, after which the cardiac stroke volume dropped.

The main causes of the reduction of the stroke volume are ascribed to a marked shortening of diastole, at a high pulse rate, and to the exhaustion of the vegetative nervous system. It is also concluded that an exhaustion of myocardial reserves leads to a drastic reduction in cardiac stroke volume.

L. Sherlin — Tuberculous meningitis admissions to the Tallinn Infectious Diseases Hospital

The author has analysed case histories of 56 patients with tuberculous meningitis (TM) admitted to the Tallinn Infectious Diseases Hospital. The author points out that the incidence of primary TM with no lesions in other internal organs is on the increase now. A rise in aldolase levels in the cerebrospinal fluid has been observed in patients with TM. A timely diagnosis and therapy can guarantee a cure, so the treatment should be started as early as possible, even on suspicion of TM.

T. Saar, T. Soo — Drainage of the pleural cavity used in the treatment of purulent pleurisy associated with acute pneumonia in children

This article describes 28 children who developed purulent pleurisy as a complication of acute pneumonia. The patients received a complex therapy. Drainage and rinsing with dioxidine solution of the pleural cavity were carried out in 23 patients. The children made a good recovery within 3 days of pleural cavity drainage.

H. Pärlist, H. Lindmäe, E. Potti — Food allergy in childhood

50 children suffering from allergic diseases of the skin and respiratory tract were screened for food allergy by using scratch tests.

It is concluded that such tests frequently yield a high percentage of positive reactions, particularly to grain, vegetable and meat allergens.

E. Müllerbek, E. Luiga, U. Rannula, I. Tur — Levamisole in rehabilitation of rheumatic children

Taking into consideration a gradual decline in immunity in rheumatic children, the authors tried to employ an immunostimulant agent — levamisole at a boarding school of sanatorium type during rehabilitation period. Levamisole was administered once a week over a three-month study period to 121 children in a pediatric dose of 100 to 150 mg, depending on the age. Thirty children underwent mud-therapy.

Immunoglobulins, immunoglobulin-E, blast-transformation of leukocytes and the enzymic activity of leukocytes were studied by Mancini's, radioisotope, non-specific stimulation and histochemical techniques respectively.

It has been found that the clinical use of levamisole has no significant advantage over conventional methods of sanatorium treatment (e. g. mud-therapy). Frequent side-effects and changes in the activity of immune-competent cells, which are difficult to detect, exclude the possibility of levamisole administration at the sanatorium-type boarding schools which have no immunological laboratories of their own.

R. Zupping, A.-E. Kaasik — Dizziness and vertigo

This review describes the main pathologic mechanisms and the clinical picture of various forms of dizziness and vertigo. It is emphasized that in 80 per cent of cases the systemic vertigo is of peripheral origin, i. e. it depends on the functional disorders of the labyrinth. The peripheral vertigo is characterized by a spinning sensation which is accompanied by vegetative disorders. The clinical picture of Ménière's disease and acute and recurring vestibulopathy is also described.

The central type of vertigo occurs in transitory vertebro-basilar ischemia. However, this diagnosis is justified only in patients with concomitant disorders either of optic, oculomotor or bulbar functions, or with transitory global amnesia.

Some other causes of central vertigo, like multiple sclerosis, temporal lobe epilepsy, migraine and acoustic neurinoma, are also analysed.

A. Paapstel — Unstable angina pectoris

The author presents a review of the classification, pathogenesis and treatment of unstable angina pectoris. The patients with this syndrome need an individual approach to the management of this condition. Especially important is a proper timing of angiography, which makes it possible to select a right method of treatment and to predict the outcome in any individual case.

In about 70 to 85 per cent of patients the pain can be relieved by drugs. If drug treatment proves ineffective, intra-aortic balloon counterpulsation and/or surgery should be performed within 24 to 48 hours of establishing the diagnosis of angina pectoris. In some subgroups of patients aorto-coronary bypass surgery has some advantage over the drug treatment.

E. Luiga — Idiopathic juvenile osteoporosis

A review of the literature on a relatively rare disease — idiopathic juvenile osteoporosis (IJO) is given in this article. Clinical features, diagnostic methods and principles of the treatment of IJO are presented in this review.

I. Laan — The social adaptation of the child

A child's social atmosphere is continuously changing. The rate and extent of the child's adaptation to the changes in social atmosphere is related to the child's age. Such an adaptation is very difficult in infants between 7 and 18 months of life. Apart from the age, the adaptation depends on growth and development, the type of the nervous system, general state of health and the environment of the child.

The child should be prepared for changes in social environment (e.g., for entering a new children's collective or going to school). This enables to alleviate conflict situations and diseases of the child.

I. Pilv — Promotion of children's follow-up system at children's polyclinics

The article gives details of up-to-date methods of children's outpatient care. The author points out that, in view of an ever increasing incidence of chronic diseases among children, the children should undergo a weekly follow-up examination. The author also emphasizes that there is an increasing need for a socio-psychological approach to the rehabilitation of children suffering from chronic diseases. Health education among the population should be carried out more effectively.

A. Sarap — Wasting of working time by doctors at outpatient departments and recommendations for its rational utilization

H. Luide — Experience in workers' health protection and in reducing temporary disability at Pärnu

A. Rodin, V. Ronžina — The results of questioning about health care in Kohtla-Järve

H. Tälli, M. Sepp — Malign tumours of the abdomen in childhood

Among malign tumours of the abdomen, the embryonic type of nephroblastoma and hepatoblastoma occurs more frequently in childhood.

From the beginning of 1976 till April 1, 1984, 16 children with malign tumours of the abdomen were treated at the children's surgical department of the Tartu Clinical Hospital. Eight of them had been previously examined at the Tartu Clinical Children's Hospital. Boys and girls were equally affected by the disease, whereas three fourths of the children were under four years of age. Nephroblastoma (Wilms' tumour) was diagnosed in 10 cases, hepatoblastoma in 4 cases; retroperitoneal sarcoma and a non-differentiated embryonic tumour occurred in one case.

6 children were admitted to the hospital in extremely difficult condition and turned out to be inoperable. Nephroblastoma was surgically removed in 10 patients, though half the patients died during postoperative period.

Chemical and radiotherapy is being carried out in one child with hepatoblastoma and in three children with nephroblastoma.

As for an early discovery of the malign tumours of the abdomen, doctors should pay more attention to a careful palpation and percussion of the abdomen when examining a child.

M. Kivilo — Propagation of herbal treatment

M. Tedremaa — The 40th anniversary of the State Scientific Medical Library

H. Brus — The new building of the Paide District Sanitation-Epidemiology Station

Conferences and meetings

Societies of physicians

Our heroes of the day

J. Reinaru — Pertussis and parapertussis in the Estonian SSR

K. Kõrge — An interesting monograph

Necrologue

Chronicle

English text edited and translated by E. Saarnok

TUTVUGE
LASERRAVIALASE KIRJANDUSE
NIMESTIKUGA
RIIKLIKUS TEADUSLIKUS
MEDITSIIINIRAAMATUKOGUS.

**Bibliografeeritud on
kodu- ja välismaine kirjandus
aastaist 1977... 1983.**



ANGIOTENSINAMIDUM

[Sünonüüm: *Hypertensin-Ciba*]

Keemiliselt L-asparaginüül-L-anginüül-L-valüül-L-türosüül-L-valüül-L-histidüül-L-propüül-L-fenüülalaniinatsetaat. Angiotensiinamiidi kasutatakse šokiseisundite, eriti isovoleemilise šoki puhul, mis on seotud vasomotoorse kollapsiga (trauma- ja operatsioonijärgne šokk, mürgituste, kooma ja nakkushaiguste puhul tekkinud šokk, samuti müokardiinfarkti, kopsuemboolia puhul). Angiotensiinamiidi manustatakse veeni tilkinfusioonina.